

ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG CHÓNG MẶT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO CẤP VÀ NGUY CƠ BỎ SÓT CHẨN ĐOÁN ĐỘT QUY NÃO TRONG SÀNG LỌC BAN ĐẦU

Phạm Ngọc Tú^{1*}, Nguyễn Trung Kiên²
Hoàng Quốc Uy¹, Nguyễn Trọng Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm triệu chứng chóng mặt ở người bệnh đột quy não cấp và nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quy não trong sàng lọc ban đầu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu trên 123 người bệnh đột quy não cấp, điều trị tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2026 - 4/2026.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng chóng mặt là 53,7%; trong đó biểu hiện chóng mặt bồng bênh chiếm ưu thế (80,3%). Tỷ lệ có chóng mặt ở nhóm đột quy tuần hoàn sau (62,5%) cao hơn ở nhóm đột quy tuần hoàn trước (44,1%). Tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán đột quy não trong sàng lọc ban đầu là 8,9%. Nhóm người bệnh bị bỏ sót chẩn đoán đột quy não trong sàng lọc ban đầu có tỷ lệ chóng mặt (81,8%) cao hơn so với nhóm được chẩn đoán đúng ngay từ đầu (50,9%), với $p = 0,048$; trong khi các dấu hiệu thần kinh khu trú điển hình như liệt chi, nói khó, liệt dây VII trung ương gặp với tỷ lệ thấp hơn. Trong nhóm người bệnh có chóng mặt, triệu chứng chóng mặt xoay gặp phổ biến hơn ở nhóm bị bỏ sót chẩn đoán đột quy trong sàng lọc.

Kết luận: Chóng mặt là triệu chứng thường gặp ở người bệnh đột quy não cấp, với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Các trường hợp đột quy não cấp có biểu hiện chủ yếu bằng chóng mặt (nhất là chóng mặt xoay) và thiếu các dấu hiệu thần kinh khu trú điển hình thường có nguy cơ cao bị bỏ sót chẩn đoán đột quy não cấp trong sàng lọc ban đầu.

Từ khóa: Đột quy não cấp, chóng mặt, bỏ sót chẩn đoán.

CHARACTERISTICS OF DIZZINESS IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE AND THE RISK OF MISSED STROKE DIAGNOSIS DURING INITIAL SCREENING

ABSTRACT

Objectives: To describe the characteristics of dizziness in patients with acute stroke and the risk of missed stroke diagnosis during initial screening.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study combining retrospective data collection was conducted on 123 patients with acute stroke treated at Military Hospital 4, Military Region 4, from January to April 2026.

Results: The proportion of patients presenting with dizziness was 53.7%, with non-vertiginous dizziness being predominant (80.3%). The proportion of patients with dizziness was higher in the posterior circulation stroke group (62.5%) than in the anterior circulation stroke group (44.1%). The rate of missed stroke diagnosis during initial screening was 8.9%. Patients with missed stroke diagnosis during initial screening had a higher proportion of dizziness (81.8%) than those correctly diagnosed at initial presentation (50.9%), with $p = 0.048$; whereas typical focal neurological signs, such as limb weakness, dysarthria, and central facial nerve palsy, were less frequent. Among patients with dizziness, vertigo was more common in those with missed stroke diagnosis during initial screening.

Conclusions: Dizziness is a common and clinically diverse symptom in acute stroke. Patients with acute stroke presenting predominantly with dizziness, particularly vertigo, and lacking typical focal neurological signs are at high risk of missed acute stroke diagnosis during initial screening.

Keywords: Acute stroke, dizziness, missed diagnosis.

