

# 研究分析 PPPD 患者临床诊疗分享与探讨

尚诗洁<sup>1</sup> 黄荣深<sup>1</sup> 谭璐璐<sup>2</sup>(通讯作者) 周观<sup>1</sup> 方鑫富<sup>1</sup>

1. 广西中医药大学第一临床医学院 广西 南宁 530023

2. 广西中医药大学第一附属医院脑病科 广西 南宁 530023

**摘要**:持续性姿势知觉性头晕(persistent postural perceptual dizziness, PPPD)是近年来被重新定义的一种慢性功能性前庭功能障碍。虽然该病于2017年制定了较为详实的诊断标准,近年来其在国内关注度也日益增加,然而其临床辨识度仍很低,临床医师不能很好作出正确断,极易存在漏诊误诊等问题。目前临床上对于该病的报道也少之又少。鉴于此,本文通过对 PPPD 临床案例诊疗进行研究分享探讨,旨在提高该病临床辨识,以期为其正确诊断及有效治疗提供启发。

**关键词**:头晕;案例;持续性姿势知觉性头晕;临床;诊疗

PPPD 是临床上较为常见的一种慢性功能性头晕,以超过3个月头晕、不稳或非旋转性眩晕为核心主症<sup>[1]</sup>。其病程漫长、年龄覆盖范围大、伴症众多,对患者工作生活及身心健康造成了严重影响<sup>[2]</sup>。国外有关数据显示,该病成为临床第二大常见头晕疾患,仅次于良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)<sup>[3]</sup>。由于该病辅助检查无异常发现,症状表现无特异性,临床对其辨识较为困难,易存在漏诊误诊等情况。这不仅使患者做了大量的检查治疗,同时也耽误了最佳治疗时间<sup>[4]</sup>。因此,提高该病临床辨识度,正确诊断并有效治疗该病尤为重要<sup>[5]</sup>。鉴于目前鲜有该病相关临床诊疗报道,本文对 PPPD 患者临床诊疗进行分享探讨,旨在提高其临床辨识度,以期为其正确诊断及有效治疗提供启发。

## 1 临床资料

BPPV 发作复位缓解后逐渐出现头晕,但与 BPPV 发作时的天旋地转样眩晕有所不同,表现为持续的非旋转性眩晕,伴有摇晃、不稳感,与体位变化无关,每次持续数小时,晨轻暮重,站立及行走时加重,休息平卧后可缓解。头晕症状几乎每天都存在,但每天头晕症状程度有所波动。由于过于担心自己头晕状况,情绪愈发焦虑,睡眠变差,为进一步系统治疗,遂来就诊。既往史:自诉有“焦虑抑郁”倾向。查体:生命体征平稳,神清,精神一般,心肺腹检查未见明显异常。辅助检查:三大常规、电解质、肝肾功能、血脂、凝血、感染、心肌酶、同型半胱氨酸均未见明显异常。心电图未见异常。颈部血管超声:双侧颈总动脉、颅外段颈内动脉、颈外动脉粥样硬化。MRI 头颅平扫:两侧额叶及右侧顶叶皮层下少许小缺血灶。前庭功能检查(-)。焦虑抑郁量表:患者拒做。

**诊断**:依据2017年巴拉尼协会制定的 PPPD 诊断标准 A-E 项:A、超过3个月存在头晕、不稳或非旋转性头晕症状中的多个或一个。(1)症状会持续很长一段时间(长达数小时),但严重程度可能会起伏不定。

(2)症状不必全天出现。B、持续的症状存在三个加剧因素:直立的姿势;被动或主动运动而忽视位置或方向改变;处于复杂的视觉环境或移动的视觉刺激。C、疾病通常由平衡障碍问题(如头晕、不稳等)引起,包括急性、偶发性或慢性前庭综合征、其他内科疾病或精神心理困扰。(1)当病情急性或间歇性发作时,随着病情的缓解,症状进入 A 的标准模式,但最初可能是间歇性的,然后巩固为持续过程。(2)当症候为慢性症候时,症状可先缓慢发展,然后逐渐恶化。D、症状导致严重的痛苦或功能障碍。E、另外一种疾病难以很好去解释<sup>[6]</sup>。案例中患者为老年女性,起病缓,病程长,先前存在“焦虑抑郁”倾向且经历 BPPV 这一急性前庭事件,症状表现为非旋转性头晕、不稳,在 BPPV 发作后出现非旋转性头晕,不稳,持续时间延长,每日持续数小时,几乎每天存在,站立时加重,平卧可缓解,伴随情绪愈发焦虑,睡眠变差,辅助检查未见明显异常,持续的头晕给患者生活工作带来极大痛苦,且无法用患者 BPPV 相关疾病及其他内科疾病来很好解释,诊断符合巴拉尼协会诊断标准 A-E 项,故诊断为 PPPD。

