

痴呆病（中风后认知功能障碍）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准：参照“中华人民共和国中医药行业标准—中医病证诊断疗效标准（ZY/T001.1-94）”，患者有明确的中风病史，且中风后3个月内出现以下症状，其程度足以影响日常正常生活能力（排除运动障碍影响）者。

（1）主要症状—智力衰退：注意力不集中，健忘，计算力、定向力、理解力、判断力减退。

（2）次要症状—①行为改变：行为幼稚、笨拙，不注意个人卫生等。②情感改变：情感幼稚，情绪易激惹；或表情呆板、反应迟钝，表情淡漠，自私多疑，哭笑无常。

具备2个主症以上，或1个主症、2个次症，即可确诊。

2. 西医诊断标准：

（1）脑卒中后轻度认知障碍诊断标准：参照《2018年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》：①记忆功能下降；②患者或知情者报告，或有经验的临床医师发现认知的损害；③至少存在一个认知功能域损害（如复杂的注意力、执行功能、学习、记忆）的客观证据（来自认知测验）；④复杂的工具性日常能力可以有轻微损害，但保持独立的日常生活能力；⑤尚未达到痴呆的诊断。符合所有症状的脑卒中患者可诊断为PSCI。

根据 2020 年《中国卒中后认知障碍防治研究专家共识》，可分为：

早发型 PSCI (early-onset PSCI) 脑卒中事件后 3~6 个月出现认知障碍。

迟发型 PSCI (delayed-onset PSCI) 脑卒中事件后 6 个月后出现认知障碍。

(2) 脑卒中后中重度认知障碍西医诊断标准：参照《临床诊疗指南-神经病学分册》(中华医学会编著，人民卫生出版社)中有关脑卒中(脑梗死或脑出血)和血管性认知功能障碍诊断标准。

①脑卒中，有症状体征及神经影像学证据。

②认知功能较前减退，记忆功能及一项或一项以上认知功能损害(定向、注意力、语言、视空间功能、执行功能和行为等)神经心理测试证实。如简易智能检查量表(MMSE)评分：按教育程度分界值：文盲<17分；小学<20分；中学或以上<24分。

③以上两种疾病具有相关性。即痴呆的发生在明确的卒中后 3 个月内；起病较快，病程呈阶梯样进展。

(二) 证候诊断

1. 肝肾阴虚：沉默寡言，迟钝呆滞，记忆减退，头晕目眩，耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，口干，舌红少苔，脉细数。

2. 脾肾两虚：表情呆滞，沉默寡言，记忆减退，失认失算，口齿含糊，词不达意，伴腰膝酸软，气短懒言，肌肉萎缩，食少纳呆，腹痛喜按，舌淡白，舌体胖大，苔白，或舌红，少苔或无苔，脉沉细

弱，双尺尤甚。

3. 痰浊蒙窍：表情呆钝，智力衰退，或哭笑无常，喃喃自语，或终日不语，呆若木鸡，伴不思饮食，脘腹胀痛，口多涎沫，头重如裹，舌淡，苔白腻，脉滑。

4. 瘀血内阻：表情迟钝，言语不利，善忘，易惊恐，或思维异常，行为古怪，伴肌肤甲错，口干不欲饮，双目晦暗，舌暗或有瘀斑瘀点，脉细涩。

二、治疗方案

（一）康复治疗方法：

1. 留针状态下认知康复训练

本方法先行针刺治疗，治疗结束后在留针状态下（头针、耳穴）进行相关认知训练与康复措施。

（1）针刺治疗

①体针及头针

主穴：百会、神庭

配穴：感知障碍加神门（双），记忆障碍加太溪（双），思维障碍加太冲（双）。

操作方法：配穴按常规手法操作，平补平泻手法；百会、神庭进针方向从前至后，针刺0.8~1寸，深度达到帽状腱膜下，捻转得气后，加电针，波形为连续波，强度以患者可耐受为度，15 min后改变为疏密波，以防电适应。电针30分钟结束后去除电针及配穴，继续留头针1小时。留针期间，每隔30分钟捻转1次，直至出针。留

