

心理干预联合手法复位对良性位置性眩晕治愈后 残余头晕疗效及生活质量研究^①

方芳,邓晓清,张立湘,罗玉球

(广西南宁市第八人民医院神经内科,广西 南宁 530001 E-mail:625925737@qq.com)

摘要:目的 探讨心理干预联合手法复位对良性位置性眩晕治愈后残余头晕疗效及生活质量的影响。方法 选择符合诊断标准病例 100 例。将入选病例按照随机数字表法分两组:①治疗组(继续手法复位及家庭习服治疗);②对照组。每组 50 例。干预方法:两组病人均按常规给予治疗内科基础疾病(如高血压病、糖尿病、心脏病等);治疗组继续采用手法复位(手法复位方法包括管结石复位法、Semont 管石解脱法,根据受累半规管决定治疗方法,每日 1 次及家庭 Brandt-Daroff 练习,每天 3 次,每次 10~20 遍),心理干预每周 1 次。观察指标:良性位置性眩晕治愈当天、第 3 d、此后每周 1 次,直至头晕完全消失时所用时间及眩晕障碍量表(DHI 量表)、中文版 SF-36 健康调查量表(SF-36)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)。结果 ①治疗组残余头晕完全消失时间为(18.8±6.1) d,对照组为(48.3±5.4) d。②心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后治疗组 SF-36 维度计分高于对照组、DHI 计分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。③心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 HAMA 分值治疗组较对照组明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$);HAMD 评分两组均下降,较治疗前差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 心理干预联合手法复位治疗能显著缩短残余头晕时间、提高患者生存质量、减轻患者焦虑、抑郁情绪。

关键词:心理干预;手法复位;良性位置性眩晕;头晕;生活质量

中图分类号: R741.041

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2016)05-0487-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.05.010

良性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是一种阵发性、由头位变动引起的,伴有特征性眼震的短暂性发作性眩晕,是最常见的前庭疾病。一些患者在手法复位成功之后仍有一些非特异性主观症状,表现为每日均存在的非旋转性头晕、行走不稳感、飘浮感等,呈持续性或头部活动、行走和站立时出现,不伴恶心、呕吐,称为眩晕后残余症状,即眩晕后头晕^[1],对患者生活、心理均产生一定影响,本研究使用心理干预联合手法复位,应用眩晕障碍量表(DHI 量表)、中文版 SF-36 健康调查量表(SF-36)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估 BPPV 患者治愈后残余头晕疗效及生活质量的影响。旨在为改善 BPPV 治愈后头晕患者生活质量、焦虑抑郁提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2014 年 1 月—2015 年 12 月在南宁市第八人民医院神经内科、耳鼻喉科诊断为 BPPV 治愈但残余头晕患者,其中男性 39 例,女性 61 例,34~81 岁,平均年龄(60.2±4.6)岁,病程 3 h~15 d,平均病程(4.3±2.1) d。纳入标准:符合 BPPV 诊断标准,

经手法复位治愈(符合治愈标准),但残余头晕。BPPV 诊断标准:参照中国《眩晕诊治专家共识》^[2] BPPV 诊断标准:①眩晕发作与头位变化相关,眩晕一般持续在 1 分钟之内,无耳蜗受损症状;②没有神经系统阳性体征,Dix-hallpike 等检查时诱发眩晕与向地性眼震。疗效评估:参照 2006 年中华医学会耳鼻咽喉科学分会贵阳标准^[3]:痊愈:眩晕和位置性眼震完全消失。排除标准:①严重心、肝、肾等脏器功能不全;②未控制的精神病;③中枢性眩晕;④严重的颈椎病、脊柱畸形等不能完成 Dix-Hallpike 试验和手法复位治疗者;⑤不能交流及 MMSE 评分排除认知功能障碍。入选患者均签署知情同意书并得到医院医学伦理委员会准许。

1.2 治疗方法 选择符合诊断标准病例 100 例。将入选病例按照随机数字表法分两组:①治疗组(继续手法复位及家庭习服治疗);②对照组。每组 50 例。治疗组中男性 20 例,女性 30 例,37~79 岁,平均年龄(58.2±3.8)岁,病程 3 h~13 d,平均病程(4.1±2.3) d。对照组中男性 19 例,女性 31 例,34~81 岁,平均年龄(61.4±4.3)岁,病程 5 h~15 d,平均病程(4.5±1.9) d。干预方法:两组病人均按常规给予治疗内科

① 基金项目:广西壮族自治区卫生厅课题(Z2014454)

