中醫經絡穴位治療柏金遜症非運動症狀的臨床研究文獻綜述

Literature review of clinical research on the non-motor symptoms of Parkinson's disease treated with Chinese medicine channels and acupoints

黎弘毅　鍾發賢　李敏　蔡嘉傑*　*LI Hongyi, ZHONG Faxian, LI Min, et al.*

香港浸會大學中醫藥學院

（*香港浸會大學中醫藥學院講師，為本文的通訊作者）

[摘要] 目的　藉回顧及分析目前有關中醫經絡穴位治療柏金遜症非運動症狀的臨床研究文獻，為提高臨床療效與制定臨床研究方案提供可靠的證據。 **方法**　檢索1980-2018年12月Embase (OVID) 和中國期刊全文數據庫，根據納入及排除標準，選擇相關的臨床研究文獻。 **結果** Embase (OVID)中搜集到2篇臨床研究文獻；中國期刊全文數據庫中搜集到臨床研究文獻7篇。其中單純以針灸進行治療的臨床研究文獻佔4 篇 (44.4%)；針灸配合非藥物療法的研究有2篇 (22.2%)；針灸加減西藥常規治療共2篇 (22.2%)；推拿按摩作治療的有1篇 (11.1%)。以上臨床研究顯示，針灸治療柏金遜症非運動症狀的平均有效率約為88.67%；當中，針灸配合非藥物療法的療效較突出，有效率為90.00%。然而以上研究的評核標準和療效評定並不一致，相關的有效率只能粗略地計算。 **結論**　目前沒有充分的臨床研究證據支持中醫穴位相關療法 (包括針灸、推拿、穴位按壓)，能有效地治療柏金遜症非運動症狀。相關臨床研究設計的嚴謹性有需要提升，才可以增加相關療法在臨床應用的可信性。

[關鍵詞]　柏金遜症；非運動症狀；針灸治療；推拿治療；穴位按壓

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

前言

柏金遜症為常見的腦部神經退行性疾病，其發病的機理尚未清晰[1]。臨床症狀主要可分為運動症狀及非運動症狀兩大類，運動症狀包括靜止性震顫、運動遲緩、肌強直及平衡障礙。而非運動症狀包括了神經精神症狀、睡眠障礙、感覺障礙及疼痛等[2]。以上症狀會嚴重地影響患者的生活，並對照顧者造成負擔。中華醫學會神經病學分會研究顯示，中國的柏金遜症患者人數已超過200萬人，為世界柏金遜症第一大國。其中65歲以上人群的發病率為1.7%，但在內地一線城市中的治療率低於40%，有延誤治療的趨勢[3]。隨着香港高齡人口的增加，預計柏金遜症在香港的患病率將會上升，故非常必要增加對柏金遜症的關注和研究。

中醫學對柏金遜症的運動症狀自古已有很豐富的論述，明代醫學家孫一奎明確提出「顫振」之病名，為老年陰血不足所致[4]。中醫學按照非運動症狀的臨床表現，可以歸納為「眩暈」、「不寐」、「便秘」、「鬱證」及「痴呆」等病 [2]。近年來，有報導指出針灸對於柏金遜症的精神

症狀具有良好的臨床療效，而且沒有明顯的不良反應[5]。本文藉回顧以中醫經絡穴位治療柏金遜症非運動症狀的臨床研究，盼望能為臨床上治療柏金遜症相關症狀尋找現代醫學認可的依據，並將中醫學的特色和優勢推廣以防治柏金遜症。

方法：

1　資料檢索：

分別以「Parkinson's disease」、「Non-motor symptom」、「Acupuncture」、「Tuina」、「Massage」、「Acupressure」等，和「帕金森病」、「非運動症狀」、「針灸」、「推拿」、「按摩」、「按穴」、「穴位」及其相關辭彙為主題檢索1980-2018年12月Embase (OVID) 和中國期刊全文數據庫的臨床研究文獻。

