**颤病（帕金森病）中医诊疗方案**

---潍坊市中医院脑病科2020.09修订

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断：参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医内科学》中颤病的诊断（周仲瑛主编.中医内科学.北京：中国中医药出版社，2007）。

（1）头部及肢体颤抖、摇动，不能自制，甚者颤动不止，四肢强急。

（2）常伴动作笨拙、活动减少、多汗流涎、语言缓慢不清、烦躁不寐、神识呆滞等症状。

（3）多发生于中老年人，一般呈隐袭起病，逐渐加重，不能自行缓解。部分病人发病与情志有关，或继发于脑部病变。

2.西医诊断：参照2006年中华医学会神经病学分会制定的《帕金森病的诊断标准》。

（1）符合帕金森症的诊断

1）运动减少：启动随意运动的速度缓慢。疾病进展后，重复性动作的运动速度及幅度均降低。

2）至少存在下列1项特征：①肌肉僵直；②静止性震颤4～6Hz；③姿势不稳（非原发性视觉、前庭、小脑及本体感受功能障碍造成）。

（2）支持诊断帕金森病必须具备下列3项或3项以上的特征

1）单侧起病；

2）静止性震颤；

3）逐渐进展；

4）发病后多为持续性的不对称性受累；

5）对左旋多巴的治疗反应良好（70%～100%）；

6）左旋多巴导致的严重的异动症；

7）左旋多巴的治疗效果持续5年或5年以上；

8）临床病程10年或10年以上。

（3）必须排除非帕金森病

下述症状和体征不支持帕金森病，可能为帕金森叠加症或继发帕金森综合征。

1）反复的脑卒中发作史，伴帕金森病特征的阶梯状进展；

2）反复的脑损伤史；

3）明确的脑炎史和（或）非药物所致动眼危象；

4）在症状出现时，应用抗精神病药物和（或）多巴胺耗竭药；

5）1个以上的亲属患病；

6）CT扫描可见颅内肿瘤或交通性脑积水；

7）接触已知的神经毒类；

8）病情持续缓解或发展迅速；

9）用大剂量左旋多巴治疗无效（除外吸收障碍）；

10）发病3年后，仍是严格的单侧受累；

11）出现其他神经系统症状和体征，如垂直凝视麻痹、共济失调，早期即有严重的自主神经受累，早期即有严重的痴呆，伴有记忆力、言语和执行功能障碍，锥体束征阳性等。

诊断：首先是症状诊断（运动或非运动），考虑是否符合帕金森症（Parkinsonism）及其可能的原因，然后考虑是否符合帕金森病及其严重度。

（二）证候诊断

1.风阳上扰证：头部或肢体摇动、颤抖，不能自主，单个上肢，逐渐发展到同侧下肢，对侧肢体，伴有眩晕耳鸣，头痛且胀，失眠多梦，肌肉强直,易怒，腰膝酸软，颜面潮红，尿黄便秘，舌红苔黄，脉弦细数

2.痰热动风证：神呆懒动，形体稍胖，头胸前倾，头或肢体振颤尚能自制，活动缓慢，胸脘痞满，口干或多汗，头晕或头沉，痰黄，小便短赤，大便闭结或数日不行，舌质红或暗红，舌苔黄或黄腻，脉细数或弦滑。

3.气滞血瘀证：头部或肢体摇动、颤抖，发作与情志变化有关，易激惹，善太息或妄思离奇，胸胁满闷，不思饮食，或伴有活动乏力，动则气喘，面色恍白，舌质淡暗或有瘀点瘀斑，苔薄白，脉弦或细涩。

4.阴血亏虚证：头部或肢体摇动、颤抖，不能自主，单个上肢，逐渐发展到同侧下肢，对侧肢体，动作迟缓,伴有纳呆，头晕心悸，神疲乏力，气短懒言，肢冷便溏，舌淡红，苔薄白滑，脉沉无力。

