

· 专家共识 ·

眩晕急诊诊断与治疗专家共识

中国医药教育协会眩晕专业委员会 中国医师协会急诊医师分会

眩晕是因机体对空间定位障碍而产生的一种运动性或位置性错觉。据统计以眩晕为主诉者在神经内科门诊中约占 5%~10%，住院病例中约占 6.7%，在耳鼻咽喉科门诊中约占 7%。眩晕可由眼、本体感觉或前庭系统疾病引起，也可以由心血管疾病、脑血管疾病、贫血、中毒、内分泌疾病及心理疾病引起，它涉及多个学科，患者有明显的外物或自身旋转感，常伴有恶心、呕吐，常突然发病并伴有明显的恐惧感，而就诊于急诊^[1-5]。本文从中枢性眩晕和周围性眩晕及精神心理性眩晕三方面介绍其常见疾病的临床表现及基本诊治原则，旨在使急诊医生能够鉴别眩晕的病因，并及时准确地进行有效处理或转诊相关亚专科，使患者能够得到及时有效的救治。

1 眩晕的分类及处理原则

1.1 周围性眩晕^[7-8]

周围性眩晕（外周性）眩晕是指由于前庭神经末梢感受器（球囊、椭圆囊、半规管）、前庭神经或前庭神经节病变引发的眩晕，一般认为，是在前庭神经核团以下的前庭通路病变。根据流行病学研究结果，常见疾病包括良性阵发性位置性眩晕（耳石症）、梅尼埃病、前庭神经炎，少见疾病包括和中耳病变相关的疾病。

1.1.1 常见外周眩晕 (1) 良性阵发性位置性眩晕 (benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)^[9]。病史中患者出现短暂的、有头位方向性变动相关的眩晕，伴有眼球震颤。通过特殊的位置性试验检查，可以发现特异性眼球震颤，通过特异性手法复位治疗，大多患者眩晕和眼球震颤消失。大多无耳聋、耳鸣症状。

(2) 梅尼埃病^[10]。病史中患者出现发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣和耳胀满感四联症表现，大多单耳发病，排除其他眩晕疾病后，镇静、利尿等药物治疗有效。

(3) 前庭神经炎^[7-8,11]。上呼吸道感染史，患者发作性眩晕症状重，有时伴有剧烈眼球震颤；具有自限性，激素治疗有效，建议康复训练，不建议抗病毒药物治疗。

(4) 中耳相关的疾病^[7-8,13]。

中耳炎：(1) 分泌性中耳炎，有上呼吸道感染史或航空史，伴有耳聋、耳鸣、耳痛，检查发现中耳积液；(2) 化脓性中耳炎，有反复患耳流脓病史，检查发现患耳鼓膜穿孔或外耳道、鼓室内有脓性分泌物，合并迷路瘘管、迷路炎、乳突炎时，出现眩晕和眼球震颤。此时应警惕脑膜炎、小脑脓肿等颅内感染，尤其反复流脓患者，突然流脓症状减轻或消失，并出现头痛、发热时眩晕症状加重。

耳硬化症：一般为双耳进行性“加重的”耳聋、耳鸣、头晕，耳镜检查：双耳鼓膜多表现为正常，可以有 Schwartze 征，听力多表现为传导性耳聋，骨导听力可有 Carhart 切迹，随病情发展可表现为混合性聋或神经性聋。

上半规管裂：耳聋、耳鸣、听觉过敏，Tullio 现象。耳镜检查阴性，听力检查为传导性耳聋，颞骨 CT 有阳性特征性表现。

(5) 突发性聋伴眩晕^[13-14]。突发性聋伴发的眩晕可以表现为前庭功能正常或低下，部分患者可以表现为 BPPV，且耳蜗症状一般早于前庭症状出现。

1.1.2 周围性眩晕急诊处理原则^[7-8,15] 对于首次就诊的周围性眩晕患者建议对症治疗，可以短期使用前庭抑制剂，控制眩晕症状后，进一步检查，确诊或会诊；剧烈呕吐的患者，可以止吐治疗，常用药物有眩晕停、乘晕宁、胃复安、非那根等。对于有反复发作病史的患者，既往已有明确诊断，根据病因进行有针对性的治疗：良性阵发性位置性眩晕建议手法复位治疗；梅尼埃病选择药物治疗参见“梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)”^[10]；前庭神经炎患者可以激素和止晕药治疗；中耳炎患者请耳鼻喉科医生会诊，一旦发现化脓性中耳炎合并颅外、颅内并发症，急诊行外科手术治疗。

