帕金森病患者综合管理的研究进展

孙重阳　郑胜哲（通讯作者）

（延边大学附属医院　吉林省延吉市　133000）

【摘　要】帕金森病（PD）作为一种常见的神经退行性疾病，主要侵袭中老年人，且发病率随年龄增长而攀升。PD患者不仅受运动症状困扰，还常伴有多种非运动症状，极大地降低了生活质量。本文全面综述了PD患者的综合管理策略，涵盖药物治疗、手术治疗、康复治疗、心理干预及护理等多个方面，旨在为提升PD患者的治疗效果与生活质量提供参考依据。

【关键词】帕金森病；综合管理；药物治疗；康复治疗

Progress in the comprehensive management of patients with Parkinson's disease

Sun Chongyan　Zheng Shengzhe（corresponding author）

（Affiliated Hospital of Yanbian University，Yanji，Jilin Province　133000）

[Abstract] Parkinson's disease（PD），as a common neurodegenerative disease，mainly affects middle-aged and elderly people，and its incidence increases with age. PD patients are not only troubled by motor symptoms，but also often accompanied by a variety of non-motor symptoms，which greatly reduces the quality of life. This paper comprehensively reviews the comprehensive management strategies of PD patients，covering many aspects，including medication，surgery，rehabilitation，psychological intervention and nursing，aiming to provide a reference for improving the treatment effect and quality of life of PD patients.

[Key words] Parkinson's disease；comprehensive management；drug therapy；rehabilitation treatment

一、引言

帕金森病由英国医生詹姆斯·帕金森于 1817 年首次详细阐述。其主要病理机制为中脑黑质多巴胺能神经元进行性退变，致使纹状体多巴胺水平大幅下降，进而引发一系列临床症状。在全球范围内，PD 的发病率呈上升态势，给患者个人、家庭以及社会带来了沉重的负担。因此，早期诊断与综合管理对于改善患者预后、提升生活质量至关重要。

二、帕金森病的病因及作用机制

2.1 病因

主要病理改变为黑质多巴胺（DA）能神经元变性死亡，但其病因尚未完全明确，可能与下列因素有关：

遗传因素：大部分 PD 病例是散发的，3%–5%患者是由遗传原因引起的单基因 OD，而 90 种遗传风险变体共同解释了 16%–36%的非单基因 PD 遗传风险。少数家族性 PD 患者中存在编码 α–突触核蛋白的 SNCA 基因突变，呈常染色体显性遗传。

环境因素：毒物 1–甲基–4 苯基–1，2，3，6–四氢吡啶在人和灵长类动物中均可诱发典型的帕金森综合征，MPTP 可在胶质细胞中转变为强毒性 1–甲基–4–苯基–吡啶离子（MPP+），选择性的摄入黑质多巴胺能神经元内，通过线粒体功能通路导致多巴胺能神经元变性、丢失。另外，某些杀虫剂、除草剂、重金属等也可通过类似机制引起多巴胺能神经元变性死亡。吸烟、咖啡、非甾体抗炎药、血浆高尿酸及体力活动与 PD 发病风险呈负相关。

神经系统老化：帕金森病主要发生于中老年人，40 岁以前发病少见，有资料显示，30 岁以后，黑质多巴胺能神经元、纹状体多巴胺递质水平随年龄增长逐渐减少。尽管如此，但其程度并不足以导致发病。

神经炎症：在遗传易感性和环境因素的刺激下，大脑可能产生慢性炎症反应，炎症因子会进一步损伤神经元，还会干扰神经递质的平衡。

帕金森病并非单因素所致，而是由多因素交互作用的结果。

2.2 发病机制

黑质多巴胺能神经元通过黑质–纹状体通路将神经递质多巴胺输送到纹状体，参与基底节的运动调节，由于帕金森病患者的黑质多巴胺能神经元显著变性丢失（50%）以上，黑质–纹状体多巴胺能通路变性，纹状体多巴胺递质水平显著降低，降至 70%以上时则出现临床症状。多巴胺递质降低的程度与患者的症状严重程度呈正相关。

