

35 例前庭阵发性患者治疗前后生活质量评估*

罗丽霞¹ 黎景佳² 叶虹¹ 李卓卫¹ 龚汉贤¹ 杨晓洁¹

[摘要] 目的:研究前庭阵发性(VP)患者抗癫痫药物治疗前后生活质量(QOL)的变化。方法:选取 2012-09—2015-09 期间在神经内科门诊就诊的 35 例 VP 患者,采用 SF-36 健康调查量表(SF-36)和眩晕障碍量表(DHI)对患者的 QOL 进行调查与评估,统计分析治疗前后 QOL 的改变。结果:VP 患者接受抗癫痫药物治疗 1 个月, SF-36 量表中生理功能、生理职能、总体健康、活力、社会功能和情感职能等 6 个维度评分较治疗前明显提高,差异有统计学意义($P < 0.01$);DHI 量表中的情感、功能、躯体评分和三项总分较治疗前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:抗癫痫药物可明显改善 VP 患者的 QOL, SF-36 和 DHI 量表能有效评估 VP 患者的 QOL。

[关键词] 前庭阵发性;卡马西平;生活质量;眩晕障碍量表

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.21.012

[中图分类号] R764.3 **[文献标志码]** A

The effect of topiramate or carbamazepine treatment on the quality of life in patients with vestibular paroxysmia

LUO Lixia¹ LI Jingjia² YE Hong¹ LI Zhuowei¹ GONG Hanxian¹ YANG Xiaojie¹

(¹Department of Neurology, the Affiliated Nanhai People's Hospital of Southern Medical University, Foshan, 528000, China; ²Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the First People's Hospital of Foshan)

Corresponding author: LI Jingjia, E-mail: li_jingjia@163.com

Abstract Objective: To study the effect of topiramate or carbamazepine treatment on the quality of life (QOL) in patients with vestibular paroxysmia (VP). **Method:** Thirty-five cases diagnosed as VP from September 2012 to September 2015 were retrospectively studied. Medical outcomes study short form(SF-36) and the dizziness handicap inventory(DHI) were used to analyze the QOL. **Result:** After topiramate or carbamazepine treatment for one month, the scores of physical function, role physical, general health, vitality, social functioning, role emotional in SF-36 were significantly increased than pre-treatment($P < 0.01$); and the scores of emotion, function and physiology in DHI were significantly decreased than pre-treatment($P < 0.01$). **Conclusion:** Topiramate and carbamazepine may obviously improve the QOL of VP patients. The SF-36 and DHI scales could reflect the change of QOL in VP patients.

Key words vestibular paroxysmia; carbamazepine; quality of life; dizziness handicap inventory

前庭阵发性(vestibular paroxysmia, VP)是一种引起眩晕的外周前庭疾病,在门诊头晕患者中占 3.2%~4.0%^[1-2]。近年来,随着对 VP 认识的加深,其发病率有增加趋势。反复多次眩晕发作对 VP 患者身体、心理均带来不良影响,使其生活和工作能力下降。目前,国内尚缺乏 VP 治疗前后患者生活质量(quality of life, QOL)评价的相关研究。本研究应用 SF-36 健康调查量表(medical outcomes study 36-item short form health survey, SF-36)和眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评估 35 例 VP 患者治疗前后的 QOL,

现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2012-09—2015-09 期间在南海人民医院神经内科门诊就诊的 35 例 VP 患者为研究对象,均符合 VP 的诊断标准^[2],其中男 13 例,女 22 例;年龄 32~66 岁,平均(55.2±12.1)岁;病程 1 个月~15 年,中位数 6 个月。其中伴有高血压病史者 4 例,冠心病史 1 例,糖尿病史 5 例。

1.2 诊断标准

参照 2008 年 Hufner 等^[2]提出的 VP 诊断标准,具体如下:至少 5 次眩晕发作且患者满足①,符合②~⑤中至少 3 条。①持续数秒至数分钟的短暂眩晕发作;单次发作可自行缓解;②以下一种或几种情况下能诱发眩晕发作:静息状态,特定头位/体位(非 BPPV 体位),头位/体位改变(非 BPPV 体位);③眩晕发作时至少具备以下 1 个特点:姿势

* 基金项目:广东省科技计划项目公益研究与能力建设专项(No:2014A020212075);广东省自然科学基金自由申请项目(No:2016A030313245)

¹南方医科大学附属南海人民医院神经内科(广东佛山, 528000)

²佛山市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:黎景佳, E-mail: li_jingjia@163.com

