

# 针灸与西药治疗帕金森病疗效比较的系统评价<sup>※</sup>

● 欧阳莎 许巍

**摘要** 目的:系统评价针灸与西药治疗帕金森病的疗效和安全性。方法:系统检索 PubMed、Cochrane Library、CBM、CNKI、维普和万方数据库,纳入有关针灸与西药治疗帕金森病的随机对照试验。由2名评价员单独筛选资料并交叉核对信息,并按 Cochrane 系统评价员手册 5.1 进行质量评价,采用 RevMan5.3 软件进行 Meta 分析。结果:共 21 个随机对照试验 1487 例患者纳入研究。Meta 分析结果显示:①有效率:针灸与西药比较差异无统计学意义[RR = 1.16, 95% CI(0.99, 1.35)], 针灸 + 西药与西药比较在 UPDRS 减分率上差异无统计学意义[RR = 1.33, 95% CI(0.99, 1.78)], 在 Webster 减分率上存在显著差异[RR = 1.25, 95% CI(1.01, 1.53)];②UPDRS 评分:针灸与西药比较差异无统计学意义[WMD = -2.55, 95% CI(-11.15, 6.05)], 针灸 + 西药与西药比较存在显著差异[WMD = -0.43, 95% CI(-0.70, -0.17)];③Webster 评分:针灸与西药比较差异有统计学意义[WMD = -2.5, 95% CI(-2.77, -2.23)], 针灸 + 西药与西药比较差异无统计学意义[WMD = -6.48, 95% CI(-20.19, 7.22)];④不良反应:3 项研究报告了针灸治疗过程中出现幻觉、晕针、失眠、头晕、心跳加速等不良反应,其中 2 例患者因晕针而退出试验,其余均能缓解并继续治疗。结论:针灸可能是帕金森病有效、安全的治疗手段。

**关键词** 针灸 帕金森病 随机对照试验 系统评价

帕金森病(Parkinson Disease, PD)是以静止性震颤、肌强直、运动迟缓和姿势步态障碍为主要临床表现的锥体外系疾病。本病好发于中老年人,65 岁以上人群 PD 患病率约为 1.7%,随着我国人口老龄化,患病总人数也日益增多,这给家庭和社会带来了巨大的经济压力<sup>[1-2]</sup>。目前 PD 的病因和发病机制尚不明确,可能与环境、年龄和遗传等因素有关。现代医学多用左旋多巴等药物抗帕金森病治疗,但因其副反应多和价格贵等问题使很多患者难以坚持用药。

针灸疗法具有简、便、廉、验等特点。研究发现<sup>[3]</sup>,针刺可使大脑内多巴胺水平上升,减少神经损伤因素,减弱震颤肌电位的振幅、频率,从而改善 PD 患者的症状,提高生存质量。目前关于针灸治疗帕金森病的临床研究较多,而相关的系统评价较少。本文从循证医学角度,系统评价针灸治疗帕金森病的有效性和安全性,以期为临床针灸治疗 PD 提供更可靠的依据。

## 1 资料与方法

1.1 纳入标准 研究设计为随机

对照试验;患者诊断为 PD,且诊断标准明确;试验组干预措施为针灸或针灸 + 西药,对照组为西药,同一试验的基础药物必须相同;结局指标为 UPDRS 评分、Webster 评分以及临床有效率、不良反应等。

1.2 排除标准 ①非随机对照试验;②无明确的诊断标准、疗效标准;③其它疾病伴随帕金森病研究;④重复检出和发表的文献;⑤动物实验。

1.3 检索策略 计算机检索系统检索 PubMed、Cochrane Library、CBM、CNKI、维普和万方数据库。手工检索中医药核心期刊、已纳入文献的参考文献、相关硕博学位论文以及学术会议论文汇编。检索

※基金项目 国家自然科学基金项目(No. 81573835);江西省研究生创新专项资金项目(No. YC2015 - S354)

