

不同眩晕患者焦虑抑郁状态的比较*

杨丽¹ 丁伟¹ 吴梅¹

[摘要] 目的:评估不同病因眩晕患者焦虑、抑郁状态,并分析其可能原因。方法:收集住院治疗的559例眩晕患者的临床资料,并完善焦虑/抑郁自评量表。结果:559例患者中前庭性偏头痛(VM)94例、梅尼埃病(MD)86例、良性阵发性位置性眩晕(BPPV)78例、突发性聋伴眩晕77例、病因不明74例、前庭神经炎58例、良性复发性眩晕(BRV)57例、持续性姿势知觉性头晕(PPPD)35例。焦虑状态总人数241例(43.11%),其中最高的为病因不明者(64.86%),其次为VM(63.83%)、MD(55.81%)、PPPD(48.57%)、BRV(47.37%)。抑郁状态总人数63例(11.27%),其中最高的为病因不明者(25.68%),其次为PPPD(17.14%)、VM(14.89%)、BRV(14.04%)、MD(12.79%)。采用多个独立样本非参数检验法检验各组眩晕患者SAS及SDS评分值,结果显示各组均存在显著性差异。根据眩晕病程长短将所有患者分为<2个月组、2个月~2年组和>2年组。焦虑状态患病率最高的是>2年组(58.56%),其次为2个月~2年组(54.75%),显著高于<2个月组(17.30%),前两组间经 χ^2 检验,差异无统计学意义($P>0.05$)。抑郁状态患病率最高的是>2年组(32.43%),其次为2个月~2年组(10.27%),显著高于<2个月组(0%),3组间经 χ^2 检验,差异均有统计学意义($P<0.01$)。结论:常见眩晕患者中,焦虑状态较抑郁状态更易出现。VM、MD、PPPD、BRV较易出现焦虑及抑郁状态。

[关键词] 眩晕;焦虑状态;抑郁状态

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.05.013

[中图分类号] R764.3 **[文献标志码]** A

Anxiety and depression state among patients with different type of vertigo and dizziness

YANG Li DING Wei WU Mei

(Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, the People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi, 830001, China)

Corresponding author: WU Mei, E-mail: wmxjrmh@163.com

Abstract Objective: To assess the status of anxiety and depression among patients with different type of vertigo and dizziness, and to figure out the possible reason. **Methods:** The data of the patients with vertigo from November 2017 to June 2020 were reviewed, and their status of anxiety and depression were assessed using self-rating anxiety scale(SAS) and self-rating depression scale(SDS). **Results:** A total of 559 patients with vertigo were enrolled, including 94 cases for vestibular migraine (VM), 86 cases for Meniere disease (MD), 78 cases for benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), 77 cases for sudden hearing loss(SHL) with vertigo, 74 cases for no definite diagnosis, 58 cases for vestibular neuritis (VN), 57 cases for benign recurrent vertigo (BRV) and 35 cases for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD). The incidence of anxiety is 43.11% (no definite diagnosis = 64.86%, VM = 63.83%, MD = 55.81%, PPPD = 48.57%, BRV = 47.37%), and the incidence of depression is 11.27% (no definite diagnosis = 25.68%, PPPD = 17.14%, VM = 14.89%, BRV = 14.04%, MD = 12.79%). Kruskal-Wallis test was used to analyze SAS and SDS scores of patients with vertigo. The results showed that

*基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金(No:2017D01C142)

¹新疆维吾尔自治区人民医院耳鼻咽喉科(乌鲁木齐,830001)