1.2 中枢性眩晕^[7-8, 16-18]

中枢性眩晕是中枢前庭通路病变导致的。中枢前庭通路包括从前庭核团开始，到动眼神经核，中脑的整合中枢，前庭小脑、丘脑以及颞顶叶的多感觉前庭皮层区。

1.2.1 中枢性眩晕的病因和临床症状 中枢性眩晕病因比较复杂，如血管病（包括脑梗死和脑出血等）、外伤、炎症、脱髓鞘疾病、中毒、神经变性病以及肿瘤等。常见症状包括眩晕、恶心、呕吐，以及其他脑干的症状与体征，比如

吞咽障碍、共济失调、眼球震颤、眼动神经麻痹、视野缺损、突然发病的感音神经性听力减退、肢体或颅神经无力或感觉障碍、下肢病理征阳性、意识障碍甚至晕厥等等。不合并脑干小脑疾病相关症状而以孤立性眩晕为临床表现的中枢性眩晕很少见，但临床上最容易漏诊，一旦漏诊，后果凶险，急诊眩晕疾病鉴别中需要格外重视。

1.2.2 中枢性眩晕的辅助检查 在急诊科，临床怀疑中枢性眩晕者应该立即进行头颅 CT 检查。头颅 CT 能够排除脑出血、蛛网膜下腔出血（少数以眩晕起病）、部分脑梗死和肿瘤等。怀疑后循环缺血者应尽快完善头核磁共振弥散加权成像 (MRI+DWI) 以及磁共振血管造影 (MRA) 或 CT 血管造影 (CTA) 或数字减影技术血管造影 (DSA)，如果没有条件可以暂时行经颅三维多普勒替代。其他检查包括血脂血糖，电解质，毒物筛查，以及脑血管病的相关检查等。必要时腰椎穿刺脑脊液检查，排查炎症或脱髓鞘性疾病等。

1.2.3 中枢性眩晕的处理 除了对症治疗，中枢性眩晕的处理原则为针对病因治疗。炎症和脱髓鞘疾病应考虑给予糖皮质激素，免疫球蛋白，抗生素等治疗；肿瘤需要请神经外科协助诊治；脑出血应管控血压，降颅内压，存在三、四脑室梗阻者应脑室外引流，小脑出血可以考虑外科清除血肿。后循环缺血是常见中枢性眩晕的病因，改善脑血循环的药物如天麻素（天眩清）、银杏叶制剂、倍他司汀等药物有助于改善患者症状。急诊科医生一旦怀疑患者为后循环缺血，应该高度重视，并交由神经内科医生处理。作为接诊的急诊科医生首先应该重视此类患者的气道管理，维持气道通畅，防止误吸。其他治疗方案一般包括静脉溶栓、血管内取栓、支架植入手术、抗栓、他汀类用药、扩容等，大面积小脑梗死者可以考虑去骨瓣减压治疗。

1.3 精神疾患相关性眩晕^[19-22]

精神疾患相关的眩晕/头晕是一个不断更新的概念，曾有不同的命名，如恐惧性姿势性眩晕，视觉性眩晕，持续性位置感觉性头晕，近年来更多称为慢性主观性头晕。其特征以慢性非旋转性头晕为主要表现形式，亦可表现为不为外人觉察的主观不稳感，同时对运动刺激敏感性增高，不能耐受精细视觉或复杂的视觉刺激，前庭功能检查没有代偿不全的证据，患者通常有易患的人格特质，如敏感、焦虑、情绪不稳定、神经质。部分患者有精神疾患的家族史以及可问及的心理应激因素。精神疾患相关性眩晕/头晕的诊断，要建立在充分的病史询问、查体及辅助检查的基础上，排除中枢性眩晕、周围性眩晕及全身系统性疾病后，方可慎重作出诊断。

