

实用眩晕 诊疗手册

第2版

主 编 吴子明 刘 博



科学出版社

实用眩晕诊疗手册

第 2 版

主编 吴子明 刘 博

内 容 简 介

本书在第1版的基础上进行了全面更新,共分十九章,分别就眩晕诊断的临床分类、诊治原则、前庭功能的综合评价、前庭功能报告的阅读等临床基础进行阐述;同时从临床实际出发,简要阐述了眩晕疾病的诊治,包括良性阵发性位置性眩晕的诊治,梅尼埃病的诊治,眩晕疾病的外科诊治,以及急性前庭病、前庭型偏头痛、儿童眩晕、大前庭水管综合征所致眩晕、双侧前庭病、声音及压力敏感性眩晕、运动病、颈性眩晕、中枢性眩晕、精神性眩晕的诊治,前庭康复的临床方法等。

本书系统地介绍了眩晕临床诊治的最新进展,图文并茂,深入浅出,可供耳鼻咽喉-头颈外科、神经科医生及其他对眩晕研究感兴趣的人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

实用眩晕诊疗手册 / 吴子明,刘博主编. —2版. —北京:科学出版社,2017.6

ISBN 978-7-03-053641-9

I. ①实… II. ①吴…②刘… III. ①眩晕-诊疗-手册 IV. R441.2-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第129189号

责任编辑:沈红芬 黄 敏 / 责任校对:张小霞

责任印制:赵 博 / 封面设计:吴朝洪

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009年3月第 一 版 开本:787×960 1/32

2017年6月第 二 版 印张:5 3/4

2017年6月第四次印刷 字数:150 000

定价:29.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《实用眩晕诊疗手册》第2版

编写人员

顾 问 刘 铤 张素珍 张连山

主 编 吴子明 刘 博

编 者 (按姓氏笔画排序)

王武庆 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院耳鼻咽喉-头颈外科

区永康 中山大学孙逸仙纪念医院耳鼻喉科

刘 波 华中科技大学同济医学院附属协和医院耳鼻咽喉-头颈外科

刘 博 北京同仁医院耳鼻咽喉-头颈外科

吴子明 中国人民解放军总医院耳鼻咽喉-头颈外科

陈 曦 福建医科大学附属第一医院耳鼻咽喉-头颈外科

贾宏博 空军第四医学研究所前庭生理室

柴 滨 北京天坛医院神经内科

徐 进 北京医院耳鼻喉科

蒋子栋 北京协和医院耳鼻咽喉-头颈外科

曾祥丽 中山大学附属第三医院耳鼻喉科

秘 书

李 文 潍坊市人民医院脑科分院神经内科

刘兴健 中国人民解放军总医院耳鼻咽喉-头颈外科

序 言

眩晕作为常见的临床病症已是不争的事实,据统计,这一病症在 10 岁以上的人群中超过 3%。多年来,眩晕症一直困扰着相关科室的医生,主要是耳科和神经内科医生。该病症的核心问题是平衡系统功能障碍。一个世纪前,Robert Beranny 教授开创了这一领域的工作,至今已经涌现了大量的关于前庭末梢至前庭中枢的临床研究。近年来,眩晕症的基础与临床研究发展迅速,并成为临床热点。

此书从临床实际出发,根据临床医生的需要编写。例如,前庭功能检查结果的分析 and 报告单的阅读,内容简洁明了,便于临床医生把握和应用。

此书作者为我们的学生,为了满足临床工作的需要把这一领域的主要进展编写成临床手册,较为完整地体现了眩晕症的诊治现状。看到我们的学生能够在这一领域继续我们的工作深感欣慰,并向对眩晕临床诊治有兴趣的读者推荐此书!

刘建 张寿珍 张连山

2009 年春于北京

前 言

眩晕是门诊患者就诊最常见的主诉之一,也是临床上一一直公认的一个难点。眩晕作为临床常见病症,严重影响患者的生活质量。眩晕的临床诊治近年来发展较快,尤其是对一些疾病诊治的认识有了长足的进步。国内从事眩晕诊治的临床专业人员也逐步增加,眩晕诊疗中心及类似机构在一些医院陆续出现,这是社会需要与学科发展的必然。

