

· 临床论著 ·

老年期痴呆古代医案改良层次分析

孙 岩¹ 吴承艳² 崔书克³

摘要 **目的** 收集、整理关于老年期痴呆的古代医案,总结古代医家对老年期痴呆病的认识,补充病因病机理论,探寻辨证规律,为临床提供文献学参考。**方法** 以第 5 版《中华医典》为主要范围,网络 APP“翰堂典藏数据库”和“超星图书”为参照和补充,检索“健忘、痴呆、神呆、不慧”等关键词,收集相关医案。对医案进行改良层次分析,对经过加权赋值的诊疗经验进行总结。**结果** 脏腑辨证加权总频次由高到低依次为心肾不交、心血不足、痰火蒙心等。气血津液辨证加权总频次由高到低依次为痰证、津液不足、气血两虚等。虚实辨证加权总频次由高到低依次为虚证、虚实夹杂证和实证。涉及的脏腑加权总频次由高到低依次为心、肝、胆等。治疗以补虚药、安神药和清热药等为主,远志、麦冬、酸枣仁等 33 味中药高频次出现。**结论** 本病以虚证为主并尤以阴虚为多见,病位主要在心。在方证对应上有两个显著特点:第一是病位以心为主而用药归肺经为最多;第二是病性属阴虚、血虚居多而用药偏重补气、补阳。

关键词 老年期痴呆;医案;层次分析法;权重

Study on Ancient Medical Records of Senile Dementia Based on Analytic Hierarchy Process SUN Yan¹, WU Cheng-yan², and CUI Shu-ke³ 1 School of Rehabilitation Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou (450058); 2 Institute of Traditional Chinese Medicine Literature, Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing (210023); 3 Institute of Jingfang Fangzheng, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou (450058)

ABSTRACT **Objective** To collect and organize ancient medical records on senile dementia, to summarize ancient physicians' understanding of senile dementia, to supplement the theory of etiology and pathogenesis, to explore the law of syndrome differentiation, thus providing bibliographic reference for clinical practice. **Methods** Taking the fifth edition of "Chinese Medical Classics" as the main scope, and the online APP "Hantang Collection Database" and "Chaoxing Books" as reference and supplements, search for keywords such as "forgetfulness, dementia, delusion, and ignorance" to collect relevant medical records. An improved analytic hierarchy process (AHP) was carried out on medical records, and the weighted diagnosis and treatment experience was summarized. **Results** From high to low, the total weighted frequency of visceral syndrome differentiation was in the order of Xin-Shen incoordination, lack of Xin-blood, and phlegm-fire moistening Xin. The weighted total frequency of syndrome differentiation of qi, blood, and body fluid was sequenced from high to low as phlegm syndrome, insufficient body fluid, deficiency of both qi and blood. The weighted total frequency of syndrome differentiation of deficiency and excess from high to low was sequenced as deficiency syndrome, mixed syndrome of deficiency and excess, and excess syndrome. The weighted total frequency of the organs involved from high to low was sequenced as Xin, Gan, Dan, and so on. The treatment was mainly based on tonics, tranquilizers, and heat-clearing drugs, and 33 traditional Chinese medicines such as *Polygala*, *Ophiopogon japonicus*, and *Semen Zizyphi Spinosae* appear frequently. **Conclusions** Senile dementia is mainly based on deficiency syndrome and is especially common with yin deficiency, and the disease location is mainly in Xin. There are two notable characteristics in the correspondence between prescriptions and syndromes: the first is that it is

基金项目:2020 年度国家社科基金冷门绝学研究专项立项(No.20VJXG032);2022 年度河南省中医药科学研究专项课题(No.2022ZY1163)

作者单位:1. 河南中医药大学康复医学院(郑州 450058);2. 南京中医药大学中医药文献研究所(南京 210023);3. 河南中医药大学经方方证研究所(郑州 450058)

通讯作者:崔书克, Tel: 0371-65680108, E-mail: shuke618@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20220228.151

mainly located in Xin, and the most medicines go to the lung meridian; the second is that yin deficiency and blood deficiency are mostly seen, and the medicines focus on invigorating qi and supplementing yang.

