

ICS 11.020
CCS C05

团 体 标 准

T/SDASTC XXX-XXXX

眩晕病基层中西医结合诊疗指南

Guidelines for the diagnosis and treatment of vertigo at the grassroots level through
the integration of traditional Chinese and Western medicine

（征求意见稿）

XXXX 年 XX 月 XX 日发布

XXXX 年 XX 月 XX 日实施

山东科技咨询协会 发布

目 次

前言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 前庭系统性眩晕与非前庭系统性眩晕鉴别.....	1
5 眩晕分类与诊断.....	1
5.1 系统性眩晕分类与诊断.....	1
5.2 非系统性眩晕分类与诊断.....	3
6 中医辨证分型.....	4
6.1 风痰上扰证.....	4
6.2 肝火上炎证.....	4
6.3 气血亏虚证.....	4
6.4 瘀血阻窍证.....	4
6.5 阴虚阳亢证.....	4
6.6 肾精不足证.....	4
7 治疗.....	4
7.1 治疗原则.....	4
7.2 西医治疗.....	5
7.3 中医辨证论治.....	5
8 康复调摄.....	8
8.1 情志调理.....	8
8.2 饮食护理.....	8
附录 A（规范性） Dix-Hallpike 试验.....	9
附录 B（规范性） Roll-test 试验.....	10
参考文献.....	11

Contents

Preface.....	III
1 Range.....	1
2 Normative reference.....	1
3 Terms and definitions.....	1
4 Differentiation between Vestibular system vertigo and non Vestibular system vertigo... 1	
5 Classification and Diagnosis of Vertigo.....	1
5.1 Classification and Diagnosis of Systemic Vertigo.....	1
5.2 Classification and Diagnosis of Non systemic Vertigo.....	3
6 Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Classification.....	4
6.1 Wind phlegm disturbance syndrome.....	4
6.2 Liver Fire Inflammation Syndrome.....	4
6.3 Qi and Blood Deficiency Syndrome.....	4
6.4 Syndrome of blood stasis obstructing orifices.....	4
6.5 Yin Deficiency and Yang Hyperactivity Syndrome.....	4
6.6 Kidney Essence Deficiency Syndrome.....	4
7 Treatment.....	4
7.1 Treatment Principles.....	4
7.2 Western Medicine Treatment.....	5
7.3 Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Treatment.....	5
8 Kang Fu Tune Photography.....	8
8.1 Emotional Adjustment.....	8
8.2 Dietary Care.....	8
Appendix A (Normative) Dix-Hallpike Test.....	9
Appendix B (Normative) Roll-Test.....	10
References.....	11

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由山东科技咨询协会提出并归口。

本文件起草单位：山东中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：彭伟、徐向青、吴宏赞、杨洁、赵雷勇、支洪伟、姬翔、王怡斐、袁杰、张倩、李思毅、孙一焱、李晓童、杨净雅、左天琪、孙圣竹。

眩晕病基层中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件给出了眩晕病基层中西医结合诊疗的在前庭系统性眩晕与非前庭系统性眩晕鉴别、眩晕分类与诊断、中医辨证分型、治疗及康复调摄等方面的指导和建议。

本文件适用于从事中医临床医疗工作的基层执业医师的规范性诊疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 眩晕病

指外邪侵袭、情志不遂、饮食所伤、失血劳倦等导致气血亏虚、髓海不足，清窍失养，或风火痰瘀，上扰清窍，出现头晕眼花、头重脚轻，重者如坐车船、视物旋转、不能站立或行走，甚则仆倒，不能睁眼，闭目即止，或伴有恶心、呕吐、面色苍白等症状。

4 前庭系统性眩晕与非前庭系统性眩晕鉴别

针对头晕/眩晕患者，应当首先询问、检查患者是否存在前庭病变的表现，以区分患者为前庭系统性眩晕还是非前庭系统性眩晕。

首先询问视物旋转、感觉身体或外界事物旋转摆动、振动幻视等，是否存在视物旋转是区分二者的关键点，临床应当反复询问。其次前庭系统病变往往引起自主神经刺激性症状，如恶心呕吐、出汗。

