

血管性痴呆治未病干预指南

贾 敏¹ 梁 晓¹ 魏竞竞¹ 付国静¹ 金香兰² 彭丹涛³ 陈 薇⁴ 张允岭¹

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 2. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078; 3. 中日友好医院, 北京 100029; 4. 北京中医药大学循证医学中心, 北京 100105)

【摘要】为进一步规范血管性痴呆治未病干预, 提高中医药防治血管性痴呆的水平, 在国家中医药管理局“慢性病治未病干预方案制定”项目资助下, 中国中医科学院西苑医院联合全国 20 余家权威性医疗机构及相关单位, 根据《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程, 制定了《血管性痴呆治未病干预指南》。本文件以血管性认知障碍非痴呆患者以及血管性轻中度痴呆患者作为重点防控群体, 突出“未病先防”“既病防变”的治疗原则, 形成了集中西医结合疗法、生活方式干预等为一体的血管性痴呆治未病干预指南。

【关键词】血管性痴呆; 血管性认知障碍非痴呆; 治未病; 中医药; 指南

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.11.006

血管性痴呆 (vascular dementia, VaD) 是指由脑血管病变及其危险因素导致的血管性脑组织损害, 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 VaD 的患病率为 1.6%, 总人数达到 392 万^[2]。VaD 的治疗以控制血管危险因素、延缓病变进展、防治并发症为主, 当前尚无干 VaD 的药物应用于临床。早期、分阶段、有针对性地防治以延缓本病的发展进程显得尤为关键^[3]。防治重心应前移, 预防血管性认知障碍非痴呆 (vascular cognitive impairment no dementia, VCIND) 状态向 VaD 的转变, 同时, 积极治疗血管性轻中度痴呆, 延缓或防止向血管性重度痴呆转变。

VaD 属中医学“痴呆”“呆病”范畴, 中医药在 VaD 的辨证论治、个体化用药、非药物疗法、调摄养护等方面积累了丰富的临床经验, 可以预防及延缓 VaD 病情的发生发展, 改善患者认知功能和全身症状, 提高日常生活能力。中医药的治疗措施主要有中药、针刺、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。

本文件基于“未病先防”“既病防变”的治疗原则, 结合临床循证证据、专家意见, 形成一套以中西医结合疗法、生活方式干预等为一体的 VaD 治未病防治指南。

本文件证据分级标准及推荐强度均参照 GRADE 系统, 其中证据分级分 A (高级证据)、B (中级证据)、C (低级证据)、D (极低级证据); 推荐强度为: 强推荐、弱推荐、无明确推荐、强不推荐、弱不推荐。

1 范围

本文件内容包括 VaD 的流行病学特点、中医病因病机认识、筛查、未病先防、既病防变、随访与监测。本文件适用于 VCIND 和轻中度痴呆患者的诊疗; 适合临床一线中医师、中西医结合医师、全科医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中, 注日期的引用文件, 仅该日期对应的版本适用于本文件; 不

基金项目:国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202007); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A05503、CI2021A01301); 中医药防治脑病传承创新团队项目(CI2021B006); 中央级公益性科研院所基本科研业务费专项(ZZ13-024-3); 国家中医药管理局“慢性病治未病干预方案制定”项目(ZYZB-2020-196)

作者简介:贾敏, 女, 33 岁, 博士, 主治医师。研究方向: 中医药防治脑病。

通信作者:张允岭, E-mail: yunlingzhang2004@126.com

引用格式:贾敏, 梁晓, 魏竞竞, 等. 血管性痴呆治未病干预指南[J]. 北京中医药, 2023, 42(11): 1180-1190.

注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。包括:《2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南》《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》《中国卒中后认知障碍防治研究专家共识(2020 年)》。

3 术语和定义

3.1 血管性认知障碍(vascular cognitive impairment, VCI)

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 1 个认知域(包括记忆、学习、语言、执行、视空间等)受损的临床综合征,涵盖了从轻度认知障碍到痴呆,或合并阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)等混合性病理所致的认知障碍。

3.2 血管性痴呆

属于 VCI 中较重的群体,又称为重度 VCI,临床表现为至少 1 个认知域存在显著的认知障碍,其严重程度影响到患者日常生活的独立性,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

介于正常认知与 VaD 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,不影响患者日常生活的独立性。

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。VaD 是继阿尔茨海默病之后最常见的痴呆原因,占所有痴呆病因的 12%~20%。预计到 2030 年全球痴呆患者将达到 7 500 万,到 2050 年将增至 1.32 亿。近年来,我国 VaD 患病率呈上升趋势^[4];在我国,大于 60 岁老年人群中, VaD 的患病率为 1.6%,总人数达到了 392 万^[2]。

