

## 浅谈如何接诊“眩晕 120”：前庭神经炎急救一例

肖本杰 毕涌

【关键词】 前庭神经炎； 眩晕； 急救； 卒中； 病例报告

【Key words】 Vestibular neuritis; Vertigo; First aid; Stroke; Case reports

### Talk shallowly about how to treat "Vertigo 120": one case report about emergency treatment of vestibular neuritis

XIAO Ben-jie, BI Yong

Department of Neurology, Shanghai Fourth People's Hospital Affiliated to Tongji University School of Medicine, Shanghai 200433, China

Corresponding author: BI Yong (Email: aflame@126.com)

Conflicts of interest: none declared

患者 男性, 56 岁。因突发眩晕伴恶心、呕吐 3.50 小时, 于 2018 年 12 月 7 日入院。患者 12 月 7 日午后驾车途中突发眩晕, 伴频繁恶心、呕吐、出冷汗及疲乏无力, 自诉呈“濒死感”, 头转动时眩晕加重, 平卧、闭眼休息时有所缓解。持续约 1 小时仍未缓解, 遂至当地医院就诊, 头部 CT 平扫无明显异常, 因无法排除急性脑梗死可能, 故建议转诊, 由“120”转至我院神经内科急诊。患者既往无类似发作史, 否认高血压、糖尿病、冠心病、房颤等病史, 否认头痛、家族遗传性疾病、晕动症、耳科疾病或药物过敏史, 否认外伤及手术史。个人史及家族史无特殊。

诊断与治疗过程 急诊体格检查: 体温 36.5 °C, 脉搏 78 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 124/68 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 双肺呼吸音清, 心律齐, 腹部平软; 双下肢无浮肿。神志清晰, 头偏向左侧, 查体合作, 反应略迟钝, 声音低沉, 言语清晰流利, 对答切题; 双眼视力正常, 双侧瞳孔等大、等圆, 直径约 3 mm, 对光反射灵敏, 眼球各向活动充分, 可见自发性、向右、水平略带旋转眼震, 改变凝视方向后眼震方向不变。左侧甩头试验(HIT)阳性, 音叉检查双耳听力正常。双侧额纹对称, 双侧鼻唇沟对称,

伸舌居中。四肢肌力 5 级, 肌张力正常。双侧指鼻试验、跟-膝-胫试验稳准, 四肢深浅感觉未见明显异常, 双侧腱反射存在。双侧病理征未引出, 脑膜刺激征阴性。实验室检查: 血常规、凝血功能、肝肾功能、血糖、电解质、心肌酶谱等指标正常。心电图检查未见异常。影像学检查: 头部 CT 平扫、DWI 和 PWI 均无异常发现。遂开启多学科诊疗模式, 耳鼻喉咽喉头颈外科会诊: 双侧纯音电测听对称、耳声发射正常; 眼震电图(变温试验)提示左侧前庭功能明显减退。临床诊断为前庭神经炎(左侧上支), 予地塞米松 5 mg/d 静脉滴注, 1 周后改为地塞米松(规格: 0.75 mg/片) 1.50 mg/次(2 次/d)口服并每 5 天序贯减量 0.75 mg 至停药, 及甲磺酸倍他司汀 12 mg/次(3 次/d)口服, 同时辅以前庭康复训练, 治疗 1 周后眩晕症状明显减轻, 未见自发性眼震, 但右侧凝视时仍可见水平眼震, 左侧甩头试验仍阳性, 共住院 10 天, 出院时可直线行走, 转身时有失平衡感, 嘱患者出院后继续进行前庭康复训练和服用甲磺酸倍他司汀, 剂量同前。3 周后门诊随访, 右侧凝视时眼震减弱, 甩头试验仍阳性, 未复查 MRI。

### 讨 论

“眩晕 120”即“眩晕急救”, 指急诊就医需即刻处理的急性眩晕患者, 因明显不适和紧张无法自行来院, 需借助“120”救护车送至急诊。患者入院后, 急诊医师的首要任务就是快速甄别良性眩晕或因

