头针、康复训练联合多巴丝肼胶囊治疗帕金森病临床研究

徐君君，刘春花

丽水市中医院针灸推拿康复科，浙江 丽水 323000

［摘要］**目的：**观察头针、康复训练联合多巴丝肼胶囊治疗帕金森病（PD）的临床疗效。**方法：**选取120例PD患者，采用随机数字表法分为观察组与对照组各60例。对照组给予多巴丝肼胶囊治疗，观察组在对照组基础上给予头针联合康复训练治疗，2组均治疗4周。治疗前后评定Berg平衡量表（BBS）、Barthel指数（BI）、帕金森病评分量表（UPDRS-Ⅲ）、临床痉挛指数（CSI）、帕金森病人生活质量问卷-39（PDQ-39）评分。比较2组临床疗效。**结果：**治疗后，观察组临床疗效总有效率93.33%，高于对照组80.00%（$P<0.05$）。2组BBS、BI评分均较治疗前升高（$P<0.05$），观察组BBS、BI评分均高于对照组（$P<0.05$）。2组UPDRS-Ⅲ、CSI、PDQ-39评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组UPDRS-Ⅲ、CSI、PDQ-39评分均低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**头针、康复训练联合多巴丝肼胶囊治疗PD疗效显著，可改善患者的平衡功能，提高其日常生活活动能力及生活质量，减轻肌肉痉挛，增强运动能力。

［关键词］帕金森病；头针；康复训练；多巴丝肼胶囊；平衡功能；日常生活活动能力；生活质量

［中图分类号］R742.5 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）04-0158-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.04.035

Clinical Study on Scalp Acupuncture and Rehabilitation Training Combined with Dodopazine Capsules for Parkinson Disease

XU Junjun, LIU Chunhua

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of scalp acupuncture and rehabilitation training combined with Dodopazine Capsules on Parkinson Disease (PD). **Methods:** A total of 120 PD patients were selected and divided into the observation group and the control group with random number table method, with 60 patients in each group. The control group was given Dodopazine Capsules, and the observation group was additionally given scalp acupuncture and rehabilitation training based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. The scores of Berg Balance Scale (BBS), Barthel Index (BI), Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS-Ⅲ), Clinical Spasm Index (CSI), and Parkinson Disease Questionnaire-39 (PDQ-39) were evaluated before and after treatment. The clinical effects in the two groups were compared. **Results:** After treatment, the total effective rate was 93.33% in the observation group, higher than that of 80.00% in the control group ($P<0.05$). The scores of BBS and BI in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores of BBS and BI in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The scores of UPDRS-Ⅲ, CSI and PDQ-39 in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores of UPDRS-Ⅲ, CSI and PDQ-39 in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The therapy of scalp acupuncture and

［收稿日期］2022-04-15
［修回日期］2022-11-27
［基金项目］丽水市科技计划项目（2020SJZC076）
［作者简介］徐君君（1982-），男，主治中医师，E-mail：lsszyyxjj@163.com。

rehabilitation training combined with Dodopazine Capsules has a significant curative effect on the treatment of PD，which can improve patients´ balance function，enhance their daily living activities and quality of life，reduce muscle spasm and improve exercise ability.

Keywords： Parkinson Disease； Scalp acupuncture； Rehabilitation training； Dodopazine Capsules； Balance function； Ability of daily living； Quality of life

帕金森病(PD)为临床常见的神经系统变性类疾病，在中老年群体中高发，临床以肌肉强直、静止性震颤、姿势平衡障碍及运动迟缓等为主要特征[1]。PD病情呈进行性加重，患者易出现肌张力异常、行动迟缓及平衡力降低等，进而增加跌倒风险，严重影响其日常生活活动能力[2]。现代医学治疗本病以缓解症状的药物为主，如多巴丝肼等，但长期用药不良反应较多，易影响患者的治疗依从性，总体康复效果欠佳[3]。中医学认为，本病与肝、肾密切相关，肝肾不足、筋脉失养，致肢体震颤，治疗应以补肝益肾、充养脑髓为主。针刺有调节阴阳及脏腑功能的效果，并能有效改善脑供血，修复脑神经损伤[4]。有研究指出，头针治疗可改善PD患者的平衡及运动能力，提高其日常生活活动能力[5]。本研究观察头针、康复训练联合多巴丝肼胶囊治疗PD的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《帕金森病基层诊疗指南(2019年)》[6]中的诊断标准。行动迟缓，静止性震颤频率为4～6 Hz；躯干部、头颈部与四肢存在不同程度的肌肉强直，双手轮替试验呈阳性；姿势平衡障碍，步态出现异常，多表现为前冲步态，突然起立或转弯时出现障碍。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准；生命体征平稳，一般情况良好；年龄＞50岁，病程≥1年；参与研究前1个月内未接受与本病相关的治疗；患者及家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 颈部旋转及弯曲幅度＜30°；存在帕金森叠加综合征、各类继发性帕金森综合征等；存在休克、惊厥、大出血及脑卒中等急性病证；由多发性硬化症等导致的痉挛；因饮酒等致震颤者；患精神系统疾病者；患严重肝肾功能障碍者。

