

ICS *****
C**



团体标准

T/CACM *****—20**

血管性痴呆治未病干预方案

(文件类型：征求意见稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

目 次	II
前 言	III
引 言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
3.1 血管性认知障碍	1
3.2 血管性痴呆	1
3.3 血管性认知障碍非痴呆	2
4 流行病学特点	2
5 中医病因病机认识	2
6 筛查	3
6.1 筛查评估工具及内容	3
6.2 区别血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆	4
7 未病先防	5
7.1 危险因素控制	5
7.2 中医药干预方案	5
7.3 西医干预方案	8
7.4 生活方式干预与调护	9
8 既病防变	9
8.1 危险因素控制	10
8.2 中医药干预方案	10
8.3 西医干预方案	12
8.4 生活方式干预与调护	13
9 慢病管理	14
附录	16

前 言

本标准按照GB/T1.1—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》规定规则起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本标准由中国中医科学院西苑医院提出。

本标准由中华中医药学会归口。

本标准负责起草单位：中国中医科学院西苑医院

本标准参与起草单位：中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学循证医学中心、中国人民解放军总医院、首都医科大学附属北京天坛医院、卫生部中日友好医院、北京市第一中西医结合医院、河南中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、江苏省中医院、重庆市中医院、长春中医药大学附属医院、河北省阜平县中医医院、同仁堂医养集团、山东中医药大学附属医院、天津中医药大学第二附属医院、陕西中医药大学附属医院、吉林省中医药科学院第一临床医院、湖南省中医药研究院附属医院、安徽中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、青海省藏医院、西藏自治区藏医院

本标准主要起草人：张允岭、金香兰、陈宝鑫、彭丹涛、陈薇、郭蓉娟、邹忆怀、杨文明、孙林娟、张晋、陆芳、鲁岳、侯小兵、丁砚兵、王新志、闫咏梅、孙莉、伍大华、董钊、徐俊、李培红、吴明华、唐军、王健、郭春莉、刘红梅、童晨光、齐向华、徐向青、杨健、韩舰华、吉先才让、格桑平措、邹伟、傅晨、徐峰、焦骥

本标准主要撰写人：梁晓、贾敏、申伟、魏竞竞

工作组其他参与人员：付国静、王敏、王柳丁、石静资、迟显苏、杜琬晴、樊雪鸣、刘红喜、刘悦

引 言

血管性痴呆（ICD11:6D81）是指由一系列脑血管因素导致脑组织损害引起的、以认知功能减退为特征的临床综合征^[1]。本病发病隐匿，潜伏期长，是慢性进展性疾病，逆转艰难。在我国大于60岁老年人群中，血管性痴呆的患病率1.6%，总人数达到了392万^[2]。血管性痴呆是继阿尔茨海默病之后最常见痴呆原因，占有痴呆病因的12%-20%^[3]。

血管性痴呆的治疗以控制血管危险因素、防治并发症为主，当前尚无针对血管性痴呆病理的干预药物应用于临床，当病程发展为血管性重度痴呆后将无法逆转。早期、分阶段、有针对性的治疗以延缓其发展进程在本病的治疗策略中显得尤为关键^[4,5]。防治重心应前移，治疗血管性轻中度痴呆，延缓向血管性重度痴呆转变的同时，预防血管性认知障碍非痴呆向血管性痴呆的转变^[6,7]。

中医治疗血管性痴呆的历史悠久，属“痴呆”病范畴，通过辨证论治，个体化用药，积累了丰富的临床经验。研究显示，中医药在预防及延缓血管性痴呆病情的发生发展方面具有优势，能改善患者认知功能，提高日常生活能力，改善全身症状^[8]。中医药的治疗措施主要有中药和针刺，或针药并用，辅助中医功法理疗，不良反应少，安全性高，且成本低，经济性优势明显。

本项目以血管性认知障碍非痴呆以及血管性轻中度痴呆作为研究重点，突出“未病先防”“既病防变”的治疗原则，基于临床循证证据、领域内专家意见，形成一套中西医结合疗法、生活方式干预等为一体的血管性痴呆防治方案。

1 范围

本标准适用于血管性认知障碍非痴呆、血管性痴呆的患者。
本标准供临床一线中医师、中西医结合医师、全科医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。

GB/T16751.1—1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2—2021《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》

《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(一):痴呆及其分类诊断标准》(2018, 中华医学杂志)
《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》(2018, 中华医学杂志)
《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(五):轻度认知障碍的诊断与治疗》(2018, 中华医学杂志)

《中国血管性轻度认知损害诊断指南》(2016, 中华内科杂志)

《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》(2019, 中华医学杂志)

“Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement”(2014, Alzheimer Dis Assoc Disord)

“Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study”(2018, Alzheimers Dement)

《国家基本药物目录(2018年版)》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019年版)》

《中华人民共和国药典(2020年版)》

3 术语和定义

根据《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1], 下列术语和定义适用于本文件。

3.1 血管性认知障碍

血管性认知障碍(vascular cognitive impairment, VCI)是脑血管病变及其危险因素导致的临床卒中或亚临床血管性脑损伤, 涉及至少一个认知域受损的临床综合征, 涵盖了从轻度认知障碍到痴呆, 也包括合并阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)等混合性病理所致的不同程度的认知障碍。

3.2 血管性痴呆

血管性痴呆(vascular dementia, VaD)是血管性认知障碍中较重的群体, 又称为重度血管性认知障碍, 临床表现为至少一个认知域存在显著的认知障碍(认知障碍可以存在于多

个域中），其严重程度影响到日常生活的独立性，同时要排除脑血管事件感觉/运动障碍所致的日常生活能力障碍（独立于血管事件所致的运动/感觉后遗症）。脑血管事件或血管性脑损伤（病理/影像学）与认知障碍发生之间存在明显的时间关系。

3.3 血管性认知障碍非痴呆

血管性认知障碍非痴呆（vascular cognitive impairment no dementia, VCIND）是一种介于正常认知与血管性痴呆的中间状态。临床表现为存在1个或多个认知域的功能障碍，不影响日常生活的独立性（工具性日常生活能力正常或轻微受损）。

4 流行病学特点

随着人口老龄化时代的到来，痴呆已成为一个日益严重的公共卫生问题。据统计，预计到2030年全球痴呆患者将达到7500万，到2050年将增至1.32亿^[9]。血管性痴呆是继阿尔茨海默病之后最常见的痴呆原因，占有痴呆病因的12%-20%^[3,6]。随着年龄的增长，血管性痴呆和阿尔茨海默病的患病率呈指数增长^[10]，我国血管性痴呆患病率近年来呈上升趋势^[11]。在我国大于60岁老年人群中，血管性痴呆的患病率1.6%，总人数达到了392万^[2]。

VCI涵盖了从血管性认知障碍非痴呆到血管性痴呆的整个病理过程。血管性认知障碍非痴呆是一种介于正常认知与血管性痴呆的中间状态。在65-84岁的受试者中，血管性认知障碍非痴呆的患病率高于血管性痴呆^[12,13]，且其痴呆的转化率、死亡率显著增加^[9,11,14-16]。血管性认知障碍的患病率由65-74岁人群的2.0%增加至85岁以上人群的13.7%^[13]。平均每年有10%血管性认知障碍非痴呆患者进展为血管性痴呆，2年后约19%进展为血管性痴呆^[17,18]。

5 中医病因病机认识

血管性认知障碍根据其临床特征表现，可归属于中医学“痴呆”范畴，常见于中医学“健忘、善忘、喜忘、好忘、多忘、心神失常、呆病、痴证”等病证描述中。其临床核心症状主要表现为“言谈不知首尾，时作时止”，“转盼遗忘”，“语后便忘，回忆不能”，“神思不聚”，“持筹握算差”，“犹豫不决”，“言语懒”，“言语如凝”，“言善误”，“兴趣索然”，“思维迟钝”，“反应迟钝”，“忧愁思虑”，“肢体笨拙”，“步履迟重”^[19]等。

中医认为本病是由髓减脑消，神机失用所导致的一种神志异常的疾病，其形成多由于年迈体虚、七情内伤、久病耗损等病因导致气血不足，肾精亏耗，脑髓失养，或气滞、痰浊、血瘀、火毒痹阻于脑络而成^[20-22]。本病多发于中老年人群，因年迈之人，脏腑渐虚，髓海渐衰，虚气流滞，水津失布，痰瘀内结，化生痰浊，阻滞脑络，进而败坏脑髓形体，终致神机失用。

