

从阳论治老年性痴呆的中医康复思想

范彬歆¹, 林丹红^{1,2*}

(1. 福建中医药大学康复医学院, 福建省福州市邱阳路 1 号, 350122; 2. 福建中医药大学研究生院)

摘要 通过分析古代文献, 总结阳气对老年性痴呆的影响以及从阳论治原则在老年性痴呆康复治疗中的应用。从阳气功能的角度探讨老年性痴呆病机, 认为阳虚温煦不足, 精血不充, 神明失养; 阳虚推动无力, 痰瘀丛生, 阻滞脑窍, 均可导致老年性痴呆的发生。从阳论治老年性痴呆的中医康复思想, 具体包括以调理督脉、激发阳气为核心的针灸康复法, 以补益心气、振奋心阳为核心的药物康复法, 以动而生阳、平衡阴阳为核心的运动康复法。

关键词 老年性痴呆; 阳气; 从阳论治; 持续性智能减退; 中医康复

随着人口老龄化的加速进程, 老年性痴呆 (AD) 的发病率和患病率逐年升高。研究表明, 老年人口中痴呆的患病率为 4% ~ 5%, 预计到 2025 年, 世界范围内 AD 的患病人口将达到 4200 万^[1]。AD 已成为继心脏病、肿瘤、中风后的第四大死亡病因^[2]。AD 是指老年期发生的以记忆力减退, 言语、视空间技能、理解力、判断力等认知功能减退的一类持续性智能障碍, 并伴有主动性减少、情感淡漠、抑郁或是焦躁不安、情绪失控、妄想等精神障碍^[3]。本文所针对的是 AD 患者中以持续性智能减退以及精神情绪低落为主要症状的类型。

1 古籍中有关 AD 功能障碍的认识

中医学中并无“老年性痴呆”这一病名, 对于本病的相关文字记载最早可以追溯到秦汉时期的《黄帝内经》^[4], 如《灵枢·天年》曰“八十岁, 肺气衰, 魄离, 故言善误”; 《灵枢·大惑论》曰: “上气不足, 下气有余, 肠胃实而心肺虚, 虚则营卫留于下, 久之不以时上, 故善忘也”。《黄帝内经》以年老脏腑功能减退为致病因素, 其“言善误”和“善忘”等症状是 AD 言语障碍和记忆障碍的表现。唐代孙思邈《千金翼方·养老大例》首次完整描述了 AD 的病因和症状, 曰“人年五十以上, 阳气日衰, 损与日至, 心力渐退, 忘前失后, 兴居怠惰, 计授皆不称心, 视听不稳, ……心无聊赖, 健忘嗔怒, 情性变异, 食饮无味, 寝处不

安, 子孙不能识其情”^[5]。宋代陈直编撰的《养老奉亲书》中以“咨煎背执, 等闲喜怒, 性气不定, 返同小儿”来描述老年人精神、性格、行为上的异常表现。洪迈《夷坚志·徐偶病忘》记载道: “暮年忽病忘, 世间百物皆不能辨, 与宾客故旧对面不相识, ……阅三年乃卒”^[6]。元代朱丹溪在《丹溪心法·健忘》中描述了记忆障碍的具体表现, 曰“为事有始无终, 言谈不知首尾”。

古代医籍中首次设立“癫狂痴呆”专论的是明代医家张景岳的《景岳全书·杂病谟》, 其指出本病由多种病因渐致而成, 曰“或以郁结, 或以不遂, 或以思虑, 或以疑惑, 或以惊恐”, 临床表现具有“千奇百怪, 无所不至”的特点, 如“言辞颠倒, 举动不经, 或多汗, 或善愁”, 并提出了服蜜煎、七福饮以及大补元煎等治呆方药^[7], 形成较为完整的理、法、方、药论治体系。清代陈世铎在《石室秘录》和《辨证录》中亦专门设立“呆病门”, 对呆病症状描述甚详。其中《石室秘录》曰“默默不言, 如饥而悠悠如失也, 意欲癫而不能, 心欲狂而不敢, 有时睡数日而不醒, 有时坐数日而不眠”^[8]。《辨证录》曰“人有终日不言不语, 不饮不食”“终日闭户独居, 口中喃喃, 多不可解”^[9]。相关描述正符合 AD 患者主动性减少、情感淡漠等精神障碍的表现。