KEYWORDS senile dementia; medical cases; analytic hierarchy process; weighted assignment

我国 60 岁以上老年人认知障碍患病率为 8.2%^[1], 全球认知障碍患者人数约为 4 700 万, 未来还将持续增加^[2]。由于该病症状逐渐加重、病程不可逆转, 严重影响个人生活质量, 对社会和家庭造成沉重负担, 一直是医学界的研究重点。从中医古文献中寻求防治老年期痴呆的方法, 也是热点思路之一。目前, 学者们将老年期痴呆作为研究对象, 将古代中医文献中关于该病的中医病因病机^[3]、证治规律^[4]、常见证型^[5]、组方规律^[6]、常用单味药^[7]以及常用方剂^[8]等方面都进行了深入研究, 也对古今中医治疗该病进行了对比研究, 但是缺少从中医医案的角度对本病的辨证和用药之间的关系进行的整理和挖掘。笔者以改良层次分析法对入选医案进行加权, 分别统计医案中的辨证和用药规律, 探索辨证与用药之间的关系。

资料与方法

1 文献来源 以第 5 版《中华医典》全库所有 14 类文献为主, 网络 APP “翰堂典藏数据库” 和 “超星图书” 为补充和借鉴, 检索与老年期痴呆的相关医案。此处医案采用的是广义概念, 包括医案、医论和医说。

2 诊断标准及检索词选择 以《中医内科学》^[9]第六章第四节痴呆的定义为主体, 同时对照《中国痴呆诊疗指南》^[10]中老年性痴呆操作性诊断标准和血管性痴呆的诊断标准。自拟标准包括: (1) 善忘。即短期记忆或长期记忆减退。(2) 智能缺损。主要包括以错语、言语不连贯和找词困难等为主要临床表现的失语、以不能辨认熟人或物体为主要临床表现的失认、以动作笨拙为主要临床表现的失用和以反应迟钝或完成任务困难为主要临床表现的执行不能。(3) 生活能力下降。即生活或工作能力部分或完全丧失。(4) 将古代老年的年龄标准设定为 50 岁及以上。依据诊断标准, 选择出 “健忘、善忘、好忘、喜忘、痴呆、呆病、神呆、神痴、不慧” 等检索词。

3 收录标准 (1) 以诊断核心标准为主要判定依据。以至少符合核心标准 “智能缺损” “生活能力下降” 或 “善忘” 3 个主要症状之一的医案条文全文收录入, 建立 Microsoft Excel 2016 原始数据库。(2) 以 “老年” 为辅助判断依据。鉴于本病与年龄的关联密切, 特提取医案中有关年龄的表述, 作为医案收录的辅助判断。

4 剔除标准 (1) 剔除先天痴呆、小儿痴呆、由高热、温病、鼠疫引起的目睛不慧、神痴、神呆等医案。(2) 对于出现在不同医书中内容相同的医案, 只保留成书年代较早的。(3) 剔除全文包含检索词, 但内容与研究目的不关联的医案。(4) 剔除不具药物组成的医案。(5) 剔除不具辨证分析的医案。

5 数据处理 (1) 将采用的 73 篇医案建立 Microsoft Excel 2016 数据库, 逐条全文录入, 再从各篇医案全文中抽取症状、辨证和处方用药情况等内容, 分列为症状表、辨证表、涉及脏腑表和用药表 4 个分表备用。(2) 将医案种关于主症的表述规范化, 统一化。(3) 病案辨证表按照中国中医药出版社 2018 年出版的《中医诊断学》为参照分别进行气血津液辨证和虚实辨证。(4) 中药名称按照 2016 年 8 月出版的全国中医药行业高等教育十三五规划教材《中药学》分别进行一药多名、炮制、用药部位、产地等简化处理。(5) 依据二分类法, 将医案中的研究信息按照不出现赋值为 “0”, 出现赋值为 “1” 的方法, 再次整理 4 个分表数据库, 并进行二次核对。核对无误后, 将数据库设为 “只读” 不再修改。(6) 采用层次分析法^[11, 12], 建立 1 个以 “健忘、智能缺损、生活能力下降、老年” 为判定方案的单因素关联矩阵, 分别计算出上述症状的权重, 详见表 1。将每篇病案中所有症状权重相加, 即为该病案的加权值, 详见表 2。加权值越高, 说明该病案与现代老年期痴呆病的越契合越高。按照加权原理, 每一篇医案最高加权值为 “1”, >1 的值即为异常。最后检查异常数值, 确认无误后, 锁定赋值表不允许修改。

