

·基层常见疾病诊疗指南·

头晕/眩晕基层诊疗指南(2019年)

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会全科医学分会 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 神经系统疾病基层诊疗指南编写专家组

通信作者:赵性泉,首都医科大学附属北京天坛医院神经内科 首都医科大学眩晕临床诊疗与研究中心 国家神经系统疾病研究中心 100070, Email: zxq@vip.163.com; 鞠奕,首都医科大学附属北京天坛医院神经内科 首都医科大学眩晕临床诊疗与研究中心 国家神经系统疾病研究中心 100070, Email: juyi1226@vip.163.com

【关键词】 指南; 头晕; 眩晕

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2020.03.005

Guideline for primary care of dizziness/vertigo(2019)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Nervous System Disease

Corresponding author: Zhao Xingquan, Department of Neurology, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Clinical Center for Vertigo and Balance Disturbance, China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, Beijing 100070, China, Email: zxq@vip.163.com; Ju Yi, Department of Neurology, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Clinical Center for Vertigo and Balance Disturbance, China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, Beijing 100070, China, Email: juyi1226@vip.163.com

一、概述

(一)定义

一直以来,国内外存在多种头晕或眩晕的定义或分类方式。在2009年前庭症状国际分类发表之前,国内一直沿用美国1972年提出的头晕分类及定义^[1],将dizziness作为所有头晕/眩晕症状的总称,具体分为4类,包括头晕、眩晕、失衡和晕厥前(状态)^[1-4],其相关概念是基于当时基础研究尚未成熟的背景下形成的,仅仅是根据症状进行可能的病因诊断,目的是为了帮助医生更好地分诊和转诊患者。随着头晕/眩晕基础研究的发展,2009年Barany协会^[2]首次提出了前庭症状的共识性分类,该分类中提出前庭症状的定义内容较为广泛,涵盖了典型的由前庭疾病(大多数头晕/眩晕类疾病)所导致的临床症状谱,对头晕、眩晕症状界定清晰,每一类症状具有一定的特异性,较1972年和既往国内的概念有明显进步,便于临床统一界定标准^[2-4]。但促进对上述新症状内涵的理解以及如何更好地应用于临床工作,还需要进一步摸索经验。基于目前最新的理念,本指南对头晕和眩晕的定义采用最新的概念。具体描述如下:

头晕(dizziness):(非眩晕性)头晕,是指空间定

向能力受损或障碍的感觉,没有运动的虚假或扭曲的感觉,即无或非旋转性的感觉。

眩晕(vertigo):(内在的)眩晕,是指在自身运动时的自身运动感觉或在正常头部运动时扭曲的自身运动感觉。涵盖了虚假的旋转感觉(旋转性眩晕)及其他虚假感觉,如摇摆、倾倒、浮动、弹跳或滑动(非旋转性眩晕)。

头晕的定义不包括眩晕性感觉,眩晕和头晕术语是明确区分的。在患者描述的症状中,一些症状可以共存或依次出现,如眩晕合并头晕。一个症状的存在并不排斥同时合并存在其他的症状(如患者存在眩晕的症状,不排除患者还可并存非眩晕性头晕)。因此,需要指出,任何“晕”的症状都不完全具有特异性定位诊断或病因分类的作用,临床上应避免仅根据“晕”的类型孤立片面地进行病因学诊断。

2009年Barany协会首次提出的前庭症状分类除眩晕、头晕症状外,还包括前庭-视觉症状和姿势性症状^[2]。前庭症状国际分类目录见表1。

(二)分类

按照解剖部位划分的头晕/眩晕疾病分类:

既往在病因学诊断方面,国内较多采用既有解剖部位又有疾病性质的分类^[1-5],分为前庭系统性

欲了解国际前庭疾病分类,
请扫二维码阅读




表1 前庭症状国际分类目录^[2,5]

分类	症状
眩晕(vertigo)	·自发性眩晕: 外在眩晕 内在眩晕 ·诱发性眩晕: 位置性眩晕 头动性眩晕 视觉诱发性眩晕 声音诱发性眩晕 Valsalva 诱发性眩晕 体位诱发性眩晕 其他诱发性眩晕
头晕(dizziness)	·自发性头晕 ·诱发性头晕: 位置性头晕 头动性头晕 视觉诱发性头晕 声音诱发性头晕 Valsalva 诱发性头晕 体位诱发性头晕 其他诱发性头晕
前庭-视觉症状(vestibulo-visual)	·外在眩晕 ·视振荡 ·视滞后 ·视倾斜 ·运动诱发性视模糊
姿势性症状(postural)	·不稳 ·方向性倾倒 ·平衡相关性近乎跌倒 ·平衡相关性跌倒

头晕/眩晕(前庭周围性头晕/眩晕、前庭中枢性头晕/眩晕)和非前庭系统性头晕/眩晕(眼源性、本体感觉性、全身疾病性和颈源性)。临床常以脑干前庭神经核为界,将前庭系统划分为前庭周围系统和前庭中枢系统,对应不同的临床表现,分别称为前庭周围性头晕/眩晕和前庭中枢性头晕/眩晕。其中大部分为周围性头晕/眩晕疾病,占 50%~70%,预后常常较好;小部分为中枢性头晕/眩晕,占 20%~30%,预后常常较差,严重时危及生命。因此,在头晕/眩晕疾病的临床诊治中,要优先检出危害大的恶性中枢性眩晕。前庭周围性头晕/眩晕与前庭中枢性头晕/眩晕的鉴别要点见表 2。

1. 前庭周围性头晕/眩晕:主要为前庭周围器官和第八对颅神经病变引起,患者眩晕程度常较重,但

表2 前庭周围性头晕/眩晕与前庭中枢性头晕/眩晕鉴别点

要点	周围性	中枢性
性质	旋转性或姿势不稳常见,常伴运动性错觉,与体位或头位变化相关	姿势不稳常见,可有旋转感,伴或不伴运动性错觉
起病急缓	多为急性或发作性	可为急性、发作性或慢性
眩晕的严重程度	常较重	常较轻
持续时间	常较短,数小时或数天	常较长,可达数周
平衡障碍	不定,常与严重程度一致	常较重
迷走神经反应	恶心、呕吐、出汗常见,常反应剧烈	少见或不明显
听力下降/耳鸣	常有,常伴耳鸣、耳堵、听力减退或耳聋	常无
意识障碍	无	可有
自发性或凝视性眼球震颤	水平或水平略带旋转性,眼震方向不随注视方向改变而改变	水平、纯旋转或纯垂直,眼震方向随注视方向改变而改变
固视抑制	成功	失败
扫视试验	正常	欠冲/过冲
平滑追踪	正常	侵入性扫视
VOR 抑制	正常	抑制失败
躯体倾倒	与眼震慢相一致	与眼震无一定关系
CNS 症状/体征	无	常有
常见原因	迷路卒中、感染、外伤、肿瘤、药物中毒	脑血管病、CNS 感染、肿瘤、脱髓鞘病、变性病

注:VOR 前庭眼动反射;CNS 中枢神经系统

平衡障碍程度轻,常急性起病,持续时间短,常伴明显的耳鸣、耳聋,以及恶心、呕吐、出汗等自主神经症状,不伴其他中枢神经症状和体征,无意识障碍。

2. 前庭中枢性头晕/眩晕:主要为前庭中枢性结构病变引起,包括前庭神经核以上传导通路(常为脑干、小脑或前庭皮层及皮层下白质)。患者眩晕症状相对较轻,但平衡障碍明显。如为占位性或神经系统退行性疾病,多起病缓慢,持续时间长,恶心、呕吐少见,耳鸣和听力下降少见,病情进展可伴脑干、小脑症状和/或体征,如共济失调、锥体束征、吞咽困难、构音障碍及复视等。如为急性脑血管病(如后循环梗死或脑干小脑出血),常为急性起病,伴随前述症状体征,严重者可迅速出现意识障碍。