2　納入標準：

臨床研究包括1) 以針灸、推拿、按穴治療；2) 或輔助西藥常規治療；3) 或輔助其他非中醫的治療方法；4) 或以辨證論治為原則在臨床上進行針灸穴位加減；及5) 在臨床上治療柏金遜症病人的非運動症狀。

3　排除標準：

包括1) 排除繼發性的柏金遜症；2) 或因其他原因導致的柏金遜症非運動症狀；3) 非針灸、推拿、按穴的中醫方法治療；及4) 非臨床研究，如文獻綜述、文獻回顧等一律排除。

4　納入過程

由黎弘毅及鍾發賢兩人獨立進行檢索，並比對雙方的搜尋結果，如遇到有不同的地方，兩人進行分析討論，如不能解決則尋求蔡嘉傑博士的意見。

5　統計分析：

將符合納入標準的臨床研究及按研究方法、治療方法及治療結果等進行統計、比對及分析。

結果：

1　文獻檢索：

共檢索到16,809篇文獻，從文章標題和摘要排除16,749篇，納入60文獻篇；閱讀全文後，按納入及排除標準，排除51篇。最終在Embase (OVID) 中搜集到2篇相關的臨床研究文獻；於中國期刊全文數據庫中搜集到7篇相關的臨床研究文獻。

2　資料比對：

編號	作者	研究方法	患者資料	治療方法	結果	不良反應
C1 [6]	李明	隨機：沒有 對照：有 盲法：沒有 納入標準： 1）符合原發性帕金森病診斷標準。	共60例 治療組： （男：16例；女：14例) 年齡：46 -78	治療組： 服用黛力新，每日1片。加用針刺，溫和灸治療。針灸：太沖、百會、風府、內關（行	治療組： 無效：2例 輕度進步：4例 中度進步：12例 顯著進步：10例	沒有描述

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

		2）符合帕金森病的非運動症狀量表(NMSQest) 的精神障礙診斷標準。 排除標準： 1)在治療中出現併發症或因資料不全影響安全性評定者。 評核標準：記錄治療組和對照組帕金森病的非運動症狀量表 (NMSQest) 療效評定： 以好轉率評定 (治療前評分 -治療後評分) / 治療前評分 x 100% 0%為無效 1%-20%為輕度進步 21%-50%為中度進步 51%-99%為顯著進步 100%為臨床痊愈 顯效率： (中度進步 + 顯著進步 + 臨床痊愈的例數) /總例數 x 100%	Hoehn-Yahr分期 2期：5例 2.5期：12例 3期：8例 4期：5例 對照組： (男:17例;女：13例) 年齡：50 -76 Hoehn-Yahr分期 2期：6例 2.5期：15例 3期：6例 4期：3例	瀉法) ；神門 (行平補平瀉)；肝俞、腎俞(行補法)，得氣後，在太沖、風府、內關、肝俞 、腎俞用溫和灸，以皮膚紅潤為度。留針30分鐘。 對照組： 服用黛力新，每日1片。 兩組以2個月為1個療程，并進行療效評定。	臨床痊愈：2例 顯效率： 80.0% 對照組： 無效：6例 輕度進步：8例 中度進步：9例 顯著進步：7例 臨床痊愈：0例 顯效率： 53.3%	
C2 [7]	王 孝 慧	隨機：沒有 對照：沒有 盲法：沒有 納入標準： 1)符合原發性帕金森病診斷標準。排除標準： 1） 沒有描述 評核標準：使用帕金森綜合評分量表(UPDRS) 療效評定： 分別評定治療前後，患者的精神行為，日常生活能力，運動功能。	共18例 (男：12例； 女：6例) 年齡：51 -83	精灸治療，引氣歸元，十二經脈原穴，絕骨。每個穴位2壯，以患者自訴灼疼，皮膚紅潤為度。 針刺百會、印堂、人中、內關、陽陵泉、承漿，引氣歸元。 每週2次，20次為1療程。	沒有描述具體數據，僅報導臨床療效顯著。	沒有描述
C3 [8]	向 雪 梅	隨機：沒有 對照：沒有 盲法：沒有 納入標準： 1）帕金森病診斷標準（1992）。 排除標準： 1）沒有描述 評核標準：使用中醫老年顫證診斷和療效評定標準	共33例 (男：20例； 女：13例) 年齡：55-72 血瘀動風型： 10例	主穴：膻中、中腕、氣海、血海(雙側)、外關 (雙側)、足三里(雙側)。用小幅度高頻率捻轉補法30秒。 血瘀動風型：加用血海、三陰交、太溪。 肝腎不足型：加用太溪、太沖、合谷。	無效：5例 稍有進步： 11例 進步：10例 明顯進步：7例 臨床痊愈：0例 總有效率： 84.8%	沒有描述

