

# 倍他司汀联合甘露醇对眩晕综合征有效性及安全性分析

郝鹏飞

榆中县连搭镇卫生院内科 甘肃兰州 730105

**摘要:** 目的: 分析倍他司汀联合甘露醇对眩晕综合征的临床效果。方法: 选取眩晕综合征患者 40 例, 选取起始时间为 2023 年 1 月, 截止到 2023 年 12 月, 随机分为两组(对照组和观察组)各 20 例, 分别给予单一治疗(倍他司汀)及联合治疗(倍他司汀+甘露醇), 针对治疗效果进行对比分析。结果: 两组临床疗效对比, 观察组更高(对照组 60.00%vs 观察组 90.00%)( $P < 0.05$ ); 观察组眩晕程度低于对照组( $P < 0.05$ ); 两组不良反应对比, 观察组更低(对照组 15.00%vs 观察组 5.00%), 但无明显差异( $P > 0.05$ ); 观察组干预后各个领域评分更高, 观察组生活质量高于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 针对眩晕综合征患者给予倍他司汀联合甘露醇治疗治疗效果更佳, 安全性更高, 有效改善患者眩晕程度, 提高患者整体生活质量。

**关键词:** 倍他司汀; 甘露醇; 眩晕综合征; 临床疗效

眩晕是一种常见的症状, 通常描述为感觉到周围环境或自身在旋转或移动, 或者感到自己在旋转或移动, 即使实际上没有发生任何运动, 这种感觉常伴随其他症状, 如头晕、恶心、呕吐、耳鸣、失衡感或不稳定感等, 由多种不同的原因引起, 包括内耳问题、视觉问题、神经系统问题或者其他身体疾病<sup>[1]</sup>。眩晕综合征(vertigo syndrome)是一种临床常见的症状, 通常表现为患者对空间关系的定向感觉障碍或平衡感觉障碍, 该症状可以由多种原因引起, 包括耳部疾病、中枢神经系统疾病、全身性疾病以及某些药物的副作用等<sup>[2]</sup>。眩晕综合征发病原因复杂, 其中脑内循环缺血, 尤其是椎-基底动脉系统的短暂性脑缺血发作, 是眩晕的重要原因之一<sup>[3]</sup>。眩晕综合征具有突发性强、反复发作率高、对患者健康产生威胁和预后不确定等特点, 通过科学的诊断和治疗, 可以降低眩晕发作的频率, 改善患者的生活质量和健康预后。倍他司汀是一种组胺类药物, 主要用于治疗内耳眩晕脑动脉硬化、急性缺血性脑血管疾病等疾病, 其主要作用机制是通过扩张血管, 改善内耳和脑部的血液循环, 从而缓解头晕、耳鸣等症状<sup>[4]</sup>。但在临床治疗中使用单一药物治疗, 治疗周期长且症状好转缓慢, 临床疗效欠佳。甘露醇是一种常用的渗透性利尿剂, 广泛应用于医学领域, 尤其是在神经外科和眼科中, 用于治疗各种情况, 包括脑水肿和青光眼, 近年来, 有研究探讨了甘露醇在治疗眩晕综合征中的潜在应用效果<sup>[5]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨针对眩晕综合征患者给予倍他司汀联合甘露醇的临床治疗效果。

## 1. 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取 40 例我院收治的眩晕患者作为研究对象, 纳入时间为 2023 年 1 月-2023 年 12 月, 依随机数字表发分为两组, 对照组( $n=20$ )纳入男性 10 例、女性 10 例, 年龄下至 35 岁, 上至 80 岁, 平均年龄( $57.52 \pm 4.56$ )岁, 病程下至 1 年, 上至 3 年, 平均病程( $2.10 \pm 0.25$ )年; 观察组( $n=20$ )纳入男性 11 例、女性 9 例, 年龄下至 36 岁, 上至 80 岁, 平均年龄( $58.23.68 \pm 4.47$ )岁, 病程下至 2 年, 上至 3 年, 平均病程( $2.52 \pm 0.14$ )年, 两组患者性别、年龄、病程对比无统计学意义( $P > 0.05$ )。纳入标准: (1)符合《眩晕诊治多学科专家共识[J]》<sup>[6]</sup>诊断标准; (2)年龄 $\geq 35$ 岁; (3)伴随头晕、平衡感减退等症状。排除标准: (1)认知、精神障碍患者; (2)合并脑部器质性病变患者; (3)脑部重大创伤史患者。

