

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2021.23.017

标准与规范

帕金森病（颤拘病）中医临床诊疗专家共识

雒晓东¹，李哲¹✉，朱美玲²，徐评议³，郭新峰¹，吴智兵⁴，高敏⁵，缪晓路⁶，
谭峰⁷，吕少华¹，王青⁸，王成银⁹，毕尚青¹⁰，范玉珍¹，罗恩丽¹¹，苏巧珍¹，
郑春叶¹，郭友华¹，伍犹梁¹，刘梓言¹²，周志成¹²

1. 广州中医药大学第二附属医院，广东省广州市越秀区大德路111号，510120；2. 广东省深圳市中西医结合医院；3. 广州医科大学附属第一医院；4. 广州中医药大学第一附属医院；5. 广东省第二中医院；6. 广州中医药大学东莞医院；7. 广东省佛山市中医院；8. 南方医科大学珠江医院；9. 广州医科大学附属中医医院；10. 广东省深圳市宝安区中医院（集团）；11. 深圳大学附属华南医院；12. 广州中医药大学第二临床医学院

帕金森病是一种中脑黑质纹状体通路障碍的缓慢进展变性疾病，多见于中老年人，以运动迟缓、静止性震颤和肌强直为主要临床特征^[1]。帕金森病目前仍以药物治疗为主，但迄今尚无根治药物。复方左旋多巴类仍是控制运动症状的最有效西药，但几乎所有病例均需终身服药以控制症状，很多患者常因不能耐受药物副作用被迫停药；而脑深部电刺激术虽可明显改善症状，但仍不能根治，也不能控制疾病进展^{[2]26}。

中医治疗帕金森病具有独特优势，中西医结合治疗可起到良好的协同作用，可以明显提高疗效，减轻西药副作用，尤其在疾病早期和改善帕金森病非运动症状方面，中医药及其特色疗法具有明显的治疗优势^{[2]26}。但是由于中医学术流派的发展各有特色，文献中记载的中医证候、方药等缺乏统一、有针对性的临床指导，因此，项目组进行了深入研究，并形成了易于掌握、可行性较好的中医临床诊疗专家共识。

1 背景

帕金森病至少有两大临床亚型，以震颤为主亚型和以僵直、少动为主亚型，随着病情进展，最终二者兼有。从中医学角度来看，帕金森病属于“颤病”“拘病”或“颤拘病”范畴。以静止性震颤为主者可拟诊为“颤病”，以肌肉紧张拘挛、运动迟

缓为主者可拟诊为“拘病”，二者皆明显者可拟诊为“颤拘病”。由于10%~20%的患者在疾病早期甚至整个疾病过程中无肢体或头部震颤^{[2]1}，既往将帕金森病统归于中医学“颤病”的做法不尽合理。

近年来，中医对帕金森病的认识不断深化。虽然中医药治疗在缓解运动症状方面不如西药起效快，但在改善非运动症状、全面提高临床疗效、减轻化学药物副作用、延长药物有效治疗时间等方面，充分显示出中医药的优越性^{[2]155}。但由于治疗方式多种多样、辨证分型和疗效判断标准不统一等原因，导致治法方药各异，虽有一定疗效，但临床应用时很难掌握。因此，需要对现有文献进行深入的归纳、整理和分析，并依此对中医治疗帕金森病提出适当的建议。本共识在文献研究和广东省中医院帕金森病专科临床经验的基础上，结合国内外帕金森病最新的诊治指南和专家共识，将中医、西医治疗本病的方法进行有机结合，从病证结合、中西医结合的角度规范本病的诊断、辨证及治疗，以提高帕金森病的治疗规范程度和临床疗效。

本共识由广东省中医药学会委托广东省中医院（广州中医药大学第二附属医院）牵头制定。共识起草人员来自广东省中医院、广州医科大学附属第一医院、广东省深圳市中西医结合医院、广东省第二中医院、广州中医药大学第一附属医院、南方医科大学珠江医院、广州医科大学附属中医医院、广东省佛山市中医院、广州中医药大学东莞医院、广东省深圳市宝安区中医院（集团），共识制定小组的成员主要为以上单位的19位专家，包括中医学与

基金项目：国家自然科学基金(81873358, 82004459)；广东省中医药学会团体标准项目(2020001)；广东省自然科学基金项目(2018A030310521)

✉ 通讯作者：zhel@gzucm.edu.cn

西医临床医学、循证医学专家和医院管理者,以保证共识制定的科学性和适用性。共识制定的咨询专家主要为广东省中西医结合学会帕金森病及运动障碍专业委员会的委员,以及广东省内中医脑病学与西医神经病学专家。

2 共识制定方法

2.1 文献检索

检索中国生物医学文献数据库 (CBMdisc)、中国期刊全文数据库 (CNKI)、万方数据库、维普数据库、中国知网全文数据库、中医药知识服务平台 (http://search.tcmkb.cn:8080/pages/home_index.jsp) 以及 MEDLINE、PubMed、EMBASE、Cochrane Library、Allied and Complementary Medicine Database (AMED)。无语言限制,检索日期自建库起至 2020 年 7 月 31 日。

