



· 专题论坛 | 指南与共识 ·

血管性帕金森综合征中西医结合诊治专家共识2022

■ 中国老年医学学会神经医学分会

基金项目

国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会科研课题 (GN2018009)

通信作者单位

天津 300211

天津市天津医院神经内科

通信作者

王毅

wangyils2005@126.com

com

【关键词】 脑血管病; 帕金森综合征; 帕金森病; 中西医结合; 中医药; 辅助疗法; 专家共识; 指南;

颤证

【DOI】 10.3969/j.issn.1673-5765.2022.04.002

血管性帕金森综合征 (vascular parkinsonism, VaP) 是继发性帕金森综合征中较为常见的一种类型, 是在脑血管疾病及其相关病理因素的基础上发展而来的, 具有锥体束征、共济失调和非运动症状 (包括尿失禁、认知功能障碍和精神症状等) 等临床表现的一组帕金森综合征。VaP具体的发病率和患病率暂不明确, 占帕金森综合征的2%~12%^[1], 流行病学提示VaP的年发病率约为3.2/10万^[2], 且男性多于女性。近年来, VaP的发病率也随着脑血管病的发病率上升而呈逐年上升趋势^[3-4]。VaP的发病机制尽管并未明确, 但公认其危险因素、发病年龄、病因、临床表现、病理特点及其治疗方案与原发帕金森病 (Parkinson's disease, PD) 存在明显不同, 鉴别诊断并不困难^[1, 5]。

通常认为, VaP典型的临床表现常为“下肢性帕金森综合征”或“下半身帕金森综合征”, 表现为双侧对称性的步态障碍, 多出现“冻结”现象和起步困难, 患者双上肢功能一般正常, 静止性震颤较少见^[6-7]。VaP最主要的非运动症状为认知功能障碍和尿失禁, 此外, 也可出现睡眠障碍、便秘、疲劳等症状。因VaP常合并高血压、高血脂症、糖尿病、冠心病和脑血管病史等血管病危险因素, 所以在治疗上, 既要关注帕金森综合征的改善, 也要关注脑血管病的防治。

在我国, 中医药治疗在脑血管病的各个时期均常使用, 其对帕金森综合征也有一定治疗

效果^[8-9]。为了更好地规范我国在VaP中西医结合方面的诊断和治疗, 中国老年医学学会神经医学分会成立专家组, 结合国内外相关文献和临床研究结果, 制定了本共识, 以期能够更好地指导临床工作。

1 中西医结合治疗的优势

在PD的治疗过程中, 常常会面临患者的运动并发症和非运动症状^[5], 在此方面采用中西医结合治疗方法效果明确, 且已有相关的专家共识指导^[10-11]。我国中医药防治脑病具有悠久历史, 以卒中为例, 多数医院在急性期西医常规治疗的基础上联合中药与针灸治疗, 在后遗症期进行中医针灸康复治疗更加普及^[12-13]。中国脑卒中医疗质量评估协作组的报道显示, 新发缺血性卒中患者使用中药的比例高达83.1%^[9]。不过, 目前的难点在于中成药品种繁多, 而西医通过辨证施治选择中成药的经验不足^[8]。

在中国传统医学中, VaP被归为老年“颤证”的范畴, 近些年在药物治疗、针灸治疗和中医证候等方面也有大量学者进行了研究和探讨^[14-15]。临床上有明确卒中史和影像学证据的脑血管病可采用西医药物进行治疗, 但是更为多见的“下半身帕金森综合征”或“下肢性帕金森综合征”多为隐匿进展, 发病时间不如急性卒中明确, 且部分患者对左旋多巴类药物反应性差, 导致缺乏有效的、可推荐的西医用药

扫码观看本文视频解读



和康复手段^[14-17]。

辨识兼顾,防治并举是中西医结合治疗的优势所在,既能把握疾病治疗的整体理念,又可发挥中药对西药“增效减毒”的作用,减少西药用量,提高生活质量,改善远期效果,同时兼顾脑血管病的防治。本次专家共识将“颤病”归纳为4个证型,在“风、火、痰(瘀)、虚”的病机基础上,既强调对于VaP患者自身的气血阴阳、脏腑经络的调整,又联合西药的治疗,能够贯穿疾病治疗的全程,兼顾VaP的运动症状和非运动症状,发挥中西医结合治疗的优势。