●作者单位 江西中医药大学(330004)

日期均截止到2016年9月17日。中文检索词:针灸、针刺、艾灸、帕金森病、震颤麻痹等;英文检索词:acupuncture、moxibustion、Parkinson's disease、Paralysis agitans等。

1.4 资料提取与质量评价 由2名评价员按Cochrane系统评价员手册5.1并结合Jadad量表<sup>[4]</sup>对纳入研究的方法学质量独立评价并提取有效数据,然后对其结果进行交叉核对,如意见不统一则通过协商或由第三方解决。

1.5 统计方法 采用RevMan5.3软件进行Meta分析。各试验间异质性的用P值和I<sup>2</sup>检验,当P≥0.10,I<sup>2</sup>≤50%认为各试验间同质性良好,采用固定效应模型进行合并分析,反之则采用随机效应模型。计数资料采用相对危险度(RR);计量资料采用加权均数差(WMD),同时计算95%可信区间(CI),以P<0.05认为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 文献检索情况 通过检索得

到针灸治疗PD文献2114篇,其中英文文献48篇,中文文献2066篇,包括实验研究文献1232篇、重复检出文献380篇、文献综述97篇,其它研究包括:试验组为非针灸干预研究、个案报道及名家经验等326篇、无明确的诊断标准1篇、非随机对照试验20篇、半随机对照试验37篇。最终确定纳入21个RCT,均为国内发表的中文文献,包括期刊文献14篇、学位论文7篇。结果见表1。

### 2.2 纳入研究的基本特征

2.2.1 研究对象 5个RCT<sup>[5,10,20,22,23]</sup>未提及患者来源,其余试验病例均来自门诊或住院。2个RCT<sup>[19-20]</sup>采用国际通用的CAPIT为诊断标准,1个研究<sup>[12]</sup>诊断标准参照贝政平主编的《3200个内科疾病诊断标准》,其余试验诊断标准均采用《帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断》,其中10个RCT<sup>[5-6,8-9,11,15-17,22,25]</sup>参照《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》。

2.2.2 干预措施 试验组均采用

针灸或针灸+西药治疗,其中4个RCT<sup>[6,15-16,18]</sup>采用单纯针刺,1个RCT<sup>[12]</sup>采用头部电针,1个RCT<sup>[25]</sup>采用艾灸+西药;对照组干预措施大多采用美多巴,1个RCT<sup>[11]</sup>采用息宁控释片,1个RCT<sup>[20]</sup>采用美多巴+安坦治疗。

2.2.3 结局指标 有16个RCT<sup>[5-11,15,17-19,21-25]</sup>采用UPDRS量表评分法,有5个RCT<sup>[12,14,16,19-20]</sup>采用改良Webster症状评分表。

### 2.3 纳入研究的方法学质量评价

纳入21项研究中仅5项<sup>[8-9,11,14-15]</sup>Jadad评分为3分属高质量研究,其余试验Jadad评分均≤2分属低质量研究。8项RCT<sup>[7-9,12-15,21]</sup>采用随机数字表法,4项RCT<sup>[5-6,20,22]</sup>采用分层随机,1项RCT<sup>[11]</sup>采用抛硬币方法,1项RCT<sup>[18]</sup>采用简单数字法,其余试验仅提及随机字样。1项RCT<sup>[14]</sup>采用分配隐藏。所有试验均未提及盲法评估。6项RCT<sup>[8-11,15-16]</sup>提及病例脱落情况,2项RCT<sup>[16,21]</sup>提及随访情况。各试验组间基线相似性均一致。

