痴呆病（血管性认知障碍）中西医诊疗方案

西医病名诊断：血管性认知障碍（ICD-10:）

中医病名诊断：呆病（TCD:BNX100）

第一部分 西医诊疗方案

血管性认知功能障碍（vascular cognitive impairment，VCI）是指由脑血管病的危险因素(高血压病、糖尿病、高脂血症和高型半胱氨酸血症等)、显性脑血管病(脑梗死和脑出血等)及非显性脑血管病(白质疏松和弥漫性脑缺血等)引起的一组从轻度认知损害到痴呆的综合征。VCI的发生和发展是一个连续的过程，包括了血管源性因素导致的认知功能障碍由轻至重的发展过程，包括非痴呆性VCl (VCI not dementia，VCIND)和血管性痴呆(vascular dementia，VaD)。

一、流行病学

随着人口老龄化进程的日益加速，脑血管病及其危险因素导致的VCI的发病率、患病率、致残率及死亡率日益升高。VCI严重损害患者的日常生活能力和社会功能，明显降低患者的生活质量，给家庭和社会带来沉重的照护和经济负担，已经成为全世界重大的公共卫生问题之一，因此，对VCI患者进行规范的诊断和治疗十分重要。

二、临床评价

2.1.人口学信息:收集患者的人口学信息，包括年龄、发病年龄、性别、职业及文化程度等基本信息。

2.2病史

2.2.1现病史:包括认知障碍的起病时间、起病形式(急性或突然起病、慢性或隐匿起病)、临床表现(包括各认知领域损害的症状)、进展方式诊断及治疗的经过及转归、是否对患者的日常生活能力和社会功能产生影响及其程度。

2.2.2既往史:询问患者脑血管病的危险因素，包括高血压病史、糖尿病史、高脂血症史和高同型半胱氨酸血症史等及其干预情况;卒中病史、卒中次数、卒中与认知障碍的关系及其治疗情况;询问其他与认知障碍相关的疾病或病史以便与血管性疾病以外的因素导致的认知障碍进行鉴别。

2.2.3个人史:询问患者生活起居的规律、是否有吸烟和酗酒等不良嗜好及其具体情况、饮食习惯及运动情况等。女性患者除记录月经史和生育史外，还需询问避孕药的使用情况。

2.2.4家族史:询问患者的家族成员是否有脑血管病的危险因素、卒中史、认知障碍(包括轻度认知障碍和痴呆)史及其具体诊断及治疗情况。

2.2.5.体格检查

2.2.5.1一般体检:进行血压、心脏及外周血管等检查，寻找脑血管病的危险因素。此外，还应注意检查可能导致认知功能障碍的其他相关疾病的体征。

2.2.5.2神经系统体检:寻找支持脑血管病的局灶性体征，包括失语、构音障碍、中枢性面瘫及舌瘫、肢体瘫痪、感觉障碍及病理征等。脑小血管病导致的皮质下白质病变和腔隙性脑梗死等可使患者出现假性球麻痹，表现为吞咽困难、饮水呛咳、强哭及强笑等症状，查体可发现双侧软腭上抬力弱、咽反射活跃及病理征阳性等。患者还可表现为帕金森综合征，查体可见双侧对称的运动迟缓、肌张力增高及步态异常，以双下肢突出。然而，部分患者早期局灶性体征可不明显。此外，应注意颐叶内侧、额叶背外侧及丘脑背内侧核的脑卒中可仅引起认知功能障碍而不表现出神经系统的局灶性体征。

2.3.VCI的神经心理学评价

神经心理学测试可以对各认知域受损及其严重程度作出客观评价，为制定治疗和照护计划提供参考，可作为监测药物疗效的手段，可用来评价疾病的转归，因此，神经心理学测试在VCI的诊治中不可或缺。VCI在病因、病理、临床症状及影像学等多方面存在明显的异质性，不同类型及部位的病灶导致认知功能障碍的神经心理学特征存在差异，部分VCI患者的认知功能损害以执行功能受损突出，而记忆力相对保留;部分VCI患者表现为多认知领域障碍，记忆力亦明显受损。因此，应对VCI患者进行全面的神经心理学评价，以尽早识别和诊断VCI，及时进行治疗。

2.4认知功能

2.4.1筛查量表:用于认知功能的筛查，具有耗时少、简便易行的特点，主要包括简易精神状况检查(Minimum Mental State Examination，MMSE)量表、蒙特利尔认知评估(Montreal Cognitive Assessment，MoCA)量表，MoCA量表比MMSE量表更能识别轻微的认知功能障碍，但尚未在中国建立常模和检测信效度。

