

环球中医药
Global Traditional Chinese Medicine
ISSN 1674-1749, CN 11-5652/R

《环球中医药》网络首发论文

题目：2 型糖尿病相关脑小血管性认知功能障碍病证结合诊疗指南
作者：倪青，李云楚，张玉人
收稿日期：2024-07-08
网络首发日期：2024-08-06
引用格式：倪青，李云楚，张玉人. 2 型糖尿病相关脑小血管性认知功能障碍病证结合诊疗指南[J/OL]. 环球中医药.
<https://link.cnki.net/urlid/11.5652.R.20240806.0926.002>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

【编者按】 伴随临床医学高质量发展趋势，循证临床已成为临床医生的思维范式。由政府、行业学会引领制定的临床诊疗标准、指南、共识、规范越来越受临床医生的重视。这些诊疗指南还方便了非专业医生的临床决策，对诊疗实践指引，成效显著。应广大读者建议，经我刊编委会讨论，决定在本刊开设“标准指南共识规范”栏目。期待各行业学会、专业委员会的标准、指南、规范能在我刊发布。把中医学期刊办成临床医师，特别是青年医师、基层医师、广大医学生和中医从业者的良师益友，一直是我刊的办刊宗旨、追求目标。鉴于当前中医 RCT 研究数量少、质量良莠不齐，而实践经验总结多、证据确凿等特点，本刊鼓励从临床实践出发，基于循证医学原理，采用 Cochran 手册制定的标准对文献质量进行评价与分析，采用 GRADE 小组制定的推荐强度分级标准推荐证据等级，按照疾病的临床诊疗需求，根据专家共识分别确定循证病证结合诊断、病证结合治疗和病证结合康复等措施，以更有针对性地指导临床实践。欢迎各学术团体积极组织制定相关标准、指南、共识、规范，本刊及时组织行业专家论证发布。

• 标准指南共识规范 •

2 型糖尿病相关脑小血管性认知功能障碍病证结合诊疗指南

中国医师协会中西医结合医师分会内分泌与代谢病专业委员会 北京市中医糖尿病防治办公室
室

【中图分类号】 R587.1 **【文献标识码】** A

2 型糖尿病性脑小血管病变 (diabetic cerebrovascular disease, DCD) 是临床常见的糖尿病慢性并发症。2 型糖尿病与认知功能障碍具有多种共同病理生理学机制^[1-4]，是导致其发生的重要独立危险因素之一，其中脑小血管病变是导致血管性认知功能障碍 (vascular cognitive impairment, VCI) 的最常见原因之一^[5-6]。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^[7]。VCI 分类中包含危险因素相关性 VCI，即长期血管危险因素如糖尿病等所导致的认知损害^[8]。2 型糖尿病 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) 相关认知障碍涵盖了从轻度认知障碍到痴呆。对糖尿病患者进行脑小血管病变及认知功能的早期评估和合理干预，对于疾病的预防、提高生活质量具有重要意义。T2DM 相关脑小血管性认知功能障碍属于中医“消渴”“健忘”“痴呆”范畴^[9]。

1 指南制定方法

1.1 制定计划与单位

本指南依托北京市中医管理局糖尿病中医防治办公室项目，由中国医师协会中西医结合医师分会内分泌与代谢病学专业委员会牵头，组织京津冀地区中西医结合内分泌临床专家采用病证结合方法基于临床证据和专家共识意见制定形成。

1.2 工作组

指南制定工作组由 4 个部分构成：(1) 指导委员会，主要负责：①确定指南范围并按照 PICO 原则，即患者 (patient, P)、干预措施 (intervention, I)、对照措施 (control, C)、结局指标 (outcome, O)，

基金项目：首都卫生发展科研专项(首发 2016-1-4151)

通信作者：倪青(1968-)，博士，主任医师，教授。研究方向：内分泌代谢病中医药临床与基础研究。E-mail: niqing669@163.com

形成临床问题的构建；②确定系统评价团队、指南方法学专家与指南制定小组和外部评审小组成员；③监督指南证据检索、评价和综合等过程；④管理并评定利益冲突、组织指南制定小组会议；⑤与执笔人合作起草指南，监督同行评审并适当修正指南草案，监督指南的出版和传播，监控并评估指南的更新需求。（2）专家组，主要负责：①协助确定指南范围、制定 PICO 格式的关键问题并对结局指标的重要性进行排序；②使用证据评价工具形成证据级别和推荐强度；③完成指南草案撰写；④发布和推广指南。（3）秘书组，主要负责：①协助指导委员会开展各项指南制定工作；②负责指南工作组成员间的沟通与联络工作。（4）系统评价小组，主要负责：①对每一条推荐意见的进行严谨全面的证据检索与综合分析；②制定 GRADE 证据概要表。

1.3 临床问题的构建

在 PICO 原则的指导下，通过文献预检索、专家访谈、临床调研，经指导委员会讨论形成本指南的临床问题：（1）本病证候诊断标准、常见中医证型、主要代表方剂、常用中成药；（2）本病病证结合诊疗方案；（3）本病常用中医非药物疗法及康复疗法。

