

最新指南 | 《中国血管性认知障碍诊治指南（2024版）》发布！

关注→ 神经时讯 2024年07月17日 22:09 北京

点击上方“**神经时讯**”→点击右上角“...”→点选“**设为星标★**”，每天第一时间看推送



神经时讯

《神经时讯》是致力于促进国内外最新神经病学技术的发展和学术交流的平台。平台设临...
609篇原创内容

公众号



《中国血管性认知障碍诊治指南（2024版）》是在《2019年中国血管性认知障碍诊治指南》的基础上进行的修订和更新，在VCI的病因及临床分型、临床表现、诊断标准、预防及治疗等方面共形成8条推荐意见，并提出了适合我国临床实践的VCI标准化诊断流程。

血管性认知障碍（VCI）是指主要由脑血管病及其危险因素导致的认知功能障碍，包括从轻度认知障碍到痴呆的整个过程，可以与阿尔茨海默病（AD）等神经退行性疾病共病。

01

VCI的病因和临床分型

VCI按照临床严重程度分为**血管性轻度认知障碍（VMCI）**和**血管性痴呆（VaD）**。

- VMCI是指存在1个或1个以上认知域受损但不影响工具性日常生活能力（IADL）或日常生活能力（ADL）；
- VaD，即存在1个或1个以上认知域严重受损且影响IADL或ADL。

本指南对VCI的临床分型进行了更新，主要根据其临床特征及影像学表现，将VCI分为以下4个亚型。

（1）卒中后认知障碍（PSCI）：卒中事件是诊断PSCI的前提条件，以缺血性卒中最为常见，也包括出血性卒中。PSCI要求患者认知障碍在卒中后6个月以内出现，持续存在3个月以上，这一亚型强调了卒中事件和认知障碍之间的时间关系。

（2）皮质下缺血性血管性认知障碍（SIVCI）：即脑小血管病引起的认知障碍，其特征性影像改变为脑白质高信号和腔隙灶。

(3) 多发梗死性认知障碍 (MICI)：存在多个小或大的梗死灶。梗死体积越大、累及范围越广，与较差的认知功能和较高的痴呆风险有关。单个大血管病变所导致的大面积梗死也归入此类型。

(4) 混合型认知障碍 (MixCI)：VCI患者合并存在其他神经退行性疾病的病理，以脑血管损伤伴发AD病理最为常见。MixCI的诊断需要结合临床表现、影像学特征和生物标志物来确定何种病理损害在认知障碍中占主导地位，命名的先后顺序应尽可能反映两种病理对认知障碍影响的差异，如VCI-AD或AD-VCI，VCI-路易体痴呆 (DLB) 或DLB-VCI等。

推荐意见1：是否影响IADL或ADL是对VCI严重程度进行分级的重要指标（I级推荐，B-NR级证据）。病因及临床分型需要充分详细的病史信息及完善的影像学检查作为支持（I级推荐，B-NR级证据）。根据临床特征及影像学表现，VCI的临床分型包括：PSCI、SIVCI、MICI和MixCI（IIa级推荐，C-EO级证据）。

02

VCI的临床表现

在卒中事件后6个月以内出现并持续存在3个月以上的认知相关症状，同时伴有局灶性高级皮质功能障碍和（或）神经功能缺损体征。

认知障碍的表现与卒中病灶大小和部位密切相关；认知相关症状也可在数次卒中事件后累积出现，呈阶梯式或波动样进展。部分患者无明确卒中或短暂性脑缺血发作（TIA）事件，隐匿起病，缓慢进展，多见于脑小血管病导致的皮质下缺血性VCI。

特征性的认知减退模式以注意力、信息处理速度和执行功能的早期受损为特点，可伴随情感、行为和人格障碍，表现为淡漠、激惹和抑郁等；也可伴随步态障碍，如走路不稳、拖曳步态或小碎步，查体可见运动迟缓、冻结步态及转身困难等血管性帕金森综合征表现；或尿频、尿急等不能用泌尿系统或其他神经系统疾病解释的括约肌功能障碍；也可伴有强哭强笑、吞咽呛咳、构音障碍等假性球麻痹的症状或体征。

03

VCI的诊断标准

VCI的诊断分为4个步骤：（1）确认是否存在认知相关症状；（2）确定是否存在血管性脑损伤的依据；（3）明确血管性脑损伤与认知相关症状的因果关系；（4）对VCI的严重程度和临床亚型进行分型。

