

延续性干预模式对耳石症复位后头晕残余症状的效果观察

赵翎惠

广西壮族自治区南溪山医院 广西桂林 541002

〔摘要〕目的 研究延续性护理干预对良性阵发性位置性眩晕患者残余症状的影响。方法 选取 2020 年 5 月-2024 年 12 月我院住院部符合纳入标准的 80 例病人，所有的患者均符合耳石症诊断（良性阵发性位置性眩晕/BPPV）并接受了耳石复位（CRP）治疗，复位后均残留不同程度的头晕症状。80 例患者按照就诊先后顺序随机分为观察组和对照组 2 组，每组 40 人，对照组给予出院后常规护理，观察组实施为期 3 个月的延续性护理干预。比较两组患者出院时和出院后 3 个月的眩晕残障评分（DHI）^[1]，包括功能性评分（DHIF）、情绪性评分（DHIE）和躯体性评分（DHIP），并统计耳石症复发率。结果 延续性护理后观察组 DHI 各指标评分和耳石复发率均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者耳石症复发率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者平衡测试、步态测试评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 延续性护理干预可以有效改善 BPPV 患者复位后的残余眩晕症状，并可以降低耳石复发率，改善平衡能力。

〔关键词〕延续性护理；耳石症；残余头晕症状

〔中图分类号〕R473

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165（2025）04-018-03

〔基金项目〕广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题（延续性护理对耳石症复位后头晕残余症状的影响），合同编号：Z20200515

良性阵发性位置性眩晕（Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV）又称为耳石症，指头部迅速运动至某一个或多个特定头位时，出现短暂的阵发性的眩晕及眼震，在眩晕病中极为常见患者可伴恶心呕吐感，强烈旋转性眩晕持续时间一般不超过 60s^[2]。耳石复位作为一种非侵入性的治疗手段，通常被视为治疗眩晕的首选方法。对于绝大多数患者来说，在接受了耳石复位治疗之后，他们所经历的眩晕症状能够迅速得到缓解。然而，尽管眩晕感消失得很快，一些患者在治疗后仍可能会感到轻微的头晕或头昏，这些症状可能会持续一段时间。有研究认为^[3]，科学有效的护理康复可以较好的促进 BPPV 患者病情恢复，改善其日常生活能力，减少 BPPV 复位治疗后的残余头晕症状。

本研究进一步探讨了延续性护理干预对耳石症患者复位后残余症状的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例来源

以 2020 年 5 月-2024 年 12 月广西壮族自治区南溪山医院中医科 / 神经内科住院部符合纳入标准的 80 例病人，所有的患者均符合耳石症诊断（良性阵发性位置性眩晕 / BPPV）并接受了耳石复位（后半规管耳石症患者行改良 Epley 法，外半规管管石型耳石症患者行 Barbecue 法）治疗。80 例患者按照就诊先后顺序随机分为观察组和对照组 2 组，两组病例在性别、年龄、既往史、病程、病情、眩晕严重程度评分比较无统计学意义，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准

①符合中华医学会耳鼻咽喉科分会《良性阵发性位

置性眩晕诊断和治疗指南（2017）》^[4]中 BPPV 诊断标准：DixHallpike 试验阳性诊断为后半规管型 BPPV，水平滚转试验阳性诊断为外半规管型 BPPV；②符合中华医学会耳鼻咽喉科分会 BPPV 疗效评价标准中的显效标准，即显效：患者眩晕等临床症状明显减轻，头微伴有昏沉，但不存在自身及景物旋转感，能独立生活及工作；③病程 1 ~ 14d；④知情同意参与本研究。

1.2.2 排除标准

①伴有其他耳部疾病、手术史及头部外伤史，药物依赖史，中枢性眩晕、颈性眩晕等；②伴有脑梗死、脑出血等中枢神经系统或其他系统严重疾病；③前半规管型或混合半规管型 BPPV，嵴帽型 BPPV；④文盲等因素不能完成量表。

1.3 耳石复位法

由于我院未引进 SRM 系列良性阵发性位置性眩晕诊疗系统，目前采用手法诊断和复位治疗。Epley 管石复位法包括三个步骤：患者仰卧，头部向患侧转 45°，然后头部转向健侧 90°，最后坐起并前倾头部。Semont 管石解脱法要求患者坐直，头部向健侧转 45°后快速卧向患侧，然后侧卧位头部右转 45°，最后慢慢坐起保持头部直立。Barbecue 翻滚法则是患者迅速平卧，头部向健侧转 90°，身体向健侧翻转 180°并头部扭转 80°，最后继续翻转至患侧卧位并坐起。

