

THỰC TIỄN LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Hường

Bộ môn thần kinh – Đại học Y Hà Nội

15/4/2023

VTM2269310 (v1.0)

CHÓNG MẶT

- Là một triệu chứng thường gặp nhất trong hội chứng tiền đình.
- Đó là một cảm giác không có thật về sự chuyển động của cơ thể hoặc môi trường xung quanh. Chuyển động này thường xoay tròn. Hay bồng bênh

7

VTM2269310 (v1.0)

CHÓNG MẶT

TABLE 1

Major Categories of Dizziness and Some Possible Causes

Category	Description	Percentage of patients	Possible causes	Clinician notes
Vertigo	False sense of motion, rotational sensation, illusion of spinning	45% to 54%	Peripheral causes: Benign paroxysmal positional vertigo, Ménière disease, vestibular neuritis, labyrinthitis, perilymphatic fistula Central causes: Cerebellar infarct, vestibular migraine, acoustic neuroma, multiple sclerosis	Identify recent viral illnesses or infections; assess for history of migraine or motion sickness; assess neurologic status, including cranial nerve testing; examine ears; test hearing; perform in-office tests of vestibular function
Imbalance	Off-balance, unsteadiness	~16%	Peripheral neuropathy, Parkinson disease, stroke, TIA, acute change in visual acuity	History of diabetes, prior stroke, falls and imbalance; assess tactile sensation, neurologic status, and visual acuity (especially in the elderly)
Presyncope	Impending feeling of fainting or blacking out	~14%	Orthostatic hypotension, tachy-/bradyarrhythmias, myocardial infarction, hypersensitive carotid sinus syndrome, neurally mediated hypotension	Check orthostatic BPs; auscultate heart and great vessels; review all medications and doses
Lightheadedness (also called dizziness, giddiness, or wooziness)	Vague symptoms, possibly feeling "disconnected"	~10%	Hyperventilation syndrome, anxiety, panic attacks	Assess for history of depression, anxiety, or hyperventilation syndrome (bloating, epigastric pain, chest pain or paresthesias)

Note: Symptoms associated with vestibular migraine may occur in isolation or include a combination of vertigo, lightheadedness, and imbalance.¹⁰

Abbreviations: BP, blood pressure; TIA, transient ischemic attack.

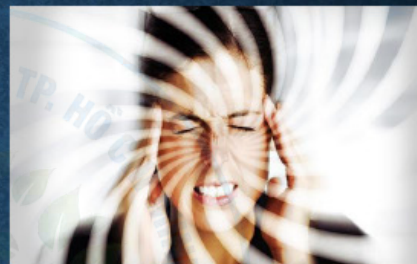
Sources: Post and Dickerson. *Am Fam Physician*. 2010⁹; Furman and Rizzolo. *JAAPA*. 2011¹⁰; Kuo et al. *Aust Fam Physician*. 2008.¹¹

VTM2269310 (v1.0)

CÁC KIỂU CHÓNG MẶT



Mất thăng bằng
(disequilibrium)



Chóng mặt xoay tròn
(vertigo)



Choáng váng muốn xỉu
(presyncope)



Hay cảm giác lâng lâng không điển hình
(Non specific dizziness)

8

VTM2269310 (v1.0)

1. CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ HAY GẶP?

- Tỷ lệ chóng mặt từ **17 đến 30%** dựa trên dân số chung⁽¹⁾
- **Chóng mặt/mất thăng bằng** là triệu chứng phổ biến nhất ở người cao tuổi⁽¹⁾, chiếm tỷ lệ **30% người trên 60 tuổi**, tăng lên **50% ở người trên 85 tuổi**⁽²⁾
- Chóng mặt ở người cao tuổi xu hướng tăng dần theo tuổi và thường phối hợp nhiều kiểu chóng mặt

