

倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪对颈性眩晕患者 眩晕症状及血液流变学的影响

刘 秀

(黄梅县人民医院神经内科, 湖北 黄冈 435500)

【摘要】目的 探讨颈性眩晕患者采用倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗对其眩晕症状、血液流变学、不良反应的影响。**方法** 以随机数字表法将 2018 年 12 月至 2023 年 6 月黄梅县人民医院收治的颈性眩晕患者 200 例分为两组, 各 100 例。对照组患者接受盐酸倍他司汀片治疗, 观察组患者在对照组的基础上联合盐酸氟桂利嗪治疗, 两组患者均治疗 2 周。比较两组患者眩晕情况, 治疗前后血液流变学指标及脑部血流速度, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 与治疗前比, 治疗后两组国际通用眩晕障碍量表 (DHI) 评分降低, 且观察组更低; 与对照组比, 观察组眩晕消失时间、眩晕持续时间均更短, 眩晕发作频率更低; 与治疗前比, 治疗后两组全血高切黏度 (HSV)、全血低切黏度 (LSV)、红细胞压积 (Hct) 均下降, 且观察组更低; 两组左侧、右侧椎动脉及大脑前、后动脉血流速度均加快, 且观察组更快 (均 $P<0.05$); 对照组与观察组不良反应总发生率 [4.00% (4/100) 对比 6.00% (6/100)] 对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 颈性眩晕患者使用倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗可促进眩晕症状缓解, 改善血液流变学指标, 降低血液黏度, 增加脑部血流量, 且安全性良好。

【关键词】 颈性眩晕; 倍他司汀; 氟桂利嗪; 血液流变学

【中图分类号】 R441.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.23.0047.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.23.016

引发颈性眩晕的因素较多, 发病机制复杂, 其中颈椎的退行性改变对后循环的血液供应会造成影响, 导致颈脊髓、神经根等损害, 患者可出现耳鸣、头痛头晕、肩颈疼痛、恶心呕吐等症状, 随病情进展还可能导致患者意识出现短暂障碍, 不利于其正常工作和生活的开展。临床当前治疗该疾病以镇静、血管扩张等类药物为主, 倍他司汀即为血管扩张药物, 对患者脑部血管平滑肌起靶向作用, 有效改善脑部血液的循环障碍, 但将其单独用于治疗颈性眩晕时效果不甚理想^[1]。氟桂利嗪为钙离子拮抗剂, 能够较好地促进脑部血液循环, 对脑血管痉挛起有效的预防作用^[2]。基于此, 本研究选取颈性眩晕患者 200 例开展前瞻性研究, 旨在探讨采用倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以随机数字表法将 2018 年 12 月至 2023 年 6 月黄梅县人民医院收治的颈性眩晕患者 200 例分为两组, 各 100 例。对照组中男、女性患者分别为 53、47 例; 病程 1~3 年, 平均 (1.34 ± 0.26) 年; 年龄 38~67 岁, 平均 (52.48 ± 5.29) 岁; 有抽烟史 50 例, 有饮酒史 47 例。观察组中男、女性患者分别为 52、48 例; 病程 1~3 年, 平均 (1.41 ± 0.30) 年; 年龄 37~68 岁, 平均 (52.64 ± 5.15)

岁; 有抽烟史 53 例; 有饮酒史 46 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: ①与《眩晕诊治多学科专家共识》^[3] 中的相关诊断标准相符; ②初次就诊; ③对本研究用药物无相关禁忌。排除标准: ①耳源性、颈部外伤所致眩晕; ②合并有心、肝、肾等疾病; ③先天颈椎畸形。研究经黄梅县人民医院医学伦理委员会批准, 患者及家属均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 患者入组后均给予常规健康饮食指导、禁烟、禁酒等治疗干预措施。对照组口服盐酸倍他司汀片 (乐普恒久远药业有限公司, 国药准字 H41022374, 规格: 4 mg/片) 治疗, 4 mg/次, 3 次/d。同时观察组联合盐酸氟桂利嗪胶囊 [江苏平光制药 (焦作) 有限公司, 国药准字 H20066917, 规格: 5 mg/粒] 治疗, 5 mg/次, 1 次/d。两组患者均连续服药 2 周。

1.3 观察指标 ①眩晕情况。用国际通用眩晕障碍量表 (DHI)^[4] 评分评估两组治疗前后眩晕症状, 量表包含 25 个项目, 满分为 100 分, 分值越高, 眩晕症状越严重。并记录两组眩晕消失时间、眩晕持续时间、眩晕发作频率。②血液流变学指标。分别于患者治疗前后空腹状态下采集 3 mL 静脉血, 以全自动血液黏度动态分析仪 (重庆南方数控设备股份有限公司, 型号: South990FT3) 测定全血高切黏度 (HSV)、全血低切黏度 (LSV)、红