表1 纳入研究的基本特征

纳入研究	试验组 (n)	对照组 (n)	疗程 (d)	干预措施		结局指标
				试验组	对照组	
余瑾 2006 <sup>[5]</sup>	36	36	75	针刺+美多巴	美多巴	UPDRS 量表
吴凌云 2006 <sup>[6]</sup>	35	33	60	针刺(颤三针)	美多巴	UPDRS 量表
常学辉 2008 <sup>[7]</sup>	30	30	30	针刺+美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
徐兴华 2010 <sup>[8]</sup>	40	40	90	针刺+中药+美多巴	美多巴	UPDRS 量表、生活满意度、PDQ
李颖哲 2015 <sup>[9]</sup>	50	50	84	头针+美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
杨丹红 2006 <sup>[10]</sup>	19	19	80	头部电针+苕丝肼-左旋多巴	苕丝肼-左旋多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率、过氧化脂质含量、血浆和红细胞超氧化物歧化酶活性
焦淑军 2011 <sup>[11]</sup>	31	31	90	针刺+息宁控释片	息宁控释片	UPDRS 量表、HAMD 评分、便秘缓解率评价
王顺 2003 <sup>[12]</sup>	100	80	30	头部电针	美多巴	Webster 量表、Webster 减分率、肌电图
王顺 2006 <sup>[13]</sup>	37	39	30	头部电针+美多巴	美多巴	Webster 量表、Webster 减分率、SOD、LOP
陈秀华 2007 <sup>[14]</sup>	30	30	30	针刺(腹针)+美多巴	美多巴	Webster 减分率、治疗后副作用比较

(续表)

纳入研究	试验组 (n)	对照组 (n)	疗程 (d)	干预措施		结局指标
				试验组	对照组	
梁昕 2014 <sup>[15]</sup>	35	35	180	针刺(颅底七穴法)	美多巴	UPDRS 量表、PDQ - 39、PDSS、PDQ - 39 减分率
陈枫 2008 <sup>[16]</sup>	40	40	80	针刺(颅底七穴法)	美多巴	Webster 量表、Webster 减分率
文幸 2008 <sup>[17]</sup>	30	30	90	针刺(腹针) + 艾灸 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
杨世敏 2009 <sup>[18]</sup>	31	31	120	针刺(颤三针)	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
姜雪梅 2006 <sup>[19]</sup>	15	15	30	头部电针 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、Webster 量表、Webster 减分率
张文革 2002 <sup>[20]</sup>	32	32	50	头部电针 + 美多巴、安坦	美多巴、安坦	Webster 减分率
石月杰 2016 <sup>[21]</sup>	31	30	90	粗针透刺 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表
张少雷 2016 <sup>[22]</sup>	40	40	45	针刺 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
刘博 2016 <sup>[23]</sup>	35	39	90	针刺 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
顾侃 2013 <sup>[24]</sup>	23	25	90	电刺 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、UPDRS 减分率
钟平 2012 <sup>[25]</sup>	30	30	90	艾灸 + 美多巴	美多巴	UPDRS 量表、Webster 减分率

2.4 有效率 共8个RCT<sup>[7,9-10,17-18,22-24]</sup>采用UPDRS减分率计算有效率,另有7个RCT<sup>[12-14,16,19-20,25]</sup>采用Webster减分率计算有

效率。  
2.4.1 UPDRS减分率 针灸 + 西药 vs. 西药 共纳入7个RCT<sup>[7,9-10,17,22-24]</sup>存在组间异质性

( $P < 0.10$ ),采用随机效应模型统计。Meta分析显示两组的UPDRS减分率无统计学意义[RR = 1.33, 95% CI(0.99, 1.78)]。见图1。