表 1 症状权重

智能缺损				生活或工作	善忘	老年
失语	失认	失用	执行不能	能力下降		
0.139 5	0.139 5	0.139 5	0.139 5	0.263 3	0.121 9	0.056 9

结 果

1 医案的辨证结果

1.1 脏腑辨证汇总 (表 3) 脏腑辨证加权总频次位于前 10 位由高到低依次为心肾不交、心血不足、痰火蒙心、肝火乘心、肝郁胃衰、水不涵木、肾阴亏虚、肝火上犯、痰凝心包和痰湿困脾。

1.2 气血津液辨证汇总 (表 4) 气血津液辨证

表 2 医案加权情况

序号	医案	加权值	序号	医案	加权值	序号	医案	加权值	序号	医案	加权值
1	痴呆	0.557 9	20	失眠	0.178 8	39	遗精	0.121 9	58	眩晕	0.121 9
2	痴呆	0.821 2	21	健忘	0.178 8	40	健忘	0.121 9	59	内障	0.121 9
3	痴呆	0.821 2	22	肝风	0.261 4	41	癫痫	0.121 9	60	郁证	0.139 5
4	健忘	0.121 9	23	痰火	0.261 4	42	风病	0.679 8	61	痰火	0.121 9
5	健忘	0.121 9	24	健忘	0.121 9	43	遗精	0.121 9	62	发热	0.557 9
6	健忘	0.121 9	25	类中	0.121 9	44	类中	0.121 9	63	痰病	0.557 9
7	健忘	0.121 9	26	健忘	0.121 9	45	久泻	0.121 9	64	中风	0.557 9
8	健忘	0.121 9	27	健忘	0.121 9	46	失音	0.121 9	65	类中	0.821 2
9	健忘	0.121 9	28	健忘	0.121 9	47	久嗽	0.261 4	66	神呆	0.557 9
10	健忘	0.121 9	29	健忘	0.261 4	48	中风	0.402 8	67	痛厥	0.614 8
11	健忘	0.121 9	30	健忘	0.261 4	49	痞症	0.121 9	68	怔忡	0.557 9
12	健忘	0.121 9	31	痴呆	0.557 9	50	虚劳	0.121 9	69	发热	0.614 8
13	健忘	0.121 9	32	健忘	0.121 9	51	头痛	0.121 9	70	中风	0.557 9
14	健忘	0.121 9	33	神呆	0.679 8	52	头痛	0.261 4	71	神呆	0.557 9
15	健忘	0.121 9	34	神呆	0.679 8	53	头痛	0.121 9	72	失眠	0.557 9
16	健忘	0.121 9	35	健忘	0.121 9	54	吐血	0.121 9	73	神呆	0.557 9
17	健忘	0.121 9	36	健忘	0.121 9	55	吐血	0.121 9			
18	健忘	0.121 9	37	健忘	0.121 9	56	虚劳	0.121 9			
19	痰症	0.261 4	38	健忘	0.261 4	57	虚劳	0.385 2			

表 3 脏腑辨证汇总

脏腑辨证	加权总频次	脏腑辨证	加权总频次	脏腑辨证	加权总频次
心肾不交	2.566 4	痰湿困脾	0.679 8	心肝血虚	0.557 9
心血不足	2.042 5	痰袭心包	0.614 8	痰蒙清窍	0.440 2
痰火蒙心	1.972 1	胆火外浮	0.557 9	阴阳俱虚	0.402 8
肝火乘心	0.821 2	肝气亏虚	0.557 9	心气不足	0.383 3
肝郁胃衰	0.821 2	肝阳上亢	0.557 9	肺肾阴亏	0.261 4
肝郁血虚	0.821 2	肝郁生风	0.557 9	肝风痰火	0.261 4
水不涵木	0.801 7	寒痰内阻心包	0.557 9	痰涎入舍	0.261 4
肾阴亏虚	0.684 0	气逆肝胆	0.557 9	精髓不足	0.243 8
肝火上犯	0.679 8	气逆心经	0.557 9	虚火扰神	0.243 8
痰凝心包	0.679 8	胃伤痰迷	0.557 9		

