

# 定颤颗粒联合美多巴治疗帕金森病疗效探析

邓颖 顾锡镇 袁昌文 吴雅文

(江苏省中医院脑病中心 南京 210029)

**摘要:**目的:初步评价定颤颗粒治疗帕金森病的临床疗效。方法:采用前瞻性随机对照试验,60 例患者按 1:1 比例随机分配至治疗组和对照组,治疗组采用中西医结合疗法,给予定颤颗粒剂配合美多巴片口服,对照组只口服美多巴,观察周期为 12 周。结果:治疗组在改善患者精神、行为和情绪、日常活动、运动功能方面有效,与对照组比较有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:予滋补肝肾、平肝熄风法联合美多巴治疗帕金森病可明显提高临床疗效。

**关键词:**帕金森病;定颤颗粒;中西医结合疗法

中图分类号:R 742.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.012

帕金森病属于中医疑难病范畴,震颤、强直等症不易控制,且病程长,病情进行性加重,后期会出现多种并发症,严重影响患者的生活质量。因此,控制震颤、强直等症,延缓病程,治疗并发症,是治疗帕金森病的重点。我科应用自拟定颤颗粒配合美多巴治疗震颤型帕金森病患者,临床上取得较为满意的疗效。现总结于下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所有病例均为江苏省中医院门诊与住院部患者。其中治疗组 30 例,男性 19 例,女性 11 例;年龄 44~75 岁;帕金森病病程最短 5 个月,最长 12 年,平均(4.87±2.49)年。对照组 30 例,其中男性 18 例,女性 12 例;年龄 42~75 岁;帕金森病病程最短 10 个月,最长 10 年,平均(4.21±2.32)年。两组病例年龄、性别、发病年龄、家族史、Hoehn-Yahr 分级标准及生活机能障碍度进行统计学分析,差异无显著性意义。

**1.2 诊断标准** (1)西医诊断标准按 2006 年中华医学会神经病学分会运动障碍及帕金森病学组制定的帕金森病诊断标准<sup>[1]</sup>执行。(2)中医诊断标准按 1992 年中华全国中医学会老年医学会制定的中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)<sup>[2]</sup>执行。(3)纳入标准:年龄 40~75 岁;西医诊断为帕金森病者;分型诊断西医属震颤型,震颤幅度大于 2.5 cm;Hoehn-Yahr 帕金森病分级标准 IV 级以内者。(4)排除标准:帕金森叠加综合征者;有严重的心、肝、肾、造血系统疾患或恶性肿瘤、精神障碍者;原用美多巴剂量超过试验剂量,或减量疗效明显减退,或不良反应不能耐受者;其他原因不能按要求接受、完成治疗者。

**1.3 治疗方法** 采用前瞻性随机对照试验。治疗组予定颤颗粒剂(组成:熟地 15 g,山茱萸 10 g,白芍 30 g,续断 10 g,寄生 15 g,天麻 10 g,钩藤 30 g,当归 10 g,川牛膝 15 g,全蝎 5 g,鳖甲 15 g,肉苁蓉 10 g,珍珠母 30 g)口服,1 剂/d;同时予美多巴 125

mg,3 次/d,均服用 12 周。对照组口服美多巴,用药方案同治疗组,观察周期 12 周。

**1.4 疗效判定标准** 按照中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)<sup>[2]</sup>中的疗效评定标准进行疗效评定:于治疗前、治疗后 3 个月各评分 1 次。有效率(%)=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。疗效等级标准分为 4 级:其中 100%为痊愈;50%~99%为显效;20%~49%为有效;小于 20%为无效。

**1.5 统计学方法** 所有病例均在治疗前后按照 UPDRS 量表进行评分,将所收集到的临床数据用 SPSS 13.0 软件管理并进行统计分析。两组间比较,正态分布采用 t 检验,偏态分布采用秩和检验,计数资料比较采用卡方检验,检验水准取  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后 UPDRS 量表评分比较** 见表 1。两组患者治疗后日常活动积分、运动功能积分及精神、行为和情绪积分改善,均有显著差异( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者治疗前后 UPDRS 量表评分比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

组别		运动功能积分	日常活动积分	精神、行为和情绪积分
治疗组	治疗前	19.40±7.439	15.98±7.248	3.56±4.235
	治疗后	14.27±7.341	11.83±5.763	2.10±1.854
对照组	治疗前	19.97±5.576	16.32±5.477	3.23±2.628
	治疗后	17.23±5.424	12.86±4.872	2.97±1.986

**2.2 临床疗效比较** 按疗效评价标准,治疗组有效率为 73.33%,而对照组有效率为 53.33%,两组间疗效经检验有显著差异( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组临床疗效统计 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	5	17	8	73.33
对照组	30	2	14	14	53.33

## 3 讨论

帕金森病是一种缓慢进展的中脑黑质多巴胺能神经元丧失和纹状体多巴胺含量显著减少的老年神经退行性疾病,震颤、强直等主症不易控制,且病程长,病情进行性加重,后期会出现多种并发症,严重影响患者的生活质量,而长期服用西药会引起