1.4 剔除标准 研究中途失访者；因临床资料不全、发生严重不良事件、未按规定治疗、存在特殊生理变化等需停止治疗者。

1.5 一般资料 选取2020年1月—2021年8月在丽水市中医院治疗的120例PD患者，采用随机数字表法分为观察组与对照组各60例。观察组男35例，女25例；年龄57～84岁，平均(70.62±10.34)岁；病程1～8年，平均(5.53±1.27)年。对照组男37例，女23例；年龄60～87岁，平均(71.28±11.16)岁；病程2～10年，平均(6.02±1.09)年。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予多巴丝肼胶囊(广州白云山汉方现代药业有限公司，国药准字H44023472，规格：250 mg/粒)口服治疗，首次剂量125 mg，每天2次，7 d后每隔1周日服剂量增加125 mg，每天3次，之后维持剂量或根据患者病情调整剂量至适宜范围。

2.2 观察组 在对照组基础上实施头针联合康复训练治疗。(1)头针。选择患者双侧舞蹈震颤区(在头部定位于运动区体表投影前方1.5 cm宽的平行带，位于大脑额叶运动中枢的前部)、运动区(顶中线、额中线、双侧顶颞前斜线)，采用规格为0.35 mm×25 mm的华佗牌一次性无菌毫针，患者取仰卧位，将毫针针体与头皮呈15°角刺入，进针深度1 cm左右，行平补平泻法，得气后留针40 min。每天1次，治疗6 d后停1 d。(2)康复训练。①放松训练：指导患者进行腹式呼吸，之后进行主动上、下肢伸展运动，再将上、下肢由远及近进行牵伸，完成后放松并按摩肌肉，每次10 min。②感觉训练：帮助患者佩戴便携式传感器，指导患者保持与节拍软件一致的行走步态，训练完成后测量患者的行走速度，以调整其下次步行训练速度。③步行训练及物理治疗床训练：缓慢步行可在医护人员或家属扶持下进

行，再逐步进行转弯、转身等训练，每次5 min。物理治疗床训练时患者取仰卧位，屈髋，双手触摸膝关节，双腿交替进行训练，屈髋屈膝、双手触碰足跟，每次5 min。④下蹲式康复训练：背部紧贴墙壁呈直立状态，分开双脚至与肩同宽，双手平举，紧握助步器，深呼吸后，弯曲膝关节与髋关节，缓慢下蹲，下蹲时确保躯干紧贴墙面，待膝关节弯曲角度约45 °后，维持姿势10 s，再缓慢起身，伸直膝关节，收回双手，并逐步放松身体，此为1组。训练强度以患者可耐受为宜，合理选择髋关节与膝关节弯曲程度。每天3次，每次10组。⑤运动训练：通过GZ8643型电活动平板及电动减重悬吊装置进行运动训练，初始进行减重支持，后过渡至无减重支持，训练患者加快步行速度，使其逐步恢复至正常步态。

2组均治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②平衡功能。采用Berg平衡量表(BBS)评估平衡功能，量表包含14个项目，各项评分0～4分，总分56分。0～20分为平衡能力差，需依靠轮椅；21～40分为平衡能力一般，需辅助步行；41～56分为平衡能力好，可独立步行[7]。③日常生活活动能力。采用Barthel指数(BI)评估日常生活活动能力，BI满分100分。＜20分为无生活自理能力，需完全依赖他人；20～40分为重度残疾，生活大部分依赖他人；41～60分为中度残疾，生活偶尔依赖他人；＞60分为轻度残疾，生活可自理[8]。④运动能力。采用帕金森病评分量表(UPDRS-Ⅲ)评估运动能力，量表包含步态、言语、手运动功能、姿势稳定性及手快速交替运动等14个项目，各项评分0～4分，总分56分，评分越低则运动能力越好[9]。⑤肌肉痉挛情况。采用临床痉挛指数(CSI)评估肌肉痉挛情况。CSI总分16分，包括肌张力、腱反射、阵挛3个方面。轻度痉挛：0～9分；中度痉挛：10～12分；重度痉挛：13～16分[10]。⑥生活质量。采用帕金森病人生活质量问卷-39(PDQ-39)评估生活质量，问卷包含日常生活活动能力(6项)、运动能力(10项)、病耻感(4项)、情感状态(6项)、交流能力(3项)、认知能力(4项)、社会支持能力(3项)、身体不舒服(3项)，共8个维度39项，各项以0～4分计分，0分为从不，1分为偶尔，2分为有时，3分为经常，4分为始终是或根本无法做，总分156分，评分越高表示生活质量越差[11]。