1.4 护理方法

1.4.1 对照组给予常规护理

于患者出院时对患者进行宣教，叮嘱患者可以正常饮食，但应避免过度饮酒和吸烟。保持饮食清淡，多吃水果蔬菜，有利于身体健康。应按照医生的建议定期复诊，以确保复位效果和监测病情的变化。同时，按时进行术后锻炼，以得到完全的恢复。

1.4.2 观察组在常规护理基础上采用延续性护理干预

1.4.2.1 成立延续护理小组

小组成员包括至少 1 名从事眩晕治疗的医生，2-3 名专业知识丰富的护士，心理咨询护士 1 名。小组成员接受相关知识培训，内容包括延续护理干预的意义、延续护理方案及

作者简介：赵翎惠（1977.07-），性别：女，民族：汉族，籍贯：广西桂林市，学历：本科，职称：副主任护师，科室：中医科，研究方向：耳石症患者经手法复位后残余头晕的持续性管理策略优化与长期疗效评估。

实施办法、患者信息收集方法及沟通技巧等。

1.4.2.2 出院前准备

建立健康档案并创建“互联网+”延续护理平台，制订个性化护理计划^[5-6]。患者出院后，通过微信群进行管理，要求患者和家属加入并提供必要信息。护士评估患者状况，确定延续照护需求，并与家属合作完成个性化延续护理计划。

1.4.2.3 出院后的延续性护理

(1) 患者出院后，护士通过“耳石症健康管理”微信群每日分享耳石症护理视频，涵盖用药、饮食、运动指导，并要求患者观看。之后，患者需完成专题知识调查问卷，以评估其理解程度。对于理解不足的患者，护士会指导家属陪同患者再次观看相关视频，并针对问卷中的错误或未掌握内容进行反复播放。(2) 延续护理计划中，医生和护士会定期进行家庭随访，提供必要服务。出院后的第一个月，医生和护士每两周随访一次；第二至第三个月，护士每月随访一次，若患者病情有变化或依从性不佳，则增加随访次数。随访时，评估患者的眩晕康复情况，检查头晕护理措施的执行情况并记录，根据患者的残余症状，制定后续计划：①改善睡眠环境：建议床头抬高 20°-45° 等，确保实施。②心理支持：通过随访与患者沟通，倾听并鼓励表达感受，提供心理疏导。③前庭康复评估：检查训练计划执行情况，提供指导。④服药遵从性：表扬遵医嘱者，耐心劝导不遵从者，并与家属合作督促。

1.4.2.4 延续性干预方式

①建立微信群或通讯平台：方便患者与护理团队保持联系，及时咨询问题、获取指导。②定期随访：通过电话、视频等方式对患者进行定期随访，了解其康复情况，及时调整护理计划。③提供健康教育资料：通过网络平台或邮寄方式，向患者提供健康教育资料，如疾病预防、康复锻炼、饮食调整等方面的知识，提高患者的自我护理能力。

1.5 评定指标

1.5.1 DHI 评分

治疗前及治疗 1 月、3 月后分别对两组病人采用眩晕残障评定量表 (DHI) 进行评分。DHI 共 25 个问题，总分 100 分，分别从功能性得分 (DHIF)、情绪性得分 (DHIE) 和躯体性得分 (DHIP) 3 个维度评价病人眩晕的影响因素。得分越低残障程度越低。比较两组病人治疗前后 DHI 评分变化。由患者自行填写问卷并当场收回，问卷全部有效回收。

1.5.2 耳石症复发率

随访 3 个月对耳石症复发率进行统计。

1.5.3 平衡能力

利用 Tinetti 平衡量表 (POMA) 来评定病人的平衡状况，该量表由平衡测试和步态测试两个部分组成，其中平衡测试的最高得分为 16 分，步态测试的最高得分为 16 分，得分越高表示平衡能力越强。

1.6 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件，计量资料用均数 ± 标准差表示，同一指标治疗前后及两组间比较采用配对 t 检验，疗效比较采用 χ^2 检验， $p < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 DHI 评分比较

