

良性阵发性位置性眩晕残余症状的康复治疗

张庆玲, 张丹

摘要 目的:探讨良性阵发性位置性眩晕(BPPV)残余症状的康复治疗疗效。**方法:**BPPV患者128例,随机分为对照组和研究组各64例,对照组进行常规治疗,研究组进行综合性康复治疗。比较2组患者治疗有效率、症状持续时间、眩晕障碍量表(DHI)评分、医院焦虑抑郁量表(HADS)评分。**结果:**与对照组比较,研究组治疗有效率更高($P<0.05$),研究组颈部不适、头晕、走路不稳症状持续时间更短($P<0.05$);干预前,2组DHI评分差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,2组DHI评分明显降低,但与对照组比较,研究组DHI评分降低更明显($P<0.05$);干预前,2组HADS-T、HADS-A评分差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,HADS-T、HADS-A评分明显降低,与对照组比较,研究组HADS-T、HADS-A评分降低更明显($P<0.05$);与对照组比较,研究组血流动力学指标更低($P<0.05$)。**结论:**对BPPV患者进行综合性康复治疗指导,可改善患者临床症状,提高生活质量,缓解焦虑抑郁情绪,维持正常血流动力学指标。

关键词 良性阵发性位置性眩晕;残余症状;康复治疗

中图分类号 R741;R493 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20210321

本文引用格式:张庆玲, 张丹. 良性阵发性位置性眩晕残余症状的康复治疗[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(7): 389-391. 409.

作者单位

华中科技大学同济医学院附属同济医院耳鼻咽喉头颈外科

武汉 430030

收稿日期

2020-11-03

通讯作者

张丹

1317848692@qq.

com

Rehabilitation of Residual Symptoms of Benign Paroxysmal Positional Vertigo ZHANG Qing-ling, ZHANG Dan. Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract Objective: To explore effects of rehabilitation of residual symptoms of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). **Methods:** A total of 128 patients were randomly divided into control group and study group with 64 patients in each. The control group was given routine treatment, and the study group was given comprehensive treatment. The therapeutic efficiency, duration of symptoms, dizziness handicap inventory (DHI), and hospital anxiety depression scale (HADS) of the 2 groups were compared. **Results:** Compared with the control group, the study group showed a higher effective rate ($P<0.05$) and a shorter duration of neck discomfort, dizziness, and walking instability ($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in DHI scores between the two groups ($P>0.05$). After intervention, DHI scores in the two groups were significantly decreased, and DHI scores in the study group were more significantly decreased than that of the control group ($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in HADS-T and HADS-A scores between the two groups ($P>0.05$). After intervention, HADS-T and HADS-A scores were significantly decreased in both groups, and the decrease in the study group was more significant ($P<0.05$). The hemodynamic indexes of the study group were lower compared with those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Comprehensive treatment for patients with benign paroxysmal positional vertigo can improve clinical symptoms, improve quality of life, relieve anxiety and depression, and maintain normal hemodynamic indexes.

Key words benign paroxysmal positional vertigo; residual symptoms; rehabilitation treatment

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)为临床多发外周性眩晕疾病,发病率高达42%^[1]。主要表现为头位变动时剧烈的眩晕,伴恶心、呕吐等自主神经症状。该病危害性较大,影响患者正常工作生活^[2]。临床常用耳石手法复位法进行复位治疗,虽能在一定程度上改善患者临床症状,但患者复位后仍会伴颈部不适、头晕、走路不稳等症状,同时患者易出现紧张、焦虑、慌张情绪,害怕BPPV复发^[3]。因此,临床对患者进行康复训练指

导非常重要。本研究选取2018年1月至2021年1月我院收治的128例BPPV患者,分别对其进行常规康复治疗 and 综合康复治疗,希望改善患者的负面情绪,缩短症状恢复时间,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月至2020年1月我院收治的BPPV患者128例。纳入标准^[4]:临床资料完整,签署知情同意书;年龄大于18岁,