针期间同时进行认知功能训练。

②长时灸百会

[穴位]：百会

具体操作如下：仰卧位，取头顶正中线与两耳尖连线的交叉处，有轻微凹陷处即是百会穴。将单孔艾灸架固定于此位置，将点燃的纯艾条一头插入艾灸架中，与百会穴垂直，距离穴位周围皮肤约 3cm 施灸，可适当调整距离及部位，以患者有感传现象为佳、可耐受热感为度。艾条燃尽后及时更换，连续灸 2 h 以上，如果病人能耐受，可不限时间。1 次/d，每周 7 次，共治疗 8 周或至治疗终点。为了不影响其他治疗，艾灸时间可选择在中午或傍晚休息时进行。

③耳穴

可取神门、皮质下、心、肾、脑点等穴，每次取 2-3 个穴位，取王不留行粘贴相应耳穴，次日取下。隔日一次。

(2) 认知功能训练

治疗原则：功能的强化与巩固训练相结合、功能强化与能力的提高相结合、认知功能训练与肢体功能训练相结合、强化训练与代偿训练相结合

治疗方式：一对一训练、小组训练、计算机辅助认知康复训练、远程认知康复训练

①注意力的训练

信息处理训练：包括兴趣法、示范法、奖赏法、电话交谈等。

以技能为基础的训练：包括猜测游戏、删除作业、时间感训练、

数字训练。

分类训练：训练的内容可分为连续性、选择性、转移和分配性等注意训练，如：划销作业提高注意的连续性；从图像或汉字中找不同以提高注意的选择性；在一组随机排列的数字中先删除奇数，再删除偶数以提高注意的交替性；随口令切换两种不同的作业以提高注意的转移性与分配性。

电脑辅助训练：电脑游戏等软件通过丰富多彩的画面和声音刺激，能引起患者的兴趣并吸引其注意，根据注意障碍的不同类型，可以设计相应程序，让患者完成操作训练。

综合性训练：日常生活中的训练方法，帮助患者完成特定的挑战。比如一个接待员需要学习在工作环境中消除分散注意力的技能，保持警觉性直到活动完成为止。

②定向力训练：

训练方法可分为现实定向疗法、团体现实定向力疗法、认知刺激疗法、个体认知刺激疗法。

现实定向疗法：现实定向疗法的核心是为患者反复呈现有关现实定向力的信息，包括时间、地点、人物等。

团体现实定向力疗法：最理想的现实定向力集体治疗包括 3-6 个患者，配备 1-2 个治疗师。通过布置作业环境，在环境中增添有关现实信息的提醒物。

认知刺激疗法：认知刺激疗法以小组团体形式展开，属于心理社会干预范畴。

个体认知刺激疗法：通过对团体认知刺激的改良，形成了基于家庭的个体认知刺激疗法。干预由患者家属及朋友实施。

③记忆力训练：

训练的方法可分为记忆训练课程、外在记忆辅助工具以及环境适应。

记忆训练课程：先将 3—5 张绘行日常生活中熟悉物品的图片卡或字卡放在患者面前，告诉患者每卡可以看 5 秒，看后将卡收去，让患者说出所看到的物品的名称或汉字，反复数次，成功后逐渐增加卡的数目；可以即时回忆，也可隔 1、5、10 分钟再回忆，有助于瞬时记忆、短时记忆、长时记忆多方面的改善。听写电话号码、读短文、听新闻报告或听电话留言后回答具体问题。同时教会患者改善记忆障碍的对策如 PQRS 法、联想法、视意象、语义细加工、首词或关键词记忆法、编故事等方法。

外在记忆辅助工具：记事本是一种最通用有效的方法。要求患者在记事本上理出事情的主要成分及关键词，开始时每 15 分钟为一段作记事，记忆能力提高后可延长间隔时间。另一种辅助用具是活动日程表，将每天的日常生活活动制成大而醒目的时间表贴于患者床头处，并逐步规律化。