2 西医对VaP的诊断和治疗

2.1 诊断标准

中华医学会和中国医师协会的帕金森病及运动障碍学组于2017年联合制定的《中国血管性帕金森综合征诊断与治疗专家共识》提出了VaP的具体诊断标准^[1],采用了目前临床较被认可的Zijlmans等^[18]在2004年提出的标准:①存在帕金森综合征的表现,即必须具有运动迟缓,并具有以下症状之一:静止性震颤、肌强直、姿势平衡不稳(排除由原发性视觉、前庭、小脑及本体感觉异常所致);②具有脑血管病的表现,可以是脑影像学的表现,也可由卒中引起的局灶性症状和体征;③上述条件①和②之间必须有关联,即卒中后急性发病或在1年内逐渐出现帕金森综合征的表现;④排除由于反复颅脑外伤、脑炎、额叶肿瘤或交通性脑积水、使用抗精神病药物治疗等引起的帕金森综合征。

2.2 分型

目前一般将VaP分为2种类型:卒中后出现的偏侧帕金森综合征和隐匿起病的“下半身帕金森综合征”^[1]。前者卒中受累部位明确,病变位于苍白球外侧部或黑质致密部,引起了基底节区运动输出功能增强;或病灶位于丘脑腹后外侧核,或额叶大面积梗死,导致丘脑皮质

通路功能减低,患者主要表现为对侧肢体少动、强直。“下半身帕金森综合征”往往起病隐匿,可表现为皮质下脑白质损害,患者早期即可出现双下肢步态障碍或认知功能障碍。

2018年,国际帕金森病专家工作组更新国际专家共识,提出了VaP新的分型思路,将其分为3类:①急性或亚急性卒中后VaP亚型,典型表现为非对称的急性或亚急性帕金森综合征;②慢性发病的VaP,典型表现为进展性帕金森综合征,姿势不稳和步态障碍明显,同时伴发上运动神经元受累或尿失禁,对左旋多巴无明显反应或者反应不佳;③VaP混合其他帕金森综合征^[19]。但这个分型还存在较多争议,如排除标准中尿失禁和多巴胺药物反应良好这一项标准并没有得到公认;很难界定卒中恢复期或后遗症期与第1类(急性或亚急性卒中后VaP亚型)的区别;经病理确诊的PD有1.4%~3.0%合并脑血管病损害。相信未来随着生物标志物和影像技术的发展,可以为新的VaP分型提供更有利证据^[20]。

2.3 药物治疗

VaP的西药治疗可分为帕金森综合征的治疗、卒中及其危险因素的控制和认知功能障碍的治疗。帕金森综合征常用药物分为抗胆碱能药、金刚烷胺、复方左旋多巴、多巴胺受体(dopamine receptor, DR)激动剂、B型单胺氧化酶(monoamine oxidase B, MAO-B)抑制剂、儿茶酚-O-甲基转移酶(catechol-O-methyl transferase, COMT)抑制剂和选择性腺苷A2A受体拮抗剂等^[1, 5]。但是由脑白质病变引起的帕金森综合征,包括多巴胺能药物在内的治疗帕金森综合征的药物效果往往欠佳^[18]。

卒中及其危险因素的控制和认知障碍的治疗应遵循我国相应指南进行脑血管病急性期管理和二级预防^[21-23]。目前尚缺乏阿司匹林等抗血小板药物防治VaP方面的研究,有研究显示,在他汀类药物中,辛伐他汀可延缓严重脑白质



病变的进展^[24],但其他他汀类药物对VaP的疗效尚需更多的研究。积极干预各种血管性事件的危险因素是否能够延缓VaP的进展也仍有待研究。VaP早期可出现认知功能障碍,其治疗可根据血管性认知障碍的治疗原则,采用多奈哌齐、加兰他敏、卡巴拉汀等胆碱酯酶抑制剂以及美金刚、尼莫地平、线粒体保护剂和其他神经赋活剂治疗。

