

头晕

背景

- 头晕是常见的临床症候，患病率和发病率高，尤其老年人群高发
- 头晕的病因繁多、表现多样
- 如何根据常见的头晕病因及临床特征，快速诊断各种头晕？

内容

- 1. 头晕概念
- 2. 头晕分类
- 3. 头晕病因
- 4. 头晕诊断
- 5. 常见头晕疾病

(一) 头晕概念

- 头晕是一种常见的脑部功能性障碍，是一组症候群
- 分为下列4类情况：头昏、眩晕、平衡不稳、晕厥前状态。
- 这些症状发生在患者意识清醒之下。
- 头晕是广义的大概念，而眩晕、头昏仅仅是它的一部分。

头昏

- ①头昏是指阵发或持续性的大脑不清晰感、头昏头沉、头胀、头部发紧感等。
- 高血压、精神因素等常常引起头昏表现。
- 头昏症候有时可能属生理过程，不一定是病理机制，如睡眠不足、疲劳、长时间加夜班等，若适时调整可以纠正。

眩晕

- ②眩晕是空间定位错觉引起的自身或周围物体的运动幻觉。
- 它是一种主观感觉障碍，通常无意识障碍，病人有周围景物或自身旋转感。
- 发作时一般患者不敢睁眼，常伴有站立不稳（旋转感、水平方向、垂直方向）、恶心，严重时出现呕吐、多汗、血压波动等自主神经症候

晕厥前状态

- ③晕厥前状态是指晕厥前发生的胸闷、心悸、头昏沉、**眼前发黑**、乏力等征兆。如直立性低血压发生时，容易出现晕厥前状态。

平衡不稳

- ④平衡不稳是指有行动中站立不稳或运动失调的头晕症候。

头晕和眩晕的快速鉴别

眩晕与头晕的主要鉴别点在于有否运动幻觉，而并非伴发症状

(二) 头晕分类

- 头晕疾病分两种，前庭系统、非前庭
- 前者是由前庭神经系统病变引起的，存在自身或对外界空间位置的错觉，为真性眩晕，表现为有运动错觉的眩晕
- 后者仅有一般的晕动感并无对自身或外界空间位置的错觉，为假性眩晕，常表现为头昏

非前庭性头晕（假性眩晕）

- ▶ **眼部疾病**：重症肌无力、青光眼、眼外肌麻痹
 - ▶ **心血管疾病**：心律失常、高血压、心力衰竭
 - ▶ **全身中毒性、代谢性（低血糖）、感染性疾病**
 - ▶ **各种原因引起的贫血**
- ▶ **环境变化**：高温、缺氧
- ▶ **活动过度**：久立、过劳等
- ▶ **头部轻微外伤后综合征**
- ▶ **神经症**：心因性头晕、精神性头晕

前庭性头晕

- ②中枢性前庭系统疾病性头晕：
包括后循环缺血（椎基底动脉供血不足）、脑出血、脑肿瘤、脑炎或脱髓鞘病、眩晕性癫痫等。
- 尤其注意以眩晕起病，但症状体征不明显的恶性眩晕。

前庭性头晕

- ▶周围前庭系统疾病性头晕：
- 主要有**良性发作性位置性眩晕、梅尼埃病、前庭神经元炎、迷路炎、淋巴管漏**等。

周围性眩晕与中枢性眩晕鉴别表

临床特征	周围性眩晕	中枢性眩晕
眩晕的特点	发作性， 持续时间短，症状重	持续时间长，较周围性眩晕轻
发作与体位关系	头位或体位改变可加重，闭目不减轻	与改变头位或体位无关，闭目减轻
眼球震颤	水平性或旋转性，无垂直性，向健侧注视时眼震加重	眼震粗大和持续
平衡障碍	站立不稳，左右摇摆	站立不稳，向一侧倾斜
自主神经症状	伴恶心、呕吐、出汗等	不明显
耳鸣和听力下降	有	无
脑损害表现	无	可有，如 头痛、颅内高增高、脑神经损害、瘫痪
病变	前庭器官病变 ，如内耳眩晕症、迷路炎、中耳炎和前庭神经元炎等	前庭核及中枢联络径路病变 ，如椎基底动脉供血不足、小脑、脑干及第四脑室肿瘤，听神经瘤，颅内高压症和癫痫等

（三）头晕主要病因

- 眩晕约占所有头晕的半数，其中**前庭周围性**者明显多于前庭中枢性者，是后者的4-5倍。
- 在前庭周围性病因中，**BPPV、前庭神经元炎和梅尼埃病**是最主要病因，可能占了前庭周围性眩晕的绝大部分。
- 前庭中枢性眩晕的病因则多样但均少见，包括血管性、外伤、肿瘤、脱髓鞘、神经退行性疾病等。