2.4.2各认知领域评价量表:(1)记忆:Rey听觉词语学习测验、California词语学习测验及韦氏记忆量表逻辑记忆分测验等。(2)注意力/执行功能:语义分类流畅性测验、数字符号测验、数字广度测验、连线测验及Stroop色词测验等。(3)视空间结构功能:韦氏智力量表积木测验、画钟测验、临摹交叉五边形或立方体及Rey复杂图形测验等。(4)语言:词语流畅性测验、Boston命名测验及汉语失语成套测验等。应采用适合国人的测验对VCI患者进行记忆力、注意力/执行功能、视空间结构功能及语言等多个认知域的评价。词语学习测验对于记忆力、语义分类流畅性测验和数字符号测验对于注意力/执行功能、积木测验对于视空间结构功能的评价较敏感，对于识别VCI具有很好的敏感度和特异度，且对认知功能障碍很轻(MMSE≥28分)的患者仍具有很好的判别能力，可用于我国VCI患者的认知功能评价。

2.4.3精神行为症状:(1)情绪:汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表。(2)淡漠:改良淡漠量表。(3)精神行为:神经精神症状问卷。

2.4.4日常生活能力和社会功能:(1)日常生活能力:日常生活能力量表，评价基本的日常生活能力和复杂的工具性日常生活能力。(2)社会功能:社会功能调查表。

2.4.5鉴别量表:Bachinski缺血量表用于和阿尔茨海默病(Alzheimer disease，AD)鉴别。

2.5.实验室检查

实验室检查可帮助寻找VCI的危险因素、并排除其他导致认知障碍的原因，有助于VCI的病因诊断和鉴别诊断。

2.5.1血液检测:(1)寻找VCI的危险因素:检测血糖、血脂、血同型半胱氨酸、凝血功能及抗心磷脂抗体等。(2)排除其他导致认知功能障碍的原因:检测电解质、肝肾功能、维生素B12、甲状腺素、梅毒血清学、人类免疫缺陷病毒及伯氏舒螺旋体等。

2.5.2脑脊液检测:当怀疑神经变性疾病AD或需与AD鉴别时，可检测脑脊液中总tau(total tau，T－tau)、过度磷酸化tau(phosphrelated tau，P－tau)和β淀粉样蛋白(βamyloid，Aβ)42的水平。

2.6.神经影像学检查

神经影像学对提供VCI的病变证据、对VCI进行分型诊断及与其他原因导致的认知障碍进行鉴别发挥重要作用。

2.6.1头颅磁共振(MRI):对首次就诊的患者均应进行脑结构影像检查，首选头MRI，序列包括T1WI、T2WI、DWI、FLAIR、海马相和磁敏感加权成像(SWI)。

2.6.1.1提供支持VCI病变的影像学证据:包括脑卒中的部位、病灶的体积、白质病变的程度、海马体积及脑内微出血等。MRI对脑小血管病变，如多发腔隙性脑梗死及脑白质病变等较CT敏感，对于脑白质病变的患者建议用半定量的Fazekas量表对脑白质疏松的程度进行评价。

2.6.1.2有助于对VCI进行分型诊断:血管危险因素相关性VCI患者脑内一般无明显的病灶;对于缺血性VCI，小血管病变可见多发腔隙性脑梗死及脑白质病变，大血管病变可见责任病灶。

2.6.1.3排除其他原因导致的认知功能障碍:包括脑肿瘤、颅内感染及正常颅压脑积水等。

2.6.2头颅CT:在没有条件做MRI的医院，应对患者进行头CT检查，可发现脑萎缩及脑室扩大，排除脑内其他潜在的病变。头颅CT对腔隙性脑梗死及白质病变不如MRI敏感。

三、诊断

2011年，中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组在VCI病因分类的基础上提出了VCI及其分类诊断标准。

3.1 VCI诊断的三个核心要素:

3.1.1认知功能障碍:患者主诉或由知情者报告患者存在认知功能损害，并且客观检查提示患者存在认知功能损害的证据，和(或)客观检查证实患者的认知功能较以前减退。

3.1.2血管因素:包括脑血管病的危险因素、脑卒中病史、神经系统局灶性体征及神经影像学提供的脑血管病的证据，以上各项不一定同时具备。

3.1.3认知功能障碍与血管因素存在因果关系:通过询问病史、体格检查、实验室检测和影像学检查明确患者的认知功能障碍与血管因素之间存在因果关系，并除外其他原因导致认知功能障碍。

