

前庭康复联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的临床研究

伞勇智 张忠波 史岩 谷洋 崔柳

大庆市人民医院神经内科,黑龙江 大庆 163316

【摘要】 目的 观察前庭康复联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的有效性及安全性,并与仅用氟桂利嗪治疗进行对比。方法 随机将我院门诊及病房收治的 60 例前庭性偏头痛患者分至治疗组及对照组,治疗组:30 例,接受前庭康复及氟桂利嗪治疗 6 周;对照组:30 例,接受氟桂利嗪治疗 6 周。采用数字分级法及 DHI 量表对患者的疼痛程度及眩晕程度进行评分。结果 治疗 6 周后,治疗组患者的头痛头晕程度明显优于对照组,差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 对于前庭性偏头痛患者,应用前庭康复联合口服氟桂利嗪治疗效果理想,可改善患者生活质量。

【关键词】 前庭性偏头痛;前庭康复;氟桂利嗪

偏头痛的主要临床特征为反复发作性头痛,为神经科慢性病,常见病,多发病,存在较多诱因,主要表现为一侧或双侧搏动性头痛,可伴有恶心,呕吐,畏光,畏声,前庭性偏头痛(Vestibular migraine, VM)是常见的偏头痛类型,临床表现多样,但主要表现仍为头痛及自发性眩晕,部分患者可先出现头痛,随即出现眩晕,也可头痛及眩晕同时出现。VM 发作时患者可出现失衡跌倒,该疾病反复发作,又使患者出现心理问题,从而陷入恶性循环,严重影响患者的身心健康。氟桂利嗪对改善前庭性偏头痛的头晕及头痛症状均存在一定效果。结合前庭康复治疗(Vestibular rehabilitation therapy, VRT),通过一系列康复训练,对减轻患者眩晕症状可能效果更好,故设计此实验并总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择 2019 年 1 月—2022 年 12 月在我院门诊及住院的 60 例前庭性偏头痛患者。纳入标准:①入组患者均符合前庭性偏头痛的诊断标准^[1];②入组前均行头 CT 平扫以排除颅内器质性病变(如脑血管病及颅内占位性病变)。排除标准:①使用其他预防偏头痛的药物人群;②滥用镇静剂者,滥用止痛药物;③哺乳期患者或孕妇;④近期受过外伤或接受过外科手术;⑤器质性心脏病,器质性肝脏及肾脏疾病者;⑥患者依从性差,欠合作;⑦患者存在不同程度的意识障碍。

按照随机数字表法分为治疗组(前庭康复结合氟桂利嗪治疗)与对照组(氟桂利嗪治疗),各 30 例。一般资料如性别,年龄,病程,发作频繁程度等进行组间比较,差异均无统计学意义 ($p > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组一般资料比较 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	n	男/女	平均年龄(岁)	平均病程(年)	发作频率			
					1次/月	1~2次/月	3~4次/月	>4次/月
治疗组	30	13/17	37.43	5.89±0.15	5	8	11	6
对照组	30	14/16*	38.87*	5.4±0.76*	5*	8*	10*	7*

注: * 表示与治疗组比较, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法 治疗组:前庭康复训练,同时氟桂利嗪 5mg 1 次/d 口服,对照组:氟桂利嗪 5mg 1 次/d 口服。两组患者的疗程均为 6 周。且服药期间不合用其他预防头痛的药物,镇静药物或因其他原因而使用止痛药物。

前庭康复训练的具体实施方法:(1)前庭眼

动通路相关的康复步骤:①摇头固视:眼睛注视正中视靶,视靶与眼同高,盯住视靶,水平及垂直约 15° 摇头,30 个循环为 1 次,1 组 2 次,每日 3 组。②交替固视,在两个固定不动的视靶之间水平及垂直转头,30 个循环为 1 次,1 组 2 次,每日 3 组。③反向固视:手持视靶水平或垂直移动,眼睛跟随视靶,但头向相反方向转动,尽量保持能

