

CHÓNG MẶT TƯ THỂ KỊCH PHÁT LÀNH TÍNH

(Benign paroxysmal positional vertigo: BPPV)

BS. Hồ Vĩnh Phước, TS. Cao Phi Phong

Ngày 17 tháng 12 năm 2009

GIỚI THIỆU

Chóng mặt tư thể gồm có:

1. Chóng mặt tư thể trung ương
2. Chóng mặt tư thể kịch phát lành tính (BPPV):
 - Ống bán khuyên sau (Posterior-canal benign paroxysmal positional vertigo).
 - Ống bán khuyên ngang (Horizontal-canal benign paroxysmal positional vertigo: canalolithiasis type, Horizontal-canal benign paroxysmal positional vertigo: cupulolithiasis type)
 - Ống bán khuyên trước (Anterior canal benign paroxysmal positional vertigo).

ĐỊNH NGHĨA BPPV

BPPV có đặc điểm gây cơn chóng mặt ngắn khi thay đổi tư thế đầu, nguyên nhân là do sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào trong ống bán khuyên. Hầu hết bệnh nhân chóng mặt khi nằm xuống, xoay đầu qua phải hay trái trên gối hay khi cúi xuống, nhìn lên (“top shelf vertigo”). Có thể có rối loạn thăng bằng, quay cuồng trong đầu (lightheadedness) hay bập bênh vài giờ đến cả ngày sau cơn BPPV.

Đặc trưng của BPPV:

- Triệu chứng khởi phát ngấm ngấm (1-40 giây)
- Thời gian kéo dài triệu chứng thường ít hơn 1 phút
- Nystagmus đánh lên hay xoay
- Triệu chứng giảm đi khi lập lại kích thích.

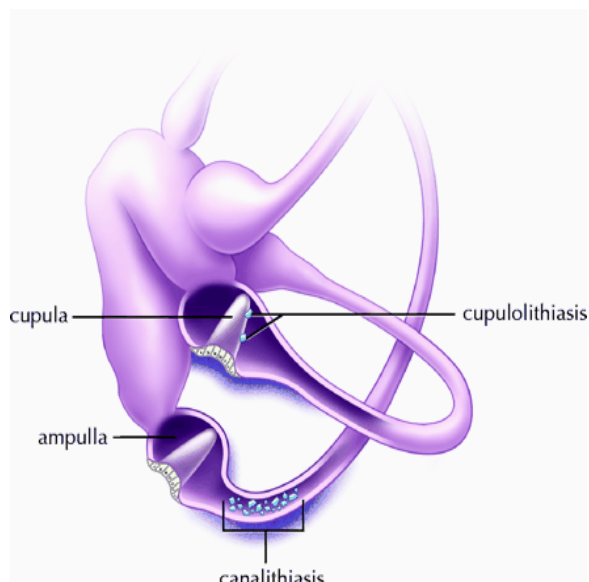
Chóng mặt mà không có phối hợp với điếc tai hay ù tai, bản chất vô hại (lành tính), kết hợp với cảm giác xoay tròn và chóng mặt trở nên nặng hơn khi thay đổi vị trí đầu. Khi triệu chứng BPPV tiếp tục tồn tại, bệnh nhân thường sẽ chấp nhận ngăn ngừa bằng cách tránh tư thế gây ra chóng mặt. Hậu quả có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai.

Dịch tễ học BPPV

Nguyên nhân thường gặp nhất của rối loạn tiền đình ngoại biên, chiếm từ 17 đến 20% bệnh nhân chóng mặt, thường gặp ở lứa tuổi từ 50-70, mặc dù có thể gặp trong bất cứ nhóm tuổi nào, và gấp 2 lần ở nữ, 50% chóng mặt ở người già, 85% chóng mặt tư thể, tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi.

CÁC GIẢ THUYẾT SINH LÝ BỆNH BPPV

Năm 1962, Harold Schuknecht, MD, đã đề xuất ra giả thuyết cupulolithiasis hay còn gọi là sỏi đài tai (heavy cupula); mảnh vỡ sỏi tai dính vào đài tai giải thích cho bệnh chóng mặt tư thế kích phát lành tính. (Hình 1)



Hình 1: Mô tả Canalithiasis của ống bán khuyên sau và Cupulolithiasis ống bán khuyên ngang.

