

CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trần Công Thắng

GIỚI THIỆU

Chóng mặt là triệu chứng thường gặp ở người cao tuổi. Theo các số liệu thống kê, tỉ lệ chóng mặt ở người cao tuổi dao động từ 20-50% người cao tuổi, tỉ lệ này thay đổi tùy nghiên cứu và độ tuổi của bệnh nhân. Xu hướng càng lớn tuổi thì tỉ lệ chóng mặt càng tăng.

THỜI GIAN CHÓNG MẶT

Phần lớn chóng mặt xảy ra theo từng cơn. Chỉ khoảng 5% chóng mặt liên tục. Tuy nhiên bệnh có xu hướng lặp lại. Một nghiên cứu cộng đồng tại Mỹ năm 2000 ghi nhận, ở người lớn tuổi bị chóng mặt, 35% chóng mặt mỗi ngày, 14% mỗi tuần, 51% chóng mặt mỗi tháng.

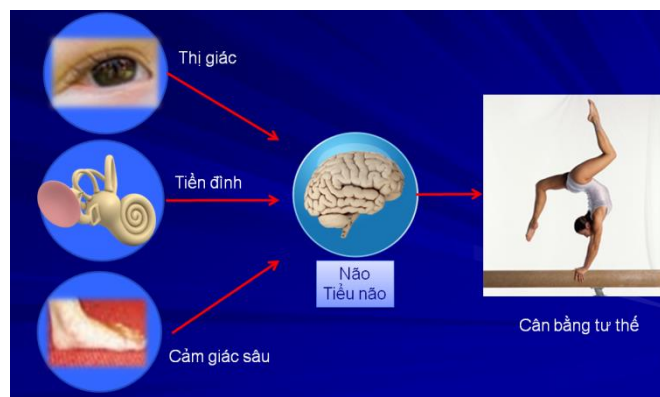
NGUY HIỂM CỦA CHÓNG MẶT

Chóng mặt làm cho BN mất thăng bằng và dễ té ngã, đặc biệt rất dễ xảy ra ở người cao tuổi. Hệ lụy của té ngã của người cao tuổi rất lớn, từ chấn thương đầu, máu tụ dưới màng cứng mãn tính, sa sút trí tuệ, gãy xương, tràn dịch màng phổi, bất động do gãy cổ xương đùi, gãy trượt cột sống thắt lưng,...

Hậu quả của việc té ngã làm BN kém hoạt động và lo âu, điều này dẫn đến dễ xảy ra chóng mặt.