1.4 方药及中成药的遴选

本指南拟纳入的方药以中医临床诊疗经验为主。

1.5 证据的检索

通过检索中国知网、万方数据库、维普中文期刊服务平台对相关学术论文与专著进行检索与筛选，参照文献纳入与排除标准纳入文献。

1.6 证据的筛选、评价及综合

1.6.1 纳入标准

（1）研究类型：系统评价、Meta 分析、随机对照试验、观察性研究。（2）研究对象：T2DM 相关脑小血管性认知功能障碍患者。（3）干预措施：中医及中西医结合干预治疗、非药物干预方法。（4）主要结局指标：认知功能、神经心理评估、日常生活质量、影像学检查、糖化血红蛋白及其他相关指标。（5）文献来源：期刊论文。

1.6.2 排除标准

（1）无法获取全文的文献；（2）设计不合理的临床研究；（3）信息较少的文献；（4）无法提取相关数据的文献。

1.6.3 筛选过程

一般由两名研究人员独立进行，将所有筛选到的文献导入 EndNote X9 软件，根据确定的纳排标准进行筛选：剔除不符合纳入标准的文献，下载可能符合纳入标准的文献；下载文献后，进一步通过阅读全文进行复筛，确定最终纳入文献。

1.6.4 质量评价

使用系统评价偏倚风险评价工具 AMSTAR 量表对系统评价进行证据质量评价；使用 Cochrane 偏倚风险评价工具（ROB 量表）对随机对照试验进行证据质量评价。证据综合：高质量系统评价，直接使用其结果；否则对纳入随机对照试验进行证据综合。

1.7 证据等级及评价方法

采用 GRADE 方法对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高、中、低、极低 4 个等级。基于专家意见，采用名义群组法达成共识，形成推荐强度。GRADE 证据等级：高（A），即非常确信真实的效应值接近效应估计值；中（B），即对效应估计值我们有中等程度的信心，真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性；低（C），即对效应估计值的确信程度有限，真实值可能与估计值大不相同；极低（D），即对效应估计值几乎没有信心，真实值很可能与估计值大不相同。

GRADE 推荐强度：（1）强推荐，即明确显示干预措施利大于弊或弊大于利；（2）弱推荐，即利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。

2 范围

本指南规定了 DCD 导致认知功能障碍的病证结合诊断、病证结合治疗以及病证结合康复。本指南主要适用于各等级医院内分泌科的中医、中西医结合执业医师，执业医师、护理人员及药师也可参考。

3 定义

T2DM 患者脑小血管损害在脑组织中主要表现为多发腔隙性梗死、微出血、脑白质病变、脑萎缩等^[1]。脑小血管病是指各种病因影响脑内小动脉、微动脉、毛细血管、微静脉和小静脉所导致的一系列临床、影像学及病理综合征^[6]，是认知障碍最常见原因之一，可占血管性痴呆的 36%~67%。

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^[7]。其中“危险因素相关性血管性认知障碍”，是指糖尿病、高血压等长期血管危险因素导致的认知功能损害^[8]。