本指南推荐对VCI的诊断采用以下标准。

很可能VCI

1. 具备VCI诊断的3个核心要素：

- (1) 存在认知相关主诉，且神经心理学测定也存在1个或多个认知域受损；
- (2) 存在血管性脑损伤的证据：包括血管危险因素、卒中病史、脑血管损伤神经症候群、脑血管损伤的影像学证据，以上各项不一定同时具备；
- (3) 血管性脑损伤在认知障碍中占主导地位：尤其在合并AD病理表现时，应明确血管性脑损伤在认知障碍中的主导作用，临床特征需要符合下列情况之一：①突发起病，认知障碍的发生在时间上与1次或多次脑卒中事件相关，呈阶梯式或波动样进展，且认知障碍在卒中事件后6个月以内出现并持续存在3个月以上；②无明确卒中或TIA事件，隐匿起病，缓慢进展，受累的认知域主要为信息处理速度、复杂注意力/额叶执行功能，伴有以下特征时可作为支持点：A.早期出现的步态异常，包括平衡障碍或反复跌倒；B.早期出现尿频、尿急或其他不能用泌尿系统疾病解释的症状；C.人格或情绪改变，如意志力丧失或抑郁。

2. 头颅磁共振成像（MRI）影像学：其改变符合VASCOC最低影像标准。

可能的VCI

- 1. 具备VCI诊断的3个核心要素。
- 2. 未行头颅MRI检查，或头颅MRI影像学改变不足以完全解释认知障碍。

排除VCI

- 1. 头颅MRI检查未见异常。
- 2. 存在可以解释认知障碍的其他疾病，且是导致认知障碍的首要原因：包括脑肿瘤、其他神经退行性疾病、脱髓鞘性疾病、内科系统性疾病或代谢异常。
- 3. 首次诊断认知障碍前3个月内存在明确的中毒病史或药物、酒精的滥用/依赖。

严重程度分型

- 1. VMCI：符合VCI诊断标准，不影响日常生活的独立性（IADL或ADL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。
- 2. VaD：符合VCI诊断标准，严重程度影响到日常生活的独立性，同时要排除脑卒中相关感觉/运动障碍所致的日常生活能力受损。

推荐意见2：病史采集需全面，并需要有知情者的补充。重点关注病程、卒中事件、认知障碍严重程度以及认知障碍与卒中事件的时间关系（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）。体格检查需明确有无局灶性高级皮质功能障碍和（或）神经功能缺损体征，寻找血管性脑损伤相关证据（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）；完善血糖、血脂、甲状腺功能、营养代谢等必要的外周血检查，必要时进行脑脊液相关检查，排除代谢、免疫、感染等其他病因相关认知障碍（Ⅱa级推荐，B-NR级证据）。

推荐意见3：神经心理评估是VCI诊疗的重要环节，对疑似VCI患者，应进行完整的神经心理评估，推荐MMSE和MoCA用于认知障碍的筛查（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）；筛查阳性者推荐尽可能进行系统评估，应包括注意/执行功能、记忆、语言和视空间功能等VCI 4个核心认知域（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）；应根据患者本人和知情者提供的信息，综合评价患者日常活动能力（Ⅱa级推荐，B-NR级证据）；对于存在高级皮质功能障碍和（或）神经功能缺损的患者可根据卒中相关症状选择相应备选量表（Ⅱb级推荐，C-LD级证据）。