若患者存在前庭病变的表现，则为眩晕，高度提示患者为前庭系统性眩晕。若无视物旋转、周围环境或自身旋转感，而是表现为头晕脑胀、自觉不清醒、昏昏沉沉、头重脚轻，则为头晕而非眩晕，属于非前庭系统性眩晕可能性大。

5 眩晕分类与诊断

5.1 系统性眩晕分类与诊断

5.1.1 分类

首先应根据患者眩晕的特点，明确患者属于急性发作性眩晕、急性持续性眩晕或慢性眩晕。

5.1.2 急性发作性眩晕

5.1.2.1 常见病种

急性发作性眩晕常见于良性阵发性位置性眩晕、前庭性偏头痛、梅尼埃病、后循环 TIA。也可见于前庭阵发性、癫痫等。

5.1.2.2 良性阵发性位置性眩晕

良性阵发性位置性眩晕表现为短暂的视物旋转或不稳感，多在起床坐起或翻身时出现短暂眩晕或大幅度头位改变时诱发。若卧床、起床坐起、低头、仰头时更严重，重点关注后半规管与前半规管；若平卧翻身时更严重，重点关注水平半规管。良性阵发性位置性眩晕患者常意识到某种头部运动会促使眩晕发作，常主动寻找一个可避免眩晕发作的姿势。本病可伴有恶心呕吐、出汗等自主神经症状。位置诱发试验可在 70% 以上的患者中发现与症状同步发生的眼球震颤，眼震的方向与受累半规管相对应的眼外肌的作用方向相一致。

Dix-Hallpike 试验用于诊断垂直半规管耳石症，Roll-test 试验用于诊断水平半规管耳石症。

5.1.2.3 前庭性偏头痛

前庭性偏头痛表现为：

- a) 急性发作性眩晕，发作持续 5min~72h，中重度症状，患者有时可因头晕而出现不敢睁眼、一身冷汗、一动不敢动的表现，这种程度的症状在良性阵发性位置性眩晕上较少见，眩晕可自发、体位改变诱发、可因视觉、听觉性刺激诱发；
- b) 可以有单侧、搏动性头痛，因体力活动而加重。眩晕发作可出现在偏头痛发作之前、之中、之后，甚至没有偏头痛发作。总体而言，前庭性偏头痛的首次眩晕发作通常出现于头痛发作后数年，此时患者的头痛已经减轻，眩晕逐渐替代为影响工作的主要因素，需追问既往头痛病史。女性患者 50 岁后可能转换为以头晕为主；
- c) 患者有时可伴有耳鸣或听力下降，多为双耳，缓解期多可恢复至基线水平；
- d) 可有睡眠障碍、焦虑、抑郁、躯体化症状；
- e) 有偏头痛或晕动病病史，有家族遗传史，有助于诊断。

5.1.2.4 梅尼埃病

梅尼埃病诊断需满足以下条件：

- a) 自发性眩晕发作至少 2 次，持续 20min 至 12h；
- b) 至少 1 次纯音测听为低到中频感音性聋；
- c) 患侧耳聋、耳鸣或耳胀满感呈波动性；
- d) 排除其他疾病引起的眩晕。

纯音测听是诊断梅尼埃病的重要工具。

5.1.2.5 后循环 TIA

中老年患者，有高血压、糖尿病、冠心病等脑血管病危险因素者应首先除外本病。起病方式为急性起病，临床多伴有两腿发软、跌倒发作，肢体或面部麻木，或言语不清，吞咽困难、饮水呛咳、走路不稳、复视等小脑与脑干的神经功能缺损表现。

5.1.3 急性持续性眩晕

5.1.3.1 前庭神经炎

前庭神经炎常急性或亚急性起病，剧烈的眩晕常持续 1~3d、部分可达 1 周余；眩晕消失后，多数患者尚有行走不稳感，持续数天到数周；一般无听力障碍。查体见显著的自发周围性眼震，眼震为水平略带旋转并快相朝向健侧、慢相朝向患侧，甩头试验患侧阳性，闭目难立征及加强试验多向患侧倾倒（与眼震慢相方向一致）。多数患者数周后可恢复正常，冷热试验等异常可持续较长时间。部分前庭神经炎未及时治疗或因单侧前庭功能严重损害，姿势性不稳可迁延不愈，应注意与其他病因导致的慢性头晕相鉴别。

