



TIẾP CẬN CHÓNG MẶT

Cập nhật chẩn đoán & điều trị 2026

Trình bày: BS. Trần Thị Kim Đăng





Nội dung

- 01 Đại cương & phân loại triệu chứng chóng mặt
- 02 TiTrATE – khung tiếp cận hiện đại
- 03 Các hội chứng chóng mặt: chẩn đoán và điều trị
- 04 GRACE-3 (SAEM 2023)
- 05 Kết luận



01

Đại cương & phân loại triệu chứng chóng mặt



TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

BN nữ 60 tuổi, chóng mặt cấp, kéo dài 5 giờ, không nystagmus, không rõ yếu liệt chi lúc khám, đứng và đi không được.

Tiền căn: ĐTD 2, HA: 150/90.





Gánh nặng bệnh lý chóng mặt

~3%

lượt khám cấp cứu có
triệu chứng chính là
chóng mặt/choáng
váng

2,4%

tỉ lệ hiện mắc BPPV
trong đời người
trưởng thành (Đức)

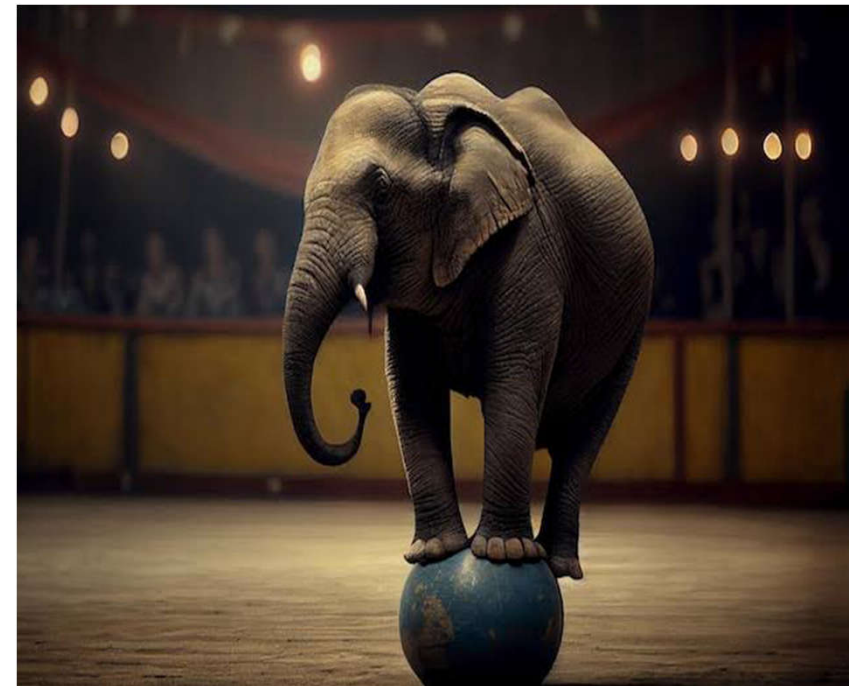
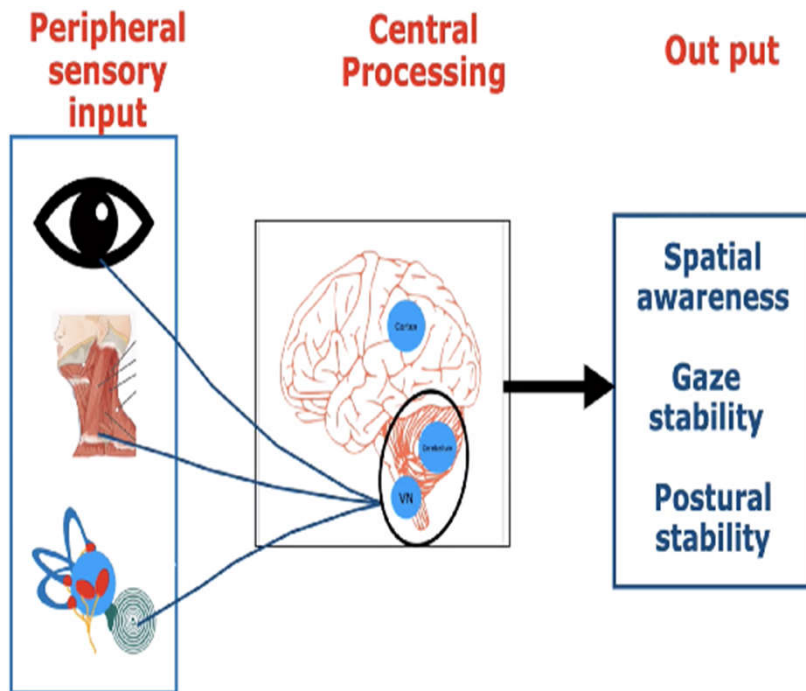
~35%

