



## 述评:浅谈慢性头晕的诊疗思路与方法

鞠奕<sup>1,2,3</sup>, 赵性泉<sup>1,2,3</sup>

**摘要:** 慢性头晕是一种常见的临床症状,病因复杂。随着头晕眩晕疾病诊疗领域理念的更新和技术发展,对慢性头晕疾病的认识也不断深入、常见疾病的诊断标准陆续发表,基于循证医学证据支持的治疗方法应用于临床。本文从慢性头晕的概念做为切入点,梳理其潜在病理生理机制、常见病因,尝试建立一套诊疗慢性头晕的有效思路和方法,为提高头晕疾病的诊疗水平做初步的探索。

**关键词:** 慢性; 头晕; 眩晕; 诊断

**中图分类号:** R741.041 **文献标识码:** A

**Review: thoughts and methods for the diagnosis and treatment of chronic dizziness** JU Yi, ZHAO Xingquan.  
(China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China)

**Abstract:** Chronic dizziness is a common clinical symptom with a complex etiology. With the updating of concepts and technological development in the diagnosis and treatment of dizziness and vertigo, the understanding of chronic dizziness diseases is also constantly improving. Diagnostic standards for some common diseases have been published, and treatment methods supported by evidence-based medicine have been applied in clinical practice. This article takes the concept of chronic dizziness as a starting point, sorts out its underlying pathophysiological mechanisms and common causes, and attempts to establish an effective set of thoughts and methods for the diagnosis and treatment of chronic dizziness. It aims to make a preliminary exploration to improve the diagnosis and treatment level of dizziness diseases.

**Key words:** Chronic; Dizziness; Vertigo; Diagnosis

慢性头晕是一种常见的临床症状,病因复杂,可见于不同年龄阶段的所有人群。成年人群中有0.3%~4.8%主诉有慢性头晕,占普通神经科门诊新患者的10%<sup>[1,2]</sup>,以女性为主,男女的比例约为1:2。慢性头晕的持续存在对患者的日常生活和心理健康也造成严重影响。此外,慢性头晕与老年人的功能和生活质量下降、跌倒风险以及死亡率增加相关<sup>[3]</sup>。因此,对这一大类以头晕为主要症状的慢性疾病需要引起足够的关注和研究。慢性头晕疾病的诊断和治疗策略与急性/发作性头晕/眩晕疾病存在很大不同,且后者与慢性头晕的病因之间常常存在交互作用,患者可能同时存在功能性和器质性前庭疾病,极大增加了临床诊疗难度。

近年来,随着头晕/眩晕疾病诊疗领域理念的不断更新、技术的飞速发展,在慢性头晕疾病的诊疗方面有了很大进步,从对病因谱分类的认识深入、常见疾病的诊断标准陆续发表,到更多基于循证医学证据支持的治疗方法应用于临床,为慢性头晕疾病的诊疗带来希望。本文从慢性头晕的概念作为切入点,梳理其潜在病理生理机制、常见病因,尝试建立一套诊疗慢性头晕的有效思路和方法,为提高头晕疾病的诊疗水平做初步探索。

### 1 初步界定慢性头晕的概念,理解潜在病理生理机制

1.1 慢性头晕的概念 目前慢性头晕并没有明确统一的定义。本文中“慢性头晕”的讨论范围借鉴和参考ICD-11诊断标准中慢性前庭综合征(chronic vestibular syndrome, CVS)的范围,包括以慢性眩晕、头晕或姿势不稳为主要症状,“慢性”指病程

超过3个月,一些慢性头晕患者的症状可持续数月至数年,可伴有持续前庭系统功能障碍(视振荡、眼震和/或步态不稳等)<sup>[4]</sup>。大多数慢性头晕患者的主诉包括头重脚轻感、内在旋转感、头昏眼花、晕倒感等感觉。为了便于临床应用,其病程可划分为3种发展形式:(1)曾有急性发作,后症状持续稳定存在,无明显变化;(2)曾有间断性发作,后在非发作期仍有症状存在呈持续性;(3)隐袭起病,症状持续存在,且进行性加重。在本文中慢性头晕的概念中不包括平衡障碍,因为慢性平衡障碍的病因与慢性头晕有所不同,并且在后面的诊疗思路分析时也会讨论到在进入慢性头晕的诊疗分析之前,需优先鉴别平衡障碍导致的失衡感,而非慢性头晕。

1.2 慢性头晕形成的病理生理机制 慢性头晕的病理生理学机制尚不完全清楚,涉及外周和中枢因素的综合作用。外周机制包括一些疾病对前庭终末器官或神经的损伤,中枢机制涉及脑干、小脑和负责处理前庭信息的皮质及中枢神经系统其他区域的变化。目前已有几种理论和模型来解释慢性头

