

# CHÓNG MẶT TƯ THỂ KỊCH PHÁT LÀNH TÍNH: phân tích 30 trường hợp điều trị tái định vị sỏi ống bán khuyên sau bằng thao tác Epley

Cao Phi Phong<sup>1</sup>, Bùi Châu Tuệ<sup>2</sup>

## Giới thiệu

Chóng mặt tư thể kịch phát lành tính (CMTTKPLT) là một trong những rối loạn tiền đình ngoại biên thường gặp nhất. Căn nguyên do bệnh lý ống bán khuyên sau với đặc điểm là những cơn chóng mặt xoay tròn ngắn xảy ra khi đầu duỗi thẳng và nghiêng nhanh sang bên. Chẩn đoán dựa trên khai thác bệnh sử và quan sát giật nhãn cầu tư thể khi làm nghiệm pháp Dix-hallpike. Các điểm đặc trưng của bệnh: (1) thời gian tiềm ẩn vài giây; (2) cơn kéo dài ít hơn 1 phút; (3) giật nhãn cầu xoay thường gặp nhất với pha nhanh đánh về phía tai dưới cùng; (4) giật nhãn cầu đảo ngược lại khi ngồi thẳng lên; (5) đáp ứng giảm đi khi lặp lại kích thích.

Được Barany mô tả đầu tiên vào năm 1921, cho đến năm 1952 Hallpike và Dix đưa ra những đặc điểm kinh điển của bệnh như giật nhãn cầu xoay, tiềm ẩn và giảm đáp ứng khi lặp lại kích thích tư thể. Chẩn đoán đáng tin cậy theo Dix và Harrison, Dix và Hallpike là dựa vào bệnh sử: cơn chóng mặt tư thể chỉ vài giây, dấu hiệu thực thể tri hoãn lúc khởi phát, giật nhãn cầu khi làm nghiệm pháp Dix-Hallpike. CMTTKPLT được giải thích bằng 2 giả thuyết khác nhau, giả thuyết thứ nhất được Schuknecht đưa ra vào năm 1962 còn gọi sỏi đài tai (cupulolithiasis) hay đài tai chứa nặng (heavy cupula)<sup>[1]</sup>, do nhiều mảnh nhỏ gắn vào đài tai làm cho ống bán khuyên sau nhạy cảm với trọng lực, các mảnh vỡ thoái hóa có thể là mảnh vỡ từ sỏi tai ở soan nang (utricle). Giả thuyết thứ 2, sỏi ống bán khuyên do các mảnh vỡ thoái hóa không dính vào đài tai mà di chuyển tự do trong dòng nội dịch cánh tay dài ống bán khuyên<sup>[2,3]</sup>. Hiện nay trong phần lớn trường hợp được hiểu là do mảnh vỡ di chuyển tự do trong ống bán khuyên sau và thuyết sỏi ống bán khuyên (canalithiasis) nhanh chóng thay thế thuyết sỏi đài tai. Nhiều dạng của CMTTKPLT cũng được ghi nhận bao gồm các bệnh lý ống bán khuyên trước và ngang.

Chiến lược điều trị CMTTKPLT đặc biệt dựa trên cơ sở sinh lý bệnh đã thay thế các phương pháp điều trị không hiệu quả hay điều trị tấn công quá mức. Các bài tập điều trị đơn giản như thao tác tái định vị sỏi ống bán khuyên của Epley hay thao tác đu đưa của Semont là những chuẩn mực điều trị CMTTKPLT đang hoạt động. Một số nghiên cứu có kiểm chứng cho thấy điều trị thao tác Epley hay Semont chỉ một lần giảm từ 70 đến 90% bệnh nhân, tuy nhiên một số trường hợp đòi hỏi phải điều trị lặp lại cho đến khi hết chóng mặt hoàn toàn<sup>[4]</sup>, vì vậy tự điều trị bổ sung với thao tác Epley hay Semont<sup>[5,6]</sup> sửa đổi là một chọn lựa mong muốn để đẩy lùi chóng mặt tư thể.

Mặc dù có nhiều bằng chứng điều trị từ những thao tác tư thể đơn giản, một số câu hỏi vẫn còn đặt ra đó là kết quả có phải chăng do phục hồi tự nhiên. Vấn đề nếu giải quyết được triệu chứng liên quan đến thao tác không do phục hồi tự nhiên, kết quả gần như tức khắc sau thao tác. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả sau thao tác và theo dõi điều trị tái định vị sỏi ống bán khuyên sau của Epley.