通信作者:吴梅,E-mail:wmxjrmh@163.com

- [24] Cao J, Lan S, Shen L, et al. Hemoglobin level, a prognostic factor for nasal extranodal natural killer/T-cell lymphoma patients from stage I to IV: A validated prognostic nomogram[J]. *Sci Rep*, 2017, 7(1):10982.
- [25] Kiessling SY, Soyka MB, Huber GF, et al. Delayed diagnosis of sinonasal lymphoma due to bilateral manifestation[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2017, 274(2):823-827.
- [26] Kim S J, Kim B S, Choi C W, et al. Ki-67 expression is predictive of prognosis in patients with stage I/II extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type[J]. *Ann Oncol*, 2007, 18(8):1382-1387.
- [27] Au WY, Weisenburger DD, Intragumtornchai T, et al. International Peripheral T-Cell Lymphoma Project. Clinical differences between nasal and extranasal natural killer/T-cell lymphoma: a study of 136 cases from the International Peripheral T-Cell Lymphoma Project[J]. *Blood*, 2009, 113(17):3931-3937.
- [28] 胡真真, 王英, 金晓朗. 以眼部症状为突出表现的鼻NK/T细胞淋巴瘤42例临床分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2018, 32(21):1656-1659, 1664.

(收稿日期:2020-11-16)

there were significant differences in each group. All patients were divided into 3 groups according to the duration of vertigo. The anxiety incidence of >2 years group was highest(58.56%), and the second one was 2 months to 2 years group(54.75%). There was no statistically significant difference between 2 groups by χ^2 test($P>0.05$). But both of them were significantly higher than the <2 months group(17.30%). The depression incidence of >2 years group was highest(32.43%), the second one was 2 months to 2 years group(10.27%), and the lowest one was <2 months group(0%). χ^2 test($P<0.01$) showed statistically significant differences among these three groups. **Conclusion:** Anxiety is more common among patients with vertigo than depression, and the patients who suffer from VM, MD, PPPD or BRV have significantly higher rates of psychiatric comorbidity.

Key words vertigo; anxiety; depression

眩晕、头晕是一种由空间定位障碍而产生的运动性或位置性错觉,是临床常见症状之一。而很多眩晕患者除了前庭症状外,还伴有焦虑、抑郁等心理问题。国外有研究显示 30%~50%的眩晕患者的症状不能用前庭相关器质性病变做解释,两者互相影响,从而加重症状、延长病程,严重影响眩晕患者的预后^[1-2]。近年来,眩晕与精神心理问题的相关性得到了广大学者的关注,德国一项大样本量报道 48%的眩晕患者同时合并心理疾病^[3]。国内也有研究报道,但多数集中于单一疾病上,缺乏大样本多病因的横向研究。本研究收集大样本量数据,分析常见眩晕患者同时患有精神心理问题的发生率及不同病因眩晕患者心理疾病患病率是否有差异。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究共收集我科因眩晕、头晕住院的患者 559 例,其中男 191 例,女 368 例;年龄 18~73 岁,平均(55.7±8.9)岁。纳入年龄>18 岁,且愿意配合并且能够完善心理测评的患者。排除沟通困难、有认知障碍不能完善心理量表测评者及正在接受心理治疗及既往有精神疾病史患者。

1.2 研究方法

详细记录所有患者的基本信息、眩晕发作病史。所有患者均进行细致的耳科查体及神经耳科学检查、前庭功能检查、耳部和头颈部的影像学检查及其他相关辅助检查,从而明确眩晕病因,做出诊断。同时完善心理量表测评,并联系临床心理科医生会诊,予以相应诊治。

1.3 诊断标准及评定量表

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)诊断标准参照 BPPV 诊断和治疗指南(2017)^[4]。梅尼埃病(MD)诊断标准参照 MD 诊断和治疗指南(2017)^[5]。前庭性偏头痛(vestibular migraine, VM)诊断标准参照 2012 年由国际头痛协会和巴拉尼协会联合提出的诊断标准^[6]。突发性聋(SHL)诊断标准参照 SHL 诊断和治疗指南(2015)^[7]。持续性姿势知觉性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)诊断标准参照 2017 年国际巴拉尼协会制定的标准^[8]。

焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,

SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[9]均采用 4 级评分制,主要评定症状出现的频度,各条目得分相加等于原始得分,标准分=原始得分×1.25(取整数部分)。SAS 标准分<50 分即认为无焦虑,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,>70 分为重度焦虑。SDS 标准分<53 分即认为是无抑郁,53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,>72 分为重度抑郁。本研究所指的焦虑抑郁均为根据量表结果判定的一种状态,并非焦虑症、抑郁症。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行分析。多组间计数资料的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.01$ 为差异有统计学意义。SAS、SDS 评分比较采用单因素方差分析后,方差齐性的 Levene 检验显示因变量方差不齐,故采用多个独立样本非参数检验。

2 结果

559 例患者中,最多的为 VM 94 例(16.82%),其次为 MD 86 例(15.38%)、BPPV 78 例(13.95%)、SHL 77 例(13.77%)、病因不明者 74 例(13.24%)、前庭神经炎(vestibular neuritis, VN) 58 例(10.38%)、良性复发性眩晕(benign recurrent vertigo, BRV)57 例(10.20%)以及 PPPD 35 例(6.26%)。

各组的 SAS、SDS 评分见表 1,并按 SAS 及 SDS 的分界值计算各组的焦虑状态、抑郁状态病例数。焦虑状态经过多个样本的 χ^2 检验,结果提示各组的患病率有显著性差异。病因不明、VM、MD、PPPD 及 BRV 患病率显著高于 BPPV、SHL 及 VN。所有焦虑状态患者中,轻度焦虑状态 192 例(79.67%),中度 47 例(19.50%),重度 2 例(0.83%)。抑郁状态经过多个样本的 χ^2 检验,结果提示各组的患病率有显著性差异。其中病因不明组>MD($P<0.05$)、SHL 及 BPPV($P<0.01$); PPPD>SHL($P<0.05$)及 BPPV($P<0.01$); VM>SHL($P<0.05$)、VM 与 BPPV($P<0.01$); BRV>SHL 及 BPPV($P<0.05$); MD>SHL、BPPV($P<0.05$)。所有抑郁状态患者中,轻度 55 例(87.30%),中度 8 例(12.70%),无重度。所有患者中有 48 例焦虑和抑郁状态同时存在。

采用多个独立样本非参数检验法检验各组眩晕患者 SAS 评分值,结果 $H = 154.119, P < 0.001$,认为各组间评分值有显著性差异。组间两两比较,病因不明组评分显著高于 BPPV、VN、SHL 及 BRV; VM、MD 及 PPPD 评分显著高于 BPPV、VN、SHL;

BRV 评分显著高于 VN、SHL。采用多个独立样本非参数检验法检验各组眩晕患者 SDS 评分值,结果 $H = 179.414, P < 0.001$,认为各组间评分值有显著性差异。组间两两比较,病因不明、BRV、PPPD、VM、MD 组评分显著高于 BPPV、VN、SHL。

表 1 各病因眩晕患者 SAS、SDS 评分

病因	焦虑状态/例(%)	抑郁状态/例(%)	SAS/分	SDS/分
病因不明	48(64.86)	19(25.68)	52.45±8.34	46.04±9.27
VM	60(63.83)	14(14.89)	50.60±11.43	43.80±8.74
MD	48(55.81)	11(12.79)	48.01±11.54	40.88±8.78
BPPV	17(21.79)	2(2.56)	39.31±8.88	32.09±6.00
SHL	14(18.18)	3(3.90)	34.71±10.03	34.66±7.45
VN	10(17.24)	0(0.00)	36.5±8.98	31.98±7.03
BRV	27(47.37)	8(14.04)	45.21±11.87	41.74±9.62
PPPD	17(48.57)	6(17.14)	47.26±11.20	43.49±9.15

根据眩晕病程长短将所有患者分为 <2 个月组、2 个月~2 年组、>2 年组,各组焦虑及抑郁状态患病率见表 2。可见焦虑状态患病率最高的是 >2 年组,其次为 2 个月~2 年组,显著高于 <2 个月组,前两组间经 χ^2 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。抑郁状态患病率最高的是 >2 年组(32.43%),其次为 2 个月~2 年组(10.27%),显著高于 <2 个月组(0%),3 组间经 χ^2 检验,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结果提示随着病程延长,出现焦虑及抑郁的状态会增加。

