

合并前半规管的多半规管良性阵发性位置性眩晕

Multi-canal benign paroxysmal positional vertigo combined anterior canal

郝慧琴¹ 王豪¹

[关键词] 眩晕; 半规管

Key words vertigo; semicircular canals

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.03.018

[中图分类号] R764.3 [文献标志码] B

BPPV 是最常见的外周性前庭疾病, 俗称“耳石症”, 其确切的发病机制尚不清楚, 发生部位以后半规管最为常见(70%~90%)^[1-2], 前半规管最少(1%~2%)^[3-4]。耳石从椭圆囊斑脱离至多个半规管, 在单侧或双侧多半规管受累, 称为多半规管 BPPV, 近年来有相关报道^[5-11], 但合并前半规管的多半规管 BPPV 笔者未见国内外详细报道。本研究对我院门诊收治的合并前半规管的多半规管 BPPV 患者的临床资料进行分析, 探讨其类型、临床特点及治疗效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2014-08—2017-04 门诊多半规管患者 162 例, 均符合 BPPV 诊断标准(2006 年, 贵阳)。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 对所有患者进行病史采集、常规耳科检查、问诊和位置试验, 使用美国 MMT 红外视频眼震记录仪记录 Dix-Hallpike 试验及双侧滚转试验时眼震。当检测结果有偏离或有不正常神经体征时, 完善 MRI 检查以排除中枢系统病变。当合并有其他耳疾病时需完善相关听力学及前庭功能等检查。

1.2.2 治疗方法 后半规管 BPPV 采用 Epley 法或 Semont 法复位治疗; 水平半规管 BPPV 采用 Gufoni 法、Barbecue 法或 Lempert 法复位治疗; 前半规管 BPPV 采用 Yacovino 法复位治疗。复位治疗时, 首先治疗引起严重眩晕和眼震的责任半规管^[5,12-13]。复位后第 2 天复查, 如眩晕和眼震消失、减轻或未减轻, 则继续复位治疗, 治疗 1 个月后随访。

2 结果

前半规管合并其他管 30 例(18.5%), 其中前半规管合并后半规管 20 例(66.7%), 同侧 13 例(65%), 不同侧 7 例(35%); 前半规管合并水平半规管 6 例(20%), 均为同侧; 双侧前半规管 4 例(13.3%)。眼震特点见表 1; 疗效及复位次数见表 2。30 例合并前半规管的多半规管复位次数为 6.13 ± 1.55 。

本研究中, 合并前半规管的多半规管 BPPV 相关因素及伴随情况包括头部外伤(11 例)、突发性聋(6 例)、梅尼埃病(4 例)、中耳炎(3 例), 其他(6 例)。头部外伤为最常见因素。

3 讨论

由于前半规管的后臂与总脚和前庭相连续, 其耳石多可自愈, 因此前半规管 BPPV 很少发生, 合

表 1 合并前半规管的多半规管眼震特点

受累半规管	例数	眼震特点
前半规管合并后半规管(同侧)	13	单一强烈的扭转眼震
前半规管合并后半规管(不同侧)	7	单一扭转或单一垂直或复合眼震
前半规管合并水平半规管	6	垂直向下扭转和水平方向眼震
双侧前半规管	4	强烈的垂直向下和弱的向上耳的扭转成分

表 2 合并前半规管的多半规管复位治疗疗效及复位次数

受累半规管	例数	疗效	复位次数
前半规管合并后半规管(同侧)	13	治愈	5.85 ± 1.68
前半规管合并后半规管(不同侧)	7	治愈	6.43 ± 1.40
前半规管合并水平半规管	6	治愈	6.50 ± 1.52
双侧前半规管	4	治愈	6.00 ± 1.83

¹ 惠州市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科(广东惠州, 516000)

通信作者: 郝慧琴, E-mail: yanhuiqin82@163.com

并其他半规管更少见,其发生多因外伤或合并其他疾病。本研究中,前半规管合并其他半规管的多管BPPV中,同侧前半规管合并后半规管最为常见。高波等^[8]研究中前半规管合并后半规管也占大多数;郭向东等^[10]研究中仅有同侧前半规管合并后半规管;Soto-Varela等^[12]报道也仅有前半规管合并后半规管;李进让等^[9]报道前半规管合并后半规管10例,前半规管合并水平半规管14例;张云美等^[11]研究中同侧前半规管合并水平管及双侧前半规管各1例;Tomaz等^[13]报道双侧前半规管最为常见;Shim等^[14]报道的8例中有6例为前半规管合并水平半规管,2例前半规管合并后半规管。既往的研究表明,前半规管合并其他管所占比例并没有一定规律,合并其他管的例数差异可能与病因或伴随疾病等相关。已有的研究报道尚未明确说明其病因或伴随疾病,尚需进一步研究。