2 从阳气功能的角度探讨 AD 病机

历代医家对 AD 病机多从本虚和标实两个方面进行论述, 本虚责之气血不足, 五脏亏虚, 肾精亏

* 通讯作者: ldh350003@126.com, (0591) 22861070

虚,脾虚失运^[10-13];标实归于痰浊,瘀血,浊毒蔽阻^[13-17]。《医法圆通》云“以病参究,一病有一病之虚实,一病有一病之阴阳,……万病总是在阴阳之中”^[18]。故而 AD 的发病尽管有诸多致病因素,但究其本源,仍以人体阴阳之盛衰为根本。对于年事渐高之人身体机能的变化,《黄帝内经》曰:“……五十岁,肝气始衰,……目始不明。六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。……八十岁,肺气衰,魄离,故言善误。九十岁,肾气焦,四脏经脉空虚。百岁,……神气皆去,形骸独居而终矣”,表明 AD 主要是由于年龄增长,脏腑阳气逐渐衰退,功能不足所导致。

2.1 阳虚温煦不足,精血不充,神明失养

《黄帝内经》中“神”的含义广泛,从人体而言有广义、狭义之分,广义指人体生命活动的主宰和总体表现,狭义则指人体的精神、意识、思维、情感等心理活动^[19]。狭义之神与人的认知功能相关^[20],故而以认知功能衰退为主要症状的 AD 正是人体之神功能异常的表现。《素问·生气通天论篇》曰“阳气者,精则养神,柔则养筋”,提示阳气能够养神,主要体现在以心、脾、肾为主的脏腑阳气的温煦功能方面。

《黄帝内经》认为,人体之神的产生依赖于气血的濡养,曰“血者神气也”;“血气者,人之神,不可不谨养”;“血脉和利,精神乃居”。全身血液濡养作用的发挥则与心主血脉的功能密切相关,即“诸血者,皆属于心”。首先,对于血液的生成,心阳的温煦作用可以“奉心化赤”,将水谷精微转化为血液,即“血乃中焦之汁,……奉心化赤而为血”^[21],“血为心火之化,以其为心火所成”^[22]。其次,“人心动,则血行诸经”,心阳的温煦作用是推动血液在脉管中运行的动力,心阳充沛则血液得以化生,血脉得以通利,全身气血在脉中可畅通运行,心神得气血濡养则思维敏捷、反应灵敏;若心阳不振,气血生化不足或者气血运行不利则神失所养,表现为神情淡漠、反应迟钝、健忘等痴呆症状^[23]。

《灵枢·本神》曰“故生之来谓之精,两精相搏谓之神。”《素问·六节藏象论篇》认为,“五味入口,藏于肠胃,味有所藏,以养五气,气和而生,津液相成,神乃自生”。此外,还有“神者,水谷之精气也”的论述。由此可见,神的产生以精气为基础,包括肾中所藏的先天之精以及由脾胃化生并贮藏于肾的后天之精。《素问·玉机真脏论

篇》曰“脾为孤脏,中央土以灌四傍”。后天之精的化生和运输依赖于脾主运化的功能。若脾阳充足,脾主运化功能正常,饮食水谷则可转化为水谷精微以营养全身,并通过脾气的运输贮藏于肾。肾阳主一身之阳气,为人体阳气的根本。“阴无阳无以化生”,肾中精气的化生离不开肾阳的温煦蒸化,肾阳充足也有利于肾脏贮存、封藏精气,使之得以濡养神志而不无故流失,正如《素问·六节藏象论篇》中所言“肾者主蛰,封藏之本,精之处也”。

由此可见,脏腑阳气的温煦作用能促进精气血的化生,从而得以濡养神志。若年事渐高,阳气渐衰,温煦功能不足,则心阳无以化生精气,脾阳无力转化水谷精微,肾阳蒸化和贮藏精气不足,人体之神失去其产生的物质基础,神明失养,从而表现为痴呆之象。