<sup>1</sup> TS, Bộ môn Thần kinh, ĐHYD TPHCM

<sup>2</sup> BS nội trú, Bộ môn Thần kinh, ĐHYD TPHCM

### **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu**

Chúng tôi nghiên cứu 30 bệnh nhân điều trị nội và ngoại trú ở khoa Thần kinh BV Nhân dân 115 và phòng khám BV Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1/2008 đến 7/2008. Tiêu chuẩn chẩn đoán CMTTKPLT đang hoạt động được xác định bởi:(1) thời gian tiềm ẩn trước khi khởi phát chóng mặt và giật nhãn cầu khi bệnh nhân xoay đầu trong mặt phẳng ống bán khuyên sau(theo chiều thẳng đứng); (2) giật nhãn cầu xoay hay phối hợp dọc và xoay(vertical-torsional) với pha nhanh hướng về phía tai thấp nhất; (3) chóng mặt và giật nhãn cầu không quá 30 giây. Loại trừ khỏi nghiên cứu các trường hợp chóng mặt tư thế liên quan ống bán khuyên trước và ngang, bệnh nhân tổn thương hệ thần kinh trung ương dựa trên bệnh sử, thăm khám và hình ảnh cộng hưởng từ. Khi chẩn đoán được thiết lập, xác định tai tổn thương, sẽ được điều trị thao tác Epley. Bệnh nhân đặc biệt được đặt ở tư thế ngửa, cổ duỗi nhẹ, đầu xoay sao cho tai bệnh hướng về phía sàn nhà. Kế tiếp đầu bệnh nhân xoay để tai đối bên hướng về phía sàn nhà, tiếp theo là xoay thân mình để đầu xoay một góc 90 độ. Mỗi tư thế duy trì trong 2 phút, giữ cổ duỗi thẳng trong các bước của thao tác. Cử động mắt được quan sát trực tiếp không có trợ giúp kính Frenzel, nếu hướng giật nhãn cầu đảo ngược trong khi thực hiện, thao tác tạm thời dừng và lập lại. Khi trở về vị trí ngồi, hướng dẫn bệnh nhân để cằm gấp vào vai phòng ngừa sự đổi chỗ qua CMTTKPLT ống bán khuyên ngang. Tất cả bệnh nhân được khuyến cáo tránh cử động đầu đột ngột và giữ ở tư thế thẳng trong 2 ngày sau điều trị, tránh nằm ngủ phía tai bệnh phòng ngừa mảnh vỡ sỏi tai trở lại ống bán khuyên sau.

Kết quả được ghi chép hàng ngày, xác định chính xác thời gian bệnh nhân hết chóng mặt và có còn lại các triệu chứng như mất thăng bằng, nhẹ đầu không. Tái đánh giá trên lâm sàng hay trả lời qua điện thoại. Bệnh nhân không đáp ứng với thao tác Epley sẽ được hướng dẫn bổ sung tự điều trị bằng thao tác Epley sửa đổi tại nhà. Tất cả bệnh nhân sau 2 ngày điều trị được kiểm tra lại nghiệm pháp Dix-Hallpike. Kết quả điều trị được phân loại:(1) chóng mặt không thay đổi; (2) chóng mặt cải thiện nhưng không hết; (3) hết chóng mặt; (4) nhẹ đầu hay mất thăng bằng. Ba câu trả lời đầu liên quan đến còn hay hết chóng mặt, câu thứ tư liên quan triệu chứng để lại có hay không

### **Kết quả**

30 bệnh nhân CMTTKPLT ống bán khuyên sau được điều trị bằng thao tác Epley, nữ 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 73,3%, gấp 2,7 lần bệnh nhân nam. Tuổi trung bình 56,43 ± 13,9, phân bố 20-29: 1 ca; 30-39: 2 ca; 40-49:3 ca; 50-59:13 ca và trên 60:11 ca. Tuổi thường gặp trên 50 tuổi, rất ít gặp tuổi dưới 30. Thời gian từ khởi phát đến điều trị trung bình là 7 tuần. Tỷ lệ giật nhãn cầu âm tính khi làm nghiệm pháp Dix-Hallpike 23,3%, giật nhãn cầu xoay thường gặp nhất 60%

Bảng 1 Các yếu tố ảnh hưởng

Yếu tố ảnh hưởng	Số trường hợp
Chấn thương đầu	3
Viêm thần kinh tiền đình/mê đạo	2
Bệnh Meniere	1
Cao huyết áp	8
Vô căn	16

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền căn CMTTKPLT chiếm 26,6%, các yếu tố ảnh hưởng khác ghi nhận được bao gồm chấn thương đầu, viêm thần kinh tiền đình,1 trường hợp bệnh Meniere và 8 trường hợp tăng huyết áp.