4 中医辨证施治路径图

T2DM 相关脑小血管性认知功能障碍的中医辨证施治路径图见图 1。

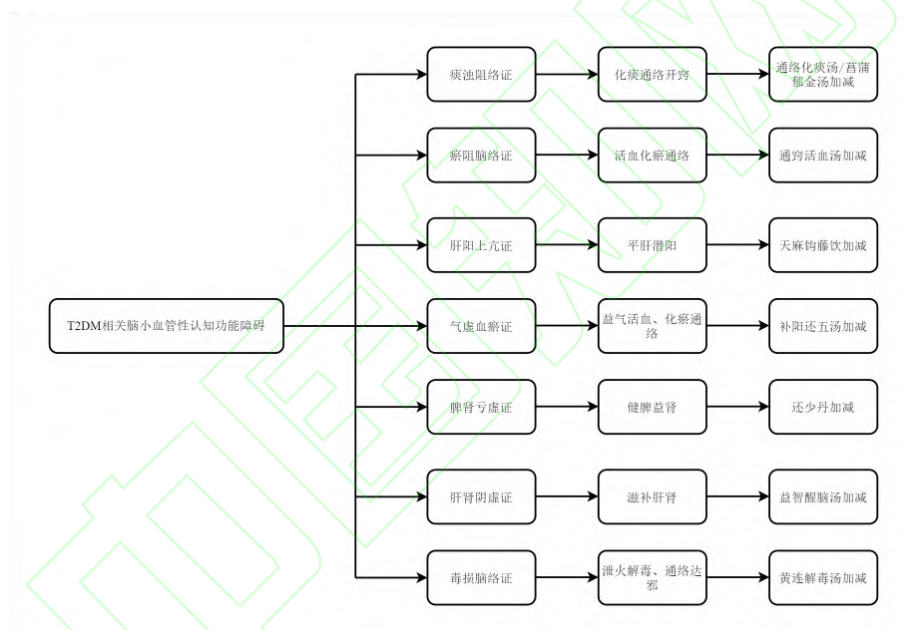


图 1 T2DM 相关脑小血管性认知功能障碍中医辨证施治路径图

5 诊断

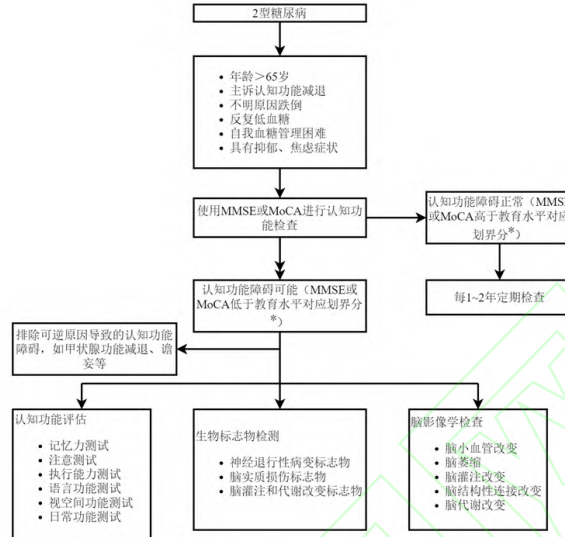
5.1 诊断标准

根据《2019 年中国血管性认知障碍诊治指南》^[7]以及《2 型糖尿病患者认知功能障碍防治的中国专家共识（2022 版）》^[6]进行诊断。

VCI 诊断需要具备 3 个核心要素。（1）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。（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损害中占主导地位：明确血管性脑损伤在认知功能障碍中是否起主要作用是诊断 VCI 的重要环节，尤其是合并阿尔兹海默症病理表现时，因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。

当 T2DM 患者存在以下任意情况时，可启动 T2DM 认知功能障碍筛查与诊断流程：年龄大于 65 岁，主诉认知功能减退，存在不明原因跌倒，反复低血糖发作，自我血糖管理困难，或具有抑郁、焦虑症状。具体筛查与诊断流程见图 2。



注：MMSE，即简易智能精神状态检查；MoCA，即蒙特利尔认知评估量表；*表示认知功能受损，MMSE 得分 ≤ 17 （未受教育）、 ≤ 24 （7年以上教育）。MoCA 得分 ≤ 13 （未受教育）、 ≤ 19 （1~6年教育）、 ≤ 24 （7年以上教育）。

图 2 T2DM 患者认知功能障碍筛查与诊断流程

5.2 鉴别诊断

脑小血管损伤包括腔隙性脑梗死、脑微出血、脑白质病变及血管周围间隙增大，与 T2DM 认知功能障碍的发生相关^[1]。脑萎缩是引起认知障碍的重要脑改变，此外 T2DM 神经影像学改变还包括脑灌注改变、脑结构性连接改变、脑代谢改变等，在认知功能评估的同时，需要脑部 MRI 检查及生物标志物检测等进行诊断及鉴别。T2DM 患者认知功能受损也需要与甲状腺功能减退、精神类疾病进一步鉴别。

5.3 中医证候

目前尚无对 T2DM 相关脑小血管性认知功能障碍统一的证候诊断标准，依据临床实践及文献筛查常见证型为痰浊阻滞证、瘀血阻滞证、痰瘀互结证、肝阳上亢证、气虚血瘀证、肝肾阴虚证、脾肾亏虚证、毒损脑络证等^[10-13]。

5.3.1 痰浊阻络证

临床表现：记忆减退，头晕身重，纳呆呕恶，痰多，或见偏身麻木、肢体不利、肌肤不仁，甚至口舌歪斜、言语不利、半身不遂，舌体胖大、苔浊腻，脉弦滑。

5.3.2 瘀阻脑络证

临床表现：面色晦暗，反应迟钝，眩晕头痛，心烦易怒，甚至半身不遂、偏身麻木，舌强言蹇或不语，或口眼歪斜，舌质紫黯、有瘀点瘀斑，脉弦细或涩。

5.3.3 肝阳上亢证

临床表现：认知损害，口苦咽干，心烦易怒，健忘颠倒，头晕头痛，尿赤便干，烦躁不安甚至狂躁，舌黯红、苔黄或黄腻，脉弦滑或弦细数。

5.3.4 气虚血瘀证

临床表现：伴面色苍白或萎黄，气短乏力，反应下降，善忘，胸闷心悸，头晕，可伴有肢体麻木、语涩，或肢体无力，舌质黯、苔薄白，脉弱或细涩。

5.3.5 肝肾阴虚证

临床表现：记忆减退，头晕，肢体不利，语言不利，耳鸣健忘，腰膝酸软，或半身不遂，失眠多梦，舌

红、苔少，脉细数。

5.3.6 脾肾亏虚证

临床表现：记忆减退，失认失算，肌肉萎缩，食少纳呆，气短懒言，涎多，舌质淡白、舌体胖大、苔白，脉沉细弱。

5.3.7 毒损脑络证

临床表现：神呆昏睡，不识人物，或二便失禁，躁扰不宁，甚则狂越，或谵语妄言、肢体不利，舌红绛、苔浊腻腐秽，脉数。

5.4 病证结合诊断

糖尿病因素导致的脑小血管病变可引起运动、感觉、视觉等障碍，还可导致人格行为改变及认知障碍，包括反应迟钝、记忆力下降、注意下降、语言障碍、执行功能减退等。本病可发生任何年龄，以脑卒中为常见^[14]，老年人易感。

