

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	9	17	3	3	90.625
对照组	32	6	10	5	11	65.625

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组平均机械通气时间比较 见表2。2组平均机械通气时间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组平均机械通气时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	平均机械通气时间
治疗组	32	4.14 ± 0.24
对照组	32	6.20 ± 0.30

与对照组比较, ① $P < 0.05$

## 5 体会

喘证是临床常见的急重症, 病因复杂, 可出现在多种急、慢性疾病过程中, 如: 慢性阻塞性肺疾病、心源性哮喘、急性呼吸衰竭、肺部感染等疾病; 其是指由于外感或内伤, 导致肺失宣降, 肺气上逆或气无所主, 肾失摄纳, 以致呼吸困难, 甚则张口抬肩, 鼻翼煽动, 不能平卧等为主要临床特征的一种病证。严重者可由喘致脱出现喘脱之危重证候。喘脱的病机为

肺气欲竭, 心肾阳衰。喘脱为喘证的严重阶段, 病情凶险, 治疗稍有不慎, 常致阴阳离绝, 故有“名医不治喘”之说。喘脱危症应予急救, 当扶正固脱, 方以参附汤为主方。参附汤最早见于明代薛己的《正林类要》, 为峻补阳气之剂, 用于阳气暴脱之手足逆冷, 头晕气短, 汗出脉微等症。方中参附相伍, 具有上助心阳, 下补肾阳, 中健脾气的的作用, 气、阳同救, 则生命垂危之候得以抢救。正如吴谦《删补名医方论》所云: 参附“二药相须, 用之得当, 则能瞬息化气于乌有之乡, 倾刻生阳于命门之内, 方之最神捷者也”。伍山茱萸、五味子养阴生津, 复脉固脱。喘脱证若不急于回阳救逆, 则百死无一生。故用参附回阳益气, 加山茱萸、五味子, 固脱救阴。本观察表明, 参附汤加味联合机械通气治疗喘脱证疗效满意。

## [参考文献]

- [1] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 72-73.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 57-58.

(责任编辑: 骆欢欢)

# 柴胡疏肝散联合硫酸镁及美多巴治疗帕金森病疗效观察

文钦生, 罗治华, 张玉松

江门市新会区中医院, 广东 江门 529100

**[摘要]** 目的: 观察柴胡疏肝散联合硫酸镁及美多巴治疗帕金森病的临床疗效。方法: 选择本院76例帕金森病患者, 随机分为2组各38例。对照组给予常规药物治疗同时口服美多巴, 治疗组在对照组治疗基础上给予柴胡疏肝散及硫酸镁。疗程为3周, 对2组患者治疗前后进行帕金森病症状评分量表(UPDRS)评分, 并且评定2组临床疗效。结果: 2组治疗后UPDRS评分均显著下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ); 2组治疗后比较, 差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。总有效率治疗组为94.7%, 对照组为71.1%, 2组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。结论: 在常规治疗基础上应用柴胡疏肝散联合硫酸镁及美多巴治疗帕金森病, 临床治疗效果显著, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 帕金森病; 柴胡疏肝散; 美多巴; 硫酸镁; 帕金森病症状评分量表(UPDRS)

