◆临床证治◆

滋阴解郁方联合西药治疗阴虚肝郁型帕金森病伴抑郁临床研究

张露咪，王逸如，赵娜

浙江中医药大学附属温州市中医院神经内科，浙江 温州 325000

［摘要］**目的：**观察滋阴解郁方联合西药治疗阴虚肝郁型帕金森病伴抑郁的临床疗效。**方法：**选择2024年1—12月浙江中医药大学附属温州市中医院收治的108例阴虚肝郁型帕金森病伴抑郁患者，按照随机数字表法分为联合组和西医组各54例。2组均予抗帕金森病用药及盐酸氟西汀胶囊治疗，联合组加予滋阴解郁方治疗，2组均治疗8周。治疗前后评估汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分、简版老年抑郁量表（GDS-15）评分、中医证候评分、帕金森病评分量表的第三部分（UPDRS-Ⅲ）评分、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评分，检测神经递质［5-羟色胺（5-HT）、去甲肾上腺素（NE）、多巴胺（DA）］水平。比较2组的临床疗效与不良反应发生率。**结果：**治疗后，联合组总有效率高于西医组（$P<0.05$）。2组HAMD评分、GDS-15评分、中医证候评分、UPDRS-Ⅲ评分及PSQI评分均较治疗前降低（$P<0.05$）；联合组以上5项评分均低于西医组（$P<0.05$）。2组5-HT、NE及DA水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；联合组5-HT、NE及DA水平均高于西医组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**滋阴解郁方联合西药治疗阴虚肝郁型帕金森病伴抑郁患者效果良好，可有效减轻抑郁症状，缓解阴虚肝郁证相关中医证候，改善睡眠质量和运动功能，安全性良好。

［关键词］帕金森病；抑郁；阴虚肝郁证；滋阴解郁方；睡眠质量；神经递质
［中图分类号］R277.7　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）04-0001-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.04.001

Clinical Study of Ziyin Jieyu Prescription for Parkinson′s Disease with Depression of Yin Deficiency and Liver Stagnation Type

ZHANG Lumi, *WANG Yiru*, *ZHAO Na*

Department of Neurology, Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Ziyin Jieyu Prescription on Parkinson′s disease (PD) with depression of yin deficiency and liver stagnation type. **Methods:** A total of 108 PD patients with depression of yin deficiency and liver stagnation type admitted to Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University from January to December 2024 were divided into the combination group and the western medicine group according to the random number table method, with 54 cases in each group. The western medicine group was treated with antiparkinsonian medications and Fluoxetine Hydrochloride Capsules, and the combination group received Ziyin Jieyu Prescription. Both groups were treated for eight weeks. Before and after treatment, the Hamilton Depression Scale (HAMD) scores, the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) scores, the traditional Chinese medicine

［收稿日期］2025-04-21
［修回日期］2025-10-26
［基金项目］浙江中医药大学2023年科研专项课题（2023FSYYZY23）
［作者简介］张露咪（1996-），女，医学硕士，住院医师。
［通信作者］赵娜（1982-），女，主任中医师。

syndrome scores, the third part of the Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS-Ⅲ) scores, and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores were evaluated. The levels of neurotransmitters [5-hydroxytryptamine (5-HT), norepinephrine (NE), dopamine (DA)] were detected. The clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results**: After treatment, the total effective rate in the combination group was higher than that in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, HAMD scores, GDS-15 scores, traditional Chinese medicine syndrome scores, UPDRS-Ⅲ scores, and PSQI scores were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the above five scores in the combination group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the levels of 5-HT, NE, and DA in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the above three levels in the combination group were higher than those in the western medicine group ($P<0.05$). There was no difference being found in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Ziyin Jieyu Prescription combined with western medicine has a good effect on PD with depression of yin deficiency and liver stagnation type, which can effectively reduce depressive symptoms, mitigate traditional Chinese medicine syndromes related to yin deficiency and liver stagnation, and improve sleep quality and motor function with good safety.