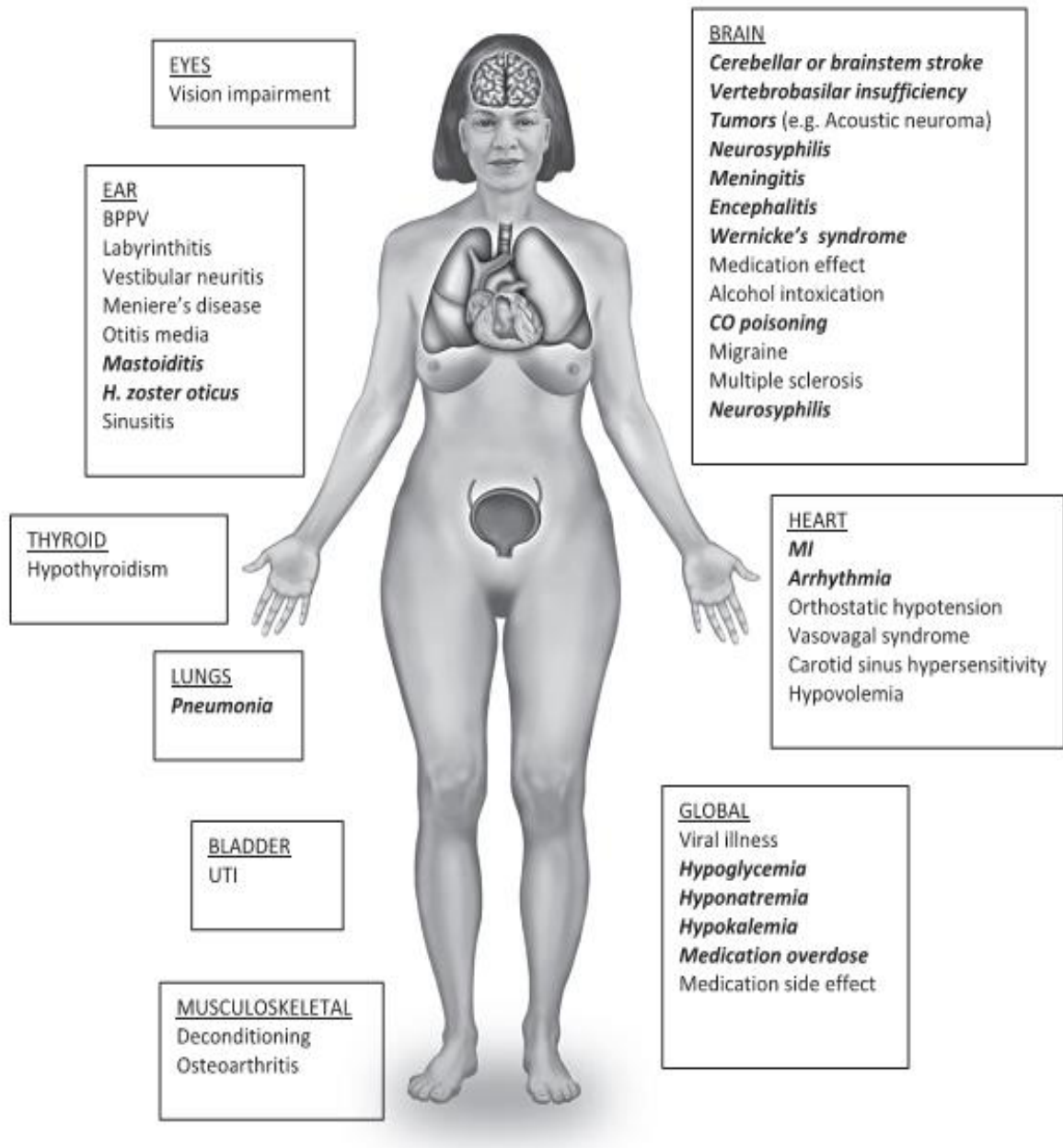
TẠI SAO BỊ CHÓNG MẶT

Hệ thống thăng bằng của cơ thể hoạt động nhờ sự kết hợp chính xác của tiền đình, thị giác, cảm giác sâu, tiểu não và não bộ. Người cao tuổi, tất cả các hệ thống đều bị suy yếu, kết hợp không nhanh nhạy dẫn đến sự chóng mặt.



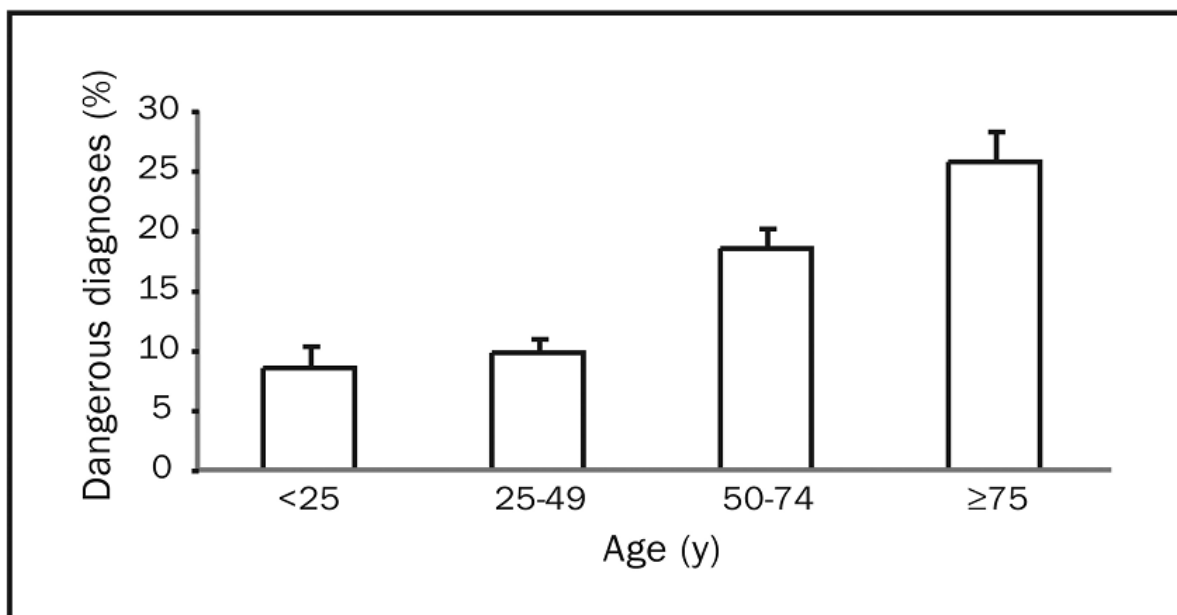
Hình 1: Các cấu trúc tham gia hệ thống thăng bằng của cơ thể

