



Migraine tiền đình

PGS.TS Cao Phi Phong

Migraine tiền đình là gì ?



- ❑ **Một loại migraine kết hợp của chóng mặt, choáng váng hoặc các vấn đề về thăng bằng với các triệu chứng migraine khác.**
- ❑ Thuật ngữ tương tự
 - migraine liên hệ chóng mặt (migraine-associated vertigo),
 - migraine liên hệ bệnh lý tiền đình (migraine-related vestibulopathy),
 - migraine chóng mặt (migrainous vertigo).....
- ❑ Migraine tiền đình được phân loại quốc tế về đau đầu (International Classification of Headache Disorders (ICHD) chấp thuận khi xác định cả tiền đình và migraine

Có bao nhiêu người bị migraine tiền đình?

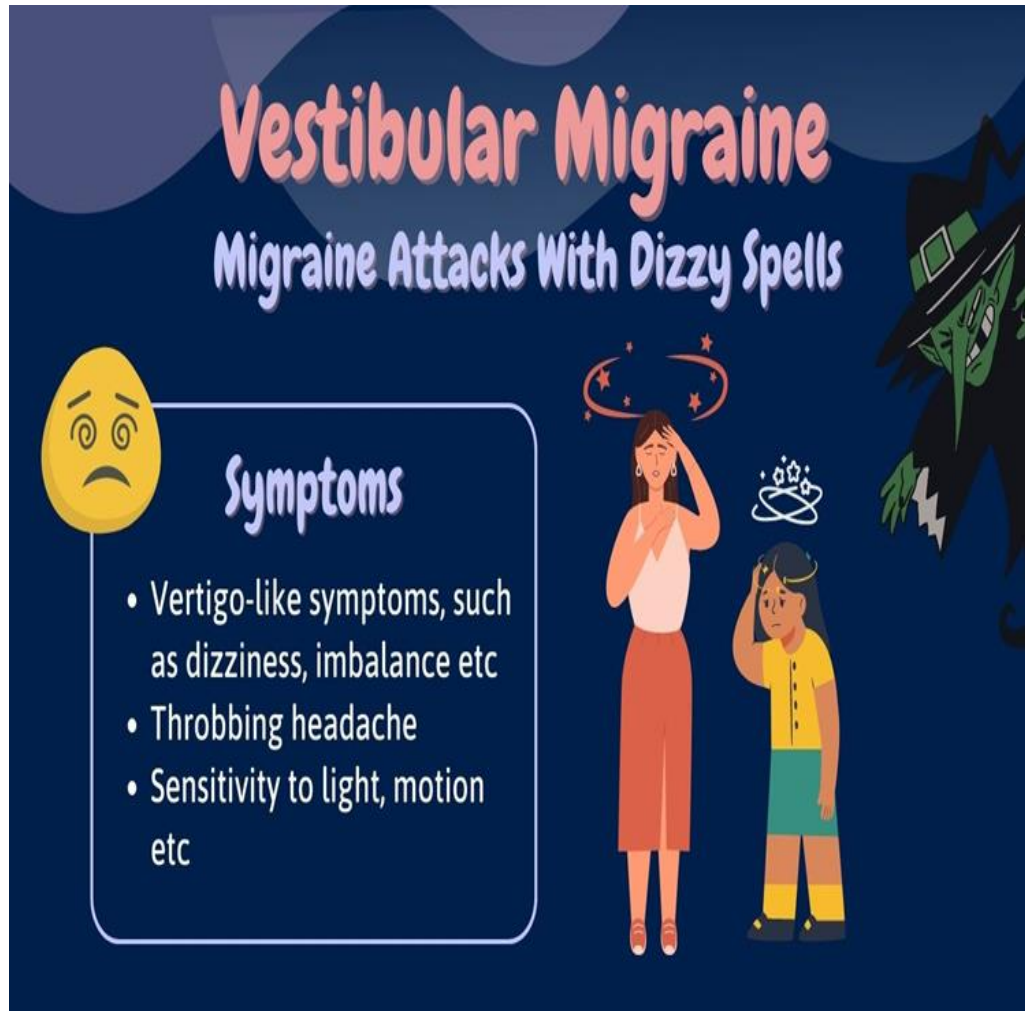
Rất khó để xác định có bao nhiêu người bị migraine tiền đình.

Các nghiên cứu, khoảng 1% dân số bị ảnh hưởng, nhưng có thể cao hơn nhiều ?

