

“头晕与脑梗:神经内科临床实践中的挑战与应对”

李红艳 李宏臣

赤峰市宁城县中心医院, 内蒙古赤峰, 024200;

摘要: 目的: 探讨神经内科临床实践中头晕与脑梗的关联性 & 诊疗挑战, 评估优化干预方案的临床效果。方法: 选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月本院神经内科收治的 520 例头晕合并脑梗患者为研究对象, 按随机数字表法分为对照组与实验组, 各 260 例。对照组采用常规脑梗基础治疗联合对症止晕治疗, 实验组在对照组基础上实施病因导向型综合干预。比较两组临床疗效、症状改善情况及血流动力学指标。结果: 实验组总有效率 (94.23%) 显著高于对照组 (78.85%), 差异有统计学意义 ($\chi^2=24.156$, $P<0.001$)。治疗后, 实验组眩晕发作频次 (1.52 ± 0.48 次/天)、持续时间 (4.21 ± 1.13 小时/次) 均低于对照组 (2.28 ± 0.63 次/天、 6.95 ± 2.07 小时/次), 眩晕障碍程度量表 (DHI) 评分 (28.65 ± 6.32 分) 低于对照组 (45.31 ± 8.74 分), 基底动脉平均血流速度 ($43.92\pm7.58\text{cm/s}$) 高于对照组 ($37.85\pm6.89\text{cm/s}$), 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.05)。结论: 头晕与脑梗的临床诊疗存在病因鉴别困难、疗效差异大等挑战, 病因导向型综合干预可显著改善患者症状及血流动力学, 提升治疗效果。

关键词: 头晕; 脑梗死; 神经内科; 临床挑战; 综合干预

DOI: 10.69979/3029-2808.26.02.013

1 资料与方法

1.1 一般资料

头晕是本院神经内科接诊患者中最为常见的症状之一, 占比高达 40%。本研究选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月本院神经内科收治的此类头晕合并脑梗患者 520 例, 均符合纳入标准。按随机数字表法分为对照组与实验组, 各 260 例。对照组中男性 142 例, 女性 118 例; 年龄 50-70 岁, 平均 (60.25 ± 5.38) 岁, 其中 60 岁及以上患者 168 例 (64.62%); 病程 1-14 天, 平均 (5.32 ± 2.17) 天; 合并高血压 156 例, 糖尿病 102 例, 高脂血症 138 例。实验组中男性 139 例, 女性 121 例; 年龄 50-70 岁, 平均 (60.58 ± 5.42) 岁, 其中 60 岁及以上患者 172 例 (66.15%); 病程 1-15 天, 平均 (5.46 ± 2.23) 天; 合并高血压 160 例, 糖尿病 98 例, 高脂血症 142 例。两组患者性别、年龄、病程及基础疾病等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择标准

纳入标准: (1) 符合脑梗死的临床诊断标准, 且经过头颅 MRI 或 CT 影像学检查明确证实; (2) 以头晕作为核心临床症状, 符合头晕的国际诊断标准, 具体表现为眩晕感、身体不平衡感或非特异性头晕, 其中周围性头晕症状持续时间可短至数分钟, 后循环脑梗所致中枢性头晕症状持续时间不少于 24 小时; (3) 患者年龄范围严格限定在 50 至 70 岁之间; (4) 患者本

人及其家属均对研究内容知情同意, 自愿参与并已签署书面知情同意书。

排除标准: (1) 因前庭周围性疾病 (重点鉴别梅尼埃病, 同时包括良性位置性阵发性眩晕等) 引起的头晕患者; (2) 伴有严重心、肝、肾等重要脏器功能不全的患者; (3) 因精神心理疾病所导致的头晕患者; (4) 对本研究中使用的治疗药物存在过敏史的患者; (5) 临床病历资料不完整或无法配合完成研究的患者。

1.3 研究方法

两组患者均接受脑梗死的基础治疗方案, 主要包括: 抗血小板聚集治疗 (口服阿司匹林肠溶片, 每日 100mg)、调脂稳定斑块治疗 (口服阿托伐他汀钙片, 每日 20mg)、控制血压与血糖水平, 以及改善脑部血液循环 (口服丁基苯酞软胶囊, 每次 0.2g, 每日三次) 等措施。