3. 非前庭系统性头晕/眩晕:由于各种原因损伤维持平衡的其他系统,如眼部和颈部本体感觉系统,患者表现多为头晕和姿势性症状。

二、发病机制

人体平衡的维持主要依靠由前庭系统、视觉系

(4) 诱发因素: BPPV 常与头位或体位变化有关, 如起床、翻身、低头、仰头时出现; 前庭性偏头痛发作期也可出现与头位或体位变化有关的头晕; 直立性低血压、严重椎基底动脉狭窄可在站立体位时诱发; 长期大量烟酒史为动脉粥样硬化疾病的危险因素; 情绪不稳、失眠, 入睡困难, 早醒, 多梦, 常见于合并或并发精神心理性头晕(如 PPPD); 月经前期或月经期出现, 伴随偏头痛, 常见于前庭性偏头痛; Valsalva 动作(排便, 屏气)、大声等诱发的眩晕可见于外淋巴瘘、上半规管裂综合征。

(5) 伴随症状: 伴随症状对于鉴别诊断有重要作用。

①自主神经症状: 恶心、呕吐、心动过缓、血压变化(升高或降低)、肠蠕动亢进、便秘频繁, 因前庭迷走神经反射功能亢进所致, 常见于前庭周围性眩晕和部分前庭中枢性眩晕疾病。

②耳部症状: 耳鸣、耳闷胀感、听力下降或听觉过敏可见于梅尼埃病; 眩晕伴听力下降及耳或乳突疼痛可见于突发性聋、迷路炎、中耳炎, 偶可见于小脑前下动脉供血区梗死等。

③中枢神经系统症状: 复视、构音障碍、面部及肢体感觉、运动障碍或共济失调提示脑干小脑病变; 如急性枕部疼痛持续存在需警惕椎基底动脉夹层; 上述症状急性发作并持续存在提示可能后循环梗死或出血; 缓慢出现持续存在的面部及肢体感觉运动障碍或共济失调提示颅颈交界区畸形、遗传性或获得性小脑性共济失调。

④心血管症状: 心悸、胸闷、胸痛、面色苍白、晕厥提示心脏病变可能, 如急性冠脉综合征或心律失常、肺栓塞。

⑤精神情绪症状: 紧张、担心、坐立不安、情绪低落、恐惧、睡眠障碍如入睡困难、易醒、早醒等提示可能合并或并发焦虑、抑郁状态, 或 PPPD。

⑥眼部症状: 双眼复视提示脑干、眼动神经、眼外肌或神经肌肉接头病变; 单眼复视、单眼黑矇、单眼视力下降、斜视等提示眼球、眼内肌或视神经病变。

⑦颈部症状: 颈肩部、与颈部活动相关的头晕/眩晕、上肢或手指麻木, 可能提示颈椎关节不稳、颈椎病、颅颈部发育异常。

(6) 既往史、用药史及家族史:

①既往高血压、糖尿病、高脂血症、吸烟饮酒、心脑血管病史的急性头晕/眩晕患者需先鉴别是否存在脑血管病。

②既往有耳部疾病史, 如慢性中耳炎的患者, 后期易并发迷路炎、瘘管形成等。

③颞骨骨折、外淋巴瘘常有外伤手术史。

④药物使用史有助于鉴别药物所致的头晕/眩晕以及药物所致的体位性低血压。

⑤老年人中药物不良反应引起的头晕值得重视, 尤其注意近期新增加药物也可能是导致患者头晕不适的原因。容易导致头晕不适的药物有抗癫痫药物(如卡马西平)、镇静药(如氯硝安定)、抗高血压药物(如心得安)、利尿剂(如速尿)等。

⑥晕动病患者常有晕车、晕船史。

⑦前庭性偏头痛患者常有头痛、眩晕家族史或晕车史。

⑧前庭性偏头痛、梅尼埃病、遗传性小脑性共济失调患者可有家族史。

以不同发作形式和病变部位为依据分类的头晕/眩晕常见病因见表 3。结合发病形式及病变部

表 3 以不同发作形式和病变部位为分类依据的头晕/眩晕常见病因

病变部位	急性持续性头晕/眩晕	反复发作性头晕/眩晕	慢性持续性头晕
前庭周围系统	前庭神经炎 伴眩晕的突发性聋 急性中耳炎、迷路炎等	良性阵发性位置性眩晕 梅尼埃病等 迷路瘘管 上半规管裂综合征 前庭阵发症等	中耳/颞骨/内听道占位 双侧前庭病 内耳发育异常等
前庭中枢系统	卒中(尤其后循环) 中枢神经系统感染、脱髓鞘病等	前庭性偏头痛 短暂性脑缺血发作(尤其后循环) 痫性发作 少见发作性中枢疾病等	后颅窝占位 颅颈交界区发育异常 神经系统变性病(脑干小脑变性、遗传性共济失调)等
非前庭系统	少见	少见 可见于晕厥前、心律失常、直立性低血压、药物源性、颈源性疾病(如颈椎关节不稳、交感型颈椎病)或惊恐发作等	药物源性 精神心理性: 持续性姿势知觉性头晕、焦虑抑郁障碍 眼源性: 青光眼、白内障、眼底病变

注: 非前庭系统疾病导致的反复发作性症状多以头晕为主, 很少为旋转性眩晕

位的综合分析对病因诊断有一定提示作用。

2. 体格检查:在头晕/眩晕的临床诊断思路中,需要优先除外脑干、小脑病变所致恶性中枢性眩晕疾病,因此需要注意以下提示中枢病变的体征,包括:意识障碍、复视、肢体无力或肌张力异常、肢体或躯干共济失调、严重平衡障碍、交叉性或偏身感觉障碍、构音障碍、吞咽困难、饮水呛咳、视野缺损、霍纳征等。当出现神经系统阳性体征时转诊神经科就诊。对头晕/眩晕患者应注意检查听力,如发现急性听力下降,请耳鼻喉科会诊。除提示中枢病变的典型体征外,还应注意神经耳科专项检查(表4),尤其注意眼球位置、眼球运动和眼球震颤的检查。对于急性发作的头晕/眩晕患者,为快速识别恶性眩晕,应注意重点查体(表5)。

表4 神经耳科专项检查的阳性体征及临床意义

检查部位	阳性体征	临床意义
眼部	自发性垂直下跳性眼震,其他一些少见的眼震如跷跷板眼震、周期性眼震、分离性眼震、眼阵挛等	提示中枢性疾病,多见于前庭双侧小脑损害或脑桥、延髓病变,如梗死、出血或小脑扁桃体下疝畸形等
	固视抑制失败	提示中枢性损害
	固视抑制成功	提示周围性损害
	改变凝视方向后眼震类型和/或方向改变	提示中枢性损害
	方向不变的水平(有时略带旋转)的眼震	提示周围性损害,眼震慢相侧常为病变侧
	头脉冲试验阳性	常提示周围性损害,阳性侧常为病变侧
耳部	粗测听力、Weber试验和Rinne试验	初步判断传导性聋或感音神经性聋
共济运动	指鼻试验、跟膝胫试验、恢复轮替试验、Romberg征、反击征等	指鼻、跟膝胫、恢复轮替试验欠稳准常提示小脑半球病变 Romberg征睁闭目均不稳,闭目明显提示小脑病变,蚓部病变常向前后倒,半球病变常向病侧倾倒 反击征阳性提示小脑半球病变
	姿势步态平衡	1. 步基宽、醉汉步态 2. 跨阈步态 3. Fukuda原地踏步试验
位置检查	Dix-Hallpike试验或Supine Roll试验	多见于良性阵发性位置性眩晕,有时为中枢性位置性眩晕