不稳,步态不稳,单侧耳鸣,单侧听力下降;④至少具备以下 1 项:桥小脑角区 MRI 平扫提示神经血管交互压迫(neurovascular cross-compression, NVCC),过度换气试验诱发眼震,眼电图随访发现前庭功能不足加重;④抗癫痫药有效;⑤排除其他疾病或上述症状不能用其他疾病解释。

1.3 QOL 评价方法

所有患者均给予抗癫痫药物治疗,其中接受卡马西平治疗的 VP 患者 15 例,卡马西平用量为 200 mg/次,3 次/d;接受托吡酯治疗的 VP 患者 20 例,托吡酯用量为 25 mg/次,3 次/d;2 种药物治疗疗程均持续 30 d。分别于治疗开始前和治疗 1 个月后采用 SF-36 和 DHI 量表在经培训的调查员协助下由患者本人完成量表,以评估患者的 QOL,具体如下。

SF-36 量表^[3]:含 8 个维度,36 个问题,分别从生理功能(physical function, PF)、生理职能(role physical, RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、总体健康(general health, GH)、活力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role emotional, RE)和精神健康(mental health, MH)8 个维度进行评价,每个维度最低 0 分,最高 100 分,分数越高表示生活质量越好。

DHI 量表^[4]:共包括 25 个项目,分别评定眩晕患者的情感(E,9 项),功能(F,9 项)和躯体(P,7 项)3 个方面的损害程度,每项问题均有 3 个答案,答案为是计 4 分,答案为有时计 2 分,答案为无计 0 分,总分为 100 分;其中,计分为 0 则表示眩晕疾病对患者未造成影响,相应得分越高,说明眩晕对患者影响程度越大。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 16.0 软件进行统计学分析。VP 患者治疗前后 QOL 评价结果的比较采取配对 *T* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VP 患者治疗前后 SF-36 量表评分的比较

VP 患者接受抗癫痫药物治疗 1 个月后,SF-36 量表中 PF、RP、GH、VT、SF 和 RE 等 6 个维度评分较治疗前明显提高,差异有统计学意义($P < 0.01$,表 1)。

2.2 VP 患者治疗前后 DHI 评分的比较

VP 患者接受抗癫痫药物治疗 1 个月后,DHI 量表中的 E、F、P 评分和三项总分较治疗前明显降低,均差异有统计学意义($P < 0.01$,表 2)。

3 讨论

前庭周围性眩晕在人群中的发病率约为 5%^[5],大量患者因此病困扰影响正常学习和工作。VP 是前庭周围性眩晕中的一种重要类型,发病率位于良性阵发性位置性眩晕、梅尼埃病、前庭神经炎等常见眩晕疾病之后。由于其发病率较低,医学上对其认识相对较晚,直至 1994 年该病才被正式命名,而正式的诊断标准直至 2008 年才建立并逐步完善^[2]。近年来,随着对本病了解的加深,临床上诊断为 VP 的患者逐渐增多,抗癫痫药物是治疗本病的主要手段。

眩晕是 VP 患者最常见的临床症状,也是影响患者 QOL 的最主要因素。与其他引起眩晕的外周前庭疾病类似,VP 主要通过身体、情绪和心理 3 个方面影响患者的 QOL:①眩晕发作时多表现为平衡功能障碍,严重者伴有恶心、呕吐等症状,患者常描述为眼前视物旋转或周围环境的转动,导致主观空间定向觉错误,对其工作和生活造成较大影响。②眩晕反复多次发作会导致患者出现一些情绪变化,轻者表现为焦虑,严重者甚至出现抑郁,这些情绪变化亦可能会诱发或加重眩晕。有学者认为,眩晕患者因认知及情绪的改变影响其康复策略,从而推迟正常的代偿过程,使患者在眩晕间歇期也会感觉不适^[6]。③眩晕与心理障碍之间的关系已经得到公认^[7],眩晕发作的不可预知性及发作时引起的身体不适症状,使患者不自主地限制自己的活动范围,避免头部运动,不愿意独自出门等^[8]。因此,正确并合理评估 VP 患者治疗后效果和 QOL 具有重要意义。

QOL 为患者主观评价对生活感到满意的程度,是一全面评估个体生理、心理、社会功能及物质生活状态的综合指标。在临床实践中,通过 QOL 来评价不同干预措施的疗效,有助于选择更好的治疗方法。目前,已有研究评估某些外周眩晕疾病患者的 QOL^[9],但对于 VP 患者治疗前后 QOL 的评价,笔者在国内尚未见报道。SF-36 量表被用于研

