



团 体 标 准

T/SATCM 0015—2026

阿尔茨海默病中医临床诊疗专家共识

Expert consensus on traditional Chinese medicine clinical diagnosis and treatment of
Alzheimer's disease

2026 - 06 - 11 发布

2026 - 06 - 12 实施

上海市中医药学会 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断	1
5 辨证	4
6 治疗	5
7 预防与调护	6
附录 A（资料性） 文献检索及证据评价策略	8
附录 B（资料性） AGREE II 质量评价	11
参考文献	13

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由上海市中医老年医学研究所、上海中医药大学附属龙华医院提出。

本文件由上海市中医药学会归口。

本文件起草单位：上海市中医老年医学研究所、上海中医药大学附属龙华医院、河南中医药大学、辽宁中医药大学、成都中医药大学附属医院、山东中医药大学附属医院、吉林省中医药科学院第一临床医院、福建中医药大学附属第二人民医院、中国中医科学院广安门医院、上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、上海市中医医院、上海中医药大学、华东医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、上海市普陀区中心医院、上海市宝山区吴淞中心医院、上海市嘉定区南翔镇社区卫生服务中心、复旦大学。

本文件主要起草人：林水淼、陈川、顾耘

本文件其他起草人（排名不分先后）：李建生、战丽彬、项颖、陈泽涛、伍文彬、李希、杨戈、郁志华、潘露茜、徐辉、孙卫华、史晓、钱风华、朱旭莹、刘毅、肖姝雲、王健、李亚明、郑岚、赵德强、岑怡、盛飞、罗剑锋。

引 言

阿尔茨海默病（Alzheimer's disease, AD）是一种导致痴呆的神经退行性疾病，其病变是从潜在神经病理学改变到出现认知和行为损害症状、最终造成痴呆的连续过程，主要发生在老年人群（老年人痴呆63%~70%为AD患者），对老年人危害极大。1984年美国神经和语言障碍及卒中研究所（National institute of neurological and communicative disorders and stroke, NINCDS）与阿尔茨海默病及相关疾病协会（Alzheimer's disease and related disorders association, ADRDA）制定了AD第一个临床诊断标准（通称“NINCDS-ADRDA标准”）。2011年美国国立老化研究所（National institute on aging）和阿尔茨海默病协会（Alzheimer association）联合成立工作组制定了AD临床前阶段（the preclinical stages of Alzheimer's disease）、AD源性轻度认知功能障碍（mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease）、AD痴呆（dementia due to Alzheimer's disease）的诊断标准和研究框架（通称“NIA-AA标准”），2018年和2024年进行了两次修订、明确区分AD的临床诊断标准和研究框架标准并提出临床诊断六阶段数字分期的推荐意见，是目前AD临床诊断和研究的主要依据。

我国自20世纪80年代末起开展中医防治AD研究，取得了一批具有指导意义的研究成果，也形成了多个中医、中西医结合AD指南和共识，主要有：《阿尔茨海默病的中医诊疗共识》（中华中医药学会脑病分会、中国中药协会脑病药物研究专业委员会和中国阿尔茨海默病协会组成联合共识小组，2018年），《中医内科临床诊疗指南 阿尔茨海默病》（中华中医药学会，2020年），《国际中医临床实践指南 阿尔茨海默病》（世界中医药学会联合会、中华中医药学会，2021年），《阿尔茨海默病中西医结合诊疗指南》（中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会，2023年），《阿尔茨海默病中西医结合诊疗中国专家共识》（中国老年保健协会阿尔茨海默病分会、中国中药协会脑病药物研究专业委员会，2024年）。上海市中医老年医学研究所是最早开展中医防治AD研究的机构之一，30多年来深入探索AD中医诊治方法及其作用机制，在国家“九五”攻关计划、“十一五”科技支撑计划等30多项课题资助下，经临床和基础研究反复实践，形成以中医“心主神明”和“肾藏精”理论为指导的AD中医临床诊治方案，先后获上海市科技进步奖（1992年二等奖、1997年三等奖、2004年二等奖）、中华中医药学会科学技术奖（2011年三等奖）、上海中医药科技成果奖（2022年三等奖），“调心方”2010年获得新药证书并于2013年上市投入临床应用（处方名“参枝苓口服液”）。

本共识主要针对目前AD中医临床诊断、治疗还存在较多不确定情况以及现有中医、中西医结合指南和共识未反映NIA-AA标准2024年修订版最新认识的状况，围绕中医临床诊疗实际需求，遵循循证临床实践指南制定原则，总结、整合30多年中医临床诊治AD研究成果，参考NIA-AA标准2024年修订版推荐意见及中医标准化研究成果，在AD的中医病名、诊断要点、辨证方法、治疗、预防调护等方面提出建议，旨在为中医临床诊治AD提供有利于规范化实施、能较好体现中医思维、适用于临床实践的方案。

本共识将在临床应用中进一步完善和更新。

本共识由提出单位自筹资金完成，过程中未接受任何外部资助。所有起草组、工作组和参与讨论评议专家均声明无利益冲突。

阿尔茨海默病中医临床诊疗专家共识

1 范围

本文件提出了阿尔茨海默病中医临床诊断、辨证、治疗以及预防与调护的建议。

本文件适用于60岁以上人群阿尔茨海默病的中医临床诊断和治疗。

本文件适合中医和中西医结合医院老年病科、脑病科、神志病科、治未病科、内科、神经内科以及综合性医院中医科、社区卫生服务中心中医全科等科室医师开展中医临床诊断和治疗使用。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

阿尔茨海默病 Alzheimer's disease

一种以脑部出现细胞外淀粉样斑块（A β 斑块）和细胞内神经原纤维缠结（tau蛋白沉积物）为主要病理改变、最终导致痴呆的神经退行性疾病，从潜在的神经病理学改变到出现认知和行为损害症状、最终造成痴呆是一个连续体，起病隐匿，初始症状通常为记忆障碍，进行性发生认知损害（如执行功能、注意力、语言、社会认知和判断、精神活动速度、视觉感知或视觉空间能力等）和日常生活能力下降。国际疾病分类ICD11命名为阿尔茨海默病（8A20）、阿尔茨海默病所致痴呆（6D80）。英文简称AD。中医学认为本病是由多脏虚损、痰阻血瘀造成髓减脑衰、神机失用所致，以渐进发展的健忘或遗忘、呆傻愚笨等神志失常表现以及情绪不宁、精神错乱等情志失常表现为临床特征，以虚实夹杂为证候特点，归属中医古籍记载的“神病”病证范畴，目前无专属病名，依据《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》，以其渐进变化的临床表现对应采用“健忘”“痴呆病”“郁病”“癫狂病”等病证为病名。