认知功能正常;符合BPPV诊断标准,依据中华耳鼻咽喉头颈外科学学会于2017年发布的BPPV诊疗指南,诊断为后半规管或水平半规管耳石症;研究期间未参与其他临床研究;可接受随访。排除标准^[5]:颈性眩晕、中枢性眩晕;头部外伤史、耳部疾病;神经系统或自身免疫系统疾病;药物依赖史;精神障碍、存在语言交流障碍;上半规管裂综合征、迷路炎、庭神经元炎、突发性耳聋、梅尼埃病、等前庭系统疾病;有严重心、肝、肺、肾疾病。将患者随机分为2组各64例:①对照组,男34例,女30例;年龄20~70岁,平均(56.6±1.1)岁;②研究组,男33例,女31例;年龄20~70岁,平均(56.7±1.2)岁;2组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过本院医学伦理委员会审核通过。

1.2 方法

2组均给予常规手法复位,使沉积在半规管的耳石复位,根据患者耳石类型的不同采用不同手法复位:Epley复位法主要用于后半规管耳石症的复位治疗,是目前临床上最常见的一种治疗方法;Barbecue复位法主要用于水平半规管耳石症的复位治疗。研究组还给予综合性训练指导:①了解患者症状、发病原因、持续时间,依据患者具体情况选择合适干预方法。②心理疏导:关注患者情绪变化,通过述说、音乐、倾听方式疏导患者,加强交流与沟通。患者对疾病有关知识了解度相对较低,应对临床治疗方法、治疗过程中注意的问题进行讲述,纠正患者的错误想法,多举例过往治疗成功案例,提高患者对治疗的信心与依从性。③体位指导:取患者强制体位,成功复位后适当抬高床头,以45°为宜,然后取患者半卧位,垫高其头部并保持直立位,持续48 h,根据患者实际病情决定是否需要应用颈托进行固定。告知患者进行头部前倾或者后仰等动作时幅度不宜过大,成功复位48 h后可适量活动。强制体位对患者自理能力会产生一定的影响。④前庭康复干预:医护人员应依据患者自身状况,选择适合患者的康复项目,每位医护人员负责一位患者,依据患者自身耐力确定训练强度与时间。坐位转动头部:将食指在正前方固定,眼睛注视,在垂直与水平方向将头部最大限度转动。卧位转动头部:最大限度左右方向将头部转动,制定一个目标眼睛持续注视。转动眼球:固定头部,食指在正前方,眼睛凝视,眼睛随食指走动,上下或水平转移视力。复位后3 d进行干预,共持续干预1月。⑤健康宣教:通过分发健康知识小册子、面对面讲解等形式使患者了解BPPV的发病原因、治疗方法、效果等,加深患者对自身病情的认识,可提高其治疗依从

性。复位成功后保持强制性头位对于改善其病情有重要意义,提前告知治疗期间各类禁忌和注意事项,规范其治疗行为。⑥随访1月,医护人员对患者每周进行1次电话随访,了解患者康复情况、用药依从性及疾病复发情况,提醒患者定期到院复查。

1.3 观察指标

1.3.1 症状持续时间统计 统计颈部不适、头晕、走路不稳症状持续时间。

1.3.2 眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评估 治疗前和治疗后7 d,应用DHI评估患者眩晕程度,共包含25个条目,躯体性、功能性、情绪性3项职能,总分100分,分数越低,眩晕症状改善更明显^[6]。

1.3.3 医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)评估 治疗前和治疗后7 d,应用HADS中的焦虑亚量表(HADS-A)和(HADS-T)对患者焦虑抑郁程度进行评价,分数越低,抑郁焦虑程度越轻,>8分为存在抑郁或焦虑。

1.3.4 疗效^[7]评价 无效:治疗后患者症状无明显变化,甚至加重;有效:治疗后患者症状改善明显;显效:临床症状消失,DHI评分明显提升。有效率为有效与显效例数和与总例数比值。