2.2 阳虚推动无力,痰瘀丛生,阻滞脑窍

瘀血和痰浊是 AD 的重要致病因素。早在东汉时期就有针对健忘病因的论述,即张仲景《伤寒论·辨阳明病脉证并治法》曰“阳明证,其人喜忘者,必有蓄血。所以然者,本久有瘀血,故令喜忘”^[24],提出了瘀血致忘的观点。至元代,朱丹溪又开创性地提出了痰致健忘的观点,《丹溪心法·健忘》云“健忘者,精神短少者多,亦有痰者”^[25],认为痰浊阻滞亦可导致健忘。清代医家陈士铎进一步强调痴呆的发病程度与伏痰密切相关,如《石室秘录》云“痰势最盛,呆气最深”^[26]。年老体虚日久,易生痰瘀,蒙蔽脑窍,而阳气推动功能不足在瘀血、痰浊的生成中起了重要作用。

痰浊和瘀血是机体气血津液代谢失常所致的病理产物。一方面,痰可致瘀,痰浊形成后随气血运行,由于其性质黏滞,易阻滞气机,气机不利则瘀血内生;另一方面,瘀可致痰,瘀血内阻,津液输布不畅,津液凝聚,则痰浊内生^[13]。机体水液的代谢依靠脾肾阳气的温运推动,若脾肾阳虚,运化水液失常,“肾虚不能制水,则水泛滥而为痰”^[24],脾虚不运,而成“生痰之源”。瘀血的产生亦可归于脾肾运化障碍,脾阳虚衰则推动无力,机体血流缓慢甚至停滞而成瘀血,肾阳虚衰则生寒,寒凝血液凝聚不行而生瘀。脑为元神之府,是人体精髓神明汇聚之处^[27],年高之人阳气渐衰,推动无力,痰瘀互结,上蒙脑窍,则神机失用而渐致痴呆。

3 从阳论治 AD 的中医康复思想

中医康复思想包括整体康复、辨证康复和功能

康复^[28]。注重功能训练,运动形体,促使精气流通,使患者脏腑组织恢复生理功能,同时更重视患者恢复日常生活、社会生活和职业工作能力的功能康复,这正是中医康复的核心思想^[29]。人体功能和活动能力在很大程度上决定着健康水平,并且直接影响疾病的发生与发展,因此,无论是维护健康还是预防疾病的发生与发展,都应当注重人的整体功能和活动能力的改善和提升^[30]。中医康复功能观的建立是以“形与神俱”“形神合一”为基础,强调顺应自然、培养正气,以达到“天人合一”的健康状态^[31]。

《素问·移精变气论篇》云“得神者昌,失神者亡”。神是人体生命活动的主宰,神的昌盛与否直接影响着形体的盛衰存亡^[32],而 AD 的发生正是人体之神功能异常的表现。《素问·生气通天论篇》曰“阳气者,精则养神,柔则养筋”,可见阳气能养神主要在于阳气能内化精微以濡养神志,正如马蒨《黄帝内经素问注证发微》所言:“阳气者,内化精微养人之神,外则柔和养人之筋。惟开阖失宜,则阳气扰乱,无以养神与筋”^[33]。在中医康复理论中,阳气代表了人体功能,在疾病康复中起主导作用,贯穿于临床康复的全过程,阳气密固才能实现功能康复^[34]。《素问·生气通天论篇》云“阳气固,虽有贼邪,弗能害也。”因此,从阳论治思想也需贯彻于 AD 患者认知功能障碍康复治疗的全过程中,发挥阳气对人体功能的积极作用,促进患者脏腑功能协调,增强相关脏腑对人体精神、意识、思维、心理活动和视听言动等功能的支配作用,从而延缓老年人认知功能的进一步衰退和 AD 的发病。

4 从阳论治 AD 的中医康复疗法

4.1 以调理督脉,激发阳气为核心的针灸康复法

人体阴阳之气与经络的循行分布密切相关,《黄帝内经》曰“阴气从足上行至头,而下行循臂至指端;阳气从手上行至头,而下行至足”,提示阴气按阴经循行,阳气按阳经循行其中^[35]。督脉“起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑,上巅循额,至鼻柱”,主干循行于人体腰背后正中线和头面。此外,督脉“……合少阴上股内后廉,贯脊属肾,侠脊抵腰中,入循膂,络肾”,与肾相通,可得命门之火温养^[36]。因此,督脉为阳脉之海,具有督领全身阳气、统率诸阳经的功能^[37],以督脉和诸阳经为主的康复治疗,可以