表 2 不同病程的患者焦虑及抑郁状态患病率

组别	例数	例(%)	
		焦虑状态	抑郁状态
<2 个月组	185(33.09)	32(17.30)	0(0.00)
2 个月~2 年组	263(47.05)	144(54.75)	27(10.27)
>2 年组	111(19.86)	65(58.56)	36(32.43)
合计	559(100.00)	241(43.11)	63(11.27)

根据眩晕发作的频率,将病程 >2 个月的慢性眩晕患者分为一天数次、数天一次和数月一次组。分别计算各组焦虑及抑郁状态发生率(见表 3)。并进行两两间 χ^2 检验,结果显示各组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。提示焦虑状态及抑郁状态发生率均有显著性差异。

表 3 根据眩晕发作频率分组比较 例(%)

组别	例数	焦虑状态	抑郁状态
一天数次组	38(10.16)	38(100.00)	33(86.84)
数天一次组	107(28.61)	82(76.64)	18(16.82)
数月一次组	229(61.23)	89(38.86)	12(5.24)
合计	374(100.00)	209(55.88)	63(16.84)

3 讨论

随着对眩晕的认知越来越深入,眩晕患者的心理状况已经得到广泛关注。本研究共收集 559 例患者,全部为住院患者。虽然住院患者能更好地完善相关检查,便于跟踪随访,但住院患者眩晕的病因分布与笔者报道的眩晕病因分布^[10]略有不同。本研究患者所占比例最高的为 VM,其次为 MD、BPPV、SHL。这是因为很多 BPPV 患者在门诊复位后效果良好,无需住院,而病因不明患者占比(13.24%)较高,并不是因为诊疗手段差,而是因为大部分门诊无法明确诊断的患者都需住院进一步诊治。本研究并未纳入发病率较少的眩晕类型,如前庭阵发症、迷路炎、双侧前庭病等,主要考虑样本量较少导致统计学分析结果误差大的缘故。

Eckhardt-Henn 等^[1]的研究指出眩晕伴发的心理问题最常见的是焦虑(45.5%),其次是躯体形式障碍(41.4%)及抑郁状态(13.1%)。本研究中焦虑状态的比例(43.11%)明显高于抑郁状态(11.27%),与之基本相符。也有研究结果显示患病率没有这么高^[11],但眩晕易合并心理问题已被广泛认可。眩晕并发心理问题的机制尚不明确,现在普遍研究认为与中枢神经系统传递前庭及情绪信息的通路相互重叠有关^[12-13]。焦虑较抑郁状态多发,有研究者认为是患者眩晕反复发作诱发焦虑、恐惧等不良情绪,甚至演变为对特定动作、特定环境的排斥或恐惧^[14]。Furman 等(2005)研究表明焦虑与平衡功能紊乱有密切联系,甚至称其为共病,目前认为与眩晕、焦虑共病相关中枢结构有中缝背核、蓝斑核及海马等。因抑郁状态合并发作概率不高相关基础研究不多。眩晕患者出现抑郁的情绪主要与眩晕反复发作导致身体不适,严重影响正常生活甚至对治愈毫无希望,而产生的负面情绪

有关。多发生于病程长、反复发作、迁延不愈的患者。本研究根据病程分组,焦虑状态 <2 个月组显著低于其他两组,而2个月~2年组与 >2 年组差异无统计学意义。提示焦虑状态的发生率与病程长短有相关性,但病史 >2 年后其发生率无差异。而抑郁状态3组间差异均有统计学意义。这可理解为出现焦虑状态的眩晕病程较抑郁状态短,焦虑更易出现。由表3可见慢性眩晕的患者出现焦虑及抑郁状态与眩晕发作的频率呈正相关,眩晕发作越频繁越易出现焦虑及抑郁状态。由此可见眩晕的病程及发作频率严重影响着患者的心理状态。

