

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志

通信作者：孔维杰

上海交通大学医学院附属协和

基金项目：“十二五”国家重点研发计划(2016YFC1101200)

(815915100)

前言

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)，俗称“耳石症”，是耳鼻喉头颈外科学分会(2007)、美国耳鼻喉头颈外科学分会(2007)、美国神经病学学会(2008)和BPPV指南或标准。随着眩晕诊疗实践的不断深入，BPPV的诊疗标准不断涌现，因此有必要对我国现有BPPV诊疗标准进行修订。本指南参考借鉴国外最新指南的同时，结合我国实际情况，由中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会共同制定。本指南旨在为临床医生提供阵发性位置性眩晕的诊疗指南，供临床参考。

方向改变

流动 导致壶腹嵴嵴

观管管腔中新的重力最低

消失。

嵴嵴嵴，导致嵴帽相对于

症状及体征。

床表

于重力

头位(如起

的短

持续

次，当

源

重力方向

4. 多半规管 BPPV: 多种位置试验可诱发相对应半规管的特征性眼震。注: 描述眼震垂直方向时, 向上为指向眶上缘, 向下为指向眶下缘。眼震扭转方向是以眼球上极为标志、其快相所指的方向。

三、诊断分级

(一) 确定诊断

1. 相对于重力方向改变头位后出现反复发作的、短暂的眩晕或头晕。

2. 位置试验可诱发眩晕及眼震, 眼震特点符合相应半规管兴奋或抑制的表现: (1) 后半规管 BPPV: 患耳向地时出现带扭转成分的垂直上跳性眼震(垂直成分向上, 扭转成分向下位耳), 回到坐位时眼震方向逆转, 眩晕及眼震持续时间通常不超过 1min; (2) 外半规管 BPPV: 双侧位置试验均可诱发水平向地性或水平离地性眼震。

3. 排除其他疾病。

(二) 可能诊断

1. 相对于重力方向改变头位后出现反复发作的、短暂的眩晕或头晕, 持续时间通常不超过 1 min。

2. 位置试验未诱发出眩晕及眼震。

3. 排除其他疾病。

注: 病史符合 BPPV 诊断, 但位置试验未诱发出眩晕及眼震, 可能是 BPPV 已自愈或反复处于激发头位导致的疲劳现象, 择期复查位置试验可能会有助于提高诊断的准确性。

(三) 存在争议的综合征

1. 相对于重力方向改变头位后出现反复发作的、短暂的眩晕或头晕。

2. 位置试验诱发出的眼震不符合相应半规管兴奋或抑制的表现、难以和中枢性位置性眼震相鉴别, 或多个位置试验中出现位置性眼震、但无法确定责任半规管, 或同时出现外周和中枢性位置性眼震, 或位置试验中出现眩晕、但未观察到眼震。注: 存在争议的综合征是指具有位置性眩晕的症状、但可能不是 BPPV 的一类疾病, 包括前半规管管结石症、后半规管嵴帽结石症、多半规管管结石症等, 对此类患者需要重点和中枢性位置性眩晕相鉴别。轻嵴帽是近年来新提出的一种外周性位置性眩晕学说, 可部分解释持续向地性位置性眼震(direction. Changing positional nystagmus, DCPN)的产生, 但尚需进一步验证。此类眩晕多源于外半规管, 其临床特征包括: 双侧滚转试验中出现持续 DCPN, 且无潜伏期、无疲劳性; 低头位及俯卧位时水平眼震向患侧,

仰卧位时水平眼震向健侧，可以找到眼震消失平面。考虑轻嵴帽时，需排除中枢病变。

检查

一、基本检查

BPPV 的基本检查为位置试验。

二、可选检查

1. 前庭功能检查：包括自发性眼震、凝视眼震、视动、平稳跟踪、扫视、冷热试验、旋转试验、摇头试验、头脉冲试验、前庭自旋转试验、前庭诱发肌源性电位、主观垂直视觉 / 主观水平视觉等。

