

**Algorithmic Diagnosis of Symptoms and Signs:  
A Cost-Effective Approach  
R. Douglas Collins, MD, FACP  
Tiếp cận chóng mặt**

1. Có thật là chóng mặt không? Chóng mặt thực sự được đặc trưng bởi thực tế là người đó cảm thấy bản thân hoặc môi trường của họ đang xoay. Một dạng khác của chóng mặt thực sự là “ lateral pulsion”, là trạng thái khi di chuyển người bệnh cảm thấy như thể mình đang bị kéo sang trái hoặc phải hoặc có thể tiến lên hoặc lùi lại. Chóng mặt thực sự là một dấu hiệu của bệnh thần kinh hoặc tai, trong khi choáng váng không phải là chóng mặt thực sự có nhiều khả năng là dấu hiệu của bệnh tim mạch, ngộ độc thuốc hoặc hạ đường huyết.
2. Có kèm theo ù tai hoặc điếc không? Sự có mặt của ù tai hoặc điếc, đặc biệt nếu khám tai cho kết quả âm tính, là dấu hiệu của một tình trạng nặng hơn của bệnh lý tai hoặc thần kinh. Các rối loạn như cholesteatoma( viêm tai giữa mạn tính trúc vảy ), u dây thần kinh tiền đình, và bệnh Ménière phải được xem xét. Ngược lại, chóng mặt mà không kèm theo ù tai, điếc tai thì cần nghĩ ngay đến chóng mặt tư thế lành tính và viêm dây thần kinh tiền đình.
3. Có những biểu hiện thần kinh nào khác không? Việc phát hiện ra các bất thường của các dây thần kinh sọ khác hoặc các bó, chẳng hạn như bó tháp, sẽ gợi ý xơ cứng rải rác, một khối u thân não tiến triển, u thần kinh tiền đình hoặc suy động mạch nền.
4. Có phát hiện nào khi soi tai không? Khám thần kinh bình thường với khám tai bất thường sẽ gợi ý viêm tai giữa, cholesteatoma , hoặc viêm xương đá
5. Có thở nhanh trong cơn không? Nếu có tăng thông khí trong cơn thì nên nghĩ đến hội chứng tăng thông khí.
6. Có tiền sử chấn thương không? Tiền sử chấn thương sẽ gợi ý đến hội chứng sang chấn sau chấn thương.
7. Huyết áp có bất thường không? Nếu là choáng váng thì có thể bị tăng huyết áp, nhưng tăng huyết áp cũng có thể gây chóng mặt thực sự. Hạ huyết áp có nhiều khả năng gây ra choáng váng, đây không phải là chóng mặt thực sự. Đảm bảo đo huyết áp trong khi bệnh nhân đang nằm và đo lại sau khi nhanh chóng về tư thế đứng.
8. Có biểu hiện bất thường về tim không? Nên khám tim mạch kỹ lưỡng. Nhịp tim bất thường, âm thổi ở tim, hoặc tim to sẽ gợi ý rối loạn nhịp tim, hẹp và suy động mạch chủ, hẹp van hai lá, sa van hai lá và suy tim sung huyết. Mạch chậm có thể cho thấy block tim hoặc hội chứng nút xoang bệnh lý.
9. Có xanh xao không? Thiếu máu từ trung bình đến nặng sẽ gây choáng váng, nhưng thường không phải là chóng mặt thực sự.

**Chẩn đoán toàn diện**

Nếu có chóng mặt thực sự, nên tiến hành đo thính lực và đo điện nhãn đồ. Nghiệm pháp Hallpike cũng nên được thực hiện để loại trừ chóng mặt tư thế lành tính. Nếu những bất thường này, cần tiến hành chụp X-quang xương chũm, xương đá và ống tai bên trong. Tại thời điểm này, nên hội chẩn với một bác sĩ thần kinh. Nếu nghi ngờ nhiều về u dây thần kinh tiền đình, nên tiến hành chụp MRI thân não và các ống tai. Nếu MRI não âm tính, có thể thực hiện xét nghiệm dịch tủy sống để loại trừ các rối loạn như giang mai thần kinh trung ương và bệnh xơ cứng rải rác. Chụp MRI não cần được thực hiện để phân biệt xơ cứng rải rác. BSEP( điện thế gọi thân não), VEP( điện thế gọi thị giác) và SSEP( điện thế gọi cảm giác thân thể) cũng sẽ hữu ích trong việc chẩn đoán bệnh xơ cứng rải rác, cùng với phân tích dịch tủy sống đã đề cập trước đó. Điện não đồ khi thức và khi ngủ cần được thực hiện để loại trừ chứng động kinh thùy thái dương. Nếu nghi ngờ chứng đau nửa đầu hoặc các chứng tương đương với chứng đau nửa đầu, có lẽ một thử nghiệm thuốc chẹn beta sẽ giúp đưa ra chẩn đoán này. Nếu nghi ngờ thiếu máu cục bộ động mạch đột sống-nền, MRA( chụp cộng hưởng từ mạch máu) có thể được chỉ định.

Nếu không phải là chóng mặt thực sự, nên thực hiện xét nghiệm công thức máu và sinh hoá, tuyến giáp, và xét nghiệm dung nạp glucose 5 giờ ngay từ đầu. Các xét nghiệm bổ sung như theo dõi huyết áp 24 giờ, theo dõi Holter và siêu âm tim đều có một vị trí có giá trị trong công

việc chẩn đoán mà không có chóng mặt thực sự. Có lẽ nên chỉ định kiểm tra huyết áp 2 tư thế để loại trừ hạ huyết áp tư thế đứng. Tuy nhiên, giới thiệu đến bác sĩ tim mạch là điều khôn ngoan trước khi thực hiện những xét nghiệm tốn kém này. Nếu tất cả các xét nghiệm đều âm tính, có lẽ nên tham khảo ý kiến bác sĩ tâm thần.

	True Vertigo	Tinnitus or Deafness	Abnormal BP	Focal Neurologic Signs	Headache
Benign positional vertigo	Yes	No	No	No	No
Toxic or viral labyrinthitis	Yes	No	No	No	No
Vestibular neuronitis	Yes	No	No	No	No
Ménière's disease	Yes	Yes	No	No	No
Postural hypotension	No	No	Yes	No	No
Cardiac arrhythmia	No	No	Occasional	No	No
Transient ischemic attack	Maybe	Occasional	Occasional	Yes	No
Migraine	Maybe	Occasional	No	Occasional	Yes
Postconcussion syndrome	Maybe	No	No	No	Yes
Acoustic neuroma	Yes	Yes	No	Yes	Often
Multiple sclerosis	Yes	Yes	No	Yes	No

