眩晕患者病因鉴别诊断及临床诊疗实践思考

宋丹丹

北京大学第三医院 北京 100191

【摘　要】：目的：探讨眩晕患者病因鉴别诊断的方法及其在临床诊疗实践中的应用价值。方法：选取100例眩晕患者，分为实验组与对照组各50例。实验组采用系统病因鉴别诊断指导下的综合治疗，对照组采用常规治疗。对比两组患者的基本资料与治疗总有效率。结果：两组患者年龄、性别、病程等基本资料无显著差异。实验组治疗有效率为96.0%，对照组为74.0%，实验组总有效率显著高于对照组。结论：基于系统病因鉴别诊断的综合治疗方案能有效提高眩晕患者的治疗效果，具有临床推广价值。

【关键词】：眩晕；病因鉴别诊断；临床诊疗；治疗效果；综合治疗

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.032

引言

眩晕作为临床常见的症状，病因涵盖前庭系统、中枢神经系统、心血管系统以及精神心理等多个方面，病因的辨别和诊断显得特别困难。当前的医疗实践中，常常遇到病因判断不够清楚、治疗方式缺乏针对性的问题，导致一部分患者的治疗效果不理想，病情也容易反复拖延。需要设计一套完整且标准的病因辨别诊断方法，根据每个患者的实际情况制定个性化的综合治疗方案，这样才能有效提高眩晕疾病的诊疗水平。这项研究的主要目标是深入探索如何对眩晕患者进行系统的病因辨别诊断，同时分析这种方法在帮助临床治疗、改善患者未来健康状况中的实际应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

前瞻性选取2021年1月至2023年6月期间我院北方院区综合内科门诊收治的100例眩晕患者作为研究对象，疾病诊断参照《眩晕诊治多学科专家共识》相关标准[1]。纳入标准：①符合临床眩晕诊断标准，存在典型眩晕发作症状；②年龄18～80岁；③临床资料完整，可配合诊疗观察；④患者知情同意。排除标准：①急性脑血管意外、颅内肿瘤等需紧急处理的严重器质性疾病所致眩晕；②合并严重心、肝、肾功能不全；③妊娠及哺乳期女性；④认知或精神障碍无法配合研究者。将所有入选患者随机分为实验组与对照组，每组各50例。两组患者年龄、性别、眩晕病程、基础疾病等基线资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），组间基线均衡可比（见表1）。

1.2 方法

对照组予以临床常规规范化诊疗方案。结合患者主诉、体格检查及临床评估结果，予以改善循环、对症止晕、前庭功能支持等常规药物治疗，并开展健康宣教、作息及饮食指导等常规干预[2]。

实验组在对照组常规诊疗基础上，实施病因鉴别诊断导向的精准个体化综合诊疗，严格遵循眩晕诊疗相关指南共识开展系统诊疗工作。①系统病史采集：详细询问患者眩晕发作形式、持续时间、诱发与缓解因素、伴随症状及既往相关病史；②规范床旁查体：完成全面神经系统查体及前庭专科查体，包括自发性眼震检查、位置试验、甩头试验、平滑跟踪、扫视试验等，依据《眩晕诊治多学科专家共识》[1]等指南，给予定位与定性诊断解析，完成中枢性与周围性眩晕的初步鉴别；③针对性辅助检查：对可疑中枢性病变患者，完善头颅CT或MRI（必要时加扫DWI序列），排查急性脑血管及颅内器质性病变；对可疑周围前庭病变患者，酌情完善视频头脉冲试验、前庭诱发肌源性电位、纯音测听、声导抗等前庭及耳科专项检查；④病因靶向治疗：结合病史、体征及辅助检查结果明确病因后，制定个体化治疗方案。良性阵发性位置性眩晕患者予以规范化手法复位治疗；前庭神经炎患者急性期给予糖皮质激素干预，并早期启动前庭康复训练；梅尼埃病患者予以生活方式调控、倍他司汀、利尿剂等阶梯药物治疗，必要时鼓室注射治疗；前庭性偏头痛患者实施诱因规避管理及预防性药物治疗；精神心理因素相关眩晕患者，整合认知行为干预及抗焦虑抑郁药物。所有治疗均由同一组经过培训的医师执行[3]。

1.3 评价指标及判定标准

主要观察指标为临床总有效率，疗效判定参照眩晕相关临床诊疗标准执行[1]，于治疗结束后4周对患者进行疗效评估。痊愈：眩晕及相关伴随症状完全消失，日常活动不受影响。显效：眩晕发作次数或发作程度较治疗前下降80%以上，对日常生活影响轻微。有效：眩晕发作次数或发作程度较治疗前下降50%～80%，日常生活仍然受到一定影响。无效：眩晕发作次数或发作程度下降＜50%，症状无明显改善甚至加重。总有效率=（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

本研究数据采用SPSS 25.0统计学软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以例（%）表示，组间比较采用χ^2检验。以P＜0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基本资料对比情况

本研究共纳入 100 例眩晕患者，随机分为实验组与对照组，每组 50 例。比较两组患者年龄、性别、病程等基线资料。结果显示：两组患者在年龄分布上，平均年龄和年龄范围基本一致；性别构成方面，男性和女性的比例比较平衡；患病时间长短无明显区别。以上各项指标差异均无统计学意义（P＞0.05），两组基线资料具有可比性，详见表 1。