中文数据库检索词: #1 帕金森病; #2 证候 OR 证型 OR 证素; #3 辨证论治 OR 方剂 OR 中药 OR 中成药 OR 草药 OR 中医 OR 中西医结合; #4 抑郁 OR 认知障碍 OR 便秘 OR 失眠 OR 嗜睡 OR 体位性低血压 OR 流涎 OR 不宁腿 OR 疲劳 OR 疼痛 OR 排尿障碍; #5 刮痧 OR 针刺 OR 艾灸 OR 贴敷 OR 外治; #6 横断面研究 OR 病例对照研究 OR 病例报道; #7 随机对照试验 OR 临床研究 OR 队列研究 OR 病例对照研究 OR 病例系列。检索策略: 1) 中医证候部分: #1AND#2AND (#6OR#7); 2) 辨证论治部分: #1AND#3AND#7; 3) 非运动症状的辨证论治部分: #1AND#4AND#3; 4) 中医外治法部分: #1AND#5。英文数据库使用对应的英文词汇进行检索。

手工检索《帕金森病相关古代文献》^[3]《帕金森病中医名家医论医案》^[4]《帕金森病中医认识与诊疗策略》^[2]《黄煌经方使用手册》^[5]中关于帕金森病的记载。

2.2 文献纳入标准

文献类型包括指南、专家共识、系统评价或 Meta 分析、横断面研究、随机对照临床研究,以及其他类型的临床研究如病例对照研究、队列研究、专家经验、个案报道。研究对象为帕金森病患者,干预方式为中医药相关疗法,研究结果提示对应中医药疗法有效或优效。

2.3 文献剔除标准

1) 研究对象为帕金森综合征或帕金森叠加综合征的文献。2) 若作者及内容基本相同的论文同时出现在会议论文、期刊论文和学位论文中,则保

留期刊论文;重复发表者,则剔除发表时间较晚的文献。

2.4 证据的评价和分级标准

采用 Cochrane 手册 6.2^[6]中推荐使用的偏倚风险表对入选的随机对照试验进行质量评价和分级,分别从随机化过程中的偏倚、偏离既定干预的偏倚、结局测量的偏倚、结局数据缺失的偏倚、结果选择性报告的偏倚和整体偏倚进行评估。

证据分类原则主要参照《传统医学证据体的构成及证据分级的建议》^[7]。此外,由于大部分随机对照试验设计存在随机化及随机结果分配隐藏描述不清楚、选择性报告或样本量小等情况,导致大部分研究质量不高。因此,本共识规定,对于 I b 类证据,若同时获得多项随机对照试验研究证据支持,经专家组讨论同意,可上调证据级别为 I a;对于其他类别证据,若研究质量欠佳,经专家组讨论同意,可下调证据级别。

2.5 推荐原则

由于中医药治疗帕金森病的文献,特别是研究帕金森非运动症状和外治法相关文献,存在报告及设计欠规范、治法种类多、医家各执己见等问题,使各研究之间存在较明显的异质性,因此,本共识结合传统中医理论、文献研究和专家经验等综合考虑制定。

共识意见的推荐强度分级按照 GRADE 小组制定的推荐强度级别标准^[8]进行证据推荐,分为强、弱两级。证据为 I 级且获得专家共识的为强推荐;证据为 II、III、IV、V 级且获得专家共识的为弱推荐。

2.6 共识制定过程

共识制定小组初步文献检索获得文献 306 篇,按照纳入标准筛选共得到 253 篇,因研究对象为帕金森综合征或帕金森叠加综合征排除文献 25 篇,会议论文和学位论文 169 篇,重复发表的文献 13 篇,结合文献偏倚风险表及结构性摘要表进行充分讨论和交流,最后列入推荐文献 46 篇。中医治疗部分在循证医学证据的基础上再进行专家共识,经过三轮专家论证后,于 2020 年 10 月 19 日形成本共识征求意见稿。2020 年 10 月 21 日至 11 月 25 日,以电子邮件方式向 16 个单位共 40 名专家征求意见,根据征求意见稿修改后形成送审稿。2020 年 12 月 1 日至 12 月 21 日由 6 名同行专家和 3 名临床医生组成的技术审查专家对共识送审稿提出修改意见,项目工作组根据评审意见修改后形成报批稿。

3 共识意见

3.1 范围

本共识规定了帕金森病（颤拘病）的疾病诊断、中医辨证、中医/中西医结合治则治法、非运动症状的治疗建议及疗效评价标准。

本共识仅适用于原发性帕金森病中医、中西医结合的诊断、治疗、康复与照护；不适用于帕金森综合征、帕金森叠加综合征及其他疾病的诊断及治疗。

3.2 主要使用人群

本共识主要使用人群为中医神经内科、中西医结合神经内科、西医神经内科临床医师及其他学科中医师。

3.3 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识。

3.3.1 帕金森病 (Parkinson's disease, PD) 一种常见的中枢神经系统退行性疾病，主要病理特征为黑质致密部多巴胺能神经元丢失和路易小体形成，导致纹状体多巴胺递质水平降低，临床出现运动迟缓、静止性震颤、肌强直和姿势平衡障碍的运动症状及嗅觉减退、快速动眼期睡眠行为障碍、便秘和抑郁等非运动症状^[1]。