1. Cao et al. BMC Neurology (2021) 21:186
<https://doi.org/10.1186/s12883-021-02188-7>
2. 2015 Vertigo and dizziness in the elderly. Front. Neurol. 6:144. doi: 10.3389/fneur.2015.00144

VTM2269310 (v1.0)

2. CHÓNG MẶT ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI CÓ NGUY HIỂM KHÔNG?

- **Chóng mặt có thể là triệu chứng báo hiệu cho một bệnh nguy hiểm như:** Đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, hạ hoặc tăng đường huyết quá mức, các bệnh lý về thần kinh tim mạch khác...
- **25%** bệnh nhân trên 65 tuổi bị **té ngã** do chóng mặt⁽³⁾
- **18%** người cao tuổi bị chóng mặt để lại di chứng tàn tật do **té ngã**⁽⁴⁾
- Chóng mặt nghiêm trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống tăng theo tuổi: **20% ở tuổi 60; 30% ở tuổi 70 và 50% ở tuổi 80**⁽²⁾

1. Regauer et al. BMC Geriatrics (2020) 20:494
2. Cao et al. BMC Neurology (2021) 21:186 <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02188-7>
3. <https://emedicine.medscape.com/article/2149881-overview>
4. Kovacs E, et al. "Economic burden of vertigo: a systematic review." Health Economics Review. 2019; 9(1):37. doi:10.1186/s13561-019-0258-2.

VTM2269310 (v1.0)

3. Chóng mắt ở người cao tuổi gây hậu quả thế nào đối với bệnh nhân và xã hội



Dẫn đến nhập viện, nhập viện dưỡng lão và tốn nhiều chi phí y tế

VTM2269310 (v1.0)

Cao et al. BMC Neurology (2021) 21:186 <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02188-7>

Gánh nặng kinh tế to lớn

Chi phí y tế trực tiếp:
61,3 triệu
bảng Anh/năm

Chi phí gián tiếp:
583,74 triệu
bảng Anh/năm

- ❖ **Chi phí y tế trực tiếp** bao gồm: chi phí khám bệnh, các cận lâm sàng chẩn đoán và thuốc điều trị
- ❖ **Chi phí gián tiếp** bao gồm: phúc lợi bị mất do nghỉ việc, các chi phí điều trị các bệnh lý hậu quả của RLTB (trầm cảm, đau...)

VTM2269310 (v1.0)

Kovacs et al. Health Economics Review (2019) 9:37 <https://doi.org/10.1186/s13561-019-0258-2>

4. NHỮNG VẤN ĐỀ GÌ CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI ?

Đặc điểm chóng mặt ở BN cao tuổi:

- Thường dai dẳng từ vài ngày đến vài tháng. Triệu chứng mãn tính và kéo dài
- Do nhiều nguyên nhân phối hợp và đi kèm với nhiều bệnh như: Tăng HA, hạ HA tư thế, lo lắng, trầm cảm, các bệnh lý nội khoa khác
- Người bệnh thường dùng nhiều loại thuốc: HA, ĐTĐ, giảm đau...
- Được xem như là hội chứng lão hoá có chiến lược can thiệp điều trị toàn diện

Những thách thức đối với thầy thuốc

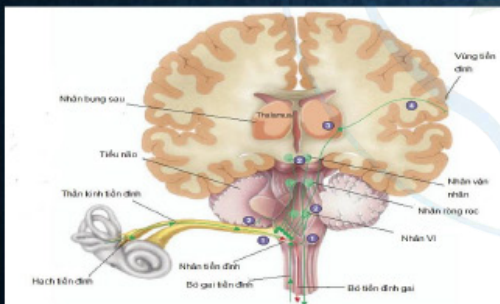
- Khó khăn khi tìm nguyên nhân. Chú ý về các nguyên nhân trầm trọng
- ≥ 50% trường hợp là do nhiều nguyên nhân phối hợp
- Điều trị đặc hiệu rất ít hiệu quả

VTM2269310 (v1.0)

5. NHỮNG NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP NÀO GÂY CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI?

