

DOI: 10.58490/ctump.2024i81.3057

**CÁC NGUYÊN NHÂN CHÓNG MẶT CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ****Diep Tien Dat*, Phuong Hong Tho, Nguyen Thi My Hanh**

Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế S.I.S Cần Thơ

*Email: dieptiendat1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/8/2024

Ngày phản biện: 22/10/2024

Ngày duyệt đăng: 25/10/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chóng mặt là một trong số những triệu chứng thường gặp. Chóng mặt do nhiều nguyên nhân, thông thường được chia chóng mặt ra kiểu trung ương hay ngoại biên nhưng đôi khi cũng không rõ ràng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các nguyên nhân gây ra chóng mặt khiến bệnh nhân nhập viện điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, khảo sát trên 833 bệnh nhân chóng mặt nhập viện từ 01/01/2023 đến 30/06/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ. **Kết quả:** Nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ số nữ: nam = 2:1. Tuổi trung bình là $62,05 \pm 5,03$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân được chụp MRI sọ não (88,23%). Tỷ lệ cao nhất là chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình (35,77%), kế đến là chóng mặt kịch phát lành tính (26,17%) và nhồi máu não tuần hoàn sau (18,50%). Các chẩn đoán chiếm tỷ lệ rất ít là viêm thần kinh tiền đình (0,24%) và chóng mặt nguồn gốc trung ương (0,36%). Bệnh nhân chóng mặt có tỷ lệ hẹp mạch não là 49,70%. Tổn thương cấu trúc não nhiều nhất là ở vị trí cầu não (17,05%). Mạch máu não hẹp nhiều nhất là động mạch thân nền (20,05%). Rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ 27,61%. **Kết luận:** Nguyên nhân chóng mặt ngoại biên chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân chóng mặt có tổn thương cấu trúc não và hẹp mạch máu não khi được khảo sát hình ảnh học sọ não.

Từ khóa: Nguyên nhân chóng mặt, chóng mặt ngoại biên, chóng mặt trung ương.

ABSTRACT**CAUSES OF DIZZINESS AMONG PATIENTS TREATED
AT CAN THO STROKE INTERNATIONAL SERVICES****Diep Tien Dat*, Phuong Hong Tho, Nguyen Thi My Hanh**

Can Tho Stroke International Services

Background: Dizziness is one of the common symptoms. Dizziness has many causes, usually divided into central or peripheral types but sometimes it is not clear. **Objectives:** To describe the causes of dizziness that cause patients to be hospitalized for treatment. **Materials and methods:** Retrospective study, cross-sectional description, survey of 833 dizziness patients hospitalized from 01/01/2023 to 30/06/2023 at Can Tho Stroke International Services. **Results:** There were more women than men with a female: male ratio = 2:1. The average age was 62.05 ± 5.03 years old. Percentage of patients undergoing brain MRI (88.23%). The highest rate was diagnosed with vestibular dysfunction (35.77%), followed by benign paroxysmal vertigo (26.17%) and posterior circulation cerebral infarction (18.50%). The diagnoses that accounted for a very small percentage was vestibular neuritis (0.24%) and vertigo of central origin (0.36%). Patients with dizziness had a cerebral vascular stenosis rate of 49.70%. The most damage to brain structure was in the pons (17.05%). The most narrowed cerebral blood vessel was the basilar artery (20.05%). Electrolyte disorders accounted for 27.61%. **Conclusions:** Our study evaluated 833 dizziness patients and showed that dizziness symptoms occur mainly in older people and women. This study also shows that peripheral causes of vertigo account for a high rate. However, there is still a significant

proportion of dizziness patients with structural brain damage and cerebral vascular stenosis when examined by cranial imaging.

