

## 持续性姿势-知觉性头晕的诊疗回顾及体会

王圆圆<sup>1</sup> 韩军良<sup>1</sup>

[关键词] 持续性姿势-知觉性头晕; 误诊; 诊断泛化

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.10.015

[中图分类号] R764.3 [文献标志码] B

### Review of persistent postural-perceptual dizziness and experience of diagnosis and treatment

**Summary** The concept and diagnostic standard of persistent postural-perceptual dizziness(PPPD) improve the ability of clinical workers to recognize these diseases to some extent. However, the diagnosis of PPPD mainly depends on the identification of postural symptoms and the elimination of structural vestibular diseases, so the subjectivity is relatively strong. Moreover, the lack of objective criteria and a slight carelessness will lead to generalized diagnosis or omission diagnosis and misdiagnosis. At present, there is a lack of domestic large sample epidemiological investigation and other related studies, therefore it is a problem for diagnosing generalization of persistent posture perception dizziness and needed to be alert and corrected. Only those items meeting the criteria of the diagnostic standards can be carried out for diagnosis. The treatment needs to ensure sufficient dose and full therapy course. Generally, the medication should not be less than half a year.

**Key words** persistent postural-perceptual dizziness; misdiagnosis; generalized diagnosis

随着慢性主观性头晕(chronic subjective dizziness, CSD)和持续性姿势-知觉性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)概念<sup>[1]</sup>在国内的普及,神经科及耳科医生对于功能性头晕的知晓率和诊断率均得到很大提高,但接踵而至是 PPPD 诊断的泛化、功能性头晕异质性的增加以及部分结构性头晕的漏诊。据权威机构德国国家眩晕中心统计,功能性头晕在眩晕/头晕疾病谱中构成比约为 15%<sup>[2]</sup>,国际其他医疗机构报告为 23%~29%<sup>[3]</sup>。近几年国内的学术会议和研讨会中,部分眩晕中心报告 PPPD 的构成比达 40%~50%甚至更高,显然存在明显的诊断泛化;部分开诊不久的眩晕门诊可能尚未完全认识 PPPD,存在一定的漏诊。现阶段我国尚未有大样本的该种疾病的流行病学数据及相关临床研究报告,对 PPPD 的认识国内不同眩晕中心尚存在一定偏差,我们认为,诊断的泛化是目前需要特别警惕并亟需纠正的问题。

#### 1 PPPD 诊断标准的把握

确诊 PPPD 须同时满足下述 5 条标准<sup>[4]</sup>: a. 病程超过 3 个月,表现为头晕、不稳或非旋转性眩晕等 1 个或多个症状,每个月多数时间均有发作且每次发作的时间超过数小时; b. 症状因直立姿势或主动及被动运动或移动视觉刺激及复杂视觉背景等

因素而加重; c. 病前常有前庭系统、神经系统或内科系统病变或心理应激事件; d. 导致患者明显的痛苦体验或功能障碍; e. 无法归因于其他疾病。在临床工作中,如选择性地关注部分条目而忽视其他要素,会造成此类疾病的诊断泛化或漏诊误诊,分述如下。

#### 1.1 关于诊断标准 a 项

“持续性”包括三层含义,除了病程需要超过 3 个月以外,发作的频率还需超过 15 d/月,持续时间应当每次超过数小时,三者必须同时满足,然而后两项容易被忽略而导致诊断的泛化。一些慢性头晕患者,虽然病程超过 3 个月,但每个月发作头晕的频率仅寥寥几天一次,症状每次持续的时间仅为数秒或数分钟,显然不符合“持续性”的要求。临床实践中,常可见到把部分慢性前庭综合征甚至某些病程较长的发作性前庭综合征,尤其是合并焦虑抑郁状态时,如某些前庭性偏头痛、惊恐发作或体位性低血压等误诊为 PPPD,这些前庭疾病的发作频率和症状的持续时间通常无法满足“持续性”的要求。

“头晕”的内涵存在较大的模糊和不确定性,患者的描述或医生的理解存在很大差异。有把头胀和头脑不清晰的感觉称为头晕,有把漂浮感叫做头晕,有把自身不稳感等同于头晕,有把空间定位障碍定义为头晕,也有把朦胧遥远感甚至陌生感描述为头晕<sup>[4-6]</sup>。就 PPPD 而言,笔者多年的经验是,无

<sup>1</sup>空军军医大学第一附属医院神经内科(西安,710000)  
通信作者:韩军良, E-mail: hanjlfmmu@163.com

论患者体验到不适感觉属于不稳感还是头胀感亦或是难以名状的头部不适感,均具备共同的特点即该症状仅在行走或站立等直立性姿势时出现或加重,而在卧位时消失或显著缓解,这与器质性前庭损害后的姿势性症状基本相同或极为相似;而与体位及活动无关联的持续性头胀头闷或头脑不清晰感,多源于焦虑抑郁状态,有时见于睡眠呼吸暂停综合征或头外伤后综合征以及少数 BPPV 复位治疗后状态,偶见于前循环脑血管狭窄以及重度高血压。实际上,笔者认为若把诊断标准 a 项中的头晕改为姿势性症状,对于诊断 PPPD 可能更为合理。