此外,基层医院普通门诊常会接诊以慢性头晕为主诉就诊的患者。对慢性持续性姿势性头晕或平衡障碍的患者,需要进行较为系统的头晕/眩晕查体,重点关注卧立位血压、眼球运动、眼震、共济运

表5 急性头晕/眩晕患者体格检查应注意的内容

项目	内容
生命体征	血压、心率、呼吸、体温
神经系统筛查	意识/精神状态的一般评估
	颅神经检查:瞳孔、眼球运动、复视、眼震、面瘫、构音障碍、视野缺损、粗测听力
	重点检查:HINTS(凝视诱发性眼震、头脉冲试验、眼偏斜)、粗测听力
	评估运动功能:单侧/双侧肢体无力,反射不对称和上下肢运动不协调
	评估步态:走直线不能、共济失调步态
位置试验	Dix-Hallpike试验、Supine Roll试验

动、姿势步态、平衡功能、深感觉的检查,因为此类头晕需要较多方面的鉴别诊断,以除外慢性双侧前庭病变,各种原因所致的小脑性或感觉性共济失调等。

3. 辅助检查:头晕/眩晕疾病的病因很多,辅助检查的选择应根据病史和体格检查而定。基层医疗机构需根据各医院所配备的检查设备酌情选择,如不具备相应检查设备,建议转诊至上级医院。怀疑前庭功能障碍的患者,除进行前庭功能检查外,还应进行听力检测。

(1)血液指标检查:检测外周血常规、肝肾功能、血糖、血脂、电解质筛查贫血或电解质代谢紊乱,必要时检查甲状腺功能、免疫学指标筛查甲状腺功能亢进症或甲状腺功能减退症、免疫功能异常,检查心肌酶学除外心肌梗死等。患有慢性疾病(例如糖尿病、高血压)的患者可能需要检测血糖和电解质。临床上大多数眩晕患者不需要实验室检查。

(2)前庭功能检查:包括视频眼震电图、温度试验、前庭自旋转试验、头脉冲试验、转椅试验,筛查不同频率的水平或垂直半规管功能;前庭肌源性诱发电位检测椭圆囊、球囊功能。

(3)听力学评价:纯音测听、声导抗、脑干听觉诱发电位、耳蜗电图。对所有眩晕患者,尤其伴随耳鸣、听力下降或耳闷胀等症者,均应进行纯音测听检查,单侧听力下降者更应予以重视,根据纯音测听图,可以很好地区分传导性聋和感音神经性聋。

(4)影像学检查:不建议常规进行影像学检查。但是有异常神经系统损害表现时,包括不对称或单侧听力损失,都需要行CT或MRI检查,以评估脑部或内听道病变。对于急性眩晕起病,迅速出现意识障碍的患者,高度怀疑为小脑出血时首选头部CT检查。颞骨岩部螺旋CT可用于骨迷路检查、内耳迷路MRI及其水成像可用于膜迷路检查。此外,颈部和脑动脉CT血管造影(CT angiography, CTA)和

经颅多普勒超声(Transcranial Doppler Sonography, TCD)等检查有助于评估脑血管情况。

注意,出现以下情况常常提示中枢损害可能,应立即转诊至综合医院或上级医疗机构进行头颅MRI检查:

①起病急骤,在几秒内即出现眩晕症状,并呈持续性。

②急性眩晕并出现头痛,尤其是位于单侧后枕部的新发头痛。

③急性眩晕并出现明显耳聋症状者,其临床症状不符合梅尼埃病表现,考虑突聋伴眩晕需要排除小脑前下动脉供血区卒中时。

④急性眩晕,体格检查头脉冲试验正常。

⑤急性眩晕,体格检查发现任何中枢损害体征。

⑥单侧听力进行性下降,临床需要排除听神经瘤时。

(5)精神心理评估:进行相关焦虑抑郁测评,如汉密尔顿焦虑抑郁测评,头晕残障量表(Dizziness Handicap Inventory, DHI)、人格气质测评等。

(6)其他检查:有提示晕厥或晕厥前状态的患

者应进行心电图,动态心电图监测,超声心动图及其他内科疾病相关检查等,怀疑癫痫性眩晕时可行脑电图检查。

(三)诊断流程

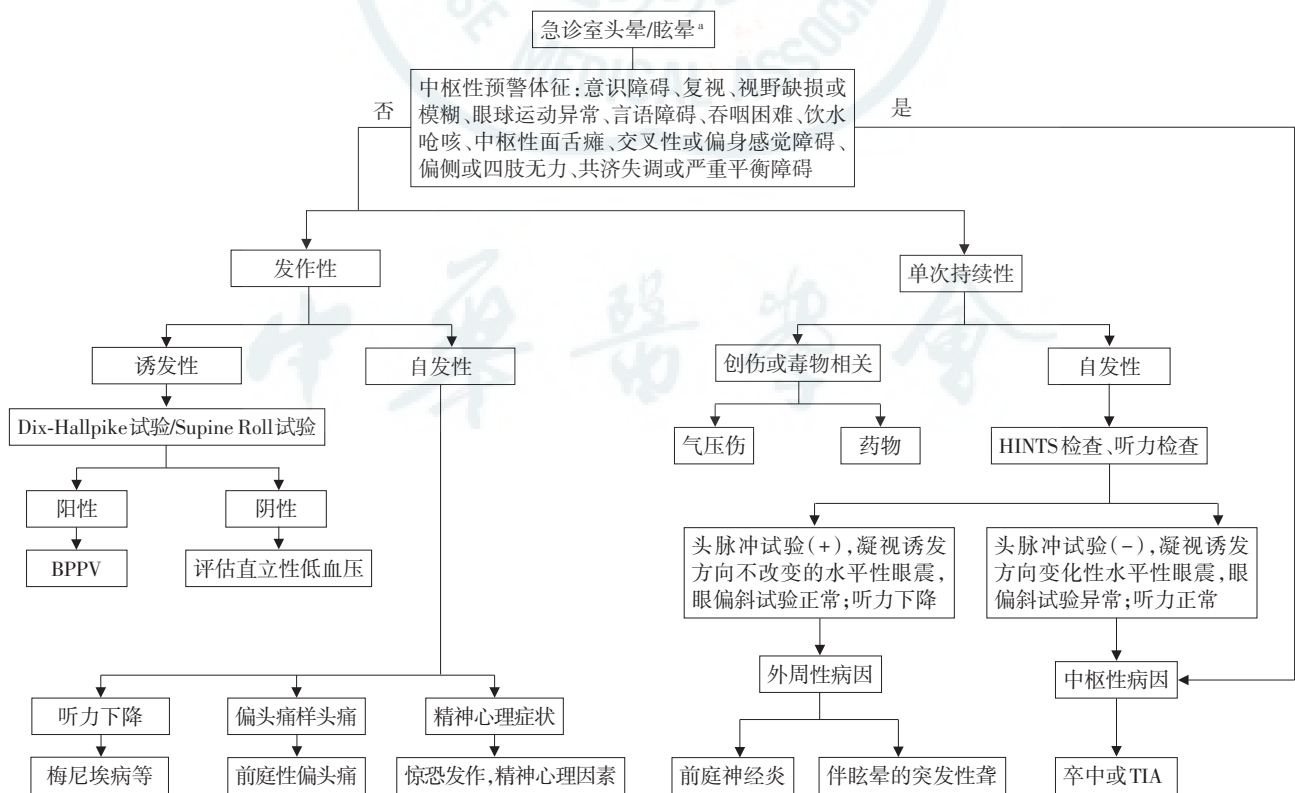
急诊室头晕/眩晕诊断流程见图2。此处急诊室头晕/眩晕包括急诊中常见的急性和发作性头晕/眩晕疾病。