5.1.3.2 脑干、小脑病变

病因以脑梗死最多，其次为脑出血、多发性硬化、肿瘤、感染和变性病等。绝大多数的脑干和（或）小脑病变同时伴随中枢神经系统损害的其他表现，如偏瘫、偏身感觉障碍、构音障碍、锥体束征或共济失调等经典表现。识别恶性眩晕，尤其表现为“孤立性眩晕”的急性后循环脑梗死是临床诊断的首要任务之一，床旁查体（如 HINTS）有助于与周围性眩晕鉴别，神经影像等检查常能帮

助确定病变的性质。

此外，大约 29% 的突发性耳聋患者伴眩晕，本病是机制不明的一类感音神经性聋，年轻人可能与病毒感染导致血管痉挛有关，老年人则多与动脉粥样硬化导致血管闭塞有关。一般先发生听力下降，再发生眩晕。病毒感染前多有劳累诱因。血管性因素：耳蜗与前庭常同时受累。内听动脉前庭支闭塞导致眩晕，内听动脉耳蜗支闭塞导致听力下降不伴有眩晕，小脑前下动脉闭塞也可导致内听动脉供血不足，早期可出现听力下降，随后逐渐出现眩晕伴小脑、脑桥表现。应及时进行头颅 MRI 检查。

5.1.4 慢性眩晕

5.1.4.1 双侧前庭病

各年龄段均可患病，详细询问既往史尤为重要，部分患者有明确病因，耳毒性药物（主要包括庆大霉素等耳毒性抗生素、抗癌化疗药物、袪利尿剂、阿司匹林等）、双侧梅尼埃病和脑膜炎为最常见病因。肿瘤（如双侧前庭神经瘤、脑膜癌病、颅底肿瘤侵袭）、肿瘤放疗、自身免疫病（如神经结节病、白塞病、脑血管炎、系统性红斑狼疮、肉芽肿性血管炎）等也可导致双侧前庭病。

双侧前庭病主要表现为振动幻视及姿势步态不稳。由于患者双侧前庭眼反射减退或消失，患者在头部、身体主动运动（如行走、左右快速转头）或被动运动（如坐车）时会出现振动幻视症状，表现为头部或身体运动时出现视物模糊，视物晃动感，常无法阅读街上的标牌或辨认对面行人的面孔。静态条件通常无症状，但严重者静坐时也可出现振动幻视。行走或站立时出现姿势和步态不稳，尤其在黑暗环境中和不平坦地面上站立和行走时其姿势和步态不稳症状会加重。此外，双侧前庭病患者还常表现有其他症状，如慢性头晕、反复发作性眩晕、耳聋、耳鸣等。Romberg 试验可呈阳性。

5.1.4.2 老年前庭病

与年龄有关的周围感觉结构的退化以及由此导致的感觉障碍。超过 60 岁的老年人中，接近 50% 的可表现出某一形式的前庭功能损伤；头晕和不稳感是居住在社区的老年人最常见的症状。年龄相关的前庭功能减退已确定对老年人产生重要影响，尤其是姿势不稳、步态障碍和跌倒。

5.1.4.3 持续性姿势-感知性头晕

持续性姿势-感知性头晕诊断该病必须全部满足以下 5 条标准：

- a) 在 3 个月或以上的大部分天数内，出现头晕或不稳或非旋转性眩晕中的一种或多种：
 - 每次发作症状持续数小时，程度可逐渐加重及逐渐减轻。
 - 不需要症状在一整天内连续存在。
- b) 每次持续性症状出现无特异触发因素，但下列 3 种因素可使其加重：
 - 直立姿势。
 - 无论何种方向及位置的主动或被动运动。
 - 暴露于移动的视觉刺激或复杂的视觉环境。
- c) 这种失调由引起眩晕、不稳、头晕或平衡失调的下列疾病引起：急性、发作性或慢性前庭综合征，其他神经系统疾病或内科疾病或心理性焦虑。
 - 当触发疾病为急性或发作性疾病时，症状出现形式与诊断标准 a 叙述一致。当触发疾病已经缓解后，症状首先间歇出现，以后固定成持续性病程。
 - 当触发疾病为慢性综合征时，症状开始缓慢出现然后逐渐加重。
- d) 症状引起显著的焦虑或功能障碍。
- e) 症状不能由其他疾病或失了解释。

