

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CHÓNG MẶT NGOẠI BIÊN TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Huyền¹, Lương Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chóng mặt ngoại biên tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Chóng mặt ngoại biên ghi nhận ở nữ giới (80,8 %) mắc nhiều hơn nam giới (19,2%), tỉ lệ nữ : nam = 4 : 1. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là > 60 tuổi chiếm tỉ lệ 51,9%. Bệnh nhân bị chóng mặt tư thế kịch phát lành tính chiếm ưu thế với tỉ lệ 94,2%. Đa số các trường hợp có triệu chứng chóng mặt kiểu xoay tròn chiếm 84,5%, cảm giác bông bênh chiếm 55,7%. Triệu chứng kèm theo thường gặp nhất là buồn nôn 86,5%, tiếp theo nôn 59,6%, ù tai 28,8%, giảm thính lực 3,8% và cảm giác đầy tại 1,9%. **Kết luận:** Chóng mặt ngoại biên là bệnh khá phổ biến ở người già và nguyên nhân chủ yếu là chóng mặt tư thế kịch phát lành tính.

Từ khóa: chóng mặt ngoại biên, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL VERTIGO AT THE DEPARTMENT OF GENERAL INTERNAL MEDICINE - HAI DUONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with peripheral vertigo at the Department of General Internal Medicine, Hai Duong Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** cross-sectional description, convenient sampling. **Results:** Peripheral vertigo was more common in women (80.8 %) than in men (19.2%), the ratio of women: men = 4 : 1. The most affected age group was > 60 years old. accounted for 51.9%. Patients with paroxysmal positional vertigo predominate with the rate of 94.2%. The majority of cases had symptoms of vertigo, accounting for 84.5%, feeling floating in 55.7%. The most common accompanying symptoms were nausea 86.5%, followed by vomiting 59.6%, tinnitus 28.8%, hearing loss 3.8% and feeling of fullness 1.9%. **Conclusion:** Peripheral vertigo is a fairly common disease in the elderly and the main cause is benign paroxysmal postural vertigo. **Keywords:** peripheral vertigo, benign paroxysmal postural vertigo.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền
Email: huyenhdr152@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.7.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022
Ngày duyệt bài: 9.9.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mặt là một trong số những triệu chứng thường gặp với ước tính tỉ lệ lưu hành suốt đời là 17-30% [8]. Mức độ phổ biến của nó tăng lên theo tuổi và ở nữ thường cao hơn ở nam khoảng 2 - 3 lần. Chóng mặt là một triệu chứng chủ quan và khó xác định. Đôi khi bệnh nhân và nhiều thầy thuốc bị nhầm lẫn giữa chóng mặt thật sự và choáng váng. Chóng mặt là ảo giác chuyển động của người hoặc vật xung quanh, ảo giác này thường là xoay tròn, cũng có thể là chuyển động thẳng hoặc cảm giác nghiêng ngả, nó xuất phát từ rối loạn hệ tiền đình. Chóng mặt không do tiền đình (choáng váng) là cảm giác lâng lâng, nhẹ đầu, xây xẩm, tối mắt, chao đảo và đứng không vững...nhưng không có bất kỳ ảo giác chuyển động nào [4]. Chóng mặt ngoại biên thường gặp nhất gồm chóng mặt kịch phát lành tính (BPPV), bệnh Meniere, viêm thần kinh tiền đình và bệnh tiền đình hai bên [8].

