

· 临床研究 ·

前庭康复训练联合认知行为疗法治疗慢性主观性头晕伴发焦虑的疗效观察

袁天懿 秦玲 唐建良 唐潮浪 赵金龙

【摘要】 目的 观察前庭康复训练(VR)联合认知行为疗法(CBT)对慢性主观性头晕(CSD)伴发焦虑的疗效。**方法** 将 98 例 CSD 伴发焦虑症状的患者,按照随机数字表法分为试验组(50 例)和对照组(48 例),所有入组患者汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分 ≥ 14 分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD) < 18 分。2 组患者均给予常规的前庭功能康复训练,试验组在此基础上给予 CBT。在治疗前和治疗第 4 周、第 8 周,采用眩晕残障程度评定量表(DHI)、HAMA 对 2 组患者进行疾病严重程度及焦虑状态评定。**结果** 治疗前,2 组患者各项指标间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗第 4 周,2 组 HAMA、DHI 及 DHI 各因子评分较治疗前均明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗 8 周,试验组 HAMA 评分 $[(8.71\pm 3.64)$ 分]、DHI 总分 $[(28.83\pm 12.80)$ 分]、DHI 各因子[躯体因子 (9.04 ± 4.15) 分、情感因子 (8.96 ± 4.30) 分和功能因子 (10.83 ± 4.65) 分]及对照组各项评分[HAMA 评分 (11.24 ± 3.15) 分、DHI 总分 (38.40 ± 11.59) 分和 DHI 躯体因子 (12.31 ± 3.88) 分、情感因子 (12.31 ± 3.86) 分、功能因子 (13.78 ± 4.07) 分]较治疗前、治疗 4 周均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗第 4、8 周,试验组 HAMA、DHI 及 DHI 各因子评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** VR 联合 CBT 有利于 CSD 患者的功能恢复,显著改善其所伴发的焦虑症状。

【关键词】 前庭康复; 认知行为疗法; 慢性主观性头晕; 焦虑

Vestibular rehabilitation combined with cognitive behavioral therapy relieves chronic dizziness and the associated anxiety Yuan Tianyi*, Qin Ling, Tang Jianliang, Tang Chaolang, Zhao Jinlong. * Department of Psychology, Jiaxing Hospital of the Zhejiang Armed Police Corps, Jiaxing 314100, China
Corresponding author: Yuan Tianyi, Email: 2027466358@qq.com

【Abstract】 Objective To assess the efficacy of combining vestibular rehabilitation with cognitive behavioral therapy in treating chronic subjective dizziness (CSD) and the associated anxiety. **Methods** A total of 98 anxious CSD patients were randomly divided into an experimental group ($n=50$) and a control group ($n=48$). All of the patients' scores on the Hamilton anxiety scale (HAMA) were no less than 14 and their scores on the Hamilton depression scale (HAMD) were less than 18. Systematic vestibular rehabilitation was given to the patients in the control group, while this was combined with cognitive behavioral therapy for the patients in the experimental group. All patients were evaluated using a dizziness handicap inventory (DHI) and the HAMA before treatment and in the 4th and 8th week of the treatment. **Results** Before the treatment there was no significant difference between the 2 groups in any of the assessments. After 3 weeks of treatment, the average HAMA score, DHI total score and its factor scores had decreased significantly. Four weeks later, the average HAMA score, DHI total score and its factor scores for somatization, emotion and function had improved significantly in both groups compared with before treatment and the scores after 3 weeks. After 3 and 7 weeks of treatment, the average HAMA score, DHI total score and its factor scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group. **Conclusion** Cognitive behavioral therapy amplifies the effects of vestibular rehabilitation in treating persons with CSD, in part by significantly relieving their anxiety.

