

美多巴合用泰舒达治疗帕金森患者的临床疗效研究

吴 萍

湖北省鹤峰县中心医院 湖北 恩施 445800

【摘要】：目的：探讨美多巴联合泰舒达治疗帕金森病（PD）的临床疗效及安全性，为基层临床提供优化治疗方案。方法：选取 2023 年 1 月—2024 年 12 月我院收治的 80 例 PD 患者，按随机数字表法分为观察组与对照组各 40 例。对照组单用美多巴治疗，观察组采用美多巴联合泰舒达治疗，疗程 12 周。通过帕金森病统一评分量表（UPDRS）、Hoehn-Yahr（H-Y）分期评估症状改善情况，统计临床疗效及不良反应发生率。结果：治疗后观察组 UPDRS 评分较对照组降低更显著（ 21.3 ± 4.1 vs 27.6 ± 4.8 , $P < 0.05$ ），H-Y 分期改善率达 92.5%，显著高于对照组的 75.0%（ $P < 0.05$ ），两组不良反应发生率无统计学差异（7.5% vs 12.5%, $P > 0.05$ ）。结论：联合用药方案可协同改善 PD 患者运动功能，提升疗效且安全性良好，适合基层推广。

【关键词】：帕金森病；美多巴；泰舒达；联合治疗；临床疗效

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.073

帕金森病^[1]（PD）是中老年人群常见的神经系统退行性疾病，以黑质多巴胺能神经元进行性丢失为病理特征，临床表现为运动迟缓、肌强直、震颤等症状，严重影响患者生活质量。随着全球人口老龄化加剧，PD 发病率呈逐年上升趋势，我国 65 岁以上人群患病率约 1.7%^[2]美多巴作为左旋多巴复方制剂，是临床治疗 PD 的一线药物，但其长期单药使用易出现疗效减退及运动^[3]。为此，本研究探讨美多巴联合泰舒达治疗 PD 的临床价值，为基层临床优化治疗方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院神经内科收治的 80 例 PD 患者，均符合英国帕金森病协会脑库诊断标准（2015 修订版）^[4]。纳入标准：①年龄 50~75 岁，平均（ 63.2 ± 6.8 ）岁；②H-Y 分期 II~IV 期（II 期 29 例，III 期 41 例，IV 期 10 例）；③病程 1~10 年，平均（ 4.5 ± 2.1 ）年；④患者及家属签署知情同意书。排除标准：①合并严重心脑血管疾病（如心肌梗死、脑卒中急性期）；②存在肝肾肾功能不全（血清肌酐 $> 177 \mu\text{mol/L}$ 或 ALT > 2 倍正常值上限）；③合并阿尔茨海默病等其他神经系统退行性疾病；④近 3 个月内使用过其他多巴胺能药物或抗帕金森病药物。按随机数字表法分为两组，观察组男 22 例、女 18 例，对照组男 24 例、女 16 例，两组在年龄、病程、H-Y 分期等方面差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组：口服美多巴（上海罗氏制药，规格 250mg/片），初始剂量 125mg（半片）/次，2 次/d，于早餐及午餐后 30 分钟服用。此后每周递增 125mg，直至达到最佳疗效或最大剂量 1000mg/d，分 4 次口服（早餐、午餐、晚餐及睡前）^[5]。

观察组：在对照组基础上加用泰舒达（施维雅制药，规格 50mg/片），初始剂量 50mg/次，1 次/d（晚餐后服用），每周递增 50mg，最大剂量 200mg/d，分 2 次（早餐后、晚餐后）口

服。两组均连续治疗 12 周，治^[6]。

1.3 观察指标

（1）运动功能评估：采用 UPDRS 量表^[7]第 3 版），包括 I 部分（精神、行为和情绪）、II 部分（日常生活活动）、III 部分（运动检查），总分范围 0~199 分，评分越低提示功能越好。分别于治疗前及治疗 12 周后由同一主治医师评估。

