

ŪMAUS GALVOS SVAIGIMO PRIEŽASTYS IR DIAGNOSTIKA PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PRAKTIKOJE

Viktorija Krunkaitienė, Skirmantas Krunkaitis

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija

Raktažodžiai: galvos svaigimas, gerybinis paroksizminis pozicinis vertigo, Menjero liga, vestibulinis neuronitas.

Santrauka

Tyrimo tikslas – apžvelgti dažniausias galvos svaigimo priežastis, jų diagnostiką ir diferencinę diagnostiką pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Tyrimo metodai – mokslinės literatūros paieška, atranka ir analizė. Literatūros paieška atlikta elektroniniu būdu ScienceDirect, PubMed, UpToDate elektroninėse duomenų bazėse. Atrinkti aktualiausi ir labiausiai temą atitinkantys 29 straipsniai ir atlikta jų analizė. Tyrimo rezultatai parodė, kad ūmus galvos svaigimas yra sunki būklė, kuri labai vargina pacientą ir dažniausiai reikalauja greitų sprendimų. Dažniausia galvos svaigimo priežastis yra gerybinis paroksizminis pozicinis vertigo (GPPV), vestibulinis neuronitas ir Menjero liga. Apžvelgiamoje literatūroje akcentuojama ligos istorijos ir tinkamo fizinio ištyrimo svarba, kadangi daugeliu atvejų galvos svaigimas būna periferinės kilmės ir gali būti diagnozuojamas neatliekant brangių instrumentinių tyrimų (tokių kaip galvos KT arba MRT), kurių atlikimas dažnu atveju būna netikslus ir sunaudojantis daug išteklių. Tyrimų duomenimis, tinkamai atliktas pacientų klinikinis ištyrimas yra jautrus ir pakankamai specifiskas, siekiant atmesti gyvybei grėsmingas ligas ir diagnozuoti galvos svaigimo priežastį. Išvados. Dažniausia galvos svaigimo priežastis yra periferinės kilmės, tad diagnostikai dažnai pakanka tinkamai atlikto klinikinio ištyrimo. Kiekvienas pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojas turėtų tinkamai atlikti galvos svaigimu besiskundžiančio paciento ištyrimą, nes tai leidžia pakankamai tiksliai diagnozuoti galvos svaigimo kilmę, atmesti ūmią, gyvybei grėsmingą būklę ir sutaupyti laiko bei kaštų, išvengiant brangių ir ne visada tikslingų tyrimų.

Įvadas

Galvos svaigimas – dažnas, gana abstraktus ir daugeliui patologijų būdingas skundas pirminėje sveikatos priežiūros

grandyje. Apie 3-4 proc. suaugusiųjų skundžiasi galvos svaigimu, iš jų apie 12-13 proc. konsultuojami gydytojo neurologo skubiosios pagalbos skyriuje [1,2]. Tai aktualia problema mažų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų praktikoje, kur ne visada galima greitai atlikti visus reikiamus tyrimus arba skubiai gauti gydytojo neurologo konsultaciją. Galvos svaigimu gali manifestuoti gyvybei nepavojingos būklės, tokios kaip Menjero liga, arba gyvybei grėsmė keliančios ir luošinančios būklės, tokios kaip pamato insultas [3,4]. Dažnai šių būklių tinkamą diagnostiką mažuose šeimos gydytojų kabinetuose arba rajoninių ligoninių skubiosios pagalbos skyriuose sunkina gydytojų specialistų trūkumas ir instrumentinių tyrimų galimybių nebuvimas (pvz. kompiuterinio tomografo (KT) ir magnetinio rezonanso tomografijos (MRT), tad kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistui svarbu gebėti diferencijuoti galimas galvos svaigimo priežastis ir laiku imtis tinkamų veiksmų.

Tyrimo tikslas – apžvelgti dažniausias galvos svaigimo priežastis, nustatyti pagrindinius centrines ir periferines kilmės galvos svaigimo skirtumus, apibūdinti jų diagnostiką ir diferencinę diagnostiką pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Temos aktualumas pastebėtas dirbant skubiosios pagalbos skyriuje. Elektroniniu būdu atlikta mokslinių šaltinių paieška ScienceDirect, PubMed, UpToDate elektroninėse duomenų bazėse, naudojant raktažodžius ir įvairias jų kombinacijas: dizziness, vertigo, Benign Paroxysmal Positional Vertigo, Meniere's disease, Vestibular neuritis. Atrinkti 29 aktualiausi ir labiausiai temą atitinkantys moksliniai straipsniai ir atlikta jų viso teksto analizė.

