

晕厥指南解析



首都医科大学附属北京同仁医院急诊科

丁寧



- 晕厥
- 任何年龄段
- 合并各种器质性病病或不合并任何疾病
- 目前其诊断和治疗没有统一的标准和明确的方向
- 管理较乱,多数医院没有统一的管理机构。
- 处于单打独斗——流失、漏诊、纠纷
- 需多学科参与的管理,制定多学科的实践指南.



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

- 2009年欧洲心脏病学会（ESC）制定的《晕厥的诊断与治疗指南（2009年版）》。ESC最早治疗晕厥的指南发表于2001年，2004年进行了修订。
- **此指南包含两个重要方面的改进：**
 - 1 强调从两个方面评价晕厥的患者。一是找出确切的原因以便进行有效的针对病理机制的治疗；二是识别患者的风险，这种风险常取决于潜在的疾病，而不是晕厥本身的机制。
 - 2 确定一个非常详细的指南，不仅要面向心脏科医生，而且还要面向所有对该领域感兴趣的医生(老年科、急诊科、神经科、小儿科等)。



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

四大变化

一.确定了晕厥的定义:

二.增加了初步评估内容,完善了诊断流程:

- 1) 40岁以上患者建议首先进行颈动脉窦按摩。
- 2) 对于有心脏病病史或怀疑此次晕厥与器质性心脏病或其他心血管疾病有关的患者,建议进行超声心动图检查。
- 3) 对于怀疑因心律失常而导致晕厥的患者,应给予实时心电监测。
- 4) 若晕厥与体位变化有关或怀疑反射性晕厥时,应进行相关检查。如卧立位试验或直立倾斜试验等。
- 5) 仅在怀疑非晕厥原因造成的T-LOC的情况下,需神经科检查或血液检查。



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

三.丰富了检查方法:

- 1) 直立性晕厥的检查方法
- 2) 倾斜试验
- 3) 心电图监测
- 4) 电生理检查
- 5) 超声心动图合同其他影像学技术
- 6) 运动试验
- 7) 精神评估
- 8) 神经评估



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

- 四、完善了治疗原则：

延长生命、预防复发

增加了防治躯体损伤

据不同病因和机理以及危险分层,采取不同的治疗策略。



目的

- **发病率高:** 40-69岁约17%,大于70岁高达23%。
- **就诊年龄:** 平均年龄60岁。
- **病因繁多:** 迷走性晕厥, 心源性晕厥, 直立性晕厥,
• 器质性疾病引起的晕厥
- **认知度低:** 仅约1%的就诊, 而转专科就诊仅10%。
- **潜在风险:** 一年内心源性晕厥猝死率约24%, 非心源性晕厥及不明原因猝死率分别为6%。



目的

据统计，就诊于急诊室的晕厥患者的“常规”诊疗的预后，平均住院日为7天，34%为心血管病因，12%为非心血管病因，更重要的是有54%的患者晕厥病因仍不明。再重新评估后，有21%患者的病因因为心源性的，35%为神经反射性的，14%为非心血管性的。值得注意的是不明原因晕厥的比例下降至30%。