其病性以肝肾亏虚为本，痰瘀阻络为标。痴呆病位责之在脑，与心、肝、脾、肾四脏功能失调相关，尤以肾虚关系密切。其基本病机为肾虚痰浊血瘀。肾主脑髓，肾精亏虚、髓海不足是痴呆发生的根本因素，痰瘀内阻是疾病发生的基础，痰浊瘀血既是脏腑功能失调产物，

也是致病的重要因素；痰瘀壅滞、化热生风为疾病病情波动重要原因；浊邪蕴积、酿生浊毒为疾病病情加重的关键^[23]。痴呆证候要素气虚为主，其后依次为血瘀、痰、阴虚、阳虚、火。疾病初期，证候要素以气虚、痰、血瘀最为常见；随着疾病的进展，火的比例逐渐减少，阳虚的比例逐渐增高。疾病后期，证候要素以气虚、阳虚、血瘀、痰浊较为常见。其中，气虚程度越重，认知功能受损亚项越多^[24]。总之痴呆病机以虚为本，以实为标，临床多见虚实夹杂，论治当首分虚实，标本兼顾^[20]。

6 筛查

6.1 筛查评估工具及内容

参照《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1]进行如下评估：

6.1.1.临床评估

6.1.1.1 病史采集

应通过患者和知情者详细了解脑血管病、危险因素以及相关认知障碍的情况。如已出现认知下降，则进一步采集认知下降的起病时间、起病形式、具体表现、进展方式、诊治经过及转归，记录既往心血管和脑血管疾病史，有高血压、糖尿病、高血脂，心功能不全、房颤及饮酒、吸烟史等相关的血管危险因素，是否缺乏体育锻炼以及所有的药物使用情况，记录基本日常生活能力与工具性日常生活能力表现等。既往史：应包括以往基本健康状况，过去几年是否存在记忆障碍、思维和行动速度、精神状态及社会活动状况等。家族史要记录一级亲属的卒中史、其他血管性疾病和痴呆病史。

6.1.1.2 体格检查

首先评估患者的一般健康状况及精神状态，如出现下降，则进一步行神经系统检查，包括认知与行为症状，以及步态异常、震颤、平衡障碍、吞咽困难、假性球麻痹等表现；其他资料包括身高、体重、血压、腰围、定时步态及心血管体征等。

6.1.1.3 辅助检查

血液检测主要包括血常规、红细胞沉降率、电解质、血脂、血糖、肝肾功能、甲状腺功能及同型半胱氨酸、维生素B12和C反应蛋白等，影像学检查包括心电图、心脏超声、颈动脉超声和头颅CT/MRI等。

6.1.2 神经心理评估

根据2018中国痴呆与认知障碍诊治指南^[1]，推荐简易精神状态检查（mini-mental state examination, MMSE）（I级证据，A类推荐）用于痴呆的筛查，蒙特利尔认知评估量表（Montreal cognitive assessment, MoCA）（II级证据，B类推荐）用于轻度认知障碍的筛查，血管性痴呆评估量表（vascular dementia assessment scale-cog, VaDAS-cog）用于轻中度VaD药物疗效评价（I级证据，B类推荐）；日常能力量表（activity of daily living, ADL）用于评定日常生活能

力（专家共识）；临床痴呆评定量表（clinical dementia rating scale, CDR）用于痴呆严重程度的分级评定和随访（II级证据，B类推荐）。

对认知主诉的就诊者，选择MMSE和MoCA量表组合或类似的筛查量表组合进行初步筛查。筛查阳性者针对不同的认知域选择标准化测验进行系统评估（专家共识）。

6.1.3 影像学评估

MRI比CT更加敏感，血管损伤认知障碍分类研究共识（Guidelines from the vascular impairment of cognition classification consensus study, VICCCS）将MRI视为VCI神经影像诊断的“金标准”。2019年中国血管性认知障碍诊治指南^[1]推荐对所有可疑VCI的患者，均应进行神经影像检查，首选MRI检查。评估内容至少包括脑萎缩（部位与程度）；脑梗死（部位、大小、数量）；脑白质病变（范围）和脑出血（部位、大小、数量）。推荐使用国际血管性行为与认知障碍协会（International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders, VASCOG）影像学诊断标准。此外，心电图、心脏超声、颈动脉超声和头颅CT扫描等影像检查也可以在一定程度上支持评估。

6.2 区别血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆

6.2.1 血管性认知障碍

根据《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1]，VCI诊断需要具备的3个核心要素：

（1）存在认知损害：主诉或知情者报告或有经验临床医师判断存在认知障碍，而且神经心理学检测也有认知障碍的证据，和（或）客观检查证实认知功能较以往减退，并至少存在1个认知域的损害。

（2）存在血管性脑损伤的证据：包括血管危险因素、卒中病史、脑血管病的神经损伤症候、影像学显示的脑血管病变证据，以上各项不一定同时具备。

（3）明确血管性脑损伤在认知损害中占主导地位：明确血管性脑损伤在认知障碍中是否起主要作用是诊断血管性认知障碍的重要环节，尤其是合并有AD病理表现时，应根据认知障碍和脑血管病的临床表现结合神经影像表现判断血管性脑损伤对认知障碍的影响。

6.2.2 血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆的区别

根据《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1]，血管性认知障碍的程度及其亚型：

（1）血管性认知障碍非痴呆：存在1个或多个认知域的功能障碍，不影响日常生活的独立性（工具性日常生活能力正常或轻微受损），但是为了保持独立性，需要付出更大的努力或代偿性措施。

（2）血管性痴呆：临床表现为至少一个认知域存在显著的认知障碍（认知障碍可以存在于多个域中），其严重程度影响到日常生活的独立性，同时要排除脑血管事件感觉/运动障碍所致的日常生活能力障碍（独立于血管事件所致的运动/感觉后遗症）。脑血管事件或血管性脑损伤（病理/影像学）与认知障碍发生之间存在明显的时间关系。

7 未病先防

多部指南指出,血管性痴呆的防治应该把重心前移,将血管性认知障碍非痴呆患者纳入重点防控群体,预防向血管性痴呆的转变,其与中医学“治未病”中的“未病先防”思想一致。

7.1 危险因素控制

控制高血压、糖尿病、高胆固醇血症、肥胖、抽烟、低教育水平与心血管病等 7 个重要危险因素,有望减少全球 1/3 的痴呆发生,尤其是 VaD 的发生^[25]。根据 2019 年中国血管性认知障碍诊治指南推荐意见,锻炼、健康饮食、戒烟和教育可能降低 VCI 的风险,高危老年人群的多因素干预(锻炼、饮食、认知训练及血管危险因素控制)很可能对预防 VCI 有益^[1]。2016《中国血管性认知障碍诊疗指导规范》提出控制脑血管病危险因素是 VCI 一级预防的关键,应控制血压、血糖,并对中年高胆固醇血症患者进行降脂治疗,从而预防 VCI^[26]。

7.2 中医药干预方案

7.2.1 中医辨证治疗

7.2.1.1 肾精亏虚证

主症:智能减退,记忆力、计算力、定向力、判断力明显减退,神情呆钝,词不达意

次症:头晕耳鸣,懈惰思卧,齿枯发焦,腰酸骨软,步履艰难,遗精早泄

舌脉:舌瘦色淡,苔薄白,脉沉细弱

治法:补肾益髓,填精养神

推荐方药 1: 七福饮^[27](《景岳全书》)加减(证据级别: D, 推荐强度: 弱推荐)

主要药物组成:半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草。

随证加减:痰热者加黄连、瓜蒌以清化痰热,痰湿盛者加白术、苍术、白蔻仁等,瘀血重者加桃仁、红花、水蛭,兼气虚者加党参、太子参、黄芪等,兼阳虚者加杜仲、巴戟天、淫羊藿等以温补阳气。

推荐方药 2: 孔圣枕中丹^[28,29](《备急千金要方》)加减(证据级别: D, 推荐强度: 弱推荐)

主要药物组成:龟甲、龙骨、石菖蒲、远志。

随证加减:心脾两虚者可合用归脾汤,痰浊蒙窍者可合用涤痰汤,肾精虚衰者可合用左归丸。

推荐方药 3: 六味地黄丸^[30](《小儿药证直诀》)加减(证据级别: D, 推荐强度: 强推荐)

