

ICS **. ***, **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

血管源性轻度认知障碍中医诊疗指南

Guideline for Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine in Vascular Mild
Cognitive Impairment

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言	1
引 言	2
1 范围	3
2 规范性引用文件	3
3 术语和定义	3
4 流行病学特点	4
5 诊断	4
6 中医病因病机认识	4
7 证候诊断	5
8 治疗	5
8.1 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否延缓 VaMCI 患者转化为痴呆的进程?	5
8.2 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者总体认知功能?	6
8.3 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者中医症状?	10
8.4 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者生活能力及质量?	12
8.5 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者记忆力/语言功能/注意/执行功能/视空间和结构能力?	13
9 指南编制过程概述	16
9.1 成立项目组	16
9.2 构建临床问题和遴选结局指标	16
9.3 证据检索、筛选与综合	16
9.4 形成专家推荐意见	17
9.5 写征求意见稿,同行评议和征求意见	17
参 考 文 献	错误!未定义书签。

前 言

本指南按照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》规定的规则起草。

本指南由中国中医科学院西苑医院提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：中国中医科学院西苑医院。

本指南参与起草单位：北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、长春中医药大学附属医院、中国中医科学院。

本指南主要起草人：张允岭、金香兰、鲁岳、陈宝鑫、高颖、孙林娟、蔡业峰、齐向华、王健、黎明全、孟新玲、周震、伍大华、吴明华、唐军、杨文明、孙莉、丁砚兵、闫咏梅、廖星、李培红。

引言

血管源性轻度认知障碍（vascular mild cognitive impairment, VaMCI）是从认知正常到血管性痴呆的一个关键阶段，也是一个转折点。目前缺乏VaMCI中医诊疗指南，为进一步提升临床对VaMCI的重视，更有效地指导医生对VaMCI进行规范管理，为此专家组制定了《血管源性轻度认知障碍中医诊疗指南》，旨在推动神经科、精神科、老年科等相关科室临床医师高度重视VaMCI的综合管理和早期认知障碍症状的识别及干预，从而提高患者的生活质量和延长生存时间。

本指南的证据质量及推荐意见强度使用GRADE方法。GRADE系统将证据质量分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）4级（见表1），在此基础上经专家投票给出推荐意见。推荐强度反映了指南对一项干预措施是否利大于弊的确定程度，本指南推荐意见的推荐强度考虑了证据质量、利弊平衡、经济学、患者的价值观和意愿4个因素，由共识会议专家综合权衡后得出。本指南采用名义组法形成推荐意见，投票分为5个等级：强推荐（明确利大于弊）、弱推荐（可能利大于弊）、无明确推荐（利弊相当或不确定）、弱不推荐（可能弊大于利）、强不推荐（明显弊大于利），除“中间”格以外的任何1格票数超过50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；或“中间”格某一侧两格总票数超过70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”。对于证据等级低或者证据少的推荐意见，现场专家共识形成弱推荐，推荐强度说明见表2。

表1 证据质量分级

证据级别	证据质量
A级证据（高质量证据）	观察值接近真实值，进一步研究不大可能改变该观察值的可信度
B级证据（中等质量证据）	真实值有可能接近观察值，但仍存在两者不同的可能性，进一步研究可能改变观察值的可信度，且可能改变该观察值的结果
C级证据（低质量证据）	真实值可能与观察值差别很大，进一步研究极有可能改变观察值的可信度，且很可能改变该观察值的结果
D级证据（极低质量证据）	真实值很可能与观察值不同，真实值可能与观察值有很大差别，观察值的结果很不确定

表2 推荐意见分级

推荐级别	说明
强推荐	明显利大于弊，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会；对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见
弱推荐	可能利大于弊，多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好和价值观而不采用；对于临床医生，应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他价值观和意愿的决定

血管源性轻度认知障碍中医诊疗指南

1 范围

本指南规定了血管源性轻度认知障碍的诊断标准、病因病机、中医证候诊断标准、治疗方案的内容。

本指南适用于血管源性轻度认知障碍的患者。

本指南供临床一线中医师、中西医结合医师使用。

2 规范性引用文件

本指南规范性引用以下文件。

GB/T16751.1—2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2—2021《中医临床诊疗术语·证候部分》

《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)

“Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement”(2014, Alzheimer Disease & Associated Disorders)

“Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study”(2018, Alzheimer’s & Dementia the Journal of the Alzheimer’s Association)

《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》(2019, 中华医学杂志)

《国家基本药物目录(2022年版)》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年版)》

《中华人民共和国药典(2020年版)》

3 术语和定义

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^[1]。VaMCI是轻度的VCI,其认知损害尚未达到痴呆的诊断标准,是正常认知到血管性痴呆(vascular dementia, VD)的一个过渡状态^[2]。

4 流行病学特点

目前关于VaMCI的流行病学研究较少。加拿大一项较早的关于VCI的调查显示，VaMCI是65岁至84岁人群中最常见的VCI形式^[3]。日本的一项调查显示VaMCI的患病率为总人群的8.5%，占轻度认知障碍（mild cognitive impairment, MCI）人群的37.2%^[4]。在中国，65岁及以上的人群中轻度认知障碍的患病率为20.8%，其中VaMCI占42%^[5]。目前尚无关于单纯的VaMCI患病率的系统报告。Makin等与van Rooij等报告的患病率分别为21%和30%^[6,7]。根据Harrison等的系统评价，在中风人群中VaMCI的患病率为24%到75%^[8-10]，在中风风险低或未患中风的人群中VaMCI的患病率为4%到19%^[11,12]。

关于VaMCI进展为痴呆风险的数据较少。在加拿大健康与衰老研究中，VaMCI参与者在5年随访时患痴呆的风险为46%^[13]，而在一项基于临床的研究中，40%的VaMCI参与者在2年时转变为痴呆^[12]。因此，VaMCI作为VD的早期阶段，是防治VD的关键时期。

5 诊断

目前，VaMCI的诊断标准参考2011年美国心脏协会/美国中风协会（American Heart Association/American Stroke Association, AHA/ASA）发表推荐的4个级别（肯定的、很可能的、可能的、可疑的）VaMCI诊断标准^[14]、2014年国际血管行为和认知障碍学会（International Society of Vascular Behavioural and Cognitive Disorders, VASCOG）声明中轻度血管源性认知障碍（mild VCD）的诊断标准^[15]、2016年我国发布的《中国血管性轻度认知损害诊断指南》^[16]、2017年血管认知障碍分类共识研究（Vascular Impairment of Cognition Classification Cognition consensus Study, VICCCS）指南中关于轻度血管性认知损害（mild VCI）诊断标准^[17]以及2019年我国发布的《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》^[1]。这些诊断标准在核心诊断特征上基本相同，仅在具体细则和诊断阈值上存在一些差别。VaMCI的诊断需要3个核心要素：（1）符合轻度认知障碍的程度诊断；（2）存在血管性脑损伤的证据；（3）认知障碍与脑血管损伤之间具有相关性。

