

# 中醫對老年癡呆症的認識及其治療策略

李敏 博士

(香港浸會大學中醫藥學院)

老年癡呆症 (Dementia) 是一種中樞神經系統原發性退行性疾病，起病緩、進展慢、病程為5-10年，以全面進行性癡呆為特徵。主要表現為記憶、言語、判斷、認識、思維、行為、性格、情感等高級神經活動障礙，中後期常伴有失語、失用、失認、失寫和失讀等。老年癡呆症的主要臨床特徵有：(1)記憶障礙；(2) 認知及語言功能障礙；(3) 人格、心理及情感障礙；(4) 飲食、睡眠及行為障礙。老年癡呆症主要包括：(1) 阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD)；(2) 血管性癡呆 (Vascular Dementia, VD)；(3) 混合性癡呆 (Frontotemporal Dementia)；(4) 額顳葉癡呆及路易體癡呆 (Frontotemporal Dementia, Lewy Body Dementia)；(5) 繼發性癡呆 (Secondary Dementia)。

根據國際阿茲海默症協會估計，2000年全球超過1800萬人患有癡呆症，其中2/3為阿茲海默症 (AD) 患者，隨着人口結構老化的影響，到2025年全球的老年癡呆症人口將達到3500萬。在罹患老年癡呆症的人口之中，阿茲海默症 (AD) 約佔一半以上，但單純的阿茲海默症較少，最常見的是混合性癡呆 (如阿茲海默症合併血管性癡呆等)。家族性的阿茲海默症比例少於5%，多在中年發病，屬於自體顯性遺傳，主要是由於基因突變所造成。散發性的阿茲海默症比例大於95%，多在老年期發病。

在研究阿茲海默症的人群分佈特徵時，科學家們發現若以60歲為發病的分界點，60歲以前發病的稱作早發性癡呆症，以阿茲海默症的病理變化較多。儘管有早發性癡呆，但在65歲之前並不常見，65歲是阿茲海默症的一個轉捩點。65歲以後阿茲海默症的發病率和患病率驟然增高，有很多學者發現年齡每增加5歲AD的發病率和患病率就增加多一倍的規律。

本文就老年癡呆症的臨床症狀、發病情況以及中醫對該病的認識和治療加以探討。

## 1 老年癡呆症的臨床症狀

早期 (1-3年)：早期老年癡呆症患者與認知上正常的老人的區別十分困難，人格改變及記憶力減退是本病最早的症狀。由於患者能保持一定的社交能力而往往被家人忽視。早期的突出症狀，是以記憶障礙，尤其是短期記憶和記憶保持為主，主要是不能學習新知識和在短時間內不能覆述三件物件的名稱。患者往往丟三拉四，隨做隨忘，隨拿隨丟。隨着病情的發展，遠期記憶也日漸發生障礙，說不清自己的親身經歷，說不清自己出生年月，甚至連親人的名字也叫不出來。同時，抽象思維如計算、概括、推理、判斷等也明顯減退。日常生活自理能力喪失，需要他人照顧。有的甚至出現片段妄想或幻覺，找不到錢物，懷疑被人偷竊。一般情感淡漠，呆滯少言，也可表現出欣快、焦慮、抑郁，或易激怒等症狀。在行為方面，自發行爲減少，動作單調，刻板而笨拙。有的出現重複無效行為，甚至出現怪異、離奇的行為。定向力障礙出現較早，雖然能認自己家門，但亦常常出而不知歸，在熟悉的環境中迷路、丟失。

中期 (3-8年)：出現失語、失用、失算、判斷和概括能力下降。此時，初期的情感淡漠變為不安，並頻繁走動，偶有大小便失禁。人格改變很常見，如患者變得墨守成規，固執、偏激、乖戾和自私，有的撿破爛收藏，有的當眾大小便。睡眠亦常出現紊亂，日夜顛倒，晨昏不分。

晚期 (8-12年)：智能全面嚴重衰退，運動障礙強直痙攣、肌痙攣、癱瘓，或屈曲性四肢癱瘓，最後出現大小便失禁。但神經系統檢查常無陽性體症。最後患者變得呆滯，茫然，臥床，常因褥瘡、營養不良，肺炎等繼發病，或因全身衰竭而死亡。