Hình 2 bên dưới mô tả nguyên nhân chóng mặt của người cao tuổi. Trong các nguyên nhân này, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) là nguyên nhân thường gặp nhất



Hình 2: Các nguyên nhân chóng mặt người cao tuổi. Phần in đậm là các nguyên nhân thường gặp ở phòng cấp cứu

Trong các nhóm nguyên nhân chóng mặt, nhóm nguy hiểm xảy ra với tỉ lệ cao ở người cao tuổi khi so với nhóm chóng mặt người trẻ (Hình 3). Do đó, cần thận khi chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt người cao tuổi.



Hình 3: Tần số nguyên nhân chóng mặt nguy hiểm theo lứa tuổi

PHÂN LOẠI CHÓNG MẶT

Trong thực hành lâm sàng, dựa vào các đặc tính chóng mặt, thời gian, yếu tố liên quan khởi phát hoặc làm nặng thêm và triệu chứng đi kèm, chúng ta có thể phân chóng mặt ra các nhóm: chóng mặt thật sự (vertigo), muốn ngất (pre-syncope), mất thăng bằng (disequilibrium) và các nhóm khác (Hình 4)

Type of dizziness		Associated symptoms	Episode duration	Possible aetiology
Vertigo	Central	Headache Vomiting Double vision Staggering gait Clumsiness Dysarthria Numbness of the face or body	Several minutes—1 h Several hours Days	Posterior circulation transient ischaemic attack Migraine Posterior circulation stroke Multiple sclerosis Migraine
	Peripheral	Hearing loss Tinnitus Feeling of fullness in the ear Nausea and vomiting	Few secs Few seconds—few minutes Several minutes—1 h Several hours	Acute vestibular neuronitis Benign paroxysmal positional vertigo Perilymphatic fistula Perilymphatic fistula Acoustic neuroma Ménière's disease Perilymphatic fistula
Pre-syncope		Sweating Blurred or tunnel vision Palpitations Breathlessness Fatigue	Few secs—few minutes	Orthostatic hypotension Situational syncope (e.g. post-micturition, post-cough) Vasovagal — mediated by emotional distress Arrhythmia
Disequilibrium		Numbness of feet Impaired vision Gait disturbance	Weeks—months	Cerebellar disease Parkinson's disease Gait disorders Peripheral neuropathy Reduced visual acuity
Other			Weeks—months	Psychogenic

Hình 4: Phân loại chóng mặt và các nguyên nhân có thể

THĂM KHÁM

Chẩn đoán chóng mặt dựa rất nhiều vào hỏi bệnh sử. Trong phần thăm khám, bên cạnh thăm khám tổng quát để phát hiện các nguyên nhân bệnh lý hệ thống liên quan chóng mặt, các thủ thuật đánh giá sự phối hợp của chức năng thăng bằng cũng được tiến hành như test mắt (tìm nystagmus, dấu hiệu lệch nghiêng), test lắc đầu, test Dix-Hallpike, test Romberg, HINT test. Các test này có thể giúp thầy thuốc định hướng nguyên tổn thương liên quan tiền đình hay không, trung ương hay ngoại biên,... (phần này sẽ được trình bày bằng video trong bài trình bày).