表 4 气血津液辨证汇总

气血津液辨证	加权总频次	气血津液辨证细目	加权总频次
气病辨证	3.5839	气虚	1.468 1
		气滞	0.943 1
		气逆	1.172 7
血病辨证	1.7964	血虚	1.796 4
气血同病辨证	4.2305	气滞血瘀	0.821 2
		气虚血瘀	0.261 4
		气血两虚	3.026 0
		气不摄血	0.121 9
津液病辨证	12.6134	津液不足	3.763 6
		痰证	8.849 8

加权总频次由高到低依次为痰证、津液不足、气血两虚、血虚、气虚等。

1.3 虚实辨证汇总(表 5) 虚实辨证经加权处理,发现虚证最多、本虚标实证居中、实证最少,虚证中尤以阴虚为最多。

1.4 涉及脏腑汇总(表 6) 病案中涉及的脏腑加权总频次由高到低依次为心、肝、胆、肾、心包、胃、脾、脑、髓和肺。

2 中药使用情况

2.1 频次排序(表 7) 医案中共使用 158 味中药,根据高频词低频词临界值计算公式^[13],可得高低频中药临界频次为 4。加权总频次 >4 的中药依次为远志、麦冬、酸枣仁、人参、熟地黄、橘红、生地黄、茯神、石菖蒲和半夏等 33 味。

2.2 中药类别排序(表 8) 医案共出现 18 大

表 5 虚实辨证汇总

虚实辨证	加权总频次	虚实细目	加权总频次
虚证	8.7121	阳虚	1.468 1
		阴虚	4.396 8
		阴阳俱虚	2.847 2
本虚标实证	7.4569	阳虚为本, 痰湿、血瘀为标	0.805 9
		阴虚为本, 气郁、痰火、痰湿、肝郁为标	6.651 0
		肝火、肝郁	3.667 6
实证	6.6131	气滞血瘀	0.261 4
		寒痰	0.557 9
		痰火、痰湿、痰饮、风痰	2.126 2

表 6 涉及脏腑汇总

涉及脏	加权总频次	涉及腑	加权总频次
心	7.865 1	胆	3.512 8
肝	7.104 5	心包	2.532 3
肾	3.372 3	胃	1.501 0
脾	1.167 4	脑	0.581 6
肺	0.261 4	髓	0.365 7

表 7 中药加权频次

中药	加权总频次	中药	加权总频次	中药	加权总频次
远志	22.993 6	玄参	6.569 6	黄芪	4.927 2
麦冬	21.351 2	茯苓	6.388 5	益智仁	4.927 2
酸枣仁	19.708 8	炙甘草	5.813 8	竹沥	4.927 2
人参	14.781 6	黄连	5.748 4	竹茹	4.927 2
熟地黄	11.496 8	龙骨	5.748 4	蜂蜜	4.106 0
橘红	10.675 6	牡蛎	5.748 4	琥珀	4.106 0
石菖蒲	10.268 3	生姜	5.748 4	牛膝	4.106 0
生地黄	9.854 4	五味子	5.748 4	天麻	4.106 0
茯神	9.591 1	白芍	5.118 6	西洋参	4.106 0
半夏	8.590 3	朱砂	5.106 0	郁金	4.106 0
天竺黄	6.569 6	六神曲	4.927 2	枳实	4.106 0

类 57 小类中药。大类中补虚药、安神药、清热药、理气药、化痰止咳平喘药、解表药、平肝息风药、利水渗湿药、活血化瘀药和开窍药的加权总频次顺次居前十位, 小类中养心安神药、补气药、补阴药、补血药、清化热痰药、理气药、清热凉血药、补阳药、重镇安神药和发散风寒药的加权总频次顺次居前 10 位。