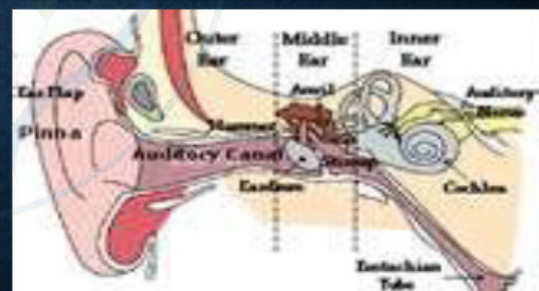
Trung ương (central causes)

- Cerebellopontine angle tumor
- Cerebrovascular disease
- Vestibular Migraine
- Multiple sclerosis
- others



Ngoại biên (Vertigo peripheral causes)

- BPPV ((BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO)
- Acute labyrinthitis
- Vestibular neuritis
- Cholesteatoma
- Menier's disease
- Osteosclerosis
- Perilymphatic fistula



VTM2269310 (v1.0)

6. LÀM THẾ NÀO ĐỂ PHÂN BIỆT CHÓNG MẮT DO NGUYÊN NHÂN TRUNG ƯƠNG HAY NGOẠI BIÊN?

TABLE 2. Central versus peripheral vertigo

	Central vertigo	Peripheral vertigo
Direction	Can be vertical or other direction, may change direction with change in gaze	Horizontal or torsional, never vertical, same direction in all gazes
Onset	Subacute or slow	Acute
Visual fixation	Not suppressed	Suppressed
Nausea, vomiting	Varies	May be severe
Otological symptoms	Rare	Common
Neurological symptoms	Common	Rare
Instability	Severe, unable to stand	Mild to moderate
Fatigability	Not fatigable	Fatigable
Duration	Persists	Short duration, may decrease after a few days

VTM2269310 (v1.0)

SỬ DỤNG TEST HINTS (HEAD-IMPULSE, NYSTAGMUS, TEST OF SKEW)

- **Test đẩy đầu (head-impulse):** bệnh nhân ở tư thế ngồi, đầu bị đẩy 10 độ về bên phải sau đó sang bên trái trong khi mắt của bệnh nhân vẫn cố định trên mũi của người khám. Nếu xảy ra hiện tượng giật mắt nhanh, nguyên nhân có thể là ngoại biên. Không có hiện tượng này gợi ý nguyên nhân trung ương.
- **Rung giật nhãn cầu (nystagmus):** Nystagmus tự phát theo hướng ngang nặng lên khi mắt di chuyển theo tay người khám thì gợi ý nguyên nhân ngoại biên (viêm thần kinh tiền đình). Nystagmus tự phát ưu thế theo hướng dọc hoặc xoay; hoặc nystagmus thay đổi hướng khi nhìn cố định gợi ý nguyên nhân trung ương.
- **Test lệch nghiêng (test of skew):** Đánh giá độ lệch theo chiều dọc của mắt bị che lại sau khi yêu cầu bệnh nhân bỏ tay che mắt đó ra. Nếu mắt bị che sau khi mở ra nhãn cầu có lệch theo chiều dọc là bất thường. Mặc dù bất thường này có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao cho chóng mặt nguồn gốc trung ương.

VTM2269310 (v1.0)

7. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI NHƯ THỂ NÀO?



VTM2269310 (v1.0)

8. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI CAO TUỔI?

- Điều trị triệu chứng chóng mặt

+ Bằng thuốc: (Kích thích tiền đình, ức chế tiền đình). Xem xét các bệnh lý đi kèm và các thuốc đang uống để lựa chọn nhóm thuốc phù hợp.