Rezultatai ir jų aptarimas

Galvos svaigimo priežastys. Galvos svaigimas būna centrines ir periferines kilmės, tačiau jį gali sukelti ir kitos priežastys, pvz., psichikos ligos ar vaistų poveikis [5,6]. Dažniausios būklės, kurios pasireiškia galvos svaigimu, apibūdintos 1 lentelėje.

K. Kerber ir bendraautoriai siūlo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje galvos svaigimo būklės skirstyti į tris kategorijas: 1) ūmų, sunkų galvos svaigimą; 2) pasikartojantį pozicinį galvos svaigimą; 3) pasikartojančius galvos svaigimo epizodus. Šis būklių suskirstymas į kategorijas padeda lengviau ir greičiau diferencijuoti galvos svaigimo priežastis (periferinės ar centrinės kilmės) ir imtis veiksmų [7]. 2 lentelėje apibūdinamos šios būklės ir joms būdingi simptomai bei galima patologija.

Galvos svaigimu besiskundžiančio paciento diagnostika. Norint tinkamai diferencijuoti galvos svaigimo priežastį (periferinės ar centrinės kilmės), dažniausiai užtenka tinkamai surinkti anamnezę ir atlikti fizinį paciento ištyrimą. Šiais metodais nepavykus išsiaiškinti galvos svaigimo priežasties, tikslinga atlikti platesnius instrumentinius ir laboratorinius tyrimus.

Renkant paciento anamnezę, svarbu išsiaiškinti galvos svaigimo trukmę ir provokuojančius veiksnius. Tai padeda lengviau ir greičiau atpažinti galimas priežastis, kurios trumpai aprašytos 2 lentelėje [6]. Svarbu išsiaiškinti ir gyvenimo anamnezę, vartojamus medikamentus, galimai kitus galvos

1 lentelė. Galvos svaigimo priežastys ir jų kilmė.

Galvos svaigimo priežasčių kilmė		
periferinė	centrinė	kita
Gerybinis paroksizminis pozicinis galvos svaigimas (GPPGS)	Vestibulinė migrena	Psichiatrinės kilmės
Vestibulinis neuronitas	Kraujagyslinės galvos smegenų ligos	Vaistų sukeltos Orstostainės kilmės
Menjero liga	Galvos smegenų ir jų dangalų dariniai (pvz., vestibulinė švanoma)	Kardiovaskulinės kilmės
Otosklerozė		Metabolinės kilmės

2 lentelė. Galvos svaigimo kategorijos, kilmė, būdingi simptomai, galimos ligos.

Kategorija ir pagrindiniai simptomai	Galvos svaigimo kilmė	
	periferinė	centrinė
1. Ūmus, sunkus galvos svaigimas <i>Simptomai:</i> staigus, stiprus, nuolatinis galvos svaigimas, pykinimas ir vėmimas, stiprus svyravimas, nestabilumas einant	Būdingas vienakryptis nistagmas, teigiamas greitas galvos pasukimo mėginys. Galimos ligos: pvz., vestibulinis neuronitas	Vertikalus ir horizontalus į abi puses žvilgsnio krypties sukeltas nistagmas, stiprus nestabilumas (toks pacientas nepaeina) Galimos ligos: insultas
2. Pasikartojantis pozicinis galvos svaigimas <i>Simptomai:</i> galvos svaigimo atakos sukeltamos priklausomai nuo judesio	Atakos trunka mažiau nei minutę, tarp atakų būna normalus periodas; Dix- Hellpike testas (būdinga nukreiptas aukštyn rotacinis nistagmas). Epley manevras: teigiamas efektas Galimos ligos: GPPGS	Atakos gali būti trumpos arba ilgios. Mažiau išreikštas galvos svaigimas galimas tarp atakų Dix Hellpike testas (būdinga nukreiptas žemyn nistagmas arba rotacinis nistagmas) Epley manevras: jokio efekto Galimos ligos: smegenų navikai, degeneraciniai pakitimai
3. Pasikartojantys galvos svaigimo epizodai <i>Simptomai:</i> spontaniškas galvos svaigimas, įvykstantis ne pirmą kartą	Trunka ilgiau nei 20 min. Kartu gali būti vienpusis klausos praradimas, užimas ausyje arba pilnumo ausyje jausmas Galimos ligos: Menjero liga	Trunka minutes, būna banguojančio stiprumo Galimos ligos: PSIP

