

- 年股骨粗隆间骨折疗效比较 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2023, 35 (2): 143-146, 150.
- [12] 聂坤, 周自胜, 洪鹏. 两种不同髓内固定方式治疗老年股骨粗隆间骨折疗效及对围术期指标和术后并发症的影响 [J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51 (2): 220-222.
- [13] 刘健秋, 陈学袖, 郭文杰. 不同髓内钉治疗不稳定型股骨粗隆间骨折预后比较 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32 (5): 111-114.
- [14] 朱育雄, 郑秋平, 林洪桂, 等. 中西医结合治疗股骨粗隆间骨折的疗效比较 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30 (15): 28-29.
- [15] 王雨辰, 俞伟忠, 吴国明, 等. 两种股骨近端髓内钉固定股骨粗隆间骨折比较 [J]. 中国矫形外科杂志, 2023, 31 (4): 300-304.

[文章编号] 1007-0893(2023)18-0089-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.18.027

## 氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗 帕金森病并精神障碍的效果

秦陶然 田 甜 王丽莉

(天津市安定医院, 天津 300222)

**[摘要]** 目的: 探讨采用氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗帕金森病并精神障碍的效果。方法: 回顾性选取 2021 年 2 月至 2023 年 2 月天津市安定医院收治的 100 例帕金森病并精神障碍患者, 依据用药方法不同分为对照组和观察组, 各 50 例。观察组采用氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗, 对照组采用奥氮平片与多巴丝肼片联合治疗。比较两组患者症状改善情况、病情严重程度、运动功能、10 m 折返运动用时、静息运动阈值、非运动症状、认知功能、心理状况、精神状况、嗜睡危险性、疲劳程度、生活质量、临床疗效、不良反应发生情况。结果: 用药后, 两组患者各项症状改善情况评分均低于用药前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后, 两组患者各项病情严重程度评分均低于用药前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后, 两组患者各项帕金森运动功能量表 (PMFS) 评分均高于用药前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后, 两组患者 10 m 折返运动用时均短于用药前, 静息运动阈值、非运动症状筛查问卷 (NMSQ) 评分均低于用药前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且观察组患者 10 m 折返运动用时短于对照组, 静息运动阈值、NMSQ 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后, 两组患者蒙特利尔认知量表 (MoCA)、帕金森病认知评定量表 (CAF) 评分均高于用药前, 抑郁、焦虑评分均低于用药前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且观察组患者 MoCA、帕金森病 CAF 评分均高于对照组, 抑郁、焦虑评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后, 两组患者简易智力状态检查量表 (MMSE)、生活质量核心量表 (QOL-C30) 评分均高于用药前, Epworth 嗜睡量表 (ESS)、疲劳严重程度量表 (FSS) 评分均低于用药前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且观察组患者 MMSE、QOL-C30 评分均高于对照组, ESS、FSS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者临床疗效高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 与采用奥氮平片与多巴丝肼片联合治疗比较, 氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗帕金森病并精神障碍的效果更好。

**[关键词]** 帕金森病; 精神障碍; 奥氮平片; 氯氮平片; 多巴丝肼片

**[中图分类号]** R 971; R 74 **[文献标识码]** B

帕金森病属于一种神经系统退行性疾病, 高发人群为老年人, 肌强直、静止性震颤、精神障碍等是其主要临床表现<sup>[1]</sup>。有研究表明<sup>[2-3]</sup>, 合并精神障碍的帕金森病患者占总数的 16%~40%, 幻觉、妄想等是其主要临床表现。本研究回顾性选取 100 例帕金森病并精神障碍患者的临床资料, 探讨采用氯氮平片与多巴丝肼片联合