**[中图分类号]** R742.5

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0059-03

**[收稿日期]** 2013-07-06

**[作者简介]** 文钦生(1982-), 男, 主治中医师, 主要从事脑病专科工作。

帕金森病的发病与年龄老化有关,是一种中老年人常见的神经系统变性疾病,以黑质多巴胺能神经元变性缺失和路易小体形成为特征,40岁以前发病十分少见。帕金森病发病的确切原因目前尚不清楚,其主要病变部位在黑质和纹状体多巴胺通路上,由于黑质多巴胺能神经元变性丢失、黑质纹状体多巴胺通路变性、纹状体多巴胺含量显著降低(>80%),造成乙酰胆碱系统活动性相对增强,主要表现为震颤、肌强直、运动迟缓、步态异常等<sup>[1]</sup>。随着病情逐渐进展,晚期往往全身僵硬,行走困难,生活不能自理,严重影响中老年人的身心健康和生活质量。目前本病尚缺乏特异性的治疗方法,以美多巴为代表的替代疗法在帕金森病的治疗中处于主导地位,但其远期效果欠佳,副作用较多。中医学依据该病症状特点将其归为颤震、振掉等范畴,笔者应用柴胡疏肝散联合硫酸镁及美多巴治疗帕金森病,临床治疗效果显著,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院2008年1月~2013年1月治疗的帕金森病患者76例,随机分为治疗组和对照组各38例。治疗组男25例,女13例;年龄50~78岁,平均(66.3±8.6)岁;病程1.5~6.5年,平均(4.5±1.5)年;帕金森病症状评分量表(UPDRS)评分为(51.2±10.4)分。对照组男22例,女16例;年龄49~80岁,平均(64.2±10.5)岁;病程1~6年,平均(3.5±1.3)年;UPDRS评分为(52.4±10.9)分。2组性别、年龄、病程、UPDRS评分等经统计学处理,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断》<sup>[2]</sup>中帕金森病诊断标准。排除:继发性帕金森病;伴随其他严重中枢神经系统疾病者(如肝豆状核变性、肝性脑病、脑干病变、小脑疾患、多发性硬化等),有严重心、肺、肾疾病或多脏器衰竭者;精神障碍;滥用药物史或酗酒史患者;严重不良反应者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 常规治疗包括给予阿司匹林、改善脑微循环药物及保护脑神经药物等;同时口服美多巴,每次125mg,每天2次。连用3周。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予25%硫酸镁10mL加入生理盐水250mL静脉滴注,滴注速度为

20~30滴/min。配合柴胡疏肝散,处方:柴胡15g,香附、川芎、白芍各12g,陈皮、枳壳各9g,炙甘草6g。每天1剂,水煎至150mL服用。连用3周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 所有患者治疗前和治疗3周后行UPDRS评分。

3.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS13.0对所得数据进行统计学分析,均数的比较,采用配对 $t$ 检验方法;2组总有效率的比较采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献<sup>[3]</sup>的疗效评价标准,采用治疗前后UPDRS评分的减分率(%),即(治疗前UPDRS评分-治疗后UPDRS评分)/治疗前UPDRS评分×100%。明显改善:治疗后UPDRS评分减分率≥30%;改善:治疗后UPDRS评分减分率5%~29%;无效:治疗后UPDRS评分减分率<5%。

4.2 2组治疗前后UPDRS评分比较 见表1。2组治疗后UPDRS评分均显著下降,与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P<0.05$ );2组治疗后比较,差异也有显著性意义( $P<0.05$ )。

组别	n	治疗前后	
		治疗前	治疗后
治疗组	38	51.2±10.4	35.2±7.9
对照组	38	52.4±10.9	45.0±9.5

与本组治疗前比较,① $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组为94.7%,对照组为71.1%,2组比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

组别	n	临床疗效			总有效率(%)
		明显改善	改善	无效	
治疗组	38	20	16	2	94.7 <sup>①</sup>
对照组	38	10	17	11	71.1