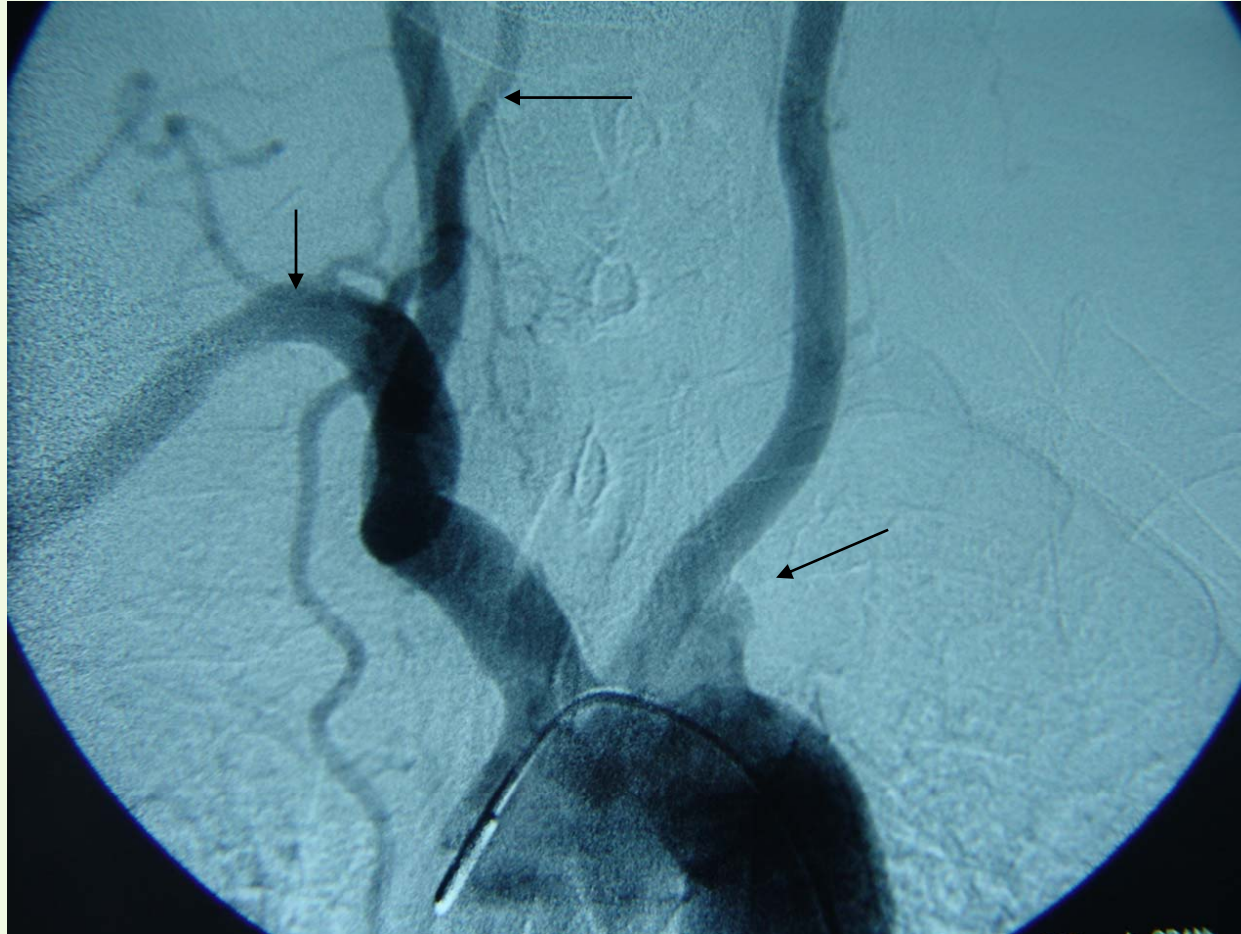


病历 1

- 李_{XX}、男性、63岁，因“运动中反复发作性意识丧失一年余”来诊
- 现病史：近一年来多次于运动中突发意识丧失,持续3-5分钟后恢复,不伴抽搐及二便失禁。
- 既往：有高血压、冠心病、糖尿病史
- 查体：Bp150/90mmHg(右),左脉搏触摸不到，心率90次/分、律齐、呼吸20次/分。神经系统查体正常。
- 头CT、血、尿、便常规，血生化及凝血系统检查大致正常。
- 颈动脉超声示：左锁骨下动脉未探及。
- DSA提示：左锁骨下动脉闭塞。
- 诊断：左锁骨下动脉闭塞
- 颅内盗血综合征



左锁骨下动脉闭塞(动脉期)



