

眩晕_耳鼻喉科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E7_9C_A9_E6_99_95__E8_80_B3_c22_609217.htm

眩晕系因机体对外界空间发生走向障碍所致的一种运动性幻觉。【诊断】1. 临床特点

(1) 前庭性眩晕（真性眩晕）：病人自觉外物或本身呈阵发性旋转、晃动或自身浮沉、翻滚，方向明确，常伴有明显的眼球震颤、平衡障碍和自主神经症状。发作无定期，每次发作持续数十秒至数小时不等，很少超过数天者。多见于内耳迷路、前庭神经和前庭神经核等部位病变。临床症状一般较重。

(2) 非前庭性眩晕（假性眩晕）：病人仅表现为头重脚轻、头昏眼花、轻微的站立不稳，无明显的眼球震颤和明确的外物或自身旋转等感觉，少有恶心、呕吐等自主神经症状。多由视觉、本体觉感受器或神经症等疾病所致。

2. 病因诊断

(1) 耳源性眩晕：眩晕严重，多表现为真性眩晕。常有耳病既往史，并伴有耳病症状和体征，但无其他脑神经和脑实质受损症状。常由外耳疾病（如盯聆或异物阻塞外耳道），中耳疾病（如严重的鼓膜内陷、中耳炎、鼓膜钙化、耳硬化症、耳咽管阻塞等），内耳疾病（如迷路积水、迷路炎、耳毒药物中毒、动晕病、迷路外伤、前庭迷路卒中和内耳手术等）所引起。

(2) 神经源性眩晕：眩晕症状随病变部位和病因的不同而异，但常伴有相应的脑神经或（和）脑实质受损症状。前庭神经或其核受损多呈真性眩晕。常由炎性疾病（如前庭神经元炎、脑干脑炎、小脑炎及其脓肿、脑膜炎（尤其是小脑-脑桥角部位炎症），血管性疾病（如小脑后下动脉血栓形成、颈椎增生等所致椎动脉压迫综合征、锁骨下动

脉盗血症、小脑出血、脑蛛网膜下腔出血），肿瘤（小脑-脑桥角、小脑、脑干和第四脑室部位肿瘤）以及颞叶前庭投射区病变等引起。（3）眼源性眩晕：眩晕持续时间较短，且无前庭性眩晕特点，睁眼看外界运动着的物体时加重，闭眼后缓解或消失。常伴有视力模糊、视力减退或眼外肌麻痹，视力、屈光间质、眼底、眼肌功能或隐斜等检查的异常，无其他神经系统异常所见。常由屈光不正（最常见）、视网膜黄斑病变和各种先天性眼病，以及眼外肌麻痹等引起。（4）本体觉性眩晕：呈假性眩晕特点，闭眼加重，睁眼减轻或消失。伴有肢体肌张力降低、腱反射减弱或消失，以及明显的深感觉障碍。常见于脊髓后索或周围感觉神经病变。（5）其他躯体疾病性眩晕：眩晕持续时间较短，或仅有头晕或不同程度的站立不稳，其病情随躯体原发病的轻重而缓解或加剧，且常伴有相应的躯体性疾病症状。常见病因有：心血管性疾病。如高血压病、低血压病、颈动脉窦反射过敏综合征、多动脉炎、无脉症等。内分泌及代谢性疾病。如高脂血症、糖尿病、低血糖症（自发性或药物性）、更年期综合征、甲状腺功能低下、嗜铬细胞瘤伴发的阵发性高血压等。血液病。如红细胞增多症、高氨血症、高渗或低渗透压血症、贫血等。全身感染中毒和高热性疾病。严重缺氧症。反射性眩晕。（6）神经症性眩晕：常表现为头重头昏、头脑不清醒和轻微站立不稳，无外物或自身旋转、晃动感，常伴有其他神经症症状，且无明确的神经系统器质性受损体征，常由神经衰弱症等所致。3. 根据眩晕病变部位和病因的不同，还可出现有关的一般性和专科性的实验室检查异常。【治疗】1. 眩晕发作时，应静卧休息，减少头部活动和声光刺激

。给予异丙嗪（非那根）、地西洋（安定）或西比灵等镇晕镇吐剂。2. 眩晕缓解后，应加强病因检查和处理（含迷路等手术治疗）。3. 平时应注意劳逸结合，忌激怒、烟酒和过咸食物。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