最大限度地激发人身之阳气。

通过对古代有关 AD 针灸治疗文献的梳理,发现治疗 AD 用穴频次前 5 位为百会、神庭、神道、曲池、神门;取穴最多依次为督脉、足阳明胃经、足少阳胆经、足太阳膀胱经^[38]。由此可见,AD 的康复与督脉等阳脉关系密切。《针灸大成》曰:“百会主心烦闷,惊悸健忘,忘前失后,心神恍惚”;“失志痴呆:神门、鬼眼、百会、鸠尾”^[39]。《灸法秘传》云“健忘,当灸百会一穴,而记忆自强矣。”^[40]《勉学堂针灸集成》记载“健忘,取列缺、心俞、神门、中脘、三里、少海,又灸百会。”^[41]此外,近年针灸治疗 AD 的临床研究中也多以督脉为首选,穴位的选用频率以百会、大椎为最高^[40-42]。以上研究证实,针对 AD 的针灸康复治疗,均是通过调理督脉以鼓舞一身之阳气,从而发挥阳气推动、温煦作用,提高机体的康复能力。以百会穴为例,百会位于巅顶,隶属于督脉,是足三阳经、肝经、督脉等多经交会之地。AD 病位在脑,头为诸阳之会,十二经之阳气会聚于头,五脏六腑之清阳也会聚于脑^[43]。针刺百会穴可醒脑开窍,调动全身诸阳气上升于头,气行血行,增加脑血流量,改善脑组织的血液循环,促进脑细胞的活力,提高 AD 患者的学习记忆能力^[43]。

4.2 以补益心气,振奋心阳为核心的药物康复法

药物康复法是针对患者的脏腑、经络、气血、阴阳虚损病机进行调治,或消除、减轻形神功能障碍,促进身心康复的重要疗法^[28]。脏腑缺乏阳气的温煦,无力化生精、气、血是导致 AD 发生的重要因素。《血证论·脏腑病机论》曰“心为火脏,烛照万物。”^[44]心为阳脏,为阳中之太阳,以阳气为用。有关 AD 的药物治疗实际上是通过补益心气,以振奋心阳,发挥心阳气化、温煦和推动的生理功能,使神明得养,痴呆症状得以改善。

通过对古代医籍中治疗 AD 相关方药的挖掘整理,根据这些方剂的组方规律和用药特点,可以看出古代对 AD 的药物康复治疗以补益脏腑为主。具体而言,唐代医家孙思邈主要从心肾论治,《备急千金要方·小肠腑方》中记载治疗“好忘”方 16 首,如枕中方、开心散等,总体上均以补肾养心为用,其中以远志、茯苓、石菖蒲、人参四味养心益智、调心安神的药物使用频率最高。宋代医家严用和在心肾论治的基础上,创新性地提出了补益心脾,所创归脾汤为治疗思虑过度、劳伤心脾、健忘怔忡的代表方^[45]。明清时期对于 AD 的相关治疗

方药多是从补心以及心肾兼补的角度,如明代《普济方·心健忘》中记载的菖蒲丸、养神丸、七圣丸等补心益智之方,以及清代《辨证录·健忘门》中所列的扶老丸、强记汤、神交汤等心肾并补之剂。

古代治疗 AD 方中对脏腑的补益主要集中在心、脾、肾三脏,但无论是心肾双补还是补益心脾,均仍以补心安神定志为核心。这主要基于对《素问·灵兰秘典论篇》所载“心者,君主之官,神明出焉”的认识。人体之神为五脏所藏,即《素问·宣明五气篇》所云“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志”。人体精神、意识、情感和思维活动虽分属五脏,但总体上还是归属于心主神明的功能,正如《灵枢·邪客》所云“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也”。因此,健忘、痴呆等神志类疾病虽由五脏真气虚损、失其所藏所致,但与心主神明功能障碍密切相关,正如《太平圣惠方》所曰“夫心者,精神之本,意智之根,……心神乱则血脉不荣,气血俱虚,精神离散,恒多忧虑,耳目不聪,故令心智不利而健忘也”^[64]。《圣济总录》亦云“健忘之病,本于心虚,血气衰少,精神昏愤,故志动乱而多忘也,……愁忧思虑则伤心,心伤则喜忘”^[65]。若心主神明功能正常,则五脏各司其职,人体精神亢奋,思维敏捷;若心之功能低下,心神失养,则可见情感淡漠、恍惚健忘、思维迟钝等痴呆症状。