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Ngọc Tú; Email: phamngoctuv4@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4; ²Trường Đại học Y khoa Vinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) là một trong những nguyên nhân bệnh lí hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn thế giới, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh (NB) [1]. Trong thực hành lâm sàng, việc nhận diện các triệu chứng điển hình như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ hay liệt dây thần kinh sọ não thường giúp chẩn đoán ĐQN tương đối thuận lợi. Tuy nhiên, một tỉ lệ không nhỏ NB biểu hiện triệu chứng không điển hình; trong đó, chóng mặt là một trong những triệu chứng khởi phát thường gặp nhưng dễ bị bỏ sót [2]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ bỏ sót ĐQN trong sàng lọc ban đầu khoảng 9-13% [3], [4]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2025 cho thấy: 7,9% NB ĐQN cấp bị bỏ sót trong sàng lọc ban đầu tại Khoa Cấp cứu [5]. Các nghiên cứu khác cho thấy có tới 41% trường hợp ĐQN tuần hoàn sau biểu hiện triệu chứng chóng mặt ngay từ giai đoạn khởi phát [6].

Chóng mặt là triệu chứng phổ biến, chiếm tỉ lệ đáng kể trong các trường hợp đến khám tại khoa cấp cứu, phần lớn liên quan đến các bệnh lí lành tính của hệ tiền đình ngoại biên. Trong số NB đến khám vì chóng mặt, chỉ có khoảng 3-5% trường hợp được xác định là ĐQN [7]. Điều này dẫn đến xu hướng chủ quan trong đánh giá ban đầu, khiến các trường hợp ĐQN, đặc biệt là ĐQN tuần hoàn sau dễ bị chẩn đoán nhầm hoặc chẩn đoán xác định muộn [8]. Các nghiên cứu cho thấy ĐQN vùng thân não và tiểu não có thể chỉ biểu hiện bằng chóng mặt đơn thuần hoặc kèm theo các triệu chứng mơ hồ, không điển hình, làm tăng nguy cơ bỏ sót trong quá trình chẩn đoán sàng lọc ban đầu [9].

Việc bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong giai đoạn sớm không chỉ làm mất cơ hội điều trị tái tưới máu mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết cục lâm sàng của NB. Do đó, việc nhận diện đặc điểm của triệu chứng chóng mặt trong ĐQN cấp và đánh giá nguy cơ chẩn đoán nhầm ngay từ bước tiếp cận ban đầu có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm triệu chứng chóng mặt ở NB ĐQN cấp và đánh giá nguy cơ bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

123 NB có chẩn đoán xác định ĐQN cấp (theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới; vị trí tổn thương dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não), đang điều trị tại Bệnh viện Quân

y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), từ tháng 01/2026-4/2026. Lựa chọn NB có hồ sơ, bệnh án đầy đủ thông tin, số liệu nghiên cứu và loại trừ NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (toàn bộ NB bảo đảm tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu). Thực tế, chúng tôi đưa vào nghiên cứu 123 NB.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, ĐQN cũ...

+ Đặc điểm khởi phát ĐQN: liệt chi, nói khó, liệt dây VII trung ương, đau đầu, chóng mặt...

+ Đặc điểm triệu chứng chóng mặt: kiểu chóng mặt (bồng bênh hay xoay tròn) và các triệu chứng kèm theo (buồn nôn, đau đầu...).

- Xác định bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu: khi chẩn đoán ban đầu (lúc nhập viện) không phải ĐQN, nhưng chẩn đoán xác định sau cùng là ĐQN.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0. Trình bày các biến định tính dưới dạng tần số và tỉ lệ %; các biến định lượng dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh các tỉ lệ bằng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher exact khi tần số mong đợi nhỏ. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng khoa học BVQY4/QK4 chấp thuận. Thông tin cá nhân NB được bảo mật và chỉ phục vụ mục tiêu khoa học. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu

Đặc điểm (n = 123)	Số NB	Tỉ lệ (%)
Nam giới	90	73,2
Nữ giới	33	26,8
Tiền sử tăng huyết áp	84	68,3
Tiền sử đái tháo đường	39	31,7
Rung nhĩ	6	4,9
Tiền sử ĐQN	24	19,5
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	72,2 $\pm$ 10,4	

Nhóm NB nghiên cứu có tuổi trung bình 72,2 $\pm$ 10,4 tuổi; nam giới chiếm ưu thế (73,2%) và hay gặp nhất là yếu tố nguy cơ tăng huyết áp (68,3%).

