



· 论 著 ·

手法复位与甲磺酸倍他司汀片联合治疗良性发作性位置性眩晕临床疗效分析

舒振宇 杨春云 杨雪英 (怀化市第五人民医院 湖南 怀化 418000)

摘要:目的 手法复位与甲磺酸倍他司汀片联合治疗良性发作性位置性眩晕临床疗效分析。方法 选取我院 74 例良性发作性位置性眩晕患者作为研究对象,根据患者入院时的编号,采用随机分配法分为观察组和对照组各 37 例。对照组仅通过手法复位进行治疗,观察组在此基础上联合甲磺酸倍他司汀片进行治疗,对比两组患者的临床疗效。结果 治疗前,两组 DHI 评分无明显差异, $P > 0.05$;治疗后,两组 DHI 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组, $P < 0.05$;观察组复发率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论 手法复位与甲磺酸倍他司汀片联合治疗良性发作性位置性眩晕具有良好的临床疗效,能有效改善患者临床症状,降低复发率,保证患者生活质量,值得在临床推广应用。

关键词:手法复位 甲磺酸倍他司汀片 良性发作 位置性眩晕

中图分类号: R441.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 16-050-02

良性阵发性位置性眩晕指的是当机体头部运动达到固定位置时出现的短暂性眩晕,一般持续时间在 30s 以内,是临床中较常见的疾病^[1]。临床实践发现,手法复位对患者具有良好的临床疗效,具有一定的可行性与安全性。但单纯的手法复位复发率较高,反复治疗对患者的生理与心理也带来了巨大的压力,不利于患者的康复^[2]。本次研究通过手法复位与甲磺酸倍他司汀片联合治疗的方式进行治疗,效果明显。具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取我院 2015 年 7 月至 2017 年 7 月共 74 例经 Dix-Hallpike 试验证实为阳性的良性发作性位置性眩晕患者作为研究对象,根据患者入院时的编号,采用随机分配法分为观察组和对照组各 37 例。观察组中男性 21 例,女性 16 例,年龄 31-76 岁,平均年龄 (48.46 ± 2.26) 岁,病程 2-16d,平均病程 (10.28 ± 1.13) d;对照组中男性 20 例,女性 17 例,年龄 30-74 岁,平均年龄 (48.55 ± 2.41) 岁,病程 3-17d,平均病程 (10.49 ± 1.12) d。两组患者性别、年龄、病程等基本资料对比差异不明显 ($P > 0.05$),证明研究具备可比性。

1.2 方法

对照组仅通过手法复位进行治疗,一般采用 Epley 手法,具体方法如下:使患者正坐于床上,医务人员引导患者取仰卧悬头位,头部先向患侧旋转约 45° ,逐渐复位摆正,再向健侧旋转 45° 。此时引导患者将身体也逐渐转向健侧,保持侧卧位不变,旋转头部,约偏离仰卧位 135° ,坐起,头部前倾约 20° 。若患者临床症状无明显改善,则应反复该过程,直到眩晕、眼震等症状消失。手法复位治疗后,应叮嘱患者尽量维持直立头位,避免头部过度前倾或后倾,睡眠时采用健侧半卧位,防止复发。当临床症状消失时间 ≥ 48 h,即可恢复正常活动;观察组手法复位方法与对照组相同,此外,给予患者甲磺酸倍他司汀片(国药准字: H20100025,广东世信药业有限公司),根据患者的病情,1-2 片/次,3 次/d,餐后口服。两组患者均治疗 1 周左右。

1.3 观察标准

对比两组患者治疗前后 DHI(眩晕障碍评分量表)评分以及复发率。DHI 评分主要包括功能、情感、躯体三个维度,共 25 个项目,满分 100 分,患者得分越高,表示眩晕的影响越严重。

1.4 统计学分析

将研究的结果导入至 Excel 中,经核对确认后,通过 SPSS16.0 软件进行统计学分析,其中 DHI 评分对比采用 t 检验,复发率对比采用卡方检验,若 $P < 0.05$,则证明具备统计学意义。

2 结果

2.1 DHI 评分对比

治疗前,两组 DHI 评分无明显差异, $P > 0.05$;治疗后,两组 DHI 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组, $P < 0.05$ 。如下表 1 所示:

表 1: 两组患者 DHI 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
观察组	37	59.02 ± 14.31	4.04 ± 3.65	22.645	< 0.05
对照组	37	58.78 ± 15.02	19.51 ± 2.53	15.683	< 0.05
t	/	0.070	21.189	/	/
P	/	> 0.05	< 0.05	/	/

2.2 复发率对比

观察组复发率低于对照组, $P < 0.05$ 。如下表 2 所示:

表 2: 两组患者复发率对比[n(%)]

