

284 例良性阵发性位置性眩晕手法复位疗效分析

王志斌^{1*}, 苏琳², 穆守杰¹, 陶祥明¹, 李东海¹, 陈秀伍³

(¹ 蚌埠市第三人民医院耳鼻喉科, 安徽 蚌埠 233000; ² 蚌埠医学院护理学系, 安徽 蚌埠 233030; ³ 首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉-头颈外科, 北京 100730)

[摘要] 目的: 评价 Epley 法和 Semont 法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕的疗效。方法: 284 例后半规管良性阵发性位置性眩晕患者随机分成 A 组 143 例和 B 组 141 例, 分别使用 Epley 法和 Semont 法复位治疗。比较 2 组治疗 1 周和 1 个月后复位法的有效率。结果: 治疗 1 周后 Epley 复位法和 Semont 复位法的有效率分别为 88.1% 和 87.9%, 两组疗效无统计学差异 ($P > 0.05$); 治疗 1 个月后随访 Epley 复位法和 Semont 复位法的有效率分别为 95.1% 和 95.7%, 两组疗效无统计学差异 ($P > 0.05$)。结论: Epley 复位法和 Semont 复位法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕均有良好效果, 医生可以根据患者的具体情况作出相应选择。

[关键词] 眩晕; 良性阵发性位置性眩晕; 耳石; 复位法

[中图分类号] R764.3

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)03-761-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20160625

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV) 是最常见的前庭外周性眩晕疾病, 占有眩晕症的 17%~20%^[1]。鉴于重力学因素及内耳解剖学特点, 耳石脱落移位最易进入后半规管。所以, 后半规管良性阵发性位置性眩晕(posterior semicircular canal-benign paroxysmal positional vertigo, PSC-BPPV) 最为常见。其中右侧后半规管 BPPV 多于左侧后半规管 BPPV, 这可能与人体处于站立位时后半规管位置最低以及多数人喜好右侧卧位的睡眠姿势有关。

Brandt 和 Daroff 在 1980 年首先报道用手法复位的方法治疗 BPPV 并取得了成功。随后 Semont 和 Epley 先后报道了床边治疗 PSC-BPPV 的 2 种方法, 即管石解脱法(Semont 法)和管石复位法(Epley 法)^[2]。这两种耳石复位法基于嵴帽结石学说和管结石学说的理论基础, 通过改变患者头位, 使移位至半规管内的耳石在重力作用下流动到前庭, 达到治愈 BPPV 的目的。

近年来, 我国对该病逐渐认识, 越来越多的基层医院相继开展 BPPV 的手法复位。本研究的目的在于探讨这两种方法治疗 PSC-BPPV 的疗效。

1 对象和方法

1.1 对象

[基金项目] 蚌埠市科技计划项目(20140322)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: wangzhibinent@sina.com

所有病例来自蚌埠市第三人民医院耳鼻喉科门诊 2012 年 1 月—2015 年 3 月就诊的特发性 PSC-BPPV 患者, 按照门诊编号, 抽取单号 144 例患者纳入 A 组(Epley 法), 失访退出 1 例; 双号 144 例患者纳入 B 组(Semont 法), 失访退出 3 例。总例数 284 例, A 组 143 例, B 组 141 例, 男 80 例, 女 204 例, 男女比例 1:2.55, 年龄 27~79 岁, 其中右耳 162 例, 左耳 122 例。

常规耳科检查、纯音测听、声导抗检查。部分病例经过 CT、MRI、CTA 等检查来排除中枢性疾病及血管性疾病。

诊断依据: 所有患者符合中华医学会 2006 年(贵阳)制定的《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》^[3]的诊断依据。①有因头位改变而诱发的短暂眩晕发作史, 眩晕发作具有变位性、潜伏期、短暂性及伴有特征性眼震; ② Dix-Hallpike 试验阳性; ③ Roll test 阴性。

排除标准: ①水平半规管及复合半规管 BPPV 患者; ②合并有突发性耳聋、梅尼埃病及前庭神经炎等有其他内耳疾病的继发性 BPPV 患者; ③有颈椎手术史, 颈椎活动受限患者; ④充分沟通仍因对体位改变而担心眩晕及恶心、呕吐加重不能接受手法复位治疗的极度恐惧患者; ⑤中枢性位置性眩晕患者; ⑥中、晚孕孕妇。

1.2 方法

1.2.1 Epley 法(以右耳为例)

第 1 步: 患者直坐在检查床上, 坐的位置以患

者向后躺下时头部能伸出床缘为宜,头右转 45°,在术者保护下迅速仰卧悬头,肩平床头,头下垂床边与床面呈 20°~30°,头仍保持向右侧转 45°;第 2 步:术者转动患者头部 90°,使右耳向上,即头转向成左侧 45°;第 3 步:患者躯干左转 90°,即变成左侧卧位,头与躯干的关系不变,头向下 45°;第 4 步:恢复坐位,头转向正中并头前倾 30°。

