

掌握正确的头晕眩晕诊断思路与方法:《眩晕诊治多学科专家共识》解读与启示

李焰生

【摘要】 头晕眩晕是常见临床症状,临床表现复杂,病因多样,因此应掌握正确诊断思路和方法。首先应进行详细的病史询问,了解头晕眩晕发作性质和类型、持续时间、伴随症状及相关病史;其次应进行仔细的神经耳科检查和针对性辅助检查,不加选择的辅助检查并不能有助于诊断。基于上述过程,方可以实现不同前庭综合征(急性、阵发性或慢性)的诊断,再结合诊断标准完成疾病诊断。本文拟结合《眩晕诊治多学科专家共识》,就如何通过病史询问、体格检查和辅助检查建立综合征的诊断并最终完成头晕眩晕病因诊断进行阐述。

【关键词】 头晕; 眩晕; 综合征; 诊断; 综述

Grasp the correct diagnostic approaches and methods of dizziness and vertigo: interpretation and enlightenment from "Multidisciplinary expert consensus of diagnosis and treatment of vertigo"

LI Yan-sheng

Department of Neurology, South Campus, Renji Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 201112, China (Email: lliyans@hotmail.com)

【Abstract】 Dizziness and vertigo are common clinical conditions with complex and overlapped clinical features that caused by various disorders and diseases. Therefore, it is important to grasp the correct diagnostic approaches and methods. First, it is necessary to carry out a careful history inquiry to understand the nature and type, duration, accompanying symptoms and related medical history. The second is to carry out careful neuro-otological examinations and targeted tests. The indiscriminate auxiliary examination does not help the diagnosis. Based on the above process, the diagnosis of different vestibular syndromes (acute, episodic or chronic) can be realized, and the diagnosis of disorders or diseases can be made according to diagnostic criteria. The paper discussed how to make the final diagnosis by inquiry and physical examination, auxiliary examination and syndrome diagnosis on the basis of "Multidisciplinary expert consensus of diagnosis and treatment of vertigo".

【Key words】 Dizziness; Vertigo; Syndrome; Diagnosis; Review

头晕(dizziness)和眩晕(vertigo)是常见临床症状,患病率随年龄的增长而增加,是老年人群就诊的前3位主要原因。然而,头晕和眩晕却不像脑卒中一样是一种独立性疾病,而是多种疾病的表现,多种疾病均可引起头晕和眩晕症状。约12%的头晕和眩晕患者有多种病因,不同病因导致其治疗与预后截然不同。由于头晕和眩晕涉及多学科,可能是许多专科医师未予重视或知识最缺乏部分,且其

病因诊断主要依靠临床表现而非辅助检查,因此,很大部分患者未能得到及时和准确诊断,从而接受不必要检查和无效治疗。2017年,中华医学会神经病学分会组织更新《眩晕诊治多学科专家共识》(以下简称“共识”)^[1],总结近年来国内外在头晕眩晕疾病诊断与治疗领域的新发现和新进展,特别是将常见的眩晕诊断标准和治疗指南进行归纳和推荐,必将对提高我国头晕眩晕疾病诊断与治疗水平和推动我国该领域临床研究发展发挥重要作用,值得广大临床医师,特别是神经科、耳鼻咽喉头颈外科、内科、精神科和全科医师的学习和推广。共识简要列出常见的头晕眩晕疾病诊断与治疗标准,特别适用

doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2018.02.001

作者单位:201112 上海交通大学医学院附属仁济医院南院神经内科,Email:lliyans@hotmail.com

于头晕眩晕专病门诊使用和青年医师学习掌握,值得推荐。本文拟结合共识内容,就如何通过病史询问、体格检查和辅助检查,建立综合症的诊断,并最终完成头晕眩晕病因诊断进行阐述。