5.1.4.4 慢性前庭系统病变

慢性小脑病变（如占位）、慢性前庭神经病变、脑干病变、胼胝体病变。

5.2 非系统性眩晕分类与诊断

5.2.1 常见病种

全身疾病相关性头晕，如部分贫血、低血糖、甲状腺功能低下或亢进、严重的心肌梗死或心律失常、心力衰竭、电解质或酸碱平衡紊乱、眼肌麻痹和屈光不正等疾患可能导致头晕，应重视全身相关疾病的病史采集、全面的体格检查和必要的辅助检查。

5.2.2 高血压

未使用降压药物的情况下，非同日3次测量诊室血压，收缩压(SBP)≥140 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和/或舒张压(DBP)≥90 mmHg。SBP≥140mmHg和DBP<90 mmHg为单纯收缩期高血压。患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽低于140/90 mmHg，仍应诊断高血压。表现各异，部分高血压患者并无特异性症状。询问是否有头痛、头晕、恶心、颈项强直以及夜尿多、无力、发作性软瘫等；阵发性头痛、心悸、多汗；打鼾伴有呼吸暂停和胸闷气短等可疑继发性高血压的症状。

5.2.3 直立性低血压

患者在直立位时收缩压下降超过20mmHg和(或)舒张压下降10mmHg，临床表现为将要摔倒的不稳感，可能伴随黑矇或视物模糊、恶心出汗等。患者出现上述表现或疑诊本病时，应行卧立位血压监测、直立倾斜试验及必要的心脏检查。

另外还有由于神经系统疾病导致的不稳，如深感觉障碍、前庭小脑疾病、锥体外系疾病、副肿瘤综合征等，还有一部分是骨关节病导致的行走不稳。

6 中医辨证分型

6.1 风痰上扰证

头晕有旋转感或摇晃感、漂浮感，头重如裹，伴有恶心呕吐或恶心欲呕、呕吐痰涎，食少便溏，舌苔白或白腻，脉弦滑。

6.2 肝火上炎证

头晕且痛，其势较剧，目赤口苦，胸胁胀痛，烦躁易怒，寐少多梦，小便黄，大便干结，舌红苔黄，脉弦数。

6.3 气血亏虚证

头晕目眩，动则加剧，遇劳则发，面色㿔白，爪甲不荣，神疲乏力，心悸少寐，纳差食少，便溏，舌淡苔薄白，脉细弱。

6.4 瘀血阻窍证

眩晕，肢体麻木或刺痛，唇甲紫绀，肌肤甲错，或皮肤如蚁行状，或头痛，舌质暗有瘀斑，苔薄白，脉涩。

6.5 阴虚阳亢证

头晕目涩，心烦失眠，多梦，面赤，耳鸣，盗汗，手足心热，口干，舌红少苔，脉细数或细弦。

6.6 肾精不足证

头晕久发不已，听力减退，耳鸣，少寐健忘，神倦乏力，腰酸膝软，舌红，苔薄，脉弦细。

7 治疗

7.1 治疗原则

眩晕病治疗目的是祛除病因，缓解症状。治疗应尽可能针对病因，遵循个体化原则。目前，对眩晕病的主要干预手段包括药物治疗、非药物治疗、康复调摄等，临床可根据具体情况选择合适的治疗方式综合调治。治疗过程中，应当积极明确西医诊断，查找病因，辨证施治。

7.2 西医治疗

7.2.1 对症治疗

眩晕急性发作持续时间较长且伴有恶心呕吐等表现者，应予前庭抑制剂，常用药物包括抗组胺剂、抗胆碱能剂和苯二氮草类等。急性期的症状控制后应及时停药，一般不超过72h，否则会抑制中枢代偿机制的建立。

