

# 中医非药物治疗老年性痴呆的证据总结与评价

靳英辉<sup>1</sup> 魏洪悦<sup>2</sup> 王云云<sup>3</sup> 李紫梦<sup>1</sup> 许良燕<sup>1</sup> 韩蕙安<sup>1</sup> 杨柳<sup>1</sup> 商洪才<sup>4</sup>

(1 天津中医药大学护理学院,天津,300193; 2 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193; 3 天津中医药大学研究生院,天津,300193; 4 北京中医药大学东直门医院中医内科学教育部重点实验室,北京,100700)

**摘要** 目的:评价中医非药物治疗老年性痴呆的证据,为老年性痴呆非药物管理指南提供证据支持;方法:检索各大指南数据库获得与中医非药物管理有关的推荐意见,检索 CNKI、万方、维普、Pubmed、Medline、Cochrane library、Embase、PsycINFO、CINAHL、ACP Journal Club(www.acpj.org)等数据库获得相关系统评价。分别采用指南评定采用指南评价工具 AGREE II。纳入系评价/Meta 分析的方法学质量和证据质量分别采用 AMSTAR 量表和 GRADE 系统进行评价;结果:检索到针刺治疗 AD 系统评价若干篇,香薰治疗 AD 患者系统评价一篇,非药物管理 AD 患者系统评价一篇,内含按摩操作文献四篇,其中一篇为穴位按摩。针刺有效性系统评价,AMSTAR 等级评分从 6.5 分到 11 不等,GRADE 证据质量分级大多为 Low 及 Moderate。一篇系统评价分析综合了感官刺激干预对痴呆患者的干预效果,按摩方法中一篇为穴位按摩,结果显示穴位按摩组和蒙台梭利教育组相对于空白组均明显减低了激越行为,身体其他非激越行为,语言激越行为,AMSTAR:8.5。检索到一篇含“香薰疗法”相关推荐意见的指南,不推荐使用芳香疗法减轻 AD 患者激越行为。芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的激越症状和行为症状的影响呈现不一致的结果[AMSTAR:8.5;GRADE:very low]。结论:但本研究显示对已经发生 AD 的患者的中医非药物的研究仍然不足,尤其是中医护理技术对 AD 患者的应用研究非常缺乏,故其对 AD 非药物管理指南的支持作用仍较小。中医调摄研究者们应继续进行高质量的原始研究,并及时进行证据总结和评价,以促进中医调摄护理技术的循证转化。

**关键词** 中医非药物;证据评价;AMSTAR 工具;GRADE 系统;AGREE II 工具;指南构建

## Summary and Evaluation of Evidences of Non-pharmacological Intervention of Traditional Chinese Medicine in Alzheimer's Disease

Jin Yinghui<sup>1</sup>, Wei Hongyue<sup>2</sup>, Wang Yunyun<sup>3</sup>, Li Zimeng<sup>1</sup>, Xu Liangyan<sup>1</sup>, Han Huian<sup>1</sup>, Yang Liu<sup>1</sup>, Shang Hongcai<sup>4</sup>

(1 School of Nursing, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 2 First Hospital Affiliated to Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 3 Graduate College, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 4 Key Laboratory of Chinese Internal Medicine of Ministry of Education and Beijing, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract Objective:** To summarize and evaluate the evidence of non-pharmacological intervention of Traditional Chinese Medical in Alzheimer's disease (AD) and provide supports. **Methods:** A systematic literature search was performed. CNKI, Wanfang, Pubmed, Medline, Cochrane library, Embase, PsycINFO, CINAHL, CQVIP, ACP Journal Club (www.acpj.org) were searched for related systematic reviews. The methodological quality and the quality of the evidences were evaluated using the Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) and Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approaches. The guideline was evaluated using AGREE II. **Results:** Seven systematic reviews and meta-analyses of acupuncture for AD were included, one of aromatherapy and one of non-pharmacological intervention for AD, four of massage (included one article of acu-point massage). The compliance with AMSTAR checklist items regarding to acupuncture systematic reviews ranged from 6.5 to 11. The quality of the bodies of evidence of acupuncture we assessed ranged from very low to moderate, and no high quality bodies of evidence were found. The effectiveness of aromatherapy for agitation or behavior symptom of AD remained inconclusive. Acu-point massage revealed positive effective in controlling psychological or behavior symptoms. **Conclusion:** There is still expectations for more researches including primary and secondary literature about non-pharmacological intervention of TCM for AD. The overall quality of the evidence remains sub-optimal which raises concerns regarding their roles in clinical practice. Thus, the conclusions in reviews must be treated with caution and their roles in clinical practice should be limited.

**Key Words** Non-pharmacological intervention in Traditional Chinese Medicine; Evidence evaluation; AMSTAR tool; GRADE approach; AGREE II; Guideline development

基金项目:国家自然科学基金青年项目(编号:81603496)——中西医调摄护理多源证据体构建及整合评价

通信作者:商洪才,男,博士,研究员,博士研究生导师,重点实验室主任,研究方向:临床证据的评价与转化方法学及其机制研究,Tel:(010)84012510,E-mail:shanghongcai@foxmail.com

中图分类号:R256 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.06.007

痴呆(Dementia)是一种以获得性认知功能损害为核心,并导致患者日常生活、社会交往和工作能力明显减退的综合征<sup>[1]</sup>。老年性痴呆又称阿尔兹海默病(Alzheimer's Disease, AD)是最常见的一类痴呆,因其发病率的逐渐增加已逐渐成为影响全球公共健康和社会可持续发展的重大问题。2010年,WHO报道全球痴呆患者为3500万,中国为540万。据报道自2010年起,全世界痴呆总人口每20年将翻一倍,其中,中低收入国家痴呆患者的增长率更高<sup>[2-3]</sup>。

老年性痴呆归属于中医学呆证、文痴、善忘、语言颠倒、狂证、郁证等病证<sup>[2]</sup>。清代陈士铎在《辨证录》中有“呆病门”,认为“人之聪明,非生于心肾,而生于心肾之交也,夫心肾交而智慧生,心肾离而智慧失”。目前对于老年痴呆的理论研究较为一致的观点为:痴呆病位在脑,病性属本虚标实。发病特点多为肾虚为本,涉及心、肝、脾、肺四脏,是以痰瘀为标,虚实夹杂的一类病证<sup>[3]</sup>。

