



社区临床对头晕的鉴别诊断及治疗研究

张晶晶

无锡市梁溪区江海街道社区卫生服务中心 江苏无锡 214000

【摘要】目的 研究社区临床对头晕的鉴别诊断及治疗。**方法** 通过对2015年7月至2016年6月因头晕至我社区门诊就诊的200例患者进行回顾性分析,统计各确诊诊断的比例及观察社区治疗效果。**结果** 收入患者中,确诊为良性发作性位置性眩晕72例,自主神经功能失调54例,后循环缺血28例,体位性低血压16例,其他疾病30例,确诊予以相关治疗后,治疗有效人数为176例,无效人数24例。**结论** 社区临床对与头晕的诊断具有一定的能力,社区医生因根据患者临床症状、辅助检查及详细查体后综合分析做出诊断及治疗、及时转诊。

【关键词】 社区临床; 头晕; 鉴别诊断及治疗

【中图分类号】 R741 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-095-02

头晕是临床常见的一组临床症候,是患者与社区就诊的常见症状之一,涉及相关系统众多。由于其致病因素种类繁多且社区条件有一定的限制,致使第一时间对头晕做出正确的诊断有一定的困难,继而无法第一时间给予有效的治疗,给患者的生活质量带来一定影响^[1],今我们通过对200例因头晕就诊患者的研究探讨社区临床对头晕的鉴别诊断及治疗,先报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

用回顾性方法收集2015年7月至2016年6月因头晕至我社区门诊就诊的200例患者的临床资料,其中男性患者86例,女性患者114例,年龄患者最小年龄为21岁,最大年龄为72岁,平均年龄为29.8±3.7岁;病程在3-14天之间,平均病程为5.21±1.03天,文化程度:文盲12人,小学40人,初中65人,高中及以上83人。所有患者均有不同程度的头晕症状,发作及持续时间不等,患者本人同意对其临床资料进行查阅。

1.2 方法

患者就诊后,由接诊医师第一时间详细地询问病史,了解病因及疾病的发展,并结合临床经验详细查体,完善必要的实验室检查如血常规、血生化等相关检查,同时针对性地完善相关的影像学检查如颈部血管彩超、颈椎X线片颅脑血管磁共振成像(MRA)、颅脑磁共振(MRI)、经颅多普勒(TCD)、CT等相关检查,结合患者病史及辅助检查证据,确诊后予以治疗,对于病情严重、治疗后症状无明显缓解及病因未明确

的缓和,及时收治相关科室诊治或转上级医院进一步治疗。

1.3 诊断标准

所有疾病的诊断均符合相应的诊断标准,如良性阵发性位置性眩晕符合2017年中国耳鼻咽喉头颈外科学会制定的良性阵发性位置性眩晕诊断标准^[2];后循环缺血中的短暂性脑缺血发作(TIA)符合2014年短暂性脑缺血发作与轻型卒中抗血小板治疗中国专家共识;

1.4 观察指标

治疗后观察患者头晕发作的频次及持续时间,根据患者头晕发作频次及持续时间将治疗效果分为显效、有效及无效,同时设定显效的评价标准为头晕完全缓解或持续时间及发作频率减少70%以上;有效:头晕持续时间及发作频率减少40%-70%以上;无效:头晕持续时间及发作频率减少40%以下,总有效为显效和有效人数之和。

1.5 统计学方法采用SPSS17.0处理实验数据,对于计量资料我们用平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,对于计数资料我们采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗结束后,所有患者中确诊为良性发作性位置性眩晕72例,自主神经功能失调54例,后循环缺血28例,体位性低血压16例,其他疾病30例,确诊后所有患者均予以相应治疗指南的诊疗方法,予以治疗患者总计152例,其中显效人数58人,有效人数72人,无效人数20人,具体各病种人数及治疗效果情况见表1、表2。

表1: 社区头晕各病因具体情况

病因	良性发作性位置性眩晕	自主神经功能失调	后循环缺血	体位性低血压	未知病因	总数
人数	72 (36.0%)	54 (27.0%)	28 (14.0%)	16 (8.0%)	30 (15.0%)	200