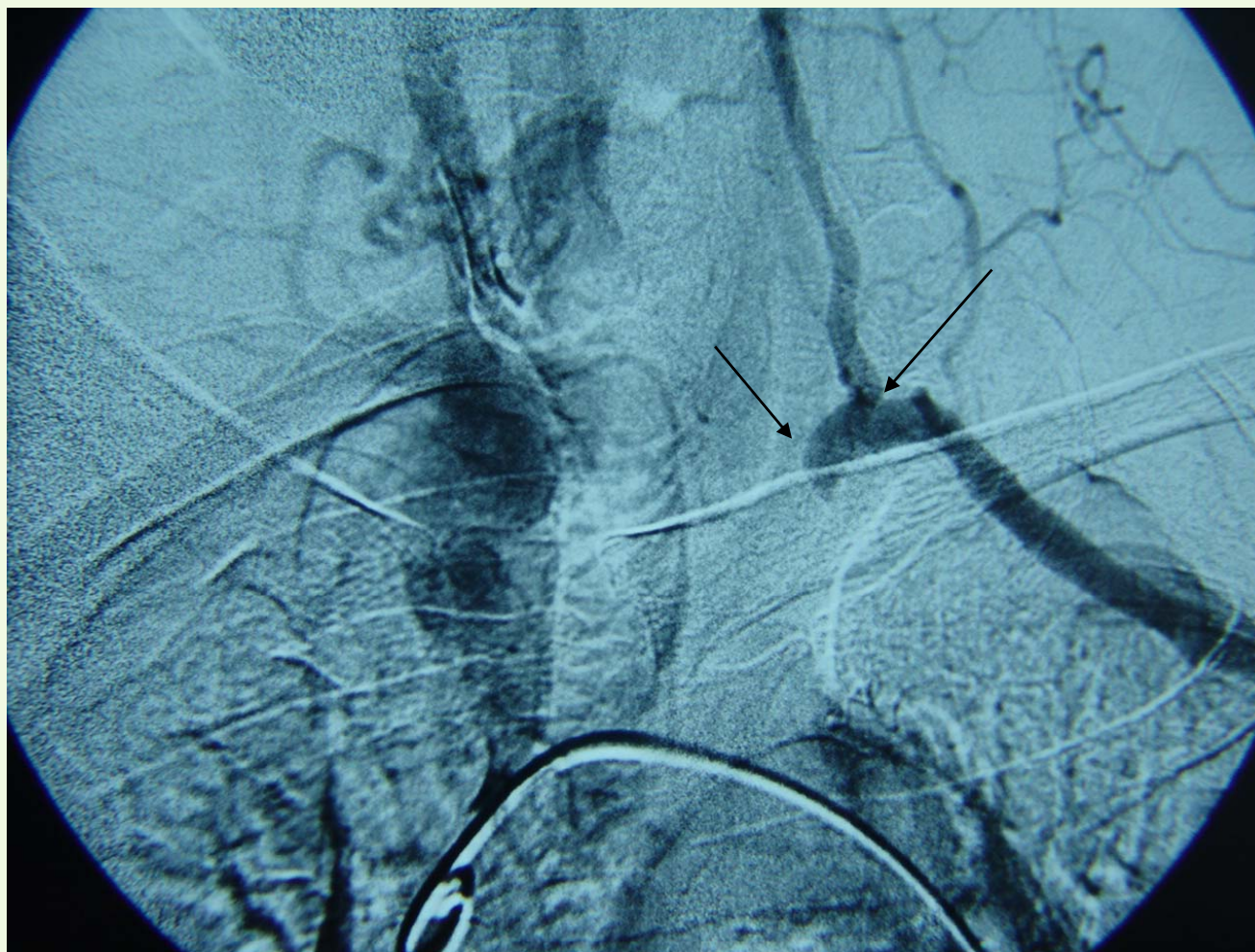


左锁骨下动脉盗血(动脉晚期)