细胞压积 (Hct)。③脑部血流速度。使用超声彩色多普勒诊断仪 (深圳开立生物医疗科技股份有限公司, 型号: S40 Exp) 探查两组患者颞骨、枕窗, 对其左侧、右侧椎动脉椎动脉及大脑前、后动脉血流速度进行检测及记录。④不良反应。包括食欲不振、嗜睡、口干、胃灼热等发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料均符合正态分布, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者眩晕情况比较 与治疗前比, 治疗后两组 DHI 评分降低, 且观察组更低; 与对照组比, 观察组患者眩晕消失时间、眩晕持续时间均更短, 眩晕发作频率更低, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者血液流变学水平比较 相较于治疗前, 治疗后两组患者血液流变学指标均下降, 且观察组更低, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者脑部血流速度比较 相较于治疗前, 治疗后两组脑部血流速度均加快, 且观察组更快, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 对照组与观察组患者不良反应总发生率 [4.00% (4/100)] 对比 6.00% (6/100)] 对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 4。

3 讨论

导致颈性眩晕的因素较多, 以颈椎结构改变与椎动脉发育不全为主要原因, 颈椎结构改变可导致颈部动脉、静脉出现扭曲痉挛, 椎动脉发育不全可导致血管出现狭窄, 椎-基底动脉血流速度降低, 进而出现眩晕。因此临床常以扩张血管、减轻血管痉挛为治疗重点, 以促进患者脑部血液循环改善。倍他司汀可改善血液循环, 可作为颈性眩晕治疗用药, 但偶有头痛、头晕、失眠等神经系统不良反应, 且临床实践表明, 单一治疗的效果并不理想, 临床需进一步探讨联合用药方案^[5-6]。

氟桂利嗪对钙离子具备拮抗作用, 可有效穿透血-脑脊液屏障, 控制钙离子通道, 阻止过多钙离子进入血管内

表 1 两组患者眩晕情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DHI 评分 (分)		眩晕消失时间 (d)	眩晕持续时间 (min/次)	眩晕发作频率 (次/周)
		治疗前	治疗后			
对照组	100	61.28 ± 9.85	42.67 ± 8.59*	7.02 ± 1.85	3.75 ± 0.29	5.26 ± 0.81
观察组	100	61.39 ± 9.67	35.73 ± 7.14*	5.59 ± 1.07	2.61 ± 0.25	3.78 ± 0.64
t 值		0.080	6.213	6.691	29.774	14.337
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。DHI: 国际通用眩晕障碍量表。

表 2 两组患者血液流变学水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HSV(mPa · s)		LSV(mPa · s)		Hct	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	6.70 ± 0.76	5.83 ± 0.52*	12.76 ± 1.13	10.85 ± 0.94*	0.89 ± 0.27	0.53 ± 0.16*
观察组	100	6.69 ± 0.74	4.86 ± 0.37*	12.68 ± 1.17	8.26 ± 0.72*	0.91 ± 0.28	0.38 ± 0.09*
t 值		0.094	15.199	0.492	21.874	0.514	8.171
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。HSV: 全血高切黏度; LSV: 全血低切黏度; Hct: 红细胞压积。

表 3 两组患者脑部血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左侧椎动脉		右侧椎动脉		大脑前动脉		大脑后动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	36.31 ± 4.83	41.83 ± 5.38*	38.59 ± 5.82	45.82 ± 5.08*	32.51 ± 5.38	48.56 ± 5.73*	26.74 ± 5.59	43.84 ± 6.39*
观察组	100	36.40 ± 4.82	47.29 ± 5.14*	38.14 ± 5.86	49.95 ± 5.15*	32.24 ± 5.21	62.75 ± 6.41*	26.39 ± 5.63	52.16 ± 6.42*
t 值		0.132	7.338	0.545	5.709	0.361	16.504	0.441	9.185
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	食欲不振	嗜睡	口干	胃灼热	总发生
对照组	100	1(1.00)	0(0.00)	1(1.00)	2(2.00)	4(4.00)
观察组	100	0(0.00)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	6(6.00)
χ^2 值						0.421
P 值						>0.05

