

前庭性偏头痛一例

高丹宇 赵迎春

【关键词】 偏头痛； 前庭，迷路； 眩晕； 病例报告

【Key words】 Migraine disorders; Vestibule, labyrinth; Vertigo; Case reports

Vestibular migraine: one case report

GAO Dan-yu, ZHAO Ying-chun

Department of Neurology, Shanghai Songjiang District Central Hospital, Shanghai 201600, China

Corresponding author: ZHAO Ying-chun (Email: zhaoyingchun9077@163.com)

Conflicts of interest: none declared

患者 女性, 48 岁。主因反复眩晕发作 3 天, 于 2020 年 3 月 11 日入院。患者入院前 3 天劳累后出现眩晕、视物旋转, 伴恶心、呕吐。眩晕反复发作, 转头及起立后明显, 休息后逐渐缓解, 每次发作 1~2 小时、每日发作频次逾 6 次。为求诊治遂至我院就诊, 门诊以“头晕待查”收入神经内科。患者否认耳鸣、耳聋或听力下降, 否认视物重影, 不伴头痛、畏光或畏声。否认高血压、糖尿病及心脏病病史; 否认有晕动症及头痛家族史。既往有头痛病史 10 余年, 劳累或情绪紧张后易发作, 头痛呈搏动性, 程度剧烈, 位置不固定, 一般为单侧, 影响日常生活和工作, 发作前无明确先兆, 发作时可出现畏光、畏声, 自述服用布洛芬(芬必得, 400 mg)即可缓解, 不服药则持续 2~3 天方才缓解。15 天前曾因头痛无法缓解至外院就诊, 头部 MRI 和 MRA 检查未见明显异常; 颈椎 MRI 检查提示 C₅₋₆ 椎间盘突出。

诊断与治疗过程 入院后体格检查, 神志清楚, 双侧眼球各向活动充分, 无自发性或凝视诱发眼震, 双侧指鼻试验、跟-膝-胫试验稳准, Romberg 征阴性。耳鼻咽喉头颈外科专科检查, Roll 试验未引出眼震。血常规、血糖、血脂等实验室检查无明显异常。颈动脉和椎动脉彩超均未见明显异常。眼震电图检查, 凝视试验正常、平滑追踪正常、扫视正常、视动对称、无位置性眼震、温度试验对称、固视

抑制存在。结合患者有眩晕与既往头痛症状, 拟诊为前庭性偏头痛, 口服倍他司汀 12 mg/次(3 次/d)、氟桂利嗪 10 mg/晚, 以及阿普唑仑 0.40 mg/晚, 疗程为 12 天, 治疗 5 天后前庭症状好转、头痛未再发作, 9 天后眩晕症状消失, 即使体位变化亦未出现眩晕发作, 共住院 12 天, 出院诊断为前庭性偏头痛。出院后随访 3 个月, 无头痛或眩晕复发。

讨 论

眩晕和头痛均为临床常见症状, 前庭性偏头痛 (VM) 是眩晕与头痛症状同时存在的一种疾病, 但由于病程长, 易反复发作, 患者多伴有焦虑或紧张, 易造成误诊。据统计, 前庭性偏头痛的人群患病率约为 1%, 由于临床医师对该病的认识不足, 使其临床误诊率可高达 80%^[1]。

前庭性偏头痛的前庭症状主要表现为眩晕或其他中等严重程度以上的前庭症状, 同时可伴偏头痛发作时症状如恶心、呕吐、畏光、畏声或先兆。前庭症状的持续时间个体差异较大, 可持续数秒或数分钟、数小时、数天不等^[2]。前庭性偏头痛缺乏特异性体征, 在发作期可出现短暂性平衡障碍、各种类型眼震、短暂性视野缺损等, 个别患者还可伴有短暂性听力下降, 且前庭性偏头痛的眼震与前庭外周性及中枢性眼震无显著差别^[3]。

前庭性偏头痛需与良性阵发性位置性眩晕 (BPPV)、梅尼埃病 (MD)、后循环缺血等疾病相鉴别。前庭性偏头痛的诊断需符合既往或目前国际头痛分类标准中的偏头痛诊断标准, 同时需伴中至