VCI 诊断核心要素^[7]：（1）存在认知损害，即主诉或知情者报告或有经验临床医师判断患者存在认知障碍，且神经心理学检测有认知障碍的证据，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；（2）存在血管性脑损伤的证据，即包括血管危险因素、卒中病史、脑血管病的神经损伤症状、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损害中占主导地位，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 治疗

6.1 痰浊阻络证

治法：化痰通络开窍。

推荐方：通络化痰汤或菖蒲郁金汤加减^[15-16]（强推荐，证据等级：C）。

常用药^[10,17]：石菖蒲、川芎、半夏、陈皮、郁金、枳实、竹茹、茯苓、制天南星、白附子、僵蚕、栀子等。

中成药：（1）通络化痰胶囊^[18]（强推荐，证据等级：B），成分为熊胆粉、天麻、三七、丹参、天竺黄、大黄（酒制）。功效：化痰熄风，活血通络。用法用量：口服，一次 3 粒，一日 3 次，疗程为 4 周。

（2）血滞通胶囊^[19]（强推荐，证据等级：B），成分为薤白。功效：通阳散结，行气导滞。用法用量：口服，一次 2 粒，一日 3 次，4 周为一疗程或遵医嘱。

6.2 瘀阻脑络证

治法：活血化痰通络。

推荐方：通窍活血汤加减^[20]（强推荐，证据等级：B）。

常用药^[21]：川芎、石菖蒲、丹参、水蛭、桃仁、红花、赤芍、当归、地龙、丹皮、鸡血藤等。

中成药：（1）脑心通胶囊^[22-23]（强推荐，证据等级：B），成分为黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、醋乳香、醋没药、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭。功效：益气活血，化痰通络。用法用量：口服，一次 2~4 粒，一日 3 次。（2）银杏叶片^[23-25]（强推荐，证据等级：B），成分为银杏叶提取物。功效：活血化痰通络。用法用量：口服，一次 1 片，一日 3 次，或遵医嘱。（3）红花黄色素注射液^[26]（强推荐，证据等级：B），成分为红花黄色素，辅料为氯化钠。功效：活血、化痰、通脉。用法用量：静脉滴注（滴速不高于 30 滴/分），每日 1 次，每次 1 瓶（100 mL），14 天为一疗程。

6.3 肝阳上亢证

治法：平肝潜阳。

推荐方：天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减^[27]（强推荐，证据等级：B）。

常用药：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、桑寄生、益母草、夜交藤、茯神。

中成药：天智颗粒^[11,28-29]（强推荐，证据等级：A），成分为天麻、钩藤、石决明、杜仲、桑寄生、茯神、首乌藤、槐花、栀子、黄芩、川牛膝、益母草。功效：平肝潜阳，补益肝肾，益智安神。用法用量：口

服，一次1袋，一日3次。

6.4 气虚血瘀证

治法：益气活血，化瘀通络。

推荐方：补阳还五汤（《医林改错》）加减^[16,30]（弱推荐，证据等级：C）。

常用药：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花。

中成药：（1）芪蛭通络胶囊^[31]（强推荐，证据等级：B），成分为黄芪、水蛭、人参、麦冬、五味子、当归、川芎、毛冬青、赤芍、鸡血藤、丹参、制何首乌、红花、泽兰、土鳖虫、地龙、僵蚕、郁金、姜黄、全蝎、天麻、肉桂、羌活、猪牙皂、胆南星、冰片。功效：益气，活血，通络。用法用量：口服，一次4粒，一日2次，早饭前晚饭后各服一次，或遵医嘱。（2）龙加通络胶囊^[32]（强推荐，证据等级：B），成分为穿山龙、刺五加。功效：活血化瘀，益气通络。用法用量：口服，一次3粒，一日3次，疗程为4周。（3）脑安片^[33]（强推荐，证据等级：B），成分为川芎、当归、红花、人参、冰片。功效：活血化瘀，益气通络，治疗缺血性脑卒中。用法用量：口服，一次2片，一日2次，4周一疗程，或遵医嘱。（4）芪参通络胶囊^[34]（强推荐，证据等级：B），成分为黄芪、丹参、水蛭、大黄、木香、僵蚕、鸡血藤。功效：活血化瘀，益气通络。用法用量：口服，一次3粒，一日3次。

6.5 脾肾亏虚证

治法：健脾益肾。

推荐方：还少丹（《洪氏集验方》）^[27,35]加减（强推荐，证据等级：B）。

常用药：熟地黄、山茱萸、肉苁蓉、菟丝子、杜仲、枸杞、牛膝、山药、茯苓、人参、石菖蒲、远志、五味子等^[36]。

中成药：（1）六味地黄丸^[37]（强推荐，证据等级：D），成分为熟地黄、山茱萸（制）、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻。功效：滋阴补肾。用法用量：口服，一次6克，一日2次。（2）九味镇心颗粒^[38]（强推荐，证据等级：B），成分为人参（去芦）、酸枣仁、五味子、茯苓、远志、延胡索、天冬、熟地黄、肉桂。功效：养心补脾，益气安神。用法用量：温开水冲服，早、中、晚各服1袋。