(四)鉴别诊断

1. 常见的急性持续性头晕/眩晕、发作性头晕/眩晕和慢性持续性头晕/眩晕疾病的临床特征、鉴别和注意事项见表6~8。

2. 其他原因的头晕/眩晕疾病:

(1)颈源性头晕:是颈部相关结构(颈椎、肌肉、神经、血管等)损害导致的头晕/眩晕类型的总称。多数国内外专家对颈源性头晕的概念和机制仍持谨慎的态度^[28-30],认为颈源性头晕,而非指某一种疾病(如颈椎病),既往一些医生常将头晕/眩晕,尤其老年人头晕的常见原因归结于颈椎病的认识,需要纠正。推测有3种病理机制参与颈源性头晕的发生,包括旋转性椎动脉闭塞、颈部交感神经损伤以及颈部本体觉损伤。旋转性椎动脉闭塞指当头



注:“急诊室头晕/眩晕包括急诊中常见的急性和发作性头晕/眩晕疾病;BPPV良性阵发性位置性眩晕;HINTS凝视诱发性眼震、头脉冲试验、眼偏斜;TIA短暂性脑缺血发作

图2 急诊室头晕/眩晕的诊断流程

表 8 常见慢性持续性头晕/眩晕疾病临床特征诊疗及注意事项

分类	常见病因	临床表现	重要体征	注意事项
前庭周围性 头晕/眩晕	双侧前庭病 ^[21-22]	1. 慢性持续性症状,以行走或站立时不稳为主,可伴有行走或头部/身体快速运动时出现运动诱发的视物模糊或振动幻视,也可伴有黑暗环境中或地面不平时上述不稳症状加重 2. 静坐或平躺时症状消失 3. 不能归因于其他疾病	头脉冲试验可显示双侧前庭眼动反射阳性 Romberg 睁目稳,闭目不稳	治疗以前庭康复锻炼为主 ^[24-26]
前庭中枢性 头晕/眩晕	后颅凹占位病变(第四脑室占位、脑干及小脑肿瘤)	头晕、行走不稳、平衡障碍	病变侧听力下降,构音障碍、共济失调等中枢损害的体征	手术治疗
	脑干、小脑退变性疾病	头晕、行走不稳、平衡障碍	眼球运动异常、躯干和肢体共济失调	进行性行走不稳为主要表现的患者,查体应注意眼球运动及共济失调检查
非前庭系统 头晕/眩晕	持续性姿势-知觉性头晕 ^[21, 23]	1. 非旋转性头晕及不稳感持续3个月或以上;症状大部分时间存在,部分患者几乎每日均有症状,但时轻时重 2. 诱发或促使症状加重的因素包括:可在急性或发作性头晕/眩晕疾病之后出现;可以间歇性发作开始,逐渐平稳;站立、暴露在运动或复杂的视觉刺激、主动或被动的头部运动会导致头晕不稳加重	无明显阳性体征	1. 注意和其他与体位相关的头晕类疾病进行鉴别,如直立性低血压、双侧前庭病、颈椎关节不稳、共济失调早期等 ^[27] 2. 避免因过分关注患者并存的焦虑抑郁情绪而漏诊潜在疾病的可能
	其他	许多全身系统性疾病,如低血压、贫血、睡眠呼吸暂停综合征等,药物源性也会表现为慢性持续性头晕,尤其老年人需注意,此处不逐一说明	无	无

物、抗组胺药(镇静剂)、抗高血压药物、抗感染药(抗流感药、抗真菌药、喹诺酮类药)、抗帕金森病药物、治疗注意力缺陷/多动的药物、洋地黄甙、双嘧达莫、硝酸盐、磷酸二酯酶5型抑制剂、骨骼肌松弛剂、钠-葡萄糖协同转运蛋白-2抑制剂、抗胆碱能药。

②中枢抗胆碱能作用药物:如骨骼肌松弛剂、泌尿和胃肠道解痉剂。

③小脑毒性药物:如抗癫痫药、苯二氮草类药物、锂剂。

④引发低血糖药物:如降糖药、 β 肾上腺素受体阻滞剂。

⑤耳毒性药物:如氨基糖苷类、抗风湿药。

(3)病因不明的头晕/眩晕疾病:由于对疾病认识的局限性以及患者处于疾病的不同阶段,目前仍有部分头晕/眩晕患者的病因不明。对于此类患者,经过仔细的问诊、认真的体检以及必要的辅助检查排除恶性疾病之后,应该密切随访。

(五)转诊

头晕/眩晕患者出现以下情况时建议基层医生将患者转诊至综合医院或上级医疗机构。

1. 紧急转诊:

(1)出现意识障碍或合并中枢神经系统受累的

体征时,如复视、肢体无力或肌张力异常、肢体或躯干共济失调、严重平衡失调、交叉性或偏身感觉障碍、构音障碍、吞咽困难、饮水呛咳、视野缺损、霍纳综合征。如患者有血压过高、异常呼吸及意识变化等,需适当控制血压、稳定生命体征后尽快首先转诊神经科。

(2)急性眩晕伴以下表现:伴头痛尤其是位于单侧后枕部的头痛,体格检查头脉冲试验正常,建议首先转诊神经科诊疗;伴听力下降,考虑突发性聋伴眩晕,建议首先转诊耳鼻喉科诊疗。

(3)头部CT显示有可能需要手术治疗的脑干小脑出血的患者,应尽早转诊至上级医院神经科或神经外科诊疗。

2. 普通转诊:

(1)怀疑有器质性疾病,需要较为复杂的专业检查设备或诊断评估,如单侧听力进行性下降,需要进一步影像学检查排除听神经瘤等占位性疾病时,建议首先转诊耳鼻喉科。

(2)慢性持续性头晕患者,如为双侧前庭病所致,可转诊至康复专科进行连续个体化的前庭康复方案治疗。

(3)患者病情迁延,头晕症状持续存在不缓解,对初步经验性治疗反应不佳,建议首先转诊神经科。

(4)合并严重精神或心理异常(如自伤、自杀倾向)建议转诊精神专科。

四、治疗

(一)头晕/眩晕总体治疗原则

1.急性期或发作期治疗:如基层医院暂时无法转诊患者,眩晕发作期可使用药物治疗。临床常用药物见表9。

(1)前庭抑制剂:如抗组胺类、苯二氮草类或抗胆碱能类药物,可有效控制眩晕急性发作,原则上使用<72 h。急性期的症状控制后应及时停药,否则会抑制中枢代偿机制的建立^[2]。

(2)糖皮质激素:前庭神经炎急性期、突发性聋急性期或梅尼埃病急性期眩晕症状严重或听力下降明显者,可酌情口服或静脉给予糖皮质激素。

(3)对症支持治疗:眩晕急性发作持续时间较长且伴有严重恶心呕吐者,应予以止吐剂等药物,如甲氧氯普胺、多潘立酮;补液支持治疗。

(4)改善微循环药物^[9, 18, 34]:突发性聋伴眩晕急性发作期、梅尼埃病发作期可给予银杏叶制剂、倍他司汀、天麻素制剂等药物。

如条件允许,建议突发性聋和梅尼埃病转诊耳鼻喉科或上级医院进一步治疗。BPPV应重视手法

复位,复位时根据不同半规管类型选择相应的方法^[17]。脑梗死应溶栓或抗栓治疗,其他的器质性病变则应根据病情给予相应的治疗,具体参照相关疾病指南。

2.手术治疗:根据引起眩晕的不同疾病选择相应符合适应证的手术治疗,建议转上级医院治疗,如听神经瘤、规范药物治疗无效的中耳炎、乳突炎或梅尼埃病、大量小脑出血、脑干小脑占位性疾病等。