VCI 涵盖了从 VCIND 到 VaD 的整个病理过程。在 65~84 岁的受试者中, VCIND 的患病率高于 VaD^[5],且其痴呆的转化率、死亡率显著增加^[4]。VCI 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%。平均每年有 10% VCIND 患者进展为 VaD,2 年后约 19% 进展为 VaD。

5 中医病因病机认识

VCI 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”“痴呆”等病证描述范畴。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、重复、言善误”“言语如凝”“思维迟钝”“反应迟钝”“肢体笨拙”“步履迟重”等^[6]。

中医学认为本病是由髓减脑消、神机失用所导致的一种神志异常疾病,本病多发于中老年人群,因年老脏腑渐虚,髓海渐衰,虚气流滞,水津失布,痰瘀内结,浊邪内生,郁积不解,蕴生毒邪,毒损脑络,进而败坏脑髓形体,致使脑神失调,神机失用^[7-8]。

其病性以肝肾亏虚为本、痰瘀阻络为标,病位责之在脑,与心、肝、脾、肾四脏功能失调相关,尤与肾关系密切。基本病机为肾虚痰浊血瘀。肾主脑髓,肾精亏虚、髓海不足是本病发生的根本因素,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^[9]。有研究^[10]发现,本病气虚程度越重,认知功能受损亚项越多。总之本病临床多见虚实夹杂,论治当首分虚实,标本兼顾。

6 筛查

VCIND 是 VaD 的高危人群,应对此人群进行筛查。

6.1 临床评估

6.1.1 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,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,体育锻炼情况,咖啡与茶的饮用习惯,受教育程度,既往或目前从事工作类别,所有药物使用情况,以及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。

6.1.2 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，则进一步进行神经系统检查，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。

6.1.3 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，以及梅毒、艾滋病等传染疾病筛查。

6.2 神经心理评估

根据《2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南》，推荐简易精神状态检查（MMSE）用于痴呆的筛查（Ⅰ级证据，A 类推荐）；蒙特利尔认知评估量表（MoCA）用于轻度认知障碍的筛查（Ⅱ级证据，B 类推荐）；血管性痴呆评估量表（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（ADL）用于评定日常生活能力（专家共识）；临床痴呆评定量表（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）。同时可考虑使用 Hachinski 缺血评分量表辅助判断痴呆类型。对认知主诉的就诊者，首先选择 MMSE、MoCA 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）。

6.3 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（VICCCS）将 MRI 视为神经影像诊断的“金标准”。《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》推荐，对所有可疑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）、脑出血（部位、大小、数量）、脑龄评估。推荐使用国际血管性行为与认知障碍协会（VASCOD）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。

7 鉴别诊断

7.1 血管性认知障碍

根据《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》，诊断需要具备的 3 个核心要素：①主诉或知情者报告或有经验临床医师判断存在认知障碍，且存在神经心理学检测证据，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障碍中起主要作用，尤其是合并有 AD 病理表现时。

7.2 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。

7.3 血管性痴呆

临床表现为至少 1 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，且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。VaD 严重程度的判定参考《2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南（一）》，可通过临床表现、日常能力受损情况或认知评估等确定。临床一般常用 ADL、CDR 或总体衰退评定量表（GDS）做出严重程度的诊断。轻度：主要影响近记忆力，但患者仍能独立生活；中度：较严重的记忆障碍，影响到患者的独立生活能力，可伴有括约肌障碍；重度：严重的智能损害，不能自理，完全依赖他人照顾，有明显的括约肌障碍。

8 中医辨证

8.1 血管性认知障碍非痴呆

8.1.1 肾精亏虚证：主症：遇事易忘，反应迟钝，词不达意；次症：发枯齿脱，静默寡言，头晕耳鸣，懈惰思卧，遗精早泄，形体疲惫，腰酸腿软；舌脉：舌瘦色淡，苔薄白，脉沉细弱。

8.1.2 脾肾不足证：主症：记忆减退，口齿含糊，词不达意；次症：食少纳呆，气短懒言，腰膝酸软，肌肉萎缩，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。

8.1.3 痰浊阻滞证：主症：表情呆钝，记忆减退，词不达意；次症：倦怠嗜卧，头闷不舒，肢倦身重，不思饮食，脘腹胀痛，痞满不适，头重如裹；舌脉：舌质淡，苔白腻，脉滑。

