

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.07.012

# 柔筋止痛针刺法治疗帕金森病伴发不同类型疼痛患者的临床观察

王少松, 郭静<sup>✉</sup>, 冯晴殷, 刘慧林, 袁芳, 张涛, 侯学思

首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010

**摘要** 目的 观察柔筋止痛针刺法治疗帕金森病伴发疼痛的疗效及对不同类型疼痛的治疗效果。方法 将帕金森病伴发疼痛患者 84 例, 根据 Chandhur 疼痛分类形式分为骨骼肌疼痛 (22 例)、根性疼痛 (10 例)、运动障碍性疼痛 (34 例)、不能静坐或坐立不安感导致的疼痛 (14 例) 及其他 (4 例)。所有患者常规口服治疗帕金森病西药, 停止服用止痛类药物, 同时给予柔筋止痛针刺法治疗, 采用平补平泻法, 留针 30 min, 每日 1 次。5 次为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。治疗前后对不同类型疼痛患者进行中医证候评分、疼痛视觉模拟量表 (VAS) 评分、国王帕金森病疼痛评价量表 (KPPS) 评分、帕金森综合评分量表 (UPDRS) 评分, 治疗后对 84 例患者评价中医证候疗效。结果 84 例患者中临床痊愈 0 例, 明显进步 21 例, 进步 48 例, 稍有进步 5 例, 无效 10 例, 总有效 74 例, 总有效率为 88.1%; 与治疗前比较, 治疗后患者中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分中疼痛频次和总积分、UPDRS 评分均降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。由于其他类型疼痛患者病例数较少不纳入统计分析。治疗后, 帕金森病骨骼肌疼痛患者中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分总积分及 UPDRS 评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ); 帕金森病静坐不能或坐立不安感导致的疼痛患者 VAS 评分、KPPS 评分总积分及疼痛频次较治疗前降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 而 UPDRS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。帕金森病根性疼痛、运动障碍性疼痛患者 VAS 评分、KPPS 评分、UPDRS 评分较治疗前比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 但中医证候总积分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 柔筋止痛针刺法治疗帕金森病伴发疼痛具有一定的临床疗效, 对于改善帕金森病骨骼肌疼痛、不能静坐或坐立不安感导致的疼痛效果更好, 对根性疼痛和运动障碍性疼痛效果不明显。

**关键词** 帕金森病; 疼痛; 针刺; 柔筋止痛; 国王帕金森病疼痛评价量表; 中医证候疗效

帕金森病 (Parkinson's disease, PD) 是一种神经系统退行性疾病, 据统计全世界大于 60 岁的人群中约有 1% 受到帕金森病的影响<sup>[1]</sup>。帕金森病的运动症状包括震颤、肌强直、运动减少和姿势步态异常; 非运动症状分为神经精神症状、睡眠障碍、自主神经功能障碍、胃肠道症状及疼痛等, 其中疼痛是帕金森病最常见的感觉异常<sup>[2-3]</sup>。有文献<sup>[4]</sup>报道, 95.4% 的帕金森病患者有疼痛史, 48.4% 患者表示疼痛症状严重影响了他们的生活质量。帕金森病可归属于中医学“颤病”范畴。目前, 针刺缓解帕金森病伴发疼痛具有肯定的临床疗效<sup>[5-6]</sup>。我们认为, 颤病疼痛多因阴血不足、经络失荣, 或者风邪阻络、经络不通, 因此, 在治疗

时多从肝肾论治, 辅以调神通络, 组成柔筋止痛针刺法。本研究根据 Chandhur 疼痛分类形式<sup>[7]</sup>分为骨骼肌疼痛、根性疼痛、运动障碍性疼痛、不能静坐或坐立不安感导致的疼痛及其他。由于治疗前疼痛程度不同, 故不进行不同类型的比较, 仅观察此针刺方法对帕金森病不同类型疼痛的治疗效果。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

帕金森病诊断标准参照《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》<sup>[8]</sup>。诊断要点: 1) 患者必须存在下列 2 个以上主要特征: 静止性震颤 (节律性, 每秒 4~7 次); 齿轮样或铅管样肌强直; 运动迟缓或减少; 姿势性反射障碍; 至少包括静止性震颤或运动迟缓中 1 项。2) 症状和体征不