表 1 VP 患者治疗前后 SF-36 量表评分的比较

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
治疗前	34.5±9.6	33.9±12.1	64.2±7.3	42.6±7.1	37.2±11.5	43.5±10.6	47.8±8.3	65.8±9.7
治疗后	78.3±6.7	80.5±7.4	75.3±8.9	81.3±9.2	79.4±8.8	74.2±12.3	74.4±11.3	73.2±8.7
<i>T</i>	23.484	21.683	4.549	32.684	25.651	16.983	8.265	3.597
<i>P</i>	<0.01	<0.01	0.067	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	0.103

表 2 VP 患者治疗前后 DHI 量表评分的比较

	$\bar{x} \pm s$			
	E	F	P	总分
治疗前	18.2±6.7	26.5±8.3	22.1±7.2	63.8±9.6
治疗后	2.1±2.5	2.5±3.2	1.7±1.9	5.3±3.5
<i>T</i>	35.651	29.428	34.982	38.543
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

究与某类疾病关联的结局测量,是目前国际上最为常用的 QOL 标准化测量工具之一。DHI 被广泛用于评估 BPPV 等眩晕疾病的平衡障碍^[10],是评价眩晕严重程度和治疗效果的有用工具。文献报道,SF-36 和 DHI 量表有较好的信度和效度^[11],因此在本研究中选择普适量表 SF-36 和眩晕特异性量表 DHI 来评估 VP 患者的 QOL。

本研究发现,对 VP 患者采用抗癫痫药物治疗能显著改善其 QOL;SF-36 量表中,除 BP 和 MH 评分与治疗前相比差异无统计学意义,其余 6 个维度包括 PF、RP、GH、VT、SF 和 RE,评分均较治疗前明显提高,提示在药物治疗后 VP 患者 PF、心理功能和 SF 均有显著改善;与 SF-36 量表评价结果一致。DHI 量表中,VP 患者 E、F、P 评分和三项总分较治疗前明显降低,亦说明与眩晕疾病相关的生活质量在治疗后显著改善。本研究结果与 Obermann 等^[12]的研究报道一致,他们对 96 例 VP 患者进行药物治疗,定期随访并完成 DHI 量表评分,发现 72.1% 的患者 DHI 评分与治疗前基线水平相比明显改善,而影响患者 QOL 和预后的主要因素包括年龄、躯体功能障碍、持续性眩晕等。我们的研究提示,抗癫痫药物卡马西平和托吡酯均能显著改善 VP 患者的 QOL,在对 VP 患者的临床诊疗中,除了应关注 VP 眩晕发作给患者带来的生理功能的影响以外,还应重视患者心理状态和社会功能情况,并在诊疗过程中对患者的 QOL 进行全面评估,以求达到更好的疗效。

参考文献

[1] BRANDT T, STRUPP M, DIETERICH M. Vestibu-

lar paroxysmia: a treatable neurovascular cross-compression syndrome[J]. *J Neurol*, 2016, 263:90-96.

[2] HÜFNER K, BARRESI D, GLASER M, et al. Vestibular paroxysmia: diagnostic features and medical treatment[J]. *Neurology*, 2008, 71:1006-1014.

[3] 李鲁,王红妹,沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. *中华预防医学杂志*, 2002, 36(2):109-113.

[4] 左丽静,刘博. 眩晕患者的生活质量评估[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2009, 23(4):190-192.

[5] NEUHAUSER H K, VON BREVERN M, RADTKE A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population[J]. *Neurology*, 2005, 65:898-900.

[6] MELI A, ZIMATORE G, BADARACCO C, et al. Effects of vestibular rehabilitation therapy on emotional aspects in chronic vestibular patients[J]. *J Psychosom Res*, 2007, 63:185-190.

[7] NAGARATNAM N, IP J, BOUHAIDAR P. The vestibular dysfunction and anxiety disorder interface: a descriptive study with special reference to the elderly [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2005, 40:253-264.

[8] FURMAN J M, JACOB R G. A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting [J]. *J Anxiety Disord*, 2001, 15:9-26.

[9] 郭向东,王庆林,李莹,等. 良性阵发性位置性眩晕治疗前后生活质量研究[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2011, 25(16):729-731.

[10] 修世国,刑东升,胡玮,等. 眩晕障碍量表在 BPPV 患者生活质量评估中的应用[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2014, 22(1):48-50.

[11] 孔维佳,刘波,冷样名. 眩晕疾病的个体化综合治疗[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2008, 22(4):145-150.

[12] OBERMANN M, BOCK E, SABEV N, et al. Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the dizziness and vertigo registry (DiVeR) study[J]. *J Neurol*, 2015, 262:2083-2091.

(收稿日期:2016-08-21)