Đáp ứng điều trị sau thao tác tái định vị sỏi tai đầu tiên: hết chóng mặt 23,3%, triệu chứng cải thiện khả quan 53,3%, còn để lại mất thăng bằng hay nhẹ đầu hoặc cả 2 là 16,7% và không đáp ứng 6,7%. Tác dụng phụ khi làm thao tác: chóng mặt nặng hơn 2 trường hợp (6,6%) và buồn nôn 7 trường hợp (23,3%). Có 2 trường hợp chúng tôi phải dùng thuốc chống chóng mặt và 1 trường hợp dùng thuốc chống nôn.

### **Bàn luận**

CMTTKPLT chiếm khoảng 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 gặp 2 lần ở nữ, kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Căn nguyên được ghi nhận sau đầu đầu, phẫu thuật xương bàn đạp(stapes), viêm mê đạo do siêu vi và viêm tai giữa mãn<sup>[7]</sup>. Các yếu tố thuận lợi chúng tôi gặp đa số là vô căn (53,3%) và chấn thương đầu trước triệu chứng khởi phát là 10%. Theo tác giả Schuknecht và Ruby<sup>[8]</sup> diễn tiến lâm sàng thường gặp: (1) hầu hết CTTKPLT tự giới hạn và giảm tự phát từ vài tuần đến nhiều tháng; (2) bệnh nhân thuyên giảm rồi tái phát kéo dài nhiều tuần đến vài năm; (3) ít gặp nhất bệnh xuất hiện thường xuyên. Bệnh nhân của chúng tôi có tiền sử chóng mặt chiếm tỷ lệ cao 26,6%, so với kết quả của các nghiên cứu khác tỷ lệ CMTTKPLT tái phát hàng năm là 15%. Thời gian từ khởi phát đến điều trị bệnh nhân trung bình là 7 tuần hay hơn, hầu hết bệnh nhân dùng thuốc và bệnh tái phát nhiều lần.

Thao tác điều trị của Epley dựa trên giả thuyết thừa nhận sự hiện diện của những mảnh vỡ sỏi tai di chuyển tự do trong ống bán khuyên sau<sup>[6]</sup>. Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định chính xác thời gian hết triệu chứng chóng mặt, loại trừ kết luận chóng mặt khởi tự nhiên. Nếu thao tác tái định vị sỏi ống tai thành công, kết quả gần như giảm ngay tức khắc triệu chứng chóng mặt và giật nhãn cầu mà bệnh nhân đã bị trong một thời gian dài từ trước. Mặc khác một số bệnh nhân hết chóng mặt thật sự nhưng vẫn có thể còn lại các triệu chứng nhẹ đầu, mất thăng bằng và cần phải chẩn đoán phân biệt với chóng mặt. Nguồn gốc các triệu chứng này chưa rõ. Có thể giải thích:(1) do còn sót lại một số sỏi tai nhỏ kích thích cho triệu chứng trên nhưng không gây chóng mặt; (2) sự hiện diện sỏi tai gây tổn thương tai trong và cần thời gian để thích nghi; (3) hoạt động CMTTKPLT có thể gây 1 vài hiệu chuẩn lại hệ thần kinh trung ương và cần phải thích nghi sau sỏi tai. Tuy nhiên bất kể nguồn gốc nào, các triệu chứng còn lại tồn tại rất ngắn và không cần can thiệp điều trị. Kết quả của chúng tôi cho thấy 93,3% trường hợp giải quyết được triệu chứng chóng mặt trong 24 giờ sau thực hiện thao tác, bao gồm hết chóng mặt:23,3%, cải thiện triệu chứng khả quan: 53,3%, còn để lại mất thăng bằng hay nhẹ đầu hoặc cả 2: 16,7%. Không đáp ứng điều trị: 6,7%.