基金项目: 北京中医药脑血管病防治办公室

✉ 通讯作者: guojing\_2002@163.com

是由于脑外伤、脑肿瘤、病毒感染、脑血管病或其他已知的神经系统疾病,以及已知的药物和(或)化学毒物所引起。3) 排除下列体征:明显的眼外斜肌麻痹(如核上性共视障碍)、小脑体征、锥体系损害、肌萎缩及体位型低血压现象。4) 症状和体征在初发时或病情中有不对称性的表现。5) 起病为逐渐缓慢发生并呈进行性加重。6) 左旋多巴制剂治疗有效。

### 1.2 纳入标准

符合上述诊断标准者;年龄 18~90 岁;伴有身体持续或间断疼痛 1 个月以上;患者同意接受针刺治疗。

### 1.3 排除标准

曾行大脑深部刺激术(DBS)治疗;合并严重心、肝、肾功能障碍者,精神病患者;合并针刺禁忌症者。

### 1.4 疼痛分类标准

根据 Chandhur 疼痛分类形式<sup>[1]</sup>进行分类:1) 骨骼肌疼痛:疼痛起源于肌肉和骨骼,通常为关节和四肢疼痛,较局限,不沿四肢放射。2) 根性疼痛:沿四肢放射的尖锐性疼痛,经常表现为手指和脚趾的麻木和刺痛。3) 运动障碍性疼痛:可发生于运动障碍前后及过程中,不局限于身体某个部位并且可表现为一种深部疼痛,发生于帕金森病患者早晚肌张力障碍明显时。4) 不能静坐或坐立不安感导致的疼痛:多发生于夜间,患者由于烦躁不安难以入睡而活动肢体,这种疼痛更像一种不适感,通常是腿部受累,患者需要来回走动以缓解。5) 其他:包括肩部或肢体疼痛、嘴部烧灼感、头痛等。

### 1.5 一般资料

收集 2018 年 3 月至 2019 年 9 月在首都医科大学附属北京中医医院针灸科就诊的帕金森病伴发疼痛患者 84 例,其中男 40 例,女 44 例;年龄 35~89 岁,平均(60.31±4.31)岁;病程 0.4~9.6 年,平均(4.80±2.71)年。84 例患者中骨骼肌疼痛患者 22 例,根性疼痛患者 10 例,运动障碍性疼痛患者 34 例,不能静坐或坐立不安感导致的疼痛患者 14 例,其他疼痛 4 例。骨骼肌疼痛患者中男 8 例,女 14 例;年龄 47~82 岁,平均(63.17±2.1)岁;病程 2.6~9.6 年,平均(4.52±1.31)年。根性疼痛患者中男 6 例,女 4 例;年龄 53~86 岁,平均(60.30±1.71)岁;病程 0.6~7.9 年,平均(4.04±1.02)年。运动障碍性疼痛患者中男 18 例,女 16

例;年龄 47~89 岁,平均(60.51±1.80)岁;病程 0.7~7.3 年,平均(4.12±0.80)年。不能静坐或坐立不安感导致的疼痛患者中男 6 例,女 8 例;年龄 39~88 岁,平均(64.01±1.21)岁;病程 0.4~8.3 年,平均(4.00±0.97)年。其他疼痛患者中男 2 例,女 2 例;年龄 42~79 岁,平均(63.01±16.76)岁;病程 1.2~5.6 年,平均(3.82±1.98)年。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

所有患者常规口服治疗帕金森西药,包括美多巴(多巴丝肼片,0.25 g/片,国药准字 H10930918,上海罗氏制药有限公司)口服,每次 0.125 g,每日 3 次;森福罗(盐酸普拉克索片,0.25 mg/片,批准文号, H20140917,德国勃林格殷格翰药品有限公司)口服,每次 0.375 mg,每日 3 次。同时给予柔筋止痛针刺方法,取穴:百会、神庭、印堂、风池(双侧)、曲池(双侧)、外关(双侧)、合谷(双侧)、阳陵泉(双侧)、太溪(双侧)、太冲(双侧),对于不同位置的疼痛加用局部阿是穴 2 或 3 个,采用华佗牌毫针针刺,根据患者针刺不同穴位进针 1~1.5 寸(3.3~5.0 cm),手法:平补平泻,留针 30 min,每日 1 次。5 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。治疗期间停止服用止痛类药物。

