



# 痴呆乃“形神俱病” 需尽早辨证调理

据统计，全球约有5000万人患有痴呆，每年有近1000万新增病例，预计到2050年，痴呆总人数将达到1.52亿。我国痴呆症患者超过1000万人，其中有60%为阿尔茨海默症。65岁以上人群发病率为5%，80岁以上发病率超过30%。

中医古籍无“老年性痴呆”专论，病因病机可归纳为虚实两端。虚包括髓减脑消、或阳气不足；实包括痰蒙于窍、或瘀血阻滞，而导致神机失用。传统中医理论对老年性痴呆的认识在形神皆病方面已十分全面，其病机分析多建立在有形病理因素基础之上。

## “补先天 固后天 先后天同调”

▲中国中医科学院西苑医院 张允岭



张允岭 教授

随着人们寿命的延长，痴呆已成为一个日益严重的公共卫生问题。血管性痴呆已成为导致痴呆的第二大病因，仅次于阿尔茨海默病。血管性痴呆涵盖了从血管性轻度认知障碍到血管性痴呆的整个过程，已逐渐被认为是血管因素参与的综合征，当前无针对性的治疗方案。中医药的整体观念以及辨证论治的基本原则在治疗中发挥重大优势。

### 脾肾亏虚、痰瘀互阻 为主要病机

血管性认知障碍属于中医“呆病”范畴，表现为“呆、傻、愚、笨”，

常见于老年患者。结合笔者从参与国家“九五”重点科技攻关项目，到科技部的中医药行业科研专项项目，以及多年临床经验，总结认为“脾肾亏虚，痰瘀互阻”是血管性认知障碍的主要病机。肾主骨生髓，主志；脾主运化气血，主思。脾肾亏虚，则人体补养乏源，脑髓失充，机窍失司，而脾失健运，肾气失司，水液代谢紊乱，气血运行失调，而致痰浊、瘀血内生，日久则凝为痰瘀，阻塞脑窍，神机失用，表现为呆而不灵。

### 分期辨证论治 注重脾肾调护

血管性认知障碍的发生发展存在平台期、波动期、下滑期，在不同时期都应注重脾肾调护，应始终重视先天与后天关系。平台期病情相对稳定，此时脾肾亏虚为主要矛盾，以补益脾肾为中心，先后天同调；波动期病情相对进展，此时痰瘀互结为主要矛盾，以活血化瘀为主，兼顾脾肾固护；下滑期病情相对加重，此时肝肾亏虚与痰瘀互结同时为其主要矛盾，正虚邪实，治疗当以扶正祛邪。

在临床诊治过程中，要尽可能延长平台期，抓住波动期，及时挽救下滑期。应根据各期侧重，健脾补肾，先后天同调，活血化瘀，其中补肾当健脾，健脾当补肾，以脾气运化之气血作为肾气来源之基础，以肾气温煦之动力作为脾气运转之根基，同时适时祛邪以活血化瘀而不伤正，治疗当用益智仁、肉苁蓉、山萸肉、龟板等药调补肾气；炒白术、党参、陈皮等健运脾气；同时佐以石菖蒲、远志、黄连、竹茹、川芎等药以化痰开窍，清热活血。从而使肾充脾健，痰消瘀化，延缓病程进展，改善症状，提高患者生存质量。

## 治疗卒中后认知障碍：平肝潜阳 祛风化痰 活血化瘀

▲江苏省中医院 吴明华

认知障碍是脑卒中后常见的临床表现，包括卒中后认知障碍非痴呆至卒中后痴呆不同程度的认知损害，可造成运动、语言、认知等功能损伤，表现为半身不遂、言语不利、精神不振、动作迟缓、思维反应迟钝等症状。

有研究表明，脑梗死急性期有70%~78%的患者出现认知受损。其中，约10%为血管性痴呆，老年患者发病率更高，认知受损更明显。因此早诊断、早干预尤为重要。

### 加强对卒中后 认知障碍筛查

除广泛应用蒙特利尔认知评估量表（MoCA）、简明精神状态检查量表（MMSE），根据《中医内科学》中关于中风、痴呆、健忘的描述，以及中医整体观的角度制定的中医痴呆临床疗效观察量