Theo một nghiên cứu từ Anh và Ý, các bệnh nhân báo cáo có trung bình 7 ngày nghỉ việc do chóng mặt trong 6 tháng trước đó, còn những bệnh nhân đang làm việc thì trên 50% cảm thấy hiệu quả công việc bị giảm xuống, hơn 1/4 trong số họ đã thay đổi công việc và 21% đã nghỉ việc [6]. Bệnh tạo nên gánh nặng khổng lồ cho nền kinh tế với ước tính tổng chi phí suốt đời cho một bệnh nhân chóng mặt là 64,929 đô la Mỹ và tổn khoảng 227 tỉ đô la Mỹ cho dân số Mỹ trên 60 tuổi [8]. Điều này làm cho việc chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời chóng mặt ngày càng quan trọng, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng kinh tế xã hội. Việc chẩn đoán và điều trị ban đầu không tốt sẽ làm hạn chế rất nhiều việc điều trị sau này (giai đoạn mãn tính) [4]. Tại Việt Nam, đặc biệt ở Hải Dương vấn đề chóng mặt ngoại biên chưa được quan tâm đúng mực. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chóng mặt ngoại biên tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán chóng mặt ngoại biên được điều trị tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Đại học Kỹ

thuật Y tế Hải Dương trong khoảng thời gian từ tháng 12/2020 đến tháng 2/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt thực sự, có hoặc không triệu chứng kèm theo buồn nôn, nôn, ù tai, giảm thính lực.

- Khám không có dấu hiệu thần kinh khu trú

- Không ghi nhận các dấu hiệu tiểu não

- Nghiệm pháp Dix Hallpike được làm trên bệnh nhân nghi ngờ chóng mặt kịch phát lành tính để xác định. Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán chóng mặt tư thế kịch phát ống bán khuyên [9]; được thực hiện bởi bác sĩ (người khám) di chuyển tư thế đầu đặc biệt để quan sát giật nhãn cầu. Các bước thực hiện như sau:

1. Nghiệm pháp bắt đầu với bệnh nhân trong tư thế ngồi, người khám đứng bên cạnh bệnh nhân. Nếu bệnh nhân có đeo kính thì tháo ra trước khi thực hiện nghiệm pháp. Chúng tôi mô tả nghiệm pháp với tai bên phải (tổn thương ống bán khuyên bên phải).

2. Người khám dùng hai tay xoay đầu bệnh nhân 45 độ về bên phải và duy trì tư thế đầu 45 độ.

3. Kế tiếp người khám cho bệnh nhân nằm ngửa xuống sao cho đầu vượt ra ngoài mép bàn và thấp hơn mặt bàn 30 độ, bệnh nhân mở mắt, người khám quan sát giật nhãn cầu.

4. Nếu xuất hiện chóng mặt và giật nhãn cầu, nghiệm pháp dương tính. Sau khi hết chóng mặt và giật nhãn cầu cho bệnh nhân từ từ ngồi dậy.

5. Nghiệm pháp Dix-Hallpike nên được thực hiện lặp lại bên trái, nếu bên phải âm tính.

Nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính khi bác sĩ thực hiện nghiệm pháp và quan sát đôi mắt của bệnh nhân ghi nhận được: Thời gian tiềm khởi phát rung giật nhãn cầu là 5-10 giây và rung giật nhãn cầu dạng xoay và yếu đi khi lặp lại nghiệm pháp.

- Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sọ não/cộng hưởng từ sọ não loại trừ tổn thương thần kinh trung ương trên những trường hợp lớn tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc những

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	< 40 tuổi	40– 60 tuổi	> 60 tuổi	Tuổi trung bình
Số BN (tỉ lệ %)	10 (19,2%)	15 (28,8%)	27 (51,9%)	58 ± 6,7
Giới	Nam			Nữ
Số BN (tỉ lệ %)	19,2%			80,8%

3.2. Nguyên nhân chóng mặt ngoại biên

Bảng 2: Tỉ lệ các nguyên nhân chóng mặt ngoại biên

Chẩn đoán chóng mặt	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Chóng mặt kịch phát lành tính (BPPV)	49	94,2%
Viêm thần kinh tiền đình	1	1,9%
Bệnh Ménière	1	1,9%

bệnh nhân chưa khẳng định chẩn đoán chóng mặt ngoại biên.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán chóng mặt ngoại biên.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ đang mang thai.

- Bệnh nhân có giảm sự thức tỉnh (Glasgow < 15 điểm).