2. 听力学检查：纯音测听、声导抗、听性脑干反应、耳声反射、耳蜗电图等。

3. 影像学检查：颞骨高分辨率 CT、含内听道-桥小脑角的颅脑 MRI。

4. 平衡功能检查：静态或动态姿势描记、平衡感觉整合能力测试以及步态评价等。

5. 病因学检查：包括钙离子、血糖、血脂、尿酸、性激素等相关检查。

治疗

一、耳石复位

耳石复位是目前治疗 BPPV 的主要方法，操作简便，可徒手或借助仪器完成，效果良好。复位时应根据不同半规管类型选择相应的方法(附录 1)。

(一)手法复位

1. 后半规管 BPPV：建议首选 Epley 法，其他还可选用改良的 Epley 法或 Semont 法等，必要时几种方法可重复或交替使用。复位后头位限制、辅助使用乳突振荡器等方法并不能明显改善疗效，不推荐常规使用。

2. 外半规管 BPPV：(1) 水平向地性眼震(包括可转换为向地性的水平离地性眼震)：可采用

Lempert 或 Barbecue 法以及 Gufoni 法(向健侧)。上述方法可单独或联合使用。

(2) 不可

转换的水平离地性眼震：可采用 Gufoni 法(向患侧)或改良的 Semont 法。

3. 前半规管 BPPV：可采用 Yacovino 法，尤其适用于患侧判断困难的患者。

4. 多半规管 BPPV：采用相应的复位手法依次治疗各半规管 BPPV，优先处理诱发眩

可间隔 1~7 d 进行。注：水平离地性眼震 BPPV 患者眼震强度弱、持续时间短的一侧为患侧，故此时应优先处理眼震强度弱的一侧外半规管 BPPV。

(二) 耳石复位仪辅助复位

可作为一种复位治疗选择，适用于手法复位操作困难的患者。

二、药物治疗

原则上药物并不能使耳石复位，但鉴于 BPPV 可能和内耳退行性病变有关或合并其他眩晕疾病，下列情况可以考虑药物辅助治疗。

1. 当合并其他疾病时，应同时治疗该类疾病。
2. 复位后有头晕、平衡障碍等症状时，可给予改善内耳微循环的药物，如倍他司汀、银杏叶提取物等。
3. 因前庭抑制剂可抑制或减缓前庭代偿，故不推荐常规使用。

三、手术治疗

对于诊断清楚、责任半规管明确，经过 1 年以上规范的耳石复位等综合治疗仍然无效且活动严重受限的难治性患者，可考虑行半规管阻塞等手术治疗。

四、前庭康复训练

前庭康复训练是一种物理训练方法，通过中枢适应和代偿机制提高患者前庭功能，减轻前庭损伤导致的后遗症。前庭康复训练可作为 BPPV 患者耳石复位的辅助治疗，用于复位无效以及复位后仍有头晕或平衡障碍的病例，或在复位治疗前使用以增加患者对复位的耐受性。如果患者拒绝或不耐受复位治疗，那么前庭康复训练可以作为替代治疗，

疗效评估

一、评估指标

1. 主要评估指标：位置性眩晕(主观评估)。
2. 次要评估指标：位置性眼震(客观评估)。
3. 辅助评估指标：生活质量，最常用评估工具是头晕残障问卷(dizziness handicap inventory, DHI)。注：疗效评估以患者的主观感受为主，如位置性眩晕消失则可认为临床治愈；如仍有位置性眩晕或头晕，则再行位置试验，根据位置性眼震的结果综合判断疗效。

二、评估时机

可根据不同临床需求选择相应的时间点进行疗效评估。

1. 即时评估：初始治疗完成后 1 d。
2. 短期评估：初始治疗完成后 1 周。
3. 长期评估：初始治疗完成后 1 个月。

注：即时评估的目的是评价耳石复位的疗效；短期评估的目的是评价耳石复位以及前庭康复训练和药物治疗的综合疗效；长期评估不但评价综合治疗的疗效，同时验证初步诊断的正确性并进行必要的补充诊断或修订诊断。

三、疗效分级

治愈：位置性眩晕消失。

改善：位置性眩晕和(或)位置性眼震减轻，但未消失。

无效：位置性眩晕和(或)位置性眼震未减轻，甚至加剧。

注：位置性眩晕及眼震需符合确定 BPPV 的诊断标准。

附录 I

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)诊疗一览表

受累半规管	诊断试验	复位手法
后半规管	Dix-Hallpike 试验、侧卧试验	Epley 法, 改良 Epley 法, Semont 法
外半规管	滚转试验	管结石症: Barbecue 法, Gufoni 法(向健侧) 嵴帽结石症: Gufoni 法(向患侧), 改良 Semont 法
前半规管	Dix-Hallpike 试验、正中深悬头位试验	Yacovino 法