表，具有较好的临床实用性。具体包括精神、语言、思维、记忆、动作、其他，共35分。症状轻组≤11分，11分<症状明显组≤22分，22分<症状重组≤35分。

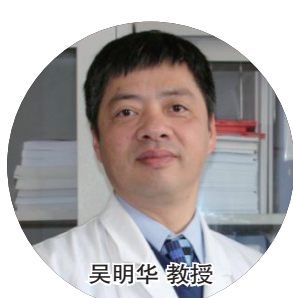
临床研究发现，急性脑梗死后中医症状评分轻组患者少有认知障碍，症状明显及症状重患者均有不同程度的认知损失，症状越重，认知障碍的程度越重。比较症状与MMSE、MoCA各项，发现出现精神（神疲、嗜卧懒动和神情淡漠）、语言（懒言少语、语速迟缓、言语不清）、思维（反应迟钝、计算差）、记忆症状损伤表现时，更可能有认知损失，而动作、其他症状损伤的轻重不影响认知功能。

MoCA、MMSE等量表结果易受年龄、教育程度、情绪等因素的影响，

精确性强，广泛性较差；而此中医量表除涉及记忆力、计算力、言语等方面，还包括动作、精神等表现，范围更加广泛，不受思维、肢体活动限制，对脑梗死急性期的认知受损筛查有重要意义。

### 补益肝肾、活血化瘀通络 是根本治法

中医学无明确的与卒中后认知障碍相对应的病名，通常根据其记忆力下降、言语表达困难、理解力障碍、反应迟钝等临床表现，将其归为“中风”“善忘”“健忘”“痴呆”等疾病范畴，以肝肾亏虚为本，痰瘀阻络为标。主要病机是肝肾亏虚，肝阳上亢，气血逆乱，发为中风；肝火内扰，灼液成痰，痰郁化火，蒙蔽清窍，神明失用；气血失调，瘀滞脑络，神明失养，发为痴呆。治疗上应标本兼顾，以平肝



吴明华 教授

潜阳，祛风化痰，活血化瘀为主，佐以益智养神。

笔者自拟通脑饮方，该方由涤痰汤、通窍活血汤、天麻钩藤饮及虫类药物加减组方而成，痰瘀共治，标本兼顾，共奏补益肝肾，化痰通络，化痰通窍之效，以复畅脑络，恢复神明。

临床研究发现，通脑饮联合多奈哌齐治疗卒中后认知障碍的疗效优于单用多奈哌齐，且长期疗效优于短期疗效。不仅能减轻神经功能缺损症状，提高日常生活能力，对认知功能也有一定的改善。

## 中医药防治痴呆应重视早期筛查

▲湖北省中医院 丁砚兵

### 全球每3 s即诊断 1例新发痴呆患者

痴呆是一种以获得性认知功能损害为核心，并导致日常生活能力、学习能力、工作能力和社会交往能力明显减退的综合征。在病程某一阶段常伴有精神、行为和人格异常。

中医学认为痴呆的形成多由于年迈体虚、七情内伤、久病耗损等原因导致气血不足，肾精亏耗，脑髓失养，或气滞、血瘀、痰阻等多种原因致使髓减脑消、神机失用。

据流行病学调查，仅2015年全球就有990万例新发痴呆患者被诊断——每3 s就有1例。中国65岁以上人群中，老年痴呆患者就有800万。

### 痴呆严重程度判断标准

**轻度** 主要影响近记忆力，但患者仍能独立生活；

**中度** 较严重的记忆障碍，影响到患者的独立生活能力，可伴有括约肌障碍；

**重度** 严重的智能损害，不能自理，完全依赖他人照顾，有明显的括约肌障碍。

痴呆一般起病隐匿，进展缓慢，目前的各种西医治疗也仅能延缓病程进展。但血管性痴呆等发病较急，进展较快。血管性痴呆与导致中风的高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、饮酒、肥胖、年龄等直接有关。