8.1.4 瘀血内阻证：主症：记忆减退，遇事善忘，表情迟钝；次症：面唇晦暗，肌肤甲错，头身疼

痛,以刺痛为主,口干不欲饮,心悸胸闷;舌脉:舌质暗或有瘀点瘀斑,脉细涩。

8.2 血管性轻中度痴呆

根据病情动态变化过程,可将本病划分为平台期、波动期、下滑期。平台期,病情相对稳定,无明显波动,多见于发病早期,以虚证为主,辨证以髓海不足证、脾肾两虚证为主。波动期,患者病情不稳定,呈波动状态。波动期若经适当治疗,病情好转多可恢复至平台期。病情反复则可下滑加重。下滑期,症状明显加重,呈急性下滑趋势。波动期和下滑期均以邪实为主,辨证以痰浊蒙窍证、瘀血阻窍证为主。

8.2.1 髓海不足证: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,懈怠思卧,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。

8.2.2 脾肾两虚证:主症:表情呆滞,沉默寡言,记忆减退,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,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。

8.2.3 痰浊蒙窍证:主症:表情呆钝,智力衰退,或哭笑无常,喃喃自语;次症:不思饮食,脘腹胀满,痞满不适,头重如裹;舌脉:舌质淡,苔白腻,脉滑。

8.2.4 瘀血阻窍证:主症:表情淡漠呆板,反应迟钝,言语不利,善忘,易惊恐,或思维异常,行为反常;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。

9 未病先防

9.1 防治原则

主要指针对 VCIND 患者进行未病先防。针对此类人群应做到早筛查、早诊断、早干预。多部指南指出, VaD 的防治应该把重心前移,将 VCIND 患者纳入重点防控群体,预防其向 VaD 的转变,与中医学“治未病”中的“未病先防”思想一致。通过控制危险因素、中医药辨证治疗、西医干预治疗及生活方式干预与调护等多维一体的疾病防治模式,延缓 VCIND 向 VaD 转化,降低痴呆转化率。

9.2 危险因素控制

控制高血压、糖尿病、高胆固醇血症、肥胖、吸烟与心血管病等重要危险因素,有望减少 1/3 的痴呆发生,尤其是 VaD 的发生。2016《中国血管性认知障碍诊疗指导规范》提出控制脑血管病的可控危险因素是一级预防的关键,包括控制血压、血糖,并对中年高胆固醇血症患者进行降脂治疗。此外,亦可考虑使用国际通用预警模型对其中可控的危险因素进行控制,从而降低非痴呆认知功能障碍的风险。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]。

9.3 中医非药物疗法

9.3.1 针刺治疗:取穴风府、百会、神庭、四神聪、本神、素髎、内关、后溪、阳陵泉、三阴交、太溪。痰浊阻窍加足三里(双)、丰隆(双)、水沟;髓海不足加悬钟、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:毫针针刺,平补平泻,得气后留针 30 min。每周 3~5 次,根据患者病情酌情选择疗程。改善结局^[11-30]:认知功能、中医证候积分、日常生活能力、精神与行为症状评分。(证据级别:C,推荐强度:弱推荐)

9.3.2 艾灸治疗:主穴一为心俞、肾俞,配穴可取足三里、三阴交、悬钟、太溪。操作:在穴位表面涂抹少量湿润烫伤膏,选用优质纯艾绒,制作底面直径约 0.3 cm、高 0.5 cm 的圆锥形艾炷,置于穴位上,以线香点燃,艾炷燃至患者感觉灼烫且无法忍受时换 1 壮,每个穴位灸 9 壮,每天 1 次,每周治疗 5 次,根据患者病情酌情选择疗程;主穴二为大椎、肾俞。操作:采用温热补法,即艾条距离皮肤腧穴 3~5 cm 悬灸,每穴施灸时间约 25 min,灸感以施灸部位局部传热、扩热为宜。1 次/d, 5 d 为 1 个疗程,疗程间隔休息 2 d,根据患者病情酌情选择疗程。改善结局:认知功能、生活能力及质量、中医证候积分。(证据级别:C,推荐强度:强推荐)

9.4 中医辨证治疗

9.4.1 肾精亏虚证：治法：补肾强志、填精益髓。

(1) 推荐方药 1：孔圣枕中丹（《备急千金要方》）加减。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。临床应用侧重于心肾不足之 VCIND 患者。改善结局^[31]：认知功能、日常生活能力、中医证候积分。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

(2) 推荐方药 2：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。主要药物组成：熟地黄、山茱萸、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；阴虚阳亢，头晕目眩者，加石决明、龟甲；肾虚不摄，遗精滑泄者，加覆盆子、芡实、五味子；大便干燥者，可酌加玄参、火麻仁。临床应用侧重于肾阴亏损之 VCIND 患者。改善结局^[32]：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：强推荐）