6 中医病因病机认识

血管源性轻度认知障碍属于“健忘、善忘、喜忘、好忘、多忘、心神失常、呆病、痴证”等范畴。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”，“兴趣索然”，“思维迟钝”，“反应迟钝”，“忧愁思虑”、“肢体笨拙”，“步履迟重”等^[18]。

血管源性轻度认知障碍多发生于中老年人群，盖因年迈之人，脏腑渐虚，精、气、血亏损不足，使髓海失充、脑失所养，痰、瘀、火诸邪内阻上扰清窍，清窍受蒙，终致神机失用。本病主要病位涉及肾、肝、脾，属于本虚标实，其主要的证候要素为气虚，其后依次为血瘀、

痰、阴虚、阳虚、火^[19, 20]。在疾病的初期以气虚为主，随着疾病的进展，气虚加重，并出现了阳虚、血瘀，提示该病的病因病机中，存在以虚为本，血瘀、痰为标的特点。随着疾病进展，出现肾虚、痰浊、血瘀互扰的特点^[19]。

7 证候诊断

血管源性轻度认知障碍中医证型主要分 5 型，具体如下：肾虚血瘀证、气虚血瘀证、痰热内阻证、阴虚火旺证、脾肾亏虚证。

7.1 肾虚血瘀证

症状可见：语后便忘，回忆不能，神思不聚，持筹握算差，言语如凝，反应迟钝，忧愁思虑、肢体笨拙，步履迟重。腰膝酸软或痛，小便清长，夜尿频多，尿后余沥，咳笑时遗尿，面色晦黯，口唇紫暗，舌下脉络迂曲，舌黯淡体胖，脉沉细涩。

7.2 气虚血瘀证

症状可见：言谈不知首尾，时作时止，转盼遗忘，神思不聚。气短乏力，神疲，或兼头晕心悸，面色晦滞，排便无力，便干便难，舌黯淡或有瘀斑，脉弦细或沉缓而涩。

7.3 痰热内阻证

症状可见：语后便忘，回忆不能，持筹握算差，犹豫不决，思维迟钝，步履迟重。头重如裹，消谷善饥，胸闷，心悸，气短，腹胀，纳呆，胸胁胀痛，失眠，多梦，苔黄腻，脉滑。

7.4 阴虚火旺证

症状可见：语后便忘，回忆不能，神思不聚，持筹握算差，言善误。潮热盗汗，五心烦热，烦躁易怒，双目干涩，耳鸣，口臭，口渴，口苦，舌燥少津，脉弦或脉数。

7.5 脾肾亏虚证

症状可见：语后便忘，回忆不能，言语懒，言语如凝，兴趣索然，肢体笨拙，步履迟重。伴神疲，乏力，头晕，肢倦身重，善太息，咯痰，恶心呕吐，口淡，舌苔腻，脉沉滑。

8 治疗

本病治疗的主要目的是预防认知功能持续减退，改善认知功能，提高日常生活能力，延缓转化为痴呆的进程。目前临床上尚无根治 VaMCI 的特效药物和方法。希望通过本指南可以提供临床可操作且有临床证据的治疗，为 VaMCI 规范化治疗提供依据。

8.1 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否延缓 VaMCI 患者转化为痴呆的进程？

8.1.1 推荐意见

针刺联合尼莫地平治疗可延缓患者转化为痴呆的进程^[21]（推荐强度：强推荐，证据级别 C）。与胞磷胆碱比，针刺单用亦可延缓患者转化为痴呆的进程^[22]（推荐强度：弱推荐，证据级别 C）。

8.1.2 推荐理由

1篇研究报告针刺联合尼莫地平治疗3个月后继续随访3个月发现，联合组认知功能优于尼莫地平^[21]。1篇研究报告，与胞磷胆碱相比，针刺治疗12周后继续随访12周发现，针刺组认知功能、日常生活能力均优于胞磷胆碱^[22]。综上，研究表明针刺单用或联合尼莫地平治疗可减缓VaMCI患者认知功能的下降，从而减缓其转化为痴呆的进程。

8.1.3 针刺疗法说明

VaMCI与十二正经、奇经八脉的病变皆有密切的联系，其中与足太阳、足阳明、督脉、阴阳跷脉五经的关系最为密切，选穴以这些经络为主，配合经络辨证取穴。

穴方一：足三里、血海、膻中、中脘、气海、百会、风府、心俞、谿谿穴、通里、照海。
穴方二：百会、四神聪、四白、风池、完骨、天柱、神门、内关、人中、三阴交、太冲、丰隆、气海、血海、膈俞、足三里。上述腧穴中（除膻中、中脘、气海、百会、人中等任督脉穴位外），取双侧穴位。适用于瘀血阻络证。刺法：根据穴位性质，以补法为主；疗程：针刺得气后留针30min，治疗频率为每周两次及以上，疗程为12周。不良反应：纳入文献未报道不良反应的发生。

8.2 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者总体认知功能？

8.2.1 经典名方

8.2.1.1 推荐意见

温胆汤联合尼莫地平^[23, 24]、薯蓣丸单用^[25, 26]均可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。复方菖蒲益智汤单用或联合尼莫地平治疗均可改善患者的认知功能^[27-30]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。桂枝茯苓丸可改善患者的认知功能^[31, 32]（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。抵挡汤^[33]和涤痰汤^[34]联合尼莫地平可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。七福饮^[35]和孔圣枕中丹^[36]联合盐酸多奈哌齐可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。天王补心丹联合认知训练可改善患者的认知功能^[37]（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。

8.2.1.2 推荐理由

2篇研究显示温胆汤加减联合尼莫地平使用在改善患者蒙特利尔认知评估量表（Montreal Cognitive Assessment, MoCA）评分方面优于尼莫地平^[23, 24]。2篇研究显示薯蓣丸加减在改善MoCA评分及简易精神状态评价量表（Mini-mental State Examination, MMSE）评分方面与盐酸多奈哌齐相当^[25, 26]。4篇研究显示复方菖蒲益智汤单用或联合尼莫地平使用在改善MMSE评分、MoCA评分及老年性痴呆评定量表-认知分量表（Alzheimer's disease assessment scale, ADAS-cog）评分方面优于尼莫地平^[27-30]。2篇研究显示桂枝茯苓丸在改善患者MoCA评分方面优于基础治疗^[31, 32]。1篇研究报告显示抵挡汤加减联合尼莫地平治疗在改善MoCA评分及MMSE评分方面优于尼莫地平^[33]。1篇研究显示加味涤痰汤联合尼莫地平治疗在改善MMSE评分方面优于尼莫地平^[34]。各有1篇研究报告七福饮加味^[35]、孔圣枕中丹

[36]联合盐酸多奈哌齐治疗在改善MoCA评分及MMSE评分方面优于盐酸多奈哌齐。1篇研究显示天王补心丹联合认知训练在改善MMSE评分方面优于认知训练[37]。综上,研究表明中医经典名方治疗可改善VaMCI患者的认知功能,临床医师可根据患者病情、用药情况及患者的经济状况等,酌情给予中药汤剂治疗,可单用或联合西药使用。