3 中医对VaP的辨证分型和治疗

1991年,中华全国中医学会老年医学会参考国内学者对VaP的中医认识,制定了《中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)》,将老年颤证的证型分为4型:肝肾阴虚、脾肾阳虚、阴阳两虚和痰瘀动风证,并确立了各证型的诊断标准^[15-16]。现在多数学者认同VaP病位在脑,属本虚标实之证^[16]。另外,也有其他学者根据临床需要又提出了多种分型方法。VaP患者初起病机分虚实,虚者多起于肝肾阴虚或脾肾阳虚,进而内风动越,发为颤证;实者多见痰瘀阻滞于内,夹风上扰,清窍阻塞。而随着病程的进展,严重程度的加重,最终易于转变为阴阳两虚兼痰瘀动风之本虚标实之证^[25-28]。具体证型及中

药治疗见表1^[29-36]。

3.1 辨证分型和中药治疗

(1) 肝肾阴虚证

主症:震颤剧烈、强直、动作迟缓。

次症:头晕目眩、腰酸耳鸣、夜尿频多、尿失禁、或急躁易怒、失眠多梦、潮热盗汗、大便秘结、舌体瘦小、舌质红、舌苔少或光剥无苔、脉弦细或沉细。

(2) 脾肾阳虚证

主症:震颤、强直、动作迟缓。

次症:面色苍白、表情呆板、头晕眼花、气短乏力、畏寒肢冷、小便清长、多梦易醒、舌质淡、舌苔薄白、脉沉细。

(3) 阴阳两虚证

主症:震颤较剧、强直、动作迟缓。

次症:面色无华、神疲乏力、少气懒言、心悸健忘、头晕自汗、纳呆、溲清便溏、失眠多梦、舌质淡红、苔薄白、脉沉细。

(4) 痰瘀动风证

主症:震颤、强直明显、动作迟缓。

次症:面色晦黯、表情呆板、头晕眼花、或头身困重、昏沉不寐、舌质紫黯或夹瘀斑、舌苔薄白或厚腻、脉弦滑。

表1 血管性帕金森综合征的证型及中药治疗

辨证分型	肝肾阴虚证	脾肾阳虚证	阴阳两虚证	痰瘀动风证
主症	震颤剧烈、强直、动作迟缓	震颤、强直、动作迟缓	震颤较剧、强直、动作迟缓	震颤、强直明显、动作迟缓
次症	头晕目眩、腰酸耳鸣、夜尿频多、尿失禁、或急躁易怒、失眠多梦、潮热盗汗、大便秘结	面色苍白、表情呆板、头晕眼花、气短乏力、畏寒肢冷、小便清长、多梦易醒	面色无华、神疲乏力、少气懒言、心悸健忘、头晕自汗、纳呆、溲清便溏、失眠多梦	面色晦黯、表情呆板、头晕眼花、或头身困重、昏沉不寐
舌脉	舌体瘦小、舌质红、舌苔少或光剥无苔、脉弦细或沉细	舌质淡、舌苔薄白、脉沉细	舌质淡红、苔薄白、脉沉细	舌质紫黯或夹瘀斑、舌苔薄白或厚腻、脉弦滑
治法	滋补肝肾、育阴熄风	益气扶正、养血熄风	温阳育阴、温肾养肝	化痰散结、祛瘀熄风
方药	归芍柔筋汤加减:当归、白芍、川芎、葛根、鸡血藤、白芷、地龙、僵蚕、天麻、片姜黄、络石藤 ^[29]	归脾汤合黄芪桂枝五物汤加减:党参、白术、茯苓、黄芪、当归、白芍、远志、桂枝、五味子、大枣等 ^[30]	左归丸合新加附子汤加减:熟地黄、山茱萸、山药、菟丝子、鹿角胶、杜仲、枸杞子、附子、桂枝、白术、淫羊藿、制巴戟天、狗脊、续断、炮姜、甘草等 ^[31]	痰热为主,摧肝丸加减:黄连、胆南星、法半夏、天麻、钩藤、僵蚕、竹沥、川牛膝、葛根、甘草; 血瘀为主,血府逐瘀汤加减:柴胡、枳壳、赤芍、川芎、桃仁、红花、生地、当归、白芍、木瓜、鸡血藤、全蝎 ^[29]
中成药	天麻钩藤颗粒 ^[29] 、养血清脑颗粒 ^[32] 、四物合剂、复方苭蓉益智胶囊 ^[33]	温阳通脉颗粒 ^[34] 、归脾丸	复方苭蓉益智胶囊 ^[33]	安神温胆丸 ^[35] 、三七通舒胶囊 ^[36] 、血府逐瘀胶囊 ^[29]