Keywords: Parkinson's disease; Depression; Yin deficiency liver stagnation syndrome; Ziyin Jieyu Prescription; Sleep quality; Neurotransmitter

帕金森病(PD)是以运动功能障碍为主要特征的神经退行性疾病，不仅表现为典型运动症状，还伴随多种非运动症状，其中抑郁症状尤为常见[1]，不仅加重患者的生活与经济负担，也影响了患者对抗PD治疗的依从性及生活质量[2]。目前临床治疗PD伴抑郁以抗抑郁药物为主，如氟西汀、帕罗西汀、文拉法辛等，但药物的疗效存在个体差异，部分患者可能效果不佳且耐受性较差，容易出现恶心、嗜睡、体质量增加等不良反应[3-4]。此外，抑郁情绪可能影响多巴胺代谢，导致PD患者的运动功能进一步恶化[5]。

有中医学者认为，PD伴抑郁的发生与肝、脾、肾三脏功能失调密切相关，PD患者多因年老体衰或久病损耗，导致肾阴亏虚，水不涵木，肝失濡养，疏泄失职，引发情绪低落、焦虑、失眠多梦等郁证样症状[6]。笔者在临床观察中发现，阴虚肝郁证在PD伴抑郁患者中较为常见。针对此证型患者，治疗宜坚持“肝肾同治”原则，从补肾育阴、疏肝解郁入手。滋阴解郁方是浙江中医药大学附属温州市中医院赵娜主任在柴胡疏肝散和左归饮基础上加减化裁而来的经验方，既有柴胡疏肝散疏肝理气的功效，又兼具左归饮补肾滋阴的作用，可补肾育阴、疏肝解郁、宁心安神，符合阴虚肝郁型PD伴抑郁论治原则，已在临床应用一段时间，效果良好，但作用机制尚不明确。为明确中西医联合疗法的有效性和中药方剂的潜在作用机制，本研究观察滋阴解郁方联合西药治疗阴虚肝郁型PD伴抑郁患者的疗效及对运动症状和神经递质的影响，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 结合《中国帕金森病的诊断标准(2016版)》[7]与《中医治未病·帕金森抑郁和/或焦虑专家共识》[8]拟定PD伴抑郁诊断标准。确诊为原发性PD；在PD发病后出现精力减退、兴趣丧失、体质量降低、性欲减退、自我评价过低、疲乏感、精神运动性迟缓或激越、有自杀念头或行为等抑郁症状，持续至少2周，汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分≥8分；排除精神分裂症、器质性精神障碍、非成瘾物质等导致的抑郁障碍。

Hoehn-Yahr分级标准[9]。0级：无PD相关体征；1级：仅单侧肢体出现症状(如手部震颤、肌肉僵硬)，不影响平衡功能；1.5级：单侧症状伴随轻度平衡障碍，如站立时需扶墙或借助外力；2级：双侧肢体出现症状，但平衡功能正常；2.5级：双侧肢体症状加重，但在拉动试验(如向后拉患者)下可恢复平衡；3级：平衡功能明显受损，需依赖辅助设备(如

拐杖）行走，但仍能独立生活；4级：需他人帮助才能站立或行走，无法独立完成日常活动；5级：完全依赖轮椅或卧床，需全天护理。

1.2 辨证标准 参照《中医治未病·帕金森抑郁和/或焦虑专家共识》[8]拟定阴虚肝郁证辨证标准。心烦易怒，胁肋胀痛，口干目涩，肢体麻木，潮热汗出，失眠多梦，腰膝酸软，善太息，心悸，头晕耳鸣，舌质红或红绛，苔白或薄白，脉沉细弦。

1.3 纳入标准 符合PD伴抑郁诊断标准；符合阴虚肝郁证辨证标准；年龄60～80岁；认知功能正常，可配合完成量表评估；Hoehn-Yahr分级≤3级；签署知情同意书；能配合随访。

1.4 排除标准 伴有严重认知功能障碍；既往有精神疾病史；近期使用过抗抑郁药或接受过其他治疗措施；合并严重心、肝、肾功能不全；合并消化性溃疡、胃癌、胃食管反流等影响药物消化吸收的疾病。

