

多巴丝肼片、左旋多巴联合帕金森健康操对帕金森病患者日常生活能力的影响

邵庆敏 彭俊峰 李彦杰[#]
(河南省中医院康复科 郑州 450002)

摘要:目的:探讨多巴丝肼片、左旋多巴联合帕金森健康操对帕金森病患者日常生活能力的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的帕金森病患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。对照组予以多巴丝肼片、左旋多巴治疗,观察组在对照组治疗基础上指导帕金森健康操康复锻炼。比较两组患者干预前后认知能力、运动功能及日常生活能力。结果:治疗后两组帕金森病综合量表评分均降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组治疗前后步长及步速比较无显著性差异($P>0.05$);治疗前两组蒙特利尔量表认知评分、帕金森生活质量问卷评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后两组蒙特利尔量表认知评分、帕金森生活质量问卷评分均明显改善,且观察组各指标评分优于对照组($P<0.05$)。结论:多巴丝肼片、左旋多巴联合帕金森健康操可有效提高帕金森病患者的认知能力,改善患者运动功能,促进日常生活能力的提高。

关键词:帕金森病;多巴丝肼片;左旋多巴;运动功能;健康操

中图分类号:R742.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.022

帕金森病(Parkinson's Disease, PD)又称震颤麻痹,为神经系统退行性疾病,具有发病率高、病死率低、致残率高的特点^[1-2]。该病的发病人群主要为中老年人群,随年龄增加发病率呈上升趋势。帕金森病是一种慢性进展性疾病,随着疾病进展,患者在认知、运动、情绪、执行、睡眠、嗅觉、多汗等运动和非运动方面表现出一定程度的功能障碍,严重影响患者日常生活质量。有研究表明,大脑神经细胞具有较强的可塑性,通过运动可影响帕金森患者大脑功能的连接,改善相应执行功能^[3]。本研究以帕金森患者 100 例为研究对象,旨在分析多巴丝肼片、左旋多巴联合帕金森健康操对帕金森病患者日常生活能力的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的帕金森病患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。观察组男 21 例,女 29 例;年龄 52~74 岁,平均(66.72±4.53)岁;病程 1~6 年,平均(3.34±1.10)年;H&Y 分期:1 期 19 例,2 期 13 例,2.5 期 12 例,3 期 6 例。对照组男 24 例,女 26 例;年龄 53~73 岁,平均(66.61±4.26)岁;病程 2~7 年,平均(3.49±1.12)年;H&Y 分期:1 期 22 例,2 期 11 例,2.5 期 10 例,3 期 7 例。两组患者性别、年龄、病程及 H&Y 分期等一般资料均衡可比($P>0.05$)。纳入标准:明确诊断为原发性帕金森病;存在明显运动、体力活动或体适能等方面受到限制;H&Y 分期为 1~3 期;药物治疗疗程及疗效相对稳定;年龄>50 岁。排除标准:左利手者;伴有其他中枢神经系统病变者;色觉异常者;

伴有其他影响行走、站立的疾病者;无学习能力者;合并脑炎者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予多巴丝肼片及左旋多巴治疗。多巴丝肼片(国药准字 H10930198)口服,3 次/d,每次 1/4 片,持续给药 1 周后观察疗效,若效果不显著剂量改为每次 1/2 片,持续给药 1 周后剂量调整至 3/4 片,最大剂量每日不超过 1 000 mg;左旋多巴片(国药准字 H31020888)餐后口服,初始剂量为 0.25 g/次,2 次/d,根据患者耐受情况每周增加 0.125~0.75 g,最大剂量每日不超过 6 g。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上予以帕金森健康操康复锻炼,多巴丝肼片、左旋多巴片给药方法同对照组。帕金森健康操:首先评估患者机体情况,根据患者具体运动能力制定个性化的运动方式、时间和频率,患者必须在家属陪同或协助下进行康复操锻炼,运动开始前需要进行热身,每个动作可根据情况重复 10~15 次,30 min/次,4~5 次/周,每次运动时控制心率不超过 100 次/min,最佳运动量为身体微微出汗,同时需要指导患者根据自身情况进行力所能及的动作,不可操之过急。持续干预 12 周,通过电话或门诊随访了解干预效果。

1.3 观察指标 (1)比较两组治疗前后认知能力,采用整体认知功能评估量表——蒙特利尔量表(MoCA),包括视空间/执行功能、记忆与延迟记忆、命名、抽象思维、注意力、定向力、语言等维度,分值 0~30 分,患者若受教育程度年限在 12 年以下评估时需降低 1 分。(2)比较两组治疗前后运动功能评分,采用帕金森病综合量表(MDS-UPDRS)及 6 min