老年性痴呆的治疗管理分为药物和非药物2个方面。尽管AD危害严重,目前仍然缺乏能够改变疾病进程的药物,当前用于AD治疗的药物仍以对症治疗为主。非药物疗法有别于药物疗法,其着重于患者、照顾者以及环境在治疗过程中的相互作用,非药物疗法可以对患者的认知、情感以及日常生活等多方面起到改善作用,提高患者的正性自我感知,进而改善患者的病情。中医调摄又称中医调摄护理是中医学非药物管理的重要组成部分,它是在中国传统医学理论指导下,从患者的生理、心理、所处的自然环境和社会环境出发,综合评估患者存在的或潜在的健康问题,通过辨病施护、辨证施护为患者提供健康照顾。本研究综合评价中医非药物治疗相关证据,为老年性痴呆非药物管理指南提供证据支持。

## 1 资料与方法

1.1 文献检索 本研究属《老年性痴呆患者非药物治疗与管理指南》研究的一部分,因需对所有针对老年性痴呆患者的非药物管理措施进行分类研究,故在文献检索时并不以干预措施作为检索词,而只合并疾病名称与试验设计名称,从检索结果中筛选中医非药物方面的文献。

1.1.1 指南的检索 1)检索资源:由2名研究员进行指南检索,包括:检索资源:GIN(<http://www.g-in.net/library/international-guidelines-library/>), NGC(<http://www.guideline.gov/>), Evidence-Based Medi-

cine Resource Center, New York Academy of Medicine Library (<http://www.nyam.org/library/>), Canadian Medical Association Infobase ([http://www.cma.ca/En/Pages/cma\\_default.aspx](http://www.cma.ca/En/Pages/cma_default.aspx)), NCGC (<http://www.ncgc.ac.uk/Guidelines/Published/>), Australia's Clinical Practice Guidelines Portal (<https://www.clinical-guidelines.gov.au/index.php>), WHO (<http://www.who.int/en/>), SIGN (<http://www.sign.ac.uk/>), NICE (<http://www.nice.org.uk/>), RNAO (<http://www.rnao.org/>), Nursing Consult 数据库 (<http://www.nursingconsult.com>) JBI (<http://www.joanna-briggs.edu.au/>), Best Practice (<http://bestpractice.bmj.com/>), Up to date (<http://www.uptodate.com>) 等指南数据,并补充检索 Pubmed 中指南文献。2)检索式:中文检索式(“痴呆”或“痴呆病”或“痴呆患者”或“阿尔兹海默病(症)”或“阿尔茨海默病(症)”或“老年痴呆”或“老年性痴呆”或“老年期痴呆”)合并(“指南”或“临床实践指南”或“指引”或“常规”或“共识”或“推荐”)。英文检索式(“Alzheimer disease”(MeSH terms) or “Dementia”(MeSH terms) or “AD” or “Alzheimer's disease” or “Alzheimer disease” or “Alzheimer” or “Alzheimer Syndrome” or “Alzheimer Syndrome” or “Alzheimer-Type Dementia” or “Alzheimer Type Senile Dementia” or “Primary Senile Degenerative Dementia” or “Senile Dementia” or “Amentia \*” and (“Guideline \*”(MeSH terms) or “guideline \*” or “practice guideline” or “consensus \*” or “routine \*” or “recommendation”)。

1.1.2 系统评价的检索 1)检索资源:CNKI、万方、维普、Pubmed、Medline、Cochrane library、Embase、PsycINFO、CINAHL、ACP Journal Club ([www.acpjc.org](http://www.acpjc.org)), Evidence-Based Medicine (ebm.bmj.com) Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) ([www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/)) 数据库。2)检索式:中文检索式(“痴呆”或“痴呆病”或“痴呆患者”或“阿尔兹海默病(症)”或“阿尔茨海默病(症)”或“老年痴呆”或“老年性痴呆”或“老年期痴呆”)合并(“系统评价”或“meta分析”或“meta整合”)。英文检索式(“Alzheimer disease”(MeSH terms) or “Dementia”(MeSH terms) or “AD” or “Alzheimer's disease” or “Alzheimer disease” or “Alzheimer” or “Alzheimer Syndrome” or “Alzheimer Syndrome” or

“Alzheimer-Type Dementia” or “Alzheimer Type Senile Dementia” or “Primary Senile Degenerative Dementia” or “Senile Dementia” or “Amentia \*” and (“meta-analysis \*” (MeSH terms) or “systematic review \*” or “meta-analysis and systematic review” )。

## 1.2 纳入标准

1.2.1 研究类型 系统评价/Meta分析、循证资源(指南、证据总结)。

1.2.2 研究对象 AD患者,其诊断标准包括:1)国际疾病分类标准 ICD-8/9、10<sup>[4-5]</sup>;2)精神疾病诊断与统计手册(DSM)-III, III-R 或 IV<sup>[6]</sup>;3)美国国立神经病学、语言障碍和卒中研究所老年性痴呆及相关疾病学会(NINCDS/ADRDA)<sup>[7-9]</sup>;4)老年呆病的诊断、辨证分型及疗效评定标准(IWG-2)<sup>[10]</sup>;5)中华全国中医学会制定的老年性痴呆的中医诊疗<sup>[11-12]</sup>。

1.2.3 干预措施 研究方案限定为中医非药物治疗方案。中医非药物治疗方案包括针灸及中医调摄护理技术。中医调摄护理技术范围界定依据2006年中华中医药学会提出并发布的《中医护理常规技术操作规程》(2006版)<sup>[13]</sup>和中医护理技术操作实训<sup>[14]</sup>为依据,其包括:耳穴埋籽、拔罐、灸法(艾条灸、艾柱灸)、穴位按摩、刮痧、中药泡洗、全身药浴、湿敷法、换药法、涂药法、敷药法、贴药法、药熨法、熏洗法、中药离子导入法,除了调摄技术外还包括中医情志护理、运动护理及中医饮食护理。

1.2.4 质量评价标准 纳入研究的质量评价由两位研究者独立完成。指南评定采用指南评价工具(the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)<sup>[15-16]</sup>。纳入系评价/Meta分析的方法学质量和证据质量分别采用 AMSTAR 量表<sup>[17]</sup>和 GRADE 系统<sup>[18]</sup>进行评价。

1.3 资料提取 由两名研究者按纳入与排除标准独立筛选文献、提取资料并交叉核对。如遇分歧,则通过讨论解决或交由第三方裁决。指南提取资料包括:指南制定机构、相关推荐意见、参考文献、证据等级、推荐等级等。系统评价及原始研究资料提取内容包括研究对象、干预和对照措施、干预时间、随访持续时间、结局指标、文献质量相关信息等。

## 2 结果

2.1 文献检索结果 检索到AD治疗指南28部,其中13部指南涵盖了非药物管理内容,如认知疗法、音乐治疗、患者及照护者培训等,对中医非药物管理相关内容的推荐意见极少。检索到针刺治疗AD系统评价若干篇,针刺不良反应系统评价一篇。

