

原发性面肌痉挛患者病情与心理状态的相关性分析

朱浩然, 张宁, 李馨歆, 陆玉玲

中南大学湘雅医院, 湖南省长沙市 410008

摘要:目的 评估原发性面肌痉挛(HFS)患者焦虑、抑郁状态,探讨病情与心理状态相关性。方法 对2013年至2015年就诊于中南大学湘雅医院肌张力障碍专科治疗门诊的120例原发性面肌痉挛患者进行临床资料收集,焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)调查并通过SPSS17.0统计软件统计分析相关性。结果 女性患者中平均SAS标准分、平均SDS标准分均大于男性患者,差异无统计学意义($P > 0.05$);11.4%的女性患者存在焦虑症状,15.4%的女性患者存在抑郁症状,两者均明显高于男性患者,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。病程10年及以上的患者平均SAS/SDS标准分高于病程10年以下的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。痉挛强度为重度的患者平均SAS/SDS标准分高于痉挛强度为轻中度的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。痉挛程度为重度的患者平均SAS/SDS标准分高于痉挛程度为轻中度的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。经Logistic多因素回归分析,面肌痉挛患者的病程长短、痉挛强度以及痉挛程度为面肌痉挛患者伴发焦虑抑郁情绪的危险因素。结论 原发性面肌痉挛患者更易产生焦虑、抑郁情绪。原发性面肌痉挛患者的焦虑抑郁情绪与性别无关,与病程长短、痉挛强度、痉挛程度呈现一定正相关性。

关键词:原发性面肌痉挛;焦虑;抑郁

DOI:10.16636/j.cnki.jinn.2016.05.009

Analysis of association between the condition and psychological state of patients with primary hemifacial spasm

ZHU Hao-Ran, ZHANG Ning, LI Xin-Xin, LU Yu-Ling. Department of Neurology, Xiangya Hospital of Southern Central University, Changsha 410008, China

Corresponding author: ZHANG Ning, E-mail: zhnxyy@vip.sina.com

Abstract: Objective To evaluate the anxiety or depression of patients with primary hemifacial spasm (HFS) and to explore the association between the disease state and psychological condition of patients with HFS. **Methods** The clinical data of 120 HFS patients, who visited the Botulinum Clinic of Xiangya Hospital of Central South University between 2013 and 2015, were collected in this study. The Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) were used to test all patients. Statistical analysis was performed using SPSS version 17.0 for the association. **Results** Our results showed that the mean SAS and SDS standard scores of female patients were higher than those of the male patients, although the differences were not statistically significant ($P > 0.05$). Of all female patients, 11.4% suffered from anxiety, and 15.4% suffered from depression; these were more prevalent in female patients than in male patients, but the differences between the two gender groups were not significant ($P > 0.05$). Additionally, the mean SAS and SDS standard scores were significantly higher in HFS patients with a duration of 10 years or longer than in those with a duration shorter than 10 years ($P < 0.05$). Patients with high intensity and degree of spasm had significantly higher SAS and SDS standard scores than those with medium or low intensity and degree of spasm ($P < 0.05$). The logistic multivariate regression analyses confirmed that the length of HFS duration and the intensity and degree of spasm were risk factors for anxiety and depression in HFS patients. **Conclusions** Compared with healthy people, HFS patients are more likely to experience anxiety and depression, which are positively associated with the duration of disease and the intensity and degree of spasm, but are not associated with gender.

Key words: primary hemifacial spasm; anxiety; depression

收稿日期:2016-07-05;修回日期:2016-10-19

作者简介:朱浩然(1983-),男,硕士研究生。

通讯作者:张宁(1963-),女,硕士研究生导师,主要从事神经内科免疫肌病方向研究。E-mail:zhnxyy@vip.sina.com

原发性面肌痉挛 (primary hemifacial spasm, HFS) 是指由于面神经过度兴奋所引起的同侧面面部肌肉阵发性、非自主性的痉挛收缩的周围神经病^[1], 是神经内科较常见的良性功能性疾病。临床表现以病侧眼睑、面部及口角不自主抽动为主, 严重时出现睁眼困难、口角歪斜、耳鸣等, 上述症状在紧张或者情绪激动时明显加重。HFS 虽不影响寿命, 但面肌痉挛病情迁延, 难以治愈, 长期的持续痉挛状态不仅严重影响患者个人形象及生活质量, 也常给患者带来焦虑、抑郁等心理问题。