### 2.2 观察指标及方法

2.2.1 疼痛视觉模拟量表(VAS)<sup>[2]</sup>评分 0 分表示无疼痛感,10 分表示程度最大的疼痛感,患者根据疼痛感自行进行评分,总分为 0~10 分。该量表主要是对患者疼痛的程度进行评价。

2.2.2 国王帕金森病疼痛评价量表(KPPS)<sup>[3]</sup>评分 该量表评价帕金森病患者疼痛程度和发作频次,得分为患者的疼痛程度(0~3 级)×发作频次(0~4 级),总评分为 168 分,评分越高疼痛程度越严重。

2.2.3 帕金森综合评分量表(UPDRS)<sup>[4]</sup>评分 该量表主要对患者日常生活能力和运动功能进行评分,观察疼痛改善对患者日常生活能力及运动功能的影响。本研究根据试验要求仅记录第二部分评分(UPDRS II,共 13 项,评价日常生活活动能力)和第三部分评分(UPDRS III,共 14 项,评价运动功能),每项 0~4 分,总评分为 108 分。评分越高日常生活能力及运动功能越差。

2.2.4 中医证候评分 参照《中医老年颤证诊断

和疗效评定标准》<sup>[2]</sup> 中功能障碍计分法, 以手部动作迟缓 (包括书写障碍)、颈肩僵直、肢体拘挛、姿势、上肢协调不能、步态、颤振、面容、言语、生活自理力 10 个方面进行评分, 按其程度分为正常计 0 分、轻度障碍计 1 分、中度障碍计 2 分, 重度障碍计 3 分, 计算总积分。评分越高症状越严重。

以上各指标均治疗前后各评价 1 次, 先进行 84 例患者总评价, 再对不同疼痛类型患者进行评价。由于其他疼痛病例较少, 故本研究在不同类型疼痛疗效观察中不进行分析。

### 2.3 中医证候疗效标准

参照《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》<sup>[2]</sup> 拟定, 临床痊愈: 疗效指数为 100%; 明显进步: 疗效指数为 50% ~ 99%; 进步: 疗效指数为 20% ~ 49%; 稍有进步: 疗效指数为 1% ~ 19%; 无效: 疗效指数为 0。临床痊愈 + 明显进步 + 进步 + 稍有进步为总有效。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

### 2.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件, 计量资料符合正态分布以均值 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 治疗前后比较采用独立样本  $t$  检验。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

## 3 结果

### 3.1 84 例患者中医证候疗效结果

84 例患者中临床痊愈 0 例, 明显进步 21 例, 进步 48 例, 稍有进步 5 例, 无效 10 例, 总有效 74 例, 总有效率为 88.1%。

### 3.2 84 例患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较

表 1 示, 与治疗前比较, 治疗后患者中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分中疼痛频次和总积分、UPDRS 评分均降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), KPPS 评分中疼痛程度差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 3.3 帕金森病骨骼肌疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分、UPDRS 评分比较

表 2 示, 治疗后, 帕金森病骨骼肌疼痛患者中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分总积分及 UPDRS 评分均较治疗前降低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。

### 3.4 帕金森病根性疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较

表 3 示, 治疗后, 帕金森病根性疼痛患者中医证候总积分降低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 而 VAS 评分、KPPS 评分、UPDRS 评分与治疗前比

表 1 84 例帕金森病疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间    | 例数 | 中医证候总积分      | VAS 评分      | UPDRS 评分      | 疼痛程度        | KPPS 评分<br>疼痛频次 | 总积分           |
|-------|----|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|---------------|
| 治疗前   | 84 | 19.87 ± 4.31 | 6.85 ± 1.12 | 68.28 ± 15.55 | 5.07 ± 1.38 | 5.78 ± 1.04     | 44.05 ± 20.12 |
| 治疗后   | 84 | 16.38 ± 3.83 | 5.57 ± 1.67 | 60.07 ± 13.85 | 4.79 ± 0.98 | 4.68 ± 1.94     | 31.70 ± 16.37 |
| $t$ 值 |    | 5.548        | 5.834       | 3.613         | 1.516       | 4.580           | 4.364         |
| $P$ 值 |    | <0.001       | 0.002       | <0.001        | 0.130       | 0.004           | 0.039         |

