

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0016-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.007

丁苯酞联合多巴丝肼治疗血管性帕金森综合征效果分析

黄碧霞 张一攀 黄丽玉

(莆田学院附属医院, 福建 莆田 351100)

〔摘要〕 **目的:** 探讨丁苯酞联合多巴丝肼治疗血管性帕金森综合征 (VP) 患者的临床效果。**方法:** 选取 2018 年 12 月至 2020 年 12 月在莆田学院附属医院治疗的 80 例 VP 患者, 根据治疗方式的不同将其分为实施多巴丝肼治疗的对照组 (40 例) 和实施丁苯酞联合多巴丝肼治疗的观察组 (40 例), 比较两组患者治疗前后新版帕金森病综合评价量表 (MDS-UPDRS) 评分、治疗效果以及不良反应情况。**结果:** 治疗前, 观察组 MDS-UPDRS 评分与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后各个时间段, 观察组 MDS-UPDRS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率 (97.50%) 较对照组 (80.00%) 更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率 (5.00%) 较对照组 (2.50%) 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 对 VP 患者实施丁苯酞联合多巴丝肼治疗, 能够有效改善患者的临床症状, 且药物引发的不良反应较少。

〔关键词〕 血管性帕金森综合征; 丁苯酞; 多巴丝肼

〔中图分类号〕 R 742.5 〔文献标识码〕 B

血管性帕金森综合征 (vascular Parkinsonism, VP) 在临床上比较常见, 尤其老年人好发, 其指的是症状性帕金森综合征, VP 的发生与多发性腔隙性脑梗死、淀粉样血管病等一些脑血管因素有关。有数据显示, 我国 VP 患者依然在逐年增加^[1]。患者发病后主要表现为步态慌张、非对称性肌张力增加、呆滞等症状。由于患者发病后其自理能力下降, 不但增加了家庭的经济负担, 还加重了社会负担。目前临床上对 VP 患者的治疗主要以药物为主, 比如左旋多巴、丁苯酞、多巴丝肼等。左旋多巴治疗效果欠佳, 随着研究的深入, 本院将丁苯酞与多巴丝肼联合应用在 VP 患者的治疗中, 取得了较好的效果。本研究选取了 80 例在本院治疗的 VP 患者, 通过对其实施不同的治疗方式, 详细分析了两种药物联合治疗的效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 12 月至 2020 年 12 月在本院治疗的 80 例 VP 患者, 根据治疗方式的不同将其分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组中男 22 例, 女 18 例, 年龄 53~79 岁, 平均年龄 (67.54 ± 5.28) 岁, 病程 1~12 年, 平均病程 (6.25 ± 1.30) 年; 观察组中男 23 例, 女 17 例, 年龄 54~78 岁, 平均年龄 (68.01 ± 5.59) 岁, 病程 1~11 年, 平均病程 (6.38 ± 1.42) 年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合 VP 的诊断标准^[2], 且被确诊; (2) 患者及家属均知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 合并严重的心、肝、肾等器官功能障碍; (2) 合并恶性肿瘤; (3) 对本研究中所用药物有过敏史。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施多巴丝肼 (上海罗氏制药有限公司, 国药准字 H10930198) 治疗。口服, 起始剂量为 $0.25 \text{ g} \cdot \text{次}^{-1}$, $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$, 之后根据患者病情可适当增加剂量, 但是每日用药剂量不得超过 0.5 g , 连续治疗 16 周。

1.2.2 观察组 实施丁苯酞联合多巴丝肼治疗。多巴丝肼治疗方式同对照组, 再取丁苯酞软胶囊 (石药集团恩必普药业有限公司, 国药准字 H20050298) 口服, $0.20 \text{ g} \cdot \text{次}^{-1}$, $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$, 连续治疗 16 周。

1.3 观察指标

比较两组患者治疗前后新版帕金森病综合评价量表 (movement disorder society-unified parkinson's disease rating scale, MDS-UPDRS) 评分、治疗效果以及不良反应情况。选取治疗前、治疗 4 周后、治疗 6 周后、治疗 8 周后 4 个时间点, 采用 MDS-UPDRS 在 4 个时间点对患者临床症状障碍进行评分, 分为轻度障碍 (评分 ≤ 19 分)、中度障碍 ($20 \text{ 分} < \text{评分} \leq 40 \text{ 分}$) 和重度障碍 ($40 \text{ 分} < \text{评分} \leq 56 \text{ 分}$)^[3]; 采用 MDS-UPDRS 对治疗效果进行判断, 与治疗前相比, 如 MDS-UPDRS 评分下降幅度超过 50% 则为治疗显效,

〔收稿日期〕 2020-12-26

〔基金项目〕 福建省教育厅教育科研项目资助课题 (JT180462)

〔作者简介〕 黄碧霞, 女, 主治医师, 主要研究方向是帕金森综合征。

如 MDS-UPDRS 评分下降幅度超过 21 % 则为治疗有效, 如 MDS-UPDRS 评分下降幅度不到 21 % 则为治疗无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 MDS-UPDRS 评分比较