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2021.01.012

作者单位: 201600 上海市松江区中心医院神经内科

通讯作者: 赵迎春, Email: zhaoyingchun9077@163.com

重度的前庭症状,发作时间持续 5 分钟至 72 小时,发作频率超过 5 次/d^[4-5]。临床上遇到因头痛伴眩晕而就诊的患者,需详细询问病史,不能轻易将头痛与眩晕割裂开来。本文患者有多年头痛病史,头痛呈发作性,为搏动性头痛,程度剧烈且多为单侧,发作时伴畏光、畏声、恶心、呕吐,持续时间超过 4 小时,根据上述特点,应考虑前庭性偏头痛。该例患者入院前 3 天内有 6 次眩晕发作,且持续时间均超过 1 小时,体格检查未见眼震,亦无耳鸣、耳聋或听力下降,可排除梅尼埃病;患者无血管性疾病的高危因素,体格检查未见符合血管定位体征的神经系统阳性体征,同时头部 MRI、MRA 及颈动脉、椎动脉彩超皆未见明显异常,也进一步排除血管性疾病(如小脑、延髓梗死)所致眩晕。良性阵发性位置性眩晕也是最常见的前庭疾病之一,但其发病持续时间短,变位试验为阳性,且有一定的自限性,手法复位疗效好。而该例患者头晕持续时间长达 1~2 小时,曾行变位试验(Roll 试验)呈阴性,故良性阵发性位置性眩晕诊断依据不足。

前庭性偏头痛的治疗主要包括避免诱因和调整生活方式;急性发作期为针对前庭症状对症治疗,可以选用曲坦类药物和前庭抑制剂^[6];发作间期可选用β受体阻断药、钙通道阻断药、抗癫痫药等。

前庭性偏头痛虽然是较为常见的主要表现为眩晕、头痛的疾病,但临床医师对其认识普遍不足,临床诊断率仅为 20%^[7]。本文患者的诊治过程提示:对于反复头痛合并眩晕的患者,应予以详细的问诊,充分了解其头痛和眩晕的特点;其次,重点把握眩晕发作时典型的症状与体征,注意排除良性阵发性位置性眩晕、梅尼埃病、后循环缺血等疾病。

利益冲突 无

参 考 文 献

- [1] Dieterich M, Obermann M, Celebisoy N. Vestibular migraine: the most frequent entity of episodic vertigo[J]. *J Neurol*, 2016, 263 Suppl 1:S82-89.
- [2] Bisdorff A. Migraine and dizziness [J]. *Curr Opin Neurol*, 2014, 27:105-110.
- [3] von Brevern M, Zeise D, Neuhauser H, Clarke AH, Lempert T. Acute migrainous vertigo: clinical and oculographic findings[J]. *Brain*, 2005, 128(Pt 2):365-374.
- [4] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition [J]. *Cephalalgia*, 2018, 38:1-211.
- [5] Pain and Sensory Disorders Group, Neurology Branch, Chinese Medical Association; Vertigo Professional Committee, Chinese Medical Education Association; Headache and Sensory Disorders Committee, Chinese Society of Research Hospitals. Expert consensus on diagnosis and treatment of vestibular migraine (2018)[J]. *Zhongguo Teng Tong Yi Xue Za Zhi*, 2018, 24:481-488.[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,2018,24:481-488.]
- [6] Barbosa F, Villa TR. Vestibular migraine: diagnosis challenges and need for targeted treatment [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2016, 74:416-422.
- [7] Stroke and Vertigo Branch, Chinese Stroke Society; Vertigo Professional Committee, Neurology Branch, Chinese Medical Doctor Association. Chinese multidisciplinary expert consensus on assessment and management of vestibular migraine [J]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, 2019, 58:102-107.[中国卒中学会卒中与眩晕分会,中国医师协会神经内科医师分会眩晕专业委员会.前庭性偏头痛诊疗多学科专家共识[J].中华内科杂志,2019,58:102-107.]

(收稿日期:2021-01-15)

(本文编辑:袁云)

【点评】 前庭性偏头痛相关性眩晕在临床上并不少见,但实际诊断率却较低,其中部分原因可能与学者之间的意见分歧有关,还有一些原因与普通医师对前庭性眩晕的认识仍有不足有关。如与梅尼埃病的鉴别诊断,该病临床常表现为发作期同时伴有发作性眩晕(发作频率≥2次/d、持续时间≥20分钟),波动性听力下降、耳鸣或耳闷胀感;与良性阵发性位置性眩晕鉴别诊断,其特点为特定头位诱发的短暂(仅持续数秒钟,一般不超过1分钟)强烈的阵发性眩晕,同时伴有眼震、恶心及呕吐,不伴听力下降、耳鸣等耳蜗症状。“前庭性偏头痛一例”报告1例前庭性偏头痛患者,并对其发病特点、临床相关问题进行分析和探讨,病史叙述详尽,相关检查完善,病情分析到位,诊断依据明确,相关治疗完善,对相关文献的综述简约明了,讨论深入浅出,层次分明,重点突出,总结完善。

(复旦大学附属华山医院耳鼻咽喉头颈外科 蔺林教授)