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2020.12.015

作者单位: 200433 同济大学附属上海市第四人民医院  
神经内科

通讯作者: 毕涌, Email: aflame@126.com

后循环急性缺血性卒中所致恶性眩晕<sup>[1]</sup>,特别是以急性前庭综合征(AVS)为主要表现的眩晕,以争取最佳治疗时间<sup>[2]</sup>。

急性前庭综合征包括两种情况:一种不伴听力异常,主要病因为前庭神经炎或小脑后下动脉梗死;另一种则伴明显听力减退,病因多与突发性耳聋伴眩晕或小脑前下动脉梗死有关<sup>[3]</sup>。对于怀疑急性前庭综合征的患者,只要满足以下条件即可确诊:单相病程、呈急性病程、持续性眩晕和(或)头晕或不稳症状数天至数周( $\geq 24$ 小时)<sup>[4]</sup>。其次,在未完成或无条件即刻完成头部MRI检查时,采用由甩头试验、眼震方向(nystagmus direction)和偏斜测试(testing skew)组成的规范化床旁查体组合(HINTS),快速对急性前庭综合征进行诊断与鉴别诊断,方法简便并行有效<sup>[3]</sup>。通过HINTS筛查后循环缺血性卒中所致急性前庭综合征的灵敏度为95.5%、特异度71.2%<sup>[5]</sup>。引起急性前庭综合征的病因可分为中枢性和外周性两种,凡临床表现有垂直性眼震、单纯水平性眼震,或眼震可随凝视方向改变而改变的急性前庭综合征,其病因主要与前庭中枢系统病变有关;而眼震方向不随凝视方向而改变,且水平方向眼震伴扭转形式者,则多为前庭外周性病变所致。对于高龄并存在脑卒中危险因素的患者,若甩头试验呈阴性,首先考虑小脑后下动脉梗死所致,此类患者在疾病超早期,头部MRI可无异常发现,因此复查MRI十分必要。然而,对于单侧甩头试验阳性,表现为非中枢性眼震且不伴听力障碍的急性前庭综合征患者,更倾向于前庭神经炎的诊断而非小脑损害。偏斜测试包括头偏斜、眼偏斜、眼球共轭扭转,无论中枢性或外周性前庭综合征,偏斜测试均可呈阳性,与外周性患者相比,中枢性患者偏斜测试阳性更为多见且偏斜时间更持久,其中头眼偏斜在前庭外周性或延髓病变患者中常表现为偏向患侧,而脑桥和中脑病变则偏向健侧;偏斜幅度高的眼球反向偏斜者主要见于前庭中枢性病变,由于前庭神经炎是支配椭圆囊的前庭上神经受累,其偏斜幅度低且不易发现,故反向偏斜在前庭神经炎病例中较少见<sup>[3]</sup>。对于伴听力下降的急性前庭综合征患者,HINTS的鉴别作用有限,而即刻头部MRI检查,以及与耳科联合诊治十分必要。

前庭神经炎是急性前庭综合征最为常见的病因,年发病率约3.5/10万,可有前驱感染史,临床症状以持续性眩晕、频繁呕吐为主,大多症状严重,体

格检查时无需扶持即可自行站立或直坐<sup>[3,6]</sup>。有4%~15%的急性前庭综合征与急性缺血性卒中有关系,小脑病变为常见诱发因素,其次是脑干<sup>[4,7]</sup>;由于脑干病灶少见且仅表现为孤立性眩晕,较易与前庭神经炎鉴别,而由小脑卒中引起的临床表现则易与前庭神经炎相混淆,需注意鉴别诊断;一般小脑损害主要影响平衡功能,多表现为阔基步态、不能独立直坐或站立,而眩晕、呕吐等前庭症状并不十分明显,此为小脑病变与前庭神经炎的鉴别特点。