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

		療效評定： 以好轉率評定 (治療前評分 -治療後評分) / 治療前評分 x 100% 0%為無效 1%-19%為稍有進步 20%-49%為進步 50%-99%為明顯進步 100%為臨床痊愈	肝腎不足型：16例 陰陽兩虛型：7例	陰陽兩虛型：加用太溪、豐隆。		
C4 [9]	任晉玉	隨機：沒有 對照：沒有 盲法：沒有 納入標準： 1）沒有描述 排除標準： 1）沒有描述 評核標準：使用中醫老年顫證診斷和療效評定標準 療效評定： 以好轉率評定 (治療前評分 -治療後評分) / 治療前評分 x 100% 0%為無效 1%-19%為稍有效 20%-49%為有效 50%-99%為顯效 100%為臨床痊愈	共16例 (男：3例； 女：13例) 年齡：42 -78	應用程氏頭項針法，个字型投刺法。 用百會、前頂、囟會、上星、神庭，將百會與雙側曲鬢連線4等分，在登分點取穴。督脈穴行前後透刺，百會向曲鬢透刺。 每次留針40分鐘，每10分鐘行針1次。每日1次，14天為1療程。按病情虛實用補瀉手法，以加強療效。	無效：1例 有效：2例 顯效：9例 臨床痊愈：4例 總有效率： 93.8%	沒有描述
C5 [10]	葉家盛	隨機：有 對照：有 盲法：沒有 納入標準：1）符合帕金森病抑郁的中西醫標準 ；2）漢密爾頓抑郁量表(HAMD) 總分 >8分；3）經抗帕金森藥物治療後，症狀改善不明顯；4）近半年內沒有服用抗抑郁藥 排除標準：1）非帕金森病引起的抑郁；2）有嚴重疾病者；3）有精神障礙，癲癇，腦部手術史；4）有rTMS治療禁忌者；5）不能接受針灸或重複	共60 例 治療組30例： (男：22例； 女：8例) 年齡：52 -76 對照組30例： (男：21例； 女：9例) 年齡：51 -76	治療組： 予重複經顱磁刺激治療後針刺四關穴 (雙側合谷、太沖)，得氣後用瀉法，留針30分鐘，每日1次，連續治療2週。 對照組：予低頻重複刺激患者右側前額葉背外側區，強度為運動閾值的110%，脈衝	治療組： 無效2例 有效6例 顯效17例 臨床痊愈5例 總有效率： 93.33% 對照組： 無效8例 有效6例 顯效17例	沒有描述