收稿日期:2023-08-20;修订日期:2023-10-11

基金项目:中国医学科学院临床与转化医学研究专项(2022-I2M-C&T-B-116);科技创新2030-“脑科学与类脑研究”重大项目(2022ZD0211805)

作者单位:(1. 首都医科大学附属北京天坛医院神经病学中心,北京100070;2. 首都医科大学眩晕临床诊疗与研究,北京100070;3. 首都医科大学附属北京天坛医院眩晕诊疗中心,北京100070)

通信作者:赵性泉, E-mail:zxq@vip.163.com

晕,包括登陆病(mal de débarquement)模型、持续性姿势-感知性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)模型和多感觉整合模型。登陆病模型认为,慢性头晕可能是由视觉、前庭和本体感觉输入之间的不平衡引起的,导致感知和实际运动之间的不匹配;PPPD模型提出慢性头晕可能与持续性姿势和感知觉障碍有关;而多感觉整合模型认为慢性头晕可能是由多种感觉输入的整合障碍引起<sup>[5,6]</sup>。同时,心理因素可能会直接干扰前庭代偿,或者通过激素水平的变化间接影响中枢的代偿过程。此外,患者对待持续或反复发作的前庭功能障碍的心理状态可能会影响慢性头晕症状的出现、维持慢性化和疾病的治疗效果。

### 2 熟悉慢性头晕的常见病因

慢性头晕是一组病因复杂、处理较为困难的临床综合征。医生通过病史问诊、体格检查(以下简称查体)和辅助检查等方式进行全面评估,以确定引起头晕的疾病或致病因素。然而,在临床实践中,多数慢性头晕患者即使经过全面评估也难以明确头晕的器质性病因,只能先按照功能性疾病进行处理。因此,对于慢性头晕的病因检查究竟应该进行到何种程度,应充分考虑患者的个体情况以及合并器质性疾病的风险。常见慢性头晕的病因(见表1)。

表1 慢性头晕的常见原因

前庭系统		非前庭系统
前庭周围系统	前庭中枢系统	
单侧或双侧前庭病	慢性前庭性偏头痛	精神心理性:PPPD、
老年前庭病	神经系统退变性疾病:帕金森病、帕金森综合征、多系统萎缩等	躯体化症状、慢性焦虑和慢性抑郁
	脑血管病(慢性):慢性脑缺血、脑白质病变	脑震荡后综合征
	脑积水:如正压性脑积水	颈性:颈椎病、颈椎关节不稳等
	代谢中毒性	心血管系统:高血压、直立性低血压(尤其老年人餐后)等
	肿瘤性	内分泌代谢性:甲亢、甲减、贫血(中重度)、女性更年期综合征等

### 3 掌握有助于慢性头晕疾病的诊断要点,培养诊断思路,建立良好的临床思维

3.1 常见慢性头晕疾病的诊断要点 见表2。

表2 常见慢性头晕疾病的诊断和鉴别诊断要点

疾病	病程	主要症状	加重或缓解因素
PPPD	3个月以上	持续性头晕、不稳、非旋转性眩晕	暴露在运动或复杂视觉刺激下可能会加重;平卧位或坐位,触碰固定的物体、使用步态辅助工具或由他人搀扶时减轻或消失
慢性焦虑抑郁障碍	3个月以上	头重脚轻,伴焦虑和抑郁相关症状(即这些前庭症状与其他的躯体症状共存)	如果合并 PPPD,则头晕暴露在运动或复杂视觉刺激下可能会加重
脑震荡后综合征	3个月以上	头部外伤后(除内外耳结构性损伤)出现的持续性或间断加重的头晕,伴头痛、抑郁、易激惹、失眠、记忆力和注意力下降	如果合并 PPPD,则头晕暴露在运动或复杂视觉刺激下可能会加重
晕动病	从船、火车、飞机、汽车上下来后,尤其持续数小时的长途旅行后	摇摆的感觉,伴恶心/呕吐、胃部不适、头痛、出汗、苍白、头晕、嗜睡或眼疲劳	刺激终止后症状消失
登陆综合征	持续 48 h 以上	运动后诱发的持续振荡性头晕,症状为摇摆或摇晃感	常在移动时(如行走或者骑车)症状减轻,运动停止后症状加重
双侧前庭病	3个月以上	以行走或站立不稳为主,可伴有慢性头晕、反复眩晕发作、听力下降、耳鸣、抑郁、记忆减退等	行走或头部/身体快速运动时出现运动诱发的视物模糊或振动幻视;黑暗环境中(或)地面不平时不稳感加重