因半规管成对的在相反两侧,复合有多个半规管时,进行位置性试验将同时刺激多管,导致眼震向量总和。前半规管合并水平半规管较易诊断,Dix-Hallpike试验出现垂直向下扭转眼震及滚转试验出现水平眼震可诊断,水平眼震方向将会提示是同侧还是对侧的水平管。

前半规管合并后半规管BPPV较难诊断。前半规管合并后半规管BPPV按侧别可分为同侧和不同侧。如果是同侧,在行Dix-Hallpike患侧试验同时刺激后半规管和前半规管产生眼震,将出现同向的扭转成分,而垂直相眼震相反,向量总和仅是强烈的扭转成分。如果不同侧,Dix-Hallpike试验时,将出现垂直相和扭转均相反的眼震,眼震向量相减,根据眼震的强度不同,可成单一扭转或单一垂直或复合眼震,极少数甚至可能无眼震出现。复位治疗后,如前半规管或后半规管治疗有效,眩晕与头位转动方向改变及再次行位置试验时眼震出现变化都有助于诊断。前半规管合并同侧后半规管时,复位前半规管或后半规管后,复查Dix-Hallpike出现带扭转成分的垂直上跳性眼震或带扭转成分的垂直下跳性眼震可有助于诊断,继续进行复位治疗后疗效好可更进一步证实诊断。前半规管合并对侧后半规管时,眼震不典型,根据眼震特点进行复位,复查后出现眼震变化可诊断,患者的疗效也是最好的验证。

相对于前半规管合并后半规管,双侧前半规管位置试验眼震表现相对简单,Dix-Hallpike试验时,眼震向量的加减将导致强烈的垂直向下成分和微弱的向上耳的扭转成分。

目前对于多个半规管BPPV的研究报道仍相对较少,报道的病例数也不多。2017年BPPV指南并没有具体的诊断标准,指南指出优先处理诱发眩晕和眼震更明显的责任半规管,一根半规管复位

后,1~7 d复位其他半规管BPPV。本研究对患者复位后第2天进行复查,根据疗效再进行复位治疗。Balatsouras等^[5]研究认为单半规管的BPPV经过2~4次复位已足够;Shim等^[14]研究单半规管复位治疗需 (1.5 ± 1.1) 次,相对单半规管,合并前半规管的多半规管BPPV治疗需更多的复位次数,虽然如此,但其疗效不比单管BPPV差。

总之,多半规管BPPV及合并前半规管的多半规管BPPV的诊断、鉴别诊断和治疗还需更多更深入的研究,而准确诊断是基本,选用合适的复位方法治疗,才能得到更好的疗效。

参考文献

- [1] PROKOPAKIS E P, CHIMONA T, TSAGOURNISAKIS M, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: 10-year experience in treating 592 patients with canalith repositioning procedure[J]. Laryngoscope, 2005,115:1667-1671.
- [2] CAKIR B O, ERCAN I, CAKIR Z A, et al. What is the true incidence of horizontal semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo[J]? Otolaryngol Head Neck Surg, 2006,134:451-454.
- [3] IMAI T, ITO M, TAKEDA N, et al. Natural course of the remission of vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo[J]. Neurology, 2005,8: 920-921.
- [4] KORRES S, BALATSOURAS D G, KABEROS A, et al. Occurrence of semicircular canal involvement in benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otol Neurotol, 2002,23:926-932.
- [5] BALATSOURAS D G. Benign paroxysmal positional vertigo with multiple canal involvement[J]. Am J Otolaryngol, 2012,33:250-258.
- [6] BALATSOURAS D G, KOUKOUTSIS G, GANELIS P, et al. Diagnosis of Single-or Multiple-Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo according to the Type of Nystagmus[J]. Int J Otolaryngol, 2011, 2011:483965.
- [7] LOPEZ-ESCAMEZ J A, MOLINA M I, GAMIZ M, et al. Multiple positional nystagmus suggests multiple canal involvement in benign paroxysmal vertigo[J]. Acta Otolaryngol, 2005,125:954-961.
- [8] 高波,黄魏宁,宋海涛,等.多管受累的良性阵发性位置性眩晕的临床特点[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009,44(8):627-630.
- [9] 李进让,张昊,郭鹏飞.快速手法复位治疗多半规管良性阵发性位置性眩晕的近远期疗效分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2015,21(3):191-194.
- [10] 郭向东,王庆林,梅祥胜,等.多半规管良性阵发性位置性眩晕的临床分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016,30(13):1013-1015.
- [11] 张云美,杨振栋,于亚峰.眼震视图在多管性良性阵发性位置性眩晕精确定位中的作用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016,30(18):1435-1437.