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

		經顱磁刺激者 評核標準：治療前後用HAMD，UPDRS II，UPDRS III 評價帕金森症狀和抑郁 療效評定： 以漢密爾頓抑郁量表(HAMD)減分率評定 減分率為25%以下為無效 減分率為25-49%之間為有效 減分率為50-74%之間顯效 減分率75%以上為臨床痊愈		數為1200 個/日，每日1次，連續治療2週。	臨床痊愈5例 總有效率： 73.33%	
C6 [11]	葉家盛	隨機：有 對照：有 盲法：沒有 納入標準： 1）符合帕金森病和失眠症的診斷標準。 2）年齡50-80，神志正常。 3）Hoehn-Yahr分級I-III期。 排除標準： 1）繼發性和症狀性的帕金森病患者。 2）有精神障礙，癲癇，腦部手術史。 3）有rTMS治療或重複經顱磁刺激禁忌症。 評核標準：治療前後用帕金森統一評分量表 (UPDRS)，匹茲堡睡眠質量指數 (PSQI)評價帕金森症狀和失眠。 療效評定： 治療後沒有改善或加重為無效 睡眠時間有增加但不3hrs為有效 睡眠時間在3-6hrs之間為顯效 睡眠時間6hrs以上為痊愈 總有效率為 (痊愈+顯效+有效)/總例數 x 100%	共60 例 治療組30例： (男：18例； 女：12例) 年齡：50 -75 對照組30例： (男：19例； 女：11例) 年齡：51 -75	治療組：給予常規抗帕金森藥物加用針刺結合重複經顱磁刺激治療。 針刺百會、印堂、列缺、照海。得氣後行平補平瀉，留針30分鐘。每週治療5次，3週為1療程。 予1Hz低頻重複刺激患者右側前額葉背外側區，強度為運動閾值的110%，脈衝數為1200 個/日。每週治療5次，3週為1療程。 對照組： 按《中國帕金森病治療指南》給予常規抗帕金森藥物。	治療組： 無效3例 有效7例 顯效15例 痊愈5例 總有效率：90% 對照組： 無效12例 有效9例 顯效8例 痊愈1例 總有效率：60%	沒有描述

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

C7 [12]	夏 毅	隨機：有 對照：有 盲法：沒有 納入標準： 1）符合帕金森病診斷標準。 2）年齡30-80 3）漢密爾頓抑郁量表 (HAMD) 分數在7-24分 排除標準： 1） 有嚴重自殺傾向 2）有癲癇病史 3）有出血傾向患者 4）漢密爾頓抑郁量表 (HAMD) 分數在7以下或24分以上 評核標準：使用腦源性神經營養因子 (BDNF) 和漢密爾頓抑郁量表 (HAMD) 評定 療效評定： 按漢密爾頓抑郁量表 (HAMD) 減分率評定：治療前評分 -治療後評分）/治療前評分 x 100% HAMD減分率少於25%為無效 HAMD減分率在25-50%之間為有效 HAMD減分率在50-75%之間為顯效 HAMD減分率大於75%為痊愈	共60 例 針藥組30例： (男：22例； 女：8例) 年齡：45-76 西藥組30例： (男：20例； 女：10例) 年齡：55 -73	針藥組： 採用西藥常規治療。 口服美多巴，每次1片，每日3次。百憂解每次1片，每日1次。 針刺百會、印堂、四神聰、太沖、三陰交。 肝氣鬱結加曲泉、期門、壇中 肝鬱犯脾加行間、陰陵泉、足三里 心脾兩虛加心俞、脾俞、足三里 肝腎陰虛加太溪、肝俞、腎俞 針刺得氣後，用電針疏密波，以病人忍受為度，留針30分鐘。 隔日治療1次，3個月為1療程。 西藥組： 單純採用常規治療。 口服美多巴，每次1片，每日3次。百憂解每次1片，每日1次。	針藥組： 無效3例 有效15例 顯效10例 痊愈2例 總有效率： 90.0% 西藥組： 無效5例 有效17例 顯效7例 痊愈1例 總有效率： 83.3%	沒有描述
C8 [13]	Sujung Yeo	隨機：沒有 對照：沒有 盲法：沒有 納入標準： 1) 符合帕金森病診斷標準。 排除標準： 1) 有其他的神經性疾病。 評核標準：帕金森統一評分量表 (UPQRS1-4)分數，ADL分數，BDI-II分數， H-E分數，fMRI。 療效評定： 按以上量表的分數改變評定。	共10例 (男：5例； 女：5例) 平均年齡：56.9	針刺右邊陽陵泉、太沖，用120Hz電針，刺激15分鐘。 根據病情針刺曲池、足三里、合谷、陽陵泉、三陰交、及風池。 每週2次，8週為1療程。	沒有描述具體數據，整體的帕金森統一評分量表 (UPQRS1-4) 分數下降。 BDI-II 分數下降。 ADL及H-E分數就沒有統計學的變化。	沒有描述