**[收稿日期]** 2023-07-12

**[作者简介]** 秦陶然, 男, 住院医师, 主要从事精神科的工作。

治疗帕金森病并精神障碍的效果，具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性选取 2021 年 2 月至 2023 年 2 月天津市安定医院收治的 100 例帕金森病并精神障碍患者，依据用药方法不同分为对照组和观察组，各 50 例。观察组患者男性 30 例，女性 20 例；年龄 56~78 岁，平均 (66.47 ± 10.23) 岁；在病程方面，1~3 年 30 例，4~5 年 20 例；在 Hoehn-Yahr 分级方面，I 级 16 例，II 级 19 例，III 级 15 例。对照组患者男性 21 例，女性 29 例；年龄 57~79 岁，平均 (67.12 ± 10.16) 岁；在病程方面，1~3 年 31 例，4~5 年 19 例；在 Hoehn-Yahr 分级方面，I 级 17 例，II 级 18 例，III 级 15 例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合帕金森病的诊断标准<sup>[4]</sup>，具有典型症状体征；(2) 符合精神障碍的诊断标准<sup>[5]</sup>；(3) 患者均具有良好的沟通交流能力；(4) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 合并血液系统疾病；(2) 存在严重持续性静止性震颤；(3) 继发性帕金森病。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 口服 10 mg 奥氮平片 (齐鲁制药有限公司，国药准字 H20163165)，每日 2 次；口服 250~1000 mg 多巴丝肼片 (山东新华制药股份有限公司，国药准字 H10930198)，每日 3 次。持续治疗 2 个月。

1.3.2 观察组 口服 50~200 mg 氯氮平片 (江苏天士力帝益药业有限公司，国药准字 H32023125)，每日 3 次；口服 250~1000 mg 多巴丝肼片，每日 3 次。持续治疗 2 个月。

### 1.4 观察指标

治疗疗程结束后随访 1 个月，观察患者症状改善情况、病情严重程度、运动功能、10 m 折返运动用时、静息运动阈值、非运动症状、认知功能、心理状况、精神状况、嗜睡危险性、疲劳程度、生活质量、临床疗效、不良反应发生情况。(1) 症状改善情况。采用帕金森量表 (unified Parkinson's disease rating scale, UPDRS) 评估，内容包括精神活动和情感障碍、日常生活能力、运动功能、并发症发生情况，评分范围为 0~100 分，评分越低代表症状改善越明显；(2) 病情严重程度。采用 UPDRS 评估，内容包括日常生活活动、运动能力、行为与情绪，评分范围分别为 0~52 分、0~56 分、0~16 分，评分越高则病情越严重<sup>[6]</sup>；(3) 运动功能。采用帕

金森运动功能量表 (Parkinson's motor function scale, PMFS)，内容包括起坐与走路姿势、写字与动手能力、语速与流利速度，评分范围为 0~100 分，评分越高则运动功能越好<sup>[7]</sup>；(4) 10 m 折返运动用时、静息运动阈值；(5) 非运动症状。采用非运动症状筛查问卷 (non motor symptoms questionnaire, NMSQ)，评分范围为 0~100 分，评分越低则非运动症状改善越好<sup>[8]</sup>；

(6) 认知功能。分别采用蒙特利尔认知量表 (Montreal cognitive assessment, MoCA)、帕金森病认知评定量表 (cognitive assessment scale, CAF) 评估，评分范围分别为 0~30 分、0~100 分，评分越高则认知功能越好<sup>[9]</sup>；

(7) 心理状况、精神状况、嗜睡危险性、疲劳程度、生活质量。分别采用抑郁和焦虑自评量表、简易智力状态检查量表 (mini-mental state examination, MMSE)、Epworth 嗜睡量表 (Epworth sleeping scale, ESS)、疲劳严重程度量表 (fatigue severity scale, FSS)、生活质量核心量表 (core 30 quality of life, QOL-C30) 评估，评分范围分别为 0~80 分、0~30 分、0~24 分、0~7 分、0~100 分，除 MMSE 评分、QOL-C30 为分数越高越好外，其余评分均为分数越低越好<sup>[10]</sup>；(8) 临床疗效。根据治疗后的 UPDRS 评分与治疗前比较，当评分降低 0%、1%~19%、20%~49%、50%~100% 时，分别评定为无效、有效、显效、基本治愈<sup>[11]</sup>。(9) 不良反应。统计两组患者治疗期间不良反应 (体位性低血压、消化道反应) 发生情况。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 28.0 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  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者症状改善情况比较