≥ 40 tuổi từng có ít
nhất 1 đợt chóng mặt
tiền đình đáng kể
trong đời

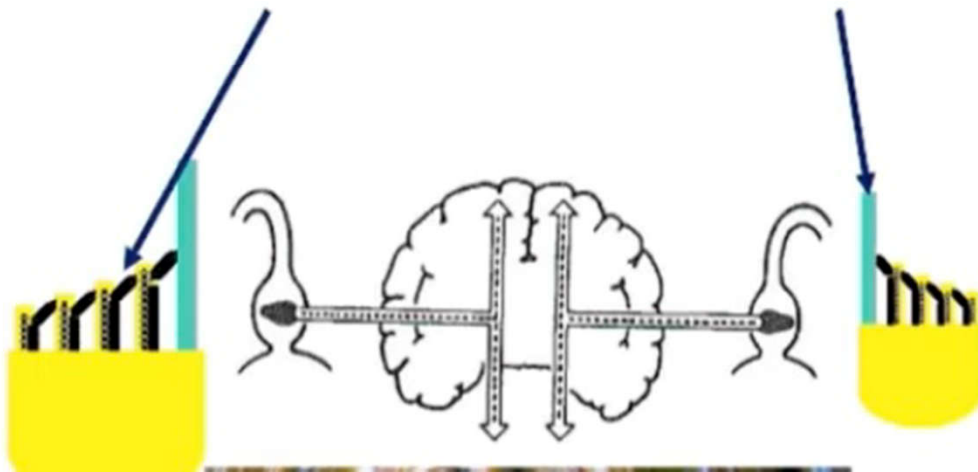
Chóng mặt là một trong những lý do khám bệnh phổ biến nhất ở mọi lứa tuổi, gánh nặng tăng dần theo tuổi và ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống, nguy cơ té ngã.



Chóng mặt



Bất thường một bên làm tín hiệu hai bên mất cân bằng



Cảm nhận đầu xoay khi đang đứng yên



Tiếp cận theo đặc tính chóng mặt

Vertigo (xoay tròn)

- Ảo giác vận động - cảm giác bản thân hoặc môi trường xoay/di chuyển

Dizziness (choáng váng)

- Cảm giác mơ hồ, "lâng lâng", khó mô tả,...

Presyncope (tiền ngất)

- Cảm giác gần ngất - tối sầm, liên quan tuần hoàn

Dysequilibrium (mất thăng bằng)

Mất vững khi đứng/đi



Tiếp cận theo đặc tính chóng mặt

Bệnh sử chóng mặt

Đặc tính

- Chóng mặt thế nào?
- Xoay tròn
- Choáng váng, lâng lâng
- Mất thăng bằng, chao đảo

Thời gian

- Chóng mặt từ bao giờ? Có thành cơn? Cơn kéo dài bao lâu?
- Cách khởi phát chóng mặt?
- Chóng mặt từng cơn, liên tục.
- Độ dài của các cơn chóng mặt

Kích gợi

- Có yếu tố khởi phát nào không?
- Tư thế đầu
- Chuyển động đầu
- Tư thế đứng
- Thuốc, chấn thương

Triệu chứng kèm

- Có triệu chứng kèm theo hay không?
- ù tai
- Nói đớ, nhìn đôi
- Mất thăng bằng
- Yếu liệt chi
- Lo lắng
- ...



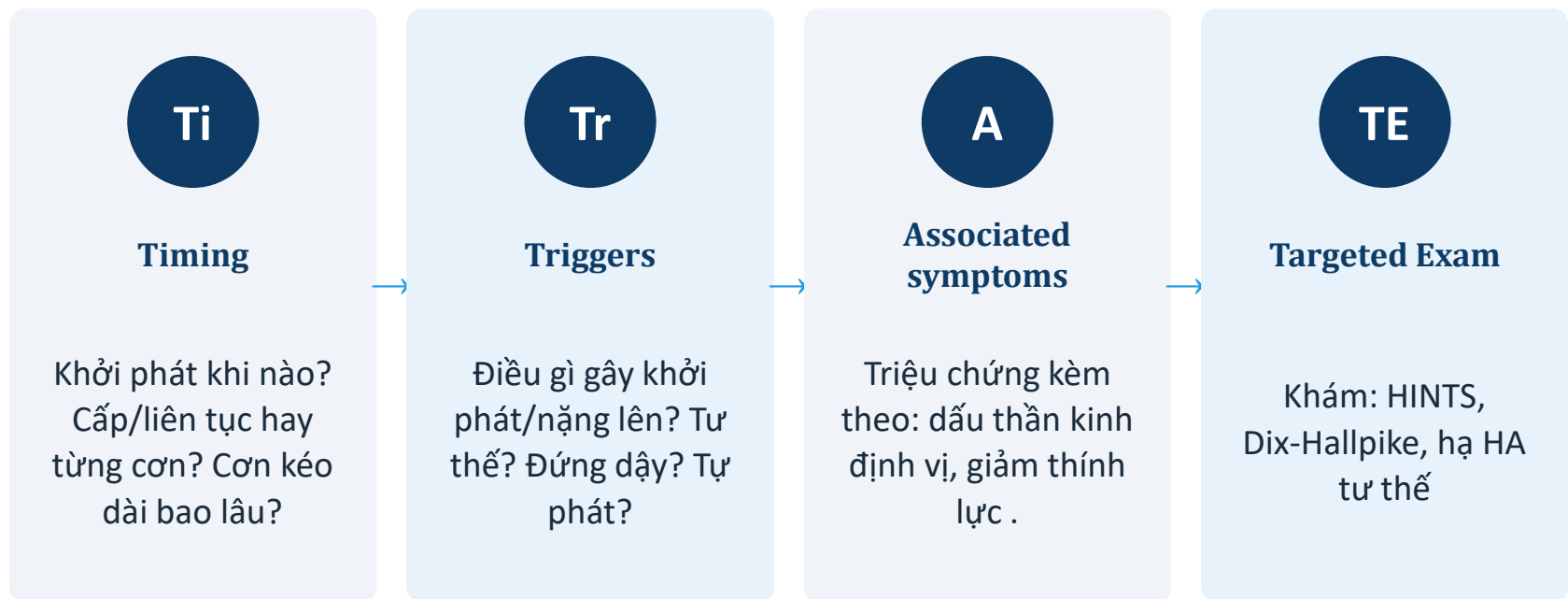
02

TiTrATE — Khung tiếp cận hiện đại

Timing · Triggers · Targeted Exam · Additional Evaluation (2015)