- ❑ Kayan và Hood, 1984 báo cáo gia tăng tần suất chóng mặt ở những người bị migraine
- ❑ Chiếm 25 đến 35% bệnh nhân migraine, (NC khác 10%?)
- ❑ Khoảng 3,0-3,5% dân số Hoa Kỳ bị chóng mặt cơn và migraine (*Mỹ có 25-28 triệu người migraine*)
- ❑ Formeister và cộng sự, 2008 cho thấy 2,7% người trưởng thành ở Hoa Kỳ bị migraine tiền đình

- ❑ Migraine tiền đình có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi và nữ giới chiếm khoảng 3:1
- ❑ Xuất hiện trong gia đình phổ biến, nguồn gốc di truyền (?), liên hệ chặt chẽ với bệnh Ménière, chóng mặt kịch phát lành tính ở trẻ em (Benign paroxysmal vertigo of childhood).

Đặc điểm lâm sàng



- ☐ Chóng mặt thực sự từng cơn, chóng mặt tư thế, mất thăng bằng liên tục, mất thăng bằng liên quan đến vận động .
- ☐ Xảy ra trước khi bắt đầu đau đầu, trong khi đau đầu hoặc phổ biến nhất là không đau đầu.
- ☐ Nhiều bệnh nhân chỉ có triệu chứng chóng mặt hoặc choáng váng.

1

Vertigo

(spontaneous, head motion induced, visual, positional)

Dizziness

(unsteadiness, balance problems, lightheadedness)

2

3

Photophobia

(sensitivity to light)

4

Phonophobia

(sensitivity to sound)

5

Nausea

vomiting & motion sickness

6

Headache

(bilateral, unilateral, front or back)

7

Tinnitus

(e.g. "ringing in the ears")

8

Visual Aura

(vision loss, dots, zigzag lines, visual snow)

9

Nystagmus

(abnormal eye movements)

Chóng mặt

- xảy ra tự phát
- chuyển động đầu hoặc kích thích thị giác.
- có thể kéo dài trong vài phút hoặc có thể liên tục trong vài tuần hoặc vài tháng.
- thường xuyên xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt.

Đau đầu

- có thể có hoặc không có đau đầu migrain đồng thời.
- hầu hết chóng mặt trong khoảng thời gian không đau đầu hoặc nhiều năm sau cơn đau đầu migraine cuối cùng.
- Một số chưa bao giờ bị đau đầu migraine nhưng có tiền sử gia đình bị migraine.

Cần lưu ý ! VM



Vestibular migraine
may or may not
include a headache



Vestibular migraine symptoms often
look like other vestibular disorders,
making diagnosis difficult



- Triệu chứng có thể khác nhau mỗi BN, giữa các cơn.....
- Chậm trễ chẩn đoán migraine tiền đình do không có triệu chứng tiền đình vài năm hay chóng mặt cơn mà không nhận ra migraine tiền đình

mọi thứ có thể trở nên tốt hơn, migraine giảm dần theo tuổi tác, ngay cả khi nó không biến mất hoàn toàn. Ngoài ra còn có các phương pháp điều trị ngày càng hiệu quả hơn, cả về phòng ngừa



Migraine tiền đình được chẩn đoán như thế nào?



1. Diagnostic Challenges of Vestibular Migraine

2. Vestibular migraine is an **underdiagnosed** “KHÔNG ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN” but increasingly recognized neurological condition that causes episodic vertigo associated with other features of migraine



Thường bệnh nhân không bị đau đầu nên có thể không ngay lập tức chẩn đoán migraine. Có những đặc điểm migraine khác đi kèm như sợ âm thanh, sợ ánh sáng và aura thị giác. Đây được coi là một phần của tiêu chuẩn chẩn đoán

*Không có test chẩn đoán migraine tiền đình, bệnh sử quan trọng nhất.
Khi bệnh sử không rõ ràng, chẩn đoán bằng đáp ứng đối với điều trị.*

Chẩn đoán xác định

- bệnh nhân bị migraine có aura đi kèm cơn chóng mặt đồng thời hoặc khi migraine không có aura lặp đi lặp lại với chóng mặt ngay trước hoặc trong cơn đau đầu.

Chẩn đoán rất có thể xảy ra

- bệnh nhân chóng mặt tái phát hoặc liên tục mà không có triệu chứng thần kinh, chóng mặt không có đau đầu, có tiền sử migraine hoặc tiền sử gia đình mắc migraine và chóng mặt không thể giải thích đầy đủ bằng các bệnh rối loạn tiền đình khác.
- Ở những bệnh nhân này, có thể bắt đầu điều trị thử migraine cho mục đích chẩn đoán và điều trị.