+ Bằng các bài tập PHCN tiền đình, chế độ sinh hoạt hàng ngày

- Điều trị nguyên nhân



VTM2269310 (v1.0)

NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ CHÓNG MẶT

Nhóm thuốc ức chế tiền đình

- **Kháng Cholinergic:** Scopolamine
- **Kháng Histamin:**
Diphenhydramine, Dimenhydrinate,
Promethazine, Meclizine
- **Benzodiazepine:** Diazepam,
Lorazepam, Clonazepam

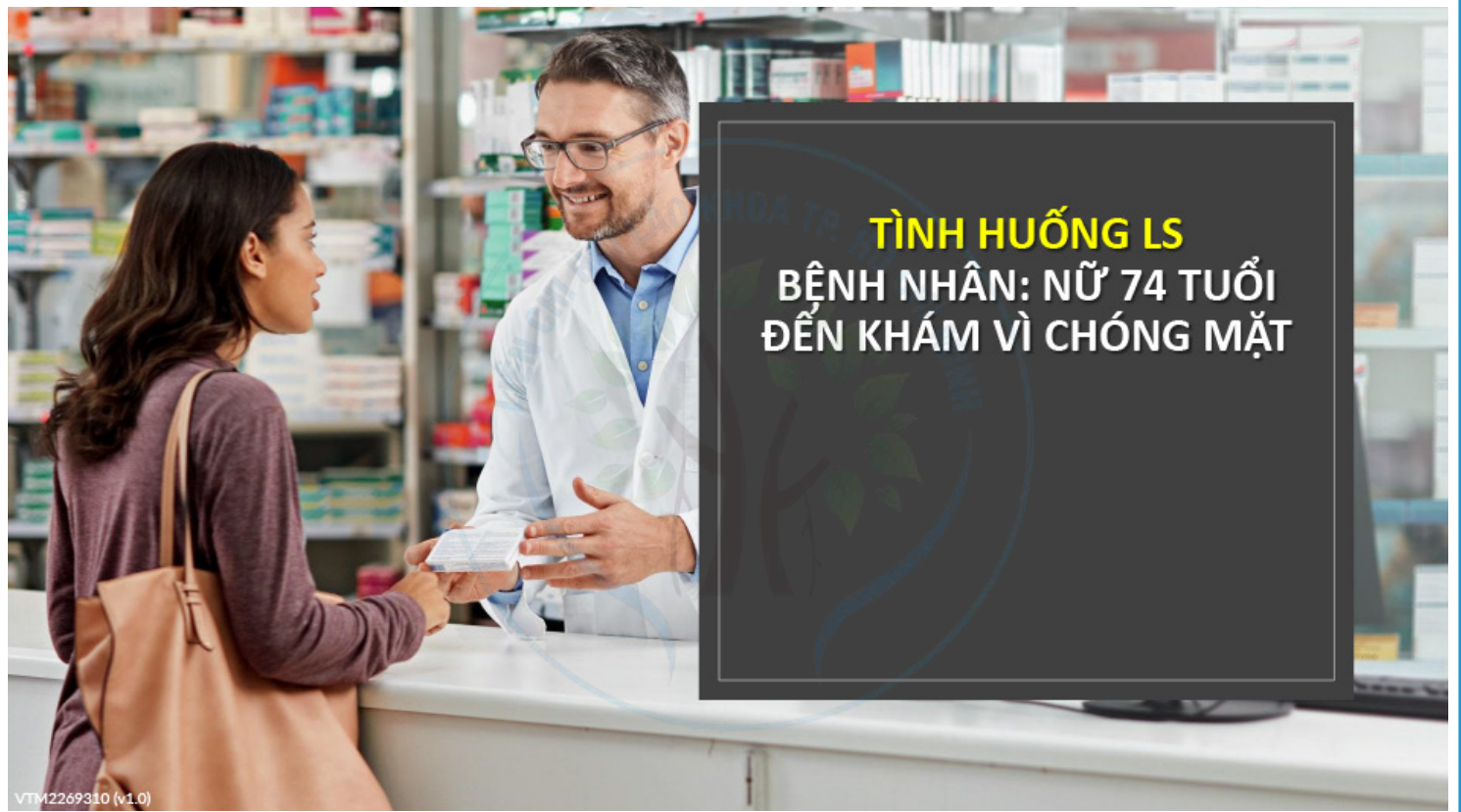
Nhóm thuốc có chức năng phục hồi tiền đình