3.2 针灸治疗

3.2.1 针刺治疗

(1) 治法: 化痰通络、熄风止颤、益气养血、补益肝肾。

(2) 基本穴位: 主穴选取头维、完骨、太阳、外关、百会、四神聪、风池、合谷^[37]。配穴随证加减。

(3) 对症加减: 剂峰异动, 用神庭、本神、四神聪、神门以搭配百会穴; 关期肌张力障碍, 上肢选用极泉、尺泽、内关, 下肢选用鼠蹊、阴陵泉、三阴交^[38]。睡眠障碍选用四神针、四关配风池^[39]。

3.2.2 其他疗法

可应用头针、电针疗法、温灸、耳针。

(1) 电针疗法: 在常规针刺基础上, 电针正、负极分别连接同侧的风池与太阳, 共连接2侧, 根据患者的个人忍受情况选择疏密波的频率。留针0.5 h, 每日1次^[40]。

(2) 头针: 头针选用舞蹈震颤控制区和运动区, 呈30°斜刺, 捻转得气。留针0.5 h, 中间行针1次, 6次/周^[41]。

(3) 温灸: 在常规针刺基础上, 以艾盒灸前后交替施灸于关元、腰阳关, 每日1次, 15周为一个疗程^[42]。

(4) 耳针: 可取皮质下、神门、枕、颈、肘、腕、指、膝等穴, 采用毫针刺法或药丸压贴。

4 中西医结合策略

4.1 发挥中医整体观治疗优势, 结合西药药物治疗

目前关于中成药、中药方剂和中药注射液应用于VaP的报道较多, 尤其是对左旋多巴反应不佳的“下半身帕金森综合征”患者, 在复方左旋多巴基础上, 联合中成药治疗的研究层出不穷。李鸣等^[43]报道多巴丝肼片联合丹红注射液治疗亚急性发病的VaP可短期改善患者下肢沉重感、行走拖曳和动作缓慢等症状; 关

于口服药物的中西医结合治疗的报道更多, 肖家平等^[36]采用口服美多巴联合三七通舒胶囊治疗VaP, 发现患者帕金森病统一评级量表(unified Parkinson's disease rating scale, UPDRS)评分降低, Hoehn-Yahr分级下降, 而日常生活能力和认知功能有所提高。此外, 自拟方和院内制剂联合西药治疗也有很多报道。需要注意的是, 临床上联合中成药治疗VaP要注意辨证, 根据表1初步识别舌苔和证型, 最好请中医科联合诊治, 不可滥用中成药。

4.2 发展全科医疗和运动障碍专科相结合

推荐进行双向转诊, 由基层医院及时识别帕金森综合征表现, 转诊到相应的运动障碍专科就诊, 对于帕金森综合征进行鉴别诊断和多学科联合会诊, 从中西药联合应用、日常生活指导和康复锻炼等多方面汇总治疗建议, 制订个体化治疗方案, 之后可由基层全科医师进行长期观察, 如有变化, 及时转诊。

4.3 药物治疗联合多种康复治疗

鉴于药物治疗在VaP诊疗中的局限性, 同时出于卒中康复的需要, 临床进行了多种康复治疗措施的探索。康复医学中有多种形式的训练, 如步态纠正训练、重心转移训练、关节活动度及抗阻训练、跑台步行训练、主动助力训练、运动想象疗法以及结合计算机进行虚拟现实技术训练等种类^[44]。重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)和经颅电刺激治疗(cranial electrotherapy stimulation, CES)可以改善患者的精神情绪、日常生活能力和运动功能, 被临床越来越多地采用, 也被相应指南所推荐^[1, 20, 45]。尤其对左旋多巴反应性差的VaP, 采用包括多种康复措施在内的健康指导会对患者生活发挥积极作用。

