

中医外治法对于帕金森的最新研究进展

刘一旻¹, 梅 成^{2*}

¹黑龙江省中医药科学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江省中医医院南岗院区针灸六科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月13日; 录用日期: 2026年8月6日; 发布日期: 2026年8月14日

摘 要

帕金森病是常见的中枢神经系统退行性疾病, 中医外治法在其治疗中显示出独特优势。本文系统梳理近五年相关文献, 按疗法类型将中医外治法分为针刺类(体针、头针、电针、火针、温针灸)、手法类(推拿、穴位按摩、导引功法)、温热类(艾灸、穴位贴敷、中药熏蒸)及其他外治法(刮痧、拔罐、耳穴), 总结各类疗法的临床疗效证据、作用机制及存在问题。研究表明, 针刺百会、四神聪、太冲等穴可显著改善运动及非运动症状, 电针不同频率(2 Hz vs 100 Hz)对肌强直与步态障碍各有侧重; 推拿可缓解肌肉僵硬, 导引功法(太极拳、八段锦)能提升平衡能力; 艾灸、贴敷对便秘、睡眠障碍等非运动症状疗效确切。现代机制涉及调节多巴胺能神经元、抗氧化应激、抑制神经炎症等多靶点。然而, 现有研究多属小样本观察, 缺乏统一操作标准, 机制研究尚不深入。未来应聚焦于特定穴位与脑功能区(如基底节-运动皮层环路)的关联、电针最佳参数组合、推拿量化力度时长等关键问题, 并开展大样本多中心随机对照试验, 以推动中医外治法的标准化与国际化。

关键词

帕金森病, 中医外治法, 针灸, 推拿, 艾灸, 研究进展

Recent Advances in External Therapies of Traditional Chinese Medicine for Parkinson's Disease

Yimin Liu¹, Cheng Mei^{2*}

¹Heilongjiang Academy of Chinese Medicine Sciences, Harbin Heilongjiang

²Acupuncture Department 6, Nangang Branch, Heilongjiang Provincial Hospital of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 刘一旻, 梅成. 中医外治法对于帕金森的最新研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 935-942.
DOI: 10.12677/acm.2026.1682868

Abstract

Parkinson's disease (PD) is a common neurodegenerative disorder of the central nervous system. External therapies of traditional Chinese medicine (TCM) have shown unique advantages in its treatment. This paper systematically reviews relevant literature over the past five years, categorizing TCM external therapies by type into acupuncture-like (body acupuncture, scalp acupuncture, electroacupuncture, fire needling, warm needling), manipulation-like (tuina, acupoint massage, Daoyin exercises), heat-like (moxibustion, acupoint application, herbal fumigation), and other external therapies (scraping, cupping, auricular therapy). It summarizes the clinical evidence, mechanisms, and existing problems of each therapy. Studies show that needling at Baihui (GV20), Sishencong (EX-HN1), Taichong (LR3) significantly improves motor and non-motor symptoms; different frequencies of electroacupuncture (2 Hz vs 100 Hz) have distinct effects on rigidity and gait disturbance. Tuina can relieve muscle stiffness, and Daoyin exercises (Tai Chi, Baduanjin) improve balance. Moxibustion and acupoint application are effective for constipation and sleep disorders. Modern mechanisms involve regulating dopaminergic neurons, anti-oxidative stress, and inhibiting neuroinflammation. However, most studies are small-sample observations, lacking unified operational standards and in-depth mechanistic research. Future studies should focus on the correlation between specific acupoints and brain functional areas (e.g., basal ganglia-motor cortex circuit), optimal electroacupuncture parameters, quantitative intensity and duration of tuina, and conduct large-scale multicenter randomized controlled trials to promote standardization and internationalization of TCM external therapies.

