

神经精神疾病诊断思路和临床基本功

DOI:10.13406/j.cnki.cyx.002856

头晕 / 眩晕的临床诊断基本功:
病史采集与体格检查

漆微韡, 徐 雪, 黄海威

(中山大学附属第一医院东院眩晕中心, 广州 510000)



【摘 要】头晕和眩晕是临床最为常见的主诉症状之一。由于症状的非特异性,临床诊治往往较为困难。详尽的病史采集及系统完整的体格检查有助于初步判定病变部位,从而更加有针对性地选择相应的辅助检查,更快捷有效地明确病因,选择正确的治疗策略。本文基于笔者临床处理众多头晕/眩晕患者的诊治经验,从问诊及体格检查方面简要阐释头晕和眩晕的诊治思路。

【关键词】头晕;眩晕;病史采集;体格检查

【中图分类号】R741.041

【文献标志码】A

【收稿日期】2021-03-03

Basic clinical skills for diagnosing dizziness/vertigo:
history taking and physical examination

Qi Weiwei, Xu Xue, Huang Haiwei

(Vertigo Center, The East Division of The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University)

【Abstract】Dizziness and vertigo are the most common clinical complaint symptoms. However, clinical diagnosis and treatment are often difficult due to the non-specific symptoms. Detailed medical history collection and systematic physical examination are helpful to determine the location of the lesion, so that the corresponding auxiliary examination can be selected more specifically, the cause of the disease can be identified more effectively, and the correct treatment strategy can be made more quickly. Based on the author's rich clinical experience in the diagnosis and treatment of dizziness/vertigo cases, this article briefly explains the diagnosis and treatment of dizziness and vertigo from the aspects of history taking and physical examination.

【Key words】dizziness; vertigo; history collection; physical examination

作者简介:漆微韡, Email: qaweiwei3@mail.sysu.edu.cn,

研究方向:脑血管疾病、认知障碍及神经耳科相关疾病。

通信作者:黄海威, 硕士, 教授, 主任医师, 博导, 中山大学附属第一医院神经内科副主任, 东院副院长兼眩晕中心主任。国家卫健委现代医院管理委员会医院运营管理分委会秘书长、华南眩晕中心联盟执行主席兼秘书长、中国罕见病联盟神经系统罕见病专委会委员、广东省脑血管病防治专家组成员、广东省康复医学会前庭与平衡康复分会会长、中华医学会神经病学分会神经心理学组委员、中国医师协会神经内科医师分会脑与脊髓损伤专业委员会常务委员、中国中西医结合学会神经病学专业委员会委员、广东省中西医结合学会神经病学专业委员会副主任委员和卒中专业委员会副主任委员。承担国家及省级科研项目 10 余项, 在国内外期刊发表科研论文近百篇, 参与编写《临床神经病学》及《脑卒中》2 本专著和《神经病学》高校研究生教材, 获卫生部及广东省科技厅科研成果奖多项。Email: huanghw@mail.sysu.edu.cn。

优先出版: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20210611.1140.006.html>

(2021-06-21)

头晕和眩晕是临床最为常见的主诉症状之一。根据 Bárány 协会 2009 年关于前庭症状分类的定义, 眩晕是一种在没有运动的情况下感受到自身运动或感受到与实际上的头动不一致的扭曲的运动幻觉, 头晕则表现为空间定向障碍而没有运动幻觉, 通常可能被描述为头重脚轻感、行走漂浮感或昏沉感。二者临床表现缺乏特异性, 而其背后的病因及病理生理机制又可能与耳鼻喉科、神经内科、眼科、康复科、骨科等多个学科相关, 如若没有严谨缜密的临床思维, 面对此类患者时往往犹如“盲人摸象”, 只见自己专业范围或知识领域里的冰山一角, 而“不见庐山真面目”。但是, 仅仅针对某些头晕/眩晕相关疾病的学习, 又容易使人陷入想要“对号入座”却找不到“号码牌”的迷惑中。因此, 培养头晕/眩晕诊治的临床思维, 有助于拨开迷雾, 纵览全局, 从而更加迅速地切中要害, 精准诊治。