常见精神心理性眩晕（诊断标准参考附录）以头晕/眩晕为主诉的精神疾病包括惊恐障碍、躯体形式障碍、广

泛性焦虑障碍、抑郁症、精神分裂症、强迫症等。

(1) 惊恐障碍。患者表现惊恐发作时多首诊急诊，其他类型的精神疾病多有慢性长期头晕/眩晕的症状，症状反复波动，急诊就诊较少。惊恐发作是指在日常生活中无特殊的恐怖性处境时，突然感到突如其来的惊恐体验，强烈的紧张、恐惧、难以忍受的不适感、失控感。伴有心悸、呼吸困难、头晕、窒息感、濒死感，以及显著的自主神经症状。惊恐发作可以见于焦虑障碍的患者，也见于精神分裂症、强迫症、抑郁症等其他精神疾病，也可见于甲亢、低血糖、心脏疾病等躯体疾病，应注意鉴别。精神疾病导致的惊恐发作常起病急骤，突发突止，症状 10 min 达高峰，发作很少超过 1 h，可自行缓解。反复的惊恐发作（1 个月内至少 3 次），具有不可预测性，缓解期如常，排除其他疾病后可以诊断为惊恐障碍，又称急性焦虑发作，是一种以反复发作的惊恐发作为主要原发症状的焦虑障碍。

(2) 惊恐发作的处理。静脉缓慢注射地西洋或口服阿普唑仑、氯硝安定、劳拉西泮可以缓解急性症状。过度换气的患者，可以把纸卷卷成桶状罩住口鼻，减少过度换气导致的碱中毒。后续维持治疗可以转诊精神专科处理进行长期抗焦虑治疗。

1.4 全身疾患导致的眩晕

根据目前的认识，可以导致眩晕的全身疾病包括：脑血管疾病、脑肿瘤、心血管疾病、内分泌疾病、血液病、肾脏疾病等。对于全身疾患导致的眩晕，其原因需要具体分析。比如脑血管疾病导致的眩晕需要着重注后循环问题，而内分泌疾病、血液病和肾脏疾病导致眩晕的病因并不清楚。

1.5 原因不明

原因不明是相对的概念。可能是非眩晕专科医生认识的不足，也可能是疾病在某一阶段，尤其是早期，或者是眩晕专业的发展水平，对于患者的病症，暂时无法给出肯定的诊断。原因不明者，需要在排除危及生命等重要事项后，调整不良生活方式，观察随访。

2 急诊眩晕的查体内容与流程

急诊眩晕的具体查体内容和流程见附录一^[7-8,19、22-24]。

2.1 必须实施的查体项目

(1) 生命体征监测。包括血压、呼吸、脉搏、体温。

(2) 观察并评估患者的意识状态。眩晕患者的意识状态评估是十分重要的，是周围性和中枢性眩晕鉴别的关键。

(3) 眼部检查（瞳孔和眼动检查）。瞳孔检查见附录一。眼球运动：检查者将目标物（棉签或指尖）置于受试者眼前 30~40 cm 处。嘱患者固定头位，眼球随目标方向移动。

一般按左→左上→左下,右→右上→右下的顺序,依次检查六条眼外肌的运动功能;自发性眼震:嘱患者固定头位,眼球随目标方向移动。一般从正中开始,分别向左、右、上、下的顺序进行检查。

(4) 脑膜刺激征。包括颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征。阳性体征提示脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅压增高等。

(5) 病理反射。包括 Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征。阳性体征提示锥体束病损,大脑失去对脑干和脊髓的抑制作用。

(6) 肌力与肌张力。肌力:嘱患者作肢体伸屈动作,检查者从相反方向给予阻力;肌张力:嘱患者肌肉放松,检查者根据触摸肌肉的硬度以及伸屈肢体时感知肌肉对被动伸屈的阻力作判断。

(7) 其他密切相关的颅神经检查。三叉神经、面神经、舌咽及迷走神经、舌下神经。阳性者应考虑颅内病损的可能性。

2.2 推荐的查体项目

(1) 耳部检查。观察耳廓有无出疹、红肿、牵拉痛等,

耳道有异物、耵聍栓塞、红肿、耳漏、疖肿等。尤其当患者有头痛或者既往有耳道流脓史而近期无耳漏时,应警惕耳源性颅内并发症或脑脓肿。

(2) Dix-Hallpike 检查及 Roll test 检查。当生命体征检查正常、重要的实验室检查阴性时,可依据主诉进行耳石症的体位试验,便于指导和安排后续的治疗和转诊方向。主要包括 Dix-Hallpike 检查、Roll test 检查

