

慢性单侧前庭病变患者的临床特征分析

张建超

临漳县县医院 临漳 056600

摘要:目的:探讨慢性单侧前庭病变(CUVP)患者的临床特征分析。方法:纳入CUVP患者88例,回顾性收集患者的HSN及温度试验结果等,对患者的临床特征、HSN分类及其相关参数、HSN与半规管轻瘫(CP)值的相关性进行分析。结果:88例CUVP患者中,男:女=1:1.32,平均年龄(53.06±14.83)岁,HSN+患者53例(60.23%)。根据HSN及自发眼震(SN)是否阳性分成3组:HSN+/SN+组16例,HSN+/SN-组37例,HSN-/SN-组35例。HSN+/SN+组处于急性期(发病2周内)患者的比例、平均CP值和重度损伤患者的比例均高于其他2组(均 $P < 0.05$)。HSN包括单相眼震39例、双相眼震13例、倒错性眼震1例;单相眼震朝向健侧30例(76.92%),急性期14例(46.67%);双相眼震先健侧后患侧9例(69.23%),急性期3例(33.33%);双相HSN第一相的持续时间明显短于第二相($P < 0.05$),但最大慢相角速度(SPV)明显强于第二相($P < 0.05$)。结论:CUVP患者中HSN+/SN+患者多见于急性期、重度损伤。CUVP患者以单相HSN多见,单相HSN多朝向健侧,多见于急性期;双相HSN多为先健侧后患侧,急性期患者少见。双相HSN第一相SPV强而持续时间短,第二相SPV弱而持续时间长。

关键词:慢性单侧前庭病变;头晕;临床特征

引言

头晕/眩晕是神经内科门诊最常见的主诉之一。研究表明,3%~10%的人曾发生过眩晕,17%~30%发生过头晕^[1]。由于头晕/眩晕患者的临床表现形式多样,其主诉具有主观性及非特异性特点,且疾病涉及神经内科、耳鼻喉科、内科及精神心理科等多个学科,疾病谱颇为复杂。其中,伴单侧前庭病变(UVP)的头晕/眩晕患者并不少见。前庭代偿及康复水平受病因、受损程度、患者精神心理状态等多因素影响,因而外周前庭系统受损后的前庭康复状态,如恢复时间(数日到数月不等)和恢复水平(症状缓解或消失)具有极大的个体差异^[2]。临床上,部分UVP患者因动态代偿不完全而出现不同程度的慢性症状,包括头部运动和视觉诱导的头晕,严重影响患者的生活质量。本研究即对神经内科门诊中的慢性单侧前庭病变(CUVP)患者的病因学分布及临床特征进行初步探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2019年10月于北京航天中心医院神经内科眩晕门诊收治的经温度试验确诊的伴CUVP的头晕/眩晕患者88例,其中男38例,女50例;前庭神经炎11例,可能的迷路卒中10例,梅尼埃病10例,可能的、自发缓解的良性阵发性位置性眩晕(BPPV)9例,慢性内

耳缺血性单侧前庭病可能8例,自身免疫性内耳病可能8例,突聋伴眩晕6例,前庭阵发性3例,前庭性偏头痛2例,迟发型膜迷路积水1例,迷路振荡1例,迷路出血1例,听神经瘤术后1例,药物源性1例,原因不明16例。

1.2 方法

完善前庭功能评价、神经系统检查及评分。①双温试验:患者取仰卧位,头前屈30°,使外半规管处于垂直位。盖上眼罩,嘱患者睁眼,记录30s的仰卧位自发性眼震。给患者右耳30°冷水灌注30s,观察并记录其眼震;90s后嘱患者注视眼罩内固定视靶至少15s,持续记录眼震至眼震消失。依照“先热后冷、先右后左”的顺序,依次以30°冷水和44°热水分别测试患者左、右耳,每次间隔5min,每次注水量约250mL,过程中令患者持续做警觉试验。一侧前庭反应减少>25%(即 $CP > 25%$)为异常。②视频头脉冲试验(v-HIT)。受试者距视靶1.5m取坐位,平视前方视靶,佩戴视频眼镜、瞳孔暴露良好并收紧头带。依次进行眼动和头动定标。定标完成后,依照3对半规管共轭平面分别测试6个半规管。测试水平半规管时,检查者双手从两侧握住受试者下颌,在水平半规管平面上随机向左、右方向做小幅、高速甩动,甩动幅度15°~20°,角速度150°/s~250°/s;测试右前左后(RALP)半规管时,受试者平视前方视靶,检查者手扶被试者头部,均速向RALP进行快速甩头,甩动角度为RALP45°,速度与幅度与测试水平半规管时相同。测试左前右后半规管(LARP)时,使用与RALP对称的方