表2: 社区头晕治疗效果具体情况

总数	显效	有效	无效	总有效
人数	58 (32.1%)	72 (44.4%)	22 (13.6%)	130 (86.4%)

3 讨论

社区医生主要是指接受过家庭医疗这一范围较为广泛的医学教育培训的医生。由于他们的背景与家庭之间有着相互作用的关系,从而使其成为最有资格为每一个患者服务的医生。为社区人员提供临床治疗、公共预防医疗及转诊服务,是群众健康的守门员。而头晕随着人们生活的节奏及生活方式改变,其出现人数不断增加^[3],而头晕是一种主观感受,在临床中其主要表现形式有头昏和眩晕,其涉及全身多个系统,对于社区诊疗有一定的操作难度。

本次调查研究中,良性发作性位置性眩晕出现人数最多为72例,占本次调查总人数的36.0%,其确切的发病机制目前尚不清楚,目前主要有管石症学说及嵴帽结石症学说,主要治疗为手法复位及药物治疗。其次为自主神经功能失调、后循环缺血及体位性低血压,对于上述疾病的诊断与治疗,不仅需要社区接诊医生的丰富临床经验还需要社区响应的辅助检查支持。所以在接诊过程中,社区医生需要在详细查体的同时,并予以针对性的辅助检查,对病因及时确诊并做出相应的治疗,对于病情复杂及严重的患者,应第一时间转诊至上级医院。本次调查中,治疗总有效率达到86.4%,患者症状得到有效的改善,证明社区对头晕的治疗有着较好的治

(下转第98页)



首先是抗EBV壳抗原IgM抗体,其次为IgG类抗体,一般认为,VCA-IgM在患者发病时滴度便已达到峰值,之后随着病程的进展逐渐消失;而EA-IgG则通常在发病时出现,发病后的3-5周内滴度达到峰值,之后的3-5周缓慢消失;VCA-IgG则通常在发病后出现,之后的3-5周内滴度达到峰值,之后稍稍降低但仍处于较高水平并维持终身;同样的,EBNA-IgG通常与发病后的3-5周出现,之后的2-3个月内滴度达到峰值,之后稍稍降低但仍处于较高水平并维持终身^[5]。临床对EB病毒抗体的测定主要从VCA-IgM、IgG以及IgA抗体入手,其中又以VCA-IgG最为一致。

本次研究中,观察组患儿中共58例患儿VCA-IgM检测为阳性,阳性率为92.06%,显著高于对照组患儿的4.76%;此外,观察组患儿VCA-IgA阳性率为53.97%、VCA-IgG阳性率为85.71%,均显著高于对照组对象(分别为3.17%、3.17%),以上指标组间比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结果表明,VCA-IgM抗体阳性与传染性单核细胞增多症之间关系最密切,其次为VCA-IgG抗体、VCA-IgA抗体。值得注意的是,VCA-IgM抗体多出现在传染性单核细胞增多症的急性期内,而患儿临床检测却多在发病后的4-10d内进行,此期间患儿有较大的概率出现假阴性,为确保临床诊断准确性,应根据患儿实际病程适时复检;由于IgM抗体可出现延迟或一直阴性,同时检测IgG、IgA抗体有助于临床诊断。VCA-IgA抗体由于

只出现在一部分当前原发感染患者中,不适用于近期原发感染以及既往感染患者,虽对于传染性单核细胞增多症的诊断价值有限,但可以动态反映患者病程。

综上所述,EBV三种抗体VCA-IgM、VCA-IgA、VCA-IgG可动态反应EB病毒感染后患者各个时间段的抗体水平,具有敏感性高、特异性强等优点,能够显著提高诊断准确性,降低漏诊率和误诊率,为临床的进一步治疗提供可靠依据,值得进一步推广和使用。

参考文献:

- [1] 杨素红,冯俊杰,马爱钟等.儿童传染性单核细胞增多症T细胞亚群变化[J].中国小儿急救医学,2012,19(2):166-167.
- [2] 陶佳.儿童EB病毒感染相关IM和HLH的临床分析和病毒感染特征[D].广州医学院,2012.
- [3] 史利欢,刘炜,栗春香等.儿童EB病毒相关性嗜血淋巴组织细胞增生症的病毒学特征[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(31):6526-6527.
- [4] 陈云娥.EBV-DNA在传染性单核细胞增多症中的应用[J].现代医药卫生,2016,32(9):1382-1383.
- [5] 梁少媛,唐敏贤,陈广道等.EB病毒致传染性单核细胞增多症患儿外周血病毒量与临床特征的相关性[J].实用医学杂志,2016,32(2):278-280.

