

·短篇论著·

药物治疗配合前庭康复训练对眩晕患者疗效的研究*

宋 岩¹ 白伟良¹ 马秀岚^{1,2}

眩晕是一种因空间定向紊乱所引起的运动错觉^[1]。眩晕是临床常见疾病,多数患者在急性发作后仅通过支持治疗症状可较快消除,但仍有部分患者的症状持续存在,可严重影响生活和工作^[2]。随着社会的老齡化与工作压力的增大,眩晕的发生率在不断增长,65岁以上老人眩晕或平衡失调疾患的发生率男性为39%,女性为57%^[3]。当眩晕发作时,平衡功能障碍更为明显,极易跌倒,从而引起许多并发症。作者对眩晕门诊177例患者进行药物加康复综合治疗,并进行生存质量随访,探究综合治疗对临床各种眩晕患者的疗效,以期为临床治疗提供帮助。

1 对象与方法

1.1 对象

研究对象为2008年7月—2008年12月我院耳鼻咽喉—头颈外科门诊182例眩晕患者,男性76例,女性106例;年龄7—76岁,其中40岁以下51例,41—60岁83例,60岁以上48例。全部患者经门诊诊断明确,其中:梅尼埃病68例;椎基底动脉供血不足43例;良性位置性眩晕22例;突聋伴眩晕21例;偏头疼伴眩晕14例;前庭神经元炎7例;迟发性迷路积水2例;急性脑卒中2例;外淋巴漏1例;颅内肿瘤2例。

除急性脑卒中、外淋巴漏、颅内肿瘤患者外,其余177例患者均在自愿情况下参加本实验研究,并签署知情同意书。

1.2 前庭康复训练方法

良性位置性眩晕患者采用Epley管石复位法进行手法复位^[4],具体方法:①患者坐于治疗台上,在治疗师帮助下迅速取仰卧位并把头伸出台边,然后向患侧扭转45°。②头逐渐转正,继续向健侧偏斜45°。③将受试者头部连同身体一起向健侧翻转,使其侧卧于治疗台上,头部偏离仰卧位达135°维持。④恢复坐位,头前倾20°。上述过程反复进行,直到任一位置均无眩晕和眼震出现再重复2、3次。痊愈后无需再进行复位治疗,如复发可再次行复位治疗。

其他患者采取提高前庭功能训练共进行4周,每周3次,每次10min。训练内容包括:①提高姿势稳定的训练:双脚尽

量并拢站立,可用手扶墙,左右转头,同时注视前面墙壁,持续1min。在保持平衡状态下,尽可能长时间地将手离开墙壁,并试着将双足靠得更紧。②提高凝视稳定的训练:患者手持名片于前方看清楚,头部与卡片在水平方向来回反向移动,同时眼睛始终注视卡片的字迹练习1min。头部作垂直运动及用全视野刺激来重复上述练习1min。上述练习的目的是帮助患者锻炼运动中维持视觉稳定与平衡的综合练习^[5]。

1.3 眩晕程度评估方法

应用洛杉矶加利福尼亚大学(UCLA)眩晕问卷^[6]评价患者眩晕程度。该问卷共有5个问题,本文选择前4个问题。经过专业讲解后,于确诊当时填写眩晕患者自评表,对症药物加康复综合治疗1个月后,再次以调查问卷形式进行随访。受试者根据发病的频率和强度来描述自己的症状,每个问题有5个递进的程度,分别为1,2,3,4,5分,最后统计每种疾病的各项平均分及总分。眩晕自评问卷内容:①眩晕情况:很少出现、有时出现、约1/2时间有、经常有、持续有;②眩晕程度:非常轻、轻度、中等、中度—重度、重度;③眩晕发作时对日常生活的影响:完全没有影响、日常活动不受限、日常活动多数不受影响、眩晕妨碍多数活动的完成、不能进行日常的活动;④眩晕对生存质量的影响:没有影响、有一些影响、有中度影响、有很大影响、有严重影响。

1.4 统计学分析

全部数据采用SPSS 10.0统计软件进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果与讨论

结果见表1。

随着人口老齡化及生活饮食习惯的改变,眩晕的发生率逐渐上升。该疾病对患者日常活动和生存质量都有较大的影响。因此,准确的诊断,及时有效的治疗是十分重要的。由于眩晕病因复杂,表现各异,往往涉及临床多学科,因此我们采用系统综合治疗,以期取得良好疗效。

适当给予患者抗晕药。眩晕往往伴随恶心、呕吐症状,抗晕药中含有止吐成分,可减轻患者临床不适感。呕吐较重不

* 基金项目:辽宁省博士启动基金

1 中国医科大学附属盛京医院耳鼻咽喉科,沈阳,110004;2 通讯作者
作者简介:宋岩,女,住院医师;收稿日期:2009-04-03

表 1 不同类型眩晕患者 UCLA 眩晕问卷得分情况

($\bar{x} \pm s$)

