

全科临床诊疗思维系列:头晕与眩晕

栗倩,张云云,崔小川*

南京医科大学附属无锡市人民医院 全科医学科,江苏 无锡 214023

【摘要】 头晕与眩晕类疾病作为社区医院常见病,由于其涉及多种学科,病因复杂,易出现漏诊、误诊及误治,给患者及医师带来困扰。本文通过1例眩晕患者的就诊经历,对头晕与眩晕的全科诊疗思维进行相关探讨。全科医师接诊头晕与眩晕患者时需首先排除前庭中枢性眩晕,再根据各类疾病的临床特点和症状体征具体分析,确定疾病种类及病因,评估患者健康问题,制定诊疗计划,必要时转诊至上级医院进一步治疗。

【关键词】 头晕;眩晕;全科诊疗

【中图分类号】 R741

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3384(2020)12-0079-04

Doi: 10.3969/j.issn.1672-3384.2020.12.016

Clinical diagnosis and treatment thinking series: dizziness and vertigo

LI Qian, ZHANG Yun-yun, CUI Xiao-chuan*

Department of General Practice, Affiliated Wuxi People's Hospital, Nanjing Medical University, Jiangsu Wuxi 214023, China

头晕与眩晕作为临床常见症状,广泛见于前来社区医院就诊的患者中。由于头晕与眩晕所涉及的疾病包含神经内科、五官科、眼科、精神心理科、康复科等多个学科,其病因纷繁复杂,极易出现漏诊、误诊及误治。因此对头晕与眩晕的患者进行规范化的评估和诊断显得尤为重要。现就南京医科大学附属无锡市人民医院(以下简称我院)全科医学科门诊一位眩晕患者的就诊经历为例,对头晕与眩晕的全科诊疗思维进行以下探讨。

1 临床病例

患者男性,30岁,主因“发作性眩晕半天”于我院全科医学科门诊就诊。

1.1 何为头晕与眩晕?

1.1.1 思路 患者对于头部的不适感常常表述含糊不清楚,因此需要引导患者尽量还原场景,仔细聆听患者的陈述,甄别有用信息,从中找到关键点,进一步辨别区分,明确患者的主要症状从而做出初步的判断。

1.1.2 知识点 既往头晕与眩晕概念定义模糊,眩晕曾一度被简单的归类在头晕之中^[1]。2009年Barany协会明确指出两者是不同的2种症状,并重新定义了两者的概念。在新的国际分类中,头晕被认定为患者的空间定向能力受损,指既无运动错觉,也不包括现实感丧失和思维混乱;眩晕则被定义为是一种运动错觉,指患者自身的实际运动和其所感知的运动不相符合^[2]。在临床工作中,当听到患者将不适描述为头昏眼花、头重脚轻、脑子一片空白、头部胀满时,多为头晕;当患者描述感觉周边环境或自身在旋转、移动及摇晃时,多为眩晕。因此根据患者就诊时的细节描述,判断是否存在运动幻觉,可初步鉴别头晕与眩晕。但上述2种症状并非截然分开,两者可同时出现在一种疾病中,或表现在同一疾病的不同阶段。头晕与眩晕的常见疾病主要有以下五大类:前庭周围性眩晕、前庭中枢性眩晕、全身疾病相关性头晕、精神心理性头晕及病因不明性头晕^[2]。

1.2 全科医师在接诊中应怎样问诊?

1.2.1 思路 对于临床疾病的诊治而言,问诊是第

*通信作者:崔小川, E-mail: cytchuan@163.com

一步,也是最重要的一步。详细准确的还原症状场景,尽管有很大的难度,但对于疾病的诊断意义重大。据统计70%的头晕与眩晕患者经过详细的问诊可以初步明确疾病诊断方向^[3],因此需重视问诊的重要性。头晕与眩晕患者的问诊点主要包括:①头晕与眩晕的出现形式、性质、症状持续时间长短、有无诱发或缓解因素、是否与体位变化或活动相关、有无时间特异性、发作频率、有无伴随症状(如肢体活动障碍、吞咽困难、口齿不清、意识障碍、视物成双、站立不稳、恶心呕吐、面色苍白、头痛、耳鸣、听力下降、眼球震颤)等;②患者是否具有脑血管疾病危险因素,如高血压、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、高同型半胱氨酸血症、血液高凝状态等;③患者是否合并焦虑抑郁等情绪问题;④患者既往有无类似头晕发作,有无头晕家族史;⑤患者自发病以来饮食、睡眠、体重变化及有无就诊、服药治疗等一般情况。

