

卒中后认知障碍患者门诊管理规范

■ 中国卒中学会, 卒中后认知障碍管理专家委员会 (执笔: 徐俊)

【关键词】 卒中后认知障碍; 门诊; 管理流程; 筛查

【DOI】 10.3969/j.issn.1673-5765.2019.09.010

卒中后认知障碍 (post-stroke cognitive impairment, PSCI) 是指在卒中事件后出现认知损害, 并且持续到6个月时仍存在不同程度认知障碍的临床综合征, 强调了卒中与认知障碍之间潜在的因果关系及两者之间临床管理的相关性, 包括了多发性梗死、关键部位梗死、皮质下梗死和脑出血等卒中事件引起的认知障碍类型, 也包括其他神经退行性疾病在卒中事件后认知障碍加重等临床亚型。因此, PSCI强调了卒中这一扳机样事件, 包涵了从PSCI非痴呆 (post-stroke cognitive impairment no dementia, PSCIND) 至卒中后痴呆 (post-stroke dementia, PSD) 的认知障碍连续疾病谱。

PSCI已成为当前国际卒中研究和干预的热点, 2016年5月, 美国心脏学会 (American Heart Association, AHA) 联合美国卒中学会 (American Stroke Association, ASA) 发布了首部《成人卒中康复指南》, 该指南明确强调记忆与认知评估在卒中康复中的重要性, 且I类推荐 (A级证据) 卒中患者应进行认知功能训练^[1]。为进一步提升临床中对PSCI的重视, 强化将认知障碍和卒中干预策略进行整合的理念, 更有效地指导医师对PSCI进行规范管理, 强调卒中患者的早期筛查评估, 规范诊治用药和及时转诊管理, 提高患者的生活质量和生存时间, 我们在已制定的《卒中后认知障碍管理专家共识》基础上, 进一步明确卒中患者门诊就诊管理规范^[2] (图1)。

1 卒中后认知障碍门诊管理流程

1.1 分诊

对于所有卒中门诊和神经内科门诊患者, 接诊医师需询问其是否进行过认知障碍筛查。

①针对首诊患者 (含既往未行PSCI筛查患者), 直接进行相关病史采集。②针对住院复诊卒中患者, 核查出院病历摘要, 包括卒中患者的完整医疗评价: 认知功能 (执行功能/注意力、记忆、语言能力、视空间能力)、视力、听力、肌力、感觉、平衡。如患者正在进行康复, 需核查其康复进展及目标、功能状态、照护需求 (盥洗、穿衣、进食、如厕等)、心理需求 (认知与情绪)、用药需求、心智能力、社会需求、后续追踪计划等。住院期间进行了PSCI筛查的患者则需要详细询问诊治经过: 包括历次就诊的时间、所做的相关检查 (包括影像学检查)、应用的治疗手段和效果及认知障碍的转归。住院期间未行PSCI筛查的患者则与首诊患者一致, 进行相关病史采集。

推荐意见:

所有卒中患者 (首发卒中/多次卒中) 门诊病历记录应在病史和体检过程中有认知功能评估内容, 及时识别PSCI高危人群: 即那些在采集病史 (患者或家属报告) 或临床检查过程中 (有经验的医师) 发现存在认知、感知或日常生活能力下降的卒中患者。

