

丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛临床疗效分析

童向霞¹ 熊建忠² 何琴³

1.萍乡市人民医院国家药物临床试验机构伦理委员会办公室 江西 萍乡 337000

2.萍乡市人民医院神经内科 江西 萍乡 337000

3.萍乡市人民医院护理学 江西 萍乡 337000

【摘要】目的：分析丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛临床疗效。方法：选择2024年6月至2025年6月萍乡市人民医院收治的60例前庭性偏头痛患者，以随机数字表法分为参照组30例和治疗组30例，前者给予丙戊酸镁治疗，后者给予丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗，为期3个月。治疗前后采用Berg平衡量表（BBS）、眩晕障碍量表（DHI）、欧洲多维健康量表（EQ-5D）评估患者平衡功能、眩晕程度及生活质量，并记录眩晕发作次数与强度（VAS评分）。结果：治疗前，组间比较BBS评分、DHI评分、EQ-5D评分等数据相似（ $P>0.05$ ），治疗后，两组数据均发生明显变化，组间比较，治疗组BBS评分更高（ $P<0.05$ ），治疗组DHI评分、EQ-5D评分更低（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组患者的眩晕发作次数、VAS评分相似（ $P>0.05$ ），治疗后，两组数据均发生明显变化，组间比较，治疗组眩晕发作次数、VAS评分更低（ $P<0.05$ ）。结论：丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛有效改善患者的眩晕症状、平衡功能及生活质量，减少发作次数，应用价值显著。

【关键词】：前庭性偏头痛；丙戊酸镁；甲磺酸倍他司汀；眩晕程度；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.043

前庭性偏头痛是临床常见的神经系统疾病，以反复发作的眩晕或头晕为核心症状，常伴有恶心、呕吐、畏光、畏声及头痛等偏头痛样表现。由于其临床表现复杂多变，症状常与其他前庭疾病重叠，导致前庭性偏头痛在临床实践中误诊率极高，不仅耗费大量医疗资源，其自身的生活质量、工作效率及心理健康也受到严重损害^[1]。另外反复无常的眩晕发作常诱发患者的焦虑、抑郁情绪，形成躯体症状与精神心理障碍相互加重的恶性循环。丙戊酸镁作为一种传统的广谱抗癫痫及心境稳定剂，其在前庭性偏头痛防治中的应用价值日益受到关注，另一方面，甲磺酸倍他司汀作为一种组胺H1受体弱激动剂和H3受体拮抗剂，是临床缓解各种眩晕症状的常用药物^[2-3]。尽管丙戊酸镁与甲磺酸倍他司汀分别通过调节中枢神经功能和改善外周前庭血供来发挥作用，理论上存在协同增效的潜力，但目前国内尚缺乏将两者联合用于预防治疗前庭性偏头痛的系统性临床研究报道。基于此，本研究旨在通过一项随机对照试验，科学评价丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛的临床疗效与安全性，以期前庭性偏头痛的药物治疗提供新的循证医学证据。

1 资料及方法

1.1 临床资料

选择2024年6月至2025年6月萍乡市人民医院收治的60例前庭性偏头痛患者，以随机数字表法分为参照组30例和治疗组30例。参照组中男、女分别11例、19例，年龄28~76

岁，中间值（ 60.20 ± 5.62 ）岁；病程2~9年，中间值（ 5.39 ± 1.71 ）年。治疗组中男、女分别10例、20例，年龄27~76岁，中间值（ 61.02 ± 5.27 ）岁；病程1~9年，中间值（ 5.34 ± 1.36 ）年。两组一般资料比较无明显差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：患者年龄均在18-80岁之间；符合前庭性偏头痛的诊断标准：至少发作5次前庭症状；每次持续5min~72h；过去或现在有偏头痛病史；具备基本沟通能力和认知功能；对本次研究内容知情并签署意愿书。

排除标准：肝肾等脏器有器质性病变；有精神病史；有智力障碍、严重心理障碍者；孕妇、哺乳期妇女；对倍他司汀过敏者、嗜铬细胞瘤患者；有严重消化性溃疡、支气管哮喘、肾上腺髓质瘤患者。

1.2 方法

参照组：患者仅服用丙戊酸镁（湖南省湘中制药有限公司；国药准字H20030537；规格0.25g*30片），250~500mg/次，2次/日，疗程为3个月。

治疗组：服用丙戊酸镁，服用方法与参照组一致，另口服甲磺酸倍他司汀（卫材(中国)药业有限公司；国药准字H20040130；规格6mg*10片），6~12mg/次，3次/日，疗程为3个月。

