



# 团 体 标 准

T/CACM 1467—2023

---

## 血管性痴呆治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in vascular dementia

2023 - 03 - 23 发布

2023 - 03 - 23 实施

---

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言 ..... II

引言 ..... III

1 范围 ..... 1

2 规范性引用文件 ..... 1

3 术语和定义 ..... 1

4 流行病学特点 ..... 2

5 中医病因病机认识 ..... 2

6 筛查 ..... 3

    6.1 高危人群 ..... 3

    6.2 筛查方法 ..... 3

    6.3 区别血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆 ..... 4

    6.4 中医证候 ..... 5

7 未病先防 ..... 6

    7.1 防治原则 ..... 6

    7.2 危险因素控制 ..... 6

    7.3 中医药干预 ..... 6

    7.4 西医干预 ..... 9

    7.5 生活方式干预与调护 ..... 9

8 既病防变 ..... 10

    8.1 防治原则 ..... 10

    8.2 危险因素控制 ..... 10

    8.3 中医药干预 ..... 10

    8.4 西医干预 ..... 13

    8.5 生活方式干预与调护 ..... 14

9 瘥后防复 ..... 15

10 监测与随访 ..... 15

附录 A（资料性）筛查量表 ..... 17

参考文献 ..... 20

## 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》规定的规则起草。

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这些专利的责任。

本文件由中国中医科学院西苑医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件负责起草单位：中国中医科学院西苑医院。

本文件参与起草单位：北京中医药大学东方医院、卫生部中日友好医院、北京中医药大学循证医学中心、湖北省中医院、中国人民解放军总医院、西藏自治区藏医院、天津中医药大学第二附属医院、北京市第一中西医结合医院、青海省藏医院、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、吉林省中医药科学院第一临床医院、重庆市中医院、长春中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院、江苏省中医院、湖南省中医药研究院附属医院、首都医科大学附属北京天坛医院、陕西中医药大学附属医院、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、北京中医药大学东直门医院。

本文件主要起草人：张允岭、金香兰、彭丹涛、陈薇。

本文件其他起草人（按照姓氏首字母排序）：陈宝鑫、丁砚兵、董钊、傅晨、格桑平措、郭蓉娟、郭春莉、韩舰华、侯小兵、吉先才让、焦骥、贾敏、李培红、刘红梅、鲁品、陆芳、梁晓、齐向华、孙莉、孙林娟、申伟、唐军、童晨光、王健、王新志、吴明华、伍大华、魏竞竞、徐峰、徐俊、徐向青、闫咏梅、杨健、杨文明、张晋、邹伟、邹忆怀。

## 引 言

血管性痴呆（ICD11:6D81）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。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为1.6%，总人数达到了392万。血管性痴呆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，当前尚无针对血管性痴呆病理的干预药物应用于临床。早期、分阶段、有针对性的防治以延缓其发展进程在本病的治疗策略中显得尤为关键。防治重心应前移，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，同时预防血管性认知障碍非痴呆状态向血管性痴呆的转变。

血管性痴呆属中医“痴呆”“呆病”范畴，辨证论治、个体化用药、针刺及非药物疗法、调摄养护等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。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。

本文件以血管性认知障碍非痴呆以及血管性轻中度痴呆患者作为血管性痴呆治未病干预指南重点防控群体，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。

# 血管性痴呆治未病干预指南

## 1 范围

本文件提供了血管性痴呆的流行病学特点、中医病因病机认识、筛查、未病先防、既病防变、瘥后防复和随访与监测等方面的指南。

本文件适用于血管性认知障碍非痴呆、血管性轻中度痴呆患者的诊疗。

本文件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。

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

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

《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

### 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，涉及至少一个认知域（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，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** vascular dementia; VaD

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（独立于脑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 vascular cognitive impairment no dementia; VCIND

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。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%。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，我国血管性痴呆患病率近年来呈上升趋势。在我国大于60岁老年人群中，血管性痴呆的患病率为1.6%，总人数达到了392万。

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岁~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，且其痴呆的转化率、死亡率显著增加。血管性认知障碍的患病率由65岁~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%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。

### 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、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”，“言语如凝”，“言善误”，“思维迟钝”，“反应迟钝”，“肢体笨拙”，“步履迟重”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。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，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。

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，尤以肾关系密切。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。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；波动期，患者病情明显不稳定呈波动加重状态；下滑期，症状明显加重，呈急性下滑趋势。此外，本病气虚程度越重，认知功能受损亚项越多。总之本病病机以虚为本，以实为标，临床多见虚实夹杂，论治当首分虚实，标本兼顾。