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng	Số NB (n = 123)	Tỉ lệ (%)
Liệt chi	84	68,3
Nói khó	82	66,7
Liệt dây VII trung ương	61	49,6
Chóng mặt	66	53,7
Đau đầu	39	31,7

Liệt chi và nói khó là các triệu chứng thường gặp nhất (lần lượt là 68,3% và 66,7%). Có 53,7% NB có triệu chứng chóng mặt.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng chóng mặt

Đặc điểm chóng mặt	Số NB (n = 66)	Tỉ lệ (%)
Bồng bênh	53	80,3
Xoay tròn	13	19,7
Kèm buồn nôn	25	37,9
Kèm đau đầu	21	31,8

Trong số NB có chóng mặt, kiểu chóng mặt bồn bênh chiếm đa số (80,3%), trong khi chóng mặt xoay tròn chỉ chiếm 19,7%.

Bảng 4. Liên quan giữa chóng mặt và hệ tuần hoàn tổn thương

Hệ tuần hoàn tổn thương	Có chóng mặt	Không chóng mặt	p
Tuần hoàn trước (n = 59)	26 (44,1%)	33 (55,9%)	0,062
Tuần hoàn sau (n = 64)	40 (62,5%)	24 (37,5%)	

Tỉ lệ chóng mặt ở nhóm ĐQN tuần hoàn sau (62,5%) cao hơn so với nhóm ĐQN tuần hoàn trước (44,1%), khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 5. Tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu

Đặc điểm	Số NB	Tỉ lệ (%)
Bỏ sót chẩn đoán ĐQN (n = 123)	11	8,9
Bỏ sót chẩn đoán ĐQN ở nhóm có chóng mặt (n = 66)	9	13,6
Chẩn đoán ban đầu là rối loạn tiền đình ngoại biên trong nhóm bị bỏ sót ĐQN (n = 11)	7	63,6

Tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu là 8,9%. Trong nhóm NB có chóng mặt, tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán chiếm 13,6%. Phần lớn các trường hợp bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN được chẩn đoán theo hướng rối loạn tiền đình (với 63,6%).

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng ở NB bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu

Triệu chứng	Số NB (n = 11)	Tỉ lệ (%)
Chóng mặt	9	81,8
Đau đầu	5	45,5
Liệt chi	4	36,4
Nói khó	3	27,3
Liệt dây VII trung ương	2	18,2

Trong số NB bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN ban đầu, chóng mặt là triệu chứng thường gặp nhất (với tỉ lệ 81,8%); các triệu chứng liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương gặp với tỉ lệ thấp hơn.

Bảng 7. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm được chẩn đoán đúng và nhóm bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu

Đặc điểm	Chẩn đoán ĐQN (n, %)		p
	Đúng (n = 112)	Bỏ sót (n = 11)	
Chóng mặt	57 (50,9)	9 (81,8)	0,048
Liệt chi	80 (71,4)	4 (36,4)	0,031
Nói khó	79 (70,5)	3 (27,3)	0,009
Liệt dây VII trung ương	59 (52,7)	2 (18,2)	0,036
Đau đầu	34 (30,4)	5 (45,5)	0,319

Nhóm NB bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu có tỉ lệ chóng mặt (81,8%) cao hơn nhóm được chẩn đoán đúng ĐQN ngay từ đầu (50,9%), khác biệt với $p = 0,048$. Ngược lại, tỉ lệ liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương ở nhóm bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN thấp hơn so với nhóm được chẩn đoán đúng.

Bảng 8. So sánh kiểu chóng mặt giữa nhóm được chẩn đoán đúng và nhóm bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong các NB có chóng mặt

Kiểu chóng mặt	Chẩn đoán ĐQN (n, %)		p
	Đúng (n = 57)	Bỏ sót (n = 9)	
Bồn bênh	51 (89,5%)	2 (22,2%)	< 0,001
Xoay	6 (10,5%)	7 (77,8%)	< 0,001

Trong nhóm NB có triệu chứng chóng mặt, kiểu chóng mặt bồn bênh ở nhóm được chẩn đoán đúng (89,5%) cao hơn ở nhóm bỏ sót chẩn đoán ĐQN, trong khi kiểu chóng mặt xoay ở nhóm bỏ sót chẩn đoán ĐQN (77,8%) lại gặp nhiều hơn so với nhóm ban đầu chẩn đoán đúng (10,5%); khác biệt đều với $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

Trong 123 NB ĐQN cấp nghiên cứu, tỉ lệ có triệu chứng chóng mặt là 53,7%. Kết quả này cho thấy chóng mặt là một triệu chứng tương đối thường gặp ở NB ĐQN cấp.