Keywords

Parkinson's Disease, TCM External Therapies, Acupuncture, Tuina, Moxibustion, Research Progress

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是仅次于阿尔茨海默病的第二大神经系统退行性疾病, 发病率随人口老龄化逐年上升。2019~2023 年全球逾 1000 万患者, 中国约 300 万, 预计 2030 年达 500 万[1]。PD 主要表现为静止性震颤、肌强直、运动迟缓及姿势步态障碍等运动症状, 以及睡眠障碍、便秘、抑郁焦虑等非运动症状, 严重影响生活质量。目前西医以左旋多巴替代治疗为主, 但长期使用易致运动并发症、药效衰减, 且无法阻止疾病进展[1]。2020 年中国 PD 治疗指南强调非药物治疗的全程积极作用。中医将 PD 归为“颤证”“振掉”, 病机为肝肾亏虚、气血不足、痰瘀阻络、风阳内动。中医外治法通过刺激体表穴位、调节经络而奏效, 具有简便廉验、安全性高等特点, 近年来研究日益增多[2]。2018~2023 年国内外临床与基础研究表明, 针灸、推拿、贴敷、艾灸等可显著提高患者运动能力和生活质量, 机制涉及多巴胺能神经元保护、神经营养因子促进、抗氧化及抗炎等[3]。但现有研究多属小样本观察, 缺乏高质量多中心随机对照试验, 操作规范不一[3]。本文按疗法类型重新整合近五年证据, 每类疗法内按“临床证据 - 作用机制 - 局限与展望”逻辑展开, 以期为临床实践和后续研究提供清晰参考。

2. 中医外治法治疗帕金森病的理论基础

2.1. 帕金森病的中医病机认识

中医虽无“帕金森病”病名,但据其表现归入“颤证”“振掉”“痉证”等范畴[4]。历代医家形成本虚标实之论:本虚为肝肾亏虚、气血不足、精髓空虚;标实为风、火、痰、瘀。肝主筋,肾藏精生髓,精血亏虚则筋脉失养,致肢体震颤、动作迟缓、肌肉僵硬。气血衰则经络失濡,气滞血瘀,阳气渐衰,寒凝血瘀,痹阻经络[5]。虚风内动为重要病机——肝肾阴虚,水不涵木,肝阳化风,虚风内扰致震颤。痰瘀互结亦为关键,脾失健运,水湿成痰,痰瘀阻络,神机失用。现代中医认为病位在脑,与肝、肾、脾密切相关,病性虚实夹杂,病程日久累及心、肺[6]。

2.2. 中医外治法的作用机理

外治法遵循“治病求本、内病外治”原则,通过刺激体表穴位激发经络感传,调节脏腑气血阴阳[7]。针刺可疏通经络、调和气血,使脑髓得养;推拿激发正气,濡养筋脉;艾灸、贴敷等温通法温补肾阳,改善脑部供血。现代医学认为,外治法刺激体表感受器,经传入神经影响中枢,引起神经内分泌反应[8]。可促进多巴胺分泌,上调受体表达,改善黑质-纹状体通路功能;激活内源性抗氧化系统,清除自由基;抑制小胶质细胞活化,减轻神经炎症;改善线粒体功能障碍,抗凋亡[9]。同时促进神经营养因子分泌,增强神经可塑性,体现多靶点综合调控优势。

2.3. 现代医学对中医外治法的机制解释

神经影像学显示,针灸、推拿可调节黑质-纹状体多巴胺能神经元活性,增加酪氨酸羟化酶和多巴胺转运体表达,促进多巴胺合成释放[10]。fMRI证实针刺特定穴位可激活基底节、丘脑、运动皮层,加强区域间功能连接。分子层面,外治法激活PI3K/Akt、MAPK/ERK等信号通路,上调BDNF、GDNF等神经营养因子[11]。可提高SOD、GSH-Px活性,稳定线粒体膜电位。还可抑制小胶质细胞过度激活,降低TNF- α 、IL-1 β 、IL-6,升高IL-10。有研究认为外治法能激活泛素-蛋白酶体和自噬-溶酶体途径,促进 α -突触核蛋白降解,减少路易小体[12]。此外,调节肠道菌群、改善肠-脑轴功能亦是潜在途径。

