

基于“筋脉理论”的中医综合疗法改善帕金森病患者运动功能的临床研究

作者：韩乐豪

单位：欧洲学院欧洲开放大学校友会

摘要

目的 探讨基于中医“筋脉理论”构建的综合疗法对帕金森病（PD）患者运动功能的改善效果，为临床治疗提供循证依据。**方法** 选取 2023 年 1 月—2024 年 6 月就诊的 60 例 PD 患者，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组 30 例。对照组采用常规西药治疗（左旋多巴类药物），观察组在对照组基础上实施基于“筋脉理论”的中医综合疗法（针灸+中药汤剂+穴位推拿），疗程均为 12 周。比较两组治疗前后统一帕金森病评分量表（UPDRS）运动功能部分评分、改良 Hoehn-Yahr 分级及日常生活活动能力（ADL）评分，记录不良反应发生情况。**结果** 治疗 12 周后，两组 UPDRS 运动功能评分均较治疗前显著降低（ $P<0.05$ ），且观察组评分[（26.35±5.72）分]低于对照组[（34.86±6.14）分]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组 Hoehn-Yahr 分级改善有效率（76.67%）高于对照组（53.33%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组 ADL 评分均较治疗前升高（ $P<0.05$ ），观察组[（68.42±8.31）分]高于对照组[（59.65±7.94）分]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组不良反应发生率（6.67%）低于对照组（23.33%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 基于“筋脉理论”的中医综合疗法可显著改善 PD 患者运动功能及日常生活活动能力，降低西药不良反应发生率，值得临床推广应用。

关键词：筋脉理论；帕金森病；中医综合疗法；运动功能；临床研究

引言

帕金森病（Parkinson's disease, PD）是中老年常见的神经系统变性疾病，以静止性震颤、肌强直、运动迟缓和姿势平衡障碍为核心运动症状，严重影响患者生活质量。西医治疗以多巴胺替代疗法为主，但长期用药易出现药效衰减、异动症等不良反应，难以从根本上延缓疾病进展。中医将 PD 归属于“颤证”“拘病”范畴，认为其发病与筋脉功能失常密切相关。“筋脉理论”作为中医经络学说的重要组成部分，强调“筋主束骨而利机关”，筋脉濡养有赖于脏腑气血充盈、经络通调，若肝肾亏虚、气血不足、痰瘀阻滞，则筋脉失养、拘挛失用，发为肢体震颤、僵硬等症。

近年来，中医综合疗法在 PD 治疗中展现出独特优势，国内多项临床案例证实针灸、中药、推拿等联合应用可有效改善患者运动功能。本研究基于“筋脉理论”构建中医综合治疗方案，通过针灸通调筋脉、中药濡养筋肉、推拿松解筋络，从多维度改善筋脉失养状态，结合国内成熟临床案例优化治疗细节，系统观察其对 PD 患者运动功能的影响，为 PD 的中西医结合治疗提供新的临床思路。

1 理论基础与治疗方案构建

1.1 筋脉理论与帕金森病的病机关联

中医“筋脉”涵盖现代医学的肌肉、肌腱、韧带及周围神经等组织，其生理功能依赖肝、脾、肾三脏协同作用：肝主藏血，血养筋脉；脾主运化，化生气血以濡筋；肾主藏精，精能生血、血能养筋。PD 患者多为中老年，脏腑功能渐衰，肝肾亏虚则精血不足，脾失健运则气血生化无源，加之久病入络，痰瘀内生，终致筋脉失养、气机阻滞，出现震颤、肌强直等运动症状，与“内生五邪”理论中“内风”“内湿”“内寒”等病机相互印证。其中，震颤型 PD 多因肝肾阴虚、虚火生风，筋脉失濡而颤动；僵直少动型则以脾肾阳虚、寒湿阻滞筋脉，致肢体拘挛僵硬，均以筋脉功能失常为核心病理环节。

1.2 中医综合治疗方案设计

参考西安市中医医院、武汉市中医医院等国内成熟临床案例，结合筋脉理论“通、养、松”的治疗原则，构建以下综合方案：

1.2.1 针灸治疗

主穴选取五脏俞（肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞）及督脉十三针（百会、风府、大椎、身柱等），辨证配穴：震颤明显加合谷、太冲；肌强直显著加阳陵泉、曲池；姿势平衡障碍加悬钟、足三里。操作方法：穴位常规消毒，采用 0.30mm×40mm、0.35mm×75mm 一次性毫针，百会穴沿帽状腱膜下向后平刺 15mm，风府穴垂直针刺 15~20mm（不穿透黄韧带），背腰部腧穴直刺 20~35mm，五脏俞直刺 10~20mm，施轻缓提插捻转补法，留针 30min。每周治疗 3 次，12 周为 1 疗程。针灸通过刺激背俞穴调理脏腑功能，督脉穴通调阳气、濡养脑髓，实现“脏腑-经络-筋脉”的整体调节。