本文病例为中年男性,表现为单次急性发作性眩晕伴严重恶心、呕吐,无耳聋,甩头试验阳性,高度提示前庭神经炎所诱发的前庭神经综合征。急诊入院后,头部MRI未见异常,排除中枢神经系统病变,其他辅助检查提示左侧前庭功能减退,支持前庭神经炎诊断<sup>[6,8]</sup>。该患者能够及时明确诊断与鉴别诊断,主要得益于急诊医师对HINTS等体格检查方法的熟练运用和病史详尽。总之,“眩晕120”接诊的前庭综合征病例大部分为良性眩晕,仅部分为后循环急性缺血性卒中所需及时规范诊治的前庭神经炎致恶性眩晕,急诊医师规范应用HINTS查体组合,同时结合必要的影像学检查进行鉴别,即可减少误诊或漏诊<sup>[7]</sup>。虽然本文病例通过“眩晕急救”获得了良好的治疗效果,但笔者认为接诊医师对前庭功能损害的评估尚不尽完善。虽然根据HINTS查体、眼震电图等检查结果最终明确为前庭上神经损害,但就规范化诊断流程而言,HINTS查体和眼震电图均仅为针对水平半规管病变的检查措施,难以评估前后半规管功能及前庭下神经病变或损害,对此不足有待今后的临床实践加以完善。

利益冲突 无

#### 参 考 文 献

- [1] Gurley KL, Edlow JA. Acute dizziness[J]. Semin Neurol, 2019, 39:27-40.
- [2] Eagles D, Stiell IG, Clement CM, Brehaut J, Kelly AM, Mason S, Kellermann A, Perry JJ. International survey of emergency physicians' priorities for clinical decision rules[J]. Acad Emerg Med, 2008, 15:177-182.
- [3] Kattah JC. Use of HINTS in the acute vestibular syndrome: an overview[J]. Stroke Vasc Neurol, 2018, 3:190-196.
- [4] Dommaraju S, Perera E. An approach to vertigo in general practice[J]. Aust Fam Physician, 2016, 45:190-194.
- [5] Krishnan K, Bassilious K, Eriksen E, Bath PM, Sprigg N, Brækken SK, Ihle-Hansen H, Horn MA, Sandset EC. Posterior circulation stroke diagnosis using HINTS in patients presenting with acute vestibular syndrome: a systematic review [J]. Eur Stroke J, 2019, 4:233-239.
- [6] Le TN, Westerberg BD, Lea J. Vestibular neuritis: recent

advances in etiology, diagnostic evaluation, and treatment [J]. Adv Otorhinolaryngol, 2019, 82:87-92.

- [7] Choi KD, Kim JS. Vascular vertigo: updates [J]. J Neurol, 2019, 266:1835-1843.
- [8] Neurology Branch of Chinese Medical Association; Editorial Board of Chinese Journal of Neurology. Multidisciplinary expert consensus on 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.]

(收稿日期: 2020-12-11)

(本文编辑: 袁云)