**鉴别诊断**:(1)发作性触发事件反复发作:BPPV 作为一种发作性触发事件,其反复发作特征性临床表现为短暂性眩晕和特征性眼震,案例中患者头晕持续时间长,也无头部运动诱发导致眩晕及眼震,故排除;(2)慢性焦虑、抑郁:PPPD 患者虽然常合并有轻中度焦虑抑郁,但症状表现主要为头晕、不稳;慢性焦虑抑郁以单纯心境障碍为主<sup>[7]</sup>,另外,PPPD 的头晕症状在直

立姿势（如坐位、站立、行走）下加重，而焦虑抑郁通过站立、走动会得到缓解<sup>[8]</sup>；（3）内科与其他疾病引起的头晕：内科疾病如主动脉狭窄、心动过缓、椎基底动脉综合征等心脑血管疾病及颈椎病也引起慢性头晕，依据 PPPD 诊断标准 A-E 项及案例中患者病史、症状及辅助检查结果排除。

治疗：（1）沟通宣教：对患者进行心理疏导，向患者解释 PPPD 这一疾病，将患者出现的症状与其特点进行解答，让患者充分认识此病，树立战胜疾病信心；（2）前庭功能康复治疗：以短视频形式让患者进行前庭康复操锻炼；（3）中医针灸中药：中药治以“疏肝解郁，活血止眩”为法，方以《伤寒》经方小柴胡汤加减；针刺以“醒脑开窍”为法，拟“小醒脑针刺法”，选取上星、百会、四神聪、神门、太冲、天柱、风池等穴<sup>[9]</sup>。

后期随访：随访 3 个月，患者头晕症状较前好转，临床治疗有效。

## 2 分析讨论

### 2.1 PPPD 临床辨识度低原因分析

（1）症状表现无特异性：PPPD 通常表现为头晕、不稳或非旋转性头晕中的一种或多种，也常伴焦虑抑郁、睡眠障碍、认知障碍等症状<sup>[1]</sup>。然而，相对于其他头晕/眩晕类疾病，如 BPPV 样头晕由特征性头位改变诱发，梅尼埃波样头晕伴有波动性听力下降等。相对于其他慢性头晕疾病，PPPD 症状特异性并不明显，因此，临床难以辨识。（2）常与其他疾病共病：PPPD 既可作为一独立性疾病单独存在，也常与其他疾病共病。临床中过于关注辅助检查异常的共病疾病而导致该病容易被忽视。（3）可能存在不同疾病亚型：PPPD 前身疾病虽然存在许多共同点，但强调侧重点也有不同，其可能存在疾病各种亚型。（4）客观检查无阳性证据：PPPD 体格及辅助检查无阳性发现。因此，对于目前过度依赖辅助检查手段进行疾病诊断的医师而言很难对其进行有效辨识。（5）需要与其鉴别的疾病众多：作为一种功能性疾病，PPPD 是一种涉及神经科、耳鼻喉科、精神科多个学科，其症状表现复杂，伴症众多，需要与发作性触发事件反复发作、慢性触发事件的持续性症状、急性触发事件慢性后遗症、其他导致头晕/不稳的慢性前庭综合征、其他内科或精神心理性等慢性疾病相鉴别<sup>[1]</sup>。由于鉴别病种众多，因此临床对其进行有效辨识较为困难。（6）尚无国内关于该病大样本数据：PPPD 目前研究数据主要以国外为主，国内关于该病患者发病、流行