Năm 1979, Hall, Ruby và McCureãđ công bố giả thuyết của ông về canalithiasis (sỏi ống tai hay sỏi ống bán khuyên). Ông nghĩ rằng triệu chứng của bệnh chóng mặt tư thế kích phát lành tính phù hợp hơn với sự di chuyển tự do của sỏi ống bán khuyên (canaliths) trong ống bán khuyên sau hơn là sự bám dính vào cupula. (Hình 1)

NGUYÊN NHÂN

- ❖ Nguyên nhân thường gặp nhất ở người dưới 50 tuổi là sau chấn thương, Migrain.
- ❖ Ở người già hầu hết nguyên nhân thường do sự thoái hóa hệ thống tiền đình tai trong.
- ❖ Viêm tai do virus như: viêm tiền đình, bệnh Mèniere.
- ❖ Nguyên nhân khác sau phẫu thuật tai
- ❖ Hơn một nửa trường hợp không tìm thấy nguyên nhân

CHẨN ĐOÁN

Dựa vào bệnh sử với cơn chóng mặt ngắn xảy ra khi thay đổi tư thế.

Khám lâm sàng tất cả các dấu hiệu lâm sàng bình thường ngoại trừ nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính.

NGHIỆM PHÁP DIX-HALLPIKE:

Thực hiện NP Dix-Hallpike, đầu tiên cho bệnh nhân ngồi thẳng, thầy thuốc giải thích cho bệnh nhân nghiệm pháp có thể gây chóng mặt (xem video).

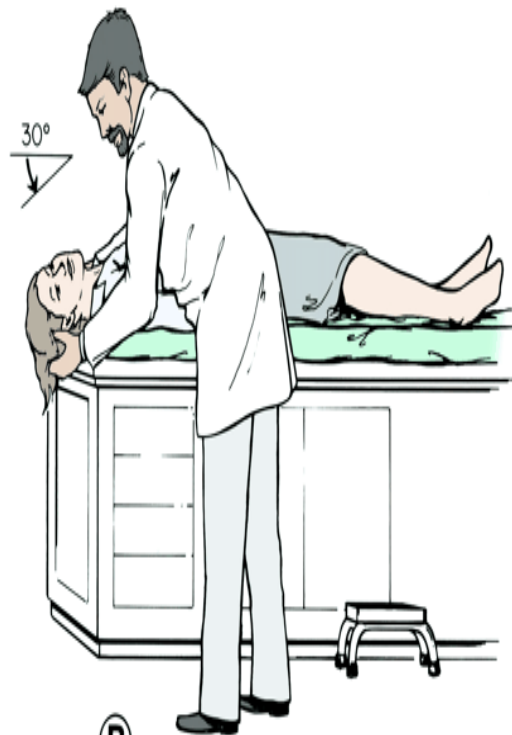
1. xoay đầu bệnh nhân sang bên từ 30 đến 45 độ (hình 2 A)



(A)

Hình 2 A: Dix-Hallpike
(Photo: Christine Kenney)

2. Bệnh nhân mở mắt nhìn thẳng vào mắt hay trán thầy thuốc, sau đó thầy thuốc giữ đầu cho bệnh nhân nằm ngửa nhanh xuống trong 2 giây, cổ duỗi nhẹ ra sau và thấp hơn mặt giường khám từ 20 đến 30 độ (Hình 2B)



(B)

Hình 2B: Nghiệm pháp Dix-Hallpike
(Photo: Christine Kenney)

Sau khoảng 2 đến 20 giây xuất hiện giật nhãn cầu xoay đánh lên hay giật ngang, có thể kéo dài từ 20 đến 40 giây. Giật nhãn cầu thay đổi hướng khi bệnh nhân ngồi thẳng lên. Nếu giật nhãn cầu không xảy ra cho bệnh nhân ngồi lên 30 giây sau lập lại xoay đầu sang đối bên.

Dựa vào giật nhãn cầu phân loại tổn thương ống bán khuyên:

1. Ống bán khuyên sau: đánh lên hay xoay theo kim đồng hồ (Upbeating or Torsion)
2. Ống bán khuyên trước: đánh xuống có hay không xoay theo kim đồng hồ (Downbeating with/wo Torsion)
3. Ống bán khuyên ngang: ngang (Horizont)

Kính Frenzel (Frenzel Goggles) hay video Frenzel goggles có thể làm test Dix-Hallpike nhạy hơn.