## 2 老年癡呆症的發病情況

### 2.1 西方國家的發病情況

美國65歲及以上人群中癡呆症總患病率平均約為8%，而AD是歐美國家最常見的一種癡呆症類型，約佔所有癡呆症病例的65-75%。根據美國波士頓AD患病率資料估計，1995年全美國大約有400萬AD患者，預測到2050年這個數字將達到1000萬。根據波士頓發病率資料估計，美國每年新發AD病例數將從2000年的41.1萬增加到2050年的95.9萬人。美國的一些學者推測，阿茲海默症將從十大死因的第4位晉升到第3位。根據美國阿茲海默症協會的資料，全美國約有400萬人罹患阿茲海默症，全世界則有1200-1400萬人罹患此疾。據估計，在2050年以前，將會有超過1400萬名阿茲海默受害者。亦有部分學者指出，阿茲海默症將成為已發展國家成長最快速的疾病。嬰兒潮（1945年第二次世界大戰後出生率遞增的時期）出生的人，現在已經邁入60歲大關，而在前頭虎視眈眈的，則是他們畏之如伊波拉病毒的阿茲海默症。

阿茲海默症對於患者、家人及看護者所造成的情緒傷害，是無法計量的；能夠以數字計算的，只有它所耗費的資源。以美國而言，每年花費在阿茲海默症的醫療費用，將近1000億美元。而這個金額，仍隨着發病率上升而持續暴增。另外，間接的損失可能高達好幾倍，例如生產力的減弱，因為職員請假回家照顧生病的家人。有超過70%的阿茲海默症患者都在家中，由家人長期肩負起照顧的責任重擔。這些原本處於人生「黃金時期」的長者，卻淒涼黯淡地殘渡餘生。而且，阿茲海默症讓無數的家庭債台高築、安老中心供不應求、國家生產力滑落；無論是公營或私營醫療機構、患者均得自行支付經年累月的龐大護理費用，對社會和家庭造成了沉重的經濟和心理負擔。

## 2.2 中國內地與香港的發病情況

根據中國內地流行病學的研究顯示，中國癡呆症發病率與西方國家大致相同，65歲以上老人約有8-10%患有癡呆。從地域分佈上看，北方各類癡呆，特別是血管性癡呆的發病率要高於南方。西部與東部地區的癡呆發病也存在年齡差異，西部75歲以上老人癡呆症發病率高於東部。中國內地目前大約有500萬老年癡呆症患者，其中有310萬患有阿茲海默症，有140萬人患有血管性癡呆。

與發達國家相比，中國對老年癡呆症的研究尚存在很大的差距，但已受到政府及有關科研機構的關注，國家衛生部已將老年癡呆症列入老年醫學「九五」攻關重點研究課題。

根據聯合國人口基金發表的《2005全球人口現況報告書》指出，香港男女的平均壽命高踞全球的第一、二位，男性的平均為七十八點九歲，名列全球第一，女性的平均壽命為八十四點九歲，排全球第二。在香港，老年癡呆症的患者多為65歲以上之長者，年齡越大，患病的機會也越高。據數字統計，本港每10名65歲以上之老人之中便有一名患上老年癡呆症。現今患上老年癡呆症的患者約有60,000人，根據推算到2050年時，香港的老年癡呆人口將有可能達到三十三萬人。

## 3 中醫對老年癡呆症的認識

老年癡呆症屬於中醫「癡呆」或智能減退的範疇。「癡呆」作為一種疾病，早在兩千年之前的祖國醫學文獻中就已有論述。《左傳》中記載：「不慧，蓋世所謂白癡」。《靈樞·天年》中則有「六十歲，心氣始衰，苦憂悲，升氣懈惰，固好卧。七十歲，脾氣虛，皮膚枯。八十歲……固言善誤」、「迷惑善忘」，「髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩暈，目無所視，懈怠安卧」等描述。《辨証錄》云：「人有年老而健忘者，近事多不記憶，雖人述其前事，猶若茫然，此真健忘之極也。」《景岳全書·雜証論》中指出「癡呆症，凡平素無痰而或以郁結，或以不遂，或以思慮，或以疑惑，或以驚恐而漸致癡呆。」王清任在《醫林改錯》中進一步指出「腦氣虛，腦髓小，腦氣與耳竅之氣不接，故耳虛聾；耳竅通腦之道路中，若有阻滯，故耳實聾。」又說：「看小兒初生時，腦未全，囟門軟，目不靈動，耳不知聽，鼻不知聞，舌不言；至周歲，腦漸生，囟門漸長，耳稍知聽，目稍有靈動，鼻微知香臭，舌能言一二字；至三四歲，腦髓漸滿，囟門長全，耳能聽，目有靈動，鼻知香臭，言語成句。」他的結論是：「小兒無記性者，腦髓未滿；高年無記性者，腦髓漸空。」他的這一理論，與現代科學對腦發育及衰老的認識一致，老年癡呆症患者腦萎縮嚴重者，其腦質量可低於800克（正常成年人的腦重量平均為1400克）。此外，歷代中醫文獻中還有「愚癡」、「呆癡」、「癡症」、「呆病」等不同記載。從這些眾多