### 1.2 方法

对照组给予倍他司汀(东北制药集团沈阳第一制药有限公司, 国药准字 H21022577, 规格: 2ml:10mg)将 20mg 倍他司汀注射液溶于 250ml 0.9% 的氯化钠中静脉滴注。

观察组在倍他司汀基础上联合甘露醇(哈尔滨市龙生北药生物工程股份有限公司, 国药准字 H23020468, 规格: 250ml: 50g) 30g 静脉滴注。

两组患者均治疗 7d。

### 1.3 观察指标

(1) 临床疗效：以眩晕症状完全消失、日常生活不受影响为痊愈；以症状明显减轻，轻微影响日常生活为有效；以眩晕症状为改变，严重影响日常生活为无效。

(2) 眩晕程度：采用眩晕残障量表 (DHI) 评估，包括躯体、情绪、功能，共 25 个条目，每个条目 0-4 分，满分 100，分值越高，眩晕程度越严重。

(3) 并发症：记录两组患者治疗期间并发症情况，进行对比，详见表 3。

(4) 生活质量：以世界卫生组织生存质量测定量表简表 (WHOQOL-BREF) 评估，共四个领域，分别为：心理、生理、生活、社会关系，各领域均以百分制记分，成正相关。

### 1.4 统计学算法

处理器：SPSS23.0，表 2、4 表示方法： $(\bar{x} \pm s)$ ，检验方法：t 检验；表 1、3 表示方法：率 (n, %)，检验方法： $\chi^2$ ，以  $P < 0.05$  为无均衡性，有意义。

## 2. 结果

### 2.1 临床疗效

两组临床疗效对比，观察组更高 (对照组 60.00% vs 观察组 90.00%) ( $P < 0.05$ )，见表 1：

表 1 临床疗效对比 [n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	20	7 (35.00)	5 (25.00)	8 (40.00)	12 (60.00)
观察组	20	12 (60.00)	6 (30.00)	2 (10.00)	18 (90.00)
$\chi^2$					4.800

表 4 生活质量对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	生理领域		心理领域		社会关系领域		生活领域	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	56.82 ± 3.02	65.89 ± 4.55*	53.46 ± 3.71	67.88 ± 3.82*	56.20 ± 3.48	66.05 ± 3.88*	58.55 ± 4.93	69.73 ± 3.55*
观察组	20	56.90 ± 3.15	73.37 ± 3.58*	53.43 ± 3.86	76.55 ± 4.75*	56.22 ± 3.43	75.87 ± 4.54*	58.58 ± 4.66	78.65 ± 3.53*
t		0.082	5.778	0.025	6.361	0.018	7.354	0.020	7.968
P		0.935	0.000	0.980	0.000	0.985	0.000	0.984	0.000

注：与干预前比较，\* $P < 0.05$ 。

### 3. 讨论

眩晕综合症是一种主观感觉复杂的感官障碍，是一种临床症状，而不是单一的疾病，是由前庭神经系统病变引起的，患者会感到自身或周围环境在旋转、摇动、倾斜或升降，

P 0.028

### 2.2 眩晕程度

干预前两组患者对比无明显差异 ( $P > 0.05$ )，干预后观察组眩晕程度低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2：

表 2 眩晕程度对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	DHI		配对 t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	20	62.55 ± 6.43	50.88 ± 5.68*	6.083	0.000
观察组	20	62.23 ± 6.30	36.74 ± 5.48*	13.652	0.000
t		0.159	8.012		
P		0.875	0.000		

注：与干预前比较，\* $P < 0.05$ 。

### 2.3 不良反应

两组并发症对比，观察组更低 (对照组 15.00% vs 观察组 5.00%)，但无明显差异 ( $P > 0.05$ )，见表 1：

表 3 不良反应对比 [n(%)]

组别	例数	皮疹	腹泻	头痛	总发生率
对照组	20	0 (5.00)	1 (5.00)	2 (10.00)	3 (15.00)
观察组	20	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
$\chi^2$					0.277
P					0.598

### 2.4 生活质量

观察组干预后各个领域评分更高，观察组生活质量高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 4：

通常伴随恶心、呕吐、耳鸣、平衡障碍和站立不稳等症状<sup>[7]</sup>。眩晕综合症可以有多种原因引起，包括耳部疾病 (如前庭神经元炎等)、中枢神经系统疾病 (如脑梗死、脑出血)、全身性疾病 (如高血压、贫血等) 以及药物副作用等原因，