Tuổi trung bình của NB nghiên cứu là $72,2 \pm 10,4$ tuổi, tỉ lệ nam giới chiếm 73,2%; phù hợp với dịch tễ học chung của ĐQN (tuổi cao và giới nam là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến nguy cơ mắc bệnh). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp (68,3%), tiếp theo là đái tháo đường và tiền sử ĐQN. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây (tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của ĐQN [10]).

Về đặc điểm lâm sàng, các triệu chứng thần kinh khu trú điển hình như liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương vẫn chiếm tỉ lệ cao (lần lượt là 68,3%, 66,7% và 49,6%). Tuy nhiên, đáng chú ý có tới 53,7% NB xuất hiện triệu chứng chóng mặt. Điều này cho thấy chóng mặt không phải là triệu chứng hiếm gặp trong ĐQN cấp và cần được chú ý nhiều hơn trong thực hành cấp cứu thần kinh.

Trong nhóm NB có chóng mặt, kiểu chóng mặt bồn bênh chiếm ưu thế với tỉ lệ 80,3%, tỉ lệ chóng mặt xoay chỉ chiếm 19,7%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác (chóng mặt kiểu trung ương do ĐQN thường biểu hiện dưới dạng bồn bênh, mất thăng bằng hoặc cảm giác lâng lâng không đặc hiệu hơn là cảm giác xoay tròn). Theo đồng thuận của Hiệp hội Bárány về chóng mặt và chóng mặt do nguyên nhân mạch máu, nhiều NB ĐQN tuần hoàn sau mô tả triệu chứng dưới dạng cảm giác bồn bênh, không vững hoặc mất thăng bằng hơn là chóng mặt xoay tròn thực sự. Điều này có ý nghĩa thực hành quan trọng vì các triệu chứng không điển hình dễ bị đánh giá thấp hoặc quy kết cho các nguyên nhân nội khoa thông thường [11].

Buồn nôn là triệu chứng đi kèm tương đối thường gặp ở nhóm NB chóng mặt (37,9%). Đây là triệu chứng thường gặp trong cả chóng mặt trung ương và ngoại biên. Do đó, giá trị định hướng nguyên nhân không cao nếu chỉ dựa đơn thuần vào triệu chứng lâm sàng.

Một trong những kết quả đáng chú ý nhất của nghiên cứu là tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu (chiếm 8,9%). Trong nhóm NB có chóng mặt, tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán ĐQN trong sàng lọc ban đầu tăng lên 13,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Newman-Toker và cộng sự [12] (các trường hợp ĐQN biểu hiện bằng chóng mặt hoặc đau đầu có nguy cơ bị chẩn đoán nhầm cao hơn đáng kể so với các biểu hiện thần kinh điển hình).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chóng mặt ở nhóm ĐQN tuần hoàn sau (62,5%) cao hơn so