一、病史询问

1. 明确头晕眩晕的真实含义 要作出正确诊断,首先要对症状学有明确定义和统一描述。然而,由于地域、文化、语言、专业的不同,不同人群、不同专业人员对头晕眩晕的描述有所不同,而传统的医学教育和临床实践恰将其视为“小节”而“不羁”,将疾病病因和发病机制讲得“头头是道”,却把如何进行症状学分析“一笔带过”,导致许多临床医师知道常见的头晕眩晕疾病,却无法将“眼前的头晕眩晕”与具体疾病联系起来,不知道如何问诊且寄希望于各种辅助检查,最终掉入误诊的陷阱。如共识所言,国内外对头晕眩晕有两种不同的定义和临床实践模式。经典定义是按照1972年Drachman和Hart^[2]的描述,将头晕定义为一组非特异性症状,包括眩晕、晕厥前(presyncope)、失衡(imbalance)和非特异性头重脚轻(lightheadedness)。该定义已约定俗成并长期应用于临床,且为绝大多数临床医师所熟悉并应用。2009年,国际Barany学会参考国际上头痛、睡眠障碍等分类方法^[3],将前庭症状分为眩晕、头晕、前庭-视觉症状和姿势性症状4种类型,再根据发作情况分为自发性和诱发性2种亚型。该分类的优点是,尽可能客观地描述前庭病变导致的症状谱;尚无一种前庭症状具有完全特异性定位或分类学含义;“前庭症状”的定义尽可能是纯粹的现象学,并不参考某种病理生理学理论或特定疾病;无重叠性或层次性,定义更清晰;允许个体同时共存多种症状。临床实践中首先应对患者的症状主诉进行分析,询问“你的头晕(或眩晕)到底是什么意思”或“请详细描述你的头晕”,通过详细的病史询问,明确头晕眩晕主诉究竟为何?是否存在运动幻觉(自身或视景运动)?是否存在视空间定向力异常?是否仅见于直立位(坐位、站位或行走)与维持姿势稳定有关的平衡症状?是否存在晕厥前症状(站立不稳、眼前发花、黑蒙、四肢无力、心慌、出冷汗等)?是否存在非特异性前庭症状(头重脚轻、头昏脑胀、昏沉感等)?通过上述症状学分析,临床医师可以建立较为可靠的诊断指向。通常前庭症状(眩晕、头晕、前庭-视觉症状和姿势性症状)主要由前庭病变所致,神经系统疾病亦可以导致姿势性症

状(周围神经病、脊髓疾病、小脑疾病等)。晕厥前症状多由心血管事件引起,包括低血压、贫血、低血容量、低血糖、严重心律失常等。头重脚轻等非特异性前庭症状则与多种精神障碍、内科疾病和药物不良反应等有关。值得注意的是,临床症状并非与病因一一对应,同一种疾病可以有多种或不同临床症状,而同一种临床症状也可以有不同病因,绝不能简单地认为不同症状就是不同疾病^[4]。

