

· 老年人脑血管疾病专栏 ·

605例神经内科门诊头晕患者的病因分析

邱峰, 戚晓昆

(海军总医院神经内科, 北京 100048)

【关键词】头晕; 眩晕; 诊断

【中图分类号】R742

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2012.00045

头晕是常见的临床症状, 是各医院门诊就诊的常见症状之一。但在临床的实际工作中对于头晕的诊断很不规范, 缺乏科学性。虽然头晕的病因是多样的, 但因其表现类似, 所以相当一部分医师不能对其病因加以区分, 以致于有时盲目选择多种检查手段, 造成不必要的医疗资源浪费, 同时加重患者的经济负担。因此, 如何根据常见头晕的病因及临床特征, 在日常繁忙的医疗工作中快速进行筛选及诊断就显得尤为重要。我们对综合医院神经内科门诊 605 例头晕患者的病因进行全面筛查, 并进行分析, 旨在提高神经内科医生对头晕的常见病因的理解及诊断与治疗水平。

1 对象与方法

1.1 对象

连续收集 2006 年 10 月至 2010 年 5 月期间在海军总医院神经内科门诊就诊的 605 例头晕患者, 其中男性 287

例 (47.4%)、女性 318 例 (52.6%), 年龄 15~87 岁, 其中 15~30 岁 22 例 (3.6%), 31~50 岁 162 例 (26.8%), 51~70 岁 234 例 (38.7%), 70 岁以上 187 例 (30.9%), 平均年龄 63.7 岁。

1.2 方法

按预先设计的头晕患者调查表记录患者性别、年龄、就诊时间, 详细询问病史, 如头晕诱发因素、与活动及体位关系、症状表现、持续时间、缓解期表现、病程及伴随症状, 合并的相关疾病、缺血性卒中危险因素和家族史; 进行全面的体格检查、神经系统检查、Dix-Hallpike 体位诱发试验。检查前庭功能障碍, 主要采用电测听、脑干诱发电位、前庭功能检查等; 对于后循环缺血患者采用经颅多普勒超声和颈动脉、椎动脉超声检查; 对于可疑中枢病变者, 行头部 CT 和磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 检查。根据病史、临床症状/体征及辅助检查结果确诊 (图 1)。良性阵发性位置性眩晕 (benign paroxysmal

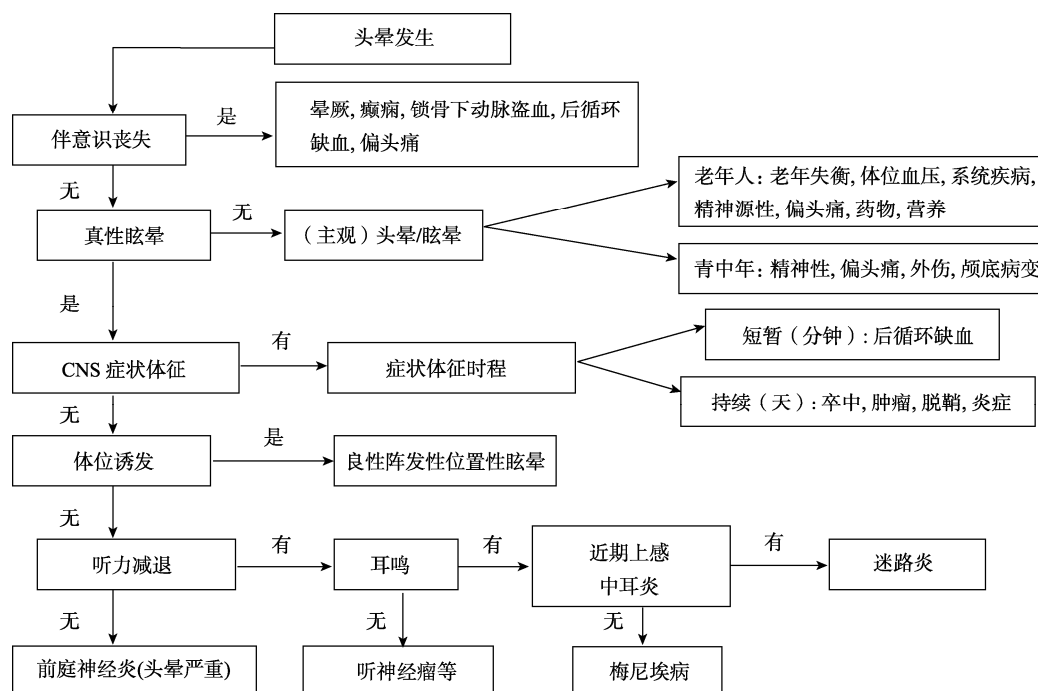


图1 头晕诊断流程图
Figure 1 Diagnosis of dizziness

收稿日期: 2011-08-29; 修回日期: 2012-02-21

通讯作者: 戚晓昆, Tel: 010-66958131, E-mail: bjqk@sina.com

positional vertigo, BPPV)患者进行手法复位,偏头痛以及其他疾病也进行相应的病因或对症治疗,并随访观察疗效以验证诊断。

2 结果

605例头晕患者的病因如下:后循环缺血 (posterior circulation ischemia, PCI) 142例 (23.47%), BPPV 138例 (22.81%), 神经症 120例 (19.83%), 高血压病 120例 (19.83%), 偏头痛 29例 (4.79%), 脱髓鞘病 10例 (1.65%); 其他的病因还包括颈椎病及帕金森病各7例, 老年痴呆6例, 糖尿病、多系统萎缩、癫痫各5例, 脑出血后遗症、中枢神经系统血管炎各3例, 梅尼埃病、一氧化碳中毒迟发脑病、颅内占位、重症肌无力、低血压、肌无力综合征、高脂血症各2例; 突发性耳聋、烟雾病、发作性睡病、颈源性肌紧张头痛、蛛网膜下隙出血、脑外伤综合征、贫血、真性红细胞增多症各1例 (图2)。

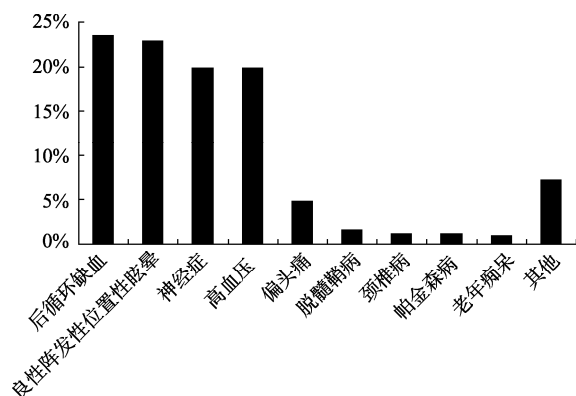


图2 神经内科门诊头晕患者的病因比例
Figure 2 Cause rate of outpatients with dizziness

3 讨论

广义的头晕概念包括头昏、眩晕、晕厥前状态、晕厥、不稳或失衡、头重脚轻感、跌倒。狭义的头晕概念是指头昏、头沉、大脑不清晰感,有的也有头重脚轻、不稳感等^[1]。流行病学对头晕的病因研究发现:长期慢性、持续性头晕的病因主要与精神障碍(如抑郁、焦虑、惊恐、强迫或躯体化障碍)有关。短暂或发作性头晕则与系统疾病(如贫血、感染和发热、低血容量、体位性低血压、糖尿病、药物不良反应等)及环境/调节变化(血压、体位变化)有关^[2]。

本研究发现,神经内科门诊中PCI、BPPV、神经症、高血压病以及偏头痛的发病率依次占据头晕病因前5位。在本研究中PCI占23.47%,是神经内科门诊头晕患者最常见的病因,与国外的研究类似^[3-6]。其起病往往发作比较急,症状持续短暂<24h,多数可持续数分或十余分钟;少数供血不足持续时间可长达数周,与体位变化相关,原因在于椎基底动脉或颈动脉系统的高度狭窄^[7]。症状有头晕、头昏、眩晕、行走不稳、言语含糊、吞咽困难、口周麻木等。以眩晕为主诉的患者,需进行Nylen-Barany或

Dix-Hallpike检查,除外BPPV^[8];对疑为PCI患者应行头颅MRI,特别是扩散加权成像检查^[9];颈椎有关影像检查不是诊断PCI的首选或重要检查,主要用于鉴别诊断;CT血管成像、核磁共振血管成像或数字减影血管造影对颈部及颅内血管病变更有价值,是判断PCI的重要检查。

随着近年来神经内科医生对BPPV的认识不断深入,该病的诊断比例逐年上升,很多研究结论表明,BPPV是眩晕门诊的首要病因,本研究的结论也与国外的研究大致相同,而对于头晕的患者而言,该病是仅次于脑血管病的第二大病因。BPPV的诊断标准为^[8,10-12]:迅速改变的头部位运动或身体姿势变动诱发的短暂眩晕发作,持续时间不足1min,阶段性发作数日、数周甚至数年,可伴轻微头痛、恐惧、恶心及不稳定感等症状,Dix-Hallpike体位诱发试验可引出特征性眼震或眩晕,一般无听力异常或耳部病变,排除PCI,颈椎病和后颅窝肿瘤及其他中枢神经系统或前庭系统功能紊乱疾病,手法复位治疗有效。

神经症所致的头晕常见于更年期前后的女性,多与情绪有关,时间长短不定,有焦虑、抑郁的突出症状,伴失眠、胸闷、无力和不适等躯体症状^[13]。受外界及情绪变化影响大,患者愿意找到客观病因,愿意穷尽检查和药物治疗,进行焦虑、抑郁量表检查不难诊断。

本组研究中高血压病所致的头晕有120例,占19.83%,要注意与头晕所致的自主神经调节不良引起一过性继发性血压升高鉴别^[14],问诊时应了解患者既往是否有高血压病史,发病前是否行血压监测等,以确定头晕是病因还是结果。

