(1) PSD 组与对照组比较，除 S_2 无差别外，其余指标均有显著性差异（$P < 0.01$）。(2) PSD 组和抑郁症比较在 REM 结构百分比、REM 睡眠时间和 REM 密度 3 项指标有差异外（$P < 0.05 \sim 0.01$），其余指标无显著差异（$P > 0.05$）。(3) PSD 组与非抑郁组比较，除睡眠阶段 S_1、S_2 和 $S_3 + S_4$ 3 项指标无差异外（$P > 0.05$），其余指标均有显著性差异（$P < 0.05$）。

3　讨论

该研究资料显示，PSD 的发生率为 51.1%，与国内外报道一致。大量研究证实，抑郁症病人的快眼动（REM）睡眠具有特征性改变[3~4]，而 PSD 病人的睡眠图亦具有象征性变化，其改变与脑器质性损害有关或与 PSD 症状有关，国内外尚未见报道。PSD 病人多导睡眠图结果显示：与正常人比较，睡眠潜伏期、睡眠时间、睡眠结构百分比、REM 睡眠潜伏期、REM 睡眠时间和 REM 密度具有显著性改变，尤其 REM 睡眠时间减少更具特征性（$P < 0.05 \sim 0.01$）；PSD 组与非抑郁组比较，睡眠潜伏期、睡眠时间、S_1 阶段、REM 睡眠潜伏期、REM 时间和 REM 密度 6 项指标有显著性差异（$P < 0.05 \sim 0.01$）；与抑郁症比较，二者除 REM 睡眠时间和 REM 密度减少外（$P < 0.05$），其余指标均无差异（$P < 0.05$）。已证实 REM 睡眠与记忆有密切关系，并有研究表明与脑电图改变有关，在脑梗死恢复期，即使肢体功能恢复良好，仍遗留明显的记忆障碍[5]。PSD 组与非抑郁状态组比较，睡眠潜伏期，睡眠时间，醒转次数，S_1 阶段，REM 睡眠潜伏期，REM 睡眠时间及 REM 密度等指标均有显著性差异（$P < 0.05 \sim 0.01$）。与抑郁症比较，除 REM 睡眠时间和 REM 密度有差异外（$P < 0.05$），其余指标无显著性差异（$P > 0.05$）。PSD 病人睡眠参数改变，尤其 REM 睡眠参数改变，可能与卒中后脑内 5－HT 递质改变有关。曾有动物试验鼠脑损伤后脑内 5－HT 含量降低的报道[6]及人类卒中后病灶破坏了 NE 能神经元和与 5－HT 能神经元及其经路，使其含量下降，导致抑郁状态的发生[7~8]。可见，PSD 的产生系卒中病灶破坏了神经递质的正常通路，在精神症状上表现为抑郁状态，在生物学指标上睡眠参数异常。PSD 发生率高且对瘫痪肢体功能的恢复极为不利，严重影响患者的生存质量[9]。作者认为，多导睡眠图可作为 PSD 的评价和脑功能恢复的又一生物学指标。

参考文献：

[1] GILES DE, ROFFWARG HP, RUSH AJ, et al. A cross－sectional study of he effects of depression on REM latency[J]. Biol Psychiatry, 1990, 28: 79 ~ 704.

[2] 朱力山，丁进芳，边军，等．不同药物剂量对脑梗死康复期病人缺血性卒中再发对比分析的预防[J]．现代康复，2001，5（）：55 ~ 56.

[3] 毕国荣，宋利春．脑梗死患者恢复期脑组织血浆肿瘤坏死因子－a、白介素－1 b 含量变化[J]．现代康复，2001，5(6)：56 ~ 57.

[4] KUPFER DJ, MONK TH, BARCHAS DJ. Biological rhythms and mental disorders[M]. New York. Guilford Press, 1988: 1 ~119.

[5] 贺念．脑梗死恢复期记忆障碍与脑电图对比研究[J]．现代康复，2001，5(7)：56.

[6] THAKKAR M, MALLICK BN. Rapid eye movement sleep-de-pivation-induced changes in glucose metabolic enzymesin rat brain[J]. Sleep, 1993, 16(18): 691 ~ 694.

