

滋阴熄风活血汤联合西药治疗帕金森病术后患者临床观察

隋立森¹, 余佳彬², 钟锦威², 谢学敏¹, 雒晓东¹, 谢海涛¹

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察滋阴熄风活血汤结合西药治疗帕金森病术后患者的疗效。方法: 将60例患者随机分为2组各30例, 2组均采用基础治疗, 治疗组予滋阴熄风活血汤加美多芭片治疗, 对照组予美多芭片治疗, 2组疗程均为3月。评定2组的临床疗效, 评价治疗前后的中医老年颤证功能障碍评分、帕金森病功能评定量表(UPDRS)评分。结果: 2组临床疗效比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组中医老年颤证功能障碍评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 2组评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组UPDRS评分与治疗前、对照组治疗后降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$), 对照组UPDRS评分较治疗前升高($P < 0.05$), 2组UPDRS评分比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间治疗组未见不良反应。结论: 滋阴熄风活血汤加美多芭片治疗帕金森病术后患者可减轻临床症状, 改善和提高生活质量。

[关键词] 帕金森病; 术后; 肝肾阴虚证; 中西医结合疗法; 滋阴熄风活血汤; 帕金森病功能评定量表(UPDRS)评分

[中图分类号] R742.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)07-0049-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.022

帕金森病是常见的年龄相关性神经变性肌肉运动疾病, 也是最常见的运动障碍疾病, 以静止性震颤、动作迟缓、僵硬、姿态不稳为主要临床特征。目前左旋多巴是药物治疗的金标准, 能有效减轻临床症状, 虽然早期能获得强大并一致的效果, 但晚期患者经常承受药物所诱导的动作迟缓及各种剂量失效等问题。医学界公认中医药能有效改善帕金森病伴发症状, 减轻药物副作用, 改善患者的整体状况。所以, 中医药治疗帕金森病的优势应该在改善患者的生存质量, 提高疗效。笔者自拟滋阴熄风活血汤配合美多芭片治疗帕金森病术后患者, 获得显著疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《帕金森病的诊断》^[1]中帕金森病的诊断标准。

1.2 辨证标准 参照《中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)》^[2]相关标准, 诊断为颤证, 辨证属肝肾阴虚证。

1.3 纳入标准 确诊为帕金森病; 辨证属肝肾阴虚证; 年龄40~70岁; 发病6月~10年; Hoehn和Yahr帕金森分级标准3级以内; 为立体定向射频核团毁损或深部脑刺激术术后的帕金森病患者。

1.4 排除标准 各种帕金森综合征患者; 患有严重心、肝、肾、造血系统疾患或恶性肿瘤, 精神障碍者; 不能按要求接受、完成治疗者。

1.5 终止和撤出临床试验标准 不能坚持治疗者; 非疗效原

因及不良反应而试验中途停止者; 出现严重不良事件或严重不良反应者; 临床试验过程中出现严重并发症者; 病情恶化, 必须采取紧急处理措施或加用其他药物者; 未严格按照试验方案进行研究或资料不全不能统计者。

1.6 一般资料 纳入2006年10月—2015年10月于广东省中医院帕金森病专科门诊和脑病中心(神经内、外科及针灸科)、南方医科大学珠江医院神经外科门诊和住院治疗的患者, 共60例。分组采用简单随机法, 通过Casio fx-3600计算器, 进行数字随机分组, 符合受试标准的病例根据事先随机分配的密封信封, 按拆启后的组别分为治疗组或对照组。治疗组30例, 男16例, 女14例; 平均年龄(66.10±8.87)岁; 平均病程(4.42±2.79)年。对照组30例, 男15例, 女15例; 平均年龄(65.32±9.97)岁; 平均病程(4.14±3.5)年。2组性别、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 合并原发病的给予相应治疗, 如血压超过140/85 mmHg, 常规使用降压药物将血压控制在: 90 mmHg≤收缩压≤135 mmHg, 60 mmHg≤舒张压≤80 mmHg; 糖尿病患者可用口服降糖药, 血糖控制在: 空腹血糖≤10.0 mmol/L, 餐后血糖≤12.1 mmol/L。