1.3.5 血流动力学指标检测 抽取患者空腹静脉血5 mL,以3 500rpm离心10 min。应用LG-B-190型血细胞变形仪检测全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原等血流动力学指标,相关操作依据说明书进行^[8]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件分析数据,正态分布的计量资料以(均数±标准差)表示,非正态分布的计量资料转化后以(均数±标准差)表示,独立样本t检验;计数资料以率表示, χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效对比

对照组显效36例(56.3%),有效20例(31.3%),无效8例,有效率87.5%;研究组显效41例(64.1%),有效21例(32.8%),无效2例(3.1%);与对照组比较,研究组的治疗有效率更高($\chi^2=6.857, P<0.05$)。

2.2 2组症状持续时间对比

对照组颈部不适(13.8±5.2)d,头晕(18.8±7.5)d,走路不稳(14.4±5.9)d;研究组颈部不适(11.8±4.4)d,头晕(13.1±7.9)d,走路不稳(9.1±4.6)d;与对照组比较,研究组颈部不适、头晕、走路不稳症状持续时间更短($t=14.268, P<0.05; t=15.027, P<0.05; t=15.682, P<0.05$)。

2.3 2组DHI评分对比

干预前,2组DHI评分差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,2组DHI评分明显降低,但与对照组比较,研究组DHI评分降低更明显($P<0.05$),见表1。

表1 2组DHI评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	躯体性评分		功能性评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	64	6.2±2.3	4.6±1.2	12.2±4.5	5.6±2.8
研究组	64	6.4±2.0	3.5±1.3	12.1±4.3	4.3±2.2
t值	/	0.527	15.683	1.786	14.892
P值	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	情绪性评分		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	64	7.4±2.9	4.8±2.5	25.8±9.4	14.7±6.5
研究组	64	7.3±2.8	3.2±2.1	26.1±9.3	10.6±5.5
t值	/	0.968	17.832	1.254	15.871
P值	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 2组HADS-T、HADS-A评分对比

干预前,2组HADS-T、HADS-A评分差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,2组HADS-T、HADS-A评分明显降低,与对照组比较,研究组HADS-T、HADS-A评分降低更明显($P<0.05$),见表2。

表2 2组HADS-T、HADS-A评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HADS-T评分		HADS-A评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	64	10.9±1.4	9.3±1.2	12.2±1.6	10.2±1.2
研究组	64	10.8±1.3	8.0±0.9	11.8±1.5	6.9±0.9
t值	/	1.863	15.724	0.968	14.857
P值	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 血流动力学指标比较

干预前,2组的血流动力学指标差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,与对照组比较,研究组的血流动力学指标更低($P<0.05$),见表3。

3 讨论

当前临床主要采用耳石复位方法对BPPV患者进

行临床治疗,通常情况下,经复位,患者临床症状会明显改善或消失,也有部分患者会出现残余症状,持续时间高达数月,患者不良情绪明显,影响康复效果^[9]。残余症状的发病原因尚不明确,可能是因为微量残留耳石存在于半规管内,患者改变体位后会伴头晕等症状^[10]。临床研究证实,较球囊功能受损,BPPV患者的椭圆囊功能受损更严重,主要因为眼肌前庭会诱发异常肌源性电位^[11]。患者伴残余症状,与椭圆囊功能障碍具有较大相关性。另外,前庭功能损害会破坏平衡系统,患者伴走路不稳、头晕等相关症状,患者需要在较长一段时间内恢复^[12]。其次,患者长时间保持强迫性体位,会出现颈部僵硬、头晕等症状,影响睡眠质量^[13]。研究表明,BPPV患者的负面情绪、躯体化等问题较严重。当前临床过多关注患者复位后残余头晕症状治疗与预防,但对其他残余症状关注度较低^[14]。因此,临床学者应对其足够重视,本研究对患者进行综合性康复治疗,通过疾病咨询、心理治疗干预、体位指导、前庭康复干预、健康宣教、院后随访等一系列综合性治疗,取得较好效果^[15]。