2.3 中药归经排序(表 9) 中药归经总频次由大到小依次是肺、心、肾、脾、肝、胃、大肠、心包、膀胱、三焦和小肠。

讨 论

在课题设计阶段发现, 仅以“痴呆”“神呆”“健忘”等相近、相关症状作为关键词进行医案的检索收录, 不能准确恰当的把握收集到医案与现代老年期痴

表 8 中药类别

中药大类	加权总频次	中药小类	加权总频次
补虚药	120.075 1	养心安神药	46.335 7
安神药	72.529 6	补气药	44.779 6
清热药	54.239 6	补阴药	32.440 3
理气药	32.371 5	补血药	22.750 5
化痰止咳平喘药	30.868 2	清化热痰药	19.447 8
解表药	22.173 4	理气药	19.232 3
平肝息风药	22.031 0	清热凉血药	19.045 0
利水渗湿药	13.567 6	补阳药	17.904 4
活血化瘀药	12.873 2	重镇安神药	14.960 4
开窍药	10.268 3	发散风寒药	12.226 3

表 9 中药归经

中药归经	加权总频次	中药归经	加权总频次
肺	218.904 6	胃	124.483 0
心	216.067 2	大肠	33.597 8
肾	170.064 5	心包	18.371 0
脾	164.366 5	膀胱	12.906 1
肝	156.353 9	三焦	9.854 4
		小肠	6.835 5

呆病的诊断标准的符合程度。如在本研究中, 收集到的 73 篇医案有仅包含“健忘”一个主要判定依据的医案, 也有包含“智能缺损”“生活能力下降”“老年”两个主要判定依据和一个辅助判断依据的医案。单纯以出现的频次为依据进行分析, 恐怕结果会有失偏颇。为此, 笔者借鉴数理统计中常用的改良层次分析法。将“智能缺损”“生活或工作能力下降”“善忘”和“老年”4 个诊断要素按照对诊断的影响程度进行排序, 然后进行权重计算, 得出特征向量, 对医案中的相关症状进行赋值, 最终用医案诊断要素的加权之和来判断医案与现代老年期痴呆病的符合程度。将传统的层次分析与矩阵权重相结合, 主观与客观相结合, 尽量减小单纯由研究者主观赋值的局限性。以此弥补因古今疾病概念不同、诊断标准和诊断水平不同而带来的信息偏倚和混杂偏倚。

古代医案清热类药物在加权总频次上位居第三。为什么会这么频繁的出现呢? 古代中医认为高龄气血衰败会出现热证从而导致健忘, 如《格致余论·养老论》:“人生至六十、七十以后, 精血俱耗, 平居无事, 已有热证^[14]。”除了因虚生热导致健忘以外, 素体胃肠湿热、时令之热也会导致患者出现健忘、烦躁等类似老年期痴呆的一些症状。因此治疗老年期痴呆时, 会在补益、祛痰之外, 适当加入清热药作为辅助。现代药理研究从另一角度做了解释。清热凉血药“赤芍”可以靶向性的作用于 B 型单胺氧化酶改善老年性

痴呆,还可以通过钠通道蛋白 1- α 亚基拮抗脑梗死和脑血管缺血^[15]。可以预见,清热类中药在老年期痴呆中的应用会更为广泛。

病案的辨证结果显示老年期痴呆病机复杂,多为心肾、心肝肾、心肺肾、肝脾肾等多脏腑相互作用发病,尤以心为首要病位。而医案用药统计结果发现,药物归经以归肺经居首。为什么会出现病位与药物归经不一致的情况呢?