- Bệnh nhân có dấu thần kinh khu trú.

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng (thiếu máu, suy gan, suy thận, bệnh lý tim không ổn định).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các bệnh nhân chóng mặt thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương.

2.3. Xử lý số liệu. Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quyết định điều trị của bác sĩ lâm sàng, nên không vi phạm y đức.

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng y đức trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

- Tên tuổi và các thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 52 bệnh nhân chóng mặt ngoại biên (chóng mặt tiền đình) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, số liệu lấy từ tháng 12/2020 đến tháng 02/2022 tại Khoa Nội tổng hợp-Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chóng mặt ngoại biên khác	1	1,9%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua khảo sát tổng số 52 bệnh nhân chóng mặt ngoại biên thì có 49 bệnh nhân bị chóng mặt tư thế kích phát lành tính chiếm tỉ lệ ưu thế 94,2%, các nguyên nhân khác (viêm thần kinh tiền đình, bệnh Ménière, chóng mặt ngoại biên khác) chiếm tỉ lệ rất thấp.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3: Đặc điểm chóng mặt và triệu chứng đi kèm

Đặc điểm	BPPV Số ca (%)	Viêm thần kinh tiền đình Số ca (%)	Bệnh Ménière Số ca (%)	Khác
Chóng mặt xoay tròn	41(78,8%)	1(1,9%)	1(1,9%)	1(1,9%)
Cảm giác bông bênh	26(50,0%)	1(1,9%)	1(1,9%)	1(1,9%)
Buồn nôn	43(82,7%)	1(1,9%)	1(1,9%)	0
Nôn	29(55,8%)	1(1,9%)	1(1,9%)	0
U tai	12(23,1%)	1(1,9%)	1(1,9%)	1(1,9%)
Giảm thính lực	0	1(1,9%)	1(1,9%)	0
Cảm giác ãy tai	0	0	1(1,9%)	0
Rung giật nhãn cầu	21(40,4%)	1(1,9%)	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân có cảm giác chóng mặt xoay tròn 84,5% (cảm thấy bản thân xoay tròn hoặc mọi vật xung quanh xoay tròn).

Triệu chứng kèm theo chiếm cao nhất là buồn nôn chiếm 86,5%, tiếp đến là nôn 59,6%, ù tai 28,8%, triệu chứng ít gặp gồm giảm thính lực 3,8% và cảm giác ãy tai 1,9%. Chúng tôi ghi nhận 22 bệnh nhân có rung giật nhãn cầu chiếm 82,7%.

Bảng 4: Thời gian chóng mặt

Thời gian	Số ca	Tỉ lệ (%)
< 1 phút	21	40,4%
Vài phút-giờ	30	57,7%
Liên tục	1	1,9%
Tổng	52	100%

Bảng 6: Kết quả nghiệm pháp Dix-Hallpike

Kết quả	BPPV Số ca (%)	Viêm thần kinh tiền đình Số ca (%)	Bệnh Ménière Số ca (%)	Khác
Âm tính	7(14,3%)	1(1,9%)	1(1,9%)	1(1,9%)
Dương tính	42(85,7%)	0	0	0
Tổng	49 (100%)	1(1,9%)	1(1,9%)	1(1,9%)

Nhận xét: Nghiệm pháp Dix-Hallpike thực hiện ở 49 bệnh nhân chóng mặt tư thế kích phát lành tính có 42 trường hợp cho kết quả dương tính chiếm tỉ lệ 85,7% và khi thực hiện ở nhóm bệnh nhân khác (viêm thần kinh tiền đình, bệnh Ménière, khác) đều cho kết quả âm tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là $57,25 \pm 16,57$ tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình tương tự ghi nhận của một số tác giả khác như nghiên cứu của Ogita H là 56,1 tuổi, Bunasuwan P là 55 tuổi [5]. Chúng tôi nhận thấy chóng mặt có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng cho

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có thời gian chóng mặt từng cơn kéo dài vài phút- giờ chiếm 57,7%, chỉ có 1 trường hợp có thời gian cơn kéo dài liên tục cho đến khi nhập viện chiếm 1,9%.