1.2.2 Semont 法(以右耳为例)

第 1 步:患者坐在检查床正中,双腿下垂,头向左侧转 45°,并保持此头位;第 2 步:患者由坐位快速向右侧侧卧,此时后枕部着床而鼻尖朝上;第 3 步:将患者由右侧卧位迅速经坐位变成左侧卧位,此时前额及鼻尖着床而后枕部朝上;第 4 步:缓慢坐起,头略前倾。

以上 2 种手法复位方法的每个步骤的落点要持续 30 s 以上直到眩晕及眼震消失。在治疗期间避免使用抗眩晕药物,如前庭抑制剂等,以免影响两组方法疗效的观察。

1.2.3 动态心电图监护

对于有高血压、心脏病、高龄等高风险患者,在动态心电图监护下检查及复位。

1.2.4 结果判断

所有患者在首次治疗结束后 1 周及 1 个月随访,填写自制眩晕问卷表,行 Dix-Hallpike 和 Roll test 变位试验诱发眼震,根据患者诱发性眼震情况,结合患者主观感觉进行疗效评估。依据 2006 年贵阳会议疗效评估标准^[3]。痊愈:眩晕、位置性眼震消失;有效:眩晕、位置性眼震减轻,但未消失;无效:眩晕、位置性眼震无变化,加剧或转为其他类型 BPPV。

手法复位成功的标准为:Dix-Hallpike 及 Roll test 试验均未诱发出眼震及眩晕,如果变位试验阳性,则再次采用最初手法复位进行治疗,若连续 3 次复位治疗仍然在变位实验中诱发出与第 1 次检查相同的眼震及眩晕,则认为本次手法复位治疗无效。

1.3 统计学方法

运用 SPSS16.0 软件对资料进行统计分析。计数资料用例数和率进行描述,采用 χ^2 检验;计量资料采用均值 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)进行描述,采用 t 检验。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者年龄、性别及累及部位间差异无统计学意义(P 均 > 0.05 ,表 1),具有可比性。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		累及部位(例)	
			女	男	右耳	左耳
A 组	143	54.13 \pm 14.05	106	37	78	67
B 组	141	57.07 \pm 12.44	98	43	84	55

2.2 两组患者复位有效率比较

所有患者 1 周后随访,治愈 204 例,有效 46 例,总有效率 88.0%(表 2);1 个月后随访,治愈 243 例,有效 28 例,总有效率 95.4%。两组复位方法比较,1 周后 A 组和 B 组的有效率分别为 88.1%和 87.9%,差异无统计学意义($P > 0.05$);1 个月后随访 A 组和 B 组的有效率分别为 95.1%和 95.7%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 284 例患者两种复位方法疗效比较

组别	例数	1 周后			1 个月后		
		治愈 (例)	有效 (例)	总有效 率(%)	治愈 (例)	有效 (例)	总有效 率(%)
A 组	143	101	25	88.1	120	16	95.1
B 组	141	103	21	87.9	123	12	95.7

2.3 不良反应

A 组患者出现呕吐 10 例,虚汗 7 例,眩晕加重 1 例。B 组患者中 2 例有典型位置性眩晕病史,但 Dix-Hallpike 和 Roll test 均未诱发出眼震,尝试行 Semont 法复位后患者随即感到眩晕感消失。

3 讨论

相关研究显示,原发性 BPPV 多见于老年女性。绝经后的女性,雌激素水平下降,骨量调节物减少,这极有可能影响耳石内部的结构及与胶质膜之间的连接,导致耳石脱落。BPPV 患者中 40%以上伴有高血压、高血脂、糖尿病、偏头痛等疾病中的至少 1 种^[4]。

变位试验是诊断 BPPV 的金标准。BPPV 的首选治疗方法是手法复位治疗。国外研究显示,对 BPPV 患者给予手法复位治疗后,在随后 6 个月的观察中,其眩晕症状的缓解率为 94.2%^[5];对急诊科 BPPV 患者实施 Epley 法及 Semont 法手法复位治疗,有效率高达 85%^[6]。Epley 法操作相对轻柔,对肥胖、颈椎病及一些因腰椎手术后等行动不便的患者均适合。因此,Epley 法也是目前临床中 PSC-BPPV 首选的治疗方法。Semont 法在复位时速度快、幅度大,可有效解脱粘在壶腹嵴顶上的耳石,再使耳石沿半规管总脚返回前庭。

本研究 284 例 BPPV 患者手法复位治疗 1 周后总有效率达 88.0%,1 个月后总有效率达 95.4%。其

复位要点如下:①手法复位治疗前向患者解释其发病机制及预后,取得患者的信任及配合;②手法轻柔,动作精准,防止耳石移位;③对老年患者,高血压、心脏病患者,可在心电监护下实施手法复位;④手法复位过程中患者出现恶心、虚汗等自主神经功能紊乱症状时,让其休息片刻多能好转,必要时持续低流量吸氧观察;⑤手法复位后向患者解释可能会有残留漂浮感和不稳感等症状,指导患者在家中
进行 Brandt-Daroff 康复练习^[7]。