【Key words】 Vestibular rehabilitation; Cognitive behavioral therapy; Dizziness; Anxiety

头晕/眩晕与情绪之间存在着非常密切的关系。神经生物学相关研究认为,头晕/眩晕与焦虑的关系更

为密切,且存在着双向交互作用,即头晕/眩晕的身心交互性反应^[1]。在此反应模式基础上,由 Staab 和 Ruckenstein 等^[2-4]提出了慢性主观性头晕(chronic subjective dizziness, CSD)的诊断新概念,现已得到国外神经科、耳科、精神科医生的认可。国外资料证实^[5-6],选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂和前庭康复训练(vestibular rehabilitation, VR)对 CSD 患者有确定疗

效。认知行为疗法(cognitive behavioral therapy, CBT)可有效治疗焦虑障碍患者,但对 CSD 患者的疗效尚未完全明确^[7]。本研究在 VR 基础上联合 CBT,观察联合治疗对 CSD 伴发焦虑患者功能恢复的影响,旨在为临床应用提供依据。

资料与方法

一、研究对象

纳入标准:①符合 Staab 和 Ruckenstein 所提出的 CSD 诊断标准^[4,5,7];②年龄 18~60 岁,性别不限,初中及以上文化程度;③研究前 3 个月内未使用过任何精神类药物及抗头晕药物;④血压均在正常范围,血常规、心电图、电测听、磁共振血管成像、头颈部血管多普勒超声及前庭功能等检查均无明显异常;⑤汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分 ≥ 14 分,汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)17 项评分 < 18 分;⑥受试者签署知情同意书,并经医院伦理委员会同意。排除标准:①脑器质性疾病,如痴呆、癫痫、脑卒中等;②严重躯体疾病,如严重颈部疾患、心力衰竭、肾功能不全、严重的出血性疾病、恶性肿瘤等;③重性精神疾病,如精神分裂症、躁狂症、偏执性精神障碍等;④活动性神经耳科疾病,如前庭神经炎、良性位置性眩晕、后循环缺血等;⑤有药物、酒精依赖或滥用史;⑥妊娠或哺乳妇女。

CSD 诊断标准^[4,5,7]:①持续性非旋转性头晕或主观性平稳失调(≥ 3 个月),至少包括 1 项下述症状,头昏;头沉;失平衡感;自觉脑内容物在旋转,但视野中的物体并无转移;感觉脚下的地面在移动;感觉自己与环境分离;②对运动高度敏感,持续对自身运动或环境中物体的移动高度敏感(≥ 3 个月);③视觉性眩晕,在有复杂视觉刺激的环境中或完成精细的视觉任务时症状加重;④经评估,无活动性内科、神经科或耳科疾病,无明确导致头晕的治疗或药物,既往可有导致真性眩晕发作或共济失调的疾病,但病因已解除;⑤头部的神经影像学检查正常;⑥平衡功能检查正常或非特异性异常,但不足以作出诊断。

选择 2013 年 10 月至 2014 年 10 月在武警浙江总队医院和桐乡市第一人民医院神经科、耳科治疗,且符合上述标准的 CSD 患者 98 例,按照随机数字表法分成两组,其中试验组 50 例,男 17 例,女 33 例;平均年龄(40.82 ± 12.36)岁;平均病程(2.39 ± 0.87)年。对照组 48 例,男 16 例,女 32 例;平均年龄(41.62 ± 13.21)岁;平均病程(2.43 ± 0.83)年。2 组之间一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均在康复科接受常规的前庭功能康复训

练^[5-6]。内容包括:①Cawthorne-Cooksey 训练——卧床时,眼球上下及两边运动,头部前屈、后仰及左右旋转;坐位时,耸肩、转肩及前弯腰拾物,睁眼到闭眼状态下从坐位到站位;站位时,双手互掷小球;移动时,睁闭眼屋内行走、上下坡、上下台阶;②习服训练——针对引起患者头晕的动作和体位,制订个体化训练计划,以足够快的速度和较大的幅度完成这些动作,从而产生轻到中度症状,通过反复刺激前庭,使前庭产生适应习服;③提高凝视稳定能力的训练——将写有文字的小视靶置于患者前方可见清处,头部与小视靶在水平和垂直方向来回反向移动,同时眼睛注视小视靶的字迹进行练习;④提高姿势稳定能力的训练——睁眼站立,直视正前方钉在墙上的小视靶,双脚自然分开,缓慢减少双脚足底支撑面,分别做双脚分开、合并、踮起脚跟的动作,由间隙性闭眼逐渐延长闭眼时间,从地板逐渐过度到不同物体表面上进行练习,练习时先展开双手,然后双手紧靠身体,最后交叉于胸前;步行时,让患者在毛毯、枕头、软垫、泡沫等材料上进行倒行,根据训练进展逐步加大练习的难度。共进行 8 周,每周 3 次,每次 15 min。