(3) 推荐方药 3：地黄饮子（《圣济总录》）加减。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；痰浊阻窍证者加竹茹、浙贝母、法半夏；瘀血内阻证者加川芎、三七粉。改善结局^[33]：认知功能、中医证候积分。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

9.4.2 脾肾不足证：治法：补肾健脾、益气生精。推荐方药：薯蓣丸（《金匮要略》）加减。主要药物组成：当归、桂枝、神曲、生地黄、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、白蒺藜、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、阿胶；气虚为重者可重四君子；肾虚明显者加杜仲、菟丝子。临床应用侧重于脾肾亏虚，脏腑功能失调之 VCIND 患者。改善结局：认知功能、中医证候积分。（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

9.4.3 痰浊阻滞证：治法：祛痰化浊、理气和胃。推荐方药：温胆汤（《备急千金要方》）加减。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；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。临床应用侧重于胆郁痰扰之 VCIND 患者。改善结局：认知功能、日常生活能力。（证据级别：C，推荐强度：弱推荐）

9.4.4 瘀血内阻证：治法：活血化瘀、祛邪通络。

(1) 推荐方药 1：桂枝茯苓丸（《金匮要略》）加减。主要药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、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。临床应用于侧重瘀血、痰湿互结所致的 VCIND 患者。改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

(2) 推荐方药 2：补阳还五汤（《医林改错》）加减。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，下肢为主者，加牛膝、杜仲；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；脾胃虚弱者，加党参、白术。临床应用侧重于气虚血瘀证 VCIND 患者。改善结局^[34]：认知功能、日常生活能力、中医证候积分。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

9.5 西医干预

根据《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》推荐，胆碱酯酶抑制剂与 N-甲基-D-天冬氨酸（N-methyl-D-aspartic acid, NMDA）受体拮抗剂被用于 VaD，对 VCI 患者的认知功能以及精神行为症状也有一定的改善作用，但其治疗效果有待进一步临床评价；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；治疗 VCI 精神行为症状应首选非药物治疗，在充分考虑患者的临床获益和潜在风险后，可使用抗精神病药物，对合并重度抑郁的患者可使用选择性血清再吸收抑制剂（Selective

Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) 类药。

9.6 生活方式干预与调护

9.6.1 调护原则：认知障碍病机复杂，病情多变，单靠药物难以取得最佳效果，予锻炼、健康饮食、戒烟和教育等综合干预，可能降低血管性认知障碍的风险^[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。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。

9.6.2 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。具体内容包括：①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；④进食时尽量采取坐位，避免发生食物返流，将食物切成小块，食用易消化的食物为主^[35]。

9.6.3 情志护理：具体内容包括：①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；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^[36]。

9.6.4 日常调护：具体内容包括：①帮助患者建立良好的生活习惯，起居规律，保证睡眠质量，加强患者的生活功能训练，提倡并鼓励患者在能力范围内料理个人生活，严格戒除患者不良的生活习惯，如大量吸烟和过量饮酒等；②控制血脂、血压、血糖，避免脑外伤、煤气中毒；③鼓励患者坚持学习，多动脑，勤思考，如写日记、读书心得，适当娱乐活动，带领患者做手指操 2~3 次，教会患者有意识地使用手指，如用手指旋转钢球或核桃，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，项目任选，建议每次坚持 40~

60 min；④督促患者坚持体育锻炼，如步行、慢跑、骑自行车、游泳、打球、体操、跳舞，中医功法可以考虑太极拳、八段锦等。根据患者情况选择 1~2 个项目，建议每次坚持 30~40 min；⑤引导患者积极参加社交活动，如聚会、演出、各类协会或社区活动；⑥做好病情观察，重点观察患者是否出现近期记忆力及计算力下降，理解力和判断力下降，空间定向障碍，语言障碍等，以了解病情及征兆，采取积极的治疗和护理，改善记忆功能，延缓或减轻痴呆症状的发生；⑦注意安全防护，避免患者单独外出，在患者衣袋里应放一张写有患者姓名、地址、联系方式的卡片，便于寻找。

10 既病防变

10.1 防治原则

VaD 的治疗是一个长期持续过程，对于血管性轻中度痴呆患者，现有治疗无法控制或逆转病程，故应针对血管性轻中度痴呆进行积极治疗，延长平台期，控制波动期，防止病情下滑，通过危险因素的控制、中医药辨证治疗、西医干预治疗及生活方式干预与调护等多种方式，延缓血管性轻中度痴呆向重度痴呆转变。