## 6 筛查

### 6.1 高危人群

血管性认知障碍非痴呆是血管性痴呆的高危人群：血管性存在 1 个或多个认知域（包括记忆、学习、语言、执行、视空间等）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）。

注：参照《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》。

### 6.2 筛查方法

#### 6.2.1 临床评估

##### 6.2.1.1 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。

##### 6.2.1.2 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。

##### 6.2.1.3 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。

#### 6.2.2 神经心理评估

根据《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南（十一）》，推荐简易精神状态检查（mini-mental state examination, MMSE）（附录A 表A.1）（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）（附录A 图A.1）（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）（附录A 表A.2）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）。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，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）。

### 6.2.3 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》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），此外亦可采用MRI进行脑龄评估。推荐使用国际血管性行为与认知障碍协会（International Society for Vascular Behavioral 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。

## 6.3 区别血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆

### 6.3.1 血管性认知障碍

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

- a) 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；
- b) 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；
- c) 明确血管性脑损害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。

### 6.3.2 血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆的区别

参照《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》，通过认知功能障碍是否影响到日常生活的独立性，区分血管性认知障碍非痴呆与血管性痴呆：

- a) 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；
- b) 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。

血管性痴呆严重程度的判定参考《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南（十一）》，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（clinical dementia rating, global deterioration scale, GDS）做出严重程度的诊断。日常生活能力减退是痴呆的核心

症状，对于不能完成神经心理评估者，可根据以下标准判断血管性痴呆的严重程度：

- a) 血管性轻度痴呆：主要影响近记忆力，但患者仍能独立生活；
- b) 血管性中度痴呆：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；
- c) 血管性重度痴呆：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。

## 6.4 中医证候

### 6.4.1 血管性认知障碍非痴呆

#### 6.4.1.1 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，懈怠思卧，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。

#### 6.4.1.2 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，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。

#### 6.4.1.3 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。

#### 6.4.1.4 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，头痛，身有刺痛，口干不欲饮，心悸胸闷。

舌脉：舌质暗或有瘀点瘀斑，脉细涩。

### 6.4.2 血管性轻中度痴呆

#### 6.4.2.1 分期辨证

血管性痴呆患者病程进展多是经历平台期、波动期、下滑期三个期，整个病程进展常是三种状态不断更迭的过程。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，患者病情明显不稳定，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。若波动期出现时间较长，病情下滑，但在治疗得当后，仍可进入一个相对平稳期。病情反复波动，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。

#### 6.4.2.2 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。

#### 6.4.2.3 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。

#### 6.4.2.4 痰浊蒙窍证

主症：表情呆钝，智力衰退，或哭笑无常，喃喃自语。

次症：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。

#### 6.4.2.5 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。

### 7 未病先防

#### 7.1 防治原则

主要指针对血管性认知障碍非痴呆患者进行未病先防。针对此类人群应做到早筛查，早诊断，早干预。多部指南指出，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。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，延缓血管性认知障碍非痴呆向血管性痴呆转化，降低痴呆转化率。

#### 7.2 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1/3的痴呆发生，尤其是VaD的发生。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。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。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。

#### 7.3 中医药干预

##### 7.3.1 非药物疗法

### 7.3.1.1 针刺治疗

取穴：风府、百会、神庭、四神聪、本神、素髻、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次~5次，根据患者病情酌情选择疗程。

改善结局：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）

### 7.3.1.2 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 cm~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。每日1次，5天为1个疗程，疗程间隔休息2天，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）

## 7.3.2 中医辨证治疗

### 7.3.2.1 肾精亏虚证

治法：补肾强志，填精益髓。

推荐方药1：孔圣枕中丹（《备急千金要方》）加减。

本方重在补肾益智，育阴潜阳，交通心肾，临床应用侧重于心肾不足之血管性认知障碍非痴呆患者。

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。

改善结局：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）

推荐方药2：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。

本方重于滋阴补肾，临床应用侧重于肾阴亏损之血管性认知障碍非痴呆患者。

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。

改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：强推荐）

推荐方药3：地黄饮子（《圣济总录》）加减。

本方重于滋肾阴，补肾阳，开窍化痰，临床应用侧重于下元虚衰，痰浊上泛之血管性认知障碍非痴呆患者。

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。

改善结局：认知功能、中医证候积分。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

### 7.3.2.2 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。

本方重于生化气血，调补脾肾，扶正祛邪，临床应用侧重于脾肾亏虚，脏腑功能失调之血管性认知障碍非痴呆患者。

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、白薤、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，气虚为重者则可重四君子，肾虚明显者加杜仲、菟丝子。

