

美国耳鼻咽喉学会良性阵发性 位置性眩晕指南更新及再思考

Update of BPPV guideline of AAO and rethinking

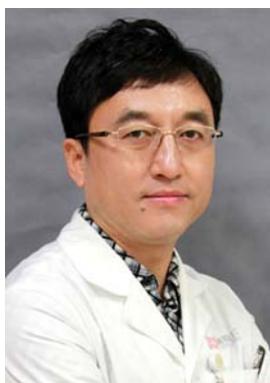
吴子明¹ 张素珍¹

[关键词] 眩晕;指南

Key words vertigo; guideline

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.03.005

[中图分类号] R764.3 [文献标志码] C



专家介绍:吴子明,主任医师,医学博士,解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科眩晕诊疗中心主任。学术兼职:中国医药教育协会眩晕专业委员会主任委员,中国中西医结合学会第一届眩晕病专业委员会副主任委员等;《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》、《中华耳科学杂志》、《听力学及言语疾病杂志》、《中国耳鼻咽喉头颈外科》等杂志编委。在国内率先在临床领域开展椭圆囊(主观垂直视觉)和球囊(前庭诱发的肌源性电位)功能检查,较早开展良性阵发性位置性眩晕及偏头痛性眩晕的诊治研究。出版译著作《前庭康复》(2003年,2018年),《前庭康复操》光盘(2005年)。主编专著2部,包括《实用眩晕诊疗手册》(2009年)。以第一作者及通信作者发表文章50余篇。

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)的诊断与治疗是前庭医学领域近10年最大的亮点,也是这一领域被广泛关注的主要原因之一。但是,因为关注者众多,以及认识的水平和角度差异性大,所以,对于这种可以和感冒相比拟的疾病,尤其需要依据科学的理论加以梳理,纠正简单问题的误判、误导以及“大众化”的误读,可以更大程度地减少由此带来的学术上的错误认识和患者的误治。国内2017年已发布BPPV指南(中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会),该指南是国内临床BPPV诊治的指导性文件。在这样的背景下,重新研读2008年美国耳鼻咽喉学会(AAO)BPPV诊疗指南(以下简称指南)以及发表于2017年的指南更新(以下简称更新)具有现实意义^[1-2]。

指南和更新,主要目的都是希望BPPV患者能够得到更高质量的医疗帮助和更好的治疗效果,同时尽可能减少不必要的医疗支出,这也是本文讨论需要重点关注的。

1 2008指南以及2017指南更新的主要内容

10年间AAO先后2次发表BPPV指南并更新指南,更新内容^[1-3]如下。

1.1 前庭功能检查的选择

临床上首次诊断为BPPV的患者不宜常规进行前庭功能测试,因为前庭功能检查并不能增加诊断的准确性或更有助于随后的治疗;Dix-Hallpike、Roll test、手法复位可以由经过培训的各级医院临床医生完成,不需特殊设备,患者可得到及时治疗,减少辗转,节省了医疗成本;但是患者有下列情况需要进行相关评价,检查的目的在于对后续进一步的干预提供依据。这些情况包括:①体位试验眼震不符合BPPV的眼震特征;②可能有同时或既往的前庭外周或中枢损伤;③反复手法复位效果不佳;④BPPV频繁复发。这些临床表现,因需要进行专科和系统干预,综合前庭功能测试有助于完善诊断与治疗。

1.2 积极治疗与观察随访

对于后半规管及水平半规管BPPV患者,有时观察是患者治疗的一个选项,不能盲目追求一次治愈。患者因各种原因如恐惧而不能接受手法复位,以及复位过程或康复治疗过程产生不适。如果选择观察,应告知患者可能需更长的时间才能让眩晕消失。

1.3 手法复位是治疗的首选

BPPV手法复位是治疗的首选,运动或习服的康复治疗有效性明显低于手法复位,体位限制无益。BPPV治疗中,前庭康复是备选,适用于反复手法复位不佳,或拒绝手法复位或不适合手法复位

¹解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科眩晕诊疗中心(北京,100853)
通信作者:吴子明,E-mail: zimingwu@126.com

的患者。前庭康复适合于前庭功能损伤需要进一步康复,以及解决功能性眩晕和具有跌倒高风险的患者。

1.4 前庭抑制性药物

BPPV 患者不常规服用前庭抑制药物,除非患者出现恶心及呕吐,或短期有严重症状但拒绝治疗,以及在手法复位后出现严重症状;前庭抑制药物也用于 Dix-Hallpike 操作引发严重的恶心和(或)呕吐,以及预防在后续手法复位治疗时再次呕吐的患者。