2. 了解症状发作特点和伴随症状 不同头晕眩晕病因不同,其临床表现亦不相同。明确头晕眩晕的含义,并不能直接诊断,这是由于如上文所言,尚无一种前庭症状具有完全特异性定位或分类学含义,“前庭症状”的定义仅是纯粹的现象学,并不指向特异性病理生理学理论或特定疾病,因此尚待进一步了解其他临床特点,包括发病是突然、急性或慢性?病程是发作性[如良性发作性位置性眩晕(BPPV)、前庭发作(VP)、后循环短暂性脑缺血发作(TIA)]或持续性[如前庭神经炎(VN)、后循环缺血性卒中]?症状持续时间是数秒(如良性发作性位置性眩晕、前庭发作、上半规管裂)、数分钟(如后循环短暂性脑缺血发作、前庭发作)、数分钟至数小时[如后循环短暂性脑缺血发作、梅尼埃病(MD)]、数天[如前庭神经炎、突发性感音性聋(SSHL)伴眩晕、后循环缺血性卒中]、数月至数年[持续性姿势性感性头晕(PPPD)]或持续时间不定[如前庭性偏头痛(VM)]?是单发性(如前庭神经炎、后循环缺血性卒中)或复发性(如前庭性偏头痛、梅尼埃病、前庭发作、直立性低血压、惊恐发作)?是自发性(如前庭神经炎、后循环缺血性卒中、梅尼埃病)、位置诱发(如良性发作性位置性眩晕、前庭发作、前庭性偏头痛)或其他(如头部运动、视觉、过度换气、Valsalva动作、声音、直立等)诱发?此外,还应了解头晕眩晕发作时是否伴随其他耳部症状(如耳聋、耳鸣)或神经系统症状(如头痛、复视、构音障碍、脑神经症状、运动感觉异常、共济失调等),这些症状对定位病变具有重要意义。患者合并其他系统疾病,亦可以导致头晕眩晕,尤其多见于老年人群,应进行详细的病史询问,如严重心律失常、心功能衰竭、低血压、贫血、糖尿病、自主神经病变患者易发生直立性头晕,多种神经系统和心血管系统药物均有头晕的不良反应,抑郁、焦虑、躯体障碍患者易发生慢性头晕等。更复杂的情况是,很多患者可能有多种头晕眩晕症状,应通过仔细的病史询问逐一识别,如偏

头痛患者可以发生类似良性发作性位置性眩晕的位置性眩晕,也可以表现为类似梅尼埃病,还可以因共病抑郁和焦虑而出现慢性头晕。

二、体格检查和辅助检查

目前,导致头晕眩晕的常见疾病,如发作性眩晕的最常见病因是良性发作性位置性眩晕,复发性头晕眩晕的最常见病因是前庭性偏头痛和梅尼埃病,慢性头晕的最常见病因是持续性姿势性感知性头晕,尚缺乏客观诊断标记(血液生化、影像学或前庭功能检查),诊断完全依靠临床表现,因此强调体格检查,特别是神经耳科检查。临床医师应掌握常见头晕眩晕疾病的检查方法,如 Dix-Hallpike 试验和 Roll 试验等体位诱发试验可用于良性发作性位置性眩晕的诊断;甩头试验可用于前庭神经炎的诊断;不典型位置性眼震应考虑前庭性偏头痛;对于急性前庭综合征(AVS),甩头-眼震-偏斜视(HINTS)检查用于前庭神经炎与后循环缺血性卒中鉴别诊断的价值优于 MRI。

由于缺乏客观诊断标记,辅助检查应具有针对性,如纯音测听检查用于梅尼埃病的诊断,头部扩散加权成像(DWI)用于后循环缺血性卒中的诊断,结构性影像学检查用于前庭中枢性病变的诊断,冷热试验和视频头脉冲试验(vHIT)用于半规管功能的评价,前庭诱发肌源性电位(VEMP)用于球囊和卵圆囊及其通路功能的评价。辅助检查的主要目的是支持临床诊断和排除其他可能诊断,但决不能是无临床症状而仅依靠辅助检查以提供诊断线索或直接诊断。很多不熟悉头晕眩晕疾病的临床医师所犯的最常见错误即未掌握正确诊断思路,仅依靠辅助检查以提供诊断思路或完成诊断,如发现颈椎骨质增生即诊断为颈椎病,TCD 显示双侧椎动脉血流速度减慢即诊断为椎-基底动脉供血不足,CT 或 MRI 可见腔隙性梗死灶即诊断为多发性腔隙性梗死。研究显示,对头晕眩晕患者不加选择地进行影像学或其他检查,并不能获得可靠的诊断信息^[5]。

三、建立临床综合征的诊断

通过详细的病史询问并结合不同头晕眩晕疾病的临床特点,可以根据发作症状与体征,建立临床综合征的诊断。掌握下述 5 项临床要点,可以诊断 70%~90% 的常见头晕、眩晕或失衡^[6]:(1)发作性位置性眩晕,包括良性发作性位置性眩晕、前庭性偏头痛、少数是中枢性发作性位置性眩晕(CPPV)。(2)自发性复发性头晕眩晕,包括前庭性偏