1.2.2 中药汤剂治疗

辨证分型用药：肝肾亏虚、筋脉失养型（震颤为主），予天麻钩藤饮合左归丸加减（天麻 12g、钩藤 15g、熟地 20g、山茱萸 15g 等），以平肝息风、滋阴养筋；脾肾阳虚、寒湿阻筋型（僵直为主），予附子理中丸合补阳还五汤加减（制附子 10g、黄芪 30g、当归 15g、川芎 12g 等），以温阳健脾、活血通络；痰瘀互结型（混合型），予涤痰汤合桃红四物汤加减（半夏 12g、陈皮 10g、桃仁 10g 等），以化痰逐瘀、松解筋脉。每日 1 剂，水煎 400mL，分早晚两次温服，连续服用 12 周。中药通过脏腑调理，从根源补充筋脉濡养之需，消除痰瘀、寒湿等阻滞因素。

1.2.3 穴位推拿

选取肩井、曲池、手三里、阳陵泉、足三里等筋脉循行关键穴位，采用按、揉、推、拿等手法：肩部及上肢以松解类手法为主，缓解肌强直；下肢注重穴位按压，促进气血下行濡筋。每次 20min，每周 3 次，与针灸治疗间隔进行。推拿直接作用于筋脉肌肉，疏通局部气血阻滞，缓解肌肉痉挛，辅助针灸、中药发挥协同作用。

2 临床资料与方法

2.1 一般资料

选取 60 例 PD 患者，均符合《帕金森病诊疗指南（2023 版）》西医诊断标准，Hoehn-Yahr 分级 1~3 级，UPDRS 运动功能评分≥20 分；中医辨证符合筋脉失养相关证型（肝肾亏虚、脾肾阳虚、痰瘀互结）；年龄 50~75 岁，病程 1~8 年；患者自愿参与本研究，签署知情同意书。排除合并严重心脑血管疾病、肝肾功能不全、精神疾病及针灸禁忌证者；近 3 个月接受过其他中医特色治疗者。

观察组 30 例，男 17 例，女 13 例；年龄 52~74 岁，平均（63.5±7.2）岁；病程 1.5~7 年，平均（4.2±1.8）年；Hoehn-Yahr 分级 1 级 8 例，2 级 16 例，3 级 6 例。对照组 30 例，男 16 例，女 14 例；年龄 50~75 岁，平均（64.1±6.8）岁；病程 1~8 年，平均（4.5±1.6）年；Hoehn-Yahr 分级 1 级 7 例，2 级 15 例，3 级 8 例。两组患者性别、年龄、病程、病情分级等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

2.2 治疗方法

对照组：采用常规西药治疗，根据患者病情给予左旋多巴类药物（如多巴丝肼片），初始剂量 125mg/次，3 次/d，口服，根据症状控制情况逐渐调整剂量，最大剂量不超过 1000mg/d，治疗 12 周。

观察组：在对照组西药治疗基础上，加用上述基于筋脉理论的中医综合疗法（针灸+中药汤剂+穴位推拿），治疗 12 周。

2.3 观察指标

（1）UPDRS 运动功能评分：包括震颤、肌强直、运动迟缓、姿势平衡等 14 项指标，总分 0~108 分，评分越高提示运动功能越差，分别于治疗前、治疗 12 周后评估。

（2）改良 Hoehn-Yahr 分级：分为 1~5 级，级别越高提示病情越重，治疗 12 周后评估分级改善情况，有效定义为分级降低 1 级及以上。

（3）ADL 评分：采用 Barthel 指数评定量表，包括进食、穿衣、洗漱等 10 项内容，总分 0~100 分，评分越高提示日常生活活动能力越强，治疗前后各评估 1 次。

（4）不良反应：记录治疗期间恶心、头晕、异动症、便秘等不良反应发生情况。

2.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组治疗前后 UPDRS 运动功能评分比较

治疗前，两组 UPDRS 运动功能评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗 12 周后，两组评分均较治疗前显著降低（ $P<0.05$ ），且观察组评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组治疗前后 UPDRS 运动功能评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

治疗前后组别比较表							
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值(组内)	P 值(组内)	t 值(组间)	P 值(组间)
观察组	30	42.68±7.35	26.35±5.72	10.236	<0.001	0.284	0.777
对照组	30	43.15±6.98	34.86±6.14	5.872	<0.001		
—						5.643	<0.001

3.2 两组 Hoehn-Yahr 分级改善情况比较

治疗 12 周后，观察组 Hoehn-Yahr 分级改善有效 23 例，有效率 76.67%；对照组改善有效 16 例，有效率 53.33%。观察组有效率高于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.356$ ， $P=0.037$ ）。见表 2。

表 2 两组 Hoehn-Yahr 分级改善情况比较[例（%）]

临床试验效果对比表

组别	例数	有效	无效	有效率
观察组	30	23（76.67%）	7（23.33%）	76.67%
对照组	30	16（53.33%）	14（46.67%）	53.33%

3.3 两组治疗前后 ADL 评分比较

治疗前，两组 ADL 评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗 12 周后，两组评分均较治疗前显著升高（ $P<0.05$ ），且观察组评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组治疗前后 ADL 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