• 病例报告 •

经鼻内镜手术治疗颅底斜坡脊索瘤 2 例

马静¹ 方平¹ 汪东¹ 刘言军¹

[关键词] 颅底;斜坡;脊索瘤;内镜外科手术

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.03.019

[中图分类号] R730.269 [文献标志码] D

Endoscopic transnasal approach for surgical treatment of skull base
clival area chordomas (Report of 2 cases)

Summary The case 1 performed submandibular trauma because of the faint Suddenly. There were no obvious abnormality in physical examination. CT result showed that the tumour located in the lower clivus, and the atlas was infringed. MRI imaging showed the tumour located in the both sides of the internal carotid artery, infringing clivus and atlas front, forwarded into the nasal cavity and oral cavity. The case 2 performed the left nose stuffy and increased gradually, nasopharyngeal mirror showed the left nasal cavity filled with new life. CT showed the lesions located in the cranial fossa under the sella turcica and sphenoid bone, down into the sphenoid sinus and the nasopharyngeal cavity. MRI imaging showed the lesions located in the front of clivus. According to the CT and MRI imaging features before surgery, the two cases adopted endoscopic transsphenoidal approach, and the postoperative pathology were chordoma in the central line of the skull base.

Key words skull base; clivus; chordoma; endoscopic surgical procedures

1 病例报告

例 1 女, 21 岁, 因突发晕倒致下颌部外伤 2 周, 意外发现咽后占位于 2007 年 12 月 23 日入院。术前鼻窦 MRI(图 1a)示中颅底斜坡区团块状等 T1 长 T2 信号, 增强后不均匀强化, 位于两侧颈内动脉内, 向前突入鼻咽及口咽。斜坡及寰椎前缘局部似与病灶相融合, 其中骨皮质信号线中断, 鞍区正常, 相应蛛网膜受压。2008 年 1 月 2 日全身麻醉下行内镜经鼻、口联合斜坡寰椎肿瘤切除术。鼻内镜下行咽后壁正中垂直切口, 自蝶窦底至第 3 颈椎切开黏膜, 暴露肿瘤前壁, 将肿瘤及受侵骨质切除。开放蝶窦, 以蝶骨嵴为中线做标志向下进入颅底斜坡区。用高速电钻磨去受肿瘤破坏的骨质, 直至正常骨质, 保护斜坡旁颈内动脉, 暴露肿瘤边界, 切除斜坡区肿瘤组织。查无肿瘤残留、无脑脊液鼻漏、

无活动性出血后给予止血海绵覆盖, 碘仿纱条于鼻咽枕部压迫止血。术后病理符合普通型脊索瘤。术后 15 d 给予放疗, 定期随访。于术后 1 年(图 1b)、2 年(图 1c)、6 年(图 1d)行影像学复查, 鼻窦 CT 平扫水平位均未见明显肿瘤残留及复发征象, 且术后 4 年育有一子, 随访至今母子健康, 生活状态良好。

例 2 女, 56 岁, 因左侧鼻塞渐进性加重 1 年于 2008 年 7 月 26 日入院。体检左鼻腔有脓性分泌物, 鼻咽部隆起。术前鼻窦 CT 平扫(图 2a)示病灶位于中颅窝底蝶鞍下及蝶骨, 突入蝶窦及鼻腔, 斜坡蝶鞍以及筛窦部分骨质被吸收。术前增强鼻窦 MRI T1WI(图 2b)示鼻咽部斜坡前方巨大混杂信号, 边界欠清, 斜坡前方骨质结构破坏吸收。全身麻醉后行内镜经鼻颅底肿瘤切除术, 清除鼻腔内肿瘤后开放蝶窦, 寻找窦腔内骨性隆突, 确定鞍底位置, 见左鞍旁硬脑膜暴露呈淡蓝色改变, 鞍底斜坡骨质破坏吸收, 肿瘤呈膨胀性生长, 颅底正常

¹ 安徽医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科(合肥, 230022)

通信作者: 方平, E-mail: qiong_@sina.com

- [12] SOTO-VARELA A, ROSSI-LZQUIERDO M, SANTOS-PEREZ S. Benign paroxysmal positional vertigo simultaneously affecting several canals: a 46-patient series[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 270: 817-822.
- [13] TOMAZ A, GANANCA M M, GANANCA C F, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: concomitant

involvement of different semicircular canals[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2009, 118: 113-117.

- [14] SHIM D B, SONG C E, JUNG E J, et al. Benign Paroxysmal Positional Vertigo with Simultaneous Involvement of Multiple Semicircular Canals[J]. Korean J Audiol, 2014, 18: 126-130.

(收稿日期: 2017-08-07)