主要药物组成:熟地黄、酒萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻。

随证加减:阴虚火旺,骨蒸潮热者加知母、黄柏以清热降火;阴虚阳亢,头晕目眩者,加石决明、龟甲以潜阳;肾虚不摄,遗精滑泄者,加覆盆子、芡实、五味子以涩精止遗;大便干燥者,可酌加玄参、火麻仁以润肠通便。

推荐方药 4: 地黄饮子^[31](《圣济总录》)加减(证据级别: D, 推荐强度: 弱推荐)

主要药物组成：熟干地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、五味子、官桂、白茯苓、麦门冬、菖蒲、远志。

随证加减：肾精亏虚证者加黄精、女贞子、淫羊藿；肺脾气虚证者加人参、白术、黄芪；痰浊阻窍证加竹茹、浙贝母、法半夏；瘀血内阻证者加川芎、三七粉。

7.2.1.2 脾肾两虚证

主症：表情呆滞，沉默寡言，记忆减退，失认失算，口齿含糊，词不达意

次症：腰膝酸软，肌肉萎缩，食少纳呆，气短懒言，口涎外溢，或四肢不温，腹痛喜按，鸡鸣泄泻

舌脉：舌质淡白，舌体胖大，苔白，或舌红，苔少或无苔，脉沉细弱，双尺尤甚

治法：补肾健脾，益气生精

推荐方药：薯蓣丸^[32, 33]（《金匮要略》）加减（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：当归、桂枝、神曲、干地黄、大豆黄卷、甘草、人参、阿胶、川芎、白芍、白术、麦门冬、防风、杏仁、柴胡、桔梗、茯苓、干姜、白薇、大枣。

随证加减：阳虚者重用干姜，减少麦冬、地黄用量；血虚为重者重用地黄、芍药、当归；偏阴虚者轻干姜重麦冬。

7.2.1.3 气虚血瘀证

主症：神情呆滞，智力减低

次症：面色无华，气短乏力，或偏侧肢体活动无力或酸胀麻木，或兼胸闷太息，面色黯滞，烦乱，少寐

舌脉：舌黯淡或有瘀斑，脉弦细或沉缓而涩

治法：益气/理气化瘀，通络开窍

推荐方药：补阳还五汤^[34]（《医林改错》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花。

随证加减：半身不遂以上肢为主者，加桑枝、桂枝引药上行，下肢为主者，加牛膝、杜仲引药下行，语言不利者，加石菖蒲、郁金、远志，痰多者，加制半夏、天竺黄，偏寒者，加熟附子温阳散寒，脾胃虚弱者，加党参、白术补气。

7.2.1.4 痰浊蒙窍证

主症：表情呆钝，智力衰退，或哭笑无常，喃喃自语，或终日无语，呆若木鸡

次症：不思饮食，脱腹胀痛，痞满不适，口多涎沫，头重如裹

舌脉：舌质淡，苔白腻，脉滑

治法：豁痰开窍，健脾化浊

推荐方药 1：涤痰汤^[35]（《济生方》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：橘红、半夏、天南星、茯苓、枳实、竹茹、人参、石菖蒲、丹参、川芎、炙甘草。

随证加减：脾虚明显者，加党参、白术、麦芽、砂仁等；头重如裹，哭笑无常，喃喃自语，口多涎沫者，重用陈皮、半夏、制南星，并加用莱菔子、全瓜蒌、浙贝母等化痰祛痰之品；痰浊化热，干扰清窍，舌质红，苔黄腻，脉滑数者，将制南星改用胆南星，并加瓜蒌、栀子、黄芩、天竺黄、竹沥；伴有肝郁化火，灼伤肝血心液，症见心烦躁动，言语颠倒，歌笑不休，甚至反喜污秽，或喜食炭灰，宜用转呆汤加味。属风痰瘀阻，症见眩晕或头痛，失眠或嗜睡，或肢体麻木阵作，肢体无力或肢体僵直，脉弦滑，可用半夏白术天麻汤。

推荐方药 2：洗心汤^[36,37]（《辨证录》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：人参、茯神、生枣仁、半夏、陈皮、神曲、甘草、附子、菖蒲。

随证加减：脾虚甚者加入炒白术、白茯苓；头昏甚者加入佩兰、白豆蔻；痰多甚者加入前胡、天南星、白芥子、桔梗；肢体困重者加入薏苡仁、栀子；腹胀甚者加入大腹皮、麦芽。

推荐方药 3：温胆汤^[38,39]（《备急千金要方》）加减（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草。

随证加减：痰热者加黄连、瓜蒌以清化痰热，痰湿盛者加白术、苍术、白蔻仁等，瘀血重者加桃仁、红花、水蛭，兼气虚者加党参、太子参、黄芪等，兼阳虚者加杜仲、巴戟天、淫羊藿等以温补阳气。

推荐方药 4：复方菖蒲益智汤^[40-46]（《备急千金要方》菖蒲益智丸演变而成）（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：石菖蒲、黄连、郁金、川芎、地龙、丹参、赤芍、当归、茯苓、泽泻。

7.2.1.5 瘀血内阻证

主症：表情迟钝，言语不利，善忘，易惊恐，或思维异常，行为古怪

次症：肌肤甲错，口干不欲饮，双目晦暗

舌脉：舌质暗或有瘀点瘀斑，脉细涩

治法：活血化瘀，开窍醒脑

推荐方药 1：通窍活血汤^[47]（《医林改错》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：赤芍、川芎、桃仁、红枣、红花、老葱、鲜姜、麝香。

随证加减：若瘀痛入络加全蝎、穿山甲、地龙、三棱、莪术，气机瘀滞较重者，加川楝子、香附、青皮等。

推荐方药 2：抵挡汤^[48]（《伤寒论》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：水蛭、虻虫、桃仁、大黄。

随证加减：临床使用时加远志、茯苓、郁金、石菖蒲、半夏以达到益智安神的效果。气滞血瘀者加红花、郁金、牛膝、川芎；气虚血瘀者可加生黄芪、当归、鸡血藤；合有风痰阻络者加胆星、竹沥、菖蒲、远志；阴虚阳亢者可加龟板、女贞子、磁石、钩藤等。

推荐方药 3：桂枝茯苓丸^[49,50]（《金匮要略》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍。

随证加减：瘀血较重者可加地龙；痰瘀互结伴有精神症状者，可合用柴胡龙牡汤；气滞者加香附、陈皮等理气行滞。

7.2.2 中成药治疗

7.2.2.1 复方苡蓉益智胶囊^[51-54]（证据级别：C，推荐强度：强推荐）。适应症：益智养肝，活血化浊，健脑增智。用于轻、中度血管性痴呆肝肾亏虚兼痰瘀阻络证。症见智力减退、思维迟钝、神情呆滞、健忘，或喜怒不定、腰膝酸软、头晕耳鸣、失眠多梦等。用法用量：口服，一次4粒，一日3次。不良反应：个别病例出现心慌、恶心、腹痛、便溏、腹泻、腕腹胀满、食欲下降、轻度皮肤瘙痒等。

7.2.2.2 天智颗粒^[55-57]（证据级别：C，推荐强度：强推荐）。适应症：平肝潜阳、补益肝肾、益智安神。用于肝阳上亢的中风引起的智能减退，记忆力差，思维迟缓，定向力差、计算力差，理解多误，伴头晕目眩、头痛、烦躁易怒、失眠、口苦咽干、腰膝酸软等，即肝阳上亢的轻中度血管性痴呆属上述证候者。用法用量：口服，一次1袋，一日3次。不良反应：个别患者服药期间出现腹泻、腹痛、恶心、心慌等症状。

7.2.2.3 健脑补肾丸^[58]（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）。适应症：健脑补肾，益气健脾，安神定志。用于脾肾两虚所致的健忘、失眠、头晕目眩、耳鸣、心悸、腰膝酸软、遗精；神经衰弱和性功能障碍见上述证候者。用法用量：口服，用淡盐水或温开水送服，一次15丸，一日2次。不良反应：尚不明确，纳入文献未报道不良反应的发生。

7.2.2.4 苡蓉益肾颗粒^[59]（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）。适应症：补肾填精。用于肾气不足，腰膝酸软，记忆减退，头晕耳鸣，四肢无力。用法用量：口服，一次1袋，一日2次。不良反应：尚不明确，纳入文献未报道不良反应的发生。