偏头痛性头晕占门诊头晕患者的4.79%,该病的诊断主要根据病史,头晕持续时间一般为数分钟至数小时,临床上给予抗偏头痛治疗有效^[15]。但很多临床医生对该疾病缺乏基本的认识,问诊时对患者头晕的持续时间、伴随症状、有无先兆,既往病史缺少详细的了解,导致大量漏诊和误诊。偏头痛性头晕常见的表现为有或无先兆,反复发作自发性眩晕伴恶心,有时可呕吐(吐后症状减轻),畏声、畏光、喜静、烦躁,少数有短暂意识模糊,可有视物模糊;持续1h内(数十秒至数小时),一般经过休息后或睡眠好转;无或有明显头痛,头位变化时头晕加重,无方向性;或有偏头痛史;随年龄出现偏头痛形式的转变;前庭功能检查正常或单侧半规管轻瘫。偏头痛致眩晕的病理生理学还不为人们所完全了解,有人提出两种机制来解释相关神经病学症状产生的原因^[16,17]:(1)血管痉挛所致的局部缺血;(2)感觉输入的异常神经病学处理过程。偏头痛时对听觉和视觉刺激敏感性的增加,曾有假说认为,这与前庭输入敏感性方面有相似的改变。伴有恶心或呕吐、短暂的运动性眩晕而延长的失平衡发作综合征可通过前庭输入及其相关反射的测量值的改变而得到精确的解释。基底动脉偏头痛,现在被称为基底偏头痛,亦被认为可以引起头晕。

以上病例分析可见,头晕病因多样,涉及学科广泛,需对造成头晕的病因的诊断熟练掌握,详细问诊,对患者的既往病史以及发病前后的情况、伴随症状进行细致了

解。头晕病因的确诊主要结合临床表现及症状,详细询问病史,仔细进行神经系统检查和 Dix-Hallpike 体位诱发试验,不能单凭辅助检查进行诊断,同时也不忽视低发生率一些疾病的存在。

【参考文献】

- [1] Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness[J]. Dtsch Arztebl Int, 2008, 105(10): 173-80.
- [2] Bronstein AM, Lempert T, Seemungal BM. Chronic dizziness: a practical approach[J]. Pract Neurol, 2010, 10(3): 129-139.
- [3] Kanzaki J. Clinical standard of neurosurgical disorder (4). Peripheral and central diseases presenting isolated dizziness or vertigo[J]. No Shinkei Geka, 2009, 37(3): 299-308.
- [4] Nakajima M, Hirano T, Uchino M. Patients with acute stroke admitted on the second visit[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2008, 17(6): 382-387.
- [5] Mendel B, Bergenius J, Langius-Eklöf A. Dizziness: A common, troublesome symptom but often treatable[J]. J Vestib Res, 2010, 20(5): 391-398.
- [6] Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach[J]. Am Fam Physician, 2010, 82(4): 361-369.
- [7] Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness[J]. Restor Neurol Neurosci, 2010, 28(1): 83-90.
- [8] Macleod D, McAuley D. Vertigo: clinical assessment and diagnosis[J]. Br J Hosp Med (Lond), 2008, 69(6): 330-334.
- [9] Kim AS, Fullerton HJ, Johnston SC. Risk of vascular events in emergency department patients discharged home with diagnosis of dizziness or vertigo[J]. Ann Emerg Med, 2010, 57(1): 34-41.
- [10] 王维治. 神经病学[M]. 人民卫生出版社, 2006: 203-210.
- [11] Bielińska M, Olszewski J. Results evaluation in cervical vertigo kinesitherapy--preliminary report[J]. Otolaryngol Pol, 2009, 63(7): 24-27.
- [12] Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, *et al.* Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 139(5 Suppl 4): S47-81.
- [13] Montesó Curto MP, Martínez Quintana MV. Co-morbidity during depression[J]. Rev Enferm, 2009, 32(12): 36-39.
- [14] Kerber KA. Vertigo presentations in the emergency department[J]. Semin Neurol, 2009, 29(5): 482-490.
- [15] Teggi R, Caldirola D, Colombo B, *et al.* Dizziness, migrainous vertigo and psychiatric disorders[J]. J Laryngol Otol, 2010, 124(3): 285-290.
- [16] Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of vertigo, migraine and vestibular migraine[J]. J Neurol, 2009, 256(3): 333-338.
- [17] Kawabe K, Ikeda K, Igarashi O, *et al.* Vertigo, dizziness, and syncope in migraine[J]. Headache, 2008, 48(6): 973-974.

(编辑: 任开环)

· 启 事 ·

《中华老年多器官疾病杂志》已由双月刊变为月刊出版, 80 页, 刊物载文量已大幅增加, 稿件处理周期亦将有所缩短, 欢迎广大专家学者踊跃投稿!

地址: 100853 北京市复兴路 28 号, 解放军总医院老年心血管病研究所

100088 北京市西城区德胜门外大街 83 号德胜国际中心 B 座 301 室, 北京中科期刊出版有限公司

电话: 010-66936756; 010-59790736-8087

传真: 010-59790736-8092

电子邮箱: zhldnqg@mode301.cn

在线投稿: <http://www.mode301.cn/ch/author/login.aspx>