5.精亏髓减证：头摇肢颤，不能自主，持物不稳，步行障碍,步距小，伴有腰膝酸软、头晕耳鸣，善忘，言语失序，寤寐颠倒，啼笑反常，小便失禁，舌淡红，苔薄白，脉沉无力。

6. 阴阳两虚证：头摇肢颤，筋脉拘挛，畏寒肢冷，四肢麻木，心悸懒言，动则气短，自汗，舌淡，苔薄白，脉沉迟无力。

二、鉴别诊断

2.1中医鉴别诊断：

瘛疭：瘛疭即抽搐，多见于急性热病或某些慢性疾病急性发作，抽搐多呈持续性，有时伴短阵性间歇，手足屈伸牵引，弛纵交替，部分病人可有发热，两目上视，神昏等症状。

2.2西医鉴别诊断：

（1）帕金森叠加综合征：帕金森叠加综合征包括多系统萎缩（MSA）、进行性核上性麻痹（PSP）和皮质基底节变性（CBD）等。在疾病早期即出现突出的语言和步态障碍，姿势不稳，中轴肌张力明显高于四肢，无静止性震颤，突出的自主神经功能障碍，对左旋多巴无反应或疗效不持续均提示帕金森叠加综合征的可能。尽管上述线索有助于判定帕金森叠加综合征的诊断，但要明确具体的亚型则较困难。

（2）特发性震颤（essential tremor, ET）：此病隐袭起病，与帕金森病突出的不同在于特发性震颤起病时多为双侧症状，不伴有运动迟缓，无静止性震颤，姿势性震颤和动作性震颤为唯一的临床症状，疾病进展很慢，多有家族史，有相当一部分患者生活质量几乎不受影响。

三、治疗方案

（一）辩证选择口服中药汤剂、中成药：

1.风阳上扰证

治法：平肝潜阳，滋阴熄风

推荐方药：天麻钩藤饮合镇肝熄风汤加减。天麻、钩藤、石决明、杜仲、牛膝、桑寄生、栀子、黄芩、益母草、茯神、夜交藤、白芍、天冬、玄参、龟板。

中成药：平肝熄风胶囊

2. 痰热动风证

治法：清热化痰，平肝熄风

推荐方药：黄连温胆汤合羚角钩藤汤加减。黄连、枳实、竹茹、半夏、陈皮、茯苓、羚羊角、钩藤、桑叶、生地、茯神、菊花。

中成药：牛黄熄风胶囊

3. 气滞血瘀证

治法：理气活血，通络熄风

推荐方药：血府逐瘀汤和补阳还五汤加减。黄芪、当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、桔梗、川芎、牛膝、地龙、甘草。

中成药：益气熄风胶囊

4. 阴血亏虚证

治法：滋阴养血，濡养筋脉

推荐方药：大定风珠加减。白芍、阿胶、生龟板、干地黄、火麻仁、五味子、生牡蛎、麦冬、鸡子黄、鳖甲、炙甘草。

中成药：养阴熄风胶囊

5. 精亏髓减证

治法：填精益髓，育阴熄风

推荐方药：龟鹿二仙胶加减。龟板、鹿角、枸杞子、人参。

6. 阴阳两虚证

治法：补肾助阳，滋阴柔筋

推荐方药：地黄饮子加减。熟地、巴戟天、山茱萸、肉苁蓉、附子、石斛、五味子、茯苓、石菖蒲、远志、官桂、麦冬。

（二）静脉滴注中药注射液:

可选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注，如银杏叶提取物、灯盏细辛、灯盏花素、丹参川芎嗪、疏血通注射液等。

（三）针刺治疗

1.基本穴位：舞蹈震颤控制区、四神聪、百会、风池、本神、曲池、太冲、合谷等。

2.根据体质，辨证选穴。肝肾不足，选用肝俞、肾俞、阳陵泉；气血亏虚，选用气海、足三里；血瘀阻痹，加用曲池、合谷、太冲；痰浊交阻，选用中脘、丰隆。精气亏乏，阴血不足，选用背俞穴或夹脊穴。

3.针对兼症，临床变通。震颤较甚者加用大椎、少海、后溪；僵直较甚者加用大包与期门；汗多者选用肺俞、脾俞；皮脂溢出选用内庭、曲池；胃脘腹部胀满选用梁门、中脘、气海；便秘用天枢、气海；口干舌麻用承浆、廉泉、复溜。

（四）其他疗法

根据病情需要和临床症状，可选用以下中医诊疗设备：多功能艾灸仪、数码经络导平治疗仪、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪等。

（五）内科基础治疗：根据患者病情程度、年龄、就业情况和经济状况等因素综合考虑进行药物选择，主要包括症状性治疗和保护性治疗药物二方面。参照《中国帕金森病治疗指南（第二版）》 （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（第二版）.中华神经科杂志，2009，42（5）：352～355）。

（六）推拿治疗

对于缓解早期出现的震颤、僵直效果较好。推拿的重点是加强病人的伸展肌肉范围，牵引缩短、僵直的肌肉。动作轻柔和缓，要对颈腰四肢各关节及肌肉全面进行推拿按摩，至少两天一次，尽量保持关节的活动幅度。