1.2.2 知识点 为医疗安全起见,全科医师在接诊头晕与眩晕的患者时,需首先明确其是否为前庭中枢性眩晕。对于起病急、合并脑血管病危险因素、具有平衡障碍、肢体活动障碍、吞咽困难、口齿不清等中枢受损症状的患者,需引起高度重视,有条件的社区医院可紧急行头颅CT检查排除出血性脑血管病变,同时立即联系转至上级医院进一步治疗,为急性脑血管疾病的救治争取宝贵时间。

2 临床病例(续)

患者就诊当日晨醒,于床面翻身后出现头晕不适、视物旋转,伴剧烈恶心,呕吐少量胃内容物,自觉体位改变时上述症状明显加重,静止状态下休息数十秒钟后渐缓解,但转颈及头部活动时反复再发,无耳鸣、听力下降、头痛、视物模糊、幻视、肢体活动不利、意识障碍、吞咽困难、口齿不清、胸闷心悸及情绪低落,既往无类似发作。发病后未就诊或自行口服药物治疗,现为进一步诊治来我院。患者近几日食纳可,睡眠可,二便正常,近期体重未见明显下降或增多。

既往史:既往体健,否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病病史。

个人史:生于本地,未到过疫区,无外伤、手术、输血史,无药物食物过敏史。患者就职于电子行业,工

作压力大,缺乏体育锻炼,饮食不规律,作息时间长。

家族史:无特殊。

2.1 该患者的病例特点及初步诊断?

2.1.1 思路 ①患者为中青年男性,起病急,症状呈发作性,持续时间短,不伴中枢神经系统损害表现,无脑血管疾病危险因素,暂不支持前庭中枢性眩晕的诊断,可在后续体格检查及影像学检查中进一步排除;②患者无基础疾病,不伴有心血管系统、血液系统等疾病体征,无精神心理问题,暂不考虑全身疾病相关性头晕及精神心理性头晕;③患者具有明显的运动幻觉,发作与体位变换相关,考虑前庭周围性眩晕可能性大。

2.1.2 知识点 前庭周围性眩晕指前庭感受器及未出内听道的前庭神经颅外段发生病变所引起的眩晕,此类疾病可引起患者强烈的眩晕感,症状持续时间较短,虽不适感重,但一般对生命不构成威胁。其主要包括以下6种常见疾病:良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、梅尼埃病、突聋伴眩晕、前庭阵发性、双侧前庭病。

2.1.3 知识点 前庭周围性眩晕各类常见疾病的临床特点如下。①良性阵发性位置性眩晕:为头晕与眩晕患者中最常见的疾病类型,发病突然,由特定头位诱发,症状持续时间短,可伴恶心呕吐等自主神经症状;②前庭神经炎:部分患者发病前具有上呼吸道感染病史,眩晕持续时间长,症状重;③梅尼埃病:眩晕症状反复发作,伴波动性听力下降,患者可有耳鸣、耳胀等耳部不适感觉;④突聋伴眩晕:突发的感音性神经损失,多发生于单侧耳部,伴眩晕症状;⑤前庭阵发性:发病率低,频繁发作的短暂性眩晕,可为自发性,病程常3个月以上^[4];⑥双侧前庭病:患者仅在站立或行走时出现不稳症状,头部运动、地面不平、黑暗环境时不稳加重,可伴视物模糊或幻视^[5]。

2.2 下一步体格检查中需要重点关注哪些方面?全科医师需重点掌握哪些检查?

2.2.1 思路 首先需关注患者的意识状态及基本生命体征(血压、脉搏、呼吸、体温)。其次,重点进行神经系统及耳科系统方面的体格检查。神经系统:①检查有无颅神经受损体征,复视、视物模糊、眼震、眼球运动异常、构音障碍、听力下降、中枢性/周围性面舌瘫等;②检查患者四肢肌张力及肌力是否正常,注意

双侧对比是否对称;③检查患者共济运动是否正常,有指鼻不准、跟-膝-胫试验不能规范完成、站立不稳、闭目难立、直线行走困难等;④检查患者深浅感觉是否正常对称;⑤检查患者生理反射及病理反射是否存在,比较肢体两侧是否对称。耳科系统:①位置试验包括Dix-Hallpike试验、滚转试验等;②头脉冲试验、固视抑制试验、眼球震颤、平滑跟踪、甩头试验;③粗测听力、Weber试验和Rinne试验。