8.2.1.3 推荐方药说明

温胆汤出自唐·孙思邈《备急千金要方》,组成:半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草,功效:化痰开窍,主治:痰浊阻窍证。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、白蔻仁等以燥湿化痰,瘀血重者加桃仁、红花、水蛭以活血化瘀,兼气虚者加党参、太子参、黄芪等以补中益气,兼阳虚者加杜仲、巴戟天、淫羊藿等以温补阳气。不良反应:纳入文献未报道不良反应的发生。

桂枝茯苓丸出自汉·张仲景《金匮要略》,组成:桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍,功效:活血化瘀,主治:用于痰瘀互结证,临床使用时可加地龙以通经活络。不良反应:纳入文献未报道不良反应的发生。

薯蓣丸出自汉·张仲景《金匮要略》,加减薯蓣丸由薯蓣丸去桂枝、干地黄、豆黄卷、甘草、人参、麦门冬、杏仁、柴胡、桔梗、阿胶、干姜、白薇、防风、大枣,加熟地黄、炙远志、何首乌、西党参、石菖蒲、杜仲、枸杞子、五味子而成,功效:补肾益精填髓、祛瘀化痰,主治:肾精亏虚、痰瘀互结证。不良反应:纳入文献未报道不良反应的发生。

抵挡汤出自汉·张仲景《伤寒论》,组成:水蛭、虻虫、桃仁、大黄,功效:活血化瘀,主治:瘀血阻络证。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。不良反应:纳入文献未报道不良反应的发生。

孔圣枕中丹出自唐·孙思邈《备急千金要方》,组成:龟板、龙骨、石菖蒲、远志,功效:益智安神,补肾宁心,主治:肾精亏虚证。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。不良反应:试验组出现头晕1例,食欲下降2例,腹泻者2例。

加味七福饮源自明·张景岳《景岳全书》中七福饮加减而成,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,功效:补益脾肾、化痰开窍,主治:脾肾亏虚、痰瘀互结证。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。不良反应:试验组出现恶心1例。

加味涤痰汤取自南宋·严用和《济生方》中涤痰汤加减而成,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,功效:益气祛痰、化浊开窍,主治:痰浊阻窍证。不良反应:纳入文献未报道不良反应的发生。

天王补心丹加减出自明代《摄生秘剖》中天王补心丹加减而成,组成:柏子仁、茯神、五味子、石菖蒲、麦冬、远志、酸枣仁、玄参、生地黄、炒白术、地骨皮、制何首乌、炒山

楂、神曲、炒麦芽、川芎、鸡内金、生晒参，功效：补肾益精、补益气血，主治：肾精亏虚，气血不足证。不良反应：纳入文献未报道不良反应的发生。

复方菖蒲益智汤由唐·孙思邈《备急千金要方》菖蒲益智丸演变而成，组成：石菖蒲、黄连、郁金、川芎、地龙、丹参、赤芍、当归、茯苓、泽泻等，功效：活血通络，化浊解毒，主治：痰浊瘀阻证。不良反应：纳入文献中复方菖蒲益智汤联合尼莫地平治疗组出现低血压3例，头痛1例，肢体疼痛2例；单用复方菖蒲益智汤未报道不良反应的发生。

8.2.2 中成药

8.2.2.1 推荐意见

天智颗粒^[38-40]、复方苻蓉益智胶囊^[41-44]单用均可改善患者的认知功能（推荐强度：强推荐，证据级别C）。苻蓉益肾颗粒^[45]、健脑补肾丸^[46]单用均可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。

8.2.2.2 推荐理由

天智颗粒有3篇研究显示其改善患者MMSE评分、MoCA评分优于茴拉西坦胶囊或基础治疗^[38-40]。2篇研究显示复方苻蓉益智胶囊在提高患者MoCA评分方面优于尼莫地平^[41, 43]，2篇研究报告复方苻蓉益智胶囊在提高患者MoCA评分、MMSE评分方面优于空白对照^[42, 44]。1篇研究报告苻蓉益肾颗粒在改善患者MMSE、MoCA评分方面优于茴拉西坦^[45]。1篇研究报告健脑补肾丸在改善患者MMSE评分方面优于尼莫地平^[46]。综上，研究表明中成药治疗可改善患者的认知功能，临床医师可根据患者病情、用药情况及患者的经济状况等，酌情给予中成药治疗，可单用或联合西药使用。

8.2.2.3 推荐方药说明

天智颗粒处方具体信息参考《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022年）》，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。

复方苻蓉益智胶囊处方具体信息参考《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022年）》，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、脘腹胀满、食欲下降、轻度皮肤瘙痒等。

健脑补肾丸处方具体信息参考《中华人民共和国药典（2020年版）》，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。

苁蓉益肾颗粒处方具体信息参考《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022年）》，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。

8.2.3 针刺疗法

8.2.3.1 推荐意见

与尼莫地平、认知训练、胆碱酯酶抑制剂相比，针刺联合尼莫地平^[21, 47-58]、针刺联合认知训练^[59-65]、针刺联合胆碱酯酶抑制剂^[66-79]均可改善患者的认知功能（推荐强度：强推荐，证据级别C）。与奥拉西坦胶囊、阿托伐他汀钙片相比，针刺联合奥拉西坦胶囊^[80-82]、针刺联合阿托伐他汀钙片^[83-85]可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。针刺联合茴拉西坦可改善患者的认知功能^[86]（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。针刺联合盐酸多奈哌齐和奥拉西坦胶囊同时服用可改善患者的认知功能^[87]（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。针刺联合吡拉西坦和认知训练可改善患者的认知功能^[88]（推荐强度：强推荐，证据级别D）。与尼莫地平或基础治疗对比，单独针刺治疗亦可改善患者的认知功能^[89-112]（推荐强度：强推荐，证据级别C）。与盐酸多奈哌齐^[113, 114]或胞磷胆碱钠^[22, 115]对比，单独针刺治疗可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。与阿司匹林^[116]对比，单独针刺治疗可改善患者的认知功能（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。

8.2.3.2 推荐理由

13篇研究显示针刺联合尼莫地平在改善患者的MMSE评分、MoCA评分及长谷川痴呆量表（Hasegawa dementia scale, HDS）评分方面优于尼莫地平^[21, 47-58]。7篇研究显示针刺联合认知训练改善患者的MMSE评分及MoCA评分方面优于认知训练^[59-65]。14篇研究显示针刺联合胆碱酯酶抑制剂在改善患者的MMSE评分及MoCA评分方面优于胆碱酯酶抑制^[66-79]。3篇研究显示针刺联合奥拉西坦胶囊在患者的MMSE评分及MoCA评分方面优于奥拉西坦胶囊^[80-82]。3篇研究显示针刺联合阿托伐他汀钙片在改善患者的MMSE评分方面优于阿托伐他汀钙片^[83-85]。1篇研究报告针刺联合茴拉西坦胶囊在改善患者的MMSE评分方面优于茴拉西坦胶囊^[86]。各有1篇研究报告针刺联合盐酸多奈哌齐片和奥拉西坦胶囊^[87]、针刺联合吡拉西坦和认知训练^[88]在改善患者的MoCA评分方面优于对照组。2篇研究显示针刺治疗在改善患者的MoCA评分方面优于空白对照^[89, 90]。22篇研究显示针刺治疗在改善患者的MMSE评分及MoCA评分方面优于尼莫地平^[91-112]。2篇研究显示单独针刺治疗在改善患者的MMSE评分方面优于盐酸多奈哌齐^[113, 114]。2篇研究显示单独针刺治疗在改善患者的ADAS-cog评分方面优于胞磷胆碱钠胶囊^[22, 115]。1篇研究报告单独针刺治疗在改善患者的MMSE评分方面优于阿司匹林^[116]。综上，这些研究显示单用针刺或联合西药治疗，患者的认知功能改善。临床医师可依据患者临床情况、经济学评估等选择适宜的治疗措施。