2.2 对照组 在基础治疗上, 给予美多芭片(上海罗氏制药有限公司)治疗。给药方式: 每次125 mg, 每天2次, 连用1周; 第2周改为每次125 mg, 每天3次; 第3周改为早晨服

[收稿日期] 2016-05-13

[基金项目] 广东省中医药局科研课题(1060069)

[作者简介] 隋立森(1971-), 男, 医学博士, 副主任医师, 研究方向: 帕金森病。

250 mg, 午、晚各服 125 mg, 连续治疗 3 月。

2.3 治疗组 在对照组治疗基础上加滋阴熄风活血汤治疗, 处方: 珍珠母 30 g, 干地黄 24 g, 丹参 20 g, 白芍、天麻、炙甘草各 15 g, 山茱萸、山药、枸杞子、杜仲、川芎各 12 g。每天 1 剂, 水煎煮至 300 mL。每月连服 3 周, 连续治疗 3 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 中医老年颤证功能障碍评分^[2] 采用记分法, 测定患者手部动作, 头、颈部、肢体痉挛, 运动姿态, 步态和上肢下活动作, 头和肢体震颤等 10 项内容, 每项内容包括 4 个选项, 按照程度分为正常(0 分), 轻度障碍(1 分), 中度障碍(2 分), 重度障碍(3 分)。最后统计总分, 1~10 分为轻度, 11~20 分为中度, 21~30 为重度, 6 分以上为选例标准。

3.2 帕金森病功能评定量表 (UPDRS) 评分 参照国家 95 计划帕金森病综合治疗研究组修订的“帕金森病功能评定量表”(改良 UPDRS)进行评定。量表包括 6 个分量表, 第 1 分量表用来评估帕金森病患者的精神活动和情感障碍; 第 2 分量表用于评估帕金森病患者的日常生活能力; 第 3 分量表用于评估帕金森病患者的运动功能; 第 4 分量表用于评估帕金森病患者治疗的并发症; 第 5 分量表用于评估帕金森病患者的疾病发展程度; 第 6 分量表用于评估帕金森病患者在“开”时相和“关”时相的活动功能。每一项目计分值有 0、1、2、3、4 五个等级。0 分正常, 4 分最严重。分值越高, 表示帕金森症状越严重。

3.3 安全评价指标 治疗前、后各检查 1 次血常规、尿常规、大便常规, 心、肝、肾功能, 心电图。

3.4 统计学方法 计量资料比较用 *t* 检验; 计数资料用 χ^2 检验; 等级资料用 Ridit 分析。统计分析均在 SPSS18.0 软件中操作完成。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 结合 UPDRS()覆盖面大, 积分增加等实际情况制定。计算方法: 改善率=(治疗前得分-治疗后得分)/治疗前得分×100%。临床治愈: 改善率=100%; 明显改善: 改善率 50%~99%; 改善: 改善率 20%~49%; 稍有改善: 改善率 1%~19%; 恶化: 改善率<1%或原有症状加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组临床疗效经 Fisher 确切概率法检验, 差异无统计学意义($\chi^2=1.909, P>0.05$), 具有可比性。

组别	n	临床治愈	明显改善	改善	稍有改善	恶化
治疗组	30	1(3.33)	21(70.00)	6(20.00)	1(3.33)	1(3.33)
对照组	30	1(3.33)	17(56.67)	9(30.00)	2(6.67)	1(3.33)

4.3 2 组治疗前后中医老年颤证功能障碍评分比较 见表 2。治疗前, 2 组中医老年颤证功能障碍评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2 组评分均较治疗前降低, 差异均有

统计学意义($P<0.01$); 2 组评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医老年颤证功能障碍评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	30	14.93±1.90	8.55±1.61 ^①
治疗组	30	14.86±2.02	8.74±1.72 ^①

与治疗前比较, ① $P<0.01$

4.4 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较 见表 3。治疗前, 2 组 UPDRS 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 治疗组 UPDRS 评分较治疗前与对照组降低, 差异均有统计学意义($P<0.01, P<0.05$); 对照组 UPDRS 评分较治疗前升高, 差异有统计学意义($P<0.05$), 提示对照组 UPDRS 评分未见改善。治疗期间治疗组未见不良反应。

表 3 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	30	91.6±6.1	96.5±3.5 ^②
治疗组	30	90.7±5.2	84.4±4.6 ^{①③}