3.2

健忘 amnesia

临床以与增龄不相称的记忆力明显减退，遇事易忘等为特征的症状。

3.3

痴呆病 dementia

临床以神识废用，记忆缺失，反应迟钝，渐至呆傻愚笨等为特征的进行性神志病。

3.4

郁病 depression disease

临床以抑郁寡欢，情绪不宁，善悲易怒，焦虑多疑，强迫自责，兴趣索然，情感淡漠，甚则有消极避世，自虐、自杀意念，伴见胸胁痞满、胀痛，纳差不食，虚烦、失眠，健忘，消瘦等为特征的情志病。

3.5

癫狂病 manic and depressive psychosis

临床以精神错乱，情绪的高涨与低落交替出现等为特征的神志病。

4 诊断

4.1 西医诊断

4.1.1 诊断方法

AD西医临床诊断主要依据患者的认知和行为损害表现、日常生活能力受影响程度。应观察询问患者的认知和行为损害表现并详细了解患者近一年认知功能进行性减退病史，完成认知功能、日常生活能力、痴呆程度等神经心理学评估以及六阶段临床分期，并进行鉴别诊断排除血管性痴呆等疾病。有条件时进行脑脊液和血浆淀粉样蛋白、tau蛋白等生物标志物检测以及头颅磁共振成像、正电子发射断层扫描等影像学检查，对AD临床诊断及鉴别诊断具有重要价值。

4.1.2 认知和行为损害表现

学习和记住新信息的能力受损：重复问题或对话，个人物品随意乱放且找不到，忘记活动或约会，在熟悉的路线上迷路；

推理能力和处理复杂任务的能力受损（判断力差）：对安全风险的理解不足，无法管理财务，决策能力差，无法计划复杂或连续的活动；

视觉空间能力受损：无法识别人脸或常见物品，不能通过直接观察找到物品，无法操作简单工具，穿衣服出错；

语言功能受损（说、读、写）：说话时表述常用词语困难、犹豫不决，发音、拼写和书写错误；

性格、行为或举止的变化：异常的情绪波动，如：焦虑不安，动机受损，主动性下降，淡漠，失去动力，社交退缩，对以前活动的兴趣下降，失去同理心，偏执或强迫行为，与社会常理相悖的行为。

4.1.3 认知功能评定

简易精神状态检查（mini-mental state examination, MMSE），总分临界值按受教育程度校正，文盲（未受教育） ≤ 17 分、小学 ≤ 20 分、中学 ≤ 24 分、大学及以上 ≤ 26 分为认知功能损害， ≥ 27 分为非痴呆。必要时可进行蒙特利尔认知评估（Montreal cognitive assessment, MoCA）、阿尔茨海默病认知评估量表（Alzheimer's disease assessment scale-cognitive, ADAS-Cog）、韦氏记忆量表（数字广度、视觉记忆等测验）、听觉言语学习测试、语言流畅性测试、连线测试、物体记忆测验等检查。

4.1.4 日常生活能力评定

日常生活能力（activity of daily living, ADL）包括基础性日常生活能力（吃饭、穿衣、梳洗、行走、如厕、洗澡等基本生活功能）和工具性日常生活能力（购物、理财、做饭、洗衣服、打电话、服药、使用交通工具等复杂生活功能）两部分。日常生活能力量表（activity of daily living scale, ADLs）是综合性评价基础性和工具性日常生活能力的常用量表，总分 < 16 分为日常生活能力正常，总分 ≥ 22 分或单项2项及以上 ≥ 3 分为日常生活能力明显下降、不能保持独立。必要时可应用“Barthel指数”等基础性日常生活能力评估工具和“社会活动功能量表”等工具性日常生活能力评估工具。

4.1.5 痴呆程度评定

临床痴呆评定量表（clinical dementia rating, CDR），CDR=0为无痴呆，CDR=0.5为可疑痴呆，CDR=1.0为轻度痴呆，CDR=2.0为中度痴呆，CDR=3.0为重度痴呆。

4.1.6 临床分期

临床1期（无临床症状、仅有生物标志物证据）：近期无认知能力下降表现。认知功能评定正常，日常生活能力评定正常。

临床2期（认知功能过渡性下降、日常生活不受影响）：认知能力比过去1年~3年下降并持续6个月以上，近期持续出现与生活事件无关的情绪、焦虑、动机等变化；日常生活完全独立。认知功能评定正常；日常生活能力评定正常或仅有微弱影响。

临床3期（认知损害并伴有早期功能下降）：认知能力相比过去明显下降；日常生活基本独立进行，但复杂活动的完成程度受到影响。认知功能评定为受损/异常；日常生活能力评定轻微下降，复杂测试项目的完成时间需要更长或完成效率较低。

临床4期（轻度痴呆）：认知损害明显、广泛并进行性发展，可出现精神、行为异常；日常生活尤其是复杂生活功能受到明显影响，不能完全独立、有时需要帮助。认知功能评定为轻度痴呆；日常生活能力评定为工具性ADL明显下降，基础性ADL无明显影响。

临床5期（中度痴呆）：认知损害显著并进行性发展，可伴有精神、行为异常；日常生活不能独立，经常需要帮助进行。认知功能评定为中度痴呆；日常生活能力评定为明显下降，基础性ADL和工具性ADL广泛受损。

临床6期（严重痴呆）：认知损害严重并进行性发展，可能无法进行语言交流，可伴有精神、行为异常；日常生活完全依赖。认知功能评定为重度痴呆；日常生活能力评定为严重下降或基本丧失。

4.2 中医诊断

4.2.1 诊断方法

AD中医临床诊断应辨病与辨证结合，主要依据患者的神志失常、情志失常等临床特征表现及其虚实夹杂证候。应了解掌握患者的神志失常和情志失常等表现、虚实夹杂证候以及近一年渐进性记忆减退病史，完成认知功能、日常生活能力、痴呆程度等神经心理学评估。