Dạng thường gặp nhất của BPPV:

- ❖ ống bán khuyên sau (95%)
- ❖ ngang (3%)
- ❖ trước (2%).

CHÓNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁT LÀNH TÍNH ỐNG BÁN KHUYÊN SAU

- *Thường gặp ống bán khuyên sau (95%)
- *Giật nhãn cầu đánh lên hay xoay theo kim đồng hồ
- *Giật nhãn cầu xoay pha nhanh hướng về tai thấp nhất
- *Tiềm ẩn vài giây
- *Thời gian giới hạn < 20 giây
- *Chiều giật ngược lại khi trở về tư thế ngồi thẳng
- *Triệu chứng giảm khi lập lại kích thích .

ĐIỀU TRỊ

Với quan điểm sỏi tai di chuyển trong ống bán khuyên khi thay đổi vị trí đầu và có thể đưa trở lại soan nang, ở đây chúng sẽ được phân hủy.

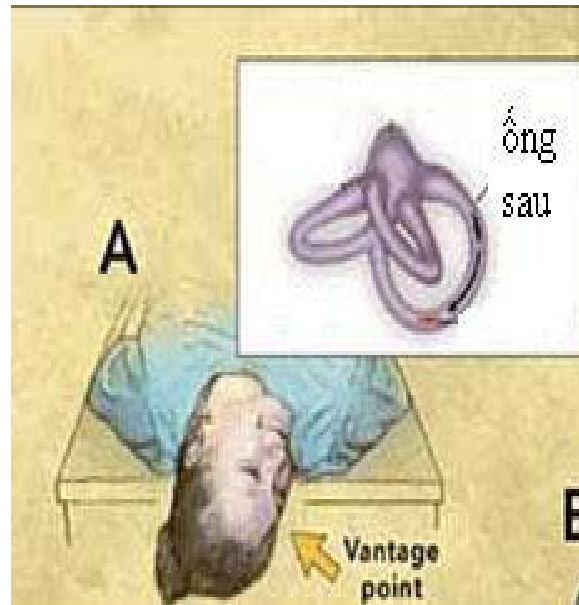
Điều trị tái định vị ở ống bán khuyên (Canal Repositioning Treatment (CRT)) bằng nghiệm pháp Epley

- Hiệu quả ống bán khuyên trước và sau do canalithiasis.
- Có thể thực hiện ngay sau khi chẩn đoán.
- Thay đổi tư thế đầu liên tiếp để định vị lại các mảnh vỡ sỏi tai.

NGHIỆM PHÁP EPLEY

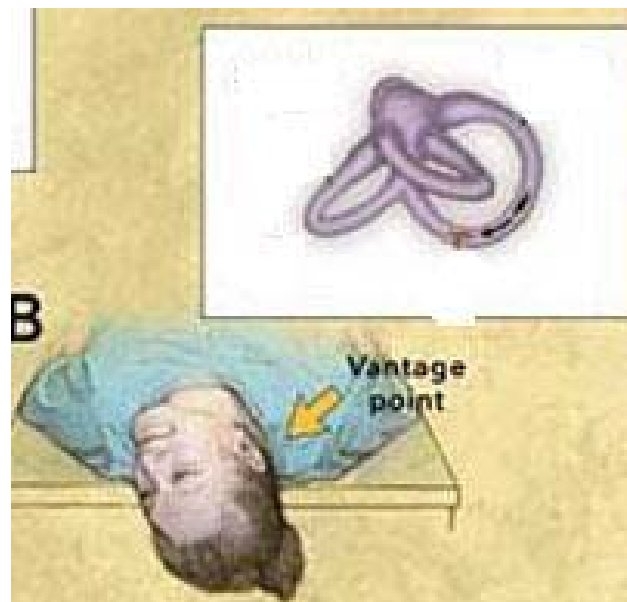
John Epley báo cáo năm 1992, bao gồm di chuyển đầu trong bốn tư thế liên tiếp, mỗi tư thế ngưng lại khoảng 30 giây, tái phát sau điều trị khoảng 30%/năm, lập lại điều trị lần 2 có thể cần thiết, dùng thuốc chống nôn trước nếu cần thiết. Khi thực hiện chú ý các triệu chứng xảy ra như: yếu, tê, rối loạn thị giác có thể do chèn ép động mạch sống nền, nếu kéo dài có thể do đột quy (xem video)

