

以头晕为主诉的无症状脑梗死患者 躯体化障碍的临床分析

李土明 毛家亮 钟萍 吴滢 陈卉

【摘要】 目的 探讨以头晕为主诉的无症状脑梗死(SBI)患者的心理状态,并观察明确为躯体化障碍的患者帕罗西汀治疗后的临床疗效。**方法** 采用躯体化症状自评量表(SSS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对 157 例以头晕为主诉的 SBI 患者进行心理状态评定,并根据 ICD-10 的诊断标准明确诊断为躯体化障碍患者给予帕罗西汀治疗 8 周,以临床症状缓解程度及治疗前后 HAMA、HAMD、SSS 及躯体化症状自评量表的躯体化因子(SSS-S)评分来评定疗效。**结果** ①通过 SSS 评定,61.7%的患者存在心理障碍;②经 ICD-10 诊断标准明确诊断为躯体化障碍患者 32 例,给予帕罗西汀治疗后头晕基本消失,临床症状缓解, HAMA、HAMD、SSS、SSS-S 及 SSS-S 中单因子评分均明显降低($P<0.05$)。**结论** 以头晕为主诉的 SBI 患者存在较多的心理障碍,明确为躯体化障碍的患者给予帕罗西汀治疗后头晕消失。

【关键词】 脑梗死 躯体化障碍 躯体化症状自评量表 干预研究 头晕

【中图分类号】 R743.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1007-0478(2018)02-0159-04

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2018.02.010

Clinical application of self-rating somatization symptoms scale in silent brain infarction patients with complaints of dizziness Li Tuning*, Mao Jialiang*, Zhong Ping, et al. * Department of Cardiology, Renji Hospital Affiliated to Medicine College of Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200127

【Abstract】 Objective To assess the mental state of silent brain infarction(SBI) patients with complaints of dizziness and to observe the efficacy of paroxetine. **Methods** SSS, HAMA and HAMD were administered to screen the SBI patients with mental disorder. Paroxetine was used to therapy Somatization disorder diagnosis which was made based on ICD-10 criteria. HAMA, HAMD, SSS and SSS-S were used to estimate the efficacy. **Results** 61.7% of patients existed mental disorder; and after paroxetine therapy, 32 cases of patients with somatization disorder had shown clinical improvement. The grades of HAMA, HAMD, SSS, SSS-S and SSS-S were significantly decreased, while the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** There were elevated frequencies of mental disorder in silent brain infarction(SBI) patients with complaints of dizziness. It showed that the Paroxetine was effective in therapy for patients with somatization disorder.

【Key words】 Brain infarction Somatization disorder The somatic self-rating scale Intervention study Dizzy

头晕为神经内科门诊就诊患者中最常见的主诉之一,约占 10%,其中有部分患者在头颅 CT 或 MRI 上发现存在梗死病灶,但临床上未查到相应神经系统症状和体征,符合无症状脑梗死(silent brain infarction, SBI)的诊断^[1],这些患者既往大都按“脑供血不足”或“腔隙性脑梗死”等给予诊治,疗效却不佳。本研究前期临床研究已发现,以反复头晕为主诉的 SBI 患者存在较多的心理障碍,通过躯体化症状自评量表

(Somatic self-rating Scale, SSS)评定,有高达 65.4% 患者存在心理障碍^[2]。国内姜凤英^[3]研究也发现,根据汉密尔顿焦虑抑郁量表(HAMA 和 HAMD)评估,以头晕为主诉的 SBI 患者中 72.4% 患者存在焦虑,给予焦虑患者帕罗西汀治疗 3 个月后头晕症状明显改善。由于综合医院心理障碍患者大都以躯体不适症状为主诉,有相当多为躯体化障碍(Somatization disorder, SD)患者,而躯体化障碍(SD)对患者及患者家庭危害较大^[4]。本研究在前期研究基础上使用 SSS、HAMA 及 HAMD 再次对以头晕为主诉的 SBI 患者进行心理学评估,发现确实有相当多的患者存在心理障碍,且对经 ICD-10 诊断标准^[5]明确诊断为躯体化障碍(SD)

作者单位:200127 上海交通大学医学院附属仁济医院心内科
[李土明 毛家亮(通信作者)];上海中医药大学附属上海市中西医结合医院神经内科(钟萍 吴滢 陈卉)

患者给予帕罗西汀治疗 8 周后头晕基本消失,取得满意疗效,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集 2015 年 1 月 - 2017 年 1 月上海中医药大学附属上海市中西医结合医院神经内科门诊以反复头晕为主诉的就诊患者,明确诊断为 SBI(患者无脑卒中史或无定位症状,神经系统检查未见相关体征,头颅 MRI 发现直径 ≥ 3 mm 的长 T_1 和长 T_2 异常信号灶,可合并脑白质病变即帽状、裙边状、环状或点片状的等 T_1 和长 T_2 异常信号灶,病灶可以融合^[6],且经头颅 CTA 或头颅 MRA 明确未见颅内和颅外血管狭窄或闭塞者。