4.4 中医药联合治疗减轻VaP的非运动症状

VaP因为兼有脑血管病和帕金森综合征的发病机制, 常常伴有头晕、头痛、乏力、睡



眠障碍、情绪障碍、认知障碍、胃肠道症状和其他自主神经功能障碍等表现^[11],通过添加包括中成药在内的中药治疗有较好效果^[46-47]。此外,基于脑肠轴理论,针灸能够调理胃肠功能、安神解郁,对卒中和VaP也有较好的干预效果^[48-49]。

5 总结

中西医结合治疗是具有我国特色的治疗方法,在真实世界中应用广泛,但是由于部分医师不能将中医药的辨证施治与西药有机结合,故未能起到很好的效果,本共识特此提出一些中成药便于临床根据患者情况选用,起到增效减毒的作用。在康复锻炼方面,我国的一些传统运动,如太极拳、八段锦等也能改善卒中的后遗症和轻中度VaP患者的运动及平衡能力^[50-51],从而改善其生活质量,但是其作用效果需更多的高质量研究予以论证。

我国一些地区常有在饮食中添加药食同源的中成药的风俗,称为药膳,有改善气血亏虚、肝肾阴虚等证的作用,且可对脑血管病的危险因素起到预防作用,不良反应小,可在辨证后加用食疗方,最终达到预防和治疗疾病的目的。

声明:所有参与本共识制订的专家均声明不存在利益冲突!

执笔:王毅

主审:耿德勤,刘春风

中国老年医学学会神经医学分会专家组名单

(按姓氏笔画排列):

王冠 天津中医药大学第二附属医院
王涛 华中科技大学同济医学院附属协和医院
王毅 天津市天津医院
王改青 海南省第三人民医院
方伯言 首都医科大学附属北京康复医院
田晔 西北大学附属医院,西安市第三医院
田仰华 安徽医科大学第一附属医院

邢云泽 天津中医药大学
刘沙 徐州医科大学附属医院
刘春风 苏州大学附属第二医院
李红燕 新疆维吾尔自治区人民医院
李晓红 天津大学
杨弋 吉林大学白求恩第一医院
谷有全 兰州大学第一医院
张智 中国科学技术大学生命科学与医学部
张忠玲 哈尔滨医科大学附属第一医院
陆正齐 中山大学附属第三医院
陈杨 贵州中医药大学第一附属医院
陈文武 河南大学第一附属医院
苑杰 华北理工大学
金宏 苏州大学附属第二医院
周厚广 复旦大学附属华山医院
郑国庆 浙江中医药大学附属第一医院
赵静 复旦大学附属闵行医院
胡全忠 青海省人民医院
钟书 广西壮族自治区人民医院
贺电 贵州医科大学附属医院
耿德勤 徐州医科大学附属医院
徐仁泗 江西省人民医院
脱厚珍 首都医科大学附属北京友谊医院
商慧芳 四川大学华西医院
隋轶 沈阳市第一人民医院
葛巍 徐州医科大学附属医院
群森 中国科学技术大学附属第一医院
管维平 中国人民解放军总医院第二医学中心
魏世超 福建省立医院

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委员会.中国血管性帕金森综合征诊断与治疗专家共识[J].中华神经科杂志,2017,50(5):326-331.
- [2] CASLAKE R, TAYLOR K, SCOTT N, et al. Age-, and gender-specific incidence of vascular parkinsonism, progressive supranuclear palsy, and