4.2.2 辨病

以神志失常、情志失常等临床特征为主要依据，结合认知功能、日常生活能力、痴呆程度等神经心理学评估进行。根据AD临床病情变化的连续进展、加重特点，分为早期、中期和晚期三个阶段，依据《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》，以其渐进变化的临床表现对应采用“健忘”“痴呆病”“郁病”“癫狂病”等病证为病名。

早期为病情变化前驱期，症状隐匿或轻微，可采用“健忘”为病名：

——神志失常主要表现为健忘，以近事善忘、经提示后或可回忆为特点；

——情志失常表现无或仅有情绪不宁、焦虑多疑、畏见生人等轻微表现；

——认知功能减退较轻（MMSE评分21~26分），日常生活能力评定正常或轻微下降。

中期为病情变化进展期，症状复杂、多变，根据其主要表现对应采用“郁病”“癫狂病”“痴呆病”等病证为病名：

——神志失常主要表现为遗忘，以诸事善忘、较难回忆为特点，且近一年记忆减退持续加重，部分可出现呆傻愚笨表现；

——情志失常可见情绪不宁、焦虑多疑、畏见生人、善悲易怒、喜怒无常、妄言妄见、精神错乱等表现；

——认知功能减退较广泛、明显（MMSE评分11~20分），日常生活能力部分丧失，痴呆程度评定为可疑或轻度。

晚期为病情变化重症期，多见重症，根据其主要表现对应采用“痴呆病”“癫狂病”等病证为病名：

——神志失常主要表现为遗忘，以诸事善忘、完全无法回忆为特点，多数出现呆傻愚笨表现；

——情志失常可见喜怒无常、妄言妄见、精神错乱等表现；

——认知功能严重损害（MMSE评分10分以下），日常生活能力基本丧失，痴呆程度评定为中度或重度。

4.2.3 辨证

本病证候以虚实夹杂为特点。虚证是AD发生发展的基础，也是辨证、治疗之根本；实证是造成AD进展变化的关键，也是缓解、控制病情的重点。依据《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》，虚证以“心虚神怯证”和“肾精亏虚证”为主要证型、并可见多脏虚损兼夹表现，实证以“痰浊蒙窍证”和“瘀阻脑窍证”为主要证型、并可见痰阻血瘀化热蕴毒、烁阴动风等表现，临床辨证根据其虚实夹杂证候的表现对应综合应用。

虚证表现为多脏虚损并以心肾两脏亏虚为主，贯穿于病变全过程：

——早期常见心悸、神疲乏力、懒言懒动等心气虚和动作迟缓、腰膝酸软、耳鸣耳聋等肾精虚表现，易见心气虚伤及心阳而致惊悸怔忡、形寒肢冷等心阳虚表现以及多脏虚损兼夹表现；

——中期和晚期病情加重、证候复杂，其虚证常见肾精虚、多脏虚损兼夹甚至五脏虚极、元神虚惫等表现。

实证表现为痰阻、血瘀以及热毒，多见于中期和晚期、部分早期也可出现：

——痰阻可见表情淡漠、两目直视呆滞、自言自语、静默忽喜、痰多、气息粗重、打鼾、口流涎沫、舌苔白腻或厚腻、脉滑或沉缓等表现。

——血瘀可见唇甲色暗、目眶隐青、头痛如刺、幻想幻觉、藏衣匿物、迷蒙昏睡、身体蜷缩、面色晦暗、舌质紫暗或有瘀点瘀斑等表现。

——痰阻、血瘀可交替或互结，甚至化热蕴毒、炼阴动风而见精神亢奋、狂躁、易怒、喧扰不宁、骂詈毁物等表现。

4.3 鉴别诊断

4.3.1 血管性痴呆

认知损害阶梯式进展，常有神经系统局灶体征及卒中病史，影像学检查提示脑梗死或出血性病灶。

4.3.2 路易体痴呆

认知障碍波动性进展，反复发作视幻觉、晕厥、跌倒，伴有震颤、僵硬等帕金森样症状。

4.3.3 额颞叶痴呆

早期表现为人格改变、言语障碍及行为障碍，晚期出现痴呆，影像学检查提示额颞叶萎缩。

4.3.4 帕金森病痴呆

认知障碍以执行力、注意力下降为主，伴有震颤、肌强直、运动迟缓及视幻觉等症状。

4.3.5 谵妄

急性起病、日落加重，注意力不集中，意识模糊或紊乱，认知障碍严重、广泛，精神和运动障碍，睡眠-觉醒周期改变。

5 辨证

5.1 辨证依据

本病主要发生于老年人，多由老衰、久病、七情、劳伤等因素，造成多脏气血耗损、藏精不足，精亏生髓乏力以致髓减脑衰、神机失用，脏虚失调致使痰瘀内生、蕴化热毒，痰瘀热毒阻遏脑窍、蒙蔽元神，引发神志失常与情志失常等表现，久病可见五脏虚极、浊毒炽盛之重症危象。贯穿病变全程的多脏虚损和渐进加重的痰阻血瘀及其蕴化热毒导致髓减脑衰、脑窍受阻为本病的发病机制，病机之本为多脏亏虚、与心肾两脏亏虚关系最为密切，病机之标为痰阻血瘀及其蕴化热毒、是神机废用的关键。

AD病位在脑，其病变进程与五脏盛衰、精的盈亏密切相关。脑为髓之海、元神之府，为精所化生，司神之灵机，藏神于五脏。五脏藏精气、舍五神。肾藏精、精舍志，肾藏五脏之精而化生脑髓，肾虚藏精不足则脑髓化生乏源、志伎懈怠；心藏脉、脉舍神，心为君主之官而主血脉、主神明，心虚血脉失充则无力主神而任物失用、无力鼓动营血循脉上下而髓失滋养；脾藏营、营舍意，脾主运化而化生水谷精微、资精养髓，脾虚运化失司则水谷精微化生不足而精亏髓减、水湿失运生痰蒙蔽意舍而使意念不清；肝藏血、血舍魂，肝肾同源、精血互生而濡养髓海，肝虚精失血之资生则精亏髓虚、魂游不安；肺藏气、气舍魄，肺为气之本、主治节，肺虚气之出入失司则精之布散不利、魄失其附。故本病的髓之所生与神之所主失常等表现主要以多脏虚损为发病基础，与心肾两脏亏虚密切相关，并与脾、肝、肺等脏虚损造成精之资生、濡养、布散失常有关。