### 3.2 培养慢性头晕的诊疗思路,建立良好的临床思维

3.2.1 关于病史问诊 以开放性问诊作为初始切入点,之后以封闭性和引导性问诊为主要的问诊方法是高效诊断慢性头晕的重要方法。由于病程较长,需要从头晕发生、发展演化的全过程进行完整信息梳理,了解首次头晕或眩晕的发病时情况、动态变化过程(尤其“晕”的性质、诱发缓解因素以及伴随症

状的变化尤为重要),对于慢性头晕的病因判断(此处建议以主要诊断+共病诊断的综合诊断作为慢性头晕的诊断框架)极其重要。但是另一方面,由于病程较长,分析影响因素繁多,而诊疗时间有限,患者常常无法在较短时间内陈述有助于疾病诊断的重要信息,为了提高患者的就医感受,行使自主陈述病史的权利,可以在开始问诊的几分钟采用开放性问诊的方式,让患者陈述疾病过程,之后转为封闭性和引

导性问诊,提高诊疗效率。在封闭性和引导性问诊的过程中需要医生运用因果分析和相关关系分析、多因素逻辑回归分析、权重分析(此处借用统计学分析的术语以帮助理解)的方法进行疾病的主要诊断、次要诊断以及合并症等分层诊断,力求诊断主次分明、条理清晰,以便为治疗措施的选择提供支持依据。注意患者的性别、年龄、既往史和人格气质特征等信息不容忽视。

3.2.2 关于查体 对慢性头晕患者进行查体,除了对病史和辅助检查信息进行必要的补充之外,还有助于检验患者的客观体征与主诉是否一致。查体的原则遵循头晕疾病诊断的基本原则,即以优先检出恶性或中枢性眩晕/头晕疾病为目的。根据引起慢性头晕的中枢性疾病特征,查体时应重点关注与神经系统疾病相关的内容,尤其重视眼球运动(包括动态视敏度、眼震、扫视和平滑跟踪)、共济运动(尤其强化的Romberg检查,包括足跟足尖并成直线/行走、单脚站立的Romberg检查)、姿势步态以及自主神经功能等检查。如果患者就诊当时正处在“严重头晕”的状态,通过神经系统查体可以检查患者是否真的存在神经系统受损的体征。医生也可以请患者在诊室内独自行走以及在家属适度帮助下行走,观察在不同状态下其行走的姿势和步态,有助于鉴别病理性或功能性步态异常。此外,仔细地查体反映医生重视患者的病情,认可其真实的感受,有助于建立良好的医患关系。

3.2.3 关于辅助检查 慢性头晕的病因虽然以功能性头晕最为常见,但也不能漏诊少见的潜在器质性疾病,并非所有慢性头晕患者都需要接受全面详尽的辅助检查。在充分医患沟通的基础上进行共同决策是慢性头晕合理的诊疗模式。单纯以医生为主导的模式已不能适应现代社会的医疗服务需求。医生运用专业知识,与患者充分讨论,共同作出最适合患者的医疗决策,有助于提高患者满意度和依从性,减少不必要的医疗花费,对慢性头晕患者尤为必要。

但是,一些以描述不清的慢性“头晕”为主诉的患者,缺乏视物旋转性眩晕或平衡障碍有关的病史,即使通过详细的病史询问,仍无法明确病因,且患者既往从未进行过任何有诊断价值的检查时,需要与患者及家属沟通后进行全面的临床检查,包括血液检查、脑部影像学和前庭功能检查。完善这些检查的目的在于明确有无原发或继发PPPD、贫血、甲状腺功能减退或其他内分泌系统问题(例如糖尿病或低血糖)、直立性低血压(尤其老年人)、过度换气等。当怀疑功能性头晕疾病,而病史时间较短(1年以内)时应注意随访观察病情变化。