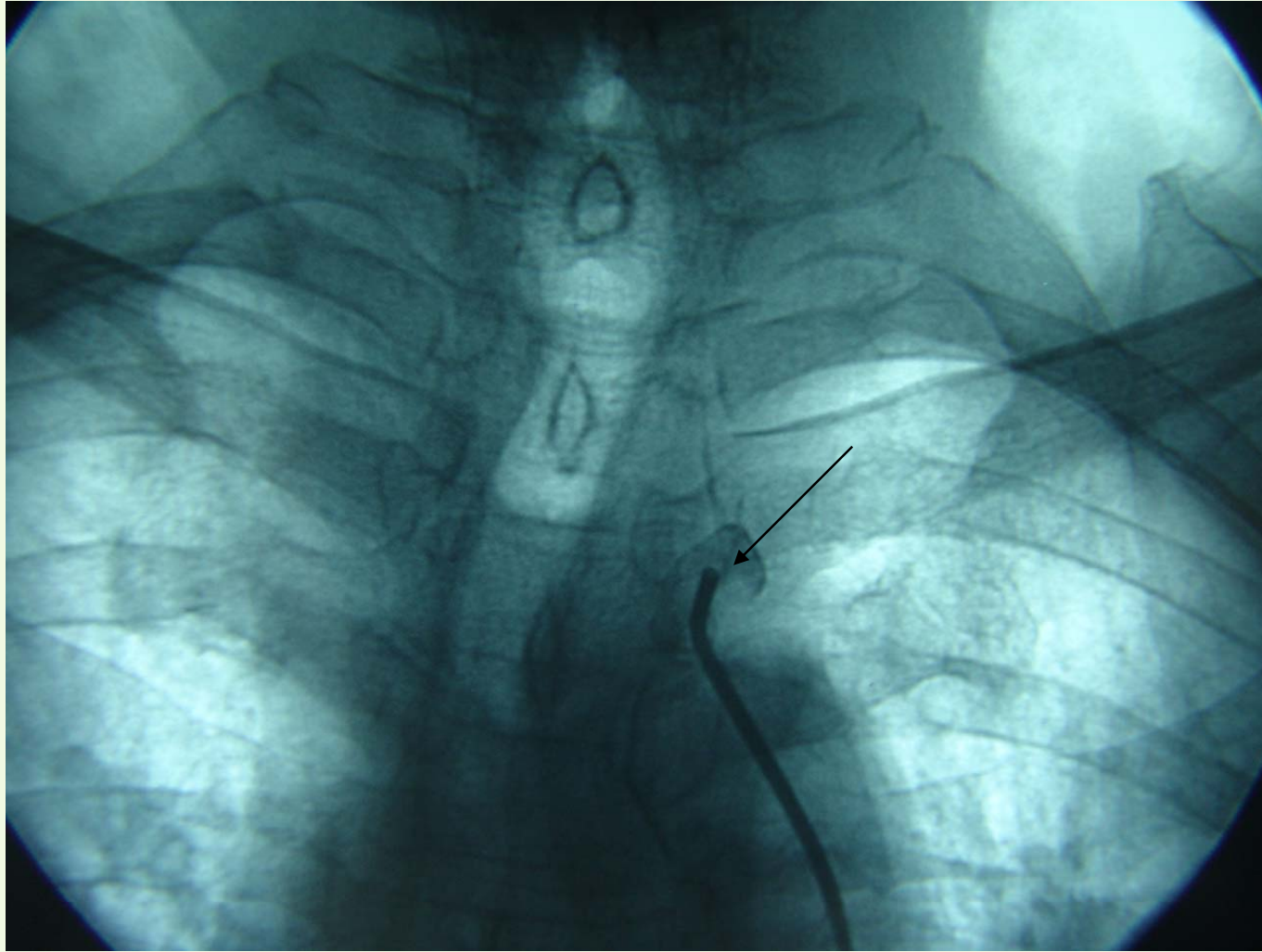




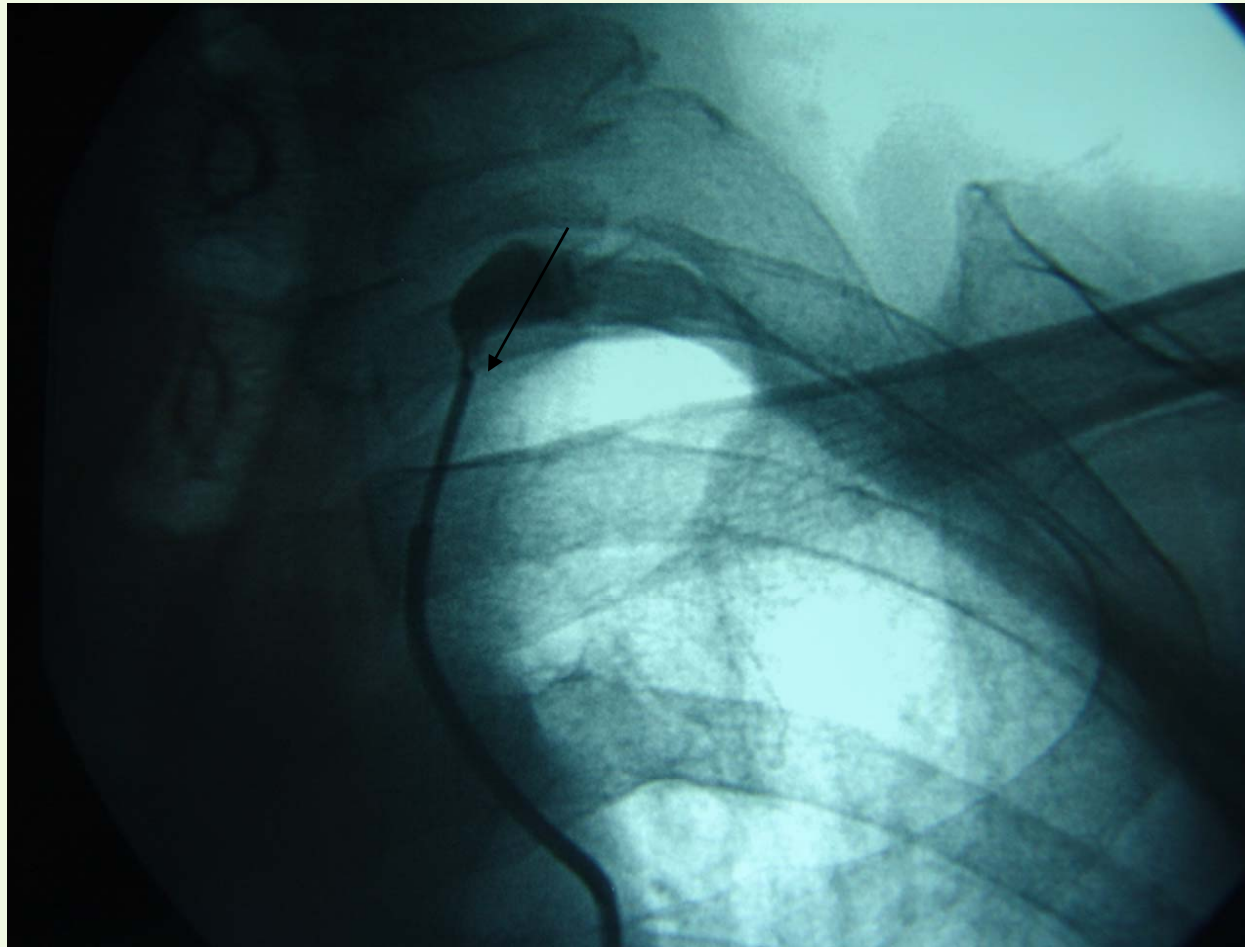
左锁骨下动脉盗血(静脉期)



