

分析前庭康复训练对良性阵发性位置性眩晕(BPPV)患者复位后残余症状的改善情况

王建平

(沧州市中心医院 河北 沧州 061000)

【摘要】目的:分析前庭康复训练对良性阵发性位置性眩晕(BPPV)患者复位后残余症状的改善情况。**方法:**选取本院2020年01月—2022年01月间100例良性阵发性位置性眩晕(BPPV)复位后残余症状患者作为观察对象,采用等量电脑随机分组法,分为参照组(行常规治疗)和研究组(加以前庭康复训练),各50例,比较应用效果。**结果:**研究组总有效率高于参照组,复发率低于参照组,统计学意义显著($P<0.05$),低于参照组($P<0.05$),治疗前,两组DHI(眩晕残障程度评定量表)评分均较高,差异无统计学意义,治疗后,两组DHI评分均下降,且研究组低于参照组,统计学意义显著($P<0.05$),治疗前,两组BBS(Berg平衡量表)评分均较低,差异无统计学意义,治疗后,两组BBS评分均提高,且研究组高于参照组,统计学意义显著($P<0.05$),研究组社会能力、躯体功能、心理功能等生活质量评分均高于参照组统计学意义显著($P<0.05$)。**结论:**与常规治疗相比,增加前庭康复训练效果更加突出,可改善BPPV复位后残余症状,提高平衡功能,提高治疗效果,减少病情复发,改善生存质量,具有推广价值。

【关键词】前庭康复训练;BPPV;有效率;复发率;DHI评分;BBS评分;生活质量

【中图分类号】R764

【文献标识码】B

【文章编号】1002-8714(2023)07-0167-03

眩晕症是临床常见定位性障碍神经内科疾病,是由各种因素导致的位置性错觉、运动性错觉,该病病程长,预后良好,但复发率高,不易治愈。据相关数据统计,眩晕症是神经内科、耳鼻咽喉科就诊率较高的疾病,分别占比5%到10%、7%,在住院患者中占比7.6%,由此可见,该病发病率较高。临床按照病因不同将眩晕症分为周围性眩晕、中枢性眩晕,其中前者可包括良性阵发性位置性眩晕、耳硬化症、前庭神经炎等,后者可由脑出血、中毒、脑梗死等中枢性神经病变导致的脑性眩晕,根据临床症状不同可分为真性眩晕、假性眩晕,本次研究对象主要为良性阵发性位置性眩晕,又称为耳石症^[1]。该类型以反复出现位置性眩晕为特点,当脑部突然性变化体位时,患者可表现出短暂旋转型眩晕,同时可伴有不同程度特征性眼震,发病高峰期在四十岁以上,且女性发病率高于男性,发病率与年龄呈正比。该病部分患者可治愈,其他患者可采用耳石复位治疗,操作简单,可获得满意效果,改善眩晕等症状,但少数患者治疗后仍然存在头部昏沉、头晕等复位后残余症状,即残余头晕,患者主要表现在走路过程中有漂浮感,出现走路不稳、精神焦虑等症状,对其正常生活工作均产生负面影响,因此应采取相应康复训练,改善平衡功能障碍,改善生活质量^[2]。基于此,本研究以本院患者为例,对不同治疗方案临床效果展开对比,现阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2020年01月—2022年01月间100例良

性阵发性位置性眩晕(BPPV)复位后残余症状患者作为观察对象,采用等量电脑随机分组法,分为参照组、研究组,各50例。其中参照组男性10例,女性40例;最小35岁,最大65岁,平均年龄为(40.15±2.14)岁;最短病程1年,最长5年,平均病程为(3.17±0.50)年。研究组男性11例,女性39例;最小36岁,最大66岁,平均年龄为(40.18±2.15)岁;最短病程2年,最长6年,平均病程为(3.21±0.52)年。基本资料无较大差异($P>0.05$),符合比较标准。

诊断标准:符合《中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会》(2017年)^[3]中有关BPPV诊断标准;存在复位后残余症状;在短时间内改变体位时有持续性眩晕,且一般不超过1分钟;Roll试验、Dix-Hallpike试验阳性;存在不同程度头部昏沉、头晕等临床表现。

纳入标准:接受耳石复位治疗;知情实验内容,签署同意书。

排除标准:合并恶性肿瘤;合并精神类疾病,无法正常沟通;其他类型眩晕;合并严重脏器损伤类疾病;资料不全;视力严重损害;合并体位性低血压;合并前庭性神经元炎。

1.2 方法

1.2.1 参照组

本组患者予以常规治疗:予以甲磺酸倍他司汀(生产厂商:卫材(中国)药业有限公司;批准文号:国药准字H20040130)口服治疗,每天三次,每次6毫克到12毫克,于餐后服用;开展基础健康教育,针对BPPV原因、