本病以髓减脑衰、脑窍受阻为主要病变，其临床特征为神志失常表现与情志失常表现，证候特点为多脏虚损与痰瘀热毒的虚实夹杂，临床辨证应以其临床特征、虚实夹杂证候为主要依据。

5.2 辨证分型

5.2.1 心虚神怯证

主症：健忘、近事善忘，畏见生人，多疑易惊；心悸，神疲乏力，懒言懒动。

次症：神思恍惚，表情淡漠，反应迟缓，语声低怯，口算易错；伴有神萎、静则欲睡，胆怯多虑，自汗，畏风怕冷，失眠多梦，面白少华。重则忐忑惶恐、时作惊悸，恶闻声响，认识错乱，语失流畅，悲忧善哭，喜怒无常，妄言妄见。

舌脉：舌胖大边有齿痕、舌质淡、苔薄白，脉弱或浮大而虚、左寸沉弱。

5.2.2 肾精亏虚证

主症：遗忘、难以回忆，做事认识混乱，找物穿衣出错；动作迟缓，腰膝酸软，耳鸣耳聋。

次症：神态恍惚，独立外出迷路，表情淡漠或呆滞，语失流畅，言语构词困难；伴有头晕，足软无力，步履不稳，头倾背曲，夜寐早醒。重则神识愚钝，亲疏不辨，洁秽不分，言语蹇涩含糊或不能对答，生活不能自理，便溺失禁。

舌脉：舌质淡、舌苔白，脉细弱、尺部无力。

5.2.3 痰浊蒙窍证

主症：健忘或遗忘，表情淡漠，反应迟钝；痰多，气息粗重，口流涎沫。

次症：缄默不言或喃喃自语，两目直视呆滞，动作迟缓，晨昏颠倒；伴见头重昏蒙，困倦嗜卧，喉有痰声，打鼾，呛食，不思饮食，胸脘闷胀，形体肥胖。重则笨拙愚钝甚或呆若木鸡，缄默不语，语无伦次或答非所问，举止怪异甚见亲疏不辨，随地便溺，不知羞耻。

舌脉：舌苔厚腻或滑或垢，脉滑或沉缓。

5.2.4 瘀阻脑窍证

主症：健忘或遗忘，喧闹易惊，幻想幻觉；唇甲色暗或目眶隐青，头痛如刺，面色晦暗。

次症：神识错乱或呆滞，反应迟钝，惊恐不安，语失流畅，身体蜷缩，藏衣匿物，甚或迷蒙昏睡；伴有夜寐烦躁不安，肢麻肢冷，眩晕。重则痴傻妄为，举止怪异，两手撮摸，妄言谵语，躁狂喊叫，随地便溺，半夜游走，甚或癫狂。

舌脉：舌质紫暗或见瘀点瘀斑，脉弦细或沉涩。

6 治疗

6.1 中药汤剂治疗

6.1.1 心虚胆怯证

治法：益气安神

方药：

——调心方（《上海市名中医学术经验集》）（I级证据，A级推荐）

党参、茯苓、远志、石菖蒲、甘草、干姜、桂枝、白芍、龙骨、牡蛎；

——七福饮（《景岳全书》）（II级证据，B级推荐）

人参、白术、当归、熟地黄、炙甘草、酸枣仁、远志。

应用：本证为心气亏虚甚或伤及心阳以致心主神明失权、滋生神机退变，早期多见，可兼有他脏虚证及痰阻、血瘀等证候。出现惊悸怔忡、形寒肢冷、久坐犯困、喜卧蜷缩、语声低微、唇舌紫绀、舌质淡紫、脉左寸沉细无力或浮大而虚，为心阳虚，宜加红参、附子、肉桂等或以回阳救急汤加减；兼有血瘀，加红景天、红花、当归等；兼有痰阻，加半夏、瓜蒌、郁金等；兼夹他脏虚证，随证加减。

6.1.2 肾精亏虚证

治法：补肾益髓

方药：

——地黄饮子（《圣济总录》）（I级证据，A级推荐）

熟地黄、山茱萸、附子、肉桂、巴戟天、肉苁蓉、石斛、麦冬、茯苓、远志、五味子、石菖蒲、薄荷、生姜、大枣；

——补肾益髓汤（《中医内科常见病诊疗指南》）（I级证据，A级推荐）

熟地黄、山茱萸、紫河车、龟甲胶、续断、骨碎补、补骨脂、远志、石菖蒲。

应用：本证为肾虚藏精不足、不能充养髓渐致髓海空虚、神窍受蒙，中期和晚期多见、部分早期也可出现。中晚期常见多脏虚证杂至以及因虚致实、内生痰瘀并可蕴久化热，故多兼有痰浊、血瘀、热毒交替互结以及他脏虚证等证候。兼有痰阻，可加选洗心汤、涤痰汤加减；兼有血瘀，可合用通窍活血汤加减；兼有热毒，可合用黄连解毒汤、礞石滚痰丸加减；兼夹他脏虚证，随证加减。

6.1.3 痰浊蒙窍证

治法：化痰开窍

方药：

——洗心汤（《辨证录》）（III级证据，B级推荐）

人参、茯神、附子、石菖蒲、酸枣仁、半夏、陈皮、六神曲、甘草；

——涤痰汤（《奇效良方》）（III级证据，B级推荐）

制天南星、半夏、枳实、茯苓、橘红、石菖蒲、人参、竹茹、甘草。

应用：本证为内生痰浊蒙蔽神窍、神机失运，中期和晚期多见、部分早期也可出现。痰浊可与血瘀互结或日久化热而成火毒，以致病情加重。兼有瘀血，可加丹参、桃仁、红景天等或合用血府逐瘀汤加减；如见坐立不安、烦躁多怒、随随便溺、藏衣匿物、两手撮摸、便秘、或癫或狂、舌红苔黄腻等证候，为化热蕴毒，可加瓜蒌、天竺黄、黄连等或合用黄连解毒汤、礞石滚痰丸加减。

6.1.4 瘀阻脑窍证

治法：化瘀通脑

方药：

——通窍活血汤（《医林改错》）（II级证据，B级推荐）

赤芍、川芎、桃仁、红花、生姜、麝香、老葱、大枣；

——补阳还五汤（《医林改错》）（III级证据，B级推荐）

黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。

应用：本证为病程日久内生瘀血阻闭脑窍、神机失用，中期和晚期多见、部分早期也可出现，瘀血可与痰浊互结或日久化热而成热毒燔灼、甚或烁阴生风，以致病情加重。兼有痰浊，可加胆南星、半夏、瓜蒌等或合用礞石滚痰丸加减；如见易怒、躁狂、烦热、谵语、便秘、喧扰不宁、骂詈毁物、舌红苔黄脉数等证候，为化热甚或烁阴，可加地黄、天麻等或合用黄连解毒汤、大定风珠加减。