3.3.2 颤拘病 (tremor and spasm disease) 帕金森病属于中医学“颤病”“拘病”或“颤拘病”范畴^[2]，以静止性震颤为主者可拟诊为“颤病”，以肌肉紧张拘挛、运动迟缓为主者可拟诊为“拘病”，二者皆明显者可诊为“颤拘病”。

3.3.3 脑深部电刺激术 (deep brain stimulation, DBS) 在脑内核团或特定脑区植入刺激电极，通过脉冲电刺激调控相关核团或脑区的功能，达到改善症状的目的^[9]。

3.3.4 非运动症状 (non-motor symptoms, NMS) 帕金森病常见的非运动症状主要包括神经精神症状（抑郁、焦虑、精神症状、认知障碍/痴呆、淡漠、冲动控制及相关障碍）、自主神经功能障碍（体位性低血压、便秘、流涎、泌尿功能障碍、性功能障碍、与药物相关的胃肠不适、多汗等）、睡眠-觉醒障碍（失眠或睡眠碎片化、日间过度嗜睡和睡眠发作、快速动眼期睡眠行为障碍）、疼痛、疲劳、嗅觉减退或丧失等^[10]。

3.3.5 剂量滴定 (dose titration) 帕金森病的用药原则从小剂量开始，缓慢增加剂量，在可耐受药物副作用的剂量范围内，达到理想疗效时便以该剂

量维持治疗，以避免产生药物不良反应，力求实现“尽可能以小剂量达到满意临床效果”，避免或降低运动并发症尤其是异动症的发生率^[11]。

3.4 诊断

3.4.1 西医诊断 参照 2015 年国际运动障碍协会帕金森病临床诊断标准^[12] 和《中国帕金森病的诊断标准（2016 版）》^[1]。

帕金森病分期参考 Hoehn-Yahr 分级^[13] 和日常生活能力。早期：Hoehn-Yahr 分级 1 或 2 级，日常生活可以自理；中期：Hoehn-Yahr 分级 3 或 4 级，日常生活需要帮助；晚期：Hoehn-Yahr 分级 5 级，日常生活完全不能自理。

帕金森病临床分型：1) 以静止性震颤为主亚型；2) 以僵直、行动迟缓为主亚型；3) 随着帕金森病病情进展，常常二者兼有或二者皆明显，可称为混合型。

帕金森病临床分类：1) 运动症状：帕金森病导致的运动迟缓、静止性震颤、肌强直、姿势步态障碍症状；2) 非运动症状：帕金森病导致的抑郁、焦虑、流涎、嗅觉减退、快速动眼期睡眠行为障碍、便秘、尿失禁、体位性低血压、麻木、疼痛等症状。

3.4.2 中医诊断 1) 病名诊断：具有两个以上主症，其中必须具有运动迟缓，慢性起病或进行性加重，结合年龄、兼症等特点可确诊。诊断标准如下：主症：运动迟缓，肢体或头部静止性震颤，肢体拘挛，颈背僵；兼症：表情呆板，头倾背驼，言语呆板或语音低弱，上肢摆动减少或肢体动作笨拙，皮脂外溢，流涎，嗅觉减退或丧失，大便秘结，认知功能减退或精神障碍，生活自理能力降低；发病年龄多在 50 岁以上；发病多无明显诱因；慢性起病、慢性进行性加重。

2) 证候诊断：①阴血亏虚，筋失濡养证^[14-15]：表情呆板，以肢体拘挛，活动迟缓为主，上肢摆动差，步态拖拉，言语呆板，腰酸腿笨，大便秘结，舌偏嫩，舌苔少，脉弦细或细。②阴血亏虚，肝风内动证^[14-17]：表情呆板，以肢体静止性震颤为主，上肢摆动差，步态拖拉，言语呆板，腰酸腿笨，大便秘结，舌偏嫩，舌苔少，脉弦细或弦。③少阳气郁，痰火内扰证^[16-19]：表情呆板，肢体或头部震颤，动作迟缓，肢体拘挛，胸满烦惊，体倦沉重，小便不利或大便秘结，舌偏红或干，舌苔黄或白腻，脉弦或滑。④中气亏虚，肝风内动证^[14-20]：表情呆板，姿势不稳或步态慌张，肢体或头部静止性

震颤,项背僵,肢体拘挛,体倦乏力,或腰膝酸软,舌质淡红或淡暗,舌苔薄白,脉细。⑤阴损及阳,阴阳两虚证^[14,17,19]:行动困难或启动困难,卧床或轮椅,表情呆板,肢体或头部震颤日久,项背僵,肢体拘挛,疲乏体倦,畏寒肢冷,腰酸腿痛,有时头晕或晕厥发作,舌质淡嫩或淡暗,苔白,脉沉细。

