

ICS 11.020

CCS C00/09

内蒙古自治区蒙医药学会

# 团体标准

T/IMAAMM 004-2025

---

痴呆病（阿尔茨海默病）蒙医临床诊疗指南  
Mongolian Medicine Diagnosis and Treatment Guidelines for  
Dementia (Alzheimer's Disease)

2025年12月30日发布

2026年3月1日实施

内蒙古自治区蒙医药学会

# 目 录

前言	1
引言	2
1.范围	4
2.规范性引用文件	4
3.术语与定义	4
4.概念	4
5.病因病机	5
6.分型	5
7.临床表现	5
7.1 主要症状	5
7.2 伴随症状	5
7.3 巴达干偏盛型	5
7.4 赫依偏盛型	5
7.5 肾亏型	6
7.6 攻心型	6
8.辅助检查	6
8.1 实验室检查	6
8.2 影像学检查	6
8.3 认知评估	6
8.4 日常功能评估	7
8.5 其它相关评估	7
9.诊断	7
9.1 生物学诊断	7
9.2 蒙医诊断要点	8
9.3 蒙医分型诊断要点	8
9.3 鉴别诊断	9
10.蒙医药治疗	9
10.1 治疗原则	9
10.2 内治药物推荐	9
10.3 外治疗法推荐	10
11.蒙医辨证分型治疗	10
12.预防与调摄	13
13.疗效评估	17
13.1 蒙医症候评估	13
13.2 神经量表评估	17
规范性附录 A	18
规范性附录 B	20
规范性附录 C	38
资料性附录 D	38
参考文献	48
术语索引	50

## 前言

本文件参照 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。

本文件在内蒙古自治区蒙医药标准化项目-“痴呆病（阿尔茨海默病）蒙医诊疗指南制定（2022-MB008）”的基础上，由内蒙古自治区国际蒙医医院牵头提出。

本文件归口于内蒙古自治区卫生健康委员会中医药管理局。本项目任务来源于内蒙古自治区蒙医药标准化办公室。

本文件起草单位：内蒙古自治区国际蒙医医院，内蒙古医科大学，呼和浩特市中医蒙医医院、通辽市蒙医医院、呼伦贝尔市蒙医医院、鄂尔多斯市蒙医医院、包头市蒙医中医医院、锡林郭勒盟蒙医医院，巴彦淖尔市蒙医医院。

文件主要起草人：敖其尔、乌兰，高哈斯宝力高，周双宝、陈呼格吉乐图，甘丽娜，斯庆满都胡，乌云苏和，让斯仁，小荣，齐坛娜，乌云其其格，宝塔娜。

本文件起草指导专家：布仁达来、那生桑、松林、图门乌力吉、布图雅。

文件参与起草人：希如、阿如恒、姜沙秋荣、王振芳、闹敏、苏丽娅、包晓庆，黎明、青克日。

## 引言

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》要求撰写。

1. 循证证据的检索、筛选、评价方法；按照要求，通过文献回顾、医案回顾、专家咨询和问卷调查，专家委员会论证总结，阿尔茨海默病属于蒙医拙弩疙希热乎病（痴呆病）范畴，蒙医辨证分型为巴达干偏盛型、赫依偏盛型、肾亏型和攻心型四种。

### 2. 专家共识的使用情况

以上述文献检索和问卷调查，专家访谈为依据，在第一版《蒙医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>的基础上，完善了辨证分型、治则和治法等方面，经过 4 次的专家论证，形成《阿尔茨海默病蒙医诊疗指南》。

### 3. 方剂的遴选情况

通过文献检索、医案回顾、专家咨询和问卷调查，将得到的结果归纳整理后，协同内蒙古自治区内 5 家三级甲等蒙医医院和 2 家三级乙等民族医院观察 180 份病例。将病例观察表收集、整理、统计学处理后，根据疗效，使用强度，使用共性，使用广度，调选排序，再次经过面对面专家共识会后，遴选制定治疗药物。

### 4. 指南的评议和咨询过程

课题组查阅大量国内外文献，开展了广泛的调研工作，系统的总结了蒙医对阿尔茨海默病的诊疗的研究成果，结合内蒙古自治区国际蒙医医院多年在阿尔茨海默病的诊疗研究的实践经验，2022 年 6 月 4

日邀请内蒙古医科大学、内蒙古自治区国际蒙医医院、呼和浩特市中医蒙医医院、包头市蒙医中医医院、锡林郭勒盟蒙医医院专家线上召开启动会，会议上论证了阿尔茨海默病蒙医诊疗指南初稿、项目实施方案及进度安排等内容。2023年6月7日邀请区内外7名专家第二次论证会，论证阿尔茨海默病蒙医范畴、病因病机、辨证分型、诊断、治疗及护理等内容。2023年年底共收集专家适用性评价问卷90份及临床病例数据180份，依据这些资料修改完善了阿尔茨海默病蒙医诊疗指南内容。2024年12月20日邀请内蒙古医科大学、内蒙古自治区中蒙医药研究院、内蒙古医科大学附属医院专家对该指南再次论证，论证通过阿尔茨海默病蒙医学概念、病因病机、辨证分型等内容，优化了辨证施治的具体药剂、饮食起居调摄方面。2025年4月17日内蒙古自治区卫生健康委组织全区知名专家对“痴呆病（阿尔茨海默病）蒙医诊疗指南制定（2022-MB008）”项目结题验收工作，并对阿尔茨海默病蒙医诊疗指南进行了全面的论证，提出建设性意见及达成共识。

5.项目资金来源于内蒙古自治区蒙医药标准化办公室，课题组成员不存在利益关系。

# 痴呆病（阿尔茨海默病）蒙医临床诊疗指南

## 1.范围

本指南制定了阿尔茨海默病的定义、病因病机及诊断与鉴别诊断、辨证论治、饮食起居等内容、适用于阿尔茨海默病的诊断与应用蒙医药治疗。

## 2.规范性引用文件

本指南引用《蒙医病证诊断标准（T/IMAAMM003-2023）》、《2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南（二、三、六、八、十）》《蒙医医疗技术操作规范（T/CMAM M10-M20—2019）》、《内蒙古蒙药制剂规范（第一、二、三册）》。

## 3.术语与定义

拙弩疙希热乎病即痴呆病，本文指阿尔茨海默病（Aizheimer's disease, AD）。

## 4.概念

阿尔茨海默病（AD），又称痴呆病。蒙医称拙弩疙希热乎病，是由于赫依琪素和巴达干相搏，心脉气血运行不足，以认知障碍为主要表现的疾病<sup>[1]</sup>，其认知障碍包括记忆、语言、视空间、执行、计算和理解判断等方面的障碍，此病常伴有精神行为异常和社会生活功能减退。

我国 60 岁及以上人群中 AD 患者 983 万例<sup>[2]</sup>，AD 患者的年治疗费用为 1677.4 亿美元，且年治疗成本逐年上升，预计到 2050 年将高达 18871.8 亿美元<sup>[3]</sup>。

## 5.病因病机

本病病因现代医学认为是遗传（如 APP/PS 基因突变、APOE  $\epsilon$  4）与环境（如心血管疾病、头部外伤）共同作用的结果；目前其发病机制以 A  $\beta$  沉积和 tau 蛋白异常为核心，通过诱发神经炎症、氧化应激、胆碱能系统缺陷等级联反应，最终导致神经元损伤和认知功能衰退。蒙医学认为本病是由于赫依琪素和巴达干相搏，心脉气血运行不足所致。巴达干赫依特性者、胃热能不足者、身意行为不当或过度、体力劳动减少、过度摄入性锐、膩或轻、糙食物、营养缺乏、饮酒过量、吸烟，突发性精神刺激等可诱发本类疾病<sup>[1]</sup>。

## 6.分型

蒙医辨证分型为巴达干偏盛型、赫依偏盛型、肾亏型肾亏型和攻心型四种<sup>[4]</sup>。现代医学将本病分为<sup>[5]</sup>家族性 AD 和散发性 AD，散发性 AD 无明显家族遗传倾向；也可根据发病年龄分为早发型 AD 和晚发型 AD，65 岁以前发病为早发型 AD，65 岁以后发病为晚发型 AD。

## 7.临床表现<sup>[4]</sup>

7.1 主要症状：表现为认知障碍，包括记忆、语言、视空间、执行、计算和理解判断等方面的障碍。

7.2 伴随症状：常伴精神行为异常和社会生活功能减退。

7.3 巴达干偏盛型：神情呆滞，反应迟钝，记忆力减退，沉默寡言，食欲不振，倦怠流涎，四肢欠温，懈惰思卧，步行艰难，脉象弱、迟、沉，舌质厚、苔白、黏软，尿色和味淡、少气、泡沫黏连。