Betahistine
Acetyl – Leucine
Flunarizine
Cinarizine

? **Lựa chọn thuốc cho người cao tuổi này như thế nào?**

23

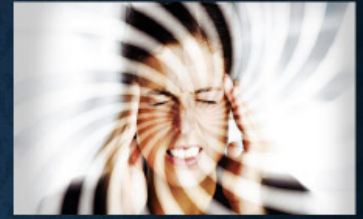
VTM2269310 (v1.0)



TÌNH HUỐNG LS
BỆNH NHÂN: NỮ 74 TUỔI
ĐẾN KHÁM VÌ CHÓNG MẶT

VTM2269310 (v1.0)

TÌNH HUỐNG LS



- **Tiền sử:** Có tiền sử THA đang đt Amlodipine 5 mg 1 viên / ngày, ĐTĐ đang điều trị bằng thuốc đường uống Gliclazide 60mg/ ngày, HA và đường huyết theo dõi ổn định. RL lipid máu.
- **Bệnh sử:** 1 ngày trước khi đến khám vì xuất hiện cơn chóng mặt dữ dội kiểu xoay tròn, nôn nhiều, không đi lại được khi quay đầu hoặc thay đổi tư thế đột ngột, Mỗi cơn chóng mặt thường ngắn. Xen lẫn còn có những chóng mặt kiểu chòng chành dai dẳng đôi khi cảm giác muốn ngất xỉu.

VTM2269310 (v1.0)

TÌNH HUỐNG LS

=> Đến bệnh viện

Tình trạng khi đến viện:

+ Ý thức: tỉnh táo, Glasgow 15 điểm.

+ Chóng mặt nhiều chóng mặt kiểu xoay tròn nặng lên khi quay đầu qua bên phải, xuất hiện từng cơn ngắn khoảng dưới 1 phút, các cơn xảy ra liên tiếp nhau, nôn nhiều, không kèm theo ù tai hay giảm thính lực. vã mồ hôi da xanh tái

+ Ngoài cơn chóng mặt kiểu xoay vẫn có những cơn cảm giác chòng chành mất thăng bằng

+ Tình trạng toàn thân: Mạch 100l/p Ha 110/70mg. ĐH mao mạch 5,6mmol/l.

Khám thần kinh: Không có dấu hiệu thần kinh khu trú khác ngoài hội chứng tiền đình bên phải.

VTM2269310 (v1.0)

TÌNH HUỐNG LS

Tiến hành làm các nghiệm pháp lâm sàng:

- Làm test HINTS kết quả cho thấy đặc trưng cho tiền đình ngoại biên
- Làm nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính, hướng đến **chóng mặt ngoại biên** (chóng mặt tư thế kích phát lành tính).
- Có thể kèm theo kết hợp chóng mặt liên quan các bệnh lý nội khoa
- Các thăm dò cận lâm sàng về nguồn gốc trung ương trong giới hạn bình thường, thăm dò về tim mạch bình thường.

1. Chóng mặt tư thế kích phát lành tính là gì?
2. Cách điều trị để đạt hiệu quả tốt nhất?

VTM2269310 (v1.0)

CHÓNG MẶT TƯ THẾ LÀNH TÍNH (BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO-BPPV)

- ▶ Thường gặp nhất trên 30% tổng số BN chóng mặt và trên 50% chóng mặt ngoại biên,
- ▶ Đối tượng: nữ > nam, > 40 tuổi
- ▶ Cơ chế: sự trôi tự do phân tử sỏi tai trong ống bán khuyên sau
- ▶ Đặc điểm:
 - ✓ Cơ chế chóng mặt đột ngột, ngắn vài giây đến dưới 1 phút
 - ✓ Phối hợp thay đổi vị trí đầu, thường theo một hướng
 - ✓ Không ù tai/giảm thính lực