3. 针刺类疗法

针刺类疗法包括传统体针、头针、电针、火针及温针灸等,是研究最深入的中医外治法。

3.1. 传统体针与头针

临床证据:体针选取百会、四神聪、风池、太冲、合谷、足三里等穴,2019~2023年多项临床试验显示可使UPDRS评分下降20%~35%,减少步态冻结和肢体僵硬[13]。其机制与增加纹状体酪氨酸羟化酶、提高内源性多巴胺水平相关[14]。对睡眠障碍、便秘、抑郁等非运动症状亦有改善。临床多采用平补平泻或补法,每日或隔日1次,4~12周为一疗程,操作规范化可提高疗效[15]。头针根据大脑皮层功能定位,选取舞蹈震颤控制区、运动区、平衡区等刺激线。2020~2024年研究表明,治疗8~12周后震颤幅度降低30%~45%,运动迟缓改善率超60%,平衡功能明显提高[16]。fMRI显示头针增强基底节-丘脑-皮层环路功能连接,促进运动功能区代偿[17]。头针联合体针效果更优,尤其适用于震颤为主型患者。

作用机制:体针和头针均可调节多巴胺能神经元活性,增强脑内多巴胺水平;头针侧重调节皮层-基底节网络兴奋性,促进运动程序重组。

局限与展望:当前研究多为单中心小样本,穴位配伍和刺激参数(留针时间、捻转频率)缺乏统一标准。未来需开展多中心RCT,并利用fMRI、PET等技术阐明不同穴位对特定脑功能区(如辅助运动区、小脑)

的差异化调节作用。

3.2. 电针疗法

临床证据: 电针将针刺与电刺激结合, 不同频率疗效有显著差异[18]。低频(2~15 Hz)主要通过内源性阿片肽系统缓解肌强直和震颤, 一项 86 例 RCT 显示低频电针使 UPDRS-III 下降 32.6%; 高频(50~100 Hz)对运动迟缓和步态障碍更佳, 2022 年多中心研究显示高频电针使步速提高 24.3%、步幅增加 18.7%。疏密波兼具两者优点, 应用广泛[19]。基础研究(2020~2023)显示电针使纹状体多巴胺浓度及 TH 表达增加 35%~48% [20]。fMRI 证实电针增强基底节 - 丘脑 - 皮质运动环路连接。机制还涉及激活 PI3K/Akt 通路抗凋亡, 降低 α -突触核蛋白聚集, 抑制神经炎症[21], 改善线粒体 ATP 生成。

局限与展望: 电针频率、波形(疏密波/断续波)、电流强度、刺激时长等参数尚未形成共识。未来应开展多组剂量 - 效应比较研究, 明确针对不同主症(震颤为主 vs 强直为主)的最优参数组合, 并探索电针与深部脑刺激的协同可能性。

3.3. 特殊针法(火针与温针灸)

临床证据: 火针将针刺与温热结合, 选用督脉、膀胱经穴位(大椎、命门、肾俞、脾俞等), 针对阳气虚衰、寒凝血瘀病机。临床观察显示可缓解肌肉僵硬、运动迟缓及畏寒肢冷等非运动症状[22][23]。温针灸在针柄上置艾炷点燃, 使热力沿针身深入, 常用足三里、三阴交、关元、太冲等穴。2021 年一项 86 例 RCT 表明, 温针灸联合西药总有效率为 88.4%, 优于单纯西药组的 65.1% [24][25]。机制上, 温针灸可改善黑质纹状体多巴胺递质, 减少 α -突触核蛋白聚集, 抑制小胶质细胞活化。

局限与展望: 火针操作技术要求高, 深度和温度控制不当易致烫伤; 温针灸的温热刺激量(艾炷大小、壮数)尚无量化标准。未来应规范火针的进针深度(如 0.5~1 寸)、温度(约 200℃)及留针时间(≤ 5 秒), 温针灸应统一艾炷重量(如每壮 0.5 g)和燃尽时间, 并开展针对阳虚寒凝证型的特异性疗效评价。