Keywords: *Causes of dizziness, peripheral vertigo, central vertigo.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mặt là một trong số những triệu chứng thường gặp với ước tính tỷ lệ lưu hành suốt đời là 17-30% [1]. Chóng mặt ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, cản trở họ thực hiện các hoạt động hàng ngày và tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe [2]. Chóng mặt không phải là một chẩn đoán và thường khó diễn tả. Bệnh nhân thường dùng từ chóng mặt để diễn tả nhiều loại cảm giác khác nhau. Khi bệnh nhân than phiền chóng mặt thì có thể có các triệu chứng sau:

- Chóng mặt kiểu xoay tròn: Đây là ảo giác, bệnh nhân thấy đồ vật xung quanh xoay tròn hay có cảm giác bản thân mình xoay, gặp trong tổn thương hệ thống tiền đình trung ương hoặc ngoại biên.

- Chóng mặt kiểu choáng váng hay sắp xỉu: Những triệu chứng này có thể bao gồm hẫng đầu, ngầy ngật, choáng váng hoặc cảm nhận được sự nóng lên của cơ thể, toát mồ hôi, buồn nôn và tầm nhìn thị giác mờ đi đôi khi dẫn đến mù lòa. Căn nguyên thể này thường do nguyên nhân mạch máu, tim mạch, cường phế vị hay tâm lý.

- Cảm giác mất thăng bằng: Bệnh nhân có cảm giác mất thăng bằng nhưng không có ảo giác đồ vật bị xoay, thường gặp do tổn thương tiền đình ngoại biên, tiểu não, cảm giác sâu, thị giác.

- Chóng mặt không điển hình: Thường bệnh nhân mô tả triệu chứng mơ hồ, kèm theo sự sợ hãi, lo âu, mất ngủ, thường do nguyên nhân tâm lý, nguyên nhân bệnh học bắt nguồn từ tâm lý [3].

Chóng mặt do nhiều nguyên nhân, rối loạn tiền đình ngoại biên chiếm 40%, tổn thương tiền đình trung ương ở thân não chiếm 10%, 15% do rối loạn tâm thần và 25% do các nguyên nhân khác như sắp xỉu và mất thăng bằng khi đi lại. Chẩn đoán chưa rõ chiếm tỷ lệ 10%. [3]. Hơn nữa, năm loại chóng mặt thường gặp nhất là ngất phế vị/hạ huyết áp thể đứng (22,3%), nguyên nhân tiền đình (19,9%), rối loạn nước và điện giải (17,5%), nguyên nhân tuần hoàn/phổi (14,8%) và nguyên nhân mạch máu não (6,4%) [4]. Khoảng 25% bệnh nhân bị chóng mặt cấp tính có chẩn đoán đe dọa tính mạng, trong đó có 4-15% bệnh nhân bị đột quỵ [5]. Ngoài ra, chóng mặt còn có thể do các nguyên nhân khác:

- Rối loạn điện giải
- Vấn đề tim mạch
- Thiếu máu
- Rối loạn giấc ngủ [6]
- Vấn đề tâm lý [4]

Chóng mặt không phải bệnh mà chỉ là triệu chứng của bệnh. Chóng mặt có thể chỉ là biểu hiện của một bệnh lý đơn giản, nhưng cũng có thể là biểu hiện duy nhất của một bệnh lý nguy hiểm. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả các nguyên nhân gây ra chóng mặt khiến bệnh nhân nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân nội trú nhập viện với triệu chứng chóng mặt tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ ngày 01/01/2023 đến hết ngày 30/06/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Những bệnh nhân nội trú nhập viện với triệu chứng chóng mặt và được chẩn đoán một trong các mã ICD 10 dưới đây sau khi xuất viện:

- H81 Rối loạn chức năng tiền đình
- H81.1 Chóng mặt kịch phát lành tính
- H81.2 Viêm thân kinh tiền đình
- H81.3 Chóng mặt do nguyên nhân ngoại biên khác
- H81.4 Chóng mặt nguồn gốc trung ương
- H81.8 Rối loạn chức năng tiền đình khác
- H81.9 Rối loạn chức năng tiền đình, không đặc hiệu
- R42 Hoa mắt và chóng mặt
- I65.0 Nghẽn tắc và hẹp động mạch đốt sống
- I65.1 Nghẽn tắc và hẹp động mạch nền
- I66.0 Nghẽn tắc và hẹp động mạch não sau
- I63 Nhồi máu não (tại các vị trí phân bố của tuần hoàn não sau)
- I61 Xuất huyết nội sọ (tại các vị trí phân bố của tuần hoàn não sau)

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán các mã ICD trên nhưng không có chóng mặt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- **Công thức tính cỡ mẫu:**

$$n = Z^2 \times \frac{p(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Kích thước mẫu cần xác định.