3.前庭康复训练:前庭康复训练是一种物理训练方法,通过中枢适应和代偿机制提高患者前庭功能,减轻前庭损伤导致的后遗症。不同种类的前庭康复训练可作为各种眩晕类疾病的重要或辅助治疗方式。如可作为BPPV耳石复位无效以及复位后仍有头晕或平衡障碍患者的辅助治疗,如果患者拒绝或不耐受复位治疗,则前庭康复训练可以作为替代治疗。也可用于前庭神经炎、梅尼埃病稳定期、突发性聋伴眩晕患者的辅助治疗。对于各种原因造成的前庭功能低下的慢性头晕/眩晕患者,前庭康复训练均可能使其受益。

(二)具体治疗方法

常见病因导致的眩晕类疾病治疗详细内容,参照相关疾病诊疗指南或共识。

表9 急性期常用前庭抑制药物使用方法及不良反应

药物类型	药物名称	剂量及用法	常见不良反应	禁忌证与注意事项
抗组胺+抗胆碱能	苯海拉明	25 mg, 2~3次/d, 口服 20 mg, 1~2次/d, 深部肌内注射	嗜睡、头晕、头痛、口干、恶心、呕吐、食欲缺乏、倦乏、共济失调、肌张力障碍等	新生儿、早产儿禁用;重症肌力、闭角型青光眼、前列腺肥大者禁用
	茶苯海明	25~50 mg 口服	嗜睡、头晕、药疹,长期使用可引起造血系统的疾病	新生儿及早产儿禁用;用药期间不宜驾驶机动车及从事有危险的机器操作;孕妇禁用
苯二氮草类(GABA激动剂)	地西洋	抗焦虑:2.5~10.0 mg, 2~4次/d 口服 镇静:2.5~5.0 mg, 3次/d, 口服 催眠:5.0~10.0 mg 睡前服 镇静或催眠:开始10.0 mg, 以后按需每隔3~4 h加5.0~10.0 mg 肌内或静脉注射, 24 h总量40.0~50.0 mg为限	嗜睡, 头昏, 乏力等, 大剂量可有共济失调, 震颤	孕妇、妊娠期妇女、新生儿禁用 严重肝功能、呼吸功能肺功能不全、睡眠呼吸暂停综合征、重症肌无力、急性闭角型青光眼等患者慎用
	劳拉西洋	抗焦虑:0.5~1.0 mg, 2~3次/d, 口服 镇静催眠:2.0~4.0 mg 睡前口服	镇静、眩晕、乏力、步态不稳、疲劳、嗜睡、遗忘、精神错乱、定向力障碍、抑郁等	急性闭角型青光眼禁用
D ₂ -受体拮抗剂	甲氧氯普胺	5.0~10.0 mg, 3次/d, 口服;成人总剂量<0.5 mg·kg ⁻¹ ·d ⁻¹ 10.0~20.0 mg 静脉、肌内注射	昏睡、烦躁不安、倦怠无力;注射给药可引起直立性低血压;乳腺肿痛、恶心、便秘、皮疹、腹泻、睡眠障碍、眩晕、严重口渴、头痛、易激动、肌张力障碍,长期用会引发帕金森综合征和迟发性运动障碍	癫痫患者、胃肠道出血、机械性肠梗阻或穿孔、嗜铬细胞瘤、进行放疗或化疗的乳腺癌患者、抗精神病药致迟发性运动功能障碍者
吩噻嗪类	异丙嗪	抗眩晕、止吐(成人常用量):12.5~25.0 mg, 2~3次/d, 口服;每次12.5~25.0 mg 肌内注射,必要时每4小时重复1次 镇静、催眠:25.0~50.0 mg/次, 肌内注射	嗜睡、反应迟钝、眩晕及低血压;视物模糊或轻度色盲;头晕、口干、心率加快或减慢、白细胞计数减少;增加皮肤的光敏性	早产儿、新生儿禁用;老年人、闭角型青光眼及前列腺肥大者慎用

《基层医疗卫生机构常见疾病诊疗指南》项目组织

委员会:

主任委员: 饶克勤(中华医学会)

副主任委员: 于晓松(中国医科大学附属第一医院); 祝曦珠(复旦大学附属中山医院)

委员(按姓氏拼音排序): 迟春花(北京大学第一医院); 杜雪平(首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心); 龚涛(北京医院); 顾颢(首都医科大学); 何仲(北京协和医学院); 胡大一(北京大学人民医院); 江孙芳(复旦大学附属中山医院); 姜永茂(中华医学会); 施榕(上海中医药大学); 王爽(中国医科大学附属第一医院); 魏均民(中华医学会杂志社); 吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心); 曾学军(北京协和医院); 周亚夫(南京医科大学)

秘书长: 刘岚(中华医学会杂志社); 郝秀原(中华医学会杂志社)

神经系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长: 王拥军 龚涛

神经内科专家组成员(按姓氏拼音排序): 陈海波(北京医院); 陈立华(陆军总医院); 龚涛(北京医院); 侯世芳(北京医院); 黄旭升(解放军总医院); 鞠奕(首都医科大学附属北京天坛医院); 马宁(北京大学第六医院); 盛爱珍(北京医院); 王佳伟(首都医科大学附属北京同仁医院); 王拥军(首都医科大学附属北京天坛医院); 伍文清(首都医科大学附属北京地坛医院); 武冬冬(北京医院); 薛峥(华中科技大学附属同济医院); 杨欢(中南大学湘雅医院); 赵性泉(首都医科大学附属北京天坛医院); 于逢春(北京海淀医院); 庄建华(海军军医大学第二附属医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序): 姜岳(北京市朝阳区高碑店社区卫生服务中心); 刘秀梅(北京丰台区方庄社区卫生服务中心); 沙悦(北京协和医院); 吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心); 易春涛(上海市徐汇区枫林社区卫生服务中心); 张娜(北京市东城区东花市社区卫生服务中心)