6.6 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

推荐方：益智醒脑汤^[39]加减（弱推荐，证据等级：C）。

常用药：山萸肉、生地黄、熟地黄、远志、巴戟天、天麻、五味子、肉苁蓉、肉桂、茯苓、石菖蒲。

中成药：（1）左归丸^[40]（强推荐，证据等级：B），成分为熟地黄、菟丝子、牛膝、龟板胶、鹿角胶、山药、山茱萸、枸杞子。功效：滋肾补阴。用法用量：口服，一次9克（一瓶盖），一日2次。（2）八子补肾胶囊^[41]（强推荐，证据等级：B），成分为菟丝子、枸杞子、五味子、蛇床子、金樱子、覆盆子、韭菜子、川楝子、淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉、地黄、川牛膝、人参、鹿茸、海马。功效：补肾，温阳。用法用量：口服。一次2粒，一日3次。

6.7 毒损脑络证

治法：泻火解毒，通络达邪。

推荐方：黄连解毒汤（《肘后备急方》）^[11]加减（强推荐，证据等级：B）。

常用药：黄连、黄芩、黄柏、栀子、石菖蒲、胆南星、郁金、瓜蒌、玄参、生地、丹皮、全蝎、羚羊角粉等。

中成药：醒脑静注射液^[42]（强推荐，证据等级：B），成分为麝香、郁金、冰片、栀子，辅料为聚山梨酯80、氯化钠。功效：清热解毒，凉血活血，开窍醒脑。用法用量：肌肉注射，一次2~4 mL，一日1~2次。静脉滴注一次10~20 mL，用5%~10%葡萄糖注射液或氯化钠注射液250~500 mL稀释后滴注或遵医嘱。

7 非药物疗法（康复疗法）

7.1 教育学习

T2DM 及认知障碍的管理是针对糖尿病、脑小血管病、认知功能及情感行为的综合管理，需要医疗服务与社会支持，防治一体。血糖、血压、血脂、肥胖等血管性风险因素应全程管理，尤其是老年糖尿病患者应避免血糖较大的波动和低血糖事件的发生，肥胖患者应注意减重干预。糖尿病患者建议定期评估认知功能及脑血管病变，其中认知功能的评估（常用神经心理评估工具包括简易精神状态检测表、蒙特利尔认知评估量表等），可每 1~2 年评估一次。脑小血管病变评估：T2DM 脑小血管的损害主要为多发腔隙性脑梗死、微出血、脑白质病变及脑萎缩等。T2DM 患者确诊后应至少进行一次头颅 MRI 或 CT 检查及颅内颅外血管评估^[43]。已患有认知障碍的患者需要在专科治疗，药物干预与康复训练相结合，改善患者整体认知水平。糖尿病、高血压、肥胖、血脂紊乱、酗酒、吸烟等多重血管性危险因素人群、轻度认知障碍人群是重点防控群体，积极预防脑血管病可明显降低糖尿病患者痴呆发生的风险^[44]。

7.2 针刺疗法

针灸疗法对 VCI，即中医范畴的“痴呆”“呆病”“善忘”具有一定治疗作用，通过刺激特定穴位，施以醒神开窍、健脾益肾、安神益智等法，可以改善脑微循环、提高患者认知功能。

常用主穴：百会、四神聪、神庭、印堂、太溪、悬钟、太冲。常用配穴：依据患者证候辨证取穴^[45-49]（强推荐，证据等级：B）。

（1）痰浊阻窍证

症状体征：神情呆滞，善忘，易惊，倦怠懒言，纳呆，神疲，眠差，舌淡或红、苔白腻或黄腻，脉滑。

取穴：足三里、神门、中脘、丰隆、阴陵泉、本神、外关等。

操作：毫针刺，按虚补实泻操作，每次 30 分钟。

（2）瘀血阻络证

症状体征：神情淡漠，言蹇语迟，善忘，头晕头痛，肢体麻木，或半身不遂，舌黯或紫黯、有瘀斑、苔白，脉弦涩或细涩。

取穴：内关、神门、膈俞、血海、地机。

操作：泻法或平补平泻法，每次 30 分钟。

（3）肝肾阴虚证

症状体征：神情淡漠，记忆减退，善忘，急躁易怒，头晕，耳鸣，腰膝酸软，舌红、苔薄白，脉沉细。

取穴：肝俞、肾俞、三阴交。

操作：补法为主，每次 30 分钟。

（4）脾肾亏虚证

症状体征：面色无华，神疲乏力，气短懒言，记忆衰退，舌淡、苔白，脉细弱无力。

取穴：三阴交、足三里、气海、血海、肾俞等。

操作：补法为主，每次 30 分钟。

7.3 耳穴辅助治疗

参照 2008 年颁布的国家标准《耳穴名称与定位》（GB/T 13734-2008）。

耳穴压法、耳穴按摩法具有健脑益智、养心安神、疏肝缓急、健脾益肾、醒脑利窍等功用，可对认知功能障碍患者辅助干预，尤其是轻度认知障碍者，通过耳穴疗法有助于改善记忆力、认知行为能力等^[50]（弱推荐，证据等级：C）。

选穴：耳穴皮质下、颞、额、心、肝、脾、肾。

操作：患者采取坐位或卧位，75%乙醇棉棒擦拭耳郭取穴部位，操作者固定耳郭，用王不留行籽贴片对准穴位贴压，施加压力，以“得气”感为度，每日按压 3~5 次，每次按压约 1 分钟，3~4 日更换一次，注意观察有无局部过敏情况。