8.2.3.3 推荐针刺说明

以头部穴位为主，配合经络辨证取穴。

主穴一：头部穴位可取百会、神庭、四神聪、本神、风池、风府、大椎等，配穴包括神门、内关、合谷、足三里、太冲、太溪等。主穴二：采用丛刺长留针法，主穴包括顶区、额区、颞区等，配穴包括曲池、足三里、阳陵泉、内关、血海、三阴交等。结合脏腑辨证：痰浊阻窍者加丰隆、中脘、阴陵泉；肾精亏虚者加气海、关元、肾俞，瘀血阻络者加血海、膈俞、合谷，肝阳上亢者加太冲、行间等。刺法：根据穴位性质，以补法为主；疗程：针刺得气后留针30min，治疗频率为每周两次及以上，疗程为4~24周。不良反应：纳入文献报道了针刺过程可出现胸闷、心慌等晕针症状，予立即取针、平卧，休息后可缓解，针刺可出现针刺部位疼痛、局部血肿等不良事件，偶见有取针后出血现象，用消毒干棉球按压片刻止血。

8.2.4 其他中医疗法

8.2.4.1 推荐意见

艾灸联合认知训练可改善患者的认知功能^[117-119]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。单独艾灸治疗可改善患者的认知功能^[120]（推荐强度：弱推荐，证据级别D）。单独推拿治疗^[121]或联合认知训练均可改善患者的认知功能^[122]（推荐级别：弱推荐，证据级别D）。

8.2.4.2 推荐理由

3篇研究显示艾灸联合认知训练在改善患者的MoCA及MMSE分方面优于认知训练^[117-119]。1篇研究显示单独艾灸亦可改善患者的MoCA评分^[120]。1篇研究显示头部经络穴位按摩在改善患者的MoCA评分方面优于基础治疗^[121]。1篇研究显示头枕部按摩联合认知训练在改善患者的MoCA评分及MMSE评分方面优于认知训练^[122]。

8.2.4.3 推荐其他中医疗法说明

艾灸主穴一为心俞、肾俞，配穴可取足三里、三阴交、悬钟、太溪。取适量艾绒置于手掌心进行整绒和搓捻，用手指搓形成麦粒大小的艾炷，用指腹轻压平底，放置于所选取的穴位，线香点燃。艾炷燃至患者皮肤潮红或烧至3/4时去除并换1壮，每个穴位灸9壮。每周5次，疗程为8周。

艾灸主穴二为大椎、肾俞。采用温热补法，即艾条距离皮肤腧穴3~5cm悬灸，每穴施灸时间约25min，灸感以施灸部位局部传热、扩热为宜。每日1次，间隔休息2天，疗程为8周。

头枕部按摩可选择头部经络按摩和头部穴位按摩，头部经络推荐督脉、足太阳膀胱经，足少阳胆经，五指分开略弯曲，中指定位于前发际正中督脉上，食指和无名指定位于督脉两侧的膀胱经头部循行线上，拇指和小指分别定位于胆经头部的循行线上，指腹紧贴皮肤，自前发际越头顶至后项进行单方向梳理，此法类似于梳头的动作，只是用手指代替木梳，每次梳理30下，每日2次，疗程为8周。穴位推荐印堂、神庭、囟会、前顶、百会、四神聪、太阳、头维、承灵等头部穴位，采用指柔法，每次10-15分钟，每日1次，疗程为8周。

8.3 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者中医症状？

8.3.1 经典名方

8.3.1.1 推荐意见

复方菖蒲益智汤可改善患者的智能减退、爪甲青紫、面色晦暗等痰瘀阻络之中医症状^[28]（推荐等级：弱推荐，证据级别D）。薯蓣丸可改善肾精亏虚型、气血亏虚型、痰浊阻窍型、瘀血阻络型患者的中医症状^[26]（推荐意见：强推荐，证据级别D）。

8.3.1.2 推荐理由

1篇研究显示复方菖蒲益智汤联合尼莫地平在改善瘀血阻络型患者的智能减退、爪甲青紫、面色晦暗等症状方面优于尼莫地平^[28]。1篇研究显示薯蓣丸加减在改善患者的血管性痴呆辨证量表（SDSVD）评分方面优于盐酸多哌奈齐^[26]。

8.3.1.3 推荐方药说明

复方菖蒲益智汤和薯蓣丸的出处、药物组成、随证加减及不良反应见8.2.1.3项。

8.3.2 中成药

8.3.2.1 推荐意见

复方苁蓉益智胶囊可改善患者的健忘、思维迟钝、腰膝酸软、头晕耳鸣等中医症状^[41]（推荐强度：强推荐，证据级别C）。

8.3.2.2 推荐理由

1篇研究显示复方苁蓉益智胶囊在改善肝肾亏虚兼痰瘀阻络证患者的血管性痴呆辨证量表（SDSVD）评分方面优于尼莫地平^[41]。

8.3.2.3 推荐方药说明

复方苁蓉益智胶囊的出处、适应症、用法用量及不良反应见8.2.2.3项。

8.3.3 针刺疗法

8.3.3.1 推荐意见

针刺可改善患者的腰膝酸软、倦怠思卧、思维迟钝、脑转耳鸣等中医症状^[48, 49, 52, 54, 55, 68, 71, 79, 87]（推荐强度：强推荐，证据级别C）。

8.3.3.2 推荐理由

5篇研究显示针刺联合尼莫地平在改善脾肾两虚证或痰瘀互结证患者的SDSVD评分方面优于尼莫地平^[48, 49, 52, 54, 55]。3篇研究显示针刺联合胆碱酯酶抑制剂在改善患者的SDSVD评分方面优于胆碱酯酶抑制剂^[68, 71, 79]。1篇研究显示针刺联合盐酸多哌奈齐和奥拉西坦胶囊在改善患者的SDSVD评分方面优于盐酸多哌奈齐片和奥拉西坦胶囊^[87]。

8.3.3.3 推荐针刺说明

针刺处方、方法及不良反应及处理方法等见8.2.3.3项。

8.3.4 其他中医疗法

8.3.4.1 推荐意见

艾灸可改善髓海不足证患者的中医症状^[123]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。

8.3.4.2 推荐理由

1篇研究显示艾灸联合认知训练在改善髓海不足证患者的症状积分方面优于认知训练^[123]。

8.3.4.3 推荐其他中医疗法说明

艾灸的选穴、操作及不良反应见8.2.4.3项。

8.4 汤药/中成药/针刺/其他中医疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者生活能力及质量?