[7] 吕路线，宋景贵，卢红，等．卒中后抑郁状态患者的血浆、脑脊液单类神经递质测定[J]．中华精神科杂志，2000，33(1)：29 ~ 32.

[8] STARKSTEIN SE, ROBINSON RG, PRICE TR. Comparson of patients with and without poststroke major depression mached for size and locaion of lesison[J]. Arch Gen Psychiatry, 1998, 45: 247 ~ 249.

[9] 徐南燕，江先娣．脑卒中后抑郁状态的随访研究[J]．现代康复，2000，4（）：1330 ~ 1331.

（收稿日期：2001－11－12）　（编辑：蒋朝利）

·论著·

中药镇颤舒治疗震颤麻痹的疗效分析

丰广魁，邵凤扬，李加兵，陈隐漪，李加楼，刘洪实　连云港市中医院，江苏 新浦　222004）

摘要：目的　研究镇颤舒对帕金森病（PD）临床症状的控制和改善水平及与美多芭的相互关系。**方法**　应用自拟镇颤舒治疗 30 例 PD 患者，并以美多芭作对照，疗效标准采用改良的 Webster 功能评分法。**结果**　显效率 50%，总有效率 86.6%，功同美多芭（$P > 0.05$），并可提高美多芭的效力，降低其副作用。**结论**　镇颤舒有较好的改善 PD 临床症状的作用，对轻、中度效佳。对震颤改善明显，优于美多芭（$P < 0.01$）。推测可能与参与中脑多巴胺系统功能的整合作用有关。

关键词：帕金森病；中医药；镇颤舒

中图分类号：R742.5　　**文献标识码：**A　　**文章编号：**1671－5926(2002)03－0334－02

Clinical treatment of Parkinson syndrome with ZhenChanShucapsule　*FENG Guang-kui, SHAO Feng-yang, LI Jia-bing, et al. Lianyungang Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lianyungang 222004, China*

Abstract: Objective　Work over the effect of zhenchanshu capsule on controlling clinic symptoms of Parkinson syndrome and level of improvement as well as the interrelation. **Method**　Treating 30 cases of Parkinson syndrome with selfcreated chinese patient medicine, zhenchanshu capsule, meanwhile in contrast with domamine the curative effect was analyzed abiding improved webster functional assess criterion. **Result**　The aparent effectual rate was 50% and the total effective rate was 86.6%, its effect resembling domamine($P > 0.05$). Moreover, zhenchanshu capsule might improve the effeciency of medopa, and lower its side effect. **Conclusion**　It shows that zhenchanshu capsule have a preferable effect on Parkinson syndrome, especially on light and intermediate level of cases. It might release the degree of tremor remarkably with a superior effect than domamine($P < 0.01$). The cause is supposedlydue to the function of the integration of domamine system.

Key words: Parkinson disease; traditional Chinese medicine; zhenchanshu capsule

我们课题组经多年临床探索自制中药镇颤舒治疗震颤麻痹即帕金森病（PD）取得较好疗效，现报告如下。

1　对象与方法

1.1　对象　自 1998 年 9 月～2000 年 9 月，我们收治来自门诊的震颤麻痹患者 50 例，随机分成两组。镇颤舒组 30 例，其中男 17 例，女 13 例；年龄 32～76(58.1±0.6) 岁；病程 0.5～13(3.8±0.3) 年；病情：轻度 14 例，中度 15 例，重度 1 例；职业：农民 8 例，工人 10 例，干部 11 例，工程师 1 例；学历：初中以下 21 例，中专 6 例，大学 3 例；曾服美多巴有效 5 例，无效 2 例，不能耐受 5 例；伴有疾病：高血压 11 例，糖尿病 2 例，脑萎缩 10 例。美多芭组 20 例，

作者简介：丰广魁(1962－)，男，山西山阴人，副主任医师，硕士，研究方向为震颤麻痹、高血压病、脑动脉硬化症、抑郁症等。

其中男 13 例，女 7 例；年龄 33～72(56.8±0.47)岁；病程 0.66～1(3.68±0.4)年；病情：轻度 8 例，中度 12 例，重度 0 例；职业：农民4 例，工人 6 例，干部 8 例，工程师 2 例；学历：初中以下 15 例，中专 3 例，大学 2 例；曾服美多巴有效 5 例，无效 2 例，不能耐受 3 例；伴有疾病：高血压 7 例，糖尿病 1 例，脑萎缩 6 例。两组各项情况经统计学处理无显著差异。