排除标准:①重要脏器如肝、肺、心、肾功能不全者;②既往明确有精神疾病或服用治疗精神疾病药物史;③酒精或药物戒断者;④耳源性疾病引起的头晕;⑤严重颅脑损伤;⑥痴呆、语言障碍等原因不能完成此项调查。

1.2 方法

1.2.1 躯体化症状自评量表(SSS)^[2,7-8] 由 20 个条目组成,每项 4 级评分,没有为 1 分,轻度为 2 分,中度为 3 分,重度为 4 分。由躯体症状分(S 因子分)、焦虑分(A 因子分)、抑郁分(D 因子分)、焦虑抑郁症(AD 因子分)组成,以总粗分 >36 分判定为阳性^[2]。其中 SSS 的躯体化因子(Somatic self-rating scale-somatic factor, SSS-S)可评估患者的躯体症状,共 9 个条目包括头晕头痛、心血管不适、胃肠道症状、肌肉酸痛、麻痛抽搐、视物模糊、憋闷叹气、咽喉部阻塞感、尿频尿急。

1.2.2 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[9] 评估患者的焦虑,共 14 项,每项目由轻度至重度按 0~4 分评分,以 HAMA ≥ 14 分考虑肯定存在焦虑。

1.2.3 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[9] 采用 17 项版本评估患者抑郁。每项目由轻度至重度按 0~4 分评分,以 HAMD ≥ 17 分考虑肯定存在抑郁。

1.2.4 诊断与治疗 根据患者病史、临床症状及 ICD-10 诊断标准^[7] 作出诊断。对确诊为躯体化障碍(SD)患者给予帕罗西汀(赛乐特)(20 mg/d)治疗,疗程为 8 周。

1.2.5 疗效评定 采用 HAMA、HAMD、SSS 及躯体化症状自评量表的躯体化因子(SSS-S)于治疗前后进行疗效评定。

1.2.6 统计学处理 采用 SAS 9.2 统计软件。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料用百分率(%)表示,组间比较采用卡方检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 按照纳入及排除标准总共纳入 157 例,其中女 98 例,男 59 例,年龄 56~71 岁,平均年龄(65.38 ± 2.98)岁,反复头晕病程最短半年,最长 5 年,且均以头晕反复求诊于综合医院,1 年内就诊次数最少 5 次,最多达 10 次,平均就诊次数为(7.09 ± 2.09)次。

2.2 心理量表评估

SSS >36 分 97 例,占 61.7%; HAMA ≥ 14 分 75 例,占 47.7%; HAMD ≥ 17 分 69 例,占 43.9%。三种量表得分见表 1。

表 1 3 种量表的评分

量表	男($n=59$)	女($n=98$)	总数($n=128$)
SSS	36.68 \pm 7.34	42.23 \pm 7.05	40.15 \pm 7.62
HAMA	16.08 \pm 7.32	21.27 \pm 8.78	19.32 \pm 8.61
HAMD	19.91 \pm 7.78	23.15 \pm 7.89	21.93 \pm 7.97

2.3 躯体化障碍患者治疗后临床症状改善情况

32 例患者治疗后头晕基本消失,部分患者仅在情绪紧张时偶有头晕,其他伴随的躯体症状如乏力、气短、心慌、胃肠道不适、慢性疼痛、尿频尿急等发生率亦明显下降,治疗前后均有明显差异($P<0.05$) (表 2)。

表 2 32 例躯体化障碍患者治疗前后其他躯体症状[例次(%)]

时间	乏力	气短	胃肠道不适	心悸	慢性疼痛	尿频尿急
治疗前	26(81.2)	22(68.7)	20(62.5)	23(71.8)	18(56.2)	15(46.8)
治疗后	5(15.6)*	9(17.6)*	5(15.6)*	6(18.7)*	4(12.5)*	1(3.1)*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

2.4 躯体化障碍患者治疗后评分情况

采用 HAMA、HAMD、SSS、SSS-S 及 SSS-S 中单因子评分于治疗前后对 32 例躯体化障碍患者进行疗效评定,发现治疗后评分均明显降低($P<0.05$) (表 3)。