1.5 BPPV 复发与跌倒

BPPV 通常疗效较好,但有相当比例的患者治愈后复发。根据目前的临床数据,BPPV 治疗后 6 个月的复发率为 5%~13.5%,1 年的复发率增加到 10%~18%,复发率最高的是创伤后 BPPV。初诊时就应告知患者 BPPV 的跌倒风险,避免在发作时导致严重损伤,如果患者出现诸如步态障碍、非位置性眩晕等 BPPV 不典型症状,应告知患者在 BPPV 的主要症状缓解后进行临床评价,进一步排除其他前庭疾病或中枢神经系统疾病。

2 依据指南更新的思考

2.1 提高 BPPV 诊断的准确性和效率

提高诊断准确性的关键在于眼震的正确识别,以及必要时的眼震视频记录,尤其是少见、复杂病例。比如上管 BPPV、多管 BPPV,这些类型的 BPPV 由于发病率低、眼震可能发生叠加以及检查者经验不足,需要重新审读眼震,从而既能减少误判,也有利于学习、提高。

而对于提高诊断的效率,首先要在病史上下功夫,这是最基本的,把握问诊技巧、适度引导患者,使患者能够尽可能准确地描述眩晕发生与体位改变的关系。如果是单侧性的一般提示为后半规管 BPPV,如果双侧均出现眩晕,提示可能是水平半规管 BPPV。其次,进行变位试验检查时,一般需要检查 2 次,尤其是病史典型、而首次变位试验没有引出的情形,即必要时需重复检查,以减少漏诊,提高检出率。有研究发现,体位试验重复测试时需要间隔 15 min,以减少前庭疲劳性的影响^[3]。

由于患者可以在不同的专科就诊,比如伴有心慌可能就诊于心内科,伴颈部不适可能就诊于矫形外科以及急诊科,因此,在有关科室进行必要的宣讲也属必要,能够将患者尽早转给专业人员处理。

2.2 减少不当用药及辅助检查

2008 版的指南以及 2017 版的更新都重点论述了前庭抑制的应用原则,这与国内的治疗现状形成鲜明对照。这是针对原发性 BPPV 较为审慎的观点,同时也要求严格掌握用药,尤其不宜静脉给药。

目前,BPPV 的用药问题主要集中在以下几个方面:①对 BPPV 的伴随症状,如恶心、呕吐的处

理;对相关伴随症状的干预,如改善睡眠和焦虑-抑郁状态等。②BPPV 需要进行前庭康复治疗必要的辅助用药(口服)。③BPPV 复位眩晕消失后的慢性头晕,如慢性主观性眩晕(CSD)或者持续性姿势感知性头晕(PPPD)的有关药物干预。④BPPV 反复发作补充钙剂等预防性药物干预。这些方面也不能完全拘泥于指南,但需要严格把握适应证。对于骨质疏松与 BPPV 的关系,也有研究发现,骨质疏松患者的 BPPV 发病率并不比普通人群的发病率更高^[4-5]。所以,骨质疏松与 BPPV 的关系需要进一步研究。

2.3 较少与复位过程有关的负面事件的发生

减少误诊、误治的负面事件,是必须认真对待的问题。BPPV 是可以自愈的疾病,临床进行耳石手法复位时,在严格把握复位方法的同时必须重视安全性。患者的年龄、颈部的病变等都将影响变动体位时的角度、速度等。尽管偶有报道耳石复位后出现危及生命的并发症,还是要注意这一问题^[6]。对于高危人群,检查、复位过程需轻柔。已有研究发现,快速复位不利于水平半规管背地性眼震类型的管结石复位。可见,耳石复位对于老年人或脑血管病高危患者,还是宜慎重,手法宜轻柔,速度宜平稳。

2.4 减少医疗费用及反复就诊次数,给予适宜的治疗性复位操作

如果一次复位效果不佳,重复复位次数和复诊的间隔时间值得关注。如果不给予专业的干预,BPPV 自愈率 1 个月后在 20%~80%。同时,每次就诊的复位次数要结合植物神经反应情况,不宜过多。过多次数、过高频率的就诊与复位也让患者的医疗支出明显增多。所以,盲目多次复位与复诊需要避免,以减少患者的痛苦和医疗支出。耳石颗粒复位后不推荐体位限制,即不要求患者一定采取某一种体位,而是建议自由体位。患者在初次门诊后进行自我复位治疗的疗效优于前庭康复,对于有可能掌握自我复位方法的患者,应该对其进行必要的讲解,使其可以进行自我复位^[7]。

参考文献

- [1] BHATTACHARYYA N, BAUGH R F, ORVIDAS L. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo[J]. *Otol Head Neck Surg*, 2008, 129: S47-S81.
- [2] BHATTACHARYYA N, GUBBELS S, SCHWARTZ S R, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 156: S1-S47.
- [3] 吴子明,王丹丹. 国际巴拉尼学会 BPPV 诊断新标准解读及 2007 版美国耳鼻咽喉头颈外科学会 BPPV 诊疗指南更新要点[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2017, 25(5): 448-449.