组别	例数	复发率
观察组	37	5 (13.51)
对照组	37	20 (54.05)
χ^2	/	13.592
P	/	< 0.05

3 讨论

良性阵发性位置性眩晕在临床中发生率较高,一般在患者头部运动到某一固定位置时出现,发作时间 ≤ 30 s,同时可能出现特征性眼球震颤等临床症状。目前医学界对该病的发生机制还未形成统一结论,多数研究人员认为与椭圆囊斑脱落,且沉积在半规管上有关^[3]。根据患者的病因,可以将其分为特发性与继发性两种,其中特发性的发生率较高,为 34%-68%。

临床中一般通过手法复位的方式对患者进行治疗,疗效明显,能有效改善患者的临床症状。其原理是按照一定的规律改变患者头部位置,使半规管中的耳石在重力影响下,逐渐回到前庭中,从而消除患者的眩晕症状^[4]。但这种治疗方式也存在一定的局限性,治疗后复发率较高,反复治疗对患者的身心均造成了巨大的负担,不利于患者的康复,同时也浪费了大量的医疗资源。对患者进行手法复位时应注意以下几方面^[5]:第一,保证头部与颈部的协调,避免运动中扭伤颈部;第二,在头部、体位变动时保持匀速;第三,翻身时,医务人员应指导患者采用轴位翻身的方法,避免颈部、腰部受伤;第四,手法复位的疗效直接取决于医务人员的手法以及患者配合度。治疗后,部分患者可能出现头晕、头沉等症状,一般与复位后再负荷有关。

本次研究显示,治疗前,两组 DHI 评分无明显差异, $P > 0.05$;治疗后,两组 DHI 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组, $P < 0.05$;观察组复发率低于对照组, $P < 0.05$ 。

(下转第 53 页)



开腹手术虽然在小儿肠套叠的治疗中能够获得简单、有效的治疗效果,但是由于该手术方式对患儿机体的创伤较大,因此导致患儿术后由于切口疼痛而无法在早期下床,加之开腹手术对患儿腹腔的干扰较大,因此导致了开腹手术治疗后患儿的并发症风险较高,不利于术后早期恢复。不仅如此,临床实践还指出,采取开腹手术对肠套叠患儿实施治疗,存在一定的肠坏死和肠穿孔的风险。并且由于在采取开腹手术治疗的过程中,手术切口较大,术中会对手术切口产生较大的牵拉,且治疗过程中患儿的一部分肠管会暴露在切口处,从而增加患儿切口感染、出血等并发症的发生率。因此,一方面考虑到小儿的机体状况,另一方面考虑到开腹手术所具备的这些特征,开腹手术并不是一种理想的小儿肠套叠治疗手段。空气灌肠虽然是一种无创治疗方式,也能够收取一定的临床疗效,但是其治疗失败率较高,且患儿在治疗后易出现复发,因此,该治疗方式也不是临床首选的小儿肠套叠疗法。

鉴于空气灌肠和传统开腹手术治疗的不足,临床引入了腹腔镜手术疗法对肠套叠患儿实施治疗^[5]。腹腔镜手术是建立在腹腔镜技术发展的基础上,属于微创手术范畴。腹腔镜手术已经引入到小儿肠套叠的临床治疗中来,即获得了广泛的认可,主要是由于腹腔镜手术所具备的以下几点优势:其一是腹腔镜能够对病变部位进行准确的诊断,且对患儿的创伤较小,有效的缩小了手术切口,减少了出血。且与传统开腹手术相比,显著降低了开腹手术对肠管表面的损伤,不仅如此还能够有效减少开腹手术治疗过程中的体液蒸发,对患儿全身的新陈代谢具有良好的保护作用。因此,在手术治疗后,不仅能减轻患儿的疼痛感,同时利于患儿术后的胃肠功能快速康复,从而加快患儿的术后康复速度,缩短患儿的住院时间^[6]。其二是在手术实施过程中,医生可以利用腹腔镜进入了患儿的腹腔内,由于腹腔镜能够拥有清晰而广阔的手术视野,因此有利于手术医生在较短的时间内准确的找到发生肠套叠的肠管位置,并准确地对肠套叠的类型见判断,这对于合理进行手术处理,确保顺利的进行手术治疗均具有十分重

要的意义^[7]。其三由于腹腔镜手术的微创性,加之手术过程中对患儿腹腔干扰较小,因此显著的降低了患儿术后的各类并发症发生率,也缩短了术后胃肠功能的恢复时间^[8]。鉴于此,腹腔镜手术是目前治疗小儿肠套叠的最佳治疗方式。

本次研究也充分证实了腹腔镜手术在小儿肠套叠治疗中所具有的以上临床优势,腹腔镜组患儿不管是手术时间、术中出血量还是术后排气时间、住院时间,均较开腹手术组患儿具有显著的优势 $P<0.05$;且术后的切口感染、肠梗阻、肠粘连等并发症发生率,显著较低 $P<0.05$ 。

