

丁螺环酮改善脑卒中后共济失调症状的临床研究

范录平^{1a}, 李育新^{1b}, 黄国胜^{1c}, 叶华^{1a}, 张有超^{1a}

[摘要] 目的 观察丁螺环酮对改善脑卒中后共济失调症状的临床疗效。方法 选取有共济失调症状的脑卒中患者 30 例口服丁螺环酮治疗, 治疗前后分别用共济失调量表进行评定, 与未服丁螺环酮的对照组 30 例进行比较。结果 治疗组在平衡性和协调性方面与对照组比较有明显改善($P < 0.01$)。结论 丁螺环酮短期内可有效改善脑卒中后共济失调症状。

[关键词] 丁螺环酮; 共济失调; 脑卒中

Buspirone Improves Ataxia Symptom after Stroke FAN Lu-ping, LI Yu-xin, HUANG Guo-sheng, et al. the Third People's Hospital of Wenzhou, Wenzhou 325000, Zhejiang, China

Abstract: **Objective** To observe the effect of buspirone on ataxia symptom after stroke. **Methods** 30 patients with ataxia after stroke were treated with buspirone, other 30 patients without buspirone as controls. Before and after treatment, they were assessed with ataxia scale. **Results** The buspirone can significantly improve the ataxia of patients with stroke compared with the controls ($P < 0.01$). **Conclusion** Short-term treatment with buspirone can improve the ataxia symptoms after stroke.

Key words: buspirone; ataxia; stroke

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)01-0048-02

[本文著录格式] 范录平, 李育新, 黄国胜, 等. 丁螺环酮改善脑卒中后共济失调症状的临床研究[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(1): 48-49.

基金项目: 浙江温州市科技局课题(Y20060197)。

作者单位: 1. 温州市第三人民医院; a. 神经内科; b. 康复科; c. 心理科, 浙江温州市 325000。作者简介: 范录平(1971-), 男, 浙江温州市人, 硕士, 主治医师, 主要研究方向: 脑血管病的治疗与康复。

共济失调是因小脑、本体感觉及前庭功能障碍所致的运动笨拙和不协调, 可累及四肢、躯干及咽喉肌, 引起姿势、步态和语言障碍, 临床上可分为小脑性、大脑海性、感觉性及前庭性。共济失调是神经内科疾病, 特别是脑卒中的常见并发症, 严重影响患者的生活质量,

寻找有效的治疗十分重要。丁螺环酮是一种 5-HT_{1A} 受体激动剂,临床上主要作为抗焦虑药使用。1995 年,Lou 首先报道了用丁螺环酮可部分改善小脑性共济失调的症状^[1],随后国内外又有数组临床试验显示了相似的结果^[2-4]。本试验旨在验证其改善脑卒中后共济失调症状的作用。

1 资料和方法

1.1 临床资料 2005 年 5 月~2007 年 2 月在本院住院的脑卒中后遗症患者,选取有共济失调症状并经头颅 MRI 确诊的脑卒中患者 60 例,分为治疗组 30 例,其中男性 17 例,女性 13 例,平均年龄(66.7±14.8)岁,包括小脑梗死 17 例,脑干梗死 3 例,基底节区梗死 6 例,混合梗死 4 例;对照组 30 例,其中男性 19 例,女性 11 例,平均年龄(68.8±15.5)岁,包括小脑梗死 15 例,脑干梗死 3 例,基底节区梗死 7 例,混合梗死 5 例。两组在性别、年龄及梗死部位构成比方面无显著性差异。

1.2 治疗方法 对照组行常规药物治疗加康复训练。手的协调训练主要采用抓握训练、木钉插板、积木、打字等,平衡训练主要采用 Bobath 疗法中平衡反应的促进,训练可在肘撑俯卧位、手膝位、跪立位和站位上进行。治疗组在对照组的基础上加口服丁螺环酮,初始剂量为 5 mg/d 晨服,1 周后加至 10 mg/d 分 2 次口服,第 3 周为 20 mg/d 分 2 次口服,第 4 周为 30 mg/d 分 3 次口服;若患者无明显不良反应,第 5 周加至 40 mg/d 分 4 次口服。以后每日按此剂量服用,总疗程为 13 周。

1.3 评定方法 治疗前后分别用共济失调量表^[5]进行评定,并用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行评分以除外焦虑因素。