纹状体中多巴胺与乙酰胆碱（ACh）两大递质系统的功能相互拮抗，两者之间的平衡对基底节运动功能起着重要调节作用，PD 患者纹状体多巴胺水平显著降低，造成乙酰胆碱系统功能相对亢进，这种递质失衡及皮质–基底节–丘脑–皮质环路活动紊乱与 PD 患者肌张力增高、动作减少等运动症状的产生密切相关，此外，中脑–边缘系统和中脑–皮质系统的多巴胺水平显著降低也是导致智能减退、情感障碍等的原因。

三、帕金森病的症状表现

3.1 运动症状

静止性震颤：通常为首发症状，多起始于一侧上肢远端，典型表现为静止性震颤，静止位时出现或增强，随意运动时减轻或停止，紧张或激动时加剧，入睡后消失，拇指与示指间呈“搓丸样”动作，频率为 4 – 6 次/秒。随着病情发展，可蔓延至同侧下肢及对侧肢体。

肌强直：当患者处于放松体位时，屈肌和伸肌张力同时增高，患者肢体僵硬，被动活动关节时，会感受到均匀阻力，类似弯曲软铅管，被称为“铅管样强直”；若合并震颤，则会出现“齿轮样强直”。

运动迟缓：患者动作变得缓慢，完成日常活动如穿衣、洗漱等所耗费的时间增加。面部表情肌受累，呈现出“面具脸”，眨眼次数也随之减少。书写字体也越来越小，呈现“小子征”。行走时起步困难，步伐小且缓慢，转身不灵活。

姿势步态与平衡障碍：在疾病早期，表现为走路时患侧上臂摆臂幅度减小或消失，下肢拖拽，随着病情进展，步伐逐渐变小、变慢，启动、转弯时尤为明显，患者站立时身体前倾，行走时难以维持平衡，容易摔倒，常出现慌张步态，即步伐加快且难以停止。上述症状在中晚期较为突出。

3.2 非运动症状

感觉障碍：早期常出现嗅觉减退的症状，部分患者还会有肢体麻木、疼痛的感觉，一些患者存在不宁腿综合征，在夜间腿部不适感尤为强烈。

精神和认知障碍：抑郁、焦虑较为常见，患者表现为情绪低落、兴趣减退、容易紧张恐惧。随着病情的进展，还可能出现认知障碍，严重时甚至会发展为痴呆。

睡眠障碍：疾病早期即可出现，失眠、多梦现象普遍，快速眼动期睡眠行为障碍也较为常见，患者会将梦境中的动作表现出来，可能会对自己或同床者造成伤害。

自主神经功能紊乱：临床常见，出现便秘、尿频、尿急、多汗或无汗、血压波动、油脂性皮炎等症状。吞咽活动减少可导致流涎，疾病后期也可出现性功能减退、排尿障碍或直立性低血压，其中，便秘严重影响患者的生活质量。[1]

四、帕金森病患者的综合管理

4.1 药物治疗

左旋多巴制剂：作为治疗 PD 的“金标准”药物，通过补充脑内多巴胺的不足，能够显著改善运动症状。然而，长期使用会出现疗效减退的情况，产生“剂末现象”，即药效维持时间缩短，下次服药前症状加重；以及“开关现象”，即症状在突然缓解和加重之间波动。

多巴胺受体激动剂：可直接刺激多巴胺受体，在早期单独使用能够控制症状，也可与左旋多巴制剂联合应用于中晚期患者，从而减少左旋多巴的用量，降低并发症的发生风险。不过，可能会引发嗜睡、幻觉等副作用。

单胺氧化酶 B 抑制剂：通过抑制多巴胺的降解，延长多巴胺的作用时间，辅助改善症状。在与其他药物联用时，需要警惕药物相互作用。

金刚烷胺：对 PD 的震颤、强直、运动迟缓均有一定的治疗效果，尤其对震颤的疗效更为显著。部分患者使用后会出现下肢网状青斑、脚踝水肿等不良反应。

4.2 手术治疗

脑深部电刺激术（DBS）：是目前常用的手术方法，通过在脑内特定部位植入电极，发放电刺激来调节神经功能，进而改善运动症状。该手术具有微创、可逆、可调节等优点，能够明显提高患者的生活质量。但手术有严格的适应证，需要多学科团队综合评估患者的身体状况、病情进展等，排除手术禁忌证。[4]一般要求患者对药物治疗有一定反应，但出现了药物疗效减退，如“剂末现象”“开关现象”等并发症，且没有严重的认知障碍、精神疾病等手术禁忌症。