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）

### 7.3.2.3 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。

本方重在理气化痰，和胃利胆，临床应用侧重于胆郁痰扰之血管性认知障碍非痴呆患者。

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、白薤仁等，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。

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）

### 7.3.2.4 瘀血内阻证

治法：活血化瘀，祛邪通络。

推荐方药1：桂枝茯苓丸（《金匮要略》）加减。

本方重在活血化瘀，通络化湿，临床应用于侧重瘀血、痰湿互结所致的血管性认知障碍非痴呆患者。

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。

改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

推荐方药2：补阳还五汤（《医林改错》）加减。

方重在补气、活血、通络，临床应用侧重于气虚血瘀证血管性认知非痴呆患者。

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。

改善结局：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）

## 7.4 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NMDA受体拮抗剂是用于VaD的治疗选择，对VCI患者的认知功能以及精神行为症状有一定的改善作用，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，对伴有精神症状的VCI患者使用抗精神病药物，对合并重度抑郁的患者可使用选择性SSRI 类药。

## 7.5 生活方式干预与调护

### 7.5.1 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，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，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。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。

### 7.5.2 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：

- a) 病人应养成良好规律的生活习惯，饥饱适宜；
- b) 低盐、低脂饮食，戒烟，限酒，少食刺激性及肥甘厚味；
- c) 多吃蔬菜、鱼肉、坚果及具有补肾益精作用的食疗之品；
- d) 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。

### 7.5.3 情志护理

具体内容包括：

- a) 要尊重患者独立人格，耐心和蔼对待患者；
- b) 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；
- c) 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；
- d) 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；
- e) 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。

#### 7.5.4 日常调护

具体内容包括：

- a) 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；
- b) 控制血脂、血压、血糖，避免脑外伤、煤气中毒；
- c) 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 次~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，每个项目任选，建议每次坚持 40 min~60 min；
- d) 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。根据个人情况，可选择 1 个~2 个项目，建议每次坚持 30 min~40 min；
- e) 积极参加社交活动，如聚会、演出、各类协会或社区活动；
- f) 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，如患者早期会出现词不达意，做事顾前忘后，说话东拉西扯，脾气行为变化无常等现象，及时观察、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；
- g) 注意安全防护：不让患者单独外出，避免迷路、走失，外出时有专人陪伴，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。

### 8 既病防变

#### 8.1 防治原则

主要指针对血管性轻中度痴呆患者进行既病防变。血管性痴呆的治疗是一个长期持续过程，但现有治疗仍无法控制或逆转病程，故对于既病状态，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，延缓向血管性重度痴呆转变。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维一体的疾病防治模式，延缓血管性轻中度痴呆向重度痴呆转变。

#### 8.2 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。

#### 8.3 中医药干预

### 8.3.1 中医辨证治疗

#### 8.3.1.1 治疗原则

平台期病情相对稳定，无明显波动，多见于发病早期，以虚为主，治法当以补肾益髓、益气健脾补虚为主；波动期，患者病情明显不稳定，呈波动状态；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，治法以豁痰开窍、活血化瘀祛邪为要。

#### 8.3.1.2 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。

本方重在益气养血，滋阴补肾，兼有化痰宣窍，临床应用侧重于肝肾精血亏虚，髓海不足之血管性痴呆患者。

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、胆南星以清化痰热；痰湿盛者加法半夏、茯苓以燥湿化痰；虚火盛者加黄柏、知母清热泻火；心火旺者可加麦冬、莲子心以清心安神；血瘀盛者加地龙、水蛭以活血化瘀。

改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

#### 8.3.1.3 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（依照王永炎、张伯礼院士主编《血管性痴呆现代中医临床与研究》）。

本方重在益气健脾，补肾益精，适用于脾肾两虚，气血不足，肾精亏虚，髓海失养之血管性痴呆患者。

主要药物组成：熟地黄、枸杞子、山萸肉、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、黄芪等益气补肾；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、生薏仁、白蔻仁健脾化湿和胃，也可配伍藿香、佩兰芳香化湿；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、生麦芽养阴生津。

