

眩晕合并神经系统功能损害患者的危险因素及随访分析

姜 宁 春

(宁德市蕉城区医院神经内科, 福建省宁德市 352100)

[关键词] 神经病学; 眩晕; 危险因素; 神经系统损害; 随访

[摘要] 目的 探讨眩晕合并脑血管病危险因素病人的不同预后。方法 收集眩晕合并脑血管病危险因素的病人, 根据是否合并神经系统损害分为两组进行随访, 比较两组病人在 3 年后出现脑梗死的发生率。结果 无神经系统损害病人脑梗死的发生率为 4.3%, 有神经系统损害组病人脑梗死的发生率为 45.5%。结论 眩晕合并脑血管病危险因素病人如果出现神经系统损害的症状或体征, 预后较差, 应该高度重视, 积极处理。

[中图分类号] R741

[文献标识码] A

眩晕是一种临床常见的症状, 表现为运动幻觉, 通常是旋转运动幻觉。有时被认为是椎基底动脉供血不足的表现^[1]。在一些合并脑血管病危险因素的病人, 眩晕常常被认为是椎基底动脉系统短暂性脑缺血发作 (transient ischemic attack, TIA) 的表现。眩晕的主要原因是良性位置性眩晕、美尼尔氏病、前庭神经炎、外淋巴瘘、后循环缺血等^[2]。对于合并脑血管病危险因素的眩晕病人, 能否发展成为椎基底动脉系统梗死, 文献报道尚少。本次研究主要通过对此类病人的随访, 观察眩晕对后循环梗死的影响。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料

年龄 50 岁以上, 表现为眩晕, 且合并以下任何一种以上情形者入选: 高血压、高脂血症、吸烟、酗酒、糖尿病、超重和心脏病^[3]。既往有卒中病史, 或头颅行 CT、MRI 检查发现后循环缺血病灶的剔除。病例来源于 2002 年 7 月 ~ 2005 年 7 月因眩晕就诊本院神经科的病人。

1.2 观察指标

按入选时眩晕发作的伴随症状、体征分组。无神经系统损害组, 只有眩晕、恶心、呕吐; 有或无耳鸣、听力下降。合并神经系统损害组, 主要根据病人在眩晕发作时伴随的症状和体征进行判断, 当病人有出现下列症状体征之一以上时, 纳入本组: 复视、肌力下降、感觉障碍、共济失调、偏盲等^[4]。分别记

录每组患者性别、年龄、危险因素和眩晕发作持续时间。

1.3 治疗方法

给予抗眩晕、抗血小板药物及控制危险因素等治疗。

1.4 随访

每个病例随访 3 年。行头颅 CT 或 MRI 检查发现新发后循环缺血病灶为终点事件。在随访终点, 病例再行头颅 CT 或 MRI 检查明确是否存在后循环缺血病灶。

1.5 统计学处理

所有数据采用 SPSS 13.0 统计软件进行处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有显著性标准。

2 结果

2.1 病例入选及分组情况

53 例病人入选。经过 3 年随访, 17 例病人失访, 1 例病人死于心力衰竭, 1 例病人死于肺部感染。其余 34 例病人中男 20 例, 女 14 例, 年龄 50 ~ 82 岁, 平均年龄为 63.7 ± 8.3 岁。34 例分为无神经系统损害组 23 例 (男 14 例, 女 9 例, 平均年龄为 63.5 ± 8.2 岁) 和合并神经系统损害组 11 例 (男 7 例, 女 4 例, 平均年龄为 64.1 ± 7.5 岁)。

2.2 危险因素比较

无神经系统损害组病人有 1 ~ 3 个危险因素, 平均为 1.43 ± 0.59 个危险因素。其中高血压病 15 例, 高脂血症 9 例, 吸烟 7 例, 糖尿病 2 例。合并神经系统损害组病人有 2 ~ 5 个危险因素, 平均为 3.36 ± 1.29 个危险因素。其中高血压病 11 例, 高脂血症 9 例, 吸烟 6 例, 糖尿病 6 例, 肥胖 3 例, 冠心病 2