7.4 赫依偏盛型：近记忆力减退，头晕目眩或耳鸣，失眠多梦，心神

不安，体弱消瘦，皮肤粗糙无泽，大便干燥，脉象空、芤，舌苔干燥面红，尿清、泡沫大。

7.5 肾亏型：萎靡不振，面色苍白，注意力不集中，健忘，智力减退，头晕耳鸣，下肢沉重，体乏无力，腰酸腿软，脉象迟、沉，舌苔薄、色浅，尿清、味淡。

7.6 攻心型：心悸，烦躁，判断失误，记忆力下降，情绪低落，性格怪癖，多疑，惊恐，失眠多梦，脉象细、浮，舌红、燥，尿清、泡沫大。

## 8. 辅助检查

8.1 实验室检查<sup>[6]</sup>：血浆中的 p-tau217、p-tau217/非 p-tau217，脑脊液中的 p-tau181/A $\beta$ 42、t-tau/A $\beta$ 42、A $\beta$ 42/A $\beta$ 40，阳性结果可辅助诊断。

8.2 影像学检查<sup>[6]</sup>：头颅 MRI 检查显示内侧颞叶（尤其是海马）、顶叶、颞叶萎缩。正电子发射断层显像（PET）：使用 18F-florbetapir 检测脑内 $\beta$ 淀粉样蛋白（A $\beta$ ）沉积，AD 患者多呈阳性，沉积于顶叶、颞叶等区域；使用 18F-flortaucipir 检测脑内异常 tau 蛋白聚集，AD 患者 tau 沉积与认知损害区域一致。

## 8.3 认知评估

认知功能评估工具包括多个认知域的测查项目<sup>[7]</sup>，推荐首选简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)，再根据实际需求选用阿尔茨海默病评估量表-认知部分(Alzheimer disease assessment scale-cog, ADAS-cog)和临床痴呆评定量表(clinical dementia rating

scale, CDR)。伴有语言障碍的应进行详细语言评定, 如波士顿命名测验(Boston naming test, BNT)、词语流畅性测验(verbal fluency test, VFT)等。

#### 8.4 日常功能评估

阿尔茨海默病协作研究日常能力量表(Alzheimer disease cooperative study- ADL, ADCS-ADL)、Lawton 工具性日常活动能力量表(instrumental ADL scale of Lawton)、社会功能问卷(functional activities questionnaire, FAQ)等。其中 FAQ 和工具性日常生活能力量表涉及复杂的社会功能和日常活动, 适用于较轻患者的评价。重度痴呆患者可选阿尔茨海默病协作研究重度患者日常能力量表<sup>[7]</sup>(Alzheimer disease cooperative study-ADL-severe, ADCS-ADL-severe)。

#### 8.5 其它相关评估

对伴有精神行为症状者可选用神经精神问卷(neuropsychiatric inventory, NPI)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)及汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评估。

### 9. 诊断

#### 9.1 生物学诊断<sup>[6]</sup>

参照阿尔茨海默病协会工作组 2024 年发表的《修订版 AD 诊断与分期标准》中的生物学核心 1 标记物, 遵照“规范性附录 A”的规定。

9.1.1 分子影像中的 A $\beta$ PET。

9.1.2 血浆中的 p-tau217 和 p-tau217/np-tau217。

9.1.3 脑脊液中的 p-tau181/A $\beta$ 42、t-tau/A $\beta$ 42 和 A $\beta$ 42/A $\beta$ 40。

以上 6 个指标中一个或者多个阳性，都符合 AD 的生物学诊断。

## 9.2 蒙医诊断要点<sup>[8]</sup>

9.2.1 发病于 40 岁以后，多见于 60 岁以上人群。

9.2.2 起病隐袭、缓慢进程、进行性加重。

9.2.3 记忆力下降，近期记忆障碍为主，健忘出现于发病早期。

9.2.4 迷路、穿衣困难、日期不清等定向障碍表现；判断和解决问题的能力下降；计算能力减退；也会出现找词困难、语量减少、命名困难等情况。

9.2.5 日常工作和生活能力及效率逐渐下降。

9.2.6 呆滞、猜忌、淡漠、情绪不稳、易激惹等精神情感症状；活动减少或多动、攻击、捡收废品、藏匿东西、过食、异食、睡眠障碍等行为异常；可伴明显的人格改变。

9.2.7 神经心理评估、血液、脑脊液、脑影像、生物标记物及基因检测等辅助检查供参考。

除外其他疾病或情况下，满足第 1 条至第 3 条兼第 4 至第 6 条的任 1 条，可临床确诊；其它情况可参考相关辅助检查，综合考虑确诊<sup>[4]</sup>。

## 9.3 蒙医分型诊断要点

9.3.1 巴达干偏盛型：神情呆滞，反应迟钝，沉默寡言，四肢欠温，脉象弱、迟、沉，舌质厚、苔白、黏软，尿色和味淡、少气、泡沫黏连。

9.3.2 赫依偏盛型：失眠多梦，心神不安，脉象空、芤，舌苔干燥面

红，尿清、泡沫大。

9.3.3 肾亏型：萎靡不振，面色苍白，体乏无力，腰酸腿软，脉象迟、沉，舌苔薄、色浅，尿清、味淡。

9.3.4 攻心型：心悸，烦躁，多疑，惊恐，脉象细、浮，舌红、燥，尿清、泡沫大。

## 9.4 鉴别诊断

9.4.1 行为变异型额颞叶痴呆（behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD）bvFTD 以人格和行为改变为主要临床特征，可以表现为脱抑制、冷漠、刻板行为、饮食偏好改变等。MRI、PET 检查可见额、颞叶不对称萎缩和葡萄糖代谢低下。

9.4.2 路易体痴呆（dementia with Lewy body, DLB）表现为波动性认知障碍、帕金森综合征和反复出现的视幻觉。在认知水平相当的情况下，DLB 患者较 AD 患者功能损害更严重，运动及神经精神障碍更严重。

9.4.3 血管性痴呆（vascular dementia, VaD）有卒中史，认知障碍呈阶梯式进展，波动病程，以执行功能受损显著，伴有局灶性神经系统受损的症状体征，影像学检查可见脑梗死灶或出血灶。

## 10.蒙医药治疗

### 10.1 治疗原则

清浊升华、通脉、开启感能之窍、改善气血运行原则辨证选用蒙药制剂同时配合蒙医外治疗法<sup>[1]</sup>，辨证分型治疗。

### 10.2 内治药物推荐<sup>[9-11]</sup>

### 10.2.1 主剂:

推荐选择服用的主剂有通拉嘎五味、那仁满都拉、额尔敦乌日勒（珍宝丸）、嘎如迪十三味等。

10.2.2 辅剂：黑冰片十味、健胃十味、阿拉坦五味、嘎日西散（胶囊）、斯日西散（胶囊）、草果四味、槟榔七味、红花十三味、乌兰十三味、广枣七味、沉香八味、檀香三味汤等。女性患者可选吉祥安坤丸、暖宫七味丸等。

10.2.3 辨证用剂：石榴四味、光明盐四味汤、消积洁白丸、六味安消散、沉香安神散、肉豆蔻五味、石榴十四味、槟榔十三味、手参三十七味、苏格木勒三味汤、大黄三味汤、四味滋补汤

10.3 外治法推荐<sup>[12-13]</sup>：蒙医哈塔格乎（针刺）、蒙医托格呢乎（灸疗）及伊力朱努乎拉乎（推拿）、蒙医油疗及额木图阿尔善（药浴）等疗法。

## 11.蒙医辨证分型治疗

### 11.1 巴达干偏盛型

#### 11.1.1 内治法

早：通拉嘎五味或黑冰片十味或嘎日西散（胶囊）3g，饭后半小时温开水服用。

午：红花十三味取 1.5g-2g 用草果四味汤 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。女性患者可选用暖宫七味丸 1.5g-2g 用乌兰十三味汤散 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。

晚：额尔敦乌日勒（珍宝丸）1.5g-3g 饭后半小时温开水服用。选用嘎如迪十三味时谨慎给药剂量，单次给药剂量 1-2g，并且首剂从

1g 开始逐日加量，每次加量 0.2g，如服用后感觉舌部有麻木感停止加量，维持加量前的剂量。

辨证用药：伴消化不良严重者，早晨的药可选石榴四味，服用剂量与方法同上。在摄入过多不易消化食物时随即服用光明盐四味汤 3g 水煎后服用或消积洁白丸 3g 温开水送服。

#### 11.1.2 外治法

外治可取顶会穴、顶会旁穴（前、后、左、右四穴）、巴达干穴、胃穴、火衰穴等酌情选用蒙医哈塔格乎（针刺）、蒙医托格呢乎（灸疗）、伊力朱努乎拉乎（推拿）及额木图阿尔善（药浴）等疗法。具体操作技术遵照规范性附录 B1-4 的规定。

### 11.2 赫依偏盛型

#### 11.2.1 内治法

早：六味安消散或金诃子五味或斯日西散（胶囊）3g，饭后半小时温开水服用。

午：沉香八味取 1.5g-2g 用草果四味汤 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。女性患者可选用吉祥安坤丸 1.5g-2g 用乌兰十三味汤散 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。

晚：额尔敦乌日勒（珍宝丸）1.5g-3g 饭后半小时温开水服用。选用嘎如迪十三味丸时谨慎给药剂量，单次给药剂量 1-2g，并且首剂从 1g 开始逐日加量，每次加量 0.2g，如服用后感觉舌部有麻木感停止加量，维持加量前的剂量。