7.2.3 非药物治疗

7.2.3.1 针刺治疗^[60]（证据级别：C，推荐强度：强推荐）

取穴：风府、百会、神庭、本神、素髌、内关、后溪、阳陵泉、太溪。

操作：选用0.30mm×25mm毫针，均上午针刺，先取侧卧位，常规消毒后，飞针法进针于风府穴，角度刺向下颌，进针约20mm，均匀捻转（平补平泻，频率为90次/分，捻转角度180°），2分钟后取针。再予平卧位，常规消毒后，针刺其他穴位，也用飞针法进针，针刺深度、针刺方向参照新世纪《针灸学》教材。素髌穴针入后不捻转提插，余穴均匀捻转（频率、角度同前），得气后留针30分钟。

7.3 西医干预方案

根据2019年《中国血管性认知障碍诊治指南》推荐^[1]，胆碱酯酶抑制剂与NMDA受体拮抗剂是用于VaD的治疗选择，其用于VCI的治疗效果有待进一步临床评价，对VCI患者的精神行为症状有一定的改善作用；丁苯酞、尼莫地平、银杏叶提取物、脑活素、小牛血去蛋白提取物等对VCI的治疗可能有效，但还需要更多的临床研究证据；抗精神病药物应在

充分考虑患者的临床获益和潜在风险后，对伴有精神症状的 VCI 患者谨慎使用。

7.4 生活方式干预与调护

认知障碍病机复杂，病情多变，单靠药物难以取得最佳效果，锻炼、健康饮食、戒烟和教育可能降低血管性认知障碍的风险，在长时程监控基础上实行综合干预方案，予生活方式调理、认知障碍康复、社会支持等多种治疗手段相配合，可降低认知衰退的风险^[1]。研究发现健康促进可改善中风后轻度认知障碍患者认知功能水平^[61]。健康促进能明显改善轻度认知障碍老年人的认知功能、生活方式、抑郁情绪、睡眠状况和生理生化指标^[62]。

7.4.1 饮食护理

调节饮食起居既是预防措施，又是治疗的重要环节。①病人应养成良好规律的生活习惯，饥饱适宜；②低盐、低脂饮食，戒烟，限酒，少食刺激性及肥甘厚味；③多吃蔬菜、鱼肉、坚果及具有补肾益精作用的食疗之品，如核桃、黑芝麻、山药等，并根据体质，提供可选择的膳食方案，如 a 核桃芝麻莲子粥：核桃仁 30g，黑芝麻 30g，莲子 15g，大米适量，加水煮粥服食。适用于髓海不足者。b 山药核桃粥：山药 100g，核桃 30g，大米适量，加水煮粥服食。用于脾肾不足者。c 鳖鱼骨髓汤：鳖 1 只，猪脊髓 150g，调料适量。将鳖宰杀洗净，与猪脊髓放入锅内，入调料，加适量清水煮至肉烂熟为止，吃肉饮汤。用于肾精亏虚者。④患者进食时尽量采取坐位，避免发生食物返流。喝流质饮食的时候最好采用吸管，将食物切成小块，采用易消化的食物为主^[63,64]。

7.4.2 情志护理

①要尊重患者独立人格，耐心和蔼对待患者。②对患者所做的努力，注意及时予以肯定和赞扬，增强患者生活的信心和兴趣^[65]。③主动与患者交流，语速缓慢，简单明了，也可使用肢体语言与患者进行沟通，避免用刺激性语言和命令的语言。④鼓励患者多说话、听音乐、看电视，还可以提问和回答问题等方式来训练语言。⑤患者对时间、地点、事物表述不清楚，鼓励患者参加一些力所能及的社会活动，如唱歌、跳舞、太极拳、玩扑克、手工制作等，反复训练记住物品放置位置，以帮助患者增强记忆^[66]。

7.4.3 日常调护

①起居规律，保证睡眠质量。②控制血脂、血压、血糖，避免脑外伤、煤气中毒。③多动脑，勤思考，适当娱乐活动，如阅报、打牌、下棋、书法、绘画、玩乐器、制作手工艺、上网、购物算账等，每个项目任选，建议每次坚持 40-60 分钟。④坚持体育锻炼，如步行、慢跑、骑自行车、游泳、打球、体操、跳舞、太极拳、八段锦等，根据个人情况，选择 1-2 个项目，建议每次坚持 30-40 分钟。⑤积极参加社交活动，如聚会、演出、各类协会或社区活动。

8 既病防变

重点是治疗血管性轻中度痴呆，延缓向血管性重度痴呆转变，其与中医学“治未病”中的“既病防变”思想一致。

8.1 危险因素控制

血管性痴呆危险因素的控制关键是脑血管病和痴呆危险因素，主要包括生活方式干预（如年龄、教育程度、吸烟、饮食结构、体育锻炼）与血管危险因素（包括高血压、高血脂、高血糖、心血管病、卒中复发等）的控制。锻炼、健康饮食、戒烟和教育可能降低血管性痴呆的风险。高危老年人群的多因素干预（锻炼、饮食、认知训练及血管危险因素控制）很可能对预防血管性痴呆有益^[1,67]。

8.2 中医药干预方案

8.2.1 中医辨证治疗

8.2.1.1 肾精亏虚证

主症：智能减退，记忆力、计算力、定向力、判断力明显减退，神情呆钝，词不达意

次症：头晕耳鸣，懈惰思卧，齿枯发焦，腰酸骨软，步履艰难，遗精早泄

舌脉：舌瘦色淡，苔薄白，脉沉细弱

治法：补肾益髓，填精养神

推荐方药：七福饮^[68]（《景岳全书》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草。

随证加减：痰热者加黄连、瓜蒌以清化痰热，痰湿盛者加白术、苍术、白薏仁等，瘀血重者加桃仁、红花、水蛭，兼气虚者加党参、太子参、黄芪等，兼阳虚者加杜仲、巴戟天、淫羊藿等以温补阳气。

8.2.1.2 脾肾两虚证

主症：表情呆滞，沉默寡言，记忆减退，失认失算，口齿含糊，词不达意

次症：腰膝酸软，肌肉萎缩，食少纳呆，气短懒言，口涎外溢，或四肢不温，腹痛喜按，五更泄泻

舌脉：舌质淡白，舌体胖大，苔白，或舌红，苔少或无苔，脉沉细弱，双尺尤甚

治法：补肾健脾，益气生精

推荐方药：加味桑麻地黄颗粒^[69]加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：黑芝麻、熟地黄、山茱萸、怀山药、牡丹皮、茯苓、党参、白术、当归、川芎、桑叶、姜半夏、陈皮、炙甘草。

随证加减：大便干者加火麻仁、郁李仁以养阴润燥；失眠心烦者加首乌藤、百合以养心安神；汗出多者加五味子、山茱萸以滋阴敛汗。

8.2.1.3 气虚血瘀证

主症：神情呆滞，智力减低

次症：面色无华，气短乏力，或偏侧肢体活动无力或酸胀麻木，或兼胸闷太息，面色黯滞，烦乱，少寐

舌脉：舌黯淡或有瘀斑，脉弦细或沉缓而涩

治法：益气/理气化瘀，通络开窍

推荐方药：补阳还五汤^[70-73]（《医林改错》）加减（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花。

随证加减：半身不遂以上肢为主者，加桑枝、桂枝引药上行；下肢为主者，加牛膝、杜仲引药下行；语言不利者，加石菖蒲、郁金、远志；痰多者，加制半夏、天竺黄；偏寒者，加熟附子温阳散寒；脾胃虚弱者，加党参白术补气。

8.2.1.4 痰浊蒙窍证

主症：表情呆钝，智力衰退，或哭笑无常，喃喃自语，或终日无语，呆若木鸡

次症：不思饮食，脱腹胀痛，痞满不适，口多涎沫，头重如裹

舌脉：舌质淡，苔白腻，脉滑

治法：豁痰开窍，健脾化浊

推荐方药 1：涤痰汤^[74]（《济生方》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：橘红、半夏、天南星、茯苓、枳实、竹茹、人参、石菖蒲、丹参、川芎、炙甘草。