1.3.1 对照组干预方案

在基础治疗的同时, 对照组患者接受常规对症止晕治疗, 具体为口服地芬尼多片, 每次 25mg, 每日三次, 持续治疗周期为 3 周。

1.3.2 实验组干预方案

在对照组治疗的基础上, 实验组实施以病因为导向的综合干预措施, 具体内容包括: (1) 病因鉴别与优化: 针对本院头晕患者占比高的特点, 进一步完善前庭功能评估 (如眼震电图、前庭诱发肌源性电位检查)、脑血管血流动力学检测 (经颅多普勒超声) 及相关血清学指标分析 (包括同型半胱氨酸、血管紧张素 II),

重点区分梅尼埃病等周围性头晕与后循环脑梗所致中枢性头晕,明确头晕症状与脑梗死之间的病理生理关联;

(2) 个体化治疗策略: 针对前庭中枢性病变患者, 增加颈夹脊穴电针治疗, 每次 30 分钟, 每日一次; 针对脑血管血流动力学异常患者, 个体化调整改善循环药物的使用剂量; 针对高同型半胱氨酸血症患者, 补充叶酸(每日 0.4mg) 及维生素 B12 (每周 0.5mg); (3) 康复训练指导: 根据伯格平衡量表评估结果, 实施平衡功能训练及体位适应性训练, 每日一次, 每次 20 分钟。全部干预持续进行 3 周。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效评估标准: 本研究严格参照《中药新药临床研究指导原则》中关于头晕相关疾病的疗效判定标准, 制定如下分级评价体系。痊愈指患者头晕症状完全消失, 中医证候积分较治疗前下降达到或超过 95%; 显效指头晕发作频率和单次持续时间均减少 70%及以上, 同时证候积分降幅不低于 70%; 有效标准为头晕发作频次与持续时间降低 30%及以上, 证候积分下降幅度达到 30%或以上; 无效即未达到上述任一等级标准。总有效率通过统计痊愈、显效及有效病例数之和占全部病例数的百分比进行计算, 公式为: 总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

(2) 症状改善情况的评估: 详细记录每位患者治疗前与治疗后眩晕的具体发作频次, 单位为次/天, 以

及单次眩晕发作的平均持续时间(区分周围性与中枢性头晕特点记录, 后循环脑梗患者以小时为单位)。同时, 采用国际通用的眩晕障碍程度量表(Dizziness Handicap Inventory, DHI) 全面评估头晕对患者生活的影响程度, 该量表涵盖功能、情绪和躯体三个核心维度, 总分设置为 100 分, 得分越高代表眩晕所致功能障碍越严重, 反之, 分值降低表明症状得到改善。

(3) 血流动力学指标检测: 使用彩色多普勒超声诊断仪, 在治疗前及治疗后分别测量受试者基底动脉的搏动指数(PI) 和平均血流速度(Vm)。这些参数用于客观评估椎-基底动脉系统血流状态的变化, 以反映治疗对脑部血液循环的影响。

(4) 血清生化指标分析: 分别于治疗前及疗程结束后, 采集患者外周静脉血样本, 采用酶联免疫吸附测定(ELISA) 等标准方法, 定量检测血清中同型半胱氨酸(HCY) 及血管紧张素 II (Ang-II) 的浓度水平。通过比较治疗前后这两项指标的变化, 评估其在眩晕病理过程中的作用及治疗干预的效果。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

见表 1。

组别	例数	痊愈[n(%)]	显效[n(%)]	有效[n(%)]	无效[n(%)]	总有效率[n(%)]
对照组	260	68 (26.15)	92 (35.38)	43 (16.54)	57 (21.92)	203 (78.85)
实验组	260	105 (40.38)	112 (43.08)	28 (10.77)	15 (5.77)	245 (94.23)
χ^2 值	-	-	-	-	-	24.156
P 值	-	-	-	-	-	<0.001