3.5 治疗

3.5.1 治则治法

1) 分期论治。一般认为帕金森病分三期,早期有帕金森病的临床表现,但是日常生活可以自理,治疗以滋阴养血或滋阴养血熄风为主,可以单纯中医药治疗。到了中期以后,日常生活需要帮助,大多需要中西医结合治疗,考虑到久病入络、阴损及阳,中医要补养气血,活血熄风。晚期生活完全不能自理,可中西医结合治疗,阴阳双补,熄风活血。

2) 分型论治。帕金森病按运动症状主要分两个类型:僵直少动型和震颤型。震颤型患者多数为肝肾精血亏虚,肝风内动,治宜补益肝肾精血,平肝熄风;僵直少动型患者多为肝肾精血亏虚,筋失濡养,治宜补益肝肾,养血柔筋。两种类型一般都要结合生津解肌中药。

3) 分类论治。现代医学把帕金森病症状分为两大类:运动症状和非运动症状。运动症状包括四大主症:运动迟缓、静止性震颤、肌张力高、姿势平衡障碍,西药或脑深部电刺激术治疗临床优势较明显。中医药对非运动症状治疗占优势,可以较好地解决便秘、尿失禁、体位性低血压、抑郁、焦虑、麻木、疼痛等。

3.5.2 治疗方法选择 早期帕金森病患者、中晚期帕金森病不能耐受西药治疗的患者建议采用单纯中医药治疗。帕金森病各期患者针对帕金森病的非运动症状,如便秘、排尿障碍、抑郁、焦虑、体位性低血压、身体麻木疼痛和睡眠障碍等,也建议采用中医药治疗。中晚期帕金森病患者、帕金森病以运动症状为主者、帕金森病脑深部电刺激术后患者建议中西医并重联合治疗。晚期帕金森病患者、帕金森病并发“剂末现象”“开关现象”以及“异动症”等运动波动并发症患者、帕金森病脑深部电刺激术后患者、帕金森病合并感染等严重并发症者建议采用西医治疗为主,中医为辅。

3.5.3 中医内治法

1) 基本证候的辨证论治

①阴血亏虚,筋失濡养证。治法:滋阴养血,濡养筋脉。推荐方药:连梅四物汤加^[21-24](Ib级,强推荐)。药物组成:乌梅、黄连、当归、白芍、熟地黄、川芎、葛根、木瓜、人参、石菖蒲、炙甘草。随症加减:若兼头昏头痛者,加天麻、钩藤以平肝熄风;腰膝酸软者,加桑寄生、杜仲补肝肾、强筋骨。

②阴血亏虚,肝风内动证。治法:滋阴养血,熄风止颤。推荐方药:滋阴熄风汤加^[25-27](Ib级,强推荐)。药物组成:乌梅、山茱萸、当归、白芍、熟地黄、川芎、天麻、钩藤、醋龟板、石决明、人参、炙甘草。随症加减:若虚热甚,症见五心烦热,舌嫩红,脉细数,可加黄柏、知母以清热降火;兼便秘者,可加大黄、虎杖泻下通便。

③少阳气郁,痰火内扰证。治法:疏少阳,清痰火,镇肝风。推荐方药:柴胡加龙骨牡蛎汤加^[5,28](Ib级,强推荐)。药物组成:柴胡、黄芩、半夏、龙骨、牡蛎、磁石、酒大黄、肉桂、茯苓、党参、甘草。随症加减:若兼痰火不寐者,可加酸枣仁、竹茹;若兼麻木身痛者,可加红花、秦艽以通络止痛;若兼痰浊言语不利者,可加石菖蒲、远志以豁痰开窍。

④中气亏虚,肝风内动证。治法:补益中气,助肝熄风。推荐方药:补中益气汤加^{[2]38,[4]10-14,92-93}(V级,弱推荐)。药物组成:黄芪、人参、白术、当归、枳壳、柴胡、升麻、炮天雄、肉桂、甘草。随症加减:若兼大便不通者,可加酒大黄、火麻仁,枳壳改为枳实理气通便;若小便不畅,则肉桂加量以助膀胱气化;眠差则加酸枣仁以助眠。

⑤阴损及阳,阴阳两虚证。治法:滋阴助阳,熄风止颤。推荐方药:地黄饮子加^{[2]39,[4,29-31]}(Ia级,强推荐)。药物组成:熟地黄、山茱萸、石斛、肉苁蓉、巴戟天、附片、肉桂、天麻、川芎、五味子、茯苓、远志、石菖蒲。随症加减:若兼尿失禁,可加桑螵蛸、益智仁以温固下元;若兼气虚阳虚便秘者,宜加重肉苁蓉温阳通便。

2) 非运动症状的辨证论治

①帕金森病抑郁或淡漠的治疗建议:帕金森病抑郁按中医“郁病”论治,以疏肝理气为总则^[32-34](Ib级,强推荐)。在基本证候治疗方案基础上加用疏肝理气药,如柴胡、香附、玫瑰花等。辨证使用中成药,如逍遥丸、越鞠丸、舒肝丸等。以抑郁为主要表现者,建议用验方柴甘解忧汤(四逆散、