Khung tiếp cận TiTrATE





TIẾP CẬN CHÓNG MẶT THEO HỘI CHỨNG **TiTrATE**

Hội chứng	Ti ming - Tr igger	Mô tả	Nguyên nhân thường gặp
HC tiền đình cấp	Cấp – liên tục	Chóng mặt cấp, liên tục ≥ 24 giờ, không dung nạp vận động đầu	Viêm TK tiền đình Đột quy hồ sau
HC tiền đình từng cơn do yếu tố khởi phát	Từng cơn – có yếu tố khởi phát	Cơn ngắn, tái diễn, luôn liên quan tư thế/thay đổi đầu	BPPV
HC tiền đình từng cơn tự phát	Từng cơn – tự phát	Cơn xuất hiện không cần yếu tố khởi phát rõ ràng	Migraine tiền đình Ménière TIA
HC tiền đình mạn tính	Mạn tính (> vài tuần)	Mất vững/chóng mặt kéo dài, dao động, ảnh hưởng chức năng	PPPD Mất chức năng tiền đình 2 bên



TIẾP CẬN CHÓNG MẶT THEO HỘI CHỨNG **TiTrATE**

Hội chứng	Associate Symtoms	Targeted Exam
HC tiền đình cấp	- ĐQ: dấu thần kinh định vị - Viêm TKTĐ - Thuốc: mới dung/đổi/ngưng thuốc	- ĐQ: dấu định vị, HINTS test - Viêm TKTĐ: Nystagmus ngoại biên - Thuốc: không dấu thần kinh
HC tiền đình từng cơn có yếu tố khởi phát	- BPPV: cơn < 1 phút - Hạ HA tư thế: giảm thể tích - Chóng mặt tư thế trung ương	- BPPV: Dix-Hallpike,.. - Hạ HA tư thế: đo HA tư thế
HC tiền đình từng cơn tự phát	- Migraine tiền đình: đau đầu thoáng tính chất Migraine. - Bệnh Meniere: đầy tai, giảm thính lực - TIA: cơn phút – giờ.	- Migraine tiền đình: tiền căn - Bệnh Meniere: đo thính lực - TIA: các yếu tố nguy cơ
HC tiền đình mạn tính	- PPPD: nặng lên khi căng thẳng, chỗ đông người - Bệnh TĐ 2 bên	- Chóng mặt tư thế chủ quan dai dẳng - Bệnh tiền đình 2 bên



03

Các hội chứng tiền đình



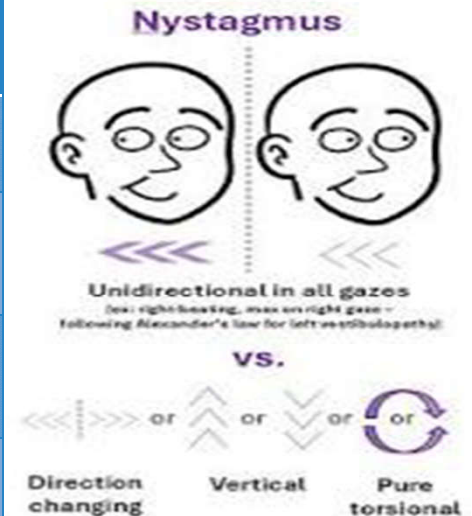
HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH CẤP (AVS)

- Chóng mặt/mất thăng bằng khởi phát cấp tính, kéo dài liên tục ≥ 24 giờ
- Kèm buồn nôn/nôn, rung giật nhãn cầu tự phát, dáng đi mất vững
- Hai nhóm nguyên nhân chính cần phân biệt tại giường:
 - Ngoại biên: viêm dây thần kinh tiền đình ($\sim \frac{2}{3}$ trường hợp)
 - Trung ương: đột quỵ hố sau — tiểu não, thân não (PICA, AICA)



Hints to the **H.I.N.T.S.** Exam for Acute Vestibular Syndrome (AVS = sudden-onset constant vertigo with nausea/vomiting, gait unsteadiness, and nystagmus)

NYSTAGMUS	NGOẠI BIÊN	TRUNG ƯƠNG
Kiểu	Ngang –xoay	Đơn thuần, dọc
Hướng	Chỉ một hướng	Nhiều hướng, đổi hướng
Tác động của định thị	Ức chế Nystagmus	Thay đổi: tăng, giảm, không thay đổi
Thích nghi (giảm dần)	Nhanh	Nystagmus kéo dài



Localization	Saccade on HIT*	Nystagmus	Skew deviation*
Peripheral (need all 3)	Present	Unidirectional	Absent
Central (need any 1)	Absent	Any other nystagmus	Present

* Perform maneuver on both sides



HINTS — 3 bước khám tại giường

HI

Head Impulse

NGOẠI BIÊN (an toàn hơn)

Ngoại biên: saccade (bất thường)

TRUNG ƯƠNG (nguy hiểm — nghĩ đột quỵ)

Trung ương: bình thường (không lệch)

N

Nystagmus

Ngoại biên: một hướng, ngang-xoay, giảm khi cố định mắt

Trung ương: đổi hướng theo hướng nhìn, hoặc dọc/xoay thuần

TS

Test of Skew

Ngoại biên: âm tính

Trung ương: dương tính (chiều dọc)



HINTS Plus & giới hạn cần lưu ý

- HINTS Plus = HINTS + đánh giá thính lực bên giường (mất thính lực cấp mới xuất hiện)
- Mất thính lực một bên kèm AVS gợi ý nhồi máu động mạch tiểu não trước-dưới (AICA) — vùng cấp máu chung cho ốc tai và tiền đình
- AICA có thể cho kết quả HINTS "trông giống ngoại biên" một cách giả tạo → cần cảnh giác khi có yếu tố nguy cơ mạch máu
- HINTS không thay thế đánh giá lâm sàng toàn diện



