

# 天麻钩藤饮联合普拉克索治疗帕金森病的疗效观察

桂悦胜

(阜外华中心血管病医院神经内科, 河南 郑州 451464)

**摘要:** **目的** 探讨天麻钩藤饮联合普拉克索对帕金森病患者血清同型半胱氨酸 (Hcy)、尿酸 (UA)、脂联素 (APN) 水平的影响。**方法** 以随机数字表法将 2019 年 6 月至 2020 年 12 月阜外华中心血管病医院收治的 77 例帕金森病患者分为对照组 (39 例) 和观察组 (38 例)。对照组患者采用普拉克索片进行治疗, 观察组患者在对照组的基础上联合天麻钩藤饮进行治疗, 两组均持续治疗 8 周。观察两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后中医证候积分、相关问卷量表评分, 以及血清 Hcy、UA、APN 水平变化。**结果** 观察组患者临床治疗总有效率高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者中医症状各项积分及帕金森病非运动症状筛查问卷 (NMSQuest)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 分值, 以及血清 Hcy 水平均降低, 且观察组低于对照组, 两组患者帕金森病睡眠量表 (PDSS) 分值及血清 UA、APN 水平均升高, 且观察组高于对照组 (均  $P < 0.05$ )。**结论** 天麻钩藤饮联合普拉克索对帕金森病患者进行治疗, 可有效调节患者机体血清 Hcy、UA、APN 水平, 改善患者睡眠状况, 缓解临床症状, 同时可减轻患者抑郁情绪, 具有较好的治疗效果。

**关键词:** 帕金森病; 天麻钩藤饮; 普拉克索; 细胞因子; 睡眠状况

**中图分类号:** R742.5

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2021.21.0056.04

帕金森病是一种中枢神经系统退行性疾病, 多发于老年患者, 其临床表现多以步态姿势改变、精神状态异常、睡眠障碍、静止性震颤为主。普拉克索是临床上治疗帕金森病患者的主要药物, 其作为多巴胺受体激动剂, 具有改善运动和神经功能的双重作用, 但单一用药在快速缓解患者临床症状方面效果不佳, 且易出现恶心、幻觉、昏睡等不良反应<sup>[1]</sup>。中医辨证认为, 帕金森病属于“颤证”范畴, 是由肝肾亏虚所致, 肾藏元阴, 濡养脏腑、经络, 肝

主疏泄, 调全身之气机, 肝肾亏虚则气滞血瘀, 经脉失濡, 故虚风内动, 以致震颤频发<sup>[2]</sup>。天麻钩藤饮主要成分包括天麻、钩藤、石决明、牛膝等, 具有清肝降火、平降肝阳、补肾益气的功效, 可对症治疗帕金森病<sup>[3]</sup>。但目前临床关于天麻钩藤饮联合普拉克索治疗帕金森病的相关机制尚未完全明确, 基于此, 本研究采用天麻钩藤饮联合普拉克索对帕金森病患者进行治疗, 旨在探讨联合治疗对患者血清同型半胱氨酸 (Hcy)、尿酸 (UA)、脂联素