并未检索到直接针对太极运动的系统评价。检索到香薰治疗AD患者系统评价一篇。检索到非药物管理AD患者系统评价一篇,内含按摩操作文献4篇,其中1篇为穴位按摩。

## 2.2 针刺、灸法

2.2.1 指南 未检索到含“针刺或灸法”推荐意见的指南。

2.2.2 系统评价 1)针刺有效性方面:经过系统的文献检索,共纳入7篇文章<sup>[19-25]</sup>,中包括2篇英文,5篇中文,纳入研究日期从2009年到2016年,样本量166至652不等,AMASTA等级评分从6.5分到11不等,GRADE证据质量分级大多为Low及Moderate见表1。各研究结局指标常常涉及简易智力状况检查法(MMSE)量表评价、日常生活活动(ADL)量表、有效率评价。4项系统评价针对不同的干预方式,如:针对中药不同进行亚组分析:其中一篇文献,研究针灸结合中药与单用中药对MMSE、ADL疗效效果进行比较,将其中药分为益智健脑颗粒、当归芍药散两亚组<sup>[21]</sup>;另有一项研究试验组均为针刺疗法,对照组均为西药,针对西药:尼莫西平、哈伯因、盐酸多奈哌齐、都可喜、脑复康进行了亚组分析<sup>[25]</sup>。其研究结果大多表示针灸、针刺、电针及针药结合比单用中药、西药治疗AD更具优势,仅几篇提示个别结局指标无统计学意义。但多数研究讨论指出纳入的研究存在一定的选择性偏倚,仍需更多大样本高质量的随机临床对照试验进一步验证。2)针刺不良反应方面:一篇针对针刺不良反应的系统评价综合了来自25个国家或地区12年间,117篇个案报道,包括了308个针刺、灸法及拔罐的不良反应<sup>[26]</sup>。结果显示虽然针刺不良反应中发生率最高的是感染,其次是器官或组织损伤,但是作者也指出针刺不良反应的发生率是极低的,预防不良反应发生的关键是专业人员进行规范的针灸操作。

## 2.3 穴位按摩

2.3.1 指南 未检索到含“穴位按摩”推荐意见的指南。

2.3.2 系统评价 一篇系统评价分析综合了感官刺激干预对痴呆患者的干预效果,其中纳入了4篇关于按摩的研究,干预时间从两天到六周不等<sup>[27]</sup>。按摩方法中一篇为穴位按摩,研究者在台北市长期护理中心选择了6个特殊护理单元,最终纳入133名患者并进行了双盲交叉试验<sup>[28]</sup>。其中穴位按摩组:15 min/d,每周进行6 d,连续四周。穴位点选择:内关、百会、神门、内关和三阴交。穴位按摩前先

表 1 纳入针刺相关系统评价概况及评价

研究	研究 (样本量)	干预组	对照组	结果	AMSTAR 评分	GRADE 分级
邹靖锋, 2016 <sup>[19]</sup>	6(335)	针刺 + 益智健脑颗粒	益智健脑颗粒	MMSE 评分 (3RCT): WMD = 1.38(0.80,1.95, P<0.00001*)	9	Low (1a, 1b, 3a, 2c)
		电针 + 当归芍药散	当归芍药散	MMSE 评分 (1RCT): WMD = 2.30[1.35-3.25], P<0.00001*		Low(1a,1b,3a)
		针刺 + 益智健脑颗粒	益智健脑颗粒	ADL 评分(1RCT): WMD = 0.25 [0.02,0.48], P=0.03		Low (1a, 1b, 3a, 3b)
		电针 + 当归芍药散	当归芍药散	ADL 评分(1RCT): WMD = 2.60 [1.58,3.62], P<0.00001*		Moderate (1a, 1b, 3a)
Jing Zhou, 2015 <sup>[20]</sup>	10(585)	针刺、电针 + 中药(益智健脑颗粒、当归芍药散、安神醒脑汤、自拟方)	中药(益智健脑颗粒、当归芍药散、安神醒脑汤、自拟方)	有效率评价: OR = 1.89 [1.11, 3.21], P=0.02*	10	Moderate (1a, 1b, 3a)
		多奈哌齐 + 针刺(电针、针灸、头皮针)	多奈哌齐	MMSE 评分(3RCT): MD = 2.37 [1.53,3.21], P<0.00001*		Moderate (1a, 1b, 3a)
				ADAS-cog 评分(1RCT): MD = -0.90[-4.00,2.20], P=0.57		Low (1a, 1b, 3a, 3b)
				MoCA 评分(1RCT): MD = 2.00 [-0.89,4.89], P=0.18		Low (1a, 1b, 3a, 3b)
				ADL 评分(1RCT): MD = -2.64 [-4.95, -0.32], P=0.03*		Moderate (1a, 1b, 3a)
		针刺	尼莫地平	FAQ 评分(1RCT): MD = -1.41 [-4.87,2.05], P=0.42		Low (1a, 1b, 3a, 3b)
		针刺	空白	MMSE 评分(3RCT): MD = 3.74 [1.34,6.14], P=0.002*		Moderate(3a)
				ADL 评分(1RCT): MD = -8.82 [-19.83,2.19], P=0.12		Moderate (2a, 3a, 3b)
		针刺、电针	西药	HDS-R 评分(1RCT): SMD = 0.09 [-0.28,0.46], P=0.62		Low (1a, 1b, 2c, 3a,3b)
				ADL 评分(4RCT): MD = -2.80 [-4.57, -1.02], P=0.002*		Low(1a,1b,3a)
		ADAS-cog 评分(1RCT): MD = -5.14 [-8.75, -1.53], P = 0.005*	Low (1a, 1b, 2a, 2b,2c)			
		尼莫地平、阿米三嗪萝巴新片、氯化麦角碱、多奈哌齐、吡拉西坦	MMSE 评分(6RCT): MD = 1.05 [0.16,1.93], P=0.02*			
许小泰, 2015 <sup>[21]</sup>	10(652)	西药加针灸(体针、头皮针刺、电针、穴位注射、西药加体针加中药、西药加灸法加中药)	西药(多奈哌齐、丁苯酞、安理申片、奋乃静)	MMSE 评分(4RCT): MD = 2.87 [0.64,5.10], P=0.01*	9	Low (1a, 1b, 2c, 3a)
				疗效比较 (7RCT): RR = 1.25 [1.14,1.38], P<0.01*		Moderate (1a, 1b, 3a)
曹飞, 2014 <sup>[22]</sup>	5(233)	针刺刺入皮肤或组织不同穴位治疗(嗅三针、针刺、针刺方法)	常规抗 AD 口服药物(都可喜、多奈哌齐、尼莫地平)	MMSE 评分(3RCT): WMD = -0.61[-1.34,0.13], P=0.11	9	Very Low(1a,1b,1d,2c,3a,3b)