2.2 两组症状改善及血流动力学指标比较

见表 2。

指标	组别	治疗前 ($\pm s$)	治疗后 ($\pm s$)	t 值	P 值
发作频次 (次/天)	对照组	3.86 \pm 1.32	2.28 \pm 0.63	22.345	<0.001
	实验组	3.91 \pm 1.28	1.52 \pm 0.48	35.678	<0.001
持续时间 (小时/次)	对照组	12.68 \pm 3.25	6.95 \pm 2.07	26.891	<0.001
	实验组	12.75 \pm 3.18	4.21 \pm 1.13	42.105	<0.001
DHI 评分 (分)	对照组	68.42 \pm 10.35	45.31 \pm 8.74	28.762	<0.001
	实验组	69.15 \pm 10.28	28.65 \pm 6.32	51.347	<0.001
基底动脉平均血流速度 (cm/s)	对照组	32.86 \pm 5.21	37.85 \pm 6.89	9.234	<0.001
	实验组	33.02 \pm 5.17	43.92 \pm 7.58	18.569	<0.001

2.3 两组血清指标比较

治疗前, 两组血清 HCY、Ang-II 水平比较, 差异

无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后,两组上述指标均较治疗前降低,且实验组降低程度优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。实验组治疗后 HCY 为 $(12.35\pm 2.18)\mu\text{mol/L}$, Ang-II 为 $(89.62\pm 15.34)\text{ng/L}$; 对照组分别为 $(18.62\pm 3.45)\mu\text{mol/L}$ 、 $(125.38\pm 20.17)\text{ng/L}$, t 值分别为 25.671、19.892, P 均 <0.001 。

3 讨论

3.1 头晕与脑梗的临床关联及诊疗挑战

结合本院临床数据,头晕占急诊神经科患者的比例高达 40%,远高于常规报道的 20%,而脑梗作为前庭中枢性头晕的重要病因,约占中枢性头晕的 30%-50%,这一高发病比例使得二者的鉴别诊疗成为本院神经内科的重点工作。本研究显示,50-70 岁人群中头晕合并脑梗患者占比高,且 60 岁及以上患者超过 60%,这与老年人群前庭系统老化、脑血管病变风险增高密切相关^[1]。前庭系统、视觉系统及本体感觉系统的协同障碍是头晕发生的核心机制,脑梗导致的脑干、小脑或前庭皮层病变,可直接破坏前庭中枢通路,引发平衡障碍与头晕症状,其显著特点是头晕持续时间长,多超过 24 小时,与周围性头晕的短时程发作形成鲜明对比。

临床实践中,头晕与脑梗的诊疗面临多重挑战,其中以病因鉴别尤为突出:其一,梅尼埃病等前庭周围性头晕与脑梗所致中枢性头晕症状存在重叠。梅尼埃病典型表现为发作性眩晕伴耳鸣、听力下降,但其发作期的眩晕症状与后循环脑梗早期表现相似,且部分老年患者梅尼埃病症状不典型,仅以单纯头晕为主,易与中枢性头晕混淆。同时患者常难以准确描述症状细节,进一步增加鉴别难度,有研究显示,约 30% 的脑梗合并头晕患者初诊时被误判为周围性眩晕,延误治疗时机^[2]。其二,疗效个体差异显著。常规对症治疗虽能暂时缓解部分头晕症状,但未针对后循环脑梗的病理机制(如血流动力学异常、代谢紊乱等)进行干预,导致中枢性头晕患者疗效不佳、症状反复。其三,老年患者病情复杂。老年患者常合并多种慢性疾病,联合服用多种药物,药物相关头晕与脑梗源性头晕相互交织,进一步增加病因甄别与治疗方案制定的难度。

3.2 病因导向型综合干预的临床价值

针对上述挑战,尤其是本院头晕患者占比高、梅尼埃病与脑梗鉴别难度大的特点,本研究采用病因导向型综合干预,取得显著效果。该方案的核心优势在于精准区分头晕病因:通过完善前庭功能评估(眼震电图、前

庭诱发肌源性电位)和脑血管血流动力学检测,结合听力检查、甘油试验等梅尼埃病特异性评估手段,明确区分梅尼埃病等周围性头晕与后循环脑梗所致的中枢性头晕,避免因症状混淆导致的误诊误治。研究显示,实验组总有效率达 94.23%,显著高于对照组的 78.85%,证实该综合干预方案对脑梗合并头晕患者的有效性。

