

■ 技术·思维

儿童血管迷走性晕厥的防治策略

□周福军 田运娇

血管迷走性晕厥(VVS)是由自主神经介导的、多种因素触发的周围血管扩张,从而导致一过性脑缺血。该病在临床上的表现为短暂性意识障碍,同时伴有自主肌张力的丧失,患者不能维持站立姿势而晕倒。

血管迷走性晕厥是儿童晕厥中最常见的一种,好发于学龄儿童,女孩的发病率高于男孩。部分患儿晕厥症状反复发作,易形成慢性病,严重影响患儿的身心健康及学习、生活质量,部分患儿甚至有猝死风险。

诊断

1.年龄 年龄较大的儿童多见。
2.诱因 常持久站立,或由卧位换至站立位,或处于闷热的环境,洗热水澡,运动或情绪紧张,感觉到剧烈疼痛等。
3.临床表现 起病前可有短暂的先兆,如头晕、头痛、视物模糊、面色苍白、视

力下降、恶心、呕吐、腹痛、大汗、注意力不集中等。
4.辅助手段 在排除心源性、神经源性疾病等引起的晕厥后,考虑血管迷走性晕厥。血管迷走性晕厥的诊断及分型主要靠直立倾斜试验。患儿在直立倾斜试验中出现晕厥或晕厥先兆伴下述情况之一为阳性反应:血压

下降;心率下降;出现窦性停搏、交界性逸搏心率;一过性二度或以上房室传导阻滞及长达3秒的心脏停搏。其中血压下降标准为收缩压≤80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)或舒张压≤50毫米汞柱,或平均血压下降≥25%。心率减慢是指心动过缓:4岁~6岁孩子心率<75

次/分钟,7岁~8岁孩子<65次/分钟,8岁以上孩子<60次/分钟。血压明显下降、心率无明显变化者称为血管迷走性晕厥血管抑制型;以心率骤降为主、收缩压无明显变化者称为血管迷走性晕厥心脏抑制型;心率与血压均有明显下降者称为血管迷走性晕厥混合型。

病理生理

血管迷走性晕厥患儿在体位改变的时候,回心血量减少,心室充盈下降,减压反射感受器因受刺激减弱而被激活,引起交感神经张力升

高,一方面通过兴奋β₁-受体引起骨骼肌及血管舒张,使回心血量进一步减少;另一方面通过兴奋β₁-受体使心室强烈收缩,造成“空排效

应”,激活心室后下壁心脏机械受体冲动,冲动经C纤维传递到脑干迷走神经中枢,使迷走神经活性增强(该反射称为Bezold-Jarish反射,即

矛盾反射),反馈抑制交感神经,从而使外周血管扩张、心脏抑制,引起血压、心率下降,脑灌注不能维持而发生晕厥。

预防措施

血管迷走性晕厥是一种预后良好的疾病。家长要学习晕厥相关知识,帮助患儿获得自我保护的基本技能,从而在一定程度上减少晕厥发生,以及晕厥导致的躯体及心理伤害。
1.避免诱因。患儿家长需要知晓血管迷走性晕厥的常见发作诱因,包括长时间站立、突然变换体位、处于闷热的环境、持续运动后突然停止(如长跑后)、精神紧张等。
另外,在一些特殊状态下可能更易发作,如呕吐、腹泻、感染、青春期女孩月经期

间,以及应用某些可能降低血容量或血压的药物(如利尿剂)等。尽量让患儿避免暴露于常见的诱因,有助于减少晕厥的发生;在不能完全避免诱因时,注意保护患儿,防止造成意外伤害。
2.识别晕厥先兆并做物理抗压力作。晕厥先兆是指在晕厥发生前患儿出现的不适,常有不明原因头晕、胸闷、心悸、视物不清、听力下降、恶心、腹痛、呕吐、面色苍白或大汗淋漓等。
晕厥先兆发生时,患儿应及时调整体位,有条件时可平卧休息,多数患儿可在

短时间内缓解。
另外,做物理抗压力动作,可能在晕厥发生前通过增加外周静脉回流而避免晕厥或延迟晕厥发生。
长时间站立后可稍做屈膝动作、收缩腹肌或四肢肌肉等长收缩(双手紧握、屈肘、双腿交叉及脚趾背屈)等。
3.保持心理健康。反复晕厥对儿童的心理可能产生不良影响,严重影响患儿的生活质量,甚至可能因为心理障碍而出现“精神性假性晕厥”。因此,应关注患儿的心理健康,让患儿了解该类