续表1 纳入针刺相关系统评价概况及评价

研究	研究 (样本量)	干预组	对照组	结果	AMSTAR 评分	GRADE 分级	
田涛涛, 2012 <sup>[23]</sup>	8(339)	针灸	尼莫地平	ADL 评分(3RCT): WMD = -0.48[-1.72,0.76], P=0.45 MMSE 评分(2RCT): WMD = 0.54[-1.44,2.51], 无统计学意义	6.5	Very Low (1a, 1b, 1d, 2c, 3a, 3b) 研究结果报道不全面未给予评价	
			都可喜	MMSE 评分(1RCT): WMD = -0.16[-0.83,0.51], 无统计学意义			
			盐酸多奈哌齐	MMSE 评分(1RCT): WMD = -1.42[-2.32, -0.52] *			
			哈伯因	MMSE 评分(2RCT): WMD = -0.81[-1.02, -0.59] *			
			脑复康	MMSE 评分(1RCT): WMD = 4.85[4.62,5.08] *			
			尼莫地平	ADL 评分(3RCT): WMD = -0.06[-1.24,1.13], 无统计学意义			
			哈伯因	ADL 评分(2RCT): WMD = -0.03[-1.74,1.69], 无统计学意义			
刘佳琳, 2009 <sup>[24]</sup>	4RCT + 16 半 RCT	针灸+药物	脑复康	ADL 评分(1RCT): WMD = 1.56[0.31,2.81] *	7	研究结果报道不全面未给予评价	
			单用药物、单用针灸	疗效评分(10RCT): P < 0.01 *			
			毫针	药物			疗效评分(3RCT) P < 0.05 *
			电针	药物			MMSE 评分(2RCT): P > 0.05
			电针	毫针			疗效评分(3RCT) P < 0.05 *
电针加中药	电针	MMSE 评分(2RCT): P < 0.05 *					
M. S. Lee, 2009 <sup>[25]</sup>	3(166)	针灸	尼莫地平、氯丙嗪	MMSE 评分(2RCT): WMD = -0.55[-1.31,0.21], P=0.15 ADL 评分(1RCT): WMD = -1.29[-1.77, -0.80], P < 0.001 *	11	Low (1a, 1b, 1d, 3a, 3b) Moderate (1a, 1b, 1d, 3a)	

注: \$ 西北民族大学中央高校基本业务专项资金项目; #广东省教育厅“211工程”三期重点学科建设项目; & 国家重点基础研究发展规划(973计划)基于“肾藏精”的脏象理论基础研究; @ 国家“十一五”科技支撑计划项目; 偏倚风险: (1a) 未进行分配隐藏(1b) 未实施盲法(1c) 选择性报告偏倚(1d) 未报告失访情况及未恰当考虑意向治疗原则; 不一致性: (2a) 点估计值不同研究间变异大(2b) 可信区间重叠比较少(2c) 异质性检验得到的 P 值小, I<sup>2</sup> 值大; 不精确性: (3a) 样本量不足(3b) 合并效应量跨越无效线; 间接性: (4a) 干预不一致(4b) 人群不一致(4c) 替代结局指标; 发表偏倚: (5a) 阴性结果未发表(5b) 漏斗图不对称(5c) 检索不完善(5d) 利益冲突。

进行 5 min 的热身活动, 然后每个按压点持续进行 2 min 的按摩; 蒙台梭利教育组: 教育方案具体内容包 括感官刺激训练(听、描述、复述等)、精细活动锻炼 (绘画、撕纸)、社会功能训练(晚餐布置)、技能训练 (叠衣服); 第 3 组为空白对照组。4 周治疗后经过 洗脱期进行交叉试验然后再经过 4 周治疗和洗脱期 再进行 1 次交叉试验, 以使得每组都接受过 3 组的 治疗。3 次结果测量都显示穴位按摩组和蒙台梭利 教育组相对于空白组均明显减低了激越行为, 身体 其他非激越行为, 语言激越行为(第一次洗脱期前 激越行为: 穴位按摩组(MD ± SD): -0.00 ± 1.13, 蒙台梭利教育组:(MD ± SD): -0.26 ± 1.31, 对照 组:(MD ± SD): -1.41 ± 3.39)。

Moyle et al(2014) 纳入中晚期痴呆患者 55 例, 将其分为足底按摩组和对照组, 其中足底按摩组由

按摩师给患者的每只脚提供按摩, 轻压足底部, 旋转 脚趾同时按摩脚踝, 按摩过程中使用无香味的润滑 剂; 对照组实施静坐措施<sup>[29]</sup>。结果显示足底按摩组 和对照组 CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory- Short Form) 得分均增加, 即 2 组人群激越症状均加 重, 虽然对照组患者得分增加的更多, 但无统计学意 义(P = 0.03); 足底按摩组患者警觉性降低(the Observed Emotion Rating Scale, OERS), 而对照组警觉 性增加(P = 0.05)。另一项研究(Suzuki et al. 2010) 共纳入 28 名痴呆患者, 其中 24 名为 AD 患 者, 4 名为血管性痴呆患者<sup>[30]</sup>。研究将患者分为接 触按摩组(手和手的接触)和对照组, 按摩组的干预 流程为护士给患者摆舒适体位, 在患者手上擦橄欖 油, 轻抚患者的手, 慢速圆周式的从手掌的根部到指 尖, 然后再按摩患者手腕部, 按摩后将患者的手包裹

在毛巾里并按摩下一只手。接触按摩组在减少攻击性和紧张方面作用显著( $P < 0.05$ )。干预六周后对照组在智力和情绪功能上有明显改进( $P < 0.05$ ),而接触按摩组无明显变化。其中一篇文章 Harris et al. (2012)只关注了按摩对睡眠质量的影响<sup>[31]</sup>。