**作者简介:** 桂悦胜, 硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 血管内科。

肝炎并非酒精性脂肪肝患者的肝功能, 降低血脂水平, 且疗效显著, 值得临床推广使用。

## 参考文献

- [1] 王浩, 常彩芳, 范敬静. 替诺福韦酯治疗合并非酒精性脂肪肝的慢性乙型肝炎患者的疗效 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34(11): 1795-1799.
- [2] 吴小明. 基于中医八纲辨证的慢性乙型肝炎寒温之辨 [J]. 新疆中医药, 2017, 35(6): 91-94.
- [3] 杨建华, 屈芙蓉, 杨建军, 等. 十味诃子汤散联合恩替卡韦分散片治疗慢性乙型肝炎合并非酒精性脂肪性肝炎疗效研究 [J]. 陕西中医, 2019, 40(11): 1507-1509.
- [4] 中华医学会肝病学分会. 慢性乙型肝炎诊断标准 (2015 年版) [J]. 中西医结合肝病杂志, 2015, 25(6): 384-384.
- [5] 范建高. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南 (2010 年修订版) [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(6): 483-487.
- [6] 中华中医药学会肝胆病专业委员会, 中国民族医药学会肝病专业委员会. 慢性乙型肝炎中医诊疗指南 (2018 年版) [J]. 临床肝胆病杂志, 2018, 34(12): 2520-2525.
- [7] 白萧萧, 东冰, 高红艳, 等. 替诺福韦酯治疗慢性乙型肝炎最新研究进展 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2019, 28(2): 227-231.
- [8] 雷长国, 覃建锋, 蔡林. 慢性乙型肝炎中医证型与临床检验指标相关性研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(3): 357-358.
- [9] 姚向波, 尹毅, 周筱燕. 十味诃子汤散联合恩替卡韦治疗老年慢性乙型肝炎合并非酒精性脂肪肝的临床研究 [J]. 现代中药研究与实践, 2017, 31(6): 72-76.
- [10] 张志侨, 王功遂, 康凯夫, 等. 慢性乙型肝炎合并非酒精性脂肪性肝病的临床特征分析 [J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(7): 1063-1067.
- [11] 杨建辉, 杨柳青, 许增佳, 等. 替诺福韦酯联用十味诃子汤散对慢性乙型肝炎合并非酒精性脂肪肝患者肝功能的影响 [J]. 世界中医药, 2019, 14(9): 2420-2423.

(APN)水平的影响,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以随机数字表法将2019年6月至2020年12月阜外华中心血管病医院收治的77例帕金森病患者分为对照组(39例)和观察组(38例)。对照组中男、女患者分别为22、17例;年龄62~74岁,平均(68.27±2.42)岁;病程2~5年,平均(3.16±0.21)年;帕金森病Hoehn-Yahr分级<sup>[4]</sup>: I级11例, II级15例, III级13例。观察组中男、女患者分别为21、17例;年龄61~74岁,平均(67.93±2.19)岁;病程2~5年,平均(3.20±0.17)年;帕金森病Hoehn-Yahr分级: I级12例, II级14例, III级12例。比较两组患者一般资料(性别、年龄、病程、帕金森病Hoehn-Yahr分级等),差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间具有可比性。纳入标准:符合西医《中国帕金森病治疗指南(第三版)》<sup>[5]</sup>与中医《帕金森病的中医药治疗》<sup>[6]</sup>中的相关标准者;存在一定运动功能障碍和阵颤症状者;无语言障碍、听力障碍者等。排除标准:有脑部手术史者;继发性帕金森病者;心、肝、肾功能障碍者;合并免疫系统疾病者等。本研究已获阜外华中心血管病医院医学伦理委员会批准,患者及家属均已签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者采用盐酸普拉克索片(Boehringer Ingelheim International GmbH & Co. KG,注册证号H20140917,规格:0.25 mg/片)口服治疗,初始剂量为0.625 mg/次,3次/d,治疗1周后根据患者情况调整用药剂量,每次剂量增加0.75 mg,最大剂量为4.50 mg/d。观察组患者在对照组的基础上联合采用天麻钩藤饮治疗,药方组成:桑寄生、天麻、黄芩、朱茯神、夜交藤、益母草、栀子、甘草各9 g,钩藤、川牛膝各12 g,石决明18 g,所用药材均由本院中药房提供,以水煎服至200 mL,100 mL/次,2次/d。两组患者均治疗8周。

**1.3 观察指标** ①临床疗效。根据帕金森病非运动症状筛查问卷(NMSQuest)<sup>[7]</sup>评分评价两组患者治疗后的临床疗效,显效:精神、睡眠障碍、静止性震颤等临床症状显著改善,NMSQuest评分降低>60%;有效:临床症状有