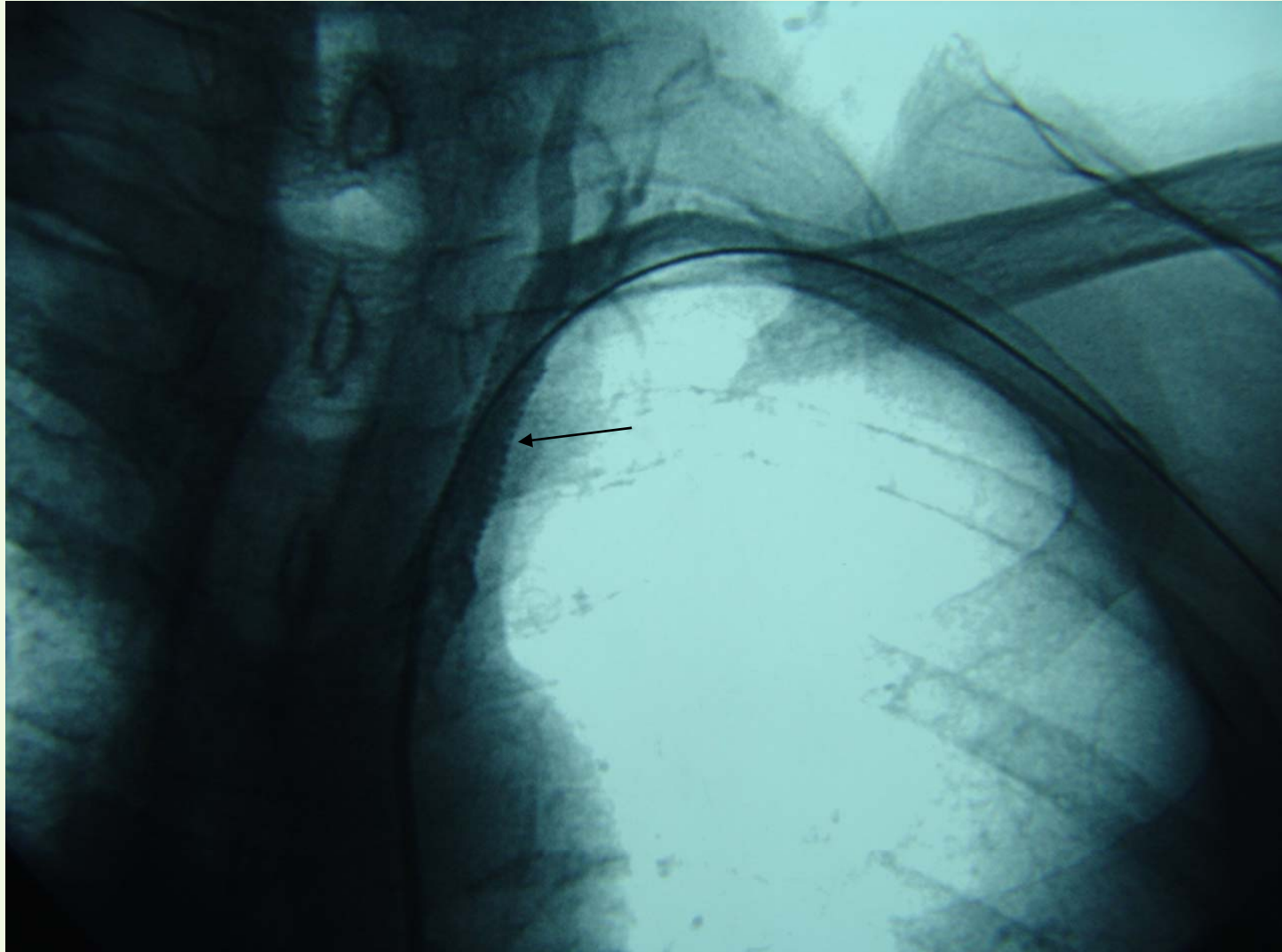
左锁骨下动脉闭塞造影



左锁骨下动脉闭塞支架置放术中



左锁骨下动脉闭塞支架置放术后



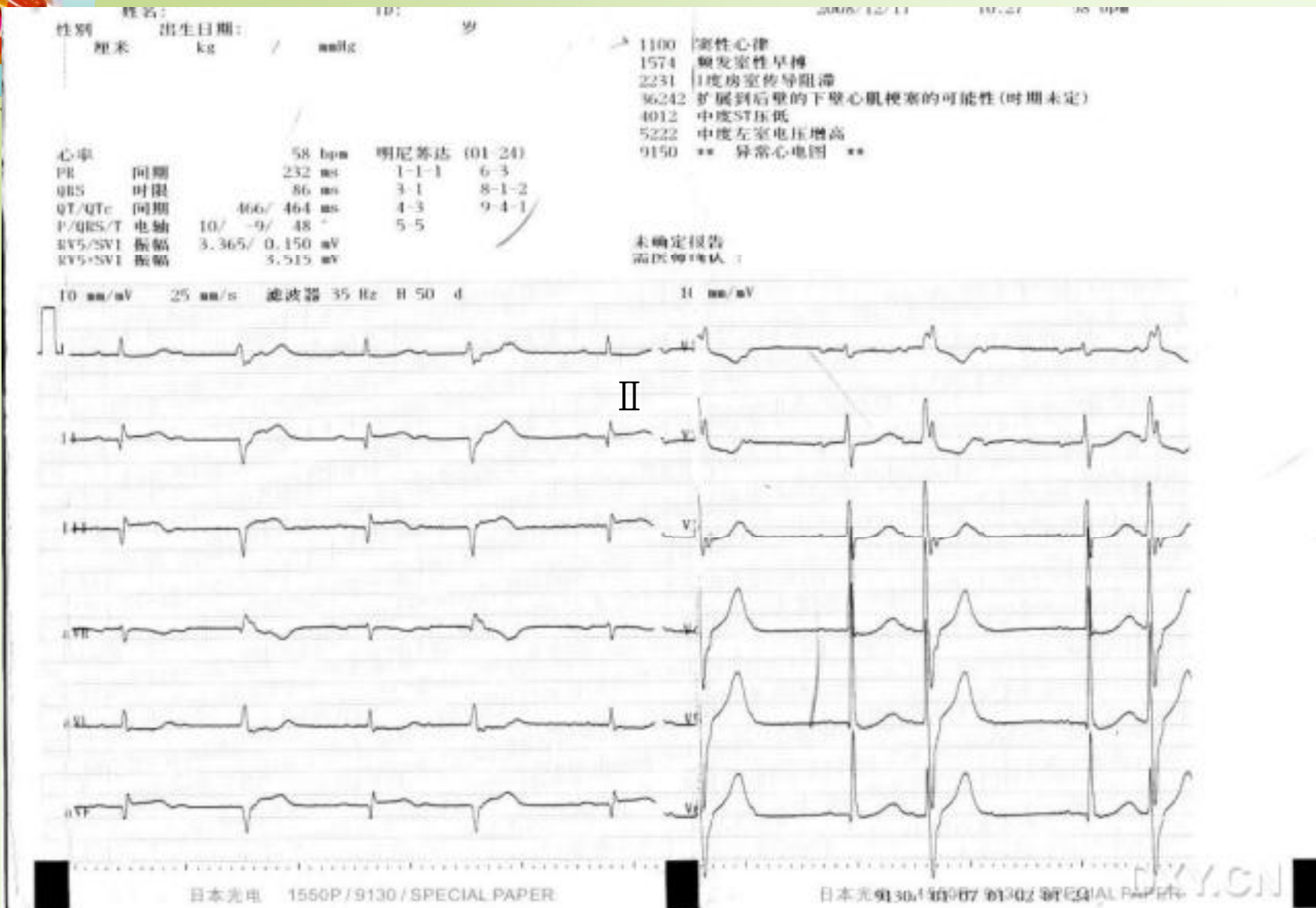


病历2

初xx、男性、52岁、因“发作性意识丧失二次”来诊

- 现病史：情绪激动后突发意识丧失持续约三分钟后自缓，不伴抽搐、二便失禁。此症状于3h后又发作一次。急送我院。
- 病前无明显头痛、头晕、但时有心前区不适等。
- 既往：有高血压、冠心病、糖尿病史
- 诊疗流程：
 - 入抢救室，吸氧、心电监护，EKG、建立静脉通道。
 - 行头CT、血、尿、便常规，心肌酶、BNP及凝血系统等检查。
 - 查体：Bp110/70mmHg，心率90次/分、律齐、呼吸20次/分。
 - 神清、语利、合作、精神弱、双瞳孔等大、光反射好，四肢肌力、肌张力正常、未引出病理反射。
 - EKG：轻度缺血改变。余各项检查大致正常。