svaigimą provokuojančius veiksnius (pvz., pastaruoju metu patirtą didelį stresą).

Galvos svaigimo diagnostikai svarbus tinkamai atliktas fizinis paciento ištyrimas. 3 lentelėje apibūdinti dažniausiai praktikoje taikomi galvos svaigimu besiskundžiančio paciento tyrimo metodai.

Periferinės kilmės galvos svaigimas: dažniausios ligos ir jų gydymo taktika. Dažniausiai skubiosios pagalbos skyriuje pasitaikanti galvos svaigimo priežastis būna GPPGS, kuris diagnozuojamas maždaug 52 proc. pacientų, besikreipiančių į SPS dėl galvos svaigimo [8]. GPPGS gali prasidėti bet kuriame amžiuje, tačiau net 50-70 proc. ligos atvejų stebima vyresniame amžiuje [9]. Patologiją dažniausiai sukelia įstrigę otolitai pusratiniame vestibulinio aparato kanale, dažniausiai užpakaliniame [18]. Šios būklės gydymas yra santykinai paprastas: taikant Epley manevrą, otolitai gražinami į vidinės ausies priėngį. Procedūros sėkmės dažnis siekia 100 proc. po kelių bandymų [19]. Farmakologinis gydymas netikslingas.

Vestibulinis neuronitas yra antra pagal dažnumą galvos svaigimo priežastis, pasireiškianti vienodu dažnumu vyrams ir moterims [20]. Ūmaus vestibulinio neuronito priežastis yra naujai sukelta virusinė infekcija arba vestibulinio nervo ganglijuose esančio viruso reaktyvacija [21]. Klinika gali ženkliai banguoti ligos pradžioje. Galvos svaigimas dažniausiai laipsniškai išnyksta per keletą dienų, kai išsivysto vestibulinė kompensacija. Prie 2 lentelėje apibūdintų pagrindinių simptomų svarbu pabrėžti, kad eisena krypsta į pažeisto nervo pusę [22]. Gydymas dažniausiai simptominis, naudojant antiemetikus, antihistamininius ir benzodiazepinų grupės vaistus. Nėra bendro sutarimo dėl kortikosteroidų

vartojimo: rekomenduojama vartoti pirmomis savaitėmis, tačiau ilgalaikis vartojimas nerekomenduojamas dėl ilgalaikių pasekmių [23].

Menjerio liga sukelia galvos svaigimą ir vienpusį klausos praradimą (sutrikimą). Gali išsivystyti bet kuriame amžiuje, tačiau dažniausiai – tarp 20-60 metų [24]. Šios ligos sukeltas galvos svaigimas yra itin sunkus, ryškus, trunka ilgiau nei 20 minučių, dažniausiai lydymas pykinimo ir vėmimo [25]. Ligos priežastis nėra galutinai aiški. Manoma, kad šią būklę sukelia per didelis spaudimas vidinės ausies endolimfinėje sistemoje [26]. Gydymas pradedamas nuo gyvenimo būdo pokyčių: vartojama mažiau natrio turinčio maisto; nepavykus sukontroliuoti, pridedami tiazidiniai diuretikai, galimos intratimpaninės injekcijos [27].

Centrinės kilmės galvos svaigimas. Apie 25 proc. galvos svaigimo priežasčių būna centrinės kilmės [28]. Dažnu atveju, esant stipriam galvos svaigimui, skubama atlikti brangiuosius tyrimus, tokius kaip galvos KT arba MRT, siekiant atmesti gyvybei pavojingas būkles. Izoliuotas galvos svaigimas retai būna vienintelis insulto kliniškinis simptomas – insulto atveju dažniausiai stebima ir židininė simptomatika [14]. A. Tarnutzer ir bendraautorai, atlikę sistemingą apžvalgą, pastebėjo, kad galvos KT nėra pakankamai jautrus tyrimas atskirti galvos svaigimo priežastį. Pastebėta, kad tinkamai ir sistemingai atliekamas kliniškinis ištyrimas yra pakankamai jautrus ir specifinis, nustatant insultą pacientams, besiskundžiantiems ūmiu galvos svaigimu [14].