10.2 危险因素控制

VaD 危险因素的控制主要包括生活方式干预（如教育程度、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。

10.3 中医辨证治疗

治疗原则平台期以虚为主，治法当以补肾益髓、益气健脾补虚为主；波动期和下滑期均以邪实为主，治法以豁痰开窍、活血化瘀祛邪为要。

10.3.1 髓海不足证：治法：补肾益髓、填精养神。推荐方药：七福饮（《景岳全书》）加减。主要药物组成：黄芪、当归、丹参、白术、怀牛膝、益智仁、制首乌、石菖蒲、远志、炙甘草。随证加减：痰热盛者加竹茹、胆南星；痰湿盛者加法半夏、茯苓；虚火盛者加黄柏、知母；心火旺者可加麦冬、莲子心；血瘀盛者加地龙、水蛭。临床应用侧重于肝肾精血亏虚、髓海不足之 VaD 患者。改善结局^[37]：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

10.3.2 脾肾两虚证：治法：补肾健脾、益气生

精。推荐方药：还少丹（《医方集解》）加减。主要药物组成：熟地黄、枸杞子、山茱萸、肉苁蓉、巴戟天、小茴香、杜仲、怀牛膝、楮实子、党参、白术、茯苓、山药、大枣、石菖蒲、远志、五味子。随证加减：肌肉萎缩，气短乏力较甚者，可加阿胶、续断、何首乌、黄芪等；食少纳呆，头重如裹，时吐痰涎，头晕时作，舌苔腻者，酌减滋肾之品，加陈皮、半夏、薏苡仁、白蔻仁、藿香、佩兰等；纳食减少，脘痞，舌红少苔者，可去肉苁蓉、巴戟天、小茴香，加天花粉、玉竹、麦冬、石斛、生谷芽、生麦芽。适用于脾肾两虚，气血不足，肾精亏虚，髓海失养之 VaD 患者。改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

10.3.3 痰浊蒙窍证：治法：豁痰开窍、健脾化浊。

（1）推荐方药 1：涤痰汤（《济生方》）加减。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；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；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，属风痰瘀阻者，可用半夏白术天麻汤。临床应用于痰浊蒙窍之 VaD 患者。改善结局：认知功能、日常生活能力。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

（2）推荐方药 2：洗心汤（《辨证录》）加减。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。临床应用于痰浊蒙窍之 VaD 患者。改善结局：认知功能、日常生活能力。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

10.3.4 瘀血阻窍证：治法：活血化瘀、开窍醒脑。

推荐方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减。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。临床应用侧重于瘀血阻滞脑脉，脑脉痹阻脑气所致的 VaD 患者。改善结局：认知功能、日常生活能力、中医证候积分。（证据级别：C，推荐强度：强推荐）

10.3.5 名医经验王永炎和张伯礼院士团队率先提出本病关键在于早期治疗。遵循此指导思想，按照中医理法方药统一的原则，确立益肾降浊法，创制聪智颗粒和聪圣胶囊（复方苁蓉益智胶囊）治疗血管性轻中度痴呆。聪智颗粒主要由制何首乌、黄芪、当归、川芎、女贞子、锁阳、葛根、远志、石菖蒲 9 味中药组成，聪圣胶囊由制何首乌、荷叶、肉苁蓉、地龙、漏芦 5 味药组成。“九五”攻关课题“益肾化浊法治疗老年期血管性痴呆的研究”，采用多中心、大样本、随机双盲对照研究证实了聪智颗粒和聪圣胶囊对血管性轻中度痴呆智能障碍核心症状具有改善作用，可显著改善患者的认知功能和生活质量，在整体调节、改善全身功能状况方面优势明显。

10.4 中医非药物疗法

10.4.1 针刺治疗：主穴：四神聪、本神（双）、百会、风池（双）、率谷（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：毫针针刺，平补平泻。得气后留针 30 min。每周 3~5 次，根据病情酌情选择疗程。改善结局^[38-48]：中医证候积分、认知功能、神经功能缺损、日常生活能力。（证据级别：C，推荐强度：强推荐）

10.4.2 艾灸治疗：

（1）主穴一为心俞、肾俞、百会、四神聪、血海、悬钟和太冲。操作：患者取仰卧位，在离皮肤 2~3 cm 处用点燃的艾灸棒在穴位上进行转圈灸和温灸。当患者感觉到远处有热穿透、热膨胀、热传递而局部不（微）热，即为热敏