8.4.1 经典名方

8.4.1.1 推荐意见

温胆汤^[23, 24]、涤痰汤^[34]可改善患者的生活能力及质量(推荐强度:弱推荐,证据级别C)。抵挡汤^[33]、孔圣枕中丹^[36]、天王补心丹^[37]、七福饮^[35]可改善患者的生活能力及质量(推荐强度:弱推荐,证据级别D)。

8.4.1.2 推荐理由

2篇研究显示温胆汤加味改善患者的日常生活能力评定量表(Activities of daily living, ADL)评分优于尼莫地平^[23, 24]。各有1篇研究显示涤痰汤加味联合尼莫地平^[34]、抵挡汤联合尼莫地平^[33]、孔圣枕中丹联合盐酸多奈哌齐^[36]、七福饮加味联合盐酸多奈哌齐^[35]改善患者的ADL评分优于对照组。1篇研究显示天王补心丹联合认知训练改善患者的日常生活能力(Modified Barthel Index, MBI)评分优于认知训练^[37]。

8.4.1.3 推荐方药说明

温胆汤、涤痰汤、抵挡汤、孔圣枕中丹、天王补心丹、七福饮的出处、组成、适应症及不良反应见8.2.1.3项。

8.4.2 中成药

8.4.2.1 推荐意见

天智颗粒^[40]、复方苻蓉益智胶囊^[42]单用均可改善患者的生活能力及质量(推荐强度:强推荐,证据级别D)。天智颗粒联合茴拉西坦胶囊可改善患者的日常生活能力及质量^[38](推荐强度:强推荐,证据级别C)。苻蓉肾颗粒可改善患者的生活能力及质量^[45](推荐强度:弱推荐,证据级别D)。

8.4.2.2 推荐理由

1篇研究显示天智颗粒改善患者的ADL评分优于基础治疗^[40]。1篇研究显示复方苻蓉益智胶囊改善患者的ADL评分优于空白对照^[42]。1篇研究显示天智颗粒联合茴拉西坦胶囊改善患者的ADL评分优于茴拉西坦胶囊^[38]。1篇研究显示苻蓉肾颗粒改善患者的ADL评分与茴拉西坦相当^[45]。综上,研究表明部分中成药单用或联合西药应用可改善患者的日常生活能力及生活质量,临床医师可根据实际情况选用。

8.4.2.3 推荐方药说明

天智颗粒、复方苻蓉益智胶囊、苻蓉益肾颗粒的处方来源、适应症、用法用量及不良反应见8.2.2.3项。

8.4.3 针刺疗法

8.4.3.1 推荐意见

针刺单用或联合胆碱酯酶抑制剂均可改善患者的生活能力及质量^[67, 68, 70-72, 74, 77, 114]（推荐强度：强推荐，证据级别C）。针刺单用或联合尼莫地平使用均可改善患者的生活能力及质量^[49, 51, 53, 57, 92, 93, 107]（推荐强度：强推荐，证据级别D）。针刺联合茴拉西坦^[124]、针刺联合盐酸多奈哌齐和奥拉西坦^[87]均可改善患者的生活能力及质量（推荐强度：强推荐，证据级别D）。

8.4.3.2 推荐理由

1篇研究显示针刺改善患者的ADL评分优于盐酸多奈哌齐^[114]。4篇研究显示针刺联合胆碱酯酶抑制剂改善患者的ADL评分优于胆碱酯酶抑制剂^[67, 68, 70, 71]，3篇研究显示针刺联合胆碱酯酶抑制剂改善患者的Barthel指数评分优于胆碱酯酶抑制剂^[72, 74, 77]。3篇研究显示针刺改善患者的Barthel指数评分优于尼莫地平^[92, 93, 107]。4篇研究显示针刺联合尼莫地平改善患者的Barthel指数评分、ADL评分优于尼莫地平^[49, 51, 53, 57]。1篇研究显示针刺联合茴拉西坦改善患者的Barthel指数评分优于茴拉西坦^[124]。1篇研究显示针刺联合盐酸多奈哌齐和奥拉西坦改善患者的ADL评分优于盐酸多奈哌齐和奥拉西坦^[87]。综上，研究表明针刺疗法可改善患者的日常生活能力及质量，临床医师可根据实际情况选用。

8.4.3.3 推荐针刺说明

针刺处方、方法及不良反应及处理方法等见8.2.3.3项。

8.4.4 其他中医疗法

8.4.4.1 推荐意见

艾灸联合认知训练可改善患者的日常生活能力及生活质量^[123, 125]（推荐意见：弱推荐，证据级别C）。

8.4.4.2 推荐理由

各有1篇研究显示艾灸联合认知训练改善患者的ADL评分、Barthel指数评分优于对照组^[123, 125]。

8.4.4.3 推荐其他中医疗法说明

艾灸的选穴、操作及不良反应见8.2.4.3项。

8.5 汤药/中成药/针刺/其他非药物疗法单用或联合西药能否改善 VaMCI 患者记忆力/语言功能/注意/执行功能/视空间和结构能力？

8.5.1 经典名方

8.5.1.1 推荐意见

复方菖蒲益智汤联合尼莫地平可改善患者的记忆力和语言功能^[28]（推荐意见：弱推荐，证据级别D）。天王补心丹联合认知训练可改善患者的记忆力、语言功能和注意力^[37]（推荐意见：弱推荐，证据级别D）。

8.5.1.2 推荐理由

1篇研究显示复方菖蒲益智汤联合尼莫地平改善MMSE的单项记忆力评分和单项语言功能评分优于尼莫地平^[28]。1篇研究显示天王补心丹联合认知训练改善MMSE的单项记忆力评分、单项语言功能评分和单项注意力评分优于认知训练^[37]。

8.5.1.3 推荐方药说明

复方菖蒲益智汤、天王补心丹的出处、组成、适应症及不良反应见8.2.1.3项。

8.5.2 中成药

8.5.2.1 推荐意见

天智颗粒^[39]单用可改善患者的记忆力和注意力（推荐强度：强推荐，证据级别C）、语言功能（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。天智颗粒联合茴拉西坦胶囊可改善患者的视空间和结构能力^[38]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。

8.5.2.2 推荐理由

1篇研究报告天智颗粒改善患者的MoCA单项记忆力、单项语言功能评分和单项注意力评分均优于空白对照^[39]。1篇研究表明天智颗粒联合茴拉西坦胶囊改善患者的画钟试验（Clock Drawing Test, CDT）评分优于茴拉西坦胶囊^[38]。综上，研究表明中成药单用或联合西药应用可改善患者的记忆力、语言功能、注意力、视空间和结构能力等，临床医师可根据实际情况选用。

