

# 良性阵发性位置性眩晕的综合治疗

吴友斌, 雷明, 汪凤, 王晏文

长江航运总医院 武汉脑科医院神经内科, 湖北 武汉 430010

**摘要:**目的 通过对良性阵发性位置性眩晕(BPPV)患者进行治疗,探讨不同类型 BPPV 适当的治疗方案。方法 2012 年 3 月至 2014 年 5 月在长江航运总医院神经内科、耳鼻喉科及心理科会诊后确诊的 180 例 BPPV 患者,按 2006 年(贵阳)中华医学会耳鼻咽喉科学分会的诊断标准进行定侧和分型,以变位试验时根据眼震特点进行分型,并根据汉密尔顿量表评分对焦虑抑郁评分  $\geq 14$  分为 BPPV 伴情绪障碍组(56 例), $< 14$  分为 BPPV 组(124 例)。两组患者确诊后给予手法复位治疗:后半规管、前半规管 BPPV 采用 Epley 法或 Semont 法,水平半规管 BPPV 采用 Barbecue 翻滚法,根据患者症状缓解程度可 3 d 后行多次手法复位。伴情绪障碍组在上述治疗的基础上同时行抗焦虑抑郁治疗。两组患者均于 1 周、1 个月、3 个月后进行随访。结果 手法复位 1 周、1 个月、3 个月后,BPPV 组总有效率分别为 85.5%、90.3%、94.4%;BPPV 伴情绪障碍组总有效率分别为 60.7%、75.0%、96.4%。BPPV 组手法复位后 1 周、1 个月总有效率明显高于 BPPV 伴情绪障碍组( $P < 0.01$ )。手法复位后 3 个月 BPPV 伴情绪障碍组效果明显提高,总有效率略优于 BPPV 组,但无统计学差异( $P > 0.05$ ),而其总有效率明显高于同组 1 周和 1 个月( $P < 0.01$ )。结论 合并情绪障碍良性阵发性位置性眩晕患者单用手法复位效果不理想时,合用调节情绪障碍、抗焦虑抑郁等治疗可提高疗效。

**关键词:** 良性阵发性位置性眩晕; 眼震电图; 手法复位; 抗焦虑抑郁

**中图分类号:** R 764.33 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)03-0313-03

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)是指阵发的、由头位变动引起的,伴有特征性眼震的短暂的发作性眩晕,是一种内耳自限性疾病,也是最常见的前庭眩晕<sup>[1]</sup>。根据临床表现及相关检查分为原发性和继发性,常见继发性因素为美尼埃病、突聋、脑血管意外、偏头痛、后循环缺血等。由于 BPPV 伴发的焦虑抑郁状态会诱发眩晕、加重其临床症状及影响手法复位的疗效,故及时评估、正确的诊断及抗焦虑药物的应用可能给 BPPV 患者带来好处<sup>[2]</sup>。有研究表明,对眩晕伴有的焦虑、抑郁等精神障碍最好给予干预<sup>[3]</sup>。由于目前国内各医院成立专门的眩晕科较少,患者到神经科就诊的较多,我科于 2012 年 3 月与耳鼻喉科、心理科成立多学科合作的眩晕门诊,在以头晕为主诉的患者中筛选出 BPPV 患者 180 例,现分析如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2012 年 3 月至 2014 年 5 月在长江航运总医院神经内科、耳鼻喉科及心理科会诊后确诊的 180 例 BPPV 患者,其中男 78 例,女 102 例;年龄 18~78(54.0 $\pm$ 13.0)岁。按 2006 年(贵阳)中华医学会耳鼻咽喉科学分会的诊断标准对 BPPV 进行定

侧和分型,包括 4 型(后半规管、前半规管、外半规管和混合型)和两类(管石和嵴顶结石)。采用红外线眼动记录仪(VNG),作眼震记录,行 Dix-Hallpike 试验和 Roll 试验进行判断<sup>[4]</sup>。对所有患者行汉密尔顿量表评分,对焦虑抑郁评分  $\geq 14$  分为 BPPV 伴情绪障碍组(56 例), $< 14$  分为 BPPV 组(124 例)。

**1.2 治疗方法** 所有患者确诊后均行手法复位治疗,对后半规管或前半规管的 BPPV 患者行 Epley 和 Semont<sup>[5]</sup>手法复位,而对水平半规管的 BPPV 患者行 Barbecue 翻滚法复位进行治疗。多个半规管受累的复位则采取逐个复位法。难治性 3 d 后再次复位。对于原发疾病的患者采取积极的对症治疗。对 BPPV 伴情绪障碍组患者行心理疏导,适当加用药物治疗(西酞普兰 20 mg/d,共 3 个月)

**1.3 疗效判断** 两组患者均于治疗后 1 周、1 个月及 3 个月进行疗效评估。疗效判定标准参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估方案》<sup>[5]</sup>,痊愈:眩晕完全消失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,加剧或转为其他类型的 BPPV;复发:痊愈或好转 1 个月后再次出现发作。两组患者分别作汉密尔顿量表评分,将其结果与基线结果进行比较。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 16.0 软件对数据进行处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统