7.2.2 病因治疗及预防措施

良性阵发性位置性眩晕应重视手法复位，前庭神经炎需激素治疗，脑梗死应溶栓或抗栓治疗，其他的器质性病变则应根据病情给予相应的治疗。持续性姿势-感知性头晕需要康复训练、药物治疗及心理干预。禁烟酒和使用倍他司汀或激素可能减少梅尼埃病的发作，对于频发的前庭性偏头痛，可服用 β -受体阻滞剂、钙离子拮抗剂或丙戊酸等进行预防。

7.2.3 康复训练

前庭神经炎急性期后，需要鼓励患者尽早活动，促进中枢代偿。对于各种原因造成的前庭功能低下的慢性眩晕/头晕患者，前庭康复训练均可能使其受益。

7.3 中医辨证论治

7.3.1 风痰上扰证

7.3.1.1 治法

祛风化痰，健脾和胃。

7.3.1.2 方药

半夏白术天麻汤（《医学心悟》）。清半夏、白术、天麻、茯苓、生姜、橘红、大枣、甘草。

7.3.1.3 中成药

荷丹片：糖衣片一次5片，薄膜衣片一次2片，一日3次，八周为一疗程。用于高脂血症属痰浊挟瘀证候，见头晕头痛、头重如裹、胸闷者。

7.3.1.4 针灸治疗

取穴风池、足三里、中脘、丰隆等穴，用针刺或艾灸刺激穴位，以平补平泻手法为主，每次留针或艾灸20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.1.5 饮食疗法

宜食清淡，忌油腻辛辣食物。宜清热化痰醒脑之品，如荷叶、薏苡仁、山楂、白扁豆、薄荷、菊花、决明子等。可选菊花茶、决明子茶等。

7.3.2 肝火上炎证

7.3.2.1 治法

清肝泻火，息风定眩。

7.3.2.2 方药

龙胆泻肝汤（《医方集解》）。龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、当归、车前子、泽泻、生甘草。

7.3.2.3 中成药

a) 龙胆泻肝丸：口服，一次3~6克，一日2次。用于肝胆湿热，头晕目赤等症。另有龙胆泻

肝丸（大蜜丸）、龙胆泻肝胶囊、龙胆泻肝软胶囊、龙胆泻肝颗粒、龙胆泻肝片、龙胆泻肝口服液等剂型，可以根据说明书用药。

- b) 安脑丸：口服，一次1~2丸，一日2次。用于热邪炽盛，眩晕、头痛、神昏、抽搐或高血压等。
- c) 牛黄降压丸：口服。大蜜丸一次1~2丸，一日1次。清心化痰，镇静降压，用于肝火旺盛，头晕目眩，烦躁不安，痰火壅盛；高血压。另有牛黄降压胶囊、牛黄降压片等剂型，可以根据说明书用药。

7.3.2.4 针刺治疗

取穴太冲、曲池、足三里、中脘、丰隆等穴，用针刺刺激穴位，以泻法为主，留针20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.2.5 饮食疗法

宜食辛甘寒，忌食辛辣、油腻、温燥、动火之食物。宜平肝潜阳、清肝泻火之品，如槐花、决明子、菊花、芹菜、玉米须等。

7.3.3 气血亏虚证

7.3.3.1 治法

补益气血，健运脾胃。

7.3.3.2 方药

八珍汤（《正体类要》）。人参、炒白术、茯苓、当归、川芎、熟地黄、生白芍、炙甘草等。偏于气虚者，可用补中益气汤；气血俱虚较重者，可用十全大补汤。

7.3.3.3 中成药

- a) 八珍颗粒：开水冲服，一次1袋（3.5克），一日2次。补气益血，用于气血两亏的眩晕。
- b) 归脾丸：一次1丸（9克），一日2次。益气补血，健脾养心，用于气血不足的眩晕。另有浓缩丸、水蜜丸等不同剂型，可以根据说明书用药。
- c) 补中益气丸：一次1袋（6克），一日2~3次。补中益气，升阳举陷，用于脾胃虚弱、中气下陷所致的眩晕。另有水丸、浓缩丸、颗粒剂、口服液、片剂等不同剂型，可以根据说明书用药。

