

温阳逐瘀定帕汤联合美多巴治疗血管性帕金森综合征疗效观察

张秀敏¹, 王雅娟²

1. 唐山市中医医院脑病科, 河北 唐山 063000; 2. 唐山市中医医院急诊内科, 河北 唐山 063000

【摘要】目的: 观察温阳逐瘀定帕汤联合美多巴治疗血管性帕金森综合征的临床疗效。方法: 将 68 例血管性帕金森综合征患者随机分为治疗组和对照组, 对照组 32 例给予美多巴治疗; 治疗组 36 例除服用美多巴外, 加服温阳逐瘀定帕汤。观察 2 组患者症状改善情况。**结果:** 2 组治疗前后帕金森病统一评分量表 (Webster) 积分值比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗后治疗组 Webster 积分值明显低于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组为 86.11%, 对照组为 59.38%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 温阳逐瘀定帕汤联合美多巴对血管性帕金森综合征有较好的治疗效果。

【关键词】 血管性帕金森综合征 (VP); 温阳逐瘀定帕汤; 美多巴; 颤证; 脾肾阳虚; 血瘀动风

【中图分类号】 R742.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2014) 07-0047-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.022

血管性帕金森综合征 (vascular parkinsonism, VP) 是由脑血管病引起的一类继发性帕金森综合征。随着人民生活水平的提高和人口老龄化的日趋明显, 心脑血管疾病多发, 本病的发病率亦日趋攀升, 而大多数 VP 患者对左旋多巴治疗效果不佳, 因此中西医结合治疗本病的方案研究具有重大意义。笔者经过多年临床观察与治疗总结, 发现“脾肾阳虚, 血瘀动风”为 VP 主要病机, 临床采用自拟温阳逐瘀定帕汤联合美多巴治疗本病, 取得良好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 68 例患者均为本院确诊 VP 患者, 随机分为治疗组 36 例, 男 20 例, 女 16 例, 平均年龄 (62.63 ± 5.12) 岁; 既往有脑梗死病史者 31 例, 脑出血者 5 例; 病程 3 月 ~ 13 年。对照组 32 例, 男 18 例, 女 14 例, 平均年龄 (61.23 ± 4.98) 岁; 既往有脑梗死病史者 29 例, 脑出血者 3 例; 病程 3 月 ~ 12 年。2 组一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准依据 1985 年日本学者户村则昭提出的诊断标准^[1], 同时依据中华神经科学会 1985 年提出的《帕金森病和帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断》^[2], 中医诊断标准参照 1992 年中华全国中医学会老年医学学会制定的《中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)》^[3]中相关标准证属脾肾阳虚血瘀动风型者。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准; ②有高血压、小卒中或卒中发作病史; ③病史 3 月以上或病程持续 3 月以上; ④一般为亚急性或急性起病, 病程呈阶梯样进展; ⑤头颅 CT 或 MRI

可见基底节区或(及)半卵圆中心多发性腔隙梗死灶; ⑥左旋多巴及复方多巴制剂疗效欠佳, 出现症状波动及伴有明显并发症。纳入标准原则: 必须至少满足①+②+③+⑤。

1.4 排除标准 ①年龄在 18 岁以下或 75 岁以上; ②妊娠或哺乳期妇女或合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病或全身衰竭者, 糖尿病、恶性肿瘤、精神病患者, 有出血倾向的患者或存在严重感染性疾病或病情危重, 难以对治疗的有效性和安全性作出确切评价者; ③原发性帕金森病, 其他继发性帕金森综合征(包括外伤性、肿瘤性、药源性、中毒性、脑积水等)及帕金森叠加综合征等神经退行性病损; ④肢体折刀样肌张力改变: 中风后肢体痉挛状态。

1.5 剔除标准 不符合纳入标准或研究期间使用合并其他非针对基础病治疗的中西药物。

2 治疗方法

2.1 对照组 基础疾病对症治疗的同时予美多巴, 每次 125 mg, 每天 3 次口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上联合自拟温阳逐瘀定帕汤。处方: 党参、黄芪各 30 g, 巴戟天、茯苓、鸡血藤、天麻各 15 g, 白术 10 g, 白芍、木瓜、葛根、川芎各 20 g, 全蝎粉(冲服)3 g, 水蛭粉(冲服)2 g, 甘草 6 g。每天 1 剂, 水煎服。

均以 28 天为 1 疗程, 共服用 2 疗程后进行疗效观察。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前后进行帕金森病统一评分量表 (Webster) 评分, 评估疗效。

3.2 统计学方法 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 并行 t 检验; 计数

[收稿日期] 2014-02-05

[基金项目] 河北省中医药管理局课题 (编号: 2013118)