**【点评】** 急性前庭综合征(AVS)是指突发性、急性、持续性(>24小时)眩晕,病程中伴明显恶心、呕吐和头运动不耐受。相当一部分急性前庭综合征患者会因突发而急诊,占急诊头晕患者的15%~20%。目前虽然针对眩晕尚缺乏高质量的研究证据,但我国绝大多数医师的临床经验已提示急诊头晕、眩晕病例较多,尤其是急性前庭综合征患者。然而,由于缺乏规范化诊断流程与标准,不同医疗中心急诊对急性前庭综合征的诊治仍处于比较随意的状态。一方面,由于不能及时识别“恶性急性前庭综合征”,即可能由急性缺血性卒中或其他占位性病变所导致的严重情况,使许多患者因被疑为缺血性卒中或后循环缺血或椎-基底动脉供血不足,而接受各种不必要的检查和非针对性治疗,造成无效治疗和医疗资源浪费;另一方面,是真正的“恶性急性前庭综合征”未被及时识别(包括MRI检查阴性)使患者不能及时接受有效治疗如静脉溶栓、抗血小板治疗等,病情恶化或加重,甚至导致死亡。因此,在繁忙的临床实践中,如何从“眩晕120”患者中及时识别可能的“恶性急性前庭综合征”病例,具有极为重要的临床意义。本文病例临床表现极具典型性,作者按照目前国际上推荐的规范检查方法,第一时间排除了“恶性急性前庭综合征”可能,确诊为急诊极为常见的急性前庭综合征——前庭神经炎为其诱发原因,经循证治疗,使患者获得良好结局。学习此例,我们可以得到以下经验和启发:(1)掌握急性前庭综合征患者的问诊技巧。虽然“眩晕120”患者症状严重,有明显不适,患者及其家属十分紧张,但急诊医师须保持清醒的头脑并从容应对,仔细了解现病史(发病前驱情况、发病时间与形式、症状性质及程度、伴随症状、可能的诱发加重因素等)和重要的个人史(头晕眩晕史、偏头痛史、各种血管性危险因素、其他重要疾病史、服药史等)。此时,脑卒中风险评估(如使用ABCD量表)对

进一步诊断与鉴别诊断有很大的帮助。(2)掌握急性前庭综合征患者的体格检查技巧。急诊医师应掌握规范化的体格检查程序,其诊断意义远大于各种辅助检查,切勿成为“只会开检查单的店小二”!这些检查项目包括简要的系统检查和详细的神经耳科检查,尤其是眼球运动(眼位、眼球各方向运动、复视、自发或诱发眼震)、听力、共济运动。自2009年HINTS“套餐”检查验证的临床研究成果发表以来,该项检查“套餐”已被大量临床研究和实践所证实,其敏感性和特异性均优于MRI。经HINTS“套餐”检查排除前庭周围性病变后,即应及时进行头部MRI检查,同时还应注意约15%的患者在发病早期(<48小时)DWI可能呈阴性的特点,坚持复查,避免漏诊。本文作者在文中提供了一些具有临床意义的经验,如小脑卒中患者通常有明显的躯干共济失调症状,患者难以在无帮助或扶持下坐稳(双上臂抱于胸前,能坐稳而不倾倒)和行走(直线行走和Romberg征阳性),而前庭神经炎患者,虽然大多不能配合该项检查,但通常可完成上述检查。(3)掌握急诊头晕和(或)眩晕诊断流程。传统教科书一般建议对头晕和(或)眩晕患者进行前庭周围性/中枢性病因分类,然而该分类方法只是“纸上谈兵”,缺乏临床可操作性。更为实用的建议,是依据病史、病程分为急性、阵发性及慢性前庭综合征,再依据症状特征、诱发因素、伴随症状、发作持续时间,按照常见疾病诊断标准进行诊断,即先明确症状特点,再确定临床综合征,最后按照标准进行诊断。

(上海交通大学医学院附属仁济医院神经内科 李焰生教授)

**【点评】** 大多数头晕或眩晕患者均就诊于各医疗中心的急诊,发病时患者及其家属精神比较紧张,在这种情况下急诊医师如何积极接诊“眩晕120”,快速甄别良恶性眩晕并将患者分诊至相应科室接受恰当的诊治,既是临床技能的锻炼也是减少误诊或漏诊的重要措施。本文作者对病史叙述精炼、重点突出、体格检查与辅助检查项目详尽、诊断证据确凿、治疗措施完善,讨论部分通过引用近年文献对急性前庭综合征的发病机制和理论、诊断环节、鉴别诊断要点进行分析和归纳,深入浅出,层次分明,并对本文病例进行具体说明,有理有据,且对接诊经验进行恰当总结,为一篇优秀的病例报告。

(复旦大学附属华山医院耳鼻咽喉头颈外科 蔺林教授)