Toupet 等^[8]比较了 Epley 复位法和 Semont 复位法。虽然两者根据 Dix-Hallpike 变位试验判断手法复位的成功率相仿,但是残余头晕的症状评分中, Semont 复位法要优于 Epley 复位法。本研究中, A 组 1 例患者 Epley 法复位后眩晕加重,再次行变位试验发现患者 Dix-Hallpike 和 Roll test 均有特征性眼震,考虑为耳石异常移位所致右侧水平及后半规管复合半规管耳石症。分别给予 Lempert 翻滚复位法,间隔 10 min 后行 Epley 法,取得成功。耳石异常移位可发生在手法复位治疗过程中,耳石在受累半规管内变换,可以由一个半规管进入另外一个半规管及多个半规管。在行 Epley 法复位第 3 步时,由于患者肥胖、体位、角度、不配合等因素影响,后半规管耳石可以经过总角进入其他半规管。当诊断明确的 BPPV,手法复位治疗后,患者的眩晕症状没有缓解反而加重时,需要重新行变位试验检查^[9],仔细观察患者眼震方向,以此判断耳石移位所至半规管,采用相应的手法复位治疗。重复变位试验检查可以提高 BPPV 诊断的阳性率^[10]。当然,如果耳石直径较大,在复位时移动到直径相对较小的半规管内可能出现耳石嵌顿,表现为眼震方向突然改变,眩晕呈持续性不缓解。对于这类患者,我们也需要做好鉴别诊断,防止误诊。

A 组(Epley 法)患者出现呕吐 10 例。为避免呕吐物误吸,建议患者尽量在空腹时进行复位并在复位治疗过程中让患者主动配合翻身,减少治疗风险。特别是老年患者、孕妇及颈椎术后的患者,手法复位治疗后不必强调强迫体位以减少患者精神压力,同时也要注意心理问题的解决,避免患者出现焦虑及抑郁。

B 组 2 例患者有典型位置性眩晕病史,但 Dix-Hallpike 和 Roll test 均未诱发出眼震,考虑为主观性 BPPV^[11]。采用手法复位治疗亦取得了成功。若治疗失败需重新进行鉴别诊断,防止误诊。主观性 BPPV 存在的原因可能为:①脱落的耳石过于微小并黏附于壶腹或漂浮于相应的半规管中,位置改变

引起眩晕、呕吐的症状却不足以诱发眼震;②水平半规管耳石导致老年患者慢性头晕;③散落在半规管中没有完全吸收的耳石,由于数量较少,位置改变刺激毛细胞引起其兴奋,可引起眩晕、呕吐的症状却不足诱发眼震^[12]。笔者认为,变位试验记录不到明显眼震的原因也可能与在行变位试验检查时诱发的眼震过于弱小,门诊裸眼观察不到有关。对于这类患者,有条件的单位可以佩戴 Frenzel 眼镜或眼震电图来提高检出率,也可以通过观察结膜表面的血管运动来帮助判定眼震的方向。

[参考文献]

- [1] Ogun OA, Janky KL, Cohn ES, et al. Gender-based comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo[J]. PLoS One, 2014, 9(9): e105546
- [2] 张永斌, 孙勃, 彭新, 等. 老年特发性良性阵发性位置性眩晕的复位治疗及其疗效的研究[J]. 中华耳科学杂志, 2015, 13(2): 282-287
- [3] 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 年, 贵阳)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(3): 163-164
- [4] 郑涛, 田广永, 曹庆硕, 等. 良性阵发性位置性眩晕发病因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2011, 9(3): 129-131
- [5] Yamanaka T, Shirota S, Sawai Y, et al. Osteoporosis as a risk factor for the recurrence of benign paroxysmal positional vertigo[J]. Laryngoscope, 2013, 123(11): 2813-2816
- [6] 张凤, 李伟. 手法操作在门诊快速诊疗 278 例良性阵发性位置性眩晕[J]. 中华耳科学杂志, 2014, 12(4): 613-616
- [7] 吴子明. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗的纵深认识[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2013, 21(2): 101-101
- [8] Toupet M, Ferrary E, Bozorg GA. Effect of repositioning maneuver type and postmaneuver restrictions on vertigo and dizziness in benign positional paroxysmal vertigo[J]. Scientific World J, 2012, 2012: 162123
- [9] 王威. 手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2014, 34(12): 1728-1729
- [10] Lee NH, Ban JH, Lee KC, et al. Benign paroxysmal positional vertigo secondary to inner ear disease[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 143(3): 413-417
- [11] Balatsouras DG, Korres SG. Subjective benign positional paroxysmal vertigo[J]. Otol Head and Neck surg, 2012, 146(1): 98-103
- [12] 蒋子栋. 良性阵发性位置性眩晕诊治中相关问题的探讨[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2013, 21(2): 106-108

[收稿日期] 2015-09-11