3.2 VCI的病因分类诊断:

3.2.1危险因素相关性VCI:(1)有长期脑血管病的危险因素，包括高血压病、糖尿病、高脂血症及高同型半胱氨酸血症等。(2)无明确的脑卒中病史。(3)影像学无明显的血管病灶:关键部位无血管病灶，非关键部位＞1cm的血管病灶≤3个。

3.2.2缺血性VCI:(1)大血管性:有明确的卒中病史;认知功能障碍相对急性出现，或呈阶梯样进展;认知功能障碍与脑卒中之间存在明确的因果关系及时间关系;神经影像学显示大脑皮质或皮质下病灶的直径＞1.5cm。(2)小血管性:有或无明确的脑卒中病史;认知功能障碍相对缓慢出现;神经影像学显示多发腔隙性脑梗死或广泛白质病变，或两者兼而有之。(3)低灌注性:存在导致脑低灌注的病因:脑动脉狭窄、心脏骤停、急性心肌梗死、失血性休克及降压药服用过量等;认知功能障碍与低灌注事件之间存在明确的因果关系及时间关系。

3.2.3出血性VCI:(1)有明确的脑出血病史:脑实质出血、蛛网膜下腔出血及硬膜下血肿等。(2)认知功能障碍与脑出血之间存在明确的因果关系及时间关系。(3)急性期神经影像学显示相关部位存在脑出血。

3.2.4其他脑血管病性VCI:(1)除上述以外的脑血管病变:脑静脉窦血栓形成、脑动静脉畸形等。(2)认知功能障碍与脑血管病变之间存在明确的因果关系及时间关系。(3)神经影像学显示相应的病灶。

3.2.5脑血管病合并AD:(1)脑血管病伴AD:患者首先有脑血管病的病史，在发病后一段时间内逐渐出现以情景记忆损害为核心症状的认知功能障碍，记忆障碍不符合血管病变导致的记忆障碍的特点。神经影像学显示脑血管病的证据，同时亦显示海马和内侧颐叶萎缩。患者发病年龄大，有AD家族史则支持诊断。脑脊液T－tau和P－tau的水平升高、Aβ42的水平降低支持诊断。(2)AD伴脑血管病:患者首先缓慢起病，逐渐进展，表现为以情景记忆损害为核心症状的认知功能障碍;在病程中又发生了脑血管病，使患者已存在的认知功能障碍进一步加重。神经影像学显示海马和内侧颐叶萎缩，同时亦显示本次脑血管病的证据。患者发病年龄大，有AD家族史则支持诊断。脑脊液T－tau和P－tau的水平升高、Aβ42的水平降低支持诊断。

3.3 VCI的程度诊断:

3.3.1 VCIND:患者基本的日常生活能力没有受损，复杂的工具性日常生活能力可轻微受损，但未达到痴呆的诊断标准。《美国精神障碍诊断与统计手册》第V版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disor-ders，5th edition，DSM－V)确定了轻度血管性认知障碍(即VCIND)的诊断标准。

3.3.2 VaD:患者的认知功能障碍明显损害其日常生活能力、职业或社交能力，符合痴呆的诊断标准。目前，已有4个国际广泛使用的VaD诊断标准，包括美国加利福尼亚州AD诊断和治疗中心(Alzheimer＇sDisease Diagnostic and Treatment Centers，ADDTC)、国际疾病分类第10修订版(International Classification ofDiseases，10th revision，ICD－10)、美国国立神经系统疾病和卒中研究所与瑞士神经科学研究国际协会(Na-tional Institute of Neurological Disorders and Stroke－Asso-ciation Internationale pour la Recherch e et l＇Enseignementen N eurosciences，NINDS－AIREN)及DSMV的重度血管性认知障碍(即血管性痴呆)的诊断标准。

四、治疗指南

4.1病因治疗:预防和治疗脑血管病及其危险因素是治疗VCI最根本的方法，包括抗血小板聚集、控制血压、血糖及血脂等。

4.2认知症状的治疗:

4.2.1 VCIND:目前尚无胆碱酣酶抑制剂和美金刚治疗VClND的随机、双盲、安慰剂对照的临床试验。

4.2.2 VaD:(1)胆碱酣酶抑制剂:VaD患者脑内乙酰胆碱能通路受到破坏，乙酰胆碱的水平降低，为胆碱酣酶抑制剂治疗VaD提供了神经生化基础。胆碱酣酶抑制剂可用于治疗轻中度VaD，多奈蚏齐及卡巴拉汀对VaD患者的认知功能障碍具有改善作用，并且多奈蚏齐(10mg/d)可改善VaD患者的行为症状和日常功能。石杉碱甲是一种从石杉科植物千层塔中提取的生物碱，对胆碱酣酶具有抑制作用，然而，仅有小规模的临床试验表明其治疗VaD有效，因此，需大规模、多中心、随机对照临床试验得出结论。(2)N－甲基－D－天冬氨酸(N－Methyl－D－Asparticacid，NMDA)受体拮抗剂:NMDA受体拮抗剂美金刚可改善轻中度VaD患者的认知功能障碍。(3)其他药物:钙离子拮抗剂尼莫地平治疗VaD的临床研究较少，治疗VaD的有效证据不足。(4)中成药:银杏制剂可改善VaD患者的认知功能，但不能提高其日常生活能力。健脑益智颗粒可改善轻－中度VaD患者的认知功能，但疗效评价指标不完善。因此，中成药治疗VaD可能有效，但尚需探索。

4.3精神行为症状的治疗:

4.3.1 VCIND:VCIND患者的精神行为症状少见，程度较轻，首选非药物治疗，包括心理疏导和劝慰、调整周围环境、音乐疗法及行为治疗等，可减轻患者的精神行为症状。

4.3.2 VaD:VaD患者的精神行为症状多见，程度较重，表现多样，包括抑郁、焦虑、淡漠、幻觉、妄想、激越、睡眠倒错、冲动及攻击行为等。如果症状使患者痛苦、或使患者或他人处于危险之中，则应进行药物治疗，分为两步:(1)对VaD患者精神行为症状的药物治疗首先使用抗痴呆药物，如胆碱酣酶抑制剂和NMDA受体拮抗剂，其在改善VaD患者认知功能障碍的同时，还改善精神行为症状。(2)当精神行为症状进一步加重，胆碱酣酶抑制剂和NMDA受体拮抗剂不能奏效时，可短期使用非典型抗精神病药物。奥氮平和利培酮可改善痴呆患者的精神行为症状，阿立哌唑对痴呆患者的精神行为症状也有一定的改善作用。应注意非典型抗精神病药物可增加患者脑血管病和死亡的风险。因此，对于精神行为症状应首先使用抗痴呆药物，非典型抗精神病药物作为二线药物短期使用。对VaD患者的抑郁情绪可用选择性5－羟色胺再摄取抑制剂进行治疗，西猷普兰和舍曲林对P450酶影响较小，药物相互作用较少，安全性较好。

4.4非药物治疗

4.4.1 无创大脑刺激技术

无创大脑刺激技术主要包括经颅磁刺激技术(transcranial magnetic stimulation，TMS) 和经颅直流电刺激技术(transcranial direct current stimulation，tDCS)。TMS 是一种无痛、无创的绿色治疗方法，磁信号可以无衰减地透过颅骨而刺激到大脑神经，能增强或抑制靶向皮质区皮质兴奋性，目前已广泛应用于精神、神经系统疾病的治疗，近年来关于经颅磁刺激对于认知功能改善的效果研究增多。tDCS 原理是向头皮提供弱电流，以调节神经元跨膜电位向超极化或去极化，从而改变所刺激脑区的可塑性，根据应用阳极或阴极刺激，该技术可以增加或较少皮层兴奋性从而影响认知功能，可明显改善记忆力及增大海马体积，缓解海马萎缩[26]。

4.4.2 认知训练

是目前非药物治疗的主要手段之一，目前认为神经系统有自我调节功能且大脑功能有可塑性，可以通过集中注意力刺激认知、感觉和精神运动来驱动大脑的可塑性[27]。常用的认知训练方法有记忆训练、认知能力训练、补偿认知训练、动机访谈、无误学习，以及认知训练设备辅助训练等方式。目前新兴的训练方式之一是神经生物反馈 ( neurofeedback，NFB ) ，是指将脑电转为容易被理解的形式，如声音、动画等，受试者通过训练，主动选择性地增强或抑制某一频段的脑电信号，进而达到改变脑电信号，调节脑功能的目的。研究表明，NFB 可使痴呆患者的认知功能有明显改善[28]。研究表明认知训练对轻中度患者认知功能的改善有明确的积极作用，该类治疗方法较其他非药物治疗安全性及趣味性高，患者依从性尚可，但需要长期坚持。认知训练仍属于一个新兴治疗手段，仍需要大量实验来明确其有效性、持久性及规范性。

4.4.3 光疗

研究表明，睡眠障碍和认知功能减退直接相关，其中患者睡眠障碍尤其突出，多表现为睡眠倒错、睡眠时间缩短等，而目前认为光是调节睡眠的直接因素，故可以通过调节患者生活环境的光线强度、照射时间来改善其睡眠情况，从而提高其认知能力。