7.4 传统运动疗法

中国传统有氧康复运动是运动、认知相结合的训练方法，包括太极拳、八段锦、六字诀等，有助于糖尿病及合并轻度认知障碍患者血糖、血压、血脂、体重、心肺功能及认知功能水平等的改善^[51-52]。其他综合性运动干预方式如多种形式的有氧运动结合抗阻运动，亦有利于提高患者整体认知能力，包括注意力、

记忆力、反应速度、决策能力等。

7.4.1 太极拳

太极拳是我国经典的传统身心运动，通过“调息—调身—调心”达到锻炼身心的目的，对脑血管病康复期认知障碍的改善及情志调节具有积极作用，长期训练有助于提高患者注意力、记忆力、反应速度、定向能力、语言流利性等^[53-54]（强推荐，证据等级：B）。

运动方法：可参照2000年国家体育总局武术运动管理中心颁布的《八式、十六式太极拳》^[55]，热身按照“卷肱势、搂膝拗步、野马分鬃、云手、金鸡独立、蹬脚、揽雀尾、十字手”等顺序训练，每次30~60分钟，一周5次，3个月为1疗程。另有杨氏太极拳、孙氏太极拳、24式简化太极拳等，均需在专业人员指导下训练。

7.4.2 八段锦

八段锦是我国传承最广的导引术，有南北派之分，动作动静相兼，柔和连绵，舒展大方，调养身心，长期锻炼有利于对糖尿病及轻度认知障碍患者血糖血脂调节、减重、肌肉锻炼、改善胰岛素抵抗以及认知水平的改善^[56-57]（强推荐，证据等级：B）。

运动方法：北派多为站式，适合体力稍充沛者；南派多用坐式，注重凝神行气，均需由专业人员培训指导，分为热身、八段锦训练、放松。每日练习1~2次，每周5天，3个月1个疗程。

7.5 认知训练

认知训练是VCI康复训练的重要内容之一，是通过一系列重复的、标准化的工作任务针对特定方面进行训练，包括记忆、定向、注意力、语言、思维、视空间、执行功能训练等。认知训练能够有效提升整体认知功能，训练形式多样，包括纸笔材料训练或计算机辅助程序训练，可根据患者认知水平制定个体化方案，目前主要内容涵盖记忆力训练、注意力障碍训练、计算力训练、执行及解决问题能力训练、经颅磁刺激技术和经颅直流电刺激等^[58-60]。

7.6 音乐疗法

音乐疗法是医学社会心理学新发展出的一门治疗学，在精神科、心理科已普遍开展。音乐干预可改善患者应激能力，舒缓焦虑抑郁情绪，调节认知水平等。如 α 波音乐， α 波与人愉悦放松的精神状态相关，功率与患者注意力和学习能力正相关。操作方法：选用频率8~14 Hz音乐，可由专业人员评估指导，每次20分钟，一日2次，连续4周^[61]。音乐疗法也可联合运动干预，改善认知水平^[62]。音乐疗法受限于患者的接受度，选择音乐时需考虑患者社会背景、音乐喜好，制定个体化音乐辅助干预方案^[63]。

利益冲突声明 本共识无任何利益冲突。

指导委员会专家：庞国明、李显筑、吴深涛。

方法学专家委员会专家：方邦江、李卫东、钱秋海。

制定项目组组长：倪青。

工作组专家（按姓氏笔画排序）：马丽荣、王斌、王久玉、王世东、王素梅、王小年、王秀芝、白煜、史丽伟、李云楚、刘晶波、陈世波、张润云、张秀媛、张玉人、张忠勇、迪更妮、党毓起、高迎、高永前、韩向莉、潘秋。

主要起草单位：中国中医科学院广安门医院。

参与起草单位（按首字笔画为序）：中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院广安门医院保定医院、北京市门头沟区中医院、北京市丰台区中医医院、天津市滨海新区中医院、天津中医药大学第一附属医院、北京市第一中西医结合医院、北京市东城区第一医院、北京市密云区中医医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学房山医院良乡分院、北京市平谷区中医医院、河北省沧州中西医结合医院、内蒙古呼和浩特蒙中医院、北京市顺义区中医院、河北省保定市中医院、清华大学玉泉医院（清华大学中西医结合医院）、宁夏银川市中医医院。