1.2 PSCI门诊注意事项

对于接诊卒中门诊患者的各级诊疗机构,

执笔作者单位

100070 北京
首都医科大学附属北京
天坛医院神经病学中心;
国家神经系统疾病临床
医学研究中心

通信作者

王拥军
yongjunwang111@
aliyun.com
施炯
jshi2000@yahoo.com

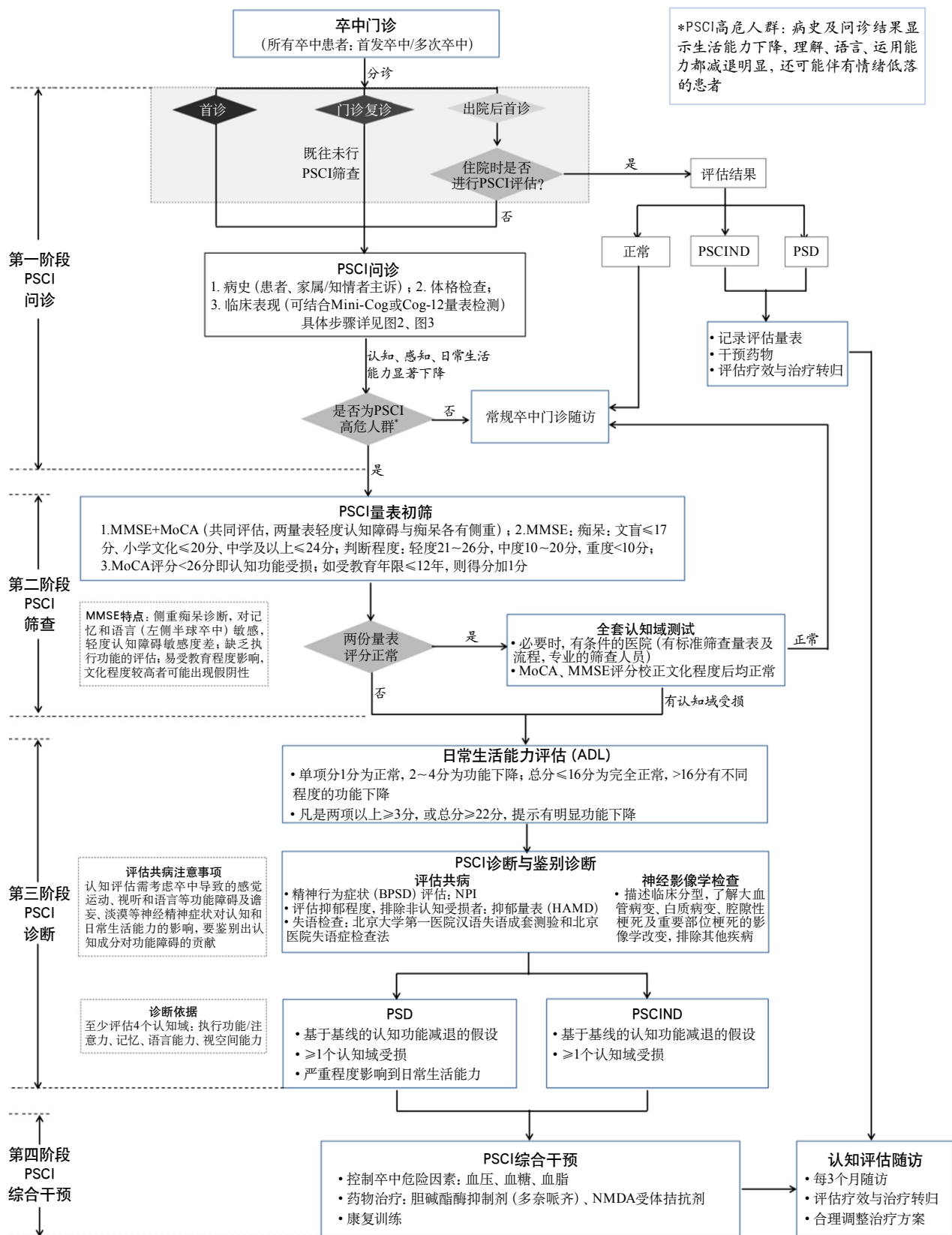


图1 PSCI门诊管理流程图

注: *PSCI 高危人群: 病史及问诊结果显示生活能力下降, 理解、语言、运用能力都减退明显, 还可能伴有情绪低落的患者 PSCI: 卒中后认知障碍; PSCIND: PSCI 非痴呆; PSD: 卒中后痴呆; Cog: 认知障碍初步评价表; Mini-Cog: 简易认知评估量表; MMSE: 简易精神状态检查量表; MoCA: 蒙特利尔认知评估量表; NPI: 神经精神症状问卷; NMDA: N-甲基-D-天冬氨酸

