

63 例垂直半规管良性阵发性位置性眩晕的诊疗体会

唐洪波,廖剑绚,龚永谦,沈宝茗

(南华大学第一附属医院耳鼻喉科,湖南衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨垂直半规管良性阵发性位置性眩晕的临床表现和治疗。**方法** 回顾性分析 63 例垂直半规管良性阵发性位置性眩晕患者的临床资料,均接受手法复位治疗,并随访 3 个月。**结果** 63 例垂直半规管良性阵发性位置性眩晕患者中,痊愈 38 例(60.32%),有效 23 例(36.51%),无效 2 例(3.17%),总有效率 96.83%。**结论** 手法复位是治疗垂直半规管良性阵发性位置性眩晕的一种高效、安全的方法。

关键词: 垂直半规管; 良性阵发性位置性眩晕; 复位法

中图分类号:R764 文献标识码:A 文章编号:2095-1116(2011)01-0068-03

Experience of Diagnosis and Treatment for Vertical Semicircular Canal Benign Paroxysmal Postural Vertigo in 63 Cases

TANG Hong-bo, LIAO Jian-xuan, GONG Yong-qian, et al

(Department of Otorhinolaryngology, the First Affiliated Hospital, University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical features and therapy of vertical semicircular canal benign paroxysmal postural vertigo. **Methods** A retrospective analysis was made on 63 patients with vertical semicircular canal benign paroxysmal postural vertigo, who received treatment of canalith reposition. All the patients were followed up for 3 months. **Results** Among total 63 patients with vertical semicircular canal benign paroxysmal postural vertigo, 38 patients (60.32%) were cured, 23 patients (36.51%) were improved, 2 patients (3.17%) were inefficient. The total success rate reached 96.83%.

Conclusion Canalith repositioning provides a safe and effective treatment for vertical semicircular canal benign paroxysmal postural vertigo patients.

Key words: vertical semicircular canal; benign paroxysmal postural vertigo; reposition

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)主要表现为头位快速改变时出现一过性眩晕,一般不会出现听力减退、耳胀满感和耳鸣。因此,多误以为是脑血管病性眩晕、颈性眩晕就诊于内外科,而后转耳鼻喉科治疗,是最常见的周围性眩晕。人有三对半规管,分别是后半规管、前半规管和外半规管,其中后半规管与前半规管合称为垂直半规管(vertical semicircular canal benign paroxysmal postural vertigo, v-BPPV)。本研究回顾性分

析本科 2008 年 1 月~2009 年 12 月期间诊治的 63 例 v-BPPV 患者的临床表现、手法复位治疗和随访结果,旨在探讨 v-BPPV 患者的临床特点及治疗效果,为临床诊治提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 1 月~2009 年 12 月在本科室诊断为 v-

BPPV 并有完整临床资料的 63 例患者,男性 19 例,女性 44 例,年龄 26 ~ 80 岁,病程 1 天 ~ 10 余年。其中有高血压病史者 11 例,有脑外伤史者 2 例。头颅 MRI 或 CT 未见明显异常,并除外其它中枢神经系统疾病、中耳炎及梅尼埃病等。无严重心脏疾患,颈椎无严重病变或骨折。

1.2 诊断依据^[1]

头部运动到某一特定位置出现短暂眩晕病史, Dix-Hallpike 试验中,眼震表现如下特点,且具有短潜伏期(< 30 s)和疲劳性,排除其它疾病引起的眩晕。

v-BPPV 患者在 Dix-Hallpike 变位检查的眼震特点:

(1)后半规管 BPPV 的眼震特点:患者头向患侧转 45°后快速卧倒,使头悬至床下,与床平面成 20° ~ 30°夹角,患耳向地时出现以眼球上极为标志的垂直扭转性眼震(垂直成分向眼球上极,扭转成分向地);回到坐位时眼震方向逆转。管结石症眼震持续时间 < 1 min;嵴帽结石症眼震持续时间 ≥ 1 min。

(2)前半规管 BPPV 的眼震特点:患者头向患侧转 45°后快速卧倒,使头悬至床下,与床平面成 20° ~ 30°夹角,患耳向地时出现以眼球上极为标志的垂直扭转性眼震(垂直成分向眼球下极,扭转成分向地);回到坐位时眼震方向逆转。管结石症眼震持续时间 < 1 min;嵴帽结石症眼震持续时间 ≥ 1 min。

1.3 Dix-Hallpike 试验^[2]

(1)患者坐位,头向一侧转 45°,检查者手持患者头部;(2)检查者迅速将患者由坐位变成平卧位,头向下垂 20° ~ 30°,嘱患者睁眼平视检查者眼睛,同时检查者密切观察患者是否出现眩晕发作及是否伴有相应的眼震出现;(3)将患者再由平卧位复原至坐位时,再次观察眩晕和眼震情况;(4)患者头向另一侧转 45°,重复(1)、(2)、(3)步骤。