基础疾病(如高血压病、糖尿病、心脏病等);治疗组继续采用手法复位(手法复位方法包括管结石复位法、Semont 管石解脱法,根据受累半规管决定治疗方法,每日 1 次及家庭 Brandt—Daroff 练习,每天 3 次,每次 10~20 遍),心理干预每周 1 次。

1.3 观察指标 良性位置性眩晕治愈当天、第 3 d、此后每周 1 次,直至头晕完全消失时所用时间及眩晕障碍量表(DHI 量表)、中文版 SF-36 健康调查量表(SF-36)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)。如头晕未能消失,随访时间为 3 个月。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检

验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 通过 3 个月随访,BPPV 治愈后残余头晕患者治疗组残余头晕完全消失时间为(18.8 ± 6.1) d,对照组为(48.3 ± 5.4) d。治疗后治疗组残余头晕完全消失时间较对照组明显缩短,差异有统计学意义($t = 25.065, P < 0.001$)。

2.2 SF-36 计分比较 心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义,治疗后治疗组 SF-36 维度计分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 SF-36 问卷评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体功能	46.72±20.10	78.42±21.12 ^{ab}	48.15±18.20	51.36±11.32
躯体角色	31.53±25.21	75.85±35.08 ^{ab}	36.22±16.82	38.56±14.63
肌体疼痛	66.41±21.29	77.81±23.18 ^{ab}	68.12±10.82	67.15±22.01
总的健康状况	47.41±18.83	69.22±18.32 ^{ab}	45.67±18.34	47.04±21.31
活力	45.06±17.36	76.45±16.24 ^{ab}	48.22±23.09	55.38±17.68 ^c
社会功能	51.58±19.23	73.29±24.39 ^{ab}	50.29±18.77	56.28±24.18
情感角色	48.35±16.28	81.29±21.07 ^{ab}	51.62±14.22	67.18±15.21 ^c
心理健康	62.16±18.14	79.81±16.33 ^{ab}	64.12±19.78	67.24±17.11
条目总分	371.48±72.08	614.56±80.12 ^{ab}	375.36±69.02	428.55±59.42

注:治疗组治疗后与治疗前比较,a: $P < 0.05$;治疗组治疗后与对照组治疗后比较,b: $P < 0.05$;对照组治疗后与治疗前比较,c: $P < 0.05$

2.3 DHI 计分比较 心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后治疗组 DHI 计分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 DHI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
功能	17.26±6.22	4.11±0.12 ^{ab}	18.13±7.56	16.12±5.62
情感	22.18±5.81	6.37±0.37 ^{ab}	20.94±4.16	15.29±4.06 ^c
躯体	10.23±2.67	2.26±0.45 ^{ab}	11.78±3.04	10.59±2.39
总分	50.12±13.42	12.58±0.82 ^{ab}	49.55±13.21	43.23±10.86

注:治疗组治疗后与治疗前比较,a: $P < 0.01$;治疗组治疗后与对照组治疗后比较,b: $P < 0.05$;对照组治疗后与治疗前比较,c: $P < 0.05$

2.4 HAMA 计分比较 心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 HAMA 分值治疗组较对照组下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 HAMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	50	16.12±5.14	3.75±1.68 ^{ab}
对照组	50	15.86±4.84	13.89±4.16

注:与治疗前比较,a: $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,b: $P < 0.05$

2.5 HAMD 具体计分比较 心理干预联合手法复位治疗前,两组患者差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 HAMD 分值治疗组较对照组下降,但差异无统计学意义($t = 0.926, P = 0.357$)。见表 4。

表 4 两组患者 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	50	17.12±4.32	7.81±2.15 ^a
对照组	50	17.72±5.68	8.24±2.48 ^a

注:与治疗前比较,a: $P < 0.05$

3 讨论

根据特征性的位置性眩晕、没有神经系统阳性体征、Dix-hallpike 等检查时诱发眩晕与向地性眼震可以确诊为 BPPV。手法复位疗效得到业界一致认同,并以其安全、有效得到推荐。一些患者在手法复位成功之后仍有一些非特异性主观症状,表现为每日均存在的非旋转性头晕、行走不稳感、飘浮感等,呈持续性或头部活动、行走和站立时出现,不伴恶心、呕吐,被称为眩晕后残余症状,即眩晕后头晕^[1],影响患者工作、生活。王兆霞等^[1]对 284 例良性位置性眩晕患者复位后,发现 158 例复位成功后出现残余头晕,达 55.63%。这种残余头晕的发生机制尚不完全清楚,部分学者认为与眩晕后的急性心理应激状态有关,即为一种焦虑症状^[4];也有学者提出部分耳石未能完全复位,可能导致轻微的眩晕,但不足以引起眼球震颤^[5];女性受雌激素波动的影响,特别是在患有更年期综合征时会增加 BPPV 发病的倾向^[6];班雅洁^[7]认为:良好的医患关系更需要医生和患者之间的沟通和交流,与莫碧珍^[8]的研究发现一致:医学科学精神与医学人文精神弥合是现代医学发展的需要。故本研究使用心理干预联合手法复位,应用眩晕障碍量表(DHI 量表)、中文版 SF-36 健康调查量表(SF-36)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估 BPPV 患者治愈后残余头晕疗效及生活质量的影响。