4.4.4 音乐疗法

音乐可以改善心情、认知能力、思想和记忆，通过脑、耳和乐器之间的联系而使个人受益，另外唱歌作为音乐的一个方面，结合了语言、音乐和人类本能的行为来增强神经系统的刺激，且操作方便，费用低，因此近年来开展了较多关于音乐对患者认知功能作用的研究。研究表明，听音乐及唱歌可改善患者记忆及联想能力，同时对其照料者的情绪及精神状态的改善有明显的积极作用。另外研究证实，熟悉的音乐对患者认知功能改善的作用要优于不熟悉的音乐[29]。

4.4.5 其他方法

其他非药物治疗包括针灸治疗、食疗、运动疗法等。饮食疗法包括改善饮食结构，采用生酮饮食等。生酮饮食可以减少大脑代谢有关的氧化损伤，近年来有研究表明生酮饮食可通过改善脑代谢、减少氧化损伤来改善认知功能[30,31]。目前有关运动疗法的研究较少，有学者提出有氧运动可能会更有利于患者认知功能的恢复，健康锻炼、运动疗法对痴呆患者认知功能的恢复有重要作用[32]。

五、预防和调护

5.1一级预防:脑血管病及其危险因素均为VCI的重要原因，控制脑血管病的危险因素可减少脑血管病的发生，是VCI一级预防的关键。

5.1.1高血压:高血压与痴呆的发生有关，降压治疗可降低VaD的发生风险，降低痴呆的发病率。轻度降压(降低幅度＜5/3mmHg)即可提高患者的MMSE评分，改善即刻和延迟逻辑回忆的成绩。因此，应将血压控制在正常范围内，改善认知功能或防止认知功能衰退，从而预防VCI。

5.1.2糖尿病:糖尿病及其引起的脑血管病增加VaD的风险中年期较老年期患糖尿病更易出现VaD。控制血糖可减少大血管病变(如非致死性卒中)和小血管病变(如多发腔隙性脑梗死和白质病变)的发生，有益于预防VCI。

5.1.3高脂血症:中年高胆固醇血症与认知功能障碍有关，他汀类药物可通过减少脑血管病的发生而防止认知功能的下降。应对中年高胆固醇血症患者进行降脂治疗，改善认知功能或防止认知功能下降，从而预防VCI。

5.2二级预防:是对于已出现脑卒中或VCI的患者进行血管危险因素的干预，防止脑卒中复发，从而预防VCI的发生或减缓VCI的进展。降压治疗可通过预防脑卒中的发生而减少与复发性脑卒中相关的认知功能障碍和痴呆的发生。因此，对于伴有高血压的脑血管病或VCI的患者应积极控制血压，并同时对其他血管危险因素进行干预，防止脑卒中复发，减轻或延缓VCI的进展。

第二部分 中医诊疗方案

一、诊断标准

1. 中医诊断标准，参照国家“十三五”规划教材《中医内科学》痴呆诊断标准（2017年版）[1,2]：

（1）主诉智能缺损。

（2）存在一项或以上明显的智能缺损，如善忘（短期记忆或长期记忆减退）、失语（如找词困难、语言不连贯、错语）、失认（如不能辨认熟人或物体）、失用（如动作笨拙、系错钮扣）、执行不能（如反应迟钝、或完成任务困难等）等。

（3）日常生活能力下降，部分受累甚至完全丧失。

（4）除外引起智能缺损的其他原因，如郁证、癫狂、谵妄等。

二、治疗指南

2.1 辨证论治

2.1.1肾虚髓空 脑府失养

治法：滋补肝肾、填精益髓

推荐方药：七福饮加味（《景岳全书•卷五十一》）。或具有同类功效的中成药。

本方由熟地黄、当归、酸枣仁、人参、白术、远志、炙甘草组成，常加鹿角胶、龟板胶、阿胶、山萸肉、肉苁蓉、知母等，以增加七福饮滋补肝肾、填精益髓之力。若心烦、溲赤、舌红少苔、脉细而弦数，可合用六味地黄丸或左归丸。若头晕、耳鸣、目眩或视物不清，可以应用益气聪明汤，出自《东垣试效方》卷五，可以原方加天麻、钩藤、珍珠母、煅牡蛎、菊花、生地黄、枸杞。

