

司来吉兰联合左旋多巴对帕金森病冻结步态患者心理状态及 FOGQ 评分的影响

阮成钧

(河南省潢川县人民医院神经内科 潢川 465150)

摘要:目的:探究司来吉兰联合左旋多巴对帕金森病冻结步态患者心理状态及冻结步态问卷评分的影响。方法:选取 2017 年 9 月~2020 年 1 月治疗的帕金森病冻结步态患者 84 例,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 42 例。对照组给予左旋多巴治疗,观察组给予司来吉兰联合左旋多巴治疗。对比两组治疗前后帕金森病量表、冻结步态问卷、简易精神状态评价量表、汉密尔顿焦虑与抑郁量表评分及不良反应发生率。结果:治疗后观察组帕金森病量表 I、帕金森病量表 III 评分低于对照组($P<0.05$);治疗后观察组冻结步态问卷评分低于对照组,简易精神状态评价量表评分高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组汉密尔顿焦虑与抑郁量表评分低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:司来吉兰联合左旋多巴对帕金森病冻结步态患者,可改善冻结步态及心理状态,提高认知功能,且安全性较高。

关键词:帕金森病;司来吉兰;左旋多巴;冻结步态

中图分类号:R742.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.049

帕金森病(Parkinson's Disease, PD)是常见中枢神经系统变性疾病,多发于中老年人群,随着我国人口老龄化加剧,发病率也逐年升高^[1]。冻结步态(Freezing of Gait, FOG)是 PD 患者常见症状,与跌倒、致残显著相关^[2]。左旋多巴治疗 PD-FOG 效果确切,但长期用药易出现疗效减退^[3]。有研究显示 B 型单胺氧化酶(MAO-B)对 FOG 具有潜在改善效应^[4]。本研究选取我院 PD-FOG 患者 84 例,探究司来吉兰联合左旋多巴对心理状态及冻结步态问卷(FOGQ)评分的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 9 月~2020 年 1 月治疗的 PD-FOG 患者 84 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各 42 例。对照组女 20 例,男 22 例;年龄 43~79 岁,平均(60.39±8.25)岁;体质量指数 18~28 kg/m²,平均(23.42±1.85) kg/m²;Hoehn-Yahr 分期:1 期 2 例,2 期 21 例,3 期 16 例,4 期 3 例。观察组女 19 例,男 23 例;年龄 41~80 岁,平均(61.14±8.57)岁;体质量指数 18~28 kg/m²,平均(23.29±1.74) kg/m²;Hoehn-Yahr 分期:1 期 3 例,2 期 20 例,3 期 15 例,4 期 4 例。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会同意批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)均符合 PD 诊断标准^[5];(2)帕金森病统一评分量表(UPDRS)中“行走中冻结”项目得分≥1 分;(3)患者及家属知情并签署承诺书。排除标准:(1)严重精神行为异常者;(2)严重肝肾功能不全者;(3)曾行脑部立体定向手术者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予左旋多巴片(国药准字

H11020244)治疗,起始剂量 0.25~0.5 g/次,口服,3 次/d,每隔 3~4 天加量 0.125~0.25 g/次,3 次/d,日用药量≤6 g。持续治疗 3 个月。

1.3.2 观察组 给予盐酸司来吉兰片(国药准字 H20133055)联合左旋多巴治疗,司来吉兰 2.5 mg/次,早、午口服,7 d 后加量至 5 mg/次,早、午口服。左旋多巴同对照组。持续治疗 3 个月。

1.4 观察指标 (1)两组治疗前后 UPDRS 量表评分,UPDRS 分 4 型,选取 I 型与 III 型,其中 I 型评价患者情绪、精神、行为情况,III 型评价患者运动功能情况,评分越高,症状越严重。(2)两组治疗前后 FOGQ、简易精神状态评价量表(MMSE)评分。FOGQ 共 6 项内容,每项 0~4 分,评分越高,FOG 越严重;MMSE 分值范围为 0~30 分,评分越高,认知功能越好。(3)两组治疗前后汉密尔顿焦虑、抑郁量表(HAMA、HAMD)评分,评分越高,焦虑、抑郁越严重。(4)统计恶心呕吐、幻觉、失眠等不良反应。

1.5 统计学分析 运用 SPSS21.0 分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 UPDRS 评分对比 治疗后观察组 UPDRS I、UPDRS III 评分低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表1 两组 UPDRS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	UPDRS I		UPDRS III	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	4.20±1.06	2.14±0.65*	26.83±5.42	18.42±3.18*
对照组	42	4.15±1.14	2.91±0.74*	27.06±6.05	21.75±4.06*
t		0.208	5.067	0.184	4.185
P		0.836	<0.001	0.855	<0.001

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组 FOGQ、MMSE 评分对比 治疗前两组 FOGQ、MMSE 评分比较无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后观察组 FOGQ 评分低于对照组, MMSE 评分高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 FOGQ、MMSE 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	FOGQ		MMSE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	16.49± 3.72	6.65± 3.26*	19.58± 2.87	25.03± 2.26*
对照组	42	16.81± 4.03	10.08± 3.51*	19.91± 3.12	22.71± 2.43*
t		0.378	4.640	0.505	4.531
P		0.706	<0.001	0.615	<0.001

注: 与同组治疗前相比, * $P<0.05$ 。

2.3 两组 HAMA、HAMD 评分对比 治疗前两组 HAMA、HAMD 评分比较无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后观察组 HAMA、HAMD 评分低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 HAMA、HAMD 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMA		HAMD	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	13.41± 3.76	4.32± 2.08*	8.86± 3.19	2.35± 1.26*
对照组	42	13.69± 3.94	7.04± 3.16*	9.25± 3.08	4.08± 1.72*
t		0.333	4.660	0.570	5.258
P		0.740	<0.001	0.570	<0.001