计学意义。

## 2 结果

BPPV 组手法复位后 1 周、1 个月总有效率明显高于 BPPV 伴情绪障碍组 ( $P < 0.01$ )。手法复位后 3 个月 BPPV 伴情绪障碍组效果明显提高,总有效率略优于 BPPV 组,但无统计学差异 ( $P > 0.05$ ),其总有效率明显高于同组 1 周和 1 个月 ( $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 两组采用手法复位后总有效率比较 例(%)

组别	例数	手法复位 1 周	手法复位 1 个月	手法复位 3 个月
BPPV 组	124	106(85.5)	112(90.3)	117(94.4)
BPPV 伴情绪障碍组	56	34(60.7)*	42(75.0)*	54(96.4)
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	>0.05

注:与手法复位 3 个月比较,\* $P < 0.01$ 。

## 3 讨论

BPPV 又称为耳石症<sup>[6]</sup>。据不完全统计耳石症眩晕占所有眩晕的 20%~40%<sup>[7]</sup>,正常情况下耳石是附着于耳石膜上的,当一些致病因素导致耳石脱离,这些脱落的耳石会在内耳里游动。当人体头位变化时,这些半规管亦随之发生位置变化,沉伏的耳石会随着液体的流动而运动,从而刺激半规管毛细胞,导致眩晕。其起病急骤,眩晕与头位改变有密切关系,持续时间极短,一般为数秒至数十秒,体位改变与眩晕症状间有一个数秒钟的潜伏期,有易疲劳性。这些特征仍然是目前诊断 BPPV 的基本依据<sup>[8]</sup>。人体内耳有三个半规管,分别为后半规管(PC)、上半规管(SC)及水平半规管(HC),临床根据 VNG 记录的不同体位诱发的眼震特点,分为后半规管 BPPV、水平半规管 BPPV 和上半规管 BPPV。各种类型 BPPV 中,PC-BPPV 最为常见<sup>[9]</sup>,其次为 HC-BPPV,而 SC-BPPV 的发病率最低,部分患者可双侧受累。受累的后半规管右侧多于左侧。这可能与人体前庭的解剖特点有关,在人体站立时,后半规管位于椭圆囊的后下位置,耳石碎片移动时较容易落入后半规管的后臂底部<sup>[10]</sup>;右侧多见可能与患者平时的睡觉习惯有关,大部分人习惯右侧卧位。女性较男性多见可能与其激素分泌、骨质疏松、易患偏头痛有关。同时临床上 BPPV 的手法检查对诊断也很重要,手法检查主要为变位试验,包括针对垂直半规管异常的 Dix-Hallpike 检查及针对水平半规管异常水平滚转实验(Roll-test)。美国耳鼻咽喉头颈外科学会(AAO)2008 年的良性位置性眩晕的临床指南中指出:Dix-Hallpike 变位性实验是后半规管 BPPV 诊断的金标准<sup>[11]</sup>。

基于管结石假说及半规管的解剖特征,现已开展各种手法复位,通过一系列体位变化使管内飘浮的耳石在重力作用下按特定方向移动,最后经半规管回到椭圆囊;嵴顶结石则先通过振荡法或叩击法使耳石脱落至半规管,再根据管腔的结构使之回到椭圆囊从而使患者的症状迅速得到缓解。但有相当一部分患者在行手法复位治疗后出现不稳感、恶心感,考虑与前庭系统重建平衡有关。许多患者在手法复位治疗后可能会遗留一部分与自主神经紊乱相关的头晕症状,可适当应用药物缓解<sup>[12]</sup>。

BPPV 的手法复位治疗简单、安全,其有效性已得到一致的认可<sup>[13-14]</sup>。但 BPPV 起病急骤,发作时症状较重,加之患者对疾病缺乏了解,常伴焦虑、抑郁、情绪低落、恐惧等,进而诱发睡眠障碍和躯体化症状等<sup>[15]</sup>,临床中发现同时合并以上负面情绪及精神障碍的患者易反复发作眩晕和/或加重眩晕严重程度,形成恶性循环,致手法复位效果差,严重影响患者的生活质量。BPPV 及其他眩晕与精神障碍是否共病,目前认识还不统一。Goddard 等<sup>[16]</sup>通过动物实验发现前庭神经核团与情绪相关的核团及下边缘皮质等有神经纤维联系,同时前庭神经核团与海马、大脑额叶、齿状回等也有联系,表明二者之间存在一定的生理解剖联系。

故本研究尝试对 BPPV 伴情绪障碍的患者给予手法复位的治疗同时予以心理疏导及抗焦虑抑郁治疗,用药 3 个月后随着焦虑抑郁评分的好转,此组患者好转痊愈率明显提高,复发率下降。本研究还表明,在手法复位前首先给予恰当的心理疏导,让患者了解该病的特点,对患者出现的诸多症状给予合理的解释,让患者了解什么是手法复位治疗,减轻患者对疾病及手法复位的恐惧,以得到患者在复位治疗中的主动配合。在此基础上再给予手法复位治疗,可一定程度的减少 BPPV 患者焦虑抑郁等症状,提高治疗效果。尽管其具体机制有待于进一步研究,但心理治疗(包括心理疏导及抗焦虑抑郁评估及治疗)在 BPPV 的治疗中是不可忽视的一个重要环节。