(上接第95页)

疗效果,满足基本的疾病治疗需求,但有22例患者治疗无效,说明仍有较大的改善空间。

综上所述,社区临床对与头晕的诊断具有一定的能力,社区医生因根据患者临床症状、辅助检查及详细查体后综合分析做出诊断及治疗、及时转诊。

参考文献:

- [1] 戚美珍.头晕在社区临床中的鉴别诊断与治疗[J].现代诊断与治疗,2012,23(5):564.
- [2] 中国耳鼻咽喉头颈外科学会.良性阵发性位置性眩晕诊断及治疗指南(2017)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(3):423-477.
- [3] 邓柏.头晕在社区临床中的鉴别诊断与治疗分析[J].中国社区医师,2016,04:36-37.

(上接第96页)

其中,神经阻滞是治疗带状疱疹神经痛最为常用的简单方法,这是因为带状疱疹神经痛患者受累神经主要是脊神经背根神经节,通过对疼痛最严重部位对应脊髓节段进行阻滞治疗,可促使药物直接作用于相应节段而快速起效,缩短治疗时间^[4-5]。选择复合阻滞液,其组成包括维生素B1100mg,浓度2%利多卡因5ml和0.9%氯化钠注射液1ml、维生素B121000μg,各种药物可通过不同作用机制减轻带状疱疹神经痛,缓解麻木感,加速神经修复,还可有效发挥免疫调节作用。研究显示,带状疱疹神经痛患者经神经阻滞治疗可有效阻断疼痛传导通路,打破恶性循环,有效促使病变血管扩张,恢复神经阻滞功能^[6-8]。

本研究中,药物组采用单一药物进行治疗,药物+阻滞组则采用药物治疗+神经阻滞治疗。结果显示,药物+阻滞组带状疱疹神经痛缓解率高于药物组, $P < 0.05$;药物+阻滞组带状疱疹神经痛完全消失时间短于药物组, $P < 0.05$;干预前两组带状疱疹神经痛程度、生活质量水平相近, $P > 0.05$;干预后药物+阻滞组带状疱疹神经痛程度低于药物组,生活质量水平高于药物组, $P < 0.05$ 。

综上所述,神经阻滞治疗带状疱疹神经痛的价值高,可有效减轻患者疼痛,促进患者生活质量水平的提高,缩短疼痛缓解时间,值得推广。

参考文献:

- [1] 戈晓东,吴安石.神经阻滞对亚急性期带状疱疹神经痛的治疗作用[J].北京医学,2015,37(8):759-762.
- [2] 郭耀耀,薛朝霞,南静静等.干扰素α-2b用于椎旁神经阻滞预防带状疱疹后神经痛的疗效评价[J].中国疼痛医学杂志,2015,21(11):830-833,839.
- [3] 杜红.带状疱疹急性期皮神经阻滞对带状疱疹神经痛影响[J].现代仪器与医疗,2016,22(6):67-68,71.
- [4] 邓略初,何仁亮,吴树毅等.连续外周神经阻滞治疗带状疱疹后神经痛的临床研究[J].中华全科医学,2015,13(4):544-546.
- [5] 马志军,臧颖卓,王清涛等.神经阻滞联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的观察[J].脑与神经疾病杂志,2016,24(4):232-235.
- [6] 刘妍,赵梦楠,韩杰等.短程眶上神经电刺激治疗三叉神经I支带状疱疹性神经痛的疗效观察[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(8):580-583.
- [7] 焦世华.神经阻滞治疗带状疱疹疼痛临床观察[J].中国医药导刊,2015,17(9):875-877.
- [8] 刘永彬,万磊,罗克金等.腹横肌平面阻滞治疗腹部急性带状疱疹的临床观察[J].临床和实验医学杂志,2016,15(12):1208-1210.