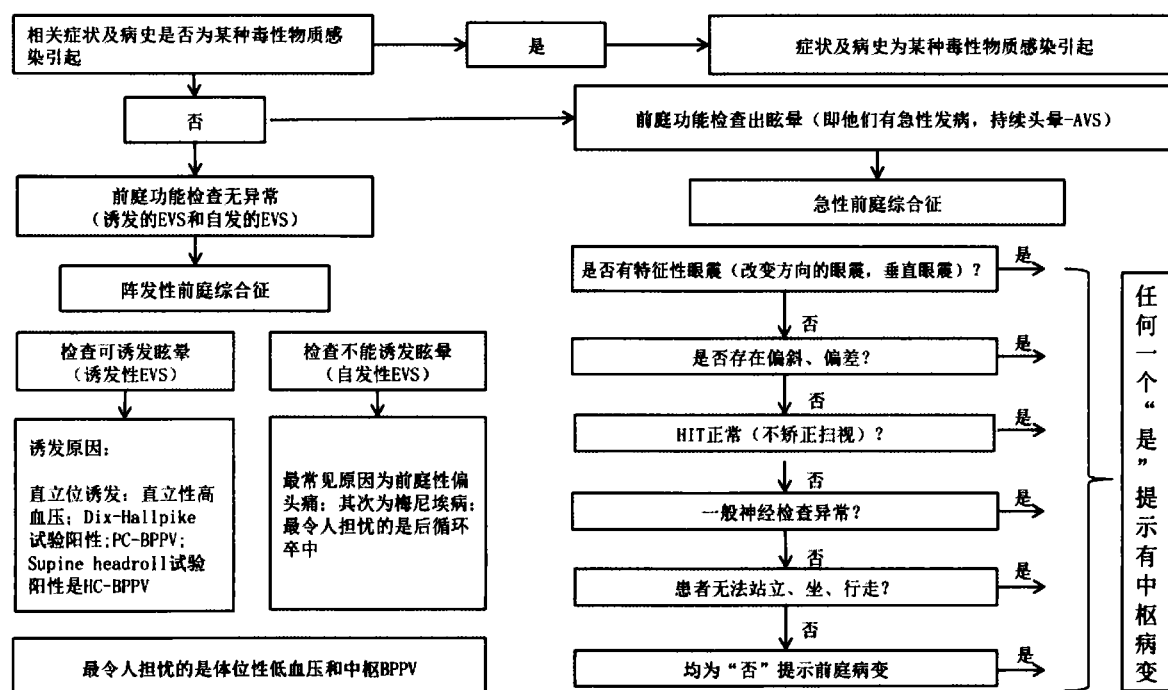
(3) 平衡功能检查。包括常用的检查:Romberg(昂白征)、Mann(曼氏征)试验和单足站立试验等。

(4) 音叉检查。音叉检查是判断听力损失性质的常用方法之一,包括韦伯试验(Weber's test)、任内试验(Rinne's test)和施瓦巴赫试(Schwabach's test)。可用于鉴别传导性或感音神经性听力损失。

(5) HINTS 检查。HINTS 检查由三部分组成:头脉冲试验(head impulse test),又称为甩头试验(head thrust test, HIT);眼震(nystagmus);眼偏斜试验(test of skew)。

2.3 急诊眩晕患者评估及处理流程图

急诊眩晕患者评估及处理流程见图 1。



EVS 为发作性前庭综合征; AVS 为急性前庭综合征; PC-BPPV 为后半规管良性阵发性位置性眩晕; HC-BPPV 为水平半规管良性阵发性位置性眩晕; BPPV 为良性阵发性位置性眩晕; HIT 为头脉冲试验