- parkinsonian-type multiple system atrophy in North East Scotland: the PINE study[J]. *Parkinsonism Relat Disord*, 2014, 20 (8) : 834-839.
- [3] LEVIN O S, CHIMAGOMEDOVA A S, SKRIPKINA N A, et al. Nonmotor symptoms in vascular and other secondary parkinsonism[J/OL]. *Int Rev Neurobiol*, 2017, 134: 1303-1334[2021-12-12]. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.05.016>.
- [4] MANOSALVA H A, PIO F, JEERAKATHIL T, et al. Vascular parkinsonism in a tertiary care stroke prevention clinic and the development of a new screening strategy[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2018, 27 (1) : 153-161.
- [5] 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.
- [6] GLASS P G, LEES A J, BACELLAR A, et al. The clinical features of pathologically confirmed vascular parkinsonism[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2012, 83 (10) : 1027-1029.
- [7] KALRA S, GROSSET D G, BENAMER H T. Differentiating vascular parkinsonism from idiopathic Parkinson's disease: a systematic review[J]. *Mov Disord*, 2010, 25 (2) : 149-156.
- [8] 袁晶, 朱以诚, 姚明, 等. 急性卒中患者中药服用情况横断面调查[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48 (4) : 284-287.
- [9] 中国脑卒中医疗质量评估 (QUEST) 协作组. 中国急性缺血性脑卒中治疗现状[J]. *中华神经科杂志*, 2009, 42 (4) : 223-228.
- [10] 帕金森病运动并发症中西医结合诊治专家共识写作组. 帕金森病运动并发症中西医结合诊治专家共识 (2020) [J]. *中国神经免疫学和神经病学杂志*, 2020, 27 (4) : 247-252.
- [11] 帕金森病自主神经功能障碍中西医结合诊治专家共识写作组. 帕金森病自主神经功能障碍中西医结合诊治专家共识 (2020) [J]. *南京中医药大学学报*, 2021, 37 (1) : 6-12.
- [12] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南 (2017) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2018, 38 (2) : 136-144.
- [13] 中华中医药学会脑病分会, 广东省中医药学会脑病专业委员会, 广东省中西医结合学会卒中专业委员会. 中西医结合脑卒中循证实践指南 (2019) [J]. *中国循证医学杂志*, 2020, 20 (8) : 901-912.
- [14] 杨宗保. 血管性帕金森综合征中医证候的临床研究 [D]. 福州: 福建中医学院, 2004.
- [15] 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 (试行) [J]. *北京中医学院学报*, 1992, 15 (4) : 39-41.
- [16] 林良达. 老年颤证的四诊信息调查分析及PD与VPS中医证候的比较研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [17] 张秀敏, 单晓琳. 温阳逐瘀定帕汤治疗轻中度血管性帕金森综合征临床观察[J]. *北京中医药*, 2014, 33 (12) : 945-947.
- [18] ZIJLMANS J C, DANIEL S E, HUGHES A J, et al. Clinico pathological investigation of vascular parkinsonism, including clinical criteria for diagnosis[J]. *Mov Disord*, 2004, 19 (6) : 630-640.
- [19] REKTOR I, BOHNEN N I, KORCZYN A D, et al. An updated diagnostic approach to subtype definition of vascular parkinsonism - recommendations from an expert working group[J/OL]. *Parkinsonism Relat Disord*, 2018, 49: 9-16[2021-12-12]. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.12.030>.
- [20] JELLINGER K A, ATTEMS J. Prevalence and impact of vascular and Alzheimer pathologies in Lewy body disease[J]. *Acta Neuropathol*, 2008, 115 (4) : 427-436.
- [21] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48 (4) : 258-273.
- [22] 中国医师协会神经内科分会认知障碍专业委员会, 《中国血管性认知障碍诊治指南》编写组. 2019年中国血管性认知障碍诊治指南[J]. *中华医学杂志*, 2019, 99 (35) : 2737-2744.
- [23] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51 (9) : 666-682.
- [24] MOK V C T, LAM W W M, FAN Y H, et al. Effects of statins on the progression of cerebral white matter lesion: post Hoc analysis of the ROCAS (regression of cerebral artery stenosis) study[J]. *J Neurol*, 2009, 256 (5) : 750-757.
- [25] 黄少东, 梁健芬, 陈月桥, 等. 从肾虚血瘀论治血管性帕金森综合征[J]. *浙江中医药大学学报*, 2019, 43 (4) : 328-330.
- [26] 于青云, 张波. 从气血论治血管性帕金森综合征[J]. *当代医药论丛*, 2019, 17 (1) : 194-195.
- [27] 刘泽华, 李涛, 王豆, 等. 从肝强脾弱论治血管性帕金森综合征[J]. *陕西中医*, 2021, 42 (3) : 360-362.
- [28] 吕友慧, 唐少雄, 闫咏梅. 闫咏梅教授从痰瘀论治血管性帕金森综合征[J]. *吉林中医药*, 2021, 41 (3) : 356-358.
- [29] 杨文明, 鲍远程, 汪瀚, 等. 颤病 (帕金森病) 诊疗方案[J]. *中医药临床杂志*, 2012, 24 (11) : 1125-1126.
- [30] 冯苗, 王姚, 梁超. 不安腿综合征中医辨证治疗临床观察[J]. *中医临床研究*, 2015, 7 (28) : 100-101.
- [31] 章林, 杜少辉, 杨珣, 等. 新加附子汤加减治疗帕金森