1.4 治疗

观察记录患者在 Dix-Hallpike 试验中眼震及眩晕情况诊断 BPPV 侧别及类型。依据患者在 Dix-Hallpike 试验中眼震及眩晕的表现选择复位手法,手法如下:

Epley 耳石复位法治疗^[3]:(1)置患者于悬头仰卧,头向患侧转 45°,使患耳垂直向下;(2)再将头转

正并继续向健侧转 45°;(3)将患者头部连同身体向健侧翻转,使其侧卧于治疗台上,头部偏离仰卧位达 135°;(4)缓慢坐起,头前倾 20°。完成上述 4 个步骤为 1 个治疗循环。每个体位保持 1 ~ 2 min 或至眩晕及眼震消失。

Semont 摆动法^[4]:(1)患者坐于床沿,头偏向健耳 45°;(2)在治疗师帮助下,患者迅速向患侧侧卧,维持该体位;(3)保持侧头位,整体移动患者坐起并快速通过坐位,并倒向对侧卧位;(4)缓慢回到坐位。每完成上述 4 个步骤为 1 个治疗循环。每个体位保持约 4 min 或至眩晕及眼震消失。

上述两方法均适用于管结石症患者,而嵴帽结石症患者则适用后者。但如果前半规管 BPPV 患者须使用摆动法治疗必须加以修正(称为 Semont 摆动法 - A)。修正如下:头转向患侧,患者快速躺向患侧使鼻与地面夹角 45°数分钟后,患者快速经过坐位到对侧卧位。

治疗后嘱患者避免颈部晃动及低头,建议患者夜间高枕平卧。最后一次复位后 1 周进行疗效评估,并随访 3 个月。

1.5 疗效评估^[1]

疗效评价时间:短期:1 周;长期:3 个月。痊愈:眩晕或位置性眼震完全消失。有效:眩晕或位置性眼震减轻,但未消失。无效:眩晕和位置性眼震无变化,加剧或转为其它类型的 BPPV。

2 结 果

63 例 v-BPPV 患者均应用 Dix-Hallpike 试验进行诊断,61 例患者可以依据眩晕及眼震特点诊断,其中后半规管 BPPV 患者 58 例(右侧 39 例,左侧 19 例),前半规管 BPPV 患者 3 例(右侧 2 例,左侧 1 例)。2 例患者处于激发体位时未观察到眼震,仅有眩晕和恶心感,且未能清除描述眩晕特点,诊断为后或前半规管 BPPV。63 例患者接受手法复位治疗后,随访 3 个月。痊愈 38 例(60.32%),有效 23 例(36.51%),无效 2 例(3.17%),总有效率 96.83%(表 1)。

表 1 63 例垂直半规管良性阵发性位置性眩晕手法复位疗效观察结果(例,%)

BPPV 类型	n	痊愈	有效	无效
后半规管 BPPV	58	36	20	2
前半规管 BPPV	3	2	1	0
后或前半规管 BPPV	2	0	2	0
总计	63	38(60.32)	23(36.51)	2(3.17)

随着医学的发展,良性阵发性位置性眩晕已逐渐被人们所认识。1921年,Barany首先对良性阵发性位置性眩晕提出此诊断;1952年,Dix和Hallpike详细描述了该病的特征及其体位试验手法。1969年,Schuknecht研究了2例生前患BPPV的患者的颞骨,发现有位觉砂样物质沉积于后半规管的壶腹嵴终顶内,为嗜碱性颗粒,首先提出嵴顶结石症(cupulolithiasis)学说。1979年,Hall等根据重复刺激疲劳性首先提出管结石症(eanalithiasis)学说,认为退变的碎片并未粘附到后半规管嵴顶上而是在内淋巴中自由浮动。因为患者生前无形态学改变,目前仅停留在死后病理证明及理论推理阶段,所以产生该眩晕的机制还不清楚,但临床上现已公认各种原因引起之耳石病可诱发本征。

BPPV是眩晕门诊发病率最高的疾病,因为患者起病时不伴有耳部症状,多首诊于神经内科。缺乏经验的内科医师经常会对于患者笼统的诊断“眩晕症”而给予改善微循环、神经营养及镇静药物治疗。因BPPV患者有一定自限性,经治疗后一部分患者可症状缓解出院。但仍有很多患者用药后继续有位置性眩晕发作,且药物治疗效果往往不能立竿见影,延长了患者康复时间,加重了患者的经济负担和心理负担。

Konvs等^[5]报道122例BPPV,其中后半规管BPPV占90.1%(110/122),前半规管占1.6%(2/122),外半规管BPPV占8.2%(10/122)。可见所有BPPV患者中垂直半规管受累者最为多见,其中又以后半规管BPPV患者居多。这是因为当人体站立时,后半规管位于整个前庭器官的后下位置,当耳石碎片移动时,比较容易落入前庭的后面和基底,也就是后半规管所在的位置。所以后半规管的发病率最高^[6]。本研究对象63例BPPV患者均为v-BPPV患者,其中诊断为后半规管受累者为58例。