但是,综观国内眩晕诊治领域,存在的问题还很多。首先,眩晕作为一种神经耳科学与神经科交叉的学科(也包括诸如骨科和其他内科),在每个学科都没有给予足够的重视。到目前为止,国内还没有成立独立的眩晕或平衡学术组织,严重制约了这一领域的学术交流,影响了学科水平的提高。造成的后果是眩晕诊治水平的落后,误诊、误治现象非常普遍。一个触目惊心的例子就是多数医生至今还认为,颈椎病是导致眩晕的重要病因,伴随这一错误认识的结果是进行不必要的检查和治疗,浪费了医疗资源,增加了患者负担。此外,眩晕疾病的诊断标准目前国内还很少,没有统一的标准,制约了这一领域的临床研究,影响学科进步;诊断问题的混乱也必将使治疗无的放矢。截至目前,耳源性眩晕中只有梅尼埃病(MD)和良性阵发性位置性眩晕(BPPV)国内有相关的诊治共识。所有这些使得这一领域的临床与研究工作任务任重而道远。

本书的出发点是希望向从事眩晕诊治的临床医生传递这一领域的国内外的最新进展,不仅为耳鼻咽喉科医生的临床工作提供指导,也可为相关学科如神经科医生和对眩晕有兴趣的

人员提供参考。

本书的编写得到从事眩晕临床诊治的三位老专家刘铤教授、张素珍教授和张连山教授的热情关心与指导,在此表示衷心感谢。

由于编者水平所限,书中缺点和不足在所难免,恳请同道批评、指正。

吴子明 刘 博

2009 年春于北京

目 录

第一章 眩晕的临床分类	(1)
第二章 眩晕诊治原则	(5)
第一节 眩晕症状的类型	(5)
第二节 眩晕的常见疾病与鉴别	(7)
第三节 眼动的类型与意义	(10)
第四节 眩晕的治疗原则	(11)
第三章 前庭功能检查的综合评价	(13)
附 3-1 眩晕和眼动疾病的神经眼科学与实验室 检查表	(23)
第四章 前庭功能报告单的阅读	(24)
第一节 眼动检查	(24)
第二节 冷热试验	(25)
第三节 摇头眼震	(27)
第四节 动态视敏度检查	(30)
第五节 转椅检查	(31)
第六节 前庭诱发的肌源性电位	(33)
第七节 平衡功能检查	(42)
第五章 良性阵发性位置性眩晕的诊治	(49)
第六章 梅尼埃病的诊治	(56)
附 6-1 双侧梅尼埃病	(62)
附 6-2 急性低频感音神经性聋	(67)
第七章 眩晕疾病的外科治疗	(73)
第一节 必需手术治疗类	(73)
第二节 择期手术治疗类	(75)

第八章 急性前庭病	(77)
第一节 前庭神经炎	(77)
第二节 迷路炎	(79)
第三节 Hunt 综合征	(81)
第四节 前庭阵发症	(85)
第五节 内耳缺血性眩晕	(87)
附 8-1 听觉脑干电反应(ABR)对与耳科有关的缺血性 眩晕的诊断	(92)
第九章 前庭型偏头痛	(95)
第一节 前庭型偏头痛命名与流行病学	(95)
第二节 前庭型偏头痛的发病机制	(96)
第三节 前庭型偏头痛的临床诊治	(97)
第十章 儿童眩晕	(102)
第十一章 大前庭水管综合征	(107)
第十二章 双侧前庭病	(112)
第十三章 声音及压力敏感性眩晕	(116)
第十四章 运动病	(122)
第十五章 颈性眩晕	(124)
第十六章 以眩晕为临床表现的常见脑血管病	(128)
第一节 后循环缺血概述	(128)
第二节 引起眩晕的后循环缺血疾病与临床表现	(129)
第十七章 精神性眩晕	(137)
第十八章 前庭康复的临床方法	(141)
第一节 前庭康复的原理	(141)
第二节 前庭代偿的评价	(144)
第三节 前庭康复患者选择标准	(146)
第四节 前庭康复的常用技术	(148)
第五节 前庭康复的临床方法	(151)
第六节 前庭康复的局限性	(153)
第十九章 眩晕病例分析	(157)
第一节 良性阵发性位置性眩晕	(157)

第二节	梅尼埃病	(158)
第三节	迟发性膜迷路积水	(159)
第四节	前庭神经元炎	(159)
第五节	Hunt 综合征	(159)
第六节	小脑脑桥角肿瘤	(160)
第七节	双侧前庭病	(160)
第八节	上半规管裂综合征	(161)
第九节	外淋巴瘘	(162)
第十节	颈性眩晕	(162)
第十一节	前庭型偏头痛	(163)
第十二节	急性小脑梗死	(164)
主要参考文献		(165)