7.3.3.4 针灸治疗

取穴脾俞、胃俞、足三里、百会等穴，用针刺或艾灸刺激穴位，以补法为主要，留针或艾灸20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.3.5 饮食疗法

宜食甘温，忌生冷、油腻之食物。宜补养气血、健运脾胃之品，如红枣、阿胶、桂圆、枸杞、茯苓、莲子、当归、白木耳、糯米等。可选红枣莲子粥等。

7.3.4 瘀血阻窍证

7.3.4.1 治法

活血祛瘀，通络开窍。

7.3.4.2 方药

通窍活血汤（《医林改错》）。麝香（冲服，或白芷代）、赤芍、桃仁、川芎、红花、葱白、生姜、大枣等。

7.3.4.3 中成药

血府逐瘀口服液：一次1支，一日3次。活血化瘀，行气止痛，用于瘀血内阻之眩晕。另有血府逐瘀丸、血府逐瘀胶囊、血府逐瘀片、血府逐瘀软胶囊等不同剂型，可以根据说明书用药。

7.3.4.4 针灸治疗

取穴合谷、三阴交、血海、中脘、丰隆等穴，用针刺或艾灸刺激穴位，以泻法为主，留针或艾灸20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.4.5 饮食疗法

宜食清淡，忌油腻肥甘食物。宜燥湿祛痰、健脾活血之品，如西洋参、山楂、薏苡仁、三七、丹参等。可选薏米党参粥、三七粉等。

7.3.5 阴虚阳亢证

7.3.5.1 治法

镇肝熄风，滋阴潜阳。

7.3.5.2 方药

阳亢为主者，用天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）。天麻、钩藤、石决明、杜仲、川牛膝、桑寄生、栀子、黄芩、益母草、茯神、夜交藤。

阴虚明显者，用镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）。生牡蛎、生龙骨、生龟板、代赭石、白芍、天冬、玄参、怀牛膝、生麦芽、川楝子、茵陈、甘草等。

7.3.5.3 中成药

- a) 天麻钩藤颗粒：开水冲服。一次1袋(5克)，一日3次。平肝熄风，清热安神，用于肝阳上亢所引起的头痛、眩晕、耳鸣、眼花、震颤、失眠；高血压见上述证候者。
- b) 养血清脑颗粒：口服，一次1袋（4克），一日3次。养血平肝，活血通络，用于血虚肝亢所致的头痛，眩晕眼花，心烦易怒，失眠多梦。
- c) 脑立清：口服。一次10丸，一日2次。平肝潜阳，醒脑安神。用于肝阳上亢，头晕目眩，耳鸣口苦，心烦难寐。另有脑立清胶囊和脑立清片等不同剂型，可根据说明书用药。
- d) 全天麻胶囊：口服。一次2~6粒，一日3次。平肝，息风，用于肝风上扰所致的眩晕、头痛、肢体麻木。另有全天麻片等不同剂型，可根据说明书用药。
- e) 松龄血脉康胶囊：口服。一次3粒，一日3次。平肝潜阳，镇心安神，用于肝阳上亢所致的头痛、眩晕、急躁易怒、心悸、失眠；高血压病及原发性高脂血症见上述证候者。

7.3.5.4 针灸治疗

取穴风池、肝俞、肾俞、行间、夹溪等穴，用针刺或艾灸刺激穴位，以平补平泻手法为主，留针或艾灸20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.5.5 饮食疗法

宜食甘凉，忌食辛辣、油腻、温燥、动火之食物。宜平肝潜阳、滋养肝肾之品，如麦冬、百合、桑寄生、黑豆、山茱萸等。

7.3.6 肾精不足证

7.3.6.1 治法

补肾填精，充养脑髓。

7.3.6.2 方药

大补元煎（《景岳全书》）。党参、当归、枸杞子、炒山药、山茱萸、炙甘草、熟地黄、杜仲。

7.3.6.3 中成药

杞菊地黄丸：口服。大蜜丸一次1丸，一日2次。滋肾养肝。用于肝肾阴亏，眩晕耳鸣，羞明畏光，迎风流泪，视物昏花。另有杞菊地黄丸浓缩丸、杞菊地黄口服液等不同剂型，可根据说明书用药。