毁损术：通过破坏脑内特定神经核团来改善症状，但由于其不可逆性及较高的并发症风险，应用相对较少。仅适用于药物治疗无效、不能耐受 DBS 手术或存在 DBS 手术禁忌证的特定患者。[3]

4.3 康复治疗

运动疗法：帕金森患者的运动疗法主要包括以下几种：有氧运动：散步：这是简单易行的方式。患者可以在平坦的道路上，根据自己的身体状况选择合适的速度和距离进行散步，能够有效增强心肺功能，提高耐力。慢跑：对于身体状况较好、症状较轻的患者，慢跑是不错的选择。它能促进血液循环，但要注意安全，避免摔倒。太极拳：太极拳动作缓慢、柔和，讲究身体的整体性和协调性。帕金森患者练习太极拳有助于改善身体的平衡能力、增强肌肉力量，并且在心理上也能起到放松的作用。关节活动度训练：主要针对患者肢体僵硬的问题。通过对各个关节（如肩、肘、腕、髋、膝、踝）进行屈伸、旋转等活动，来维持关节的灵活性。例如，简单的肩部环绕运动，即让肩部缓慢地向前、向上、向后、向下做圆周运动，可以缓解肩部肌肉的紧张。平衡训练：平衡板训练：患者站在平衡板上，通过调整身体重心来保持平衡，这可以有效锻炼患者的平衡能力，减少跌倒风险。开始时可以在有辅助的情况下进行，逐渐增加难度。闭目站立训练：让患者双脚并拢，闭目站立一段时间，这能增强患者的本体感觉和平衡能力。如果患者平衡能力较差，可以先在靠近墙壁或者有人保护的情况下进行。步态训练：纠正患者异常步态，如起步困难、小碎步、慌张步态等。训练患者加大步伐、提高步幅，并且控制行走速度。比如在地上设置间隔合适的标识，让患者按照标识行走，从而提高行走的稳定性。

作业治疗：旨在提高患者的日常生活活动能力。根据患者的具体情况设计个性化的训练方案。例如，如果患者手部精细动作差，就着重设计手部功能锻炼活动。进食训练：训练患者使用特制餐具，如加粗手柄的勺子、有防滑设计的筷子等，来

提高患者进食的独立性。穿衣训练：借助穿衣辅助工具帮助患者独立穿衣。像穿衣棒，可以辅助患者将衣服拉过肩膀；带拉链拉环的拉链，方便患者抓握操作，让患者能够更方便地穿上衣服。书写训练：针对手部震颤和书写困难的患者，提供书写辅助工具，如握笔器，帮助患者更好地控制书写工具。同时，还会进行书写动作的训练，比如通过简单的线条、字母书写练习来提高手部灵活性。家务活动训练：根据患者的能力，安排一些简单的家务活动训练，如擦拭桌面、折叠衣物等。这些活动可以锻炼患者的肢体协调性和动作的准确性。言语和吞咽治疗：言语治疗师对存在言语障碍的患者进行发音、语调、语速训练，以改善言语清晰度与交流能力。吞咽治疗则通过吞咽功能训练，如吞咽动作练习，以及调整饮食方式，如调整食物质地，来预防误吸和营养不良。

康复治疗在对早期帕金森病患者进行治疗的时候，能够有效对患者治疗过程中所使用的药物量加以必要减少，并且能够对患者的帕金森病运动症状进展加以有效控制和延缓。需要强调的是，锻炼并不能彻底治愈帕金森病，但可以有效地缓解症状，改善生活质量。因此，建议帕金森病患者选择适当的锻炼方式和强度，坚持不懈地进行锻炼，以实现更好的效果。[5]