第一章

眩晕的临床分类

眩晕是空间定向能力紊乱所引起的一种运动错觉。眩晕的分类有很多种,从临床实用和急诊处理的角度考虑,目前推荐使用外周性眩晕和中枢性眩晕,或耳源性眩晕与非耳源性眩晕。这样分类主要是为了便于眩晕的诊断、鉴别诊断和定位诊断。眩晕可按急症处理,而急诊诊疗程序中最为重要的是做好眩晕的鉴别诊断。

一、眩晕的临床分类

如果仅从眩晕的角度出发,可以将导致眩晕的临床各科疾病进行归类。由于目前尚无统一的分类方法,因此临床分类很多。如果以病变部位区分,可以分为外周性眩晕、中枢性眩晕,或耳源性眩晕、非耳源性眩晕。如果以病因划分,可以有血管性眩晕、创伤性眩晕、耳毒性药物性眩晕、感染性眩晕、良性阵发性位置性眩晕、自身免疫性疾病的眩晕等。如果以发病时间划分,可以分为急性眩晕、慢性眩晕。如果以眩晕性质划分,可以有旋转性眩晕、非旋转性眩晕,或真性眩晕、假性眩晕等。按照发病年龄区分,可以有儿童性眩晕、老年性眩晕。鉴于临床分类的出发点不同,分类形式多种多样,目前临床推荐使用的是外周性眩晕与中枢性眩晕的分类方法。

二、外周性眩晕的特点

(1) 外周性眩晕多有明确的运动错觉,单侧前庭病变时常呈旋转性眩晕。双侧前庭病变时如一侧较重仍可有旋转性眩晕;如双侧病变程度相近,则主要为头晕、眼花、晃动及不稳感。

(2) 外周性眩晕发作多快速起病,达到高潮后再逐渐缓

解。中枢性眩晕多缓慢发生,逐渐加重。

(3) 外周眩晕发作时定向力紊乱,平衡失调,不能行走。严重时患者往往惊慌失措,紧抓椅把或床沿,唯恐翻倒。如眩晕时仍能行动,甚至活动时反而减轻,多不符合外周性眩晕。

(4) 外周眩晕时多伴自主神经症状,如面色苍白、手足发凉、唾液增多、恶心、呕吐等,轻重程度因人而异。中枢性眩晕可无这类症状。

(5) 外周性眩晕患者畏高声和亮光,头部运动时症状加重,多闭目静卧,或向一侧卧,拒绝翻身或转动头部。如辗转反侧、坐卧不安,则不符合外周前庭症状的特征。

(6) 外周性眩晕持续时间多不长。位置性眩晕伴眼震多在 30 秒内消退;梅尼埃病多在 20 分钟至数小时内眩晕缓解;特发性突聋及迷路炎眩晕可持续数日;前庭神经炎和前庭中毒眩晕多持续数日至数十日,以后在活动时头晕眼花及行走不稳。如眩晕持续时间更长且越来越重,则应考虑中枢性眩晕。

(7) 外周眩晕可反复发作,间歇期间无头晕不适。如无明确的间歇期,而为持续头晕伴行走欠稳而且呈阵发性加重者,应考虑中枢性病变。

(8) 外周性眩晕多伴眼震,眼震持续时间短,多在眩晕较重时出现,呈水平型、旋转型或水平旋转型,有快慢相之分,方向固定,中等振幅,向快相方向注视时增强,向慢相方向注视时减弱或消失;在暗光中或闭眼时增强,在亮光下或睁眼时减弱,注视外物时也受到抑制。中枢性眼震持续时间较长,可呈垂直型、斜型或跷板型,多无快慢相而呈摆动状,或虽有快慢相但方向不固定,快相与凝视方向一致。振幅较粗大,睁眼增强,闭眼减弱,注视不受抑制。

(9) 外周性眩晕患者的前庭功能多有不同程度的减弱,诱发性眼震方向和类型有一定规律,双侧一致。如出现错型、错向或双侧不一致的诱发性眼震时,应考虑有中枢性病变。

(10) 外周性眩晕时自发性倾倒和过指偏斜方向与眼震慢相一致,倾倒方向与耳位相关,如倾倒向右耳,右耳转向前方时则倒向前,右耳转向后则倒向后。双侧手臂过指的方向一致。