8.5.2.3 推荐方药说明

天智颗粒的处方来源、适应症、用法用量及不良反应见8.2.2.3项。

8.5.3 针刺疗法

8.5.3.1 推荐意见

针刺单用可改善患者的记忆力、语言功能和注意力^[101, 103, 104, 106]（推荐强度：强推荐，证据级别D）。针刺联合尼莫地平可改善患者的执行功能^[52, 54]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。针刺单用可改善患者的视空间和结构能力^[22, 115]（推荐强度：弱推荐，证据级别C）。

8.5.3.2 推荐理由

4篇研究显示针刺改善患者的MoCA单项记忆力评分、单项语言功能评分和单项注意力评分优于尼莫地平^[101, 103, 104, 106]。2篇研究显示针刺联合尼莫地平改善患者的Stroop色词测验（stroop color word test, SCWT）C部分、连线测验（trail making test, TMT）A部分和B部分、词语流畅性测验（verbal fluency test, VFT）和相似性测验等执行功能量表评分优于尼莫地平^[52, 54]。2篇研究显示针刺改善患者的CDT评分优于胞磷胆碱钠胶囊^[22, 115]。综上，研究

表明针刺单用或联合西药应用可改善患者的记忆力、语言功能、注意力、视空间和结构能力等，临床医师可根据实际情况选用。

8.5.3.3 推荐针刺疗法说明

针刺处方、方法及不良反应及处理方法等见8.2.3.3项。

8.5.4 其他中医疗法

8.5.4.1 推荐意见

艾灸单用或联合认知训练可改善患者的记忆力^[126, 127](推荐意见:弱推荐,证据级别D)。艾灸单用可改善患者的语言功能和注意力^[126](推荐意见:弱推荐,证据级别D)。

8.5.4.2 推荐理由

1篇研究显示艾灸单用改善患者的MoCA单项记忆力评分、单项语言功能评分和单项注意力评分优于吡拉西坦^[126]。1篇研究显示艾灸联合认知训练改善患者的韦氏记忆量表评分优于认知训练^[127]。

8.5.4.3 推荐其他中医疗法说明

艾灸的选穴、操作及不良反应见8.2.4.3项。

附录 A
(资料性附录)
指南编制过程概述

本指南编制组在形成指南正文同时，还制定了一份本指南的编制说明文件，该文件记录了有关本指南从立项开始到研制结束的所有步骤的信息。同时本指南在研制过程中产生的附录文件均有存档，均可溯源。由于本指南制定过程的详细信息已在编制说明中有所记录，故以下简要概述本指南相关研制关键环节。

A. 1 成立项目组

本指南通过负责人召集的方式确定了项目组成员，继而成立了项目组。本指南在编制过程设立了指南编写组、指南专家咨询组。本指南所有成员均签署利益冲突声明，申明无任何与本指南主题相关的商业的、专业的或其他方面的利益冲突，和所有可能被本部指南成果影响的利益。

A. 2 构建临床问题和遴选结局指标

A. 2.1 问卷调查与专家访谈

通过2轮问卷调查（第1轮涉及100名临床一线医生，第2轮涉及20名临床一线医生），及对本疾病领域权威专家面对面访谈，最终形成了27个临床问题和13个结局指标的重要性排序，并对权威专家的临床经验进行了重点分析。

A. 2.2 确定临床问题和评判不同结局指标的重要性

项目组召开会议，经22名中西医神经内科领域的临床一线专家充分讨论后，确定并优化了本指南拟解决的临床问题（13个临床问题），以及结局指标重要性分级问题。

A. 3 证据检索、筛选与综合

A. 3.1 证据的检索

检索策略为电子检索。检索时间均从各数据库建库至2020年9月，中文数据库包括中国知网(CNKI)、维普网(VIP)、万方数据库、中国生物医学数据库(SinoMed)；英文数据库包括PubMed, EMBASE, Cochrane Library。检索方式以库主题词和自由词相结合。

A. 3.2 证据的筛选与综合

纳入的研究类型为随机对照临床试验（RCT），项目组于2019年12月开始，中文数据库检索文献47347篇，依据中医药疗法及随机对照临床试验，经过初步筛选得3288篇，后又根据纳排标准筛选符合标准的RCT总计151篇，后又进一步阅读全文确定127篇。具体分为4大类治疗方法，其中中成药35篇、经典名方15篇、针刺71篇、其他中医疗法6篇。采用卫生系统中证据推荐分级的评估、制定和评价(the grading of recommendations assessment development and evaluation, GRADE)标准进行证据质量分级，形成VaMCI若干结局指标的证据体，在此基础上形成专家推荐意见。

A. 4 形成专家推荐意见

本指南推荐意见的形成，以临床问题为导向，名义组法形成专家推荐意见。参与投票的专家总计17人，其中中医脑病专家13人，西医神经内科专家3人，药学专家1人，均为高级职称。专家根据临床问题，对形成的126个证据体，在综合考虑证据质量、利弊平衡、价值观和意愿、成本（资源配置）基础上，进行推荐，推荐可选项为强推荐、弱推荐、不确定、强不推荐、弱不推荐。推荐结束后，根据GRADE网格法最终得出推荐意见及强度。

A. 5 编写征求意见稿，同行评议和征求意见

结合上述过程最终编写成指南征求意见稿，经指南专家组讨论修改完善后，选取本指南编写组以外的临床一线医生进行同行评议，全国范围内选择了30位中医脑病、中西医结合脑病、西医神经内科领域专家。根据专家所提意见，指南工作组对指南进行相应修改、完善。之后，对患者代表、护理人员、药师及医疗管理者将进行广泛征求意见，并对指南进行相应修正。