眩晕患者的病因	例数	眩晕发生频率	眩晕程度	对日常生活的影响	生存质量的影响	治疗前 ^① 总分	治疗后总分
梅尼埃病	68	2.4±0.38	3.7±0.56	4.1±0.68	3.7±0.45	13.9±2.25	7.3±0.84
椎基底动脉供血不足	43	3.8±0.77	2.4±0.37	3.8±0.44	4.1±0.59	14.1±2.14	7.2±0.87
良性位置性眩晕	22	3.5±0.69	1.5±0.12	1.8±0.13	1.9±0.13	8.7±0.98	5.1±0.78
突聋伴眩晕	21	1.1±0.08	3.4±0.34	3.2±0.44	2.3±0.32	10.0±1.15	5.4±0.69
偏头疼伴眩晕	14	1.7±0.12	2.2±0.21	3.1±0.38	2.1±0.28	9.1±0.94	5.0±0.66
前庭神经元炎	7	2.3±0.26	3.2±0.38	2.5±0.22	3.5±0.44	11.5±1.31	6.4±0.74
迟发性迷路积水	2	3.3±0.68	2.6±0.45	2.7±0.52	3.4±0.77	12.0±2.24	6.5±0.78

①治疗前后不同眩晕病因患者总分相比均有 $P < 0.05$

能进食者,应给予静脉给药,但抗晕药起效快,作用时间短,只适用于缓解呕吐症状,应配合病因治疗。

耳科门诊眩晕患者多以前庭系统病变为主,根据病因进行治疗才能取得长久持续的治疗效果,目前临床用药原则为:①扩张微循环,增加脑血流量;②营养脑神经;③调节神经递质活性;④促进中枢代谢。扩张脑微循环最为重要,脑神经及毛细胞对缺血都十分敏感,缺血可引起供氧障碍,能量循环代谢停滞。血液黏稠,淤滞,也可引起脑灌注量减少,造成不可逆转的病理变化。任何神经活动均为耗氧过程,因此必须提供大脑大量糖、氧气及活性物质。病理情况下,内皮细胞和神经细胞膜受损,转运机制受损,因此临床给予营养脑神经,调节神经递质活性及促进中枢代谢药物。

前庭康复是一种治疗前庭系统疾病的物理疗法^[6],前庭康复训练可以缓解患者的症状并提高其对眩晕的耐受能力,其有效性和可靠性正在被越来越多的临床研究证实。前庭康复训练可通过多种不同的机制来促进前庭代偿的产生,主要机制有:①前庭适应。在一定条件下经长期或定期的前庭刺激,可使机体的前庭反应逐渐减弱。②替代。通过视觉和本体感觉系统训练来替代已丧失的前庭功能,从而提高维持机体平衡的能力。③习服。反复暴露于某种诱发刺激下,会导致前庭系统对该病理性反应的降低。

由于拥有无创、简单并疗效较好的特点,前庭康复训练已经成为眩晕治疗中不可缺少的手段。前庭康复训练是指专业人员设计的头、颈、躯体一系列的运动模式,通过该运动模式加快前庭代偿的发生,在缓解眩晕症状的同时帮助大脑重建良好的平衡状态^[7],中枢神经及前庭系统的可塑性和代偿能力是前庭康复训练的主要理论依据,由于中枢神经系统在小脑和脑干水平对病变产生感觉传入信号冲突所发生的神经元和神经化学反应过程^[8],这种变化需要适当的,反复视觉和本体感觉信号对中枢神经系统进行持续刺激,因此不论是中枢性,外周性还是混合型眩晕都存在前庭康复的可能。

眩晕是一种易使人产生恐惧的症状,患者常因恐惧、焦虑而影响生存质量。由于眩晕给患者带来的焦虑和抑郁症状发生频率高,因此眩晕的发作对日常活动和生存质量有较大的负面影响。面对此类患者,应该耐心解释疾病特点,治疗效果及预后情况,使患者认识到眩晕是可以治愈或好转的,使之消除恐惧,主动配合治疗,达到最好疗效。我们根据不同情况制定各自的康复治疗方,经过前庭康复治疗后加速前庭代偿过程,随着康复治疗的进行,患者运动及平衡的稳定性与准确性得到提高,对各种类型眩晕的治疗均取得了较为理想的疗效。

参考文献

- [1] 刘铤.内耳病[M].第1版,北京:人民卫生出版社,2006.55.
- [2] 刘波,孔维佳.直立海绵垫姿势描记在评定正常人和眩晕患者平衡功能中的重测信度研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):896—897.
- [3] Al-Azzawi LM,Mirza K, Kummoona R. The usefulness of the blink reflex in the early diagnosis of cranial nerve neuropathy associated with diabetes mellitus [J]. Electromyogr Clin Neurophysiol, 2004, 44 (6): 323—327.
- [4] Honrubia V, Bell TS, Harris MR, et al. Quantitative evaluation of dizziness characteristics and impact on quality of life [J]. Am J of Otolaryngol, 1996, 17: 595—602.
- [5] 王尔贵,吴子明.前庭康复[M].第2版,北京:人民军医出版社,2004:321—322.
- [6] 王尔贵,赵冀平,罗伟.前庭康复[J].中国康复医学杂志,2004,19(10):788—790.
- [7] Black FO,Pesznecker SC. Vestibular adaptation and rehabilitation [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg,2003,11:355—360.
- [8] Coelho DH, Lalwani AK. Medical management of Meniere's disease [J].Laryngoscope,2008,118:1099—1108.