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Right Reserved

C9 [14]	Craig L.H.	隨機：有 對照：有 盲法：沒有 納入標準： 1）符合帕金森病診斷標準。 排除標準： 1) 沒有描述 評核標準： 1) 運動症狀： 帕金森統一評分量表(UPDRS)和臨床整體評估表(CGI-Change) 2）非運動症狀： 帕金森特定生活質量量表 (PDQ-39)和焦慮抑鬱症狀嚴重程度量表(未有指明)	共36例	觀察組： 按摩 對照組： 聽音樂放鬆 兩組接受均4週療程，每週2次治療	觀察組： UPDRS分數改善(P <= 0.0001) 震顫情況改善最為顯著 CGI分數改善(P = 0.007) 對情緒無影響(P = 0.09) 末次治療焦慮症狀改善維持8天(P = 0.0009) 對照組： 情緒(P = 0.001)及焦慮症狀改善(P = 0.002)	沒有描述

3 統計分析：

由於所納入研究的療效評估方法不一，而且質素較低，無法進行有效的進一步統計分析，僅能作簡單的描述性報告。

單純以針灸進行治療的臨床研究文獻佔4篇（44.4%）；針灸配合非藥物療法的研究有2篇(22.2%)；針灸加減西藥常規治療共2篇（22.2%）；推拿按摩作治療的有1篇（11.1%）。

臨床研究的文獻資料顯示,針灸治療柏金遜症非運動症狀的平均有效率約為88.67%;當中，針灸配合非藥物療法有較突出的療效，有效率為90.00%。

討論：

臨床研究結果顯示，針灸、推拿對治療柏金遜症的非運動症狀有較佳效果。但是我們認為目前並沒有可靠和充分的科學數據,能夠支持中醫經絡穴位治療在本病的臨床應用。其主要原因如下：

首先，回顧以上所有文獻，發現臨床研究的設計有不少缺陷。當中沒有一項臨床研究是依照CONSORT的標準進行或報導,研究沒有對參加者進行隨機分組和盲法,同時部分研究的納入及排除標準不清晰；對於數據的分析也不標準，有研究沒有記錄研究開始（基線）的數據，有些則沒有把數據進行統計學分析。以上的缺陷和不足都會削弱臨床研究的可信度及科學性,以及國際的評價。

其次，以上的臨床研究中，治療的方法沒有統一規範。不少臨床研究有進行穴位的加減，但以上的研究大多只是提及根據病情加減,並沒有作詳細的記錄。而對針刺的操作手法,例如瀉法、平補平瀉等也沒有作詳細的解說。部分研究更沒有報導留針治療的時間長短。綜合以上各點，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCOM All Rights Reserved

以上臨床研究的干預方法難以被其他人重覆，實驗的重覆性欠佳，同時難以確保療效被複製。

第三，以上臨床研究只針對某一項的柏金遜症非運動症狀，並顯示針灸治療有不錯的療效。上述研究主要在緩解失眠和抑鬱症狀取得較佳的效果。在其它的非運動症狀例如便秘、疲倦、乏力、眩暈等，則沒有作詳盡的報導，或欠缺相關的臨床研究。故此，針灸治療柏金遜症非運動症狀只有部分療效被有系統地證實，其餘的症狀仍需要更多的臨床研究證明。

第四，以本次納入標準及排除標準所檢索到的推拿治療柏金遜症之臨床研究文獻只有一篇、按穴治療臨床研究文獻為0篇，我們認為目前醫療界對推拿、按穴在柏金遜症的非運動症狀的臨床治療及研究方面相當匱乏。

最後，以上研究的評核標準和療效評定並不一致，故此難以作公平的比較。以上研究分別採用柏金遜統一評分量表(UPDRS)漢密爾頓抑鬱量表（HAMD）匹茲堡睡眠質量指數(PSQI)等。將研究結果直接比較並不客觀與公正，得出的有效率是比較粗略，未能科學地支持中醫經絡穴位治療在柏金遜症非運動症狀的應用。