 - 5h后病人述胸前区不适，随后又出现意识丧失5分钟。复查EKG有动态改变,呈明显的Ⅱ,Ⅲ,avf ST段弓背向上抬高，窦性心动过缓，I度房室传导阻滞，频发室性早搏，心肌酶CK：98u/L，CK-MB：27u/L，TnT：0.18ng/mL
- 急性下壁心梗
- 转心内科治疗
-

病历2





病历分析3

- 张xx,男性,因“头部外伤5小时伴意识障碍来诊”。5小时前头部被外物击伤,当时感头痛、恶心、渐出现意识障碍,无抽搐及二便失禁。
- 查体: Bp110/70mmHg,昏迷、压眶有反应, Glasgow评分8分, 双瞳孔等大3.5mm、光反射迟钝、面肌对称、四肢有防御反应、腱反射低、双足蹠反应中性、脑膜刺激征可疑。
- 初步诊断: 颅内病变(外伤性出血)
- 处理: 三大常规、生化常规、凝血三项等检查。
- 先予20%甘露醇250ml静点及补液, 拟行头CT检查。30分钟后病人清醒、活动自如自行离院。但一小时后由于再次昏迷来院。直接行头CT检查: 示“左颞顶硬膜下出血”。转神外治疗



硬膜下血肿合并蛛网膜下腔出血





晕厥

- 晕厥是什么？
- 晕厥是一种症状！
- 是自发性的，无外力因素产生的临床症状。
- 是一过性意识丧失(TLOC)吗？
- 是！但只是一过性意识丧失的一种类型！