表 1 急诊前庭综合征循证诊断流程

Table 1. Evidence-based diagnosis and management of acute vestibular syndromes in Emergency Department

| Timing | Trigger | Targeted history/examination | Test/treatment |
|-------------|-------------------------------|---|---|
| EVS | Triggered | Dix-Hallpike (+), typical nystagmus | Canalith repositioning for BPPV |
| | | Dix-Hallpike (+), atypical nystagmus | MRI for posterior fossa lesion, suggesting CPPV |
| | | Dix-Hallpike (-), orthostatic VS (+) | Medical work-up for orthostatic hypotension |
| | | Dix-Hallpike (-), orthostatic VS (-) | Neuro-otology referral |
| Spontaneous | | Typical migraine or MD history, ABCD2 ≤ 3 | Vestibular sedative, neuro-otology referral |
| | | Other typical history (panic, vasovagal) | Follow-up or other referral |
| | | Atypical history or ABCD2 ≥ 4 | Work-up for TIA, arrhythmia, MI, hypoglycemia, CO poisoning |
| AVS | Post-exposure (trauma, toxic) | TBI or whiplash history | CT/CTA for skull fracture, vertebral artery dissection |
| | | Barotraumas or blast history | Otology consult for perilymph fistula |
| | | Toxic history (CO, illicit) | Medical test or treatment |
| | | Medication history (AEDs, gentamicin) | Adjust dose or detoxify |
| Spontaneous | | Peripheral HINTS, no deafness | Vestibular sedative, neuro-otology referral |
| | | Central HINTS or deafness | Neurological work-up (stroke, encephalitis, WD) |
| | | No nystagmus | Medical work-up or neurological work-up |

+, positive, 阳性; -, negative, 阴性。EVS, episodic vestibular syndrome, 阵发性前庭综合征; AVS, acute vestibular syndrome, 急性前庭综合征; VS, vestibular syndrome, 前庭综合征; BPPV, benign paroxysmal positional vertigo, 良性发作性位置性眩晕; CPPV, central paroxysmal positional vertigo, 中枢性发作性位置性眩晕; MD, Ménière's disease, 梅尼埃病; ABCD2, A, age, 年龄, B, blood pressure, 血压, C, clinical feature, 临床特征, D2, duration and diabetes, 症状持续时间和糖尿病病史; TIA, transient ischemic attack, 短暂性脑缺血发作; MI, myocardial infarction, 心肌梗死; CO, carbonic oxide, 一氧化碳; AEDs, antiepileptic drugs, 抗癫痫药物; HINTS, head impulse, nystagmus, test of skew, 甩头-眼震-偏斜视; WD, Wernicke's disease, Wernicke 病

头痛和梅尼埃病。(3)持续性旋转性眩晕,包括前庭神经炎、脑卒中、中枢神经系统肿瘤、中枢神经系统脱髓鞘病变。(4)频繁的头晕和(或)失衡,包括前庭发作和惊恐焦虑。(5)无其他神经系统症状失衡,包括持续性姿势性感知性头晕、双侧前庭病(BVP)等。

2015 年,国际 Barany 学会将前庭功能障碍分类分为 3 层^[7]:首先是症状与体征;其次是急性前庭综合征、阵发性前庭综合征(EVS)和慢性前庭综合征(CVS);再次是各种疾病的诊断,有条件者可以进行病因和机制诊断。依据此诊断思路,有学者提出循证诊断流程,适用于急诊对前庭综合征患者进行有效诊断和处理^[8](表 1)。