需根据具体情况配置能进行PSCI管理的相关人员和医疗设施。其中,二级医疗机构应常规配置PSCI筛查相关医疗设备;社区医院以卒中三级康复为主,多数患者躯体功能逐渐恢复,此时部分患者认知障碍逐渐突显,因此需要常规设置PSCI筛查的诊室并配备相关筛查量表,确诊PSCI后可让患者进一步转诊治疗。

评估时机:卒中事件发生后,卒中患者的认知功能可能有几种演变形式:①卒中后立即出现明显认知障碍;②卒中后即出现轻度认知障碍,后期有加重;③卒中前即有认知障碍,卒中后认知障碍加重;④卒中6个月后才开始出现认知障碍。因此,对卒中患者应尽早评估认知功能;卒中后每3个月进行认知评估定期随访^[3-5]。

评估人员:需取得国家神经系统疾病质控中心授权的量表专业培训资质证书。

评估共病:认知评估需考虑卒中导致的感觉、运动、视/听觉和语言等功能障碍,谵妄、淡漠等神经精神症状对认知和日常生活能力的影响,要鉴别出认知成分对功能障碍的贡献。

推荐意见:

所有卒中患者在门诊就诊时,应尽早评估其认知功能,并定期进行随访,评估患者的认知功能的变化,一旦确诊为PSCI,应早期进行干预。

2 第一阶段:卒中后认知障碍问诊

2.1 病史采集

PSCI筛查前需收集患者基本信息和PSCI危险因素,年龄和教育水平是PSCI的相关影响因素。高龄不仅是卒中发生的危险因素,亦是其他神经退行性疾病所导致的认知障碍,如阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD),的重要危险因素。卒中类型、病变部位、病灶特点及卒中次数等亦是PSCI的相关危险因素。其他如性别与种族、家族史/遗传因素、教育程度、高血压、高血脂、高血糖、生活方式(吸烟、饮酒、饮食结构、体力活动)等亦与PSCI显

著相关,问诊患者应常规完善“PSCI危险因素表”(表1)^[6-9]。

2.2 体格检查

体格检查包括一般查体和神经系统查体^[10]。一般查体同其他疾病,如生命体征、营养状态等。神经系统查体应包括意识、高级皮层功能初步检查(理解力、判断力、远近记忆力、计算力、定向力、语言等)、颅神经、运动系统(肌张力、肌力、不自主运动、共济运动、步态)、感觉系统(浅感觉、深感觉、复合感觉)、反射(深反射、病理反射)和脑膜刺激等,以及卒中后的局灶体征。

2.3 实验室检查

血常规、电解质、血糖、血脂、肝肾功能、甲状腺功能、甲状旁腺功能、叶酸、维生素B₁₂、Hcy等常规的检查。

基因检测:ApoE分型检测可以提示PSCI患者的预后,ApoE e4携带者的预后较差。ApoE分型检测还能用于卒中患者的危险分层,预测其发生PSCI的风险。同时,认知障碍疾病的药物基因组学已成为指导临床个体化用药、评估严重药物不良反应发生风险的重要工具。用药前进行药物基因组学检测可以指导临床医师针对特定患者选择合适的药物和给药剂量,提高药物治疗的有效性和安全性。由于ApoE基因处于基因组上的高GC区域,药物基因组学检测难度较大,相关检测应该在专业的、有资质的检测机构进行,以确保检测的准确性。

血液和尿液生化的标志物检查目前仍处于研究探索阶段,不作为PSCI临床诊断的常规检查。

表1 卒中后认知功能障碍危险因素

不可干预的因素	可干预的因素
年龄: _____岁	高血压
性别: 男() 女()	高血脂
民族/种族:	2型糖尿病、肥胖、代谢综合征
遗传因素:	心脏疾病: 心肌梗死、心功能衰竭、心房颤动
教育水平:	生活方式: 吸烟、饮酒、饮食结构、体力活动等