[收稿日期] 2008-09-19

[修回日期] 2008-11-10

[作者简介] 姜宁春, 学士, 副主任医师, 研究方向为脑血管疾病的诊治, 联系电话为 13509599120 E-mail 为 476983638@qq.com。

例。两组间危险因素差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.3 终点事件发生率

无神经系统损害组, 随访 3 年, 1 例在随访终末查 MRI 发现小脑腔隙性病灶, 临床无症状体征。终点事件的发生率为 4.3%。合并神经系统损害组 5 例, 其中 3 例出现小脑梗死, 1 例出现桥脑梗死, 1 例无症状体征, MRI 发现小脑腔隙病灶。终点事件的发生率为 45.5%。两组经统计学检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 合并神经系统损害组终点事件发生率明显高于无神经系统损害组。

2.4 眩晕发作时间比较

无合并神经系统损害组病人发作时间从数分钟到 10 多天不等, 合并神经系统损害组发作时间大部分在 1~2 h 内。

3 讨论

眩晕是临床常见的症状, 既往常被诊断为椎基底动脉供血不足。随着神经影像学的发展, 以及临床医生对其认识的提高, 这种观点已经逐渐被放弃。在年轻病人, 越来越多的病例被诊断为良性位置性眩晕、美尼尔氏病、前庭神经元炎等。在一些高龄病人, 特别是合并脑血管病危险因素的, 眩晕仍然被认为是椎基底动脉系统短暂性脑缺血发作的表现之一。但是这部分病人仍然有可能是由于脑血管以外的因素引起眩晕。

本次研究对眩晕合并脑血管病危险因素的病人进行随访, 根据其症状将病人分为无神经系统损害组和合并神经系统损害组。发现在无神经系统损害组只有 1 例在 3 年后出现小脑无症状病灶, 占 4.3%。说明单纯眩晕不伴神经系统局灶定位症状体征的, 预后较好, 不易出现后循环梗死。当然, 目前无症状性脑梗死也越来越受到重视, 常常能导致血

管性痴呆^[5]。通常认为 TIA 三分一能转化成脑梗死。本组病例的梗死率明显低, 可能不能全部被诊断为椎基底动脉系统 TIA。Savitz 等^[6]也认为后循环缺血很少只引起一个症状, 更多的是产生一组症状和体征。所以, 单纯眩晕的病人, 即使合并脑血管病危险因素, 也不应该草率的把眩晕的原因归结为脑血管病。

在合并神经系统损害组内, 有 5 例病人出现了影像学改变, 占 45.5%, 其中 4 个均有明显的症状。该组病人在治疗情况下, 仍然出现了较高的梗死率。可能与危险因素多, 控制不良, 阿司匹林抵抗等有关。另外, 在病例随访的早期, MRI 检查仍然较昂贵, 部分病人使用了头颅 CT 进行筛查。在随访结束时大部分使用 MRI 筛查。这样也可能存在前后检查敏感性不一致的情况。但总体看, 对于合并局灶定位症状和体征的, 应该高度重视, 尽早行 MRA、CT 和脑血管造影等检查。合并神经系统损害组的危险因素明显多于无神经系统损害组。所以, 对于眩晕合并脑血管病危险因素的病人, 更要重视对危险因素的评估。这种评估可以预测病人的预后。

[参考文献]

- [1] 李承晏. 不宜诊断椎基底动脉供血不足 [J]. 卒中与神经疾病, 2008, 15 (2): 127-128
- [2] Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo [J]. Am Fam Physician, 2005, 71 (6): 1115-122
- [3] 王茜, 张运, 张微, 等. 颈动脉硬化的超声检测和危险因素分析 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2004, 12 (4): 449-451
- [4] Caplan L. Posterior circulation ischemia then, now, and tomorrow [J]. Stroke, 2000, 31 (8): 2011-2023
- [5] 荆文彬, 仇敬丽. 无症状性脑梗死的诊断及危险因素分析 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2007, 15 (7): 513-514
- [6] Savitz SI, Caplan LR. Vertebrobasilar disease [J]. N Engl J Med, 2005, 352 (25): 2618-2626

(此文编辑 李小玲)