6.2 针刺治疗

取穴：可采用病位近部取穴为主（百会、四神聪、风府、神庭等）、循经督脉取穴为主（百会、风府、神庭、大椎等）以及辨证取穴为主、交会穴取穴为主等方法，根据临床实际情况配合应用。主穴可选取百会、四神聪、风府、神庭、神门、风池、足三里、太溪等穴位，配穴可选取肾俞、心俞、太溪、神门、印堂、大椎、内关、合谷、三阴交、足三里、太冲等穴位。

针法：“心虚神怯证”和“肾精亏虚证”等虚证为主，采用补法或平补平泻法；“痰浊蒙窍证”和“瘀阻脑窍证”等实证为主，采用泻法或平补平泻法。

疗程：每天或隔天治疗1次，连续治疗4周~6周为1个周期，以4个~6个周期为一个疗程，周期之间应间隔1周~2周。中期、晚期患者特别是重症患者依从性较差，针刺治疗应根据实际情况谨慎应用。

7 预防与调护

7.1 未病预防

保持社交能力、健身健脑锻炼是预防阿尔茨海默病发生的重要途径。老年人应经常与外界交流、参加社交活动，适度开展走路、慢跑、游泳、牵拉等健身锻炼和站桩、太极拳、八段锦、易筋经等功法锻炼，积极进行有助于促进脑功能的活动如手指操、搭积木、听音乐、唱歌、阅读、朗诵、拼图、写字、绘画、下棋、打牌等，有条件可进行记忆力、注意力、计算力以及语言、听觉、视觉等认知训练。

7.2 既病调护

AD患者的调护对其病情发展有着重要影响，在患者认知功能减退情况下家人或专职护理人员的有效调护尤为关键，主要包括：

——坚持治疗。AD病情呈慢性进行性发展、治疗周期较长，切莫因病情改善不明显而放弃治疗，尤其是进入痴呆阶段后病情复杂多变、应遵从医嘱积极治疗；

- 加强照护。AD 患者自理能力差，应重视做好日夜照看陪护，并对其生活环境进行适应性改造，避免碰撞、跌倒、受风寒、迷路走失、久坐久卧等情况而加重病情；
- 重视交流。应主动多与患者进行沟通交流尤其是面对面、肢体接触等直接交流，语言沟通应采用肯定语句、避免询问语句，为患者安排社交与户外活动、多与外界接触；
- 适度锻炼。根据中医因人、因时、因地的三因制宜原则鼓励患者进行手指操、搭积木、听音乐等有益脑部活动的锻炼以及适度的健身锻炼与功法锻炼，有条件可进行认知训练。

附录 A (资料性) 文献检索及证据评价策略

A1 文献检索策略

计算机检索为主，配合使用手工检索。计算机检索针对AD中医临床诊疗相关的中医病名、病机、辨证、治疗、预防与调护以及西医诊断等内容的文献。手工检索根据计算机检索结果，进一步扩展查询必要的印刷版中医古籍、国家标准、教材、指南等文献资料。

中文文献：数据库选择维普中文期刊服务平台、中国知网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献服务系统，检索年限自1990年至2024年。检索词：阿尔茨海默病，肾，心，脾，肝，肺，五脏，痰，瘀，毒，中医，中药，针灸，电针，推拿，神病，痴呆，呆病，健忘，郁病，癫狂，善忘，喜忘，指南，共识，标准。

英文文献：数据库选择Pubmed、Cochrane Library、Clinical Trials、The National Guideline Clearinghouse，检索时间自建库至2024年12月。检索词：Alzheimer's Disease, Dementia, diagnose, standard, guide。

纳入文献范围和类型：中医和中西医结合临床研究文献，包括系统综述和荟萃分析、随机对照试验、队列研究、病例对照研究、专家意见（临床经验、病例报道）等；西医临床诊断研究文献。

排除文献范围和类型：基础研究文献，综述文献，政策研究文献，等。

A2 文献质量评价

A2.1 随机对照临床试验文献

随机对照临床试验文献的评价采用“改良Jadad量表”（见表A.1）。评价维度为随机序列产生、随机化隐藏、盲法、退出与失访。3分及以下为低质量，4-7分为高质量。

表 A.1 改良 Jadad 量表

评价项目	评价内容	分值
随机序列产生	恰当：计算机产生的随机数字或类似方法	2
	不清楚：随机试验但未描述随机分配的方法	1
	不恰当：采用交替分配的方法如单双号	0
随机化隐藏	恰当：中心或药房控制分配方案、或用序列编号一致的容器、现场计算机控制、密封不透光的信封或其他使临床医生和受试者无法预知分配序列的方法	2
	不清楚：只表明使用随机数字表或其他随机分配方案	1
	不恰当：交替分配、病例号、星期日数、开放式随机号码表、系列编码信封以及任何不能防止分组的可预测性措施	0
	未使用	0
盲法	恰当：采用了完全一致的安慰剂片或类似方法	2
	不清楚：试验陈述为盲法，但未描述方法	1
	不恰当：未采用双盲或盲的方法不恰当	0
退出与失访	描述了退出与失访的数目和理由	1
	未描述退出与失访的数目或理由	0

A2.2 非随机临床试验文献

非随机临床试验文献的评价采用“MINORS条目”（见表A.2）。评价条目共12条，1-8条目适用于无对照组研究的评价，1-12条目适用于有对照组研究的评价。每个条目0-2分，0分表示完全没有报道；1分表示有报道但信息不全；2分表示有报道且信息充分。1-8条目满分16分，1-12条目满分为24分。以总分大于等于13分的文献作为治疗性建议证据。在纳入全文筛选评价中，部分文献在标题、摘要或正文的研究方法中标明为“随机对照”，但其表述仅为“随机分组”或“按1:1随机分组”或“按治疗方法随机分组”或“按就诊（日期）顺序随机分组”等，并没有具体表述随机序列产生方法，均判定为非随机研究、按非随机文献进行评价。