CẬN LÂM SÀNG

Đối với bệnh nhân cao tuổi, cần lâm sàng đánh giá các cơ quan hệ thống và hình ảnh học là điều cần thiết vì có nhiều nguyên nhân nguy hiểm bị che lấp dưới các biểu hiện chóng mặt bình thường (ví dụ nhồi máu não,...). MRI não là kỹ thuật hình ảnh cần chọn lựa khi quyết định đánh giá hình ảnh học cho BN chóng mặt. Nó có thể phát hiện các bệnh lý mạch máu, u, viêm,...

ĐIỀU TRỊ CHÓNG MẶT

Giải quyết hết chóng mặt để quay lại cuộc sống hàng ngày là mong muốn hàng đầu của người bị rối loạn tiền đình.

Thuốc điều trị chóng mặt thường bao gồm hai nhóm: chống chóng mặt và chống nôn ói. Thuốc chống chóng mặt có rất nhiều nhóm, trong đó thường được sử dụng nhiều nhất hiện nay là nhóm kháng histamin, kháng cholinergic, benzodiazepines và betahistidine. Theo quan điểm điều trị hiện nay, các thuốc chống chóng mặt nêu trên được chia thành nhóm ức chế tiền đình và nhóm hỗ trợ tiền đình. Bảng 1 bên dưới tóm tắt cơ chế tác dụng, liều, dược lý và các lưu ý sử dụng nhóm thuốc chống chóng mặt.

Bảng 1: Các nhóm thuốc chống chóng mặt thường được dùng trong điều trị chóng mặt.

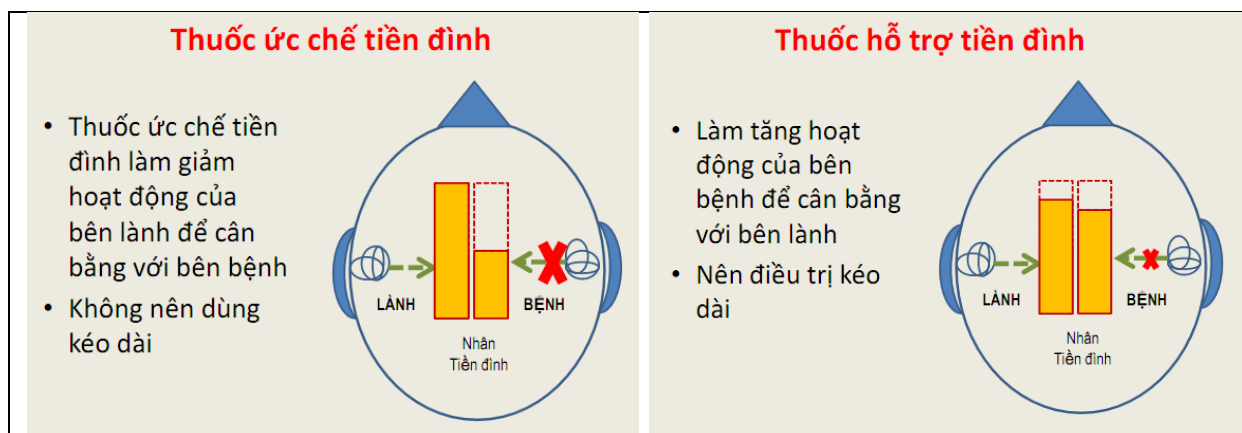
Thuốc	Liều	Tác dụng phụ	Nhóm dược lý và các chú ý	Ảnh hưởng thai kỳ
Nhóm ức chế tiền đình				
Dimenhydrinat	50mg mỗi 4-6 giờ	Buồn ngủ	Kháng histamin, kháng cholinergic, cần thận ở người bị u xơ tiền liệt tuyến	Nhóm B
Meclizin	25mg mỗi 4-6 giờ	Buồn ngủ	Kháng histamin, kháng cholinergic, cần thận ở người bị u xơ tiền liệt tuyến	Nhóm B
Diazepam	5mg 1-2 lần/ngày	Buồn ngủ	Benzodiazepam, dễ lệ thuộc thuốc	Nhóm D
Cinnarizine	25mg 1-3 lần/ngày	Buồn ngủ Ngoại tháp	Kháng histamin, ức chế canxi	Nhóm C
Nhóm hỗ trợ tiền đình				
Betahistidine	48mg chia 2 hoặc 3 lần/ngày	Rối loạn tiêu hóa nhẹ	Đồng vận histamin	Nhóm B

