



医患对话

头晕





明明白白看病·医患对话丛书

42

医患对话

头晕

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室

组织编写

科学普及出版社

·北京·

图书在版编目(CIP)数据

医患对话. 头晕/孙秀巧, 顾平编著. —北京: 科学普及出版社, 2003

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05693-7

I. 医... II. ①孙...②顾... III. 眩晕-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 008971 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话:62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

开本:787 毫米×1092 毫米 1/32 印张:1 字数:22 千字

2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 次印刷

印数:1~5000 册 定价:3.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主副主编副主委	问任主编编委	曹荣桂 于宗河 陈春林 于宗河 李慎廉 (按姓氏笔画排序)	迟宝兰 赵 淳 李 恩 宋振义	李 士 武广华 刘建新	宋光耀	
		于宗河 马宏福 李金福 李镜波 刘学光 许 风 陈孝文 宋 宣 范国元 姜恒丽 贺孟泉 寇志泰 曹月敏 韩子刚 孙秀巧 李卫雨	王正义 叶任高 李 恩 朱耀明 刘运祥 江观玉 陈春林 宋振义 林金队 郎鸿志 郭长水 康永军 崔耀武 董先雨 顾 平	王西成 孙建德 李继光 刘玉成 刘建新 杜永成 陈海涛 欧石生 武广华 赵升阳 殷光中 黄卫东 彭彦辉 管惟苓	王国兴 李玉光 李道章 刘世培 刘冠贤 苏汝好 宋光耀 张阳德 周玉皎 赵建成 高东宸 黄光英 傅 梧 管伟立	王继法 李连荣 李慎廉 刘 兵 刘湘彬 杨秉辉 宋述博 苗志敏 郑树森 赵 淳 高 岩 黄建辉 黄忠友 黄建平
本册编著 特约编辑						
策 划 责任校对		许 英 凌红霞	林 培	责任编辑 责任印制	高纷云 王 沛	



头晕是怎么回事？



很多人都有过各种各样的头晕症状,如昏昏沉沉、晕乎乎、偶尔头晕发作或某日因头晕起不了床等等。头晕困扰着许多人。那么头晕是哪儿的毛病,是由什么病引起的呢?下面我们就简单地谈一谈。

● 人体的平衡结构与头晕密切相关

头晕是由多种疾病引起的,不过,无论何种疾病,在引发头晕时都有一定的共同特性,就是保持身体平衡的结构(被称为姿势控制机构或平衡维持机能等)发生异常时出现头晕症状。那么保持身体平衡的结构都有哪些呢?它包括前庭系统、本体感觉系统、视觉系统三个部分,合称为“平衡三联”。其中前庭系统又包括感受人体位置和运动的内耳前庭器官、传导感觉的前庭神经、脑内主管平衡的中枢。

▲ 内耳前庭器官

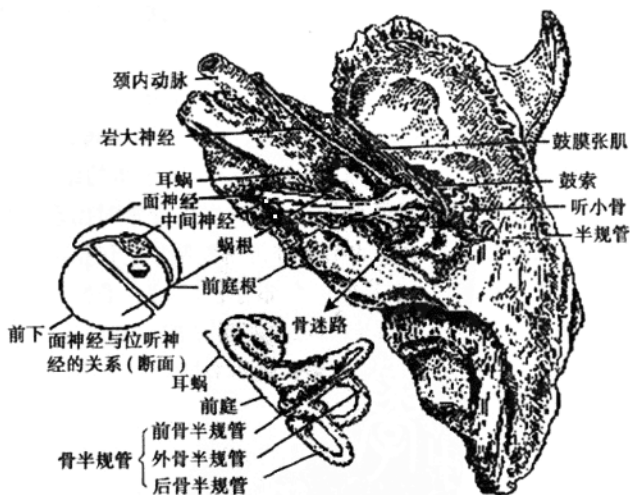
在耳朵的深部,有一个叫内耳的结构,是维持人体平衡的重要器官。内耳的外观像雕刻的工艺品,盘旋曲折形成迷



官状,又称迷路,故内耳的炎症又称迷路炎。内耳又分为半规管和前庭,里面都充满着淋巴液。半规管是三个半圆形的相互垂直又相互沟通的管道。每一半规管的末端膨大称为壶腹,里面有感知头部运动的细胞,叫毛细胞。当人的头部做旋转变速运动时就会使半规管里的淋巴液流动,刺激管理平衡的毛细胞发出信号,沿前庭神经传到大脑,指挥身体维持平衡。