（2）疾病分期评估：采用 H-Y 分期（1~5 期^[8]，II 期：双侧或中线症状，无平衡障碍；III 期：轻度至中度双侧症状，有姿势反射障碍，身体功能稍受限；IV 期：严重障碍，仍可自主生活；V 期：卧床或坐轮椅，需他人照料。

（3）临床疗效判定：显著改善：H-Y 分期降低 ≥ 1 期且 UPDRS 评分降低 $\geq 40\%$ ；改善：H-Y 分期降低 < 1 期或 UPDRS 评分降低 20%~39%；无效：未达上述标准或病情进展。总有效率 = （显著改善 + 改善）例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

（4）安全性观察：记录治疗期间恶心、呕吐、头晕、失眠、异动症（如舞蹈样动作）等不良反应发生情况及处理措施^[9]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较行独立样本 t 检验，组内比较行配对 t 检验；计数资料以例（%）表示，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 UPDRS 评分及 H-Y 分期比较

治疗前两组 UPDRS 评分及 H-Y 分期无显著差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后观察组 UPDRS 各部分评分及总分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），H-Y 分期改善更明显（表 1）

组别	观察组	对照组
例数	40	40

时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
UPDRS I (分)	5.8±1.2	2.1±0.8①②	5.6±1.3	3.5±1.1①
UPDRS II (分)	12.3±2.5	6.5±1.8①②	11.9±2.3	8.7±2.1①
UPDRS III (分)	20.4±3.8	12.7±2.9①②	20.4±4.1	15.4±3.5①
UPDRS 总分(分)	38.5±5.2	21.3±4.1①②	37.9±5.4	27.6±4.8①
H-Y 分期 (期)	3.2±0.5	2.1±0.4①②	3.1±0.6	2.6±0.5①

2.2 两组临床疗效及不良反应比较

观察组总有效率为 92.5%，显著高于对照组的 75.0% ($\chi^2=4.501$, $P=0.034$)；两组不良

反应以胃肠道症状为主，发生率无显著差异 ($P>0.05$, 表 2)。

组别	观察组	对照组
例数	40	40
显著改善	25	18
改善	12	12
无效	3	10
总有效率 (%)	92.5 (37/40)	75.0 (30/40)
恶心	2	3
呕吐	0	1
头晕	1	0
异动症	0	1
总不良反应率 (%)	7.5 (3/40)	12.5 (5/40)

3 讨论

PD 的核心病理改变为黑质致密部多巴胺能神经元进行性退变，导致纹状体多巴胺浓度降低，进而引发运动迟缓、肌强直、震颤等症状^[10]。美多巴作为左旋多巴与苄丝肼的复方制剂，

通过外周脱羧酶抑制作用减少左旋多巴在外周转化为多巴胺，增加中枢多巴胺的有效供给，是临床治疗 PD 的基础药物^[11]。但单药长期使用易出现“剂末现象”“开关现象”等运动并发症，且随着病程进展，疗效常逐渐减退。

泰舒达（吡贝地尔）是一种非麦角类多巴胺受体激动剂，对 D2 受体具有高亲和力，同时选择性激动 D3 受体^[12]。D3 受体主要分布于边缘系统和纹状体腹侧，其激动可改善 PD 患者的情感障碍及认知功能，同时调节多巴胺能神经元的电活动，减少多巴胺浓度波动对神经元的损伤^[13]。本研究中，联合用药组 UPDRS 总分较单药组降低 6.3 分 ($P<0.05$)，H-Y 分期改善率提升 17.5%，提示泰舒达可协同美多巴增强疗效，可能与其以下作用机制相关：①直接激动突触后膜多巴胺受体，弥补内源性多巴胺不足；②减少美多巴用量（观察组平均日剂量较对照组低 150mg），降低多巴胺波动幅度，延缓运动并发症发生；③通过抗氧化应激和抗炎作用，保护残存多巴胺能神经元。