#### 4 培养慢性头晕诊疗的临床思维

如何将病史问诊、查体和辅助检查有机结合、相互补充、相互验证,通过提供一些思路,训练有效的思考方法可以帮助医生更加有条理、逻辑清晰地进

行疾病诊疗。

4.1 以眩晕发作为首次症状的慢性头晕 对于主诉既往数月或数年内的某一时间曾经历过一次或多次眩晕发作的患者,详细询问病史可以回顾性地诊断如前庭神经炎、良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)、前庭性偏头痛、梅尼埃病或其他表现为发作性或急性前庭综合征的疾病。进入慢性期,患者会感觉到持续存在的头晕、昏沉感或主观不稳感。如果患者既往存在的发作性眩晕疾病在此时期还间断有旋转性晕发作,伴随每一次发作,慢性头晕的症状也会逐渐加重。与其他任何一种慢性疾病相似,长期存在或间断发作的前庭功能障碍性疾病,在其慢性化的过程中,精神心理因素起到了至关重要的作用。目前研究显示,如果病前存在焦虑和抑郁障碍等精神疾病可能与患者远期继发持续性头晕相关。80%的慢性头晕患者可能并存精神性疾病<sup>[7]</sup>。2021年巴拉尼协会发表了持续性姿势-感知性头晕(PPPD)的诊断标准,其中对这一类机制进行了详细的阐述,包括恐惧性位置性眩晕、视觉性眩晕、空间运动不适等表现<sup>[6]</sup>。

4.2 持续性或进行性出现的慢性头晕 对于一些主诉持续性或进行性加重的头晕患者,需要鉴别两种情况。一种情况是需要引起注意且优先进行鉴别,即患者的头晕并非真正的脑部情况,而是躯干或下肢运动的不协调,即患者存在神经系统病变导致的平衡障碍,多为小脑性共济失调(尤其躯干性共济失调),这样的患者可能由于步态不稳而导致跌倒或几乎跌倒,在疾病发展过程中,旁人也能发现其存在姿势或步态异常;有时患者也可能由于存在自主神经功能障碍引起的直立性低血压。另一种情况是患者主观的头晕,详细询问病史,可发现患者的头晕以昏沉为主,且多为“静止时脑内旋转感”,站立或行走时加重,平卧位或坐位减轻,旁人并未发现其存在明显姿势或步态异常,如果存在轻微的步态异常,大多表现为谨慎步态等功能性步态异常,这类患者最终可能被诊断为PPPD、焦虑抑郁状态(障碍)或躯体化症状。在这种情况下,仅依据病史很难将前庭性眩晕疾病后继发的PPPD与由于早期神经系统退变性疾病导致的步态不稳区分开来。头部磁共振(MRI)在疾病早期无法发现结构性异常,因此必须进行详细的神经系统查体,有助于发现遗传性共济失调、神经系统退行性病变、多发性神经病等神经系统疾病。少见情况下,双侧前庭病也可能导致平衡障碍,通过病史结合前庭功能检查有助于鉴别。

总之,慢性头晕的诊疗过程应将疾病发生发展的因果或相关关系、时间和空间的动态变化以及此过程中多因素参与权重的思维贯穿始终。慢性头晕的治疗策略以解决目前困扰患者的最主要问题为出发点,优先解决困扰患者的主要症状和重点问题,之后再根据病史问诊过程中多因素分析梳理的结果逐一解决次要症状和继发疾病。临床分析思路(见图1)。