表 A.2 MINORS 条目

序号	评价条目	评价标准
1	有明确的研究目的	提出的问题明确且有文献支持
2	纳入患者的连贯性	所有符合纳入标准的患者在研究期间均被纳入（给出排除理由或无排除）
3	前瞻性收集数据	按研究开始前制定的方案进行数据收集
4	结局指标恰当反映研究目的	明确解释用于评价主要结局指标的标准，并且标准与研究提出的问题一致。同时在意向性治疗基础上评估结局指标
5	客观评价结局指标	客观结局指标以单盲法评价，主观结局指标以双盲法评价，否则需给出未设盲的理由
6	随访时间是否充足、与研究目的相符	用于评估主要终点指标和可能不良事件的随访时间需足够长
7	失访率低于 5%	所有患者均应纳入随访，否则失访比例不应超过发生主要终点的患者比例
8	样本量前瞻性估算	样本量估算需考虑：预期结局事件发生率，差异大小及 95%置信区间，显著性水平和把握度
9	对照组选择是否恰当	对照组应是已发表文献公认的诊断“金标准”或最佳干预措施
10	对照组是否同步	对照组与试验组应是同期进行的（非历史对照）
11	组间基线的可比性	对照组与试验组基线资料应相似可比，没有导致结果解释产生偏倚的混杂因素
12	统计学分析是否恰当	统计分析方法应适合研究类型，应计算可信区间或相对危险度

A2.3 Meta分析和系统综述

Meta分析和系统综述文献的质量评价采用“AMSTAR2量表”（见表A.3）。评价条目共16个（以第2、4、7、9、11、13、15条为关键条目），每个条目评价选项为“是”“部分是”和“否”。条目内容报告完全、依据充分，判为“是”、计1分；未报告条目相关内容，判断为“否”、计0分；条目内容回答正确但无充分依据，判断为“部分是”、计0.5分。没有进行meta分析的系统评价、质量评价总分为13分，进行meta分析的系统评价、质量评价总分为16分。为避免评分的高得分可能掩盖其存在的方法学缺陷，需以条目是否存在方法学缺陷（以关键条目为重点）进行总体可信度评级（Rating overall confidence, ROC），分为高质量、中等质量、低质量、极低质量。无或仅1个非关键条目不合格为“高质量”；1个以上非关键条目不合格为“中等质量”；1个关键条目不合格为“低质量”；超过1个关键条目不合格为“极低质量”。

表A.3 AMSTAR2量表

条目	质量评价标准		
	是	部分是	否
1. 研究问题和纳入标准是否包括 PICO?	是		否
2. 是否声明在系统评价实施前确定了系统评价的研究方法？对于与研究方案不一致之处是否进行了说明？	是	部分是	否
3. 系统评价者是否说明了纳入文献的研究类型？	是		否
4. 系统评价者的文献检索策略是否全面？	是	部分是	否
5. 系统评价者是否采取了双人重复筛选文献？	是		否
6. 系统评价者是否采取了双人重复提取数据？	是		否
7. 系统评价者是否提供了排除文献的清单并说明理由？	是	部分是	否
8. 系统评价者是否详细描述了纳入的研究？	是	部分是	否
9. 系统评价者是否使用合适的工具评估每项纳入研究的偏倚风险？	是	部分是	否
10. 系统评价者是否报告了各项纳入研究的资助来源？	是		否
11. 如果开展 Meta 分析，是否使用合适统计学方法合并研究结果？	是		否
12. 如果开展了 Meta 分析，系统评价者是否评估了每个研究的偏倚风险对 Meta 分析结果或其他证据综合结果的潜在影响？	是		否
13. 在解释/讨论研究结果时是否考虑纳入研究的偏倚风险？	是		否
14. 系统评价者是否对研究结果的异质性给出合理的解释和讨论？	是		否
15. 如果系统评价者进行了定量合并，是否对发表偏倚(小样本研究偏倚)进行了充分的调查，并讨论了其对结果可能产生的影响？	是		否
16. 系统评价者是否报告了任何潜在的利益冲突来源，包括所接受的任何用于进行系统评价的资助？	是		否

A3 文献证据分级

根据文献不同类型分别进行文献质量评价后，采用“GRADE循证医学证据等级及评价意见”进行证据分级和推荐意见分级（见表A.4）。

证据级别基于文献质量评价结果分为 I~V 级，并形成相应的推荐意见：

I 级：基于高质量随机对照试验研究的系统综述或 meta 分析（I a）；单个高质量的随机对照试验研究（I b）；“全或无”研究证据，即该治疗之前所有患者均死亡、该治疗后有患者能存活，或该治疗之前一些患者死亡、该治疗之后无患者死亡（I c）。I 级证据形成的推荐意见为 A 级推荐（强推荐）。

II 级：基于高质量队列研究的系统综述或 meta 分析（II a）；单个高质量队列研究；非高质量的基于队列研究系统综述或 meta 分析；或低质量随机对照试验研究（II b）。II 级证据形成的推荐意见为 B 级推荐（推荐）。

III 级：基于高质量病例对照研究的系统综述或 meta 分析（III a）；单个高质量的病例对照研究；非高质量的基于病例对照系统综述或 meta 分析（III b）。III 级证据形成的推荐意见为 B 级推荐（推荐）。

IV 级：病例报道（病例系列研究、横断面调查）；低质量的病例对照研究；低质量队列研究。IV 级证据形成的推荐意见为 C 级推荐（可能推荐）。

V 级：未经严格论证的专家意见、评论、传统临床经验。V 级证据形成的推荐意见为 D 级推荐（不推荐，即反对某项措施）。

表A.4 GRADE循证医学证据等级及评价意见

证据级别	描述	推荐意见
I级	Ia 基于高质量随机对照试验研究的系统综述或 meta 分析	A 级
	Ib 单个高质量的随机对照试验研究，非高质量的随机对照试验系统综述或 meta 分析	
	Ic “全或无”研究证据，即有该治疗之前所有患者均死亡、而有该治疗后有患者能存活，或有该治疗之前一些患者死亡、而有该治疗之后无患者死亡	
II级	IIa 基于高质量队列研究的系统综述或 meta 分析	B 级
	IIb 单个高质量的队列研究 非高质量的基于队列研究系统综述或 meta 分析 或低质量的随机对照试验研究	
III级	IIIa 基于高质量病例对照研究的系统综述或 meta 分析	B 级
	IIIb 单个高质量的病例对照研究 非高质量的基于病例对照系统综述或 meta 分析	
IV级	病例报道（病例系列研究、横断面调查）； 低质量的病例对照研究； 低质量队列研究	C 级
V级	未经严格论证的专家意见、评论、传统临床经验	D 级