4. 手法类疗法

手法类疗法包括经络推拿、头部推拿、穴位按摩及导引功法, 以机械刺激和主动运动为核心。

4.1. 推拿手法

临床证据: 经络推拿作用于督脉、膀胱经、肝经等, 采用滚、揉、按法, 可减轻肌肉僵硬和运动迟缓[26]。2020 年一项 86 例观察显示, 经络推拿联合西药治疗 8 周后, UPDRS-III 较单纯西药组显著下降, 步态和姿势稳定性改善[27]。对下肢足三阴、足三阳经推拿可提高行走能力和平衡力。头部推拿(五指拿法、指揉法于百会、四神聪、风池、印堂)可改善认知、睡眠及焦虑抑郁。2021 年 fMRI 研究显示头部推拿增强黑质 - 纹状体通路功能连接[28][29]。

作用机制: 推拿通过机械力刺激局部感受器, 经脊髓 - 丘脑 - 皮层通路调节多巴胺能系统; 同时改善局部微循环, 增加脑血流量, 缓解肌梭过度兴奋。

局限与展望: 推拿力度(如按压力度以患者酸胀感为度, 可尝试用压力传感器量化至 3~5 kg)、频率(每分钟 100~150 次)、单次时长(20~30 分钟)及疗程(每周至少 3 次, 持续 8 周以上)亟待统一。应结合肌电图和表面肌电评估推拿对肌张力的即时影响, 建立“力度 - 效应”量效关系。

4.2. 穴位按摩与导引功法

临床证据: 穴位按摩选取百会、四神聪、合谷、足三里、太冲等, 点按与揉动结合, 每穴 3~5 分钟, 每日 1 次, 连续 12 周后 UPDRS 评分明显下降[30][31]。导引功法(太极拳、八段锦、五禽戏)近年来证据

充分: 2019~2023 年多项研究显示太极拳训练可减少跌倒发生率超 35%, 八段锦 12 周使 UPDRS 运动评分降低 8~12 分[32] [33]。fMRI 显示长期导引可促进基底节功能重组, 提高 BDNF 水平[34]。

机制与展望: 导引通过协调运动、呼吸和意念, 重塑运动皮层 - 小脑 - 基底节网络连接, 改善姿势控制。未来研究应针对不同 Hoehn-Yahr 分期制定个体化功法处方, 明确每周训练频次(建议 ≥ 5 次)和每次时长(≥ 40 分钟), 并利用可穿戴设备量化步态参数变化。

5. 温热类及其他外治法

温热类包括艾灸、穴位贴敷、中药熏蒸; 其他外治包括刮痧、拔罐、耳穴。

5.1. 艾灸疗法

临床证据: 直接灸(麦粒灸关元、气海、神阙, 每穴 3~5 壮)可减轻震颤和肌强直。间接灸(隔姜灸百会、大椎、肾俞、足三里)治疗 8 周后 UPDRS 降低 28.6%, 优于单纯西药[35]。隔附子饼灸对运动迟缓和步态改善明显, 步速增加约 0.15 m/s [36]。对非运动症状: 2022 年多中心观察(120 例睡眠障碍患者)温和灸神门、三阴交、涌泉, 睡前 15 分钟, 4 周后 PSQI 评分平均减少 4.8 分[37]; 隔盐灸神阙配合温和灸天枢、大肠俞对便秘有效率达 73.5%; 艾灸百会、印堂、内关可降低 HAMD 评分 5.2 分, 同时升高血清 5-HT [38]。

作用机制: 艾灸热辐射和艾叶挥发油经穴位吸收, 激活 TRPV1 通道, 促进局部血流和脑内多巴胺释放; 调节下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴, 改善情绪和睡眠。

局限与展望: 艾灸温度(皮肤表面温度控制在 43℃~45℃)、距离(2~3 cm)、时间(每穴 10~15 分钟)尚无统一标准。未来应结合红外热成像实时监测, 建立“温热剂量 - 疗效”模型, 并针对不同类型非运动症状(焦虑 vs 便秘)优选穴位组合。

