



# 銀髮族眩暈之教戰守策

文·圖／楊怡和

**自**然界中蘊含著人類生存的基本條件，而文明的進步則提升了人類生活的品質。然而文明卻是違背自然法則的。舉例而言，石化工業創造了民生財富，卻也賠上青山綠水；運輸縮短了兩地間的距離，但也衍生了交通事故及噪音。至於心理層面，由於都會文明乃競爭下的產物，隱含著不少壓力，若無法適應，則憂鬱、眩暈、精神官能症將相應而生。此外，由於營養過剩，內科疾病如高血壓、糖尿病、心臟病、高血脂症患者大增，醫學進步則提高了這類患者的存活率，而這些疾病往往伴隨著眩暈。於是乎近年來，臺灣眩暈門診病患人數急速增加，幾乎達到可以獨立成爲一科的地步。

猶憶 1991 年 4 月我學成歸國，草創臺大眩暈門診，當時每日不過 5 名病患，可謂「慘澹經營、前景堪慮」。於是我製作眩暈衛教手冊，發給每位前來求診的眩暈病患，內容包括病名、發作情形、檢查方法、治療期間、如何預防、下次就診的時間等；同時引進國外尖端科技的檢查設備。此後醫病關係透明化，一方面病患對醫師的信賴感加深，另一方面病患也能更有尊嚴地就醫，因此每次看診離去時，對於現代醫療科技的進步往往感動不已。

不料一年後，求診人數竟然破百，遠超預期。原本擔心「寅吃卯糧」的眩暈門診，如今卻醫門如市。此實拜九〇年代臺灣社會轉型之賜，由於經濟起飛、文明進步，我們終於也像鄰國日本一樣，嚐到自高經

濟成長衍生的「眩暈」滋味。1999 年，眩暈患者破萬，2004 年更超過 3 萬，可見臺灣眩暈病患正呈等比級數地增加中。

## 何謂「眩暈」？

「眩」，就是倒轉、視線不穩定的意思，「暈」則是圍起來做旋轉，二者均含有頭暈目眩之意。英文 vertigo，根據語源學的探討，來自希臘文 dinos，乃漩渦迴旋之意，轉換成拉丁文則爲 vertere，再轉換成英文即爲 vertigo。用比較白話的說法，則「天花板會轉，房子會轉」才叫眩暈，否則統稱「頭暈」(dizziness)。至於正式的定義，在靜止或行進間，己身對於空間定位產生錯覺，且伴隨有不適感，即稱爲眩暈。舉例而言，一般人乘坐雲霄飛車時，享受加速度帶來的快感。但若有一天，讀者諸君在乘坐雲霄飛車後無法下來，且意識到天旋地轉、噁心嘔吐、冷汗直流，一副世界末日即將來臨的模樣，沒錯！您就是罹患眩暈了。

## 老化與眩暈的關係

在筆者曾經接觸的 3 萬個眩暈病例中，年齡最小者僅 1 歲，最長者則已 97 歲，可見各個年齡層皆可能罹患眩暈。不過眩暈患者仍以高齡者居多，65 歲以上的老人病患即約占 25%。

老年化已然成爲臺灣社會的新型態。老年化社會中，自然存在著許多老年人的問題。然而從事這方面研究的人，自己尙未老化，無法親身體驗，箇中滋味不易捉摸。好不容易流年偷換，隨著年歲增長，終於有一天恍然大悟，卻已「行將就木，時不我予」。老年醫學的發展一直相當有限，即是因若非身歷其境，實在難道箇中原委。

「老化」從幾歲開始，因人而異。現代人當然不致於到「視茫茫，髮蒼蒼，齒牙動搖」的程度，才認定爲老化。但有些人才屆天命，一轉身便忘了想做什么事。若用一句最淺顯易懂的話來說明，則筆者以爲：「同樣的一件事，講一遍就好了。若有人同樣的一件事講三遍，這就是一種老化的現象。」據此讀者諸君可捫心自問，您是否已開始老化了。

根據統計，80歲以上的老人當中，每3人便有1人曾有跌倒的經驗。若干社會人士主張在大眾交通工具上設博愛座、鼓勵讓座耆老不無道理。蓋老年人易因平衡失調、重心不穩而跌倒，萬一跌倒又併發骨折，臥床半年在所難免，付出的醫療資源與社會成本不可謂少。因此老年人跌倒，切莫等閒視之，必須積極找出病因，如視力減退、心臟血管疾病、心律不整、帕金森病、癲癇、平衡失調等。其中，平衡失調往往伴隨眩暈而起。

## 眩暈的發生

人類靠雙腳站立走路，並賴視覺、內耳平衡覺及深部肌肉感覺三者接收資訊，傳至中樞，經小腦調節，送交大腦裁判。舉例而言，視覺、內耳及肌肉感覺好比各國大使館，小腦貴爲外交部長，而大腦則是行政院長。當各國大使館發出的訊息互有矛盾時，便需外交部長出來斡旋。一旦協商破局，情況愈形混亂，跟

著行政院長便著急起來了。上述的困擾及混亂就是眩暈。由於隨著年齡增加，人類器官會逐漸老化，若同時罹患高血壓、糖尿病、心臟病、高血脂症等，則器官系統化會加速老化，眩暈的發生也指日可待。