4.3 以动而生阳,平衡阴阳为核心的运动康复法

运动康复是指患者通过体育运动促进自身精气流通和气血的运行,从而达到驱除疾病、增进健康的目的^[66]。关于运动康复法,我国古代医家称之为“导引”。早在秦汉时期,《黄帝内经》中就有其应用的相关记载,如《灵枢·病传》云“余受九针于夫子,而私览于诸方,或有导引行气,跷摩、灸熨、刺焮、饮药之一者,可独守耶,将尽行之乎”。汉代张仲景也对运动康复予以重视,《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》曰“若人能养慎,……四肢才觉重滞,即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞”^[67]。

在现代疾病的运动康复治疗中,现代医家利用《黄帝内经》中阴阳气机的变化规律,结合脏腑功能及筋、脉、骨、肉特点,通过实践创立出多种调理人体疾病和养生的传统体育运动,借助这些传统体育运动以内强五脏,外壮筋骨,最终达到调理人体阴阳气机的目的^[68]。如研究认为,太极拳运动

有利于延缓老年人记忆力、注意力、执行能力、反应能力等认知功能的衰退^[69],其机理在于太极拳的动作强调行、意、气、力合一,有助于提高人体中枢神经系统的兴奋性,使大脑皮层功能区小部分区域工作,其他大部分区域处于抑制状态,如此一张一弛,有利于修复和改善高级神经中枢的功能,从而可以强脑健身,减缓老年痴呆的进展^[61]。《素问·阳明脉解篇》曰“四肢者,诸阳之本也。”《灵枢·终始》云“阳受气于四末。”人体四肢的活动会产生阳气,并借以布散全身,维持机体各项功能活动^[63]。太极拳的一招一式均由各种圆弧动作组成,具有虚与实、进与退、动与静、开与合、呼与吸、起与落、屈与伸、蓄与发、俯与仰、拿与放等特点,体现了阴阳之间的特性,而“动则生阳,静生阴,一动一静互为根”^[63]。《素问·生气通天论篇》云“凡阴阳之要,阳密乃固,两者不和,若春无秋,若冬无夏,……阴平阳秘,精神乃治。”老年人通过太极拳等传统体育锻炼,可以调动、激发全身阳气,平衡机体阴阳,使体内气血得以畅通,脏腑经络得以调和,达到阴平阳秘的状态,从而有利于延缓痴呆等疾病的发生,并有利于认知功能障碍的康复。

5 小结

通过分析以持续性智能减退以及精神情绪低落为主要症状的 AD 患者的临床特点和病因病机,认为年老阳衰、功能不足为其核心机理,提出其中医康复也应以从阳论治为核心。通过梳理相关文献,归纳总结出了以调理督脉、激发阳气为核心的针灸康复法,以补益心气、振奋心阳为核心的药物康复法,以动而生阳、平衡阴阳为核心的运动康复法,以期能为 AD 患者的中医康复治疗提供一定的文献依据。

参考文献

- [1] 张子洋,常富业.老年性痴呆的中医药诊断和治疗研究进展[J].中华中医药学刊,2014,32(8):1811-1814.
- [2] 张于.老年痴呆中医研究简史[M].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2012.
- [3] 李英彦,安俊岐.老年性痴呆[M].南京:江苏科学技术出版社,2010:3.
- [4] 佚名.黄帝内经[M].姚春鹏,译注.北京:中华书局,2009:416.
- [5] 孙思邈.千金翼方[M].北京:中国医药科技出版社,2011:371.
- [6] 洪迈.夷坚志[M].北京:中华书局,1985:1544.
- [7] 张景岳.景岳全书[M].太原:山西科学技术出版社,