本指南执笔专家: 鞠奕 庄建华 **审校专家:** 赵性泉

志谢(按姓氏拼音排序): 陈太生(南开大学附属第一中心医院); 付锦(哈尔滨医科大学附属第二医院); 郭玉金(济宁市第一人民医院); 韩军良(空军军医大学附属西京医院); 蒋子栋(北京协和医院); 李新毅(山西白求恩医院); 李中实(中日友好医院); 刘博(首都医科大学附属北京同仁医院); 卢晓阳(浙江大学医学院附属第一医院); 马鑫(北京大学人民医院); 潘永惠(哈尔滨医科大学附属第一医院); 戚晓昆(解放军总医院第六医学中心); 邱峰(解放军总医院第六医学中心); 田军茹(美国加州大学洛杉矶分校医学院); 王浩(首都医科大学附属北京天坛医院); 王凯(解放军第三〇五医院); 王利一(北京医院); 徐先荣(解放军空军医学特色中心)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient [J]. *Neurology*, 1972, 22(4): 323-334.
- [2] Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, et al. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders[J]. *J Vestib Res*, 2009, 19(1-2): 1-13. DOI: 10.3233/VES-2009-0343.
- [3] 粟秀初. 眩晕的临床诊断 [J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2005, 5(5): 292-297. DOI: 10.3969 / j. issn. 1672-6731. 2005.05.003.
- [4] 吴子明, 张素珍. 前庭症状国际分类与解析[J]. *中华耳科学杂志*, 2015, 13(1): 187-189. DOI: 10.3969 / j. issn. 1672-2922.2015.01.39.
- [5] 冯智英, 杨晓岚, 沈沸, 等. 前庭症状的分类: 迈向前庭疾患的国际分类[J]. *神经病学与神经康复学杂志*, 2012, 9(3): 127-137. DOI: 10.3969/j.issn.1672-7061.2012.03.010.
- [6] 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. 突发性聋诊断和治疗指南(2015)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 50(6): 443-447. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2015.06.002.
- [7] 王武庆, 鞠奕, 刘博. 急性前庭综合征的临床诊断及治疗 [J]. *中华内科杂志*, 2016, 55(10): 749-751. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2016.10.003.
- [8] Baloh R, Honrubia V, Baloh R, et al. Clinical neuropsychology of the vestibular system [J]. *Acta Otolaryngol*, 1982, 1 (1): 3-7.
- [9] Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis [J]. *Semin Neurol*, 2009, 29 (5): 509-519. DOI: 10.1055/s-0029-1241040.
- [10] Halmagyi GM, Weber KP, Curthoys IS. Vestibular function after acute vestibular neuritis [J]. *Restor Neurol Neurosci*, 2010, 28 (1): 37-46. DOI: 10.3233/rmn-2010-0533.
- [11] Lee H. Isolated vascular vertigo [J]. *J Stroke*, 2014, 16 (3): 124-130. DOI: 10.5853/jos.2014.16.3.124.
- [12] Kim HJ, Lee SH, Park JH, et al. Isolated vestibular nuclear infarction: report of two cases and review of the literature [J]. *J Neurol*, 2014, 261 (1): 121-129. DOI: 10.1007/s00415-013-7139-0.
- [13] Lee H, Yi HA, Cho YW, et al. Nodulus infarction mimicking acute peripheral vestibulopathy [J]. *Neurology*, 2003, 60(10): 1700-1702. DOI: 10.1212/01.WNL.0000063325.77498.20.
- [14] Shim DB, Song CE, Baek SJ, et al. A case of isolated cerebellar hemorrhage presenting as vestibular neuritis combined with contralateral benign paroxysmal positional vertigo [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 146(5): 865-867. DOI: 10.1177/0194599811425475.
- [15] Park HK, Kim JS, Strupp M, et al. Isolated floccular infarction: impaired vestibular responses to horizontal head impulse [J]. *J Neurol*, 2013, 260 (6): 1576-1582. DOI: 10.1007/s00415-013-6837-y.
- [16] Ahn BY, Bae JW, Kim DH, et al. Pseudovestibular neuritis associated with isolated insular stroke [J]. *J Neurol*, 2010, 257 (9): 1570-1572. DOI: 10.1007/s00415-010-5547-y.
- [17] 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2017.03.003.
- [18] 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2017.03.002.

- [19] 于生元, 万琪, 王武庆, 等. 前庭性偏头痛诊治专家共识(2018) [J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(7):481-488. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2018.07.001.
- [20] 中国卒中学会卒中与眩晕分会, 中国医师协会神经内科医师分会眩晕专业委员会. 前庭性偏头痛诊疗多学科专家共识 [J]. 中华内科杂志, 2019, 58(2): 102-107. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2019.02.006.
- [21] World Health Organization, International Classification of Diseases, 11th edition beta draft version (ICD-11 beta), definition of persistent postural-perceptual dizziness[EB/OL]. (2015-07-20) [2019-08-10]. <http://id.who.int/icd/entity/2005792829>.
- [22] Strupp M, Kim JS, Murofushi T, et al. Bilateral vestibulopathy: diagnostic criteria consensus document of the classification committee of the Bárány Society[J]. J Vestib Res, 2017, 27(4): 177-189. DOI: 10.3233/VES-170619.
- [23] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány Society[J]. J Vestib Res, 2017, 27(4): 191-208. DOI: 10.3233/VES-170622.
- [24] Strupp M, Dieterich M, Brandt T. The treatment and natural course of peripheral and central vertigo[J]. Dtsch Arztebl Int, 2013, 110(29-30):505-515. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0505.
- [25] Zingler VC, Weintz E, Jahn K, et al. Follow-up of vestibular function in bilateral vestibulopathy[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2008, 79(3): 284-288. DOI: 10.1136/jnnp.2007.122952.
- [26] 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2017.11.002.
- [27] 鞠奕, 田军茹. 慢性前庭综合征的临床诊断及治疗[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(10): 753-754. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2016.10.005.
- [28] Staab JP. Chronic subjective dizziness [J]. Continuum (Minneapolis, Minn), 2012, 18(5 Neuro-otology): 1118-1141. DOI: 10.1212/01.con.0000421622.56525.58.
- [29] Brandt T, Bronstein AM. Cervical vertigo [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 71(1): 8-12. DOI: 10.1136/jnnp.71.1.8.
- [30] Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach[J]. Am Fam Physician, 2010, 82(4):361-369.
- [31] Shoair OA, Nyandeghe AN, Slattum PW. Medication-related dizziness in the older adult[J]. Otolaryngol Clin North Am, 2011, 44(2):455-471, x. DOI: 10.1016/j.otc.2011.01.014.
- [32] Lempert T. Recurrent spontaneous attacks of dizziness[J]. Continuum (Minneapolis, Minn), 2012, 18(5 Neuro-otology): 1086-1101. DOI: 10.1212/01.CON.0000421620.10783.ac.
- [33] Kim SH, Park SH, Kim HJ, et al. Isolated central vestibular syndrome[J]. Ann N Y Acad Sci, 2015, 1343: 80-89. DOI: 10.1111/nyas.12712.
- [34] 中国医药教育协会眩晕专业委员会, 中国医师协会急诊医师分会. 眩晕急诊诊断与治疗专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27(3):248-253. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2018.03.005.

(收稿日期:2019-08-14)

(本文编辑:白雪佳 刘岚)

·读者·作者·编者·

中华医学会杂志社读者俱乐部邀请函

读者俱乐部能做什么?

中华医学会杂志社百种期刊一网打尽。

专属会员期刊零时差阅读;登录PC版(club.medline.org.cn),更有会议培训、直播、视频、会员商品、会员沙龙等会员专属福利。

如何成为读者俱乐部会员

第一步:购买读者俱乐部会员卡激活码

长按识别二维码进入中华医学会杂志社商城(菁医汇商城)购买会员卡激活码。激活码会通过短信发送到您的手机,您也可以在菁医汇的个人中心查看。收到激活码后请您及时登录激活。



第二步:购买成功后,登录手机版读者俱乐部会员中心(club.medline.org.cn)

长按识别二维码进入手机版中华医学会杂志社读者俱乐部,先注册用户;输入8位激活码(注意激活码的大小写),点击激活后选择期刊;选择完毕专属期刊后点击底部按钮进入确认页面;在确认选择期刊和其他信息无误后,点击“我要激活”按钮;激活成功后,您可以回到个人中心,就能查看您的专属期刊了。



官方微信:中华医学会杂志社读者俱乐部(cmaclub)

中华医学会杂志社

附录(来源于《神经病学与神经康复学杂志》2012年第9卷第3期):

国际前庭疾患分类1(ICVD-1)

经 Bárány 学会前庭疾患分类委员会授权与批准

ICVD-1:症状分类 1.0 版本(2009年1月)

1. 眩晕:

定义:(内在的)眩晕是指没有自身运动时感到的自身运动感觉或是在正常头部运动时感到的扭曲的自身运动感觉。这种“内在的”前庭感觉有别于“外在的”运动视觉感觉,后者在本分类中指“外在的眩晕”或振动幻视(见前庭-视觉症状)。简而言之,未修饰的“眩晕”默指“内在的眩晕”。该术语涵盖了虚假的旋转感觉(旋转性眩晕)及其他虚假感觉,如摇摆、倾倒、浮动、弹跳或滑动(非旋转性眩晕)。