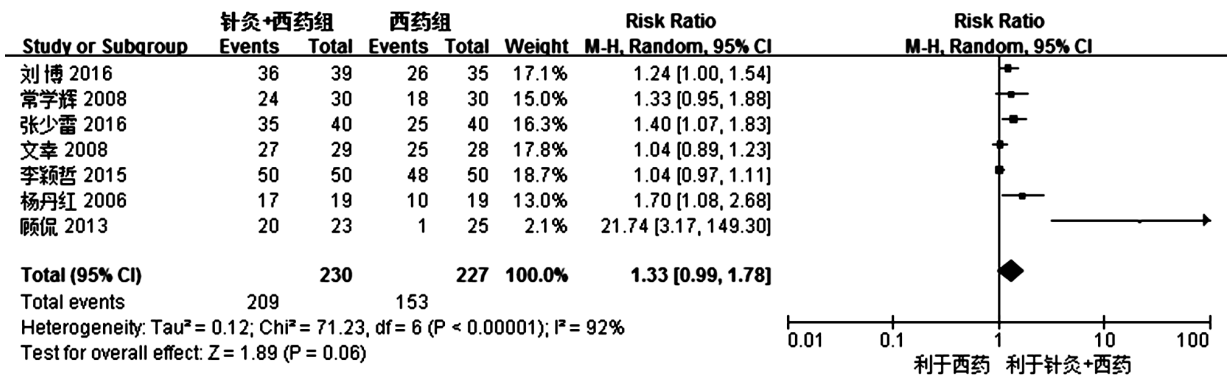


图1 针灸 + 西药与西药 UPDRS 减分率比较的 Meta 分析

2.4.2 Webster 减分率

0.10),采用固定效应模型统计。意义 [RR = 1.16, 95% CI (0.99, 1.35)]。见图2。

2.4.2.1 针灸 vs. 西药 2项试验<sup>[12,16]</sup>异质性检验显示同质性好 ( $P >$

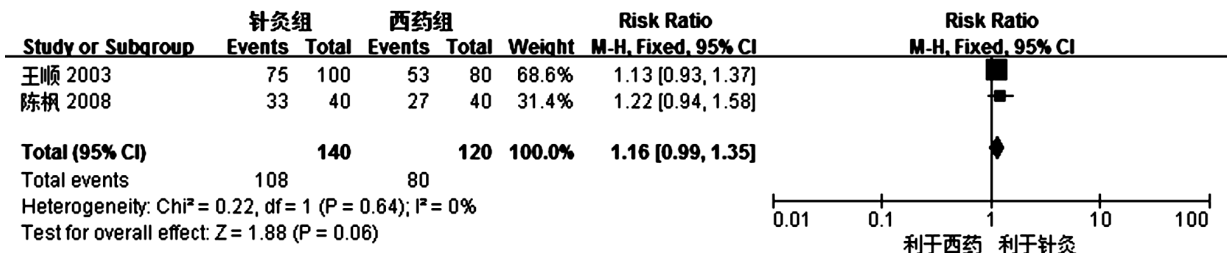


图2 针灸与西药 Webster 减分率比较的 Meta 分析

2.4.4.2 针灸 + 西药 vs. 西药 5 个 RCT<sup>[13,14,19-20,25]</sup> 组间存在异质性 ( $P < 0.10$ ), 采用随机效应模型