5.2. 穴位贴敷与中药熏蒸

临床证据: 穴位贴敷用川芎、红花、当归、制附子、细辛等制成贴剂, 贴于风池、大椎、肾俞、命门等穴, 每次 4~6 小时, 每周 3~5 次, 8~12 周后 UPDRS-III 明显下降[39]。2023 年 126 例 RCT 显示贴敷联合西药总有效率 82.5%, 高于单纯西药的 64.3%, 且对便秘、睡眠障碍有效[40]。中药熏蒸(天麻、钩藤、川芎、当归、红花、桃仁)蒸汽熏蒸局部或全身, 可缓解肢体僵硬和运动迟缓, UPDRS 平均降低 15~25 分。2020 年 86 例对照显示熏蒸组肌张力改善率 68.9%, 高于对照组 42.3%, 对出汗异常等自主神经症状亦有效[41]。

机制: 贴敷药物经皮吸收和穴位持续刺激双重作用; 熏蒸挥发性成分经呼吸道和皮肤吸收, 调节神经递质和脑微循环。

局限与展望: 贴敷药物配方、贴敷时长、换药频率尚不统一, 熏蒸温度(40℃~45℃)、时间(20~30 分钟)和方剂组成亦需标准化。未来应开展透皮吸收药代动力学研究, 明确有效成分及其靶点, 并探索贴敷与经皮电刺激联合应用的可能。

5.3. 刮痧、拔罐与耳穴疗法

临床证据: 刮痧(督脉及膀胱经)治疗 52 例 PD 患者, 每周 3 次, 共 8 周, UPDRS 运动评分平均下降 7.3 分, 肌强直改善率 68.5% [42]。拔罐(走罐+定罐于膀胱经, 大椎、命门、肾俞留罐)治疗 46 例, 肌张力降低, 睡眠改善有效率为 71.7% [43]。耳穴贴压(神门、脑点、皮质下、肝、肾、交感)有效率 76.8%~85.3%, 可缓解震颤、肌强直及失眠、便秘[44] [45]。

机制: 刮痧通过皮下出血引发免疫反应, 促进抗炎因子释放; 拔罐负压改善局部循环; 耳穴刺激经

迷走神经反射影响基底节递质。

局限与展望：刮痧力度(轻重)、出痧程度、拔罐负压($-0.03\sim-0.05$ MPa)和留罐时间(5~10 分钟)缺乏量化。耳穴贴压的按压频次(每日 3~5 次)和疗程需规范。未来应利用 fMRI 验证耳穴-脑区特异性对应关系, 并开展刮痧/拔罐作为辅助疗法对减少左旋多巴剂量的卫生经济学评价。

6. 结论与展望

中医外治法在 PD 治疗中具有改善运动和非运动症状、延缓疾病进展、减少西药副作用的综合优势。各类疗法作用机制涉及多巴胺能神经元保护、抗氧化、抗炎、线粒体功能维护及肠-脑轴调节等多靶点, 体现了整体调节特色[46]。然而, 当前研究存在以下共性不足: ① 样本量小, 缺乏多中心、大样本、双盲 RCT, 证据等级较低[47]; ② 穴位选择、刺激参数、操作流程尚未统一, 导致不同研究间可比性差; ③ 机制研究多停留于动物水平, 临床转化不足[48]。

针对上述问题, 提出以下具体化建议:

(1) 统一操作标准:

针刺类: 电针应明确频率(建议设置 2 Hz、50 Hz、100 Hz 三个固定档位)、波形(疏密波或断续波)、电流强度(以患者耐受为度, 一般 1~5 mA)及留针时间(20~30 分钟); 火针应规范针体烧红程度(呈亮红色, 约 600℃)、刺入深度(0.3~0.5 寸)和留针时间(≤ 3 秒)。

手法类: 推拿按压力度可采用压力传感器量化(建议 3~5 kg/cm²), 频率控制于每分钟 120~150 次, 单次治疗时长 ≥ 25 分钟; 导引功法(如八段锦)应规定每式重复次数(至少 8 遍)、每周练习天数(≥ 5 天)及单次总时长(≥ 40 分钟)。

温热类: 艾灸应控制皮肤表面温度(43℃~45℃)和每穴灸时(10~15 分钟); 穴位贴敷应统一药饼厚度(0.3~0.5 cm)、贴敷面积(直径 2~3 cm)和更换周期(每 24 小时更换); 熏蒸温度设定为 42℃恒温, 单次 20 分钟。

