

耳鼻喉頭頸部

● **學經歷** ● 中山醫學大學醫學系
國立高雄師範大學聽力語言研究所碩士
高雄榮民總醫院耳鼻喉部耳科主任
國防醫學院耳鼻喉學系臨床教授
國立陽明大學臨床講師
樹人醫事技術專校助理教授
教育部部定助理教授



耳科主任 **林明毅**

● **專長** ● 內耳 / 眩暈問題診斷及治療
耳科疾病診斷及治療，膽脂瘤及中耳炎治療及手術
中耳及外耳內視鏡手術

淺談暈眩的檢查，治療與前庭復健



暈眩是人體平衡系統，包括中樞(小腦)與週邊(內耳，視覺，本體感覺)間訊號不一致所造成的失衡現象。中樞神經，內耳，心血管，眼睛疾病甚或血液離子不平衡，都可能讓病人產生暈眩。據統計，腦部及內耳疾病佔暈眩原因80%，為最大宗。

暈眩疾病的診斷，需先區分是中樞或週邊問題。中樞疾病主要透過神經及影像檢查來排除，內耳問題則需靠前庭功能檢查來了解。傳統前庭檢查包括溫差測試及眼振圖，其利用水溫差異引起內耳淋巴流而造成眼球運動(眼振)來評估內耳功能，這就是病人最害怕的耳朵灌水檢查；此檢查歷史悠久，目前仍是暈眩檢查的必要項目。新一代溫差測試使用氣流灌注，可大幅減少病人不適；但溫差測試只檢視水平半規管，並不能代表內耳整體功能。內耳其他終端器官如橢圓囊，球囊，前後半規管，以前並無檢查可測試。拜科技進步之賜，新世代前庭檢查包括前庭肌電位及頭部脈衝檢查，可完整檢測前庭功能，耗時少又安全；高雄榮總的暈眩門診是全台首先引進上述完整前庭檢查的醫學中心。

暈眩病人的治療大致可分為急性期，緩解期及慢性期。急性期的病人首先要鑑別診斷中樞或周邊病灶，並給予抗暈眩，止吐甚或中樞抑制藥物，來減少急性暈眩症狀。急性期過後進入緩解期，此時病人應休息，避

免刺激前庭系統，再引發暈眩。

慢性期治療則視疾病種類、暈眩嚴重度及復發頻率而定。此時止暈藥，不需固定使用，多依症狀再用；如前庭神經炎，耳石異位(良性陣發性眩暈)，經治療後，多不需長期吃藥。某些疾病會復發，必須依疾病機轉給予長期藥物，如梅尼爾氏症病理機轉為內耳淋巴水腫，需給予利尿劑，並限制鈉鹽攝取。頭痛型暈眩為預防血管不正常收縮，需給予鈣離子抑制劑。內耳免疫疾病會伴隨聽力下降，需給予類固醇。早期對於嚴重暈眩，會考慮使用前庭切除或前庭神經截斷術，但近年已極少使用手術治療；對於頑固型暈眩，可考慮耳內注射胺基糖苷抗生素(Aminoglycoside)，但此方式有20%的機會產生聽損，並非人人適合。

長期暈眩且經檢查確診前庭功能障礙的病人，除藥物治療外，也應給予前庭復健。傳統的前庭復健，是利用頭頸/眼睛/手的動作訓練來減少暈眩再發，此與中風，運動傷害後所做的神經功能/肢體復健不同。台灣目前僅有少數醫院實施前庭復健治療，本院為因應暈眩門診設立，引進最新的前庭復健治療方式，我們目前嘗試利用電腦/虛擬實境方式來作前庭復健，期望帶給病人最佳治療效果及最少副作用，歡迎有需要病人加入。