试验组在接受上述治疗方案的同时,由具有 5 年以上 CBT 治疗经验的心理科医师制订统一的认知行为治疗方案并予以实施,认知行为治疗(CBT)每周进行 1 次,每次 1~2 h,疗程 8 周,具体方法如下。

1. 心理支持、建立关系、签订契约:以尊重、温暖、热情、真诚的态度对待患者,理解其躯体不适感对工作、学习、生活带来的不便,帮助患者树立战胜疾病的信心;建立良好的治疗关系及治疗联盟;在治疗前签订治疗契约。

2. 健康宣教、认知评估:利用临床医学知识,用通俗易懂的语言给患者讲述头晕/眩晕的病因、解剖结构以及对功能的影响,并向患者传授心理健康知识;解释心理治疗的基本原理,让患者了解整个心理治疗的过程;通过访谈并运用自动思维问卷进行认知评估。

3. 症状的心理意义和认知作用:向患者讲解头晕等躯体不适与精神(心理)因素的关系,运用列举日常词句的方法,如心烦意乱、心急如焚、怒发冲冠、毛骨悚然等,加深患者对两者间相互关系的理解程度;向患者阐明情绪、行为和认知之间的关系,解释其不合理的认知方式及错误的认知推理对情绪与行为的影响,增强其参与心理治疗的意愿和信心。

4. 认知重建:帮助患者了解、识别产生焦虑情绪的非理性认知、不合理的思维,让其学习新的认知方式,重新构建立足于现实的、有利于解决问题的认知模式,如“有些事情不是像我想象中的那么糟糕,而是有些麻烦罢了”、“尽管由于某种原因不能如愿以

偿,导致我会产生失望感,但是我仍然能够挺得住”、“金无足赤,人无完人,我不应该凡事力求完美无缺”等,采用认知策略作业本布置必要的家庭作业,进行认知训练。

5.行为训练:教会患者正确使用胸腹式呼吸,肌肉渐进式松弛训练方法,指导其进行情景式的想象放松训练,帮助患者减轻生理和情绪反应。要求患者每日进行必要的自我训练,并布置家庭作业,请其在两次心理治疗的时间间隔内完成家庭作业。

三、评价指标

分别于治疗前、治疗第 4 周及第 8 周进行评定。采用眩晕残障程度评定量表(dizziness handicap inventory,DHI)^[8]评估 CSD 患者眩晕主观症状的严重程度,采用 HAMA 评估 CSD 患者所伴发的焦虑症状。DHI 评估方法:量表由 25 个问题组成,分别以总指数及情感、功能和躯体 4 个指标进行评定,每项问题均有 3 个答案,分别为“是、有时、无”,计分为“4、2、0”,0 分代表眩晕疾病对患者无影响,总分为 100 分,得分越高,说明眩晕对患者影响程度越重。DHI 分级标准:0~30 分提示轻微障碍,31~60 分提示中等障碍,61~100 分提示严重障碍。

四、统计学处理

采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行统计分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)形式表示,组内比较采用配对设计 *t* 检验,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

结 果

一、2 组脱落病例比较

入组 98 例患者中,试验组脱落 2 例,其中 1 例自行采取药物治疗方式,未按设定方案治疗退出研究,1 例因失访脱落;对照组脱落 3 例,其中 1 例因患者放弃前庭康复治疗自愿退出,2 例患者在康复治疗期间,自行服用抗眩晕药物而退出研究,两组脱落率差异无统计学意义($P>0.05$),共有 93 例患者最终完成 8 周治