中成药：养阴熄风胶囊、银杏叶片或银杏叶胶囊、华佗再造丸、六味地黄丸、延龄固本丹等。

2.1.2脾虚失运 痰浊上扰

治法：温补脾肾、养元安神

推荐方药：还少丹加减（《洪氏集验方•卷一》）。或具有同类功效的中成药。洗心汤加减（《辨证录•卷四》）。或具有同类功效的中成药。

还少丹由熟地黄、山茱萸、枸杞、怀牛膝、杜仲、楮实子、肉苁蓉、巴戟天、茴香、茯苓、山药、大枣、石菖蒲、远志、五味子组成。若呃逆不食，口涎外溢，加炒白术、生黄芪、清半夏、炒麦芽；若夜尿频多，加菟丝子、蛇床子；若二便失禁，加益智仁、桑螵蛸。

洗心汤由半夏、陈皮、茯神、甘草、人参、附子、石菖蒲、酸枣仁、神曲组成，常加郁金、制远志以增加化痰益智之力。有热象，则减附子；若舌红苔黄腻，可加清心滚痰丸；若言语颠倒，歌笑不休，甚至反喜污秽，或喜食炭，可改用转呆丹。

中成药：牛黄熄风胶囊、复方苁蓉益智胶囊、牛黄清心丸人参归脾丸、安神补脑液等，也可静滴益气复脉针、参麦注射液等。

2.1.3思虑过度 劳伤心脾

治法：益气健脾、养血安神

推荐方药：归脾汤加减（《正体类要•卷下方》）。或具有同类功效的中成药。归脾汤由人参、炙黄芪、麸炒白术、茯神、炙甘草、龙眼肉、酸枣仁、当归、大枣、远志、木香、生姜组成。若脾虚日重，加茯苓、山药；若入睡困难或夜间行为异常，加柏子仁、首乌藤、珍珠粉、煅牡蛎、莲子心。烦躁明显，减炙黄芪。

中成药：益气熄风胶囊、人参归脾丸、补中益气丸、十全大补丸等，也可静滴益气复脉针等中成药。

2.1.4瘀血阻滞 清窍瘀闭

治法：活血化瘀、通窍醒神

推荐方药：通窍活血汤加减（《医林改错•卷上》）。或具有同类功效的中成药。

本方由桃仁、红花、赤芍、川芎、麝香、葱白、生姜、大枣、黄酒组成。通血络非虫蚁所不能，常加全蝎、蜈蚣之类以助通络化瘀之力；化络瘀非天麻三七所不能，可加天麻、三七以助化瘀通络之力；病久气血不足，加当归、生地黄、党参、黄芪；久病血瘀化热，加钩藤、菊花、夏枯草、竹茹。酒精过敏者，减黄酒。

中成药：脑心通胶囊、水蛭胶囊、芪龙胶囊、复方苁蓉益智胶囊、银杏叶片或银杏叶胶囊、华佗再造丸等。

2.1.5肝气郁结 痰蔽神明

治法：清肝泻火、安神定志

推荐方药：天麻钩藤饮加减（《中医内科杂病证治新义•神精系统证治类》）。或具有同类功效的中成药。

本方由天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、杜仲、桑寄生、川牛膝、益母草、首乌藤、茯神组成。若失眠多梦，减杜仲、桑寄生，加莲子心、丹参、酸枣仁、合欢皮；若妄闻妄见、妄思妄行，减杜仲、桑寄生，加生地黄、山茱萸、牡丹皮、珍珠粉；若苔黄黏腻，加天竺黄、郁金、胆南星；若便秘，加酒大黄、枳实、厚朴；若烦躁不安，加黄连解毒汤或口服安宫牛黄丸。