统计。Meta 分析显示两组的 Webster 减分率有显著差异 [RR =

1.25, 95% CI(1.01, 1.53)]。见图 3。

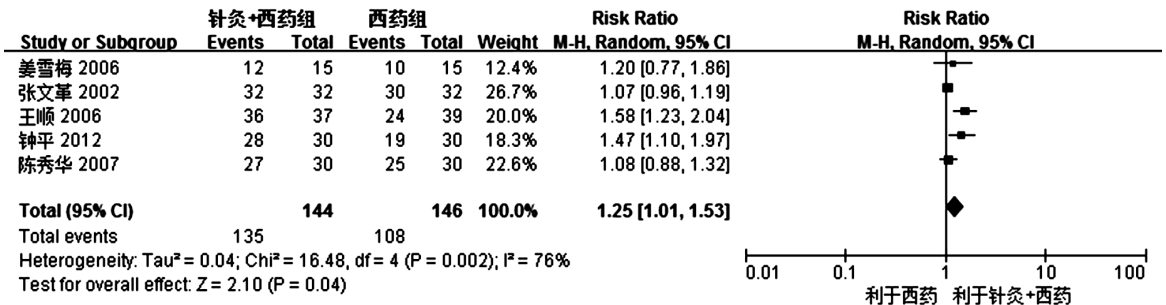


图 3 针灸 + 西药与西药 Webster 减分率比较的 Meta 分析

2.5 UPDRS 评分

0.10), 采用随机效应模型统计。

= - 2.55, 95% CI ( - 11.15,

2.5.1 针灸 vs. 西药 2 个 RCT<sup>[6,18]</sup> 存在组间异质性 ( $P <$

两组 UPDRS 评分的 Meta 分析结果显示差异无统计学意义 [WMD

6.05)]。见图 4。

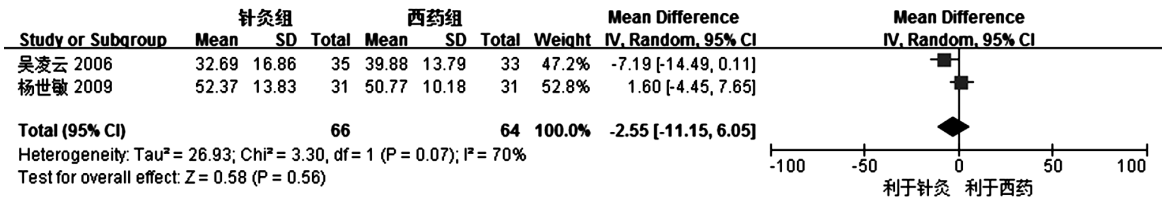


图 4 针灸与西药 UPDRS 评分比较的 Meta 分析

2.5.2 针灸 + 西药 vs. 西药 纳入 9 项研究<sup>[5,7,9-11,21-22,24-25]</sup> 显示具有组间异质性 ( $P < 0.10$ ), 采用随