国内许多学者如秦洪云等^[2]、任善玲等^[3]均发现面肌痉挛与焦虑抑郁状态具有一定的相关性, 但以单一因素分析为主, 系统性研究并不多, 因此, 我们对 120 例 HFS 患者进行临床资料收集、焦虑自评量表 (Self-rating Anxiety Scale, SAS) 及抑郁自评量表 (Self-rating Depression Scale, SDS) 调查, 以明确包含性别、病程、面肌痉挛程度、强度等在内的多因素与焦虑抑郁状态的相关性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集 2013 年至 2015 年就诊于中南大学湘雅医院 A 型肉毒毒素专科治疗门诊的 120 例患者。纳入标准: 符合特发性面肌痉挛的临床表现, 并符合 2014 年《面肌痉挛诊疗专家共识》^[4]; 年龄为 20 ~ 65 岁; 自愿参加本次调查量表评测。排除标准: 继发性面肌痉挛患者; 有精神心理类疾病或其他可引起精神心理障碍的疾病; 孕妇及哺乳期妇女。选取 120 名中南大学湘雅医院健康体检中心的健康体检者作为健康对照组。

1.2 研究方法

1.2.1 病史采集 以调差问卷方式收集患者相关信息。①基本情况: 性别、年龄、联系方式、就诊日期、既往疾病史、个人史、家族史、一般情况等。②面肌痉挛病史: 病因、病程、发病年龄、患侧、缓解加重因素、神经系统检查、影像学、痉挛程度、痉挛强度、伴发症状、治疗史等。③焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS)。

1.2.2 痉挛程度判定^[5] 轻度: 面肌痉挛为阵发性发作, 每天发作总计时 < 1 h; 中度: 面肌痉挛为阵发性发作, 每天发作总计时 > 1 h, 有明显的间歇期; 重度: 面肌痉挛为阵发性发作, 每天发作间歇期极短。

1.2.3 痉挛强度判定^[6] 0 级: 无痉挛; 1 级: 外

部刺激引起瞬目增多或眼肌、面肌轻度颤动; 2 级: 眼肌、面肌轻微颤动, 无功能障碍; 3 级: 痉挛明显, 有轻微功能障碍; 4 级: 严重痉挛和明显功能障碍, 如行走困难, 不能阅读等。

1.2.4 SAS 量表/SDS 量表 SAS 量表及 SDS 量表由调查者自行完成, 各由 20 条项目组成, 每项根据项目出现的频率分成 4 个等级, 粗分数为 20 个项目分数总和, 粗分总分数在 20 ~ 80 分之间, 用粗分乘以 1.25, 取其整数部分可得到 SAS/SDS 的标准分。SAS 的标准分 > 50 分为焦虑状态; SDS 的标准分 > 53 分为抑郁状态; 分值越高代表患者的焦虑或抑郁程度越严重^[7]。

1.3 统计学处理

所有数据均采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析。单因素分析: 对计量数据 (年龄、患病病程、痉挛程度、痉挛强度、SAS/SDS 标准分) 使用 U 检验; 计数数据 (性别、焦虑率、抑郁率) 使用卡方检验; 以 $P < 0.05$ 判定差异是否具有统计学意义。多因素分析: 将单因素分析中有统计学意义的变量纳入 Logistic 回归分析模型中 (若有统计学意义的变量为计量数据, 将该变量转换为等级变量, 再进行回归分析), 以 $P < 0.05$ 判定差异是否具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