注: 与同组治疗前相比, * $P<0.05$ 。

2.4 两组不良反应情况对比 两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应情况对比[例(%)]

组别	n	恶心呕吐	幻觉	失眠	总发生
观察组	42	1 (2.38)	2 (4.76)	1 (2.38)	4 (9.52)
对照组	42	1 (2.38)	1 (2.38)	0 (0.00)	2 (4.76)
χ^2					0.180
P					0.672

3 讨论

FOG 是 PD 常见症状, 以转身、开步或障碍物回避时突然出现短暂性步态受阻为主要表现。现阶段, FOG 发病机制尚未明确, 有学者认为, 与黑质纹状体多巴胺 (DA) 能神经系统功能损伤密切相关^[6]。研究认为, 脑干丘脑底核与脑桥核功能障碍也可能参与 FOG 发生^[7], 提示神经退变可能参与 FOG 发生。

(上接第 10 页)(2):129-135.

[3]Chang Ki Kim,Eun A Cho,Dong Mi Shin,et al.Comparative evaluation of the loop-mediated isothermal amplification assay for detecting pulmonary tuberculosis[J].Annals of Laboratory Medicine, 2018,38(2):119-124.

[4]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.肺结核诊断标准(WS288-2017)[J].新发传染病电子杂志,2018,3(1):59-61.

[5]赵雁林,姜广路.痰涂片镜检标准化操作及质量保证手册[M].北京:中国协和医科大学出版社,2009.

[6]赵雁林,王黎霞.分枝杆菌分离培养标准化操作程序及质量保证手册[M].北京:人民卫生出版社,2013.

[7]陈华,陈品儒,苏锋华,等.IGRAs 在支气管扩张患者中非结核分枝杆菌肺炎与肺结核鉴别诊断的价值[J].广州医科大学学报,2015,43

左旋多巴属 DA 前体,可提高中枢 DA 浓度,改善黑质纹状体 DA 能神经系统功能。但由于 PD-FOG 患者普遍病程长,随着用药时间延长,左旋多巴药性逐渐降低。研究显示,PD 患者脑内 MAO-B 活性比正常人高 25%^[8]。司来吉兰可选择性抑制纹状体内 MAO-B,减少 DA 降解,提高 DA 浓度,同时抑制 DA 能神经元突触前膜对 DA 再摄取,延长内源性及外源性 DA 作用时间,改善 PD 患者 FOG 等症状。另有研究显示,司来吉兰具有抗炎、抗氧化应激、减少兴奋性毒性、保护线粒体功能等神经保护作用^[9]。本研究结果显示,治疗后观察组 UPDRS I、UPDRS III、FOGQ、HAMA、HAMD 评分低于对照组,MMSE 评分高于对照组 ($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($P>0.05$)。这表明司来吉兰联合左旋多巴对 PD-FOG 患者,可改善 FOG 及心理状态,提高认知功能,且安全性高。

综上所述,司来吉兰联合左旋多巴对 PD-FOG 患者,可改善 FOG 及心理状态,提高认知功能,且安全性高。

参考文献

[1]王庆广,韩伯军,洪珊珊,等.α- 突触核蛋白基因 rs356219、rs356165 位点多态性与帕金森病认知功能障碍的关系[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(9):804-807.

[2]杨军,王璞,周佩洋.帕金森病冻结步态的临床特征及危险因素[J].中国临床保健杂志,2017,20(3):240-243.

[3]吕姣.普拉克索联合左旋多巴治疗帕金森病疗效及安全性研究[J].临床军医杂志,2017,45(1):53-55.

[4]韦君丽,李晓明.司来吉兰治疗帕金森病冻结步态病人的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(23):3540-3542.

[5]中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会.中国帕金森病的诊断标准(2016 版)[J].中华神经科杂志,2016,49(4):268-271.

[6]秦灵芝,李玮,王晓娟,等.虚拟现实技术在帕金森病冻结步态康复中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(3):206-209.

[7]王慧敏,姜胤,加福民,等.丘脑底核变频电刺激治疗帕金森病冻结步态一例并文献复习[J].中华神经外科杂志,2017,33(8):857-858.

[8]刘丹,马强,冯奥.美多芭联合盐酸司来吉兰治疗帕金森病的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2018,12(3):78-79.

[9]李晨曦,张一帆,白如玉,等.卡巴拉汀联合司来吉兰治疗帕金森病的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(8):2356-2360.

(收稿日期: 2020-10-14)

(4):41-44.

[8]廖子龙,徐加誉,陈宝玉,等.抗酸染色联合金胺 O 荧光染色诊断肺结核的临床价值探究[J].黑龙江医学,2019,43(4):394-395,398.

[9]杨健,张天华,鲜小萍,等.5 种病原学检测方法在肺结核病诊断中的应用评价[J].中国人兽共患病学报,2019,35(7):672-676.

[10]彭章丽,张建勇,陈玲,等.TB-LAMP 法检测阳性痰标本再培养增加耐药肺结核发现率[J].现代预防医学,2019,46(21):3981-3984,3996.

[11]Nakiyingi L,Nakanwagi P,Briggs J,et al.Performance of loop-mediated isothermal amplification assay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in a high prevalence TB/HIV rural setting in Uganda[J].BMC Infectious Diseases,2018,18(1):87.

[12]春春霞,陆伟宏,何国产,等.环介导等温扩增在检测肺炎支原体中的临床应用[J].中国医学科学院学报,2019,41(2):203-207.

(收稿日期: 2020-12-19)