3.2 统计学方法 以SPSS21.0统计学软件处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，2组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗4周后，参照《中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)》[12]拟定。显效：临床症状较治疗前显著改善，平衡功能、日常生活活动能力、运动能力与肌张力均明显好转；有效：与治疗前相比，临床症状有所改善，平衡功能、日常生活活动能力、运动能力与肌张力均有所好转；无效：与治疗前相比，临床症状无改善或加重，平衡功能、日常生活活动能力、运动能力与肌张力均无好转。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，观察组临床疗效总有效率93.33%，高于对照组80.00%(χ^2=4.615，P=0.032＜0.05)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	35(58.33)	21(35.00)	4(6.67)	56(93.33)①
对照组	60	23(38.33)	25(41.67)	12(20.00)	48(80.00)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3 2组治疗前后BBS、BI评分比较 见表2。治疗前，2组BBS、BI评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组BBS、BI评分均较治疗前升高($P<0.05$)，观察组BBS、BI评分均高于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后BBS、BI评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	BBS评分	BI评分
观察组	治疗前	60	22.56±6.74	21.07±6.97
	治疗后	60	48.97±7.49①②	76.42±7.91①②
对照组	治疗前	60	22.73±6.85	20.85±6.83
	治疗后	60	34.52±7.32①	51.36±7.55①

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

4.4 2组治疗前后UPDRS-Ⅲ、CSI评分比较 见表3。治疗前，2组UPDRS-Ⅲ、CSI评分比较，差

异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组UPDRS-Ⅲ、CSI评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组UPDRS-Ⅲ、CSI评分均低于对照组（$P<0.05$）。

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

组别	时间	例数	UPDRS-Ⅲ评分	CSI评分
观察组	治疗前	60	42.84±8.97	12.16±2.05
	治疗后	60	24.07±7.03①②	5.23±1.67①②
对照组	治疗前	60	43.15±8.42	11.68±2.64
	治疗后	60	34.26±7.51①	8.37±2.12①

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

4.5 2组治疗前后PDQ-39评分比较 见表4。治疗前，2组PDQ-39各项评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组日常生活活动能力、运动能力、病耻感、情感状态、交流能力、认知能力、社会支持能力、身体不舒服评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组上述8项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

表4 2组治疗前后PDQ-39评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

项目	时间	观察组（例数=60）	对照组（例数=60）
日常生活活动能力	治疗前	18.25±3.27	19.17±3.25
	治疗后	10.09±2.42①②	14.23±3.78①
运动能力	治疗前	31.02±7.08	30.83±6.31
	治疗后	15.47±4.63①②	21.19±4.26①
病耻感	治疗前	12.18±2.91	12.23±2.96
	治疗后	5.67±1.71①②	8.74±2.29①
情感状态	治疗前	18.16±3.37	17.87±4.02
	治疗后	10.25±2.85①②	14.41±3.48①
交流能力	治疗前	8.25±2.27	8.97±2.25
	治疗后	5.09±1.12①②	6.92±1.18①
认知能力	治疗前	12.02±2.48	13.33±2.14
	治疗后	8.47±2.63①②	10.19±2.26①
社会支持能力	治疗前	9.18±2.21	9.23±1.96
	治疗后	5.67±1.15①②	7.02±1.23①
身体不舒服	治疗前	8.16±2.37	8.87±2.22
	治疗后	4.25±1.05①②	6.41±2.18①

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

5 讨论

PD患者大脑黑质与黑质纹状通路发生变化，黑质多巴胺能神经元丧失，使乙酰胆碱-多巴胺失衡，随着病情发展，会影响患者的生活质量，而平衡功能障碍所致的跌倒是PD患者的主要并发症之一，故积极改善患者的平衡功能至关重要。多巴丝肼是临床治疗PD的常用药物，其主要作用为补充脑内的多巴胺含量，有效减轻PD相关症状，但保护神经功能和改善平衡功能效果不明显，单独使用疗效欠佳[13]。