### 1.2 关于诊断标准 b 项

所谓“姿势性”是指直立体位,包括坐位、站位和行走等头部朝上的姿势,PPPD 患者的症状仅在直立位发生或加重。神经科门诊接诊率较高的焦虑抑郁状态患者,其主诉常是“头晕、头昏、头闷、头胀”而非情绪障碍、睡眠障碍或思维迟钝,患者所谓的头晕多与姿势及活动与否无关,少数患者在活动后头晕反而减轻,这与器质性前庭病变后的姿势性症状完全不同。假如不加以区分,将所有患者所谓的“头晕”均纳入到前庭疾病中,除了会增添 PPPD 疾病的异质性之外,还会扰乱涉足前庭领域时间较短的一些医生对姿势性症状的认识,扭曲对于功能性与器质性前庭疾病鉴别的重点和要点的把握。前庭系统主要负责感受变速运动及重力改变时头部的空间位置,所以前庭症状的本质与“运动”和头部姿势相关联,这也是前庭疾病鉴别诊断的前提。当头部不适表现为持续性且与运动或姿势均无关联时,无论是否冠以“头晕”的称呼,其本质与前庭疾病所导致的头位运动诱发性或相对重力改变而诱发的症状明显不同。CSD 在其首版诊断标准中的症状异质性范围极大,在第 2 版更新的诊断标准中增加了“姿势性”这一限定条目,可能与此相关<sup>[7]</sup>。

### 1.3 关于诊断标准 e 项

从某种程度上讲,PPPD 是一种排除性诊断。总体而言,PPPD 的表现并无独立性和特异性,单侧或双侧前庭病以及小脑变性病的早期症状均与 PPPD 极为相似,仅凭症状一般无法鉴别,临床必需进一步查体并进行必要的辅助检查,在排除上述器质性疾病之后才能确诊 PPPD。除了能力之外,误诊的发生还与医生粗心大意遗漏临床信息有关。笔者在临床工作中曾见到合并焦虑的早期多系统萎缩、正常颅压脑积水和感觉性共济失调等被误诊为 PPPD,推测与医生对这类疾病较为陌生或遗漏了部分阳性体征或辅助检查结果有关。

综上,对于诊断标准的解读,仍存在一些争议:①指南原文中对 dizziness 的进一步解释可能用非旋转性头晕-空间定向障碍不太严谨,因后者亦见

于老年痴呆,故笔者认为这一注解仍需斟酌;②诱因究竟是提高了诊断的特异性,还是增加了诊断的敏感性,后者会不会使得一些疑似诊断或阴性诊断被纳入,造成诊断泛化,比如体位性低血压或视觉诱发的头晕;③导致明显焦虑等精神症状使得在 PPPD 的诊断过程中更注重焦虑抑郁的问诊及检查,而忽略了对前庭症状的关注,以后需要在客观证据上寻找特异性的标准来规范诊断。

## 2 PPPD 与焦虑抑郁状态和其他精神心理性头晕的关系

与其他许多慢性疾病一样,多数 PPPD 患者常合并焦虑抑郁的表现,尽管如此,PPPD 诊断标准中却仍纳入与焦虑抑郁相关的条目,必须明确的是,PPPD 的核心问题依然是前庭症状而非焦虑抑郁障碍。过多强调患者的焦虑抑郁表现而忽视或轻视前庭症状的鉴别,目前仍比较普遍。

对于姿势性症状而言,当临床排除了结构性前庭病变,同时患者的表现又未能满足 PPPD 的诊断标准时,应考虑精神心理性头晕的诊断<sup>[8-10]</sup>,德国精神心理性头晕在眩晕/头晕疾病谱中的构成比为 2.6%~5.7%<sup>[9]</sup>,国内很少见到精神心理性头晕的诊断,可能与此类患者被诊断为 PPPD 或者 CSD 有关。

## 3 PPPD 的流行病学研究

到目前为止,国际及国内尚无人群大样本流行病学研究表明 PPPD 的患病率或发病率。Yan 等<sup>[10]</sup>将 43 例 PPPD 患者与 45 例对照组进行比较,发现这些患者在发病前 3 个月内从急性眩晕中完全康复,没有服用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)或 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin noradrenaline reuptake inhibitor, SNRI)。与 Bittar 等<sup>[11]</sup>的研究相反,我国这一小样本的结果发现女性占优势(女性为 29 例,男性为 14 例),典型的患者年龄在 40~60 岁,睡眠质量更差,焦虑抑郁及神经质更重,但与职业、教育、收入、偏头痛和高血压病、高脂血症、糖尿病、冠心病等无差异,而国际一直认为 PPPD 与高胆固醇血症、偏头痛和碳水化合物代谢紊乱共病关系较为密切,尤其是前庭性偏头痛占比达 49%。因此,本团队拟在今后的工作中更加关注西北人群 PPPD 的流行病学等相关研究的数据收集及分析工作,旨在为此类疾病的诊治提供更为客观的证据。