看清视靶的最快速度, 30 个循环为 1 次, 1 组 2 次, 每日 3 组。(2) 前庭脊髓通路康复: ①站立平衡训练: 双脚并拢, 睁眼及闭眼各 30s, 尽量保持平衡, 连续 2 次为 1 组, 每日 3 组。②行走平衡训练: 包括后退行走, 侧向行走, 一边左右转头一边向前行走, 绕障碍物行走, 行走时捡物。(3) 视觉冲突康复训练: 因视觉和其他感觉信息冲突可引起复杂视觉刺激环境高敏感性头晕反应, 这部分前庭功能障碍的 VM 患者可能在代偿的过程中也表现出对视觉信息的过分依赖, 该训练需要在前庭康复基础上选择复杂的能引起视觉冲突的视觉背景进行训练, 通过增强 VOR 反应和视-前庭交互反应能力, 降低对运动和视觉刺激敏感性, 也可根据患者容易诱发病状的场景进行针对性训练, 如, 去超市, 广场等人流较多的地方, 坚持时间由短到长。(4) 诊断患者主诉中所提到的前庭性偏头痛的诱因, 诱发场景, 比如, 有的患者在行走中转头时诱发前庭性偏头痛, 有的患者在低头捡物品, 弯腰歪头时易诱发, 可以针对这些动作和场景进行个体化设计进行特定的训练。

1.3 分级标准 ①本实验有关头痛程度采用数字分级法作为疼痛分级标准, 即 NRS 法。分为 0 ~ 10 级, 0 为无疼痛; 1 ~ 3 为轻度疼痛, 患者虽疼痛, 但能忍受, 对日常生活无太大影响; 4 ~ 6 为中度疼痛, 常常妨碍正常生活睡眠, 需服镇痛剂; 7 ~ 10 为重度疼痛, 此时已无法进行正常的休息活动, 强迫体位, 可能伴有自主神经功能紊乱。②本实验应用眩晕残障程度评定量表

(Dizziness handicap inventory, DHI) 来评价眩晕程度的评价, 总分 100 分。

1.4 观察指标 在治疗前后观察两组患者的头痛头晕程度, 在治疗前后均观察两组患者的不良反应。头痛程度用数字分级法表示。有关疗效标准, 基本控制: 无头痛症状, 且停药后 30d 内无复发; 显效: 评分减少在 50% 以上; 好转: 评分减少区间为 20% ~ 50%; 无效: 评分减少量为 20% 以下。采用眩晕残障程度评定量表 (Dizziness handicap inventory, DHI) 来评价患者眩晕程度, 评分越高则眩晕残障越重。比较时可采用评分差值。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 软件进行数据处理: 计量资料应用 t 检验。计数资料应用 χ^2 检验; 讨论疗效 (等级资料) 时应用 Ridit 分析^[2]。p < 0.05 时表示其差异存在统计学意义。

2 结 果

2.1 比较两组临床疗效 两组的头痛程度改善的总有效率分别是: 93.3% 与 66.7%。应用 Ridit 分析再计算合并方差, 并进行统计学 T 检验, 治疗组明显优于对照组 (p < 0.05), 差异具有统计学意义, 见表 2。

2.2 比较两组 DHI 评分 治疗前, 两组 DHI 评分差异不大 (P > 0.05); 治疗后, 治疗组 DHI 评分低于对照组, 存在统计学意义 (p < 0.05), 见表 3。

表 2 两组头痛程度改善的总有效率比较 [n (%)]

组别	例数	基本控制	显效	好转	无效	总有效率
治疗组	30	12 (40.0)	9 (30.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	93.3% [#]
对照组	30	4 (13.3)	6 (20.0)	10 (33.3)	10 (33.3)	66.7%
Ridit 值		0.133	0.391	0.658	0.90	

注: [#] 表示与对照组相比, P < 0.05。

表 3 两组 DHI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	65.10 ± 8.83	36.77 ± 6.61
对照组	30	63.45 ± 5.41 [~]	41.77 ± 5.49 [~]

注: [~] 表示与治疗前治疗组相比, P > 0.05; [^] 表示与治疗前治疗组相比, P < 0.05。

偏头痛作为一种血管性头痛, 目前临床常用的相对有效的药物有: 钙离子拮抗剂、抗组胺剂、 β 受体阻滞剂以及抗焦虑抑郁药物。而前庭性偏头痛则是以偏头痛及眩晕为主要临床表现的疾病, 临床上多采用与治疗偏头痛时同样的药物。对于前庭性偏头痛的治疗目的即快速消除眩晕及头痛症状, 提高患者的生活质量。

氟桂利嗪是一种哌嗪类钙离子拮抗剂, 国内杨丽等人^[3]的研究表明氟桂利嗪可以有效减轻前庭性偏头痛的眩晕程度, 同时发现眩晕发作次数也有所减少, 氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的机制