1. Cho bệnh nhân nằm ngửa nhanh xuống trong 2 giây, cổ duỗi nhẹ ra sau và thấp hơn mặt giường khám từ 20 đến 30 độ (Hình 3.A)



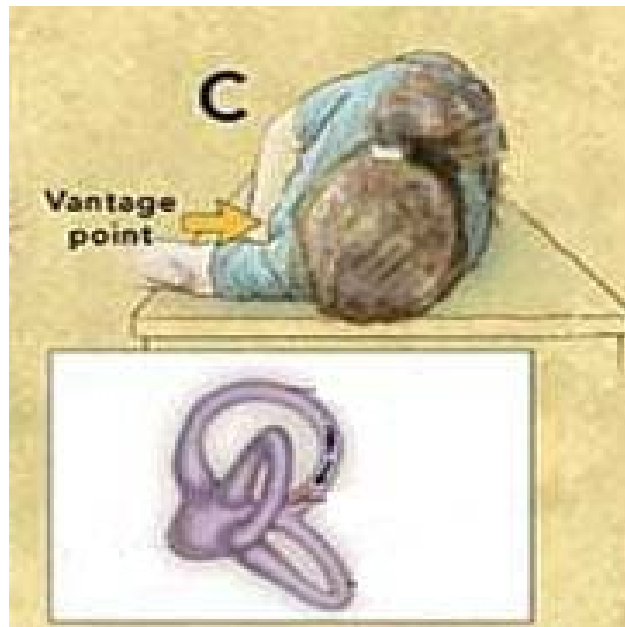
Hình: 3.A (Photo: Christine Kenney)

2. Xoay đầu bệnh nhân sang trái 90 độ, giữ tư thế trong một phút (hình 3.B).



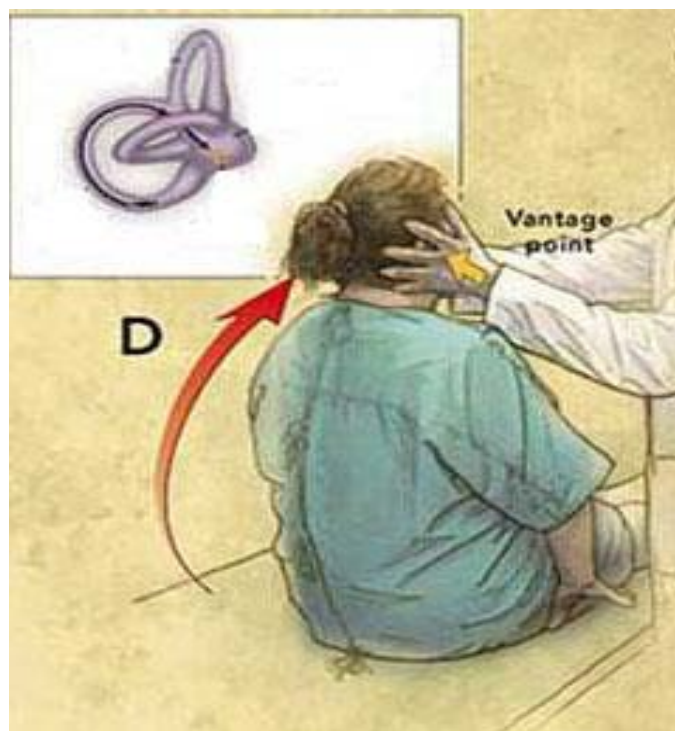
Hình: 3.B (Photo: Christine Kenney)

4. Kế đến bảo bệnh nhân xoay người tiếp sang trái vuông góc với mặt giường đầu vẫn xoay theo, giữa tư thế trong một phút (hình 3.C).