甘麦大枣汤、开心散合方)^[35] 加减 (I b 级, 强推荐)。

②帕金森病认知障碍的治疗建议: 以髓海不足、痰瘀阻滞为基本病机^[36-37]。在基本证候治疗方案基础上辨证加用补益脑髓、化痰除痰药, 如龟甲胶、鹿角胶、远志、石菖蒲、丹参、川芎等。临床辨证以地黄饮子、大补元煎、孔圣枕中丹、通窍活血汤加减为常用治疗方剂 (IV 级, 弱推荐)。

③帕金森病便秘的治疗建议: 在基本证候治疗方案基础上加用通便药^[38]: 酒大黄、枳实, 腹胀者加厚朴, 便干时加火麻仁, 燥结严重时加用芒硝粉冲服。可加用中成药: 麻仁软胶囊^[39]、通腑醒神胶囊、麻仁滋脾丸等 (I b 级, 强推荐)。便秘严重时急则治标: 气虚^[40-41]、阳虚便秘用黄芪汤或济川煎加减 (I b 级, 强推荐), 阴虚便秘用增液汤或增液承气汤^[42] 加减 (I b 级, 强推荐), 痰热腑实用星蒌承气汤加减, 甚者加用番泻叶 3~5 g 沸水泡后服 (V 级, 弱推荐)。

④帕金森病失眠的治疗建议: 以心血不足^[43] 或邪气扰心^[44] 为基本病机。可在基本证候治疗方案基础上加用酸枣仁、龙齿、茯神等。临床辨证以酸枣仁汤、归脾汤^[45-48]、黄连温胆汤、血府逐瘀汤加减为常用治疗方剂 (I b 级, 强推荐)。

⑤帕金森病日间嗜睡或睡眠发作的治疗建议: 以阳气不足或阳气不振为基本病机。在基本证候治疗方案基础上加用黄芪、炮天雄、麻黄等。以补中益气汤合麻黄附子甘草汤为基本治疗方剂。严重者可给予参芪扶正注射液或参附注射液治疗 (V 级, 弱推荐)。

⑥帕金森病低血压或体位性低血压的治疗建议: 以补气、补阳、升阳为基本原则^[49-50]。在基本证候治疗方案基础上加用黄芪、人参、炮天雄等。以保元汤^[49]、升陷汤、举元煎、补中益气汤^[51] 加减为常用方剂 (I b 级, 强推荐)。辨证使用中成药: 可选用生脉饮、参麦注射液、参芪扶正注射液。

⑦帕金森病流涎的治疗建议: 帕金森病流涎按中医“痰饮病”论治, 以温药和之为总则^[52]。在基本证候治疗方案基础上加用温阳化饮药: 干姜、肉桂、茯苓、白术等。以甘草干姜汤、理中汤、小青龙汤、苓桂术甘汤加减为主 (IV 级, 弱推荐)。

⑧帕金森病不安腿的治疗建议: 以养肝血、柔肝筋为基本原则^[53]。在基本证候治疗方案基础上加用白芍、葛根、木瓜等。以芍药甘草汤、专科验

方葛瓜芍草汤合四物汤为常用基本方 (IV 级, 弱推荐)。

⑨帕金森病疲乏的治疗建议: 以补益阳气、升发阳气与振奋阳气为基本治疗原则。在基本证候治疗方案基础上加用黄芪、人参、炮天雄、麻黄等。以补中益气汤加减为基本方剂。辨证使用中成药: 参芪扶正注射液、参附注射液等 (IV 级, 弱推荐)。

⑩帕金森病身痛的治疗建议: 以不通则痛、不荣则痛为基本病机^[54]。在基本证候治疗方案基础上加用延胡索、威灵仙、制川乌等。下半身或下肢痛给予当归四逆汤或独活寄生汤加减, 上半身痛或上肢痛给予葛根汤或桂枝加葛根汤加减^[55]。甚者可辨证给予乌头汤或乌头桂枝汤加减 (I b 级, 强推荐)。

⑪帕金森病排尿障碍 (癃、闭或失禁) 的治疗建议: 排除其他疾病导致的排尿障碍, 以膀胱气化不利为基本病机。急则治其标, 排尿困难者可以先导尿救急。在基本证候治疗方案基础上辨证加用制附片、肉桂以助膀胱气化, 轻者可用淫羊藿、杜仲。尿失禁或小便控制不良多为肾阳虚证, 以金匱肾气丸或右归丸为基本方加减。癃证或闭证多为湿热壅滞或夹瘀血, 以龙胆泻肝汤加滋肾通关丸为基本方加减, 可加川牛膝、血余炭或琥珀粉 2 g 冲服 (V 级, 弱推荐)。

3.5.4 常用中成药及用量

松龄血脉康胶囊^{[2]41} (V 级, 弱推荐)。功效: 平肝潜阳、养血柔筋; 主治颤拘病属阴血亏虚, 筋失濡养者。适应证: 拘挛少动, 肌张力增高为主者。使用方法: 每次 3 粒 (每粒 0.5 g), 每日 3 次, 口服。

全天麻胶囊^{[2]41} (V 级, 弱推荐)。功效: 平肝熄风、镇颤止痉; 主治颤拘病属阴血亏虚, 肝风内动证者。适应证: 震颤为主者。使用方法: 每次 2~6 粒 (每粒 0.5 g), 每日 3 次, 口服。