3 讨 论

仍在探索中,推测因氟桂利嗪这种药物可作用于中枢前庭系统,可通过血脑屏障,可迅速阻滞 T 型 Ca^{+} 通道,抑制血管平滑肌细胞的钙离子内流,减轻血管平滑肌收缩,改善及预防脑血管痉挛,保护血管内皮细胞,减轻细胞毒性,增加脑细胞血流量及氧分压,通过防治血管平滑肌痉挛而有效缓解头痛,通过增加前庭系统的血流量而改善头晕,本研究也提示了氟桂利嗪的有效性。此外氟桂利嗪还能对外周前庭系统起到作用,因其改善耳蜗器官的血供,改善前庭器官的血供。但用药期间需要密切随访,防治该药物长期应用时出现的锥体外系反应及部分抑郁状态的发生。

随着全国神经内科医生对眩晕诊治的关注率越来越高,越来越多人重视早期前庭康复训练。这是基于神经可塑性,通过替代、习服适应机制来促进前庭功能得到代偿,并且能够促进患者的前庭脊髓反射,前庭眼反射的恢复,从而改善眩晕症状,改善平衡障碍。前庭系统参与了站姿、步态、运动、平衡、视觉、空间定向、空间记忆及导航等功能^[4]。当前庭功能受损时,虽然我们可以等待机体自我代偿来改善症状,但代偿过程中,患者通常会采取不良的策略,比如限制头部运动,以避免头晕,殊不知该策略将导致代偿不完全,引起慢性前庭症状,苦不堪言,如果代偿过程中能够尽早使用正确的物理治疗方法,如前庭康复训练,就能使机体尽早尽快完成有效的前庭功能代偿。对前庭康复过程进行概括:通过普遍性及个性化的定制训练来促进中枢神经系统的代偿,而这一过程需要对中枢神经系统进行不断刺激,刺激方法就是反复输入视觉及深感觉信号,使患者能够在尽量短时间内提高适应性,并对身体平衡功能进行重建。在刚开始训练时,常常会出现前庭习服现象,即一部分患者可能会出现眩晕加重,走路不稳的反应,但随着训练的持续,上述症状可以逐渐缓解甚至消失,达到理想的前庭功能代偿。徐冰^[5]等研究结论表明 VM 患者均在不同程度上存在前庭功能损伤。相关研究提示前庭性偏头痛患者多伴有焦虑抑郁^[6-7]。有研究表明,前庭康复训练也是一种治疗患者心理疾病的辅助手段。DHI 量表可以量化眩晕对患者功能、身体及情绪方面的影响,可有效判断患者前庭性偏头痛的症状是否好转或恶化。综上所述,对于前庭性偏头痛的治疗要格外重视前庭功能康复训练。值得一提的是,前庭康复训练是一个先易后难,循序渐进

的过程,不能一开始就要求过大的训练强度,否则患者无法耐受,降低治疗依从性,但训练强度过小又起不到良好的治疗作用,故如果患者是自行在家中康复训练,则需要定期随访,根据患者的病情变化及实际情况,治疗效果等来随时更改康复方案,争取在最短时间内达到最理想的效果。

本研究选用前庭康复联合氟桂利嗪及单独应用氟桂利嗪进行前庭性偏头痛的疗效对照观察,根据上述资料得出,两者均取得一定疗效,值得临床应用。且治疗组效果明显,通过康复训练可以加速建立前庭功能的中枢性代偿,患者的平衡功能得以改善,且同时缓解了焦虑抑郁等不良情绪,明显减轻 VM 的眩晕程度,对改善生活质量及促进患者身心健康起到积极作用。

参考文献

- [1] 中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍学组,中国医药教育协会眩晕专业委员会,中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会.前庭性偏头痛诊治专家共识(2018)[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(7):481-488.
- [2] 刘明华,张晋昕.Ridit 分析与秩和检验在等级资料处理时的关系[J].循证医学,2010,10(5):282-285.
- [3] 杨丽,黄洁,王洁屹,等.氟桂利嗪治疗前庭型偏头痛的疗效及安全性分析[J].中华耳科学杂志,2016,14(4):451-454.
- [4] BISDORFF AR, STAAB J P, NEWMAN-TOKER D E. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders [J]. *Neurol Clin*, 2015, 33(3): 541-550.
- [5] 徐冰,孙勃,彭新,等.前庭性偏头痛患者前庭功能的临床研究[J].中华耳科学杂志,2014(2):257-261.
- [6] BEST C, TSCHAN R, ECKHARDT-HENN A, DIETERICH M. Who is at risk for ongoing dizziness and psychological strain after a vestibular disorder [J]. *Neuroscience*, 2009, 164(4): 1579-87.
- [7] ECKHARDT A, TETTENBORN B, KRAUTHAUSER H, et al. [Vertigo and anxiety disorders—results of interdisciplinary evaluation] [J]. *Laryngorhinootologie*, 1996, 75(9): 517-22.