疗,总脱落率 5.1%。

二、2 组患者治疗前后不同时间点 HAMA、DHI 及其各项因子评分比较

2 组患者治疗前各项指标评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第 4 周,2 组患者 HAMA、DHI 及各因子分值较治疗前均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗第 8 周,2 组 HAMA、DHI 及各因子分值较组内治疗前、治疗第 4 周明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗第 4 周、第 8 周,试验组 HAMA 及 DHI 各项评分改善明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

讨 论

CSD 在临床中较常见,主要涉及神经病学、耳科学和精神病学等众多学科,30%~50%的前庭功能障碍患者存在 CSD^[2-3]。Odman 等^[9]通过回顾性研究发现,CSD 占门诊头晕患者的 10.6%。2/3 的 CSD 患者基本是由短暂性躯体性疾病所诱发的急性眩晕或头晕,随着躯体性疾病的好转,未及时形成完全性代偿,持续性的非眩晕性症状逐渐发展成为 CSD^[7]。VR 通过特定锻炼来促进前庭代偿机制继续完善,逐渐形成较完全的代偿。有研究已证实 VR 的有效性和可靠性^[6]。此外,1/3 的 CSD 患者为原发性心因性或精神性所致,且与惊恐/焦虑特征显著相关^[7]。国外研究发现,79.3%的 CSD 患者伴发精神障碍,其中主要为焦虑^[9]。临床研究显示^[10],46.6%~48.5%的 CSD 患者存在焦虑,因此,单一的 VR 往往难以更好地改善 CSD 患者所伴发的焦虑症状。CBT 是一组心理治疗方法的总称,治疗过程采用各种认知矫正技术和行为治疗技术,目前 CBT 被认为是焦虑障碍心理治疗方法的金标准,现逐渐被运用于心身疾病的辅助治疗中,获得了较好疗效^[11]。

前庭康复治疗是使患者在控制条件下暴露于诱发刺激性刺激,通过循序渐进的锻炼促使前庭代偿机制形成,达到改善 CSD 患者的躯体症状,促进其功能恢复的目

表 1 2 组患者治疗前后不同时间点 HAMA、DHI 总分及其各项因子评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	DHI 总分	DHI-躯体	DHI-情感	DHI-功能	HAMA
试验组						
治疗前	48	63.04±11.63	18.63±3.78	20.21±3.90	24.21±4.87	19.79±3.97
治疗第 4 周	48	40.67±14.61 ^{ac}	13.08±4.37 ^{ac}	13.13±4.83 ^{ac}	14.46±5.76 ^{ac}	11.63±4.10 ^{ac}
治疗第 8 周	48	28.83±12.80 ^{abc}	9.04±4.15 ^{abc}	8.96±4.30 ^{abc}	10.83±4.65 ^{abc}	8.71±3.64 ^{abc}
对照组						
治疗前	45	62.27±11.15	18.31±3.76	19.96±4.08	24.00±4.18	19.64±4.07
治疗第 4 周	45	51.29±12.95 ^a	15.60±4.15 ^a	16.58±4.38 ^a	19.11±4.80 ^a	15.16±3.95 ^a
治疗第 8 周	45	38.40±11.59 ^{ab}	12.31±3.88 ^{ab}	12.31±3.86 ^{ab}	13.78±4.07 ^{ab}	11.24±3.15 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.01$;与组内治疗第 4 周比较,^b $P<0.05$;与对照组同时间点比较,^c $P<0.01$

的。根据心理行为治疗中的暴露疗法理论,即把能引起患者极大恐惧的刺激暴露给患者,置其于恐怖的情景中,取其物极必反效果,从而消除恐怖情绪,常被用于治疗恐怖症、焦虑症等^[12]。VR 对 CSD 患者焦虑、恐惧等情绪的改善可能与此有关。本研究结果表明,在治疗第 4、8 周,对照组 HAMA、DHI 及各因子评分均较治疗前显著下降($P<0.05$),提示 VR 能使 CSD 患者的头晕症状、功能障碍、焦虑症状等得到有效改善,与文献报道一致^[6]。对照组在治疗 8 周的各项指标评分与组内治疗 4 周比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明随着康复时间的延长,VR 的疗效能进一步提高。