1.3 观察指标

(1) 平衡功能^[4]。分别在治疗前、治疗3个月采用Berg

平衡量表 (Berg Balance Scale, BBS) 进行评估。该量表包含 14 个动作项目, 满分 56 分, 评分越高代表平衡功能越好。

(2) 眩晕程度^[5]。分别在治疗前、治疗 3 个月采用眩晕障碍量表 (Dizziness Handicap Inventory, DHI) 进行评估, 量表共 25 个条目, 总分范围为 0 至 100 分。得分越高, 表明眩晕对患者造成的功能性、躯体性和情感性障碍越严重。

(3) 生活质量^[6]。分别在治疗前、治疗 3 个月采用欧洲五维健康量表 (EQ-5D) 进行评估。该量表从行动能力 (M)、自我照顾 (S)、日常活动 (U)、疼痛/不适 (P) 和焦虑/抑郁 (A) 五个健康维度描述患者的健康状况。每个维度分为 3 个等级: 无困难、有些困难、有极度困难, 分别计为 1、2、3 分。总分 5-15 分, 评分越高代表生活质量越低。

(4) 眩晕发作频率和强度。记录治疗前后每月眩晕发作的平均次数。采用视觉模拟评分法 (Visual Analogue Scale, VAS) 进行评估, 评分 0-10 分, 评分越高, 代表眩晕强度越大。

1.4 统计学

研究数据处理软件为 SPSS, 其版本为 23.0, 参数百分数 (%) 表示计数资料, 对比结果经参数 χ^2 检验, 计量资料均呈正态分布, 表示参数和检验参数分别为 $\bar{x} \pm s$, 对等级资料行秩和检验, 将 $P < 0.05$ 作为有差异的依据。

2 结果

2.1 两组平衡功能对比

治疗前, 组间比较 BBS 评分相似 ($P > 0.05$), 治疗后, 两组数据均发生明显变化, 组间比较, 治疗组 BBS 评分更高 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组平衡功能对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	参照组(n=30)	治疗组(n=30)	t	P	
BBS 评分	治疗前	36.02 ± 4.84	35.52 ± 4.30	0.423	0.674
	治疗后	43.95 ± 3.32*	48.77 ± 3.15*	5.769	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$

2.2 两组眩晕程度对比

治疗前, 两组 DHI 评分相似 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组评分均有明显变化, 治疗组 DHI 评分更低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组眩晕程度对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	参照组(n=30)	治疗组(n=30)	t	P	
DHI 评分	治疗前	68.11 ± 4.60	69.06 ± 4.34	0.823	0.414
	治疗后	80.02 ± 3.08*	88.95 ± 3.20*	11.013	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组生活质量对比

治疗前, 两组 DHI 评分相似 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组评分均有明显变化, 治疗组 DHI 评分更低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	参照组(n=30)	治疗组(n=30)	t	P	
EQ-5D 评分	治疗前	11.72 ± 1.08	11.95 ± 1.34	0.732	0.467
	治疗后	9.11 ± 1.00*	7.95 ± 1.05*	4.382	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 两组眩晕发作频率和强度对比

治疗前, 两组患者的眩晕发作次数、VAS 评分相似 ($P > 0.05$), 治疗后, 两组数据均发生明显变化, 组间比较, 治疗组眩晕发作次数、VAS 评分更低 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组眩晕发作频率和强度对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	参照组(n=30)	治疗组(n=30)	t	P	
眩晕发作次数(次/月)	治疗前	5.20 ± 1.31	5.12 ± 1.25	0.242	0.810
	治疗后	2.85 ± 0.62*	1.44 ± 0.41*	10.390	0.000
VAS 评分(分)	治疗前	7.11 ± 1.15	7.18 ± 1.24	0.227	0.821
	治疗后	4.40 ± 0.95	2.77 ± 0.75	7.376	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

前庭性偏头痛作为一种临床常见的慢性发作性疾病, 其本质被认为是神经系统与前庭系统在特定诱因下交互作用的结果。其临床表现复杂, 导致其诊断困难且误诊率高, 反复发作不仅是一种躯体症状的体验, 更会严重侵蚀患者的心理健康与社会功能, 引发焦虑、抑郁状态, 并显著降低生活质量^[7]。因此, 探寻能够有效控制发作、兼顾中枢与外周症状、并改善患者长期预后的治疗方案, 始终是前庭性偏头痛临床管理的核心挑战。