Dấu hiệu cảnh báo đột quỵ hồ sau



Đau đầu dữ dội mới khởi phát, đặc biệt vùng chẩm/gáy



Song thị, nói khó, nuốt khó, yếu/tê nửa người



Mất thăng bằng



Rung giật nhãn cầu đổi hướng theo hướng nhìn hoặc chiều dọc



Test of Skew dương tính, Head Impulse bình thường trong AVS



Yếu tố nguy cơ mạch máu: THA, đái tháo đường, rung nhĩ, hút thuốc, tuổi > 60



Viêm dây thần kinh tiền đình

Tiêu chuẩn chẩn đoán (Bárány Society, 2022)

- Khởi phát cấp/bán cấp của chóng mặt xoay hoặc không xoay, kèm mất vững, buồn nôn/nôn và/hoặc dao động thị giác
 - Triệu chứng kéo dài liên tục ít nhất 24 giờ, đạt đỉnh trong vòng 24 giờ đầu
 - Rung giật nhãn cầu tự phát ngang-xoay, một hướng cố định, tăng khi loại bỏ cố định thị giác
 - Bằng chứng giảm/mất chức năng tiền đình một bên (vd. Head Impulse Test bất thường cùng bên)
 - KHÔNG có triệu chứng/dấu hiệu thính giác cấp hoặc thần kinh trung ương kèm theo
- Nền tảng điều trị: phục hồi chức năng tiền đình sớm — thúc đẩy bù trừ trung ương, cải thiện thăng bằng lâu dài
 - Thuốc ức chế tiền đình (vd. kháng histamin, benzodiazepin) chỉ dùng ngắn ngày (thường < 3 ngày) trong giai đoạn cấp — dùng kéo dài có thể cản trở quá trình bù trừ
 - **Corticosteroid: hiệu quả còn tranh cãi** — một thử nghiệm RCT mù đôi, có đối chứng giả được năm 2025 tiếp tục đánh giá vai trò cải thiện chức năng tiền đình



HỘI CHỨNG CHÓNG MẶT TỪNG CƠN CÓ YẾU TỐ KHỞI PHÁT (t-EVS)

- Đặc trưng: cơn chóng mặt ngắn (vài giây đến < 1 phút), luôn xuất hiện khi thay đổi tư thế đầu
- Yếu tố khởi phát điển hình: lăn qua lăn lại trên giường, cúi/ngửa đầu, đứng dậy
- Giữa các cơn: hoàn toàn không triệu chứng
- Nguyên nhân hàng đầu: Chóng mặt kịch phát tư thế lành tính (BPPV)
- Chẩn đoán phân biệt khác: hạ huyết áp tư thế, rối loạn tiền đình trung ương hiếm gặp gây chóng mặt tư thế



Chóng mặt kích phát tư thế

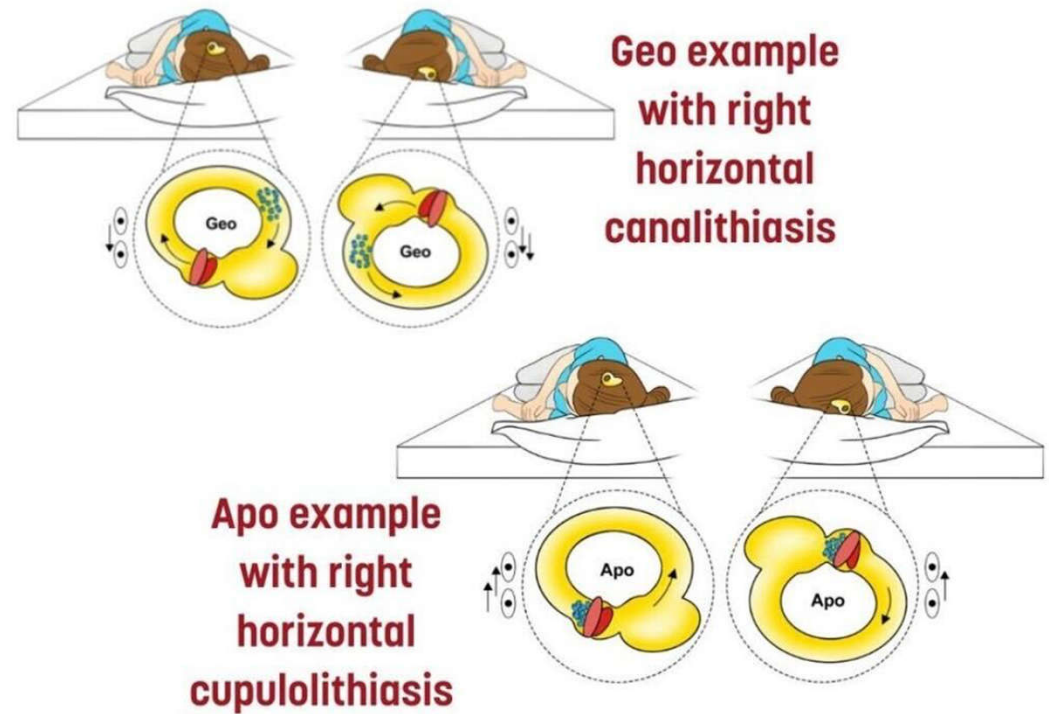
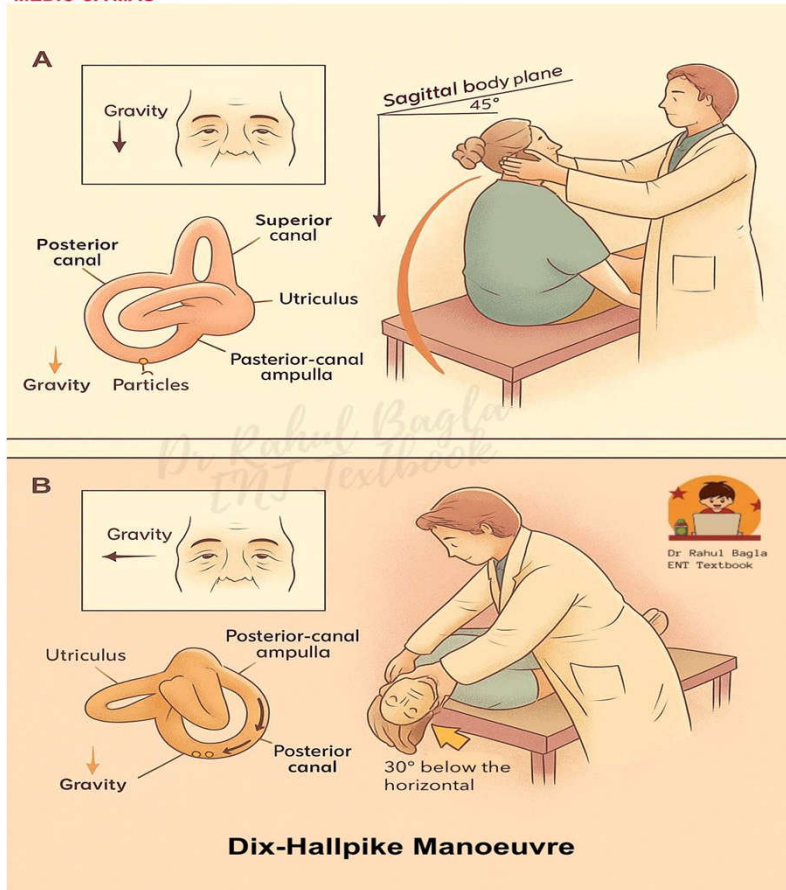
Dịch tễ