1.2 诊断标准及纳入标准

1.2.1 诊断标准[1] (1)具备 4 个典型症状和体征(静止性震颤、少动、僵直和位置性反射障碍)中的至少两个以上；(2)排除不支持诊断原发性帕金森病的不典型症状和体征。

1.2.2 纳入标准 (1)根据“中医老年颤症疗效评定标准”[2]积分在 6 分以上者；(2)年龄在 80 岁以下，不伴有痴呆、心肌梗死、急性脑卒中、脑卒中后遗症者，无严重肝肾病变者。

1.2.3 疗效评定标准 执行“中医老年颤症疗效评定标准”即改良的 webster 功能评分法。第 1、3 个月各评分 1 次，按症状改善情况评分，求出进步率，计算公式为：进步率 = [(治疗前评分 - 治疗后评分)/治疗前评分] × 100%。进步率 100% 者评为临床治愈，50%～99% 为显效，1%～49% 为有效，< 1% 为无效。多汗、便秘标准自行制定(略)。

1.3 治疗方法

1.3.1 药物制备 镇颤舒由生白芍、炙甘草、葛根、厚朴等组成，上述药物经水煎，醇提，酸浸，提取挥发油，掺入少量生药粉剂制成浸膏，经浓缩低温干燥、粉碎制成胶囊，规格 0.3×60/盒，含生药 1.95 g/粒。

1.3.2 给药方法 镇颤舒组服用镇颤舒 4 粒/次，3 次/d，3 个月为 1 个疗程，3 例因病重与美多芭联用，最大剂量不超过 3 片/d。美多芭组服用美多芭，依照中华医学会神经学分会[3]提出的药物治疗一般原则，不联用其他治疗 PD 药物。两组降压药、降糖药、改善黏度药物视病情应用。

2 结果

2.1 临床综合疗效 镇颤舒组 30 例，完全恢复 2 例，显效 13 例，有效 11 例，无效 4 例，显效率 50%，总有效率 86.6%，美多芭组 20 例，显效 7 例，有效 9 例，无效 4 例，显效率 35%，总有效率 80%，两组显效率，总有效率经统计学处理无明显差异($P > 0.05$)。

2.2 两组治疗前后积分比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后积分情况

组别	例数	治疗前				治疗后			
		0 分	6～10 分(轻)	11～20 分(中)	21～30 分(重)	0 分	6～10 分(轻)	11～20 分(中)	21～30 分(重)
镇颤舒组	30	0	14	15	1	2	24	4	1
美多芭组	20	0	8	12	0	0	15	5	0

注：组间比较 $P > 0.05$；组内比较 $P < 0.05$

2.3 两组完全恢复、无效例数及积分情况 两组 8 例无效病例治疗前积分都在 11～30 分，其中 11～20 分(中)7 例，26 分(重)1 例；完全恢复 2 例，治疗前积分均在 10 分以内，治愈例病程较短仅 2 年，无效病例病程长。

2.4 两组主要症状、体征改善情况的比较 见表 2。

表 2 两组对主要症状、体征改善情况($\bar{x} \pm s$)

主要体征	例数	镇颤舒组 治疗前	镇颤舒组 治疗后	镇颤舒组 改善率(%)
静止性震颤△	28	1.78±0.67	0.82±0.60*	54
颈肩强直	26	1.62±0.56	1.04±0.52*	46
手部动作迟缓	26	1.77±0.64	1.19±0.48*	33
生活自理力	20	1.55±0.67	1.15±0.65*	26
多汗	4	1.50±0.50	1.00±0.61**	34
便秘	8	1.63±0.48	0.88±0.60*	46

主要体征	例数	美多芭组 治疗前	美多芭组 治疗后	美多芭组 改善率(%)
静止性震颤△	17	1.71±0.67	1.29±0.45*	24
颈肩强直	16	1.50±0.71	0.88±0.48*	42
手部动作迟缓	15	1.60±0.71	0.87±0.61*	46
生活自理力	11	1.45±0.66	1.09±0.29*	25
多汗	5	1.40±0.49	1.10±0.37**	21
便秘	7	1.43±0.49	1.29±0.45**	10