两组患者护理前 DHI 评分，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；护理后观察组 DHI 各指标评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见附表 1。

表 1 组治疗前后 DHI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
DHI-P				
治疗前	15.62 ± 4.42	15.81 ± 4.01	0.1699	0.9735
治疗后 1 月	4.48 ± 2.29	6.99 ± 2.55	4.5597	0.0000
治疗后 3 月	2.21 ± 0.94	5.12 ± 1.13	9.8612	0.0000
DHI-E				
治疗前	12.48 ± 4.22	12.69 ± 4.35	0.2324	0.7465
治疗后 1 月	3.88 ± 1.68	5.92 ± 2.72	3.7519	0.0002
治疗后 3 月	1.26 ± 0.69	3.99 ± 1.32	9.4585	0.0000
DHI-F				
治疗前	17.58 ± 4.49	17.77 ± 4.76	0.163	0.8710
治疗后 1 月	4.99 ± 1.92	6.85 ± 2.15	3.3155	0.0015
治疗后 3 月	2.35 ± 1.21	5.51 ± 1.54	7.9576	0.0000

2.2 两组患者耳石症复发率比较

观察组患者耳石症复发率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见表 2：

表 2 两组患者耳石症复发率比较

组别	n	复发例数	复发率
对照组	40	14	35.00%
观察组	40	5	12.50%
χ^2			5.591
P			0.018

2.3 两组患者平衡功能组间比较

观察组患者平衡测试、步态测试评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见表 3：

表 3 两组患者平衡功能组间比较

组别	n	平衡测试		步态测试	
		出院前	出院后 3 个月	出院前	出院后 3 个月
对照组	40	10.87 ± 1.52	12.11 ± 1.32	9.87 ± 1.25	12.25 ± 1.26
观察组	40	10.36 ± 1.65	13.58 ± 1.24	10.02 ± 1.40	13.52 ± 1.25
t		1.438	5.133	0.505	4.526
P		0.154	< 0.001	0.615	< 0.001

3 讨论

BPPV 患者复位治疗后，残余头晕影响日常生活和质量。尽管药物、心理指导和前庭康复训练可缓解症状，但因患者依从性、治疗局限及个体差异，疗效有限。科学有效的护理康复可以较好的促进 BPPV 患者病情恢复，改善其日常生活能力，减少 BPPV 复位治疗后的残余头晕症状，包括心理护理干预、基础护理和复位全过程护理。

延续性护理是随着社会发展和医疗模式转变而出现的一种新型护理模式，它将住院护理延伸到患者出院后的家庭康复过程中，旨在最大程度提供患者所需，改善患者生活质量^[7]。延续护理采用多学科团队协作方式，制定个体化的护理计划，为患者出院后提供持续性的康复知识指导，满足患者在医院-家庭转移过程中的身心需求，从而维护患者的整体健康。(下转第 21 页)

患者的完全负重时间早于对照组 ($P<0.05$)，具体情况如表 2 所示：

3 讨论

胫骨平台骨折是临床上常见的骨科疾病，复杂型胫骨平台骨折多是由于高能量损伤引起的胫骨髁部严重骨折，因其具有创伤大、症状重、并发症多、预后差的特点一直是临床研究的重点问题^[3]。

目前临床上对于复杂型胫骨平台骨折的治疗主要以外科手术为主。随着医疗水平的不断提高，治疗的方式也越来越多样化，例如临床常规的加压钢板及螺钉固定、外固定架、微创钢板内固定等，但因其均有一定的缺点因此治疗效果有限。对于复杂型胫骨平台骨折的治疗应以力求达到关节面解剖复位及妥善的固定，尽可能的纠正畸形、恢复正常的对线、对位，保持关节面的平整以及最大限度的恢复膝关节的功能为基本原则。而此次研究中两组患者分别采用双支持钢板治疗和外侧锁定钢板联合内侧支持钢板治疗后，在手术时间、术中出血量、骨折愈合时间、膝关节功能评分以及术后胫骨平台内翻角、胫骨平台后倾等均无明显差异说明两种方式均可以患者获得满意的效果。但观察组患者的完全负重时间要早于对