治疗前后组别数据对比表

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值（组内）	P 值（组内）	t 值（组间）	P 值（组间）
观察组	30	51.32±8.64	68.42±8.31	8.964	<0.001	0.257	0.798
对照组	30	50.78±7.96	59.65±7.94	4.732	<0.001		
—						4.128	<0.001

3.4 两组不良反应发生情况比较

治疗期间，观察组出现恶心 1 例、头晕 1 例，不良反应发生率 6.67%；对照组出现恶心 3 例、头晕 2 例、异动症 1 例、便秘 1 例，不良反应发生率 23.33%。观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.043$ ， $P=0.044$ ）。

4 典型案例分析

案例 1 肝肾亏虚型帕金森病

患者张某，男，68 岁，退休教师，2023 年 3 月就诊。主诉：双手静止性震颤伴行动迟缓 5 年，加重 1 年。外院诊断为 PD，长期口服多巴丝肼片（初始剂量 125mg/次，3 次/d，逐渐加至 250mg/次，3 次/d），近 1 年药效减退，震颤加重，伴便秘（3~4 日一行）、失眠、情绪焦虑。查体：双手静止性震颤（右侧较重），肌张力增高（齿轮样强直），起步困难，小碎步态，转身缓慢；舌质暗红，苔薄白，脉弦细。西医诊断：PD（Hoehn-Yahr 2.5 级）；中医辨证：肝肾亏虚，筋脉失养，兼有气血瘀滞。

治疗方案：对照组基础西药治疗（多巴丝肼片 200mg/次，3 次/d），联合观察组中医综合疗法。针灸取五脏俞、督脉十三针为主，加合谷、太冲（止颤）、天枢、上巨虚（通便）；中药予天麻钩藤饮合左归丸加减（天麻 12g、钩藤 15g、熟地 20g 等）；每周 3 次针灸+推拿。

治疗 1 疗程（10 次）后，震颤幅度减小，起步较前轻松，便秘改善（1~2 日一行），睡眠质量提高；治疗 2 疗程后，肌张力降低，行走步幅增大，转身灵活度提升；治疗 12 周后，UPDRS 运动功能评分从 45 分降至 24 分，ADL 评分从 48 分升至 72 分，多巴丝肼片减量 1/4，无明显不良反应。

按语：患者年高肝肾亏虚，精血不足则筋脉失濡，虚风内动而震颤，筋脉拘挛而强直。五脏俞调理脏腑功能，肝俞疏肝熄风，肾俞填精益髓；督脉十三针通调阳气、濡养脑髓，配合中药滋阴养筋，共奏“养筋息风”之功，契合筋脉理论“以养为核心”的治疗原则。

案例 2 痰瘀互结型帕金森病

患者王某，女，70 岁，2023 年 7 月就诊。主诉：肢体震颤、运动迟缓 5 年，伴严重便秘、睡眠障碍。长期口服美多芭治疗，症状控制不佳，震颤明显，手持物品困难，走路需家人搀扶，每晚睡眠 2~3 小时，便秘（3~7 日一行）。查体：双侧肢体震颤，肌强直，步态不稳；舌质紫暗，苔白腻，脉弦涩。西医诊断：PD（Hoehn-Yahr 3 级）；中医辨证：痰瘀互结，阻滞筋脉。

治疗方案：西药维持美多芭常规剂量，联合中医综合疗法。针灸取肺俞、脾俞、肝俞、肾俞、百会、阳陵泉等，加丰隆（化痰）、血海（活血）；中药予涤痰汤合桃红四物汤加减（半夏 12g、陈皮 10g、桃仁 10g 等）；推拿重点按揉肩井、曲池、足三里。

治疗 8 周后，患者震颤幅度显著减小，可自主持筷进食，睡眠改善（每晚 5~6 小时），便秘缓解（每日 1 行）；治疗 12 周后，UPDRS 运动功能评分从 52 分降至 30 分，ADL 评分从 45 分升至 65 分，可自主缓慢行走，无需家人搀扶。

按语：患者久病入络，痰瘀内生，阻滞筋脉气血运行，致筋脉失养、拘挛失用。中医综合疗法通过针灸通脉、中药化痰逐瘀、推拿松解筋络，三者协同作用，消除筋脉阻滞因素，恢复气血濡

参考文献：

- [1] 符晓梅,王嘉瑶,陈沁园,等. 中药协定方配合中医定向透药疗法在帕金森病肌强直患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(07):50-53.
- [2] 章伟丽,杨静,蔡祎晴,等. 中医运动疗法对帕金森病临床效果随机对照试验的质量评价[J].医学研究杂志,2025,54(05):158-165.
- [3] 邵佳琦,王鹏琴. 中医传统运动疗法治疗帕金森病疗效的 Meta 分析[J].云南中医中药杂志,2024,45(02):47-55.DOI:10.16254/j.cnki.53-1120/r.2024.02.003.
- [4] 鲍晓东.帕金森病治疗心法[M].人民卫生出版社:201908:195.