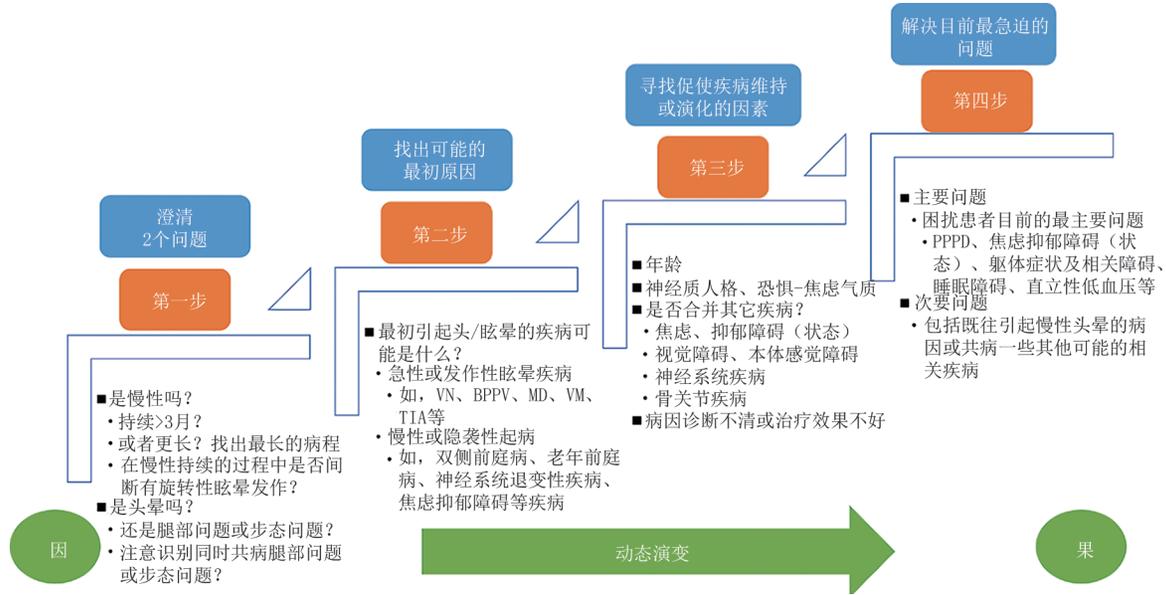


图1 临床分析思路

### 5 慢性头晕的治疗策略

慢性头晕患者的治疗应该考虑3方面的内容,但并不是所有患者都需要这3方面的治疗,应根据患者个体情况给予针对性的综合治疗。

首先,治疗目前最困扰患者的症状。

例如治疗仍然存在的活动性前庭疾病及相关伴随症状,例如BPPV、前庭性偏头痛或梅尼埃病等。

其次,合理恰当的前庭康复训练。

目前研究显示即使是慢性头晕的患者,进行针对性的前庭康复训练仍然可以改善头晕症状。因此,对于单侧或双侧前庭功能下降且代偿不良、PPPD、前庭性偏头痛、梅尼埃病非活动期的患者,可根据患者情况提供个体化的前庭康复治疗方

案。第三,重视精神心理问题及情绪障碍的干预。

对于病程迁延的慢性头晕患者,常合并或继发精神心理问题,患者常希望确诊为某种器质性疾病或“治愈”头晕。此时,医生可以通过提供对头晕疾病的咨询和患者教育,帮助患者更好地此类疾病的机制及转归,帮助患者学会自我调节;如果患者继发明显的焦虑、抑郁障碍(或焦虑、抑郁状态),医生可以与患者协商并达成一致的治疗方法和目标,必要时给予抗焦虑抑郁药物,并进行定期随访。

在进行这部分治疗时,有一种理念我们需要重新认识。在既往的医学诊疗观念中,需要鉴别疾病是“器质性与功能性”或“原发性或继发性”,但是很多疾病一旦慢性化,精神心理因素机制都会参与其中,在治疗原发器质性疾病的同时,继发的精神心理疾病同样需要干预。因此,对一些慢性头晕的患者,有时候为了鉴别器质性还是功能性疾病而花费过多的时间和精力可能不一定值得,因为这种鉴别诊断的结果并不会改变治疗决策。将抗焦虑抑郁药物和心理治疗视为“身心”综合治疗的一部分,对于改善慢性疾病的预后是有帮助的。如果我们改变既往的观念,说服患者接受这种综合治疗的理念,根据个人

情况选择相应的治疗方法,将会使患者极大获益。但如果患者病情严重,如有自杀倾向者,或者出现原发病不能解释的新发症状,以及治疗效果不佳的顽固性持续性头晕患者则需要转诊相关专科(尤其精神心理科)进一步诊疗。

总之,随着对许多慢性疾病的研究不断深入,更多新的理念、技术和治疗方法将会应用于临床。但对慢性头晕疾病而言,掌握那些有重要作用的病史问诊和查体方法,梳理清晰的临床思路,培养临床诊疗思维方法在该类疾病诊疗中的价值尤为突出,其重要作用不会因技术和治疗方法的进步而削弱。

**利益冲突声明:** 所有作者均声明不存在利益冲突。

**作者贡献声明:** 鞠奕负责拟定写作思路、撰写论文、论文修改;赵性泉负责指导文章思路并最后定稿。

### [参考文献]

- [1] Bronstein AM, Lempert T, Seemungal BM. Chronic dizziness: a practical approach[J]. Pract Neurol, 2010, 10(3): 129-139.
- [2] Kim EJ, Song HJ, Lee HI, et al. One-year prevalence and clinical characteristics in chronic dizziness: the 2019-2020 Korean national health and nutrition examination survey[J]. Front Neurol, 2022, 13: 1016718.
- [3] Eibling D. Balance disorders in older adults[J]. Clin Geriatr Med, 2018, 34(2): 175-181.
- [4] 鞠奕, 田军茹. 慢性前庭综合症的临床诊断及治疗[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(10): 753-754.
- [5] Bronstein AM, Golding JF, Gresty MA. Visual Vertigo, motion sickness, and disorientation in vehicles[J]. Semin Neurol, 2020, 40(1): 116-129.
- [6] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the bárány society[J]. J Vestib Res, 2017, 27(4): 191-208.
- [7] de Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, et al. Psychological adjustment to chronic disease[J]. Lancet, 2008, 372(9634): 246-255.

引证本文:鞠奕,赵性泉.述评:浅谈慢性头晕的诊疗思路与方法[J]. 中风与神经疾病杂志, 2023, 40(11): 963-966.