VTM2269310 (v1.0)

TÌNH HUỐNG LS

ĐIỀU TRỊ



- Cách điều trị hiệu quả ở bệnh nhân này là: phối hợp thuốc điều trị chóng mặt và tập nghiệm pháp tư thế (Nghiệm pháp tập Epley, Semont) để định vị lại thạch nhũ (sỏi tai)
- Phối hợp điều trị các bệnh nội khoa đi kèm

VTM2269310 (v1.0)

TÌNH HUỐNG LS

ĐIỀU TRỊ

- + Acetyl leucin 500mg x 03 ống pha truyền NaCl 9% , Betahistine 24 mg, ngày uống 02 viên, Metoclopramide chlohydrate (Primperan) 10mg khi có biểu hiện nôn nhiều. Tập nghiệm pháp Epley.
- + Sau điều trị 3 ngày người bệnh đỡ hẳn triệu chứng (đỡ chóng mặt, có thể ngồi dậy được, hết nôn, vẫn còn khó khăn mất thăng bằng khi đi lại).
- + Người bệnh được điều trị ngoại trú bằng duy trì Betahistine 48 mg uống chia 02 lần/ ngày phối hợp với tập phục hồi tiền đình.
- + Trong 02 tháng đầu thỉnh thoảng người bệnh vẫn xuất hiện những cơn chóng mặt xoay khi thay đổi tư thế nhưng nhẹ hơn và kèm theo cảm giác chòng chành phối hợp
- + Đến tháng thứ 03 sau khi uống kéo dài Betahistine 48 mg/ ngày triệu chứng cải thiện gần như hoàn toàn.

VTM2269310 (v1.0)

BÀN LUẬN TÌNH HUỐNG LS

- Bệnh nhân cao tuổi: 75t
- Nhiều bệnh nền phối hợp: THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu
- Chóng mặt kết hợp nhiều kiểu phối hợp: Xoay, chòng chành.
- Có thể do nhiều nguyên nhân gây ra nhưng nguyên nhân nổi bật là BPPV
- Triệu chứng chóng mặt khởi đầu nặng nề kéo dài dai dẳng trong vài tháng.
- Điều trị phối hợp thuốc và tập PHCN
- Betahistine 48mg duy trì trong vòng 03 tháng thấy có hiệu quả rõ rệt
- Cần chú ý chiến lược điều trị bệnh lý nội khoa đi kèm, chế độ sinh hoạt hàng ngày và giấc ngủ hợp lý để tránh tái phát.

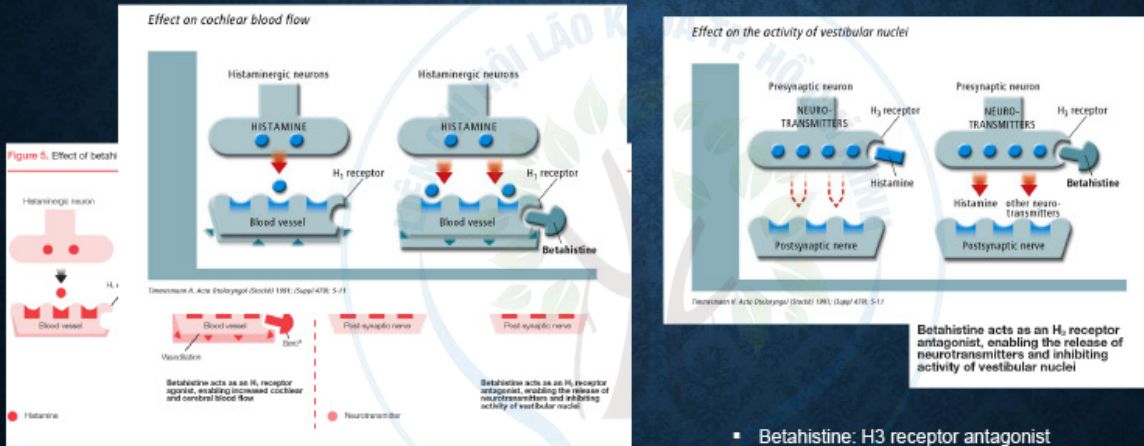
VTM2269310 (v1.0)

CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG CHÓNG MẶT BẰNG BETAHISTINE

- **Histamine:** là một trong các chất dẫn truyền của con đường tiền đình. Phục hồi hoạt động histamine góp phần phục hồi chức năng tiền đình.
- **Betahistine:**
 - Chất đồng dạng histamine, làm tăng hoạt động giống histamine, ít tác dụng phụ
 - Có tác dụng phục hồi tiền đình

VTM2269310 (v1.0)

CƠ CHẾ HOẠT ĐỘNG BETAHISTINE



- H1 receptor agonist
- Kích thích thụ thể H1 ở mạch máu tai trong làm tăng tuần hoàn tai trong và não

- Betahistine: H3 receptor antagonist
- Ức chế thụ thể H3 tiền synapse làm tăng phóng thích histamine & chất dẫn truyền thần kinh đến hậu synapse

Timmerman H. Histamine agonists and antagonists. *Acta Otolaryngol Suppl* 1991;479:5-11
Laurikainen E et al. The vascular mechanism of action of betahistine in the inner ear of the guinea pig. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998;255(3):119-123

VTM2269310 (v1.0)

Observational study, quality of life

OSVaLD

OSVALD: INTERNATIONAL OBSERVATIONAL STUDY^{1,2}

- Observational Study in patients suffering from recurrent peripheral vestibular Vertigo to Assess the effect of betahistine 48 mg/day on quality of Life and Dizziness symptoms (OSVaLD)^{1,2}
- Real-world, 3-month, open-label study of betahistine 48 mg/day (N = 2037)^{1,2}
 - Conducted in 13 countries in Asia, Europe and South America^{1,2}
 - Patients with peripheral vestibular vertigo of ≤ 5 years in duration and a baseline DHI score ≥ 40^{1,2}
 - Patients prescribed betahistine 24 mg b.i.d. or 16 mg t.i.d. in accordance with local labeling as part of routine primary care^{1,2}
- Effectiveness assessed using patient-reported outcomes: DHI, HADS, SF-36v2 (quality of life)^{1,2}
 - **Primary effectiveness outcome** was change in total DHI score from baseline at 3 months^{1,2}

DHI, Dizziness Handicap Index; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; SF, short-form
1. Perez-Garrigues H et al. *Curr Med Res Opin* 2007;23:2753-61;
2. Bencek H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14-24

VTM2269310 (v1.0)

OSVaLD

Betahistine was associated with a significant decrease in DHI scores from baseline to 3 months¹

- Betahistine was associated with a significant decrease in total DHI score from baseline to 3 months ($p < 0.001^a$)¹
- Physical, emotional and functional DHI scores decrease significantly at study end compared with baseline ($p < 0.001^a$)¹

Total DHI score ranges from 0 (best) to 100 (worst); subscale scores range (best to worst) from 0 to 28 (physical) and 0 to 36 (emotional; functional)¹

Mean total DHI score and DHI subscores at baseline and end of study¹

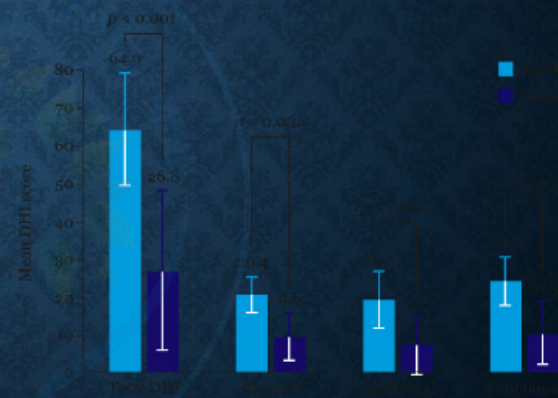


Figure adapted from Benecke H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14–24