本研究结果显示,干预前,2组的DHI评分无明显差异($P>0.05$),干预后2组DHI评分明显降低,且研究组DHI评分降低更明显($P<0.05$);干预前,2组HADS-T、HADS-A评分无明显差异($P>0.05$),干预后,2组的HADS-T、HADS-A评分明显降低,且研究组的HADS-T、HADS-A评分降低更明显($P<0.05$)。这表明,在改善患者负面情绪方面,较常规治疗,综合康复治疗效果更显著,患者治疗依从性更高,有利于病情恢复。本研究结果显示,与对照组比较,研究组的颈部不适、头晕、走路不稳症状持续时间更短($P<0.05$),研究组的血流动力学指标更低($P<0.05$)。结果表明,临床康复锻炼可改善BPPV患者颈部不适、头晕、走路不稳等残余症状,且能够改善患者的血流动力学指标。

综上所述,对BPPV患者进行综合性康复训练,效果理想,可改善患者临床症状,提高生活质量,缓解焦虑抑郁情绪,维持正常血流动力学指标。因此,综合性康复治疗值得广泛应用。但本研究由于样本不足,且

表3 血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	全血高切黏度/(mPa·s)		全血低切黏度/(mPa·s)		血浆黏度/(mPa·s)		红细胞压积/%		纤维蛋白原/(g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	64	6.8±0.4	6.1±0.3	11.4±1.5	10.3±1.4	1.8±0.5	1.6±0.4	50.5±3.3	46.8±2.2	5.3±0.4	4.7±0.4
研究组	64	6.7±0.5	5.5±0.3	11.2±1.3	8.3±0.8	1.9±0.5	1.3±0.2	49.8±3.2	21.4±1.8	5.4±0.6	2.6±0.3
t值	/	1.638	14.785	0.985	16.724	1.234	16.785	0.721	18.724	0.724	15.869
P值	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表2 3组治疗前后心理状态及ADL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HAMA 评分		HAMD 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	22	21.62±2.65	18.63±2.61 ^①	20.95±2.31	16.32±2.12 ^①
被动训练组	22	20.98±2.98	16.23±2.61 ^{①②}	21.06±1.98	14.95±2.34 ^{①②}
联合组	22	21.29±2.81	13.01±2.55 ^{①②③}	20.86±2.51	11.02±1.98 ^{①②③}

组别	ADL 评分		
	治疗前	治疗1年	治疗2年
对照组	43.26±3.62	51.69±4.15 ^①	63.21±3.69 ^{①②}
被动训练组	40.19±3.98	51.69±4.15 ^①	63.21±3.69 ^{①④}
联合组	43.01±3.56	56.98±2.65 ^{①②}	70.59±1.59 ^{①②④}

注:与治疗前比较,^① $P<0.05$;与对照组比较,^② $P<0.05$;与被动训练组比较,^③ $P<0.05$;与治疗1年比较,^④ $P<0.05$

参考文献

[1] 王丽萍, 陈真, 李梅, 等. 我国6省市脑卒中流行病学调查及危险因素分析[J]. 中国病案, 2017, 18: 97-100.
[2] Chen J, Cui C, Yang X, et al. MiR-126 Affects Brain-Heart Interaction after Cerebral Ischemic Stroke[J]. Transl Stroke Res, 2017, 8: 374-385.
[3] 沈友进, 王丹, 万婷玉, 等. 丁苯酞软胶囊治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床效果[J]. 中国当代医药, 2017, 24: 48-50.