Bảng 5: Hoàn cảnh xảy ra chóng mặt

Hoàn cảnh	Số ca	Tỉ lệ (%)
Lăn trên giường	39	75,0%
Cúi đầu	8	15,4%
Ngửa đầu ra sau	2	3,8%
Nằm xuống	2	3,8%
Khác	3	5,8%

Nhận xét: Hoàn cảnh bệnh nhân xuất hiện triệu chứng chóng mặt nặng hơn nhiều nhất là lăn trên giường với 39 trường hợp, chiếm 75,0%. Tiếp đến là tư thế cúi đầu chiếm 15,4%. Các tư thế khác chiếm tỉ lệ thấp.

thấy có sự tăng dần theo độ tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh có khuynh hướng xảy ra ở nữ giới, tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế hơn so với nam giới (tỉ lệ nữ : nam là 4 : 1). Tỉ lệ giới tính trong nghiên cứu chúng tôi thấy nữ chiếm ưu thế hơn hẳn so với nam giới, cao hơn so với một số tác giả khác. Theo Bunasuwan P và cộng sự tổng kết 149 bệnh nhân thì tỉ lệ nữ : nam là 2 : 1 nghiên cứu của

Lai YT thì cũng có tỉ lệ là 1,96: 1, theo Phan Kim Ngân và cộng sự tỉ lệ này là 2,63:1 [3]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số, cỡ mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu.

4.2. Nguyên nhân chóng mặt ngoại biên.

Qua khảo sát 52 bệnh nhân chóng mặt ngoại biên thì chóng mặt tư thế kịch phát lành tính chiếm cao nhất 49 trường hợp (94,2%), viêm thần kinh tiền đình (1,9%), bệnh Ménière (1,9%), chóng mặt ngoại biên khác (1,9%). Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Phan Kim Ngân [3] chóng mặt tư thế kịch phát lành tính chiếm đa số 91,4%, còn viêm thần kinh tiền đình (6,9%) và bệnh Ménière (1,7%) chiếm tỉ lệ rất thấp.

4.3. Đặc điểm lâm sàng

4.3.1. Đặc điểm chóng mặt của BPPV.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có cảm giác chóng mặt xoay tròn 84,5%, cảm giác bồng bênh là 55,7%. Tương tự các nghiên cứu của Phan Kim Ngân (2015) [3] ghi nhận 84,9% bệnh nhân chóng mặt xoay tròn và 49% bệnh nhân cảm giác bồng bênh, theo tác giả Kentala E cho thấy 80% bệnh nhân chóng mặt xoay và 47% cảm giác bồng bênh và nghiên cứu của Hồ Vĩnh Phước (2009) [2] tỉ lệ có cao hơn với chóng mặt xoay tròn chiếm 95,12%, cảm giác bồng bênh (mất thăng bằng) là 56,09%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng kèm theo là buồn nôn chiếm tỉ lệ cao 86,5% cao hơn triệu chứng nôn 59,6%. Tỉ lệ này gần tương đồng với nghiên cứu của Phan Kim Ngân với 77,4% trường hợp buồn nôn và triệu chứng nôn 50,9%. Nhưng tỉ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Hồ Vĩnh Phước với tỉ lệ buồn nôn (34,4%), tỉ lệ nôn (14,63%) và nghiên cứu của tác giả Von Brevern M với ghi nhận tỉ lệ buồn nôn chiếm tỉ lệ 49% và nôn chiếm tỉ lệ 14%. Tuy nhiên, thứ tự triệu chứng tương tự, triệu chứng buồn nôn luôn chiếm tỉ lệ cao hơn triệu chứng nôn. Sự khác biệt này có thể lý giải là do trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân nhập viện nội trú thường có các triệu chứng nặng nề.

Chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp thời gian xuất hiện chóng mặt cơn ngắn vài phút-giờ chiếm 57,7%, ù tai chiếm 28,8% thấp hơn so với nghiên cứu Hồ Vĩnh Phước 30,02% [2]. Vì đây là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân khó nhận định chính xác. Mặt khác trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân > 60 tuổi chiếm cao nên khai thác, nhận định triệu chứng lâm sàng có gặp khó khăn. Hoàn cảnh làm nặng triệu chứng chóng mặt hay gặp nhất là lẫn trên

giường chiếm 75%, sau đó đến tư thế cúi đầu 15,4%, kết quả này tương đồng với tác giả Hồ Vĩnh Phước.

4.3.2. Đặc điểm chóng mặt của viêm thần kinh tiền đình. Trong viêm thần kinh tiền đình, chóng mặt nghiêm trọng nhất cho 1-2 ngày đầu tiên, và sau đó dần dần được cải thiện trong vài tuần. Bệnh nhân có thể buồn nôn và nôn đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp (1,9%) bị viêm thần kinh tiền đình có đặc điểm chóng mặt có lúc xoay tròn, có lúc bồng bênh mất thăng bằng, thời gian kéo dài liên tục từ lúc bị đến lúc nhập viện, kèm theo buồn nôn và nôn.

Khám thực thể, bệnh nhân có rung giật nhãn cầu tự phát (nystagmus) tại thời điểm khởi phát bệnh. Các rung giật nhãn cầu theo một hướng là ngang hoặc ngang-xoắn. Các rung giật nhãn cầu có thể bị ức chế bởi sự cố định thị giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có rung giật nhãn cầu.

4.3.3. Đặc điểm chóng mặt của bệnh Ménière.

Trong bệnh Ménière, chóng mặt có thể được mô tả như một cảm giác xoay tròn hoặc cảm giác đu đưa, và có thể kèm theo buồn nôn và nôn. Giảm thính lực dao động ban đầu ở tần số thấp. Khi bệnh tiến triển giảm thính giác trở nên thường xuyên và liên quan đến tất cả các tần số. ù tai thường được mô tả như là một cảm giác ồn ào và có xu hướng thay đổi cường độ và độ ồn trong cơn chóng mặt. Bệnh nhân thường cảm thấy một cảm giác đầy tai liên quan với giảm thính lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ buồn nôn, nôn, giảm thính lực, ù tai, cảm giác đầy tai là 100% vì số lượng bệnh nhân hạn chế chỉ có 1 trường hợp được chẩn đoán và điều trị, chiếm 1,9%.

4.3.4. Kết quả nghiệm pháp Dix-Hallpike.

Trong tổng số 49 bệnh nhân chóng mặt tư thế kịch phát lành tính được thực hiện nghiệm pháp Dix-Hallpike có 42 trường hợp cho kết quả dương tính chiếm tỉ lệ 85,7% và 7 trường hợp cho kết quả âm tính (14,3%). Điều này cũng phù hợp vì theo nghiên cứu của Halker RB [7] độ nhạy của nghiệm pháp này không phải là 100%. Một số bệnh nhân chóng mặt tư thế kịch phát lành tính sẽ không có một kết quả dương tính. Độ nhạy của nghiệm pháp Dix-Hallpike ước tính là 79%, cùng với độ đặc hiệu của nghiệm pháp là 75%. Tương tự với nghiên cứu của tác giả Cao Phi Phong [1] khi thực hiện nghiệm pháp Dix-Hallpike ở 30 bệnh nhân chóng mặt tư thế kịch phát lành tính ghi nhận được 23 trường hợp cho kết quả dương tính chiếm tỉ lệ

76,7% và 7 trường hợp cho kết quả âm tính chiếm tỉ lệ 23,3%.