图 1 急诊眩晕患者评估及处理流程图

执笔人(按姓名拼音排列):刘博、杨旭、周荣斌、朱华栋

专家共识组成员(按姓名拼音排列):曹效平(浙江中医药大学附属第一医院耳鼻喉科)、陈曦(福建省人民医院耳鼻喉科)、崇奕(包头市中心医院神经内科)、邓安春(陆

军军医大学新桥医院耳鼻咽喉头颈外科)、华杨(首都医科大学宣武医院血管超声科)、黄贺森(廊坊市第四人民医院神经内科)、姜鸿彦(海南省人民医院耳鼻咽喉头颈外科)、蒋子栋(北京协和医院耳鼻喉科)、李新毅(山西大医院神经内科)、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(首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科)、刘秀丽(大连医科大学附属第一医院耳鼻喉科)、卢伟(郑州大学第一附属医院耳鼻喉科)、马鑫(北京大学人民医院耳鼻喉科)、秦琼(云南省中医医院耳鼻喉科)、区永康(中山大学孙逸仙纪念医院耳鼻喉科)、施天明(浙江省人民医院神经内科)、索丽敏(山西医科大学第二医院耳鼻咽喉头颈外科)、谭长强(南京鼓楼医院耳鼻咽喉头颈外科)、王春雪(首都医科大学附属北京天坛医院神经内科)、王丹丹(中国人民解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科)、王武庆(复旦大学附属眼耳鼻喉科医院耳鼻喉科)、吴子明(中国人民解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科)、伍伟景(中南大学湘雅二医院耳鼻喉科)、徐百成(兰州大学第二医院耳鼻咽喉头颈外科)、徐军(北京协和医院急诊科)、杨旭(航天中心医院神经内科)、杨中华(首都医科大学附属北京天坛医院神经内科)、尹时华(广西医科大学第二附属医院耳鼻咽喉头颈外科)、于刚(山东省立医院耳鼻喉科)、于立民(哈尔滨医科大学附属第二医院耳鼻咽喉头颈外科)、于学忠(北京协和医院急诊科)、虞幼军(佛山市第一人民医院耳鼻喉科)、曾祥丽(中山大学附属第三医院耳鼻咽喉头颈外科)、张怀亮(河南中医药大学第一附属医院脑病科)、张劲(新疆维吾尔自治区人民医院耳鼻喉诊疗中心)、赵桂萍(北京大学第一医院神经内科)、赵仁亮(青岛大学附属医院神经内科)、赵晓东(中国人民解放军总医院第一附属医院急诊科)、郑芸(四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科)、周荣斌(陆军总医院急诊科)、朱华栋(北京协和医院急诊科)