- Nguyên nhân gây chóng mặt ngoại biên thường gặp nhất (50-70%)
- Tăng theo tuổi, phổ biến >50 tuổi, nữ : nam = (~2-3:1)
- Ống bán khuyên sau bị ảnh hưởng nhiều nhất (~85-90%)

Cơ chế

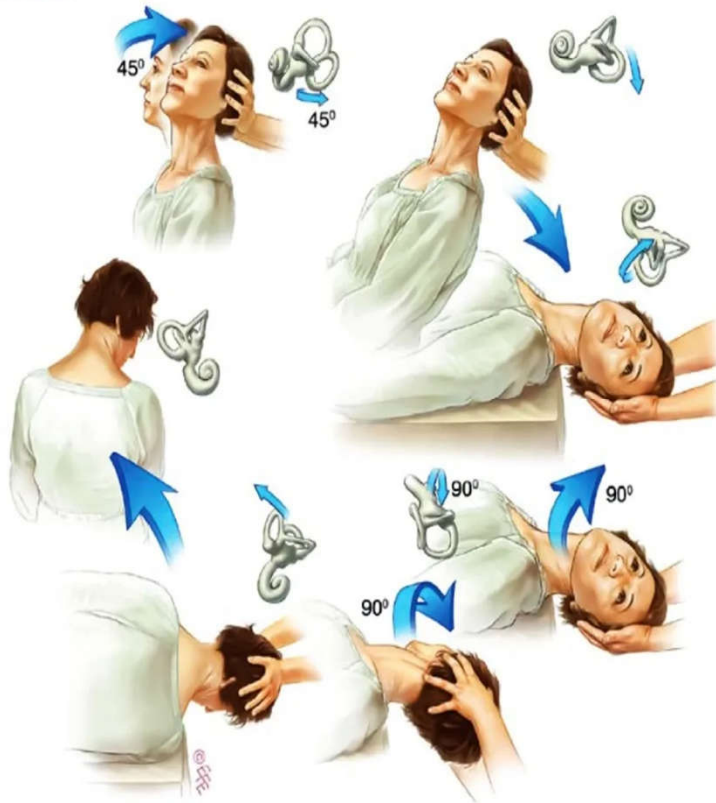
- Các tinh thể sỏi tai bong ra từ soan nang, di chuyển tự do trong nội dịch ống bán khuyên
- Thay đổi tư thế đầu → di chuyển tinh thể → kích thích bất thường thụ thể tiền đình → chóng mặt kích phát ngắn