1.5 剔除、脱落、中止标准 治疗依从性差，未按研究方案治疗；研究期间突发严重并发症或重大疾病；失访；主动要求退出研究；关键疗效指标缺失。

1.6 一般资料 选择2024年1—12月浙江中医药大学附属温州市中医院收治的108例阴虚肝郁型PD伴抑郁患者，按照随机数字表法分为联合组和西医组各54例。联合组剔除2例患者（1例关键疗效指标缺失，1例未遵方案治疗），最终纳入52例。西医组剔除、脱落3例患者（治疗依从性差、主动退出研究、失访各1例），最终纳入51例。联合组男28例，女24例；年龄61～80岁，平均（70.35±4.96）岁；PD病程2～11年，平均（6.97±2.10）年；Hoehn-Yahr分级情况：1级8例，1.5级11例，2级14例，2.5级13例，3级6例；HAMD评分10～35分，平均（22.16±6.55）分；抗PD用药：多巴丝肼片41例，卡左双多巴缓释片11例。西医组男30例，女21例；年龄60～79岁，平均（69.27±5.13）岁；PD病程2～10年，平均（6.75±2.01）年；Hoehn-Yahr分级情况：1级7例，1.5级13例，2级12例，2.5级11例，3级8例；HAMD评分9～35分，平均（21.74±5.89）分；抗PD用药：多巴丝肼片39例，卡左双多巴缓释片12例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属温州市中医院伦理审查委员会审核批准（WZY2024-KT-065-01）。

2 治疗方法

所有患者继续接受原先的抗PD用药，且剂量稳定至少30天。多巴丝肼片（上海罗氏制药有限公司，国药准字H10930198，规格：每片含左旋多巴200 mg与苄丝肼50 mg），每天总剂量500～1 000 mg，分3～4次服用。卡左双多巴缓释片（默沙东制药有限公司，国药准字HJ20160371，规格：每片含卡比多巴50 mg与左旋多巴200 mg），每天总剂量500～1 250 mg，分2～3次服用。

2.1 西医组 予盐酸氟西汀胶囊（上海上药中西制药有限公司，国药准字H19980114，规格：20 mg/粒）治疗，每次口服20 mg，每天1次，连续治疗8周。

2.2 联合组 在西医组治疗基础上加用滋阴解郁方，处方：熟地黄12 g，山药12 g，柴胡6 g，香附6 g，川楝子6 g，枳壳6 g，川芎9 g，当归9 g，白芍10 g，麦冬10 g，北沙参9 g，山茱萸6 g，枸杞子9 g，茯神12 g，炙甘草6 g。随症加减：肝郁甚者加郁金9 g，陈皮6 g；失眠严重者加酸枣仁12 g，煅龙骨（先煎）15 g；脾虚痰多者加法半夏6 g，厚朴6 g；腹胀纳呆者加山楂15 g，神曲9 g。每天1剂，水煎取汁300 mL，分早晚温服，疗程8周。治疗期间，每14天复诊1次，如无特殊情况，维持原剂量不变。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于治疗8周后评价。②抑郁程度。应用HAMD、简版老年抑郁量表（GDS-15）[10]评估抑郁程度。HAMD包含抑郁情绪、躯体症状、睡眠障碍等24个条目，总分0～76分，HAMD评分＜8分代表无抑郁，8～20分代表轻度抑郁，21～35分代表中度抑郁，＞35分代表重度抑郁。GDS-15包含是否对生活满意、是否感到精力不足、是否感到厌烦等15个条目，患者根据自我感受选择“是”或“否”，其中10个问题答“是”计1分，5个问题答“否”计1分（反向计分），总分0～15分，≤4分代表无抑郁，5～8分代表轻度抑郁，9～11分代表中度抑郁，12～15分代表重度抑郁。于治疗前、治疗8周后评估。③中医证候评分[11]。对心烦易怒、胁肋胀痛、口干目涩、肢体麻木、潮热汗出、失眠多梦、腰膝酸软、善太息、心悸、头晕耳鸣等10项中医证候进行评估，根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分，总分30分，0～10分代表症状轻微，11～20分