病学治疗仍缺乏。

### 2.2 提高 PPPD 临床辨识大致对策

对于这种发病机制未明确，客观检查无阳性发现的功能性疾病，从辅助检查中寻找证据进行疾病辨识目前来看显然是行不通的。因此，把握疾病及其症状特点，了解诊断标准中的相关条目概念显得尤为重要。（1）了解疾病特点：国内外目前虽无 PPPD 大样本流行病学数据，但依据其前身疾病研究治疗发现，其好发于中年女性患者；早期时候部分欧美学者就观察到先前存在焦虑抑郁并历经耳科疾病患者更容易好发 PPPD，通常继发于急性前庭事件（如 BPPV、前庭性偏头痛）是其重要特点<sup>[1]</sup>；PPPD 虽然以证实非焦虑抑郁类疾患，然而其患者常合并有焦虑抑郁，焦虑抑郁可能是为其初始的病生反应；辅助检查无阳性发现，尚不能通过辅助检查来确诊。（2）把握症状特点，熟知相关条文概念：需要了解 PPPD 的“持续性”不仅病程要持续 3 个月以上，其发作频次也要在 15 次/d，持续时间也较长（约数小时）<sup>[8]</sup>；其次，头晕与姿势性关系密切，“姿势性”指的是直立位，包括行走、直立与站立<sup>[8]</sup>。PPPD 在直立姿势、主动或被动运动，视刺激或复杂外周环境下可出现加重。最后需要明确知道 PPPD 为功能性前庭功能障碍<sup>[1]</sup>。对于此类疾病不能只关注其焦虑抑郁情况而忽视对其前庭症状的重视。

## 3 案例诊疗体会

通过本案例临床诊疗，在 PPPD 诊断与治疗方面个人体会甚多，现归纳总结如下：

### 3.1 治疗方面体会

#### 3.1.1 提高 PPPD 认识

临床医师对 PPPD 认识不足是其诊疗困难的一个重要原因。国内一项回顾性研究通过对 PPPD 患者误诊为其他疾病的原因进行分析，结果发现，其误诊率高与对本病认识不足相关<sup>[7]</sup>。加之，在过去，对于临床上出现的大多数慢性头晕，国内医师习惯性地诊断为“颈性眩晕”、“后循环缺血”等笼统的诊断。此外，由于 PPPD 常合并有焦虑抑郁症状，部分医师往往单纯依据其焦虑抑郁表现而误诊为焦虑抑郁类疾病，虽然抗焦虑抑郁为其首要治疗手段，但单纯抗焦虑抑郁难以收获更好的疗效。因此，为对其正确诊断，提高疾病认识是一个重要前提。对此，临床医师需要对头晕专科知识进行及时更新，紧跟国际步伐。

#### 3.1.2 注重病史、症状的采集以及整体把握病情变

化

目前 PPPD 客观检查尚无阳性发现,临床上无法直接通过客观检查来确诊,以症状为主的诊断标准需更多关注病史和症状。当下临床医师在疾病诊断上过度依赖辅助检查现象较为严重。过度依赖辅助检查作用而忽视病史、症状的收集难以作出其正确诊断。因此,正确诊断该病需要详细了解患者病史,准确识别其核心症状及常见合并症。如在诊断本案例时需关注患者既往是否存在焦虑抑郁或焦虑抑郁倾向病史,是否历经 BPPV 等急性前庭事件,对于头晕、不稳、焦虑抑郁等核心症状以及合并症状也应做到详细收集。除了注重病史症状采集外,对于此类患者的病情变化也需要做到整体把握。疾病发生发展是一个动态变化过程,不同阶段有不同症状表现,临床医师不仅要善于捕捉症状变化,更要把握病情的整体变化。如在本病例中,患者经历了 BPPV 发作,BPPV 特征性症状表现为短暂性眩晕,与体位变化相关。而案例中患者所表现的头晕,呈持续性,与体位改变无关。疾病已然发生了质的变化。因此,正确诊断该病需要对其患者病情变化做到整体把握,不然很难作出正确诊断。

### 3.1.3 完善相关的客观检查

虽然 PPPD 辅助检查无阳性发现,不能直接通过辅助检查手段直接确诊,但并不意味其诊断无需进行客观检查,相反,采取必要的体格检查,实验室检查、前庭功能检查和影像学检查,一方面不仅可以帮助临床医师评估该病是否为最终诊断,另一方面也可以通过客观检查了解该病与其他疾病共病情况<sup>[1]</sup>。如案例中通过完善实验室检查、前庭功能检查、影像学、焦虑抑郁量表(即使案例中患者拒做)等检查。当然,该病并非排除性诊断,对于不符合其诊断标准的疾病则不能轻易诊断<sup>[1]</sup>。

### 3.1.4 注重疾病后期随访

疾病发生发展是一个过程,不同阶段疾病表现不同。为能更好了解疾病过程同时检验医生诊断及疗效,随访是个不错的选择。如本案例通过后期随访疗效明显,不仅了解疾病的治疗效果,也使疾病诊断得到了很好检验。并且,早期 PPPD 症状表现多样化,常常合并有其他疾病,临床医师不容易鉴别,更需要适时随诊来观察。但不可否认的是,随诊工作量巨大,一定程度上加重医生负担,因此并非所有 PPPD 患者都需要随诊,而应对怀疑 PPPD 患者进行适当随诊。

除此之外,个人认为及时病例点评及适时总结反

思对此病诊断也同样重要。PPPD 症状表现复杂,早期症状不典型,部分医师不易识别此病,先入为主的思维容易造成误诊,病史采集及病例书写更容易偏向某一疾病,更甚的是,未能及时对病例进行及时点评及适时总结反思导致诊断上的重复错误。因此,为更好诊断此病也需做到及时病例点评及适时总结反思。

## 3.2 治疗方面体会

### 3.2.1 良好的沟通教育治疗为治病前提

PPPD 常合并有焦虑抑郁问题,且大部分患者对此病未有充分的了解,国外一项研究通过对 13 例此病患者进行结构性访谈,结果显示患者对其不能很好地理解,并且缺乏心理归因,由于患者将痛苦经历正常化,不认为这是此病的一部分<sup>[10]</sup>。因此,对患者良好的沟通宣教对此病治疗至关重要。临床医师应认真对待此病患者,给患者症状表现作一个诊断,解释诊断的理由,对阳性症状如何出现进行讨论,并强调潜在的可逆性而不是损害<sup>[11]</sup>。由于心理因素如焦虑抑郁在此病中具有重要作用,因此我们不仅让患者了解自己的心理问题,也要避免过多去强调,特别是对于一些对“心理”相关内容比较敏感的人群。更重要的是,我们要让患者确信此病是可以治愈的,并保持积极乐观的心态,但也要防止过度乐观<sup>[12]</sup>。

### 3.2.2 重视联合治疗的作用

联合治疗为近年来国内外学者临床研究运用较多的有效治疗方式。国外一项研究联合患者教育、认知行为治疗、前庭康复训练治疗和抗焦虑抑郁药物多种治疗方式治疗此病,通过随访发现,相对于单一治疗,联合治疗可有效改善患者头晕症状<sup>[13]</sup>。国内一项随机对照试验通过药物与认知行为治疗的基础上加用视觉脱敏训练治疗此病,结果显示,这一种治疗模式有效改善其患者头晕、焦虑等症状<sup>[14]</sup>。最近一项研究也表明,联合优化法加西酞普兰片可有效改善此病患者焦虑、睡眠等症状,疗效确切<sup>[15]</sup>。案例中通过联合沟通宣教、前庭康复训练、中医针灸中药治疗效果可观。

### 3.2.3 发挥传统医学优势

近年来中医中药、针灸治疗此病疗效明显。国内王谢等人从肝论治,通过随机对照试验证明调肝止眩汤联合度洛西汀比单用西药更能有效改善患者头晕症状<sup>[16]</sup>。中医针刺不良反应少、适应症广、操作灵活、疗效可观,也逐渐被应用于其研究。多项研究表明中医针刺可有效改善患者头晕、焦虑等症状<sup>[17-19]</sup>。

对比西医, 中医对此病有着较为独到的认识。虽然在中医历代医书古籍中未明确记载此病病名, 但依据其主症特点, 中医将其归属于“眩晕”、“郁病”范畴, 认为其病因多情志不畅, 肝郁为其病机关键<sup>[20]</sup>。并且, 相对于西医, 中医在疾病治疗上更侧重于机体的功能。因此, 对于功能性疾病, 个人认为运用中医治疗更为恰当。但目前中医在 PPPD 研究刚起步, 试验研究以小样本为主, 未来仍需要广大中医学者深入研究。

### 3.2.4 早发现早治疗

对于大部分疾病都应及早发现及早诊疗, 作为一个独立性疾病, PPPD 也不例外。其作为一种持续的慢性功能性疾病, 及早诊治可有效减轻患者症状甚至有助于患者彻底恢复<sup>[21]</sup>。研究发现, 对于其前身疾病 CSD 患者, 在触发事件发作后 8 周内开始接受 3 个疗程的认

知行为治疗, 随访 6 个月后, 患者的头晕症状减轻。案例中患者早发现早治疗后症状可得到显著改善。因此, 早发现, 及早治疗对于其治疗、预后也甚为关键。

## 4 展望

案例中患者未完善焦虑抑郁量表评测为本案不足之处, 未来需要做好教育宣传工作, 提高甚至普及国人对此类疾病认识; 目前仍缺乏 PPPD 国内流行病学资料, 为了解国内患病情况以指导疾病诊疗, 未来需要尽快完善国内此类疾病的大样本流行病学数据。

不可否认, PPPD 作为一种慢性功能性疾病, 涉及学科众多, 症状表现也错综复杂, 临床辨识该病实属不易, 其正确诊疗对于临床医师也挑战巨大。因此, 未来迫需临床医师在日常工作中不断对其进行归纳总结。

## 参考文献:

[1] 李康之, 刘博, 顾平等. 持续性姿势-感知性头晕 (PPPD) 诊断标准: Bárány 学会前庭疾病分类委员会共识. 神经损伤与功能重建. 2020. 15(02): 63-72.