目前 CBT 对 CSD 的疗效,国外研究结果不一致,但在联合药物治疗或 VR 时会产生额外的效应^[13-14]。本研究显示,试验组患者在 VR 基础上联合 CBT,在治疗 8 周, HAMA、DHI 及各因子评分较治疗前、治疗 4 周显著下降($P<0.05$),且各项指标评分在治疗 4、8 周均显著低于单一进行 VR 的对照组($P<0.05$),提示 CBT 在改善 CSD 伴发焦虑患者的躯体、情绪症状及功能方面,存在较好的附加效应。CBT 作用的产生主要基于焦虑是 CSD 精神生理模型的核心内容这一理论依据,头晕症状激活了人体内在的威胁反应(即战斗/逃跑)系统,增加了患者对运动刺激的感知度,在有易感气质的人体可导致 CSD 和焦虑,当焦虑被诱发时,会产生头晕等躯体症状,精神心理机制则维持了这些症状^[7]。CBT 通过纠正 CSD 患者的不合理认知,进行认知重建,并结合放松训练减轻或消除焦虑、恐惧等不良情绪及相应的生理反应,促使其症状的改善及功能恢复,从而产生治疗作用。有文献报道,在进行 VR 时,有些患者对暴露于诱发性刺激会感到很不舒服,出现治疗后焦虑反应加重的情况,而 CBT 中的解释、支持、行为放松等技术可以对此类情况进行及时、有效地干预,以减轻患者的情绪、心理反应,增强信心,保证康复治疗顺利进行,提高疗效^[7]。

综上所述,CSD 与焦虑之间密切相关,在常规 VR 的基础上联合 CBT 能更加有效缓解伴发焦虑 CSD 患者的躯体及焦虑症状,促进患者功能更好地恢复,但由于本研究观察时间较短,有待进一步深入探讨,以观察其长期疗效。

参 考 文 献

- [1] 翟丰,戴春富.周围性眩晕与焦虑障碍相互作用的神经生物学基础研究进展[J].听力学及言语疾病杂志,2010,18(5):508-511. DOI:10.3969/j.issn.1006-7299.2010.05.035.
- [2] Stabb JP. Chronic dizziness; the interface between psychiatry and neuro-otology[J]. Curr Opin Neurol, 2006,19(1):41-48.
- [3] Stabb JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety[J]. Laryngoscope, 2003, 113(10):1714-1718.
- [4] Stabb JP, Ruckenstein MJ. Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2007,133(2):170-176.
- [5] Stabb JP, Ruckenstein MJ. Chronic dizziness and anxiety: effect of course of illness on treatment outcome[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2005,131(8):675-679.
- [6] Honaker JA, Gilbert JM, Stabb JP. Chronic subjective dizziness versus conversion disorder: discussion of clinical findings and rehabilitation[J]. Am J Audiol, 2010,19(1):3-8. DOI: 10.1044/1059-0889(2009/09-0013).
- [7] 鞠奕,赵性泉.慢性主观性头晕[J].中国卒中杂志,2013,8(5):388-392.
- [8] 丁雷,刘畅,王嘉玺,等.眩晕障碍程度评定量表(中文版)的评价[J].中华耳科学杂志,2013,11(2):228-230. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2922.2013.02.014.
- [9] Odman M, Maire R. Chronic subjective dizziness[J]. Acta Otolaryngol, 2008, 128(10):1085-1088. DOI: 10.1080/00016480701805455.
- [10] 陈健华,黄颜,刘秀琴,等.慢性主观性头晕患者睡眠质量、疲劳严重程度及日间嗜睡情况调查[J].临床荟萃,2011,26(17):1486-1490.
- [11] Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence[J]. Dialogues Clin Neurosci, 2011, 13(4):413-421.
- [12] 孔燕,李敏.心理干预相关研究进展[J].重庆医学,2013,42(29):3567-3568. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.044.
- [13] Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization[J]. J Neurol, 2006, 253(4):500-506.
- [14] Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo[J]. J Neurol, 2007, 254(9):1189-1192.

(修回日期:2016-11-03)

(本文编辑:凌琛)