改善结局：认知功能。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

#### 8.3.1.4 痰浊蒙窍证

治法：豁痰开窍，健脾化浊。

推荐方药1：涤痰汤（《济生方》）加减。

本方重在豁痰开窍，兼益气健脾，临床应用于痰浊蒙窍之血管性痴呆患者。

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。

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）

推荐方药2：洗心汤（《辨证录》）加减（依照王永炎、张伯礼院士主编《血管性痴呆现代中医临床与研究》）。

本方重在健脾化痰，豁痰开窍，临床应用于痰浊蒙窍之血管性痴呆患者。

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。

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）

### 8.3.1.5 瘀血阻窍证

治法：活血化瘀，开窍醒脑。

推荐方药1：通窍活血汤（《医林改错》）加减（依照王永炎、张伯礼院士主编《血管性痴呆现代中医临床与研究》）。

本方重在活血化瘀，开窍醒脑，临床应用侧重于瘀血阻滞脑脉，脑脉痹阻脑气所致的血管性痴呆患者。

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。

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）

### 8.3.1.6 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（复方苡蓉益智胶囊）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、肉苡蓉、地龙、漏芦5味药组成。其牵头开展的“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。

## 8.3.2 非药物治疗

### 8.3.2.1 针刺

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。一周3次~5次，根据病情酌情选择疗程。

改善结局：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）

### 8.3.2.2 艾灸

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，露出穴位。在离皮肤2 cm~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、热传递或热而局部没有时，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。然后医师重复上述步骤，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。

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，每天1次，每周6次，休息1天，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）

### 8.3.2.3 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，每日1次。

改善结局：认知功能、神经功能缺损。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

### 8.3.2.4 中医情志护理

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。

改善结局：精神与行为症状。（证据级别：D，推荐强度：弱推荐）

## 8.4 西医干预

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。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、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。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。

## 8.5 生活方式干预与调护

### 8.5.1 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。

### 8.5.2 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：

- a) 按时按量进食。VaD 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；
- b) 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，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；
- c) 餐具选择。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。

### 8.5.3 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：

- a) 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；
- b) 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血管性痴呆患者的精神、认知及情绪等方面具有一定的疗效；
- c) 认可疗法：对有性情、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；
- d) 社交疗法：鼓励患者加入互助小组，与病友们多多沟通交流；
- e) 环境疗法：通过给患者提供舒适、温馨的生活环境。

### 8.5.4 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，但中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、吞咽困难状等。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：

- a) 养成规律的睡眠时间，早睡早起，对于昼眠夜醒者，不要给老人饮酒、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；
- b) 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；
  - c) 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；
  - d) 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；
  - e) 训练生活自理能力，延缓智能衰退对轻度痴呆的老人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；对中度痴呆老人家属要帮助和训练患者的自理生活能力；
  - f) 适当体育锻炼。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；
  - g) 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；
  - h) 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。

## 9 瘥后防复

对于经过治疗病情稳定的患者，应保持饮食护理、情志护理、日常调护教育与管理、体育锻炼等生活方式干预不变，同时继续控制血管危险因素（包括高血压、高血脂、高血糖、心血管病、卒中复发等），采用中医干预治疗和/或西医干预治疗的患者，可在医师的指导下调整用药方案。

## 10 监测与随访

具体内容如下：

- a) 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 VD 早诊断早筛查早治疗；
- b) 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；
- c) 不同人群给予不同治未病干预：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；
- d) 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；对于病情进展快的，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；

- e) 健康教育：加强健康教育，提升患者的自我管理能力，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 A  
(资料性)  
筛查量表

A. 1简明精神状态检查量表

见表A. 1。

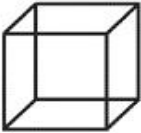
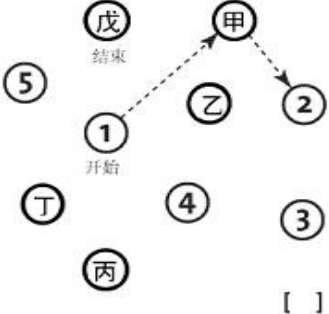
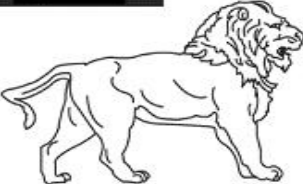
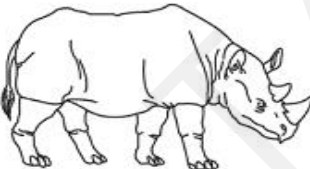
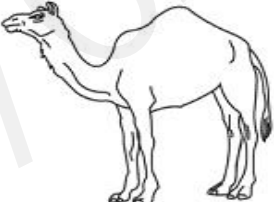
表A. 1 简明精神状态检查量表（MMSE）