代表症状显著，21～30分代表症状严重。于治疗前、治疗8周后评估。④运动功能。应用帕金森病评分量表的第三部分（UPDRS-Ⅲ）[12]评估PD患者的运动功能，共计14个条目，均按轻微、中度、较重、严重和非常严重5个等级分别计为0～4分，总分0～56分，0～10分表示症状轻微，11～20分表示症状明显，21～30分表示症状显著，31～40分表示症状严重，41～56分表示症状非常严重，得分越高表示运动障碍越严重。于治疗前、治疗8周后评估。⑤睡眠质量。应用匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）[13]评估睡眠质量，共计7个条目，均按0～3分计分，总分0～21分，0～5分代表睡眠质量良好，6～10分代表睡眠质量中等，11～15分代表睡眠质量较差，16～21分代表睡眠质量非常差。于治疗前、治疗8周后评估。⑥神经递质。取患者空腹外周静脉血，以转速3 000 r/min、离心半径5 cm离心15 min，收集上清液待测。使用美国Bayer 180Plus免疫化学发光分析仪，应用酶联免疫吸附法检测血清5-羟色胺（5-HT）、去甲肾上腺素（NE）、多巴胺（DA）水平。于治疗前、治疗8周后检测。⑦治疗安全性。治疗期间进行肝肾功能、血常规监测，观察与统计不良反应的发生情况。

3.2　统计学方法　应用SPSS25.0统计学软件进行数据分析。计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间和组内比较分别采用独立样本t检验和配对样本t检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　显效：抑郁症状基本消失（HAMD评分≤8分）或显著减轻（HAMD评分减少率≥70%），且运动功能显著改善（UPDRS-Ⅲ评分减少率≥50%），同时中医证候评分减少率≥70%；有效：抑郁症状有所减轻（50%≤HAMD评分减少率＜70%），且运动功能有所改善（30%≤UPDRS-Ⅲ评分减少率＜50%），同时30%≤中医证候评分减少率＜70%；无效：未达到“显效”或“有效”标准中的任意一项标准，即HAMD评分减少率＜50%，或运动功能改善未达“有所改善”标准，或中医证候评分减少率＜30%[14]。HAMD评分减少率=（治疗前HAMD评分-治疗后HAMD评分）/治疗前HAMD评分×100%；中医证候评分减少率=（治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分）/治疗前中医证候评分×100%。UPDRS-Ⅲ评分减少率=（治疗前UPDRS-Ⅲ评分-治疗后UPDRS-Ⅲ评分）/治疗前UPDRS-Ⅲ评分×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗后，联合组总有效率高于西医组（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	52	21（40.38）	25（48.08）	6（11.54）	46（88.46）
西医组	51	17（33.33）	20（39.22）	14（27.45）	37（72.55）
χ^2值					4.167
P值					0.041

4.3　2组治疗前后HAMD评分、GDS-15评分及中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组HAMD评分、GDS-15评分及中医证候评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组HAMD评分、GDS-15评分及中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$）；联合组HAMD评分、GDS-15评分及中医证候评分均低于西医组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后HAMD评分、GDS-15评分及中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	HAMD评分		GDS-15评分		中医证候评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	52	22.16±6.55	11.63±3.17①	11.64±2.17	6.56±2.11①	18.43±3.34	8.83±2.52①
西医组	51	21.74±5.89	14.47±4.20①	11.38±2.05	8.02±2.35①	17.96±4.31	11.69±3.35①
t值		0.342	-3.878	0.624	-3.319	0.619	4.903
P值		0.733	＜0.001	0.533	0.001	0.537	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4　2组治疗前后UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分比较　见表3。治疗前，2组UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分均较治疗前降低（$P<0.05$）；联合组UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分均低于西医组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	UPDRS-Ⅲ评分		PSQI评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	52	39.73±5.88	26.71±4.90①	14.73±3.26	8.79±2.47①
西医组	51	40.28±6.15	30.66±5.48①	14.40±3.51	10.45±3.13①
t值		−0.464	−3.858	0.495	−2.991
P值		0.644	<0.001	0.622	0.003

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.5　2组治疗前后神经递质水平比较　见表4。治疗前，2组5-HT、NE及DA水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组5-HT、NE及DA水平均较治疗前升高($P<0.05$)；联合组5-HT、NE及DA水平均高于西医组($P<0.05$)。