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, 编写组中国血管性认知障碍诊治指南. 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] Consoli A, Pasi M, Pantoni L. Vascular mild cognitive impairment: concept, definition, and directions for future studies[J]. Aging Clin Exp Res, 2012,24(2):113-116.
- [3] Rockwood K A W C. 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.
- [4] Ishii H, Meguro K, Yamaguchi S, et al. Prevalence and cognitive performances of vascular cognitive impairment no dementia in Japan: the Osaki-Tajiri Project[J]. Eur J Neurol, 2007,14(6):609-616.
- [5] Jia L A Q M. Dementia in China: epidemiology, clinical management, and research advances.[J]. Lancet Neurol, 2020,19(1):81-92.
- [6] Makin S D, Turpin S, Dennis M S, et al. Cognitive impairment after lacunar stroke: systematic review and meta-analysis of incidence, prevalence and comparison with other stroke subtypes[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2013,84(8):893-900.
- [7] van Rooij F G, Kessels R P, Richard E, et al. Cognitive Impairment in Transient Ischemic Attack Patients: A Systematic Review[J]. Cerebrovasc Dis, 2016,42(1-2):1-9.
- [8] Stephens S, Kenny R A, Rowan E, et al. Neuropsychological characteristics of mild vascular cognitive impairment and dementia after stroke[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2004,19(11):1053-1057.
- [9] Rasquin S M, van Oostenbrugge R J, Verhey F R, et al. Vascular mild cognitive impairment is highly prevalent after lacunar stroke but does not increase over time: a 2-year follow-up study[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2007,24(5):396-401.
- [10] Harrison S L, Tang E Y, Keage H A, et al. A Systematic Review of the Definitions of Vascular Cognitive Impairment, No Dementia in Cohort Studies[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2016,42(1-2):69-79.
- [11] Middleton L, Kirkland S, Rockwood K. Prevention of CIND by physical activity: different impact on VCI-ND compared with MCI[J]. J Neurol Sci, 2008,269(1-2):80-84.
- [12] Hsiung G Y, Donald A, Grand J, et al. Outcomes of cognitively impaired not demented at 2 years in the Canadian Cohort Study of Cognitive Impairment and Related Dementias[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2006,22(5-6):413-420.
- [13] Wentzel C A R K. Progression of impairment in patients with vascular cognitive impairment without dementia.[J]. Neurology, 2001,57(4):714-716.
- [14] Madigan J B, Wilcock D M, Hainsworth A H. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association.[J]. Stroke, 2011,42(7):2672-2713.
- [15] Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, et al. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement.[J]. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 2014,28(3):206-218.
- [16] 田金洲, 解恒革, 秦斌, 等. 中国血管性轻度认知损害诊断指南[J]. 中华内科杂志, 2016,55(03):249-256.
- [17] Skrobot O A, Black S E, Chen C, et al. Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study[J]. Alzheimer's and Dementia, 2018,14(3):280-292.
- [18] 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.
- [19] 张允岭, 陈宝鑫, 金香兰, 等. 基于因子分析的血管源性轻度认知障碍证候要素提取及分布研究[J]. 中华中医药杂志, 2013,028(009):2596-2600.
- [20] 陈宝鑫, 金香兰, 郭蓉娟, 等. 基于聚类分析的血管源性轻度认知障碍证候要素组合研究[J]. 北京中医药大学学报, 2014,37(9):629-632.
- [21] 刘霄霄, 郑健刚, 刘涛. 针药结合治疗瘀血阻络型脑梗死后轻度认知障碍的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2015,31(12):4-7.
- [22] 徐欣. “调和气血、补心益智”针刺治疗非痴呆型血管性认知障碍的疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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(01):27-30.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] 王贵千. 天王补心丹结合认知康复训练治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床观察[D]. 湖北中医药大学, 2017.
- [38] 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.
- [39] 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.
- [40] 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.
- [41] 高磊, 张宪忠, 刘相静, 等. 复方苳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.
- [42] 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.
- [43] 孟超. 益肾活血化瘀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.
- [44] 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.
- [45] 顾超, 沈婷, 袁灿兴, 等. 苳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).
- [46] 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.
- [47] 杨红玲, 郑健刚, 刘涛, 等. “调神益智”针刺法结合尼莫地平治疗脑梗死后轻度认知障碍36例[J]. 针灸临床杂志, 2015,31(03):33-36.
- [48] 孙情. 电针对非痴呆型血管性认知障碍痰瘀互结型患者注意力的影响[D]. 福建中医药大学, 2017.
- [49] 李兰辰, 金晓宇, 曾学清. 头穴针刺结合尼莫地平治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床研究[J]. 中医药导报, 2019,25(22):49-52.
- [50] 王凌飞, 李唯溱. 醒脑开窍针刺法对脑卒中后轻度认知功能障碍患者临床疗效的影响及其作用机制[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2018,25(3):260-263.
- [51] 于晓刚, 孙珊玲, 程艳红. 以针刺督脉经穴为主治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍

- 的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007(12):1171-1173.
- [52] 张仁雄. 针刺对非痴呆血管性认知障碍(痰瘀互结证)患者执行功能的影响[D]. 福建中医药大学, 2017.
- [53] 李伟. 针刺对脑卒中后轻度认知功能障碍的疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2010.
- [54] 黎燕兰, 梁晖, 张仁雄, 等. 针刺对痰瘀互结型非痴呆血管性认知障碍的影响[J]. 福建中医药, 2018,49(5):12-14.
- [55] 苏猛润. 针刺联合尼莫地平治疗急性脑梗死后轻度认知功能障碍(痰瘀证型)的临床研究[D]. 福建中医药大学, 2016.
- [56] 王芳, 梁晖, 陈甦, 等. 针刺相应穴位治疗非痴呆血管性认知障碍的磁共振波谱分析[J]. 现代医药卫生, 2018,34(10):1536-1538.
- [57] 李伟, 程艳红, 于晓刚. 针药结合对脑卒中后轻度认知功能障碍的影响[J]. 中国针灸, 2012,32(01):3-7.
- [58] 杨红玲, 张斌, 刘涛, 等. 针药结合治疗脑梗死后轻度认知障碍疗效观察:随机对照试验(英文)[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2015,25(01):7-12.
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] 佟欣, 刘丹丹, 寇吉友, 等. 透刺结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍[J]. 中国民间疗法, 2012,20(3):28-29.
- [62] 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.
- [63] 江一静, 范文曦, 林凌, 等. 电针百会穴、神庭穴对血管性认知功能障碍的临床研究[J]. 世界中医药, 2019,14(02):473-476.
- [64] 江一静. 电针百会、神庭对脑卒中后认知功能障碍的影响[D]. 福建中医药大学, 2011.
- [65] 曾友华, 包焯华, 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.
- [66] 赵惠, 孔波, 喻巍, 等. 原络配穴为主治疗血管性轻度认知障碍24例[J]. 针灸临床杂志, 2011,27(05):36-38.
- [67] 张娇波, 程玉舟, 索林杰, 等. 针刺四神聪穴联合盐酸多奈哌齐治疗皮质下动脉硬化性脑病轻度认知障碍疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2020,33(05):739-741.
- [68] 余彩娥, 周江文, 伊遥, 等. 调神益肾法针刺联合西医治疗非痴呆型血管性认知功能障碍40例[J]. 浙江中医杂志, 2020,55(6).
- [69] 任鑫, 孙远征. 原络通经针法针刺治疗Binswanger病所致轻度认知功能障碍的随机对照研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2019,40(02):203-204.
- [70] 孙远征, 姚嘉, 张倩, 等. 针刺四神聪穴联合盐酸多奈哌齐治疗皮质下动脉硬化性脑病轻度认知障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018,37(10):1177-1181.
- [71] 余彩娥. 调神益肾法针刺联合口服盐酸多奈哌齐治疗非痴呆型血管性认知障碍的临床研究[D]. 浙江中医药大学, 2017.
- [72] 夏焕娟. 通督调神针法对血管性轻度认知损害患者血浆Hcy水平的影响[D]. 安徽中医药大学, 2017.
- [73] 罗萌, 杨梅, 曾勇. “智七针”对非痴呆型血管性认知功能障碍的影响及其部分机制研究[J]. 世界中医药, 2017,12(09):2176-2178.
- [74] 杜泥泥. 耳井穴针刺治疗脑卒中后轻度血管性认知障碍的疗效观察[D]. 安徽中医药大学, 2017.
- [75] 孙远征, 李书霖, 祝鹏宇, 等. 原络通经针法结合口服安理申对轻度血管性认知障碍患者记忆影响的临床观察[J]. 中医药信息, 2016(3):109-111.
- [76] 冯德琳, 孙远征, 武文鹏. 针药并用治疗非痴呆血管性认知障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2013,29(03):31-33.
- [77] 包宇, 邹伟, 孙晓伟. 针药并用治疗脑梗死后轻度认知障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2012,31(07):470-472.
- [78] 包宇. 益髓健脑针刺法治疗脑梗死后轻度认知功能障碍的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2012.
- [79] 孔波. 原络配穴为主治疗轻度血管性认知障碍的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学,