临床表现、治疗方案展开具体解释,缓解其负面情绪。

1.2.2 研究组

本组患者加以前庭康复训练:根据患者具体病情及前庭康复临床实践指南,制定个性化康复训练方案,其训练强度由低到高,并符合患者身体耐受力,循序渐进,其内容包括凝视稳定性训练、姿势稳定性训练、日常生活锻炼等,具体训练方法如下:(1)凝视稳定性训练:指导患者坐于椅子或床上,上身挺直,食指置于眼球正前方并固定,距离眼球约60厘米,引导患者眼球持续注视前方食指,并做上下点头、左右摇头等动作,要求其在1分钟内动作频率保持在0.5Hz;取坐位,叮嘱患者训练过程中保持头部不动,在上述训练操作基础上由食指移动,分别向左、向右、向上、向下、斜方45°移动,眼球跟随食指移动,患者逐渐适应后可适当增加速度;取平卧位,以灯等天花板上的物体为目标,眼球顶住目标并最大限度做左右转头动作;引导病人呈“一字形”体位站立,以前方某物体为目标,做头部垂直、水平运动。(2)增强姿势稳定性训练:首先,引导病患独立直线行走,走路过程中以前方物体为目标,边走边做头部上下、左右运动,其次,指导患者睁眼、闭眼,并分别做躯干前后晃动、原地踏步训练。以上康复训练每天三次,每次十五分钟,连续训练一个月。(3)日常生活训练:鼓励患者独立完成日常活动,例如洗漱、进食、乘坐电梯等,并鼓励其积极参加各种运动比赛,例如跳绳、体操等,进一步锻炼平衡功能。

1.3 观察指标

1.3.1 对比治疗效果:判定标准如下,显效:头部昏沉、头晕、眩晕等症状完全消失,可恢复正常生活,有效:头部昏沉、头晕等症状明显改善,无效:头部昏沉、头晕等症状未改善,甚至加重,并发症影响恢复,有效率=(总例数-无效例数)*%。对患者进行为期半年的随访,统计病情复

发情况,计算复发率,复发率=(总例数-未复发例数)*%^[4]。

1.3.2 对比复位后残余症状改善情况:采用眩晕残障程度评定量表评分方式,评估内容包括躯体、功能、情感三个维度,其中躯体性分数共计28分,功能性分数共计36分,情感性分数共计36分,总分100分,分数越高表示眩晕残障程度更加严重,复位后残余症状改善情况不乐观,分别于治疗前、治疗后4周开展评价^[5]。

1.3.3 对比平衡功能改善情况:采用Berg平衡量表,共计闭眼站立、单腿站立、并脚站立等14个条目,每个条目0-4分,共计56分,其中0分表示患者无法完成动作,1分表示可在别人辅助情况下完成部分动作,2分表示在辅助条件下基本完成动作,3分为独立完成部分动作,4分为代表患者可独立且正常完成动作,分数越高代表平衡功能越好^[6]。

1.3.4 对比生活质量:使用SF-36(the Mos 36-item Short Form Health Survey)生活质量健康调查简表,对两组患者进行为期6个月的随访,评估护理前、护理后6个月生活质量,共36个条目,调查内容:社会能力、躯体功能、心理功能共三项,各项共计100分,0分表示最差,100分表示最优,评分与其生活质量呈正比例关系。

1.4 统计学分析

采用SPSS18.0软件进行统计处理,采用方差同质性检验方法,变量资料以“t”计算用($\bar{x} \pm s$)示。定性数据用 χ^2 核实,以(%)表达。各组数据服从方差相同的正态分布, $P < 0.05$ 为有显著差异。

2 结果

2.1 比较两组治疗效果及复发情况

研究组有效率高于参照组,复发率低于参照组,组间差异明显,有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 有效率、复发率对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率	复发率
研究组	50	40	9	1	98.00	0(0.00)
参照组	50	30	12	8	84.00	5(10.00)
	/	/	/	/	5.983	5.263
P	/	/	/	/	0.14	0.022

2.2 生活质量评分组间比较

研究组各项生活质量评分均高于参照组,组间差异明显($P < 0.05$)。见表2。

表2 生活质量评分组间比较[n($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	社会能力	躯体功能	心理功能
研究组	50	92.82±1.57	90.32±2.24	89.24±2.47
参照组	50	88.86±1.87	87.57±2.27	85.35±2.41
t	/	11.468	6.097	7.971
P	/	0.000	0.000	0.000