点。然后医师继续在此热敏穴位进行温和灸,每穴 10 min。重复上述步骤,直到选定的穴位完全适合施灸。隔日艾灸 1 次,根据患者病情酌情选择疗程。

(2) 主穴二为大椎、肾俞、中脘、关元、百会。操作:在距离穴位 2 cm 处施灸,以穴位周围感觉明显温热为标准,并根据患者感觉随时调整灸端与穴位的距离,以保持温热感持续存在,1 次/d,每周 6 次,休息 1 d,根据患者病情酌情选择疗程。改善结局:认知功能、日常生活能力。(证据级别: C, 推荐强度: 弱推荐)

10.4.3 穴位按摩:取穴:内关、曲池、合谷、少海、涌泉、照海、昆仑。操作方法:采用指腹按摩,上肢、下肢穴位按压各 5 min, 1 次/d。改善结局^[49]:认知功能、神经功能缺损。(证据级别: D, 推荐强度: 弱推荐)

10.4.4 中医情志护理:大部分 VaD 患者伴有抑郁、急躁等症状,对家属进行培训,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。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。改善结局:精神与行为症状。(证据级别: D, 推荐强度: 弱推荐)

10.5 西医干预方案

根据《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》和《中国卒中后认知障碍防治研究专家共识(2020)》,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 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^[50]。对于 VCI 合并 AD 的混合性痴呆的治疗可选择胆碱酯酶抑制剂与美金刚。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。治疗 VCI 精神行为症状应首选心理咨询等非药物治疗;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;充分考虑患者的临床获益和潜在风险后,对用药指征明确的患者及时使用抗精神病药物,并对重度抑郁

患者及时加用选择性 SSRI 类药物^[1]。经颅磁刺激联合认知训练或可使 VCI 患者认知功能得到轻度改善。

10.6 生活方式干预与调护

10.6.1 调护原则:VaD 患者对照护的需求多,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^[51]。

10.6.2 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。具体内容包括:①按时按量进食, VaD 患者常因遗忘而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低盐低脂饮食,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^[52],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,并减少咖啡、浓茶、碳酸饮料和含糖饮料的食用。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。

10.6.3 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。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。具体内容包括:①园艺疗法:建议有条件的老年护理和医疗机构建立室外或室内园艺区,为患者提供种植、除草、收获等康复活动条件,力所能及的劳动不仅增强体能、提高认知能力,还有助于缓解压力、稳定情绪、提高社交能力;②艺术疗法:鼓励患者尝试跳舞、绘画、唱歌等具有趣味性且容易完成的活动,研究证实五行音乐疗法对改善 VaD 患者的精神、认知及情绪等方面具有一定的疗效^[53];③认可疗法:对有性情或人格改变、孤独感、多疑、幻觉、情绪失控的患者,通过鼓励和认可患者的情感表达,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社交疗法：鼓励患者加入互助小组，与病友多沟通交流；⑤环境疗法：给患者提供舒适、温馨的生活环境。

10.6.4 日常调护：VaD 患者的日常护理与痴呆严重程度密切相关，中度 VaD 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、吞咽困难状等^[54]。因此，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鼓励养成规律的睡眠习惯，早睡早起，对于昼眠夜醒者，避免饮酒、吸烟、喝浓茶、咖啡，尽量减少患者在白天睡觉的次数，增加活动，保持兴奋，以使他们能在夜间休息；②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；③改善起居环境，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，防止跌倒；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、泌尿系感染、心脑血管病等并发症，应密切关注日常基本情况；⑤对轻度痴呆的患者要督促患者自己料理生活，做些简单家务活，如买菜做饭、收拾房间、清理个人卫生，对中度痴呆患者家属要帮助和训练患者的自理生活能力；⑥鼓励患者重视体育活动，如散步、慢跑、瑜伽等，特别是中医非药物疗法中太极拳、八段锦、气功等，通过锻炼可以调养精神，悦心养性，帮助患者保持心情舒畅，研究证实导引功法联合认知训练对 VaD 患者认知功能有改善作用，对身心具有调节作用，是 VaD 的有效治疗手段之一；⑦对记忆力障碍者强化记忆训练，鼓励和帮助患者认识目前生活中的人和事，回忆过去经历过的事，保持室内设施不变，减少辨认环境的困难度；⑧照护者在与患者进行交流时，可以适时幽默，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，或参与力所能及的社会、家庭活动。

11 监测与随访

①健康筛查：通过前述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 VaD 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：对于老年人建立健康档案及时监测与随访；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；对血管性轻中度痴呆患者，积极进行中西医对症治疗，延缓向重度转变。④定期随访：每隔3个月对血管性认知障碍患者进行定期随访，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；对于病情进展迅速的患者，及时引导至上级医院诊疗，需对此类患者进行全程长时间段的管理。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。

12 利益冲突声明和其他说明

本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，声明无利益冲突。在指南制定过程中，所有相关参与者均无利益冲突。

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》规定规则起草。本文件在临床应用过程中，若遇特殊情况结合患者实际情况处理。本指南未来将根据新的循证证据和实践进行更新。

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] KANDIAH N, ONG PA, 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.
- [4] 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.