机效应模型统计。Meta 分析显示, 两组 UPDRS 评分比较, 差异有统

计学意义 [WMD = - 0.43, 95% CI ( - 0.70, - 0.17)]。见图 5。

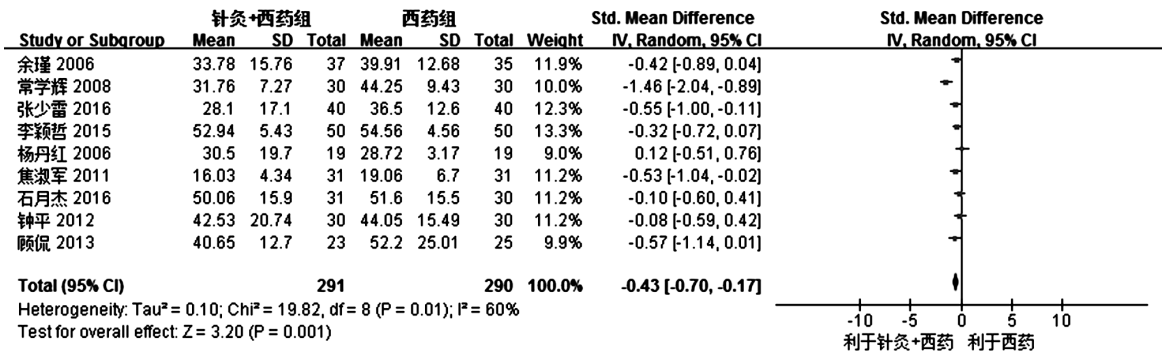


图 5 针灸 + 西药与西药 UPDRS 评分比较的 Meta 分析

2.6 Webster 评分

0.10), 采用固定效应模型统计。

2.5, 95% CI ( - 2.77, - 2.23)]。见图 6。

2.6.1 针灸 vs. 西药 2 个 RCT<sup>[12,16]</sup> 异质性检验显示同质性好 ( $P >$

两组 Webster 评分的 Meta 分析显示差异有统计学意义, [WMD = -

2.5, 95% CI ( - 2.77, - 2.23)]。见图 6。

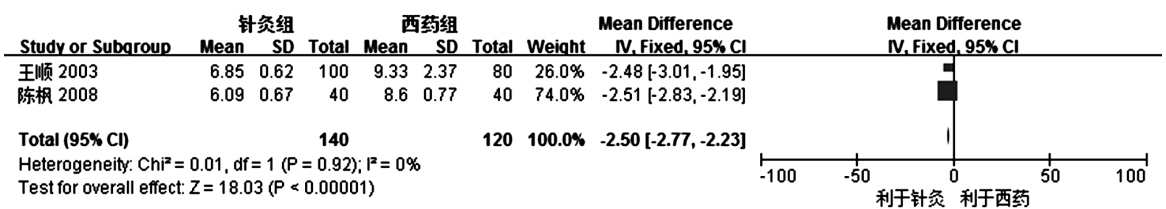


图 6 针灸与西药 Webster 评分比较的 Meta 分析

2.6.2 针灸 + 西药 vs. 西药 2个 RCT<sup>[13,19]</sup> 组间具有异质性 ( $P <$

0.10),采用随机效应模型统计。两组 Webster 评分的 Meta 分析显示差

异无统计学意义 [WMD = -6.48, 95% CI(-20.19,7.22)]。见图7。

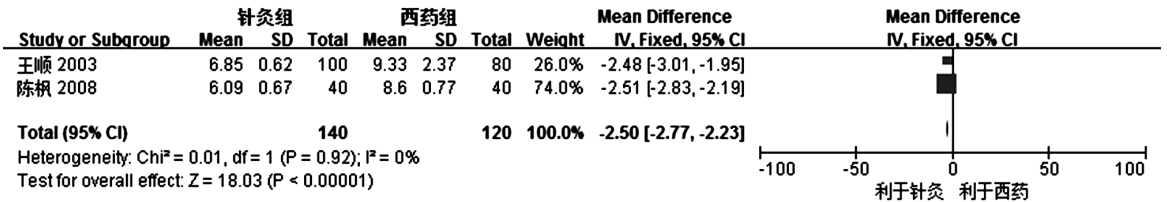


图7 针灸 + 西药与西药 Webster 评分比较的 Meta 分析

2.7 不良反应 3个 RCT<sup>[11,14,16]</sup> 报告了试验过程中的不良事件,其中1个研究<sup>[11]</sup> 试验组1例患者产生幻觉,2名患者因晕针而退出试验,对照组1名患者在服药时出现失眠、快速动眼期睡眠障碍,予针灸治疗后缓解。1个研究<sup>[14]</sup> 报告了试验组在缓解患者消化道症状及开-关现象中与对照组比较存在显著差异。1个研究<sup>[16]</sup> 报告了试验组出现1例头晕,1例心跳加速,起针后症状均消失,继续针灸治疗,无不良反应;对照组1例患者在首次服药后出现头晕,未经处理,次日继续服药,无不良反应。

量表来评定。由于纳入试验数量和质量上的不足,虽显示针灸治疗帕金森病有效,不良反应少,但目前尚不能对其有效性及安全性得出肯定结论,亟需更多的大样本、多中心、高质量的随机对照试验来进一步验证。

非运动症状的临床研究[D]. 沈阳:辽宁医学院,2011.

[12]王 顺,周振坤,胡丙成,等. 头部电针透穴疗法治疗帕金森氏病的临床研究[J]. 中国针灸,2003,23(3):129-131.

[13]王 顺,蔡玉颖,尚艳杰,等. 头部电针透穴对帕金森病患者SOD及LPO的影响[J]. 中国针灸,2006,26(4):240-242.

[14]陈秀华,李 漾,奎 瑜. 腹针配合美多巴治疗帕金森氏病临床观察[J]. 中国针灸,2007,27(8):562-564.