疾病预后通常相对良好,应以健康的心态面对晕厥。
建议家长多与患儿进行沟通,减轻患儿的心理负担。家长应避免在患儿面前过分焦虑或恐慌,应多安慰和鼓励患儿,必要时带患儿到儿童精神心理专科进行心理咨询或治疗。
4.适当进行体育锻炼。适当的活动有利于锻炼患儿四肢的肌肉泵功能。可根据患儿的耐受情况,在家长的陪护下进行有氧运动,如每周一定频率的划船、骑自行车、游泳等,这对提高患儿耐受晕厥症状有效果。

治疗方案

非药物治疗
1.自主神经功能锻炼
直立训练:嘱咐患儿背部紧靠墙壁,两脚离开墙壁15厘米,呈倾斜位。在家长的看护下,每次训练时间可由5分钟逐渐增加到20分钟~30分钟,要求每天训练1次~2次。该训练方法对治疗血管迷走性晕厥有良好的效果。
干毛巾擦拭:用质地柔软的干毛巾反复擦拭患儿双前臂内侧及双小腿内侧,每个部位5分钟,2次/天,以刺激外周神经,起到锻炼血管收缩及舒张功能的作用。
2.增加水分和盐分的摄入:建议保证每日充足的饮水量,达到保持尿色清亮的效果。适当增加食盐摄入量,或酌情应用口

服补液盐(ORS)治疗。研究发现,直立不耐受患儿在健康教育基础上给予ORS口服,能在一定程度上改善患儿的临床症状,晕厥发作次数明显减少。在夏季或秋季多汗或体液流失的情况下,可适当增加水分和盐分的摄入量。对伴有高血压病、肾脏疾病或者心功能不全的患儿,不宜推荐应用。
药物治疗
1.药物治疗指征:反复发作者(半年内≥2次或1年内≥3次)、发作先兆不明显(不可预防)而有发生外伤的风险,或非药物治疗效果欠佳者可以考虑药物治疗。
2.药物选择:①α-肾上腺素能受体激动剂,常用的有盐酸米多君。研究结果显

示,盐酸米多君对儿童血管迷走性晕厥有效,起始剂量可考虑每次口服2.5毫克,每日1次或每日2次,若应用2周~4周无效可加量至每次2.5毫克,每日3次。在用药期间,要注意监测卧位血压,卧位血压明显升高时应停用。基础血压超过同年龄同性别儿童第95百分位者和对药物过敏者禁用。②β-肾上腺素能受体阻断剂。通过阻断心脏β₁-受体产生负性肌力作用和拮抗儿茶酚胺作用,减轻外周静脉淤滞,从而减弱心室过度收缩。美托洛尔是常用的β-肾上腺素能受体阻断剂之一。对于直立倾斜试验中晕厥前心率较卧位心率增幅超

过30次/分钟的患儿,可考虑选择美托洛尔,起始剂量为每天每公斤体重0.5毫克,分2次服用,服用2周~4周无效可逐渐加量至可耐受剂量,一般不超过每天每公斤体重2毫克。其主要不良反应有乏力、嗜睡、头晕、皮疹、低血压、心动过缓等,显著窦性心动过缓、二度及以上房室传导阻滞、支气管哮喘者及对药物过敏者禁用。③盐皮质激素氟氢可的松:主要通过增加肾脏水钠重吸收来增加血容量,从而发挥治疗作用,也可影响压力感受器的敏感性,增加血管对缩血管物质的反应,降低副交感神经的作用。可小剂量给予(口服0.1毫克,每天1

次~2次;成年人剂量约为每天0.2毫克),并同时增加盐分摄入或服用钠盐片剂(每天1克)。儿童或青少年,平均2周~3周的循环容量可增加1公斤~2公斤水分。其副作用有外周水肿、痤疮等。④其他药物:5-羟色胺受体激动剂舍曲林,在患儿中应用较少,在其他药物治疗无效时可以考虑,但应注意监测药物不良反应。

起搏器治疗
多数血管迷走性晕厥患儿预后良好,安装起搏器需要谨慎。对于反复晕厥发作伴有较长时间心脏停搏(>4秒)者及心肺复苏幸存者,应在儿童心血管专科医师的建议下,酌情考虑安装起搏器。

临床笔记

那天早晨开完交班会回到医生办公室,我打开电脑,想看看住院患者的情况。这时,一位患者家属来找我,说:“张医生,我老伴昨天晚上肚子痛了好长时间,您去看看他吧!”