用药后，两组患者各项症状改善情况评分均低于用药前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者症状改善情况比较 ( $n = 50$ ,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	精神活动和情感障碍	日常生活能力	运动功能	并发症发生情况
对照组	用药前	4.77 ± 1.00	17.28 ± 2.04	34.55 ± 3.63	1.44 ± 0.23
	用药后	3.44 ± 0.97 <sup>a</sup>	14.01 ± 2.10 <sup>a</sup>	26.38 ± 2.08 <sup>a</sup>	0.78 ± 0.12 <sup>a</sup>
观察组	用药前	4.74 ± 1.03	17.26 ± 2.12	34.51 ± 2.77	1.40 ± 0.25
	用药后	2.08 ± 0.35 <sup>ab</sup>	11.40 ± 2.07 <sup>ab</sup>	23.15 ± 2.11 <sup>ab</sup>	0.41 ± 0.12 <sup>ab</sup>

注：与同组用药前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者病情严重程度比较

用药后，两组患者各项病情严重程度评分均低于

用药前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者病情严重程度比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	日常生活活动	运动能力	行为与情绪
对照组	用药前	30.25 ± 3.64	35.64 ± 3.47	9.64 ± 1.40
	用药后	24.04 ± 2.15 <sup>c</sup>	32.20 ± 3.15 <sup>c</sup>	6.53 ± 1.00 <sup>c</sup>
观察组	用药前	30.27 ± 3.20	35.57 ± 3.40	9.65 ± 1.64
	用药后	21.20 ± 2.10 <sup>cd</sup>	30.05 ± 3.24 <sup>cd</sup>	5.05 ± 1.05 <sup>cd</sup>

注：与同组用药前比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者 PMFS 评分比较

用药后，两组患者各项 PMFS 评分均高于用药前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者 PMFS 评分比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	起坐与走路姿势	写字与动手能力	语速与流利速度
对照组	用药前	1.22 ± 0.10	2.24 ± 0.30	45.47 ± 2.34
	用药后	1.43 ± 0.23 <sup>e</sup>	3.21 ± 1.01 <sup>e</sup>	60.53 ± 6.63 <sup>e</sup>
观察组	用药前	1.21 ± 0.12	2.22 ± 0.32	45.23 ± 2.23
	用药后	1.76 ± 0.24 <sup>ef</sup>	4.64 ± 1.13 <sup>ef</sup>	70.75 ± 6.45 <sup>ef</sup>

注：PMFS 一帕金森运动功能量表。与同组用药前比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者 10 m 折返运动用时、静息运动阈值、NMSQ 评分比较

用药后，两组患者 10 m 折返运动用时均短于用药前，静息运动阈值、NMSQ 评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 10 m 折返运动用时短于对照组，静息运动阈值、NMSQ 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者 10 m 折返运动用时、静息运动阈值、NMSQ 评分比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	10 m 折返运动用时 /s	静息运动阈值 / $\mu\text{V}$	NMSQ 评分 /分
对照组	用药前	53.51 ± 8.15	49.20 ± 7.35	20.12 ± 3.15
	用药后	46.95 ± 7.61 <sup>g</sup>	43.25 ± 6.42 <sup>g</sup>	17.15 ± 2.67 <sup>g</sup>
观察组	用药前	53.68 ± 8.06	49.74 ± 7.04	20.14 ± 3.24
	用药后	42.31 ± 7.45 <sup>gh</sup>	40.02 ± 8.10 <sup>gh</sup>	15.24 ± 2.10 <sup>gh</sup>

注：NMSQ 一非运动症状筛查问卷。与同组用药前比较，<sup>g</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>h</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患者 MoCA、CAF、抑郁、焦虑评分比较

用药后，两组患者 MoCA、帕金森病 CAF 评分均高于用药前，抑郁、焦虑评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 MoCA、帕金森病 CAF 评分均高于对照组，抑郁、焦虑评分均低于对照组，