参考文献

- [1] 头晕诊断流程建议专家组. 头晕的诊断流程建议[J]. 中华内科杂志, 2009, 48(5):4345-437. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2009.05.030.
- [2] 刘畅, 刘大新, 丁雷, 等. 眩晕疾病的发病率与患病特征分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(10):862-864. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2013.10.021.
- [3] Bisdorff A. Vestibular symptoms and history taking[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 137:83-90.
- [4] Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, et al. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders[J]. J Vestib Res, 2009, 19(1/2):1-13. DOI:10.3233/VES-2009-0343.
- [5] Karatas M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes[J]. Neurologist, 2008, 14(6):355-364. DOI:10.1097/NRL.0b013e31817533a3.
- [6] Yin M, Ishikawa K, Wong WH, et al. A clinical epidemiological study in 2169 patients with vertigo[J]. Auris Nasus Larynx, 2009, 36(1):30-35. DOI:10.1016/j.anl.2008.03.006.
- [7] 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(11): 805-809. DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2017.11.002.
- [8] 张素珍, 吴子明. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 5版. 郑州, 河南科学技术出版社.
- [9] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3):173-177. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2017.03.003.
- [10] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3):167-172. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2017.03.002.
- [11] Jeong SH, Kim HJ, Kim JS. Vestibular neuritis[J]. Semin Neurol, 2013, 33(3):185-194. DOI: 10.1055/s-0033-1354598.
- [12] Maranhão AS, Godofredo VR, Penido Nde O. Suppurative labyrinthitis associated with otitis media: 26 years' experience[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2016, 82(1):82-87. DOI:10.1016/j.bjorl.2014.12.012.
- [13] 吴子明, 张素珍, 刘兴健, 等. 伴有眩晕的突发性聋眩晕的临床特点分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(11):916-918. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2010.11.011.
- [14] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会. 突发性耳聋的诊断和治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50(6):443-446. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2015.06.002.
- [15] Strupp M, Dieterich M, Brandt T. The treatment and natural course of peripheral and central vertigo[J]. Dtsch Arztebl Int, 2013, 110(29/30):505-515. DOI:10.3238/arztebl.2013.0505.
- [16] Paul NL, Simoni M, Rothwell PM, et al. Transient isolated brainstem symptoms preceding posterior circulation stroke: a population-based study[J]. Lancet Neurol, 2013, 12(1):65-71. DOI:10.1016/S1474-4422(12)70299-5.
- [17] Hoshino T, Nagao T, Mizuno S, et al. Transient neurological attack before vertebrobasilar stroke[J]. J Neurol Sci, 2013, 325(1/2):39-42. DOI:10.1016/j.jns.2012.11.012.
- [18] 中国后循环缺血专家共识组. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9):786-787. DOI:10.3760/j.issn:0578-1426.2006.09.034.
- [19] 吴子明, 刘博. 实用眩晕诊疗手册[M]. 2版. 北京: 科学出版社.
- [20] Staab JP. Functional and psychiatric vestibular disorders[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 137:341-351. DOI:10.1016/B978-0-444-63437-5.00024-8.
- [21] Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2015, 86(3):302-308. DOI:10.1136/jnnp-2014-307601.
- [22] Brandt T, Huppert D, Strupp M, et al. Functional dizziness: diagnostic keys and differential diagnosis[J]. J Neurol, 2015, 262(8):1977-1980. DOI:10.1007/s00415-015-7826-0.
- [23] Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach[J]. Am Fam Physician, 2010, 82(4):361-368, 369.
- [24] Straumann D. Chapter 7 - Bedside examination[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 137:91-101.

附录一 急诊眩晕的床旁查体的具体内容

(一) 必须实施的查体项目

1 生命体征监测

包括血压、呼吸、脉搏、体温。

1.1 血压 测量血压。血压过高、过低均可伴发眩晕症状；双侧血压检查，锁骨下动脉盗血综合征可引起眩晕；直立性低血压是老年人头昏及晕厥的重要原因之一。

1.2 呼吸 呼吸过快或过慢及异常呼吸节律可出现头晕，特别是异常呼吸节律可见于中枢神经系统疾病。

1.3 脉搏 如果出现异常脉搏要警惕心血管疾病急性发作，可危及生命。如脉搏减弱，脉搏短拙，交替脉等，应及时做进一步检查。

1.4 体温 发热同时伴突发眩晕患者，要注意中枢性发热疾病，如脑出血、脑炎等。

2 观察并评估患者的意识状态

眩晕患者的意识状态评估是十分重要的，是周围性和中枢性眩晕鉴别的关键。意识状态异常包括：嗜睡、昏睡、意识模糊、谵妄及昏迷等。如果眩晕患者发生有意识障碍，应重点考虑中枢损伤，包括颅内感染/非感染性疾病，如脑炎、脑缺血、脑出血、脑肿瘤等。

3 眼部检查（瞳孔和眼动检查）

3.1 瞳孔 包括瞳孔的形态、对称性、对光反射等。对于双侧瞳孔大小不等，和（或）瞳孔对光反射迟钝或消失的患者，应首先考虑颅内病变，如脑肿瘤、中枢神经梅毒、脑疝等。

3.2 眼球运动 检查者将目标物（棉签或指尖）置于受试者眼前 30~40 cm 处。嘱患者固定头位，眼球随目标方向移动。一般按左→左上→左下，右→右上→右下的顺序，依次检查六条眼外肌的运动功能。运动异常提示支配眼肌运动的神经核、神经或眼外肌本身器质性病变，多由颅脑外伤、鼻咽癌、脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑血管病变等引起。

3.3 自发性眼震 嘱患者固定头位，眼球随目标方向移动。一般从正中开始，分别向左、右、上、下的顺序进行检查。要注意观察眼震的方向、幅度等，前庭性眼震有明确的方向，如果出现眼震性质的变化多属于中枢性眼震。检查时要注意避免光线直射患者的眼睛。中枢性眼震和周围性眼震的区别见表 1。