BPPV — Chẩn đoán tại giường

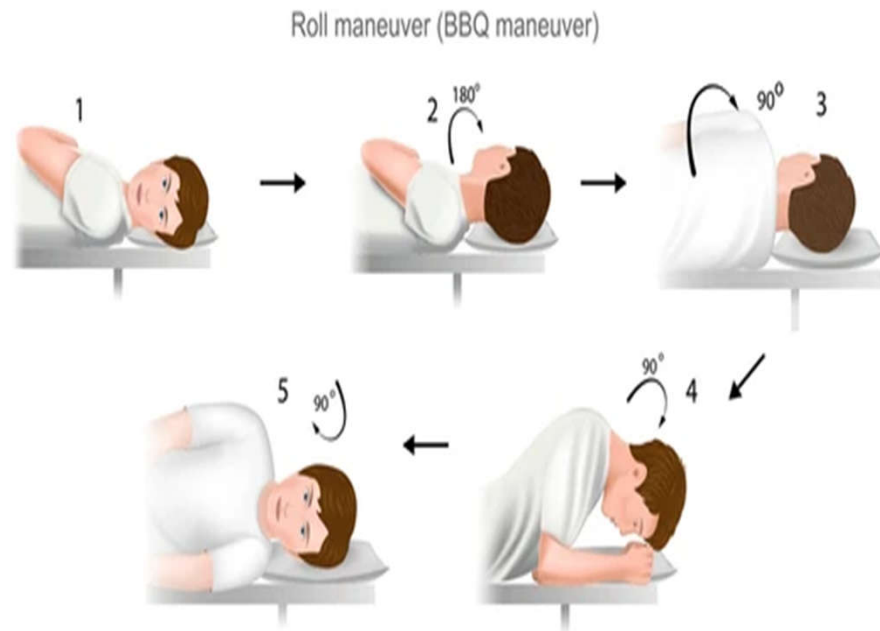


Supine Roll Test

BPPV — Điều trị: nghiệm pháp tái định vị



Nghiệm pháp Epley



shutterstock.com • 2341963875

Nghiệm pháp Barbecue



BPPV — Những điều KHÔNG nên làm

- KHÔNG dùng thuốc ức chế tiền đình (kháng histamin, benzodiazepin) một cách thường quy —(làm chậm bù trừ tiền đình trung ương)
- KHÔNG chỉ định thường quy chẩn đoán hình ảnh (CT/MRI) khi bệnh nhân có biểu hiện điển hình của BPPV và không có dấu hiệu thần kinh khu trú kèm theo
- KHÔNG bỏ sót tái khám đánh giá lại nếu nghiệm pháp tái định vị thất bại sau nhiều lần hoặc triệu chứng không điển hình



HỘI CHỨNG CHÓNG MẶT TỪNG CƠN TỰ PHÁT (s-EVS)

- Cơn chóng mặt xuất hiện KHÔNG cần yếu tố khởi phát rõ ràng, tự giới hạn
- Thời gian cơn là chìa khóa chẩn đoán phân biệt:
 - Vài giây – vài phút: thoáng thiếu máu não (TIA) tuần hoàn sau
 - 5 phút – 72 giờ, kèm đặc điểm migraine: Migraine tiền đình
 - 20 phút – 12 giờ, kèm nghe kém/ù tai dao động: Bệnh Ménière
- Cần khai thác kỹ tiền sử đau đầu, thính lực, yếu tố đi kèm



Migraine tiền đình — Tiêu chuẩn chẩn đoán

Migraine tiền đình xác định (Bárány Society – IHS, cập nhật 2021)

- A. Ít nhất 5 cơn triệu chứng tiền đình mức độ trung bình–nặng, kéo dài 4 phút – 72 giờ
 - B. Tiền sử hiện tại hoặc trong quá khứ có Migraine có/không có aura (theo ICHD-3)
 - C. Có ≥ 1 đặc điểm migraine trong ít nhất 50% số cơn tiền đình: đau đầu (≥ 2 đặc điểm: một bên, mạch đập, mức độ trung bình–nặng, nặng lên khi vận động) HOẶC sợ ánh sáng + sợ tiếng động HOẶC aura thị giác
 - D. Không giải thích tốt hơn bởi chẩn đoán tiền đình hoặc ICHD khác
- Thay đổi lối sống: ngủ đủ giấc, tránh yếu tố khởi kích (caffeine, rượu, thiếu ngủ, stress), vận động đều đặn
 - Điều trị cắt cơn: thuốc chống nôn, triptan có thể xem xét ở một số bệnh nhân chọn lọc
 - Điều trị phòng ngừa (khi cơn thường xuyên/ảnh hưởng chức năng): các nhóm thuốc phòng ngừa migraine kinh điển (chẹn beta, chống động kinh, chống trầm cảm ba vòng) theo cá thể hóa
 - Phục hồi chức năng tiền đình có thể hỗ trợ cải thiện triệu chứng mất thăng bằng giữa các cơn



Bệnh Ménière — Tiêu chuẩn chẩn đoán Ménière xác định (Bárány Society, 2015)

- ≥ 2 cơn chóng mặt tự phát, mỗi cơn kéo dài 20 phút – 12 giờ
- Nghe kém thần kinh cảm giác tần số thấp-trung, được đo thính lực đồ xác nhận ở tai bệnh, trong hoặc sau ít nhất 1 cơn
- Triệu chứng **thính giác dao động** (nghe kém, ù tai, đầy tai) ở tai bệnh
- Không giải thích tốt hơn bởi chẩn đoán tiền đình khác

- Điều trị nội khoa bước đầu: chế độ ăn giảm muối, tránh caffeine/rượu, lợi tiểu (vd. betahistin thường được dùng phối hợp trong thực hành lâm sàng)
- Cắt cơn cấp: thuốc chống nôn, ức chế tiền đình ngắn ngày trong cơn cấp
- Kháng trị nội khoa: tiêm corticosteroid hoặc gentamicin nội nhĩ
- Phẫu thuật (giảm áp túi nội dịch, cắt dây thần kinh tiền đình) dành cho trường hợp kháng trị nặng
- Theo dõi thính lực định kỳ — nguy cơ giảm thính lực tiến triển theo thời gian