SF-36 量表被广泛应用于人群健康状况检测^[9],由 36 个单项组成,包括 8 个维度:躯体功能、躯体角色、肌体疼痛、总的健康状况、活力、社会功能、情感角色和心理健康。各维度计分采用累加法,按最后题值计算原始分数,再以标准公式计算转换分数,最终得分在 0(最差)~100 分(最好)。DHI 量表广泛应用于评价 BPPV 不同程度的平衡障碍。其评分有功能、情感、躯体 3 方面。2 种量表联合使用能更好地评价 BPPV 患者的生活质量及头晕程度。由表 1、表 2 得知,BPPV 治愈后残余头晕患者治疗前后 SF-36 与 DHI 量表中各维度的评分差异均有统计学意义,说明 BPPV 治愈后残余头晕患者经过心理干预及手法复位后生活质量得到明显提高,达到正常人水平。而对照组中,SF-36 量表仅活力、情感角色维度治疗前后差异有统计学意义,总分并未达到正常水平;DHI 量表被广泛用于评估不同类型平衡障碍患者的健康相关生活质量评估^[10],其中情感项目差异有统计学意义,总分较 3 个月前略降低,差异无统计学意义。考虑与以下原因有关:①部分患者的残余头晕能自行缓解,与文献报道相似;②部分患者长期头晕后能逐渐适应头晕对日常生活带来的不适感,如能渐渐出门散步、在人行道上行走,能参加部分社会活动,如外出吃饭等(DHI 量表评

分内容),故活力维度有所提高;③部分患者逐渐调整心态,接受患病事实,对眩晕的压抑感减轻、不害怕一个人在家从而在情感角色维度分值得到提高。而对照组患者仍有平衡功能障碍并伴随恶心、呕吐、呼吸脉搏增快等,造成患者工作、生活能力下降^[11]。

焦虑及抑郁障碍评定分别采用 HAMA 和 HAMD(17 版),焦虑、抑郁被广泛报道存在于头晕患者^[12],由表 3、表 4 得知,经过治疗后患者焦虑、抑郁程度均有明显减轻,差异有统计学意义,提示心理干预联合手法复位能改善患者焦虑、抑郁程度。值得注意的是,未经过治疗的患者抑郁程度亦明显减轻。推测残余头晕患者在情绪障碍方面,焦虑程度重于抑郁程度且抑郁情绪好转较焦虑快。

通过我们的研究证明,心理干预联合手法复位对良性位置性眩晕治愈后残余头晕患者有良好疗效,能显著缩短残余头晕时间,提高患者生活质量,减轻焦虑抑郁,值得临床推广应用。

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] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治专家共识.中华神经科杂志,2010,43:369-374.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科学会.良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估(2006 年,贵阳)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42:163.
- [4] Pollak L, Klein C, Rafael S, et al. Anxiety in the first attack of vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 128: 829-834.
- [5] Di Girolamo S, Ottaviani F, Scarano E, et al. Postural control in horizontal benign paroxysmal positional vertigo. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2000, 257: 372-375.
- [6] Ogun OA, BuKi B, Cohn ES, et al. Menopause and benign paroxysmal positional vertigo [J]. Menopause, 2014, 21(8): 886-889.
- [7] 班雅洁.从医患关系看当前医患沟通教育[J].右江民族医学院学报,2015,37(2):329-330.
- [8] 莫碧珍,罗春潮.基于“斯诺命题”的医学发展思考[J].右江民族医学院学报,2016,38(2):233-235.
- [9] 郑锴,任丽平,王柳行. SF-36 量表用于人群健康调查的应用[J]. 环球市场信息导报, 2015(49): 210-212.
- [10] 章燕燕,吴承龙,钟芳芳. DHI 量表在老年位置性眩晕复位后残余症状评估中的应用[J]. 中华全科医学, 2014, 12(9): 1373-1375.
- [11] 张素珍. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社, 2007: 1-13.
- [12] 蒋子栋,高帆,温彦华. 难治性眩晕的初步临床分析[J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10(2): 155-158.

收稿日期:2016-09-22;修回日期:2016-10-12