1 头晕/眩晕临床诊治基本能力的培养

1.1 打破学科壁垒,掌握基础理论和基本技能

头晕和眩晕的精确诊治对临床医师而言是极富挑战性的,如果无法跳出自己学科的圈子,很容易给患者一个以偏概全的诊断,甚至误诊。正确的诊断依赖完整准确的病史和全面细致的体格检查以及必要的辅助检查。具备前庭生理与前庭解剖的基本知识,明确头晕/眩晕的问诊和病史采集思路,掌握头晕/眩晕的床旁体格检查,了解前庭综合征分类以及相关辅助检查的选择策略,熟悉前庭功能检查、听觉相关检查、平衡功能检查、内耳及头颅影像学检查、精神心理量表筛查等辅助检查的方法和临床意义,是对临床医生尤其是眩晕亚专科医生的基本要求。

1.2 不必割裂头晕和眩晕症状定义不同背后的病理生理机制

由于“晕”是一个相对主观的症状,且由于知识水平和个人体验的不同,很多疾病,例如脑缺血缺氧、共济失调、颅内高压乃至眼球运动障碍等引发的症状,都可能被患者笼统描述为“晕”。为了统一标准,Bárány 协会于 2009 年提出了第一版前庭症状的分类,大致将前庭症状分为:头晕(dizziness)、眩晕(vertigo)、前庭视觉症状(vestibule-visualsymptoms)及姿势性症状(posturalsymptoms)4 大类,每一类症状的具体定义对临床区分不同性质的“晕”有很大的帮助,然而并不代表某种特定的前庭症状与某一类疾病必然相关。头晕与眩晕二者与潜在的前庭病理改变并没有特定的对应关系。无论是急性还是慢性的前庭或非前庭疾病患者,眩晕和头晕常同时存在。眩晕的存在既不排斥或排除头晕的存在,也不优先于头晕。临床上往往发现一些前庭外周性病变,譬如半规管嵴帽结石、前庭神经元炎恢复期可能以头晕为主要表现;而一些高血压急症、前庭中枢性病变也可能以眩晕为表现起病。因此,将眩晕与头晕二者决然分别开来,从临床诊治策略方面来说意义并不甚大。头晕与眩晕二者在病因学分析上往往难以割裂,在临床工作中对此需多加揣摩,避免将头晕狭义地理解为假性眩晕/内科系统性疾病。

1.3 临床上要有全局观、辨证观,动态地看待头晕/眩晕症状的起承转合

通常依据病程的演变可以简要地划分出 3 种前庭综合征。①急性前庭综合征:起病急骤,起病时症状较重,随着病程延长逐渐好转;②发作性前庭综合征:发作性病程,存在完全缓解的发作间期;③慢性前庭综合征:隐匿起病,症状持续数月至数年,通常具有进行性发展或恶化的病程特点。然而临床上面对的头晕/眩晕患者往往是错综复杂的,同一患者可能同时或先后存在 2 种或 2 种以上前庭症状,并且不同的前

庭症状之间可能存在重叠,前庭综合征的类型也可能随着病程而改变。譬如,一个前庭神经元炎的患者在急性眩晕缓解后,可继发性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)而出现发作性眩晕,也可因单侧前庭功能低下导致运动不耐受出现头晕症状,时间长久之后又可并发精神心理因素导致迁延不愈的慢性头晕;一个表现为反复发作性眩晕伴有耳鸣、耳闷胀感的“梅尼埃病”患者,其真实的诊断有可能是“前庭性偏头痛”;既往有多次发作 BPPV 的患者,一段时间后出现反复体位相关性头晕亦有可能是有颅内第四脑室周围肿瘤的影响等。因此,问诊时应注意询问患者每一次头晕/眩晕的特点,从而进一步区分前庭症状的类型及前庭综合征的类别。临床上还需要动态掌握和分析疾病发生发展的整个病程,学会在病程不同阶段甄别患者头晕/眩晕性质的差别。详细的病史采集永远是头晕/眩晕诊断的首要环节,倘若该环节欠缺,那么在发作间歇期诊断发作性前庭综合征将非常困难,甚至可能将急性前庭综合征发作后状态误认为慢性前庭综合征。