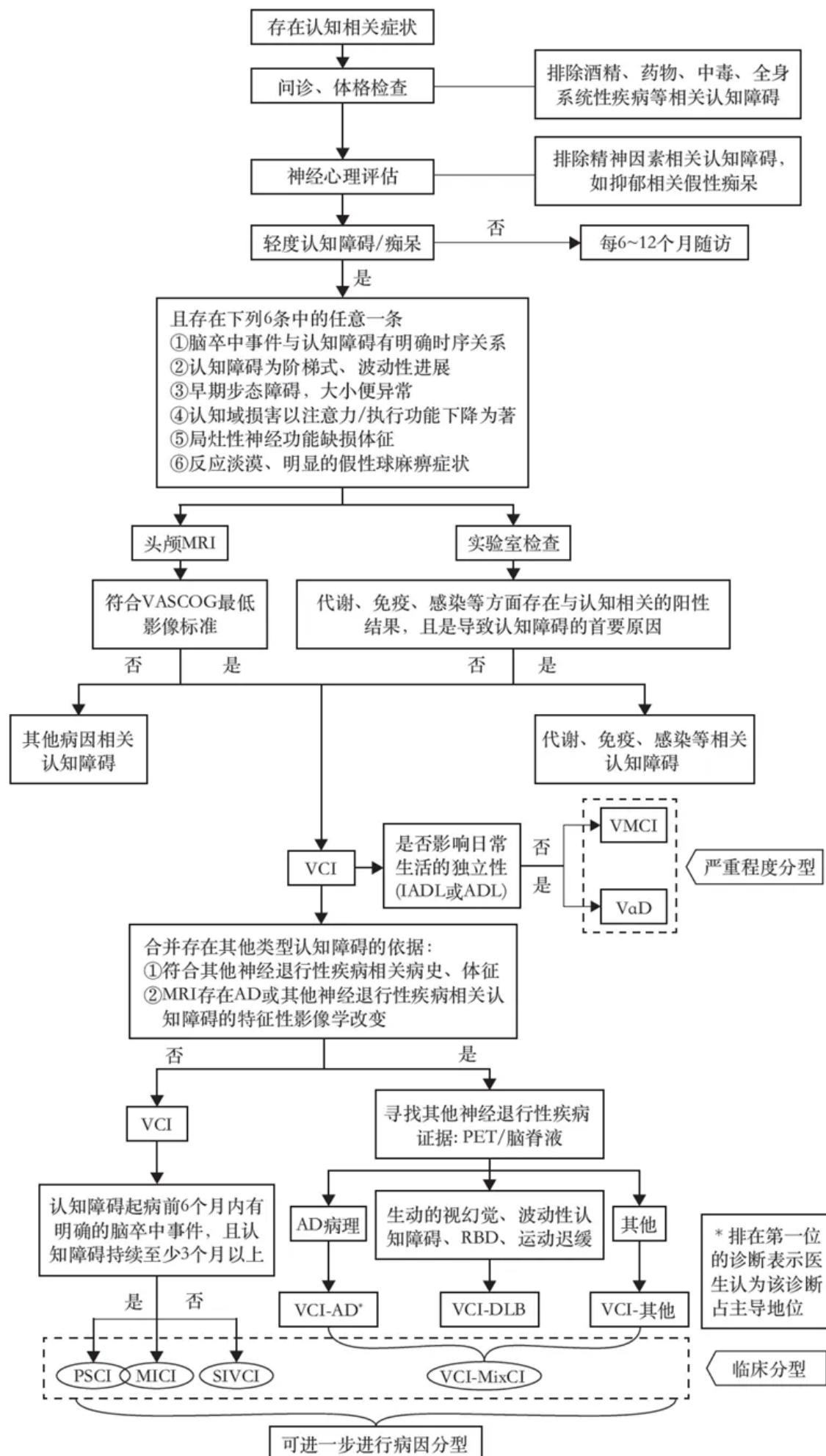


图1 VCI临床诊断路径图

注：MRI为磁共振成像；VASCOG为国际血管性行为与认知障碍学会；VCI为血管性认知障碍；IADL为工具性日常生活能力；ADL为日常生活能力；VMCI为血管性轻度认知障碍；VaD为血管性痴呆；AD为阿尔茨海默病；PET为正电子发射断层成像术；RBD为快速眼动睡眠行为障碍；DLB为路易体痴呆；PSCI为卒中后认知障碍；MCI为多发梗死性认知障碍；SIVCI为皮质下缺血性血管性认知障碍；MixCI为混合型认知障碍

推荐意见4：对所有可疑的VCI患者，均应该进行神经影像检查，首选头颅MRI（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）。建议使用的MRI序列包括：T1WI、T2WI、FLAIR、SWI和DWI（Ⅱa级推荐，B-NR级证据）。评估内容应包含与卒中事件及脑小血管病相关的影像改变（Ⅱa级推荐，B-NR级证据）。推荐使用VASCOG影像学最低诊断标准（Ⅰ级推荐，B-NR级证据）。

05

VCI的预防和治疗

VCI的预防

VCI病因复杂，涉及血管危险因素、卒中事件及AD等非血管性神经退行性病变参与的复杂病理生理学过程。因此，对于VCI的预防需兼顾卒中事件和认知障碍两方面。

推荐意见5：积极综合管理多种血管危险因素，对预防VCI有益（Ⅰ级推荐，A级证据）；高血压患者应积极控制血压（Ⅱa推荐，A级证据）；糖尿病患者应合理控制血糖（Ⅱb级推荐，C-LD级证据）、同时积极控制高脂血症可能对预防VCI有益（Ⅱb级推荐，B-NR级证据）；通过提高教育水平，积极参与体育锻炼，保持合理体重，健康饮食，戒烟，避免过度饮酒、保持良好情绪、改善睡眠等生活方式综合预防VCI可能有积极影响（Ⅱa级推荐，C-LD级证据）。