中枢性眩晕自发性倾倒的方向与耳的位置无关;过指双臂可不一致,仅患侧手臂出现阳性体征。

(11) 可伴耳蜗症状。

(12) 无意识丧失,不伴其他中枢神经系统症状和体征。少数体弱患者在剧烈呕吐后可发生晕厥。

三、可引起眩晕的疾病

临床各科疾病均可引起眩晕,其中以外周性眩晕最为多见。下面列举了各科常见的疾病类型,这些都是在临床鉴别诊断中应当着重考虑的内容。

1. 耳科 外耳道异物或耵聍栓塞,尤其豆类异物或耵聍块经水泡胀压迫外耳道后壁的迷走神经,经神经反射到前庭系统引发眩晕。气压性中耳炎、分泌性中耳炎、化脓性中耳炎、中耳及乳突肿瘤也可引发眩晕。鼓室成型术后镫骨足板如被推入前庭窗,可引起眩晕。耳硬化症病灶侵及内耳道骨壁或前庭器官的骨壁,也可引发眩晕。此外,还有迷路瘘管、各种迷路炎和迷路特殊感染、梅尼埃病、前庭神经炎、突发性听力损失伴眩晕、位置性眩晕、复发性前庭病、迷路供血障碍、迷路震荡、迷路出血、迷路外伤、大前庭水管综合征、迟发性膜迷路积水、运动病、内耳减压病、Hunt 综合征、Hennebert 综合征、化学物及药物耳毒性引发的眩晕等。

2. 神经(内、外)科 如后循环缺血、小脑脑桥角占位病变、小脑占位病变、脑干占位病变、多发性硬化、延髓空洞症、颞骨骨折、颅脑外伤、脑炎及脑膜炎、颅颈结合部位畸形、偏头痛、自主神经系统功能紊乱、眩晕性癫痫、遗传性共济失调、癔症性及精神性眩晕等。

3. 内科 如血液病、糖尿病及出血性紫癜等引起的迷路出血;高血压、低血压、高血脂、血管硬化、心脏病、胶原病等引起迷路供血故障;代谢病、内分泌等引起内耳体液循环和代谢紊乱;慢性疲劳综合征及艾滋病等。

4. 外科 如颈肌扭伤、颈椎病、颈-肩-肌肉综合征等。

5. 皮肤科 如先天性及后天性梅毒。

6. 眼科 如各种视性眩晕。

7. 儿科 颅后窝占位病变如小脑肿瘤,肠寄生虫病如肠蛔虫症、先天性心脏病以及上述各科的不少疾病也可见于儿童。

8. 妇产科 妊娠的早期有妊娠反应可引起眩晕;妊娠后期腹腔迷走神经丛受压通过神经反射引发眩晕,立位和坐位加重,卧位减轻,孕妇患者多不能起床,分娩后即不再眩晕。此外,妊娠高血压等也可引起眩晕。

(刘 博)

第二章

眩晕诊治原则

第一节 眩晕症状的类型

眩晕、头晕和平衡障碍在各个年龄组都很常见,而以老年人群更多见。以这些症状为主诉的患者,在整个患者中占 5%~10%,而在耳科和神经科中占 10%~20%。临床上,眩晕的症状可有如下类型:

- (1) 伴有恶心、呕吐的前庭性旋转性眩晕。
- (2) 晕厥前状态的头晕感。
- (3) 药物中毒、低血糖性头晕。
- (4) 视觉性眩晕(visual vertigo)。
- (5) 恐怖症(phobias)和恐慌发作(panic attacks)性头晕。
- (6) 运动病(motion sickness)和高空眩晕(height vertigo)。

这些疾病的治疗和预防根据疾病的不同各异,治疗方法包括药物治疗、物理治疗、心理治疗和外科治疗。眩晕通常提示在前庭、视觉和躯体感觉系统之间的感觉错配。这三种感觉系统有助于静态和动态空间定位、运动和姿势控制。三种感觉信息是有重叠的,可以同时提供相似的信息。由于功能重叠,如果一种感觉存在缺陷,可用另一种感觉来替代。如果两种感觉信息产生冲突,就产生眩晕,眩晕的强度与感觉冲突的程度成正比。前庭功能丧失的患者在闭日后平衡障碍加重,就是感觉替代机制的影响。当然,前庭系统功能完整在接受生理刺激时也可出现眩晕,如高空眩晕、运动病或者是感觉系统的病理性功能障碍,尤其是前庭系统功能障碍。眩晕的感觉包括前庭觉、视觉和躯体感觉的内容。与在自然条件下运动产生的自身运动感完全不同,眩晕是在外界物体静止时,却感觉到外界物