Các tiêu chuẩn đề xuất cho " migraine tiền đình"

- ❑ Một số ủy ban đã cố gắng đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán migraine tiền đình.
- ❑ Gần đây nhất là của **Neuhauser và Lempert** (2022, bao gồm cả Hiệp hội Đau đầu Quốc tế (IHS) và hiệp hội Barany). Ngoài một số thay đổi nhỏ về từ ngữ, chúng giống hệt với tiêu chuẩn năm 2013.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của ICHD-3

(hầu hết các nhà nghiên cứu, nhưng không phải tất cả đã sử dụng)

Migraine tiền đình

- A. Ít nhất 5 cơn đáp ứng các tiêu chí C và D
- B. Bệnh sử hiện tại hoặc quá khứ
 - 1.1 Migraine không có aura hoặc
 - 1.2 Migraine có aura
- C. Các triệu chứng tiền đình cường độ trung bình hoặc nặng, kéo dài từ 5 phút đến 72 giờ
- D. Tại ít nhất 50% các cơn có liên quan đến ít nhất một trong ba đặc điểm migraine sau:
 - 1. Đau đầu với ít nhất hai trong số bốn đặc điểm sau:
 - a) vị trí một bên
 - b) tính chất mạch đập
 - c) cường độ trung bình hoặc dữ dội
 - d) trầm trọng hơn do hoạt động thể chất thường ngày
 - 2. Sợ ánh sáng và sợ âm thanh
 - 3. Aura thị giác
- E. Không được giải thích rõ hơn bằng chẩn đoán ICHD-3 khác hoặc rối loạn tiền đình khác.

Rất có thể migraine tiền đình (probable)

- A. Ít nhất 5 cơn có triệu chứng tiền đình cường độ vừa hoặc nặng, kéo dài từ 5 phút đến 72 giờ
- B. Chỉ đáp ứng một trong các tiêu chuẩn B và C của migraine tiền đình (bệnh sử migraine hoặc các đặc điểm migraine trong cơn)
- C. Các triệu chứng không được giải thích rõ hơn bằng chẩn đoán ICHD-3 khác hoặc rối loạn tiền đình khác

Các triệu chứng tiền đình bao gồm chóng mặt xoay hoặc một ảo giác khác về vận động của bản thân hoặc môi trường. Các triệu chứng có thể tự phát, theo vị trí, hoặc bị kích thích hoặc trầm trọng hơn do vận động của đầu. Các triệu chứng tiền đình là "vừa phải" nếu chúng cản trở nhưng không cản trở các hoạt động hàng ngày và "nghiêm trọng" nếu bệnh nhân không thể tiếp tục các hoạt động hàng ngày

Chẩn đoán phân biệt

❑ **Bệnh Ménière**

Các triệu chứng chồng chéo của bệnh Ménière và migraine tiền đình bao gồm chóng mặt từng cơn, mất thính lực thần kinh và ù tai.

Phân biệt VM với bệnh Ménière có thể khó khăn, tuy nhiên, thường bệnh sử của bệnh nhân cung cấp chẩn đoán.

❑ **Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính**

Migraine cũng có liên quan đến chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV), Một số migraine tiền đình có lâm sàng tương tự như BPPV, tức là các cơn chóng mặt ngắn, do tư thế gây ra.

Giả thuyết thiếu máu cục bộ soan nang (utricle) có thể gây giải phóng sỏi tai (otoconia) vào ống bán khuyên

❑ Phân biệt migraine tiền đình và migrain thân nền (migraine aura thân não; MBA)

MBA có triệu chứng như chóng mặt, nhìn đôi và mất phối hợp còn gọi là aura, có thể xảy ra khoảng 10 phút đến 45 phút trước khi bị đau đầu.

Cơn đau đầu MBA thường bắt đầu ở một bên, sau đó dần dần lan rộng và mạnh hơn, kéo dài từ 4 đến 72 giờ

Bệnh nhân migraine tiền đình thường không có các triệu chứng thần kinh khác và thậm chí có thể không có đau đầu kèm theo chóng mặt.

❑ Phân biệt bệnh lý tiền đình ngoại biên và trung ương

Nguyên nhân và sinh lý bệnh



- ❑ Migraine tiền đình kích hoạt bởi căng thẳng, lo lắng, hạ đường huyết, estrogen dao động, một số loại thực phẩm và hút thuốc....
- ❑ Không có giả thuyết nào giải thích quá trình đau đầu hoặc chóng mặt trong migraine vào thời điểm này.
- ❑ Các bác sĩ đơn giản là không biết, giống như migraine, có rất nhiều giả thuyết, nhưng không có gì cụ thể.

Sinh lý bệnh

Sinh lý bệnh chưa được hiểu đầy đủ. Cả hai yếu tố môi trường và di truyền đều có thể đóng vai trò quan trọng.