3 讨论

进入 21 世纪以后心理障碍已经成为影响人类健康的主要疾病之一。由于心理障碍患者常常伴随

表 3 32 例躯体化障碍患者治疗前后 HAMA、HAMD、SSS、SSS-S 及 SSS-S 单因子评分结果

项目	治疗前	治疗后	t	P
HAMA	28.12±4.62	12.43±1.18	22.75	<0.000 1
HAMD	30.43±4.26	13.54±1.62	25.66	<0.000 1
SSS	46.77±3.95	33.75±2.19	19.15	<0.000 1
SSS-S	19.60±2.40	13.79±1.99	12.88	<0.000 1
头晕头痛	3.08±0.49	1.25±0.43	24.56	<0.000 1
心血管不适	2.18±0.39	1.70±0.45	5.48	<0.000 1
胃肠道不适	2.25±0.48	1.62±0.53	6.03	<0.000 1
疼痛	2.20±0.61	1.87±0.39	3.16	<0.000 1
关节和身体僵硬	2.00±0.29	1.77±0.42	3.08	<0.000 1
视觉症状	2.10±0.30	1.83±0.37	3.85	0.000 2
呼吸困难	1.47±0.54	1.25±0.43	2.27	0.025 6
咽喉部阻塞	1.93±0.32	1.14±0.35	11.45	<0.000 1
尿频尿急	1.70±0.45	1.37±0.48	3.44	0.000 9

着诸多躯体不适症状,致使他们往往就诊于综合医院。国外有研究发现超过 50%的综合医院就诊患者存在焦虑、抑郁或躯体化症状^[10],而我国综合医院和各类基层卫生保健机构调查也显示那些以各种症状就诊的患者中有 25%~40%有心理问题或伴有心理问题^[11-14]。故综合医院已成为诊治心理障碍患者的医院之一。

头晕、头痛、乏力、全身不适等症状是综合医院就诊患者最主要的主诉,也是焦虑、抑郁与躯体化患者的最常见躯体症状^[15]。本研究中以头晕为主诉的 SBI 患者头晕严重且持久,持续时间最长达 5 年,这些患者均痛苦于头晕不适反复多次就诊于各大综合医院,1 年内最长达 10 次。虽反复检查及治疗,但患者头晕始终得不到有效缓解。究其原因,一方面是患者自身的因素造成,多坚持认为自己存在“脑梗死”或“脑供血不足”等躯体疾病,不清楚心理障碍也能造成头晕不适,往往把情绪问题隐藏在各种躯体症状的背后而不知道或不愿面对;另一方面也有综合医院神经内科医生的因素,由于缺乏心理障碍的知识,又由于传统地注重于生物医疗模式的影响,在面对这些心理障碍患者时常常误诊其为脑血管疾病^[14]。即使部分神经内科医生认识到患者可能存在心理障碍,但由于没有较好检测心理障碍的有效手段,致使其在临床上识别困难、检出率低,诊断效率低下,合理治疗率则更低^[16],最后造成患者头晕迁延,辗转各处综合医院反复就诊,大量消耗医疗资源,损害社会功能,甚至加剧医患矛盾。

心理量表是识别心理障碍的手段之一^[12]。本研究通过 HAMA 评定,47.7%患者存在焦虑;通过

HAMD 评定,43.9%患者存在抑郁;通过 SSS 评定,有高达61.7%患者存在心理障碍。这与本研究既往研究结果基本相似^[2],并再次说明 SSS 在综合医院神经内科门诊可以识别出更多的以头晕为主诉的 SBI 是否存在心理障碍患者。SSS 是毛家亮根据 CCMD-3 中符合综合医院的诊断标准和综合医院心理障碍患者以躯体症状为主诉这一特点编制,50%项目为躯体症状,能较好地反映出在综合医院就诊心理障碍患者的疾病状态,其针对性强,简单易懂,较其他心理量表而言,在综合医院容易被医师掌握和患者接受,患者一般能在 5~10 min 内完成本量表,比较适合综合医院门诊流量大、患者就诊时间较短的特点^[2,7-8]。SSS 因在综合医院可用以评估躯体化症状而被写入 2016 年“综合医院焦虑、抑郁与躯体化症状诊断治疗的专家共识”中^[15]。