với nhóm ĐQN tuần hoàn trước (44,1%), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm giải phẫu - chức năng của hệ tuần hoàn sau, nơi cấp máu cho thân não, tiểu não và các cấu trúc hệ tiền đình trung ương. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ha và cộng sự [13] (ghi nhận chóng mặt là triệu chứng nổi bật, gặp ở nhóm ĐQN tuần hoàn sau cao hơn so với tuần hoàn trước). Nghiên cứu này cho thấy các tổn thương thuộc hệ tuần hoàn sau có liên quan chặt chẽ với các biểu hiện của hội chứng tiền đình trung ương. Điều này phản ánh vai trò quan trọng của hệ tiền đình trung ương trong cơ chế hình thành triệu chứng chóng mặt ở NB ĐQN cấp. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ chóng mặt tương đối cao ở nhóm ĐQN tuần hoàn trước. Điều này cho thấy chóng mặt không phải là triệu chứng chỉ phổ biến ở ĐQN tuần hoàn sau. Trên thực tế, cảm giác choáng váng, mất thăng bằng hoặc bồn bênh có thể xuất hiện trong nhiều thể ĐQN khác nhau, nhất là ở NB lớn tuổi, có nhiều bệnh lý mạch máu phối hợp hoặc rối loạn huyết động đi kèm. Do đó, trong thực hành lâm sàng, không nên loại trừ ĐQN chỉ dựa trên tính chất chóng mặt đơn thuần, đồng thời cần đặc biệt lưu ý khả năng ĐQN tuần hoàn sau ở những NB chóng mặt cấp tính. Đáng chú ý, trong các trường hợp bị bỏ sót chẩn đoán, có tới 63,6% được định hướng ban đầu theo hướng rối loạn tiền đình ngoại biên. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng là các trường hợp ĐQN tuần hoàn sau hoặc tổn thương hệ tiền đình trung ương rất dễ bị nhầm với các bệnh lý tiền đình ngoại biên, đặc biệt khi thiếu các dấu hiệu thần kinh khu trú rõ ràng. Đây cũng là nguyên nhân khiến nhiều trường hợp bị chậm chẩn đoán và bỏ lỡ “cửa sổ vàng” cho điều trị tái tưới máu.

Khi phân tích đặc điểm triệu chứng ở nhóm bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN, chúng tôi thấy chóng mặt là triệu chứng nổi bật nhất (81,8%), trong khi các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương gặp với tỉ lệ thấp hơn đáng kể. So sánh giữa nhóm được chẩn đoán đúng ngay từ đầu và nhóm bị bỏ sót chẩn đoán trong sàng lọc ban đầu cho thấy nhóm bị bỏ sót có tỉ lệ chóng mặt cao hơn có ý nghĩa thống kê (81,8% so với 50,9%; $p = 0,048$), trong khi các dấu hiệu thần kinh điển hình như liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương lại thấp hơn rõ rệt. Kết quả này cho thấy các trường hợp ĐQN biểu hiện chủ yếu bằng chóng mặt nhưng thiếu dấu hiệu thần kinh khu trú rõ ràng là nhóm có nguy cơ cao bị bỏ sót trong sàng lọc ban đầu.

Đặc biệt, khi phân tích kiểu chóng mặt, chúng tôi thấy chóng mặt xoay chiếm ưu thế ở nhóm bị bỏ sót chẩn đoán ĐQN, trong khi chóng mặt bồn