评论:运动的适当感觉(与真实运动相匹配)并非眩晕。在本分类中,并未区分虚假的旋转性运动感觉与虚假的线性运动感觉(常称为“移动”)或相对于重力的静态倾倒(常称为“倾倒”),所有这3类患者体验的虚假运动感觉均被认为是眩晕。若摇摆的感觉仅见于站立或行走时,则应定义为不稳,归类于姿势性症状(详见后)而非眩晕。若眩晕的内在性感觉伴随有视景运动的虚假视觉感觉(外在的眩晕或振动幻视),则应被定义为附加的前庭-视觉症状(如“联合的内在的和外在的旋转性眩晕”或“非旋转性眩晕伴振动幻视”)。孤立出现的运动的虚假视觉感觉(没有内在的自身运动的虚假感觉)应该归类于外在的眩晕或振动幻视。眩晕必须进一步分为旋转性、非旋转性或两者兼有(见症状编码流程)。

本命名系统不采用的术语:真性眩晕(truevertigo)、假性眩晕(falsevertigo)、主观性眩晕(subjectivevertigo)、客观性眩晕(objectivevertigo)、旋转性/转动性眩晕(rotatory/rotationalvertigo)、线性/平移性眩晕(linear/translationalvertigo)。

一些包含有眩晕的词语的区分如下:

1.1 自发性眩晕

定义:自发性眩晕是指无明显诱因的眩晕。

评论:自发性眩晕可在运动(尤其是头部运动)时加重。当自发性眩晕因这种运动而加重时,需添加第2个症状名(头运动眩晕,见1.2.2)。

1.2 诱发性眩晕

定义:诱发性眩晕是指存在明显诱因的眩晕。

评论:存在“明显”的诱因指需要在诱因刺激与眩晕间有适当的时间关系,多数情形下,还应存在眩晕与诱因间可复制的、重复性的关系。需要注意化学诱因(如食物、激素水平、药物)可能在某些特定的前庭疾患(如前庭性偏头痛或梅尼埃病)患者中导致明显的自发性眩晕,只有在诱因与眩晕发作间的关系明确时,才可以被认为是诱发性眩晕。

1.2.1 位置性眩晕

定义:位置性眩晕是指头相对于重力的空间位置变化所引发及之后出现的眩晕。

评论:这不同于头运动眩晕,后者出现于头部活动中(见1.2.2)。应注意当头达到并维持一个新的姿势时,眩晕症状是持续的($\geq 1\text{min}$)或仅是短暂的($< 1\text{min}$)。若是短暂的,就应注意其持续时间。位置性眩晕也应与直立性眩晕相鉴别(见1.2.6)。

本命名系统不采用的术语:变位性眩晕(positioningvertigo)。

1.2.2 头运动眩晕

定义:头运动眩晕指仅发生在头部活动时的眩晕(即与头部活动的时间锁定)。

评论:这种眩晕可以是由于头部活动所引发(基线时无眩晕)或是头部活动加重的自发性眩晕。头运动眩晕的概念是指在实际的自身运动时的扭曲的自身运动感觉。其不同于位置性眩晕,后者在头部运动静止于一个新的位置后出现。头运动眩晕也应与晕动症(motionsickness)相区别,后者突出的症状是持续的恶心感。

本命名系统不采用的术语:空间和运动不适(spaceandmotiondiscomfort)、空间和运动敏感(spaceandmotionsensitivity)。

1.2.3 视觉引发的眩晕

定义:视觉引发的眩晕是指由复杂的、变形的、大视野或移动的视觉刺激所引发的眩晕,包括伴随身体活动时的相对的视景运动。

评论:症状包括视觉引发的环形或线性自身活动(常称为“对流”)的错觉。如果感觉是视觉刺激引发的非眩晕性头晕的一种,则应归为视觉引发的头晕(见2.2.3)。如果受损的视觉传人来源于原发

性眼球运动障碍(如眼肌颤搐或非前庭性眼震)并导致眩晕,症状就应归于此。视觉引发的眩晕也应与晕动症相鉴别,后者突出的症状是持续的恶心感

本命名系统不采用的术语:空间和运动不适(spaceandmotiondiscomfort)、空间和运动敏感(spaceandmotionsensitivity)、视觉性眩晕(visualvertigo)。

1.2.4 声音引发的眩晕

定义:声音引发的眩晕是指听觉刺激所引发的眩晕。

评论:声音引发的眩晕不能用于描述由Valsalva动作、跨鼓膜的压力变化(如气耳镜)或振动引发的眩晕,这些均应归类于Valsalva动作引发的眩晕或其他诱发性眩晕。(见1.2.5和1.2.7)。

本命名系统不采用的术语:Tullio现象。

1.2.5 Valsalva动作引发的眩晕

定义:Valsalva动作引发的眩晕是指由任何可以导致颅内压或中耳压力增加的机体活动所引发的眩晕。

评论:典型的动作刺激是通过对抗声门关闭(声门Valsalva)提高胸内压而使颅内静脉回流减少,包括咳嗽、打喷嚏、屏气、举重等。相反,捏鼻子Valsalva使气体直接进入中耳腔,对胸内压没有明显变化。应注意症状是否由声门Valsalva诱发、捏鼻Valsalva诱发或两者均可。充气耳镜/吹气法或其他“外来”的压力改变所致的眩晕应被归为其他诱发性眩晕(见1.2.7)。

1.2.6 直立性眩晕

定义:直立性眩晕是指因坐起或站起所诱发或产生的眩晕(如身体姿势从躺到坐或从坐到站立的变化)。

评论:因为在坐起或站起时头的活动可能引发位置性症状,故应与位置性眩晕和头运动眩晕相鉴别(见1.2.1和1.2.2)。其他注释参见直立性头晕(见2.2.6)。

本命名系统不采用的术语:姿势性眩晕(posturalvertigo)。

1.2.7 其他诱发性眩晕

定义:其他诱发性眩晕指非上述刺激所诱发的眩晕。

评论:其他诱因包括脱水状态、药物、环境压力改变(如深海潜水、高原、高压氧、气耳镜检查中的吹气)、运动/用力(包括上肢运动)、长时被动运动后(如航海后)、激素、过度换气、恐惧状态、衣领过

紧、振动及只针对个别患者的个体特异性的非典型诱因。

2. 头晕:

定义非眩晕性)头晕是指空间定向能力受损或障碍的感觉,没有运动的虚假或扭曲的感觉。

评论:这里定义的头晕不包括眩晕性感觉。虽然头晕术语被广泛使用且包含有虚假运动的感觉,但在本分类中,眩晕和头晕术语是明确区分的。在患者描述的症状中,一些症状可以共存或依次出现,如眩晕和头晕。在本分类中,一个症状并不排斥另外的症状(特别地,若患者同时存在两个症状,出现眩晕不排除患者还可以有非眩晕性头晕)。

该术语不应被用于描述单纯的即将昏倒的感觉(晕厥前)、脑子不清(精神混乱,mentalconfusion)或现实脱离(人格解体或现实解体),那些感觉并不是空间定向障碍所伴随的。同样地,头晕术语也不能适用于患者的主诉是全身或局部的运动无力以及不舒服、疲劳或不适(有时被称为“虚弱及头昏眼花”)等非特异性的感觉。

本命名系统不采用的术语:头重脚轻(lightheadedness)、非特异性头晕(non-specificdizziness)。

一些包含有头晕的词语的区分如下:

2.1 自发性头晕

定义:自发性头晕指头晕出现时没有明显的诱因。

评论:自发性头晕可因运动(尤其是头部运动)而加剧。当因这些运动而加剧自发性头晕时,应增加第二个症状名(头运动头晕,见2.2.2)。

2.2 诱发性头晕

定义:诱发性头晕指头晕出现时有明显的诱因。

评论:存在“明显”的诱因指需要在诱因刺激与头晕间有适当的时间关系。附加评论见1.2。

2.2.1 位置性头晕

定义:位置性头晕是指头相对于重力的空间位置变化所引发及之后出现的头晕。

评论:位置性头晕有别于头运动头晕,后者发生在头部运动时(见1.2.2)。应注意当头达到并维持一个新的姿势时,头晕症状是持续的($\geq 1\text{min}$)或仅是短暂的($< 1\text{min}$)。若是短暂的,就应注意其持续时间。位置性头晕也应与直立性头晕相鉴别(见2.2.6)。