1. Thuyết di truyền

Mối liên quan giữa migraine liệt nửa người và EA2 (Thất điều cơn type 2) với đột biến gen CACNA1A đặt ra câu hỏi về mối liên hệ có thể có giữa migraine tiền đình và những bất thường ở gen này

2. Thuyết ức chế vỏ não lan tỏa (migraine aura)

Năm 1992, Cutrer và Baloh đề xuất thuyết ức chế lan tỏa, Migraine tiền đình có thể là một " aura thân não". Cơn chóng mặt có thời gian tương tự như cơn migraine aura (< 60 phút). Chóng mặt không liên quan đến đau đầu là do phóng thích neuropeptide liên quan đến gen calcitonin (CGRP).

3. Thuyết hệ thống mạch máu thần kinh tam thoa

Kích thích tế bào thần kinh tam thoa gây giãn mạch và giải phóng các neuropeptide gây viêm vào tuần hoàn màng cứng gây đau đầu và các thụ thể tiền đình gây chóng mặt.

Các kết nối giữa nhân tiền đình và nhân đuôi tk tam thoa và các nhân thân não khác liên quan đến migraine có thể liên quan triệu chứng tiền đình.

4. Các giả thuyết khác

- Co thắt động mạch tai trong gây thiếu máu cục bộ cho mê đạo
- Serotonin (5-hydroxytryptamine [5-HT]) : phát triển của migraine, ảnh hưởng các tế bào thần kinh nhân tiền đình
- Nhạy cảm mê đạo (Labyrinthine sensitivity)
- Bệnh lí kênh (channelopathy)

Migraine tiền đình điều trị như thế nào?

- ❑ Migraine tiền đình có liên quan chặt chẽ với chứng lo âu và trầm cảm và nguyên nhân phổ biến nhất là do căng thẳng!
- ❑ Hầu hết các bệnh nhân đều có một hoặc nhiều yếu tố kích hoạt cụ thể và do đó, việc điều trị tập trung vào việc xác định và quản lý các yếu tố kích hoạt này ở từng bệnh nhân.
- ❑ 5 tác nhân phổ biến nhất gây ra VM:
 1. Căng thẳng và lo lắng.
 2. Ngủ kém – quá ít và quá nhiều!
 3. Đói và mất nước – bỏ bữa và không uống đủ nước.
 4. Kích hoạt chế độ ăn uống – nhiều loại thực phẩm, đặc biệt là caffein.
 5. Thay đổi nội tiết tố, kinh nguyệt, mãn kinh và ở thanh thiếu niên

- ☐ Các tác nhân bên ngoài khác có thể bao gồm một số hình thức chiếu sáng và thông gió, thay đổi thời tiết, hút thuốc và mùi nặng.
- ☐ Điều trị ban đầu là giáo dục, với việc xác định có hệ thống các yếu tố kích hoạt bằng nhật ký triệu chứng.
- ☐ Điều chỉnh lối sống thường là chìa khóa, lối sống đơn giản và thay đổi chế độ ăn uống đã được chứng minh là giúp ích cho 80-90% bệnh nhân!
- ☐ Thuốc chỉ cần thiết cho một số ít bệnh nhân.

Điều trị thuốc migraine tiền đình

- ❑ Điều trị tương tự như các loại Migraine khác, đặc biệt tập trung vào các loại thuốc phòng ngừa migraine tiêu chuẩn như amitriptyline, propranolol, topiramate và flunarizine.
- ❑ Điều trị cấp tính giống như cách điều trị thường được khuyến cáo cho migraine
- ❑ Các loại thuốc dành riêng cho migraine như triptans hoặc không đặc hiệu như thuốc chống viêm không steroid (naproxen, ibuprofen, v.v.) và acetaminophen (Paracetamol). Opioid nên tránh.
- ❑ Đối với các cơn chóng mặt, một liệu trình ngắn prochlorperazine có thể có lợi như một thuốc an thần tiền đình tiềm năng, và các thuốc chống nôn như ondansetron và domperidone cũng có thể hữu ích.

Kết luận

- ❑ VM là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây chóng mặt tái phát.
- ❑ Chẩn đoán VM hoàn toàn dựa trên tiền sử lâm sàng và không có xét nghiệm nào là bệnh lý.
- ❑ Sinh lý bệnh của VM vẫn chưa rõ ràng, nhưng các nghiên cứu gần đây cho thấy rối loạn chức năng cảm giác có liên quan đến việc xử lý đầu vào tiền đình .
- ❑ Việc điều trị VM đòi hỏi phải điều chỉnh lối sống, tránh kích hoạt và phục hồi chức năng tiền đình cũng như thuốc điều trị cơn và thuốc phòng ngừa, mặc dù vẫn còn thiếu bằng chứng chắc chắn.