4.6　2组不良反应发生率比较　见表5。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4　2组治疗前后神经递质水平比较($\bar{x}\pm s$)　ng/mL

组　别	例数	5-HT		NE		DA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	52	186.46±47.88	285.25±52.73①	23.20±5.45	43.38±11.61①	25.38±6.06	47.18±7.74①
西医组	51	190.14±53.27	246.71±60.97①	24.12±6.11	37.19±9.84①	24.77±5.63	39.86±9.22①
t值		−0.369	3.433	−0.807	2.916	0.529	4.367
P值		0.713	0.001	0.422	0.004	0.598	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表5　2组不良反应发生率比较　例(%)

组　别	例数	恶心腹胀	便秘	嗜睡	头晕	合计
联合组	52	1(1.92)	2(3.85)	1(1.92)	1(1.92)	5(9.62)
西医组	51	2(3.92)	0	0	2(3.92)	4(7.84)
χ^2值						0.101
P值						0.750

5　讨论

PD患者因年老体衰、病程日久，易致肝气郁结，气机不畅，出现抑郁寡欢、情绪低落、焦虑不安等症状。肾阴为人体阴液之根本，具有滋养、濡润脏腑之功，肾阴亏虚，则阴液不足，表现为头晕耳鸣、口干咽燥、五心烦热、潮热盗汗、睡眠不安等。依据“肝肾同源、精血互化”理论，肾阴亏虚则肝血亦亏，肝失濡养，进一步加重郁证。PD伴抑郁的基本病机在于肝肾不足、肝郁气滞，治疗当以肝肾同治，以补肾育阴、疏肝理气为根本，兼顾宁心安神。

滋阴解郁方由柴胡疏肝散和左归饮加减化裁而成，方中熟地黄养血滋阴、补肾益髓，山药固肾益津、补脾养胃，二者合用，肾阴得补、津液得生，共为君药。柴胡疏肝解郁、和解表里；香附疏肝理气，可助柴胡解肝经之郁滞；川楝子疏肝泄热、行气止痛；枳壳理气宽中、行滞消胀；川芎、当归行气活血；六药合用，增强疏肝、行气、活血之效，使肝体得养，共为臣药。麦冬养阴生津、清心除烦；北沙参养阴清肺、益胃生津，协同麦冬，重在滋养上、中二焦之阴液，使阴液化生有源；白芍养血柔肝、敛阴止汗，山茱萸、枸杞子滋补肝肾，茯神宁心安神，六药合用，肝肾同养，宁心安神，共为佐药。炙甘草为使药，调和诸药。全方共奏补肾育阴、疏肝解郁、宁心安神之功效。本研究结果显示，治疗后，联合组总有效率高于对照组，中医证候评分低于对照组，提示加用滋阴解郁方治疗可提高疗效，更好地缓解症状。

HAMD是目前临床上应用最广泛的抑郁症状评定量表之一，能够准确反映抑郁症状的严重程度。GDS-15是专门用于老年人群抑郁情绪筛查的评估工具，评分越高，代表抑郁程度越严重。本研究结果显示，联合组HAMD评分、GDS-15评分均低于西医组，提示加用滋阴解郁方可进一步改善抑郁症状。蔡康林等[15]探讨柴胡-白芍作为整体抗抑郁的作用机制，认为柴胡-白芍可能通过抑制炎症与氧化应激、调节单胺类神经递质、脑源性神经营养因子水平，影响下丘脑-垂体-肾上腺轴、多种氨基酸代谢和能量代谢等，发挥抗抑郁药理作用。郭泽一等[16]利用网络药理学及分子对接技术探究柴胡-香附治疗抑郁症的活性成分及潜在作用机制，认为柴胡-香附可通过调控单胺氧化酶A、表皮生长因子等靶点来实现药效作用。有研究结果表明，枳壳提取物可通过抑制下丘脑-垂体-肾上腺轴亢进，增强海马神经元的连接可塑性，促进皮层神经元重组，发挥抗抑郁功效[17]。