PD归属于中医学颤证等范畴。从中医学角度分析，本病病位在脑，可累及肾、肝等，属本虚标实之证，以肝肾亏虚、气血不足为本，风、火、痰、瘀为标。肾主骨生髓，上荣于脑，肾虚则脑髓、骨髓失养，故骨软无力；肝主藏血、在体合筋，肝血充足则筋强力壮，关节活动自如；脾在体合肉，主四肢，为气血生化之源，脾虚则四肢无力，气血津液无以涵养肝木，则四肢拘急，致震颤。治疗以补肝益肾、益气养血、充养脑髓为主。

头针是在头部进行针刺以治疗疾病的一种方法，可通过针刺头皮上相应的投射区治疗脑源性疾病。本研究针刺PD患者双侧舞蹈震颤区及头部运动区，刺激舞蹈震颤区可通过改善大脑皮层功能达到改善肢体颤动的效果，主治震颤麻痹综合征、舞蹈病。双侧舞蹈震颤区贯穿足太阳膀胱经、督脉及足少阳胆经。足太阳膀胱经与足少阴肾经相表里，督脉为阳脉之海，足少阳胆经与足厥阴肝经相表里，故针刺双侧舞蹈震颤区可补肾填精、益髓，还可调节肝胆经脉气血，以平肝潜阳。运动区为大脑皮质中央前回在头皮上的投影部位，主治发音障碍、运动性失语等，可有效治疗PD。

根据患者的耐受程度，制订有针对性的康复训练计划，可有效提高其平衡功能及日常生活活动能力。本研究所用的下蹲训练可锻炼下肢肌肉，以改善髋、膝关节的活动度，缓慢下蹲可提高下肢肌肉与关节间的协调性，进而提高患者控制下肢的能力与行走能力。缓慢下蹲式康复训练还可锻炼骨骼、下肢肌肉与韧带，增强平衡感。同时，放松训练、感觉训练、步行训练、运动训练等训练方式可为患者提供多感官刺激节律，改善患者的感觉异常，调节其异常步态[14]。

本研究结果显示，治疗后，观察组平衡功能、日常生活活动能力评分均高于对照组（$P<0.05$），生活质量、运动能力、CSI评分均低于对照组（$P<0.05$），临床疗效总有效率高于对照组（$P<0.05$）。提

示头针、康复训练联合多巴丝肼胶囊治疗有利于改善PD患者的平衡功能，提高日常生活活动能力，减轻肌肉痉挛，提高运动能力及生活质量，疗效较好。

［参考文献］

[1] 陈东霞. 长期家庭治疗中缓慢下蹲式康复训练对帕金森病患者下肢运动功能及关节运动症状的改善作用[J]. 川北医学院学报，2020，35(3)：420-423.
[2] 倪光夏，宋扬扬. 基于“脑肠轴”理论探讨“醒神调肠”针刺法治疗帕金森病[J]. 中国针灸，2020，40(3)：315-317.
[3] 孙旸园，刘倩，康蓓. 丁苯酞软胶囊联合多巴丝肼片治疗帕金森患者的临床效果[J]. 临床医学研究与实践，2022，7(14)：40-42.
[4] 张伯礼，吴勉华. 中医内科学[M]. 10版. 北京：中国中医药出版社，2017：213.
[5] 王瑞飞. 脐针结合头针治疗帕金森病临床观察[J]. 中西医结合研究，2021，13(3)：191-193.
[6] 中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 帕金森病基层诊疗指南(2019年)[J]. 中华全科医师杂志，2020，19(1)：5-17.
[7] 金冬梅，燕铁斌，曾海辉. Berg平衡量表的效度和信度研究[J]. 中国康复医学杂志，2003，18(1)：25-27.
[8] 闵瑜，吴媛媛，燕铁斌. 改良Barthel指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志，2008，30(3)：185-188.
[9] 王冰，徐军，汤修敏. 帕金森病统一评分量表信度和效度研究[J]. 山东医药，2009，49(28)：88-89.
[10] 燕铁斌. 临床痉挛指数：痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复，2000，4(1)：88-89.
[11] 王雁，王文昭，赵忠新. 帕金森病生活质量量表应用及评价[J]. 中国现代神经疾病杂志，2014，14(4)：286-290.
[12] 中华中医学会老年病分会. 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.
[13] 佘小云. 卡左双多巴控释片联合多巴丝肼治疗帕金森病的疗效观察[J]. 现代药物与临床，2018，33(5)：1225-1229.
[14] 吴少璞，李学，祁亚伟，等. 重复经颅磁刺激联合康复训练改善帕金森病运动及非运动症状的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2019，41(5)：338-343.

（责任编辑：刘迪成，蒋维超）