2.3 复位后残余症状改善情况组间比较

治疗前,两组 DHI 评分均较高,差异无统计学意义,治疗后,两组 DHI 评分均下降,且研究组低于参照组,统计学意义显著($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 DHI 评分组间比较 [$n(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	50	70.52±3.54	32.42±2.16
参照组	50	70.56±3.50	39.87±2.29
t	/	0.057	16.734
P	/	0.955	0.000

2.4 平衡功能改善情况组间比较

治疗前,两组 BBS 评分均较低,差异无统计学意义,治疗后,两组 BBS 评分均提高,且研究组高于参照组,统计学意义显著($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 BBS 评分组间比较 [$n(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	50	10.31±1.01	45.22±2.26
参照组	50	10.30±1.07	40.27±2.25
t	/	0.048	10.976
P	/	0.962	0.000

3 讨论

眩晕症病因复杂,基本病因可包括碳酸钙洁净颗粒脱落、内耳淋巴系统失调、中耳病变、晕动病、颅内血管性病、占位性病、感染性疾病、血液病、先天性视力减退、更年期综合征、颈椎及软组织病变等,常见诱发因素包括过度疲劳、脑力劳动及精神因素等,其中 BPPV 主要病因为碳酸钙洁净颗粒脱落。BPPV 患者多发病于卧位翻身、坐卧体位变化时,以强烈旋转性眩晕为主,头部有不稳定感,走路有漂浮感,持续时间约一分钟,可反复发作,且呈周期性特点,以耳石复位治疗为主。

本次研究对 BPPV 复位后残余症状前庭康复训练应用效果展开了重点分析,并从平衡功能改善情况、残余症状恢复情况等方面与常规药物治疗进行对比,得出以下结论:第一,研究组有效率高于参照组,复发率低于参照组,说明加以康复训练可获得更理想临床效果,同时经过一个月康复训练有助于患者养成良好训练习惯,并认识到康复训练的重要性,对减少病情复发起到了积极作用,降低复发率,而李楠等在研究中也得出了相同结论。第二,治疗前,两组 DHI 评分均较高,BBS 评分均较低,差异无统计学意义,治疗后,两组 DHI 评分均下降,且研究组低于参照组,两组 BBS 评分均提高,且研究组高于参照组,统计学意义显著,说明加以前庭康复训练有利于

改善患者平衡功能,降低眩晕残障程度,改善行走不稳、头部昏沉感等 BPPV 复位后残余症状。前庭系统是维持平衡关键部分,通过系统性康复训练,在不同条件下开展眼球凝视训练、眼部运动训练、行走平衡训练等,可提高视觉前庭交互,对前庭-脊髓反射进行适当调整,调节机体失衡状态。与此同时,张敏等在研究中也对 BPPV 复位后残余症状患者开展了前庭康复训练,其中康复组 DHI 评分更低,BBS 评分更高,与上述结论相符,进而证明本次研究具有一定合理性。第三,研究组各项生活质量评分均高于参照组,说明康复训练对改善患者生活质量起到了积极作用,在训练过程中会予以鼓励安抚,减少精神因素对病情的影响,增强信心,改善心理状态,通过各项锻炼逐渐恢复正常躯体功能,回归正常生活,改善生活质量,提高预后。

综上所述,与常规治疗相比,增加前庭康复训练效果更加突出,可改善 BPPV 复位后残余症状,提高平衡功能,提高治疗效果,减少病情复发,改善生存质量,值得临床推广和借鉴。

参考文献

- [1] 吴海英,梁晓萍,庞永艳,冯艳玲. 前庭康复训练对良性阵发性位置性眩晕患者耳石复位后残余症状的影响[J]. 华夏医学,2022,35(3):69-72.
- [2] 王彩莹. 前庭康复疗法在良性阵发性位置性眩晕中应用进展[J]. 四川医学,2022,43(3):305-307.
- [3] 汤定中,胡灿芳,余春丽,张磊,罗国君. 前庭康复联合银杏叶对老年原发性良性阵发性位置性眩晕患者复位后残余症状的疗效分析[J]. 贵州医药,2021,45(12):1938-1940.
- [4] 吴佳妮,陈志凌,乔祖康,陈艳春. 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,2021,29(6):414-417.
- [5] 谭惠荣. 前庭训练联合倍他司汀对良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余症状的疗效[J]. 实用医学杂志,2021,37(17):2262-2265.
- [6] 陆慧,柏雅瑾. 前庭康复对良性阵发性位置性眩晕患者走路不稳症状的治疗分析[J]. 临床内科杂志,2021,38(4):244-246.