所改善,NMSQuest评分降低30%~60%;无效:临床症状无改善或加重,NMSQuest评分降低<30%。总有效率=显效率+有效率。②中医证候积分。分别于治疗前后根据《帕金森病的中医药治疗》<sup>[6]</sup>对患者失眠多梦、头晕目眩、耳鸣、肢体麻木、腰膝酸软症状进行评价,根据无症状及症状的轻、中、重分别计为0、1、2、3分,分值越高表明患者症状越严重。③相关问卷量表评分。分别于治疗前后采用NMSQuest评分对患者非运动症状进行评价,总分30分,分值越高,表明患者症状越严重;采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)<sup>[8]</sup>评估患者抑郁情况,总分≥24分为严重抑郁,17~23分为轻中度抑郁,7~16分为可能抑郁,<7分为无抑郁;采用帕金森病睡眠量表(PDSS)<sup>[9]</sup>评估患者睡眠状况,总分150分,分值越高,表明患者睡眠状况越好。④血清Hcy、UA、APN水平。分别于治疗前后采集两组患者清晨静脉血5 mL,离心(转速:3 500 r/min,时间:10 min)取血清,采用酶联免疫吸附实验法检测。

**1.4 统计学方法** 使用SPSS 21.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 临床疗效** 观察组患者临床治疗总有效率为89.47%,高于对照组的69.23%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	39	17(43.59)	10(25.64)	12(30.77)	27(69.23)
观察组	38	20(52.63)	14(36.84)	4(10.53)	34(89.47)
$\chi^2$ 值					4.791
$P$ 值					<0.05

**2.2 中医症状积分** 治疗后两组患者中医症状各项积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表2

**2.3 相关问卷量表评分** 治疗后两组患者NMSQuest、HAMD分值均低于治疗前,且观察组低于对照组;两组

表2 两组患者中医证候积分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	失眠多梦		头晕目眩		运动徐缓		肢体麻木		腰膝酸软	
		治疗前	治疗后								
对照组	39	2.56±0.27	1.17±0.44*	2.31±0.56	1.88±0.76*	2.46±0.44	1.86±0.55*	1.99±0.55	1.23±0.47*	2.54±0.36	1.38±0.47*
观察组	38	2.54±0.26	0.81±0.40*	2.34±0.57	0.99±0.41*	2.46±0.46	0.79±0.25*	1.97±0.56	0.78±0.26*	2.61±0.39	0.96±0.46*
$t$ 值		0.331	3.754	0.233	6.371	0.000	10.940	0.158	5.180	0.819	3.962
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P<0.05$ 。

患者 PDSS 分值均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.4 血清 Hcy、UA、APN 水平** 治疗后两组患者 Hcy 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组;两组患者血清 UA、APN 水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 4。

### 3 讨论

帕金森病的主要病理特征为中脑黑质致密部多巴胺能神经元丢失和路易小体形成,是因机体过高的氧化应激、神经兴奋性毒素、线粒体功能障碍等多种因素相互作用的结果。随着病情发展至晚期,患者只能通过手术治疗以控制疾病进展,因此前期有效缓解帕金森病进展,有利于改善患者预后。普拉克索是一种多巴胺受体激动药物,可通过促进帕金森患者机体多巴胺的合成分泌而改善患者大脑功能,进而有效缓解患者抑郁、失眠等临床症状,但其单一用药效果较差,需联合其他药物共同使用<sup>[10]</sup>。

中医认为,帕金森病属于本虚标实之证,其病因在于机体受到湿、寒、风、痰、热、瘀、火等多种外邪入侵,病久可致患者筋脉失养、肝肾精亏、阴血不足、元气虚衰无以生血,气血津液运化紊乱,痰热、瘀血随肝风而发,进而发生头身肢体不协调、不自主地运动,因此治疗当以祛痰、息风、止颤治标,益气养血、补益肝肾治本。天麻钩藤饮中的钩藤、天麻平肝熄风,为君药;川牛膝、石决明引血下行、平肝潜阳、除热散瘀、益智养心,为臣药;桑寄生、朱茯神、栀子、黄芩、夜交藤、益母草平降肝阳、宁心安神,为佐药;甘草为使药,可调和诸药,全方共奏益气养血、息风止颤、平肝潜阳之功效,进而可改善帕金