Dix-Hallpike试验是诊断v-BPPV最常用的一种方法,通过该试验可以较准确地判断v-BPPV患者的侧别及受累半规管类型,根据试验结果可以准确地选择复位手法。Dix-Hallpike试验是观察患者在检查体位时诱发的眼震来判断病变的,如患者在进行Dix-Hallpike试验时诱发出典型眼震,临床医师都比较容易选择手法复位的方法。但由于有些患者在就诊前就应用了镇静或抗眩晕药物,或检查者肉眼眼震观察时错过了典型眼震,患者体位检查时固视及不愿睁眼等原因均可能会使检查者观察不到眼

震。此时,临床工作者在复位手法选择上就无从下手。因此,存在小部分患者表现为临床仅有眩晕发作而无眼震出现,该类患者在进行Dix-Hallpike试验时常观察不到眼震,仅有短暂眩晕发作或恶心、呕吐等植物神经症状。临床工作者在接诊眩晕患者时,应该仔细地询问患者的病史,包括一般情况,眩晕发作的时间、地点,诱发因素,诱发体位,眩晕持续时间及特点等。因为,患者眼震方向(快相)与躯干的倾倒方向相反,与眩晕的方向一致^[7]。所以,在进行Dix-Hallpike试验前应向患者讲清,检查时很有可能诱发出眩晕,应配合医师尽量睁眼,并尽量向医师描述出眩晕时周围物体运动的方向。以右侧后半规管BPPV患者为例,患者可能诉倾头或卧下时会出现周围物体往右后方倾倒,并可能出现身体向左前倾倒。Dix-Hallpike试验时右侧躺下,可以诱发出上跳右旋的眼震。本研究中有1例患者,男性,41岁,发作眩晕时给予了静滴安定处理,后来本科室就进行Dix-Hallpike试验未能观察到眼震,仅右侧激发体位时有恶心感,持续时间<1min,左侧未能引出恶心。但病史采集时患者描述倾头时发作眩晕,并有物体向后倾倒表现。诊断为右侧后半规管BPPV,采用Epley耳石复位法治疗好转。另1例患者,女性,62岁,患者在神经内科药物治疗1周左右,不能完全缓解眩晕。就诊本科时因患者年龄较大、文化程度低而不能配合医师详细描述眩晕特点,行Dix-Hallpike试验时未见眼震,仅右侧引出眩晕感。因不能确定垂直半规管具体受累类型,是管结石症还是嵴帽结石症。诊断为右侧垂直半规管(后或前半规管)BPPV,采用Semont摆动法加Semont摆动法-A复位,有效。所以,根据位置试验时表现出的典型病理性眼震可以较容易、准确地选择复位手法,但没有眼震表现的BPPV,仍可通过病史和位置实验的临床评估来选择复位手法。

目前虽然依靠佩带Frenzel眼镜或红外眼罩系统检查可以提高眼震检查阳性率,但由于检查器械相对昂贵,不易在基层医院推广。实践证明,Dix-Hallpike试验及手法复位治疗v-BPPV具有安全、有效的特点。本研究中的v-BPPV患者经手法复位治疗后,总有效率达96.83%,2例无效患者可能与半规管变异、耳石复位不全或嵴帽结石解脱困难等原因有关。治愈患者基本不需要药物治疗,所有患者无1例严重并发症发生。但须注意,在给病人行该检查及治疗时应详细采集病史,注意患者的一般情况,是否有颈椎病。并在治疗前耐心解释检查及治疗过程中可能会引出眩晕, (下转第85页)

(上接第 70 页)

尽量配合医师一次性完成诊治工作。本组病例中有 1 例患者在行 Dix-Hallpike 试验时恶心呕吐较剧,当天未能配合完成诊治,耐心向患者和家属讲解并取得理解后,于第 2 天空腹复诊,完成治疗。可见手法复位是治疗 v-BPPV 的一种高效、安全的方法。

参考文献:

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会.良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估(2006 贵阳)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42:163-164.
- [2] Dix MR, Hallpike CS. Pathology, symptomatology and diagnosis of certain disorders of the vestibular system[J]. Proc R Soc Med, 1952, 45:341-354.

- [3] White J, Savvides P, Cherian N, et al. Canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otol Neurotol, 2005, 26:704-710.
- [4] Semont A, Freyss G, Vitte E. Curing the BPPV with a Liberatorary maneuver [J]. Adv Otorhinolaryngol, 1988, 42(3):290-293.
- [5] Korres S, Balatsouras DG, Kabems A, et al. Occurrence of semicircular canal involvement in benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otol Neurotol, 2002, 23:926-932.
- [6] 高波,宋海涛,周金梅,等.上半规管良性阵发性位置性眩晕的诊断及治疗[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(6):428-431.
- [7] 栗秀初,黄如训.眩晕[M].西安:第四军医大学出版社,2005.20-23.

(此文编辑 朱雯霞)