Išvados

1. Dažniausiai galvos svaigimo priežastis būna periferinės kilmės, tad diagnostikai dažnai pakanka tinkamai atlikto kliniškinio ištyrimo.

2. Kiekvienas pirminėje sveikatos grandyje dirbantis gydytojas turėtų gebėti tinkamai atlikti galvos svaigimu besiskundžiančio paciento ištyrimą, nes tai leidžia pakankamai tiksliai diagnozuoti galvos svaigimo kilmę, atmesti ūmią, gyvybei grėsmingą būklę ir sutaupyti laiko bei kaštų, išvengiant brangių ir ne visada tikslingų tyrimų.

Literatūra

- Royl G, Ploner CJ, Mockel M, Leithner C. Neurological chief complaints in an emergency room. *Nervenarzt* 2010;81:1226-1230.
<https://doi.org/10.1007/s00115-010-3020-x>
- de Falco FA, Sterzi R, Toso V, Consoli D, Guidetti D, Provinciali L, Leone MA, Beghi E. The neurologist in the emergency department. An Italian nationwide epidemiological survey. *Neurol Sci* 2008;29:67-75.
<https://doi.org/10.1007/s10072-008-0864-y>
- Lee H, Sohn SI, Cho YW, Lee SR, Ahn BH, Park BR, Baloh RW. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo - frequency and vascular topographical patterns. *Neurology* 2006;67:1178-1183.
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000238500.02302.b4>
- Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med* 1998;339:680-685.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199809033391007>
- Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician* 2010;82(4):361-368, 369.
- Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurol Clin* 2015;33(3):577-599.
<https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.011>
- Kerber KA. Vertigo and Dizziness in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2009;27(1):39-50.

3 lentelė. Dažniausiai praktikoje taikomi galvos svaigimu besiskundžiančio paciento tyrimo metodai.

Metodas	Apibūdinimas
AKS matavimas [11]	AKS matuojamas pacientui gulint ir stovint, kadangi galvos svaigimas gali būti sukeltas ortostatinės hipotenzijos, kuri diagnozuojama, kai pakitus padėčiai sistolinis kraujospūdis sumažėja 20 mmHg, o diastolinis – 10 mmHg. Tai dažna galvos svaigimo priežastis senyvame amžiuje.
Rombergo testas [12]	Paciento prašoma stovėti tiesiai, užsimerkus. Vėliau testas sunkinamas, keičiant kojų ir rankų padėtį. Teigiamas testas (pacientas neišstovi) rodo, kad sutrikusi paciento vestibulinė sistema arba propriocepcija. Dažniausiai pacientas, nepaisant galvos svaigimo kilmės, Rombergo pozicijoje neišstovi, išskyrus retus, pvz., psichogeninės kilmės arba nuovargio sukulto galvos svaigimo atvejus.
Nistagmo nustatymas [13, 14]	Paciento prašoma sekti akimis aiškų objektą (pirštą, rašiklį, neurologinį plaktuką), judantį į kairę arba į dešinę. Spontaninis, vienakryptis horizontalus nistagmas, kuris pablogėja žvelgiant į nistagmo pusę, rodo periferinę priežastį. Spontaninis vertikalus, rotacinis, arba keičiantis kryptį nistagmas gali būti centrinės kilmės.
Greito galvos pasukimo mėginys (GGPM) [15, 16]	Įvertina vestibulookulinį refleksą. Pacientas, kurio vestibulinė funkcija nėra sutrikusi, palaiko fiksuotą žvilgsnį, pasukdamas galvą į vieną ar kitą pusę 10°. Jeigu akys visai nejuda, iškart reikia įtarti centrinės kilmės pažeidimą.
Dix – Hallpike manevras [17]	Naudojamas GPPGS nustatyti. Pacientui atliekama specifinė galvos pasukimo seka ir bandomas sukelti specifinis GPPGS būdingas nistagmas – nukreiptas aukštyn rotacinis nistagmas, trunkantis apie 15 s.