V. KẾT LUẬN

Chóng mắt ngoại biên ghi nhận ở nữ giới mắc nhiều hơn nam giới, tỉ lệ nữ : nam = 4 : 1, tuổi càng nhỏ càng ít bị chóng mắt. Bệnh nhân bị chóng mắt tư thế kịch phát lành tính chiếm ưu thế với tỉ lệ 94,2%. Đa số các trường hợp có triệu chứng chóng mắt kiểu xoay tròn và cảm giác bồng bênh. Triệu chứng kèm theo thường gặp nhất là buồn nôn, nôn, ù tai, giảm thính lực và cảm giác đầy tai. Đa số bệnh nhân chóng mắt dương tính với nghiệm pháp Dix-Hallpike (85,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Phi Phong, Bùi Châu Tuệ (2010). "Chóng mắt tư thế kịch phát lành tính: phân tích 30 trường hợp điều trị tái định vị sỏi ống bán khuyên sau bằng nghiệm pháp Epley". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, tập 14 (1), tr. 304-309
2. Hồ Vĩnh Phước (2010). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị chóng mắt tư thế kịch phát lành tính". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, tập 14

(1), tr.341-346.

3. Phan Kim Ngân (2015). Đánh giá tình trạng chóng mắt ngoại biên hiện nay tại khoa nội thần kinh tổng quát Bệnh viện Nhân Dân 115, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
4. Vũ Anh Nhị (2013). "Chóng mắt". Sổ tay Lâm Sàng Thần Kinh sau đại học, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh, tr.196-227
5. Bunasuwan P., Bunbanjerdasuk S., Nilswan A., (2011). "Etiology of vertigo in Thai patient at Thammasat Hospital". J.Med Assoc Thai, Vol 94 (7), 102-108.
6. Bronstein A.M, Golding J.F, Gresty M.A, et al (2010). "The social impact of dizziness in London and Siena". J Neurol, 257(2),183-190
7. Halker R.B., Barrs D.M., Wellik K.E., et al (2008). "Establishing a diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo through the dix-hallpike and site -lying maneuvers a critically appraised topic". Neurologist, Vol 14 (3), 201-204.
8. Kovacs E., Wang X., and Grill E., (2019). "Economic burden of vertigo: a systematic review". Health Economics Review, 9(1), 1-14
9. Sumner A (2012), "The Dix-Hallpike Test". J Physiother, Vol 58(2), pp.131

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BASEDOW PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Phạm Văn Hoàn¹

Từ khóa: Phẫu thuật tuyến giáp nội soi đường tiền đình miệng, Basedow.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BASEDOW TREATED BY TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY (TOETVA) AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Objects: Evaluation of clinical and subclinical characteristics of patients with basedow treated by transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA) at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** prospective cases series study was conducted on 8 patients eligible for TOETVA surgery at the Department of Oncology and Palliative Care, Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to July 2022. Clinical, laboratory and surgical scores were recorded. **Results:** The mean age in our study was 31.87±8 years old. The mean thyroid volume was 23.95±2.54 cm³. The average tumor size was 13.75±5.15 mm. Most tumors are found in 1 lobe of the thyroid gland, the rate of detecting tumors in both thyroid lobes is 25%. In our study of 100 patients undergoing total thyroidectomy, the mean surgical time was 135±34.6 minutes. **Conclusions:** TOETVA surgery can be applied in the treatment of Graves' disease.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân Basedow được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh thực hiện trên 8 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật TOETVA tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 7 năm 2022. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật được ghi nhận. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,87±8 tuổi. Thể tích tuyến giáp trung bình là 23.95±2.54 cm³. Kích thước u trung bình là 13,75±5,15 mm. Đa số u gặp ở 1 thùy của tuyến giáp, tỉ lệ phát hiện u ở cả hai thùy tuyến giáp là 25%. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100 các bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, thời gian phẫu thuật trung bình là 135±34.6 phút. **Kết luận:** Phẫu thuật TOETVA có thể ứng dụng trong điều trị bệnh lý Basedow.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022