通讯作者:张建超,男 汉族。河北省邯郸市临漳县县医院神经内科副主任。研究方向:神经内科。

法。检查过程中确保眼罩始终无滑动,所有甩头动作均不能被受试者所预测。水平半规管增益以0.79~1.20为正常,垂直半规管增益以0.79~1.3为正常。

1.3 观察指标

(1) 临床基线资料; (2) 相关病史; (3) HSN的定量分析。

1.4 统计学方法

采用SPSS25.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 临床基线资料

入组的CUVP患者88例中,男38例,女50例,男:女约为1:1.32;年龄17~82岁,平均(53.06±14.83)岁;发病高峰为60~69岁(27.27%)。主诉为“眩晕”59例(67.05%),其中HSN阳性38例,HSN阴性21例;主诉为“头晕”29例(32.95%),其中HSN阳性患者15例,HSN阴性14例;差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 相关病史

88例CUVP患者中伴有1个或多个相关病史者63例(71.59%),其中高血压30例(34.09%),免疫异常14例(15.91%),糖尿病12例(13.64%),偏头痛12例(13.64%),高脂血症9例(10.23%),突聋6例(6.82%),脑外伤4例(4.55%),中耳炎4例(4.55%),听神经瘤手术1例(1.14%)。

2.3 HSN的分类

在所有UPVD患者中,HSN阳性53例(60.23%),包括以下3种类型:①单相眼震39例(73.58%, 39/53):朝向健侧的眼震30例(76.92%, 30/39),其中急性期14例(46.67%, 14/30);朝向患侧的眼震9例(23.08%, 9/39),其中急性期5例(55.56%, 5/9)。②双相眼震13例(24.53%, 13/53):先健侧后患侧9例(69.23%, 9/12),其中急性期3例(33.33%, 3/9);先患侧后健侧4例(30.77%, 3/12),其中急性期1例(25%, 1/4)。③倒错性眼震1例(1.89%, 1/53),急性期1例(100%, 1/1)。

3 讨论

头晕、眩晕发病率高、病因机制复杂、涉及多学科知识,根据其发作特点可分为急性前庭综合征、发作性前庭综合征和慢性前庭综合征^[1]。CUVP为一类临床上常见的慢性前庭综合征,患者常表现为持续头晕和(或)姿势不稳等症状,严重影响其生活质量。研究认为,外周前庭系统受损后的前庭康复状态具有极大的个体差异,约30%~50%的前庭神经炎患者因动态代偿不完全

而出现不同严重程度的慢性症状,包括头部运动和视觉诱导的头晕^[4]。本研究中CUVP占同期就诊的UVP患者的33.7%。其中,原发性CUVP占47.1%,继发性CUVP占52.9%,其中可能的慢性缺血性单侧前庭病较为多见(32.4%),且有不少患者伴有动脉硬化等危险因素,这与既往研究结果相似,推测动脉硬化可能会影响CUVP患者外周前庭功能器官的血供,导致其外周前庭功能恢复不良^[5]。研究发现,UVP患者的外周前庭疾病的功能受损往往并不集中在某个特定的频率,且随着前庭外周损伤程度的加重,前庭损伤频带带宽有增宽趋势。双温试验及v-HIT对不同频率前庭功能损伤的敏感性不同,二者结合可以更加客观和全面评价外周前庭功能受损情况。本研究中,CUVP患者CP值多在40%以上,约35%的CUVP患者伴有不同程度的v-HIT异常,说明此部分患者外周损伤程度比较重,前庭-眼反射(VOR)通路受损持续存在,往往需要通过一系列行为替代,形成新的躯体控制策略来代偿患侧外周前庭功能的不足,以减轻头部及躯体运动时的头晕、不稳感等^[6]。

结束语

CUVP患者残留的外周前庭功能不足不能成为其慢性化主要因素,很可能与其前庭中枢代偿状态的参与程度及患者所形成的代偿策略相关。有必要对此类CUVP患者进行多模态脑功能评价,以便于进一步探讨CUVP患者中枢前庭代偿状态的神经基础,进而指导CUVP患者的前庭康复治疗。在临床实践中,要重视对UVP患者的全面评估,如外周前庭受损程度、精神心理、视觉依赖等的综合评估,个体化制定前庭康复方案。

参考文献

- [1] 罗龙.前庭功能检查对眩晕定位诊断的研究进展[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(56):195.
- [2] 刘杰,邹璨,柯霞,沈暘,黄江菊,胡国华,杨玉成.鼻前庭病变术后鼻前庭功能重建术的临床应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2019,25(02):118-120.
- [3] 李康之,司丽红,凌霞,申博,杨旭.单侧外周前庭病变的中枢代偿[J].神经损伤与功能重建,2019,14(02):91-93+99.
- [4] 邵玉凤,任力杰,陈婷,李俊.貌似前庭周围病变的小脑梗死的临床和影像学分析[J].吉林医学,2018,39(10):1830-1833.
- [5] 薛慧.神经内科前庭疾病的诊断分类及睡眠生理在前庭疾病机制的研究[D].重庆医科大学,2018.
- [6] 吴子明,杜一,刘兴健,张素珍.规范前庭功能检查与临床应用[J].中华医学杂志,2018,98(16):1209-1212.