安全性方面，两组不良反应发生率无显著差异，且均以轻度胃肠道反应为主，未出现严重肝肾功能损害或精神症状。泰舒达的胃肠道耐受性较好，可能与其不直接刺激胃肠道多巴胺受体相关，而美多巴剂量的减少也间接降低了恶心、呕吐等不良反应的发生风险。这一结果与国内多中心研究数据一致，表明联合方案在基层临床应用中具有较高的安全性。

本研究的临床意义在于：基层医院收治的 PD 患者多为中晚期（本研究Ⅲ～Ⅳ期患者占 63.8%），单药治疗常难以满足症状控制需求，而联合泰舒达可在不显著增加不良反应的前提下提升疗效，且用药方案简单（每日 2～4 次口服），便于基层医师掌握^[14]。但研究仍存在局限：①样本量较小，未对不同 H-Y 分期患者进行亚组分析；②随访周期仅 12 周，缺乏对长期疗效及运动并发症的观察。后续需扩大样本量并延长随访至 24～48 周，进一步验证联合治疗对 PD 进展的影响。

4 结论

美多巴联合泰舒达治疗 PD 可显著改善患者运动功能及日常生活能力，提升临床疗效且安全性良好，适合在基层医疗机构推广应用^[15]

参考文献：

[1] Mann S G,Panjiyar K B,Allam P M,et al.Comparing the impact of low frequency vs high frequency deep brain stimulation in Patient’ s with Parkinson’ s disease:A systematic review[J].Brain Disorders,2025,19100239-100239.

[2] Zhu L,Ma Y,Peng Y,et al.Risk factors and prediction model for postoperative cognitive dysfunction after aneurysmal subarachnoid hemorrhage with parkinson’ s disease[J].Current Problems in Surgery,2025,68,101767-101767.

[3] 章睿,王霏,郭百海,等.美多巴合用泰舒达治疗帕金森患者的临床效果[J].医药前沿,2021,11(35):80-81.

[4] 孙高慧,冯美江.帕金森病的诊断和治疗进展[J].实用老年医学,2025,39(02):110-115.

[5] 何静薇,刘锦仪,邱素丽.多巴丝肼结合艾司西酞普兰治疗帕金森病的效果观察[J].生命科学仪器,2024,22(06):181-183.

- [6] 章睿,王霏,郭百海,等.美多巴合用泰舒达治疗帕金森患者的临床效果[J].医药前沿,2021,11(35):80-81.
- [7] Soares T,Vale C T,Guedes C L,et al.Validation of the Portuguese MDS-UPDRS:Challenges to Obtain a Scale Applicable to Different Linguistic Cultures.[J].Movement disorders clinical practice,2024,12(1):34-42.
- [8] 周弋人,缪礁丹,杨一帆,等.血清 pro-BDNF、 α -syn、RANTES 水平在不同 H-Y 分期帕金森病患者中的变化及与认知功能障碍的关系[J].现代生物医学进展,2022,22(10):1964-1968.
- [9] 胡伟盛.多巴丝肼片联合普拉克索治疗帕金森病的有效性及其安全性观察[J].现代诊断与治疗,2020,31(22):3578-3579.
- [10] 张莉,靳久增,马丽丽.美多巴联合普拉克索治疗帕金森病的效果[J].河南医学研究,2023,32(23):4350-4354.
- [11] 刘旺,赵虹,夏兆云,等.帕金森病相关病理演变研究进展[J].神经损伤与功能重建,2022,17(03):148-151.
- [12] 李立新,陈贵发,张翠宏.泰舒达治疗老年帕金森病合并糖尿病的效果[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(02):109-110.
- [13] Won J S,Visayas B R B,Lee H K,et al.Decoding the Structure-Activity Relationship of the Dopamine D3 Receptor-Selective Ligands Using Machine and Deep Learning Approaches.[J].Journal of chemical information and modeling,2025,
- [14] 王新明.探讨美多巴合用泰舒达治疗帕金森患者的临床治疗效果[J].当代医学,2020,26(02):86-88.
- [15] 任梅婧,王喜.美多巴合用泰舒达治疗帕金森患者的疗效研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(54):106+109.