这是一位51岁的男性患者,两个月来反复出现泛酸、烧心、腹痛,以前有冠心病史,1年前曾经放过心脏支架,长期规律用药,定期复查,病情还算稳定。因为患者心脏疾病控制良好,所以入院时考虑不排除反流性食管炎。患者做了胃镜检查,结果除了显示慢性胃炎,其他未见明显异常。

我跟随患者家属一起来到患者的病床旁,仔细问患者昨天晚上的情况。患者说:“昨天晚上输完液之后,我开始出现剑突下疼痛伴泛酸,站立位症状能减轻。一个多小时后,这些症状就缓解了。”

患者的腹痛究竟是什么原因引起的呢?患者白天的胃镜检查结果显示未见食管反流,故患者的症状不能用反流性食管炎解释。按照诊断学规律,我需要先排除器质性疾病,尤其是危及生命的疾病。因此,我又问:“您这次腹痛和以前腹痛的发作特点一样吗?是否与劳累有关?有没有胸前区压榨感,或者伴有牙痛、后背痛?”患者回答:“这次腹痛和以前差不多,所以昨天晚上我没有叫值班医生,但这次疼痛了一个多小时,以前都是疼痛几分钟就缓解了。疼痛多在我劳累后或情绪激动时出现,伴有牙痛及后背痛,我没有胸前区压榨感。”

听了患者的诉说,我想,不能排除心脏问题!因为患者本次疼痛持续时间较长,所以不排除急性心肌梗死。患者急查心电图,检查结果较以前无明显变化。难道不是急性心肌梗死?可是,患者的心肌酶又明显升高。我立即请心内科专家会诊,专家考虑急性非ST段抬高心肌梗死。随后,患者被转入心内科并做冠脉造影检查,结果显示左主干体部90%狭窄,左前降支近段70%~80%狭窄,左回旋支开口60%狭窄,至第一钝缘支发出100%闭塞。因为患者病变范围较广,医生予以二级药物治疗,并建议进行冠脉搭桥手术。

这个患者使我想起了今年春节后不久的一个住院患者王某。王某是一位40多岁的男性患者,饮酒后出现上腹痛,自行服用奥美拉唑之类抑制胃酸的药物,症状部分得到缓解。王某既往无高血压病、糖尿病病史。因为王某用药后症状有所减轻,所以我觉得急性胃炎可能性大。但是,王某入院后做心电图,检查结果显示Ⅱ、Ⅲ、aVF导联ST-T段抬高,考虑急性下壁心肌梗死。同时,王某的心肌酶升高。我马上请心内科专家会诊。患者紧急进行冠脉造影,结果显示右冠脉中段接近完全闭塞,左主干及左回旋支均可见动脉硬化。对患者进行溶栓及支架植入术。因为诊治及时,王某恢复得很好。王某出院后,家属还专门来到病房对我们表示感谢。

对于我讲的这两个病例,大家有什么体会?腹痛,可不见得都是胃病!当患者出现消化道症状的时候,尤其是中老年患者,除了考虑消化系统疾病外,还要特别警惕那些伪装成腹痛的冠心病、心肌梗死、主动脉夹层等心血管事件!

知识链接

急性心肌梗死是内科常见急症,早期识别对患者来说非常重要。但是,由于多种原因,急性心肌梗死的误诊率较高。

有下列情况应考虑急性心肌梗死可能:
中老年人无明显诱因突发心力衰竭或慢性心力衰竭突然加重。

无明显诱因突然出现周围循环衰竭。
老年人在慢性支气管炎急性感染的基础上,突然胸闷、憋气加重而与肺部体征不符者。

在高血压病、糖尿病基础上突然出现胸闷、憋气、大汗和血压下降。

突然出现严重心律失常,活动或劳累后加重,伴大汗、恶心、呕吐等。

老年人下壁心肌梗死常合并右心室梗死,但右心衰竭症状常不明显,往往以左心衰竭为主。比如,下壁心肌梗死患者中心静脉压高,血压低,双肺野清晰,心源性休克,提示可能合并右心室梗死。

要注意急性心肌梗死症状被其他疾病掩盖。原因如下:老年患者、糖尿病患者、手术后患者、有严重疾病的患者,发生急性心肌梗死时的胸闷、气短、乏力症状容易被慢性阻塞性肺疾病、肺部感染、慢性心力衰竭、血容量不足等原有疾病引起的症状所掩盖,即使胸闷、气短症状加重也易被误认为是原有疾病加重所致,而忽视了急性心肌梗死的可能。

文中的病例以消化道症状为主要表现,均有腹痛。相关专家认为,急性心肌梗死发生时的腹痛症状与下壁心肌梗死相关,一方面是心脏下壁邻近膈,下壁心肌梗死时膈神经容易受到刺激而产生症状;另一方面是迷走神经传入纤维的感受器基本位于心脏下壁表面,心肌缺氧、缺血会刺激迷走神经,这是下壁心肌梗死引起腹痛的主要原因。

(作者供职于河南省人民医院)

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委医8楼医卫生报社编辑部

■ 误诊误治

三叉神经痛容易误诊为牙痛

□宗庆华

三叉神经是比较粗大的神经。三叉神经节细胞的周围突组成三叉神经的三大分支,第一支是眼神经,第二支是上颌神经,第三支是下颌神经。
三叉神经的病变会引起面部剧烈疼痛,功能障碍等,其中三叉神经痛较常见。三叉神经痛以一侧面部三叉神经分布区域内反复发作的阵发性剧烈疼痛为主要表现。
三叉神经痛的发病率可随着年龄的增长而增长,多发生于中老年人,少数年轻人也可能发病,右侧多于左侧;其表现为在头面

部三叉神经分布区域内发病,多骤发骤停,并伴有闪电样、刀割样、烧灼样疼痛,让人难以忍受。
由于三叉神经涉及面部五官,疼痛时容易与牙痛、舌咽神经痛、眼痛等相混淆,尤其第二支眼神经、第三支下颌神经发病时与牙痛的临床症状相似,因此患者往往感觉一侧的牙齿剧烈疼痛,常常被误诊为牙痛而去拔牙,耽误治疗时机。对于老年人来说,尽管拔掉了对于他们来说非常宝贵的牙,但神经依然存在,疼痛不会消失,也花了冤枉钱。
下面介绍一下三叉神经痛和

牙痛的鉴别要点。
三叉神经痛
1.三叉神经痛发作时持续时间短,每次数秒钟,或1分钟~2分钟,疼痛的消失也很突然。多在吃饭、讲话、刷牙、洗脸时诱发。
三叉神经痛严重时,患者会鼻黏膜充血、流鼻涕、唾液分泌增多,若病程较长且发作频繁,可出现营养不良性改变,如局部皮肤粗糙。
2.查找扳机点也是鉴别三叉神经痛的方法之一,轻微刺激即可引起疼痛发作。
那么,什么是三叉神经痛的

扳机点呢?
轻微刺激脸,或唇、舌、牙龈、鼻翼的某一点,即可引起疼痛发作,这一发生剧痛的敏感点称为扳机点(触发点)。
发生三叉神经痛时,疼痛由扳机点开始,沿三叉神经某分支分布区域放射,不超过正中线。发病时,患者经常用手捂住患侧脸部,表情十分痛苦,坐立不安,有时在睡眠中痛醒。患者大多不敢洗脸、不敢刷牙、不敢吃饭,甚至讲话时也高度紧张。
牙痛
牙痛是指由龋齿、残根、残冠

等牙病引起的疼痛。牙痛是持续性的疼痛,夜间更加明显,冷热刺激下加重,疼痛部位深,无闪电样疼痛。
如果患者做口腔检查,医生可发现牙病,如龋齿、残根、残冠等。
三叉神经痛属于神经科疾病,极易被误诊为牙痛,从而耽误治疗时机,严重时还会导致病情迁延恶化。因此,我在这里要提醒大家,身体出现不适时,要到相关的专科,请医生进行科学诊疗。
(作者供职于郑州市中心医院)