表 1 中枢性眼震和周围性眼震的区别

指标	周围性眼震	中枢性眼震
持续时间	短暂	持久
类型	多为水平型，或水平旋转型	垂直型、斜向型
振幅	多为中、小振幅	振幅粗大
频率	快，可 >100 次/min	较慢，可 <50 次/min
光照影响	注视时强度减弱或消失	注视时强度不变或出现

4 脑膜刺激征

包括颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征。阳性体征提示脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅压增高等。

4.1 颈强直 患者仰卧，检查者以一手托患者颈部，另一只手置于患者胸前作屈颈动作。如这一被动屈颈检查时感觉到抵抗力增强，即为颈部阻力增高或颈强直。除外颈椎或颈部肌肉局部病变后，可认为有脑膜刺激征。

4.2 Kernig 征 患者仰卧，一侧下肢髋、膝关节屈曲成直角，检查者将患者小腿抬高伸膝。正常人膝关节可伸达 135° 以上。如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛，则为阳性。

4.3 Brudzinski 征 患者仰卧，下肢伸直，检查者一手托起患者枕部，另一手按其胸前。当头部前屈时，双髋与膝关节同时屈曲为阳性。

5 病理反射

包括 Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征。阳性体征提示锥体束病损，大脑失去对脑干和脊髓的抑制作用。1 岁半以内婴幼儿可出现这种反射，是由于神经系统发育未完善，不属于病理性。

5.1 Babinski 征 患者仰卧，下肢伸直，用竹签沿患者外侧缘，由后向前至小趾近足跟部并转向内侧，阳性反应为拇趾背伸，余趾呈扇形展开。

5.2 Oppenheim 征 检查者弯曲示指及中指，沿患者胫骨前缘用力向上向下滑压，阳性表现同 Babinski 征。

5.3 Gordon 征 检查时用手以一定力量捏压腓肠肌，阳性表现同 Babinski 征。

5.4 Hoffmann 征 检查者左手持患者腕部，然后以右手手指与示指夹住患者中指并稍向上提，使腕部处于轻度过伸位。以拇指迅速刮弹患者的中指指甲，引起其余四指掌屈反应则为阳性。

6 肌力与肌张力

6.1 肌力 嘱患者作肢体伸屈动作，检查者从相反方向给予阻力。单瘫（单一肢体瘫痪）多见于脊髓灰质炎；偏瘫为一次肢体（上、下肢）瘫痪，多见于颅内病变或脑卒中；交叉性偏瘫（一侧肢体瘫痪及对侧脑神经损害）多见于脑干病变；截瘫为双下肢瘫痪，多见于脊髓外伤、炎症等。

6.2 肌张力 嘱患者肌肉放松，检查者根据触摸肌肉的硬度以及伸屈肢体时感知肌肉对被动伸屈的阻力作判断。锥体束、锥体外系损伤均有肌张力增高；下运动神经元病变、小脑病变和肌源性病变等可出现肌张力降低。当肌张力异常时，均应进一步检查以明确是否有中枢病变。

7 其他密切相关的颅神经检查

三叉神经、面神经、舌咽及迷走神经、舌下神经。阳性者应考虑颅内病变的可能性。

7.1 三叉神经 面部感觉,包括痛觉、触觉检查;运动功能检查,嘱患者咀嚼时对比双侧咀嚼肌肌力强弱。

7.2 面神经 观察双侧额纹、眼裂、鼻唇沟和口角是否对称。嘱患者作皱眉、闭眼、露齿、微笑、鼓腮动作。中枢性面神经损伤,皱眉、闭眼无明显影响,只出现病灶对侧下半部的面部表情肌瘫痪。

7.3 舌咽、迷走神经 观察有无声嘶,有无呛咳、吞咽困难。嘱患者张口发“啊”音时观察悬雍垂是否居中,软腭能否上抬。用压舌板分别轻触左侧及右侧咽后壁,观察咽反射有无迟钝或消失。