辨证用药：伴睡眠障碍者，晚睡前加服沉香安神散或肉豆蔻五味或苏格木勒三味汤或槟榔十三味取 3g 等用羊骨（肉）汤或四味滋补汤送服。

#### 11.2.2 外治法

外治可取顶会穴、顶会旁穴（前、后、左、右四穴）、安神穴、赫依穴、命脉穴等酌情选用蒙医哈塔格乎（针刺）、蒙医托格呢乎（灸疗）、伊力朱努乎拉乎（推拿）、蒙医油疗及额木图阿尔善（药浴）等疗法。具体操作技术遵照规范性附录 B1-4 及 C 的规定。

### 11.3 肾亏型

#### 11.3.1 内治法

早：通拉嘎五味或那仁满都拉 3g，饭后半小时温开水服用。

午：红花十三味取 1.5g-2g 用草果四味汤 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。女性患者可选用暖宫七味丸代替红花十三味。

晚：额尔敦乌日勒（珍宝丸）1.5g-2g 用槟榔-7 散 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。选用嘎如迪十三味时谨慎给药剂量，单次给药剂量 1-2g，并且首剂从 1g 开始逐日加量，每次加量 0.2g，如服用后感觉舌部有麻木感停止加量，维持加量前的剂量。

辨证用药：消瘦、体弱者，晚睡前加服手参三十七味取 3g 用四味滋补汤或红糖水送服。

#### 11.3.2 外治法

外治可取顶会穴、顶会旁穴（前、后、左、右四穴）、肾穴、脏腑总穴等酌情选用蒙医哈塔格乎（针刺）、蒙医托格呢乎（灸疗）、伊力朱努乎拉乎（推拿）及额木图阿尔善（药浴）等疗法。具体操作技术遵照规范性附录 B1-4 的规定。

### 11.4 攻心型

#### 11.4.1 内治法

早：斯日西散（胶囊）或黑冰片十味或健胃十味取 3g，饭后半小时温开水服用。

午：广枣七味或沉香八味取 1.5g-2g 用檀香三味汤 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。女性患者可选用暖宫七味丸。

晚：额尔敦乌日勒（珍宝丸）1.5g-2g 用槟榔七味散 1.5g-2g 水煎饭后半小时引服。选用嘎如迪十三味时谨慎给药剂量，单次给药剂量 1-2g，并且首剂从 1g 开始逐日加量，每次加量 0.2g，如服用后感觉舌部有麻木感停止加量，维持加量前的剂量。

辨证用药：伴消化不良者，可加服石榴十四味或消积洁白丸 3g 温开水送服。伴便秘者，可加服六味安消散或大黄三味散 3g 温开水送服。

#### 11.4.2 外治法

外治可取顶会穴、顶会旁穴（前、后、左、右四穴）、命脉穴、心穴等酌情选用蒙医哈塔格乎（针刺）、蒙医托格呢乎（灸疗）、伊力朱努乎拉乎（推拿）及额木图阿尔善（药浴）等疗法。具体操作技术遵照规范性附录 B1-4 的规定。

## 12. 预防与调摄

### 12.1 日常照护

#### 12.1.1 个人卫生护理

洗漱：若患者无法独立刷牙，可用指套牙刷辅助；洗澡时用防滑凳、手持花洒，水温控制在 37-40℃，避免空腹或饱腹时洗澡。

穿衣：选择宽松、易穿脱的衣物，鼓励患者自己完成部分动作。

如厕：固定如厕时间，若患者尿失禁，可使用成人透气款纸尿裤，但需定时更换，男性患者可备便携式尿壶。

#### 12.1.2 移动与体位护理

行走：步态不稳者需搀扶或使用助行器，避免单独上下楼梯。

卧床患者：每 2 小时翻身 1 次（用“翻身枕”辅助保持体位），骨突处（如骶尾、足跟）垫软枕（防压疮），每日用温水擦拭皮肤（保持干燥）。

## 12.2 认知与行为干预

### 12.2.1 认知训练

轻度阶段（记忆减退但生活基本自理）：进行记忆训练、计算练习、语言游戏；利用“环境提示”强化记忆，墙上挂家庭合照并标注姓名等。

中重度阶段（认知严重受损）：简化训练内容，以“感官刺激”为主，触摸不同质地的物品，闻食物香气等；避免复杂指令，用“动作示范”代替语言要求。

### 12.2.2 异常行为管理

躁动/攻击行为：先排查诱因，若因“错觉”引发，可轻声说“我是 XXX，来帮你”，同时递上患者熟悉的物品转移注意力，避免大声呵斥或强行约束。

重复提问：耐心回应，或用便签写下答案贴在显眼处。

夜间游走：睡前 1 小时避免兴奋活动，若患者起身游走，可陪同散步片刻再引导回床，避免强行抱回，必要时在床边设置软围栏。

## 12.3 营养与饮食护理

AD 患者常因食欲下降、吞咽困难、味觉减退等出现营养问题，需制定个性化饮食方案。

### 12.3.1 饮食原则

保证“三高两低”：高优质蛋白（鱼、蛋、奶、豆制品）、高膳食纤维（芹菜、燕麦、苹果）、高抗氧化食物（蓝莓、西兰花、坚果）；低钠（每日<5g 盐）、低反式脂肪（少吃油炸食品、植脂末）。

增加餐次：若患者食量小，可在三餐间加 2 次加餐（如酸奶、香蕉、营养米糊），避免空腹导致低血糖。

### 12.3.2 应对吞咽困难

食物形态调整：轻度吞咽困难者吃软饭，中重度者用粉碎机将食物打成泥，避免干硬、带刺、黏性大的食物。

进食姿势：让患者坐直（身体前倾 15°），每口食物量不超过 1 汤匙，吞咽后再喂下一口，进食后保持坐位 30 分钟，防止反流误吸。

## 12.4 情绪与心理支持

AD 患者的焦虑、抑郁、易怒等情绪多与“认知混乱、需求无法表达”相关，需通过沟通和环境调整缓解。

### 12.4.1 沟通技巧

用“肯定句”代替“否定句”，多使用非语言沟通，让患者感受到安全感，当患者诉说“虚构内容”，不纠正“错误”。

### 12.4.2 情绪安抚方法

建立“安全角”：在卧室或客厅布置患者熟悉的物品，当患者烦躁时引导至此处静坐。

开展“怀旧疗法”：通过播放患者年代的歌曲、看老电影片段、聊过去的工作/生活经历，唤起积极回忆，改善情绪。

## 12.5 并发症预防与监测

### 12.5.1 常见并发症预防

感染：定期开窗通风，流感季节接种流感疫苗，保持口腔清洁，避免接触感冒患者。

跌倒：除环境改造外，定期检查患者鞋子，避免穿拖鞋行走，外出时穿反光背心。

压疮：卧床患者保持床单平整干燥，骨突处涂抹润肤露，若出现皮肤发红，用气垫床缓解压力。

### 12.5.2 健康监测

每日测量体温、血压，尤其合并高血压者，每周监测体重，若1周内体重下降 $>2\text{kg}$ ，需排查是否有吞咽困难或消化问题。

记录异常症状：如突然嗜睡、发热、尿量减少、肢体肿胀等，及时就医。

## 12.6 照护者支持

### 12.6.1 照护者自我关怀

合理分工：与家人轮流照护，每周给自己留1-2次“休息时间”。

学习放松技巧：通过冥想、深呼吸、听音乐等缓解压力，避免因患者的异常行为产生自责或愤怒。

### 12.6.2 利用外部资源

联系社区服务：专业护工上门替代照护几小时，或通过日间照料中心。

加入互助团体：可通过医院社工部或公益组织获取信息，与其他

AD 患者家属交流经验，减少孤独感。

### 13.疗效评估

#### 13.1 蒙医症候评估

参照《蒙医病证诊断疗效标准》动态观察蒙医症候变化进行评估<sup>[8]</sup>，如下：

13.1.1 临床控制：临床症状显著改善；

13.1.2 有效：临床症状得到控制；

13.1.3 无效：临床症状无明显变化；

13.1.4 恶化：临床症状进行性加重。

#### 13.2 神经量表评估

根据不同预期可选用不同量表，常用阿尔茨海默病评估量表-认知部分 (ADAS-cog)、阿尔茨海默病协作研究日常能力量表 (ADCS-ADL)、社会功能问卷(FAQ)、简易精神状态检查(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、临床痴呆评定量表(clinical dementia rating scale, CDR)等等<sup>[7]</sup>。

## 规范性附录 A

《修订版阿尔茨海默病诊断与分期标准》(阿尔茨海默病协会工作组, 2024 年)

### 1.AD 诊断标准

要从生物学角度诊断阿尔茨海默病, 须符合生物学核心 1 标记物的中一个或者多个阳性时可确诊 AD。生物学核心 1 标记物包括以下 6 个指标, 分别为:

1.1 分子影像中的 A $\beta$  PET。

1.2 血浆中的 p-tau217 和 p-tau217/np-tau217。

1.3 脑脊液中的 p-tau181/A $\beta$  42、t-tau/A $\beta$  42 和 A $\beta$  42/A $\beta$  40。

