

中国血管性认知障碍诊治指南（2024版）



目录

CONTENTS



一、VCI的病因和临床分型

二、VCI的临床表现

三、VCI的诊断标准

四、VCI的诊断流程

五、VCI的预防和治疗



前言

- **血管性认知障碍 (vascular cognitive impairment, 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 (mild cognitive impairment, MCI) 到痴呆的整个过程，可以与阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) 等神经退行性疾病共病。
- 我国60岁及以上人群中痴呆患病率为6.0%，其中血管性痴呆 (vascular dementia, VaD) 为1.6%，是仅次于AD的常见痴呆类型；我国65岁及以上人群中MCI患病率为20.8%，其中脑血管病及血管危险因素相关的MCI为8.7%，占MCI总体的42%。
- 为进一步提高临床工作中对VCI的认识和重视程度，更有效地指导医师对VCI进行规范管理，中国卒中学会血管性认知障碍分会组织专家讨论，并参照中国卒中学会指南制定标准与撰写规范，制订《中国血管性认知障碍诊治指南（2024版）》。



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VaD。
 - VMCI，即血管性认知障碍非痴呆（vascular cognitive impairment no dementia，VCIND），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（instrumental activities of daily living，IADL）或日常生活能力（activities of daily living，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。





- 参照2018年由全球27个国家的专家共同参与制订的VCI分类共识（guidelines from the vascular impairment of cognition classification consensus study, VICCCS），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分为四个亚型，包括：

（1）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（subcortical ischemic vascular cognitive impairment, SIVCI）：即脑小血管病（cerebral small vascular disease, CSVD）引起的认知障碍，其特征性影像改变为脑白质高信号（white matter hyperintensity, WMH）和腔隙灶。





(3) 多发梗死性认知障碍 (multi-infarct cognitive impairment , 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 (mixed cognitive impairment , 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 (dementia with Lewy bodies , DLB) 或DLB-VCI等。





- VCI的病因多样，2011年发布的《血管性认知障碍诊治指南》中推荐采用病因分型对VCI进行诊断，其中包括危险因素相关性VCI、缺血性VCI、出血性VCI、其他脑血管病性VCI和混合性VCI。本指南将沿用2011年指南对VCI的病因分型方案。
- ◆ **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（ II a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（transient ischemic attack，TIA）事件，隐匿起病，缓慢进展。多见于CSVD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、拖曳步态累积出现，呈或小碎步，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的诊断分为四个步骤：**

- (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：





➤（一）很可能的VCI

1.具备VCI诊断的三个核心要素：

- （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；





➤ (一) 很可能的VCI

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VASCOCG最低影像标准。





(二) 可能的VCI

- (1) 具备VCI诊断的三个核心要素。
- (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。

(三) 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。





➤（四）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。



04

VCI的诊断流程





➤（一）VCI的临床推荐诊疗流程

• VCI临床诊断的建立需要包括以下几个过程：

（1）详细的病史询问：包括认知障碍和脑卒中事件的起病时间、两者之间的时序关系；关注认知障碍的起病形式、临床表现、进展方式、诊治经过及临床转归；询问认知障碍对日常生活独立性的影响；关注认知相关其他主诉：如快速眼动睡眠行为障碍（RBD）、运动障碍、吞咽功能、精神症状、大小便功能等；在既往史方面，重点关注血管危险因素（高血压、糖尿病、高脂血症、吸烟和饮酒史等）；最后还需询问是否存在认知障碍及卒中家族史。





➤（一）VCI的临床推荐诊疗流程

（2）仔细的体格检查：是否存在局灶性神经功能缺损、平衡障碍、步态障碍、震颤、构音障碍和假性球麻痹等体征。

（3）全面的认知评估：确认存在认知障碍的客观证据，同时对日常生活的独立性和精神行为情况进行测评。

（4）完善的影像学检查；头颅MRI检查[包括T1WI 加权成像（T1WI）、T2加权成像（T2WI）、液体衰减反转恢复（FLAIR）和弥散加权成像（DWI）、磁敏感加权成像（SWI）序列]是VCI影像诊断的“金标准”，通过影像检查明确脑血管性损伤是否符合VCI的最低影像诊断标准；需对血管和血流灌注情况进行评估，明确颅内外大血管病变情况；必要时还需对患者进行心脏评估，包括心电图、心脏超声等，明确是否存在心源性病变证据。