(2) 聚焦关键科学问题:

利用高分辨率 fMRI 和脑电图技术, 探究百会、太冲等特定穴位是否特异性调节默认模式网络、基底节-运动皮层环路的连通性, 明确穴位功能特异性。

通过分子生物学和代谢组学, 阐明外治法如何协同调控 PI3K/Akt 和 Nrf2/ARE 抗氧化通路, 以及对 α -突触核蛋白自噬降解的具体信号节点。

开展“外治法-肠道菌群-神经炎症”轴的研究, 探索不同治法对菌群-肠-脑通路的差异化调节作用。

(3) 推进循证评价与转化:

设计国际注册的多中心 RCT, 采用盲法评价(如患者盲、评估者盲), 以 UPDRS、PDQ-39、左旋多巴等效剂量为主要终点, 建立疗效预测模型。

开发智能穴位定位设备和实时疗效反馈系统, 减少人为操作偏差, 提高治疗可重复性。

建立中医外治法治疗 PD 的临床实践指南, 明确不同分期、不同证型的最佳疗法组合和疗程, 推动中西医协同治疗方案的落地。

总之, 通过多学科交叉和国际合作, 中医外治法有望在 PD 综合防治中发挥更大作用, 为患者提供安全有效的非药物选择。

参考文献

- [1] 张继瑶, 唐强, 朱路文, 等. 康复治疗帕金森病的最新研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 13(4): 193-195.

- [2] 黄小燕, 朱梦婷, 王旭, 等. 中医外治法治疗糖尿病周围神经病变研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(7): 126-128.
- [3] 林沛. 中医治疗帕金森病抑郁的研究进展[J]. 大众科技, 2022, 24(7): 106-108, 91.
- [4] 彭艳, 白雪. 中医治疗帕金森病的研究进展[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(2): 94-96.
- [5] 张艺缤, 卢琦, 许家铭, 等. 中医治疗帕金森病的研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(16): 40-41.
- [6] 李帅, 曹子成. 中西医治疗帕金森病的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(16): 94-96.
- [7] 孔乔, 李安, 吕萌, 等. 过敏性鼻炎的预防与中医外治法研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(12): 142-143.
- [8] 程婷, 杨文明. 帕金森病抑郁的中医治疗研究进展[J]. 江西中医药大学学报, 2018, 30(2): 114-117.
- [9] 张斌, 杨永菊, 关雪峰. 中医外治法治疗膝骨性关节炎研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(4): 33-36.
- [10] 尚小龙, 王玉, 徐陈陈, 等. 中医药防治帕金森病的机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(17): 248-259.
- [11] 蔡巧娣, 郑春叶, 陈信捷, 等. 中医外治法治疗帕金森病便秘的 Meta 分析[J]. 中国医药导报, 2019, 16(16): 120-124.
- [12] 邱峰, 张贤. “经筋理论”外治法治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(12): 87-89.
- [13] 罗丕舵, 贾刘云, 王倩, 等. 中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 中医临床研究, 2017, 9(1): 138-140.
- [14] 李艳荣, 樊慧杰, 孙芮芮, 等. 帕金森病的中医药治疗研究进展[J]. 山西中医药大学学报, 2022, 23(4): 381-385, 392.
- [15] 李文嵩, 高晗, 李文涛. 中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(8): 1244-1246.
- [16] 李梅, 王燕, 邝丽娟. 中医外治法干预急性痛风性关节炎白细胞介素的研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(2): 73-77.
- [17] 甘婷婷, 陈敏珊, 毛珩旭, 等. 外泌体在帕金森病诊治中的研究进展[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2024, 31(5): 394-399.
- [18] 周明旺, 等. 中西医结合治疗帕金森病临床研究新进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(11): 215-218.
- [19] 叶文慧, 宋咏梅. 帕金森病中医药研究的现状与趋势分析[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(1): 101-107.
- [20] 李智智, 姜媛, 路小伟, 等. 帕金森病分期治疗的中西医研究进展[J]. 中南药学, 2023, 21(2): 470-476.
- [21] 王冰, 张多, 杨戈. 中医药对治疗帕金森病的研究进展[J]. 吉林医学, 2018, 39(8): 1563-1565.
- [22] 罗德成, 涂新生, 谢佩贤, 等. 数据挖掘技术在慢性阻塞性肺疾病中医诊疗研究中的应用进展[J]. 慢性病学杂志, 2023, 24(5): 693-696.
- [23] 叶美秀. 子宫内膜异位症中医临床诊疗指南修订研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2016.
- [24] 张诗敏, 胡玉英, 韦晓芸, 等. 中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 广西医学, 2020, 42(10): 1303-1305.
- [25] 王俊, 闫奎坡. 中医治疗帕金森病的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(6): 163-166.
- [26] 柳鹏飞, 张伟, 田耀洲. 中医外治法治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 江西中医药, 2020, 51(1): 78-80.
- [27] 孙倩, 林诗雨, 夏梦婕, 等. 帕金森病疼痛的中西医治疗研究进展[J]. 内科理论与实践, 2025, 20(1): 50-53.
- [28] 鲍倩, 赵亚伟, 霍晓晓, 等. 中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(30): 3416-3420.
- [29] 李悠悠, 姜希娟, 王阳雪, 等. 中医药治疗帕金森病伴功能性便秘的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(5): 769-772.
- [30] 王庆庆, 彭伟. 中医药治疗帕金森病研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(10): 37-39.
- [31] 吴静, 马界. 中医外治法治疗围绝经期综合征的临床研究进展[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(12): 10, 12.
- [32] 刘慧华, 杨志成. 头针治疗帕金森病的用穴规律研究[J]. 医药前沿, 2025, 15(28): 87-90, 94.
- [33] 杨亚平, 陈勤, 陈思淇, 等. 火针点刺“督脉十三针”治疗帕金森冻结步态临证辨析[J]. 中国现代医生, 2025, 63(26): 77-79, 83.
- [34] 岑盼临. “老十针”治疗帕金森病胃肠功能障碍的临床随机对照研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2025.
- [35] 杨萍, 王维春, 朱庆军. 太极六合针治疗血管性帕金森综合征验案[J]. 天津中医药大学学报, 2023, 42(6): 711-

