

# 注意！有些“头晕”真的等不起

## 详解三种常见的“晕”，小心身体在预警

特约通讯员 吉双琦 本报记者 左妍

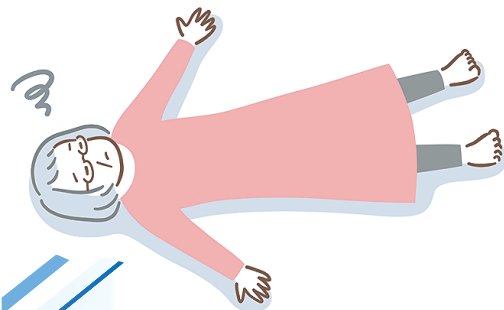
“我晕！”当这句话成为患者就医时的开场白，医生们有话要说！

步入五月，春夏交替气温起伏波动，不少人频繁出现头昏、发飘、眩晕等不适，大多将其归结为春困、疲

劳、血压波动，习惯性选择“忍一忍、再观察”。其实，头晕从来不是小事；有的晕无关紧要，休息即可缓解；有的晕暗藏致命隐患，拖延一秒都有风险。为了帮助普通人分清头晕、看懂身体预警，记者采访了上海交通大学医学院附属第九人民医院急诊科、神经内科、耳鼻咽喉头颈外科，把三种最常见的“晕”讲明白——



本版图片 ©



### 『恶性晕』很凶险 或短时间内夺命

“我只是有点晕，休息一下就好了。”患者的这句话，在急诊科医生听来最揪心。

上海九院急诊科主任葛晓利谈到，很多人不知道，急诊科里的“晕”分两种：一种可以等，一种等不起。等不起的那种，叫作“恶性晕”——后循环脑卒中、肺栓塞、恶性心律失常、主动脉夹层、消化道出血……任何一个，都可能在短时间内夺命。

急诊科处理头晕的第一原则只有六个字：先救命，再瞄准。

葛晓利特别强调，头晕看急诊，做完头颅CT，报告写着“未见明显异常”，很多人以为就安全了，其实这是最致命的误会。后循环脑卒中有个“时间差陷阱”：发病24小时内，CT检出率只有10%—20%。也就是说，临床症状已经很严重了——剧烈眩晕、复视、说话不清、走路不稳，但CT可能完全正常。如果这时候患者放心回家，数小时至一两天后，梗死区水肿扩大，脑干受压，可能突发呼吸心跳骤停，再抢救就来不及了。请记住：头晕伴随复视、手脚无力、走路不稳时，CT正常不等于大脑没事，留院观察、进一步头颅MRI-DWI(磁共振弥散加权成像)检查才是正解。

还有一种“高危晕”更隐蔽——心源性晕厥。它与普通头晕有本质区别：头晕是“感觉天旋地转”，而晕厥是“意识真正丧失”，哪怕只有几秒钟。为了快速识别心源性晕厥，医生往往会追问关键细节：倒地前有没有心悸？是不是发生于运动中或躺着时？有没有家族猝死史？是否伴随胸痛或呼吸困难？

这些问题的答案，可以帮助过滤危险信号。葛晓利指出，哪怕患者已经“感觉好多了”，仍需要完成一套分层递进的排查体系，覆盖相关基础评估，对于高危患者，则应持续心电监护6~24小时。如果初步检查无明确发现但临床仍高度怀疑心源性因素，会启动进阶评估。整个流程的核心原则是：不可漏掉一个。因为心源性晕厥最可怕的地方是下一次倒地时，心脏可能不会自行复跳。

葛晓利提醒，如果误将头晕当作疲劳处理，可能就是生与死的水火岭。比如脑梗死溶栓时间窗非常宝贵，每个“再观察一下”的念头，都在吞噬脑组织的存活机会。

出现以下症状，无论多轻微、无论是否自行缓解，都要第一时间去急诊：

- 首次发作的剧烈眩晕；
- 任何意识丧失的倒地，哪怕只有几秒钟；
- 视物成双、说话含糊、持物掉落、走路偏斜；
- 突发剧烈头痛；
- 胸痛、心悸后出现头晕或晕厥；
- 吞咽困难、饮水呛咳伴随眩晕。

### 前庭中枢性头晕 问题多在大脑里

“医生，我头晕是不是颈椎病？”“是不是脑供血不足？”——这是神经内科门诊最常听到的两句话。上海九院神经内科舒良副主任医师提示，头晕从来不是病，而是一类症状，背后藏着几十种可能病因。

人体保持平衡靠“三种感官”：视觉、本体觉和前庭觉。前庭系统最容易出问题，又分为中枢和周围两大类。神经内科多负责“前庭中枢性头晕”，包括后循环脑梗或TIA(即短暂性脑缺血发作)、前庭性偏头痛、持续性姿势—知觉性头晕(PPPD)等。与耳鼻喉科有关的多是“前庭周围性头晕”，包括耳石症、梅尼埃病、前庭神经炎、迷路炎、突发性耳聋伴眩晕等。

在所有头晕病因中，中枢性头晕只占10%~20%。但就是这一两成，往往进展快、病情重、预后不良。当头晕伴随以下六大预警信号中的任何一个，都不可心存侥幸，必须立即就医：构音障碍(说话含糊)、吞咽障碍(饮水呛咳)、复视(看东西重影)、共济失调(脚踩棉花)、猝倒发作(突然晕倒)、一侧肢体乏力麻木。