随证加减：脾虚明显者，加党参、白术、麦芽、砂仁等；头重如裹，哭笑无常，喃喃自语，口多涎沫者，重用陈皮、半夏、制南星，并加用莱菔子、全瓜蒌、浙贝母等化痰祛痰之品；痰浊化热，干扰清窍，舌质红，苔黄腻，脉滑数者，将制南星改用胆南星，并加瓜蒌、栀子、黄芩、天竺黄、竹沥；伴有肝郁化火，灼伤肝血心液，症见心烦躁动，言语颠倒，歌笑不休甚至反喜污秽，或喜食炭灰，宜用转呆汤加味。属风痰瘀阻，症见眩晕或头痛，失眠或嗜睡，或肢体麻木阵作，肢体无力或肢体僵直，脉弦滑，可用半夏白术天麻汤。

推荐方药 2：洗心汤^[75]（《辨证录》）加减（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

主要药物组成：人参、茯神、生枣仁、半夏、陈皮、神曲、甘草、附子、菖蒲。

随证加减：脾虚甚者加入炒白术、白茯苓；头昏甚者加入佩兰、白豆蔻；痰多甚者加入前胡、天南星、白芥子、桔梗；肢体困重者加入薏苡仁、栀子；腹胀甚者加入大腹皮、麦芽。

8.2.1.5 瘀血内阻证

主症：表情迟钝，言语不利，善忘，易惊恐，或思维异常，行为古怪

次症：肌肤甲错，口干不欲饮，双目晦暗

舌脉：舌质暗或有瘀点瘀斑，脉细涩

治法：活血化瘀，开窍醒脑

推荐方药：通窍活血汤^[76, 77]（《医林改错》）加减（证据级别：C，推荐强度：强推荐）

主要药物组成：赤芍、川芎、桃仁、红花、老葱、鲜姜、麝香。

随证加减：若瘀痛入络加全蝎、穿山甲、地龙、三棱、莪术，气机瘀滞较重者，加川楝子、香附、青皮等。

8.2.2 中成药治疗

8.2.2.1 天智颗粒^[78]（证据级别：B，推荐强度：弱推荐）。适应症：平肝潜阳，补益肝肾，益智安神。用于肝阳上亢的中风引起的智能减退，记忆力差，思维迟缓，定向力差、计算力差，理解多误，伴头晕目眩、头痛、烦躁易怒、失眠、口苦咽干、腰膝酸软等。用法用量：口服，一次1袋，一日3次。不良反应：尚不明确，纳入文献未报道不良反应的发生。

8.2.2.2 复方苡蓉益智胶囊^[78]（专家共识）。适应症：益智养肝，活血化浊，健脑增智。用于轻、中度血管性痴呆肝肾亏虚兼痰瘀阻络证。症见智力减退、思维迟钝、神情呆滞、健忘，或喜怒不定、腰膝酸软、头晕耳鸣、失眠多梦等。用法用量：口服，一次4粒，一日3次。不良反应：个别病例出现心慌、恶心、腹痛、便溏、腹泻、腕腹胀满、食欲下降、轻度皮肤瘙痒等。

8.2.3 非药物疗法

8.2.3.1 针刺^[60]（证据级别：C，推荐强度：强推荐）

主穴：四神聪、本神（双）、百会、风池（双）。

配穴：痰浊阻窍加足三里（双）、丰隆（双）、水沟；髓海不足加太溪（双）、悬钟、大椎；肝肾不足加肝俞（双）、肾俞（双）、命门；气滞血瘀取合谷（双）、血海（双）。

操作：用不锈钢针平刺，得气后主穴接电针仪，采用疏密波频率14~16Hz刺激量，以患者能耐受为度，每次30分钟，余穴平补平泻。

8.2.3.2 穴位按摩^[79]（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

取穴：内关、曲池、合谷、少海、涌泉、照海、昆仑

操作方法：对于上肢，可在内关、曲池、合谷和少海穴位进行按摩5min，与此同时，操作者使用自己的食指对内关穴进行按压，其指腹可以对准患者的合谷穴继续按压，另一手的拇指进行稍微调整位置后对曲池穴进行缓慢的按压，同时行肢体功能练习，下肢选涌泉穴、照海和昆仑等穴位进行按摩，后按照上肢的方法锻炼。

8.2.3.3 中医情志护理^[80]（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

大部分血管性痴呆患者伴有抑郁、急躁等症状，需引入情志护理以改善负性情绪，通过以情胜情的方法为患者制定针对性、个体化的心理护理方案以安抚情绪，增强自信心；通过借情的方法转移其对疾病的注意力；通过静志安神法调畅气机，使患者以乐观的心态面对疾病，提高依从性。对家属培训以上方法的同时每月定期电话或上门随访2次，以了解并指导患者的康复情况

8.3 西医干预方案

根据《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1]和《中国卒中后认知障碍防治研究专家

共识》^[81]，西医治疗药物包括胆碱酯酶抑制剂（多奈哌齐、卡巴拉汀、加兰他敏）、非竞争性 N-甲基-D-天冬氨酸（N-methyl-D-aspartic acid receptor,NMDA）受体拮抗剂（美金刚）、尼麦角林、尼莫地平、丁苯酞、奥拉西坦等^[81]。对于 VCI 合并 AD 的混合性痴呆，胆碱酯酶抑制剂与美金刚也是治疗选项。丁苯酞、尼莫地平、脑活素、小牛血去蛋白提取物等对 VCI 的治疗可能有效，但还需要更多的临床研究证据。治疗 VCI 精神行为症状应首选非药物治疗；胆碱酯酶抑制剂与 NMDA 受体拮抗剂对精神行为症状有一定的改善作用；使用抗精神病药物时应充分考虑患者的临床获益和潜在风险^[1]。

8.4 生活方式干预与调护

VaD 患者通常集失能、失智和人格行为改变于一身，对照护的需求多，依赖性强，需要通过医疗、照护及社会服务等多渠道合作为患者及其照护者提供针对日常生活、认知功能和情感行为等多方位的综合管理模式^[82]。

8.4.1 饮食护理

研究表明饮食模式与认知功能之间存在因果关系，通过饮食改善代谢水平和血管功能，可以有效延缓认知功能下降并保持大脑健康^[83]。①VaD 患者因遗忘通常无法按时按量进食和饮水，故应给患者规定吃饭时间，吃饭时有人在旁边监督和保护及帮助，保证患者的营养、能量和水分等。②地中海饮食以植物为基础，富含抗氧化剂的饮食模式可以改善患者的认知功能，降低痴呆进展^[84]。③痴呆患者的餐具尽可能使用不容易碎的塑料碗、塑料碟子、塑料杯子，以免打碎。④日常生活中鼓励患者增加水果、蔬菜、海鲜、坚果、谷类和豆类的摄入，多食补肾益精之品，如核桃、黑芝麻、山药等，多用橄榄油烹饪，避免高盐、高糖、高脂饮食，并减少咖啡、浓茶、碳酸饮料和含糖饮料的食用。⑤可进行药膳调理，改善机体状态，如 a 羊肉炖栗枸：羊肉 90g，枸杞子 15g，栗子 15g，调料适量，将羊肉洗净切块，与其他一起炖熟服食，用于肝肾亏虚者。b 鹌鹑蛋炖核桃枸杞子：鹌鹑蛋 5 个，核桃肉 15g，枸杞子 10g；将鹌鹑蛋用文火煮熟去壳，再一起炖熟服食。用于肾气亏虚者。c 女贞子煎：女贞子 15g，黑芝麻、草决明、枸杞子各 10g；水煎服，每日 1 剂。用于肝肾阴虚者。d 增智益肾糕：核桃仁 30g，莲子肉 20g，黑芝麻、枸杞子各 10g，玉米、山药粉各 200g，加红糖适量做糕。用于脾肾俱虚者。

8.4.2 情志护理

VaD 患者多数经历情绪、感知、思维和性格变化，有敏感、脆弱、自卑的心理感受，常出现焦虑、抑郁、愤怒的负面情绪，导致患者生活质量下降，加剧对认知功能的损害^[85]。对患者情感心理问题进行有效的管理干预，可以在改善患者认知功能的同时，提高日常生活能力，减轻心理情感负担^[86]。①鼓励患者加入互助小组，与病友们多多沟通交流，鼓励把心中的苦闷讲出来，调节因疾病带来生活巨变的心理不适。②尝试跳舞、绘画、饲养花草、唱歌、烹饪等具有趣味性且容易完成的活动，可以转移对负面情绪的过多关注，并保持和家人的交流互动。③对有性情、人格改变、孤独感、多疑、幻觉、情绪失控的患者，应注意以劝导、