差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 5。

表 5 两组患者 MoCA、CAF、精神状况、抑郁、焦虑评分比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	MoCA 评分	CAF 评分	抑郁评分	焦虑评分
对照组	用药前	16.20 ± 2.67	16.20 ± 2.70	14.34 ± 2.40	13.84 ± 2.05
	用药后	22.10 ± 1.41 <sup>i</sup>	19.80 ± 1.20 <sup>i</sup>	8.86 ± 1.12 <sup>i</sup>	9.92 ± 1.44 <sup>i</sup>
观察组	用药前	16.53 ± 2.60	16.23 ± 2.40	14.28 ± 2.35	13.96 ± 2.11
	用药后	25.20 ± 2.10 <sup>ij</sup>	26.33 ± 2.10 <sup>ij</sup>	6.94 ± 1.51 <sup>ij</sup>	7.15 ± 1.86 <sup>ij</sup>

注：MoCA 一蒙特利尔认知量表；CAF 一认知评定量表。与同组用药前比较，<sup>i</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>j</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.6 两组患者 MMSE、ESS、FSS、QOL-C30 评分比较

用药后，两组患者 MMSE、QOL-C30 评分均高于用药前，ESS、FSS 评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 MMSE、QOL-C30 评分均高于对照组，ESS、FSS 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 6。

表 6 两组患者 MMSE、ESS、FSS、QOL-C30 评分比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	MMSE 评分	ESS 评分	FSS 评分	QOL-C30 评分
对照组	用药前	18.53 ± 3.24	6.90 ± 0.43	3.36 ± 0.85	45.56 ± 2.15
	用药后	19.64 ± 3.64 <sup>k</sup>	1.68 ± 0.33 <sup>k</sup>	3.03 ± 0.76 <sup>k</sup>	60.51 ± 3.11 <sup>k</sup>
观察组	用药前	18.54 ± 3.64	6.87 ± 0.40	3.44 ± 0.80	45.60 ± 2.10
	用药后	21.87 ± 3.15 <sup>kl</sup>	1.31 ± 0.24 <sup>kl</sup>	2.54 ± 0.42 <sup>kl</sup>	90.10 ± 3.10 <sup>kl</sup>

注：MMSE 一简易智力状态检查量表；ESS 一 Epworth 嗜睡量表；FSS 一疲劳严重程度量表；QOL-C30 一生活质量核心量表。与同组用药前比较，<sup>k</sup> $P < 0.05$ ；与对照组用药后比较，<sup>l</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.7 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床效率为 94.00%，高于对照组的 60.00%，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 7。

表 7 两组患者临床疗效比较 [ $n = 50, n(\%)$ ]

组别	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	9(18.00)	7(14.00)	14(28.00)	20(40.00)	30(60.00)
观察组	13(26.00)	16(32.00)	18(36.00)	3(6.00)	47(94.00) <sup>m</sup>

注：与对照组比较，<sup>m</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.8 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 8。

表 8 两组患者不良反应发生率比较 [ $n = 50, n(\%)$ ]

组别	体位性低血压	消化道反应	总发生
对照组	2(4.00)	2(4.00)	4(8.00)
观察组	2(4.00)	3(6.00)	5(10.00)

### 3 讨论

帕金森病是一种与大脑神经系统慢性变性相关的疾病，主要与脑内黑质-纹状体多巴胺系统功能相对减弱有关。维持我们大脑内肌张力有关的系统主要有两大系统，分别为胆碱能系统和多巴胺系统。当黑质纹状体的多巴胺系统功能相对减退，这个时候就会出现胆碱能系统与多巴胺系统之间平衡打破，导致胆碱能系统相对亢进。因此会出现帕金森病，在临床上主要表现为静止性震颤、肌强直、姿势和步态异常、运动迟缓。精神障碍患者存在多种神经递质功能异常，主要涉及多巴胺、5-羟色胺、谷氨中枢多巴胺等。现阶段，在帕金森病并精神障碍的治疗中，药物治疗是主要方法<sup>[12]</sup>。