与对照组比较,① $P<0.05$

4.4 不良反应 治疗组中2例患者静脉滴注硫酸镁过程中,出现轻微的头昏、乏力,减慢滴注速度后以上症状消失,无患者出现低血压、呼吸抑制。

## 5 讨论

帕金森病又名震颤麻痹,是一种循序渐进的神

经退化性疾病,临床上以肌强直、静止性震颤、运动迟缓、姿势步态异常为主要特征。本病发生可能有多种因素参与,多数人认为是遗传因素和环境因素相互共同作用的结果,多种因素导致黑质多巴胺神经元大量变性,黑质-纹状体多巴胺通路变性,纹状体多巴胺含量显著降低,造成与之相互拮抗的乙酰胆碱系统功能的相对亢进,丘脑-皮质反馈对皮质运动功能的易化作用受到削弱,因此产生肌张力增高、运动减少等运动症状。帕金森病的治疗,原理是恢复纹状体多巴胺和乙酰胆碱两大递质系统的平衡,美多巴由左旋多巴和苄丝肼按比例混合而成,是治疗帕金森病的有效药物,对改善症状有特效。镁对神经元具有保护作用,是神经元营养微量元素<sup>[4]</sup>。在帕金森病复杂的发病机中  $Mg^{2+}$  起了一定的作用。研究发现钙超载及其所触发的一系列有害代谢是导致神经细胞死亡的“最后共同通路”<sup>[5]</sup>。要实现有效的脑保护,阻止钙离子内流,防止细胞内钙离子超载是关键。镁离子是钙离子拮抗剂,能阻断 NMDA 受体,减少兴奋性氨基酸释放,稳定细胞代谢和细胞膜,从而减轻脑损伤后的细胞凋亡。通过维持中枢神经细胞膜上的  $Na^+-K^+-ATP$  酶及  $Ca^{2+}-Mg^{2+}-ATP$  酶的活性,起到维持细胞内外离子平衡、减轻神经细胞水肿作用,所以镁离子对脑细胞有保护作用,当镁离子缺乏时  $Na^+-K^+-ATP$  酶的活性会下降,钠泵的功能会受到抑制,脑细胞的功能会发生障碍,从而引起神经系统的营养状况改变,因此补镁已成为锥体外系疾病的一种有效治疗措施。

另外,临床上帕金森病并发抑郁的发生率为 40%~50%,已经成为帕金森病的重要并发症之一。而抑郁又往往加重震颤,使患者所表现出来的症状更加复杂化和多样化,如抑郁可以加重帕金森病患者的认知功能障碍和运动障碍,造成患者容易发生悲观失望、丧失生活信心、对周围的一切缺乏兴趣<sup>[6]</sup>。中医学认为,帕金森病属中医学颤证、郁证之合病,其因果关系上讲,郁证为颤证之变证,是由于情志不舒畅,肝气郁结所引起的一类病证,即“因病致郁”。《内经》云“思则气结”,所以忧思、郁怒最能伤肝。明代张景岳提出了“因病而郁”和“因郁而病”的观

点,故肝失疏泄、条达,又加重患者抑郁焦虑。《丹溪心法·六郁》中云:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁。”对于郁证治疗,《证治汇补》明确提出“郁病虽多,皆因气不周流,法当顺气为先”的治疗原则。中医学认为,郁证是情志不舒,气机郁滞所引起的疾病,属于情志病变,脏腑主要在肝,肝气郁结为主证,柴胡疏肝散以柴胡疏肝泄肝为君药;利用香附之“气病之总司”和“利三焦,解六郁”之功效,助柴胡以解肝郁,川芎行气活血和络,助柴胡以解肝经之郁滞,为臣药;陈皮、枳壳理气行滞,白芍养肝柔肝为佐药;甘草缓肝并调和诸药为使药。方药中,妙在于柴胡、枳壳一升一降,使肝郁不升者得升,肝气逆解而不降者得降,复方合奏疏肝理气解郁之效。

本研究结果表明,柴胡疏肝散联合硫酸镁及美多巴治疗帕金森病疗效明显,中西医结合治疗优势明显,可以显著改善 UPDRS 评分,临床疗效显著,值得临床借鉴。

#### [参考文献]

- [1] 陈鸿. 运用针灸和中医治愈帕金森病[J]. 中国医药, 2009, 4(1): 62-63.
- [2] 全国锥体外系疾病讨论会. 帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断[J]. 中华神经精神病杂志, 1985, 28(4): 256.
- [3] 唐国文, 张国锋, 吴晓雯. 美多巴联合泰舒达治疗帕金森病的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2007, 13(24): 45-46.
- [4] Golts N, Snyder H, Frasier M, et al. Magnesium inhibits spontaneous and iron induced aggregation of alphasynuclein [J]. J Biol Chem, 2002, 277 (18): 16116-16123.
- [5] Matsuda T, Arakawa N, Takuma K, et al. SEA0440, a novel and selective inhibitor Na-Ca exchanger, attenuates reperfusion injury in the in vitro and in vivo cerebral ischemic models [J]. J Pharmacol Exp Ther, 2001, 298(1): 249-256.
- [6] 宁方波. 安理申对帕金森病后抑郁患者认知功能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(1): 21-22.

(责任编辑: 骆欢欢)