總括而言，雖然上述的臨床研究文獻顯示，針灸、推拿、按穴對於治療柏金遜症非運動症狀有不錯的療效，但是由於研究設計和方法缺乏嚴謹之處，使研究的可信度和科學性不足。所以，尚未有充足和可信的科學證據，能夠支持經絡穴位治療能有效地改善柏金遜症的非運動症狀。

結語：

本回顧分析顯示，目前尚未有充分的臨床研究證據，支持中醫穴位相關療法（包括針灸、推拿、穴位按壓）能有效地治療柏金遜症非運動症狀。相關的臨床研究設計需要更加嚴謹，才能夠被國際社會以及學術界採納。隨着香港及中國內地社會的人口高齡化，柏金遜症的發病率將會有不斷上升趨勢。而針灸、推拿、按穴作為中醫學當中安全、可靠、方便而且低成本的治療方法，在未來仍有很大的發展空間。特別是針對非運動症狀的治療，雖然目前尚未有充分的科學證據支持，我們建議未來應當進行更多的經過嚴謹設計的臨床研究以證實其確切療效，為柏金遜症患者造福。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

參考文獻：

[1] Yan, Junqiang, Qiao Liang, Tian Jing, Liu Anran, Wu, Jiannan, Huang Jiarui, Shen Mengmeng,Lai, Xiaoyi, Effect of statins on Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis; Medicine, Volume 98(12), March 2019, p e14852.

[2] 王若男，楚海波·帕金森病非運動症狀中醫藥治療研究進展·Clinical Journal of Chinese Medicine. 2018；Vol.10: No.18：12-14．

[3] 新版《中國帕金森病治療指南》發布，山東中醫藥大學學報 2014年05期：471．

[4] 楊芳，張揚 · 從五臟虛損認識帕金森病非運動症狀的病因病機·雲南中醫中藥雜誌2012；33(9)：6-7．

[5] 陳亞麗，于嵩，萬明珠，任路·針灸治療帕金森病神經精神障礙的相關研究 · 遼寧中醫藥大學學報2017；Vol.19: No.11：102-104．

[6] 李明，鄭佳，王慧萍，劉建武·針灸聯合黛力新治療帕金森病神經精神障礙的療效觀察·實用中西醫結合臨床 2016；16(6)：68-83．

[7] 王孝慧·十二原穴接經法精灸治療帕金森病效果研究·現代醫學與健康研究2018；2(3)：141-146．

[8] 尚雪梅，李文濤，胡饗，韓瑞賢，于建春·以「三焦針法」為基礎方治療老年顫證 33 例臨床觀察·時珍國醫國藥2014；25(12)：

2941-2942．

[9] 任晉玉，程為平，劉羽飛·毫針「个」字形穴位透刺法治療顫證16例 · 中國針灸2013；33(9)：815-816．

[10] 葉家盛，何宇峰，彭慧淵，彭智聰·針刺四關穴結合重複經顱磁刺激治療帕金森病抑鬱 30 例· Journal of External Therapy of TCM 2017；26(2)：22-23．

[11] 葉家盛·針刺結合重複經顱磁刺激治療帕金森病失眠30例·China's Naturopathy 2016；24(7)：45-46．

[12] 夏毅，王海東，丁瑩，康冰，劉衛國·電針合藥物治療帕金森病伴發抑鬱症及對患者血清BDNF的影響·中國針灸2012；32(12)：1071-1074．

[13] Sujung Yeo, Maurits van den Noort, Peggy Bosch,Sabina Lim, A study of the effects of 8-week acupuncture treatment on patients with Parkinson's disease. Medicine 2018, 97(50), (e13434).

[14] Craig L.H., Svircev A., Haber M., Juncos J.L., Controlled pilot study of the effects of neuromuscular therapy in patients with Parkinson's disease. Movement Disorders 2006. 21(12)：2127-2133.

（編委：王冠明審校2019.07.02）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved