

运动区和运动前区,一侧受损后经过康复治疗,另一侧中枢则可代偿受损区功能,因此康复综合治疗可有效恢复吞咽功能,防止或减少并发症发生,有效提高病人生存率,改善生活质量。

参考文献:

- [1] Daniels SK, Brailey K, Priestly DH *et al*. Aspiration in patients with acute stroke[J]. Arch Phys Med and Rehabil, 1998, 79(1): 14-19.
- [2] Smithard DG, O'ill PA, Park C *et al*. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? [J]. Age Aging, 1998, 27(2): 99-106.
- [3] Falsetti P, Acciai C, Palilla R *et al*. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors inpatients admitted to a neurorehabilitation unit [J]. Stroke Cerebrovasc Dis, 2009, 18(5): 329-335.
- [4] Rosemary M, Norine F, Sanjit B *et al*. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications [J]. Stroke, 2005, 36(12): 2756-2763.
- [5] 中华医学会神经分会. 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [6] 毕小敏. 脑卒中吞咽困难的早期康复治疗[J]. 河南职工医学院学报, 2004, 4(1): 90.

- [7] 张臻年. 脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(14): 869-871.
- [8] 大西幸子, 孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志, 1997, 12(3): 142.
- [9] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 1308-1311.
- [10] 李胜利. 语言治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008, 196-207.
- [11] Ellul J, Barer D. Intraobserver reliability of a standardized bedside swallowing assessment [J]. Cerebrovasc Dis, 1996, 6(3): 152-153.
- [12] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识(2013年版) [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 12(35): 916-929.
- [13] 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 547.
- [14] Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K *et al*. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in poststroke patients with oral or tube feeding [J]. J Intern Med, 2000, 247: 39-42.
- [15] 申红菊, 康希保, 谢宜春, 等. 神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽困难40例[J]. 陕西中医, 2008, 6(29): 709-710.
- [16] 季正华. 脑卒中吞咽障碍患者应用综合康复训练的意义研究[J]. 中国实用医药, 2016(13): 280-281.

(收稿日期: 2016-03-28)

(本文编辑 薛妮)

## 苡蓉精联合卡左双多巴控释片治疗早期帕金森病的疗效观察

许清水<sup>1</sup>, 肖绍坚<sup>1</sup>, 陈少强<sup>1</sup>, 林友宁<sup>1</sup>, 陈诗雅<sup>2</sup>, 覃威<sup>2</sup>, 许茜<sup>2</sup>, 张宏伟<sup>3</sup>, 蔡晶<sup>2</sup>

**摘要:**目的 探讨苡蓉精联合卡左双多巴控释片治疗早期帕金森病(PD)病人的临床疗效。方法 PD病人根据意愿,选择采用西药治疗或西药加苡蓉精治疗,分为对照组和治疗组。对照组给予卡左双多巴控释片初始剂量250 mg,每日两次口服治疗;治疗组在对照组基础上加用苡蓉精(肉苡蓉、淫羊藿、黄精组成)治疗,疗程均为3个月。观察治疗前后进行统一帕金森病评定量表(UPDRS)评分、中医证候量化评分表评分。结果 治疗组治疗后UPDRS总分为15.68分±6.32分,对照组治疗后UPDRS总分为16.12分±4.55分,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗组治疗后中医证候量化评分与治疗前相比显著降低( $P < 0.05$ ),中医证候量化评分总有效率治疗组为71.4%,对照组为60.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 苡蓉精联合卡左双多巴控释片治疗早期PD病人可明显改善中医证候评分。

**关键词:** 帕金森病; 补肾中药; 中西医结合疗法; 苡蓉精; 卡左双多巴控释片; 帕金森病评定量表; 中医证候量化评分

**中图分类号:** R741 R255 **文献标识码:** B **doi:** 10.3969/j.issn.1672-1349.2016.23.037 **文章编号:** 1672-1349(2016)23-2832-004

基金项目: 国家卫生和计划生育委员会科研基金(No. WKJ-FJ-38); 福建省社发重点项目(No. 2013Y0059); 陈可冀中西医结合发展基金(No. CKJ2014012); 校管重点学科专项(No. X2014010-学科); 福建中医药大学校管课题(No. XB2014041)

作者单位: 1. 福建中医药大学附属第三人民医院(福建福州 350122); 2. 福建中医药大学; 3. 香港中文大学

通讯作者: 蔡晶 E-mail: caijl@163.com

引用信息: 许清水, 肖绍坚, 陈少强, 等. 苡蓉精联合卡左双多巴控释片治疗早期帕金森病的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(23): 2832-2835.

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是一种常见的神经系统变性疾病,临床表现主要包括静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势步态障碍,同时病人可伴有抑郁、便秘和睡眠障碍等非运动症状。本研究观察治疗 PD 早期病人采用卡左双多巴控释片联合苁蓉精治疗的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照英国帕金森病协会脑库制定 PD 临床诊断标准<sup>[1-2]</sup>,按照修订 Hoehn-Yahr (H-Y) 分级量表标准评定病情分期。纳入标准:符合 PD 西医诊断标准;年龄 50 岁~80 岁;PD 病程≤1 年;早期 PD 病人,即修订 Hoehn-Yahr 分级在 1 期~2 期;符合中医肾虚证者;自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:修订 Hoehn-Yahr 量表分级>2 级;各种继发性帕金森综合征及帕金森叠加综合征;伴有重大疾病如严重肝肾功能障碍、重症感染、肿瘤等;MRI 扫描禁忌证者;经常规 MRI 扫描除外基底节区显示异常信号影者;过敏体质者;近 3 个月内参加其他临床试验的病人。

1.2 一般资料 选择福建中医药大学附属第三人民医院门诊就诊的 24 例早期帕金森病病人为研究对象。根据病人自我意愿,选择采用西药治疗或西药加补肾中药治疗,分为治疗组和对照组。治疗组 14 例,男 8 例,女 6 例;年龄为 49 岁~79 岁(60.35 岁±8.17 岁);病程 0.75 年±0.13 年;改良 H-Y 分级 0.71 级±0.52 级。对照组 10 例,男 7 例,女 3 例;年龄为 51 岁~78 岁(63.22 岁±6.79 岁);病程 0.61 年±0.23 年;改良 H-Y 分级 0.88 级±0.39 级。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.3 治疗方法 对照组给予西药卡左双多巴控释片

[每片 250 mg,国药准字 J20140299,MSD PHARMA (SINGAPORE) PTE. LTD]初始剂量每次 1 片,每日两次口服,疗程 3 个月。

治疗组在对照组治疗基础上加用苁蓉精颗粒。苁蓉精由肉苁蓉 10 g,淫羊藿 10 g,制黄精 18 g 组成。苁蓉精颗粒剂由福建省第三人民医院药房制成。用法:每日两袋,早晚各服 1 袋,疗程 3 个月。

1.4 观察指标及评定方法 采用帕金森病评定量表(UPDRS) 3.0 版对病人治疗前后病情评分,分别评定 UPDRS 的 I、II、III、IV4 部分分值,总和为 UPDRS 总分。中医证候量化评分表共 11 项,PD 主症包括 3 项:肢体颤振,肢体拘挛(肌张力、姿势等)和活动迟缓(翻身、沐浴、洗脸、刷牙、梳头、使用物品等);次症包括 8 项:腰膝酸软,精神萎靡,善忘性,失眠多梦,耳鸣,耳聋,小便频数,大便秘结。每一项均分为 4 级计分,总分值越高表示病情越重。主症评分为(0 分~6 分),0 分为正常,6 分为症状最重;次症评分为(0 分~3 分),0 分为正常,3 分为症状最重。疗效评定:疗效=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。

疗效结果判定,临床治愈:证候积分减少>75%;显效:证候积分减少>50%;有效:证候积分减少>30%;无效:证候积分减少不足 30%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用成组检验;两组间疗效评价采用卡方检验。检验水平为 0.05。

2 结果

2.1 两组病人 UPDRS 评分比较 两组病人治疗前与治疗后 UPDRS 各部分及总分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组病人 UPDRS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	I	II	III	IV	总分
治疗组	治疗前	14	1.06±0.93	8.73±2.65	14.50±5.79	0.41±0.32	25.33±6.17
	治疗后		0.63±0.66	5.50±3.32	10.20±3.82	0.27±0.45	15.68±6.32
对照组	治疗前	10	1.12±0.88	9.11±2.48	13.80±6.74	0.47±0.25	23.68±7.12
	治疗后		0.84±0.96	7.43±2.34	10.60±3.90	0.36±0.44	16.12±4.55

2.2 两组病人中医证候评分比较 两组病人治疗前中医证候量化积分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗组治疗后肢体震颤、肢体拘挛、活动迟缓、腰膝酸软、精神萎靡、善忘、大便秘结的中医证候评分上与治疗前比较均降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );且在

腰膝酸软、精神萎靡、善忘、失眠多梦的中医证候评分较对照组低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组在肢体震颤、肢体拘挛、活动迟缓和善忘中医证候评分上与治疗前比较降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表2 两组病人中医证候评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	肢体震颤	肢体拘挛	活动迟缓	腰膝酸软	精神萎靡	
治疗组	治疗前	4.17 ± 0.98	5.26 ± 1.72	3.90 ± 0.83	4.27 ± 1.36	5.11 ± 1.67
	治疗后	2.56 ± 1.34 <sup>1)</sup>	2.18 ± 0.731	2.01 ± 1.13 <sup>1)</sup>	1.55 ± 0.61 <sup>1)2)</sup>	1.45 ± 1.20 <sup>1)2)</sup>
对照组	治疗前	3.99 ± 1.28	4.96 ± 1.03	4.01 ± 1.77	3.77 ± 1.05	4.37 ± 1.16
	治疗后	2.32 ± 0.881	3.81 ± 1.21 <sup>1)</sup>	2.45 ± 0.92 <sup>1)</sup>	2.94 ± 0.65	3.16 ± 0.73

  

组别	善忘	失眠多梦	耳鸣	耳聋	小便频数	大便秘结	
治疗组	治疗前	3.95 ± 1.19	2.17 ± 0.63	2.11 ± 0.57	1.30 ± 0.41	3.01 ± 0.53	4.67 ± 1.13
	治疗后	1.22 ± 0.71 <sup>1)2)</sup>	1.31 ± 0.94 <sup>1)2)</sup>	1.97 ± 0.64 <sup>1)</sup>	1.01 ± 0.651	2.71 ± 0.66	2.51 ± 0.66 <sup>1)</sup>
对照组	治疗前	4.01 ± 1.33	2.76 ± 0.99	1.99 ± 0.53	1.74 ± 0.53	2.94 ± 0.87	4.10 ± 0.92
	治疗后	2.90 ± 0.83 <sup>1)</sup>	2.15 ± 1.02	1.63 ± 0.69	1.11 ± 0.45	2.10 ± 0.75	.93 ± 1.4 <sup>2)</sup>

2.3 两组病人中医证候疗效比较 两组病人中医证候量化积分疗效评定经检验,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组病人中医证候疗效比较

组别	n	无效(例)	有效(例)	显效(例)	痊愈(例)	总有效率(%)
治疗组	14	4	7	3	0	71.42 <sup>1)</sup>
对照组	10	4	5	1	0	60.00

与对照组比较 1)  $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

帕金森病属于中医学的“颤证”范畴,帕金森病病因、发病机制复杂,与肝风内动、气血亏虚、瘀血顽痰等有关,但与“肾虚”关系最为密切,“肾虚髓空”是帕金森病的根本病机,是帕金森病其他病症产生的根源。而近年来有学者提出肾虚是帕金森病发病的基本病机<sup>[3]</sup>,并有学者从肾虚病症入手结合治疗帕金森病<sup>[4]</sup>。苁蓉精由肉苁蓉、淫羊藿、黄精组成,肉苁蓉具有补肾阳、益精血、润肠通便功效;淫羊藿具有补肾壮阳、祛风除湿功效;黄精具有滋肾润肺、补脾益气功效。苁蓉精以肉苁蓉为君药,取其补肾阳、益精血的阴阳双补功效;以淫羊藿为臣药,重补肾阳,以求阳升气旺;补肾阴要物制黄精为佐药,既补益肾中阴精,又制约肉苁蓉和淫羊藿两味的温燥之性,以求“阳得阴助而生化无穷,阴得阳升而源泉不竭”之效。诸药配伍,肾阴阳俱补,精气双益,且阴阳调和,达到补肾填髓、益髓健脑的功效,发挥优于单独用药的疗效。本课题组前期研究<sup>[5-6]</sup>补肾单味中药可增加PD模型小鼠黑质-纹状体中多巴胺(DA)含量,调节黑质多巴胺能神经元细胞(MES)23.5多巴胺能神经细胞凋亡因子及神经营养因子的表达,起到保护神经细胞的作用。