[作者简介] 张秀敏 (1965-), 女, 主任中医师, 研究方向: 中西医结合治疗脑血管病等。

资料用 χ^2 检验,应用 SPSS11.5 统计软件作统计分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用 Webster 氏 10 项记分法:进步率(%)=(治疗前评分 - 治疗后评分)/治疗前评分 \times 100%。进步率 100% 为临床治愈;50%~99% 为显效;1%~49% 为有效;0 为无效^①。

4.2 2 组 Webster 积分比较 见表 1。2 组治疗前后 Webster 积分值比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$),治疗后治疗组 Webster 积分值明显低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组 Webster 积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	36	17.58 \pm 0.83	7.02 \pm 0.48 ^{①②}
对照组	32	18.16 \pm 1.88	9.78 \pm 1.88 ^①

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 86.11%,对照组为 59.38%,2 组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	5	12	14	5	86.11 ^①
对照组	32	2	5	12	13	59.38

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

VP 归属于中医学颤证范畴。既往中医药对本病病机及治疗多从阳亢化风之肝风阳证入手。明朝孙一奎《赤水玄珠》曰:“此病壮年鲜有,极为难治。”本病多发于老年人,人到老年,脏腑功能已衰,脾肾阳虚多见,肾为先天之本,元阳所在,脾为后天之本,气血生化之源,脾肾阳虚不能运化水谷精微、输布津液,筋脉失于温煦濡养,则异动生风,阳虚生风症见微颤,异于阳亢之剧颤,符合本病之症。且本病病史较长,久病气血运行不利,瘀血内阻,血滞脉中,筋脉失养,以致血瘀生风。故笔者经过多年临床观察与治疗总结,认为“脾肾阳虚,血瘀动风”为 VP 主要病机,临床采用温补脾肾、逐瘀定风法,以自拟温阳逐瘀定帕汤治疗本病,方中党参甘平,补脾肺气、补血生津,黄芪甘微温,健脾补中、补气行血,巴戟天辛甘微温,归肾肝经,补肾助阳、祛风除湿,三药合用,温补脾肾,升阳生津,温煦濡养筋脉,从本论治;白术甘苦温,入脾胃经,健脾益气、燥湿利尿,茯苓甘淡平,归心、脾、肾

经,利水消肿、健脾渗湿,二药辅以健脾,祛湿以助运化;川芎味辛温,归肝胆心包经,辛温升散、活血行气、祛风止痛,鸡血藤温苦微甘,入肝肾经,行血补血、舒筋活络,水蛭味辛咸,性平,入肝经,破血逐瘀,适用于瘀血所致的多种病症,三药相合活血破瘀力强,善能破脏腑经脉之一切淤血;天麻甘平,入肝经,熄风止痉、祛风通络,全蝎辛平,有毒,归肝经,熄风镇痉、通络止痛,二药相配,平肝熄风,通络止痉力强;白芍苦酸微寒,归肝脾经,养血敛阴、柔肝止痛、平抑肝阳,以防温补之过,木瓜酸温,入肝脾经,舒筋活络之效明显,葛根甘平凉,升阳生津解肌,三药合用加强舒筋活络、解痉止痛之效。诸药合用,从本论治,温补肝肾、补气升阳、利水消肿,既有较强活血化瘀之力,又提高了平肝熄风之能,共同发挥温补脾肾、逐瘀定风的综合作用。现代药理分析,水蛭抗凝与抗血栓作用较强;其体内外抗血栓作用均强;对动静脉血栓、微血栓均有效^②。全蝎虽有有毒,但其可增强心肌的收缩力,延长凝血时间,而具有一定的免疫活性^③。以上诸药,能提高免疫功能,增强机体抵抗力,调节内分泌功能,增强红细胞活力,加速血流,改善微循环,抗氧自由基,恢复脑细胞的功能,保护神经元等。温阳逐瘀定帕汤具有温补脾肾、益气活血、熄风通络等多重作用,从本论治,疗效显著。本临床观察提示温阳逐瘀定帕汤联合美多巴与单用美多巴相比,可明显降低 Webster 积分值,提高临床疗效,值得临床进一步研究和推广使用。

[参考文献]

- [1] 户村则昭,玉川芳春,加藤敏郎. Vascular Parkinsonism のComputed Tomography 所见[J]. 脑と神経, 1985, 37(10): 1007- 1012.
- [2] 王新德. 帕金森病和帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断[J]. 中华神经精神科杂志, 1985, 18(4): 255.
- [3] 中华全国中医学会老年医学会. 中医老年颤证诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39.
- [4] 赵薛旭. 血管性帕金森综合征的临床、血液流变学与 MRI[J]. 中风与神经疾病杂志, 1999, 1(6): 170.
- [5] 何作云. 抗血小板和抗凝药物在冠心病领域的研究进展[J]. 中国微循环, 2002, 6(4): 200.
- [6] 阴健,郭力弓. 中药现代研究与临床应用[M]. 11 版. 北京:学苑出版社, 1993: 171- 178, 310- 313.

(责任编辑:骆欢欢)