

眩晕 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E7\\_9C\\_A9\\_E6\\_99\\_95\\_c22\\_306520.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_9C_A9_E6_99_95_c22_306520.htm) 名称眩晕所属科室神经内科病因维持机体空间定向和平衡功能的结构有三。即视觉系统、本体觉系统和前庭系统，在大脑皮质的统一调节下协同完成，其皮质感觉区位于颞上回及邻近的顶叶。三者任一系统发生病变，致三者的神经冲动不能在脑部协调一致时，或皮质感觉区发生病变时，即可发生眩晕，其中以前庭系统病变所致者最为常见和重要。前庭系统病时，发生眩晕的解剖基础如下：[病因] 临床常见原因如下：一、前庭四周性眩晕 均为真性眩晕，一般均有眼震和前庭功能改变。1. 内耳病变（耳源性眩晕）：除眩晕、眼震和前庭功能改变外，伴有耳鸣和听力减退，多为单侧性。无其他神经系统体征。（1）美尼尔病：由迷路积水引起。常因精神紧张、疲惫、受寒等诱发。发作无定时，可数日至数年一犯。病前耳内有胀满感，每次发作持续数分钟至数小时不等，头位改变或睁眼后加重。耳鸣和听力减退呈波动性，即间歇期可恢复，但发作愈多恢复愈差（偶有一次发作后几成全聋者）。多有复听（患耳健耳对同一纯音声调不同）和响度重振（怕闹声）。耳蜗电图负总和电位与动作电位之比（-SP/AP）ldquo.变位性眩

晕gt.3D）、角膜病变（炎症、瘢痕、锥形角膜）、晶体异位和不适眼镜等。眼肌病变：眼肌麻痹、隐斜、辐凑力弱等。视网膜病变：视网膜色素变性、视网膜剥离等。四、本体感觉性眩晕 因脊髓后索或脑干内侧丘系病变致本体觉传入中断引起。为假性眩晕，伴有肢体深感觉减退，感觉性共济失调和肌张力减退等。偶可因腰肌、颈肌痉挛有过多的本体

觉冲动传入中枢所致。五、全身疾患引起的眩晕与影响了上述神经径路有关，常见疾病有：1. 心血管疾病：高血压、低血压、体位性低血压、严重心脏失律、心肌供血不足、颈动脉窦过敏、主动脉弓综合征等。2. 其他：感染、中毒、血液病、代谢障碍（糖尿病、低血糖症、高脂血症）等。六、精神性眩晕见于神经衰弱、癔病、焦虑症等。血管功能失调可能为某些患者眩晕的病理基础。此外，精神因素可诱发或影响前五种眩晕的发作和程度，精神性眩晕也可合并于器质性眩晕中发生。诊断诊断在于明确眩晕的原因。病中方面，应着重了解眩晕的性质、诱因和伴发症状如耳鸣、耳聋、脑干TIA症状和意识障碍等。间歇期症状应注重听力、第V到X对颅神经及脑干症状等。尚需了解既往重要病史，如心血管病、服药史、颅脑外伤史等。有了初步的病因判定后，再进行相应的体检和实验室检查。体检重点为前庭功能、听力、神经系统检查和心血管系统检查。有时，发生眩晕的原因不只一个，应加注重。治疗一、病因治疗二、一般治疗 静卧，避免声光刺激，解除精神紧张等。三、药物对症治疗（一）吩噻嗪类：氯丙嗪、甲哌氯丙嗪（10mg 2-3/d口服，或12.5mg肌注）或三氟丙嗪（1~2mg 2-3次/d，或1-2mg肌注）等。（二）抗组织胺类：非那根、美其敏（25mg 2次/d）等。（三）莨菪类：阿托品、氢溴酸莨菪硷、654-2（10mg肌注，2/d口服）等。（四）其他：眩晕停，合理补液基础上短期少量脱水等。四、手术治疗：内耳病变听力已丧失而久治不愈者，可行迷路破坏手术或前庭神经切断术。不少眩晕发作的诱因为过劳、精神过度紧张、情绪激动、头位体位的忽然变动、颈部持久的不良姿势、血压偏低等，应注重避免。

慎用损害前庭神经药物，必要时加强用药监护。100Test 下载  
频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)