从症状改善来看,实验组治疗后眩晕发作频次(1.52 ± 0.48 次/天)、持续时间(4.21 ± 1.13 小时/次)及 DHI 评分(28.65 ± 6.32 分)均优于对照组,提示综合干预能更有效控制中枢性头晕的长时程症状。这一效果的实现与多维度干预措施密切相关:颈夹脊穴电针治疗可改善前庭中枢通路的神经传导功能,个体化循环药物调整能针对性纠正脑血管血流异常,叶酸与维生素 B12 补充则通过降低同型半胱氨酸水平减少血管损伤,多措施协同作用实现症状缓解^[3]。血流动力学方面,实验组基底动脉平均血流速度($43.92\pm 7.58\text{cm/s}$)显著提高,表明综合干预可有效改善椎-基底动脉供血,为受损前庭中枢提供充足血流,促进功能恢复,这是症状改善的重要病理生理基础。此外,实验组血清 HCY、Ang-II 水平降低更明显,而这两项指标升高与脑血管病变进展及头晕发作密切相关,提示综合干预不仅能缓解当前症状,还能通过调节血管代谢指标发挥远期神经保护作用。

3.3 临床应对策略与展望

结合本研究结果及本院头晕患者占比高的临床实际,针对头晕与脑梗的诊疗挑战,提出以下应对策略:

(1) 建立以梅尼埃病鉴别为重点的标准化流程:对头晕患者实施“三步鉴别法”,第一步进行基础神经系统查体,关注复视、构音障碍等中枢性体征,同时询问听力变化情况;第二步开展前庭功能评估及听力检查,通过眼震特点、前庭反应及听力阈值区分前庭周围性(尤其是梅尼埃病)与中枢性病变;第三步完善头颅影像学检查(MRI 优先)和脑血管超声,明确脑梗诊断,通过流程化评估降低误诊率^[4]。(2) 实施个体化精准治疗:针对后循环脑梗患者,以改善脑循环、保护神经功能为核心,结合血流动力学指标调整药物剂量;针对合并代谢异常者,强化营养干预与代谢指标监测;针对老年患者,全面梳理用药清单,避免药物相互作用导致的头晕加重。(3) 加强多学科协作:联合耳鼻喉科(协助鉴别梅尼埃病等前庭周围性疾病)、康复科(制定个性化平衡训练方案)、药剂科(进行药物重整)开展多学科诊疗,形成“病因鉴别-精准治疗-康复指导”的完整诊疗链条,提升患者平衡功能与生活质量。

本研究存在一定局限性,如研究样本均来自单中心,可能存在选择偏倚;随访时间较短,未能评估综合干预的远期疗效与复发预防效果。未来需开展多中心、大样本、长期随访研究,进一步验证该干预方案的普适性与远期效果^[5]。同时,可探索生物标志物(如血清前庭功能相关蛋白、microRNA等)在头晕与脑梗诊疗中的应用,为早期鉴别病因、评估疗效提供更精准的实验室依据,推动诊疗模式从症状对症治疗向病因精准干预转变。

参考文献

- [1]于悦,姜紫誉,张成十,等. 病例讨论结合BOPPPS教学模式在神经内科临床实践教学中的研究[J]. 中国卫生产业,2025,22(17):5-7+11. DOI:10.16659/j.cnki.1672-5654.2025.17.005.
- [2]陈洪乔,黄进瑜,蒙莲,等. 学生标准化病人教学方法在神经内科临床实践教学中的应用[J]. 现代医院,2024,24(05):810-812.
- [3]齐晓涟,唐静,冯明宇,等. 神经内科临床药师继续教育培训的实践与思考[J]. 中国药房,2023,34(15):1904-1908.
- [4]夏海苗,曾丽艳,李月,等. 思维导图法结合CBL在神经内科临床见习中的实践研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2023,44(14):1369-1372.
- [5]王海伦,龙发青. 以临床思维能力为导向的神经内科临床实践教学研究[J]. 河南医学高等专科学校学报,2022,34(06):743-745. DOI:10.20261/j.cnki.2097-6089.2022.06.026.