1.4 统计学方法 患者资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 *t* 检验。

2 结果

入选患者大都存在不同程度的焦虑,治疗前后 HAMA 评分有显著性差异,但两组间无显著性差异($P > 0.05$)。所有患者治疗前后共济失调量表评分均有显著性差异,但治疗组优于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后各评分比较

组别	时间	n	平衡评分	协调评分	HAMA
对照组	治疗前	30	12.88±3.64	13.37±2.40	17.27±5.37
	治疗后	30	13.42±3.58 ^a	10.71±2.61 ^a	11.20±3.23 ^a
治疗组	治疗前	30	13.28±3.75	13.50±2.60	17.97±5.58
	治疗后	30	17.3±2.86 ^{a,b}	8.94±1.52 ^{a,b}	11.60±3.13 ^a

注:a:与治疗前比较, $P < 0.05$;b:与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3 讨论

在肌力没有明显减退的情况下,肢体运动的协调

动作失调,不平稳与不协调,称为共济失调。一般认为,保持人体的平衡需要 3 个环节的参与:感觉输入、中枢整合、运动控制,而前庭系统、视觉调节系统、身体本体感觉系统、大脑平衡反射调节、小脑共济协调系统以及肌群的力量在人体平衡功能的维持上都起重要的作用。机体任何一个简单的运动必须有主动肌、拮抗肌、协同肌、固定肌 4 组肌肉的参与才能完成,并有赖于神经系统的协调与平衡。脊髓后索的薄束与楔束贯穿脊髓之全长,薄束传导躯干下段与两下肢的深感觉,楔束传导躯干上段与两上肢的深感觉。从后索发出的纤维在延髓交叉,经对侧的丘脑而到大脑皮质,后束传导肌肉、关节与肌腱的深感觉、肢体在空间中的位置、肢体运动的力与范围的冲动以及部分感觉与两点鉴别感觉。前庭系统向上传导平衡信息,引起平衡反应。小脑是维持躯体平衡、共济运动和肌张力的重要中枢。这些结构的功能又都是在大脑皮质的统一控制下完成的。深感觉、前庭系统、小脑和大脑的病损均可发生共济失调,分别称为感觉性、前庭性、小脑性和大脑性共济失调。

丁螺环酮是一种 5-HT_{1A} 受体部分激动剂,能与 5-HT_{1A} 受体选择性结合,产生弱的激动作用,通过反馈作用,抑制 5-HT 能系统的活性;对多巴胺(DA)受体也有中等强度的亲和力,对 DA 受体既有激动作用,也有拮抗作用。丁螺环酮目前在临床应用广泛,具有无依赖性,不产生镇静作用和不良反应少等优点,耐受性好,价格适中,临床报道最常见的不良反应是胃肠道反应如恶心及短暂的轻微头痛,少数有头晕、失眠或嗜睡。在本组患者从小剂量开始服用丁螺环酮,直到最大剂量的 40 mg/d,疗程 13 周,只有少数患者出现恶心及头晕等不良反应,而且和丁螺环酮是否直接相关尚不确定。虽然目前尚无丁螺环酮在老年人中大量长期使用的报道,但在本试验中无一例因不良反应退出试验,说明本药物在老年中使用也是安全的。

在本试验中,服用丁螺环酮的患者在平衡性和协调性方面都显著优于对照组,因此,丁螺环酮是改善脑卒中后共济失调症状的安全有效药物。但其作用机理尚有待进一步研究。

[参考文献]

[1] Lou JS, Coldfarb L, McShane L, et al. Use of busporone for treatment of cerebellar ataxia[J]. Arch Neurol, 1995, 52: 982-988.
[2] Trouillas P, Xie J, Adeleine P. Treatment of cerebellar ataxia with buspirone: a double-blind study[J]. Lancet, 1996, 348: 759.
[3] Take A, Hamada T. Treatment of cerebellar ataxia with 5-HT_{1A} agonist[J]. Cerebellum, 2005, 4(3): 211-215.
[4] 邬剑军, 蒋雨平. 丁螺环酮治疗小脑性共济失调[J]. 中国临床神经病学, 2001, 9(1): 46-48.
[5] 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: 320-321.

(收稿日期: 2007-05-10 修回日期: 2007-06-28)