首先从肺的生理功能考虑。《太平圣惠方·第六卷》说:“夫肺居隔上,与心脏相近,心主于血,肺主于气,气血相随,循行表里^[16]。”说明了肺与心在体内位置相邻,在功能上肺主气,辅助心开展正常功能活动。肺朝百脉,帮助保证心运行血液;肺主治节,为心提供稳定的节律。《类经·三卷》:“宗气积于肺,神明出于心,气盛则神王,故气府之精为神明。神王则脏安,故肺肝脾肾四脏,无不赖神明之留以为主宰,然后脏气咸得其平而归于权衡矣。权衡,平也,故曰主明则下安,主不明则十二官危^[17]。”这里地解释了心藏神与肺藏魄相互影响、协调平衡的关系。

二是肺本身与老年期痴呆有一定的联系。《黄帝内经灵枢·邪气脏腑病形》说:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍。”故血气上于面走空窍以充养脑髓的功能与肺有关。《黄帝内经灵枢·天年》中有“肺气衰,魄离,故言善误。”而“言善误”正是老年痴呆病的重要症状。

三是古代亦有“心病治肺”的临床先例。如《黄帝内经灵枢·杂病》讲到“心痛,但短气不足息,刺手太阴。”这里就是针刺手太阴肺经来治疗“心痛、气短”的症状。《金匱要略·胸痹心痛短气病篇》记载:“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数,瓜蒌薤白白酒汤主之。”该处方为通阳散结、行气祛痰之剂。瓜蒌、薤白均主入肺,瓜蒌散结、薤白通阳,一散一温,顺应肺的生理特性。治心之药不入心经而入肺经,通过宣通肺气,行气导滞并兼祛痰以达到治疗心病的作用。虽然以上举例为治“肺”疗“胸痹心痛”,但是也为我们理解古人方证相关扩充了思路。

病案的辨证结果显示,老年期痴呆病以阴虚、血虚最多,阳虚、气虚较少。而病案的用药结果显示补气药、补阳药出现总频次远高于补血药、补阴药。究其原因,推测有以下几点。

首先,阳中求阴。《景岳全书·新方八阵》:“善补阳者,必于阴中求阳则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭^[18]。”

对于肾阴重伤之证,若单纯阴柔填补而不及阳,不仅“孤阴不生”,且常服阴柔之品,难免有伤中之变。真阴虚者当以养阴为主,同时适当辅以扶阳之品,使补阴而不抑败真火,又能达到育阴以涵阳而助其生生之气的生理要求。具体到本研究,如《王九峰医案·副卷二》:“(案 3)心不下交于肾,肾不上交于心,浊火乱其神明,精气伏而不用。心脾受恙,神志不宁,健忘之由也。肝藏魂,肾藏志。调摄心脾,滋养肝肾。青龙齿、潞党参、天麦冬(米炒)、杭白芍、败龟板(酥炙)、大熟地(砂仁炒)、当归身(酒洗)、淮山药、九菖蒲、白茯神、炒五味、益智仁、炙远志、酸枣仁(炒)、大黄芪^[19]。”医案为心肾不交引起的健忘,病机为肾阴虚,肾水不能上交心火。方中虽有麦冬、龟板、白芍、熟地黄滋阴补血之品,但还有党参、山药、黄芪、益智仁补气助阳之药。以上补气助阳药物的应用就是补阳助阴、阳中求阴的效例。

其次,血病治气。《医宗必读·卷一》:“气血俱要,而补气在补血之先,阴阳并需而养阳在滋阴之上^[20]。”具体到本研究,如《存存斋医话稿·附录》:“玉灵膏,一名代参膏。自剥好龙眼肉,盛竹筒式瓷碗内。每肉一两,入白洋糖一钱,素体多火得,再入西洋参片如糖数。……列其主治为思虑劳伤心脾^[21]。”方中龙眼补血,西洋参、白糖补气,共奏补气益血之功。

再次,营卫同一气,补气即补阴。《石山医案·营卫论》指出“是知人参黄芪补气,亦补营之气,补营之气即补营也,补营即补阴也,可见人身之虚皆阴虚也。经曰‘阴不足者,补之以味’,参芪味甘,甘能生血,非补阴而何^[22]?”依此观点,本研究中所有补气药人参、炙甘草、白术、黄芪、党参、西洋参、大枣、蜂蜜、山药、生甘草、扁豆衣、太子参、饴糖和糯米性味均含有“甘”的特性,推之也均具有“补气亦是补阴”的作用。