目前，PD伴抑郁的发病机制尚未完全阐明，可能涉及神经递质失衡、神经炎症、神经变性及心理社会因素等多个方面，DA、5-HT、NE等单胺类神经递质的缺乏和神经环路的异常调控是主要病机之一[18]。有研究表明，PD患者的中脑黑质-纹状体通路DA能神经元丢失，而DA不仅与运动控制有关，还可调控大脑的奖赏机制、情绪和动机，缺乏DA会导致兴趣丧失、快感缺乏、情绪低落、动力不足等抑郁症状[19]。5-HT是调节情绪、焦虑、睡眠和认知功能的重要神经递质，黑质纹状体DA系统退行性病变所致的5-HT减少被认为是PD相关抑郁症发生的潜在机制之一[20]。NE在调控情绪、觉醒状态和应激反应中发挥重要作用，有病理研究发现，产生NE的蓝斑神经元在PD早期就已发生退化，这会导致NE水平下降，影响应激应对能力，使患者对负面情绪的耐受性降低，可导致情绪低落、能量缺乏、注意力下降等表现[21]。因此，调节神经递质水平对于减轻抑郁症状有重要治疗意义。本研究结果显示，治疗后，联合组5-HT、NE、DA水平均高于西医组，提示滋阴解郁方可能是通过调节神经递质生成过程发挥治疗作用。现代药理学研究显示，地黄可通过调控海马组织5-HT合成与分泌，减轻大鼠抑郁样行为[22]；柴胡疏肝散具有明显的抗抑郁功效，可通过调节神经活性受体、神经递质合成与代谢、炎症介质生成等途径发挥抗抑郁作用，柴胡中的活性成分柴胡皂苷可增强小鼠海马区NE和5-HT表达，介导DA的释放，从而抑制小鼠抑郁样行为[23-24]；香附挥发油成分可提升小鼠大脑额叶皮质中的5-HT含量，发挥抗抑郁活性[25]；川芎挥发油、当归挥发油可通过上调单胺类神经递质5-HT、NE、DA含量以及抑制神经炎症、保护神经细胞等多途径发挥抗抑郁药理作用[26-27]。

PD伴抑郁患者普遍存在睡眠障碍，该障碍可能会加重PD病情[28]。另外，PD伴抑郁患者的抑郁症状与运动障碍常相互影响，部分选择性血清再吸收抑制剂(SSRIs)抗抑郁药物可能影响DA代谢，导致PD患者的运动功能进一步恶化[29]。因此，改善PD伴抑郁患者的运动功能和睡眠质量对于缓解抑郁有促进作用。UPDRS-Ⅲ是评估PD患者运动功能的权威量表，常用于评估病情的严重程度和疗效。PSQI是国际通用的睡眠质量评估量表，能够准确反映睡眠状况。本研究结果显示，治疗后，联合组UPDRS-Ⅲ评分、PSQI评分均低于西医组，提示加用滋阴解郁方治疗能够进一步改善运动功能，提升睡眠质量，这对减轻抑郁有积极作用。同时，本研究对治疗的安全性进行了监测，治疗期间，2组不良反应发生率相近，提示滋阴解郁方的安全性良好。

综上所述，滋阴解郁方联合西药治疗阴虚肝郁型PD伴抑郁患者效果良好，可有效减轻抑郁症状，缓解阴虚肝郁证相关中医证候，改善睡眠质量和运动功能，安全性良好。

[参考文献]