前庭在半规管与耳蜗之间,有卵圆囊和球囊,里面也有分管平衡的感觉细胞——毛细胞和特殊的“小沙粒”,医学上称位觉砂或耳石。每当头部发生轻微的倾斜变化,或人走路忽快忽慢、速度变化时,灵敏的耳石就会刺激毛细胞发出信号,沿前庭神经传到大脑,感觉到身体运动和身体所处位置,维持相应的平衡。

前庭神经主要传导平衡感觉的冲动。这些冲动传入大脑,经过分析后,再协调身体各部的平衡。内耳的结构如图。



内耳的结构示意图



▲ 本体感觉系统

又叫深感觉系统，它使人时时刻刻地了解到自身的姿势、位置及运动范围、幅度，地面倾斜与否等信息也会通过与地面接触的足感知并通过神经传入大脑。

▲ 视觉系统

眼睛是人体的重要视觉器官，通过视觉我们可以认识周围物体的方位，以及本身与外界物体间的关系，它传入的信息对平衡也起重要的作用。

人体的重心一旦发生转移，肢体在运动中的平衡状态立即发生变化，于是视觉、本体觉、前庭平衡觉的感受器纷纷将变化了的信息向中枢神经传入，经过中枢——脑的整合作用，再由运动系统传出适当的动作，在一定范围内纠正偏差，稳定躯体，达到并维持新的平衡。这是一个复杂而精密的过程，任何一个环节出现问题都会导致姿势控制方面的紊乱而发生头晕。

● 什么是头晕

头晕又称眩晕，是指病人对空间定向感觉的主观体会错误（主要是定向感觉障碍或平衡感觉障碍）。病人自觉周围物体旋转或向一侧移动，或觉自身旋转、摇晃、上升或下降等。眩晕还常被说成为天旋地转、晕晕乎乎、头晕眼花。在眩晕出现的同时，常伴有站立不稳、倾倒、恶心、呕吐、眼球震颤、面色苍白、出汗和脉搏、血压的改变。

▲ 头晕分类

根据头晕的发作形式头晕可分为两类，一为旋转性眩晕，又叫真性眩晕，多由前庭神经系统及小脑的功能障碍所致，以倾倒的感觉为主，感到自身晃动或景物旋转。二为一般性眩晕，又叫假性眩晕，多由某些全身性疾病引起，以头昏



的感觉为主,感到头重脚轻,晕晕乎乎,无明确的旋转感。



● 眩晕是怎样得的

头晕是一种常见症状,而不是一个独立的疾病。因此,我们可将引起头晕的疾病进行分类叙述,使大家对头晕有更进一步的了解。

▲ 旋转性眩晕

按其病因可分为周围性眩晕和中枢性眩晕两类。

△周围性眩晕。是指内耳迷路或前庭神经的病变导致的眩晕症。常见于梅尼埃病(曾译美尼尔病)、迷路炎、药物性眩晕(用链霉素或庆大霉素等药后引起的)及前庭神经炎等。

△中枢性眩晕。是指脑干、小脑、大脑及脊髓病变引起的眩晕。常见于脑血管病、椎-基底动脉供血不足、颈椎病、颅内肿瘤、颅内感染、多发性硬化、眩晕性癫痫及外伤性眩晕等。



▲ 一般性眩晕

△心源性眩晕。常见于心律失常、心脏功能不全等。

△肺源性眩晕。可见于各种原因引起的肺功能不全,导致脑缺氧引起头晕。

△眼源性眩晕。常见于屈光不正、眼底动脉硬化、出血及眼肌麻痹等。

△血压性眩晕。高血压或低血压均可引起眩晕。

△其他。贫血、急性发热、胃肠炎、内分泌紊乱及神经官能症等均可引起头晕。

● 得了眩晕病有哪些表现

得了眩晕病,首先,应该确定眩晕是由前庭系统病变还是眼睛病变或本体感觉异常引起的。

▲前庭系统病变引起的眩晕又分为前庭周围性眩晕和前庭中枢性眩晕

△前庭周围性眩晕。一般呈发作性,起病急,眩晕突然发生,而且程度很重。每次发作持续时间较短,数分钟、数小时乃至数天。病人自觉周围物体绕着他旋转,或自身向上、下、左、右摇晃,出现一种运动幻觉。病人为稳定自己不至于摔倒常常牢牢捉住周围物体,如床栏杆、门把手等。如果这时病人还能行走,则显著的偏向一侧,即所谓走斜,有时可突然摔倒。发作过程中,意识清楚,常伴有恶心、呕吐、面色苍白、血压下降、心动过速等症状。常伴有耳鸣或耳聋,检查有眼球震颤(眼球不自主地来回晃动),而且眼震的程度与眩晕的程度一致。前庭中枢性眩晕,眩晕感较轻,常可忍受。发作时间较持续,可达数周、数月,甚至与原发病同始终。病人自觉周围物体旋转或向一侧运动,头重脚轻,犹如醉酒感。可有意识不清、昏迷,恶心、呕吐少见,程度也较轻,多不伴有耳鸣、耳聋