最后,“痰”也是重用补气、补阳药的另一个原因。《石室秘录·卷三》有:“天师曰:肥治者,治肥人之病也。肥人多痰,乃气虚也。虚则气不能运行,故痰生之。则治痰焉可仅治痰哉,必须补其气,而后带消其痰为得耳^[23]。”指出了补气可助治痰。另外,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“病痰饮者,当以温药和之。”故在治“痰”之时,会用补气、补阳药作为协助。这亦是补气药、补阳药总频次分列靠前的原因之一。

本病以虚证为主,病位主要在心,心肾不交、心血不足、痰火蒙心等为主要病机,痰证、津液不足、气血两虚等为主要气血津液变化。治疗上以补益类、安神

类、清热类药物为主,安神药、开窍药、清热药和解表药都能得到比例不低的应用。在方证对应上有两个显著特点:第一是病位以心为主而用药归肺经为最多;第二是病性属阴虚、血虚居多而用药偏重补气、补阳。

利益冲突: 本文所有署名作者对文稿内容及作者排序无异议,本研究不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 张蕴伟,牛玉宏. 中国老年人认知障碍患病率的系统评价[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(2): 375-380.
- [2] 龚柳,王宇,姚迎叶,等. 基于社区的非急性期缺血性脑卒中患者健康状态和中医特征调查[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(12): 1434-1439.
- [3] 贾戌生,刘敬霞. 中医对痴呆症的文献研究和理论认知[J]. 宁夏医科大学学报, 2019, 41(6): 629-633.
- [4] 董璐. 老年性痴呆中医证候临床研究[D]. 济南: 济南山东中医药大学, 2015.
- [5] 李强,耿秀超,于文涛,等. 基于数据挖掘对血管性痴呆方药组成规律的文献研究[J]. 中医临床研究, 2018, 10(6): 34-37.
- [6] 张来. 中药治疗阿尔茨海默病的临床文献研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [7] 李春伟. 中药复方治疗老年痴呆的临床文献研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2010.
- [8] 张秋雁,谢雪姣,吴正治. 血管性痴呆临床处方用药的文献研究[J]. 中医药导报, 2016, 22(8): 119-121.
- [9] 张伯礼,吴勉华主编. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 134-141.
- [10] 田金洲主编. 中国痴呆诊疗指南(2017年版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 13-41.
- [11] 丁笑舒. 相似度计算中的权重确定方法文献综述[J]. 计算机光盘软件与应用, 2015, 18(2): 106, 108.
- [12] 赵雨薇,闫川慧,张俊龙,等. 应用层次分析法和百分权重法确定中医适宜技术评估指标体系权重[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3054-3056.
- [13] 孙清兰. 高频词与低频词的界分及词频估算法[J]. 中国图书馆学报, 1992, 35(2): 78-81, 95-96.
- [14] 元·朱震亨. 格致余论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 12.
- [15] 苑婕,贺虹,张维金. 基于随机森林算法的赤芍成分-靶点-心脑血管疾病网络药理作用研究[J]. 中国新药杂志, 2019, 28(11): 1391-1396.
- [16] 宋·王怀隐. 田文敬,孙现鹏,牛国顺,等校注. 《太平圣惠方》校注[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2015: 202.
- [17] 明·张景岳. 范志霞校注. 类经[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 32.
- [18] 明·张景岳. 王大淳,马嘉陵,王晓竹,等点校. 景岳全书[M]. 杭州: 浙江古籍出版社, 2013: 1737.
- [19] 清·王之政. 李其忠,张挺点校. 中国古籍珍稀抄本精选(十三)王九峰医案[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 128.
- [20] 明·李中梓. 医宗必读[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 5.
- [21] 清·赵晴初. 存存斋医话稿[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986: 49.
- [22] 吴少祯,李家庚总主编. 大国医医案赏析系列(第2辑)汪石山医案赏析[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2019: 3.
- [23] 清·陈士铎. 石室秘录[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 100.

(收稿: 2020-07-17 在线: 2022-04-28)

责任编辑: 李焕荣

英文责编: 张晶晶