[2] Teh CS, Prepageran N. The impact of disease duration in persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) on the quality of life, dizziness handicap and mental health. J Vestib Res. 2022. 32(4): 373-380.

[3] Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. Pract Neurol. 2018. 18(1): 5-13.

[4] 吕斌. 持续性姿势-感知性头晕, 你了解吗. 江苏卫生保健. 2020.(10):10.

[5] 吴子明, 孙新宇. 眩晕领域应重视精神心理性眩晕. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志. 2016.30(12):1006-1008.

[6] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res. 2017.27(4):191-208.

[7] 付长永, 闫福岭. 持续性姿势-感知性头晕的误诊及过度检查原因分析. 临床误诊误治. 2022.35(09):5-8+21.

[8] 王圆圆, 韩军良. 持续性姿势-知觉性头晕的

诊疗回顾及体会. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志. 2021.35(10):935-937.

[9] 谭璐璐, 何乾超, 陈兴华等. 小醒脑针刺法联合度洛西汀对持续性姿势-知觉性头晕患者心理状态、平衡功能及睡眠质量的影响. 现代生物医学进展. 2021. 21(12):2314-2317.

[10] Herdman D, Evetovits A, Everton HD, et al. Is persistent postural perceptual dizziness a helpful diagnostic label? A qualitative exploratory study. J Vestib Res. 2021. 31(1):11-21.

[11] Stone J, Carson A, Hallett M. Explanation as treatment for functional neurologic disorders. Handb Clin Neurol. 2016.139: 543-553.

[12] 曹振汤, 鞠奕, 赵性泉. 持续性姿势-知觉性头晕治疗进展. 中国医学前沿杂志(电子版). 2021.13(04):6-11.

[13] Axer H, Finn S, Wassermann A, Guntinas-Lichius O, Klingner CM, Witte OW. Multimodal treatment of persistent postural-perceptual dizziness. Brain Behav. 2020.10(12):e01864.

[14] 赵华芳, 许蕾, 巩祥胜, 等. 盐酸舍曲林联合心理干预及视觉脱敏训练治疗持续性姿势知觉性头晕疗效观察. 脑与神经疾病杂志. 2020.28(02):86-90.

[15] 张志军, 王宝亮, 赵铎. 联合优化法加西酞普兰片治疗持续性姿势知觉性头晕的疗效及对抑郁和睡

眠状况、MOCA 和 BBS 评分的影响. 中医研究. 2022. 35(05): 33-37.

[16] 王谢, 谢道俊, 陈宏, 等. 调肝止眩汤加减联合度洛西汀治疗持续姿势-知觉性头晕的临床疗效观察. 时珍国医国药. 2019. 30(08): 1900-1903.

[17] 刘寅, 曲冠霖, 李秀玲, 等. 通督定眩针刺治疗持续性姿势-知觉性头晕的临床观察. 中国民间疗法. 2022. 30(05): 34-37.

[18] 赵旋, 李万婷. 小醒脑针刺法联合西药治疗持续性姿势-知觉性头晕 29 例. 湖南中医杂志. 2021. 37

(02): 53-56.

[19] 李芹, 王希文, 康伟阁, 等. 头穴丛刺长留针法治疗持续性姿势-知觉性头晕临床研究. 上海针灸杂志. 2020. 39(10): 1280-1284.

[20] 李荣荣, 彭伟, 吴宏赞. 基于情志致郁探讨持续性姿势-知觉性头晕肝郁化火证的治疗. 中医药导报. 2021. 27(11): 183-186.

[21] 朱翠婷, 鞠奕. 精神心理性头晕. 中国卒中杂志. 2017. 12(09): 854-858.

---

项目基金：广西名中医刘泰传承工作室；广西中医药适宜技术开发与推广项目；项目编号：(GXSY20-29)

---

#### 作者简介：

尚诗洁（1998-），女，四川宜宾，硕士研究生在读，研究方向：脑血管病中西医结合防治研究；

黄荣深（1995-）男，广西梧州市，在读研究生，研究方向：中医脑病防治研究。

通讯作者：谭璐璐（1983-）女，广西南宁市，硕士，副主任医师，硕士研究生导师，主要从事脑血管疾病防治研究。