### 2.AD 临床症状分期

根据患者认知障碍临床症状的严重程度, 从无到有, 从轻到重将 AD 划分为 0 期至 6 期共 7 个症状分期, 其中 0-2 期属临床前期, 3 期属痴呆前期, 4-6 期属痴呆期。

0 期: 无临床症状, 无核心标记物, 有致病基因, 临床痴呆分级量表 (CDR) 0 分。

1 期: 无临床症状, 但存在定性诊断 AD 的核心 1 生物标记物阳性, CDR 0 分。

2 期: 有主观认知下降 (Subjective Cognitive Decline, SCD), 认知正常, CDR 0 分。

3 期: 客观检查认知受损, 患者出现轻度认知障碍 (Mild Cognitive Impairment, MCI), 基本日常生活能力不受影响, 功能低效但独立, CDR 0.5 分。

4 期：认知受损进展，出现时间定向障碍，日常生活能力轻微受损，CDR 1 分。

5 期：认知受损持续进展，出现空间定向障碍，日常生活能力中度受损，CDR 2 分。

6 期：认知受损持续进展，出现人物定向障碍，日常生活能力严重受损，CDR 3 分。

### 3. AD 生物标记物分期

根据 AD 的核心标记物改变，用大写的英文字母 A、B、C 和 D 依次分别代表疾病的初始期、早期、中期和晚期。

初始期（A 期）：A $\beta$  PET 阳性、tau PET 阴性则为 PET 分期的 AD 病理改变，简称 Pa 阶段。血液中 A $\beta$ 42/A $\beta$ 40 和磷酸化 tau181 同时都阳性等同于脑脊液中 A $\beta$ 42/A $\beta$ 40 阳性，均为体液分期的 AD 病理改变，简称 Fa 阶段。

早期（B 期）：在初始期的基础上 tau PET 可见内侧颞叶局限性阳性，PET 分期的早期 AD，简称 AD Pb 阶段。

中期（C 期）：在早期的基础上 tau PET 可见新皮层部分阳性，PET 分期的中期 AD，简称 AD Pc 阶段。

晚期（D 期）：在中期的基础上 tau PET 可见新皮层广泛阳性，PET 分期的晚期 AD，简称 AD Pd 阶段。

### 4. 症状与标记物结合的 AD 综合诊断

由临床症状和生物标记物分期两部分组合而成，即结合临床症状与生物标记物分期的综合诊断。比如，1A，就是临床症状分期为 1

期，生物标记物分期为 A 期。这种显示格式旨在传达 AD 的生物标记物分期和临床症状严重程度相关的概念。单纯 AD 理想情况下，典型的预期进展轨迹是从 1A 到 2B、3C、4-6D，临床症状随着生物标记物分期逐渐加重，从无到有，从轻到重的进展过程。

## 规范性附录 B

《蒙医医疗技术操作规范（T/CMAM M10-M20—2019）》

### B1 蒙医哈塔格乎（针刺）技术

#### 一、常用器具及基本操作方法

##### (一)常用器具

无菌金针或银针(含金、银量 85%、直径 1mm、长度 40cm)或一次性无菌针灸针、爱尔碘、75%乙醇、无菌棉签、无菌手套、无菌钳子、弯盘、医用氧气、一次性床单等。

针灸室应安装换气扇，需干净、安静、阳光照射充足、温度适当，患者坐卧用床椅整齐，紫外线灯照射消毒日 1 次、1 次 30min。

##### (二)基本操作方法

#### 1.哈塔格乎术前准备:

除了诊断应做的检验、检查外，常规检查血常规、血糖及心电图；施术前应测量患者体温、血压、脉搏、呼吸。告知患者术中及术后可能出现的不良反应，并做好医患沟通记录，签订知情同意书。

2.器械消毒及准备：准备一次性无菌针灸针，高温高压专用消毒柜消毒止血钳、镊子、消毒盘等器械。

3.体位及消毒:根据针刺部位,选择适宜的体位。且让患者感到舒适、肌肉保持放松,能持久留针为宜(如仰卧位、俯卧位、侧卧位、后仰坐位、前俯坐位等),充分暴露针刺部位,以便于操作。施术医生在开始治疗前用肥皂水清洗或用75%的酒精棉签擦拭或用医用手消擦拭消手,应做到一人一消。用75%的酒精棉或爱尔碘由内向外环形擦拭消毒穴位,一穴一消。

4.针刺方法及手法:术者左手拇指或示指按压穴位,右手持针,紧靠左手指甲缘,快速将针刺入皮肤或左手持两支爱尔碘棉签夹持针灸针,右手拇、示指用力将针快速刺入皮肤,然后右手缓慢将针推入穴位深处或边捻转针柄边将针刺入穴位深处。

针刺方法有直刺、横刺、斜刺、平刺、十字形刺、穿透刺、避开脏腑刺、避开外生殖器和要害部位刺等。针刺手法有单手针刺,双手针刺,管针针刺等多种针刺手法。

(1)直刺法:针身与皮肤呈 $90^{\circ}$ 的直角,针尖垂直而下,适用于肌肉丰满部位的穴位和脊椎关节、下腹部等处。

(2)横刺法:针身与皮肤呈 $15^{\circ}$ 角,针横向刺入。适用于肌肉层较薄部位的穴位及肝、脾、肾等重要脏腑的穴位。

(3)斜刺法:针身与皮肤呈 $45^{\circ}$ 角倾斜刺入。适用于肌肉层较薄处、内有重要脏腑或不宜直刺、深刺穴位。

(4)十字刺法:针身与皮肤成 $90^{\circ}$ 的直角直刺下去穿透皮肤之后,针尖向后四方旋动,适用于肌肉层较厚部位穴位、胃痞块及脓液等。

(5)透刺法:针尖刺入后,由一穴位向另一穴位穿透,适用于头面

部及肢体远端穴位。

4.针感:针刺入一定深度时,局部出现酸、麻、胀、痛、重感,亦可向一定方向传导,此谓正常针感。

5.留针:根据病情及患者的体质一般留针 25min,每隔 5min 给予 1 次捻转,提插刺激 1 次或接电针治疗仪。

6.起针:左手持消毒干棉签按压穴位,右手拇示指将针柄轻轻向上提或捻转上提将针取出,同时左手用棉签轻轻按压穴位即可。

日 1 次,10 次为 1 个疗程。

7.哈塔格手术后处理:取针后如针眼红肿可冷敷,如针眼出血用消毒棉签压迫止血。观察患者的体温、呼吸、血压、脉搏等基本情况,如正常,告知患者注意事项,稍事休息后离去。做好治疗记录,处理术中使用的器具及一次性耗材等。

8.哈塔格手术后护理:起居方面,术后 3 天避免洗澡、风吹、

淋雨、游泳、浸水等;避免激烈运动,日晒火烤,防止大量出汗。

饮食方面针毕后忌葱、姜、蒜、茶、烟、酒等刺激性食物及不易消化或生冷饮食。

## 二、禁忌症

1.肝痞、脾痞渗漏引起的热性水肿、热痞扩散等症为主的疾病。

2.急性心、肺功能不全者。

3.过饥过饱时、酒后、过于惧针者慎用。

4.孕妇及经期。

5.严重传染性皮肤病、血压过高者、出血性疾病。

6.金属过敏者，要害部位及婴儿囟门闭合前禁用。

### 三、注意事项

1.施术前，应做好解释沟通工作，消除心理负担，避免术中出现异常现象。

2.针具必须用高温高压灭菌消毒或使用具检验合格的一次性针灸针，穴位用爱尔碘或75%酒精消毒，防止感染。

3.进针或行针时避免刺伤要害部位，如脏腑、肌腱或血管、神经干处。

4.体质虚弱的患者，刺激不宜过强，并尽量采用卧位。

5.皮肤有感染、溃疡、瘢痕部位，不宜针刺。

6.眼区、项部、胸背部、肋部等部位穴位，应掌握好针刺的角度、方向和深度。

7.治疗过程当中密切观察患者面部表情，询问患者有无不适。如有出现头晕、恶心、面色苍白、发汗等症状应立刻起针，让患者平卧，饮温水或红糖水，观察生命体征。

8.起针时核对针数，以免把针留在患者体内。起针时用干棉签按压数秒，防止出血及皮下血肿发生。

### 四、施术后可能出现的异常情况及处理措施

1.晕针:在治疗过程中，患者出现晕针现象，应立刻起针，让患者平卧，头底脚高，饮温水或糖水，观察生命体征和血糖，一般短暂休息后可缓解，严重者给予急救措施。

2.滞针:起针时，如出现针下涩滞，捻转、提插均困难，首先让患

者全身放松，消除恐惧心理，稍延长留针时间，然后向上提针或捻转出针。若由体位改变所致，让患者恢复原来体位，将针缓慢取出;若向单一方向捻针所致，应反方向捻针或左右方向捻针取出。仍无法取出时，可在滞针穴位附近做循按手法后再拔针;仍无法取出时，可用镊子夹持 95%酒精棉球点燃加热针柄后拔针，或在该针附近再刺一针后拔针。