• 眩晕疾病的检测分析 •

基于良性阵发性位置性眩晕患者临床症状 特点的快速筛查问卷研究*

毕竞韬¹ 刘博¹ 张祎¹ 段金萍¹ 周嵌¹

【摘要】 目的:探讨基于良性阵发性位置性眩晕(BPPV)主观症状的基本特征并据此设计快速筛查问卷的可行性。方法:纳入以头晕为主诉的患者276例,除去参与问卷修订的48例患者和诊断意见不一致的9例患者,纳入问卷信度和效度评价的有效问卷219例。依据BPPV诊断标准,分为BPPV组和非BPPV组。①所有患者均填写以位置性头晕症状为基准的调查问卷,并比较组间差异。②问卷的信度评价采用重测信度和克隆巴赫 α 系数;内容效度采用专家判断法,结构效度采用因子分析。结果:①信度及效度检验:问卷重测信度为0.945;内部一致性分析克隆巴赫 α 系数0.649;结构效度KMO值为0.720;特征根 >0.9 的因子2个,累积贡献率为61.2%。②问卷题目分析:头晕多为起床/躺下/翻身时发生者BPPV组78例(94.0%),非BPPV组57例(41.9%),两组间差异有统计学意义($P<0.01$);头晕时有天旋地转感者BPPV组82例(98.8%),非BPPV组96例(70.6%),两组间差异有统计学意义($P<0.01$);头晕/眩晕持续小于1 min者BPPV组65例(78.3%),非BPPV组53例(39.0%),两组间差异有统计学意义($P<0.01$);头晕发作期听力下降或耳鸣者BPPV组8例(9.6%),非BPPV组31例(22.8%),两组间差异有统计学意义($P<0.05$);头晕发作时意识清楚者BPPV组79例(95.2%),非BPPV组128例(94.1%),两组之间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:该问卷具有临床实用性,可用于头晕患者中BPPV的快速筛查。

【关键词】 眩晕;头晕;问卷调查

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.03.006

【中图分类号】 R764.3 **【文献标志码】** A

Rapid screening questionnaire based on clinical symptoms of patients with benign paroxysmal positional vertigo

BI Jingtao LIU Bo ZHANG Yi DUAN Jinping ZHOU Qian

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Beijing Tongren Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing Institute of Otolaryngology, Key Laboratory of Otolaryngology Head and Neck Surgery[Ministry of Education], Beijing, 100005, China)

Corresponding author: LIU Bo, E-mail: trliubo@139.com

Abstract Objective: To formulate a rapid screening questionnaire for benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) according to the symptoms of patients with BPPV. **Method:** A total of 276 patients with dizziness participated in this study, and 219 cases were included in the questionnaire validity evaluation except for 48 patients who participated in the revision of the questionnaire and 9 patients with inconsistent diagnosis. Subjects were divided into BPPV group and non-BPPV group according to the diagnostic criteria. ① All patients completed questionnaires based on positional dizziness, and the differences between the two groups were compared. ② Reliability test adopted test-retest reliability and Cronbach's α coefficient; content validity adopted expert judgment method, and

* 基金项目:北京市科委健康培育项目(No:Z151100003915100)

¹首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科研究中心 北京市耳鼻咽喉科研究所
耳鼻咽喉科学重点实验室(教育部)(北京,100005)
通信作者:刘博,E-mail:trliubo@139.com

[4] IMAI T, OKUMURA T, NISHIIKE S, et al. Recovery of positional nystagmus after benign paroxysmal positional vertigo fatigue[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2018, 275: 2967-2973.
[5] BRUINJES T D, VAN DER ZAAG-LOONEN H J, EGGELMEIJER F, et al. The prevalence of benign paroxysmal positional vertigo in patients with osteoporosis[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2018, 275:

3083-3086.
[6] MOORE P, LE T, BLAKLEY B, et al. Hemorrhagic stroke after Epley maneuver: a case report[J]. J Otolaryngol Head Neck Surg, 2018, 47: 25.
[7] 吴子明. 对良性阵发性位置性眩晕的再认识[J]. 新医学, 2010, 41(11): 759-761.

(收稿日期:2018-11-22)