Hình: 3.C (Photo: Christine Kenney)

4. Từ từ cho bệnh nhân ngồi dậy (hình 3D).



Hình: 3.D (Photo: Christine Kenney)

Biến chứng CRP

1. thất bại 25%
2. tái phát 13% trong 6 tháng
3. tác dụng phụ
 - buồn nôn
 - nôn
 - ngất
 - toát mồ hôi

4. chóng mặt xấu hơn do sỏi tai rơi vào ống bán khuyên ngang.
(Trường hợp nôn ói có thể dùng promethazine(phenergan) tĩnh mạch, sỏi tai di chuyển đến ống bán khuyên ngang thực hiện nghiệm pháp Bar-b-que)

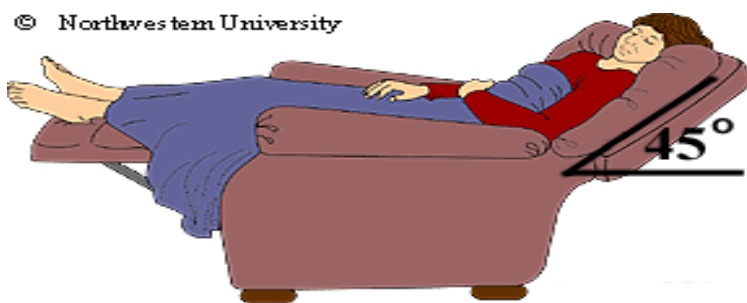
Chống chỉ định CRP

Bệnh tim không ổn định, hẹp động mạch cảnh mức độ nặng, bệnh lý cột sống cổ, cơn thoáng thiếu máu não hay thiếu máu não đang tiến triển và có thai trên 24 tuần

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN SAU KHI TẬP

- Đợi khoảng 10 phút sau nghiệm pháp để phòng cơn chóng mặt ngắn do sỏi trở lại.
- Ngủ nằm nghiêng góc 45 độ.

© Northwestern University



Hình 4: Hướng dẫn sau khi điều trị.

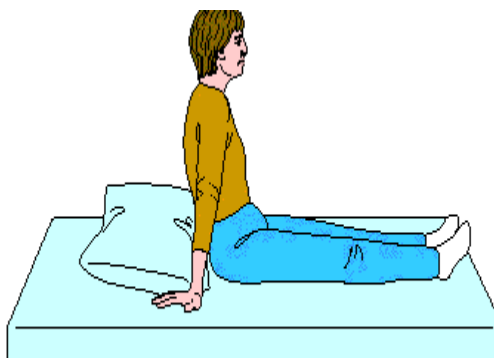
- Trong ngày cố gắng giữ đầu thẳng, không được đi hớt tóc, nhổ răng, tập thể dục đòi hỏi di chuyển đầu. Cần thận khi cạo râu, nhỏ thuốc mắt, gội đầu.
- Ít nhất 1 tuần tránh xoay đầu về bên kích thích kê 2 gối khi ngủ.
 - Tránh nằm ngủ bên kích thích không ngửa lên hay cúi xuống quá.
 - Một tuần sau điều trị, tự xoay đầu sang bên gây chóng mặt.

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ BPPV TẠI NHÀ

NGHIỆM PHÁP EPLEY TẠI NHÀ (HOME EPLEY MANEUVER)

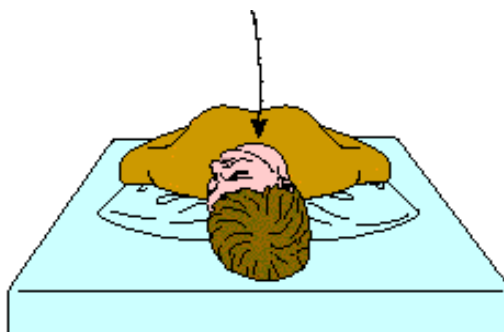
Được khuyến cáo cho những bệnh nhân có chẩn đoán rõ, bài tập có hiệu quả hơn do lặp lại mỗi đêm trong một tuần. Minh họa bài tập Epley tại nhà. (xem video)