痴呆重在预防。政府层面要加强中青年人的预防教育、提高对老年人的

痴呆早识别与早诊疗。

建议老年人保持均衡饮食，可适量多食用补肾益精作用的食疗之品，如核桃、黑芝麻、山药等；保持积极社交、积极用脑或进行智能训练，或练习气功、太极拳等，避免过逸恶劳等；每年进行1次痴呆和脑血管体检。

社区可借助MMSE量表对老年人进行痴呆筛查，加强宣教和预防，以发行早期隐匿痴呆患者，早治疗。

### 正确认识 早期诊疗

对轻、中度患者，患者及其家属应正确认识痴呆，早期诊疗；积极控制血压、血糖和血脂、控制体重、戒烟限酒；筛查脑血管狭窄情况，积极诊疗



丁砚兵 教授

脑血管狭窄，防治脑中风；每年体检认知评估MoCA量表和脑血管狭窄情况，防治进展。

对重度患者，应接受正规诊疗，同时家属要注意生活照顾，防止丢失，防止因大小便自遗及长期卧床引发褥疮、感染，防止自伤或伤他。

再次提醒，当身边的老人出现记忆力减退、行为异常、性格改变等现象时，不要以为是正常老态，应及时找专业医生诊治。

### 中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀

本期轮值主编：张允岭

郭春莉

执行主编：

陈香美 唐旭东 黄光英  
张允岭 刘献祥 蔡定芳  
张敏州 吴宗贵 吴永健  
王 阶 凌昌全 王文健  
崔乃强 梁晓春 彭 军  
郭 军 徐丹苹 杨传华  
李 浩 徐凤芹 陈志强  
方敬爱 刘勤社 陆付耳  
张学智 付长庚 林 谦  
王肖龙 陆 峰 施海明  
贾小强 苗 青

主编助理：刘龙涛



扬子江药业集团  
Yangtze River Pharmaceutical Group

脉络通 颗粒/胶囊  
mailuotong keli jiaonang



## 从“伏邪”治疗阿尔茨海默病

▲ 长春中医药大学附属医院 王健

“伏邪学说”首溯于《黄帝内经》，砢定于晋代王熙，发展于明清时代，由已故国医大师任继学教授对其进一步完善。任老认为“正气不足，邪气未能及时清除，或邪气潜伏于正虚之所，留恋不去，潜伏于体内，待时而发，待时而作，即谓之‘伏邪’”。

### 治疗原则：扶正祛邪

阿尔茨海默病作为一种以记忆力减退等智能损害为主要临床表现的疾病，中医学中属“健忘”“呆病”“不慧”范畴，临床上可从“伏邪”论治。

该病病位在脑，脑络通，则其人“聪慧”。若肾气不足，脾不上荣，则脑髓元神受抑，神经失御，邪气潜伏于正虚之所，伺机而动，以致脑髓经络机能减退、精血不达，脑髓不荣，甚则损伤元神，机巧不展，发为本病。此邪气即谓伏邪，可为痰浊、

瘀血，亦可为痰瘀互结，甚则浊毒内生。

痰浊、瘀血、浊毒等邪气伏而待机为病，皆因正气虚而潜伏有处，但尚未超出人体正气的调节范围，故不立即起病，但随着邪气日盛、正气日衰，表现为隐匿发病，逐渐加重等疾病特点。

笔者研究团队在此病的治疗上，以“扶正祛邪”为治疗原则，在益肾健脾的同时，尤其注重祛除伏邪。

### 伏邪致病 重视早期干预

临床上，见肾虚髓减证者，当以“填精益髓，活络降浊”之法，药用女贞子、熟地黄、肉苁蓉、石菖蒲、远志、生山楂、龟鹿二胶等；如见气虚甚则火衰神乏者，常以“补气壮火，固摄元神”之法，药用生晒参、炙黄芪、沙参、丹参、淫羊藿、生蒲黄、生白术等；痰瘀浊毒