补中益气丸^{[2]41} (V 级, 弱推荐)。功效: 补气养血; 主治颤拘病属中气亏虚, 肝风内动证者。适应证: 适应于帕金森病疲乏肢软者。使用方法: 水丸每次 8~10 丸 (每 8 丸相当于原生药 3 g), 大蜜丸每次 1 丸 (每丸重 9 g), 每日 2 或 3 次, 口服。

桂附地黄丸^{[2]87} (V 级, 弱推荐)。功效: 补肾壮阳; 主治颤拘病属阴损及阳, 阴阳两虚者。适应证: 适用于帕金森病中晚期阴阳两虚, 病情较重者。使用方法: 水丸每次 8 丸 (每 8 丸相当于原生药 3 g), 大蜜丸每次 1 丸 (每丸重 9 g), 每日 2 或 3

次,口服。

3.5.5 中医外治法

①刮痧疗法^{[2] 43} (V级,弱推荐)。适应证:帕金森病有运动功能障碍或身体疼痛者。方法:辨病、辨证、辨经选择经络、腧穴。疗程:3~5天为1个疗程,可连续治疗2或3个疗程。

②针刺疗法 (Ia级,强推荐)。适应证:帕金森病有运动功能障碍者。方法:主穴:百会、风池(双)、曲池(双)、合谷(双)、太冲(双)、舞蹈震颤控制区(双)^[56-60]。配穴:结合证候和经络辨证选取。针刺方法:用平补平泻法或根据病情施用补法,可结合灸法。疗程:5天为1个疗程,可连续治疗2或3个疗程。

③艾箱灸气海、关元穴^[61] (Ib级,强推荐)。适应证:帕金森病伴排尿障碍者。方法:艾箱灸气海、关元穴,每次30 min。疗程:5天为1个疗程,可连续治疗2或3个疗程。

④大黄粉贴敷神阙穴^[62-63] (Ib级,强推荐)。适应证:帕金森病伴便秘者。方法:姜汁调大黄粉贴敷神阙,每次4~6 h。疗程:5天为1个疗程,可连续治疗2~3个疗程。

3.6 疗效评价标准

运动症状建议参照国际运动障碍学会帕金森病综合评分量表第三部分^[64]评价疗效;非运动症状建议参照帕金森病非运动症状量表^[65]综合评价,同时使用具体非运动症状对应的量表^[66]评价疗效;生活质量建议参照国际运动障碍学会帕金森病综合评分量表第二部分^[64]和帕金森病生活质量调查量表^[67]评价疗效。

4 使用说明

本专家共识参考以下原有标准:《中医内科临床诊疗指南》(T/CACM 1282-2019)“颤病”部分^[68]、《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分:帕金森病》(ZYYXH/T129-2008)^[69],并结合近年来国内外帕金森病诊疗指南补充整理而成,主要内容和变化如下:修改了帕金森病的中医病名为“颤拘病”;增加了帕金森病的分期、分型、分类及相应的治则;增加了帕金森病的中医治疗方法选择;修改了帕金森病的中医证候诊断,以及相应的辨证论治推荐方药和中成药;增加了帕金森病非运动症状的中医辨证论治;增加了疗效评价标准。

本专家共识并非医疗行为的标准或者规范,而仅仅是根据现有的研究证据依据特定方法制作出的

一个文本,随着临床实践的发展、新证据的不断产生,共识所提供的建议也会随之进行修正。采用共识推荐的方法并不能保证所有人都能获得理想的临床结局,同时,就共识本身而言,并不能包括所有有效的疗法,也并不排斥其他有效的疗法。最终临床治疗措施的选择需要专业卫生从业者根据临床实际情况,结合自身的经验及患者的意愿做出。

本共识全体参与者无利益冲突。

附

项目负责人:雒晓东(广东省中医院)

专家指导组(按姓氏笔画排序):刘茂才(广东省中医院)、杨东东(成都中医药大学附属医院)、陈彪(首都医科大学宣武医院)、陈志刚(北京中医药大学东方医院)、郭增元(内蒙古自治区中医医院)、黄煌(南京中医药大学)、黄燕(广东省中医院)、黄培新(广东省中医院)、蔡业峰(广东省中医院)、潘卫东(上海中医药大学附属曙光医院)。

参考文献

- [1]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.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.
- [2]雒晓东,郑春叶,苏巧珍.帕金森病中医认识与诊疗策略[M].北京:中国中医药出版社,2018.
- [3]雒晓东,郑春叶.帕金森病相关古代文献[M].北京:中医古籍出版社,2016.
- [4]雒晓东.帕金森病中医名家医论医案[M].北京:中国中医药出版社,2014.
- [5]黄煌.黄煌经方使用手册[M].北京:中国中医药出版社,2020:13-15.
- [6]HIGGINS J, THOMAS J, CHANDLER J, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions[EB/OL]. (2021-02-01)[2021-05-01]. <https://training.cochrane.org/handbook>.
- [7]刘建平.传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J].中国中西医结合杂志,2007,27(12):1061-1065.
- [8]GUYATT GH, OXMAN AD, VIST GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [9]中华医学会神经外科学分会功能神经外科学组,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学组,等.中国帕金森病脑深部电刺激疗法专家共识(第二版)