➤（一）VCI的临床推荐诊疗流程

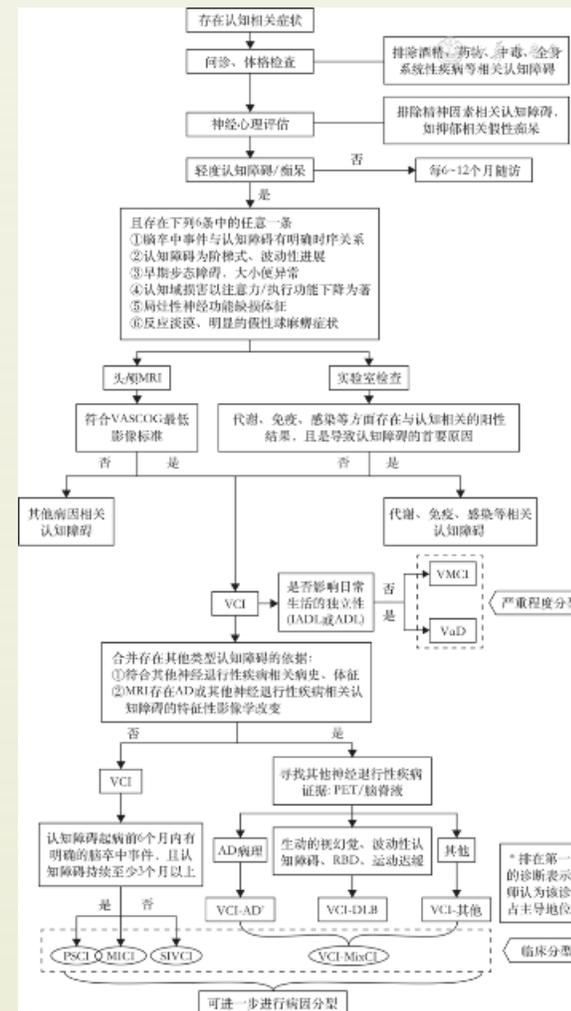
（5）全面的实验室检查：旨在排除其他可导致认知障碍的潜在病因，如自身免疫性脑炎、甲状腺功能异常、神经梅毒、维生素缺乏等代谢、免疫和感染性疾病。建议至少包含以下检验项目：血常规、红细胞沉降率、C反应蛋白、肝功能、肾功能、血脂、空腹血糖、糖化血红蛋白、叶酸、维生素B12、维生素B1、甲状腺功能、血氨、人类免疫缺陷病毒相关抗体及梅毒相关抗体。必要时进行脑脊液相关检查；有脑血管病或认知障碍家族史者，推荐完善基因检测。VCI临床诊断路径见图1。





➤ (一) VCI的临床推荐诊疗流程

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；MICI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





➤（一）VCI的临床推荐诊疗流程

◆**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）。





➤ （二）VCI的神经心理评估

- 神经心理评估是识别和诊断VCI的重要方法，也是观察疗效和转归的重要工具。根据临床应用和研究的需求，可以使用不同的测验进行评估。使用快速神经心理筛查工具[如简易认知量表（mini-cog）、痴呆筛查问卷（AD8）、画钟测验等]，可以在门诊或病房对患者认知功能进行初步筛查。
- 简明智能状态检查（MMSE）和蒙特利尔认知评估量表（MoCA）是国内外应用最广泛的认知筛查工具，其中MoCA对识别VMCI优于MMSE，MoCA可根据患者受教育年限选择北京版，8.1版或基础版。照料者问卷[如AD8、老年认知功能减退知情者问卷（IQCODE）]可以对患者认知和日常功能的变化提供额外的信息，尤其推荐用于患者无法进行认知筛查时。





➤ （二）VCI的神经心理评估

- 当在筛查中发现患者存在可疑认知障碍时，全面的神经心理评估可以进一步识别受损的认知域。VCI患者的全面评估应包括认知功能（执行功能、注意力、语言功能、记忆功能和视空间能力等认知域）、ADL和精神行为症状。
- 由于VCI病灶部位差异性，卒中相关高级皮质功能障碍和（或）神经功能缺损体征如失语、忽视、肢体瘫痪、视力视野受损等会对神经心理评估结果造成影响，已有一些量表在卒中相关神经功能缺陷的患者中进行了验证，并具有良好的信效度。
- 本指南综合考虑卒中相关症状和认知评估需求对这些特殊情况进行了推荐（表2）。





➤ (二) VCI的神经心理评估

表2 血管性认识障碍(VCI)神经心理评估推荐量表

评估认知域	推荐评估量表	可选评估量表	伴有神经缺损症状的心理量表推荐		
			肢体瘫痪	视力视野受损	失语、忽视
筛查/整体认知功能	蒙特利尔认知评估量表(MoCA)	简易智能状态检查(MMSE)	MMSE/长谷川痴呆量表修订版(HDS-R)	MoCA-盲人版	牛津认知筛查(OCS-P)
注意与处理速度	连线试验(TMT-A)	数字符号转换测验	数字符号转换测验(口语版)	数字广度(DST)	-
执行功能	连线试验(TMT-B)	交替流畅性测验	交替流畅性测验	交替流畅性测验	-
语言功能	波士顿命名测试第2版(BNT-2)	动物流畅性测验(ANT)	BNT-2	ANT	-
学习记忆能力	听觉词语学习测验(AVLT)	简易视觉空间记忆测验	AVLT	AVLT	-
视空间能力	画钟试验(CDT)	Rey-Osterrieth复杂图形测验	线方向判断(JOL)	-	-
日常生活能力	工具性日常生活能力(IADL)/日常生活能力(ADL)量表	-	-	-	-
精神行为	神经精神问卷(NPI)	-	-	-	-
情绪	汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)	9条目患者健康问卷(PHQ-9)	-	-	-

注：“-”为无相关内容





➤（二）VCI的神经心理评估

- 神经心理评估随访取决于患者个体和医疗环境，但通常推荐每6~12个月随访，伴有精神行为症状的患者随访可以更频繁。每次就诊并非所有领域都需要进行评估，但推荐至少每年进行一次全面评估。
- ◆ **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四个核心认知域（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）。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/975344342214011311>