3.断针:如果进针过程中发现断针，残端仍显露于体外或断端与皮肤持平，嘱患者保持原体位，向下按压皮肤，可用镊子将针取出。如断端深陷皮下，要先观察针体位置，必要时在 X 光引导下确定位置，手术取出残端。

4.皮下血肿:刺破微细血管导致皮下血肿、瘀斑时，通常可自行消除，如红肿严重，应先压迫止血后，再给予冰敷 5min。

## **B2 蒙医托格呢乎（灸疗）技术**

### 一、常用器具及基本操作方法

#### (一)常用器具

白山蓊卷、小白蒿炷模、白山蓊炷模、火柴、鲜姜、蒜、盐粉、刀片、无菌纱布、胶布、促醒类药物、氧气等。

灸疗室应安装换气扇，安静、整洁、阳光照射充足、温度适当，患者坐卧用床椅整齐，紫外线灯照射消毒日 1 次、1 次 30min。

#### (二)基本操作方法

1.蒙医托格呢乎术前准备:除了诊断应做的检验、检查外，常规检

查血常规、血糖及心电图;测量患者呼吸、脉搏、体温、血压;告知患者术中及术后可能出现的不良反应,签订知情同意书。

2.施术方法:备齐物品,携至床旁,打开换气扇。根据施灸穴位选择体位,灸腹侧穴位时可选仰卧位,灸背侧穴位时可选俯卧位,灸侧面穴位时可选侧卧位,灸头面部、前颈部、胸部、肩部、前臂、膝部、小腿及踝关节等处穴位时可采用仰卧位、半仰卧位或坐位,灸头、颈后部、肩背部穴位时可选择坐位或半俯卧位。

### 3.选择托格呢乎方法:

直接灸法:把灸炷放在皮肤上施灸,施灸程度根据病情而定,可行疤痕灸或无痕灸,现多用无痕灸,一般灸2炷即可。

#### 间接灸法:

(1)隔姜灸:将鲜姜切成薄片,用针穿出数孔后放在穴位上,把艾柱放在姜片上施灸。病人有热感或灸炷烧完时更换新灸炷,1次灸2炷,灸到皮肤红晕为止。

(2)隔蒜灸:把蒜切成薄片垫于灸炷下施灸,灸法同隔姜灸。

(3)隔盐灸:把盐研成细末后塞满脐窝,再放姜片,把艾柱放在姜片上施灸。

(4)卷炷灸:将灸炷卷成细长条,点燃一头置于距皮肤约1寸处施灸,感觉烧痛为止。

### 4.托格呢乎程度:

(1)深灸法:将灸炷置于选定的穴位上,连灸20壮以上。此法主要用于,疔痛、痞瘤等疑难病症,多会留疤。

(2)烧灸法:灸 15 壮，此法主要用于灰色巴达干病、协日乌素病、赫依性心脏病等，多会留疤。

(3)烤灸法:灸 5 壮，此法主要用于赫依病、粘虫病、脉病、尿闭、水肿等，多会留疤。

(4)微灸法:小灸 1 壮，病人感觉惊痛时移去。此法主要用于幼儿。日 1 次或隔日 1 次，7 次为 1 个疗程。

5.托格呢手术后处理:施灸结束后，挪开灸炷，如灸痕无明显的皮损或水泡时，无需特殊处理，灸痕流少量协日乌素可视为正常现象;如灸痕有明显的皮损需敷薄层(2 层)消毒纱布贴敷，与衣服隔开，以免摩擦或污染;如有较大的水泡需用一次性无菌注射器枕头刺破水泡引出协日乌素，再敷薄层(2 层)消毒纱布贴敷。观察患者体温、呼吸、血压、脉搏等基本情况，如正常，告知患者注意事项，让患者休息 5min 后离去。做好治疗记录，处理术中使用的器具及一次性耗材等。

6.托格呢手术后护理:起居方面，术后 3 天避免洗澡、淋雨、风吹、游泳、浸水等;避免激烈运动，日晒火烤，防止大量出汗。饮食方面，灸毕可给予温牛奶，忌葱，蒜，姜等刺激性食物及不易

消化或生冷饮食 3 天。

## 二、禁忌症

1.希拉性热病禁忌灸疗。

2.心功能不全，体弱者。

3.过饱时禁灸腹部穴位及孕妇禁灸赫依穴。

4.五官之门、男女生育脉道(续种脉、阴毛上际的动脉)等部位禁

灸。

### 三、注意事项

1.施术前，应做好解释沟通工作，消除心理负担，避免术中出现异常现象。

2.体弱者施灸时可能出现晕厥等现象，故对于体弱者施灸时应特别注意施灸程度。

3.饥饿或过饱时要谨慎施灸。

4.应根据病情轻重及患者体力状况制定施灸强度，病重而巴达干赫依偏盛时可多灸几柱。

5.施灸后注意防止污染灸痕。

6.注意灸火蔓延烧伤其他部位及烧着衣物等。

7.灸毕，嘱患者来回走动片刻再休息。

### 四、施术后可能出现的异常情况及处理措施

1.发热:灸疗后患者出现发热应给予噶布日-25 或者四味姜汤降体温。

2.红肿:灸疗后发生红肿应给予依赫汤-25,清血八味散。在伤口上外用蛋黄及烧伤药物可加快愈合。

3.晕厥:多由于过度恐惧紧张所致。应立即去枕平卧，饮糖水或温牛奶，上述处理无效者，监测生命体征，必要时可给予吸氧或实施其它对症抢救措施。

## B3 蒙医伊力朱努乎拉乎（推拿）技术

### 一、常用器具及基本操作方法

#### (一)常用器具

治疗床、疗巾、白酒、酥油、植物油医用氧气等必备用品。

治疗室应干净、整洁、阳光照射充足、温度适当，病人坐卧用的床椅整齐，紫外线灯照射消毒日1次、1次30min。

#### (二)基本操作方法

1.伊力朱努乎拉乎术前准备:除了诊断应做的检验、检查外，术前应常规检查血常规、血糖及心电图，测量患者呼吸、脉搏、体温、血压，告知患者术中及术后可能出现的不良反应,签订知情同意书。

2.体位:备齐物品，携至床旁，根据涂擦推拿部位选择体位，治疗头面部、颈前部、胸部、肩部、前臂、膝部、小腿及踝关节等处时可采用仰卧位、半仰卧位或坐位;涂擦推拿头、颈后部，肩背部时可选择坐位或俯卧位;治疗腰、臀、大腿后侧、腘窝、小腿后侧、足底时可选俯卧位;治疗肩背、上臂、腰骶、大腿、小腿、踝关节外侧时还可选侧卧位。

#### 3.治疗手法:

(1)涂擦法:选择所需酥油、动物油、植物油、药物及其它相关物质。根据病情，选定施术部位，进行消毒后涂擦药物(或酥油)。涂擦完毕后，令患者在温暖舒适的环境休息。此法有燥协日乌素、消肿化痰、镇赫依的作用，对皮肤病、浮肿、创伤、脱毛等协日乌素病症及各种赫依性疾病疗效显著。

(2)擦法:术者伸直腕关节,手掌紧贴患者体表特定部位,以前臂带动手掌,向前后或上下方向反复摩擦的一种手法。此法具有改善局部赫依血运行、消肿止痛、增强脾胃等脏腑功能的作用。多用于胸腹部、腰背部和四肢疾病。

(3)涂摩法:先在体表特定部位涂擦酥油、动物油、植物油、药物后进行按揉或按摩的一种手法。此法有强壮身体,改进各器官功能,镇赫依等作用。主要用于皮肤干燥粗糙、经血不足、失血过多、体力虚衰、年老衰弱、思虑过度、愁苦不欢、长期失眠、劳累过度等赫依性疾病。

(4)摩法:摩法分掌摩和指摩两种。掌摩法是将手掌紧贴于患者体表相应部位,以腕关节活动为主,以前臂环行摩擦的手法。指摩法是将示指、中指、无名指腹紧贴于患者体表特定部位,以腕关节活动为主,手掌和指同时进行有节律的环行擦摩的手法。具有行气活血、改善调火赫依及下清赫依之功效。多用于胸闷、剑突部胀满、不消化、胃肠痛等病的推拿治疗。

(5)喷酒按摩法;由喷酒与按摩两个步骤组成。喷酒是为了湿润皮肤,便于按摩时滑动,和减轻按摩的痛感。具体操作方法是按摩师口含适量加温的白酒,把酒随口喷洒于所选部位施以按摩的手法。按摩手法有按揉和按擦两种。按揉是按法与揉法相结合,从上而下进行的推拿手法。按擦是按法与擦法相结合,将手掌紧贴于患者体表进行按擦的手法。此法具有消肿止痛、润化皮肤、改善赫依血运行、调理体表的作用。多用于头痛、颈项僵硬、肩背疼痛及手臂麻木、全身皮

肤瘙痒、骨关节酸痛及腰腿痛、局布麻木、骨折、关节脱位、软组织损伤、骨质增生、胃痛、腹胀、消化不良、便秘、失眠、食欲不振、白脉病等。

(6)按法:有指按法和掌按法两种。用拇指指腹按压患者体表叫指按法;用两手掌重叠按压患者体表叫掌按法。此法具有改善赫依血运行、止痛等作用。多用于治疗头痛、胃痛、四肢麻木等疾病。在临床上将按法常与揉法、摩法配合使用,即按揉法、按摩法。按法适用于身体各部及特定穴位。