安慰的方式，不要阻止和指责，多倾听和陪伴，尽可能满足患者的合理需求，防止其自伤、伤人、毁物及走失等意外事故。④尊重病人的人格和自尊，不因其智力低下而任意讥笑，经常抚摸病人，并用亲切的话语给病人以关心和爱护，保持亲人之间的情感交流。

8.4.3 日常调护

VaD 患者的日常护理与痴呆严重程度密切相关，通常轻度患者只需要很少的帮助就可以正常生活，但重度患者的临床表现多变且具有毁灭性，包括认知障碍、缺乏活动、跌倒、吞咽困难、吸入性肺炎和行为症状等，患者的日常生活几乎完全依赖他人^[87, 88]。因此，跨越患者和照护者，医疗和社会的综合护理措施对于 VaD 患者的日常生活需求至关重要。具体内容包括：①养成规律的睡眠时间。痴呆患者的行为异常易在夜间发作，应注意睡前减少过于兴奋、刺激的活动，白天午睡时间避免过长；②使用便签或信息卡片。对于出现记忆力衰退的痴呆患者，便签可以提醒近期的约定、工作任务、需要完成的事情、朋友或爱人的生日等重要事项，佩戴基本信息卡片则可以避免单独外出时走失；③调整起居环境，防止跌倒。选用蹲坐式马桶、调整床的高度，并可为行动不便的患者配备辅助器械，如拐杖、轮椅、助行器等；④注意卫生及营养情况。痴呆患者因生活自理能力差，易发生营养不良、肺部感染、泌尿系感染、压疮、心脑血管病、全身性器官衰竭等并发症，应密切关注日常基本情况；⑤照护者支持管理。在与患者进行交流时，可以适时的幽默、分散注意力、给患者充分的回复时间，适当降低语速、简化语句、加上肢体语言等以帮助患者理解。鼓励照护者增加陪伴时间，陪同患者外出散步，或参加学习和力所能及的社会、家庭活动，减少独处时间，使患者去除孤独、寂寞感，感到家庭的温馨和生活的快乐。

9 慢病管理

血管性认知障碍发病尚有多种可控危险因素，包括血管相关危险因素、生活行为方式和社会心理因素等，加强患者监测，建立慢病管理档案，定期随访，每隔 3 个月、1 年、5 年，甚至 10 年，对患者进行全程长时间段的管理（专家共识）。

9.1 医联体的建立

在政府的支持下，建立政府-三级医院-二级医院-基层的慢病管理网络，进行医疗卫生资源的纵向性整合。以三级综合医院为核心，带动区域内的其它各级医疗卫生机构，组成内部统一管理的区域性医院联合体^[89]，实现合理分配医疗资源，提高服务效能，构建“小病在社区、大病在医院、康复回社区”的分级诊疗模式^[90]。通过涵盖片区内不同类型、不同层级的医疗机构，挖掘内部各级医疗机构潜能，优化医疗资源配置，促使优质资源走进基层，完善医疗服务体系，实现患者有序就医以及有效的慢病管理^[91]。

9.2 管理措施

逐步将血管性认知障碍纳入基层慢病管理，建立政府支持-三级医院-二级医院-基层的慢病管理网络，制定包括检查与诊断、评估与照护计划、医疗管理、信息、教育和支持等在内

的照护目标，实现血管性认知障碍社区规范管理模式，并制定个体化照护方案。具体内容包括：①健康筛查：通过前述第6条筛查方式及工具筛出血管性认知障碍人群，建立患者登记，安排及时就诊，实现慢病早诊断早筛查早治疗；②目标人群建档：对于筛查的血管性认知障碍高危人群给予建档管理，通过定期监测、随访，及时为患者提供专业信息指导；③不同人群给予不同治未病干预方案：对轻中度患者，积极进行中西医对症治疗，延缓向重度转变；对有脑血管病的患者，在认知障碍发生前尽早对危险因素积极控制；对于老年人建立健康档案及时监测与随访；④定期随访：血管性认知障碍患者应定期到神经内科或老年科进行随访，日常注意患者病情的进展，评估一般健康状况及精神认知状态，危险因素及血管情况；对于病情进展快的，及时引导至上级医院诊疗；⑤健康教育：加强健康教育，提升患者的自我管理能力和改善患者的身体状况和生活质量，加强对血管性认知障碍的专业宣传，让社区居民对血管性认知障碍增加了解，从而增强相关管理的有效实施。

附录

资料性附录

1. 痴呆证候要素诊断量表

表 A 血管源性轻度认知障碍证候要素诊断量表

证候要素	症状	量化分
气虚	乏力	2
	气短	10
	神疲	6
	心悸	4
	舌有齿痕	4
	舌胖大	8
	脉细	2
	脉弱	4
火	急躁易怒	8
	烦躁	2
	口臭	6
	消谷善饥	4
	舌红	6
	舌苔黄	10
	脉数	4
痰	胸闷	6
	头重如裹	4
	形体肥胖	2
	舌苔厚	10
	舌苔腻	10
	脉滑	4
血瘀	口唇紫暗	10
	面色晦暗	6
	肌肤甲错	6
	舌下脉络曲张	6
	舌暗	6
	舌有瘀点、瘀斑	4
阳虚	夜尿频多	6
	尿后余沥	5
	腰膝酸软/痛	10
	脉沉	8
	脉迟	10
阴虚	潮热盗汗	6
	双目干涩	10
	耳鸣	4
	舌红	4
	少苔或无苔	4

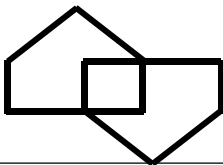
	脉细	2
	脉沉	4

当总分 ≥ 10 分时，证候要素诊断成立。

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿

2. 筛查量表

简明精神状态检查量表 (MMSE)

检 查 项 目	分 值
1、今年是哪一年？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
现在是什么季节？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
现在是几月份？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
今天是几号？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
今天是星期几？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2、你现在是在哪个国家？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
你现在是在哪个城市？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
你现在是在哪个区？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
你现在是在哪个医院？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
这里是第几层楼？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3、现在我告诉您三样东西，在我说完之后，请您再重复一遍，请您好好记住这三样东西，过一会还要问您 树 钟 汽车 （各 1 分 共 3 分）	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4、100-7=? 连续 5 次 （各 1 分 共 5 分）	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
5、现在请您回忆一下，说出刚才我让您记住的那三件东西是什么？（各 1 分 共 3 分）	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6、（出示手表）这个东西叫什么？ （出示铅笔）这个东西叫什么？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
7、现在我要说一句话，请清楚地重复一遍 “大家齐心协力拉紧绳”	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
8、我给您一张纸，请按我说的话去做，现在开始：“用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，然后放在您的左腿上”（每项 1 分 共 3 分）	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
9、请您念一念这句话，并且按着上面的意思去做 闭上您的 眼睛	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
10.请您写一个完整的句子	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
11.（出示图案）请您照着这个样子把它画下来 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
合 计	分

视觉空间与执行功能		复制立方体		画钟表 (11点过10分) (3分)		得分																		
						___/5																		
命名						___/3																		
						___/3																		
记忆		读出下列词语,而后由患者重复 上述过程重复2次 5分钟后回忆		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>面孔</td> <td>天鹅绒</td> <td>教堂</td> <td>菊花</td> <td>红色</td> </tr> <tr> <td>第一次</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第二次</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色	第一次						第二次						不 计 分
	面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色																			
第一次																								
第二次																								
注意		读出下列数字,请患者重复 (每秒1个)		顺背 [] 2 1 8 5 4 倒背 [] 7 4 2		___/2																		
读出下列数字,每当数字1出现时,患者必须用手敲打一下桌面,错误数大于或等于2个不给分		[] 521394118062151945111141905112		___/1																				
100连续减7		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		___/3																				
语言		重复: 我只知道今天张亮是来帮过忙的人 [] 狗在房间的时候,猫总是躲在沙发下面 []		___/2																				
流畅性: 在1分钟内尽可能多的说出动物的名字		[] _____ (N ≥ 11 名称)		___/1																				
抽象		词语相似性: 如香蕉-桔子=水果 [] 火车-自行车 [] 手表-尺子		___/2																				
延迟回忆		回忆时不能提示		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>面孔</td> <td>天鹅绒</td> <td>教堂</td> <td>菊花</td> <td>红色</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色	[]	[]	[]	[]	[]	___/5								
面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色																				
[]	[]	[]	[]	[]																				
选项		分类提示 多选提示		仅根据非提示回忆 计分		___/5																		
定向		[] 日期 [] 月份 [] 年代 [] 星期几 [] 地点 [] 城市		___/6																				
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004 Beijing version 26 August, 2006 translated by Wei Wang & Hengge Xie					总分 ___/30																			