- [J]. 中华神经外科杂志, 2020, 36(4): 325-337.
- [10] 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分会帕金森病及运动障碍学组. 帕金森病非运动症状管理专家共识(2020)[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(27): 2084-2091.
- [11] 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学组. 中国帕金森病治疗指南(第四版)[J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(12): 973-986.
- [12] POSTUMA RB, BERG D, STERN M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease [J]. Mov Disord, 2015, 30(12): 1591-1601.
- [13] HOEHN MM, YAHR MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality [J]. Neurology, 1967, 17(5): 427-442.
- [14] 魏维, 蔡晶. 帕金森病的中医证型分布及中医药治疗方药文献分析[J]. 中医杂志, 2013, 54(20): 1778-1782.
- [15] 霍青, 刘萍, 黄银龙. 帕金森病证候规律的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(11): 1486-1489.
- [16] 顾超, 袁灿兴. 帕金森病的中医证型分布和用药规律探析[J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(7): 12-14.
- [17] 赵俊杰, 张伟, 李涛, 等. 帕金森病的中医证候分析[J]. 陕西中医, 2016, 37(3): 311-313.
- [18] 陈宏志, 李静蔚, 何建成. 基于临床病案文献的帕金森病中医基本证候研究[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(8): 3216-3219.
- [19] 杨宁, 过伟峰, 刘卫国, 等. 350 例帕金森病患者中医证候特点分析[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(2): 285-287.
- [20] 陈婉琨, 郑春叶, 连新福. 100 例帕金森病患者中医证候要素及证型分布规律[J]. 中医杂志, 2011, 52(3): 214-217.
- [21] 雒晓东, 孙玉芝. 帕病 1 号治疗少动和强直型帕金森病的临床实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(2): 93-94.
- [22] 连新福, 雒晓东. 帕病 1 号方治疗强直少动型帕金森病 21 例疗效观察[J]. 新中医, 2007, (2): 32-33.
- [23] 赵彩燕, 雒晓东, 林明欣. 帕病 1 号方治疗强直少动型早期帕金森病 28 例临床观察[J]. 世界中医药, 2013, 8(4): 395-396.
- [24] 吕少华, 郑春叶, 赖嘉华, 等. 养血濡筋法治疗早中期僵直少动型帕金森病患者的临床观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(8): 2058-2062.
- [25] 范宇鹏, 曾亮, 孙玉芝, 等. 帕病 2 号方治疗震颤型帕金森病的临床研究[J]. 天津中医药, 2010, 27(3): 190-191.
- [26] 文晓东, 任丁, 王春玲, 等. 帕病 2 号方对早期帕金森病患者生活质量的影响[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(10): 2917-2921.
- [27] 雒晓东, 文晓东, 连新福, 等. 帕病 2 号方对肝肾不足型早期帕金森病中医证候的影响[J]. 中医杂志, 2013, 54(1): 32-34.
- [28] 涂燕芬, 蔡晶, 郭进财. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗帕金森病伴发抑郁 34 例[J]. 光明中医, 2017, 32(4): 520-523.
- [29] 郭荣兰, 张定华. 地黄饮子治疗帕金森氏病临床观察[J]. 兰州医学院学报, 2002, 28(2): 65.
- [30] 伍爱国. 从黄煌教授“方人”学说谈帕金森病的治疗[J]. 中国社区医师, 2014, 30(14): 82-84.
- [31] 刘兴安, 赵霞. 地黄饮子联合针刺治疗帕金森临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(14): 54-55.
- [32] 刘红, 王玉芬, 崔艳艳. 舒肝解郁胶囊治疗帕金森病合并抑郁的临床观察[J]. 世界临床药物, 2015, 36(7): 480-483.
- [33] 冉宁晶, 杨芳, 陈卫银, 等. 郁乐疏合剂治疗帕金森病伴发抑郁的临床疗效[J]. 西部中医药, 2017, 30(7): 89-93.
- [34] 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.
- [35] 马丹丹, 雒晓东, 郑春叶. 柴甘解忧汤治疗帕金森病抑郁 35 例[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(1): 144-147.
- [36] 李振光, 于占彩, 于成勇, 等. 补肾活血复方对帕金森病轻度认知障碍的辅助治疗作用[J]. 国际中医中药杂志, 2014, 36(6): 516-518.
- [37] 顾超, 沈婷, 袁灿兴, 等. 地黄益智方联合盐酸多奈哌齐治疗帕金森病痴呆临床研究[J]. 四川中医, 2016, 34(9): 107-111.
- [38] 杨冰, 杨东东. 帕金森便秘中西医结合研究现状浅谈[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(89): 81.
- [39] 周首邦, 黄芳, 张旺琼, 等. 耳针联合麻仁软胶囊治疗帕金森病便秘 30 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(3): 342-344.
- [40] 陈敏, 王伟晟. 补中益气汤加减治疗帕金森病患者便秘症状的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(1): 59-60.
- [41] 毕树立, 刘斌, 高海英. 补中益气汤加减联合司来吉兰治疗帕金森病伴功能性便秘的疗效观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(11): 25-27.
- [42] 周峰, 王公东, 张旗, 等. 增液承气汤加减治疗帕金森病便秘 36 例[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(3): 46-47.