# 原发性高血压病患者血清细胞因子水平变化的临床研究

陈超 胡耀明

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

**摘要:**目的:探讨原发性高血压病患者血清细胞因子白介素-6(IL-6)、白介素-18(IL-18)及白介素-10(IL-10)的变化及临床意义。方法:采用酶联免疫吸附法检测 113 例原发性高血压病患者及 45 例正常人血清细胞因子水平并进行比较,采用 SPSS 13.0 统计分析软件进行数据处理。结果:与正常对照组相比,原发性高血压病患者血清 IL-6 和 IL-18 水平明显升高( $P < 0.01$ ),IL-10 明显降低( $P < 0.01$ );治疗后患者血清 IL-6 和 IL-18 水平明显下降( $P < 0.05$ ),血清 IL-10 明显升高( $P < 0.05$ )。结论:原发性高血压病患者细胞因子水平出现明显变化,可能在高血压病的发生发展过程中起重要作用。

**关键词:**原发性高血压;细胞因子;IL-6;IL-18;IL-10

中图分类号:R 544.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.013

原发性高血压(essential hypertension, EH)是最常见的心血管疾病之一,是许多心脑血管疾病发生的主要危险因素之一。EH 主要病理改变是细小动脉硬化,并因血栓形成、内皮细胞及血管壁坏死引起出血,导致心、脑、肾等重要器官的损害。目前关于 EH 的发病机制仍不明确,越来越多研究表明炎症因素在 EH 的发生、发展及转归中扮演着极其重要的角色<sup>[1-4]</sup>。为进一步明确高血压病的发病机制并改善其预后,本文就炎性细胞因子(IL-6、IL-18、IL-10)与原发性高血压的关系进行研究。现报道如下:

## 1 材料和方法

**1.1 研究对象** 原发性高血压组患者 113 例,男性 64 例,女性 49 例,平均年龄( $55.4 \pm 22.3$ )岁。所有病例均为我院 2010 年 4 月~2011 年 1 月心血管内科的住院病人,符合 1999 年世界卫生组织/中国高血压联盟(WHO/ISH)诊断标准。健康对照组 45 例,为我院健康体检者,年龄和性别与高血压组无统计学差异。所有研究对象均排除继发性高血压、高血压急症、冠心病、心力衰竭、肝肾功能不全。

疗效减退、运动波动、精神障碍等副作用。

帕金森病属中医“颤证”范畴。肢体震颤、强直是其主症,本病病位在肝、脾、肾,以肝肾不足为本,总属本虚标实。肝肾阴亏,水不涵木,肝阳偏亢,风从阳化,则发生震颤。在本病发展过程中,因为阳盛或阴虚不能制阳,阳无以制,出现肢体动摇、抽搐、震颤等病理反应,即是“内风”的具体表现,“内风”与肝的关系较为密切,因此,我们将滋补肝肾作为根本治疗大法,又将平肝熄风法贯穿始终。定颤颗粒方中用熟地、山茱萸、续断、寄生、鳖甲等补益肝肾之品,用天麻、钩藤、全蝎以平肝熄风解痉,用白芍、当归等养血熄风,与珍珠母、鳖甲等重镇熄风剂配合,刚柔相济,使肝风得熄,震颤得止。白芍是养

**1.2 标本采集** 所有检验对象于清晨采集空腹静脉血,2 h 内离心分离血清,储存于 -40 °C 冰箱中待检测分析。

**1.3 检测方法** 白介素-6(IL-6)、白介素-18(IL-18)和白介素-10(IL-10)均采用酶联免疫吸附法,试剂盒购自上海雅吉生物科技有限公司,严格按说明书操作。

**1.4 数据处理** 采用 SPSS 13.0 统计分析软件进行数据处理,数据以均数±标准差( $\bar{X} \pm S$ )表示, $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

113 例原发性高血压病患者血清 IL-6 和 IL-18 水平明显高于正常对照组( $P < 0.01$ );而血清 IL-10 明显降低( $P < 0.01$ )。治疗后患者血清 IL-6 和 IL-18 水平明显下降( $P < 0.05$ ),血清 IL-10 明显升高( $P < 0.05$ )。见表 1。

组别	n	IL-6	IL-18	IL-10
EH 组(治疗前)	113	40.1 ± 8.3 <sup>#</sup>	101.6 ± 35.4 <sup>#</sup>	11.6 ± 5.4 <sup>#</sup>
EH 组(治疗后)	113	28.5 ± 6.3 <sup>▲</sup>	80.2 ± 23.4 <sup>▲</sup>	19.4 ± 6.1 <sup>▲</sup>
对照组	45	17.1 ± 4.2	56.8 ± 16.2	28.1 ± 9.5

注:与对照组相比,<sup>#</sup> $P < 0.01$ ;与治疗前相比,<sup>▲</sup> $P < 0.05$ 。

血濡筋、缓急止颤的良药,故重用。诸药配伍,以期达到滋补肝肾、平肝熄风之功效。

本研究结果显示,治疗组患者的精神、行为、情绪、日常活动及运动功能评分均较治疗前明显下降,临床疗效明显优于单纯西药对照组;且治疗组眩晕、恶心、呕吐、便秘、焦虑、低血压等常见西药副反应明显少于对照组,减少了西药的副作用。总之,通过中西结合治疗可改善临床症状,提高临床疗效,提高患者生活质量,延缓疾病进程。

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

(收稿日期: 2012-03-14)