中成药：平肝熄风胶囊、牛黄清心丸、全天麻胶囊、正天丸等。

2.2 其他中医特色疗法

2.2.1 针刺治疗

2.2.1.1肾虚髓空 脑府失养

取穴：百会、四神聪、风池、内关、肝俞、肾俞、太冲、三阴交、太溪、足三里、大椎。

刺法：手法以补法为主。每日1次，每次留针30分钟，每10分钟行针1次。

2.2.1.2脾虚失运 痰浊上扰清窍

取穴：百会、四神聪、脾俞、肾俞、三阳交、三阴交、太溪、足三里。

刺法：手法以补法为主。每日1次，每次留针30分钟，每10分钟行针1次。

2.2.1.3思虑过度 劳伤心脾 神志不宁

取穴：百会、四神聪、风池、合谷、血海、四关、三阴交、膈俞。

刺法：手法补泻兼施。每日1次，每次留针30分钟，每10分钟行针1次。

2.2.1.4瘀血阻滞清窍

取穴：百会、神庭、本神、神门、列缺、照海、三阴交、足三里、风池、风府、大椎、合谷、曲池、丰隆。

刺法：先刺风池、风府、大椎，得气后行捻转泻法，不留针，其他穴位以补泻兼施。每日1次，每次留针30分钟，每10分钟行针1次。

2.2.1.5肝气郁结 痰蔽神明

取穴：百会、四神聪、神庭、神门、照海、肝俞、大敦、三阴交、太溪、足三里。

刺法：手法以泻法为主。每日1次，每次留针30分钟，每10分钟行针1次。

2.2.2 灸法：基础取穴：百会、神庭、大椎3穴，百会位居巅顶，为三阳五会，大椎为诸阳之会，神庭为督脉经气会聚之处，可醒脑调神，共奏化瘀血、通脑络、填髓海、醒神智之功。亦可行隔药（物）灸，根据证型选择药物种类。

肾虚髓空 脑府失养：肾俞、肝俞、三阴交、足三里；

脾虚失运 痰浊上扰清窍：脾俞、肾俞、三阴交、三阳交；

思虑过度 劳伤心脾 神志不宁：血海、三阴交、关元、神阙；

瘀血阻滞清窍：丰隆、照海、足三里、风池；

肝气郁结 痰蔽神明：心俞、肝俞、神门、大敦；

灸法：每日1次，艾灸条灸5-10分钟

2.2.3 穴位按摩：基础取穴：风池穴、内关穴、百会穴、神庭穴、太阳穴、四神聪穴和阳陵泉穴等，这些穴位大多位于脑部能够刺激脑神经、加速血液循环，增加大脑供氧，同时可直接刺激脑部皮下神经组织，激发并改善脑部特定功能区的功能，达到改善认知功能的目的。

手法主要为按法、揉法及滚法，少部分佐以点、捏、推、摩、掐、括。穴位按摩的时间一般为每穴2-10分钟不等，频次多为1-3次/天，疗程最短为7天，最长为6个月。

2.2.4中医音乐疗法：《黄帝内经》两千多年前提出了“五音疗疾”的理论，音乐有归经、升降浮沉、寒热温凉，具有中草药的各种特性。根据痴呆患者辨证分型，脏腑定位，五音调五脏，分为“宫、商、角、徵、羽”五音，心的音阶为徵音，相当于简谱中“5”，最佳曲目《紫竹调》。肝为角音，相当于简谱的“3”，有木之特性，最佳曲目《胡笳十八拍》。脾的音阶是宫音，相当于简谱“1”，可入脾，最佳曲目《十面埋伏》。肾为五脏中的作强之官，属羽音，相当于简谱中的“6”，可入肾，最佳曲目《梅花三弄》。肺为商音，相当于简谱中的“2”，具有金之特性，最佳曲目《阳春白雪》。

2.2.5 刺血拔罐：对于瘀血阻滞清窍、肝气郁结 痰蔽神明等兼实证者可予辨证取穴、刺血拔罐以疏通经络、祛除瘀滞、行气活血、拔毒泻热，调整人体的阴阳平衡，从而达到扶正祛邪。