森患者的临床症状<sup>[11]</sup>。本研究中,观察组患者临床治疗总有效率、PDSS 评分均高于对照组,各项中医证候积分及 NMSQuest、HAMD 评分均低于对照组,表明天麻钩藤饮联合普拉克索可有效提升对帕金森病患者的治疗效果,改善患者的睡眠情况,从而缓解临床症状,减轻抑郁、焦虑等不良情绪,具有较好的临床疗效。

Hcy 具有神经毒性作用,是导致认知障碍发生的主要因素,在促进帕金森病的发生和发展中具有重要作用;UA 是核酸和嘌呤碱的代谢产物,可清除体内多余的自由基、过氧化物,对多巴胺神经元具有保护作用;APN 可增加胰岛素敏感性、抗动脉粥样硬化等,近年来相关研究表明,APN 水平升高与降低帕金森病的发生显著相关<sup>[12-13]</sup>。现代药理研究表明,钩藤中的钩藤碱、异钩藤碱等可有效降低大脑皮层的兴奋性,抑制异常运动性兴奋;石决明具有保护神经系统,促进受损神经恢复的作用<sup>[14-15]</sup>。本研究发现,治疗后观察组患者血清 UA、APN 水平均高于对照组, Hcy 水平低于对照组,说明天麻钩藤饮联合普拉克索可有效调节帕金森病患者机体代谢,降低患者神经损伤,控制患者病情进展。

综上,天麻钩藤饮联合普拉克索对帕金森病患者进行治疗,可有效调节患者机体血清 Hcy、UA、APN 水平,改善患者睡眠状况,缓解临床症状,同时可减轻患者抑郁情绪,具有较好的治疗效果,值得临床推广。

### 参考文献

- [1] 赵睿,李琼,张平. 血塞通注射液联合普拉克索改善帕金森病人非运动症状的疗效研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018,

表 3 两组患者相关问卷量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	NMSQuest 评分		HAMD 评分		PDSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	21.37±2.03	20.01±2.74*	21.97±2.79	19.87±2.77*	83.59±9.02	98.56±9.43*
观察组	38	21.18±1.99	17.36±1.65*	21.78±2.39	15.89±1.93*	84.76±9.01	119.67±11.64*
t 值		0.415	5.124	0.321	7.297	0.569	8.755
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比, \* $P < 0.05$ 。NMSQuest: 帕金森病非运动症状问卷; HAMD: 汉密尔顿抑郁量表; PDSS: 帕金森病睡眠量表。

表 4 两组患者血清 Hcy、UA、APN 指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	Hcy( $\mu\text{mol/L}$ )		UA( $\mu\text{mol/L}$ )		APN(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	27.87±3.74	21.67±2.66*	223.88±25.83	277.86±37.64*	7.93±2.74	13.53±2.67*
观察组	38	28.74±3.65	17.66±2.67*	226.67±26.99	297.33±38.53*	7.97±2.76	15.87±2.69*
t 值		1.033	6.601	0.463	2.243	0.064	3.831
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比, \* $P < 0.05$ 。Hcy: 同型半胱氨酸; UA: 尿酸; APN: 脂联素。

# 磁共振扩散加权成像联合强化扫描 在鉴别肝脏良恶性病变中的诊断价值

朱文祥

[广东医科大学附属第三医院(佛山市顺德区龙江医院)放射科, 广东 佛山 528318]