4.4 心理干预

心理治疗：PD 患者和他们的家庭成员可能会面临情感压力，包括焦虑、抑郁和疲劳。家庭成员应该鼓励患者并及时与之沟通，提供温暖的情感支持，让患者知道他们不是孤单的。[2]专业的心理治疗师可以为患者提供认知行为疗法，这种疗法帮助患者认识到负面思维模式，并改变它们，从而减轻焦虑和抑郁情绪。例如，治疗师引导患者正确看待疾病导致的生活变化，以更积极的心态应对身体机能的下降。

支持小组：组织 PD 患者及家属参加支持小组，这能为他们搭建交流的平台，分享应对疾病的经验。患者之间相互鼓励支持，能增强面对疾病的信心。比如，定期组织患者聚会，让大家分享自己在康复训练、日常生活中的小技巧和心得。家属也可以在支持小组中获取护理知识与情感支持，更好地照顾患者，同时减轻自己的心理负担。

4.5 护理干预

环境安全：保持患者居住环境的安全和整洁是首要任务。清除地面的障碍物，比如电线、小家具等，防止患者绊倒。在卫生间、走廊等地方安装扶手，方便患者行走和抓扶，降低跌倒的风险。

生活护理：帮助患者做好个人卫生。由于患者可能存在运动迟缓等症状，像穿衣、洗漱、洗澡这些日常活动可能会有困难，护理人员或者家属要适时地给予帮助，并且根据天气变化及时为患者增减衣物。

饮食护理：营养均衡指导：合理的饮食结构对患者很重要。保证患者摄入足够的营养，包括碳水化合物、蛋白质、脂肪、维生素和矿物质等。膳食纤维摄入增加：鼓励患者多吃富含膳食纤维的食物，如蔬菜（菠菜、西兰花等）、水果（苹果、香蕉等）和全谷物，这样能有效预防便秘，因为便秘是帕金森患者常见的问题。特殊饮食注意事项：对于需要服用左旋多巴类药物的患者，要注意和富含蛋白质的食物（如牛奶、鸡蛋）间隔 1 – 2 小时，避免食物中的蛋白质影响药物的吸收。

病情观察：家属和医护人员要密切关注患者症状的变化，包括震颤的频率和幅度、运动迟缓的程度、肌强直是否加重等，这些信息有助于评估病情的进展。药物疗效和不良反应观察：仔细观察药物的疗效，比如药物是否有效改善了运动症状。同时注意药物的不良反应，如左旋多巴制剂可能出现“剂末现象”和“开关现象”，多巴胺受体激动剂可能导致嗜睡、幻觉等，发现异常情况要及时调整治疗方案。

五、结论

帕金森病的管理是一个长期且复杂的过程，需要综合运用药物、手术、康复、心理及护理等多种手段。通过多学科团队的协作，为患者提供个性化的综合管理方案，能够有效控制症状、延缓疾病进展、提高生活质量。未来，仍需进一步深入研究，探索更有效的治疗方法和干预措施，以改善帕金森病患者的预后。同时，加强公众对帕金森病的认识，提高早期诊断率，也是亟待解决的重要问题。

参考文献：

[1]杨丽娜，柳欣，孙金菊，等.帕金森病患者非运动症状患病现状调查及对生活质量影响研究[J].华南预防医学，2024，50（08）：706–710.

[2]常青，陈莎莎.日常生活中应如何护理帕金森病患者[J].人人健康，2024，（02）：124–125.

[3]郭谢凡.探究丘脑底核脑深部电刺激术对帕金森患者的认知功能影响[D].大连医科大学，2023.DOI：10.26994/d.cnki.gdlyu.2023.001555.

[4]李闪闪.帕金森病患者的术后效果评价及亚型分析[D].兰州大学，2022.DOI：10.27204/d.cnki.glzhu.2022.003969.

[5]黄健烽.康复治疗对早期帕金森病患者运动症状、疗效及生活质量的影响[J].名医，2018，（07）：26.

通讯作者简介：郑胜哲（1969–），男，博士，副主任医师，硕士生导师，主要从事脑血管疾病研究。

作者简介：孙重阳（1999–），女（汉族），硕士研究生，主要从事脑血管疾病研究。