^aOne-sample t test
DHI, Dizziness Handicap Index
1. Benecke H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14–24

Observational study; quality of life

VTM2269310 (v1.0)

Observational study; quality of life

OSVaLD

Betahistine was associated with increased scores in measures of QoL over the treatment period¹

- Baseline SF-36 scores were below the US general population norm, indicating a reduced HRQoL¹
- Significant increases in PCS and MCS scores at the follow-up and final visits were observed ($p < 0.001^a$)¹
- Betahistine therapy was rated as excellent or good by 86.2% of patients¹

SF-36v2 scale	Men (n = 605)		Women (n = 1286)	
	Baseline	Change ^a	Baseline	Change ^a
PCS	41.3 ± 8.5	7.1 ± 9.2	39.1 ± 7.6	8.2 ± 8.5*
MCS	36.8 ± 11.8	10.0 ± 12.7	35.0 ± 11.3	11.2 ± 12.6*

Data are shown as mean ± SD
^aChange from baseline at final visit
* $p < 0.001$ vs men

SF-36v2 data analysis was based on norm-based scoring results. Scores ranged from 0 (worst) to 100 (best)

Table adapted from Benecke H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14–24

^aOne-sample t test
HRQoL, health-related quality of life; MCS, Mental Health Component Summary; PCS, Physical Health Component Summary; QoL, quality of life; SD, standard deviation; SF, Short-Form
1. Benecke H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14–24

VTM2269310 (v1.0)

OSVaLD

Observational study; quality of life

ADRs affected < 2.5% of the study population¹

- ▶ A total of 76 ADRs were reported in 49 patients (2.4%), of which 54 were possibly related to betahistine¹
 - ▶ ADRs led to study drug discontinuation in 17 patients¹
 - ▶ The most frequently reported ADRs were gastrointestinal disorders (33 events in 27 patients) and nervous system disorders (14 events in 13 patients)¹
 - ▶ The majority of ADRs were characterized as mild (47 events in 33 patients) or moderate (28 events in 19 patients)¹
 - ▶ Study **limitations** include the open label, observational design, follow up was relatively short (3 months), and the original objective of recruiting 200 patients per country was not achieved¹

	Safety population (n = 2032)	
	Number of patients; n (%)	Number of events
At least one ADR	49 (2.4)	76
At least one serious ADR	1 (0.05)	1
At least one ADR that led to study drug discontinuation	17 (0.8)	24
Death	0 (0)	0

ADR, adverse drug reaction
1. Benecke H et al. *Int Tinnitus J* 2010;16:14–24

VTM2269310 (v1.0)

KẾT LUẬN

- + Chóng mặt là triệu chứng rất thường gặp ở người cao tuổi
- + Chóng mặt có thể gây hậu quả nghiêm trọng cho người cao tuổi
- + Cần xác định ngay các nguyên nhân nguy hiểm để xử trí cấp cứu
- + Trong điều trị triệu chứng: lựa chọn thuốc phục hồi tiền đình được ưu tiên hơn thuốc ức chế tiền đình.
- + **Người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh nền đi kèm, việc chọn thuốc điều trị chóng mặt cần phải xem xét một cách toàn diện**
- + Chóng mặt ở người cao tuổi thường gặp nhiều nguyên nhân phối hợp nên phải lựa chọn cách điều trị các nguyên nhân phù hợp và hiệu quả.

VTM2269310 (v1.0)

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN



VTM2269310 (v1.0)

disclaimer 'This presentation is sponsored by Abbott. The presenter is solely responsible for the content of this presentation'

VTM2269310 (v1.0)