符合标准的 HFS 患者 120 例, 年龄分布于 33 ~ 87 岁, 平均年龄为 (52.42 ± 11.10) 岁; 女性患者 70 例, 占 58.3%。男性患者 50 例, 占 41.7%。120 例患者病程分布于 0.3 ~ 15 年, 平均病程为 (8.47 ± 4.97) 年, 其中病程 ≥ 10 年的有 46 例, 占病例组的 38.3%; 病程 < 10 年的有 74 例, 占病例组的 61.7%。120 例 HFS 患者中, 51.6% 的患者主诉伴有社交干扰; 0.8% 的患者伴有视物模糊; 1.6% 的患者伴有面部疼痛或不适; 41.7% 的患者伴有睡眠障碍; 8.3% 的患者伴有耳鸣; 5.8% 的患者诉有头痛; 4.2% 的患者有面肌痉挛侧面瘫; 9.2% 的患者伴有行走困难; 10.0% 的患者不能阅读。

2.2 焦虑抑郁状态评估

对 120 例 HFS 患者进行 SAS、SDS 评估, 平均 SAS 标准分为 (35.83 ± 7.35) 分, 平均 SDS 标准分为 (44.13 ± 8.61) 分, 其中有 11 位患者存在焦虑状态 (SAS 标准分 ≥ 50 分), 占病例组的 9.2%; 有

15 位患者存在抑郁状态 (SDS 标准分 ≥ 53 分), 占病例组的 12.5%。

2.2.1 性别比较 男性患者 50 例, 平均 SAS 标准分为 (32.16 ± 6.63) 分, 平均 SDS 标准分为 (38.98 ± 6.83) 分; 焦虑状态的男性患者占 6.0%, 抑郁状态的男性患者占 8.0%。女性患者共 70 例, 平均 SAS 标准分为 (38.46 ± 6.73) 分, 平均 SDS 标准分为 (47.81 ± 7.87) 分; 11.4% 女性患者存在焦虑症状, 15.4% 女性患者存在抑郁症状。女性患者的平均 SAS 标准分、平均 SDS 标准分均大于男性患者, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。女性患者存在焦虑症状和抑郁症状均明显高于男性患者, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 患者中男性与女性的 SAS/SDS 标准分比较 [n(%); $\bar{x} \pm s$]

性别	例数	SAS 标准分	SDS 标准分	SAS 标准分 ≥ 50 分	SDS 标准分 ≥ 53 分
男性	50	32.16 ± 6.63	38.98 ± 6.83	3(6.0)	4(8.0)
女性	70	38.46 ± 6.73	47.81 ± 7.87	8(11.4)	11(15.4)
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2.2 病程长短的比较 患者中, 病程 ≥ 10 年的患者平均 SAS 标准分、平均 SDS 标准分均大于病程 < 10 年的患者, 差异都具有统计学意义 ($P < 0.05$)。病程 ≥ 10 年的患者中有 9 例 (19.6%) 存在焦虑症状; 11 例 (26.1%) 存在抑郁症状, 明显高于病程 < 10 年的患者, 差异都具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2、图 1。

表 2 病程长短的 SAS/SDS 标准分比较 [n(%); $\bar{x} \pm s$]

病程	例数	SAS 标准分	SDS 标准分	SAS 标准分 ≥ 50 分	SDS 标准分 ≥ 53 分
≥ 10 年	46	38.83 ± 7.43	48.79 ± 8.95	9(19.6)	11(26.1)
< 10 年	74	32.91 ± 5.01	39.88 ± 5.37	2(2.7)	4(4.1)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

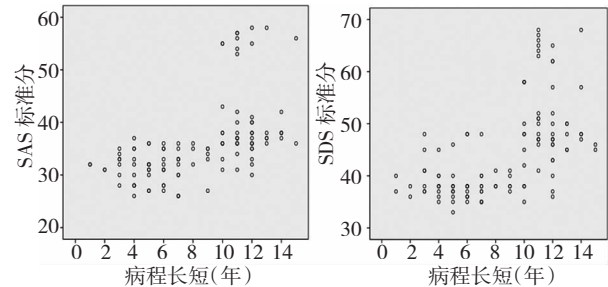


图 1 患者病程长短及 SAS/SDS 标准分关系散点图

2.2.3 痉挛强度的比较 本次调查研究中, 120 例患者痉挛强度分布于 2 ~ 4 级, 平均痉挛强度 (3.46 ± 0.51) 级。面肌痉挛患者中痉挛强度为重度的患者中平均 SAS 标准分、平均 SDS 标准分均大于痉挛强度为轻中度的患者, 差异都具有统计学意义 ($P < 0.05$)。痉挛强度为重度的患者有 18 例 (18.1%) 存在焦虑状态, 12.5% (12 人) 存在抑郁症状, 两者均明显高于痉挛强度为轻中度的患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 不同痉挛强度间 SAS/SDS 标准分比较 [n(%); $\bar{x} \pm s$]