Z: Giá trị tra bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn. Độ tin cậy được sử dụng là 95% tương ứng với $Z = 1,96$.

p: Tỷ lệ ước lượng cỡ mẫu n thành công. Chúng tôi chọn $p = 0,3$ [1]

d: Sai số cho phép. Chúng tôi chọn $d = 0,03$

Tính ra được $n = 602,3$, như vậy số lượng mẫu tối thiểu là 603 bệnh nhân. Thực tế, có tổng cộng 833 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới. Tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát hình ảnh học sọ não.

+ Nguyên nhân chóng mặt: Tổn thương não (bao gồm thân não, tiểu não), hẹp mạch não (bao gồm hẹp động mạch đốt sống, động mạch thân nền, động mạch não sau có ý nghĩa), bất thường cận lâm sàng (rối loạn điện giải, thiếu máu trung bình-nặng, rối loạn nhịp tim), khác (rối loạn giấc ngủ, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính, tâm lý).

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Tất cả bệnh nhân chóng mặt được xem hồ sơ, hình ảnh học, cận lâm sàng và điền vào phiếu thu thập số liệu. Dữ liệu thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm Spss 18.0.

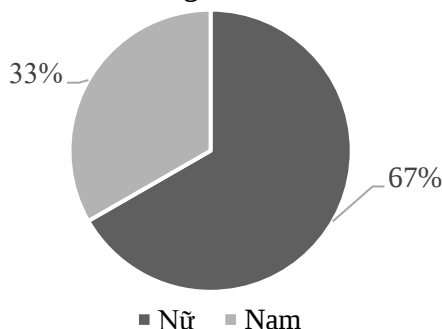
- **Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Số liệu lấy từ 01/01/2023 đến 30/06/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 833 bệnh nhân chóng mặt thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, số liệu lấy từ 01/01/2023 đến 30/06/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ghi nhận được là $62,05 \pm 5,03$ tuổi, tuổi thấp nhất ghi nhận được là 18 tuổi, tuổi cao nhất ghi nhận được là 99 tuổi.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (67% là nữ giới, 33% là nam giới).

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát hình ảnh học sọ não

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
CT	126	15,13
MRI	735	88,23
Không	84	10,08

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân chóng mặt vào viện điều trị được chụp MRI sọ não (88,23%). Có 10,08% bệnh nhân không được khảo sát hình ảnh học sọ não.

3.2. Nguyên nhân chóng mặt

Bảng 2. Các nguyên nhân chóng mặt được chẩn đoán theo mã ICD10

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn chức năng tiền đình (H81)	298	35,77
Chóng mặt kịch phát lành tính (H81.1)	218	26,17
Viêm thần kinh tiền đình (H81.2)	2	0,24
Chóng mặt do nguyên nhân ngoại biên khác (H81.3)	49	5,89
Chóng mặt nguồn gốc trung ương (H81.4)	3	0,36
Hoa mắt và chóng mặt (R42)	88	10,56
Nhồi máu não (I63)	154	18,50
Xuất huyết não (I61)	28	3,36

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất là chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình (35,77%), kế đến là chóng mặt kịch phát lành tính (26,17%) và nhồi máu não tuần hoàn sau (18,50%). Các chẩn đoán chiếm tỷ lệ rất ít là viêm thần kinh tiền đình (0,24%) và chóng mặt nguồn gốc trung ương (0,36%).