本研究结果表明，用药后，两组患者各项症状改善情况评分均低于用药前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后，两组患者各项病情严重程度评分均低于用药前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后，两组患者各项 PMFS 评分均高于用药前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后，两组患者 10 m 折返运动用时均短于用药前，静息运动阈值、NMSQ 评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 10 m 折返运动用时短于对照组，静息运动阈值、NMSQ 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后，两组患者 MoCA、帕金森病 CAF 评分均高于用药前，抑郁、焦虑评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 MoCA、帕金森病 CAF 评分均高于对照组，抑郁、焦虑评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。用药后，两组患者 MMSE、QOL-C30 评分均高于用药前，ESS、FSS 评分均低于用药前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；且观察组患者 MMSE、QOL-C30 评分均高于对照组，ESS、FSS 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者临床疗效率高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。提示采用奥氮平片与多巴丝肼片联合治疗相关病情改善情况及临床疗效更好。原因为多巴丝肼片的组成成分为左旋多巴、苄丝肼，其中左旋多巴能够增加帕金森病患者大脑中的多巴胺浓度，苄丝肼联合左旋多巴能够对外周组织中多巴脱羧酶活性进行抑制，减少外周组织中多巴胺的生成，进而使向中枢神经系统进入的多巴胺增加<sup>[13-14]</sup>。氯氮平片能够对大脑中多巴胺受体、5-羟色胺受体的功能异常

进行作用，从而发挥抗精神障碍的作用<sup>[15]</sup>。

综上所述，与采用奥氮平片与多巴丝肼片联合治疗比较，氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗对帕金森病并精神障碍的效果更好。

### [参考文献]

- [1] 吕鸿利. 氯氮平片联合多巴丝肼片治疗帕金森病伴发精神障碍临床研究观察 [J]. 医药论坛杂志, 2018, 39 (9): 162-163.
- [2] 郑国梅. 多巴丝肼片联合氯氮平片治疗帕金森病伴发精神障碍的效果探讨 [J]. 当代医药论丛, 2021, 19 (5): 112-113.
- [3] 卓冰洁. 氯氮平片与多巴丝肼片联合治疗帕金森病并精神障碍的效果观察 [J]. 医学美学美容, 2021, 30 (1): 115.
- [4] 上海市中医药学会神经分会. 中西医结合治疗早期帕金森病专家共识(2021)[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56 (1): 1-6.
- [5] 郝伟, 于欣. 精神病学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [6] 王潇. 氯氮平片联合多巴丝肼片治疗帕金森病伴发精神障碍的临床研究 [J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (20): 23.
- [7] 李铺, 麦惠婷, 吴盛各, 等. 氯氮平片辅助治疗 PD 合并精神障碍患者的有效性及不良反应研究 [J]. 北方药学, 2020, 17 (4): 156-157.
- [8] 马蓓, 万美萍. 氯氮平联合多巴丝肼片治疗帕金森病伴精神障碍 60 例临床观察 [J]. 中国药业, 2018, 27 (10): 51-53.
- [9] 孙振晓, 于相芬. 氯氮平不良反应近况文献概述 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2020, 26 (5): 292-296, 301.
- [10] 曲志君, 吕品, 杜莉辉. 喹硫平联合多巴丝肼片治疗老年帕金森病伴发精神障碍的疗效观察 [J]. 当代医学, 2017, 23 (28): 102-104.
- [11] 宋叶华, 陈慧宝, 林秀洁, 等. 多巴丝肼联合喹硫平或奥氮平治疗帕金森病合并精神障碍的效果对比 [J]. 中外医学研究, 2021, 19 (34): 56-59.
- [12] 王海飞. 多巴丝肼与奥氮平及氯丙嗪合用致抗精神病药恶性综合征 [J]. 药物不良反应杂志, 2015, 17 (1): 67-68.
- [13] 耿彪, 党和勤, 任广伟, 等. 罗替高汀治疗帕金森病非口服疗法的研究进展 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2021, 38 (10): 1147-1149.
- [14] 孙雅迪, 周秋露, 黄金莎, 等. 帕金森病睡眠障碍的治疗一例报告及简要文献回顾 [J]. 精神医学杂志, 2021, 34 (3): 263-265.
- [15] 王佳彬, 沈晓明, 马云枝, 等. 帕金森病中西医研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28 (1): 241-250.