等症状。常有交叉性感觉障碍(一侧面部和对侧躯干的麻木、痛觉减退等)、肢体无力、活动不灵活或想做什么动作时肢体不听使唤。

前庭周围性眩晕均为真性眩晕，一般均有眼震和前庭功能改变。

1. 内耳病变(耳源性眩晕)。除眩晕、眼震和前庭功能改变外，伴有耳鸣和听力减退，多为单侧性。无其他神经系统体征。

(1) 梅尼埃病(美尼尔病)。由迷路积水引起。常因精神紧张、疲劳、受寒等因素诱发。多发生于青壮年，20~40岁，老年少见。发作无定时，可数日至数年犯1次。病前耳内有胀满感，每次眩晕发作突然，持续数分钟至数小时不等，头位改变或睁眼后加重。其临床特征为发作性眩晕、恶心呕吐、耳鸣耳聋和眼球震颤。耳鸣和听力减退时好时坏，但发作越多恢复越差(偶有一次发作后几乎成全聋者)。很多病人平时就有耳鸣，眩晕发作前有时耳鸣格外加重，多为持续性高音调耳鸣，以“呼呼声”为背景，混有尖锐的尖叫声或机器声，发作期耳鸣尤为突出。多有复听(患耳健耳对同一纯音声调感觉不同)和响度重振(怕闹声)。迷路由于多次水肿、缺血、缺氧，功能受到破坏。听力丧失后，眩晕常可终止。

(2) 急性迷路炎。见于中耳炎或迷路手术后。鼓膜穿孔后症状加重。

2. 前庭神经病变。

(1) 药物中毒。见于使用氨基糖甙类抗生素(如链霉素、庆大霉素、卡那霉素等)、苯妥英钠、酒石酸水杨酸等时，因双侧受累，眩晕较轻而平衡失调较重。临床表现主要是自发性眩晕，大多有周围环境颠簸不定的感觉。病人感到头晕、恶



心、行走不稳、步态蹒跚、静卧时好转。这种眩晕是持续性的，常不出现眼球震颤。

(2) 小脑桥脑角肿瘤。如听神经瘤，早期表现为高音调耳鸣，似蝉鸣样，开始为阵发性，后转为持续性，伴有眩晕、进行性耳聋。肿瘤继续发展常常压迫周围组织如V、Ⅵ、Ⅸ、X脑神经和锥体束等引起相应的症状，表现为半个脸麻木、同侧眼裂增大、嘴歪，甚至会出现声音嘶哑、吞咽困难、一侧肢体不听使唤等。

(3) 前庭神经外伤。由颅底或岩骨横行骨折引起，较少见。

3. 前庭神经元炎。多由病毒感染引起，半数病人发病前有上呼吸道感染的症状，有时成小范围流行，故也称流行性眩晕。发病年龄多在20~60岁。其特点是起病急，表现为突发性剧烈眩晕，有旋转性，伴恶心、呕吐，无耳鸣及耳聋症状，短期内反复发作，但痊愈后一般不再重犯，无听力改变，预后好，眩晕在数日到数周内消失。

4. 良性阵发性位置性眩晕。所谓位置性眩晕是指眩晕的发生与头部位置有密切的关系。例如头向左、右或前、后转动时，当头处于某一位置时突然出现眩晕。此病多发生在50岁以上的中老年人。其病因系内耳耳石的病变，其症状是病人在侧卧或半夜翻身时突然出现旋转性眩晕，严重者可伴有恶心、呕吐。多次发作后病人会发现哪一个位置容易引发眩晕，从而尽量避免该头位。多数病人1~2周内眩晕逐渐减轻，直至消失。

△前庭中枢性眩晕。为脑干、小脑或顶颞叶病变引起。常见的病因有以下几种。

1. 脑血管病。如脑动脉硬化、脑干梗死、小脑出血、椎-



基底动脉短暂缺血发作(VB-TIA)等。椎-基底动脉短暂缺血发作引起头晕十分常见,这是由于脑干、内耳及大脑枕叶的视觉中枢、前庭系统的血液全部由该动脉供应,当这一血管发生缺血性病变时必会导致头晕。这种眩晕多因头位改变如头颈部过度屈伸和转动时诱发。眩晕同时伴有闪光、复视、视物变形、颜面和肢体麻木感、头痛、晕厥、猝倒等其他症状。