王健教授

较重者，必“通络活血，化痰开窍”，药用海浮石、半夏、茯苓、郁金、石菖蒲、生蒲黄、鸡血藤、青黛等。

伏邪致病，应重视早期干预。阿尔茨海默病病程漫长，整个病变过程分为主观认知功能减退、轻度认知功能损害及痴呆三个阶段。

在门诊中，主诉认知功能减退而客观神经心理学评估未见异常患者较为多见。这种情况下，患者可能正处于主观认知功能减退阶段，正气虽虚，但是邪气未盛，应该结合临床表现，尽早辨证调理。

## 五神诊断：魄伤 魂伤 神伤 志伤 意伤

▲ 山东中医药大学附属医院脑病二科 滕晶

传统中医理论对老年性痴呆的病因病机认识包括髓减脑消、阳气不足、痰蒙于窍、瘀血阻滞四个方面，强调形神俱病和病理物质的形成，对尚未存在形病仅有神病的病机认识不够全面。

五神理论通过五神特性与分析老年性痴呆复杂多变的症状所得出五神诊断，完善了传统中医对情志疾病诊断方法的认识，对老年痴呆复杂多变的症状和多样的病因病机之间建立起特异性的联系。五神偏颇在老年性痴呆患者所表现的不同症状，可分别反映魂、神、魄、志、意的病理改变。

**魄伤** 魄掌管基础生命活动，老年痴呆可分为魄离、魄衰、魄亢、魄扰四种类型。魄离表现为易说错话、语言障碍或失语；魄衰表现为耳聋耳鸣、视物昏花、记忆力下降、感觉迟钝、动作迟缓、反应不灵等；魄亢表现为感觉、运动和反射等本能活动驭收不力、运动能力紊乱等；魄扰表现为眠浅、恶梦纷纭、莫名的哭泣等。

**魂伤** 魂与机体潜意识、情感、思维关系密切，包括魂亢、魂弱、魂乱不同的病理变化。魂亢表现为机体的自律性的生理活动减退，表现为精神、行为，尤其是思维、情感与外界交流并反馈的能力活跃、四肢躁扰不安等；魂弱则“人之能思虑计画”的能力减退，且虚怯易惊；魂乱若因肝气受伤，会表现为“欲卧不能眠，或眠而有见，谓怪异等物也”，甚至出现精神恍惚、妄想、幻视、幻听等。

**神伤** 神为五神之首，包括神越、神弱、神散、神惑的不同病理变化。神越表现为“狂”“乱”“恐惧”等神智失常，精神错乱；神弱则表现为健忘、失眠、多梦、易悲伤；神散表现为行事颠倒错乱；神惑表现为神失去了“任物”作用，丧失了对魂的控制，魂魄便失和、相离而游荡，常产生形骸行为的异常，最终魂飞魄散，志意失谐，形神相离，人体归于消亡。

**志伤** 志指志向、目标、理想，为“意之所存”，有志亢、志衰、志摇、志



滕晶教授

乱的不同病理变化。其中志亢表现为言语错乱、精神恍惚；志衰表现为“喜忘其前言”、易受惊、沉默寡言、不愿与人交往；志摇表现为“腰脊不可俯仰屈伸”、泄泻、四肢发凉等症状；志乱表现为精神行为狂乱异常。

**意伤** “意”产生于后天，是在人体“任物”后产生的思维活动，主要包含有记忆、思维、推测、注意等。可以有意亢、意弱、意郁、意任的不同病理变化。意亢表现多语、喧闹、多虑；意弱表现为头昏烦闷、四肢无力等症状，如《灵枢·本神》曰：“意伤则魄乱，四肢不举。”意郁常表现为郁闷不舒状态；意任表现为意念性失用、精神行为不稳定、记忆混乱和注意力不集中。

## 陈可冀：疫情期 高血压患者可继续使用 ACEI/ARB 类药物

▲ 中国中医科学院西苑医院 陈可冀 丛伟红

近日，《JAMA》发文倾向性提出对 COVID-19 患者的高血压进行管理时应继续使用血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素 II 受体拮抗剂（ACEI/ARB），且有利于抗新型冠状病毒感染。（JAMA. 3 月 24 日在线版）