- [5] DHARMASAROJA PA, LIMWONGSE C, CHARERNBOON T. Incidence and risk factors of vascular dementia in Thai stroke patients [J]. J Stroke Cerebrovascul Dis, 2020,29(8):104878.
- [6] 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(2):194-196.
- [7] 王永炎,张伯礼. 中医脑病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007.
- [8] 王永炎,鲁兆麟. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011.
- [9] 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.
- [10] 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(8):926-929.
- [11] HUANG L, YIN X, LI W, et al. Effects of acupuncture on vascular cognitive impairment with no dementia: a randomized controlled trial[J]. J Alzheimers Dis, 2021, 81(4):1391-1401.
- [12] 彭娟,王青青,刘庆芳. “双固一通”针刺联合神经节苷脂改善缺血性脑卒中轻度认知障碍疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2022,44(2):49-51.
- [13] 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(2):368-374.
- [14] 谢亚青,毛忠南,张晓凌,等. “认知康复组穴”针刺联合多奈哌齐治疗肾精亏虚型卒中后轻度认知障碍的临床研究[J]. 中医药信息, 2021,38(10):53-57.
- [15] 白琳,程红亮,张闻东,等. 通督调神针刺法对血管性轻度认知障碍患者血清脑源性神经营养因子和血浆同型半胱氨酸的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2021,40(1):54-58.
- [16] 周悦. 通督调神针法治疗非痴呆型血管性认知障碍的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2021.
- [17] 于博,崔娜,许洁,等. 针刺治疗非痴呆型血管性认知障碍的临床疗效及对内皮素水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020,18(19):3277-3281.
- [18] 于博,崔娜,许洁,等. 头电针对非痴呆型血管性认知障碍的疗效及其对事件相关电位的影响[J]. 世界中医药, 2020,15(4):632-636.
- [19] 王振垚,张虎,张允岭,等. 益肾化浊针灸方治疗血管性轻度认知障碍的临床研究[J]. 中国妇幼保健研究, 2017,28(S3):127.
- [20] 肉克艳木·玉素甫,玛依拉·吐尔逊,热娜·阿不都萨拉木,等. 针刺对脑卒中恢复期轻度认知功能障碍患者脑血流、血清S100 β 、ALP的影响[J]. 世界针灸杂志, 2022,32:305-309.
- [21] 张栋亮. “通督解郁”针法治疗卒中后轻度认知功能障碍的临床疗效观察[D]. 太原:山西中医药大学, 2021.
- [22] 许国超,张任. 醒脑开窍针法治疗非痴呆性血管认知障碍临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2019,35(8):8-12.
- [23] 张任,荣兵,李建,等. 醒脑开窍针法对非痴呆性血管认知障碍的影响[J]. 中医杂志, 2019,60(12):1046-1050.
- [24] 刘晔. 头穴丛刺结合认知训练治疗卒中后轻度认知障碍的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.
- [25] 王岩,白艳杰,张铭,等. 通督醒神针刺法对卒中后轻度认知障碍患者认知功能及精神行为症状的改善效果研究[J]. 中国全科医学, 2021,24(33):4223-4228.
- [26] 孙情,刘建忠,程熙,等. 电针对非痴呆型血管性认知障碍患者注意力及日常生活能力的影响[J]. 中国老年保健医学, 2020,18(1):27-30.
- [27] 周俊英,左军杰,陈彬,等. 电针百会、神庭对卒中后轻度认知功能障碍的疗效[J]. 世界中医药, 2019,14(2):486-489.
- [28] 吴世嫦. 腹针疗法联合认知康复训练治疗脑卒中后轻度认知功能障碍临床观察[D]. 南宁:广西中医药大学, 2019.
- [29] 林燕,潘菁菁,许燕飞. 益智开窍针联合康复训练治疗非痴呆型血管性认知功能障碍患者的效果[J]. 中国现代医生, 2021,59(26):150-153.
- [30] 李占标,高建勇,王发进,等. 重复经颅磁刺激联合电针治疗缺血性脑卒中后轻度认知障碍的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021,43(7):628-630.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 倪森焱. 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:南京中医药大学, 2021.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] 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.
- [38] 韩慧, 李鑫, 姜海娜, 等. 早期针刺治疗对脑梗死后血管性痴呆患者认知功能的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(9): 979-983.
- [39] 周艳, 张捷, 刘虹艳. 针刺联合西药治疗老年血管性痴呆的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(19): 65-68.
- [40] 程南方, 谭峰. 醒脑开窍针刺法对血管性痴呆患者认知及脑血流状态的影响[J]. 广西中医药, 2021, 44(03): 43-45.
- [41] 高赞. 观察认知功能康复训练联合补肾化痰益智针刺法治疗血管性痴呆的临床疗效[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(14): 43-44.
- [42] 刘静. 探讨运动针刺干预激活 PI3K-AKT 信号通路对 VaD 神经元保护及 Caspase-3 表达影响的研究[D]. 广西中医药大学, 2021.
- [43] 欧阳辰. 针刺治疗轻中度血管性痴呆的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2020.
- [44] 李硕, 倪伟, 田浩梅. “调心通督”针刺法联合经颅直流电刺激对血管性痴呆的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(4): 469-472.
- [45] 许胜, 钟海潮, 钱月芳, 等. 补肾化痰益智针刺法联合认知功能康复训练治疗肾虚血瘀型血管性痴呆临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(9): 231-233.
- [46] 李延俊, 于六桂. 中西医结合治疗慢性血管性痴呆的疗效和安全性[J]. 中国实用医药, 2019, 14(3): 136-137.
- [47] 王晓燕, 韩乐鹏, 赵菲, 等. 针刺治疗血管性痴呆临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(09): 1153-1154.
- [48] 陆彦青, 陈天龙, 陈对梅, 等. 针刺对血管性认知障碍患者磁共振脑灌注成像影响的临床观察[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(12): 38-40.
- [49] 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.
- [50] 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(2): 158-166.
- [51] 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.
- [52] KARSTENS AJ, 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.
- [53] 石红梅, 黄静, 刘佳. 五行音乐疗法干预血管性痴呆