本研究结果提示:治疗前治疗组和对照组UPDRS各部分评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后两组UPDRS总分和各部分评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。研究提示,配合补肾中药治疗,不能

直接改善病人的运动、精神、行为、情绪等方面UPDRS评分。

中医证候量化分级表充分体现PD病人“肾虚髓空”的本质证候特征。“肾者,作强之官,伎巧出焉”(《问·灵兰秘典大论》)。“髓海有余,则轻劲多力,自过其度”(《灵枢·海论》),肢体活动灵活。反之,髓海精血不足,则会影响到肢体运动功能的正常,出现颤振、肢体拘挛、项背强直、肢体少动、活动笨拙等症状。“肾主骨,生髓,充于脑,主作强”,肾藏精生髓,肾精充沛,滋养补充髓海,则髓海充盈,脑之功能正常,反之则髓海空虚,临床上可出现精神萎靡、善忘、失眠多梦等症状。《素问·阴阳应象大论》提到肾“在窍为耳”,《灵枢·脉度篇》又指出“肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣。”耳为肾之官,肾精足则听觉聪灵,肾精虚则两耳失聪。通过耳听觉的变化,可推断肾气的盛衰情况。“肾开窍于二阴”(《素问·金匱真言论》),肾与前后二阴排泄大小便的功能密切相关:若肾气不足,膀胱气化功能失司,临床则可出现夜尿频多的症状。《杂病源流犀烛》中提到“大便秘结,肾病也”,便秘既可因肾阴亏耗所致,也可因肾阳亏虚而成,故PD病人还可出现不同程度大便秘结症状。因此,补肾为改善PD病人中医证候的临床症状提供理论依据。

本研究结果表明,苁蓉精联合卡左双多巴控释片可明显改善早期PD病人中医证候临床症状,但其具体机制目前不明,尚需进一步研究。

#### 参考文献:

- [1] Gibb UR, Lees AJ. The relevance of the lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1988, 51(5): 745-752.
- [2] Hughes AJ, Daniel SE, Lees AJ. Improved accuracy of clinical diagnosis of Lewy body Parkinson's disease[J]. Neurology, 2001, 57(8): 1497-1499.
- [3] 牛磊. 论肾虚与帕金森病的关系[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(11): 99-100.
- [4] 安红梅, 胡兵, 张学文. 从肾阴虚入手证病结合治疗帕金森病思

路探讨[J]. 中国中医急症 2004, 13(12): 818-819.  
 [5] 福建中医药大学. 改善帕金森病脑神经递质代谢的中药复方制剂: 中国, CN201110302854. 1 [P]. 2012-2-4.  
 [6] Lin SG, Huang JM, Ye SF *et al*. How do Chinese medicines that ton-

ify the kidney inhibit dopaminergic neuron apoptosis? [J]. Neural Regeneration Research 2013, 8(30): 2820-2826.

(收稿日期: 2016-02-22)

(本文编辑 薛妮)

## 血管内介入栓塞治疗颅内动脉瘤的疗效观察

任红岗 梁建荣

**摘要:** 目的 观察血管内介入栓塞治疗颅内动脉瘤的治疗效果。方法 回顾性分析血管内介入栓塞治疗的 42 例病人共计 49 个动脉瘤的临床资料。结果 49 个动脉瘤 100% 栓塞 35 个, 近全栓塞 14 个。42 例病人随访 1 个月~8 个月, 死亡 1 例, 恢复良好 36 例, 轻度残疾 5 例。结论 血管内介入栓塞治疗颅内动脉瘤治疗创伤小、可早期手术从而避免动脉瘤二次破裂、尽早腰椎穿刺引流血性脑脊液从而减轻血管痉挛、降低颅内压、术后不留疤痕、不影响美观等优点。