[15]梁 昕. 针刺“颅底七穴”干预帕金森病患者生存质量的随机对照临床研究[D]. 北京:中国中医科学院研究生院,2014.

[16]陈 枫,袁 盈,蔡向红. “颅底七穴”治疗帕金森病80例临床疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志,2008,14(9):680-682.

[17]文 幸,李颖文,段 权. 腹针配合艾灸治疗强直少动型帕金森病30例疗效观察[J]. 广州医学院学报,2008,36(1):59-61.

[18]杨世敏. 以颤三针为主治疗帕金森病的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2009.

[19]姜雪梅,黄 泳,卓 鹰. 头电针治疗帕金森病的疗效观察[J]. 南方医科大学学报,2006,26(1):114-116.

[20]张文革. 头针治疗帕金森病32例. 光明中医,2002,17(3):55-56.

[21]石月杰,张海峰. 粗针透刺身柱穴对帕金森病患者UPDRS评分的影响[J]. 上海针灸杂志,2015,34(9):827-828.

[22]张少雷. 药物配合针刺治疗帕金森病疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2016,32(3):230-231.

[23]刘 博. 针灸治疗帕金森病的临床研究[J]. 中国卫生标准管理[J],2016,7(5):128-129.

[24]顾 侃,刘 昆,陆征宇,等. 针药并用治疗帕金森病临床观察[J]. 上海针灸杂志,2013,32(12):993-995.

[25]钟 平,许 菲,侯玉茹,等. 灸法配合药物治疗肝肾不足型帕金森病的疗效[J]. 中国老年学杂志,2012,32(13):2720-2721.

### 参考文献

[1]刘承浩,王 睿,金亚蓓,等. 葛根素穴位注射治疗早中期帕金森病:多中心随机对照试验[J]. 针刺研究,2015,40(1):56-60.

[2]陈生弟,王 刚,刘 军,等. 帕金森病发病机制与诊治的基础与临床研究进展[J]. 上海交通大学学报(医学版),2012,32(9):1221-1226.

[3]索庆芳,王雨晔,彭明华. 电项针结合电头针治疗帕金森病70例疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(7):860-861.

[4]Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of Randomized clinical trials: is blinding necessary. Control clin trials, 1996; 17(1):1.

[5]余 瑾. 靳瑞学术思想和临证经验传承暨颤三针治疗帕金森病的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2006.

[6]吴凌云. 颤三针为主治疗帕金森病的临床与实验研究[D]. 广州:广州中医药大学,2006.

[7]常学辉,张良芝,李彦杰. 针药结合治疗帕金森病疗效观察[J]. 中国针灸,2008,28(9):645-647.

[8]徐兴华. 中西医结合帕金森病综合治疗方案的临床疗效研究[D]. 南宁:广西医学院,2010.

[9]李颖哲. 针刺舞蹈震颤控制区配合西药治疗帕金森病的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2015.

[10]杨丹红,施 茵,贾仰民. 针刺结合药物治疗改善帕金森病患者症状及对血抗氧化系统的影响[J]. 中国临床康复,2006,10(19):14-16.

[11]焦淑军. 针灸联合息宁治疗帕金森病运动、

## 3 讨论

本研究共纳入21个 RCT,包括1487例患者,多数 RCT 质量偏低。7项试验仅提及随机字样,仅1个试验描述了采用不透光的信封进行分配隐藏,可能存在选择性偏倚;所有纳入试验均未提及盲法的实施,虽然在针灸干预中难以对操作者和受试者实施盲法,但应尽量避免测量偏倚的产生。本系统评价将针灸视作一个整体进行研究,包含的干预措施有腹针、粗针、电针和艾灸等。本研究尚有不足之处:将不同西药对照(美多巴、安坦、苄丝肼-左旋多巴、息宁控释片)作为一个整体,未进行分开比较,这可能会对评价结果的可靠性产生影响;本研究的安全性评价仅从不良事件上判定,缺乏标准化的副作用