銀髮族的眩暈中，以「中樞血管性眩暈」占絕大多數，包括椎基底動脈循環不全症、良性陣發性頭位眩暈、頸性眩暈、小腦中風、腦幹中風等。罹患「椎基底動脈循環不全症」者多爲老人，且既往有內科疾病（如高血壓、糖尿病、心臟病或高血脂等）病史。本症病人通常是半夜起身如廁後，天旋地轉、噁心嘔吐、冷汗直流、摔倒在地。家人一聽巨響，連忙衝入浴室，將之扶回床上休息。不料症狀未見好轉，病人一睜開眼，感覺天地都在旋轉，一移動立刻嘔吐，最後大小便都在床上，生不如死。警覺性高的家屬，一看情況不對，會立刻送往大醫院急診。舉凡夜半前來的眩暈急診病患，多屬此類。回溯既往病史，病人方緩緩道出最近間歇有短暫性眩暈及平衡障礙，尙伴有耳鳴、重聽、頭痛、頸肩酸痛、手腳麻木等。此皆因椎基底動脈供血區域血流不足所致，屬一種血管性病變。

至於學校教師，有些人尙屬年輕，亦無內科系統性疾病，竟也有頸酸、頸痛、後頭痛、轉頭時一過性眩暈等現象，此多屬「頸性眩暈」。其病理機轉乃因交感神經刺激，造成椎基底動脈供血區缺血；或因頸部長骨刺，間歇性壓迫椎骨動脈；或因來自頸部運動受器發出的錯誤訊息所致。教師罹患本症，多因頸部的機械性傷害所致，與本身的工作性質、長期刺激、高齡退化有關。預防之道爲改變坐姿、更換座椅（要有頭靠），並注意要少低頭、多抬頭。

情況最嚴重的是小腦、腦幹中風的病人。這類病人因無傳統的神經學症狀，容易被誤診爲內耳病變，而



■ 眩暈常在清晨起床或半夜起身如廁時發作。



延誤醫療時機。由於一般大眾缺乏醫學資訊，自無鑑別診斷之能力，往往不以為意，因此「教戰守策第一條」——若眩暈頭痛並無好轉且持續發生，一定要趕緊送往大醫院急診。

## 眩暈的診斷

當病人送至急診時，檢傷分類會先區分屬輕症或重症。但眩暈初始的徵兆往往不甚明顯，急診科的醫師難以判斷。通常經過治療後，情況好轉，在6小時內可下床走路離開急診室者，屬「輕症眩暈」。24小時內仍無好轉者，則為「重症眩暈」，需緊急入院處理，免生遺憾。在筆者新近接觸的1萬個眩暈病例中，腦腫瘤占46例、腦中風占72例；換言之，每100個新近的頭暈耳鳴病例中，即有一例是腦腫瘤或腦中風。此令吾儕醫師在面對眩暈病患時，莫不戒慎恐懼，不敢掉以輕心。

無論是輕、重症眩暈患者，均需進行一系列的平衡功能檢查，以找出病因。重症眩暈患者由於強迫住院，及時診斷治療，反而預後良好。反之，輕症眩暈患者往往「好了疤忘了痛」，不僅失去聯絡，也不回門診持續追蹤。下焉患者，駝鳥心態，自以為是，亂服成藥；中焉患者，號稱很忙，沒有時間至診所取藥，粉飾太平。不料眩暈再發，往往來勢洶洶，「一


浪大過一浪」，結果小病轉成大病，後悔莫及。

目前臺大醫院耳鼻喉科檢查眩暈的方法包括：詳細的病史詢問、耳鼻喉局部鏡檢、血液學檢查、放射學檢查、聽力檢查及平衡功能檢查。所費時間約一週，卻有助於診斷病情、對症下藥。一旦診斷確立，則開始在門診接受藥物治療。此後每個月回診一次，以判定病情是否好轉？用藥是否順服？有無不良反應？連續服藥3個月後，通常有70%的病人情況好轉，可以「畢業」，結束治療；其餘患者則需「留校查看」，進入第二季治療。

以下是個人對於眩暈求診的淺見，供讀者參考：

- (1) 如果您的醫師只問幾個問題，不做檢查即貿然開藥，則建議您最好換醫師。
- (2) 如果您的醫師檢查只做半套，即判定您得了什麼病，則建議您考慮換醫師。
- (3) 如果已向同一個醫師求診3次，情況仍無好轉，則建議您必須換醫師。
- (4) 如果3個人都推薦您造訪某一個醫師，則建議您去掛號。

## 結語

走過眩暈3萬例，當年杜鵑花城的竹劍少年，如今卻已華髮早生。展望21世紀，笑傲眩暈眾生，風雲是否再起，自當多所揣測，唯願證諸個我，不斷地超越與突破。像一個面壁的高僧，一本經點完了又是另一本經，一塊地墾完了又是另一塊地。經營新醫療、開發新模式、造福新人類，應是新世代醫師的神聖使命。 (本專欄策畫／臺大醫院骨科部江清泉主任)



## 楊怡和小檔案

1981年臺大醫學系畢業，1983年進入臺大醫院耳鼻喉部服務，1991年取得東京大學醫學博士。現任臺灣大學耳鼻喉科教授（2004年迄今）、臺大醫院耳鼻喉部主治醫師。

專長：神經耳科學、耳電生理學、耳病理學、耳毒理學。  
專治：眩暈、耳鳴、耳脹、重聽、頭痛、頭暈、平衡失調。