痉挛强度	例数	SAS 标准分	SDS 标准分	SAS 标准分 ≥ 50 分	SDS 标准分 ≥ 53 分
轻中度	76	33.46 ± 5.69	41.24 ± 6.43	3(3.9)	3(3.9)
重度	44	39.93 ± 8.12	49.14 ± 9.64	18(18.1)	12(12.5)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2.4 痉挛程度的比较 患者中痉挛程度为重度的患者中平均 SAS 标准分、平均 SDS 标准分均大于痉挛程度为轻中度的患者, 差异都具有统计学意义 ($P < 0.05$)。痉挛程度为重度的患者有 10 例 (15.2%) 存在焦虑状态, 4 例 (6.0%) 存在抑郁症状, 两者均明显高于痉挛程度为轻中度的患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 不同痉挛程度间 SAS/SDS 标准分比较 [n(%); $\bar{x} \pm s$]

痉挛程度	例数	SAS 标准分	SDS 标准分	SAS 标准分 ≥ 50 分	SDS 标准分 ≥ 53 分
轻中度	54	33.35 ± 4.29	40.69 ± 5.25	1(1.9)	1(1.9)
重度	66	37.86 ± 8.64	46.95 ± 9.77	10(15.2)	4(6.0)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2.5 影响 HFS 患者焦虑抑郁发生的 Logistic 回归分析结果 在上述分析中, HFS 患者的病程长短、痉挛强度以及痉挛程度为 HFS 患者伴发焦虑抑郁情绪具有相关性, 将此 3 项因素纳入 Logistic 回归模型。经过 Logistic 多因素回归分析, HFS 患者的病程长短、痉挛强度以及痉挛程度为 HFS 患者伴发焦虑抑郁情绪的危险因素。见表 5、表 6。

表 5 影响 HFS 患者伴发焦虑状态的 Logistic 多因素回归分析

变量	回归系数	Wald 值	OR 值	95% CI	P 值
患病年限	0.668	4.717	1.950	1.067 - 3.562	0.030
痉挛程度	3.080	4.405	21.755	1.226 - 386.013	0.036
痉挛强度	0.271	0.704	1.311	0.696 - 2.470	0.045

表 6 影响面肌 HFS 伴发抑郁状态的 Logistic 多因素回归分析

变量	回归系数	Wald 值	OR 值	95% CI	P 值
患病年限	0.631	0.290	1.880	1.064-3.320	0.030
痉挛程度	3.080	4.405	21.755	1.226-386.013	0.020
痉挛强度	0.296	1.077	1.345	0.769-2.353	0.046

3 讨论

本研究发现 HFS 患者焦虑抑郁状态发病率明显高于健康对照者,与国内其他研究者结论一致。就其原因,作者认为:第一,HFS 虽为非致死性疾病,但长期的面肌抽搐,影响患者个人形象,妨碍患者正常交际,干扰患者生活,给患者工作和生活带来障碍,降低了患者的生活质量^[8],这与临床中发现一定数量的 HSF 患者伴有社交障碍,多数病人伴有睡眠障碍一致。虽然女性更注重自身外在形象,但本研究发现性别尚不足以称其为本病的危险因素。第二,现代医学研究认为当人们被疾病困扰时,会使人体产生恐惧、紧张的心理活动,而慢性疾病可造成长久的恐惧、紧张,这些心理活动会造成患者的内分泌功能失调、免疫力低下,形成心身疾病^[9]。因此,本研究中 HFS 病程大于 10 年患者 SAS/SDS 标准分显著高于病程少于 10 年的患者,且呈现一定正相关性。第三,HFS 可缓慢进展,随着痉挛程度加深、强度的加大,患者生活和工作能力进一步下降,加重 HFS 患者的精神压力。在临床中,HFS 患者常出现情绪紧张时症状加重,而症状的加重又使患者出现激惹、烦恼、情绪难以控制、难以入睡等负面情绪的恶性循环。因此,本研究发现随着 HFS 患者的痉挛程度、痉挛强度的加重,患者 SAS/SDS 标准分也显著性增高,且呈现一定的正相关性。第四,治疗的不彻底性。目前 HFS 的治疗主要有内科、外科两种治疗途径,内科治疗主要以 A 型肉毒毒素针(BTX-A)治疗为主。BTX-A 通过阻断神经肌肉接头突触前膜神经递质的释放从而消除痉挛症状,其有效期一般持续 3~6 个月,无效后仍要重复注射。因此患者对单次治疗有效性的怀疑、注射疼痛的恐惧、不良反应的忧虑,重复注射的担忧均可使患者出现焦虑抑郁等情绪。外科治疗主要以微血管减压术(MVD)为主^[10],而吴世菊等^[11]发现 MVD 术前对手术的疼痛、危险性及其可能出现的并发症的忧虑可使患者产生的焦虑抑郁状态且影响疗效。