照组，这可能是因为采用锁定钢板是一种更加坚固的内固定，有较强的剪切力，可以很好的支撑关节面，而且稳定性较高，患者不容易复位角度，而且由于锁定钢板的架构较为特殊，因此可以有效的降低对骨膜的损伤，保证骨折部位的正常血运，因此可以更快的促进患者的关节功能恢复。

综上所述，对复杂胫骨平台骨折患者无论是采用外侧锁定钢板联合内侧支持钢板治疗还是双支持钢板治疗，都可以获得理想的治疗效果，但相对而言采用外侧锁定钢板联合内侧支持钢板患者可以更早完全负重。

〔参考文献〕

- [1] 安振. 双切口双钢板与锁定钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的疗效比较 [J]. 当代医学, 2019, 22(07):19-20.
- [2] 韩建福, 严卫锋, 唐宏超, 等. 锁定钢板与双切口双钢板内固定治疗复杂性胫骨平台骨折的疗效比较 [J]. 中国现代医生, 2021, 24(10):73-77.
- [3] 童汉明, 陈辉. 双切口内侧支持钢板伴外侧锁定钢板治疗胫骨平台骨折的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 25(04):25-26.

表 2 两组患者的骨折愈合时间等对比

组别	骨折愈合时间 (周)	膝关节功能评分	术后胫骨平台内翻角 (度)	胫骨平台后倾 (度)	完全负重时间 (周)
观察组	13.2±1.1	89.5±16.3	86.7±3.3	9.7±2.3	14.25±3.10
对照组	13.3±1.0	88.9±15.8	86.3±4.0	10.0±3.2	16.97±4.31
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

(上接第 19 页)

康^[8]。

我科自 2018 年开始，对于复位治疗的耳石症患者予以延续性护理，取得了较好的效果，并对延续性护理方案进行了探索，形成了标准化的延续性护理方案。本研究结果显示，观察组患者功能性得分、情绪性等分、躯体性得分、耳石症复发率均低于对照组，且平衡能力高于对照组 ($p<0.05$)，表明延续性护理干预模式对良性阵发性位置性眩晕患者的功能、情绪、躯体均起到改善的作用，利于患者的康复，其优势在于 (1) 离院后的持续心理护理可以明显改善离院后患者需要在较长时间内独自面对的残余眩晕症状带来的躯体不适和心理问题；(2) 离院后护理随访可以及时纠正有些患者不能完全理解药物治疗的意义，擅自停药或漏服的现象；(3) 离院后护理随访可以及时纠正年龄较大病人对康复操的动作规范，对于掌握不够熟悉的患者均给予及时的解释和纠正。

综上所述，良性阵发性位置性眩晕复位后残留头晕的患者实施延续性护理干预可以有效改善患者的残余症状，可行性高，利于预后。

〔参考文献〕

- [1] 王崇, 王建明, 杨威, 等. 眩晕残障程度评定量表在良性阵发性位置性眩晕患者中的应用 [J]. 中华全科医师杂志, 2016, 15(7):550-552.
- [2] 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南 (2017) [A].

中国中西医结合学会. 中国中西医结合学会眩晕病专业委员会第二次学术大会暨河南省中西医结合学会眩晕病专业委员会第三次学术大会暨眩晕高峰论坛论文汇编 [C]. 中国中西医结合学会: 中国中西医结合学会, 2017: 7.

- [3] 叶海燕, 滕立英, 楼颖, 等. 良性阵发性位置性眩晕前庭康复过程中的护理 [1]. 中国研究型医院, 2017, 4(1):39-41.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会儿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] 朱雪琼, 柴艳茹. 移动互联网平台在慢性病病人康复管理中的研究进展 [J]. 护理研究, 2023, 37(21):3863-3868.
- [6] 陆柳雪, 王巧娜, 韦素雨, 等. 以三级医院为主导的“互联网+护理服务”模式在慢性病患者延续性护理的可行性研究 [J]. 右江民族医学院学报, 2023, 45(3):539-543
- [7] 周敏, 余云苗, 秦艳. 医院-家庭式延续性护理对 PCI 术后患者自我管理能力及功能康复的效果 [J]. 哈尔滨, 2023, 43(05):105-107.
- [8] 葛洋. 延续性护理模式对急性缺血性脑卒中患者的护理效果 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2023, 40(05):530-531.