19

日常能力量表 (activity of daily living, ADL)

现在我想问些有关您平常每天需要做的事情,我想知道您可以自己做这些事情,需要人家帮助,或者您根本没办法做这些事? ①自己可以做②有些困难③需要帮助④根本没法做。总分 20-80 分。

圈上最适合的情况

1	吃饭	1	2	3	4
2	穿脱衣服	1	2	3	4
3	洗漱	1	2	3	4
4	上下床、坐下或站起	1	2	3	4
5	室内走动	1	2	3	4
6	上厕所	1	2	3	4
7	大小便控制	1	2	3	4
8	洗澡	1	2	3	4
9	自己搭乘公共汽车 (知道乘哪一路车,并能独自去)	1	2	3	4
10	在住地附近活动	1	2	3	4
11	自己做饭 (包括生火)	1	2	3	4
12	吃药 (能记住按时服药,并能正确服药)	1	2	3	4
13	一般轻松家务 (扫地、擦桌)	1	2	3	4
14	较重家务 (擦地擦窗,搬东西等)	1	2	3	4
15	洗自己的衣服	1	2	3	4
16	剪脚趾甲	1	2	3	4
17	购物	1	2	3	4
18	使用电话	1	2	3	4
19	管理个人钱财	1	2	3	4
20	独自在家 (能独自在家呆一天)	1	2	3	4
得 分					

参考文献

- [1] 中国医师协会神经内科分会认知障碍专业委员会. 2019 年中国血管性认知障碍诊治指南[J]. 中华医学杂志, 2019(35):2737-2744.
- [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] Association A. 2015 Alzheimer's disease facts and figures[J]. Alzheimers Dement, 2015,11(3):332-384.
- [4] Kandiah N, Ong P A, Yuda T, et al. Treatment of dementia and mild cognitive impairment with or without cerebrovascular disease: Expert consensus on the use of Ginkgo biloba extract, EGb 761(®)[J]. CNS Neurosci Ther, 2019,25(2):288-298.
- [5] Ihrl R, Bunevicius R, Frölich L, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care[J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2015,19(1):2-7.
- [6] Gorelick P B, Scuteri A, Black S E, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association[J]. Stroke, 2011,42(9):2672-2713.
- [7] 2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(十一): 非阿尔茨海默病痴呆的治疗[J]. 中华医学杂志, 2020(17):1294-1295.
- [8] 田金州, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[J]. 中国老年学杂志, 2002(05):329-331.
- [9] Prince M. World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia[J]. 2015.
- [10] Lobo A, Launer L J, Fratiglioni L, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group[J]. Neurology, 2000,54(11 Suppl 5):S4-S9.
- [11] Jiao C, Wei S, Liu T, et al. The Prevalence of Vascular Dementia in China: A Systematic Review and Meta-Analysis from 2009-2019[J]. Iran J Public Health, 2021,50(1):11-23.
- [12] Dharmasaroja P A, Limwongse C, Charernboon T. Incidence and risk factors of vascular dementia in Thai stroke patients[J]. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2020,29(8):104878.
- [13] Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging[J]. Neurology, 2000,54(2):447-451.
- [14] Hachinski, Vladimir. Preventable senility: A call for action against the vascular dementias.[J]. Lancet, 1992.
- [15] Moorhouse P, Rockwood K. Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments[J]. Lancet Neurol, 2008,7(3):246-255.
- [16] Dichgans M, Zietemann V. Prevention of Vascular Cognitive Impairment[J]. Stroke, 2012,43(11):3137-3146.
- [17] Tham W, Auchus A P, Thong M, et al. Progression of cognitive impairment after stroke: One year results from a longitudinal study of Singaporean stroke patients[J]. Journal of the Neurological Sciences, 2002,203-204(6):49-52.
- [18] Wentzel, Rockwood, MacKnight, et al. Progression of impairment in patients with vascular cognitive impairment without dementia.[J]. Neurology, 2001.
- [19] 薛斐然, 张允岭, 金香兰, 等. 血管源性轻度认知障碍中医核心术语在不同人群中应答情况研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2013,8(02):194-196.
- [20] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [21] 王永炎, 张伯礼. 中医脑病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [22] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [23] 张艳霞, 张允岭, 金香兰, 等. 脑白质疏松轻度认知障碍中医干预模糊综合评价研究[J]. 中华中医药杂志, 2014,29(12):3708-3711.
- [24] 陈宝鑫, 金香兰, 郭蓉娟, 等. 不同合并症对血管源性轻度认知障碍证候要素的影响[J]. 环球中医药, 2015,8(08):926-929.
- [25] Norton S, Matthews F E, Barnes D E, et al. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data[J]. Lancet Neurology, 2014,13(8):788-794.
- [26] 王拥军. 2016 中国血管性认知障碍诊疗指导规范[J]. 心脑血管病防治, 2017,17(01):8-11.
- [27] 肖会峰, 楼敏芳, 孙沐炎, 等. 加味七福饮联合口服多奈哌齐治疗非痴呆性血管性认知障碍

- 60 例临床观察[J]. 浙江临床医学, 2019,21(4):506-508.
- [28] 刘江华, 姜磊, 杨晶, 等. 加味孔圣枕中丹治疗轻中度血管性认知障碍肾精亏虚证临床疗效及对血清脑源性神经营养因子和血管内皮生长因子水平的影响[J]. 河北中医, 2021,43(11):1790-1794.
- [29] 吴金隆, 杨堃, 刘晓霞, 等. 非痴呆型血管性认知障碍治疗研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2018,38(08):1109-1111.
- [30] 张现伟, 刘东生, 陈昕, 等. 六味地黄丸联合丁苯酞胶囊治疗脑小血管病伴非痴呆型血管性认知障碍的临床研究[J]. 山西医药杂志, 2020,49(23):3198-3200.
- [31] 刘占国, 程文静, 宋国红, 等. 加味地黄饮子联合西医常规疗法治疗非痴呆型血管性认知功能障碍肾虚痰阻证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2021,28(10):116-120.
- [32] 刘金欢, 陈军, 谭子虎, 等. 加减薯蓣丸对非痴呆型血管性认知障碍患者认知功能的1H-MRS 初步分析[J]. 中华医学杂志, 2014(39):3075-3078.
- [33] 谭子虎, 兰汉超, 杨琼, 等. 加减薯蓣丸对非痴呆血管性认知功能障碍早期干预的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013,33(1):27-30.
- [34] 倪淼焱. 加味补阳还五汤治疗非痴呆型血管性认知障碍气虚血瘀证临床研究[D]. 南京中医药大学, 2021.
- [35] 罗玮, 刘玲. 加味涤痰汤治疗缺血性脑卒中后轻度认知障碍临床观察[J]. 陕西中医, 2016,37(02):149-150.
- [36] 周嘉琪, 魏立萍, 陈丽萍, 等. 通督调神针刺法联合洗心汤化裁对血管源性轻度认知障碍患者认知功能及脑血流量的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022,17(02):368-374.
- [37] 郭玮, 杜朋, 邓传贤, 等. 洗心汤化裁治疗老年中风后轻度认知障碍虚瘀浊毒证 40 例[J]. 环球中医药, 2021,14(12):2264-2267.
- [38] 饶凯华, 于晓明, 赵丽群. 中西医结合治疗 VCIND 的疗效评价[J]. 光明中医, 2016,31(22):3331-3334.
- [39] 赵丽群, 饶凯华, 刘海顺. 加味温胆汤联合尼莫地平片治疗非痴呆型血管性认知功能障碍的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2014,21(28):113-116.
- [40] 饶星明, 李林芳. 复方菖蒲益智汤联合尼莫地平治疗脑卒中后轻度认知功能障碍患者的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022,15(06):65-68.
- [41] 宋青松, 姜波. 复方菖蒲益智汤联合西药对脑卒中后轻度认知功能障碍的影响[J]. 临床研究, 2020,28(05):120-121.
- [42] 周健, 曹刚, 任晶晶. 复方菖蒲益智汤治疗中风后轻度认知功能障碍临床观察及对谷胱甘肽过氧化物酶、脂质过氧化物的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2020,47(12):117-120.
- [43] 宋青松, 姜波. 复方菖蒲益智汤联合西药对脑卒中后轻度认知功能障碍的影响[J]. 临床研究, 2020,28(05):120-121.
- [44] 杨丽静, 田军彪, 刘学飞, 等. 复方菖蒲益智汤联合尼莫地平治疗中风后轻度认知功能障碍的临床研究[J]. 中国药房, 2017,28(14):1938-1941.
- [45] 杨丽静, 田军彪, 刘学飞, 等. 复方菖蒲益智汤治疗中风后轻度认知功能障碍的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2017,33(03):235-238.
- [46] 杨丽静, 田军彪, 刘学飞, 等. 复方菖蒲益智汤治疗中风后轻度认知功能障碍痰浊瘀阻证的疗效分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016,22(12):200-204.
- [47] 张凯欣. 通窍活血汤加减治疗脑小血管病相关轻度认知功能障碍的临床研究[D]. 山东中医药大学, 2021.
- [48] 王永立. 抵挡汤治疗中风后轻度认知障碍的临床效果[J]. 中国疗养医学, 2019,28(2):179-181.
- [49] 朱兆武, 朱瑞增. 桂枝茯苓丸治疗慢性脑血管功能不全所致轻度认知功能障碍的临床效果[J]. 中国老年学杂志, 2018,38(14):3431-3432.
- [50] 陈姝, 王箐楠, 孙凤, 等. 桂枝茯苓丸治疗慢性脑血管功能不全所致轻度认知功能障碍的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2015,19(09):137-139.
- [51] 高磊, 张宪忠, 刘相静, 等. 复方苈蓉益智胶囊治疗中风后轻度认知障碍的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2015,10(01):65-68.
- [52] 王雅荣. 益肾化痰活血法治疗中风后轻度认知障碍的临床研究[D]. 河北医科大学, 2014.
- [53] 孟超. 益肾活血化痰法治疗中风后轻度认知功能损害的临床研究[D]. 长春中医药大学, 2012.
- [54] 张莹. 基于脑髓理论对血管源性轻度认知障碍（肾虚痰浊血瘀证）进行中医干预的临床研究[D]. 长春中医药大学, 2010.