体运动的一种感觉。眩晕一般都会伴随感知、眼动、姿势和自主神经症状:眩晕、眼震、共济失调、恶心和呕吐。这四类症状反应前庭系统与其他感觉-运动系统之间相互关联:①眩晕是前庭皮质空间感觉定位异常;②眼震是前庭-眼反射失衡的结果,并可激活脑干神经元环路;③前庭共济失调和姿势失衡是单突触和多突触前庭-脊髓通路的异常激活;④伴随眩晕的自主神经反应,恶心、呕吐和焦虑是上行和下行前庭-自主神经系统激活延髓呕吐中枢的结果。

眩晕症诊断与鉴别涉及病史采集、专科查体、诊断试验等,掌握其规律是建立前庭疾病诊断基本思路的前提。

病史采集在医生的职业生涯中是一门艺术,随着经验的累积会日臻完善。目前,关于前庭疾病有很多问卷,但执业医生不必拘泥于这些问卷,可以根据个人的经验灵活应用。病史采集的内容包括:起病时的症状、严重程度、波动情况、疾病进展情况、激发因素、缓解因素、残留症状和功能障碍等情况。当然,还应包括:过敏史、服用药物及全身情况等。

在进行眩晕的问诊时,应建议患者用自己的话去描述眩晕的感觉,可以引导患者将其症状分为两大类:眩晕和非眩晕。眩晕是环境或自身的旋转感,而诸如头昏、不稳、失衡和运动敏感、漂浮感和倾斜感等统称非眩晕感。这种二分法的意义是旋转性眩晕一般都与内耳相关,而非眩晕感通常是由于中枢神经系统、心血管系统或者是系统性疾病所致。

—眩晕的持续时间和病程是病史采集的重要内容。问诊的问题诸如:症状是发作性还是持续性?每次发作持续时间?发作间期是否完全正常?发作性眩晕持续数秒并与头位变化相关可能是良性阵发性位置性眩晕(BPPV);眩晕持续数天可能是梅尼埃病或者前庭神经元炎;眩晕持续数分钟可能与血管疾病相关,尤其是有心血管疾病的高危因素者。发作性运动敏感,尤其是用力时症状明显,提示外淋巴瘘,尤其有头部或者耳部创伤者。所以,眩晕的症状应关注3个方面。①眩晕的类型:旋转性眩晕(类似于旋转之后的感觉,如前庭神经炎);姿势

不稳感(如乘船遭遇风浪的摇摆感,可见于精神性眩晕);头麻木感(可见于药物反应,如酒精、镇静药、肌松药)。^②眩晕的持续时间:持续时间数秒至数分钟可见于前庭阵发性;数十分钟至数小时可见于梅尼埃病或前庭型偏头痛;眩晕持续数天至数周可见于前庭神经炎;持续数分钟至数小时可见于脑干或小脑相关结构短暂缺血发作。^③眩晕激发或加重:无激发因素(如前庭神经炎);步行时出现(可见于双侧前庭病);转动头部时加重(如前庭阵发性);头位改变(可见于良性阵发性位置性眩晕);咳嗽、压力或某一频率的声音——Tullio 现象(如外淋巴漏);某种社交场合(可见于精神性眩晕-恐怖性姿势性眩晕)。进一步需要根据伴随症状进行问诊和分析。

第二节 眩晕的常见疾病与鉴别

眩晕是较难诊断的病症,主要原因是眩晕是纯粹的主观感觉。旋转性眩晕这一症状指向性明确,如果眩晕持续存在,说明为迷路、前庭神经或包含前庭核的脑干尾端急性病变。眩晕的诊断和治疗常常需要多学科的思考,病史的采集比前庭功能检查和影像学等辅助检查要重要得多。在病史采集后,可以将眩晕基本分为以下七大类,这七大类疾病可以作为眩晕鉴别诊断的重要内容:

- (1) 头晕和头昏(如晕厥前状态或药物副作用)。
- (2) 单发或复发性眩晕(如梅尼埃病、前庭型偏头痛)。
- (3) 持续性眩晕(如前庭神经炎、Wallenberg 综合征)。
- (4) 位置性/变位性眩晕(如 BPPV、中枢性位置性眩晕)。
- (5) 振动幻视(视觉环境明显运动如双侧前庭病、下跳性垂直眼震)。
- (6) 眩晕伴有听功能异常(如梅尼埃病、Cogan 综合征)。
- (7) 头晕或反复眩晕伴姿势不稳(如恐怖性姿势眩晕、发作性共济失调)。

下述 5 种疾病占眩晕疾病的 50%:

- (1) 良性阵发性位置性眩晕。