713.

- [36] 陈缘缘, 范靖琪, 卢玮婧, 等. 督三针治疗帕金森病肌强直[J]. 中医杂志, 2023, 64(11): 1175-1178, 1184.
- [37] 谭伟强. 郁三针治疗帕金森病抑郁的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [38] 黎颖佳. 靳三针治疗帕金森病便秘的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [39] 吴迪, 杨禾财, 张海婷, 等. 眼针疗法联合揞针治疗帕金森病便秘的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(4): 12-17.
- [40] 韩向东. 颅底九针治疗早期帕金森病的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 银川: 宁夏医科大学, 2025.
- [41] 雷苏英. 靳三针疗法治疗帕金森病合并功能性便秘的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2025.
- [42] 岑铭骏. 调神针法结合肠三针治疗帕金森病便秘的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2024.
- [43] 王赞, 臧运华. 浮针治疗帕金森病经验[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(4): 57-60.
- [44] 陈缘缘. 疲三针治疗帕金森病相关疲劳的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [45] 范靖琪, 卢玮婧, 谭伟强, 等. 通阳柔筋法针刺联合挛三针治疗阳虚型帕金森肌强直 58 例[J]. 中国针灸, 2023, 43(03): 327-328.
- [46] 陆洲, 杨晖, 李虹虹, 等. 秦氏“头八针”治疗轻中度帕金森病临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(11): 5-10.
- [47] 卢玮婧, 范靖琪, 庄礼兴, 等. 督脉排针治疗帕金森病脊柱侧凸案[J]. 中国针灸, 2022, 42(12): 1394, 1407.
- [48] 范靖琪, 卢玮婧, 王毓婷, 等. 督三针配合手足挛三针治疗早中期帕金森病肌强直的随机对照试验[J]. 中医杂志, 2022, 63(17): 1662-1667.