Ảnh hưởng thai kỳ xếp từ A (không hại đến thai, có thể sử dụng) đến D (không được dùng vì ảnh hưởng thai)

Nhóm thuốc ức chế tiền đình (kháng histamin, kháng cholinergic, benzodiazepines) là nhóm thuốc có tác dụng ức chế toàn bộ hệ thống tiền đình cả bên bình thường và bên bệnh lý thông qua hoạt động ức chế histamin và acetylcholine, những chất dẫn truyền kích thích tiền đình, nhanh chóng làm giảm triệu chứng chóng mặt xoay tròn, nhưng người bệnh đi lại sinh hoạt rất khó khăn do mất đi sự thăng bằng. Do đó nhóm thuốc ức chế tiền đình chỉ nên sử dụng ngắn trong vòng 2-5 ngày đầu bị chóng mặt.

Nhóm hỗ trợ tiền đình (betahistidine) là nhóm thuốc có tác động đồng vận histamin kèm tăng tưới máu tai trong (nơi có chứa hệ thống tiền đình ngoại biên), giúp hoạt động của bên tiền đình bị bệnh phục hồi từ từ, làm người bệnh cải thiện triệu chứng chóng mặt từ từ và cải thiện luôn sự thăng bằng, giúp tái hòa nhập cuộc sống sớm. Nhóm thuốc betahistidine sẽ có hiệu quả điều trị cao khi kết hợp thuốc với các bài tập phục hồi tiền đình. Các nghiên cứu hiện nay ghi nhận liều betahistidine 48mg/ngày sẽ giúp đạt hiệu quả điều trị tốt nhất.

Nhóm chống nôn ới giúp giảm sự khó chịu của người bệnh bị chóng mặt vì chóng mặt thường đi kèm nôn ới. Các thuốc chống nôn hay dùng trong chóng mặt bao gồm diphenhydramine, metoclopramide,....



Hình 1: Cơ chế tác động của hai nhóm thuốc ức chế và hỗ trợ tiền đình

Nhóm thuốc dinh dưỡng và bảo vệ tế bào thần kinh như piracetam (Nootropyl), vinpocetin, ginkobiloba Egb 761 (Tebonin, Tanakan),... có thể giúp bù trừ chức năng tiền đình trung ương và ngoại biên trong giai đoạn phục hồi chóng mặt.

TẬP LUYỆN PHỤC HỒI TIỀN ĐÌNH

Đây là phương pháp điều trị căn bản và lâu dài cho BN bị chóng mặt. Tùy từng giai đoạn và mức độ chóng mặt mà người bệnh sẽ được hướng dẫn điều trị phù hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Cavaliere M, Mottola G. Benign paroxysmal positional vertigo: a study of two manoeuvres with and without betahistine. *ACTA Otorhinolaryngol ITAL* 25, 107-115, 2005.
2. Guneri EA, Kustutan O. The effects of betahistine in addition to epley maneuver in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Jan;146(1):104-8.
3. Ramos A R, Ledezma RJG, Navas R A. Use of betahistine in the treatment of peripheral vertigo. *Acta Otolaryngol.* 2015 Dec;135(12):1205-11.
4. Stambolieva K, Angov G. Effect of treatment with betahistine dihydrochloride on the postural stability in patients with different duration of benign paroxysmal positional vertigo. *International Tinnitus Journal.* 2010;16(1):32-6.
5. Kattah JC, et al (2009), "HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging". *Stroke* 40(11), pp. 3504-3510.
6. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc* 2008;83(7):765-75.
7. Lo AX, Harada CN. Geriatric Dizziness: Evolving Diagnostic and Therapeutic Approaches
8. for the Emergency Department. *Clin Geriatr Med* 29 (2013): 181-204.