2.2 两组患者临床总有效率比较

疗程结束后参照眩晕相关诊疗标准评估两组患者临床疗效，结果见表 2。统计分析结果表明，实验组 50 例，总有效 48 例，总有效率 96.0%。对照组 50 例，总有效 37 例，总有效率 74.0%。实验组临床总有效率高于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。

表 1 两组患者基本资料对比情况

组别	性别		平均年龄	平均病程
	男	女		
实验组（n=50）	19	31	40.9±8.8	3.3±1.3
对照组（n=50）	16	34	40.6±8.7	3.2±1.2

表 2 两组患者治疗有效率对比情况

组别	显效	有效	无效	总有效率
实验组（n=50）	25.0（50%）	23.0（46%）	2.0（4%）	96.0%（48）
对照组（n=50）	19.0（38%）	18.0（36%）	13.0（26%）	74.0%（37）

3 讨论

本研究结果显示，以系统病因鉴别诊断为导向的综合治疗可显著提升眩晕患者的临床疗效，实验组总有效率 96.0%，对照组为 74.0%，组间差异具有统计学意义[3]。两组患者在年龄、性别以及病程等基线资料均衡可比，可排除上述混杂因素对结局的干扰，使研究结果的可靠性得到保障。以上提示明确病因是眩晕临床诊疗的关键环节。

眩晕病因复杂，涉及耳科、神经内科、精神心理科以及内科等多个医学领域。传统诊疗往往因为病因识别不清，仅予对症处理，所以治疗效果欠佳，导致患者反复就诊，同时造成医疗资源的浪费。本研究采用系统化病因鉴别诊断思路，以详细病史采集、规范床旁查体为基础，结合前庭功能专科检查与影像学检查开展分层鉴别，可对良性阵发性位置性眩晕、前庭性偏头痛、后循环缺血、前庭神经炎、精神心理相关性眩晕等常见眩晕类型进行有效区分[4]。针对不同病因实施个体化综合干预，如良性阵发性位置性眩晕予以手法复位，前庭性偏头痛采取预防性药物联合前庭康复训练，这些措施成为实验组取得更好治疗效果的重要原因。这说明临床医生应将眩晕视作一组临床症状而非独立疾病，需要培养一种有条理的鉴别诊断思维方式。

本研究优点体现在将系统化病因鉴别诊断流程与治疗措施有机结合，形成一个从诊断到治疗再到评估反馈的完整诊疗链条，这样可大幅提升眩晕诊疗的规范性与精准性。对照组使用常规治疗方法的总有效率只有 74%，这清楚显示出传统治疗方案存在很多不足之处。经病因导向的个体化治疗后，患者眩晕症状得到明显缓解，同时也减少了再次发病的可能性，还让患者的平衡能力有了很大提高，提升了患者生活质量，并且降低了长期患病的风险，带来了非常突出的经济效益和社会效益。本研究实践经验可为眩晕疾病的规范化诊疗工作提供了一套容易实施的具体指导方法和操作标准。

本研究尚存在一定局限性：本研究为单中心研究，样本数量不够充足，研究结论能否推广还需要依靠更多中心、大样本研究来进一步证实。随访观察时间较短，对于容易反复发作的眩晕疾病来说，长期的效果以及再次发病的概率仍需延长随访周期加以评估[5]。另外，本研究疗效评估主要依赖患者主观眩晕症状，缺少前庭功能相关客观量化指标作为疗效佐证。虽然这项研究已经采用多种治疗方法综合干预，但是没有详细分析各种病因亚组中各项治疗措施的单独效应。未来研究可重点放在建立一套基于科学证据支持的、更加精准的眩晕病因诊断标准和分层治疗策略，并且深入探讨前庭康复训练、认知行为治疗这些非药物手段在不同眩晕病因中的应用价值。同时可研发一套适合基层医疗机构使用的简单方便的筛查方法和转诊流程，这样能够有效提高眩晕疾病的整个诊疗质量，以期整体提升眩晕疾病的临床诊疗水平。

本研究证实，以系统化病因鉴别诊断为导向的综合治疗模式，可显著提升眩晕的临床诊疗水平。在实际医疗工作中，一定要更加重视病因方面的深入检查和判断能力，积极推行多学科协作下的规范化诊疗思路，从而实现对眩晕患者的精准管理，为患者提供科学合理的治疗方案。

参考文献：

[1] 华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治多学科专家共识[J].中华神经科杂志,2017,50(11):805-812.
[2] 王新春.眩晕症的病因和中西医结合治疗方法——《眩晕临床诊疗》[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(05):76-76.
[3] 汤海琳.PDCA 模式用于眩晕患者临床诊疗的作用[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2021,(10):0273-0274.
[4] 张月波.眩晕或头晕患者病因及临床现状及特点分析[J].中国科技期刊数据库医药,2023,(05):0072-0074.
[5] 井宏.眩晕患者中医内科病因诊断分析[J].养生大世界,2021,(08):163-163.