記載中不難看出，雖然傳統中醫學中沒有「老年癡呆症」這一病名，但我國古代醫學家早已觀察到老年人易患癡呆的現象，並對癡呆的臨床表現作了詳細的記載，即記憶力減退，神情淡漠，表情呆滯，反應遲鈍，理解、判斷等智能活動能力下降並伴有精神情緒的異常，以至生活不能自理，而且具有進行性加重的特徵。

清代醫學家葉天士在《臨証指南醫案》中指出：「中風初起，神呆遺尿，老年厥中顯然。」《雜病源流犀濁·中風》也有「中風後善忘」之議。提出中風後癡呆是癡呆的一種類型。表明祖國傳統醫學不僅從整體上認識到老年人易患癡呆的現象，而且進一步觀察到中風與癡呆之間的內在聯繫，對老年癡呆的辨証分型有了初步的認識。

## 4 中醫治療老年癡呆症的原則與方藥

### 4.1 治療原則

#### (1) 養心安神

古代醫家為心乃「君主之官」、「神明之主」，則心神失養，神明不安，精神失守，意志失用而致癡呆健忘，故治療癡呆健忘多以養心安神為要，治療健忘方除多用補益藥以補心神的虛損外，還多用遠志、茯神、朱砂等安神藥物。

#### (2) 補腎益精

「腎藏精，精舍志。」又「腎者，作強之官，伎巧出焉。」腎精充足則記憶強健，且能作細微、精巧活動，如《重慶堂隨筆》：「水足髓充則元神精湛而強記不忘」。又精血同源，腎精充足，則能上交心神，充養心血，使心竅開，神明清。如《辨証錄》「精足而心之液生，液生而心之竅啟，竅啟而心之神清。」故認為治療老年健忘不可只益心血而不補腎精。「如只益心中之血，而不去填腎中之精，則血雖驟生，而精仍長涸，但能救一時之善忘，而不能冀長年之不忘也。」因此古代治療健忘方藥以補益腎精為重。

#### (3) 健脾助運

脾為後天之本，氣血生化之源。藥物的吸收及精、氣、血、津液的化生和對各臟腑的充養，皆賴以脾健運化水谷的功能正常。脾胃運化失職，則不能化生精、氣、血、津液以充養諸臟，反生痰濁蒙蔽清竅，則神機失用，故治療上《辨証錄》提出：「必須加意強胃，使胃強不弱，始能分佈精液於心腎耳。」不致「胃氣甚弱，則虛不受補。」且「脾主意與思，意者記所往事，思則兼心之所為也。」陳無擇及嚴用和等皆認為健忘需心脾通治；張景岳認為脾胃強弱對癡呆證的預後起關鍵作用，「然此証有可癒者，有不可癒者，亦在乎胃氣元氣之強弱。（《景岳全書》）所以。臨床治療癡呆健忘方藥多使用人參、黨參、黃芪、茯苓、白朮、山藥、炙甘草等補益脾氣中藥。

#### (4) 交通心腎

心主火，藏神；腎主水，藏志，心腎相交則能水火互濟，神志通明。不少古代醫家認為「心腎交而智慧生，心腎離而智慧失」（《辨証錄》），故治療神志病尤重於交通心腎。如《醫宗金鑑·刪補名醫方論》引述柯琴認為磁珠丸上交心神，下達腎志，以生意智，乃治療癡癩狂癡的聖劑。另外滋腎補心為交通心腎的大法，如《辨証錄·健忘門》：「治法必須大補心腎，使其相離者，重複相親，自然相忘者復能相憶耳。」故治療癡呆健忘諸方多加菖蒲、遠志等藥，或與其它調心補腎藥物同用，以交通心腎，智生慧長，恢復記憶。