Epley báo cáo 97,7% bệnh nhân CMTTKPLT đáp ứng với điều trị và 80% triệu giảm sau thao tác điều trị tái định vị sỏi tai đầu tiên<sup>[6]</sup>. Nghiên cứu Herdman 57% bệnh nhân hết chóng mặt, 33% cải thiện, kết quả gia tăng 92% khi lập lại thao tác Epley và 10% không thay đổi<sup>[10]</sup>. Tekin và cộng sự(2001) điều trị 32 bệnh nhân<sup>[8]</sup>, kết quả khỏi bệnh 81%(22 trường hợp hết chóng mặt, 4 cải thiện một phần) và 19% không đáp ứng. Kết quả các nghiên cứu lâm sàng dùng thao tác Epley điều trị CMTTKPLT, đáp ứng điều trị thay đổi từ 86-100%<sup>[9-12]</sup>. Tái phát sau điều trị cũng được nghiên cứu, Herdman báo cáo 10% các trường hợp hết chóng mặt sau điều trị đầu tiên tái phát trong 4 tháng. Nghiên cứu Epley tỷ lệ tái phát chóng mặt là 1/9 trường hợp(30%). Tekin và cs ghi nhận 2 trường hợp tái phát trong số 26 trường hợp điều trị tốt trong thời gian theo dõi 27 tháng. Chúng tôi theo dõi bệnh nhân trong thời gian làm nghiên cứu(6 tháng) 2 trường hợp tái phát chóng mặt. Thật sự một vài bệnh nhân không đáp ứng với thao tác Epley, có thể giải thích thao

tác di chuyển một số nhưng không thể toàn bộ mảnh vỡ sỏi tai hay bệnh nhân bị cupuloithiasis thay vì canalithiasis<sup>[12]</sup>. Các trường hợp không kết quả trong điều trị đầu tiên, thao tác Epley có thể lập lại khi cần thiết vì can thiệp không xâm lấn và thường ít có tác dụng phụ. Khuyến cáo nếu một thao tác điều trị không giảm triệu chứng có thể thay đổi bài tập khác. Trong nghiên cứu này thao tác Epley sửa đổi được hướng dẫn cho bệnh nhân đáp ứng điều trị một phần hoặc không đáp ứng tự tập tại nhà.

### **Kết luận**

Mặc dù trường hợp nghiên cứu còn quá ít, qua phân tích 30 bệnh nhân, thao tác tái định vị sỏi tai ống bán khuyên sau của Epley an toàn, là phương thức điều trị bệnh nhân CMTTKPLT giá cả-hiệu quả(cost effective), có thể thực hiện dễ dàng tại phòng khám bệnh, tránh được dùng thuốc và điều trị kéo dài. Trong tương lai cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá các bài tập khác nhau đặc biệt trong các trường hợp ít gặp ở ống bán khuyên trước, ngang và các bài tư tập điều trị tại nhà.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schuknecht HF. Cupulolithiasis .Arch Otolaryngol1969; 90:765-778.
2. Hall SF, Ruby RRF, McClure JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. J Otolaryngol1979; 8:1511-8.
3. Epley JM. New dimensions of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1980; 88:599-605.
4. Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. Arch Otolaryngol 1980;106:484-5.
5. Semont A, Freyss G, Vitte E. Curing the BPPV with a liberatory maneuver. Adv Otorhinolaryngol 1988; 42:290-3.
6. Epley JM. The canalith repositioning procedure: For treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;107:399-404.
7. Katsarkas A, Kirkham TH. Paroxysmal positional vertigo- A study of 255 cases. J Otolaryngol1978;7:320-330.
8. Tekin and al. The follow-up results of epley maneuver for the treatment of benign proxysmal positional vertigo: journal of medical school C:28 S:2 2001.
9. Parnes LS, Price-Jones RG. Particle repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. Ann Otol Rhinol Laryngo11993;102:325-331.
10. Herdman SJ, Tusa RJ, Zee DS, Proctor LR, Mattox DE. Single treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993;119: 450-454.
11. Weider DJ, Ryder CJ, Stram JR. Benign paroxysmal positional vertigo: analysis of 44 cases treated by the canalith repositioning procedure of Epley. Am J Otol 1994;15:321-326.
12. Appiani GC, Gagliardi M, Urbani L. The Epley maneuver for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Eur Arch Otorhinolaryngol1996; 253:31-34.