附 录 B
(资料性)
AGREE II 质量评价

应用AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument, 指南研究与评价系统), 邀请中医内科、中医老年病、中医诊断学、科研评价方法学等专业的四位正高级专业技术职称人员担任评价者, 对本共识独立进行质量评价, 包括范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性、独立性等6个领域和全面评估。

B1 领域评价

6个领域共23个条目, 由评价者分别根据自己的理解对各条目进行评价, 并按7分(1-代表很不同意, 7-代表很同意)评分。各领域得分为该领域所有条目、所有评价者评分的总和, 并标准化为该领域的领域分值(领域分值可用来比较不同指南的质量, 并帮助决定是否推荐使用这一指南, 但没有设置最小领域分值, 也没有界定识别指南质量高低的领域分值界限), 其计算公式为:

(所有评价者实际评分总和-最小可能得分) / (最大可能得分-最小可能得分) × 100

其中, 最大可能得分=条目最高分值(7) × 该领域条目数 × 评价者人数, 最小可能得分=条目最低分值(1) × 该领域条目数 × 评价者人数。

各条目的评价者评分最高为个人7分、合计28分, 最低为个人5分、合计21分。见表B.1

表B.1 AGREE II各领域、条目评价

领域、条目	评价者评分			领域分值
	合计	最高	最低	
1.范围和目的				94.4%
(1) 明确描述总目的	26	7	6	
(2) 明确描述涵盖的卫生问题	26	7	6	
(3) 明确描述适用的人群(患者, 公众, 等)	28	7	6	
2.参与人员				90.3%
(1) 开发小组包括了所有相关专业人员	26	7	6	
(2) 收集目标人群(患者和公众)的观点和选择意愿	23	7	5	
(3) 明确规定使用者	28	7	6	
3.严谨性				85.4%
(1) 应用系统方法检索证据	26	7	6	
(2) 清楚描述选择证据的标准	25	7	6	
(3) 清楚描述证据的强度和局限性	26	7	6	
(4) 清楚描述形成推荐建议的方法	24	7	6	
(5) 形成推荐建议时考虑了对健康的益处、副作用以及风险	22	7	5	
(6) 推荐建议和支持证据之间有明确的联系	27	7	6	
(7) 在发布前经过外部专家评审	26	7	6	
(8) 提供更新的步骤	21	7	5	
4.清晰性				91.7%
(1) 推荐建议明确、不含糊	28	7	6	
(2) 明确列出不同的选择或卫生问题	24	7	6	
(3) 容易识别重要的推荐建议	26	7	6	
5.应用性				80.2%
(1) 描述了应用时的促进和阻碍因素	22	7	5	
(2) 提供应用推荐建议的意见和/或工具	23	7	5	
(3) 考虑了推荐建议应用时可能需要的相关资源	23	7	5	
(4) 提供了指导、监督和(或)审计的实施者	25	7	6	
6.独立性				100.0%
(1) 资助单位的观点不影响指南的内容	28	7	7	
(2) 记录并公示开发组成员的利益冲突	28	7	7	

B2 全面评估

全面评估共2个条目, 由评价者全面考虑每个评估标准、做出准确的综合判断。

第1个条目为总体质量评分, 按7分划分等级(1-代表最低质量, 7-代表最高质量)。

第2个条目要求评价者回答是否愿意推荐使用，选项为“是”“是（修订后使用）”“否”，如评价者认为需要可对选项进行必要的注释。

B2.1 总体质量

四位评价者的总体质量评分为6分、6分、6分、6分，均分为6分。

B2.2 推荐使用

四位评价者的选择为“是”“是”“是”“是”，四位评价者对选项均无注释。

参 考 文 献

- [1] 王刚,齐金蕾,刘馨,等.中国阿尔茨海默病报告2024[J].诊断学理论与实践,2024,23(3):219-256.
- [2] 田金洲,解恒革,秦斌,等.适用于中国人群的阿尔茨海默病筛查和诊断框架[J].中华内科杂志,2019,58(2):91-101.
- [3] Clifford R. Jack Jr, J. Scott Andrews, Thomas G. Beach, et al. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup[J].Alzheimers Dement. 2024;20(8):5143-5169.
- [4] Clifford R. Jack Jr, Scott J. Andrews, Thomas G, et al. Revised criteria for the diagnosis and staging of Alzheimer's disease[J]. Nat Med. 2024; 30(8): 2121-2124.
- [5] Clifford R. Jack Jr,a, David A. Bennettb, Kaj Blennowc, et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease[J].Alzheimers Dement. 2018 April ; 14(4): 535-562.
- [6] G McKhann, D Drachman, M Folstein, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease[J]. Neurology.1984;34(7):939-44.
- [7] McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Workgroup[J]. Alzheimers Dement. 2011; 7(3):263-9.
- [8] Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association Workgroup[J]. Alzheimers Dement. 2011; 7(3):270-9.
- [9] Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease[J]. Alzheimers Dement. 2011; 7(3):280-92.
- [10] Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease[J]. Alzheimers Dement. 2011; 7(3):257-62.
- [11] 阿尔茨海默病中医诊疗联合共识小组.阿尔茨海默病的中医诊疗共识[J].中国中西医结合杂志,2018, 38(5): 523-529.
- [12] 中华中医药学会.中医内科临床诊疗指南(第一册)[M].北京:中国中医药出版社,2020:245-256.
- [13] 世界中医药学会联合会,中华中医药学会.国际中医临床实践指南 阿尔茨海默病(2019-10-11)[J].世界中医药,2021, 16(8):1181-1187.
- [14] 中国中西医结合学会,中华中医药学会,中华医学会.中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会关于联合发布52个中西医结合诊疗方案的公告[EB/OL].<https://www.cacm.org.cn/2023/05/31/23420/>
- [15] 中国老年保健协会阿尔茨海默病分会,中国中药协会脑病药物研究专业委员会.阿尔茨海默病中西医结合诊疗中国专家共识[J].中华行为医学与脑科学杂志,2024,33(2):97-108.
- [16] 林水淼.调理心肾治疗老年性痴呆[J].中国中西医结合杂志,1992,07:393.
- [17] 林水淼工作室.林水淼学术经验撷英[M].上海:上海中医药大学出版社,2010.
- [18] 陈川主编.守护大脑,远离老年痴呆[M].上海:上海科学技术出版社,2016.
- [19] 林水淼,杨柏灿,林松华.对进行性隐匿型痴呆症的中医学研究[J].上海中医药杂志,1994,(10):9-11.
- [20] 林水淼主编.现代中医药应用与研究大系 第15卷 老年病科[M].上海:上海中医药大学出版社,1995:152.
- [21] 夏翔,王庆其主编.上海市名中医学术经验集(第二集)[M].北京:人民卫生出版社,2012:308.
- [22] 王永炎.老年性痴呆辨治[J].中国医药学报,1994,9(2):49-51.
- [23] 王永炎主编.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:138-143.
- [24] 张允岭,张伯礼.阿尔茨海默病[M]//中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分:ZYXXH/T50-135-2008.北京:中国中医药出版社,2008:297-301
- [25] 李敏,张萍,李思铭,等.陈可冀院士治疗老年痴呆的临床经验[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(2):254-256.
- [26] 李傅尧,时晶,田金洲.论阿尔茨海默病“病证结合”分期辨治[J].现代中医临床,2023,30(3):83-87.