治疗前, 观察组 MDS-UPDRS 评分与对照组比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后各个时间段, 观察组 MDS-UPDRS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 MDS-UPDRS 评分比较 (*n* = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	治疗前	治疗 4 周后	治疗 6 周后	治疗 8 周后
对照组	46.37 ± 4.17	43.08 ± 4.03	39.28 ± 3.94	34.56 ± 3.09
观察组	46.13 ± 4.12	40.25 ± 3.96 ^a	34.35 ± 3.11 ^a	20.39 ± 2.76 ^a

与对照组比较, ^a*P* < 0.05

注: MDS-UPDRS 一新版帕金森病综合评价量表

2.2 两组患者治疗效果比较

观察组治疗总有效率较对照组更高, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较 (*n* = 40, 例)

组 别	显效	有效	无效	总有效 / <i>n</i> (%)
对照组	9	23	8	32(80.00)
观察组	20	19	1	39(97.50) ^b

与对照组比较, ^b*P* < 0.05

2.3 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应均以轻微头痛为主, 观察组中出现 2 例, 对照组中出现 1 例, 观察组不良反应发生率 (5.00 %) 与对照组 (2.50 %) 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

3 讨论

VP 在临床内科中比较常见, 并且有数据显示, 65 岁以上的老年人群高发, 随着我国人口老龄化速度的加快, VP 也呈现出了逐年增高的趋势, 并且在 VP 患者中, 男性患者多于女性^[4]。说明男性老年人更容易罹患 VP。由于 VP 起病比较缓慢, 患者早期并无明显的特异性症状, 随着病情的发展, 会逐步表现出进行性加重, 在静止的状态下出现震颤、肌肉僵硬等症状, 有 90 % 以上的患者发病后存在运动障碍, 自理能力降低, 并且还容易出现行为激动, 甚至会出现阵发性冲动行为。有研究人员对其发病因素进行分析后发现, VP 的发生与脑组织中多巴胺水平降低, 乙酰胆碱功能亢进等因素有关^[5]。所以, 对于 VP 患者的治疗, 应主要以

补充脑组织中的多巴胺含量、降低胆碱功能为主要原则。

在遵循上述原则的基础上, 有研究人员提出了多巴胺替代治疗的方案, 在此基础上, 指导患者合理使用抗胆碱药物^[6]。如左旋多巴, 但是其治疗效果较低。笔者在对此进行研究后发现, 引发 VP 的高危因素还有脑卒中、脑动脉硬化、高血压等。本院近年来对 VP 患者实施了丁苯酞联合多巴丝肼治疗, 多巴丝肼是苄丝肼与左旋多巴的混合剂, 由于 VP 的发生与脑血管因素相关, 将其应用于对 VP 患者的治疗中, 能够有效改善患者的脑血管供血状态, 促进治疗效果的提升^[7]。丁苯酞属于芹菜籽的人工合成消旋体, 能够对血区微循环进行重构, 缓解对脑细胞的损伤, 较好地保护脑部线粒体的结构以及功能, 对细胞内钙库释放量进行抑制, 从而促进抗氧化酶活性作用的发挥, 在改善机体炎症症状的同时, 还对神经细胞的凋亡状态进行抑制。有研究人员发现, 将丁苯酞联合多巴丝肼应用于 VP 患者的治疗中, 较好地改善了患者脑部能量的代谢情况, 增加了缺血区域的血流量, 对血小板的聚集进行了抵抗, 治疗安全性得到了保障^[8]。

本研究结果显示, 治疗后观察组各症状障碍得到了明显的改善, 治疗效果更优, 并且只增加了 1 例轻微头痛患者, 停药后其不良反应消失。这也进一步证实了丁苯酞联合多巴丝肼对治疗 VP 患者的优势。但是需要注意的是, 在实施联合治疗的过程中, 一定要根据患者的病情情况, 控制好药物的使用剂量, 叮嘱患者按医嘱服药, 在提高临床治疗效果的同时, 保证治疗的安全性。

综上所述, 对 VP 患者实施丁苯酞联合多巴丝肼治疗, 能够有效改善患者的临床症状, 药物引发的不良反应较少。

[参考文献]

- (1) 王琳琳. 丁苯酞联合美多芭治疗血管性帕金森综合征的临床效果观察 (J). 中国现代药物应用, 2020, 14(1): 186-187.
- (2) 李芝兰, 范永红. 依达拉奉治疗血管性帕金森综合征疗效观察 (J). 中国基层医药, 2016, 23(1): 51-54.
- (3) 郭素景, 刘国强. 丁苯酞治疗神经系统疾病的临床疗效及药物经济学分析 (J). 中国药物经济学, 2018, 13(11): 125-127.
- (4) 徐源振, 许梅花. 帕金森病药物治疗研究进展 (J). 养生保健指南, 2019, 18(22): 251.
- (5) 梁永瑾. 探讨神经节苷脂联合普拉克索治疗血管性帕金森患者的临床效果 (J). 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(21): 59.
- (6) 程文波, 杨栓锁, 杨芹, 等. 美多巴对老年血管性帕金森病合并阵发性心房颤动的影响 (J). 中华老年医学杂志, 2018, 37(6): 646-649.
- (7) 吕艳英. 丁苯酞联合美多芭治疗血管性帕金森综合征的临床疗效观察 (J). 中国医药指南, 2020, 18(3): 23.
- (8) 程文波. 血管性帕金森病与阵发性房颤发病的临床研究 (D). 苏州: 苏州大学, 2017.