30 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(6): 86-88.

- [54] REUBEN DB, TAN ZS, 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.

专家组名单

负责起草单位: 中国中医科学院西苑医院

主要起草人: 张允岭(中国中医科学院西苑医院)、金香兰(北京中医药大学东方医院)、彭丹涛(卫生部中日友好医院)、陈薇(北京中医药大学循证医学中心)

参与起草人(按照姓氏拼音排序): 陈宝鑫(北京中医药大学东方医院)、丁砚兵(湖北省中医院)、董钊(中国人民解放军总医院)、傅晨(北京中医药大学东方医院)、格桑平措(西藏自治区藏医院)、郭蓉娟(北京中医药大学东方医院)、郭春莉(中国中医科学院西苑医院)、韩舰华(天津中医药大学第二附属医院)、侯小兵(北京市第一中西医结合医院)、吉先才让(青海省藏医院)、焦骥(河北省阜平县中医院)、贾敏(中国中医科学院西苑医院)、李培红(中国中医科学院西苑医院)、刘红梅(中国中医科学院西苑医院)、鲁岳(同仁堂医养集团)、陆芳(中国中医科学院西苑医院)、梁晓(中国中医科学院西苑医院)、齐向华(山东中医药大学附属医院)、孙莉(吉林省中医药科学院第一临床医院)、孙林娟(中国中医科学院西苑医院)、申伟(中国中医科学院西苑医院)、唐军(重庆市中医院)、童晨光(中国中医科学院西苑医院)、王健(长春中医药大学附属医院)、王新志(河南中医药大学第一附属医院)、吴明华(江苏省中医院)、伍大华(湖南省中医药研究院附属医院)、魏竞竞(中国中医科学院西苑医院)、徐峰(中国中医科学院西苑医院)、徐俊(首都医科大学附属北京天坛医院)、徐向青(山东中医药大学附属医院)、闫咏梅(陕西中医药大学附属医院)、杨健(重庆市中医院)、杨文明(安徽中医药大学第一附属医院)、张晋(中国中医科学院西苑医院)、邹伟(黑龙江中医药大学附属第一医院)、邹忆怀(北京中医药大学东直门医院)

工作组其他参与人员: 中国中医科学院西苑医院付国静、王敏、王柳丁、刘红喜、石静资、迟显苏、樊雪鸣、刘悦、杜琬晴

Guidelines for TCM intervention in prevention and treatment of vascular dementia

JIA Min, LIANG Xiao, WEI Jing-jing, FU Guo-jing, JIN Xiang-lan, PENG Dan-tao, CHEN Wei, ZHANG Yun-ling

(收稿日期: 2023-09-25)