- 2011.
- [80] 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.
- [81] 李难. 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[D]. 安徽中医药大学, 2015.
- [82] 刘红霞, 殷春萍, 王长垠, 等. 针刺配合药物对非痴呆型血管性认知功能障碍的影响[J]. 上海针灸杂志, 2014,33(05):391-392.
- [83] 王琴, 董均成, 孙良颖. 针灸联合阿托伐他汀对老年缺血性脑卒中轻度认知障碍患者血液流变学及认知状态的影响[J]. 中国老年学杂志, 2019,39(21):5180-5183.
- [84] 王丽娜, 刘芳. 阿托伐他汀结合针刺对脑卒中后轻度认知障碍患者的效果[J]. 广东医学, 2018,39(23):3557-3561.
- [85] 张小健, 周媛, 郭泽春, 等. 针刺颈夹脊穴和督脉穴联合阿托伐他汀对脑卒中后轻度认知障碍患者血流动学的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2017,14(02):131-134.
- [86] 赵卫锋, 陆鹤, 贾成文, 等. 补肾益髓针刺法联合茴拉西坦对卒中后轻度认知功能障碍的影响[J]. 陕西中医, 2013,34(10):1385-1386.
- [87] 王晓宇, 武琳, 吴丽萍, 等. 针灸治疗老年轻度血管性认知障碍合并睡眠障碍临床研究[J]. 河北中医药学报, 2020,35(04):51-53.
- [88] 白晶, 李宝栋, 田守森, 等. 头穴丛刺及认知训练对非痴呆型血管性认知损害的影响[J]. 按摩与康复医学, 2013,4(9).
- [89] 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.
- [90] 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.
- [91] 张去飞, 李丽霞. 八卦头针对缺血性脑卒中后轻度认知障碍患者血浆Hcy的影响[J]. 中医药导报, 2019,25(09):113-115.
- [92] 罗建昌, 陈爱武, 郎伯旭. 项八针治疗卒中后轻度认知障碍临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2019,38(02):169-173.
- [93] 张去飞, 李丽霞. 八卦头针治疗缺血性脑卒中后轻度认知障碍的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018,27(07):1232-1234.
- [94] 张晴晴. 基于DTI技术评价通督调神针刺对非痴呆型血管性认知功能障碍的干预作用[D]. 安徽中医药大学, 2017.
- [95] 王颖, 高佳, 王伟. 基于DTI和P300技术评价通督调神针刺法对非痴呆型血管性认知功能障碍的干预作用[J]. 中医药临床杂志, 2017,29(12):2065-2068.
- [96] 李海悦. 基于P300技术评价头针对非痴呆型血管性认知功能障碍的干预作用[D]. 安徽中医药大学, 2017.
- [97] 赵鑫, 张鑫宇, 王晓玲, 等. 针刺治疗中风后认知障碍临床观察[J]. 中国医疗设备, 2016,31(S1):55-56.
- [98] 王淑华, 张斌, 黎波, 等. “调神益智”针刺法治疗脑梗死后轻度认知障碍[J]. 长春中医药大学学报, 2016,32(06):1194-1196.
- [99] 王晗羽. 头体针治疗非痴呆型血管性认知功能障碍(脾肾两虚型)的临床观察[D]. 黑龙江省中医药科学院, 2016.
- [100] 廖穆熙, 董楠楠, 陈振虎. 电针“智七针”对非痴呆型血管性认知功能障碍患者临床疗效的影响[J]. 针灸临床杂志, 2016,32(03):46-48.
- [101] 邓琳琳, 郑健刚. “调神益智”针法治疗脑梗死后轻度认知障碍临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016,18(10):137-139.
- [102] 张金峰, 王长德, 刘欣燕, 等. 头穴针刺结合认知训练治疗中风后轻度认知功能障碍[J]. 长春中医药大学学报, 2015,31(03):541-544.
- [103] 刘佳琳, 郑健刚, 张杰, 等. 调神益智针治疗脑梗死后轻度认知障碍[J]. 吉林中医药, 2015,35(08):847-848.
- [104] 廖穆熙, 董楠楠, 陈振虎. 电针“智七针”对非痴呆型血管性认知功能障碍患者蒙特利尔认知评估量表(MoCA)的影响[J]. 新中医, 2015,47(11):178-180.
- [105] 黄鸿程. 针刺对中风后轻度认知功能障碍(痰瘀型)患者的疗效及血清IL-6、TNF- α 水平的影响[D]. 福建中医药大学, 2015.
- [106] 董楠楠. 电针对非痴呆型血管性认知功能障碍患者神经心理学影响的研究[D]. 广州中

- 医药大学, 2015.
- [107] 郑琦. 益肾调督针法治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2014.
- [108] 黄嘉慧. 电针对非痴呆型血管性认知功能障碍患者的临床疗效研究[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [109] 陈晓鹏. 电针对非痴呆型血管性认知功能障碍患者神经心理学的影响[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [110] 许丙海, 时国臣, 何凤, 等. 针刺百会穴和风府穴治疗中风后轻度认知功能损害的临床研究[J]. 中医药学报, 2012,40(02):116-117.
- [111] 邵敏明. 电针治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床观察[D]. 广州中医药大学, 2012.
- [112] 于涛, 韩景献. 针刺治疗无痴呆血管性认知障碍31例[J]. 陕西中医, 2007(06):726-728.
- [113] 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.
- [114] 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.
- [115] Yang J W, Shi G X, Zhang S, et al. Effectiveness of acupuncture for vascular cognitive impairment no dementia: a randomized controlled trial[J]. Clin Rehabil, 2019,33(4):642-652.
- [116] 赵志轩. 针刺耳足少阴经特定穴治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2011.
- [117] 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(5):12-15.
- [118] 严宏达, 梅全喜, 陈普生, 等. 蕲艾灸大椎、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(5):1140-1142.
- [119] 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.
- [120] 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(9):188-191.
- [121] 刘微. 头部经络穴位按摩对非痴呆型血管性认知功能障碍患者认知和社会功能的影响[D]. 黑龙江中医药大学, 2014.
- [122] 龙凌. 头枕部推拿治疗脑梗死后轻度认知障碍合并睡眠障碍的临床观察[D]. 湖北中医药大学, 2017.
- [123] 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(5):12-15.
- [124] 赵卫锋, 陆鹤, 贾成文, 等. 补肾益髓针刺法联合茴拉西坦对卒中后轻度认知功能障碍的影响[J]. 陕西中医, 2013,34(10):1385-1386.
- [125] 严宏达, 梅全喜, 陈普生, 等. 蕲艾灸大椎、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(5):1140-1142.
- [126] 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(9):188-191.
- [127] 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.