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？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
（出示铅笔）这个东西叫什么？	<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

A.2 蒙特利尔认知评估表

见图A.1。

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Beijing Version  
蒙特利尔认知评估北京版

<b>视空间与执行功能</b>				<b>画钟表 (11点过10分) (3分)</b>		<b>得分</b> ___/5	
		[ ] [ ]		[ ] 轮廓 [ ] 数字 [ ] 指针			
<b>命名</b>							___/3
		[ ]		[ ]			
<b>记忆</b>	读下列词语,而后由患者重复上述过程重复2次5分钟后回忆	面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色	不计分
		第一次					
		第二次					
<b>注意</b>	读下列数字,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	[ ] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2					
	100连续减7	[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3
		4-5个正确给3分,2-3个正确给2分,1个正确给1分,全都错误为0分					
<b>语言</b>	重复: 我只知道今天张亮是来帮过忙的人	[ ]					___/2
	狗在房间的时候,猫总是躲在沙发下面	[ ]					
	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
<b>抽象</b>	词语相似性:如香蕉-桔子=水果	[ ] 火车-自行车	[ ] 手表-尺子				
<b>延迟回忆</b>	回忆时不能提示	面孔	天鹅绒	教堂	菊花	红色	仅根据非提示回忆计分
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>选项</b>	分类提示						
	多选提示						
<b>定向</b>	[ ] 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 www.mocatest.org							
总分							___/30

注:受教育年限小于9年者加1分,以校正文化程度的偏倚

图A.1 蒙特利尔认知评估量表 (MOCA)

## A.3 日常能力量表

见表A.2。

表A.2 日常能力量表 (activity of daily living;ADL)

<p>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。</p> <p>圈上最适合的情况</p>					
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（能独自在家待一天）	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] 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.
- [4] Ihl 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] Prince M. World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia[J]. 2015.
- [9] Association A. 2015 Alzheimer's disease facts and figures[J]. Alzheimers Dement, 2015,11(3):332-384.
- [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] 张允岭, 王永炎, 张伯礼. 血管性痴呆现代中医临床与研究[M]. 2003.
- [25] 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.
- [26] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组, 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(五): 轻度认知障碍的诊断与治疗[J]. *中华医学杂志*, 2018,98(17):1294-1301.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 曹洪欣. 中医循证临床实践指南[M]. 2011.
- [30] 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.
- [31] 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(02):49-51.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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(01):54-58.

[35] 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]. 广州中医药大学, 2021.

[36] 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.

[37] 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(04):632-636.

[38] 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]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S3):127.

[39] 王婧吉, 李难, 徐明安, 等. 通督调神针刺法对血管性非痴呆型认知功能障碍患者事件相关电位 P300 的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(01):149-151.

[40] 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 $\beta$ 、ALP 的影响(英文)[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2022:1-10.

[41] 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]. 山西中医药大学, 2021.

[42] 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(08):8-12.

[43] 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.

[44] 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]. 北京中医药大学, 2021.

[45] 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.

[46] 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(01):27-30.

[47] 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(02):486-489.

[48] 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]. 广西中医药大学, 2019.

[49] 曾友华, 包烨华, 朱敏, 等. 针刺治疗脑卒中亚急性期轻度认知障碍:随机对照研究[J]. 中国针灸, 2015, 35(10):979-982.

[50] 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.

[51] 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(07):628-630.

[52] 宋涛, 李丽萍. 五脏俞麦粒灸对无痴呆型血管性认知障碍患者 MoCA 评分的影响[J]. 新中医, 2018, 50(09):188-191.

- [53] 严宏达, 梅全喜, 陈普生, 等. 薪艾灸大椎、肾俞结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(05):1140-1142.
- [54] 许燕飞, 林燕, 周文姬, 等. 五脏俞麦粒灸对非痴呆型血管性认知障碍认知功能的应用研究[J]. 护理与康复, 2018, 17(05):12-15.
- [55] 严宏达, 杨楠, 赵明华, 等. 雷火灸大椎、肾俞结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(12):1410-1413.
- [56] 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.
- [57] 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.
- [58] 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.
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] 谭子虎, 兰汉超, 杨琼, 等. 加减薯蓣丸对非痴呆型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.
- [62] 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.
- [63] 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.
- [64] 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.
- [65] 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.
- [66] 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.
- [67] 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.
- [68] 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.
- [69] 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.
- [70] 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.
- [71] 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.