(7)揉法:分为手掌揉法与手指揉法两种。手掌揉法是将手掌根部或手掌桡侧面固定于患者体表特定穴位上,放松腕关节,以肘部为支点,由前臂带动腕关节之摆动所产生的一种轻柔的推拿手法。手指揉法是将手指腹固定于患者体表之特定穴位上,放松腕关节,以肘部为支点,由前臂带动腕关节及掌、指之摆动所产生的一种轻柔推拿手法。具有消化通便、散协日乌素、消肿、止痛等作用。常用于消化不良、便秘、腹泻、腹胀等消化系统疾病及肿、痛等软组织的损伤。

(8)掐捏法:由术者的拇示指配合掐或捏人体特定部位的皮肤掐捏至充血发紫的手法。具有改善气血运行,调理体素,引病邪之毒除外,提高抗病能力等作用。多用于前额部、颈部、腰背部、胸部等部位。

(9)捏法:用拇指和示指、中指以相反之力捏挤患者体表特定部位的一种手法。多用于头、颈、腰及四肢等部位。具有舒筋散结、改善赫依血运行之作用。

(10)滚法:是由第五掌指关节背侧吸附于治疗部位,以腕关节伸屈

动作与前臂旋转动作相结合，小鱼际与手背在治疗部位持续不断的来回滚动的一种手法。做该手法时，术者应尽量放松肩关节，使肩关节略前屈外展，肘关节屈曲约  $130^{\circ}$ ，腕关节伸屈幅度控制在  $120^{\circ}$ ，屈约  $80^{\circ}$ ，伸约  $40^{\circ}$ 。具有舒筋活血、放松肌肉、滑利关节活动润滑、燥协日乌素、改善赫依血循环等作用。滚动手法之按压力大而触及面相对较宽。多用于肩部、腰臂部、四肢等肌肉丰厚部位的推拿治疗。对风湿、白脉病、偏瘫、肢体麻木等疾病，常用本法进行治疗。

(11)推法:推法是将手指、掌或肘部紧贴于在患者体表之特定部位，向一定的方向进行推摩的手法。本法分为指推法、掌推法及肘推法。施行推法时，将手指、掌、肘部紧贴于患者体表，应注意动作要稳定而有节律。具有改善肌肉收缩、舒展运动和改善赫依血循环、燥协日乌素、消肿止痛等作用，可用于身体各部位。

(12)搓法:两手掌面挟住患者身体某一特定部位，相对用力，做方向相反的来回快速搓揉。操作此法时两手用力均衡，搓动快速，上下移动缓慢。

(13)抖法:用两手握住患者的上肢或下肢远端，用适当的力量向外牵拉的同时，向上下波浪形地连续性抖动。施行本手法要求抖动范围要小，频率要高。抖法可用于四肢，而多用于上肢。在临床上常把抖法与搓法相互配合应用。

(14)振法:即用手指或手掌按住患者体表之特定部位或穴位，将前臂及掌、指以较高的频率熟练地振动，给以颤动刺激的手法，称之为振动法。用手指触及振动，叫指振法。有指振法与掌振法两种。用手

掌触及振动，叫掌振法。具有止痛、提神、改善脏腑功能之作用。用本法施术时，把手力集中在手指或手掌上，要求频率要高，用力要大。本法可以单手操作，也有两手重叠操作者。多用于身体各部及特定穴位。

(15)点法:用拇指尖触压患者体表给予一定压力的一种手法。本法之作用及临床应用情况，近似于指按法。本法与指按法的区别在于作用面积小，刺激程度大。施术时视患者具体情况，应适当用力。

(16)踩法:用脚踩压患者体表的特定部位及穴位，进行推拿治疗的方法。本法所及面积和压力都大，可用于胸腰椎关节病。

(17)拿法:用拇指和其他四指相反之力挤拿患者体表特定部位之手法。具有舒筋散结、放松肌肉之作用。操作时，要调整好手力，捏起放下，再捏起可重复多次，动作要轻柔连贯。本法常与其他手法配合施用。拿法多适用于颈部、肩部及四肢等部位。

(18)捻法:用拇指和示指捻患者的手指或足趾的一种手法。具有使指、趾关节润滑、改善局部血液循环之作用。操作时动作要灵活而迅速。多适用手指及足趾的推拿。

(19)掌拍法:五指并拢，掌指关节略屈，掌心稍凹，有节奏地拍打患者体表的一种手法。本法多适用于肩背、腰及下肢等部位。具有改善血液循环、放松肌肉、燥热日乌素等作用。

(20)击法:用拳头或手掌侧面击打患者体表的一种手法。可分掌根击法、拳击法、掌尺侧击法。将手指和腕关节适当伸直，用掌根部击打患者体表之手法，称为掌根击法。松握拳头，伸直腕关节，用拳头

的前、背面及侧面(尺侧)击打患者的体表之手法，称为拳击法。手指伸直，腕关节略屈，用掌尺侧面击打患者体表之手法，称为掌尺侧击法。本法具有舒筋散结，改善赫依血运行作用颇佳。拳击法多用于头顶部、腰背、四肢;掌根击法掌尺侧击法多用于手背、肩、四肢。

(21)叩法:是用单指或数指叩击患者体表的一种手法。具有改善赫依血运行、调理器官功能之作用。叩击法常用于头面部及胸部。施术时，应像雨滴般叩击并保持连贯性。多用于头痛、头晕等病的治疗。

(22)摇法:施术者被动地将患者各关节按一定方向摇动的一种手法。具有润滑关节、改善关节活动的作用，配合其他推拿手法作用更佳。多用于颈、肩、髋、踝尖节的摇动。颈项部的摇动:用一手握托住患者的后脑部，另一手握托下颌部，向左右旋转摇动。肩关节的摇动:一手固定在患者肩关节上，另一手握住肘部或腕部旋转摇动。髋关节的摇动:令患者仰卧，屈曲髋、膝关节、术者用两手分别握住胫踝部和膝部，将髋关节旋转摇动。踝关节的摇动:用一手拿起患者胫部下端，另一手握住拇趾附近，将踝关节旋转摇动。施行摇动手法时，要求用力轻柔而稳妥，摇动的方向和范围只限于关节正常活动范围之内。

(23)扳法:两手向反方向用力，或向同一方向用力，扳动患者某一关节的一种手法。具有关节润滑及矫正关节紊乱等作用。本法多用于颈椎关节及胸、腰关节的推拿。颈椎的扳法:如同颈项摇法，两手向相反方向用力，将颈椎关节扳向左侧或右侧。也可用一手肘部挟住患者下颌部，另一手握住后脑部扳颈椎关节。施术时，令患者取坐位，

颈项略前屈，以选择适当角度。扳动之前，将颈项部相关肌肉韧带使之充分放松，操作要稳妥而柔和，用力不得粗暴。胸椎的扳法：令患者端坐，两手指在颈后交叉，术者用两手分别抓住患者两手肘部，一腿膝部顶住其胸椎部，使患者深吸气的瞬间向后扳拉。腰椎的扳法：腰椎之扳拨法有数种，其中卧位拨法是普遍使用的一种手法。令患者侧卧，用一手将患者的肩部向外按推的同时，用另一手肘部向内扳拨臀部。本法多与其他手法配合应用，常用于腰腿痛病。

(24)抱法：令患者站立，两手交叉放于颈部，术者站在患者身后，两手从腋下抱起患者进行抖动或摇动的一种手法。其作用与扳法相同。多用于胸椎疼痛，小关节紊乱。

(25)背法：术者紧贴患者背对背站立，用两手肘部挽住患者两肘背起患者进行抖动或摇动的一种手法。其作用与扳法相似。多用于腰骶部疼痛或小关节紊乱。

(26)牵拉法：助手协助固定患者的某一部位，术者牵拉与固定端相对应的另一端的一种手法。包括牵拉颈椎关节，牵拉肩关节，牵拉腕关节，牵拉指关节等多种手法。具有关节复位、顺筋、解痉等作用。多用于关节病及软组织损伤的治疗。

日1次、7次为1个疗程。可连续治疗2个疗程。

4.推拿术后处理：治疗结束后，嘱患者穿好衣服，观察患者体温、呼吸、血压、脉搏等基本情况，如正常，告知患者注意事项，稍事休息后可离去；记录治疗笔记；处理术中使用的器具及一次性耗材等。