[#] 通信作者:李彦杰,E-mail:xyh19821124@163.com

步行试验(6MWT)进行,MDS-UPDRS 包括行为情绪、日常活动项目、运动症状 3 部分,评分越高,患者运动功能越差;6MWT 包括步速、步长等指标。(3)比较两组治疗前后日常生活能力评分,采用帕金森生活质量问卷(PDQ-39)进行,评分越高表明患者生活质量越低。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS23.0 统计学软件分析处理,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 MDS-UPDRS 评分及 6MWT 比较 治疗前,两组 MDS-UPDRS 评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后两组 MDS-UPDRS 评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组治疗前后 6MWT 的步长及步速均无显著性差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组 MDS-UPDRS 评分及 6MWT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	MDS-UPDRS 评分(分)	步长(m)	步速(m/s)
观察组	100	治疗前	20.14± 3.84	610± 26	1.02± 0.47
对照组	100	治疗前	20.10± 3.27	612± 28	1.02± 0.38
观察组	100	治疗后	11.27± 2.16 [*]	617± 22	1.03± 0.52
对照组	100	治疗后	15.62± 2.30 [*]	614± 21	1.02± 0.47

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后认知能力及日常生活能力评分比较 治疗前,两组蒙特利尔量表认知评分、帕金森生活质量问卷评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,两组 MoCA 评分、PDQ-39 评分均明显改善,且观察组改善优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后认知能力及日常生活能力评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	MoCA 评分	PDQ-39 评分
观察组	100	治疗前	16.41± 1.45	39.48± 3.26
对照组	100	治疗前	16.32± 1.58	39.67± 3.41
观察组	100	治疗后	26.51± 1.73 [*]	21.30± 2.79 [*]
对照组	100	治疗后	20.43± 1.69 [*]	29.72± 3.02 [*]

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

帕金森病发病机制目前无统一论,病机、病因均较为复杂,主要病理改变为中脑黑质多巴胺能神经元变性坏死和路易小体形成,导致这两方面病理改变的因素很多,经国内外研究证实,可能与遗传、环境、神经系统老化以及其他多因素交互作用有关^[4-5]。临床主要表现为静止性震颤、姿势步态障碍、运动迟缓等,可合并一定程度认知功能障碍和日常生活活动能力障碍^[6]。

帕金森病为一种慢性进展性疾病,临床治疗主要原则为早期给予保护性治疗,延缓疾病进展,从医

学、社会、心理等诸多方面进行干预,改善患者生存质量,但是无法治愈^[7]。西医治疗主要为补充多巴胺,多巴胺为重要的脑神经递质,临床研究发现,帕金森患者脑神经节中的多巴胺含量明显不足,多巴丝肼片、左旋多巴等药物联合治疗可激动多巴胺受体或补充外源性左旋多巴,恢复多巴胺与乙酰胆碱的平衡,但需长期治疗,且只是对症治疗用来改善症状,随着治疗时间的延长、药物剂量的加大,胃肠道反应、体位性低血压、心律失常等药物副作用也会相应显现,还会出现药效减退、症状波动、异动症等,综合疗效相对欠佳^[7-8]。临床需寻求综合治疗方案以提高疗效。

帕金森健康操以脑神经可塑性为理论基础,使患者产生具有目的性、协调有序的行为,通过躯干、上下肢及头颈部的牵伸运动可增加患者的肌肉牵伸,缓解躯体强直,改善肌张力及全身屈曲状态。平衡运动的协调可增强患者本体感觉,优化认知系统的灵活性,通过一系列运动刺激重新建立大脑神经中枢皮质联系,长期干预下可有效延缓帕金森病患者疾病进展及功能障碍进展,促进患者生活质量的提高,且健康操动作简单、易学,在家属陪同下可自行在家练习^[9]。本研究结果显示,观察组治疗后运动功能及认知功能、日常生活能力等方面改善情况均优于对照组($P<0.05$)。综上所述,给予帕金森病患者在药物质量基础上进行帕金森健康操运动,可明显促进患者运动功能的改善,提高日常生活能力,临床应用价值相对较为显著。

参考文献

[1]Marco Treven,Christof Brucke.Die tiefe Hirnstimulation Eine Behandlungsoption fur Patienten mit M. Parkinson Deep Brain Stimulation Treatment Option for Patients with Parkinson's Disease [J].psychopraxis neuropraxis,2020,23(3):138-141.
[2]管得宁,张扬,徐运.帕金森病的发病机制及治疗研究进展[J].中国临床神经外科杂志,2016,21(11):732-734.
[3]王帅文,雷军强,郭顺林.帕金森病感觉运动控制与调节网络的动态功能连接及临床运动功能评价[J].中国医学影像学杂志,2020,28(5):333-338.
[4]Ko DWK.Transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) as a potential therapeutic application for neurodegenerative disorders-A focus on dysautonomia in Parkinson's disease [J].Auton Neurosci, 2021,235:102858.
[5]Monge-Fuentes V,Biolchi Mayer A,Lima MR,et al.Dopamine-loaded nanoparticle systems circumvent the blood-brain barrier restoring motor function in mouse model for Parkinson's Disease [J].Sci Rep, 2021,11(1):15185.
[6]辛陈琦.帕金森病发病机制与治疗研究进展[J].医学研究生学报, 2019,32(6):646-651.
[7]游静,顾乔乔,余子云,等.帕金森病发病机制的研究进展[J].赣南医学院学报,2019,39(7):733-737.
[8]余小云.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.
[9]唐浪娟,彭雨燕,岳丽春.帕金森健康操对帕金森患者运动症状康复疗效的观察[J].中国康复医学杂志,2017,32(4):464-466.

(收稿日期: 2021-04-16)