- [27] 林水淼.Alzheimer型痴呆的中医辨证治疗及调心方研究[J].医学研究通讯, 2002,31(9)24-25.
- [28] 陈川.林水淼“还精”学术思想初探[J].中医文献杂志,2012,30(03):30-32.
- [29] 顾耘主编. 中医“还精”理论与中医老年医学——林水淼教授学术经验传承与发挥[M]. 北京:科学出版社,2019.
- [30] 陈川主编. 中医老年医学精要[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2022: 64.
- [31] 张明园主编.精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998:184-188.
- [32] 罗伯特·M·赫登. 神经疾病分级评分量表(第2版) [M]. 贾建平, 陈海, 闫欣, 译. 北京: 化学工业出版社, 2010: 196.
- [33] 俞璐,林水淼,周如倩,等.中医辨证治疗轻中度阿尔茨海默病的随机对照试验[J]. 中西医结合学报,2012,07:766-776. (证据分级: Ib; 改良Jadad 量表评分: 4分)
- [34] 俞璐,郁志华,汤伟军,等.基于静息态功能性磁共振探讨中医辨证治疗重度阿尔茨海默病脑功能改变的临床研究[J].北京中医药大学学报,2020,43(06):508-515. (证据分级: Ib; 改良Jadad 量表评分: 5分)
- [35] 林水淼,周如倩,王健,等.调心方、补肾方对Alzheimer病患者认知功能和日常生活能力作用的比较研究[J].中国老年学杂志,2002,22(6):434-436. (证据分级: IIb; 改良Jadad 量表评分: 2分)
- [36] 李毛, 王恒, 宋玉, 等. 参枝苓口服液对阿尔茨海默病患者精神行为症状的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2014, 28(6): 20-25. (证据分级: Ib; 改良Jadad 量表评分: 5分)
- [37] 袁婷婷,赵杨,王苏雷,等.七福饮联合盐酸美金刚对阿尔茨海默病疗效及对病理标记物及炎症指标的影响[J].中医药临床杂志,2023,35(9):1773-1777. (证据分级: IIb; 改良Jadad 量表评分: 2分)
- [38] 罗吉秀, 王颖, 杨辉.地黄饮子对比多奈哌齐治疗阿尔茨海默病的Meta分析[J].科技与健康, 2024,3(9):5-9. (证据分级: Ib; AMSTAR2量表评分: 14.5分/ROC: 高质量)
- [39] 黄凯, 顾耘, 韩素静, 等.补肾益髓方治疗阿尔茨海默病的临床疗效观察[J].老年医学与保健, 2018,24(1):26-29. (证据分级: Ib; 改良Jadad 量表评分: 5分)
- [40] 韩素静, 顾耘, 黄凯, 等.补肾益髓法治疗肾虚髓亏型老年性痴呆的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016,14(5):547-548. (证据分级: IIb; 改良Jadad 量表评分: 3分)
- [41] 李肖晴, 汪瀚.健脾逐痰法治疗阿尔茨海默病 MCI 期患者临床疗效观察[J].中医药临床杂志,2020,32(6):1099-1102. (证据分级: IIIb; MINORS条目评分: 13分)
- [42] 汤颖. 研究涤痰汤加减联合多奈哌齐治疗阿尔茨海默病价值[J]. 医学食疗与健康, 2019, (16): 34-35. (证据分级: IIIb; MINORS条目评分: 16分)
- [43] 江泳秋, 蔡超群. 通窍活血汤联合加兰他敏对阿尔茨海默病患者脑干诱发电位及认知功能的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(4): 192-195. (证据分级: IIb; 改良Jadad 量表评分: 2分)
- [44] 徐珊.通窍活血汤加减治疗老年性痴呆临床研究[J].中医导报,2014,29(5):754-755. (证据分级: IIb; 改良Jadad 量表评分: 2分)
- [45] 李永宝,王菲,习淑静,等.通窍活血汤联合艾地苯醌治疗阿尔茨海默病的疗效及对脑干诱发电位的影响[J].医学理论与实践,2024,37(21):3642-3644. (证据分级: IIIb; MINORS条目评分: 15分)
- [46] 张春梅.补阳还五汤治疗阿尔茨海默病的疗效及对MMSE积分、ADL评分的影响研究[J]. 中国现代医生,2016,54(31):126-128. (证据分级: IIIb; MINORS条目评分: 16分)
- [47] 基于数据挖掘探究针灸治疗阿尔茨海默病选穴规律[J]. 中医临床杂志,2023,15(1):139-145.
- [48] 针灸治疗阿尔茨海默病随机对照试验的腧穴谱研究[J]. 中医药临床杂志,2023,35(3):509-513.
- [49] 基于“经脉所过,主治所及”理论探讨阿尔茨海默病的辨经论治[J]. 辽宁中医药大学学报,2024,26(7):67-72.
- [50] 张介宾.景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [51] 赵佶.圣济总录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [52] 陈士铎.辨证录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989.
- [53] 董宿.奇效良方[M]. 天津: 天津科学技术出版社. 2005.
- [54] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.