[4] 李艳艳, 杨春琴, 唐富琴, 等. 脑卒中患者运动自我效能与神经功能缺损的相关性研究[J]. 中国医药科学, 2017, 7: 178-180.
[5] 文晏, 杨辉. 脑卒中患者生命质量相关因素分析及心理治疗的影响[J]. 中国医药导报, 2018, 15: 98-101.
[6] 蔡金乐, 刘改芬, 宋彦丽, 等. 全球脑卒中流行情况及其危险因素研究回顾[J]. 中国综合临床, 2014, 30: 437-439.
[7] 孙海欣, 王文志. 我国脑卒中流行状况及其防控策略[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50: 881-884.
[8] 吕晓辉. 卡子湾社区居民脑卒中流行现状及危险因素分析[D]. 新疆医科大学, 2014.
[9] 秦莉花, 黄娟, 李晟, 等. 脑卒中流行病学及与性激素的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38: 241-245.
[10] 张艳, 马婕, 陈剑苹. 抬高患肢和被动运动对脑卒中肩手综合征患者康复效果的影响[J]. 护理学杂志, 2014, 29: 69-71.
[11] 李范强, 梁海棠, 吴巧云. 早期强化认知功能训练结合被动运动对脑卒中患者康复的影响[J]. 广东医学, 2015, 36: 581-583.

(本文编辑:王晶)

(上接第391页)

研究年限较短,可能对研究结果准确性产生影响。所以,需纳入更多符合条件的样本进行更深一步研究,为患者提供更安全且有效的康复方法。

参考文献

[1] 吴沛霞, 刘建平, 王武庆, 等. 良性阵发性位置性眩晕患者复位后残余症状的干预策略: 单中心随机对照试验[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 56: 41-46.
[2] Pollak L, Michael T. Bilateral Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo Tends to Reoccur[J]. Otol Neurotol, 2019, 40: 946-950.
[3] 陈垚钊, 庄惠文, 吴旋, 等. 内耳出血致突发性聋伴眩晕患者临床特点分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 54: 495-500.
[4] 李娜, 宋林燕. 综合护理干预对良性阵发性位置性眩晕患者焦虑的影响[J]. 徐州医学院学报, 2019, 39: 388-390.
[5] Saruhan G, Gkay A, Gkay F, et al. Cervical vestibular evoked myogenic potentials in patients with the first episode of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo before and after repositioning[J]. Acta Oto-laryngologica, 2020, 141: 1-5.
[6] 申园, 朱翠婷, 李一青, 等. 良性阵发性位置性眩晕与前庭性偏头痛患者焦虑抑郁状态比较研究[J]. 中国卒中杂志, 2019, 1: 756-759.
[7] 王玥, 上官翰京, 蔡成福. 睡眠对良性阵发性位置性眩晕影响的研究

进展[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2020, 175: 114-118.
[8] 杨琪, 朱文娟. 前庭康复训练改善良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的疗效分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2019, 27: 340-343.
[9] Ding L, Lin T, Zhou X, et al. Analysis of related factors of recurrence in horizontal semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo: a pilot study[J]. Acta Otolaryngol, 2019, 140: 1-6.
[10] 付衍朋, 樊兆民. Epley复位联合倍他司汀治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕疗效的Meta分析[J]. 中华耳科学杂志, 2020, 18: 180-185.
[11] 李哲, 孙萌, 李奇洙, 等. 手法复位联合天麻素及康复治疗对老年良性阵发性位置性眩晕患者的临床疗效[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2019, 18: 132-135.
[12] Ichijo H. A new treatment (the affected-ear-up 90° maneuver) for benign paroxysmal positional vertigo of the lateral semicircular canal[J]. Acta Oto-Laryngologica, 2019, 139: 1-5.
[13] 齐佳, 赵静, 王孟冬. 后半规管良性阵发性位置性眩晕手法复位的疗效分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2019, 27: 432-433.
[14] Rodrigues DL, Ledesma A, Oliveira C, et al. Effect of Vestibular Exercises Associated With Repositioning Maneuvers in Patients With Benign Paroxysmal Positional Vertigo[J]. Otol Neurotol, 2019, 40: e824-e829.
[15] 张进英. 新型综合康复护理对急性缺血性卒中患者认知功能障碍, 焦虑, 抑郁与疾病复发的作用[J]. 广东医学, 2020, 41: 269-273.

(本文编辑:王晶)