- [55] 康梅娟, 张保朝, 温昌明. 天智颗粒对非痴呆性血管认知障碍的疗效及对脂蛋白相关磷脂酶A2的影响[J]. 中药材, 2015,38(12):2661-2663.
- [56] 牛智领, 牛好敏, 刘远洪, 等. 天智颗粒治疗缺血性脑小血管病轻度认知障碍的效果观察[J]. 中国医药, 2014,9(7):986-988.
- [57] 李香, 方圆, 陈文武, 等. 天智颗粒对非痴呆性血管认知障碍患者的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013,16(03):63-65.
- [58] 欧阳四新, 欧阳祖新. 健脑补肾丸治疗缺血性中风后轻度认知功能障碍 39 例疗效观察[J]. 中医药导报, 2011,17(5):41-42.
- [59] 顾超, 沈婷, 袁灿兴, 等. 苁蓉益肾颗粒治疗非痴呆型血管性认知损害病人 60 例临床观察[J]. 实用老年医学, 2017,31(2).
- [60] 曹洪欣. 中医循证临床实践指南[M]. 2011.
- [61] 贾蓓, 金香兰, 张志辰, 等. 健康促进对中风后轻度认知障碍患者认知功能的干预作用观察[J]. 世界中医药, 2016,11(01):22-28.
- [62] 赵春善. 轻度认知障碍老年人认知功能干预模式的构建及其干预效果评价[D]. 延边大学, 2016.
- [63] 李春花. 浅谈老年痴呆患者的日常护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(91):326-327.
- [64] 浦上克哉. 老年痴呆症的预防与陪护指南[M]. 广州: 广东科技出版社, 2016.
- [65] 王书霞, 万会芳. 老年性痴呆的护理管理[J]. 医药产业资讯, 2005(24):88.
- [66] 蓝亚燕, 莫俊, 孟成. 中医情志护理对血管性痴呆患者焦虑及抑郁情绪的影响[J]. 新中医, 2020,52(21):120-123.
- [67] 董强, 郭起浩, 罗本燕, 等. 卒中后认知障碍管理专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2017,12(06):519-531.
- [68] 王位, 刘茜茜. 七福饮加味治疗轻中度血管性痴呆肾虚髓减证临床研究[J]. 新中医, 2021,53(14):46-48.
- [69] 房超群. 加味桑麻地黄颗粒治疗脾肾两虚型轻中度血管性痴呆的临床研究[D]. 山东中医药大学, 2021.
- [70] 王峥, 林琳. 补阳还五汤联合西药治疗缺血性脑卒中后血管性痴呆疗效及对血清炎症因子、氧化应激指标和血管内皮活性物质的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2022,31(04):469-473.
- [71] 易艳兰. 补阳还五汤联合丁苯酞软胶囊对气虚血瘀型血管性痴呆患者认知功能的影响[D]. 广西中医药大学, 2021.
- [72] 白亮, 黄赛娥, 陈雨, 等. 补阳还五汤联合多奈哌齐治疗血管性痴呆 40 例[J]. 福建中医药, 2017,48(5):47, 49.
- [73] 王金树, 黄志雄. 补阳还五汤联合胞磷胆碱胶囊治疗气虚血瘀型脑梗死后血管性痴呆临床效果分析[J]. 中外医疗, 2016,35(35):7-10.
- [74] 曲悦君, 刘华锋, 高均. 中西医结合治疗血管性痴呆 45 例临床疗效分析[J]. 新中医, 2018,50(03):57-60.
- [75] 康萍香, 齐晓霞, 高霞, 等. 洗心汤加减联合奥拉西坦治疗痰浊蒙窍型血管性痴呆的临床研究[J]. 陕西中医, 2016(1):35-37.
- [76] 姜华, 邓芬. 通窍活血汤结合奥拉西坦治疗血管性痴呆疗效观察[J]. 中医学报, 2018,33(08):1515-1519.
- [77] 齐霁, 褚颖, 李长慧, 等. 通窍活血汤联合奥拉西坦治疗血管性痴呆的临床分析[J]. 中药药理与临床, 2017,33(6):134-136.
- [78] 标准化项目组. 中成药治疗血管性痴呆临床应用指南. 中成药治疗血管性痴呆临床应用指南(2020 年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2021,41(03):273-279.
- [79] 李贞贞, 汪佳, 任晓艳, 等. 运动反馈训练联合穴位按摩在脑卒中后血管性痴呆患者中的效果研究[J]. 国际医药卫生导报, 2021,27(20):3157-3161.
- [80] 唐田, 李媛. 中医情志护理对血管性痴呆患者焦虑、抑郁情绪影响的临床研究[J]. 黔南民族医专学报, 2018,31(03):211-213.
- [81] 王俊. 中国卒中后认知障碍防治研究专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2020,15(02):158-166.
- [82] 张允岭, 高芳, 孟繁兴, 等. 从转化医学的理念谈血管性痴呆和轻度认知障碍的中医防控[J]. 中华中医药杂志, 2011,26(12):2766-2770.
- [83] Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial[J]. JAMA Intern Med, 2015,175(7):1094-1103.
- [84] Karstens A J, Tussing-Humphreys L, Zhan L, et al. Associations of the Mediterranean diet with cognitive and neuroimaging phenotypes of dementia in healthy older adults[J]. Am J Clin Nutr,

- 2019,109(2):361-368.
- [85] Orgeta V, Qazi A, Spector A, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis[J]. Br J Psychiatry, 2015,207(4):293-298.
- [86] Cheston R, Ivanecka A. Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2017,32(1):3-31.
- [87] Reuben D B, Tan Z S, Romero T, et al. Patient and Caregiver Benefit From a Comprehensive Dementia Care Program: 1-Year Results From the UCLA Alzheimer's and Dementia Care Program[J]. J Am Geriatr Soc, 2019,67(11):2267-2273.
- [88] Dyer S M, Laver K, Pond C D, et al. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia[J]. Aust Fam Physician, 2016,45(12):884-889.
- [89] 金鑫. 关于构建医疗联合体的分析和思考[J]. 健康必读（中旬刊）, 2013,12(10):597.
- [90] 黄培, 易利华. 3 种不同类型医联体模式的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2015,35(02):16-19.
- [91] 姜虹. 把握双刃医联体[J]. 中国医院院长, 2013(10):55.

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