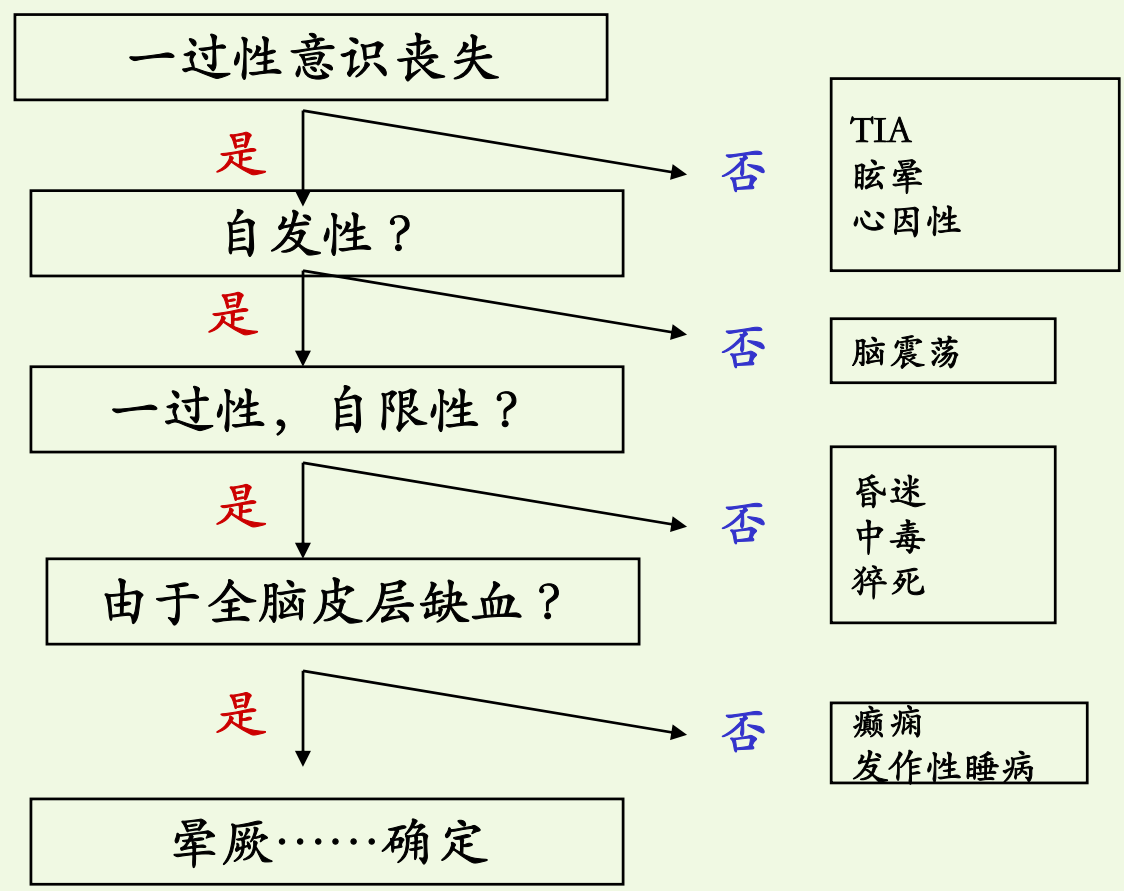
定义

晕厥

1. 意识丧失(关键)
2. 丧失自主肌张力(固有特点→跌倒)
3. 发作相对迅速(数秒-几分)
4. 恢复是自发和完全, 通常非常迅速(不经干预)
5. 发病机制是短暂脑灌注不足(与癫痫、脑外伤、发作性睡病不同)



从TLOC至晕厥诊断的流程图





晕厥常见病因

- **自主神经介导的反射性晕厥：**
 - 血管迷走神经性晕厥
 - 颈动脉窦过敏综合征
 - 排尿后
- **心源性晕厥：**
 - 房室传导系统疾病
 - 阵发性室上性和室性心动过速
 - 药物诱导的心律失常
 - 急性心肌梗死/缺血
 - 阻塞性心肌病
 - 心房粘液瘤
 - 急性主动脉夹层形成



晕厥常见病因

心包疾病

肺动脉栓塞/肺动脉高压

- **神经系统疾病**

颅内窃血综合征

多系统萎缩

帕金森氏病合并自主神经衰竭



晕厥的诊断

- **初步检查:**

详细收集病史,仔细分析。全面体格检查,测血压(卧,立)行标准十二导EKG。此外还需注意以下几个方面。

- 1、当年龄>40岁应做颈动脉按摩(CSM):
- 2、已确认有心脏疾病或继发于心血管事件,应行超声心动图检查:
- 3、疑有心律失常,即行EKG检查:
- 4、与体位有关或疑有反射性晕厥者,应行仰卧-站立试验或直立倾斜试验:

- **上述无创检查阳性率为30%-60%.**

注 此基础上需甄别真性晕厥和非真性晕厥.

既往是否有心脏病史或死亡高危因素
所收集的资料对病因诊断具有特异性.