04

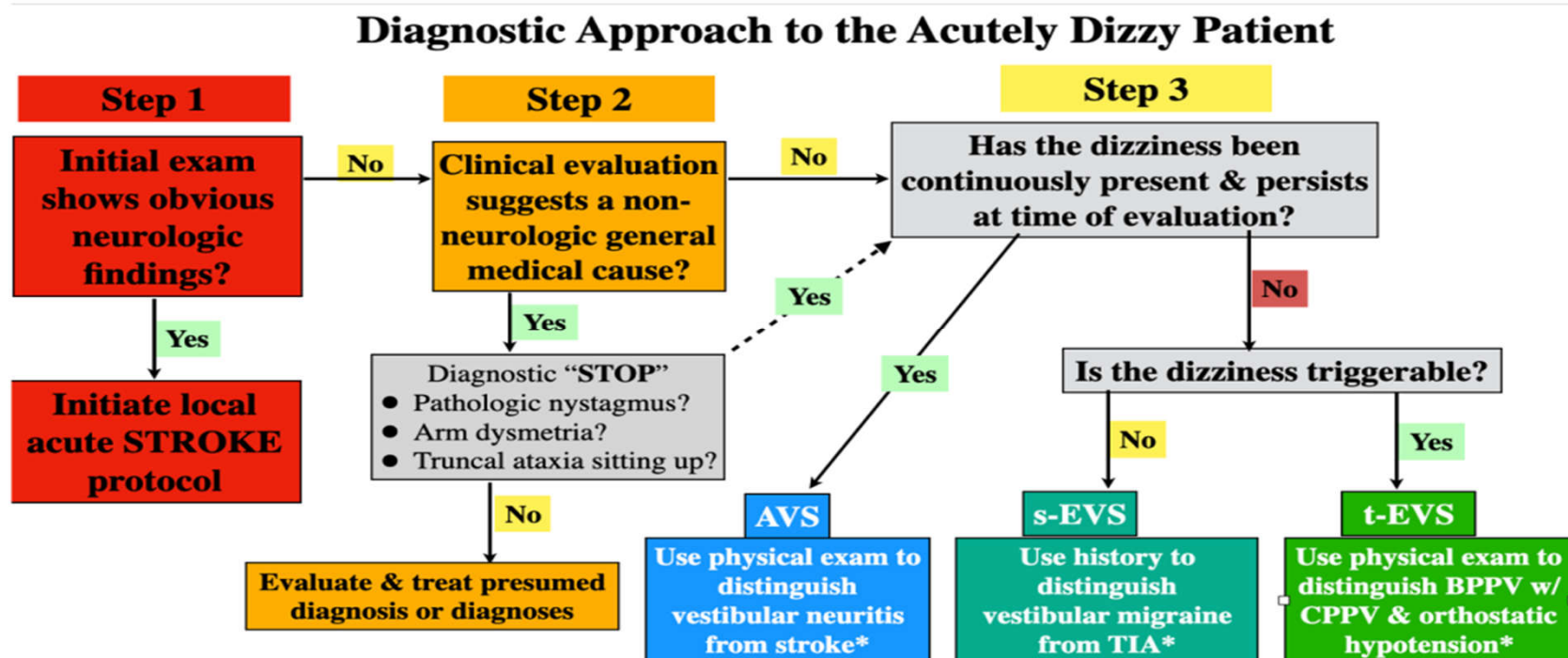
GRACE-3

Hướng dẫn thực hành cấp cứu chóng mặt cấp — SAEM, 2023



GRACE-3 — Khuyến cáo chẩn đoán AVS

Figure 4 – Diagnostic Algorithm for Approaching Adult ED Patients with Acute Dizziness



AVS: acute vestibular syndrome, s-EVS: spontaneous episodic vestibular syndrome, t-EVSP triggered episodic vestibular syndrome
For each vestibular syndrome, only the most common diagnoses are listed



GRACE-3 — Khuyến cáo chẩn đoán AVS

TABLE 1 Differential diagnosis of acute dizziness based on the timing and triggers category^a

Vestibular syndrome	Common benign (non-life-threatening) causes	Key dangerous (potentially life-threatening) mimics	Important uncommon or less common causes
AVS (~30%)	Vestibular neuritis^b	Posterior circulation ischemic stroke	- Posterior fossa hemorrhage - Wernicke syndrome - Labyrinthitis

	Parameter	Score
Age	>60 years	1
	<60 years	0
Blood pressure	BP >140/90 mmHg	1
	BP <140/90 mmHg	0
Clinical presentation	Unilateral leg weakness	2
	Speech impairment	1
	Retinal	0
Duration of symptoms	≥60 minutes	2
	10–59 minutes	1
	<10 minutes	0
Diabetes mellitus	Yes	1
	No	0

This list is not meant to be encyclopedic but rather focuses on the proportion of patients in each timing-trigger category refers to dizziness (illness), which is about half of all acute dizziness.

^bVestibular neuritis is sometimes referred to as acute unilateral peripheral labyrinthitis, which may be bacterial).

Truncal Ataxia độ 2-3
HINTS
HOẶC
Truncal Ataxia độ 2-3
ABCD2 ≥ 4

Liu X, Li Z, Ju Y, Zhao X. Application of bedside HINTS, ABCD² score and truncal ataxia to differentiate cerebellar-brainstem stroke from vestibular neuritis in the emergency room. Stroke Vasc Neurol. 2024 Dec 30;9(6):685-692. doi: 10.1136/svn-2023-002779. PMID: 38531544; PMCID: PMC11701626