注：组内治疗前后相比，* $P < 0.05$，** $P > 0.05$；组间治疗前均 $P > 0.05$，治疗后△ $P < 0.01$，余均 > 0.05。

3 讨论

左旋多巴目前仍然是治疗 PD 最有效的药物，被誉为 PD 药物的“金标准”，因此，本课题以美多芭作对照。震颤麻痹属中医颤证范畴，认为是由于风气内动，筋脉失养所致。清·张路玉谓之“颤振”，并指出本病主要是风、火、痰为患，清·高鼓峰提出了“大抵气血俱虚，不能荣养筋骨，故为之振摇而不能主持也”之说。近 20 年，中医学者对本病症的认识逐渐驱于一致，统一病名为老年颤症[2]，并制定了诊断标准、辨证分型和疗效标准。本研究以筋急风动为病理关键，取芍药甘草汤柔肝缓痉为君，配以钩藤、珍珠母以加重平肝熄风之力，配僵蚕止痉熄风共为臣药，黄芪益气，当归补血，川芎、葛根配当归活血行瘀并通络，厚朴和中理气，合甘草防重坠阴柔之品伤脾，又能解美多芭败胃之毒性，诸药共奏柔肝缓痉，化瘀通络之功。现代药理研究，芍药甘草汤有松弛肌肉和抗痉挛作用[4]，白芍的这种效能与抗胆碱无关[5]，当归、厚朴有松弛肌肉的作用[4]。结果显示，镇颤舒对 PD 临床症状和体征有显著改善作用，功同美多芭，对轻度、中度障碍改善较好。对重度改善较差，对临床主要症状、体征震颤、肌僵直改善显著，静止性震颤改善率 54%($P < 0.001$)，优于美多芭组($P < 0.01$)，颈肩强直改善率 46%，对手部动作迟缓、自理生活能力改善较弱，分别为 33% 和 26%，对非运动障碍症状便秘、多汗也有改善作用。从病案中可以看到镇颤舒与美多芭有协同作用，能提高美多芭的疗效，改善美多芭的剂末效应和开关现象，并能降低其副作用，推测可能与增强多巴胺的转化、储存、释放能力，以及提高中枢多巴胺受体的敏感性和对多巴胺的摄取能力有关，结果与日本报道[6-7]中药能提高左旋多巴疗效，改善毒副作用一致。有实验研究表明[8]，中药能对中脑纹状体多巴胺系统产生一定的影响，并且这种影响不同于左旋多巴类制剂，据报道[8]，养肝熄风药能够调节多巴胺合成的限速酶——酪氨羟化酶，进而影响多巴胺的效应，镇颤舒对 PD 的改善可能与此有关。功能在于康复[9]，通过中医药康复治疗，达到功能恢复的目的。

参考文献：

[1] 王新德. 帕金森病及帕金森综合症的诊断依据和鉴别诊断[J]. 中华神经精神科杂志，1985，18(4)：255-256.

[2] 隆呈祥. 中医老年颤症诊断和疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报，1992，15(4)：39-41.

[3] 罗毅. 原发性帕金森病治疗的建议(1998 年)[J]. 中风与神经疾病杂志，1999，16(2)：114-115.

[4] 玉井敏弘. 试用汉方药治疗帕金森氏病[J]. 国外医学：中医中药分册，1992，14(6)：33.

[5] 李广勋. 中药药理毒理与临床[M]. 天津：天津科技翻译出版公司，1992：54.

[6] 藤实喜. 使用黄连解毒汤治疗帕金森氏病的经验[J]. 国外医学：中医中药分册，1992，14(6)：33.

[7] 桧山幸孝. 和汉药对 L-多巴治疗中的帕金森病的治疗经验[J]. 国外医学：中医中药分册，1992，14(6)：33.

[8] 李文伟. 帕金森病的中药治疗及现代药理研究[J]. 现代康复，2000，4(3)：338-339.

[9] 顾玉东. 功能在于康复[J]. 现代康复，2001，5(11)：22.

(收稿日期：2001-12-24) (编辑：王锡权)