Bảng 3. Tỷ lệ có bất thường trên hình ảnh học

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương cấu trúc não	182	21,85
Hẹp mạch não	414	49,70
Không	236	28,33

Nhận xét: Bệnh nhân chóng mặt có tỷ lệ hẹp mạch não tương đối cao (49,70%). Có 21,85% bệnh nhân có tổn thương cấu trúc não. Bệnh nhân không có tổn thương cấu trúc và hẹp mạch não là 28,33%.

Bảng 4. Các vị trí tổn thương cấu trúc não

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hành não	23	2,76
Cầu não	142	17,05
Cuống não	9	1,08
Tiểu não	32	3,84

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương cấu trúc não nhiều nhất là ở vị trí cầu não (17,05%) và thấp nhất là ở vị trí cuống não (1,08%).

Bảng 5. Các mạch máu não hẹp

Động mạch	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đốt sống	156	18,72
Thân nền	167	20,05
Não sau	91	10,92
Động mạch dưới đòn	6	0,72

Nhận xét: Các mạch máu não hẹp nhiều nhất là động mạch thân nền (20,05%). Có một tỷ lệ rất thấp bệnh nhân có hẹp động mạch dưới đòn (0,72%).

Bảng 6. Các nguyên nhân khác

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn giấc ngủ	65	7,8
Rối loạn điện giải	230	27,61
Rối loạn lo âu	23	2,76
Vấn đề tim mạch	62	7,44
Thiếu máu trung bình – nặng	12	1,44

Nhận xét: Rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ cao nhất (27,61%), thiếu máu trung bình – nặng có tỷ lệ thấp nhất (1,44%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình ghi nhận được là $62,05 \pm 5,03$ tuổi. Trong nghiên cứu của Phạm Tiến Chương trên 109 bệnh nhân ghi nhận tuổi trung bình $61,5 \pm 12,22$ tuổi [7]. Qua kết quả trên có thể thấy chóng mặt chủ yếu xảy ra trên bệnh nhân lớn tuổi.

Về giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân chủ yếu là nữ, với tỷ lệ nữ: nam là 2:1. Trong nghiên cứu của Lý Ngọc Tú có tỷ lệ nữ: nam là 2:1 [8]. Kết quả này phù hợp với dịch tễ học về giới của chóng mặt ghi nhận rằng tỷ lệ mắc chóng mặt ở phụ nữ cao gấp hai đến ba lần so với nam giới [9].

Phần lớn bệnh nhân chóng mặt vào viện điều trị được chụp MRI sọ não (88,23%) để khảo sát hình ảnh học sọ não. Điều này là phù hợp do các nguyên nhân gây ra chóng mặt trung ương chủ yếu phát hiện được trên hình ảnh MRI mà các phương pháp khác khó phát hiện. Các bác sĩ lâm sàng đã có nhận định phù hợp khi thăm khám để cho chỉ định chụp MRI não mạch não hợp lý.

4.2. Nguyên nhân chóng mặt

Đánh giá chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt khi ra viện theo mã ICD 10, ghi nhận được tỷ lệ cao nhất là chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình (35,77%), kế đến là chóng mặt

kích phát lành tính (26,17%). Tỷ lệ có tổn thương cấu trúc não là 21,85%, bao gồm nhồi máu não tuần hoàn sau là 18,50% và xuất huyết não tuần hoàn sau là 3,36%. Trên những bệnh nhân chóng mặt, tỷ lệ hẹp mạch não tương đối cao (49,70%), bệnh nhân không có tổn thương cấu trúc não và hẹp mạch não là 28,33%. Trong nghiên cứu của X L Zhang [10] ghi nhận trong số 3,137 bệnh nhân chóng mặt, bệnh tiền đình ngoại biên là bệnh hay gặp nhất với tổng số 1,607 trường hợp, chiếm 51,23%. Và có 506 trường hợp mắc bệnh trung ương tiền đình chiếm 16,13%, 382 trường hợp mắc bệnh hệ thống khác chiếm 12,18%, 85 trường hợp (2,71%) chóng mặt tâm lý, 557 trường hợp (17,76%) không rõ nguyên nhân. Như vậy có thể thấy đối với bệnh nhân đến khám bệnh vì chóng mặt, tỷ lệ chóng mặt do nguyên nhân ngoại biên là cao hơn, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân chóng mặt do nguyên nhân trung ương mà bác sĩ khi khám cần chú ý để không bỏ sót bệnh.