#### (5) 行滯開郁

癡呆多起於情志抑郁，氣機郁滯不舒，故古代醫家治療上多注重行滯開郁。治療癡呆的用藥常配伍理氣藥行氣導滯，或常用柴胡之辛散通隧開郁，或養血柔肝的白芍以回復肝主疏洩之用。此外亦重視運用情志對於氣機的影響以開解氣機之郁滯，如《石山醫案》載有以「怒則木氣升發」、「喜勝憂」開解郁結之氣以治療癡呆的方法。

#### (6) 逐痰祛濁

七情內傷，或臟腑虛損，或虛邪侵犯，常可導致氣機失調，津液代謝失常，形成痰濁的產生，蒙蔽清竅，

神明被阻而失用，形成癡呆健忘。故逐痰祛濁為治療癡呆的重要治法。即《石室秘錄》：「故治呆無奇法，治痰即治呆也。」因此治療癡呆的用方中常配伍半夏、南星等化痰藥，另外《儒門事親》載有以藜蘆、瓜蒂等峻藥湧吐積滯胸中之痰涎，以復心神之清明，治癒癩病致昏癡健忘、呆証的敘述。

#### (7) 理氣調血

氣血屬精神活動的物質基礎，血氣不和，則神明失用，可生癡呆健忘。氣為血之帥，氣行則血行，故治療時宜理氣調血同用。又因血脈不暢有氣虛無力推動血行、氣滯血淤、氣血虛滯，血脈不盈等不同原因，故治療上有補氣活血、行氣活血、補益氣血，養血活血等之別。

#### (8) 開竅醒神

癡呆健忘以清竅不通，神機失用為其特點。或因虛損失養，如《本草匯言》：「中氣不足，精神內餒，氣竅無陽氣為之運動而不通」；或因邪濁蒙蔽，故古代治療方藥中多佐用冰片、麝香，石菖蒲、郁金等芳香走竅、醒腦開竅之品。

### 4.2 辨証治療老年癡呆症的常用方藥

#### 虛証：

##### (1) 髓海空虛証

臨床特徵：癡呆，兼見頭暈耳鳴，懈怠思臥，齒枯發焦，步行艱難，舌體瘦而色淡，脈象細弱。

治法：填精補髓、開竅醒神

常用方：龜鹿二仙湯加減

藥物組成：鹿角膠、熟地黃、山藥、山茱萸、菟絲子、杜仲、枸杞子、人參、龜板等。

##### (2) 肝腎陰虛証

臨床特徵：癡呆，伴有形體消瘦，頭暈目眩，腰膝痠軟，顴紅盜汗，雙耳重聽或耳鳴如蟬，舌強肢痠，指甲無華，舌體瘦小、色紅無苔或少苔，脈沉細弦或沉細數。

治法：滋陰養血、補益肝腎

常用方：知柏地黃丸合耳聾左慈丸加減

藥物組成：知母、黃柏、熟地黃、山茱萸、山藥、澤瀉、牡丹皮、茯苓、澤瀉、五味子、磁石等。

##### (3) 脾腎兩虛証

臨床特徵：癡呆，伴腰膝酸軟，肌肉萎縮，食少納呆，氣短懶言，口涎外溢，四肢不溫，腹痛喜按，雞鳴洩瀉，舌質淡紅、舌體胖大、苔白膩，脈沉細弱，雙尺脈尤甚。

治法：補腎健脾，益氣生精

常用方：還少丹、歸脾湯、金匱腎氣丸加減

藥物組成：山藥、熟地黃、大棗、茯苓、牛膝、杜仲、遠志、枸杞子、巴戟天、小茴香、肉蓯蓉、山茱萸、楮實子、石菖蒲、五味子、人參、黃芪、白朮、炙甘草、生薑、當歸、龍眼肉、茯神、酸棗仁、木香、附子、桂枝、牡丹皮、澤瀉等。