与治疗前比较, ① $P<0.01$, ② $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ③ $P<0.05$

5 讨论

帕金森病是一种好发于中老年人的慢性、进行性中枢神经退行性疾病, 其中运动障碍、情绪障碍和认知功能障碍是最突出的特征。该病归属于中医学颤证的范畴。《素问·至真要大论》曰: “诸风掉眩, 皆属于肝”, 所谓的“掉”即震颤的意思, 将此类症状归于风象, 与肝有关。《医学纲目》在肯定“肝风内动”观点的同时, 阐明了风寒、痰湿、热邪也可作为致病之因。之后, 《证治准绳》在继承《医学纲目》论点的基础上进一步阐发, 强调“此病壮年鲜有, 中年以后乃有之, 老年尤多, 夫年老阴血不足, 少水不能制盛火, 极为难治”。不但指明此病的病机是肾阴不足, 肝气太过, 并指出此病中老年人发病居多^[4]。本病肝肾亏虚为其根本, 标在内风、痰、瘀, 总属虚实夹杂。在临床上可见多种证型, 如肝肾阴虚型、气血亏虚型、血瘀动风型和痰热动风型等。在长期的临床中, 笔者观察到帕金森病患者以肝肾阴虚型为多, 也包括其他证型, 治疗上应辨病与辨证相结合, 针对本病的主要病机特点, 以滋补肝肾、熄风活血为基本大法, 用药方法也应以滋补肝肾、熄风活血的方药作为基本方, 再随证加减。孙蕊^[4]以滋养肝肾、熄风定颤为法治疗帕金森病 98 例, 治疗组总有效率为 90.82%, 对照组总有效率为 65.38%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 临床治疗效果明显。崔笑玉等^[5]治疗 38 例肝肾阴虚型帕金森病非运动症状患者, 结果提示治疗组较对照组更能显著改善 UPDRS 评分、帕金森病睡眠量表(PDSS)评分及自主神经功能评分, 值得临床推广运用。滋阴熄风活血汤由

干地黄、山茱萸、山药、枸杞子、杜仲、白芍、天麻、珍珠母、丹参、川芎、炙甘草组成，方中干地黄甘寒多汁，主清主润，《本草经疏》曰：“干地黄，为补肾家之要药，益阴血之品，血补则阴气得和，而无枯燥拘挛之疾矣。”山茱萸、山药、枸杞子、杜仲滋阴补肾，珍珠母平肝潜阳，白芍养血柔筋，天麻熄风通络，川芎、丹参活血行气通络，炙甘草益气补中、缓急止痛、调和诸药。诸药合用，共奏滋阴熄风、活血止颤之功。

本研究结果显示，中药结合西药治疗可减轻帕金森病术后患者的临床症状，改善和提高生活质量，而添加中药治疗无明显不良反应，依从性好，可长期服用，能为患者进一步缓解痛苦，但该中药方剂现代药理学作用机制尚未清楚，又因本研究样本量不大，确切的长远疗效尚需进一步观察。

[参考文献]

[1] 中华医学会神经病学分会运动障碍及帕金森病学组. 帕

金森病的诊断[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(6): 408-409.

[2] 中华全国中医学会老年医学会. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39- 41.

[3] 刘金涛, 金燕, 陈叶, 等. 中医药治疗帕金森病研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(18): 2050-2052.

[4] 孙蕊. 中西医结合治疗帕金森病 98 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(11): 47.

[5] 崔笑玉, 李文涛. 中西医结合治疗肝肾阴虚型帕金森病非运动症状 38 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2015, 47(2): 30- 31.

(责任编辑: 吴凌)



《新中医》杂志稿约 (2016 年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊，1969 年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，月刊，期刊代号：国内：46-38，国外：M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求：一、征稿内容：本刊设有思路研究论著、名医研究论著、临床研究论著、针灸研究论著、实验研究论著、文献研究论著、养生研究论著、护理研究论著、医案感悟杂谈等专栏。二、来稿要求：主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。三、来稿格式：参照本刊格式。四、投稿方式：用电子邮件将稿件发往本编辑部投稿邮箱：139002863@qq.com。五、文责自负：作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、稿件采用：需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编：510006。电话：020-39359588。