7.4 舌下神经 单侧舌下神经麻痹时伸舌舌尖偏向患侧,双侧麻痹者不能伸舌。

(二) 推荐的查体项目

1 耳部检查

观察耳廓有无出疹、红肿、牵拉痛等,耳道有异物、耳垢栓塞、红肿、耳漏、疖肿等。尤其当患者有头痛或者既往有耳道流脓史而近期无耳漏时,应警惕耳源性颅内并发症或脑脓肿。

2 Dix-Hallpike 检查及 Roll test 检查

当生命体征检查正常、重要的实验室检查阴性时,可依据主诉进行耳石功能检查,便于指导和安排后续的治疗和转诊方向。

2.1 Dix-Hallpike 检查 用于诊断垂直半规管耳石症的检查法。首先让患者坐于检查床上,检查者位于患者前方,双手把持其头部,向右转 45°,保持头位不变同时将体位迅速改变为仰卧位,头向后悬垂于床外,与水平面呈 30°,注意观察眼震和眩晕情况。检查时体位保持 30 s。垂直半规管耳石症患者常于患耳向下时诱发出眩晕和眼震,恢复

坐位时会出现眩晕和眼震,但眼震方向与前一诱发体位相反。依同法检查对侧。

2.2 Roll test 检查 用于诊断水平半规管耳石症的检查法。患者取平卧位,头部及身体向左侧做 90° 滚转,然后回到平卧位,头部及身体向右侧做 90° 滚转,再回到平卧位。双侧变位检查中均可诱发出向地性或背地性水平眼震。

3 平衡功能检查

对神志清醒、能站立并可以配合检查的患者,推荐进行床旁的平衡功能检查。包括常用的检查:Romberg(昂白征)、Mann(曼氏征)试验和单足站立试验等;以及必要时进行的检查:过指试验和步态评估(最简单的方法是直线步行试验、原地踏步试验等)。

4 音叉检查

音叉检查是判断听力损失性质的常用方法之一,包括韦伯试验(Weber's test)、任内试验(Rinne's test)和施瓦巴赫试验(Schwabach's test)。可用于鉴别传导性或感音神经性听力损失。

4.1 韦伯试验 比较双耳的骨导听力。正常人或两耳骨导能力相等者,感觉声音在中央,用“居中”表示。

4.2 任内试验 测定同侧耳的气导和骨导能力的比率。正常人的气导能力远大于骨导能力,即任内试验阳性,以(+)表示。

4.3 施瓦巴赫试验 比较正常人和受试者的气导听力是否一致。

5 HINTS 检查

HINTS 检查由三部分组成:头脉冲试验(head impulse test, HIT),又称为甩头试验(head thrust test);眼震 nystagmus;眼偏斜试验 test of skew。国外有文献报道 HINTS 检查在区分急性前庭综合征(AVS)和中枢性与周围性病变的灵敏度可达 100%,特异度达 90% 以上。但在临床工作中的应用有待进一步完善和改进。

附录二 常见与头晕/眩晕相关的精神疾病的诊断要点

1 广泛性焦虑障碍

又称慢性焦虑症,是一种以缺乏明确客观对象和具体内容的提心吊胆,紧张不安为主要表现的焦虑障碍,伴有显著的自主神经症状,肌肉紧张和运动性不安。头晕可以长期存在。社会功能受损或因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。症状持续数周或 6 个月以上。

2 惊恐障碍

以惊恐发作为主要临床特征,发作间歇期基本正常。

惊恐发作时没有客观危险的处境,不局限于已知的或可预测的情境,因难以忍受又无法解脱而感到痛苦或社会功能受损,一个月内至少 3 次明显的惊恐发作,或首次发作后继发的焦虑持续 1 个月以上。

排除其他躯体疾病及其他类型的精神心理疾病。

3 躯体形式障碍

患者临床表现为躯体症状,头晕可以是常见的主诉,症状多种多样,反复变化,可以波动,对躯体症状和身体健康过分担心和关注,缺乏合理解释的客观证据,患者反复就医对患者社会功能造成影响。症状持续 3 个月以上。

4 抑郁障碍

以显著而持久的心境低落为主要表现,伴有思维迟缓,意志活动减少,思维与行为的异常与低落的心境相关。可有包括头晕在内的各种躯体不适,有晨重暮轻的表现。症状持续超过 2 周以上,影响社会功能,排除其他疾病。

(收稿日期:2018-01-29)

(本文编辑:郑辛甜)