**摘要:** **目的** 探讨磁共振(MR)扩散加权成像(DWI)联合强化扫描在鉴别肝脏良恶性病变中的诊断价值,为其临床诊断与治疗提供依据。**方法** 回顾性分析2020年1月至2021年1月于广东医科大学附属第三医院(佛山市顺德区龙江医院)就医的50例(72个病灶)肝脏占位性病变患者的临床资料,所有患者均行1.5 T MR检查,并给予DWI序列扫描、增强扫描检查。以肝脏穿刺活检的病理结果为诊断金标准,比较MR DWI序列扫描、强化扫描及联合检测对病灶的检出结果;比较良恶性肝脏占位性病变表观扩散系数(ADC)值,并分析MR DWI序列扫描、强化扫描及联合检测对良恶性肝脏占位性病变的诊断效能。**结果** 转移瘤、肝脓肿、血管瘤低、中、高b值ADC均高于原发性肝癌,且肝脓肿、血管瘤高于转移瘤;肝局灶性结节样增生低、中、高b值ADC值均低于肝脓肿、血管瘤(均 $P<0.05$ );病理诊断结果显示,72个肝脏占位性病变中恶性病变42个(原发性肝癌32个、转移瘤10个),良性病变30个(肝脓肿6个、血管瘤21个、肝局灶性结节样增生3个);经MR DWI序列扫描正确检出30个恶性病变,23个良性病变,漏诊12个,误诊7个;MR强化扫描正确检出33个恶性病变,24个良性病变,漏诊9个,误诊6个;联合诊断正确检出41个恶性病变,30个良性病变,漏诊1个,误诊0个;联合诊断、DWI序列扫描、强化扫描的阳性检出率分别为56.94%(41/72)、51.39%(37/72)、54.17%(39/72),组间比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$ );MR DWI序列扫描联合强化扫描的灵敏度、特异度、准确度均显著高于单一诊断(均 $P<0.05$ )。**结论** MR DWI序列扫描与强化扫描单独对肝脏良恶性病变的鉴别诊断均有一定的局限性,而MR DWI序列扫描联合强化扫描,可弥补单一检测的不足,为肝脏良恶性病变的定性诊断提供依据。

**关键词:** 肝脏;良恶性病变;磁共振;扩散加权成像;强化扫描

**中图分类号:** R735.7

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2021.21.0059.04

**作者简介:** 朱文祥,大学本科,主治医师,研究方向:影像学鉴别诊断。

- 16(9): 1286-1288.
- [2] 陈琰,何富乐,杨卉.天麻钩藤饮治疗帕金森病临床疗效观察[J].心脑血管病防治,2014,14(3): 252-253.
- [3] 严志聪,麦杞峰.天麻钩藤饮与多巴丝肼片联合用药治疗帕金森病的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(6): 778-780.
- [4] 祁萌萌,杨改清,张晓艺,等.磁共振波谱分析与帕金森病患者Hoehn&Yahr分级的相关性研究[J].现代生物医学进展,2018,18(7): 1339-1343.
- [5] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组.中国帕金森病治疗指南(第三版)[J].中华神经科杂志,2014,47(6): 428-433.
- [6] 李军艳,杨明会,窦永起,等.帕金森病的中医药治疗[J].北京中医药,2008,27(4): 300-302.
- [7] 杨宁,宁厚旭,过伟峰,等.益肾除颤汤联合多巴丝肼片治疗帕金森病随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2017,37(9): 1081-1084.
- [8] 胡旭强,钱敏才,林敏,等.斯奈思-汉密尔顿快感量表中文版测评抑郁症患者的效度和信度[J].中国心理卫生杂志,2017,31(8): 625-629.
- [9] 武冬冬,苏闻,李淑华,等.帕金森病患者睡眠障碍情况的问卷调查[J].中华全科医师杂志,2018,17(8): 591-595.
- [10] 张鸣,孙福履,蒋海云.苁蓉益肾颗粒联合普拉克索治疗帕金森病的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(1): 79-82.
- [11] 黄建福,刘建浩,谭春风,等.针灸配合八珍汤合天麻钩藤饮加减治疗气血两虚型帕金森病的临床研究[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8): 1134-1137.
- [12] 刘润妮.天麻钩藤饮加味联合西药对早期帕金森病患者血清Hcy、血尿酸水平的影响[J].四川中医,2020,38(5): 145-148.
- [13] 郭健,常学辉,刘志勇,等.滋肾柔经汤联合乌灵胶囊对帕金森病患者肝肾阴虚证及血清脂联素、尿酸、超氧化物歧化酶、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 及白细胞介素-6水平的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(3): 594-597.
- [14] 叶齐,齐荔红.钩藤的主要成分及生物活性研究进展[J].西北药学杂志,2012,27(5): 508-510.
- [15] 姜威,李晶峰,高久堂,等.石决明的化学成分及药理作用[J].吉林中医药,2015,35(3): 272-274.