- [43] 李军艳, 石桦, 陈美南, 等. 补肾活血法对强直少动型帕金森病患者睡眠质量影响的研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(2): 150-152.
- [44] 施慧芬. 止颤汤治疗帕金森病睡眠障碍疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(10): 1165-1167.
- [45] 崔煜, 郭晶晶. 多巴丝肼联合归脾汤加减治疗老年帕金森病心脾两虚型失眠的疗效[J]. 中国乡村医药, 2014, 21(5): 31-32.
- [46] 林煜, 彭慕立, 苏赤, 等. 多巴丝肼联合归脾汤加减治疗老年帕金森病心脾两虚型失眠的效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2017, 46(6): 6-7.
- [47] 黄旖旎. 多巴丝肼联合归脾汤加减治疗老年帕金森病心脾两虚型失眠的效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(1): 70-71.
- [48] 朱迎春, 凌文. 归脾汤加减联合针刺治疗帕金森疾病心脾两虚型失眠临床观察[J]. 光明中医, 2020, 35(20): 3253-3255.
- [49] 郑春叶, 雒晓东, 许山山. 保元汤治疗帕金森病体位性低血压临床研究[J]. 新中医, 2013, 45(8): 22-24.
- [50] 王亚辉, 郝淑芹, 赵保礼, 等. 腹针加艾灸联合地黄饮子治疗帕金森病体位性低血压的疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(6): 1410-1411.
- [51] 吴文涛, 张秋池, 朱元, 等. 补中益气汤联合盐酸米多君治疗帕金森病直立性低血压疗效研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(6): 713-716.
- [52] 王明哲, 孙传河, 高鹏琳, 等. 补肾敛涩方改善帕金森病患者流涎与夜尿症状的临床观察[J]. 上海中医药大学学报, 2017, 31(2): 33-35.
- [53] 王海荣, 尹丽丽, 李孟汉, 等. 赵建国教授治疗不安腿综合征经验拾萃[J]. 中国中医急症, 2017, 26(5): 812-813.
- [54] 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.
- [55] 郑春叶, 吕少华, 黄强, 等. 加味桂枝加葛根汤治疗帕金森病疼痛 40 例临床观察[J]. 中国民间疗法, 2018, 26(11): 37-38.
- [56] 刘丹, 刘芳, 邵滢如. 针刺舞蹈震颤控制区配合药物治疗帕金森病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(9): 30-31.
- [57] 刘晓团, 吴威. 头电针联合多巴丝肼片治疗帕金森病运动功能障碍的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(22): 2600-2602.
- [58] LI Z, CHEN J, CHENG J, et al. Acupuncture modulates the cerebello-thalamo-cortical circuit and cognitive brain regions in patients of Parkinson's disease with tremor [J]. Front Aging Neurosci, 2018, 10: 206. doi: 10.3389/fnagi.2018.00206.
- [59] 王英淑, 彭建东, 阮世琪, 等. 头针长留针配合运动疗法对早期帕金森患者运动功能的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(8): 1124-1126.
- [60] LI Z, HU YY, ZHENG CY, et al. Rules of meridians and acupoints selection in treatment of Parkinson's disease based on data mining techniques [J]. Chin J Integr Med, 2020, 26(8): 624-628.
- [61] 黄嘉, 张庆霞, 梁文蔚. 艾灸治疗帕金森病排尿障碍 31 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(7): 46-47.
- [62] 鲁剑萍, 朱建平. 自制通腹膏外敷神阙穴治疗帕金森病患者便秘[J]. 护理学杂志, 2008, 23(17): 15-16.
- [63] 范玉珍, 谢阳春, 林毅. 大黄粉贴敷神阙穴对帕金森病功能性便秘的疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(2): 173-174.
- [64] GOETZ CG, TILLEY BC, SHAFTMAN SR, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results [J]. Mov Disord, 2008, 23(15): 2129-2170.
- [65] CHAUDHURI KR, MARTINEZ-MARTIN P, BROWN RG, et al. The metric properties of a novel non-motor symptoms scale for Parkinson's disease: results from an international pilot study [J]. Mov Disord, 2007, 22(13): 1901-1911.
- [66] 王雁, 李馨, 李海燕, 等. 帕金森病非运动症状的量表介绍及评价[J]. 临床神经病学杂志, 2015, 28(4): 314-316.
- [67] PETO V, JENKINSON C, FITZPATRICK R, et al. The development and validation of a short measure of functioning and well being for individuals with Parkinson's disease [J]. Qual Life Res, 1995, 4(3): 241-248.
- [68] 中华中医药学会. 中医内科临床诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020: 173-189.
- [69] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分: 帕金森病[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 702-710.

(收稿日期: 2021-04-18; 修回日期: 2021-07-10)

[编辑: 焦 爽]