注: VAS, 视觉模拟量表; UPDRS, 帕金森综合评分量表; KPPS, 国王帕金森病疼痛评价量表。

表 2 帕金森病骨骼肌疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间    | 例数 | 中医证候总积分      | VAS 评分      | UPDRS 评分      | 疼痛程度        | KPPS 评分<br>疼痛频次 | 总积分         |
|-------|----|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|
| 治疗前   | 22 | 19.29 ± 4.79 | 6.64 ± 1.57 | 72.91 ± 17.07 | 2.31 ± 0.69 | 2.95 ± 0.92     | 6.90 ± 3.30 |
| 治疗后   | 22 | 15.82 ± 4.15 | 4.82 ± 1.08 | 61.91 ± 14.82 | 2.08 ± 0.63 | 2.77 ± 0.71     | 5.02 ± 2.33 |
| $t$ 值 |    | 2.568        | 4.480       | 2.282         | 1.155       | 0.727           | 2.059       |
| $P$ 值 |    | 0.014        | <0.001      | 0.028         | 0.254       | 0.471           | 0.046       |

注: VAS, 视觉模拟量表; UPDRS, 帕金森综合评分量表; KPPS, 国王帕金森病疼痛评价量表。

表 3 帕金森病根性疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间    | 例数 | 中医证候总积分      | VAS 评分      | UPDRS 评分      | 疼痛程度        | KPPS 评分<br>疼痛频次 | 总积分         |
|-------|----|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|
| 治疗前   | 10 | 17.82 ± 3.82 | 6.00 ± 2.12 | 66.60 ± 17.97 | 2.20 ± 0.84 | 2.00 ± 0.71     | 4.80 ± 2.95 |
| 治疗后   | 10 | 13.88 ± 2.82 | 5.40 ± 1.82 | 64.40 ± 16.23 | 1.60 ± 0.55 | 1.80 ± 0.45     | 3.80 ± 1.41 |
| $t$ 值 |    | 2.624        | 0.679       | 0.287         | 1.890       | 0.752           | 0.967       |
| $P$ 值 |    | 0.017        | 0.505       | 0.777         | 0.740       | 0.461           | 0.351       |

注: VAS, 视觉模拟量表; UPDRS, 帕金森综合评分量表; KPPS, 国王帕金森病疼痛评价量表。

较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 3.5 帕金森病运动障碍性疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较

表 4 示, 治疗后, 帕金森病运动障碍性疼痛患者 VAS 评分、KPPS 评分、UPDRS 评分与治疗前比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 而中医证候总积分降低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

### 3.6 帕金森病静坐不能或坐立不安感导致的疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较

表 5 示, 治疗后, 帕金森病不能静坐或坐立不安感导致的疼痛患者 VAS 评分、KPPS 评分中疼痛频次及总积分较治疗前降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 而中医证候总积分、KPPS 评分中疼痛程度、UPDRS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 4 讨论

帕金森病疼痛的机制目前认为与多巴胺能神经元或基底神经节-丘脑皮质感觉传导通路损害有关, 由于黑质多巴胺能神经元大量丢失, 黑质-纹状体通路损害, 多巴胺调控疼痛机制障碍, 导致帕金森病患者疼痛阈值降低<sup>[3]</sup>, 而影响患者生活质量<sup>[4]</sup>, 故帕金森病疼痛的治疗一直是帕金森非运动症状治疗的难点之一。帕金森病多见于中老年人, 因肝、脾、肾阴精气血虚损, 上不能充养髓海, 下不能濡润肢体, 虚风内动致颤; 或因先天禀赋不足、后天失养而加重耗血伤津、痰饮内阻, 致虚风内动; 或外邪侵扰而发颤动等诸多因素导致