本系统评价方法学质量评价 AMSTAR:8.5,因本系统评价无法进行定量合成,本研究未给予 GRADE 分级。

**2.4 中医养生保健:香薰疗法** 芳香疗法:芳香疗法是采用天然植物香料或其提取出的芳香精油,用于减轻、预防或治疗人体某些疾病的一种辅助方法。精油对人体神经系统、消化系统、呼吸系统、皮肤、泌尿系统等方面均有双向调节作用,并在抗动脉粥样硬化、抗癌、抗菌、抑菌等方面具有一定的优势。其优势主要在于渗透性好、代谢快、不滞留、毒性小等方面,可起到开窍化浊、活血化瘀、疏风散寒、解肌发表等治疗目的<sup>[32]</sup>。值得注意的是,部分含挥发性成分的芳香药材在煎煮过程中,由于挥发油很容易散失而影响疗效,精油弥补了这一缺陷。用于芳香治疗的精油常通过电热器、汽化器或按摩皮肤,使其蒸发,进而刺激嗅觉。国外研究报告西方国家已经在临床上使用芳香疗法治疗 AD 患者,结果显示芳香疗法减少行为症状,改善 AD 患者的睡眠障碍,产生积极作用<sup>[33]</sup>。

**2.4.1 指南** 检索到一篇含“香薰疗法”相关推荐

意见的指南<sup>[34]</sup>。不推荐使用芳香疗法减轻 AD 患者激越行为[Grade B, Level 1+ ]。本指南评价结果:范围和目的:68.06%;参与人员:54.17%;制定的严谨性:39.58%;清晰性:69.44;应用性:44.79%;编辑的独立性:0.00%。

**2.4.2 系统评价** 检索到一篇关于香薰疗法的系统评价。Forrester LT 等评价了芳香疗法对痴呆患者的干预效果。结果显示芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的激越症状的影响呈现不一致的结果(因原始研究作者应用了多种激越症状评估工具,给结果合并带来困难,故系统评价作者进行了每篇研究结果的描述性报告)<sup>[35]</sup>。2 篇 RCT 研究(含 141 患者),结果显示芳香疗法较安慰剂对痴呆患者激越的改善有良好效果(其中 1 篇 RCT 结果: $n = 71$ , MD = -11.1(-19.9, -2.2) CMAI; $n = 71$ , MD = -15.8(-24.4, -7.2) NPI; $n = 71$ , MD = -2.31(-4.05, -0.57) NPI agitation or aggression; $n = 71$ , MD = -3.01(-5.42, -0.60) NPI aberrant motor behavior);3 篇 RCT 显示,含 142 患者,芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的激越没有明显改善[其中 1 篇 RCT 结果: $n = 63$ , MD = 0.00(-1.36, 1.36)] [AMSTAR: 8.5; GRADE: very low]。(CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory), NPI (Neuropsychiatric Inventory), NPI sub-scales agitation or aggression and NPI aberrant motor behavior, PAS (Pittsburgh Agitation Scale)。芳香

表 2 系统评价纳入的原始研究基本信息

研究	研究对象	干预组	对照组
Ballard 2002	重度痴呆,痴呆类型未指定( $n = 71$ )	干预内容:由一个照顾者将 10% 香蜂草精油和基础油,局部应用到患者的面部及双臂,每天 200 mg,分 2 次进行 干预时间:4 周	干预内容:由一个照顾者将 10% 葵花油和基础油,局部应用到患者的面部及双臂,每天 200 mg,分 2 次进行 干预时间:同干预组
Lin 2007	痴呆,痴呆类型未指定( $n = 70$ )	干预内容:100% 薰衣草精油,将两滴精油滴入化妆棉,并将化妆棉放置在一个香味扩散器上。每晚患者入睡后,将扩散器放在其枕头一侧至少 1 h 干预时间:3 周	干预内容:葵花油制备的基础油,将两滴精油滴入化妆棉,并将化妆棉放置在一个香味扩散器上。每晚患者入睡后,将扩散器放在其枕头一侧至少 1 h 干预时间:同干预组
Burns 2011	AD( $n = 63$ )	干预内容:蜂花油轻轻按摩双手和上臂 频率:1~2 min/次,2 次/d 干预时间:12 周	干预内容:安慰剂 干预时间:同干预组
Cameron 2011	中至重度痴呆,痴呆类型未指定( $n = 18$ )	干预内容:<2% 柠檬精油香薰 干预时间:3 周	干预内容:1% 天竺葵,0.5% 柠檬油 干预时间:同干预组
Fu 2013	AD( $n = 61$ )	干预内容:3% 薰衣草喷雾,每天按摩 2 次,维持 10 d,每只手按摩 2.5 min。薰衣草喷雾由 75 滴 100% 的薰衣草精油混合 4 mL 精油增溶剂和 125 mL 纯净水制成。于 30 cm 距离,对患者的胸部进行薰衣草喷雾 频率:2 次/d,分别于上午 9 至 11 点,下午 2 至 4 点进行 干预时间:6 周	干预内容:于 30 cm 距离,对患者的胸部进行水喷雾 频率:同干预组 干预时间:同干预组

疗法较安慰剂对痴呆患者的行为症状的作用呈现不一致的结果:1篇 RCT 显示芳香疗法对痴呆患者行为症状的改善有良好效果[ $n = 71$ ,  $MD = -15.8 (-24.4, -7.2)$ ];1篇 RCT 显示芳香疗法对痴呆患者的行为症状没有明显改善[ $n = 63$ ,  $MD = 2.80 (-5.84, 11.44)$ ][AMSTAR:8.5; GRADE:very low]。芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的生命质量(Blau QOL Scale)的提高无统计学意义[ $n = 63$ ,  $MD = 19.00 (-23.12, 61.12)$ ][AMSTAR:8.5; GRADE:very low]。芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的日常生活活动能力(Barthel Scale of Activities of Daily Living)的改善没有显著效果( $n = 63$ ,  $MD = -1.79, 0.79$ ),  $P > 0.05$ )[AMSTAR:8.5; GRADE:very low]。芳香疗法较安慰剂对痴呆患者的不良事件的发生没有统计学意义( $n = 124$ ,  $RR = 0.97 (0.15, 6.46)$ ),  $P > 0.05$ )[AMSTAR:8.5; GRADE:very low]。

### 3 讨论

随着社会的发展、医疗模式的转变、威胁人类健康的疾病谱的转化,“自然疗法”的理念逐渐被人们所推崇,这为中医调摄技术的发展提供了肥沃的发展土壤和宝贵机遇。中医调摄的精髓体现在整体观念、情志调摄、饮食调摄、养生保健等方面,同时又有简便易行、安全无创、容易接受等优点。但是目前中西医发展不协调,中医药特色优势尚未得到充分发挥。《健康中国“2030”规划纲要》提出应大力发展中医非药物疗法,使其在常见病、多发病和慢性病防治中发挥独特作用。《全国护理事业发展规划(2016—2020年)》也明确指出应充分发挥中医护理在疾病治疗、慢病管理、养生保健、康复促进、健康养老等方面作用。但本研究显示对已经发生AD的患者的中医非药物的研究仍然不足,尤其是中医护理技术对AD患者的应用研究非常缺乏。