5.推拿术后护理：起居方面，术后避免受凉、淋雨、游泳和剧烈运

动，风吹日晒，防止大量出汗。饮食方面，忌葱，蒜，姜等刺激性食物及不易消化或生冷饮食 3 天。

### 禁忌症

1.身体衰弱的患者不能以强刺激的手法进行推拿治疗。患者确诊之前，疼痛剧烈时不宜用推拿疗法。

2.各类传染病、溃疡性皮肤病、恶性肿瘤、癫狂、骨结核、性病等，均禁忌用本法施疗。

3.经期妇女及孕妇腹部、腰部忌用强刺激手法。

4.在过饱和饥饿状态下不能施行推拿疗法。

### 三、注意事项

1.施行推拿疗法时应保持好室内温度，以防受风着凉，并令患者取舒适的坐位或卧位。

2.施术前，术者应修剪指甲洗手消毒。应在患者施术部位喷洒或铺上干净的疗巾，避免施术中伤及患者皮肤。

3.根据患者体质及具体病情，选择适宜手法及施术程度。对体弱患者和老年人、小儿施术时，不宜用力过度。

4.施术时间要根据具体病情和恢复情况而定。

5.选定推拿疗法之特定穴位，亦以白脉分布为依据。一般参考针刺疗法与火灸疗法之穴位施术。

6.根据病情和患病部位选择适当的按摩手法时切记造成骨折或损伤脊髓、神经等。

### 四、施术后可能出现的异常情况处理措施

1. 红肿:如出现红肿可适当用消肿药物或可热敷。
2. 皮肤破损:如有皮肤破损应给予常规消毒, 以防感染。
3. 疼痛:如发生疼痛或疼痛加重昏迷立即进行抢救的同时, 做好相关检查, 确定其原因, 再进行治疗。

## **B4 蒙医额木图阿尔善（药浴）技术**

### 一、常用器具

五味甘露剂、药浴煎煮机、浴衣、拖鞋、毛巾、一次性浴盆套、一次性中单等。

药浴室应安装换气扇, 安静、整洁, 阳光照射充足, 温度适当, 药浴室及患者坐卧用床椅整齐;

每日用紫外线灯照射消毒 1 次, 每次 30 分钟。

### 二、基本操作方法

#### 1. 入浴前准备

除了诊断应做的检查、检验外, 常规检查血常规、血糖及心电图; 入浴前应检测患者呼吸、脉搏、体温、血压; 告知患者术中及术后可能出现的不良反应, 并做好医患沟通记录, 签订知情同意书。

#### 2. 物品消毒

浴盆用“84 消毒液”消毒, 浴衣、拖鞋（可用一次性的）用三氯泡腾片 500: 1（mL）的比例配置的消毒液浸泡 30 分钟。

#### 3. 配制“人工阿尔善”

煎煮五味甘露剂后, 倒入套有一次性浴盆套的阿尔善浴盆, 水量以成人坐入浴盆没过乳头为宜,

“热阿尔善”温度调至 38 ~ 42℃；“冷阿尔善”温度调至 22 ~ 25℃。

#### 3.2.4 入浴方法

浸泡“热阿尔善”可采取半坐半卧位，适应水温后可入浴，先浸泡双足，再淋头部或采用浸了

药水的毛巾轻轻裹住头；或头上可放浸了药水的毛巾，双肩露出水面或交替入水，头不入水。根据

病情、体质调整浸泡，一般浸泡 10 分钟后，出浴休息 1 分钟，再入浴浸泡。浸浴时间以 30 分钟为

宜，水温下降时，可放热气或加热，随时调水温。浸泡“冷阿尔善”时，先洗脸、洗足，适应水温

后进行冷水擦浴，先从上肢开始，然后擦胸、腹、背及下肢；逐渐适应水温后，先浸泡双足，淋头

部，再入浴进行全身浸泡。可做自我按摩，帮助皮下黑脉扩张和静脉回流，加速赫依血循环。按摩

可从末梢开始，到大肌群，再到全身。入浴时，可从 27℃温水开始浸泡，逐渐降低水温至 22℃；根据病情、体质可调整浸泡时间，以 20 分钟为宜，水温可随时调节。

#### 3.2.5 出浴

从“热阿尔善”出浴后，不推荐冲洗淋浴，穿好浴衣、拖鞋在温暖的房间里休息 5 分钟后，再更衣离去；从“冷阿尔善”出浴后，擦干身体，可结合适当的推拿摩擦手法结束治疗。穿好浴衣、拖鞋在温暖的

房间里休息 5 分钟后，再更衣离去。

每日 1 次，21 次为 1 个疗程。根据患者的体质、病情的轻重和耐受浸泡程度调整疗程。

#### 4.药浴后处理

出浴后可用面粉等物质涂擦全身，观察患者体温、呼吸、血压、脉搏等基本情况。如正常，则休息 5 分钟后更衣离开。向患者告知注意事项及禁忌，并做好治疗记录。治疗结束后，用“84”消毒液消毒浴盆、浴衣、拖鞋（可用一次性的），再用三氯泡腾片 500: 1（mL）比例配置好的消毒液浸泡 30 分钟。处理其他器具及一次性耗材。

#### 5.护理

起居方面，出浴后 3 天避免冷水洗澡、风吹、雨淋、游泳、日晒火烤、剧烈运动，防止大量出汗、脱水；饮食方面，忌葱、蒜、醋、酒、茶、烟等刺激性食物及不易消化或生冷饮食 3 日。

### 规范性附录 C：蒙医油疗技术

#### 一、常用器具

治疗盘、治疗碗、棉球、无菌纱布、镊子、治疗巾、油类、麦粉、医用氧气、一次性床单、一次性无菌手套等。

治疗室应安静、整洁、阳光照射充足、温度适宜，患者坐卧用床椅整齐，每日用紫外线灯照射。消毒 1 次，每次 30min。

#### 二、基本操作方法

##### 1.术前准备

##### 1.1 一般准备

除了诊断应做的检查、检验外，常规检查包括血常规、血糖、凝血四项、心电图等；术前检测患者体温、脉搏、呼吸、血压等生命体

征;告知患者术中及术后可能出现的不良反应,签订知情同意书。备齐物品,携至患者身旁。了解患者主要临证、生命体征、既往史、药物过敏史、施疗部位皮肤情况、心理状态、配合程度等。治疗之前嘱患者上厕所。

## 1.2 器械消毒

准备高压专用消毒柜消毒、治疗巾、消毒盘、加热器具等器械。

## 1.2 体位

根据病情需要取适当体位:坐位或卧位。

## 2.选择油疗法

### 2.1 原则

根据不同病情需要选取涂敷、内服、点滴、温和导泻等不同方法。

### 2.2 方法

2.2.1 涂敷法:患者取卧位,根据病情选取适当油脂类均匀涂敷在皮肤之上再以各种推拿手法进行推拿,术后再用麦粉将皮肤未吸收的油脂擦干,整理患者衣物并嘱患者不可沐浴或者在外行走。

2.2.2 内服法:选取油脂类加热至 40℃左右嘱患者将其口服感到油腻感较重为止。如过量可能上吐下泻油脂类。

2.2.3 点滴法:患者取仰卧位或侧卧位,选取油脂类加热至 35℃左右滴至眼、耳之处。

2.2.4 温和导泻法:患者排便之后取侧卧位,将油脂加热至体温温度。用细肛管缓慢插入直肠内 7~10cm 处缓慢滴入药液。根据年龄和体质的不同选取不等剂量的药液。嘱患者忍耐 1~2h 后排出。

## 3.术后处理

油疗完毕后,整理患者衣物。让患者平躺于诊疗床上,观察体温、呼吸、血压、脉搏等基本情况。如正常,告知患者注意事项及禁忌,让患者休息后方可离去。做好治疗记录,处理术中使用的器具及一次性耗材等。

## 4.护理

起居方面,避免剧烈运动及体力劳动和日晒火烤,术后 3d 内避免淋浴、泡澡,尤其是温和导泻患者以免脱水等。饮食方面,忌葱、蒜、姜等刺激性食物和易引发赫依病的饮食。



	<p>修改指南的建议：</p> <p>修改建议的来源：  <input type="checkbox"/>专家诊疗经验                      <input type="checkbox"/>临床科研成果  <input type="checkbox"/>重点学科专科诊疗方案        <input type="checkbox"/>医院诊疗常规  <input type="checkbox"/>其他</p> <p>建议来源说明：</p>
<b>(二) 辨证</b>	
证候分类	
与指南证候分类比较	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 比较符合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不符合 不符合的原因： 修改指南的建议： 修改建议的来源： <input type="checkbox"/> 专家诊疗经验 <input type="checkbox"/> 临床科研成果 <input type="checkbox"/> 重点学科专科诊疗方案 <input type="checkbox"/> 医院诊疗常规 <input type="checkbox"/> 其他
	建议来源说明：
<b>(三) 治疗</b>	
1.治则	
与指南治则比较	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 比较符合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不符合 不符合的原因： 修改指南的建议：
	修改建议的来源： <input type="checkbox"/> 专家诊疗经验 <input type="checkbox"/> 临床科研成果 <input type="checkbox"/> 重点学科专科诊疗方案 <input type="checkbox"/> 医院诊疗常规 <input type="checkbox"/> 其他 建议来源说明：
2.方剂/方药名称	
与指南方剂比较	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 比较符合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不符合