7.3.6.4 针灸治疗

取穴百会、悬钟、肾俞、太溪等穴，用针刺或艾灸刺激穴位，以补法为主，留针或艾灸20~30分钟，每日1次，连续治疗10~14天。

7.3.6.5 饮食疗法

宜食甘温，忌生冷、寒凉之食物。宜滋补肝肾之品，如龟板、龟甲、枸杞、何首乌、桑椹、山药、黑豆等。可选甲鱼汤等。

7.3.7 诸证通用中成药

强力定眩片：口服。一次4-6片，一日3次。降压、降脂、定眩。用于高血压、动脉硬化、高血脂症以及上述诸病引起的头痛、头晕、目眩、耳鸣、失眠等症。

8 康复调摄

8.1 情志调理

注意卧床休息，尽可能避免外界环境的各种刺激，避免焦虑、紧张、抑郁、恐惧等不良情绪，保持心情舒畅，加强宣教，使患者学会自我心理调节。

8.2 饮食护理

饮食宜低盐、低脂、清淡、易消化等食物，少食多餐。

附 录 A
(规范性)
Dix-Hallpike 试验

用于诊断垂直半规管耳石症，检查时，患者坐于检查床上，检查者位于患者身旁，双手把持其头部向右或向左转 45° ，保持上述头位不变，同时将体位迅速改变为仰卧位，之后头向后悬垂于床外 30° 。若患耳向地时诱发出垂直成分向眼球上极，扭转成分向地的垂直扭转性眼震，回到坐位时眼震方向逆转，则诊断为后半规管良性阵发性位置性眩晕。若为右侧后半规管良性阵发性位置性眩晕，则将患者处于右耳向下的悬头位时，在经数秒潜伏期后，出现逆时针的旋转性眼震（从观察者的角度），这时，患者眼球的顶部旋转指向其右侧肩部，称之为右向旋转性眼震，可以见到同步发生的上跳性眼震成分。若为左侧后半规管良性阵发性位置性眩晕，则为顺时针的旋转性眼震，伴上跳性眼震成分。回到坐位时，发生眼震反转（与试验时相反方向的眼震）。若出现垂直下跳旋转性眼震，提示对侧前半规管管石症（发生率极低，须鉴别中枢性疾病）。

附 录 B
(规范性)
Roll-test 试验

B.1 操作方法

用于诊断水平半规管耳石症。检查时，病人头正中位抬高 30° ，仰卧于检查床上，快速将头向一侧（右）转 90° ，停留在此位置至少 $30\sim 60$ 秒，观察有否眼震。观察结束或眼震消失后，再将头向相反方向（左）回转 90° ，回到原位（正中位头上抬 30° 仰卧位）。观察 30 秒或眼震消失后，再快速将头向另一侧（左）转 90° 观察有否眼震，或者直接从一侧 180° 转向另一侧。

B.2 若引出向地性眼震

当病人转向另一侧时也引出快相向地眼震，小于 1 分钟，则眼震强的一侧为患侧。这种类型占水平半规管良性阵发性位置性眩晕大多数，属于水平管的管结石；若双侧向地性眼震持续时间 $>1\text{min}$ （可达数分钟），伴有眼震消失平面（平躺即出现指向健侧的眼震，向患侧转头 $15\sim 30^{\circ}$ 眼震消失，继续转头又出现眼震），为轻嵴帽现象。

B.3 若引出背地性眼震

无论向哪一侧翻转，诱发的眼震快相朝向与地面相反的方向，即耳朵向上的一侧（离地方向），眼震潜伏期很短甚至可没有明显潜伏期，持续时间较长（ $>1\text{min}$ ），可存续于头位改变的整个时间段，这种类型属于水平半规管嵴顶结石，背地性眼震强烈的耳朵向上一侧提示为病侧（即眼震强度较弱的一侧为患侧）。背地性眼震若眼震持续时间 $<1\text{min}$ ，提示水平管前臂管结石。

参 考 文 献

- [1] 眩晕诊治多学科专家共识[J], 中华神经科杂志, 2017, 50(11) :805-812
- [2] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, Bronstein A. 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
- [3] 王永炎, 张伯礼主编. 中医脑病学[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2007, 158-168