丙戊酸镁作为一种中枢性药物, 其主要作用在于增强脑内抑制性神经递质 γ -氨基丁酸的活性, 从而抑制三叉神经血管系统的过度激活与神经源性炎症。然而, 单一的中枢调节可能不足以完全控制所有前庭性偏头痛症状, 甲磺酸倍他司汀的加入恰好弥补了这一不足。作为组胺 H3 受体的拮抗剂和 H1 受体的弱激动剂, 它能有效扩张内耳毛细血管, 改善椎-基底动脉系统的血液供应, 促进内耳淋巴液的吸收与回流, 从而从外周层面直接缓解膜迷路积水或缺血所致的眩晕感^[8-9]。本次研究显示, 较参照组, 治疗组 BBS 评分更高 ($P < 0.05$), 治疗组 DHI 评分、EQ-5D 评分更低 ($P < 0.05$)。说明联合治疗能明显改

善眩晕症状、平衡功能及生活质量。丙戊酸镁增强中枢抑制功能并下调三叉神经血管系统的敏感性,甲磺酸倍他司汀能直接改善椎-基底动脉和内耳迷路的血供,促进内淋巴液的吸收,快速稳定前庭终末器官的功能,从而缓解眩晕症状^[10]。丙戊酸镁通过稳定中枢神经元的兴奋性,可能改善了前庭核团及小脑等平衡中枢对感觉信息的处理能力,使患者能够更有效地协调身体姿态,另外甲磺酸倍他司汀通过改善前庭器官的血液供应和功能,为大脑提供了更稳定、更准确的空间定位信号显著提升了动态平衡能力^[11]。联合治疗通过强效控制症状,打破“眩晕-障碍-焦虑”的恶性循环,生理上的轻松与心理上的释然共同

作用,最终实现了生活质量的整体飞跃。结果显示,较对照组,治疗组眩晕发作次数、VAS评分更低($P<0.05$),说明联合治疗的能够明显减少发作次数,缓解疼痛。丙戊酸镁继续发挥其中枢预防作用,负责降低发作频率。甲磺酸倍他司汀则精准靶向向外周前庭,通过改善血供、减轻淋巴水肿,直接稳定前庭终末器官功能,快速缓解发作的强度^[12]。

综上所述,丙戊酸镁联合甲磺酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛有效改善患者的眩晕症状、平衡功能及生活质量,减少发作次数,应用价值显著。

参考文献:

- [1] 俞玘君,徐灵燕,潘永惠.前庭功能检查预测前庭性偏头痛预防性治疗反应的系统综述和 Meta 分析[J].中华耳科学杂志,2025,23(4):569-574.
- [2] 林莉娜,李欢欢,方玲,等.前庭康复训练对前庭性偏头痛患者负性情绪和睡眠质量的影响[J].中国当代医药,2024,31(12):9-13.
- [3] 艾春玲,孙莉,曹政华,等.基于数据挖掘和网络药理学方法探讨前庭性偏头痛的中医用药规律及核心药物潜在作用机制[J].中国民间疗法,2025,33(5):54-58.
- [4] 王国强,赵伟.文拉法辛联合甲磺酸倍他司汀对前庭性偏头痛患者脑血流动力学及眩晕评定量表评分的影响[J].慢性病学杂志,2024,6(11):1650-1652.
- [5] 薛铮,张瀛颖,卢磊,等.眩晕宁片联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的疗效及对血液流变学、脑血流和血清神经递质水平的影响[J].西北药学杂志,2025,40(2):119-125.
- [6] 牛玉格,张道培,张怀亮.前庭性偏头痛相关视觉性眩晕发病机制的研究进展[J].听力学及言语疾病杂志,2024,32(1):85-89.
- [7] Garey JD,Damkier P,Scialli AR,et al.Paternal Valproate Treatment and Risk of Childhood Neurodevelopmental Disorders:Precautionary Regulatory Measures Are Insufficiently Substantiated.Birth Defects Res.2024,116(8):c2392.
- [8] Bairy LK,Madhyastha S.Advancements in Valproate Therapy for Seizures,Migraines,and Bipolar Disorders.Med Princ Pract.2025,34(4):301-315.
- [9] 李春鹏,傅俊,王雯,等.前庭性偏头痛患者血清 HMGB1、Hcy 水平与疾病分期的关系研究[J].检验医学与临床,2025,22(4):518-521.
- [10] 陈慧,刘燕.盐酸氟桂利嗪联合托吡酯治疗前庭性偏头痛的效果及对前庭功能的影响[J].医师在线,2024,14(12):31-33.
- [11] 秦西婷,江雪娇.丁苯酞联合甲磺酸倍他司汀治疗后循环缺血性眩晕患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(27):50-53.
- [12] 崔阳阳,孙艳雷,刘德翠.血塞通联合甲磺酸倍他司汀治疗后循环缺血性眩晕患者的影响[J].黑龙江医药科学,2024,47(2):128-131.