2 病史采集和床旁体格检查

在病史采集过程中,为了简化问诊过程,建议首先理清主要症状发生的时间顺序,区分患者是急性前庭综合征、发作性前庭综合征抑或慢性前庭综合征。在此基础上进一步详细询问患者症状特点、持续时间、发作性质、诱发因素、伴随症状(如神经系统、听觉或视觉症状)、发作频率、各类病史(既往史、药物史、家族史)等。对于慢性前庭综合征,问诊的内容还需侧重询问患者有无振动幻视(oscillopsia)、认知负担、超市效应(supermarket effect)等。

针对眩晕/头晕患者的体格检查,可以按照“平衡三联”的概念去进行。所谓“平衡三联”,主要包括视觉、深感觉及前庭系统所传入的位置信息以及小脑、大脑对信息的整合和反应。所以,对于眩晕患者的体格检查,除了常规的神经系统检查外,需着重评估眼、头动、耳、姿势平衡 4 大方面。建议先按照顺序完成常规神经系统体格检查,评估是否存在肢体无力、感觉障碍、共济失调,以及一些相对隐匿的体征,如高级皮质功能受损(精神、智能、语言等)。在此基础上,完善眼、头动、耳、姿势平衡检查。以下着重对一些平素不甚重视而在眩晕患者中非常重要的体格检查进行阐述。

2.1 眼部检查

眼的检查在眩晕查体中尤其重要,因为眼睛是前庭的窗户,也是诸多神经系统病变的窗口。头晕/眩晕患者眼部检查主要注意动态视敏度、眼位、眼动、眼震的检查。

2.1.1 动态视敏度检查 所谓动态视敏度(dynamic visual

acuity, DVA), 就是受检者与视觉目标之间存在相对运动时受检者的视力。简单的 DVA 检查可以通过视力表完成: 受检者按照节拍器以 2 Hz 频率摆头的同时认读前方一定距离的视力表, 将摆头时的视力与头部静止时的视力进行比较, 即可反映受检者的前庭功能状况。如果摆头状态下视力比静止时下降 2 行以上, 则可能存在前庭眼反射(vestibulo-ocular-reflex, VOR)功能减退。

2.1.2 眼位检查者 可以嘱受检者眼球跟随检查者手指移动, 按“米”字形检查 9 个方向上双侧眼球活动是否共轭, 是否存在眼球活动受限或视物重影的情况。同时可通过遮盖、遮盖-去遮盖、交替遮盖试验观察受检者有无显性/隐性斜视, 也有助于观察受检者是否存在眼偏斜。

眼偏斜反应(ocular tilt reaction, OTR)是耳石重力传导通路张力不平衡的表现, 是眩晕诊断的重要体征之一。其包括经典的 3 大体征, 即静态眼旋转(static ocular torsion, OT), 两眼不在一个水平面上; 眼偏斜(skew deviation, SD), 两眼球在垂直方向上的偏斜; 头倾斜(head tilt)。经典眼偏斜三联征常发生于耳石传导通路的脑干病变, 皮质病变可仅表现为头倾斜, 小脑病变可仅表现为眼偏斜。检查时, 要求受检者双眼直视前方, 可以观察至受检者出现头位姿势和眼位异常(头歪斜、眼偏斜)。头歪斜通常偏向眼低位一侧, 静态眼旋转通常是眼低位侧出现眼球外旋, 需眼底拍片检查进行确定。

2.1.3 眼动 主要观察受检者有无平滑跟踪及扫视异常。
①平滑跟踪: 受检者头不动, 眼球平稳跟踪眼前缓慢移动的视靶(如手指、电筒), 可分别于水平及垂直方向进行测试。观察其跟踪过程中有无扫视性眼球运动。
②扫视: 受检者头不动, 眼球在快速切换的 2 个靶标之间来回运动, 可分别于水平方向及垂直方向进行测试。注意观察扫视的潜伏期、速度、准确度及共轭性等。

2.1.4 眼球震颤 眼球震颤是眼球不自主的有节律的往返运动。临床常见的为跳动性眼震, 前庭、视动、终末性眼震均为该类型。眼球先缓慢向某一方向移动(慢相, 系前庭系统病损的一种自发性眼球运动), 随后出现眼球迅速返回原位的跳动(快相, 是大脑皮质调节的一种继发性反射性眼球运动)。因快相比较易识别, 故临床将快相定为眼球震颤的方向, 但实际上慢相的方向才是真正的前庭病损患侧。如观察到眼球震颤, 应注意其震形、强度、方向(快相)、幅度大小、速度及持续时间。