虚、瘀, 由虚生风, 因风致颤。故中医学认为, 颤病病因多由阴血不足, 肝风内动引起<sup>[5]</sup>。我们认为, 颤病伴发疼痛多因患者阴血不足, 经络失荣, 或风邪阻络、经络不通, 不通则痛。国家级名老中医周德安教授提出“神安则百病安”, 认为五脏皆有“神”存在<sup>[6]</sup>。因此, 我们在治疗帕金森病伴发疼痛时多从肝肾论治, 辅以调神通络, 创建柔筋止痛针刺法。在穴位选择上以百会、神庭、印堂调神, 以风池祛风, 曲池活血, 阳陵泉为筋会, 可通络柔筋止痛; 配以外关、合谷解痉止痛, 太溪补肾经原气, 太冲疏肝活血。诸穴共奏熄风活血、通络止痛之功。本研究结果显示, 84 例患者中医证候疗效总有效率达 88.1%, 可明显降低中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分中疼痛频次和总积分、UPDRS 评分, 提示柔筋止痛针刺法治疗帕金森病伴发疼痛能明显改善临床症状, 具有一定临床疗效。但本研究样本量较小、干预时间较短, 今后可扩大样本量、增加治疗周期, 进行多中心、随机、对照研究, 进一步观察柔筋止痛针刺法的临床疗效。

本研究还采用 VAS 评分、KPPS 评分、UPDRS 评分对不同类型帕金森病疼痛患者进行评价。VAS 评分主要从患者疼痛程度方面对患者进行评定, 目前是临床最为普遍应用的量表, 但由患者自行评定, 主观性较强; KPPS 评分主要从患者疼痛程度及疼痛发生频次两方面进行综合评分, 更符合帕金森病患者的疼痛表现形式; UPDRS 评分则更多从帕金森病疼痛及对日常生活能力影响方面进行评

表 4 帕金森病运动障碍性疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间         | 例数 | 中医证候总积分          | VAS 评分          | UPDRS 评分          | KPPS 评分          |                  |                    |
|------------|----|------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|--------------------|
|            |    |                  |                 |                   | 疼痛程度             | 疼痛频次             | 总积分                |
| 治疗前        | 34 | 17.95 $\pm$ 3.73 | 6.65 $\pm$ 1.46 | 64.82 $\pm$ 18.29 | 10.76 $\pm$ 2.54 | 12.65 $\pm$ 3.04 | 137.47 $\pm$ 50.22 |
| 治疗后        | 34 | 14.08 $\pm$ 2.67 | 6.13 $\pm$ 1.50 | 62.18 $\pm$ 15.89 | 9.94 $\pm$ 2.36  | 11.94 $\pm$ 3.09 | 118.88 $\pm$ 38.89 |
| <i>t</i> 值 |    | 4.919            | 1.457           | 0.635             | 1.379            | 0.955            | 1.707              |
| <i>P</i> 值 |    | <0.001           | 0.150           | 0.528             | 0.172            | 0.343            | 0.092              |

注: VAS, 视觉模拟量表; UPDRS, 帕金森综合评分量表; KPPS, 国王帕金森病疼痛评价量表。

表 5 帕金森病不能静坐或坐立不安感导致的疼痛患者治疗前后中医证候总积分、VAS 评分、UPDRS 评分、KPPS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间         | 例数 | 中医证候总积分          | VAS 评分          | UPDRS 评分          | KPPS 评分         |                 |                  |
|------------|----|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|
|            |    |                  |                 |                   | 疼痛程度            | 疼痛频次            | 总积分              |
| 治疗前        | 14 | 18.21 $\pm$ 4.68 | 7.86 $\pm$ 1.35 | 68.86 $\pm$ 15.56 | 4.86 $\pm$ 0.69 | 5.71 $\pm$ 1.25 | 27.86 $\pm$ 8.25 |
| 治疗后        | 14 | 15.30 $\pm$ 3.29 | 5.29 $\pm$ 1.38 | 68.14 $\pm$ 14.93 | 4.43 $\pm$ 0.53 | 4.56 $\pm$ 1.21 | 21.57 $\pm$ 6.05 |
| <i>t</i> 值 |    | 1.017            | 4.981           | 0.125             | 1.849           | 2.473           | 2.300            |
| <i>P</i> 值 |    | 0.343            | <0.001          | 0.901             | 0.075           | 0.020           | 0.029            |