- 2006; 917.
- 〔8〕 陈世铎. 石室秘录 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 326.
 - 〔9〕 陈世铎. 辨证录 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 893.
 - 〔10〕 张可, 任路, 李丹, 等. 老年性痴呆病因病机从肾论 [J]. 辽宁中医杂志, 2015, 45(4): 719-721.
 - 〔11〕 李国徽, 郑爱菊, 宋秀娟. 中医对老年性痴呆病因病机的认识 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(1): 135-137.
 - 〔12〕 杜娟, 滕晶, 王高峰. 中医学对老年性痴呆的病机理论探讨 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(1): 54-56.
 - 〔13〕 张占军, 王永炎. 肾虚 - 痰瘀 - 酿毒 - 病络: 中医对老年性痴呆早期发病病机认识 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 20(3): 244-246.
 - 〔14〕 官杰, 李浩, 刘剑刚. 从中医虚毒病机论治老年性痴呆的研究与思考 [J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(7): 104-106.
 - 〔15〕 刘明芳, 李浩, 刘剑刚, 等. 中医虚瘀浊毒与老年性痴呆 [J]. 中医杂志, 2010, 51(7): 651-654.
 - 〔16〕 苏芮, 韩振蕴, 范吉平. 基于“毒损脑络”理论的老年性痴呆中医病机探讨 [J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(2): 93-94.
 - 〔17〕 袁德培, 邱幸凡, 王平, 等. 肾虚髓衰、脑络痹阻是老年性痴呆的基本病机 [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(8): 732-734.
 - 〔18〕 郑钦安. 医法圆通 [M]. 北京: 学苑出版社, 2009: 139.
 - 〔19〕 孙广仁. 中医基础理论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 75.
 - 〔20〕 陈玉鹏, 林丹红, 陈立典. 中医认知功能理论体系的构建 [J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 12-15.
 - 〔21〕 张志聪. 侣山堂类辨 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 139.
 - 〔22〕 何梦瑶. 医编 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1982: 521.
 - 〔23〕 邓燕, 吴林, 陈炜, 等. 五脏阳虚与老年性痴呆相关性的研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 183-185.
 - 〔24〕 张仲景. 伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 195.
 - 〔25〕 朱丹溪. 丹溪心法 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 361.
 - 〔26〕 赵献可. 医贯 [M]. 上海: 上海古籍书店, 1979: 171.
 - 〔27〕 王进. 论脑为“元神之府” [J]. 湖北中医学院学报, 2005, 7(3): 42-43.
 - 〔28〕 陈利国, 崇桂琴. 中医康复学 [M]. 北京: 科学出版社, 1994: 137.
 - 〔29〕 何乾超, 蔡伦, 黄永, 等. 中医康复医学的优势和发展趋势 [J]. 中医杂志, 2012, 53(2): 95-97.
 - 〔30〕 陈立典. 充分发挥中医在疾病康复中的作用 [J]. 康复学报, 2018, 28(2): 1-4.
 - 〔31〕 杜娟. 中医学神与阳气关系探讨 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2008.
 - 〔32〕 马蒨. 黄帝内经素问注证发微 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 13, 696.
 - 〔33〕 郝晓慧, 张建斌, 刘海蓉, 等. 从督脉探讨扶阳理论在针灸临床中的应用 [J]. 吉林中医药, 2013, 33(12): 1198-1201.
 - 〔34〕 陈泽宇. 督脉与老年性痴呆相关性的理论探讨 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2010.
 - 〔35〕 武峻艳, 王杰, 张俊龙. 从督脉论治不同脑老化疾病异病同治的理论基础: 以阿尔茨海默病和帕金森病为例 [J]. 中国针灸, 2015, 35(5): 489-492.
 - 〔36〕 林尔正, 林丹红. 针灸治疗认知功能障碍经穴的古代文献研究 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4835-4837.
 - 〔37〕 杨继洲. 针灸大成 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 492.
 - 〔38〕 中华针灸宝库贺普仁临床点评本: 清卷 [M]. 贺普仁, 主编. 北京: 北京科学技术出版社, 2013: 3296.
 - 〔39〕 廖润鸿. 勉学堂针灸集成 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 269.
 - 〔40〕 王康锋, 张立娟, 陈新勇. 电针大椎及百会穴治疗老年性痴呆 36 例临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3): 784-786.
 - 〔41〕 马海舰, 唐农, 李盈盈, 等. 针灸治疗老年痴呆的进展 [J]. 广西中医学院学报, 2012, 15(2): 84-86.
 - 〔42〕 王振龙. 醒脑开窍加体针治疗老年性痴呆 [J]. 针灸临床杂志, 1997, 13(9): 18-19.
 - 〔43〕 何在坤, 尤艳利. 百会穴在脑部疾病中的应用 [J]. 中医药导报, 2010, 16(9): 116-118.
 - 〔44〕 唐容川. 血证论 [M]. 上海: 上海人民出版社, 1977: 232.
 - 〔45〕 严用和. 重辑严氏济生方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 225.
 - 〔46〕 王怀隐. 太平圣惠方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 2410.
 - 〔47〕 赵佶. 圣济总录 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 1760.
 - 〔48〕 张仲景. 金匱要略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 108.
 - 〔49〕 周永志. 《黄帝内经》中运动养生的秘密 [J]. 中医临床研究, 2016, 8(33): 18-19.
 - 〔50〕 刘米娜, 李学斌. 太极延缓社区中老年人认知功能衰退有效性的系统评价 [J]. 社会建设, 2017, 4(4): 42-56.
 - 〔51〕 梁东梅, 唐文清, 骆聪, 等. 太极拳锻炼促进老年人认知功能的研究综述 [J]. 体育学刊, 2014(4): 61-65.
 - 〔52〕 张庆武. 论四肢是诸阳之本 [J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(6): 13.
 - 〔53〕 马英, 毛智慧, 刘伟, 等. 浅析太极拳与中医养生 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(5): 171-173.