- [72] 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.
- [73] 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.
- [74] 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.
- [75] 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.
- [76] 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.
- [77] 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.
- [78] 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.
- [79] 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(09):979-983.
- [80] 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.
- [81] 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.
- [82] 高赟. 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.
- [83] 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.
- [84] 歐陽辰. 针刺治疗轻中度血管性痴呆的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2020.
- [85] 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(04):469-472.
- [86] 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(09):231-233.
- [87] 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(03):136-137.
- [88] 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.
- [89] 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.
- [90] 刘白云, 张广涛, 刘卫国. 针刺督脉为主治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(05):45-47.

- [91] 段礼宁, 赵军. 双“十”字针法联合盐酸多奈哌齐治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 中医药导报, 2018, 24(18):81-82.
- [92] 姚滔涛, 许能贵, 汪敏, 等. 靳三针及经颅磁刺激治疗血管性痴呆疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(04):659-663.
- [93] 程红亮, 耿飞, 胡培佳, 等. 针刺督脉组穴治疗血管性认知障碍临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2018(04):55-58.
- [94] 王飞, 王民集. 五神针治疗轻中度痰浊阻窍型血管性痴呆的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(12):2617-2619.
- [95] 李卫民, 李飞, 梁丹丹, 等. 颞三针结合康复训练治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2017, 40(03):66-68.
- [96] 胡丽竹, 罗溢昌, 张去飞. 八卦头针为主治疗血管性痴呆的临床研究[J]. 中国实用医药, 2017, 12(19):49-50.
- [97] 李淑芝, 张茜, 卢金荣, 等. 头穴透刺治疗对血管性痴呆患者血清  $\text{TNF-}\alpha$ 、 $\text{IL-1}\beta$  的影响[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(6):679-681.
- [98] 王飞, 王民集. 针刺五神穴治疗腑滞浊留型血管性痴呆的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(11):2403-2405.
- [99] 马莉, 梅晨健, 孙士红, 等. 头穴丛刺长留针法治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(5):49-51.
- [100] 谭涛, 任珍, 覃佐爱, 等. 调心通督针刺法治疗血管性痴呆的临床研究[J]. 中医药导报, 2017, 23(04):66-68.
- [101] 杨文昊, 刘凤阁, 舒慧敏. 针刺联合西药与单纯西药治疗轻中度血管性痴呆疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(30):3359-3362.
- [102] 叶宝叶, 康佳珺, 俞征宙, 等. 多奈哌齐配合头皮针治疗血管性痴呆 30 例[J]. 福建中医药, 2016, 47(04):58-59.
- [103] 谢西梅, 安军明. 头针治疗血管性痴呆临床随机对照研究[J]. 四川中医, 2016, 34(10):182-184.
- [104] 程红亮, 张闻东, 胡培佳, 等. 针刺相关井穴治疗血管性认知障碍的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(06):835-837.
- [105] 陈玉宝, 王晓燕, 余艳, 等. 针刺对血管性痴呆患者认知功能及 P300 的影响[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(22):2688-2689.
- [106] 牛文民, 刘智斌, 杨晓航, 等. 头皮发际区微针疗法对血管性痴呆患者认知功能及乙酰胆碱酯酶的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2015(2):147-149.
- [107] 程红亮, 胡培佳, 张闻东, 等. 通督调神针刺法对血管性认知障碍患者血清 IGF-1 表达的影响[J]. 世界中医药, 2015, 10(10):1586-1589.
- [108] 程红亮, 周婷, 张闻东, 等. 针刺督脉组穴治疗血管性认知障碍的临床研究[J]. 中国临床保健杂志, 2015, 18(05):512-514.
- [109] 吕细华, 罗玳红, 张春华. 通元针法对血管性痴呆患者精神状态及生活自理能力的影响研

究[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(08):58-59.

[110] 李巧薇, 李丽娟, 许倩瑜, 等. 电针智三针对血管性痴呆患者认知功能和行为能力的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(08):1-2.

[111] 牛文民, 刘智斌, 杨晓航, 等. 头皮发际区微针疗法对血管性痴呆患者认知功能及内皮素的影响[J]. 中医药信息, 2015(1):73-75.

[112] 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.

[113] 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.

[114] 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.

[115] 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.

[116] 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.

[117] 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.

[118] 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.

[119] 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.

[120] 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(06):86-88.

[121] 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.

[122] 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.

[123] 牛亚利, 万春晓, 陈晓娜, 等. 导引组方联合认知训练治疗血管性痴呆的疗效研究[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(05):518-521.