注: VAS, 视觉模拟量表; UPDRS, 帕金森综合评分量表; KPPS, 国王帕金森病疼痛评价量表。

定<sup>[7]</sup>。3 个量表分别从不同的方面对帕金森疼痛患者进行评价,同时联合中医证候评分,更能客观全面评价临床疗效。结果显示,帕金森病骨骼肌疼痛患者治疗后中医证候总积分、VAS 评分、KPPS 评分总积分及 UPDRS 评分均明显降低,说明柔筋止痛针刺法对于缓解帕金森病骨骼肌疼痛的疼痛程度疗效显著。有研究<sup>[8]</sup>显示,骨骼肌疼痛发生在一定程度上是由骨骼肌紧张所产生。因此,我们推测柔筋止痛针刺法可以改善帕金森病骨骼肌疼痛患者的疼痛与其可以改善肌肉疲劳度及紧张度相关。另外,针刺对于不能静坐或坐立不安感导致的疼痛患者亦有效,可以明确减少该类疼痛患者的疼痛发作频次,这可能与针刺可以有效缓解患者精神情绪障碍有关,但具体针刺机制仍需要进一步探讨。而柔筋止痛针刺法对帕金森病运动障碍性疼痛、根性疼痛疗效欠佳,今后还需要进一步研究证实。另外,柔筋止痛针刺法可以在一定程度上缓解疼痛程度、疼痛发作频次两方面起效,为针刺治疗帕金森病相关性疼痛提供思路。在今后的研究中可以通过更为严谨的假针和空白对照,增加对疼痛变化与不同类型之间的相关性分析,进一步深入研究柔筋止痛针刺法治疗帕金森病疼痛的疗效。

综上所述,柔筋止痛针刺法对帕金森病伴发疼痛具有肯定的临床疗效,其治疗主要是减轻及缓解患者的肌肉疲劳和调节患者情绪障碍方面,在临床中对这两种患者疗效更好。今后需更加全面地进行评价,并对于柔筋止痛针刺法治疗帕金森病疼痛的作用机制进行探讨。

## 参考文献

- [1] KHAN MA, QUADRI SA, TOHID H. A comprehensive overview of the neuropsychiatry of Parkinson's disease: a review [J]. Bull Menninger Clin, 2017, 81(1): 53-105.
- [2] 干静,周明珠,刘振国,等. 帕金森病患者自主神经功能障碍评估 [J]. 中国临床神经科学, 2008, 16(3): 251-256.
- [3] SCHRAG A, BEN-SHLOMO Y, QUINN N. How common are complications of Parkinson's disease? [J]. J Neurol, 2002, 249(4): 419-423.
- [4] BUHMANN C, WROBEL N, GRASHORN W, et al. Pain

in Parkinson disease: a cross-sectional survey of its prevalence, specifics, and therapy [J]. J Neurol, 2017, 264(4): 758-769.

- [5] 于楠楠,马琳,毕海洋,等. 浮针治疗帕金森病伴发四肢疼痛临床研究 [J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(1): 37-40.
- [6] 李筱媛,王洪娟,尹爱兵. 火针疗法配合普通针刺治疗帕金森病伴发疼痛患者三例的效果研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(3): 329-331.
- [7] HANAGASI HA, AKAT S, GURVIT H, et al. Pain is common in Parkinson's disease [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2011, 113(1): 11-13.
- [8] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 西医疾病部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 279.
- [9] HUSKISSON EC. Measurement of pain [J]. Lancet, 1974, 2(7889): 1127-1131.
- [10] CHAUDHURI K, RIZOS A, MARTINEZ-MARTIN P, et al. King's Parkinson's disease pain scale, the first scale for pain in PD: an international validation [J]. Mov Disord, 2015, 30(12): 1623-1631.
- [11] 张赛,陈伟贤. 帕金森病疼痛症状的临床评估 [J]. 江苏医药, 2014, 40(5): 590-592.
- [12] 中华全国中医学会老年医学学会. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准 [J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39-41.
- [13] CURY RG, GALHARDONI R, FONOFF ET, et al. Sensory abnormalities and pain in Parkinson disease and its modulation by treatment of motor symptoms [J]. Eur J Pain, 2016, 20(2): 151-165.
- [14] 张晓玲,翟丽萍,宫俏兵,等. 老年帕金森病伴疼痛患者的临床特征 [J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(2): 159-162.
- [15] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 138-139.
- [16] 杨远滨,周德安. 周德安治神学术思想对现代临床治疗的启迪 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(2): 216-219.
- [17] 徐琳,叶静,黄隽英. 帕金森病疼痛评估工具的研究进展 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(3): 120-123.
- [18] 李俊,朱本藩,许二赫. 帕金森病相关骨骼肌肉疼痛的中枢机制及治疗研究现状 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2019, 36(7): 669-672.