bệnh gặp chủ yếu ở nhóm được chẩn đoán đúng ngay từ đầu. Điều này có thể được giải thích bởi thực tế lâm sàng rằng chóng mặt xoay thường gợi ý mạnh đến bệnh lí tiền đình ngoại biên, khiến bác sĩ dễ định hướng đến rối loạn tiền đình ngoại biên hơn là nghĩ đến ĐQN. Ngược lại, chóng mặt bỗng bệnh hoặc mất thăng bằng thường đi kèm cảm giác bất thường thần kinh trung ương nhiều hơn, từ đó làm tăng mức độ nghi ngờ ĐQN.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh rằng ở những NB chóng mặt cấp, trong đó có chóng mặt xoay, không loại trừ nguyên nhân ĐQN. Việc đánh giá NB chóng mặt cấp cần được thực hiện toàn diện, chú ý khai thác các dấu hiệu thần kinh kín đáo và duy trì mức độ nghi ngờ phù hợp đối với ĐQN tuần hoàn sau, ngay cả khi biểu hiện ban đầu gợi ý bệnh lí tiền đình ngoại biên.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 123 người bệnh đột quỵ não cấp, điều trị tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, chúng tôi rút ra một số kết luận: chóng mặt là triệu chứng thường gặp ở người bệnh đột quỵ não cấp (53,7%). Trong nhóm người bệnh có chóng mặt, kiểu chóng mặt bỗng bệnh chiếm tỉ lệ 80,3%; chóng mặt xoay chiếm 19,7%; triệu chứng đi kèm thường gặp là buồn nôn (37,9%), đau đầu (31,8%). Tỉ lệ chóng mặt ở nhóm đột quỵ não tuần hoàn sau (62,5%) cao hơn ở nhóm tuần hoàn trước (44,1%). Tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ não trong sàng lọc ban đầu chiếm 8,9% và ở nhóm người bệnh có chóng mặt chiếm 13,6%. Trong số các trường hợp bị bỏ sót chẩn đoán đột quỵ não trong sàng lọc ban đầu, 63,6% được chẩn đoán ban đầu theo hướng rối loạn tiền đình ngoại biên. Tỉ lệ có chóng mặt ở nhóm người bệnh bị bỏ sót chẩn đoán đột quỵ não ban đầu (81,8%) cao hơn so với nhóm được chẩn đoán đúng ngay từ đầu (50,9%), trong khi các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt chi, nói khó và liệt dây VII trung ương gặp với tỉ lệ thấp hơn. Trong nhóm người bệnh có chóng mặt, tỉ lệ chóng mặt xoay (77,8%) cao hơn ở nhóm bị bỏ sót chẩn đoán đột quỵ não (10,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valery L. Feigin, Benjamin A. Stark, et al., "Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet Neurology*, 20(10): pp. 795-820, 2021.
2. Jorge C. Kattah, Arun V. Talkad, et al., "HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging", *Stroke*, 40(11): pp. 3504-3510, 2009.

3. J.W. Norris, V.C. Hachinski, "Misdiagnosis of stroke", *The Lancet*, 319(8267): pp. 328-331, 1982.

4. Alexander Andrea Tarnutzer, Seung-Han Lee, Karen A. Robinson, et al., "ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging: a meta-analysis", *Neurology*, 88, (15): pp. 1468-1477, 2017.

5. Đặng Phúc Đức, Phạm Ngọc Tú, Ngô Tiến Quyền và CS, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ĐQN không điển hình và một số yếu tố nguy cơ gây bỏ sót chẩn đoán ĐQN", *Tạp chí Y học cộng đồng*, 66 (6), tr. 99-105, 2025.

6. Susanna Sammal, Danilo Caimano, Anna Poggesi, et al., "Prevalence of signs and symptoms in posterior circulation ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis", *Internal and Emergency Medicine*, 21 (5), pp. 1-8, 2026.

7. Yu-Sung Chang, Ming-Jen Tsai, Cheng-Yang Hsieh, et al., "Characteristics and risk of stroke in emergency department patients with acute dizziness". *Heliyon*, 10 (10), e30953, 2024.

8. Kevin A. Kerber, William J. Meurer, Brady T. West, et al., "Dizziness presentations in US emergency departments, 1995-2004". *Academic Emergency Medicine*, 15(8): pp. 744-750, 2008.

9. Alexander A. Tarnutzer, Aaron L. Berkowitz, Karen A. Robinson, et al., "Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome", *CMAJ*, 183 (9): E571-E592, 2011.

10. Martin J. O'donnell, Denis Xavier, Lisheng Liu, et al. "Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study", *The Lancet*, 376 (9735): pp. 112-123, 2010.

11. Ji-Soo Kim, David E Newman-Toker, Kevin A Kerber, et al., "Vascular vertigo and dizziness: Diagnostic criteria: consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány society", *Journal of Vestibular Research*, 32(3): pp. 205-222, 2022.

12. David E. Newman-Toker, Ernest Moy, Ernest Valente, et al., "Missed diagnosis of stroke in the emergency department: a cross-sectional analysis of a large population-based sample", *Diagnosis*, 1 (2): pp. 155-166, 2014.

13. Sang Hee Ha, Gayoung Park, Bum Joon Kim, et al., "Post-stroke dizziness in anterior vs. posterior circulation ischemic stroke", *Frontiers in Neurology*, 17: 1742461, 2026. □