四、存在问题与注意点

在学习掌握和临床应用共识时,还应注意以下情况:(1)尽管共识认可并推荐国际 Barany 学会的前庭功能障碍分类标准^[3],但该分类标准在临床实践中的可靠性和实用性尚待更多检验。分类标准中“头晕”的定义令人费解和难以操作,国际上遵循的比例亦不高,亟待开展大样本临床研究的验证。同时,阅读文献和学术交流时应谨慎,避免“鸡同鸭讲”。(2)共识限于字数,未能对所列疾病的治疗予以更详细的介绍,特别是缺乏对治疗的循证推荐,需要读者进行更多针对性地阅读。(3)共识对某些诊断概念尚不一致,并罗列出国际上多年未使用(如椎-基底动脉供血不足)或逐渐淘汰(如颈性头晕)的概念和术语,读者应注意批评性地阅读。

随着疾病谱的变化,因头晕眩晕就诊的患者越来越多,所谓的“不明原因”头晕眩晕患者也逐渐增多,因此,需要越来越多的临床医师予以关注,医院建立多学科协作和头晕眩晕专病门诊也是提高诊断与治疗水平的重要措施。在我国,尽早开展大样本临床研究(队列研究、病例对照研究、随机对照试验)的需求极为迫切,特别是关于国际已淘汰而国内仍广泛使用的疾病名称(如椎-基底动脉供血不足和颈性头晕)和常见疾病(如前庭性偏头痛、前庭神经炎、突发性感音性聋伴眩晕)的药物治疗。我国头晕眩晕患者众多、疾病诊断并不需要特殊辅助检

查,开展临床研究的条件已经具备,唯一缺乏的是理念和态度,值得深思。

参 考 文 献

- [1] Chinese Society of Neurology, Chinese Medical Association, Editorial Board of Chinese Journal of Neurology. Multidisciplinary expert consensus of diagnosis and treatment of vertigo[J]. Zhonghua Shen Jing Ke Za Zhi, 2017, 50:805-812. [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,2017,50:805-812.]
- [2] Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient[J]. Neurology, 1972, 22:323-334.
- [3] Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders[J]. J Vestib Res, 2009, 12: 1-13.
- [4] Li YS. The correct diagnosis of dizziness is based on basic clinical skills[J]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi, 2009, 48:700-701. [李焰生.头晕正确诊断的基础来自临床基本功[J].中华内科杂志,2009,48:700-701.]
- [5] Colledge N, Lewis S, Mead G, Sellar R, Wardlaw J, Wilson J. Magnetic resonance brain imaging in people with dizziness: a comparison with non-dizzy people [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002, 72:587-589.
- [6] Brandt T, Strupp M, Dieterich M. Five keys for diagnosing most vertigo, dizziness, and imbalance syndromes: an expert opinion [J]. J Neurol, 2014, 261:269-231.
- [7] Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders [J]. Neurol Clin, 2015, 33:541-550.
- [8] Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo [J]. Neurol Clin, 2015, 33:577-599.

(收稿日期:2017-12-25)

欢迎订阅 2018 年《中国现代神经疾病杂志》

《中国现代神经疾病杂志》为国家卫生和计划生育委员会主管、中国医师协会主办的神经病学类专业期刊。办刊宗旨为:理论与实践相结合、普及与提高相结合,充分反映我国神经内外科临床科研工作重大进展,促进国内外学术交流。所设栏目包括述评、专论、流行病学调查研究、应用神经解剖学、神经影像学、循证神经病学、基础研究、临床研究、临床病理报告、综述、病例报告、临床病理(例)讨论、新技术新方法、临床医学图像等。

《中国现代神经疾病杂志》为国家科技部中国科技论文统计源期刊,国内外公开发行。中国标准连续出版物号:ISSN 1672-6731;CN 12-1363/R。国际大 16 开型,彩色插图,48 页,月刊,每月 25 日出版。每期定价 15 元,全年 12 册共计 180 元。2018 年仍由邮政局发行,邮发代号:6-182。请向全国各地邮政局订阅,亦可直接向编辑部订阅(免邮寄费)。

编辑部地址:天津市津南区吉兆路 6 号天津市环湖医院 A 座二楼西区,邮政编码:300350。

联系电话:(022)59065611,59065612;传真:(022)59065631。网址:www.xdjb.org(中文),www.cjcn.org(英文)。