躯体化障碍(SD)表现为存在各式各样、变化多端的躯体症状至少 2 年,且未发现任何可解释症状的躯体疾病,不断拒绝多名医生关于其症状没有躯体疾病的忠告与保证,症状及行为造成一定程度的社会和家庭功能损害^[15]。SD 多累及多个系统,因这些患者始终相信自己患有躯体疾病,虽经反复多次检查和治疗,症状始终得不到有效缓解,病情反复加剧了无法理解病因的患者不相信医生诊断和治疗的情况。患者从躯体症状中承受的痛苦、关于疾病不合理的认知及负性情绪都促使其反复就医或者更换医生和治疗方法^[17],甚至进行不必要的检查、住院或手术,不仅对患者的健康和生活质量产生严重影响,而且对家庭带来沉重负担^[4]。SD 对患者本人、家庭和社会危害较大,而早期识别本病并给予积极治疗是影响患者预后的关键因素^[18]。本研究发现,SD 患者给予 8 周帕罗西汀治疗,患者头晕基本消失,临床症状缓解,说明帕罗西汀具有很好的临床疗效。帕罗西汀是一种选择性血清再吸收抑制型的抗抑郁药,对焦虑症和抑郁症均具有很好的疗效^[19-20];既往研究也发现其对躯体化障碍患者有很好的疗效;陈文泽等^[21]研究发现帕罗西汀不仅能改善躯体化障碍患者症状,还能改善患者神经电生理指标,而且帕罗西汀不良反应少,不会引起认知功能或精神运动障碍。故本研究采用帕罗西汀治疗这些躯体化障碍患者,并取得良好效果。另外,本研究结果也表明躯体化障碍患者经帕罗西汀治疗后 SSS、HAMA、HAMD 均明显降低,说明帕罗西汀在治疗躯体化障碍同时能够改善患者的焦虑、抑郁;治疗后

SSS-S 及 SSS-S 中单因子评分亦明显降低,说明量表 SSS 能较好地反映了症状严重程度,随着患者症状明显改善,SSS、SSS 及 SSS-S 评分均明显降低。

综上所述,以头晕为主诉的 SBI 患者存在较多的心理障碍,躯体化障碍患者给予帕罗西汀治疗后头晕明显缓解,疗效显著。

参 考 文 献

- [1] Vermeer SE, Longstreth Jr WT, Koudstaal PJ. Silent brain infarcts: a systematic review[J]. The Lancet Neurology, 2007, 6(7): 611-619.
- [2] 李土明, 毛家亮, 钟萍, 等. 以头晕为主诉的无症状脑梗死患者躯体化症状自评量表的临床应用[J]. 中国医药导报, 2017, 14(8): 88-91.
- [3] 姜凤英. 以头晕为主诉的无症状性脑梗死患者焦虑状态的临床分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(6): 429-431.
- [4] 孙伟铭, 董香丽, 于国华, 等. 躯体化障碍患者家属的家庭负担状况及相关因素分析[J]. 南昌大学学报(医学版), 2016, 56(5): 73-76.
- [5] 世界卫生组织 ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点, 范肖东, 汪向东, 等. 译[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 97-104.
- [6] Zhu YC, Dufouil C, Tzourio C, et al. Silent brain infarcts: a review of MRI diagnostic criteria[J]. Stroke, 2011, 42(4): 1140-1145.
- [7] 庄琦, 毛家亮, 李春波, 等. 躯体化症状自评量表的初步编制及信度和效度研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(9): 847-849.
- [8] 李晓丽, 毛家亮, 何奔, 等. 心脏神经症患者躯体化症状自评量表的临床应用[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(20): 4798-4799.
- [9] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版

社, 1993.

- [10] Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2008, 30(3): 191-199.
- [11] 吴文源, 季建林. 综合医院的精神卫生[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2001: 203-212.
- [12] 毛家亮. 综合医院非专科心理障碍诊治存在的现状, 困难及对策[J]. 医学与哲学, 2013, 34(2B): 9-12.
- [13] 杨志寅. 现代医学科学发展中的缺憾与思考[J]. 中华诊断学电子杂志, 2013, 1(1): 1-7.
- [14] 毛家亮, 何奔. 综合医院非心理专科患者心理障碍早期识别及对策[J]. 中华诊断学电子杂志, 2015, 3(2): 138-142.
- [15] 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学组. 综合医院焦虑、抑郁与躯体化症状诊断治疗的专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(12): 908-917.
- [16] 姜荣环, 党卫民, 马弘, 等. 非精神科医生对抑郁障碍的识别和相关因素[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(6): 477-479.
- [17] Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs Independent of psychiatric and medical comorbidity[J]. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(8): 903-910.
- [18] 刘臣, 张印. 帕罗西汀对躯体形式障碍的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(31): 171-172.
- [19] Gibiino S, Serretti A. Paroxetine for the treatment of depression: a critical update[J]. Expert Opin Pharmacother, 2012, 13(3): 421-431.
- [20] Higuchi T, Hong JP, Jung HY, et al. Paroxetine controlled-release formulation in the treatment of major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in Japan and Korea [J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2011, 65(7): 655-663.
- [21] 陈文泽, 陈雪芬, 张君青, 等. 躯体化障碍患者的治疗及其神经电生理指标的变化研究[J]. 浙江医学, 2016, 38(10): 688-690.

(2017-07-03 收稿)