由于上述查体项目在临床中不常使用,且专科性过强,部分查体需用到专业的仪器,大多数基层医院医师不能做到很好掌握。但共识特别强调了眼球震颤、平滑跟踪、甩头试验和闭目难立征等检查在头晕、眩晕患者查体中的重要地位,提示所有的患者至少均应接受这几项体格检查^[6]。因此,对社区医师而言,至少需掌握眼球震颤及闭目难立征的检查。

2.2.2 知识点 头晕与眩晕常见疾病查体中易出现阳性体征。①前庭周围性眩晕患者多伴有自发性水平性眼震,固视抑制试验成功。其中良性阵发性位置性眩晕可由位置试验诱发出眩晕和眼震,且眼震特点符合相应受损半规管兴奋/抑制的表现^[7]。前庭神经炎可有自发性向健侧的水平扭转性眼震,部分患者可有站立位身体向患侧倾斜。梅尼埃病可有患耳波动性的听力下降^[8]。双侧前庭病可有闭目难立征及直线行走阳性;②前庭中枢性眩晕可有固视抑制试验失败、垂直性凝视性眼震、扭转性眼震、四肢肌力不对称、姿势不稳、共济运动检查阳性等;③全身疾病相关性头晕可发现对应系统疾病的阳性体征,如心血管系统的异常血压、心率、心律,内分泌系统的营养状态差,血液系统的睑结膜苍白等;④精神心理性头晕查体时无明显阳性体征;⑤病因不明性头晕需认真完善各项体格检查,试图明确病因。

3 临床病例(续)

一般性查体:体温36.4℃,脉搏69次,呼吸14次,血压110/65 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),身高173 cm,体重65 kg,体质指数(body mass index, BMI)21.72 kg/m²。神清,他人扶入诊室,双肺呼吸音清,未及明显干湿啰音,心率69次,律齐,未闻及心脏杂音,腹软无压痛,双下肢无水肿。神经系统查体:双

眼自发性向右侧水平眼震,眼球运动可,无复视,双侧额纹及鼻唇沟对称,双侧听力正常对称,四肢肌张力正常,肌力5级,双侧指鼻试验、跟-膝-胫试验及轮替试验均正常,闭目难立征阴性,直线行走正常,脑膜刺激征阴性,双侧巴宾斯基征、夏道克征、欧本海姆征均阴性。耳科系统查体:位置试验阳性,固视抑制试验成功。

结合上述查体,该患者诊断为什么疾病? 是否需要进一步完善检查?

思路 ①该患者神经系统查体可见自发性水平性眼震,无听力下降、视觉障碍、中枢神经系统受损表现;耳科系统检查见固视抑制试验成功,位置试验阳性;结合前述临床表现特点,考虑良性阵发性位置性眩晕;②此类疾病的诊断主要依靠临床表现及体格检查,实验室检查只起到辅助作用。但对于具备头颅CT检查条件的社区医院,仍建议进一步完善头颅CT以排除不典型颅内病变;对于呕吐严重的患者可完善实验室检查,评估患者体内电解质水平及渗透压情况,根据病情需要给予补液支持治疗。

4 临床病例(续)

电解质分析:钠137 mmol/L,氯102 mmol/L,钾3.6 mmol/L。头颅CT:未见明显出血性或占位性病变。①临床诊断:良性阵发性位置性眩晕;②存在的危险因素及健康问题:患者工作精神压力大,缺乏体育锻炼,饮食及作息不规律,免疫力差。

该患者是否需要转诊至上级医院进一步诊治?

思路 良性阵发性位置性眩晕分属于耳鼻喉科,是临床中最常见的头晕与眩晕类疾病。此类疾病发病急,症状重,易复发,但属于自限性疾病,预后较好。对于初发患者,若基层医师具备手法复位相关知识,可尝试手法复位进行治疗。对于治疗效果不佳或反复眩晕复发者,可转诊至上级医院耳鼻喉科进一步治疗。因本病易与其他头晕与眩晕类疾病合并存在,因此对于治疗效果不佳者不应忽略合并症存在的可能。