主要起草人：倪青。

执笔人：倪青、李云楚、张玉人。

秘书组：庞晴、温志歌、杨亚男。

参考文献

- [1] 中国医师协会心血管内科医师分会.2 型糖尿病患者泛血管疾病风险评估与管理中国专家共识(2022 版)[J].中国循环杂志,2022,37(10):974-990.
- [2] 姚蔚,张倩,方琦,等.2 型糖尿病血管并发症与早期认知障碍临床相关性研究[J].中国全科医学,2011,14(12B):4045-4047.
- [3] 范金,钟冬灵,李涓,等.中国 2 型糖尿病患者认知障碍检出率的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2021,21(7):787-795.
- [4] 杜怡峰.血管因素与老年认知功能减退[J].中国药理学与毒理学杂志,2019,33(6):411-412.
- [5] 中华医学会内分泌学分会.2 型糖尿病患者认知功能障碍防治的中国专家共识[J].中华内分泌代谢杂志,2022,38(6):453-464.
- [6] 中华医学会老年医学分会老年神经病学组.脑小血管病相关认知功能障碍中国诊疗指南(2019)[J].中华老年医学杂志,2019,38(4):345-354.
- [7] 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,2019,99(35):2737-2744.
- [8] 中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组写作组.血管性认知障碍诊治指南[J].中华神经科杂志,2011,44(2):142-147.
- [9] 常诚,王昕,符为民,等.痴呆的中医病名探析[J].中医杂志,2014,55(24):2078-2080.
- [10] 陈昱彤,喻嵘,谭艳,等.血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律[J].湖南中医药大学学报,2021,41(6):869-874.
- [11] 田金洲,解恒革,王鲁宁,等.中国阿尔茨海默病痴呆诊疗指南(2020 年版)[J].中华老年医学杂志,2021,40(3):269-283.
- [12] 苏芮,韩振蕴,范吉平,等.“毒损脑络”理论在阿尔茨海默病中医研究领域中的意义[J].中医杂志,2011,52(16):1370-1371.
- [13] 张玉莲,张连城,李强,等.660 例老年性痴呆患者中医证候学研究[J].中医杂志,2015,56(3):235-239.
- [14] 饶颖,何小俊.脑卒中后血管性认知障碍影像因素的 Meta 分析[J].护理研究,2016,30(3):1047-1054.
- [15] 周国锐,岳姣姣,朱涛,等.通络化痰汤联合依达拉奉治疗脑梗死后血管性认知障碍患者的临床疗效及其对认知功能及血清 hs-CRP、TNF- α 水平的影象[J].世界中西医结合杂志,2022,17(9):1886-1908.
- [16] 郭明冬,罗增刚,周文泉,等.周文泉治疗血管性痴呆经验[J].中医杂志,2009,50(12):1070-1071.
- [17] 庞海英,杜宗攀,李杰,等.菖蒲汤加减辨治血管性认知功能障碍的疗效及部分机制探讨[J].世界中医药,2020,15(11):1603-1610.
- [18] 张丹丹,韩振蕴,秦绍林,等.真实世界中通络化痰胶囊治疗脑梗死恢复期痰瘀阻络证疗效的多因素分析[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(12):2001-2006.
- [19] 闫俊,柴旭兵,刘立平,等.血滞通胶囊对脑梗死恢复期患者神经功能及社会活动功能的影响[J].西部中医药,2020,33(7):101-104.
- [20] 张令霖,连新福,陈昕,等.通窍活血汤联合西药治疗血管性痴呆临床疗效和安全性 Meta 分析[J].广州中医药大学学报,2021,38(10):2287-2292.
- [21] 韩德军,杨锡燕,时晶,等.中药治疗痴呆随机对照文献治法及用药规律分析[J].中医杂志,2014,55(12):1051-1054.
- [22] 史梦龙,赵敏,孙江燕,等.脑心通胶囊辅助治疗血管性痴呆有效性与安全性的 Meta 分析[J].中药药理与临床,2023,39(1):70-75.
- [23] 史梦龙,赵敏,张杰,等.口服中成药辅助治疗血管性痴呆的网状 Meta 分析[J].中草药,2021,52(13):3994-4006.
- [24] 刘兰,朱济萍,徐宏,等.银杏叶治疗血管性认知障碍的疗效和安全性[J].脑与神经疾病杂志,2018,26(7):423-428.
- [25] 马华萍,常泽,田丹枫,等.银杏叶片联合盐酸多奈哌齐片治疗血管性认知障碍的疗效及安全性的系统评价和 Meta 分析[J].辽宁中医杂志,2021,48(6):10-15.
- [26] 赵雪飞.红花黄色素氯化钠注射液联合依达拉奉注射液治疗脑梗死的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(11):65-68.
- [27] 袁玉娇,时晶,田金洲.田金洲分期治疗痴呆经验[J].北京中医药,2019,38(8):770-773.
- [28] 胡文悦,韩振蕴,马华萍,等.天智颗粒治疗血管性认知障碍疗效与安全性系统评价和 Meta 分析[J].中国中药杂志,2020,45(19):4766-4775.
- [29] 王健.天智颗粒治疗血管性痴呆肝阳上亢证 246 例[J].中医杂志,2005,16(10):766-767.
- [30] 刘传珍,周丽华,水正.通窍活血汤合补阳还五汤治疗血管性痴呆 36 例临床研究[J].中医杂志,2002,43(7):526-527.
- [31] 李卫萍,申艳方,杜菊梅,等.芪蛭通络胶囊治疗气虚血瘀型血管性认知障碍的随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J].上海中医药

杂志,2022,56(7):59-67.