本研究中焦虑及抑郁状态患病率最高的为病因不明组。病因不明组患者均为全面检查后未发现明显器质性病变,排除其他眩晕病因后作出的诊断,其中不乏心理问题诱发眩晕的患者,故而焦虑抑郁状态比例较高。Lahmann等^[3]在一项547人的研究中将患者分为结构性和非结构性眩晕组,结果显示非结构性组心理障碍合并率高达75.2%,也印证了本研究的结果。笔者认为这组患者多数病史长,眩晕发作次数多,且眩晕的表现非单一,不排除急性前庭综合征发作后,因心理暗示而出现的眩晕。对于这类病因不明的患者还需我们进一步探索,以期能够做出正确的诊断和分类,从而获得良好疗效。

VM、MD、PPPD、BRV此四组焦虑及抑郁状态比例均较高,且组间无显著性差异。BPPV、VN、SHL3组焦虑及抑郁状态比例均较低。首先考虑与病程密切相关,BPPV、VN、SHL多为急性发病,病程较短不会反复发作。而VM、MD、PPPD、BRV多为反复发作,病程较长,且发作无明显规律可循,近期治疗效果尚可,但无法改善远期预后。故患者易产生焦虑、恐惧、缺乏希望、抑郁等情绪。其次有不少研究表明VM、MD、BRV三者发病机制有很多共同性,甚至有可能为共病^[15-16]。故而其诱发情绪障碍的机制很可能也相似。另外VN与SHL多为急性发作,初始症状重,但易建立中枢代偿,前庭康复治疗后效果良好。BPPV多数经过复位及康复治疗效果良好。VM、MD、PPPD、BRV反复发作,不易建立中枢代偿,每一次的发作都是对患者平衡功能及心理的巨大打击。

综上,眩晕患者易合并出现心理障碍,且两者互相影响恶性循环。这就要求临床工作者及时对患者进行心理评估,尽早干预,必要时联合心理科医生共同治疗,以期达到更好的治疗效果。

参考文献

[1] Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, et al. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness[J]. *J Anxiety Disord*, 2003, 17(4): 369-388.

[2] Best C, Eckhardt-Henn A, Diener G, et al. Interaction

of somatoform and vestibular disorders[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2006, 77(5): 658-664.

[3] Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2015, 86(3): 302-308.

[4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 52(3): 173-177.

[5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 52(3): 167-172.

[6] Lempert T, Olesen J, Furam J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria: consensus document of the Barany Society and the International Headache Society[J]. *Nervenarzt*, 2013, 84(4): 511-516.

[7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 突发性聋诊断和治疗指南(2015)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 50(6): 443-447.

[8] Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society[J]. *J Vestib Res*, 2017, 27(4): 191-208.

[9] 汪向东. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 31-35.

[10] 杨丽, 吴梅, 唐亮. 新疆地区1027例耳鼻喉科眩晕患者的病因分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2020, 34(11): 1024-1026.

[11] Bigelow RT, Semenov YR, du Lac S, et al. Vestibular vertigo and comorbid cognitive and psychiatric impairment: the 2008 National Health Interview Survey[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2016, 87(4): 367-372.

[12] Kim SK, Kim YB, Park IS, et al. Clinical Analysis of Dizzy Patients with High Levels of Depression and Anxiety[J]. *J Audiol Otol*, 2016, 20(3): 174-178.

[13] Balaban CD, Jacob RG, Furman JM. Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications[J]. *Expert Rev Neurother*, 2011, 11(3): 379-394.

[14] Kirby SE, Yardley L. Physical and psychological triggers for attacks in Ménière's disease: the patient perspective[J]. *Psychother Psychosom*, 2012, 81(6): 396-398.

[15] Murofushi T, Tsubota M, Kitao K, et al. Simultaneous Presentation of Definite Vestibular Migraine and Definite Ménière's Disease: Overlapping Syndrome of Two Diseases[J]. *Front Neurol*, 2018, 9: 749.

[16] 陈元星, 孙悍军, 张清华, 等. 梅尼埃病与前庭性偏头痛共病患者的临床特点[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2020, 34(9): 820-823.