##### (4) 心脾兩虛証

臨床特徵：癡呆，伴心神不寧，驚恐不安，心悸怔忡，失眠多夢，納呆便溏，倦怠乏力，舌淡、苔白厚或白膩，脈細弱無力。

治法：健脾養心、寧神定志

常用方：歸脾湯合天王補心丹加減

藥物組成：人參、黃芪、白朮、炙甘草、生薑、大棗、當歸、龍眼肉、茯神、酸棗仁、遠志、木香、生地黃、玄參、天冬、麥冬、丹參、五味子、柏子仁、朱砂、桔梗等。

##### (5) 心肝血虛証

臨床特徵：癡呆，伴情緒激動易怒，眩暈，兩目無神，視物昏花，面色淡白無華，肌膚不榮，手足麻木，

筋惕肉瞤，半身不遂，舌淡苔薄白或少苔，脈弦細。

治法：補養肝血、安神益智

常用方：當歸補血湯，四物湯合當歸芍藥散加減

藥物組成：黃芪、當歸、熟地黃、白芍、川芎、白朮、澤瀉、茯苓、知母等。

#### (6) 心腎兩虧証

臨床特徵：癡呆，伴神情呆滯，智力減退，頭暈眼花，心悸耳鳴，失眠多夢，舌尖紅、苔薄黃，脈細數。

治法：滋陰補陽、交通心腎、安神醒腦

常用方：地黃飲子加減

藥物組成：薄荷、大棗、生薑、遠志、石菖蒲、麥冬、茯苓、肉桂、五味子、炮附子、石斛、肉蓯蓉、山茱萸、巴戟天、熟地黃等。

**實証：**

#### (1) 痰濁阻竅証

臨床特徵：癡呆，伴表情呆鈍，或哭笑無常，喃喃自語，或終日無言，呆若木雞，伴不思飲食，脘腹脹痛，痞滿不適，口多涎沫，頭重如裹，舌質淡，舌胖大，苔白膩，脈弦滑。

治法：健脾化痰、豁痰開竅

常用方：指迷湯、滌痰湯合菖蒲郁金湯加減。

藥物組成：人參、丹參、白朮、茯苓、法半夏、枳實、胆南星、竹茹、石菖蒲、遠志、生甘草、浙貝母、砂仁、川芎、僵蠶、郁金、炒梔子、連翹、燈心草、牡丹皮、竹瀝、五倍子、麝香等

#### (2) 瘀血內阻証

臨床特徵：癡呆，伴表情遲鈍，言語不利，易驚恐，或思維異常，行為古怪，肌膚甲錯，口乾不欲飲，雙目暗晦，舌質暗或有瘀斑(點)，脈細澀。

治法：活血化瘀、開竅醒腦

常用方：通竅活血湯合桃紅四物湯、化瘀煎加減。

藥物組成：麝香、老蔥、赤芍、川芎、桃仁、紅花、紅棗、熟地黃、當歸、白芍、穿山甲、地龍、丹參、茜草、郁金、甘草等。

#### (4) 心肝火盛証

臨床特徵：癡呆，伴有心煩，多夢少寐，面紅目赤，語言錯亂，尿黃短赤，便乾，舌紅苔黃，脈弦而數。

治法：瀉火清心

常用方：黃連解毒湯合丹梔逍遙散加減

藥物組成：黃連、黃芩、黃柏、梔子、當歸、白芍、白朮、柴胡、茯苓、薄荷、牡丹皮、甘草等。

**虛實夾雜証：**

#### (1) 心脾兩虛兼肝郁氣滯証

臨床特徵：癡呆，情緒低落，郁郁寡歡，精神恍惚，唉聲歎氣，悲傷欲哭，胸悶煩躁，虛煩不眠。舌淡暗，苔白膩，脈弦細。

治法：補養心脾，疏肝解郁

常用方：逍遙散合甘麥大棗湯、歸脾湯加減

藥物組成：柴胡、當歸、白芍、茯苓、人參、黃芪、白朮、生薑、大棗、龍眼肉、茯神、酸棗仁、遠志、木香、炙甘草等。

#### (2) 脾腎兩虛兼痰瘀內阻証

臨床特徵：癡呆，四肢無力，少氣懶言，表情淡漠呆滯，腰酸腿軟，語聲低微，食慾不振，夜尿頻作，全身倦怠無力。舌淡暗，舌體胖大，苔白膩，脈細滑。

治法：補腎健脾，化痰散瘀

常用方：還少丹、六君子湯合滌痰湯、癲狂夢醒湯加減。

藥物組成：人參、炙甘草、茯苓、白朮、陳皮、製半夏、生薑、大棗、桃仁、柴胡、香附、川木通、赤芍、大腹皮、青皮、桑白皮、蘇子、甘草等。

## 5 中醫藥在老年癡呆症治療中的作用

古代與現代的中醫學家在不斷的臨床實踐中，探索出了中醫對老年癡呆症的治療的獨特經驗，主要有以下兩個特點：

**5.1 本虛標實、虛實夾雜為老年癡呆症的主要病機特點。**本病之本虛為心、肝、脾、腎虧虛，尤其以心腎兩虛或脾腎虧虛為主，標實則為氣、痰、瘀、毒等病理產物盤踞腦竅。其致病原因繁多，病理機制頗為複雜，所以，臨床治療時，應當分清標本虛實，輕重緩急，合理運用虛實兼顧的治法加以調理。而且，老年癡呆症的患者多為歲長年高之人，發病常為經年累月積累所致，故治療也須堅持，非一朝一夕而能癒之。