1. Xoay đầu sang trái 45 độ sau đó nằm xuống. (Hình 4A)



Hình: 4A

2. Nằm đầu vẫn giữ 45 độ duy trì tư thế này 30 giây (hình: 4B)



Hình: 4B

3. Xoay đầu sang phải 90 độ, giữ tư thế này 30 giây. (Hình: 4C)



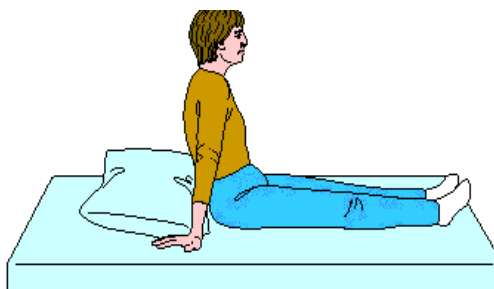
Hình: 4C

4. Lăn người tiếp sang phải tư thế lưng vuông góc với giường, giữ tư thế 30 giây. (Hình: 4D)



Hình: 4D

5. Ngồi dậy. (Hình: 4E)

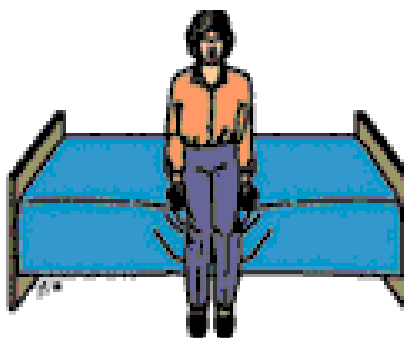


Hình: 4E

BRANDT-DAROFF EXERCISES

Được khuyến cáo ở những bệnh nhân có khi có tổn thương vị trí ống bán khuyên không rõ ở bệnh nhân BPPV. Tỷ lệ thành công 95% trường hợp (xem video)

1. Bắt đầu ngồi tư thế thẳng (Hình: 5A)



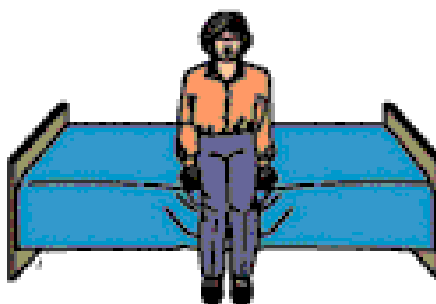
Hình: 5A

2. Rồi di chuyển sang tư thế 2, đầu nhìn lên trên đầu 45 độ, giữ tư thế này 30 giây. (Hình: 5B)



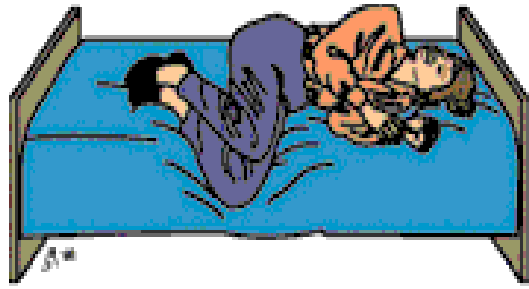
Hình: 5B

3. Sau đó ngồi dậy tư thế thẳng (Hình: 5C)



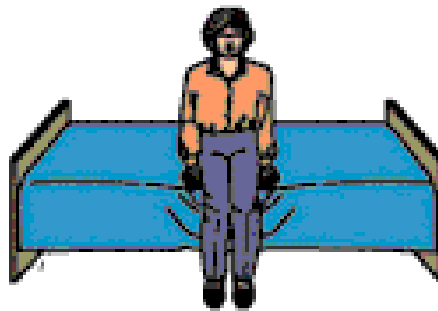
Hình: 5C

4. Kê đầu làm ngược lại tư thế 2, giữ tư thế này trong 30 giây. (Hình: 5D)



Hình: 5D

5. Kết thúc, ngồi dậy tư thế thẳng. (Hình: 5E)

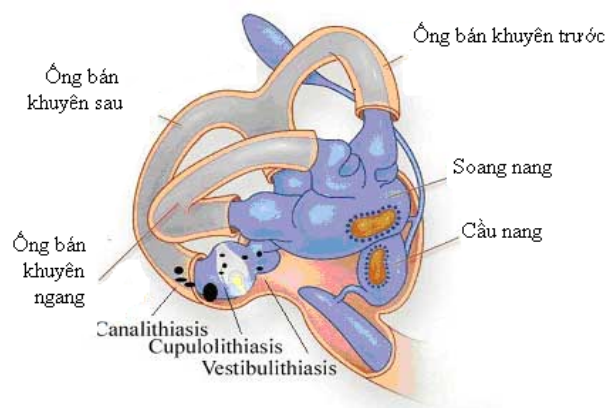


Hình: 5E

Thời gian tập nên được thực hiện trong 2-3 tuần, một ngày tập 3 lần. (xem video)

CÁC THỂ CHÓNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁP LẠNH TÍNH KHÔNG ĐIỆN HÌNH

Ống bán khuyên trước, Ống bán khuyên ngang, cupulolithiasis, vestibulolithiasis, multicanal patterns