## 参考文献

- [1] 刘丽岱,管艳敏,丁春,等.水平半规管良性阵发性位置性眩晕的疗效观察[J].中国临床研究,2012,25(9):896-897.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010,43(5):369-374.
- [3] Pollak L, Segal P, Stryjer R, et al. Beliefs and emotional reactions in patients with benign paroxysmal positional vertigo: a longitudinal study[J]. Am J Otolaryngol, 2012, 33(2): 221-225.
- [4] 姜爱钟,童慧,张建国. Semont 管石解脱法在后半规管良性阵发

- 性位置性眩晕的复位治疗[J]. 中国临床研究, 2013, 26(9):931.
- [5] 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.
- [6] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008, 988-992.
- [7] 肖彬. 门诊手法复位结合药物治疗良性阵发性位置性眩晕的临床研究[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(2):235-236, 238.
- [8] 张素珍, 吴子明. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 3版. 北京: 人民军医出版社, 2010:145.
- [9] 许翔, 刘庆杰, 田彦英. 联合手法复位治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(23):102-103.
- [10] 郭艳霞. 53例良性阵发性位置性眩晕诊疗体会[J]. 广州医药, 2014, 45(2):57-59.
- [11] Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guide- line: benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 139(5 Suppl 4):S47-S81.
- [12] Kim HA, Lee H. Autonomic dysfunction as a possible cause of residual dizziness after successful treatment in benign paroxysmal positional vertigo[J]. Clin Neurophysiol, 2014, 125(3):608-614.
- [13] 赵建辉, 马芙蓉. 良性阵发性位置性眩晕临床治疗研究进展[J]. 中日友好医院学报, 2014, 28(6):358-360.
- [14] 张红伟. 耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 中国基层医药, 2013, 20(19):2907-2908.
- [15] Ferrari S, Monzani D, Baraldi S, et al. Vertigo "in the pink": The impact of female gender on psychiatric- psychosomatic comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo patients[J]. Psychosomatics, 2014, 55(3):280-288.
- [16] Goddard M, Zheng Y, Darlington CL, et al. Monoamine transporter and enzyme expression in the medial temporal lobe and frontal cortex following chronic bilateral vestibular loss[J]. Neurosci Lett, 2008, 437(2):107-110.

收稿日期: 2014-12-02 修回日期: 2014-12-28 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

## 他汀类药物致转氨酶升高的老年不稳定型心绞痛的临床研究

代敏, 刘放, 杨瑞兰

昆明市第三人民医院内二科, 云南 昆明 650041

**摘要:** **目的** 探讨不同治疗方法对他汀类药物导致转氨酶升高的不稳定型心绞痛老年患者的临床疗效。**方法** 2006年6月至2013年12月收治的123例他汀类药物导致丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高的老年不稳定型心绞痛患者, 随机分为A、B、C 3组, 每组各41例。A组停用他汀类药物, B组继续使用他汀类药物, C组将他汀类药物改为血脂康胶囊治疗, 对比3组患者ALT恢复正常率、临床疗效以及心血管事件发生率。**结果** 治疗4周后ALT恢复正常率B组(70.7%)明显低于A组(92.7%)和C组(95.1%)( $P$ 均 $<0.05$ ); 总有效率A组(75.6%)明显低于B组(95.1%)及C组(97.6%)( $P$ 均 $<0.05$ )。因心血管事件再次住院率A组(22.0%)明显高于B组(4.9%)与C组(2.4%)( $P$ 均 $<0.05$ ); 心血管事件总发生率A组(26.8%)明显高于B组(7.3%)和C组(2.4%)( $P$ 均 $<0.05$ )。**结论** 他汀类药物在老年不稳定型心绞痛患者治疗中具有较为可靠的疗效, 但若发现转氨酶升高, 应停用并更换药物, 以调节血脂、保护血管内皮、稳定动脉粥样硬化斑块、降低心血管事件发生率。

**关键词:** 他汀类药物; 转氨酶; 不稳定型心绞痛

**中图分类号:** R 541.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)03-0315-03

他汀类药物主要包括辛伐他汀、洛伐他汀、普伐他汀以及美伐他汀等天然化合物和阿托伐他汀、氟伐他汀、西立伐他汀、洛伐他汀、匹伐他汀等人工合成化合物。这些药物在临床主要用于调节血脂, 同时对血管内皮功能起到一定改善作用。可通过增加血管内皮一氧化氮合酶的表达及活性起到抗炎作用, 既能使

动脉粥样斑块稳定, 防止血栓形成, 延缓动脉粥样硬化病情进展, 还能有效促进缺血组织的血管新生, 改善脑血管血供<sup>[1-2]</sup>。药物说明书中一般注明常规剂量的他汀类药物导致转氨酶升高的几率较低, 但临床仍时有发生<sup>[3]</sup>。为探讨不同治疗方法在他汀类药物导致丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高的老年不稳定型心绞痛患者中的临床效果, 笔者对123例患者的临床资料进行分析, 现将结果报告如下。