2. 占位性病变。上述部位的肿瘤、脓肿、结核瘤、寄生虫等,以及其他部位的肿物引起的颅内压增高导致上述脑组织的移位、水肿等,也可引起眩晕。

3. 变性和脱髓鞘疾病。如延髓空洞症、多发性硬化、遗传性共济失调等。

4. 炎症。如脑干脑炎等。

5. 其他。如眩晕性癫痫、偏头痛等。眩晕性癫痫系以眩晕为症状的癫痫发作,起止突然,多为真性眩晕,为时数分钟至数十分钟不等。眩晕发作时,可伴有其他癫痫症状,如意识丧失、精神运动性癫痫、癫痫大发作等,由顶颞叶前庭感觉区病变引起。脑电图可有癫痫性放电表现。抗痉药物可控制发作。

▲ 眼源性眩晕

某些眼睛病变会引起视觉异常,这种异常的冲动传入大脑可导致眩晕。

除视动性(看着快速移动的物体时头晕)和俯视性(从高处向下看时出现头晕)等生理性眩晕外,主要是因为双眼在视网膜上成像不等干扰了视觉定位功能引起。一般为假性眩晕(视动性眩晕例外),在注视外物时加重,闭眼或闭一眼后症状消失。常见于:①屈光异常:角膜病变(炎症、瘢痕、锥形角膜)、晶状体异位和不合适眼镜等。②眼肌病变:眼肌麻痹、



斜视。③视网膜病变:视网膜色素变性、视网膜剥离等。

▲ 本体感觉性眩晕

本体感觉包括位置觉、震动觉。位置觉异常表现为病人不知道自己的肢体摆放位置、自己的姿式以及脚踩在地上不知道地面是否平坦。病变部位在脊髓后索或脑干内侧丘系,导致本体觉传入中断。为假性眩晕,表现为睁眼时头晕不明显,闭眼时明显,夜间行路困难,洗脸时身体不能保持平衡。

▲ 颈性眩晕

是指颈部疾病引起椎-基底动脉供血障碍所致的头晕。我们知道颈椎两侧各有一个横突孔,椎动脉就穿行在这些横突孔当中。随着年龄的增大,颈椎发生退行性变,新生的骨刺会压迫椎动脉;连接上下两个椎体的椎间盘变小,颈椎变短,椎动脉随之变短而扭曲,因而供血减少。另外,颈椎关节炎、局部软组织炎症、外伤刺激颈部的交感神经导致血管收缩,也可引起脑干部供血减少出现头晕。颈性眩晕只有少数单纯表现眩晕,多数都合并不同程度的椎-基底动脉供血不足的症状,如头痛、昏迷、视觉症状(视物成双、视力减退、眼前发黑)。眩晕可表现为摇晃感、旋转感、站立不稳。眩晕多数呈反复发作,多由于头颈旋转、前屈、后伸过度或持续时间长而诱发,头位恢复后头晕多能缓解。

▲ 全身疾患引起的眩晕

与影响了上述神经径路有关,常见疾病如下。

1. 心血管疾患。见于高血压、低血压、体位性低血压、严重心律失常、心肌供血不足、颈动脉窦过敏等。以上各病都是由于影响了脑供血,使脑缺血而发生眩晕。其眩晕的发生与原来的病密切相关。如体位性低血压,平卧位时血压正常,头



也不晕,当突然从卧位或下蹲位站起时,血压下降,不能保证脑部供血而发生眩晕,休息一会儿后头晕消失。

2. 其他。感染、中毒、血液病、代谢障碍(糖尿病、低血糖症、高血脂病)等也可引起眩晕。

▲ 精神性眩晕

又称心因性头晕,是比较常见的一种头晕,是由于精神方面的原因引起的,表现为头昏昏沉沉、头脑不清楚,见于神经衰弱、癔病、焦虑症等。这种头晕症状通常持续时间长,病人申诉总也治不好。常有一些诱因,如交通事故以后、与邻里之间产生麻烦纠纷后等等。此外,精神因素可诱发或影响其他类型眩晕的发作和程度,精神性眩晕可与器质性眩晕同时发生。诊断治疗时应予注意。