	<p>不符合的原因：</p> <p>修改指南的建议：</p> <p>修改建议的来源：</p> <p><input type="checkbox"/>专家诊疗经验                      <input type="checkbox"/>临床科研成果</p> <p><input type="checkbox"/>重点学科专科诊疗方案      <input type="checkbox"/>医院诊疗常规</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> <p>建议来源说明：</p>
3.药物组成	
与指南其他治法比较	<p><input type="checkbox"/>符合    <input type="checkbox"/>比较符合    <input type="checkbox"/>一般    <input type="checkbox"/>不符合</p> <p>不符合的原因：</p> <p>修改指南的建议：</p>
	<p>修改建议的来源：</p> <p><input type="checkbox"/>专家诊疗经验                      <input type="checkbox"/>临床科研成果</p> <p><input type="checkbox"/>重点学科专科诊疗方案      <input type="checkbox"/>医院诊疗常规</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> <p>建议来源说明：</p>
4.其他治法	
与指南其他治法比较	<p><input type="checkbox"/>符合    <input type="checkbox"/>比较符合    <input type="checkbox"/>一般    <input type="checkbox"/>不符合</p> <p>不符合的原因：</p> <p>修改指南的建议：</p> <p>修改建议的来源：</p> <p><input type="checkbox"/>专家诊疗经验                      <input type="checkbox"/>临床科研成果</p> <p><input type="checkbox"/>重点学科专科诊疗方案      <input type="checkbox"/>医院诊疗常规</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> <p>建议来源说明：</p>

5.饮食起居调护	
与指南饮食起居调护比较	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 比较符合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 无调 饮食起居调护不符合的原因： 修改指南的建议：  修改建议的来源： <input type="checkbox"/> 专家诊疗经验 <input type="checkbox"/> 临床科研成果 <input type="checkbox"/> 重点学科专科诊疗方案 <input type="checkbox"/> 医院诊疗常规 <input type="checkbox"/> 其他  建议来源说明：
三、综合评价	
(一) 疗效 (治疗后情况)	诊断要点 1: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未愈 诊断要点 2: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未愈 诊断要点 3: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未愈 总疗效: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未愈
(二) 安全性	<input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 选项为“差”时注明原因：
(三) 经济性	治疗天数： 治疗总费用（元）：                      辅助检查费用（元）： 中草药费用（元）：                      蒙成药中成药费用（元）： 中药注射剂费用（元）：                      蒙医中医非药物治疗费用（元）： <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 选项为“差”时注明原因：
(四) 综合评分	

□1.指南总体疗效与技术水平	7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
□2.对本指南的满意度	7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
□3.指南在临床实践中的适用性	7 极好	6	5	4	3	2	1 极差

四、总体建议：

（请对指南修订完善提出建议，特别是还需要吸收哪些专家诊疗经验、临床科研成果、重点学科专科诊疗方案、医院诊疗常规等）

填表人（签名）		填表时间	年 月 日
主管医师（签名）		科室负责人（签名）	
科室监查员（签名）		基地质控小组负责人（签名）	

## 资料性附录 D2：适用性调查问卷

### 一、基本信息

1. 此前是否使用过本指南：1=是 0=否

回答“否”者注明原因\_\_\_\_\_

2. 是否熟悉本指南的内容：1=是 0=否

### 二、指南质量水平

3. 指南适用范围是否明确

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

4. 指南使用的术语是否准确

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

5. 指南的诊断要点是否准确

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

6. 指南的证候分类是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

7. 指南的治则是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

8. 指南的组方是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

9. 指南的用药是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

10. 指南的其他治法是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

11. 指南的饮食起居调护是否合理

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

### 三、指南应用情况

12. 与相关标准（指南）内容的协调性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

13.与相关标准（指南）内容的配套性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

14.指南内容的合理性、完整性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

15.指南结构的合理性、完整性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

16.指南与本单位诊疗常规水平比较

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

17.指南与重点学科、专科诊疗方案水平比较

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

18.指南与最新临床科研成果水平比较

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

19.指南与本单位专家诊疗经验水平比较

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

20.指南临床应用的疗效

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

21.指南临床应用的安全性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

22.指南诊疗方案的经济性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

23.指南临床应用的简便性

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

24.指南在规范医疗管理、保障医疗服务质量方面的作用

7 极好	6	5	4	3	2	1 极差
---------	---	---	---	---	---	---------

四、意见建议

□25.指南最需要改进的方面是:

4=提高指南的整体水平            3=提高指南的质量

2=提高指南的适用性            1=其他 (        )

□26.指南最需要吸收的成果是:

4=国家名老蒙医中医诊疗方案            3=行业专项科研成果

2=国家科技支撑课题科研成果            1=医院特色诊疗方案

□27.指南评价的建议

4=废除本指南            3=及时更新指南

2=提供指南的制定方法, 增加医生对指南的信任度

1=扩大指南的宣传

**其他建议**

---

---

---

---

---

## 参考文献

- [1]蒙古学百科全书编辑委员会·蒙医学卷编辑委员会.蒙古学百科全书·医学卷[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,2012,148.
- [2]Jia L, Du Y, Chu L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study[J]. *Lancet Public Health*, 2020, 5 (12): e661—e671.
- [3]Jia J, Wei C, Chen S, et al. The cost of Alzheimer's disease in China and re-estimation of costs worldwide [J].*Alzheimer's Dement*, 2018, 14 (4): 483—491.
- [4]敖其尔,贾建平,阿如恒.阿尔茨海默病蒙西医结合诊疗方案 [J].*中国民族医药杂志*, 2023, 29 (04): 51-53. DOI:10.16041/j.cnki.cn15-1175.2023.04.012.
- [5]国家卫生健康委办公厅.阿尔茨海默病的诊疗规范(2020年版)[J].*全科医学临床与教育杂志*, 2021, 1 (19): 4, 5.
- [6]Jack CR Jr, Andrews JS, Beach TG, et al. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 2024, 20(8):5143-5169. doi: 10.1002/alz.13859. Epub 2024 Jun 27. PMID: 38934362; PMCID: PMC11350039.
- [7]中国痴呆与认知障碍写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(三):痴呆的认知和功能评估[J].*中华医学杂志*, 2018; 98 (15): 1125-1129.
- [8]内蒙古自治区卫生厅,内蒙古自治区财政厅,《蒙医病证诊断疗效标准》编审委员会.蒙医病证诊断疗效标准[M].北京:民族出版社,2007:193-194.
- [9]内蒙古自治区药品监督管理局,林燕,王伟,康双龙,等.《内蒙古蒙药制剂规范(第一册)》[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,2007:6,95,403.
- [10]内蒙古自治区药品监督管理局,王伟,康双龙,等.《内蒙古蒙药制剂规范(第二册)》[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,2014:12,249.
- [11]内蒙古自治区药品监督管理局,《内蒙古蒙药制剂规范(第三册)》编制委员会.《内蒙古蒙药制剂规范(第三册)》[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,2021:7,19,21,226.

[12]中国民族医药学会.蒙医医疗技术操作规范[M].北京：中国中医药出版社，2020：27，33，59，65.

[13]中国民族医药学会.第二批少数民族医医疗技术操作规范[M].北京：中国质量标准出版传媒有限公司，2024：40.

全国团体标准信息平台

## 术语索引

一、术语索引按汉语拼音字母的顺序排列，第一字同音时按四声的声调顺序排列，同音同调时按笔画和笔顺排列。如以上各项完全相同，则按第二字的音、调、笔画和笔顺排列。余类推。

二、参见条目后所附页码，前者为参加条目的页码，后者为所参加条目中阐述参见条目内容的页码。

- 阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) ..... (4)
- 阿尔茨海默病评估量表 - 认知部分 (Alzheimer disease assessment scale-cog, ADAS-cog)..... (6)
- 阿尔茨海默病协作研究日常能力量表 (Alzheimer disease cooperative study- ADL, ADCS-ADL)..... (7)
- 阿尔茨海默病协作研究重度患者日常能力量表 (Alzheimer disease cooperative study-ADL-severe, ADCS-ADL-severe)..... (7)
- 波士顿命名测验 (Boston naming test, BNT)..... (7)
- 词语流畅性测验 (verbal fluency test, VFT)..... (7)
- 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA) ..... (7)
- 汉密顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) ..... (7)
- 简易精神状态检查 (mini-mental state examination, MMSE)..... (6)
- Lawton 工具性日常活动能力量表 (instrumental ADL scale of Lawton) (7)
- 临床痴呆评定量表 (clinical dementia rating scale, CDR)..... (6)
- 路易体痴呆 (dementia with Lewy body, DLB) ..... (9)
- 蒙特利尔认知评估量表 (Montreal cognitive assessment, MoCA)..... (6)
- 蒙医额木图阿尔善 (药浴) 技术..... (36)
- 蒙医哈塔格乎 (针刺) 技术..... (20)

蒙医托格呢乎（灸疗）技术·····	（24）
蒙医伊力朱努乎拉乎（推拿）技术·····	（28）
蒙医油疗技术·····	（38）
轻度认知障碍(Mild Cognitive Impairment, MCI)·····	（18）
社会功能问卷(functional activities questionnaire, FAQ)·····	（7）
神经精神问卷（neuropsychiatric inventory, NPI）·····	（7）
行为变异型额颞叶痴呆（behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD）·····	（9）
血管性痴呆（vascular dementia, VaD）·····	（9）
主观认知下降（Subjective Cognitive Decline, SCD）·····	（18）