3.1 针刺治疗AD的效果仍有进一步研究、评价的空间 针灸以及针灸合并其他方法治疗阿尔茨海默症的临床报道得到了广泛关注,大部分治疗效果也进一步明确<sup>[36]</sup>。针灸治疗AD的机制也持续被探讨研究。朱晶指出针灸可能通过调节神经递质的释放、保护神经元、提高神经营养因子含量、激活海马蛋白激酶、抑制脑组织炎症反应、调节异常蛋白质的水平和上调自噬活性水平等多条途径达到治疗AD的作用<sup>[37]</sup>。谭维维指出针灸可能通过减少 $\beta$ -淀粉样蛋白异常沉积、保护线粒体功能、阻断炎症反应、降低Tau蛋白异常表达和过度磷酸化、提高抗氧化

能力等多种途径发挥治疗AD的作用<sup>[38]</sup>。

从上述所检索到系统评价文献分析可知针灸治疗该病以调神益智、补肾通络为法,主要以督脉及足少阴、足少阳经穴为主。所纳入研究的对照组常常选用药物治疗如中药治疗(益智健脑颗粒、当归芍药散、安神醒脑汤),西药治疗(盐酸多奈哌齐、尼莫地平、哈伯因、都可喜、脑复康片)。结局指标的设定常选取认知功能的评价(MMSE, ADAS-cog, CDR, MoCA, FAQ),日常能力评估,有效率评估,而有效率的评估大多是采用事件发生数/样本总数。相对比较缺乏精神行为症状的评估及神经心理状况的评估。除此之外电生理检查如脑电图、血液学检查如AD相关血液标记物的检查的结果也非常缺乏。不同结局指标的设定可以理解为研究人员对同一健康问题的关注点的差异,但缺乏规范和完整的结局指标设定会导致未来证据整合上的困难,影响中医调摄护技术的证据验证和推广。原始研究质量评价分析依然显示RCT普遍存在样本量小,随机分配方法不明确、无盲法分配隐藏的使用等问题,这是GRADE降级的常见原因。这也以之前的研究结果非常相似,杜永康等研究者早在2011年即评价了国内针灸治疗AD的临床随机对照试验的真实性,结果显示多数研究存在诸多影响研究可信度的因素如纳入排除标准不明确,未明确交代随机分配方法,盲法利用较少,对退出、脱落病例分析不够等<sup>[39]</sup>。

另外,本研究也显示针刺的效果在不同的meta分析中呈现不一致的结论,如2012年田涛涛的一项系统评价显示,MMSE评分情况,针灸VS尼莫地平无差别,ADL评分情况,针灸VS尼莫地平 and 针灸VS哈伯因均无差异<sup>[25]</sup>,而2015 Zhou J的一篇系统评价显示,针对MMSE评分情况(6RCT)有统计学意义<sup>[22]</sup>,其原因可能是不同时间所做的证据综合获得的原始研究样本数量不同。AD的认识及针灸防治还需医者们不断探索,仍然迫切需要大样本、多中心的临床研究并能做到真正随机、分配隐藏处理、合理使用盲法并对不良反应和安全性进行完整报道,进而为针灸治疗该病提供有力的理论依据。

3.2 中医调摄护理实践需要证据为决策提供依据 本指南在专家咨询的过程中,有专家指出应涵盖中医食疗的证据,但经检索中医食疗对AD患者的证据极度缺乏,仅有零散的专家意见类的文献,如高颖指出中医的AD药膳食疗方法十分丰富,应注意辨证选择,如:肾虚血瘀者,可选用山楂枸杞饮;肝

肾亏虚者,可选用桂圆枸杞桑椹汤,或山萸肉粥;阴虚津亏者,还可选用黄精粥或玉竹粥等养阴生津之品;血虚者,可选用龙眼肉粥;气虚者,选用人参粥;脾虚明显者,选用长寿粉<sup>[40]</sup>。但是现有关于 AD 中医食疗的文献仅是专家共识,没有试验性或观察性研究。如何对专家意见进行总结并形成系统评价使其成为非药物管理指南的证据来源是研究者应该思考和研究的重要问题,目前 JBI 循证卫生保健中心的相关方法学专家已经探讨了共识类文献的整合方法(专家意见及专业共识类系统评价 Systematic Reviews of Text and Opinion Data, <http://joannabriggs.org/sumari.html>),相信在不远的将来体现证据多元性的证据整合方法会逐渐成熟完善,为指南制定提供完整的方法学保障。

五音疗法是以中医五行学说为核心,将角、徵、宫、商、羽五音分别与阴阳五行、五脏、五志相对应以调节身心的音乐疗法,中华医学会音像出版社出版的“中国传统五行音乐”,治疗时可遵循五行生克制化的规律,因季,因时,因人辨证选乐<sup>[41]</sup>。本指南的制定过程中我们采用了音乐疗法的证据,但并未发现中医五行音乐对 AD 患者研究的原始研究及二次研究。

**3.3 中医芳香疗法范围需进一步扩展** 中医芳香疗法历史悠久,在我国古代就有记载使用气味芳香的药物(如艾叶、藿香、木香、冰片、麝香)制成适当的剂型,作用于全身或局部以防治疾病、强身保健。芳香中药的性味体现中药的四气五味。中药四气,就是温热寒凉 4 种不同的药性,其反映了药物对人体阴阳盛衰、寒热变化的作用<sup>[42]</sup>。西方芳香疗法是指利用从植物材料(花、香草和其他芳香植物器官)萃取的精油作为媒介,并以按摩、沐浴、熏香等方式,经由呼吸道或皮肤吸收进入体内,以达到舒缓精神压力实现调节新陈代谢、提高免疫力、消炎杀菌、保养皮肤甚至平衡身心的功能和增进身体健康的一种自然疗法<sup>[43]</sup>。现代药理学研究显示芳香疗法通过香气分子作用于人体自主神经系统、内分泌系统、中枢神经系统进而对人的情绪、行为和生理状态产生影响,香气分子吸入鼻腔后,作用于鼻腔上部的受体细胞组成的鼻上皮,作用至大脑的嗅觉区,促使神经化学物质的释放,再由大脑中枢神经发出指令,去控制和平衡自主神经系统,从而产生放松、愉悦、镇定或者兴奋的效果。有研究表明,薰衣草精油的主要成分芳樟醇可通过刺激中枢神经递质  $\gamma$ -氨基丁酸增加的方式起效<sup>[44]</sup>。