皮细胞,控制钙离子通道开放,缓解血管痉挛所导致的血管口径变小,继而有效改善前庭器官血液循环。此外,氟桂利嗪还能够促使细胞膜去极化,减少脑细胞损伤,对脑细胞的耐缺血、缺氧能力有一定提升^[7]。倍他司汀作为组胺类药物,对毛细血管具备直接作用,有较强的毛细血管扩张作用,进而使得参与脑循环的血量增加。两者联合应用可有效发挥协同作用,进一步改善患者脑部血液循环,对脑供血不足引发的眩晕进行有效解除^[8]。本研究中,与对照组比,治疗后观察组患者 DHI 评分、眩晕发作频率均更低,眩晕消失时间、持续时间均更短,提示倍他司汀联合氟桂利嗪治疗颈性眩晕可有效缓解患者眩晕症状,减少眩晕发作,利于病情好转。

HSV、LSV、Hct 为重要的血液流变学指标,当患者机体该类指标出现升高,则提示患者血液处于黏稠状态,血液流速减慢,易出现脑部供血不足情况,进而引发眩晕^[9]。氟桂利嗪可通过对钙离子通道的抑制,进一步避免患者神经元中钙离子含量超载,加快脑水肿消失,促进血管舒张,使得脑部血流量增加,改善椎动脉供血,进而达到改善患者前庭区域血液循环情况的目的,还可对患者脑内缺氧、缺血区域的红细胞淤滞状况进行改善,进而调节其血液流变学指标^[10]。倍他司汀能够实现与儿茶酚胺的对抗,抑制血管收缩,减少血小板凝集,降低血液黏度,有效改善局部微循环状况。两者联用通过不同机制进一步疏通脑部微循环,改善脑部供血情况^[11]。本研究中,与对照组比,治疗后观察组患者 HSV、LSV、Hct 均更低,左侧、右侧椎动及大脑前、后动脉血流速度均更快,提示颈性眩晕使用倍他司汀联合氟桂利嗪治疗对患者血液流变学指标起显著改善作用,并降低血液黏度,增加脑部血流。另外,氟桂利嗪在抑制钙离子时具有高选择性,不会对患者机体的钙离子平衡造成影响,对患者血压、心率的影响较小,因此药物不良反应较少^[12]。通过分析两组安全性结果发现,两组患者不良反应总发生率对比,差异无统计学意义,提示颈性眩晕使用倍他司汀联合氟桂利嗪治疗具有良好的安全性。

综上,倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗颈性眩晕可有效缓解患者眩晕症状,减少眩晕发作,改善患者血液流变学指标,降低血液黏度,增加脑部血流,且安全性良好,值得临床应用。

参考文献

[1] 王寅龙,杨丽英,边娜.倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕症的临床疗效及 TCD 动态变化的影响[J].脑与神经疾病杂志,2021,29(1): 43-46.

[2] OH K H, SUH K D, LEE Y H, et al. Clinical utility of cervical vestibular-evoked myogenic potentials in predicting residual dizziness after benign paroxysmal positional vertigo[J]. Clin Neurophysiol. 2019, 130(1): 95-100.

[3] 中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.

[4] 修世国,邢东升,胡玮,等.眩晕障碍量表在 BPPV 患者生活质量评估中的应用[J].听力学及言语疾病杂志,2014,22(1):48-52.

[5] 王富军,张甜甜.氟桂利嗪联合倍他司汀治疗颈性眩晕的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2020,24(11): 68-70, 74.

[6] 杨丽英,席聪,潘延平.超短波联合倍他司汀治疗颈性眩晕的效果及对患者血清 VEGF、vWF 水平的影响[J].海南医学,2020,31(20): 2627-2631.

[7] 孙丽燕,李景莉,李亚楠,等.盐酸倍他司汀片联合盐酸氟桂利嗪片对椎-基底动脉供血不足性眩晕症患者椎基底动脉血流动力学和生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2022,22(3): 491-494, 499.

[8] 陈萍,尹茜,尹兴苗,等.氟桂利嗪片联合治疗颈性眩晕的效果研究[J].临床误诊误治,2023,36(5): 130-133.

[9] 焦信忠,刘廷敏,孔秀燕.椎基底动脉缺血性眩晕的经颅多普勒超声诊断价值[J].中国实用神经疾病杂志,2019,22(5): 544-549.

[10] 张春梅,孙鹏.盐酸氟桂利嗪治疗椎基底动脉供血不足性眩晕症(VBIV)的临床疗效及经颅多普勒动态变化的影响[J].贵州医药,2022,46(10): 1596-1597.

[11] 陈俐志,杜彪,邱雪琴,等.天麻钩藤饮加减联合倍他司汀对颈性眩晕症患者的临床疗效观察[J].现代中药研究与实践,2023,37(4): 89-92.

[12] 许敏,陆学胜.氟桂利嗪和倍他司汀治疗良性位置性眩晕及其伴随症状的临床疗效比较[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2012,19(3): 228-230.