2.2.6 推拿疗法：有神经损害局灶体征的患者，可选用不同推拿手法，同时让患者进行各种改善运动功能的锻炼。

2.2.7 足浴：对于肾虚髓空 脑府失养、脾虚失运 痰浊上扰清窍、思虑过度 劳伤心脾 神志不宁等虚证者可予中药足浴以益肝肾、补气血、通经络。

2.3 护理调摄要点

2.3.1 根据现有研究证据，鼓励和帮助患者做到每天“五个一”，有益于患者的认知、情绪和整体状态改善。

2.3.1.1每日1次阳光下快步行走（不少于3000m或5000步）或其他适宜运动如太极拳或八段锦（时间不少于30min）。

2.3.1.2每日1餐地中海饮食（以蔬菜、水果、豆类、全谷类、坚果、红酒、鱼类和不饱和脂肪酸以及橄榄油为主的饮食结构）。

2.3.1.3每日1次亲友互动（家庭活动）和社交活动（每周不少于一次，如旅游、参加聚会、参观、访友、承担工作或担任志愿者等）。

2.3.1.4每日1次智力活动（如打牌、下棋、弹琴、书法、绘画、吟诗、诵文、记事或写日记等）。

2.3.1.5每日1杯绿茶（多次频饮，1000ml左右）。

2.3.2 根据现有护理照料调摄经验，坚持并注意以下几点护理调摄措施，有益于缓解症状和防止发生意外。

2.3.2.1经络梳头，缓解头颈局部和心理精神紧张。

2.3.2.2佩戴信息牌或手环，谨防走失。

2.3.2.3多走平地，以防跌倒。

2.3.2.4定时进食，维持基本营养摄入。

2.3.2.5随时陪伴，减少独处。

2.3.2.6定时问询和提醒大便小便，防止失禁或秘结。

2.3.2.7提前摆好一天用药，防止漏服或误服药物。

2.3.2.8鼓励和帮助下地活动和定时多次翻身，减少身体压伤或褥疮发生。

2.3.3 食疗方：

2.3.3.1核桃芝麻莲子粥 核桃仁30g，黑芝麻30g，莲子15g，大米适量，加水煮粥食，适用于髓海不足者。

2.3.3.2小麦大枣粥 小麦100g，大枣10枚，加水适量，共煮粥食。用于气血虚弱者。

2.3.3.3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。

2.3.3.4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。

2.3.3.5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。

痴呆病（血管性认知障碍）治疗疗效分析及优化

2021年09月

一、疗效评价、分析：

所有病例均有中医药的参与，参与率100%。中医治疗方法：82例病例中，用中药汤剂81例，用中药自制剂80例，用中药静脉制剂82例，针刺76例，穴位贴敷79例，灸法53例。就治疗方法看，中药汤剂与自制剂、针刺治疗使用较为广泛，而穴位贴敷、灸法等外治法应用相对较少，下一步应加强特色疗法的使用，并逐渐开展新的中医外治法，以提升疗效。

治疗效果：症状改善率、体征改善率、理化指标率均为52.4%；

治疗周期：平均住院日：14.8天；

实施临床诊疗方案后疗效：临床好转率58.2%，无效率、恶化率、死亡率均为0%。

二、痴呆病中医治疗难点分析

中风病的研究已经从单独西药治疗发展到中医西医相结合，综合治疗，其研究模式和研究成果与临床实际结合得更加紧密。多项研究结果表明，中医药在治疗痴呆病的治疗上具有一定优势，主要体现在改善认知功能、调整患者精神状态、提高患者生活质量、减轻患者家属陪护工作量等方面。但临床中在痴呆病的治疗中仍然存在一定的困难，主要问题如下：

1．病人数量相对少，可用于统计分析的数据较少。

2．由于缺乏具有循证医学证据的中医药治疗痴呆的研究成果。

3.思虑过度、劳伤心脾型病人相对较少，且多有肝气郁结，治疗中在原方基础上加用疏肝解郁药物，合用柴胡疏肝散。

4.痴呆病的治疗时间相对较长，痴呆病本为慢性病程，进展性加重，所以需要长期的治疗过程，以延缓疾病的进展。

5.治疗效果不显著。目前对于痴呆病的治疗尚无特效药物，中医药治疗的优势尚无完全发挥，需要进一步研究探索。

6.呆病患者多行动迟缓，精神倦怠，应用开窍药物效果并不佳，尝试中医治疗方法给予艾灸百会穴，取得了不错的疗效。

7.缺少气虚血瘀证型病人，在新方案中给予优化。

三．优化

痴呆病晚期增加气虚血瘀证型

气虚血瘀证：神疲倦怠，面色晄白，气短乏力，口角流涎，少气懒言，健忘，言语謇涩或不语，食少便溏，舌体胖大，舌边暗淡，或有齿痕，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，舌底紫暗，脉沉细、细缓或细弦。

治法：益气活血，化瘀通窍

推荐方药：补阳还五汤加减。

黄芪60g [赤芍](https://baike.baidu.com/item/%E8%B5%A4%E8%8A%8D" \t "https://baike.baidu.com/item/%E9%80%9A%E7%AA%8D%E6%B4%BB%E8%A1%80%E6%B1%A4/_blank)12g 川芎10g 桃仁9g

大枣10个 [红花](https://baike.baidu.com/item/%E7%BA%A2%E8%8A%B1" \t "https://baike.baidu.com/item/%E9%80%9A%E7%AA%8D%E6%B4%BB%E8%A1%80%E6%B1%A4/_blank)9g 白术10g 山药10g

茯苓24g 全蝎6g 甘草6g 当归12g

水煎服，日一剂

夜间入睡困难、多梦易醒者，家用酸枣仁45g、茯神12g。言语謇涩明显，或伴有肢体屈伸不利者，可家用桑枝、地龙等药物。脘腹胀满，呃逆嗳气者，可家用半夏、厚朴等。瘀血征象明显者，可家用三七粉合用冲服。

中成药：可以合用益气熄风胶囊、人参归脾丸等。