虽然本研究结果部分引用系统评价纳入的原始研究大多都是采用芳香植物进行治疗,芳香疗法的历史可追溯到古埃及和古印度时代,它的前身也是药草疗法,是人类历史上最古老的治病方法之一,它与中医芳香疗法也是一脉相承的。本研究将芳香疗法归入中医护理调摄范围意在强调无论是芳香气味的中药药物还是植物都应该属于中医芳香疗法的范围。姜君认为传统中医芳香疗法可以吸取西方芳香疗法的优势,发挥更大的作用。如在剂型上,制备中药精油提高疗效,部分挥发类芳香中药会在煎煮过程中散失香气而影响疗效,精油可弥补这一缺陷。精油具有高渗透性、代谢快、不滞留等优势,又易于透过血脑屏障,达到开窍化浊、活血化痰的治疗目的。目前,中药传统的煎煮方式也已不太适应现代社会快节奏的需要,精油也许是一种有效的补充。

**3.4 应促进中医调摄技术融入社区干预体系** AD 社区健康监测、随访及早期干预在国外已日臻成熟并形成了诸多运行管理机制,但当前在我国,社区健康管理体系及中医社区卫生服务模式研究才刚刚起步,发展相对滞后<sup>[45]</sup>。AD 是老年常见的多发的慢性病之一,总结 AD 中医非药物干预技术,并在此基础上探索其社区 AD 中医干预模式及其应用策略已势在必行。中医护理技术具有简便易行、安全无创、容易接受等优点,许多中医调摄方法长期在群众中广为流传,是其他现代医学方法无法比拟的。《全国护理事业发展规划(2016-2020 年)》明确指出护理服务领域逐步从医疗机构向社区和家庭拓展,服务内容从疾病临床治疗向慢病管理、老年护理、长期照护、康复促进、安宁疗护等方面延伸,努力满足人民群众日益多样化、多层次的健康需求<sup>[46]</sup>。故大力发展中医调摄护理的同时应注意创新中医服务模式,促进中医护理向社区护理中推广发展。

鉴于 AD 发病的复杂机制,AD 的治疗需要多种干预。基于系统评价和证据分级基础上的循证临床实践指南已经成为制定指南的国际趋势。中医调摄和现代护理是护理学科的 2 个分支,有着共同的目标,都是为了解决患者的健康问题,提高患者的健康水平,殊途同归。制作体现中西医特点的非药物患者管理指南践行循证护理实践的有效办法,是联系科研结论和 AD 患者临床护理的桥梁。中医调摄研究者应继续进行高质量的原始研究,并及时进行证据总结和评价,以促进中医调摄护理技术的循证转化。

## 参考文献

- [1] 贾建平. 中国痴呆与认知障碍诊治指南[M]. 2版, 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1-5.
- [2] 魏翠柏, 田金洲, 贾建平. 老年痴呆中医病因病机理论的认识与思考[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(8): 496-498.
- [3] 张诗唯. 陈民教授运用膏方治疗老年呆病经验总结[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2014.
- [4] Kurz A, Haupt M, Romero B, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease[J]. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1988, 113(44): 1723.
- [5] Henderson A S, Jorm A F, Mackinnon A, et al. A survey of dementia in the Canberra population: experience with ICD-10 and DSM-III-R criteria[J]. Psychological Medicine, 1994, 24(2): 473-482.
- [6] Battle DE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [J]. Encyclopedia of the Neurological Sciences, 2013, 25(2): 4-8.
- [7] McKhann G, Drachman D, Folstein M, 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): 939-944.
- [8] Dubois B, Feldman H H, Jacova C, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria [J]. Lancet Neurology, 2007, 6(8): 734-46.
- [9] Jacka C R, Knopman D S, Mckhann G M, 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 & Dementia, 2011, 7(3): 257.
- [10] Dubois B, Feldman H H, Jacova C, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria [J]. Lancet Neurology, 2014, 13(6): 614-29.
- [11] 傅仁杰. 老年呆病的诊断、辨证分型及疗效评定标准(讨论稿) [J]. 中医杂志, 1991, 32(2): 56.
- [12] 傅仁杰. 老年呆病(老年痴呆)的中医临床诊断及疗效评定标准(试行) [A]. 中华中医药学会老年病分会. 全国中医药防治老年病学术交流会学术论文集 [C]. 中华中医药学会老年病分会, 2011: 2.
- [13] 中华中医药学会. 中医护理常规技术操作规程 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- [14] 张素秋, 石福霞. 中医护理技术操作实训 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2011.
- [15] AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [Electronic version]. <http://www.agreetrust.org>.
- [16] Brouwers M C, Kho M E, Browman G P, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care [J]. CMAJ; Canadian Medical Association Journal, 2010, 182(18): E839.
- [17] Shea B J, Bouter L M, Peterson J, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR) [J]. Plos One, 2007, 2(12): e1350.
- [18] The GRADE Working Group, 2009. Available at: <http://www.ccims.net/gradepr>.
- [19] 邹靖锋, 郭培燕, 谢珂, 等. 针刺联用中药治疗阿尔茨海默病疗效 Meta 分析 [J]. 中医学报, 2016, 31(1): 138-143.
- [20] Zhou J, Peng W, Xu M, et al. The Effectiveness and Safety of Acupuncture for Patients With Alzheimer Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials [J]. Medicine, 2015, 94(22): e933.
- [21] 许小泰, 谢炜. 针灸联合西药治疗阿尔茨海默病的 Meta 分析 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17(4): 836-840.
- [22] 曹飞, 潘小玲, 李譔超, 等. 针刺疗法对中国人老年性痴呆疗效的系统评价和 Meta 分析 [J]. 南昌大学学报: 医学版, 2014, 54(9): 59-61.
- [23] 田涛涛, 张玉莲, 崔远武, 等. 针灸对照西药治疗老年性痴呆疗效的系统评价 [J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(1): 48-50.
- [24] 刘佳琳, 杜元灏, 黎波, 等. 针灸治疗老年性痴呆常用治法的循证医学评价 [J]. 吉林中医药, 2009, 29(10): 855-857.
- [25] Lee MS, Shin BE. Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review [J]. International Journal of Clinical Practice, 2009, 63(6): 874-879.
- [26] Xu S, Wang L, Cooper E, et al. Adverse Events of Acupuncture: A Systematic Review of Case Reports [J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013, 2013(1): 581203.
- [27] Strøm BS, Ytrehus S, Grov EK. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature [J]. Journal of Clinical Nursing, 2016, 25(13-14): 1805-1834.
- [28] Lin LC, Yang M H, Kao CC, et al. Using Acupressure and Montessori-Based Activities to Decrease Agitation for Residents with Dementia: A Cross-Over Trial [J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2009, 57(6): 1022-1029.
- [29] Moyle W, Cooke M L, Beattie E, et al. Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial [J]. International Journal of Nursing Studies, 2013, 51(6): 856-864.
- [30] Suzuki M, Tatsumi A, Otsuka T, et al. Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia [J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2010, 25(8): 680-686.
- [31] Harris M, Richards KC, Grandt VT. The effects of slow-stroke back massage on minutes of nighttime sleep in persons with dementia and sleep disturbances in the nursing home: a pilot study [J]. Journal of Holistic Nursing Official Journal of the American Holistic Nurses Association, 2012, 30(4): 255-263.
- [32] 魏宇梅, 洪岩, 费夷敏, 等. 芳香疗法概述 [J]. 中医学报, 2015, 30(1): 140-142.
- [33] 程遥, 沈旭慧, 徐美英, 等. 芳香疗法应用于老年性痴呆的国内外研究进展 [J]. 全科护理, 2016, 14(4): 348-350.
- [34] Nagaendran K, Chen L H, Chong M S, et al. Ministry of health clinical practice guidelines: dementia [J]. Singapore Medical Journal, 2013, 54(5): 293.
- [35] Forrester LT, Maayan N, Orrell M, et al. Aromatherapy for dementia [J]. Cochrane Database Syst Rev. 2014, 25(2): CD003150.
- [36] 吴琼, 邢恩龙, 鲍文扬, 等. 针灸治疗阿尔茨海默病的临床研究进展 [J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(2): 109-113.