综上所述,腹腔镜手术治疗小儿肠套叠对患儿机体创伤较小,且手术并发症较少,临床治疗安全性较高,患儿术后恢复较快,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 李学远, 陈红兵, 李健, 等. 12例经脐单孔腹腔镜治疗小儿肠套叠临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(16): 1769-1770.
- [2] 李新刚. 小儿肠套叠腹腔镜复位与传统开腹复位的临床疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2014, 24(14): 75-76.
- [3] 陈钦涛, 何荣佳, 冯晓川, 等. 腹腔镜手术与开腹手术治疗小儿急性肠套叠对比分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(12): 1586-1588.
- [4] 陈钦涛, 何荣佳, 冯晓川, 等. 腹腔镜手术与开腹手术治疗小儿急性肠套叠对比分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(12): 1586-1588.
- [5] 张亦鹏, 方志宏, 于忠勤, 等. 腹腔镜手术治疗小儿急性肠套叠32例分析[J]. 江苏医药, 2015(12): 1465-1466.
- [6] 卢贤聪, 黄河, 高群, 等. 腹腔镜手术治疗小儿急性肠套叠36例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2015, 16(10): 360-361.
- [7] 周致红, 于文涛, 曲金龙, 等. 腹腔镜下肠套叠复位术[J]. 中华小儿外科杂志, 2016, 27(9): 496-497.
- [8] 杨纲, 蒋文军, 曹李明, 侯昉, 王学军, 刘文英. 不同年龄组肠套叠患儿的临床特点分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2014, 10(2): 151-152.

(上接第50页)

具体原因如下:甲磺酸倍他司汀片属于组胺类衍生物,其结构、活性与组胺具有一定的相似性,能有效扩张患者血管。患者服用后,该药物会选择性的作用于小脑、大脑、脑干、内耳等位置,改善区域的血液循环,合理调节内耳以及周围毛细血管的通透性,有效消除内耳淋巴水肿,增加颈内动脉血流量,改善脑组织循环,从而改善患者的眩晕症状。另一方面,该药物还具备促进平滑肌的收缩、扩张外周血管、提高血管通透性等功能,能有效提高患者的平衡能力。联合手法复位的治疗方式,不仅能迅速改善患者的临床症状,同时也能有效调节患者机体内部的平衡,从而降低复发率,保证患者预后。

综上所述,手法复位与甲磺酸倍他司汀片联合治疗良性发作性位置性眩晕具有良好的临床疗效,能有效改善患者临床症

状,降低复发率,保证患者生活质量,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 王兆霞, 张新江, 刘斌, 等. 良性发作性位置性眩晕患者残余头晕的危险因素分析[J]. 中华神经科杂志, 2013, 46(8):527-530.
- [2] 周永, 李胜利, 郭啸鸣, 等. 管石复位法治疗良性发作性位置性眩晕的短期和长期效果[J]. 中风与神经疾病杂志, 2013, 30(9):827-830.
- [3] 李鹏宇, 张洪, 王燕萍, 等. 良性发作性位置性眩晕患者治疗后复发的影响因素研究[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(16):70-73.
- [4] 周永, 郭啸鸣, 李胜利, 等. 良性发作性位置性眩晕的复发及其影响因素分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(15):2509-2511.
- [5] 高欢, 冯艳蓉, 徐家立, 等. 手法复位不同类型良性发作性位置性眩晕的预后[J]. 临床神经病学杂志, 2014, 27(1):67-69.

(上接第51页)

锌中锌是人体必需微量元素,锌可参与多种含锌酶和锌依赖酶合成及分泌,也直接影响胃肠道黏膜重吸收功能。采取葡萄糖酸锌治疗可有效促进胃肠道功能恢复,提升黏膜重吸收功能,减少患儿体液丢失,改善患儿生命活动;且补锌可促进机体酶及相关蛋白质形成,改善机体免疫力,进一步改善患儿腹泻症状^[5]。采取微生物制剂联合葡萄糖酸锌治疗时不仅可促进患儿肠道菌群紊乱恢复,还可提升患儿肠黏膜功能恢复,提升机体免疫力,因此患儿疗效更优,恢复更快。

综上,小儿轮状病毒性腹泻采取微生物制剂联合葡萄糖酸锌治疗疗效优良,可促进患儿早日康复。

参考文献

- [1] 辛明杰. 微生物制剂联合葡萄糖酸锌治疗小儿轮状病毒性腹泻的临床效果研究[J]. 饮食保健, 2015, 2(21):8-9.
- [2] 魏晓峰. 微生物制剂联合葡萄糖酸锌治疗小儿轮状病毒性腹泻的临床观察[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(8):168-169.
- [3] 陈敏. 微生物制剂联合葡萄糖酸锌治疗小儿轮状病毒性腹泻28例疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(12):137-138.
- [4] 蒋艳云. 小儿轮状病毒性腹泻血锌水平变化及葡萄糖酸锌治疗观察[J]. 中外医学研究, 2016, 14(13):139-140.
- [5] 俱永生, 王小红. 双歧杆菌四联活菌片配合葡萄糖酸锌对小儿轮状病毒性腹泻症状的影响[J]. 心理医生, 2017, 23(6):156-157.