- <https://doi.org/10.1016/j.emc.2008.09.002>
8. Cristiano E, Marcelli V, Giannone A, De Luca S, Oliva F, Variiale R, et al. Diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo in Emergency Department: Our experience. *Audiology Research* 2020;10(1):12-5.
<https://doi.org/10.4081/audiores.2020.232>
 9. Parnes LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). *CMAJ* 2003;169(7):681-693.
 10. Benign positional vertigo. *ADAM Medical Encyclopedia*. Archived from the original on 26 October 2013. Retrieved 16 April 2014.
 11. Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999;107(5):468-478.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00260-0)
 12. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, et al. Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Ann Intern Med* 1992;117(11):898-904.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-117-11-898>
 13. Kerber KA, Newman-Toker DE. Misdiagnosing dizzy patients. Common pitfalls in clinical practice. *Neurol Clin* 2015;33(3):565-575.
<https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.009>
 14. Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ* 2011;183(9):E571-E592.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.100174>
 15. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009;40(11):3504-3510.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.551234>
 16. Wiperman J. Dizziness and vertigo. *Prim Care* 2014;41(1):115-131.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.10.004>
 17. Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician* 2005;71(6):1115-1122.
 18. Hornibrook J. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): history, pathophysiology, office treatment and future directions. *Int J Otolaryngol* 2011;2011:835671.
<https://doi.org/10.1155/2011/835671>
 19. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(12):CD003162.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003162.pub3>
 20. Kentala E. Characteristics of six otologic diseases involving vertigo. *Am J Otol* 1996;17(6):883-892.
 21. Himmelein S, Lindemann A, Sinicina I, et al. Differential Involvement during Latent Herpes Simplex Virus 1 Infection of the Superior and Inferior Divisions of the Vestibular Ganglia: Implications for Vestibular Neuritis. *J Virol* 2017;91(14). doi: 10.1128/JVI.00331-17.
<https://doi.org/10.1128/JVI.00331-17>
 22. Whitman GT. Dizziness. *The American Journal of Medicine* 2018;131(12):1431-1437.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.05.014>
 23. Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction (vestibular neuritis). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD008607.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008607.pub2>
 24. Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Ménière's disease. *Curr Opin Neurol* 2004;17(1):9-16.
<https://doi.org/10.1097/00019052-200402000-00004>
 25. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res* 2015;25(1):1-7.
<https://doi.org/10.3233/VES-150549>
 26. Coelho DH, Lalwani AK. Medical management of Ménière's disease. *Laryngoscope* 2008;118(6):1099-1108.
<https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31816927f0>
 27. Harcourt J, Barraclough K, Bronstein AM. Meniere's disease. *BMJ* 2014;349:g6544.
<https://doi.org/10.1136/bmj.g6544>
 28. Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. *Curr Opin Neurol* 2007;20(1):40-46.
<https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e328013f432>

ACUTE DIZZINESS IN PRIMARY CARE SETTING

V. Krunkaitienė, S. Krunkaitis

Key words: dizziness, vertigo, Benign Paroxysmal Positional Vertigo, Meniere's disease, Vestibular neuritis.

Summary

Acute dizziness is a difficult condition that is very uncomfortable for the patient and usually requires immediate action and decision making. Diagnostics of patients presenting with dizziness present a lot of challenges especially in primary care setting that do not have immediate access to all diagnostic tests and neurologist consultation. The aim of this literature review is to give an overview of major differences between central and peripheral origin of dizziness and to lay them out briefly and clearly for primary care physicians. Usually the origin of dizziness is peripheral; it manifests as benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), vestibular neuritis, Meniere's disease. Literature emphasizes the importance of purposeful history taking and physical examination. Due to the fact that the most likely cause of dizziness is peripheral and it can be accurately diagnosed by taking medical history and physical examination it is not rational to conduct further expensive testing such as CT or MRI. In addition, there are evidence that physical examination is sensitive and specific enough to exclude life threatening conditions such as stroke in patients with acute dizziness.

Correspondence to: s.krunkaitis@gmail.com