（七）康复训练

1.放松锻炼：放松和深呼吸锻炼有助于减轻帕金森病患者心理紧张，减轻在公共场所行动不便，动作缓慢及肢体震颤等症状。

2.关节运动范围训练：力求每个关节的活动都要到位，注意避免过度的牵拉及出现疼痛。

3.平衡训练：加强姿势反射、平衡、运动转移和旋转运动的训练。双足分开站立，向前后左右移动重心，跨步运动并保持平衡；躯干和骨盆左右旋转，并使上肢随之进行大的摆动；重复投扔和拣回物体；运动变换训练包括床上翻身、上下床、从坐到站、床到椅的转换等。

4.步态训练：关键在于抬高脚尖和跨大步距。患者两眼平视，身体站直，两上肢的协调摆动和下肢起步合拍，跨步要尽量慢而大，两脚分开，两上肢在行走时做前后摆动，同时还要进行转弯和跨越障碍物训练。转弯时要有较大的弧度，避免一只脚与另一只脚交叉。

（八）护理调摄

1.饮食：多吃新鲜蔬菜、水果，多饮水、多食含酪胺酸的食物如瓜子、杏仁、芝麻等，适当控制脂肪的摄入。服用左旋多巴制剂，蛋白质饮食不可过量。食物按软食供给-注意病人活动中的安全问题，需有专人护理，防止跌倒。结合口腔护理，翻身叩背，以预防坠积性肺炎的发生。

3.心理护理：使患者情绪松弛，给予适当的鼓励、劝告和指导，积极面对疾病，主动配合治疗。

四、疗效评价

（一）评价标准

1.疗效评价标准：采用统一帕金森病评定量表（UPDRS）进行评定。显效≥20%，有效≥12%，无效＜12%，恶化＜－12%。

2.证候疗效评价标准：根据《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年5月第一版）相关内容进行评定。

基本控制：中医临床症状、体征消失或基本消失；证候积分减少≥90%；

显效：中医临床症状、体征明显改善；证候积分减少≥70%；

有效：中医临床症状、体征均有好转；证候积分减少≥30%；

无效：中医临床症状、体征无明显改善；证候积分减少不足30%；

恶化：中医临床症状、体征加重；证候积分增加。

（二）评价方法

1.疗效判定方法：采用统一帕金森病评定量表（UPDRS）评价疗效，疗效指数=（治疗前得分-治疗后得分）/治疗前得分×100%。

2.证候疗效判定方法

根据《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年5月第一版）相关内容进行评价，采用尼莫地平法：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×100%。**《颤病（帕金森病）中医诊疗方案》的优化**

经过1年的实施，在各科及各人提出修改意见的基础上，脑病科有关人员充分酝酿，对诊疗方案进行认真讨论，在2019年9月对2018年《颤病（帕金森病）中医诊疗方案》的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，优化如下：

一、疗效总结、分析

本年度我科共354例病例中，用中药汤剂342例，用中药自制剂347例，用中成药静脉制剂354例，针灸207例，使用中医特色疗法354例。中药饮片使用率98.4%，中成药使用率99.2%，中医特色疗法能使用率100%，辨证施治率100%，中医药治疗比例较去年同期中医药治疗比例提高8.7%。风阳上扰证119例，痰热动风证87例，气滞血瘀证71例，阴血亏虚证34例，精亏髓减证17例，阴阳两虚证19例，其它7例。

通过对在院的65例患者及出院的289例患者进行电话随访，对治疗费用满意率92.5%、治疗效果满意率95.8%、诊疗服务满意率98.1%。总有效率达到94.3%以上。该诊疗方案疗效可靠，安全性好，能明显改善患者的症状、提高生活质量。

疗效分析：治疗效果：症状改善率为93.7%、体征改善率92.8%。

二、疗效评价

优势：分型较前完善，总体疗效较前提高。

难点：

1.气滞血瘀型颤病病人好转相对慢。

2.气滞血瘀型大部分包括气虚症状，在原方基础上加用补气方剂补阳还五汤加减，效果更显著。

三、中医治疗难点解决措施

1.根据已发表的论文《腔隙性脑梗死后帕金森综合征的中医病机及其证治》，对颤病的中医病机及其证治进一步研究。

2.将颤病—气滞血瘀型方药在血府逐瘀汤基础上合用补阳还五汤加减。

3.中成药中加用益气熄风胶囊自制剂来益气活血。