环境适应：物品放置要有条理，突出要记住的事物。将常用物品如钥匙、钱包、电话本等放在病房床头柜显眼处，每次用过后放回原来固定的地方。

④思维训练：

比较和分类：对不同物品分类训练，出示成对的有共同点的物品或事物让其指出共同之处。

推理：包括图形或数字找规律的非语言推理和言语性推理题，从一般到特殊的推理训练等，漫画和文字的乱序重组练习。

思维策略和问题解决训练：作预算训练；假设问题的处理。并注意将这方面的训练应用到实际的日常生活活动之中。

⑤计算力训练

根据患者程度由浅入深，可进行数字的认识、大小比较，基本运算，数字游戏或作业等训练。

⑥计算机辅助的认知训练

运用电脑模拟各种不同的认知练习及游戏，刺激患者的认知功能恢复，患者只须以鼠标单键或手指触摸屏幕作答。

⑦单侧忽略训练：

训练目的是提高患者对忽略侧肢体及事物的注意以及避免忽略侧肢体受到损伤。

视觉搜索训练：通过促进对忽略的视觉的搜索，提高对忽略侧的注意。在整个桌面上方硬币或积木让患者逐一捡起或数数；给图画涂色；划销指定的字母、数字、形状等。训练由易到难，搜索目标由少到多，搜索速度由慢到快。

交叉促进法：健侧上肢越过中线在患侧进行作业活动。

感觉刺激：对忽略侧进行各种感觉输入刺激；站在患者的忽略侧与他谈话或进行训练；向忽略侧翻身；在患者忽略侧内用色彩鲜艳的

物体或手电筒光提醒他对该侧的注意等训练。

功能代偿：进食时提醒不要忘吃忽略侧的食物；穿衣、修饰时将患者推到镜子前面梳理等训练与指导；把忽略侧的轮椅车闸柄加长并做上记号、忽略侧脚托涂上颜色或做标记等。

⑧结构性失用：

作业：复制几何图形、用积木复制结构、图画拼图等复制练习，训练过程从简单的图形或熟悉的人、动物或物品开始。

适应性训练：让患者完成已经部分完成的课题，在此基础上，加大训练的难度，在结构或功能活动场所中逐步增加环境中空间关系的复杂性。如常用物的排列、堆放和有次序的堆积等。

⑨运动性失用

要加强练习，大量给予暗示、提醒或用治疗师的手教患者进行。改善后再减少暗示、提醒等，并加入复杂的动作。如治疗时治疗师可用暗示、提醒，甚至一步步地用言语指示，同时用手教患者进行，最好在上下衣和衣服的左右作上明显的记号或贴上特别的标签以引起注意等。

⑩Gerstmann 综合征训练：左右失认以帮助患者辨认在他左或右方的物体；手指失认症给患者手指以触觉刺激，同时呼出该手的名称，反复在不同手指上进行；失算症给患者以能自动出现数目的作业，让他辨认和熟悉中的数字；失书症辅助患者书写，并告知写出材料的意义；触觉失认症治疗师可帮助患者通过练习来确应物体，为防止意外，指导病患者及其家人对问题的认识是十分重要的。

2. 灸法

主穴：百会、足三里

配穴：风池、神阙

操作方法：艾条温和灸，每次取主穴 1-2 个，配穴 1-2 个，每穴灸 10-15 分钟。

3. 物理因子疗法

予脑电仿生电刺激仪改善脑功能。

4. 传统导引术

若运动功能尚可，可练习太极拳。通过太极拳（以云手为主）柔和、协调、均匀的运动诱导患者达到心松体静，精神自养的作用。若认知障碍较轻，可练习简化 8 式太极拳。练拳时精神贯注，排除杂念的意识状态，与身体运动相结合，有利于修复和改善高级神经中枢功能，起到健脑益智强身的作用。