- PubMed user search behavior through log analysis [DB/OL]. <https://academic.oup.com/database/article-lookup/doi/10.1093/database/bap018>,2017-3-10.
- [13] Boutron I, Altman DG, Hopewell S, et al. Impact of Spin in the Abstracts of Articles Reporting Results of Randomized Controlled Trials in the Field of Cancer; The SPIIN Randomized Controlled Trial [J]. *J Clin Oncol*, 2014, 32(36):4120-4126.
- [14] Ochodo EA, de Haan MC, Reitsma JB, et al. Overinterpretation and misreporting of diagnostic accuracy studies: evidence of "spin" [J]. *Radiology*, 2013, 267(2):581-588.
- [15] Prasad V, Jorgenson J, Ioannidis JPA, et al. Observational studies often make clinical practice recommendations: an empirical evaluation of authors' attitudes [J]. *J Clin Epidemiol*, 2013, 66(4):361-366.e4.
- [16] Lazarus C, Haneef R, Ravaud P, et al. Classification and prevalence of spin in abstracts of non-randomized studies evaluating an intervention [J]. *BMC Med Res Methodol*, 2015, 15(1):1-8.
- [17] Cofield SS, Corona R V., Allison DB. Use of causal language in observational studies of obesity and nutrition [J]. *Obes Facts*, 2010, 3(6):353-356.
- [18] Brown AW, Brown MMB, Allison DB. Belief beyond the evidence: Using the proposed effect of breakfast on obesity to show 2 practices that distort scientific evidence [J]. *Am J Clin Nutr*, 2013, 98(5):1298-1308.
- [19] Tzoulaki I, Liberopoulos G, Ioannidis JPA. Assessment of claims of improved prediction beyond the Framingham risk score [J]. *JAMA*, 2009, 302(21):2345-2352.
- [20] Yavchitz A, Ravaud P, Altman DG, et al. A New Classification of Spin in Systematic Reviews and Meta-Analyses was Developed and Ranked According to the Severity [J]. *Journal of Clinical Epidemiol*, 2016, 75:56-65.
- [21] Punjasawadwong Y, Phongchiewboon A, Bunchungmongkol N. Bispectral index for improving anaesthetic delivery and postoperative recovery [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 6(4):CD003843.
- [22] Wilkes MM, Navickis RJ. Patient Survival after Human Albumin Administration: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials [J]. *Ann Intern Med*, 2001, 135(3):149-164.
- [23] Bian Z, Liu B, Moher D, et al. Consolidated standards of reporting trials (CONSORT) for traditional Chinese medicine: current situation and future development [J]. *Frontiers of medicine*, 2011, 5(2):171-177.
- [24] Hugh MacPherson, Adrian White, Mike Cummings, et al. Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: The STRICTA Recommendations [J]. *中国循证医学杂志*, 2003, 3(3):231-234.
- [25] Li J, Liu Z, Chen R, et al. The quality of reports of randomized clinical trials on traditional Chinese medicine treatments: a systematic review of articles indexed in the China National Knowledge Infrastructure database from 2005 to 2012 [J]. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 14(1):362.
- [26] Moher D, Jones A, Lepage L. CONSORT Group: Use of the CONSORT statement and quality of reports of randomised trials: a comparative before-and-after evaluation [J]. *JAMA*, 2001, 285(15):1992-1995.
- [27] Turner L, Shamseer L, Altman DG, et al. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review [J]. *Syst Rev*, 2012, 1(1):60.
- (2017-05-10 收稿 责任编辑:徐颖)
- 
- (上接第 1243 页)
- [37] 朱晶, 国海东, 邵水金. 针灸治疗阿尔茨海默病机制的研究进展 [J]. *针刺研究*, 2012, 37(5):422-427.
- [38] 谭维维, 林承胜, 黎△嘉, 等. 针灸治疗阿尔茨海默病作用机制研究进展 [J]. *亚太传统医药*, 2016, 12(10):73-75.
- [39] 杜永康, 杜元灏, 徐彦龙, 等. 针灸治疗老年性痴呆症临床随机对照试验质量评价 [J]. *黑龙江中医药*, 2011, 40(3):39-39.
- [40] 高颖. 阿尔茨海默病的中医治疗及食疗 [J]. *中国全科医学*, 2001, 4(12):943-944.
- [41] 方锐, 胡镜清, 葛金文, 等. 阿尔茨海默病社区中医适宜干预技术及其应用策略 [J]. *世界中医药*, 2013, 8(6):604-609.
- [42] 姜君. 中医芳香疗法与西方芳香疗法渊源比较 [J]. *安徽中医药大学学报*, 2013, 32(6):4-6.
- [43] 王有年. 植物精油养生 [M]. 北京: 科学普及出版社, 2009:18.
- [44] 程遥, 沈旭慧, 徐美英, 等. 芳香疗法应用于老年性痴呆的国内外研究进展 [J]. *全科护理*, 2016, 14(4):348-350.
- [45] Holmes C, Ballard C. Aromatherapy in dementia [J]. *Adv Psychiatric Treat*, 2004, 10(4):296-300.
- [46] <http://www.moh.gov.cn/zyygj/s3593/201611/92b2e8f8cc644a899e9d0fd572aefef3.shtml>.
- (2017-05-10 收稿 责任编辑:徐颖)