【点评】 前庭性偏头痛是导致前庭功能障碍最常见的神经系统疾病,然而,真实世界中前庭性偏头痛的诊断率很低,原因多种:首先,虽然临床实践很早就发现偏头痛与头晕眩晕存在密切关联,但学术界对其分类始终存在巨大分歧,不同学者之间的学术观点差异巨大。支持者早在 20 世纪 80 年代起即开始在临床使用相关诊断概念,如偏头痛相关性眩晕、偏头痛关联性眩晕、眩晕性偏头痛、前庭性偏头痛等;而谨慎者至今仍不同意在临床实践中常规使用前庭性偏头痛的诊断,如 2018 年国际头痛疾

病分类第 3 版(ICHD-III)中,前庭性偏头痛仅出现在附录中,并未归为偏头痛亚型,究其原因,可能由于相关临床研究和证据缺乏,迄今尚无充分证据说明前庭性偏头痛是不同于其他不伴前庭障碍的偏头痛患者的独立疾病类型。其次,目前的前庭性偏头痛诊断标准仅为专家共识性意见,即以早期的德国学者 Neuhauser 提出的诊断标准为模板衍生而来,但因缺乏证据且不够宽泛,故推荐的诊断标准较为保守,如其要求 50% 以上的前庭障碍发作时必须伴随偏头痛发作相关症状如偏头痛性头痛、畏光和畏声、视觉先兆,因患者几乎无法明确是否前庭障碍发作时会伴随上述症状,故此标准难以在门诊中达到。因此,适当放宽诊断标准或使用 2012 年 Barany 学会与国际头痛协会(IHS)的联合诊断标准

中的很可能的前庭性偏头痛,可能会提高诊断的敏感性。

该文患者虽然有明确的前庭性偏头痛病史,且 3 天内多次眩晕发作,不符合梅尼埃病的诊断表现,亦不符合良性阵发性位置性眩晕的表现,但因无半数以上发作伴偏头痛性头痛、畏光和畏声或视觉先兆,故亦不符合严格定义上的前庭性偏头痛的诊断,故针对这种临床非常常见的眩晕,建议使用 Neuhauser 的诊断标准或良性复发性眩晕的诊断标准。此外,为明确诊断,非常重要的环节是对患者进行宣教,使其学会密切观察自身症状,做好发作日记,并进行长期随访,多数患者可通过发作日记而得以明确诊断。

(上海交通大学医学院附属仁济医院神经内科 李焰生教授)

欢迎订阅 2021 年《中国现代神经疾病杂志》

《中国现代神经疾病杂志》为国家卫生健康委员会主管、中国医师协会主办的神经病学类专业期刊。办刊宗旨为:理论与实践相结合、普及与提高相结合,充分反映我国神经内外科临床科研工作重大进展,促进国内外学术交流。所设栏目包括述评、专论、论著、临床病理报告、应用神经解剖学、神经影像学、循证神经病学、流行病学调查研究、基础研究、临床研究、综述、临床医学图像、病例报告、临床病理(例)讨论、新技术新方法等。

《中国现代神经疾病杂志》为北京大学图书馆《中文核心期刊要目总览》2017 年版(即第 8 版)核心期刊和国家科技部中国科技论文统计源期刊,国内外公开发行人。中国标准连续出版物号:ISSN 1672-6731, CN 12-1363/R。国际大 16 开型,彩色插图,48 页,月刊,每月 25 日出版。每期定价 15 元,全年 12 册共计 180 元。2021 年仍由邮政局发行,邮发代号:6-182。请向全国各地邮政局订阅,亦可直接向编辑部订阅(免邮寄费)。

编辑部地址:天津市津南区吉兆路 6 号天津市环湖医院 A 座二楼西区,邮政编码:300350。

联系电话:(022)59065611, 59065612;传真:(022)59065631。网址:www.xdjb.org(中文), www.cjcn.org(英文)。

《中国现代神经疾病杂志》关于谨防盗用编辑部名义的声明

近日,有作者举报不法分子盗用《中国现代神经疾病杂志》编辑部名义给作者发送邮件,让作者添加其微信好友,借以窃取相关信息甚至进行钱财诈骗。这种行为严重违反了国家《关于维护互联网安全的决定》等法律法规,严重损害了我刊编辑部和作者的利益。

《中国现代神经疾病杂志》特此郑重声明:我刊迄今不曾以编辑个人名义请求添加作者微信好友,我刊使用网上采编系统进行稿件处理(www.xdjb.org),所有录用和缴费通知均由系统或公共邮箱(xdsjjbzz@263.net.cn)发出,请广大作者提高安全意识,以免上当受骗。

若遇假冒我刊网站、盗用编辑部名义、伪造采编中心、中介、代理等不法事件,欢迎广大作者和读者向我刊提供相关线索!对于以我刊名义从事不法活动的个别网站、个人或微信号码,我刊保留通过法律途径解决问题的权利。此声明长期有效,最终解释权归我刊所有。