（二）辨证论治口服中药、中成药

1. 肝肾阴虚

治法：补益肝肾，填精养神

推荐方药：六味地黄丸加减。熟地、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻

中成药：六味地黄丸、知柏地黄丸等。

2. 脾肾两虚

治法：补肾健脾，益气生精

推荐方药：归脾汤合还少丹加减。熟地、当归、枸杞子、山茱萸、

杜仲、山药、牛膝、远志、菖蒲、白术、当归、黄芪

中成药:归脾丸、肾气丸等。

3. 痰浊蒙窍

治法:豁痰开窍,健脾化浊

推荐方药:涤痰汤加减。半夏、陈皮,茯苓、竹茹、胆南星,
枳实、石菖蒲

中成药:安脑丸等。

4. 瘀血内阻

治法:活血化瘀,开窍醒脑

推荐方药:通窍活血汤加减。桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、
丹参、菖蒲、郁金

中成药:通心络、血府逐瘀胶囊等。

(三) 静脉滴注中药注射液

可辨证选用具有益气、活血化瘀、醒脑开窍作用的中药注射液静脉滴注。如:黄芪注射液、丹红注射液、丹参川芎嗪注射液、灯盏细辛注射液、银杏叶制剂、醒脑静等可以选择使用。

(四) 内科基础治疗

参照 2005 年卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南》。主要包括:并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、合并感染及发热的处理原则与方法等。(具体内容参照指南原文)。参照《临床诊疗指南-神经病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社)关于血管性痴呆治疗章节,予相应抗痴呆药物

药物治疗。

（五）护理

1 基本护理：内容包括体位选择、饮食、口腔护理、呼吸道护理、皮肤护理、导管护理、血压的调理与护理、并发症的预防与护理等。

2. 情志护理

护理人员主动关心患者，因人而异地通过安慰、解释、劝导、鼓励等措施达到缓解患者特异的个性化心理问题。耐心解答患者问题，建立信任融洽的护患关系，帮助患者重建信心。

3. 安全护理

由于合并认知功能障碍，且常伴随焦虑、抑郁以及孤独感等情绪，应更强调安全问题。平时不但要防止烫伤、坠床、跌倒、碰伤等意外伤害，还要预防自伤、自杀等发生。家属 24 小时陪护不离患者身旁，清除患者周围环境中的危险物品，为患者带好手腕带或填好安全卡片并让其随身携带，以备走失时利于寻找。

4. 饮食调护：中风患者饮食宜清淡，避免肥厚之品及辛辣刺激食物，保持二便通畅，注意营养调配、饮食有节，勿暴饮暴食。

(1) 肝肾阴虚：调节睡眠起居时间规律，鼓励听轻音乐，保持心情舒畅。饮食以补阴滋养肝肾为主，药膳方：百合山药粥。

(2) 脾肾两虚：多予户外活动，常晒太阳，多鼓励患者参与娱乐活动。饮食以补肾健脾为主。药膳方：山药枸杞粥

(3) 痰浊蒙窍：多沟通了解患者心理变化，采取适当安抚技巧避免患者情绪躁动。饮食上以健脾化浊为主。药膳方：山药苡米粥。

(4)瘀血内阻:观察患者的情绪变化和日常饮食,避免情志刺激,勿惊恐忧郁,防止复中。饮食以活血化瘀为主。药膳方:黄芪桂枝粥

5. 健康宣教:通过各种途径进行康复健康宣教,包括小手册、宣传板、图像、导引操等,且每周集中进行一次具有中医特色的健康教育,包括生活起居、情志、饮食、服药、康复等多方面。出院时,发放具有中医药特色健康教育资料。通过定期的家访和患者来院的互访,不断提高照顾者的护理技能,指导照顾者掌握与痴呆患者交流的方法,以减轻其心理压力。

三 疗效评价

(一) 评价标准

1. 认知功能恢复评价:采用 MMSE、MOCA、NCSE 综合评价其总的认知水平及各个认知域(注意力、记忆力、思维、视空间等)的变化情况。

2. 日常生活能力评价:采用改良的 Barthel 指数量表评价衣食住行、个人卫生等日常生活能力,即患者独立生活能力水平的提高。

3. 临床总体印象变化量表(CIBIC):基于临床医生访谈时的总体印象改变。访谈范围涉及认知、精神、行为、生活能力、社会功能各领域的变化。

(二) 评价方法

可在患者不同入院时间选用不同的评价量表进行评价。分别在入院后 1-2 天和入院后第 15 天(必要时)及出院前 3 天内:采用 MMSE、MOCA、NCSE 综合评价其总的认知水平及各个认知域(注意力、记忆

力、思维、视空间等) 认知水平。采用改良的 Barthel 指数量表评价独立生活能力水平。采用 CIBIC 评价总体印象改变。