- [32] 姚尧尧,高颖,武艺超,等.基于网络药理学和分子对接探讨龙加通络胶囊治疗缺血性中风的分子机制[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(15):2735-2742.
- [33] 王昆,潘琛,裴明砚.脑安片治疗脑梗塞的有效性和安全性评价研究[J].黑龙江中医药,2013,42(2):61-62.
- [34] 冯凯,郑志东.脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(7):1153-1162.
- [35] 杨芳,杨雪萍,徐月,等.还少丹治疗脾肾亏虚型轻、中度阿尔茨海默病临床观察[J].河北中医,2020,42(4):538-542.
- [36] 袁玉娇,时晶.田金洲教授治疗早期痴呆用药规律探讨[J].世界中医药,2019,14(11):3073-3078.
- [37] 李景全,王金龙,闫黎,等.基于网络药理学和分子对接探讨六味地黄丸异病同治老年性聋和阿尔茨海默病的作用机制[J].上海中医药杂志,2024,58(6):23-30,39.
- [38] 汪雪菁,右佐匹克隆联合九味镇心颗粒治疗脑卒中后焦虑、失眠的临床观察[J].中国处方药,2015,13(7):43-44.
- [39] 李鸿涛,武晓冬,岳广欣,等.余瀛鳌补肾通络、化痰开窍治疗脑髓消经验[J].中医杂志,2020,61(9):769-771.
- [40] 郑建彪,李万涛,贾志卫,等.左归丸联合丁苯酞佐治帕金森病轻度认知障碍疗效评价[J].中国药业,2024,33(4):111-114.
- [41] JI C Y, WEI C, LIM N, et al.八子补肾胶囊通过抑制小胶质细胞活化和细胞衰老缓解认知功能障碍[C]//中华中医药学会络病分会.石家庄: 第二十届国际络病学大会论文集,2024:48-49.
- [42] 胡纪可,胡婷.醒脑静注射液联合奥拉西坦对老年脑出血后认知功能障碍患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(11):3028-3031,3232.
- [43] 中国医师协会心血管内科医师分会.2型糖尿病患者泛血管疾病风险评估与管理中国关键共识(2022版)[J].中国循环杂志,2022,37(10):974-989.
- [44] 国家卫生健康委办公厅.血管性认知障碍的诊疗规范(2020年版)[J].全科医学临床与教育,2021,19(3):197-199.
- [45] 周悦,庞祖宜,徐振华,等.基于数据挖掘技术探讨针刺治疗非痴呆型血管性认知障碍的选穴规律[J].针灸临床杂志,2022,38(1):54-58.
- [46] 安成飞,赵琦,杜宇征.基于“心-脑-肾轴”探讨卒中后认知障碍病机及针刺取穴思路[J].中医杂志,2021,62(24):2135-2139.
- [47] 王琳,王子欣,苏莉,等.基于数据挖掘论近15年针刺治疗卒中后认知障碍临床选穴规律[J].世界中医药,2022,17(3):413-417,423.
- [48] 李思,张智龙,杨元庆,等.调神益智针法联合西药治疗血管性痴呆42例临床观察[J].2014,55(15):1295-1298.
- [49] 袁宏伟,刘云霞,张含,等.“通督醒神”法针灸联合认知训练治疗卒中后轻度认知障碍:随机对照试验[J].中国针灸,2022,42(8):839-843.
- [50] 徐光镇,刘继洪,李可.耳穴压丸法联合耳穴按摩法治疗轻度认知障碍的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(6):575-584.
- [51] 朱自强,赵梦娟,赵春善.传统有氧康复运动对轻度认知障碍老年人认知功能影像的Meta分析[J].中医药导报,2020,26(10):154-170.
- [52] 李勤,倪青,吴瑞,等.中国传统运动在糖尿病防治中的应用[J].世界中医药,2020,15(21):3355-3358.
- [53] 罗京,蔡昭莲,李成,等.太极拳对脑小血管病相关轻度认知功能障碍患者认知功能的影响[J].福建中医药,2022,53(6):60-62.
- [54] 李文龙,向秋平,范铜钢.太极拳对轻度认知功能障碍患者认知功能影像的Meta分析[J].中医临床研究,2021,13(10):129-136.
- [55] 国家体育总局武术运动管理中心.八式、十六式太极拳[M].北京:人民体育出版社,2000.
- [56] 王梅杰,廖春满,张正媚,等.八段锦对2型糖尿病患者血糖血脂水平等辅助治疗效果影响的Meta分析[J].北京中医药,2021,40(2):179-184.
- [57] 林秋.八段锦运动干预对轻度认知功能障碍患者认知功能的影像[J].山东医药,2016,56(21):50-51.
- [58] 张通,王强.卒中后认知障碍的康复治疗[J].华西医学,2019,34(5):481-486.
- [59] 杨珊珊,蔡素芳,吴静怡,等.中西医结合康复临床实践指南·认知障碍[J].康复学报,2020,30(5):343-348.
- [60] 王映丽,姚志萍,倪英,等.认知训练改善老年轻度认知障碍的研究[J].老年医学与保健,2021,27(4):763-767.
- [61] 马将,黄洁,韩振萍,等.α波音乐对脑卒中后认知损害患者焦虑抑郁情绪及认知功能障碍的影响[J].河北医科大学学报,2016,37(3):285-288.
- [62] 尹琴,高燕,蒯路,等.音乐游戏运动疗法对高龄轻度认知障碍患者干预效果的研究[J].中国卒中杂志,2020,15(4):411-415.
- [63] 尹琴,高燕,欧阳迎,等.轻度认知功能障碍病人音乐疗法的研究进展[J].护理研究,2018,32(4):520-522.

(收稿日期: 2024-07-08)

(本文编辑: 张楠)

中国知网