VCI的治疗

1. 药物治疗

VCI的药物治疗主要包括胆碱酯酶抑制剂和NMDA受体拮抗剂。改善微循环、神经保护和传统医学治疗也在临床实践中被广泛应用。

推荐意见6：胆碱酯酶抑制剂可用于VCI的治疗（Ⅰ级推荐，A级证据）。NMDA受体拮抗剂美金刚用于VCI的治疗效果有待进一步临床评价（Ⅱa级推荐，B-R级证据）。银杏叶提取物、丁苯酞软胶囊、尼莫地平在VCI的治疗方面可作为一线治疗的辅助用药（Ⅱa级推荐，B-R级证据）。胞磷胆碱、小牛血去蛋白提取物、己酮可可碱、石杉碱甲、尼麦角林、西坦类药物可能对VCI具有一定的治疗效果（Ⅱb级推荐，B-NR级证据）。传统中医药、针灸治疗等，虽然在临床实践中广泛应用，但多数研究样本量小，研究设计不严格，证据级别低。因此未来需要更多高质量的研究去进行验证（Ⅱb级推荐，C-LD级证据）。

2. 精神行为及其他非认知症状治疗

VCI相关精神行为症状治疗循证依据较少，可参照AD患者精神行为异常的处理方式。

推荐意见7：治疗轻微精神行为症状应首选非药物治疗（Ⅱa级推荐，B-NR级证据）；胆碱酯酶抑制剂与NMDA受体拮抗剂对VCI精神行为症状有一定改善作用（Ⅱb级推荐，B-R级证据）；抑郁治疗推荐选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（Ⅱb级推荐，C-LD级证据）；精神症状的控制首选小剂量非典型抗精神病药物，并充分考虑患者的临床获益和潜在风险（Ⅱb级推荐，C-LD级证据）。

3. 非药物治疗

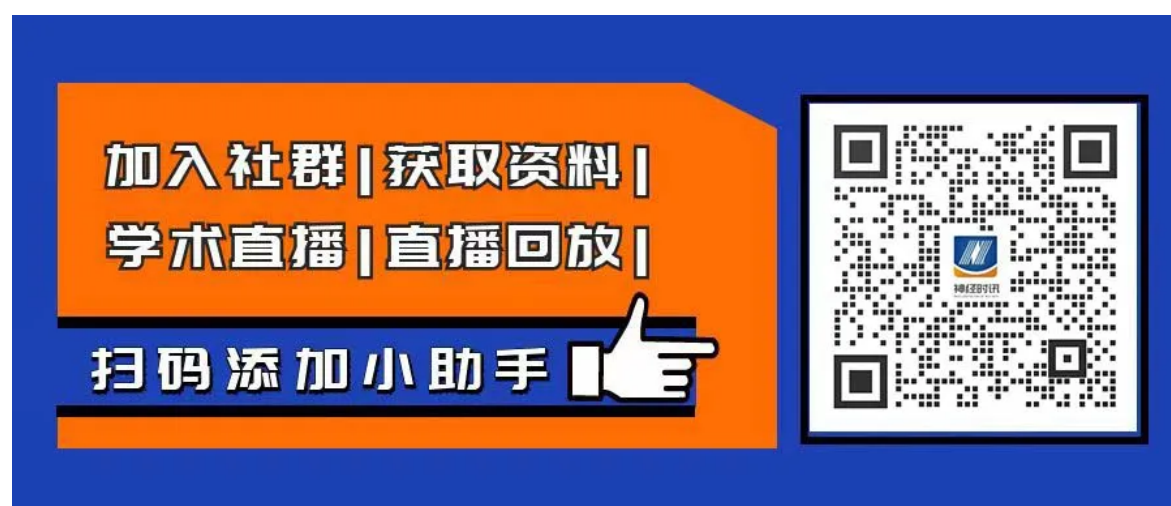
其他可能有效但还需要进一步研究的治疗措施包括非侵入性神经调控、认知运动双重任务训练、计算机辅助的认知训练等。

推荐意见8：认知运动双重任务训练对改善VCI可能有效（Ⅱa级推荐，B-R级证据）；非侵入性脑刺激可以促进PSCI患者的认知能力（Ⅱa级推荐，C-LD级证据）。康复治疗应该个体化，并组织多学科综合管理方式，以尽可能改善患者生存质量（Ⅱa级推荐，C-EO级证据）。

文献来源：中国卒中学会血管性认知障碍分会. 中国血管性认知障碍诊治指南（2024版）[J/OL]. 中华医学杂志, 2024,104: 网络预发表.

编辑 | 董晓慧

校对 | 仇俊鑫



指南共识 282

指南共识 · 目录

上一篇 · 科学声明 | 中国缺血性卒中及短暂性脑缺血发作患者血脂长期管理