- 森病睡眠障碍临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36 (8) : 1142-1145.
- [32] 潘卫东, 刘云, 方正龙, 等. 养血清脑颗粒改善帕金森病睡眠障碍疗效评价[J]. 中国社区医师, 2012, 28 (36) : 12.
- [33] 李红果. 复方苡蓉益智胶囊治疗帕金森病肝肾亏虚型失眠的疗效观察[J]. 药物评价研究, 2021, 44 (2) : 390-393.
- [34] 徐绍侠, 张波. 温阳通脉颗粒治疗脾肾阳虚型血管性帕金森综合征[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31 (7) : 1327-1330.
- [35] 上海市中西医结合学会慢性神经系统疾病专业委员会, 帕金森病睡眠障碍中西医结合管理专家共识写作组. 帕金森病睡眠障碍中西医结合管理专家共识 (2021) [J]. 上海中医药大学学报, 2021, 35 (3) : 1-6.
- [36] 肖家平, 李鸣, 胡仁琳, 等. 三七通舒胶囊对血管性帕金森综合征的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20 (18) : 11-13, 109.
- [37] 王美琳. “化瘀通络, 息风止颤”针刺法治疗血管性帕金森综合征临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
- [38] 贾妮, 肖丰嘉, 闫咏梅. 帕金森病运动并发症中西医结合诊治专家共识 (2020) 解读[J]. 现代中医药, 2021, 41 (3) : 23-28.
- [39] 陈宇君. 颤三针治疗帕金森病的临床疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [40] 高剑明. 电针太阳和风池为主治疗血管性帕金森综合征临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2018.
- [41] 李海悦, 王颖. 通督调神针刺法治疗血管性帕金森综合征的临床研究[J]. 云南中医学院学报, 2016, 39 (4) : 44-46.
- [42] 何崇, 邱茂良. 针灸治疗血管性帕金森氏综合征9例临床观察[J]. 中国针灸, 1998, 18 (4) : 228.
- [43] 李鸣, 肖家平, 聂德云, 等. 丹红注射液治疗亚急性血管性帕金森综合征44例[J]. 医药导报, 2017, 36 (8) : 909-911.
- [44] 余虹. 强化功能训练对血管性帕金森综合征运动功能的影响[J]. 中国医学工程, 2019, 27 (9) : 47-50.
- [45] 徐丽丽. 重复经颅磁刺激治疗对血管性帕金森综合征患者步态及平衡功能影响的临床研究[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2021.
- [46] 牟方波, 李桂芳, 卢正海, 等. 腔隙性脑梗死后帕金森综合征的中医病机及其证治[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6 (10) : 1201-1203.
- [47] 马海燕. 增液熄风方联合美多巴治疗血管性帕金森综合征35例[J]. 中医杂志, 2010, 51 (11) : 1011-1012.
- [48] 汪道, 刘智斌. 基于脑肠轴理论探讨针对帕金森病便秘和抑郁的双向性调节[J]. 中医药学报, 2021, 49 (6) : 56-59.
- [49] 倪光夏, 宋扬扬. 基于“脑肠轴”理论探讨“醒神调肠”针刺法治疗帕金森病[J]. 中国针灸, 2020, 40 (3) : 315-317.
- [50] 肖慧玲, 洪安辉, 马小珍. 太极拳改善早期帕金森病患者平衡障碍的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12 (8) : 41-42, 44.
- [51] 支晓. 八段锦对帕金森病患者步态特征的影响研究[D]. 大连: 大连理工大学, 2020.

收稿日期: 2021-12-29

本文编辑: 栾璟煜