《新英格兰医学杂志》发文探讨肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）阻滞剂对人体内血管紧张素转化酶 2（ACE2）水平和活性的不确定影响，提出 ACE2 对肺损伤患者可能有益而非有害的假设，并明确提出停用 RAAS 阻滞剂可能对某些确诊或疑似 COVID-19 高危患者不利。（New Engl J Med. 3 月 30 日在线版）

因相关的临床数据非常有限，该文未直接做出回答。

笔者认为，高血压患者在 COVID-19 疫情期间可以继续使用 ACEI/ARB 类药物进行治疗。

### ACE2 对新冠病毒所致损伤或有积极作用

被 SARS-CoV 感染时，ACE2 水平明显下降，最终导致 ARDS；ACE2 可保护小鼠免受酸吸入或脓毒症引起的 ARDS；小鼠体内注射 SARS-CoV Spike 蛋白可致急性肺衰竭恶化，阻断 RAAS 通路可减弱这种损害。

近日，《细胞》在线发表以体外纯化的临床级重组人 ACE2 蛋白（hrsACE2）阻止新冠病毒进入人体细胞的研究。结果表明，hrsACE2 可显著削弱新冠病毒的感染能力，降幅达 1000~5000 倍；新冠病毒可直接感染诱导多能干细胞（iPSCs）技术构建的人毛细血管和人胚胎干细胞结合的 3D 悬浮培养技术构建的肾器官，hrsACE2 可明显抑制感染，而且 hrsACE2 在肾器官模型中表现出明显的剂量依赖性抑制作用，提示 hrsACE2 可以显著阻断新冠病毒感染的早期阶段。然而，RAAS 阻滞剂如赖诺普利及卡托普利并不会抑制 ACE2 的活性。

### RAAS 阻滞剂对 COVID-19 可能有益

ARB 类药物改善肺部炎症的作用可以“抵消”其介导病毒感染的作用，其联合他汀类药物在治疗脓毒血症、肺炎和流感方面效果明显，还可显著降低埃博拉患者的死亡率。同时，COVID-19 患者的 Ang II 水平显著高于健

康对照人群，且与病毒滴度和肺损伤程度高度相关，提示新冠病毒感染可能导致患者 RAAS 系统失衡，故在血压不低、肾功能正常、血钾正常且无肾动脉狭窄的情况下，ARB 类药物（特别是氯沙坦）或可作为 COVID-19 重症患者的潜在治疗药物。

目前，正对未接受过 RAAS 阻滞剂治疗的患者开展一项洛沙坦治疗 COVID-19 的临床研究。

4 月，MedRxiv 预印本发表一项回顾性单中心研究，评估了 ACEI/ARB 的使用与 COVID-19 发病机制的相关性，研究纳入 126 例 COVID-19 高血压前期患者，回顾性分为 ACEI/ARB 组（43 例）和非 ACEI/ARB 组（83 例），125 例年龄和性别匹配的 COVID-19 无高血压患者被随机选为非高血压对照组。

结果显示，在 COVID-19 合并高血压患者中，接受 ACEI/ARB 或非 ACEI/ARB 治疗的患者血压相当，ACEI/ARB 组 CRP 和降钙素原的浓度显著降低；与非 ACEI/ARB 组相比，危重患者的比



陈可冀院士

例相对较低（9.3% 与 22.9%），死亡率相对较低（4.7% 与 13.3%）。该结果支持有基础性高血压的 COVID-19 患者继续使用 ACEI/ARB 类药物。

### 加强自我血压监测 结合指南个体化治疗

RAAS 阻滞剂对肾脏和心肌有保护作用，停用 RAAS 阻滞剂可能会使临床状态不稳定的患者面临较高风险，情况稳定的患者突然停药或换药也会增加其他的风险。

在 COVID-19 疫情期间，建议患者继续使用 ACEI/ARB 类药物。同时，高血压患者、高血压合并轻型和普通型 COVID-19 患者注意加强自我血压监测；高血压合并 COVID-19 的重症患者需根据血流动力学状态、肾功能和临床状态、结合现行指南进行个体化治疗。