(下转第 130 页)

searched to collect randomized controlled trials which were conducted on Breviscapine Injection in the treatment of ACI. According to the Cochrane Handbook 5.1.0 literature screening, data extraction and quality evaluation, the Chinese Stroke Clinical Neurological Deficit Rating Scale (CSS) and the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) were included in the final study. Meta-analysis of total efficacy, mortality, and neurological deficit scores, and the use of the GRADE system were used to grade the quality and grade recommendations for key outcome indicators. **Results** A total of 30 studies was included, and the methodological quality was generally low. Meta-analysis results showed the following facts. The combining use of Breviscapine Injection and conventional therapy was superior to conventional therapy in the total effective rate [$RR_{CSS} = 1.28, 95\% CI = (1.22, 1.34), P < 0.001$; $RR_{NIHSS} = 1.16, 95\% CI = (1.07, 1.25), P < 0.001$]. In addition, Breviscapine Injection plus conventional therapy was statistically significant compared with venoruton plus conventional therapy in the total effective rate [$RR = 1.36, 95\% CI = (1.26, 1.45), P < 0.001$]. The mortality rate of breviscapine injection plus conventional therapy (14 days in acute phase) was lower than that of conventional therapy [$RR = 0.31, 95\% CI = (0.10, 0.93), P = 0.04$]. Based on GRADE, the level of evidence was low and the strength of recommendation was weak in total effective rate and mortality. The main adverse reactions of Breviscapine Injection were flush, slight dizziness that patients could endure and did not affect treatment. **Conclusion** Breviscapine Injection combined with conventional therapy has certain curative effects on acute cerebral infarction, lower the acute mortality rate and has less adverse reactions. Due to the low quality of the included study, more rigorous, high-quality, multi-centered, randomized double-blind controlled trials are required to increase the strength of the evidence in the future.

Keywords acute cerebral infarction; Breviscapine Injection; systematic review; Meta-analysis; GRADE evidence rating

(收稿日期: 2018-04-12; 修回日期: 2018-08-08)

编辑: 柴倩云

(上接第 118 页)

Rehabilitation Thought of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Senile Dementia from *Yangqi*

FAN Binxin¹, LIN Danhong^{1,2}

(1. School of Rehabilitation Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350122; 2. Graduate School, Fujian University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Through the analysis of ancient literature, this paper summarized the effects of *Yangqi* on senile dementia and the rehabilitation treatment of senile dementia from the aspect of *Yangqi*. The pathogenesis of senile dementia is discussed from the perspective of *Yangqi*. It is believed that *yang* deficiency will not only lead to insufficiency of warmth, lack of essence and blood, and loss of spiritual and mental nourishment; but also lead to inability to activate *qi*, further leading to accumulation of phlegm and blood stasis which will eventually be formed in brain and cause senile dementia. The rehabilitation thought of traditional Chinese medicine in treating senile dementia from *Yangqi* includes acupuncture rehabilitation method mainly to regulate the Governor Vessel and stimulate *Yangqi*, drug rehabilitation method mainly to tonify heart *qi* and stimulate heart *yang*, and exercise rehabilitation method mainly to activate *yang* to achieve the balance of *yin* and *yang*.

Keywords senile dementia; *Yangqi*; treatment from *Yangqi*; persistent mental retardation; rehabilitation of traditional Chinese medicine

(收稿日期: 2018-09-07; 修回日期: 2018-10-15)

编辑: 黄健