Đánh giá các vị trí tổn thương cấu trúc não, tỷ lệ tổn thương cấu trúc não nhiều nhất là ở vị trí cầu não (17,05%), tiểu não chiếm tỷ lệ 3,84%. Mạch máu não hẹp nhiều nhất là động mạch thân nền (20,05%). Trong nghiên cứu của Phạm Tiến Chương [7] cho kết quả rằng vị trí tổn thương thường gặp là thân não (53,2%) và tiểu não (44%) trong số những bệnh nhân có tổn thương cấu trúc não.

Bệnh cạnh các tổn thương cấu trúc não, các yếu tố khác cũng có một tỷ lệ không nhỏ: rối loạn điện giải (27,61%), rối loạn giấc ngủ (7,8%), rối loạn lo âu (2,76%), vấn đề tim mạch (7,44%), thiếu máu (1,44%) cũng có thể là nguyên nhân hoặc là yếu tố đi kèm theo mà bác sĩ cần đánh giá và điều trị để làm giảm triệu chứng chóng mặt cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá trên 833 bệnh nhân chóng mặt cho thấy triệu chứng chóng mặt xảy ra chủ yếu ở người lớn tuổi và nữ giới là chủ yếu. Nghiên cứu này cũng cho thấy nguyên nhân chóng mặt ngoại biên chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân chóng mặt có tổn thương cấu trúc não và hẹp mạch máu não khi được khảo sát hình ảnh học sọ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kovacs E., Wang X. and Grill E. Economic burden of vertigo: a systematic review. *Health Economics Review*. 2019. 9(1), 1-14. doi: 10.1186/s13561-019-0258-2
2. Hackenberg B, O'Brien K, Döge J, et al. Vertigo and its burden of disease -Results from a population-based cohort study. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2023. 8(6), 1624-1630, doi:10.1002/lio2.1169.
3. Lê Văn Minh. Giáo trình thần kinh học. Nhà xuất bản Y học. 2022.
4. Spiegel, R., Kirsch, M., Rosin, C., Rust, H., Baumann, T., et al. Dizziness in the emergency department: an update on diagnosis. *Swiss medical weekly*. 2017. 147, w14565, doi.org/10.4414/smww.2017.14565.
5. Zwergal A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. *Curr Opin Neurol*. 2020, 33(1):117-125. doi:10.1097/WCO.0000000000000769
6. Kim SK, Kim JH, Jeon SS, Hong SM. Relationship between sleep quality and dizziness. *PLoS One*. 2018. 13(3), e0192705, doi:10.1371/journal.pone.0192705.
7. Phạm Tiến Chương, Cao Phi Phong. Chóng mặt do nguyên nhân tổn thương thần kinh trung ương. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017. Tập 21, số 2, Trang 134-138.
8. Lý Ngọc Tú, Thạch Thị Ái Phương, Lâm Thị Ngọc Hiền, Cao Huỳnh Thiên Nhi, Trần Chí Linh và cộng sự. Ứng dụng nghiệm pháp Epley trong điều trị chóng mặt tư thế kích phát lành

- tính. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. số 60, trang 8 -15, doi.org/10.58490/ctump.2023i60.589.
9. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol*. 2016. 137, 67-82, doi:10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4.
10. Zhang XL, Zhang MJ, Liu DL, Zhang QF. Etiological characteristics analysis of 3 137 outpatients with vertigo or dizziness in ENT department. *Journal of clinical otorhinolaryngology, head, and neck surgery*. 2018. 32(10), 758–761, doi.org/10.13201/j.issn.1001-1781.2018.10.008.
-