本命名系统不采用的术语:变位性头晕

在于后者为双向运动觉(振动)(见3.2)。外在的眩晕(视觉症状)常常伴随有内在的眩晕(身体运动)。但是,单纯跳跃性眼震可引起连续性视觉运动而无自体运动的虚假感觉(内在的眩晕)。在本分类,视觉症状和身体症状是不同的差别,可以(或不)在个体患者中同时存在。因此,视觉运动的虚假感觉(如外界旋转)应与眩晕(如联合的外在性的和内在性的眩晕)分开编码(见附录2:症状编码流程)。

本命名系统不采用的术语:真性眩晕、假性眩晕、客观性眩晕、主观性眩晕、旋转性眩晕、线性眩晕等。

3.2 振动幻觉

定义:振动幻觉是指视景来回摆动的虚假感觉。

评论:“振动幻视”是拉丁语“摆动”和希腊语“视觉”的组合。这种前后摆动可见于任何维度,通常报道为所见外界的“上下弹跳”、“摆动”或“颠簸”的体验。相对于外在的眩晕,振动幻视的视觉症状是不同的,且需与任何伴随的运动的体感(如眩晕和头晕)分开记录。若症状依赖于头部运动或是头部完全静止时出现(如动眼神经麻痹者的摆动性眼震),均需特别说明(详见症状编码流程)。

3.3 视觉延迟

定义:视觉延迟是指头部运动后延迟出现的视景跟随的错误感觉,或是头部运动完成后出现的短暂的漂移感。

评论:视觉延迟是短暂的,一般持续1~2s。其可伴发于头运动眩晕和头运动头晕(见1.2.2和2.2.2)。这种短暂的视景运动感不应归为外在的眩晕,由于缺乏连续运动或流动的感觉。

3.4 视觉倾斜

定义:视觉倾斜是视景与真实垂直轴偏离的虚假的定向感。

评论:垂直头位时的症状性静态视觉倾斜的典型发作是发作性和短暂的(以秒和分计算),其不同于无症状的、主观垂直倾斜感知(SVV倾斜),后者在有中枢性或周围性前庭疾患的患者于控制视物情况下出现。尽管本命名系统倾向于术语“视觉倾斜”(有个特点的角度),但所谓“房间倾斜幻觉”(或“房间倒置幻觉”)常用来指倾斜度为90°或180°的特殊形式的视觉倾斜。如果视觉倾斜是运动的(即角度在变)而非静止的(即角度固定),那就应归为外在的眩晕(视觉感觉)或(内在的)眩晕(身体感觉)而非视觉倾斜。

3.5 运动引发的视物模糊

定义:运动引发的视物模糊是指在头部运动过程中或运动后短暂的视敏度下降。

评论:在头部运动时,前庭系统有助于保持视网膜图像的稳定。该功能损害则会导致视网膜图像不稳,从而导致头部运动中或运动后短暂的视敏度下降。这种视物模糊的感觉可以在连续头部运动中持续出现(如行走中),也可以是短暂的(如伴随于头运动眩晕或头晕)(见1.2.2和2.2.2)。有些人则在此情况下,更可能是体验为振动幻视或视觉延迟。

4. 姿势性症状:

定义:姿势性症状是指与维持姿势稳定有关的平衡症状,仅见于直立位(坐位、站位或行走)。

评论:在本命名系统中,“姿势性”是指直立位(如站位)时的平衡症状,而非改变体位时与重力有关的一系列症状(如“站起来”这一动作)。后者在本命名系统中归为“直立性”。

4.1 不稳

定义:不稳是指在坐、立或行走时的不稳的感觉,无特定的方向性。

评论:不论在何种直立位置(坐、立或行走),增加稳定性的动作(即靠住平稳的物体,如墙面)应能显著减轻或消除任何不稳感,否则应考虑患者的症状是否为眩晕或头晕。除前庭系统外,许多其他系统的疾患都可以引起不稳。如果不稳出现时不伴随其他前庭症状(见上文1,2,3),前庭系统疾患虽不能完全排除,但可能性不大。

本命名系统不采用的术语:失衡disequilibrium,不稳imbalance。

4.2 方向性倾倒

定义:方向性倾倒指在坐、立或行走时感觉不稳、要向特定的方向转向或跌倒的感觉。需要明确方向是向侧方、后方或前方。若为向侧方,还应分向左或向右。

评论:不论在何种直立位置(坐、立或行走),增加稳定性的动作(即靠住平稳的物体,如墙面)应能显著减轻或消除方向性倾倒,否则应考虑患者的症状是否为眩晕或头晕。

本命名系统不采用的术语:失衡,不稳。

4.3 平衡相关的近乎跌倒

定义:平衡相关的近乎跌倒指与强烈的不稳、方向性倾倒或其他前庭症状(如眩晕)有关的将要跌倒(但没有完全跌倒)的感觉。

评论:被“中止的”(如伸手撑住了墙)跌倒应被归为近乎跌倒。虽然不能很肯定地确定平衡相关的近乎跌倒,但明确的是因环境障碍(如绊脚)、无力(如束缚时屈膝)或近乎意识丧失(如晕厥前)等情况所导致的几乎跌倒则不应归为平衡相关性。近乎跌倒有时缘于视轴感知的突然改变(如视觉倾斜)、被推倒或拉向地面的感觉、或是与其他前庭症状相伴随的意想不到的下肢失张力或失去姿势张力。在神经-耳科学领域,这些发作通常被称为“耳石危象”或“猝倒发作”(特别是完全摔倒的情况下)。在本命名系统,这些近乎跌倒被简单地认为是平衡相关的近乎跌倒。不伴随其他前庭症状的类似的近乎跌倒(有时被称为“猝倒发作”)可源于多种疾患状况(如颈动脉窦综合征、心律失常、癫痫),在缺乏其他前庭症状佐证的情况下,不应被归为平衡相关性。

本命名系统不采用的术语:跌倒发作,耳石危象(otolithcrisis),Tumarkin 危象(tumarkin crisis)。

4.4 平衡相关的跌倒

定义:平衡相关的跌倒指与强烈的不稳、方向性倾倒或其他前庭症状(如眩晕)有关的完全跌倒。

评论:被“中止的”(如伸手撑住了墙)跌倒应被归为近乎跌倒(见 4.3)。虽然不能很肯定地确定平衡相关的跌倒,但明确的是因环境障碍(如滑到-摔倒)、无力(如急性卒中)或意识丧失(如晕厥、惊厥发作或昏迷)等情况所导致的跌倒则不应归为平衡相关性。跌倒有时缘于视轴感知的突然改变(如视觉倾斜)、被推倒或拉向地面的感觉、或是与其他前庭症状相伴随的意想不到的下肢失张力或失去姿势张力。在神经-耳科学领域,这些发作通常被称为“耳石危象”或“猝倒发作”。在本命名系统,这些跌倒被简单地认为是平衡相关的跌倒。不伴随其他前庭症状的类似的跌倒(有时被称为“猝倒发作”)可源于多种疾患状况(如颈动脉窦综合征、心律失常、癫痫),在缺乏其他前庭症状佐证的情况下,不应被归为平衡相关性。

本命名系统不采用的术语:跌倒发作,耳石危象,Tumarkin 危象。

中 華 醫 學 會