[1] 尹西，王淼，高中宝，等. 帕金森病抑郁的研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志，2023，25(10)：1118-1120.
[2] 洪新宇，刘卫国，吴均，等. 抑郁对帕金森病患者生活质量的影响分析[J]. 临床神经病学杂志，2024，37(3)：193-196.
[3] 孙陈希，张子豪，王慧青，等. 帕金森病合并抑郁、焦虑的诊治及发病机制研究进展[J]. 中华神经医学杂志，2024，23(6)：631-637.
[4] 祁国贤，刘智斌，马雪，等. 帕金森病伴抑郁的治疗研究进展[J]. 临床神经病学杂志，2024，37(1)：61-64.
[5] CAO Y，LI G F，XUE J S，et al. Depression and related factors in patients with Parkinson′s disease at high altitude[J]. Neuropsychiatr Dis Treat，2021，17：1353-1362.
[6] 饶明月. 一贯煎加味方对阴虚肝郁型帕金森病抑郁的临床疗效观察[D]. 武汉：湖北中医药大学，2018.
[7] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组，中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会. 中国帕金森病的诊断标准(2016版)[J]. 中华神经科杂志，2016，49(4)：268-271.
[8] 吴成翰，周小炫，谢敏，等. 中医治未病·帕金森抑郁和/或焦虑专家共识[J]. 中国中医药信息杂志，2020，27(1)：1-5.
[9] HOEHN M M，YAHR M D. Parkinsonism：onset，progression，and mortality[J]. Neurology，1967，17(5)：427-442.
[10] 唐丹. 简版老年抑郁量表(GDS-15)在中国老年人中的使用[J]. 中国临床心理学杂志，2013，21(3)：402-405.
[11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：365，389.
[12] FAHN S，ELTON R. Unified Parkinson′s Disease Rating Scale[J]. Springer New York，2011，66(2)：2576-2577.
[13] BUYSSE D J，REYNOLDS III C F，MONK T H，et al. The Pittsburgh sleep quality index：a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res，1989，28(2)：193-213.
[14] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标

准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：20-21.
[15] 蔡康林，张婧恺，冉亮弟，等. 柴胡-白芍配伍抗抑郁药理作用机制研究进展[J]. 实用医学杂志，2024，40(4)：447-452.
[16] 郭泽一，曾勇，龙青，等. 基于网络药理学与分子对接技术探讨柴胡-香附治疗抑郁症的作用机制[J]. 国际精神病学杂志，2024，51(1)：78-85.
[17] 徐颖，冯劼，郭建友. 枳壳提取物抗抑郁作用及其机制探讨[J]. 中国临床药理学与治疗学，2013，18(10)：1086-1092.
[18] 刘家喜，李庆，严强东，等. 帕金森伴抑郁发病机制的研究进展[J]. 河北医药，2023，45(20)：3154-3158.
[19] 陈乾，杨文明. 帕金森病伴发抑郁的发病机制及其干预[J]. 中医药临床杂志，2012，24(3)：245-247.
[20] 喇雪梅，郭媛，刘健，等. 5-HT递质系统调节帕金森病精神症状和认知障碍的研究进展[J]. 生理科学进展，2023，54(3)：177-184.
[21] 马利芳，梁建庆，何建成，等. 神经递质在帕金森病发病机制中的作用[J]. 医学研究杂志，2022，51(1)：149-152.
[22] 田萍，张薇，李开言，等. 地黄对慢性不可预知温和应激模型大鼠抑郁样行为及海马单胺类神经递质的影响[J]. 中国中药杂志，2022，47(17)：4691-4697.
[23] 周瑾，黄菲，吴晓俊. 柴胡疏肝散抗抑郁化学成分和药理作用研究进展[J]. 中药药理与临床，2019，35(2)：174-179.
[24] 何清，高圆媛，邓青，等. 柴胡及其复方防治抑郁症的药理作用机制及临床应用研究进展[J]. 中医药导报，2024，30(9)：83-87.
[25] 刘欢，张孟历，于猛，等. 醋制香附挥发油抗抑郁活性及化学成分分析[J]. 药物评价研究，2020，43(3)：436-442.
[26] 胡存玉，曹小霞，王先林，等. 川芎挥发油化学成分、制剂及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2024，26(3)：124-130.
[27] 谢云亮，张博. 当归挥发油对小鼠抑郁行为的影响[J]. 现代食品科技，2024，40(3)：9-17.
[28] 许叶，王琰，陈志斌. 帕金森病常见睡眠障碍的研究进展[J]. 中国老年学杂志，2023，43(1)：221-226.
[29] 王雪梅，冯涛，陈慧敏. 帕金森病抑郁与运动障碍的相关性分析[J]. 中国医药导报，2017，14(35)：4-7，24.

[责任编辑：吴凌，蒋维超(英文)]