与我们的研究相同,有学者使用汉密顿焦虑量表(HAMA)、汉密顿抑郁量表(HAMD)、症状自评量表(SCL-90)对 HFS 进行评估,发现 HFS 患者的焦

虑抑郁状态明显高于健康人群,患者的痉挛程度与焦虑、抑郁程度呈现一定相关性,并发现 HFS 患者在人际关系中表现比较敏感,抑郁、恐惧状态和躯体化障碍明显^[3]。其相关性与本研究结论相同。

临床上,HFS 的诊断相对容易,而其伴发抑郁及焦虑的负面情绪,常常被临床医生忽视,而临床症状与负面情绪之间的恶性循环降低了 HFS 患者治疗的疗效。这也就要求临床医生不仅是关注 and 解决患者的躯体症状,同时也需要重视患者的心理健康状态。对有明显焦虑、抑郁患者,可加用帕罗西汀等抗抑郁药物进行药物治疗,临床工作中可通过医患沟通消除患者的不良情绪,缓解精神压力,更好的控制患者的病情。

在今后的医疗工作中,在对原发性面肌痉挛进行治疗的同时需重视患者的心理状态,必要时可对其心理障碍进行药物治疗,以期改善他们的心理状态,提高治疗效果。

参 考 文 献

- [1] Barker FN, Jannetta PJ, Bissonette DJ, et al. Microvascular decompression for hemifacial spasm. *J Neurosurg*, 1995, 82 (2): 201-210.
- [2] 秦洪云,陆雪松,何家声.面肌痉挛患者心理治疗配合生物反馈训练的研究. *中国康复医学杂志*, 2006, 21 (2): 140-144.
- [3] 任善玲,徐艳,张磊,等.面肌痉挛患者的心理健康状态调查研究. *武汉大学学报(医学版)*, 2014, 35 (5): 775-777.
- [4] 张容轩,张敏,陈红莉,等.雌激素孕激素受体在肺癌中的表达. *中国肿瘤生物治疗杂志*, 1999, (04): 292-294.
- [5] Cohen DA, Savino PJ, Stern MB, et al. Botulinum injection therapy for blepharospasm: a review and report of 75 patients. *Clin Neuropharmacol*, 1986, 9 (5): 415-429.
- [6] Shorr N, Seiff SR, Kopelman J. The use of botulinum toxin in blepharospasm. *Am J Ophthalmol*, 1985, 99 (5): 542-546.
- [7] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版),1999, 318-320.
- [8] Serrano-Duenas M. Hemifacial spasm, quality of life and depression. *Rev Neurol*, 1999, 29 (12): 1108-1111.
- [9] Kopp P. Fit for practice. 5.3: Consent and confidentiality. *Nurs Times*, 2001, 97 (20): 45-48.
- [10] 上海交通大学颅神经疾病诊治中心.面肌痉挛诊疗中国专家共识. *中国微侵袭神经外科杂志*, 2014, (11): 528-532.
- [11] 吴世菊,吴军玲,李润英.面肌痉挛患者焦虑对术后不良反应影响的研究,2013, 11 (3): 484.