晕厥的诊断

- **确定诊断:**

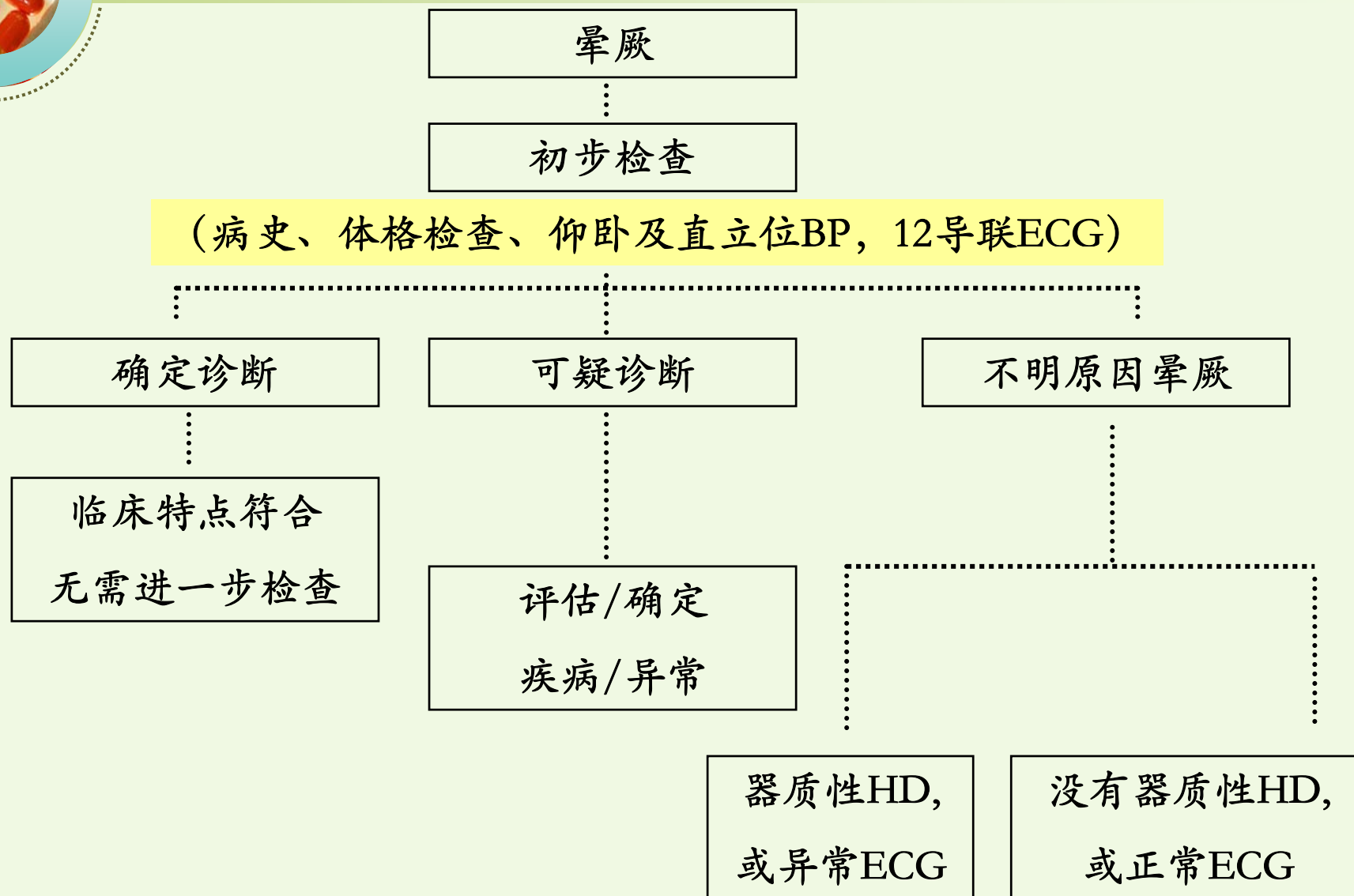
据病史、症状、体征及电生理检查得出一相对确定诊断。但应具备

- 1、意识完全丧失。
- 2、发作较快、时间短。
- 3、完全恢复、无后遗症。
- 4、是否肌张力完全丧失。

完全具备上述条件晕厥可能性极大。若 ≥ 1 项欠缺，则不具备诊断。



晕厥的诊断





评估与分层

- 晕厥单元:

配备有评估常见的诊断设施（如心脏相关检查，倾斜试验）可较常规诊疗程序提高诊断率，降低住院率。入选患者包括常规认为：

1. 需要住院的患者
2. 有基础心脏病
3. 中度危险因素: ECG异常、但是不能做出确切的诊断
4. 病史提示心源性晕厥
 - ① 诊断率由10%提高至67%
 - ② 住院率由98%下降至43%
 - ③ 上述晕厥单元方法是安全的



评估与分层

- 通过多项研究预测不良预后指标:
- 首先甄别有生命危险急性起病的患者
- **需住院**

室性心率失常

急性冠脉综合征

肺栓塞

主动脉夹层

病因不明进行危险分层: **需留院观察**

2009年ESC晕厥指南通过多项研究预测不良预后指标:1)>65岁, 2)EKG异常, 3)有充血性心力衰竭病史, 4)晕厥前无前兆, 5)有室性心率失常史。



评估与分层

- 对于需**转专科进一步检查的**
- 1) >65岁
- 2) EKG正常
- 3) 无明显心脏疾病
- 4) 晕厥前有前兆
- 5) 有神经系统或其它系统病史。



评估与分层

- 7天不良预后危险方法

- 1)、主诉气短
- 2)、异常EKG
- 3)、血细胞比 $\leq 30\%$,
- 4)、收缩压 $\leq 90\text{mmHg}$
- 5)、CHF史。

此法预测死亡、心梗、心律失常、肺栓塞、脑卒中、SAH及短期返回急诊室敏感95%，特异性56%。



晕厥患者入院诊断及评估

需住院

- 怀疑或已知有明显的心脏病
- ECG异常提示心律失常性晕厥
- 运动中发生的晕厥
- 晕厥引起严重外伤
- 明确的家族猝死病史

有可能需要收入院

- 伴或不伴心脏疾病，但是：
 - 晕厥前突发心悸
 - 卧位发生晕厥
 - 猝死的家族史
 - 明显的身体外伤



晕厥患者入院诊断及评估

高危患者的因素有：

基础心脏病

异常ECG

猝死家族史

运动中发生的晕厥或晕厥引起严重外伤

临床特点提示心源性晕厥。



晕厥患者评估

中度危险因素:

EKG异常

有充血性心力衰竭病史

晕厥前无前兆

有室性心率失常史。



晕厥患者评估

低度危险因素:

EKG正常

无明显心脏疾病

晕厥前有前兆

诊为神经介导性有神经系统或其它系统病史。

与目前的实践相比，采用上述标准可明显降低潜在风险、减低住院率。



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

- 对各医疗单元的建议

全科医师

晕厥十分常见。在这种背景下，典型的反复血管迷走性晕厥是常见的诊断。需要仔细询问病史和获取晕厥发生的前后状况才能做出诊断、并给予解释。并建议应积极排除危险患者。

急诊科

急诊科对晕厥的评估已经从诊断晕厥的病因转变为进行危险分层。其目的是识别有危险生命的疾病并收入院；识别低危患者，可以让他们离院，并在晕厥专科就诊；识别不需要进一步诊断和治疗的患者；对初步评估不能得出结论的患者进行进一步检查。



2009年欧洲心脏病学会晕厥指南

晕厥单元

应具备如下设备，如心电图、血压监测、倾斜试验床、携带或植入性心电监护系统、24h移动血压监测，自主神经功能检查，病房还应便于进行超声心动检查、电生理检查、冠状动脉造影、负荷试验，如有必要行CT、MRI和脑电图检查。患者可以优先如愿进行治疗：安装起搏器或ICD、导管消融等。

谢谢