诊断头晕需要做哪些检查



头晕的诊断在于明确头晕的原因。病因方面,应着重了解眩晕的性质、诱因和伴发症状,如耳鸣、耳聋、脑干症状和意识障碍等。间歇期应注意有无听力减退、肢体运动异常。尚需了解以前患过哪些疾病,如心血管病、服药史、颅脑外伤史等。有了初步的病因判断后,再进行相应的体检和实验室检查。

● 必要的体格检查

一个头晕病人到医院后,医生会详细询问病史,包括头晕的程度、头晕的形式、有无视物旋转、自身旋转、头晕持续的时间,伴随的其他症状,如耳鸣、耳聋、头痛、走路不稳、肢体的活动情况等,并根据病人提供的情况,进行一些体格检查和仪器检测。所以,到医院之前要了解自己的病情,给医生一个正确资料,这样就可以节约时间和避免做一些不必要的检查。医生常常会遇到这样的病人,说不清自己的病。你问



他：“头晕多长时间了？”他回答：“很长时间了。”你再问：“怎么个晕法？”他说：“晕得厉害”，其他再也问不出来了。这样检查起来就比较麻烦。

▲ 常规检测项目

△测量血压。正常安静状态下血压为(90~139)/(60~89)毫米汞柱，收缩压(高压)超过140毫米汞柱，舒张压(低压)超过90毫米汞柱即可称为高血压，血压过高或血压突然升高可引起头晕。凡血压低于90/(60~50)毫米汞柱称低血压，低血压引起脑供血不足也可致头痛头晕。血压的变化可受多种因素的影响，所以量血压前不要情绪激动、紧张，半小时内禁烟，在安静环境下休息5~10分钟再测，以免测得不准。

△脉搏。正常成人脉搏规则，频率为60~100次/分，平静时多在70~80次/分。如心率超过100次/分称为心动过速，低于60次/分称为心动过缓。心率过快、过慢、心律失常(心跳不规则、早搏、房颤)都可引起脑供血不足致头晕。

△体温。正常腋下温度为36~37℃，超过正常为发热。体温升高可引起脑血管扩张，使脑血流量增多，引起头晕、头昏。

△医生会给病人检查眼睛、耳、鼻、咽、喉、副鼻窦，可发现由头部器官病变引起的头晕。如有无屈光不正、中耳炎等。

△12对颅神经检测。12对颅神经为支配面部感觉和运动的神经，可通过皱额、眼球转动、闭眼、呲牙、伸舌头检查这些神经的功能。这些检查要求病人做很好的配合，这种检查可大致确定脑内病变部位。

△用眼底镜看眼底。医生会和你面对面用特殊的仪器(叫眼底镜)来看眼底的改变，如发现眼底动脉硬化、眼底出血、视乳头水肿，提示头晕与脑动脉硬化、颅内压变化有关。



△通过问病史和查肢体肌力,颈部的软硬度,看头晕是否与中风有关。

△前庭功能检查。前庭的功能是保持躯体平衡,前庭功能检查是查有无平衡障碍,目的是看前庭功能有无受损。它包括昂伯征、误指试验、眼震检查。

(1) 昂伯征。嘱病人两侧足根及足尖并拢站立,双上肢向前平伸,先观察睁眼时的表现,再观察闭目时的表现。如果闭目站立不稳,并向一侧倾斜,是前庭病变。如果睁眼可站稳,闭目后摇晃不定,方向不一,或前或后,则为深感觉性(本体觉)平衡障碍。小脑病变睁眼闭眼都站不稳。检查时应注意嘱咐受检者采取日常普通站立姿态,切勿采用“立正姿势”过分紧张而易致疲劳,因过于疲劳时正常人站立稍久也会发生摇晃。

(2) 误指试验。检查者与病人相对而坐或站立,两人上肢向前平伸,食指接触。令病人抬高伸直的上肢,然后再恢复到水平位,以食指再接触检查者的食指。双手同时进行,先睁眼再闭眼,观察结果。正常人应无偏斜,前庭病变时两侧上肢均向病灶侧偏斜,闭目时更明显。

● 基本的辅助检查

一般的体格检查通常只能为医生提供一些头晕定位诊断方面的信息。定性诊断需要做一些辅助检查,尤其是对一些机能性头晕的诊断,医生往往是比较慎重的,通常要做一些检查排除器质性病变引起的头晕,以免发生由于误诊误治延误了病情的后果。检查方法如下。

▲ 实验室检查

△血、尿常规,血常规可以发现有无感染、贫血。成年男性血红蛋白120~160克/升,女性110~150克/升,低于正常值