根据病因不同,眩晕综合症可分为周围性眩晕、中枢性眩晕以及反射性眩晕三种类型<sup>[8-9]</sup>。治疗眩晕综合征的方法多种多样,包括药物治疗、物理治疗和中医治疗等。眩晕综合征是一种复杂的临床症状,其病因多样且症状表现各异,需要根据具体病因进行针对性治疗,以改善患者的症状和生活质量。倍他司汀是一种有效的眩晕治疗药物,适用于多种耳源性和脑血管疾病。甘露醇作为一种有效的脱水剂,具有扩张血管、解除内耳水肿、促进内耳微循环的功效,能够有效缓解眩晕症状。

本研究结果显示,两组临床疗效对比,观察组更高(对照组 60.00%vs 观察组 90.00%) ( $P < 0.05$ ), 观察组眩晕程度低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 提示针对眩晕综合症患者给予倍他司汀联合甘露醇在改善其眩晕状态中具有显著效果,临床疗效高。倍他司汀作为组胺 H1 受体的激动药,能够增加前庭功能,可舒张内耳前毛细血管括约肌,进一步提高内耳血流量,并通过增强大脑微循环血流量,进而改善前庭功能,减轻眩晕等症状。甘露醇所属单糖,不易被代谢,作为一种高渗透性药物,通过静脉注射可迅速提高血浆渗透压,协助液体从组织间转移并促进脱水,其独特的作用机制使其在减轻膜迷路水肿、降低内淋巴系统压力方面具有显著效果,进而改善前庭和内耳的微循环。两药物联合应用可加快水肿消失、压力下降,从而加速症状缓解,临床效果更加显著。两组并发症对比,观察组更低(对照组 15.00%vs 观察组 5.00%),但无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 在给予眩晕综合症患者联合用药治疗后患者不良反应并未增多,表明联合用药具有较高安全性。观察组干预后各个领域评分更高,观察组生活质量高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 提示在联合用药情况下,患者症状缓解加快,眩晕程度显著降低,患者整体生活质量得到有效提升。倍他司汀与甘露醇的联合治疗对眩晕综合症患者具有显著的疗效,通过各自的作用机制,这两种药物相互作用,共同改善眩晕状态,减轻内耳水肿,提升患者的生活质量。

综上所述,针对眩晕综合症患者给予倍他司汀联合甘露醇治疗治疗效果更佳,安全性更高,有效改善患者眩晕程度,提高患者整体生活质量。

#### 参考文献:

- [1] 韦辉燕,徐玉婷,杨丽燕,等. G-Force 眩晕综合诊疗系统加减半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志,2023,43(8):1862-1864.
- [2] 孙军,张荣珍,魏伟,等. 定眩颗粒联合盐酸倍他司汀治疗风痰上扰型眩晕综合征的疗效 [J]. 西北药学杂志,2023,38(4):159-163.
- [3] Dispenza F, Immordino A, Priola R, Salvago P, Montalbano C, Martines F. Evolution of migraine vertigo in overlapping syndrome with Ménière's disease: prognostic role of instrumental examination. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2021 Apr;41(2):180-184.
- [4] 侯志冬. 半夏白术天麻汤加减联合倍他司汀治疗椎基底动脉综合征性眩晕患者的效果分析 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(21):173-174.
- [5] 刘曙光. 眩晕综合症患者采用倍他司汀联合甘露醇治疗的临床效果分析 [J]. 中外女性健康研究,2023(12):33-3437.
- [6] 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.
- [7] 曾飞云. 自拟中药方剂联合倍他司汀治疗眩晕综合症的效果及对血管活性物质的影响 [J]. 江西医药,2022,57(5):488-490.
- [8] 苟荣,范良,王凤玲,王娟. 中药竹罐联合 G-Force 眩晕综合诊疗系统治疗良性阵发性位置性眩晕的疗效观察 [J]. 中医外治杂志,2021,30(6):31-33.
- [9] Liu C, Luo H, Wang Z, Luo H, Yu Y. Observation on the Efficacy of Moxibustion Combined with Ear Acupoint Pressing Beans in Treating Patients with Phlegm Stasis Syndrome Vertigo. *Emerg Med Int.* 2022 May 10;2022:4295423.
- [10] 王宝爱,韩秀琴,陈伟,陈荣,徐玉婷,陈刚,符文雄,韦辉燕,王瑜. 半夏白术天麻汤联合 G-Force 眩晕综合诊疗系统治疗良性阵发性位置性眩晕的临床研究 [J]. 淮海医药,2021,39(5):505-508.