**5.2 復方多法、整體調整是老年癡呆症的基本治療原則。**補腎填精、健脾益氣、交通心腎、滌痰開竅、活血通絡等方法相互配合使用，同時結合針灸、推拿、按摩、藥膳等治療方法。臨証時還需要因人、因時、因地制宜，全面兼顧，整體調整，突出重點，標本兼治。

目前，西方醫學對老年癡呆症的發病機理尚未完全瞭解，未能發現根治此病的藥物與其它治療方法。臨床多用乙醯膽鹼酯酶抑制劑以控制早期及中期癡呆症患者的病情，但常出現頭痛、昏睡、眩暈、洩瀉、腹痛、失眠等副作用。在尚未有滿意療效的西藥治療的情況下，配合中醫藥（包括針灸、推拿、按摩等）的治療能夠與西藥起到協同、增效、減毒的作用。具體來講，中醫藥在改善和延緩老年癡呆症症狀、降低和減少西藥的副作用、提高患者的生存質量方面具有一定的優勢。傳統中醫重視三因制宜，針對病因病機，權衡輕重，綜合治理，着重於機體內陰陽臟腑的糾偏，以求回復整體的平衡協調，且治療方法比較豐富（如藥物、針灸、推拿、氣功相互配合使用），使治療具針對性和全面性，故近年來不少臨床觀察與研究指出，運用中醫藥治療老年癡呆症，除了能改善患者的近期臨床症狀和智能外（療效與西藥接近或優於西藥），還能延緩和控制疾病的發展，且毒副作用相對較少，遠期療效較佳，適合於患者長期使用。當然，採用雙盲、隨機、對照等嚴格科學的臨床研究設計，通過多中心的臨床試驗，驗證中藥復方在治療老年癡呆症方面的確實療效也是當務之急。我們相信，通過中醫高度個體化的辨証治療，西藥、針灸、推拿、按摩、氣功與中藥內服相結合，達到全面、綜合、整體的調治，減少西藥的毒副作用，提高老年癡呆症患者的生存質量，乃是中西醫合治老年癡呆症的優勢之一。

### 參考文獻：

- 1 王平、劉玲、祝心懷等。老年癡呆調養與護理·北京：中國中醫藥出版社，1999
- 2 張登本 主編。中醫神經精神病學·北京：中國醫藥科技出版社，2000
- 3 青山醫院、香港老年精神科學會。老年癡呆症完全護理手冊·香港：明窗，2001
- 4 張湯敏、孫仁平 編著。老年癡呆中醫防治·北京：人民軍醫出版社，2002
- 5 陳湛愷、劉珍才、鐘灼等。老年癡呆症·廣州：廣州出版社，2003
- 6 楊璽 主編。老年性癡呆及帕金森病防治必讀·上海：上海科學技術文獻出版社，2003
- 7 賈建平、楚長彪、周衛東等。癡呆症百問解答·北京：人民衛生出版社，2004
- 8 李文彬等。阿耳茨海默(Alzheimer)癡呆發病機理：ABC學說·北京：軍事醫學科學出版社，2005
- 9 盛樹力 主編。老年癡呆及相關疾病·北京：科技文獻出版社，2006
- 10 香港衛生署長者健康服務 編著。老年癡呆症常見疑問·香港：天地圖書有限公司，2007
- 11 王永炎、張伯禮 主編。中醫腦病學·北京：人民衛生出版社，2007
- 12 李敏 編著。戰勝帕金遜症·香港：萬里機構·得利書局出版，2007
- 13 馬永興、俞卓偉 主編。現代癡呆學·北京：科技文獻出版社，2008
- 14 車少莉 編著。圖說老年癡呆症·香港：萬里機構，2008

(編委：劉碧鳳審校2010.9.3)

香港註冊中醫學會 版權所有  
Copyright HKRCMP All Rights Reserved