## 4 PPPD 的治疗

首先是尊重患者。接诊医师需要认同患者的症状和功能障碍等感受是真实的,与患者谈论其症状及对日常生活的影响,询问患者对潜在原因的想法,这些对未来的再归因和康复有很大帮助。要耐心地向患者解释 PPPD 是慢性前庭综合征常见的

疾病之一,规范治疗效果比较明显,上述方式是 PPPD 治疗指南中推荐的认知行为疗法,为早期的治疗策略之一,目的是让患者做好心理教育和自我引导。其次,6~12 周的低强度前庭康复,包括眼睛、头部和身体的运动,旨在促进头晕-警觉-焦虑反应的脱敏,减少头晕和不平衡的体验及焦虑情绪,增强重回社会生活的信心。SSRI 或 SNRI 作为一线药物已达成共识<sup>[12-16]</sup>,药物选择上以舍曲林、氟西汀及西酞普兰首选,但仍有相当比例的患者疗效迁延不愈或缓解后复燃,除了少数确需更换药物种类之外,多数与药物剂量和疗程不足密切相关。SSRI 或 SNRI 类药物一般在口服 2 周后起效,有时甚至延长至 4 周左右;少数患者即使服用常规剂量,早期也可能出现明显的头痛或消化道症状以及原有的焦虑抑郁加重等副作用;部分患者常规剂量效果不明显时,增加剂量即可获得满意的效果。PPPD 和精神心理性头晕一般需要用药半年以上,尤其当疗效满意时,过早停药或减量可能导致病情反复。上述信息均需要告知患者和家属,取得理解和配合,以免影响疗效。整体治疗遵循广泛焦虑及抑郁症指南,推荐首选 SSRI 类药物,不要在初级或二级护理提供苯二氮卓类药物,不要常规使用抗抑郁药物治疗阈下或轻度抑郁,对于中度或重度抑郁患者,应同时提供抗抑郁药物和高强度的心理干预。

综上,确诊 PPPD 主要依靠姿势性症状的特点并排除结构性前庭疾病,故诊断的主观性较强且缺乏金标准,容易发生诊断泛化或漏诊误诊。只有同时满足诊断标准所要求的项目后,才能诊断 PPPD,特别需要关注所谓的头晕是否属于姿势性前庭症状、症状是否持续以及是否排除了结构性前庭疾病。SSRI/SNRI 治疗需要保证足量和足疗程,服药一般不少于半年。

#### 参考文献

- [1] Dieterich M, Staab JP. Functional dizziness: from phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness[J]. *Curr Opin Neurol*, 2017, 30:107-113.
- [2] Brandt T, Dieterich M. The dizzy patient: don't forget disorders of the central vestibular system[J]. *Nat Rev Neurol*, 2017, 13(6):352-362.
- [3] Fasano A, Tinazzi M. Functional facial and tongue movement disorders [J]. *Handb Clin Neurol*, 2016, 139:353-365.
- [4] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society [J]. *J Vestib Res*, 2017, 27(4):191-208.
- [5] Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness [J]. *Pract Neurol*, 2018, 18(1):5-13.
- [6] Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, et al. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders [J]. *J Vestib Res*, 2009, 19(1/2):1-13.
- [7] Eldøen G, Ljøstad U, Gøplen FK, et al. Persistent postural-perceptual dizziness [J]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2019, 139(9).
- [8] Obermann M, Bock E, Sabev N, et al. Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the Dizziness and Vertigo Registry (DiVeR) Study [J]. *J Neurol*, 2015, 262(9):2083-2091.
- [9] Trindade A, Goebel JA. Persistent Postural-Perceptual Dizziness-A Systematic Review of the Literature for the Balance Specialist [J]. *Otol Neurotol*, 2018, 39(10):1291-1303.
- [10] Yan Z, Cui L, Yu T, et al. Analysis of the characteristics of persistent postural-perceptual dizziness: A clinical-based study in China [J]. *Int J Audiol*, 2017, 56(1):33-37.
- [11] Bittar RS, Lins EM. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness [J]. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2015, 81(3):276-282.
- [12] Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria [J]. *Vestib Res*, 2012, 22(4):167-172.
- [13] Popkirov S, Stone J, Holle-Lee D. Treatment of Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD) and Related Disorders [J]. *Curr Treat Options Neurol*, 2018, 20(12):50.
- [14] Stone J. Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment [J]. *Pract Neurol*, 2016, 16(1):7-17.
- [15] Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness [J]. *Pract Neurol*, 2018, 18(1):5-13.
- [16] Staab JP. Persistent Postural-Perceptual Dizziness [J]. *Semin Neurol*, 2020, 40(1):130-137.

(收稿日期:2020-11-02)