眼球震颤的检查主要包括自发性眼震、凝视诱发性眼震及位置试验下眼震的观察。需要注意的是, 外周性眼震受固视抑制的影响, 有可能在床边肉眼查体中不可见(假阴性), 因此, 通过 Frenzel 镜或眼震视图仪去除固视抑制进一步评估是否存在眼震非常重要。

2.1.4.1 自发性眼震 嘱受检者直视正前方, 注意观察眼震的快相方向、强度。大部分眩晕患者, 除非双眼非共轭, 双侧眼球震颤方向应是一致的, 所以检查时要集中精力观察一侧眼球, 或间断遮盖另一侧眼睛以打断固视, 从而观察受检者有无自发性眼震。

2.1.4.2 凝视诱发眼震(gaze evoked nystagmus, GEN) 检查者位于受检者前面, 嘱其注视检查者的示指或小光源(电筒), 并向左、右、上、下及斜向移动视线。示指或小光源应距受检者面部 40~60 cm, 移动速度不宜太快, 移动偏离正前方应 $\leq 30^\circ$, 以免诱发终末性眼震, 在每个方向上停留观察 20~30 s。观察每一方向上眼震是否出现及眼震快相方向, 不管向哪一方向注视, 眼震的方向均一致, 称为“定向性”眼震, 多见于前庭周围性病损; 如眼震的快相方向随凝视方向发生改变, 则称为“变向性”眼震, 多提示前庭中枢性病损。

2.1.4.3 位置试验 位置试验是采用迅速改变头位和体位(Dix-Hallpike 法及滚转试验)来诱发眼震和眩晕的一种检查方法, 可协助诊断良性 BPPV。需要注意的是, 位置试验下出现诱发性眼震时, 应与中枢性发作性位置性眩晕(central paroxysmal positional vertigo, CPPV)相鉴别。CPPV 患者改变体位时眼震方向是不符合半规管与眼外肌偶联特征的, 常为纯垂直性眼震或纯旋转性眼震, 通常与眩晕症状不同步, 疲劳性差, 多见于第四脑室背部外侧、小脑背侧蚓部及小脑小结叶和舌叶等结构的受损。

Dix-Hallpike 法用于检测后半规管或前半规管 BPPV。受检者取坐位, 水平方向向一侧转头 45° 和快速躺下使头悬垂与水平面呈 30° , 并维持至少 30 s。观察受检者眩晕和眼震情况, 待症状消失后扶受检者缓慢恢复坐位, 再观察受检者的眩晕和眼震情况。然后依同法检查对侧。滚转试验(roll maneuver)是确定水平半规管 BPPV 的最常用方法。受检者取平卧位, 头部及身体向左侧做 90° 桶状滚动, 然后回到平卧位, 头部及身体向右侧做 90° 桶状滚动, 再回到平卧。

2.2 头动检查

头动检查主要包括床旁甩头试验和摇头眼震。需要注意的是, 头动检查也是通过观察眼的活动来实现的。

2.2.1 甩头试验 甩头试验是头晕/眩晕患者床边查体非常重要的方法, 可用于识别患者有无 VOR 受损。嘱受检者稳定注视眼前的一个靶点(可以是操作者的鼻尖), 操作者以 $15^\circ \sim 20^\circ$ 的幅度将受检者头部快速转向一侧, 每次转动的方向需无规律、不可预知。观察受检者眼球有无产生纠正性扫视活动, 若有则提示转头侧 VOR 受损。该检查需在床边多加练习, 避免因操作者的因素产生假阳性的可能。当然, 部分患者受存在的隐性扫视影响亦可能存在假阴性, 故有条件的机构应行头脉冲试验(visual-head impulse test, vHIT)检查进一步