## Treatment of Different Types of Pain in Parkinson's Disease by Tendon-softening and Pain-relieving Acupuncture

WANG Shaosong, GUO Jing, FENG Qingyin, LIU Huilin, YUAN fang, ZHANG Tao, HOU Xuesi  
Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010

**ABSTRACT Objective** To explore the effect of tendon-softening and pain-relieving acupuncture on different types of pain in Parkinson's disease. **Methods** Eighty-four patients with Parkinson's disease and pain were included.

According to Chandhur pain classification standards, patients were classified into five pain groups, which were skeletal muscle pain (22 cases), radicular pain (10 cases), dyskinesia pain (34 cases), pain caused by inability to sit still or fidget (14 cases), and others (4 cases). All patients continued to be treated with conventional oral western medicine for Parkinson's disease, stopped taking painkillers, and received tendon-softening and pain-relieving acupuncture. Even supplementation and drainage needling method was used, with needle retention for 30 minutes, once daily, 5 times as a course for two courses. Traditional Chinese medicine (TCM) symptoms scores, visual analogue scale (VAS) score, King's Parkinson's disease pain scale (KPPS) score, unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS) score were assessed before and after treatment for different types of pain group. **Results** Of the 84 patients, no cases were clinically cured; 21 cases were significantly improved; 48 cases were moderately improved; five cases were slightly improved; and 10 cases were ineffective; the number of effective cases were 74, and the total effective rate was 88.1%. After treatment, the TCM symptoms score, VAS score, KPPS pain frequency score and total score, and UPDRS score all significantly decreased ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). Due to the small number of patients with other types of pain, they were not included for subgroup analyses. After treatment, TCM symptoms score, VAS score, KPPS total score, and UPDRS score in skeletal muscle pain group significantly decreased ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ); in pain group caused by inability to sit still or fidget, the VAS score, KPPS total score and pain frequency score decreased ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ), while no significant change was seen in UPDRS score ( $P > 0.05$ ); there were no significant differences in the VAS score, KPPS score and UPDRS score of radicular pain and dyskinesia pain group after treatment ( $P > 0.05$ ), while TCM symptoms score in both significantly decreased after treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Tendon-softening and pain-relieving acupuncture has certain effects on improving pain in patients with Parkinson's disease; the effect is obvious for skeletal muscle pain and pain caused by inability to sit still or fidget, but is not significant for radicular pain and dyskinesia pain.

**Keywords** Parkinson's disease; pain; acupuncture; tendon-softening and pain-relieving; King's Parkinson's disease pain scale; traditional Chinese medicine symptoms score

(收稿日期: 2020-05-13; 修回日期: 2020-07-01)

编辑: 叶 晨

## 欢迎订阅 2021 年《中医杂志》

《中医杂志》(ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R) 是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办刊方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一, 是中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊、新中国 60 年有影响力的期刊、中国百强科技期刊、中国百种杰出学术期刊, 荣获第二届、第三届、第四届新闻出版政府奖期刊奖提名奖, 中医药科技期刊分级目录 T1 级期刊。

《中医杂志》主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验; 临床研究介绍中医药治疗的新方法、新成果; 学术探讨、思路与方法、循证中医药、病例讨论、综述、百家园等栏目, 提供最新学术观点、研究成果与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

《中医杂志》为半月刊, 每月 2 日和 17 日出版, 每期定价 20.00 元, 全年 480 元。国内读者可以到全国各地邮局办理订阅手续 (邮发代号: 2-698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64035632, 010-64089195。国外发行: 中国国际图书贸易集团有限公司 (北京 399 信箱, 邮编: 100044, 代号: M140)。本社地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 邮政编码: 100700。网址: <http://www.jtcm.net.cn>。

扫一扫 关注