**关键词:** 动脉瘤; 血管内介入栓塞; 疗效观察

中图分类号: R739.4 R255 文献标识码: B doi: 10.3969/j.issn.1672-1349.2016.23.038 文章编号: 1672-1349(2016)23-2835-03

颅内动脉瘤多为发生在颅内动脉管壁的正常膨出, 是造成蛛网膜下腔出血的首要病因。颅内动脉瘤特点是发病突然、死亡率高、病情变化迅速, 颅内动脉瘤若治疗及时, 病人预后良好, 几乎不留后遗症等<sup>[1]</sup>。因此如何及时有效治疗动脉瘤成为临床关注的热点, 我科于 2014 年 3 月—2016 年 3 月采用血管内介入治疗(EVT)方法治疗颅内动脉瘤 42 例共计 49 个动脉瘤, 疗效较好, 现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病人 42 例, 男 22 例, 女 20 例; 年龄 30 岁~76 岁, 平均 53.1 岁。动脉瘤破裂病人 38 例, 未破裂者 4 例。Hunt-Hess 分级: I 级 2 例, II 级 12 例, III 级 27 例, IV 级 1 例。

1.2 影像学检查 均通过全脑脑血管造影(DSA)或 CT 血管成像(CTA)确诊动脉瘤, 单发 35 例, 两个动脉瘤 7 例; 位于颈内动脉颅内段者 9 个, 前交通动脉者 6 个, 后交通动脉者 14 个, 大脑中动脉者 7 个, 大脑前动脉者 0 个, 椎基底动脉者 9 个, 大脑后动脉者 4 个。动脉瘤体颈比:  $\geq 1.5$  者 31 个,  $1.2 \sim 1.4$  者 11 个,  $1.0 \sim 1.1$  者 5 个,  $< 1.0$  者 2 个。

1.3 治疗方法 通过对 DSA 及 CTA 分析和评估选定手术方案, 脑血管造影均采用 Seldinger 穿刺技术操

作。确诊后 1 d~14 d 进行血管内介入治疗, 围手术期采用高血压、高血容量、血液稀释疗法(3H 疗法)、尼莫地平抗脑血管痉挛。术中采用气管插管全身麻醉, 经股动脉穿刺后置 6F 导管鞘, 导引导管置于 C1~C2 平面的颈内动脉或椎动脉内, 根据瘤颈与载瘤动脉关系, 将微导管头端塑形, 在微导丝引导下, 置微导管头端于相应动脉瘤腔中内三分之一处, 根据动脉瘤形态、部位选择是否支架辅助、双微导管或球囊辅助技术进行操作, 其中单纯运用弹簧圈栓塞动脉瘤者 30 例, 36 个, 运用双微管技术 4 例, 5 个, 运用支架辅助者 6 例, 6 个, 运用球囊辅助者 2 例, 2 个。

### 2 结果

2.1 栓塞效果 本组 48 个动脉瘤全部一次成功栓塞, 1 个动脉瘤由于血管痉挛于 3 d 后二次手术成功栓塞, 35 个动脉瘤完全栓塞, 9 个动脉瘤瘤颈部分显影; 4 个动脉瘤残留部分瘤颈与少许瘤体。术中出现脑血管痉挛者 3 例, 均在术中、术后运用尼莫地平、罂粟碱、3H 疗法、术后腰穿或腰大池引流释放脑脊液等手段进行治疗, 3 例脑血管痉挛均得到缓解。本组病人术中未发生动脉瘤破裂及弹簧圈脱出现象。

2.2 随访 42 例病人随访 1 个月~8 个月, 36 例病人恢复良好, 5 例轻度残疾, 1 例病人(Hunt-Hess 分级 IV 级)于术后 1 个月因多器官功能衰竭死亡。

### 3 讨论

造成颅内动脉瘤病因有先天因素也有后天因素, 动脉瘤诊断主要依靠全脑血管造影或 CT 脑血管成像。颅内动脉瘤一旦确诊需尽早确定治疗方案, 除少

作者单位: 山西省临汾市人民医院(山西临汾 041000), E-mail: ren-hg2006@163.com

引用信息: 任红岗, 梁建荣. 血管内介入栓塞治疗颅内动脉瘤的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志 2016, 14(23): 2835-2837.