Hình: 6 Các thể BPPV

CHỐNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁT LÀNH TÍNH ỐNG BÁN KHUYÊN TRƯỚC

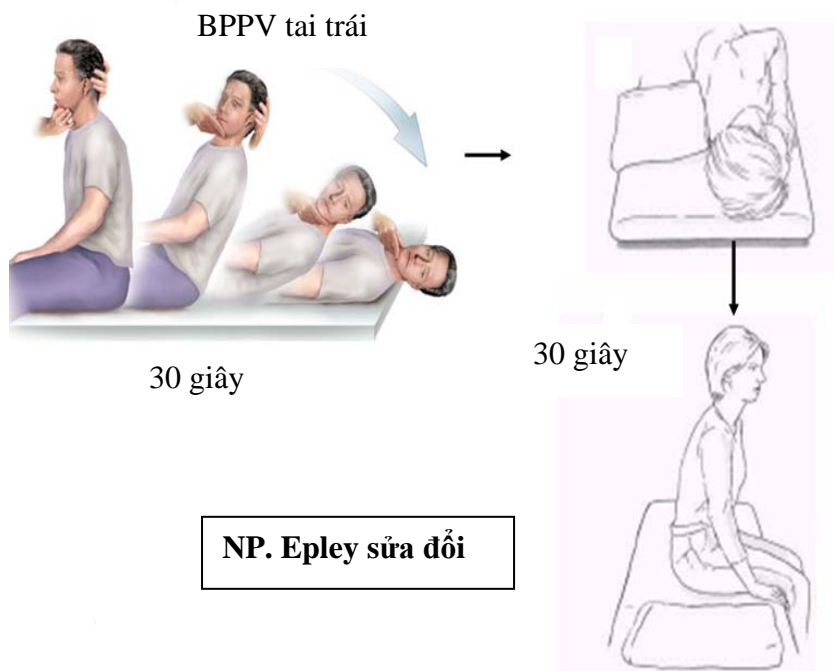
1. Hiếm 2%
2. Giật nhãn cầu đánh xuống/xoay chiều kim đồng hồ cho tai đối bên trong NP. Dix-Hallpike (Down-beating /torsional).

NP Dix- Hallpike kích thích ống bán khuyên trước tai đối bên, nếu xảy ra chóng mặt khi nghiêng đầu bên phải, vấn đề có thể ở tai bên trái, có thể kích thích cả khi nghiêng đầu sang bên và khi đầu ở tư thế treo. Sỏi tai di chuyển ống bán khuyên trước rất hiếm, thường ở nửa sau ống bán khuyên trước, có thể do biến chứng NP. Epley.

3. NP. Epley có hiệu quả ống bán khuyên trước và sau do canalithiasis.

CHỐNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁT LÀNH TÍNH ỐNG NGANG

1. Hầu hết BPPV không điển hình
2. 3-9% trường hợp
3. Hậu quả NP. Epley
4. Giật nhãn cầu ngang đơn thuần (Horizontal purely nystagmus)
5. Cupulolithiasis nhiều hơn canalithiasis
6. Điều trị: Modified Epley / lampert maneuver.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bárány R. Diagnose von Krankheitserscheinungen in Bereiche des Otolithenapparates. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1921; 2: 434-7
2. Hall SF, Ruby RR, McClure JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. *J Otolaryngol* 1979; 8(2): 15.
3. Parnes LS, McClure JA. Free-floating endolymph particles: a new operative finding during posterior semicircular canal occlusion. *Laryngoscope* 1992; 102 (9): 988-92.
4. Schuknecht HF. Cupulolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1969; 90: 765.

5. Schuknecht HF, Ruby RR. Cupulolithiasis. *Adv Otorhinolaryngol* 1973;20:434.
6. Epley JM. Human experience with canalith repositioning maneuvers. *Ann N Y Acad Sci* 2001;942:179-91;20: 434
7. Dix MR, Hallpike CS. Pathology, symptomatology and diagnosis of certain disorders of the vestibular system. *Proc R Soc Med* 1952; 45: 341.
8. Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol* 1980;106: 484-5
9. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;107: 399-404.
10. Hain TC, Helminski JO, Reis IL, Uddin MK. Vibration does not improve results of the canalith repositioning procedure. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126: 617-22.
11. Timothy C. Hain. Benign paroxysmal positional vertigo. May 2008.22