神经内科门诊中，会有许多偏头痛患者因头晕前来就诊。“我只是头晕，但头不痛，为什么医生确诊我是偏头痛？”舒良介绍，如果把大脑当作司令部，偏头痛患者的大脑比普通人的更敏感，神经“电路”更容易“短路”。遇到压力、熬夜、激素波动时，大脑里刮起一场“神经风暴”(功能异常)。风暴刮到痛觉中心，就会头痛；刮到平衡中心(前庭系统)，就会眩晕、不稳。这种晕有三个特点：发作时畏光畏声，只想躲进黑屋子；晕起来啥都干不了，只想躺平；每次持续数分钟到3天。好在它是功能性疾病，发作过后症状几乎完全消失，预后良好。治疗通常可以采取急性发作期缓解症状+缓解期预防发作相结合方式。

此外，门诊中，还有20%—25%的慢性头晕患者属于PPPD——持续性姿势—知觉性头晕。舒良介绍，患者多见于女性，特征很典型：头晕几乎每天都有，主要表现为昏沉感、不稳感、非旋转性头晕，持续时间超过3个月；站着、走路、逛商场时加重；发作前往往有过一次急性眩晕的经历；患者被折磨得痛苦不堪。这类头晕的诊断常常需要通过详细病史询问+仔细体格检查+实验室与放射学检查+必要时前庭功能检查+焦虑及抑郁心理量表评估等多种检查方法，最终明确诊断。

对于慢性头晕的患者来说，有时查不出病因，可能因为每一次头晕发作并非同一种病因。最佳方法是坚持写“头晕日记”，以备供医生抽丝剥茧，明确诊断。比如，“头怎么样晕？”(是天旋地转还是昏沉、不稳?)；“晕了多久？”(是持续几秒还是几小时？是一阵阵晕还是持续晕?)；“什么情况下会晕？”(和翻身、起床有关吗?)；“伴随什么症状？”(有没有耳鸣或听力下降？有没有手脚麻木、说话不清?)。这些细节是医生破案的关键。头晕时，尽量多留意这些问题。

- 出现头晕症状前来就医时，应整理并携带既往病史、检查结果、正在服用的药物。
- 注意！就诊前不要自行服用止晕药物，一些晕车药会掩盖真实症状，影响医生判断。
- 应避免上网查病、避免自行开车就诊。

### 转个头就天旋地转 可能是耳朵在报警

眩晕门诊中，患者备受“我晕”的困扰。在医生听来，这里面可能有十几种截然不同的意思。

上海九院耳鼻咽喉头颈外科孙佳玉主治医师介绍，各个季节都可能引发头晕，在冬天和换季时相对更多见。耳石症、突发性聋伴眩晕在中老年人中常见，梅尼埃病、前庭性偏头痛则更“偏爱”女性。

患者的“晕”是宽泛描述，医生往往把它拆解成三种类型：眩晕——视物天旋地转、左右摇摆，常伴恶心呕吐；头晕——不稳感、漂浮感、头重脚轻、脚踩棉花；头昏——头部闷胀感、堵塞感、疼痛感。

孙佳玉指出，不同的“晕法”，对应不同的怀疑对象。比如，耳石症是眩晕门诊中发病率最高的一类疾病。患者常在翻身、起床时出现短暂的天旋地转，持续数秒到1分钟。通过体位实验明确病变部位后，进行耳石复位治疗，复位后可辅助相关药物治疗，达到较理想的疗效。对于不在急性发病期或已自行缓解的患者，体位实验可能无法明确病变部位，此时也可以辅助药物治疗及前庭康复训练，缓解头晕、不稳等遗留症状。但耳石症易复发，很多人还会遗留1~2个月的头昏、不稳感。预防复发，应记住三点：避免诱发眩晕的体位变化，让耳石稳定住；保证睡眠、清淡饮食、别焦虑；积极对症治疗脑供血不足、颈椎病等诱发因素。

突发性聋伴眩晕则属于耳科急症，患者必须尽早至耳科眩晕门诊就诊。对心脑血管功能不良的老年人而言，一次突发性聋伴眩晕甚至可能是脑梗死发作的信号。其黄金治疗时间是发病后3天内，需完善检查排除其他危及生命的神经内科疾病后，进行溶栓、消肿、改善血运等综合治疗。

对待头晕患者，门诊有一套完整的排查流程。医生首先会详细问诊，明确“晕”的发病特征，这是最重要的一步，往往能锁定七成病因。对于症状典型、易于诊断的患者，可进行针对性检查及治疗，如耳石症的体位检查和复位。

对于症状不典型或多种症状混杂的患者，医生会进行床旁查体，观察是否存在自发性或诱发性眼球震颤——眼球是前庭系统的“窗口”；再通过冷热实验、甩头实验等前庭功能检查，进一步明确病变部位。合并听力下降、耳闷、耳鸣的患者，还需进行听力学检查，甚至CT或磁共振，排除耳部、颅内其他病变。

出现“晕”怎么办？孙佳玉提醒，发病后需尽快就诊。等待过程中，建议患者平卧闭眼休息，避免摔倒。家属可帮忙记录，包括发病有无诱因、持续多久，是否合并听力下降、恶心呕吐，有无肢体麻木、偏瘫失语等其他神经障碍症状。患者日常应保持健康生活习惯，清淡饮食，注意休息；积极控制基础疾病，关注颈椎病、脑供血不足等常见诱因。尽早就诊，遵医嘱用药，大多数眩晕性疾病都能获得满意疗效。

身体从不会无缘无故失去平衡，每一次“晕”都可能是预警信号。学会听懂身体的语言，该等的时候耐心观察，该冲的时候不要犹豫。毕竟，有些“晕”可以慢慢查，有些“晕”真的等不起。

#### 划重点



#### 划重点