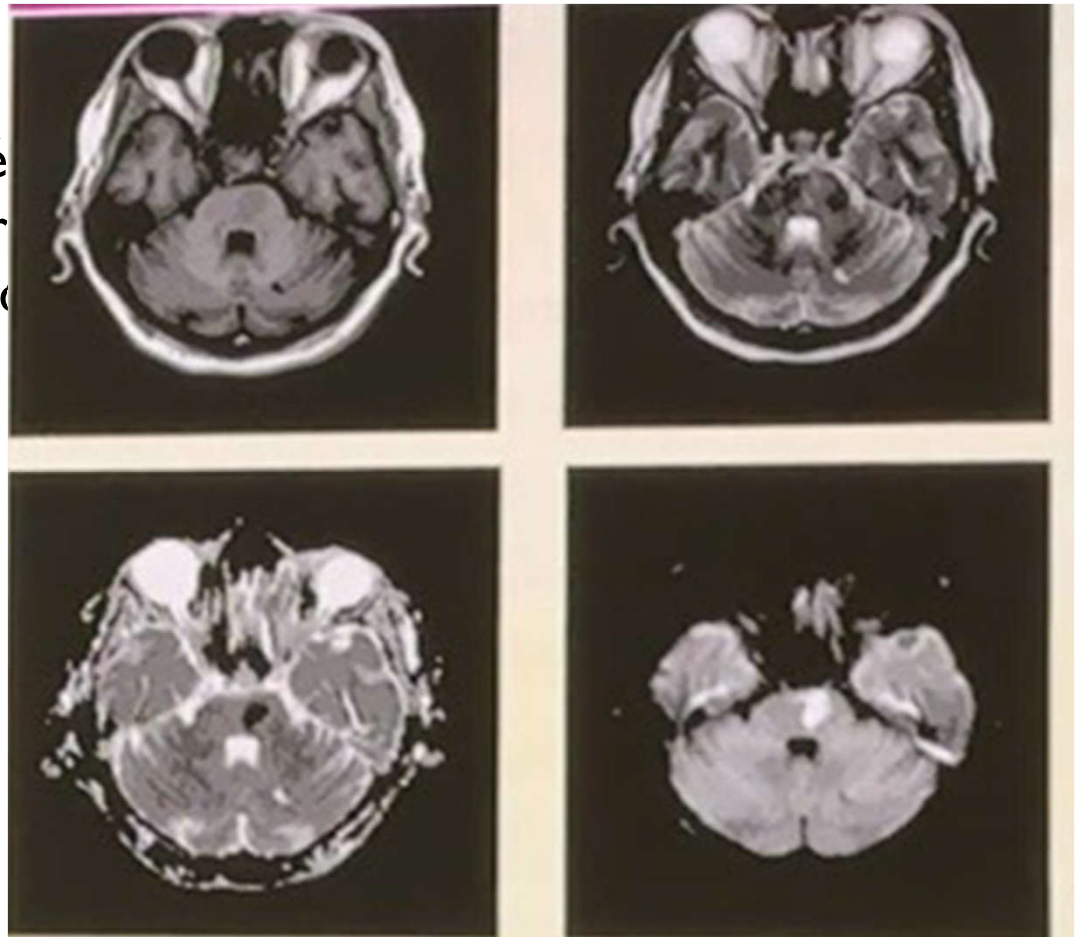


TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

BN nữ 60 tuổi, chóng mặt cấp, kéo dài 5 giờ, không nystagmus, không yếu liệt chi lúc khám, đứng và đi không được.

Tiền căn: ĐTĐ 2, HA: 150/90.

	Parameter	Score
<u>A</u> ge	>60 years	1
	<60 years	0
<u>B</u> lood pressure	BP >140/90 mmHg	1
	BP <140/90 mmHg	0
<u>C</u> linical presentation	Unilateral leg weakness	2
	Speech impairment	1
	Retinal	0
<u>D</u> uration of symptoms	≥60 minutes	2
	10–59 minutes	1
	<10 minutes	0
<u>D</u> iabetes mellitus	Yes	1
	No	0





05

Tổng kết



THÔNG DIỆP

- Bỏ cách hỏi "chóng mặt kiểu gì" — chuyển sang khai thác TIMING & TRIGGER (TiTrATE / GRACE-3)
- HINTS đáng tin cậy hơn MRI sớm để loại trừ đột quỵ trong hội chứng tiền đình cấp — khi thực hiện đúng kỹ thuật
- BPPV: chẩn đoán bằng Dix-Hallpike/Roll test, điều trị bằng nghiệm pháp tái định vị — KHÔNG dùng thuốc ức chế tiền đình thường quy.
- Thời gian cơn là chìa khóa phân biệt các dạng chóng mặt.
- Luôn tầm soát dấu hiệu cảnh báo đột quỵ hố sau ở mọi bệnh nhân AVS, đặc biệt có yếu tố nguy cơ mạch máu



Tài liệu tham khảo

1. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577-599.
2. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to Diagnose Stroke in the Acute Vestibular Syndrome. *Stroke.* 2009;40(11):3504-3510.
3. Aldridge S, Krishnan K. Using HINTS in acute vestibular syndrome: a practical guide for the acute care physician. *Pract Neurol.* 2025.
4. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3S):S1-S47.
5. Strupp M, Bisdorff A, Furman J, et al. Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2022;32(5):389-406.
6. Sjögren J, Fransson PA, Magnusson M, Karlberg M, Tjernström F. Acute unilateral vestibulopathy and corticosteroid treatment — RCT. *J Vestib Res.* 2025.
7. Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria (Update). *J Vestib Res.* 2022;32(1):1-6.
8. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res.* 2015;25(1):1-7.
9. Kaski D, Tarnutzer AA, Agrawal Y, et al. The International Classification of Vestibular Disorders: Achievements, challenges, and future directions. *J Vestib Res.* 2025.
10. Kim HA, Bisdorff A, Bronstein AM, et al. Vascular vertigo and dizziness: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2022;32(3):205-222.
11. Integrated diagnostic algorithm combining TiTrATE, STANDING and HINTS: a validation study in the ED. *Sci Rep.* 2025.
12. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78(7):710-715.
13. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA, et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(7):765-775.
14. Edlow JA, Carpenter C, Akhter M, et al. Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2023;30(5):442-486.