评估。对于急性前庭综合征合并自发性眼震的患者,若床旁甩头试验有阳性发现,则提示前庭周围病变可能性大;若床旁甩头阴性,未见眼球有纠正性扫视活动,则需高度警惕中枢病变的可能。头脉冲试验、眼震、眼偏斜三者构成 HINTS 床旁检查法,能够快速区分急性前庭综合征的中枢与外周病变,即满足头脉冲试验阴性、有凝视诱发变向眼震、垂直性眼偏斜其中之一者,需注意排除中枢异常的可能。但需注意受临床操作者经验的影响、受累不同前庭结构的差异、眩晕人群整体特征的影响等。不应机械化去看待 HINTS 床旁检查法的敏感性及特异性,临床中一定要结合患者的病史、体征、相关视眼动检查及眼震形式进行综合分析。

2.2.2 摇头眼震(head shaking nystagmus, HSN) 受检者头前倾 30°,主动或被动地以 2 Hz(每秒 2 次)的频率摇头 15 s(共 30 次),摇头停止后即刻观察受检者有无眼震,注意眼震的方向、性质。如果在摇头后出现与摇头方向不一致的垂直性眼震,则称为摇头后错位眼震,高度提示中枢病变。需要注意的是,若在不能去除患者固视抑制影响的情况下行该检查可能会呈现假阴性结果。

2.3 听觉检查

临床中最好应用 256 Hz/512 Hz 音叉,通过振动产生的声音进行 Weber 试验和 Rinne 试验检查,可初步筛查有无传导或感音性耳聋。传导性耳聋时,Rinne 试验骨导>气导,Weber 试验患侧较响;感音性耳聋时,虽 Rinne 试验气导>骨导,但时间均缩短,Weber 试验健侧较响。听力学检查是头晕/眩晕患者检查中重要的一个方面,必要时应进一步完善电测听、鼓室图、声反射、听性脑干反应、耳蜗电图等评价以获得更详细的听觉相关症状的线索。

2.4 姿势/平衡检查

2.4.1 Romberg 试验 要求受检者双足并拢站立,睁开双眼,然后闭上眼睛去除视觉的校正作用。患者闭目、直立和双脚靠拢至少 15 s,Romberg 试验可疑者可进一步行强化试验,即 Tandem Romberg 试验。该试验要求患者一足在前,另一足在后,使两足跟-趾连成一条直线,再嘱其闭目,阳性者常向前庭病变侧倾倒。

2.4.2 Fukuda 原地踏步试验(fukuda step test) 要求受检者闭目原地踏步 50 次或 100 次,踏步时要求大腿抬平,观察踏步结束后偏离的角度。踏步 50 次偏转角在 30°以内,踏步

100 次偏转角在 45°以内为正常,大于 30°/45°或偏离起始时原点距离大于 1 m 为异常。大多数单侧前庭损伤的患者,踏步时通常会逐渐转向损伤侧。

以上所提及的针对头晕和眩晕患者的床旁查体内容是一些可操作性强、简单易行的检查方法。即使在门诊,简单的几个动作(看、摇、躺、踏),辅助音叉、电筒等简单的工具即可粗略获得初步的诊断信息,进一步行相关辅助检查以明确诊断。当然,基于人体的复杂性,头晕/眩晕的具体机制一定远比这些机械的结果复杂,尤其与自主神经功能、精神心理因素的交互影响,也带来更多需要考虑的因素,这需要每一个临床工作者在临床工作中不断总结,从而出真知。

参 考 文 献

- [1] Brandt T, Dieterich M, Strupp M. Vertigo and dizziness: common complaints[M]. 2nd ed. Springer Ebooks, 2013.
- [2] 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.
- [3] Welgampola MS, Bradshaw AP, Lechner C, et al. Bedside assessment of acute dizziness and vertigo[J]. Neurol Clin, 2015, 33(3): 551-564.
- [4] Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the international classification of vestibular disorders[J]. Neurol Clin, 2015, 33(3): 541-550.
- [5] Huh YE, Kim JS. Bedside evaluation of dizzy patients[J]. J Clin Neurol, 2013, 9(4): 203-213.
- [6] Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging[J]. Stroke, 2009, 40(11): 3504-3510.
- [7] Kung NH, Van Stavern GP, Gold DR. INTS in the acute vestibular syndrome: pearls and pitfalls[J]. J Neuroophthalmol, 2018, 38(2): 244-250.
- [8] Huh YE, Kim JS. Patterns of spontaneous and head-shaking nystagmus in cerebellar infarction: imaging correlations[J]. Brain, 2011, 134(Pt 12): 3662-3671.

(责任编辑:冉明会)