知识点 头晕与眩晕患者的转诊指征^[9]:①患者具有中枢神经系统受损体征(平衡障碍、共济失调、视野缺损、构音障碍等),考虑前庭中枢性眩晕时,建议转诊至上级医院神经内科;②患者头颅CT见脑出血或

颅内占位征象时,建议转诊至上级医院神经内科;③对患者病因诊断不明,需要专业检查设备进一步评估,或治疗效果不佳时,可根据病情选择转至上级医院神经内科或耳鼻喉科;④患者慢性持续性头晕,考虑双侧前庭病变时,建议转诊至上级医院康复科或专科康复医院;⑤对于合并严重精神疾病或心理问题严重的患者,建议转至精神专科医院;⑥对于合并严重其他内科疾病的全身疾病相关性头晕,可根据患者原发病转至相应的上级医院专科治疗。

5 临床病例(续)

5.1 处置计划

①非药物治疗:良性阵发性位置性眩晕患者治疗首选耳石复位,可根据不同的半规管类型选择相应复位方法;对患者进行心理疏导,缓解紧张焦虑情绪,嘱其严格卧床休息,勿过多活动头颈部,对患者进行健康宣教,嘱其劳逸结合,学会自我调节,释放压力,规律作息。②药物治疗:鉴于良性阵发性位置性眩晕多伴有其他眩晕类疾病,可给予倍他司汀、银杏叶提取物等改善内耳循环的药物;对于伴电解质紊乱者及时予以药物纠正。

5.2 其他常见头晕与眩晕类疾病的治疗方案^[7,10-11]

①前庭周围性眩晕:梅尼埃病的治疗包括改变患者不良生活习惯,如低盐饮食、忌辛辣刺激性食物、改善睡眠等,此外倍他司汀是国内外梅尼埃病诊治指南和临床研究中推荐用药;前庭神经炎激素治疗有效,但有争议,没有推荐早期使用糖皮质激素,建议康复训练;前庭阵发症推荐一线用药卡马西平或奥卡西平,另外内科治疗效果不佳者,经头颅MRI明确血管神经受压程度后,可行手术减压治疗。②前庭中枢性眩晕:颅内血管性疾病,根据患者出血或缺血症状选择对应药物治疗;颅内占位性病变,经神经外科评估后可手术治疗;颅内感染性疾病,积极抗感染、降颅压

等;颅内脱髓鞘疾病及变性疾病,根据疾病不同种类选择激素、免疫抑制剂等治疗;癫痫,积极抗癫痫治疗,预防再发。③全身疾病相关性头晕:治疗各系统原发疾病。④精神心理性头晕:抗焦虑抑郁药物及精神疏导治疗。

由于头晕与眩晕发病人群多,社区前来就诊的头晕与眩晕患者病因多种多样,因此需要社区医师对各类疾病有基础的了解,能够根据患者的临床表现和症状体征快速判断出疾病所属类别,对于轻症或慢性反复发作的前庭周围性眩晕患者可对症治疗;对于急症或治疗效果不佳的头晕与眩晕患者,及时转诊至对应科室或转至上级医院进一步治疗。

【参考文献】

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治多学科专家共识[J].中华神经科杂志,2017,50(11):805-812.
- [2] Bisdorff A R, Staab J P, Newman-Toker D E, 等.前庭疾病国际分类概述[J].神经损伤与功能重建,2019,14(2):55-60.
- [3] 李红亮,李天富,黄光.神经科青年医师眩晕/头晕诊治能力的培养[J].中国继续医学教育,2019,11(25):1-3.
- [4] Strupp M, Lopez-escamez J A, Kim J S, et al. Vestibular paroxysmia: diagnostic criteria[J]. Vestib Res, 2016, 26: 409-415.
- [5] 凌霞,朱扬,王璟,等.双侧前庭病诊断标准: Bárány 学会前庭疾病分类委员会共识[J].神经损伤与功能重建,2019,14(12): 595-602.
- [6] 白雅,付炜,韩军良.《眩晕诊治多学科专家共识》解读[J].中华神经科杂志,2019,52(2):150-152.
- [7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(3):173-177.
- [8] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(3):167-172.
- [9] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.头晕/眩晕基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2020,19(3):201-216.
- [10] 陈敏芬,牛争平.前庭阵发症的临床研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):1016-1019.
- [11] 蒋子栋.多学科合作规范眩晕/头晕诊治[J].中华神经科杂志,2019,52(2):153-156.

收稿日期:2020-04-14

本文编辑:任洁