（三）头晕主要病因

- 大量流行病学研究提示
- 大多数慢性、持续性头晕的病因主要与精神心理障碍(如抑郁、焦虑、惊恐、强迫或躯体化障碍)有关
- 而短暂或发作性头晕则多与系统疾病(如贫血、感染、发热、低血容量、体位性低血压、糖尿病、药物副作用等)有关。

（三）头晕主要病因

- 前庭周围性最常见，非前庭非精神性病因次之，精神心理性病因不少见，前庭中枢性病因最少。

（四）头晕病史的询问

- 仔细询问病史，可以区分90%以上的症状是眩晕或是非眩晕的头晕，可以明确70%-80%的头晕的病因
- 在确定是眩晕症状后，要进一步询问眩晕的严重程度、持续时间、发作次数与频率、诱发因素等病史
- 了解伴随的恶心、呕吐等自主神经系统症状，特别注意有无神经系统或耳蜗的症状

头晕病史的询问

- 如果伴其他神经系统症状表现，且排除了常见的前庭周围性病因后，应考虑为前庭中枢性病变。
- 如果没有神经系统症状表现，却伴耳鸣、耳聋等症状，则应首先考虑为前庭周围性病变。
- 对非眩晕的头晕，除需了解神经系统及耳科症状外，更应注意询问患者的系统疾病、服用药物及精神状态等情况。

头晕体格检查

- 基本的系统检查、生命体征
- 神经系统：除一般神经系统检查外，应注意有无眼球震颤、共济失调、听力障碍、颅内压增高征
- 耳科检查：外耳道、鼓膜、中耳、鼻咽部
- 内科：心律失常、心功能不全、贫血等体征
- 听力：音叉试验
- 前庭功能：**自发性眼震、倾倒、指物偏向、变温试验、位置试验**等

头晕体格检查

床旁体格检查：

1. 最重要检查—眼动检查
 - 自发性或注视诱发性眼震 / 跟踪眼动 / 扫视眼动
2. 头脉冲试验（甩头试验）
3. 步态
4. 变位实验
5. Romberg征 / Tandem Romberg试验 / Fukuda原地踏步
6. 12对颅神经查体



头晕体格检查

体格检查—变位试验

Roll-test

◆取平卧位，向一侧转头 90° 观察至眩晕或眼震消失后20s恢复初始位置，再向另一侧转 90° 观察，重复诱发时可直接从对侧转头 180° 观察。

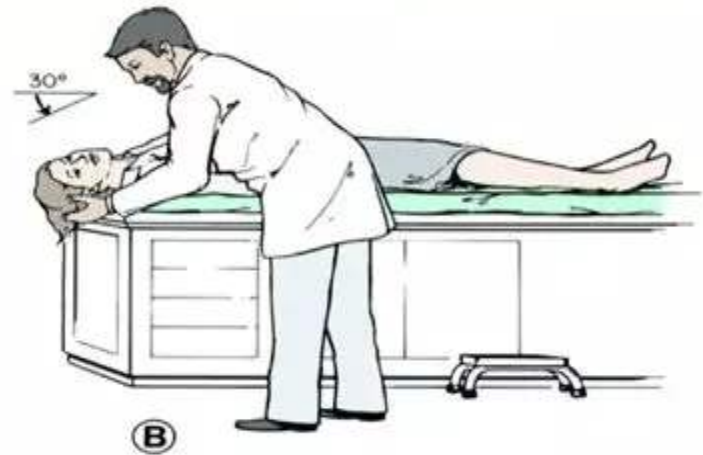


头晕体格检查

体格检查—变位试验

Dix-Hallpike Test

◆患者取坐位，检查者把持其头部转向一侧45°，保持头位不动迅速仰卧，头后仰悬垂与水平面呈30°角，观察有无眩晕及眼震。



对眩晕患者应常规行Dix-Hallpike检查，以便迅速地识别最常见的眩晕病因。



头晕体格检查

体格检查

- Romberg试验

睁眼时可以，闭眼时不能保持平衡——患者本体感觉(深感觉)受损、单侧前庭疾病或者严重的双侧前庭疾病。

睁、闭眼时都不能保持平衡——小脑功能障碍

- Tandem Romberg试验：向前庭病变侧倾倒

- Fukuda原地踏步：向病变一侧偏移，大于 30° 为异常



头晕辅助检查

辅助检查

- 纯音测听
- 眼震电图
- 头颅MRI (T1+T2+FLAIR+DWI,重点关注脑干-小脑)
- TCD / 颈动脉超声 / 头颅CTA
- 症状自评量表SCL-90 / 汉密尔顿焦虑 / 抑郁量表



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/686214220205010145>