2.4 影像学检查

常规进行CT、MRI等结构影像学检查,有助于了解PSCI病情状况。诊断PSCI必需的MRI序列有3D-T₁WI、T₂WI、FLAIR和T₂-GRE序列。如没有3D-T₁WI,可行冠状位的T₁WI替代。心电图的检查则有利于对PSCI伴随心肺疾病的诊断和评估。此外,对于特定神经诱发电位的监测有利于提高对PSCI的早期识别^[11]。神经影像学检查的主要作用是描述而非诊断,了解大血管病变、脑白质病变、腔隙性梗死(额叶、基底节区)及重要部位梗死的影像学改变,注意排除其他疾病^[12]。

PSCI临床分型和影像学特征:PSCI的临床表现异质性高,不仅与卒中大小和部位相关,也受到患者的年龄、教育、遗传背景及并发AD等的影响,大致可以分为以下几种类型:①多发梗死型:皮质和皮质下多发大小不一的梗死灶,主要是由大-中等管径的动脉粥样硬化导致的血栓-栓塞或心源性栓塞造成,是PSCI最为经典的一种类型,以突然起病、波动或阶梯样病程、局灶神经功能缺失(运动、感觉、视觉缺损和皮质高级功能损害)为主,认知障碍常表现为斑片状(某一功能明显受累而另一功能相对保留);②关键部位梗死型:以重要功能脑区的单发或多发梗死为特点,如丘脑、额叶皮质、基底前脑、内侧颞叶和海马、尾状核和角回的梗死,临床表现与损伤的功能区有关,大小血管均可受累;③脑小动脉闭塞型(脑小血管病):卒中中以急性腔隙综合征为表现,有穿支动脉供血区域近期梗死神经影像证据,常伴有多发的陈旧性梗死灶和不同程度脑白质病变,认知表现以注意力和执行功能突出受损为特点;④脑出血:认知障碍与脑实质出血的部位和血肿大小相关,也与发病年龄有关。此外,脑小血管病变导致的多发微出血灶也可能与认知障碍相关;⑤混合型:以上几种血管病变的混合。此外,如果患者伴有AD等退行性病变,也可合并相应的影像学表现^[13]。

2.5 认知功能-问诊(1~3 min)

问诊是PSCI门诊流程的第一阶段,在询问(患者、家属或知情者)时主要分为看和听2个步骤。临床医师在与患者及其家属简单接触过程中,可大致辨别患者是否存在记忆力缺失、社会行为不当、注意力分散等,初步确认出高度疑似PSCI的患者,再采用临床常用的量表对患者进行第二阶段——PSCI筛查评估,将PSCI的筛查评估环节有机地结合到卒中门诊患者的常规检查流程中(图2)。

针对卒中门诊患者,由于许多PSCI患者存在症状不典型或交流障碍,故诊疗过程中的“察言观色”尤为重要。

(1)看:接诊时观察患者是否有家属或照护人员陪同,是否情绪不稳、淡漠或迟钝,是否能独立行动,是否注意力不集中、容易分神。若患者有明显的上述症状,临床医师应主动向家属或知情者询问患者情况。主要采用认知障碍初步评价表(cognitive-12, Cog-12)中的内容进行简短询问,患者是否出现某一项或几项症状,包括记忆力下降、重复同一种运动或动作、计算困难、不认方向、不知时间、地点、学习或使用日常工具困难、个性改变等^[14]。若家属或知情者对某一问题不能理解,临床医师需对其进行选择性简单举例解释,便于家属或知情者理解并合理作答(附录1)。

(2)听:如果患者基本正常,临床医师需让患者主诉症状,并观察其是否理解语义并执行。在患者主诉时需要辨别其是否有构音障碍或不同程度的失语;患者表达时语义是否混乱、表达不清。医师针对症状简单提问,如果存在上述症状,应考虑PSCI。如果患者主诉了认知功能受损,也应视为高度疑似PSCI。当患者无认知功能受损主诉,若有家属或知情者陪伴,临床医师也应采用Cog-12中的内容进行简短询问确认(图2)。

针对无认知功能受损主诉(家属或知情者在场确认或无陪伴的患者),此类卒中后人群

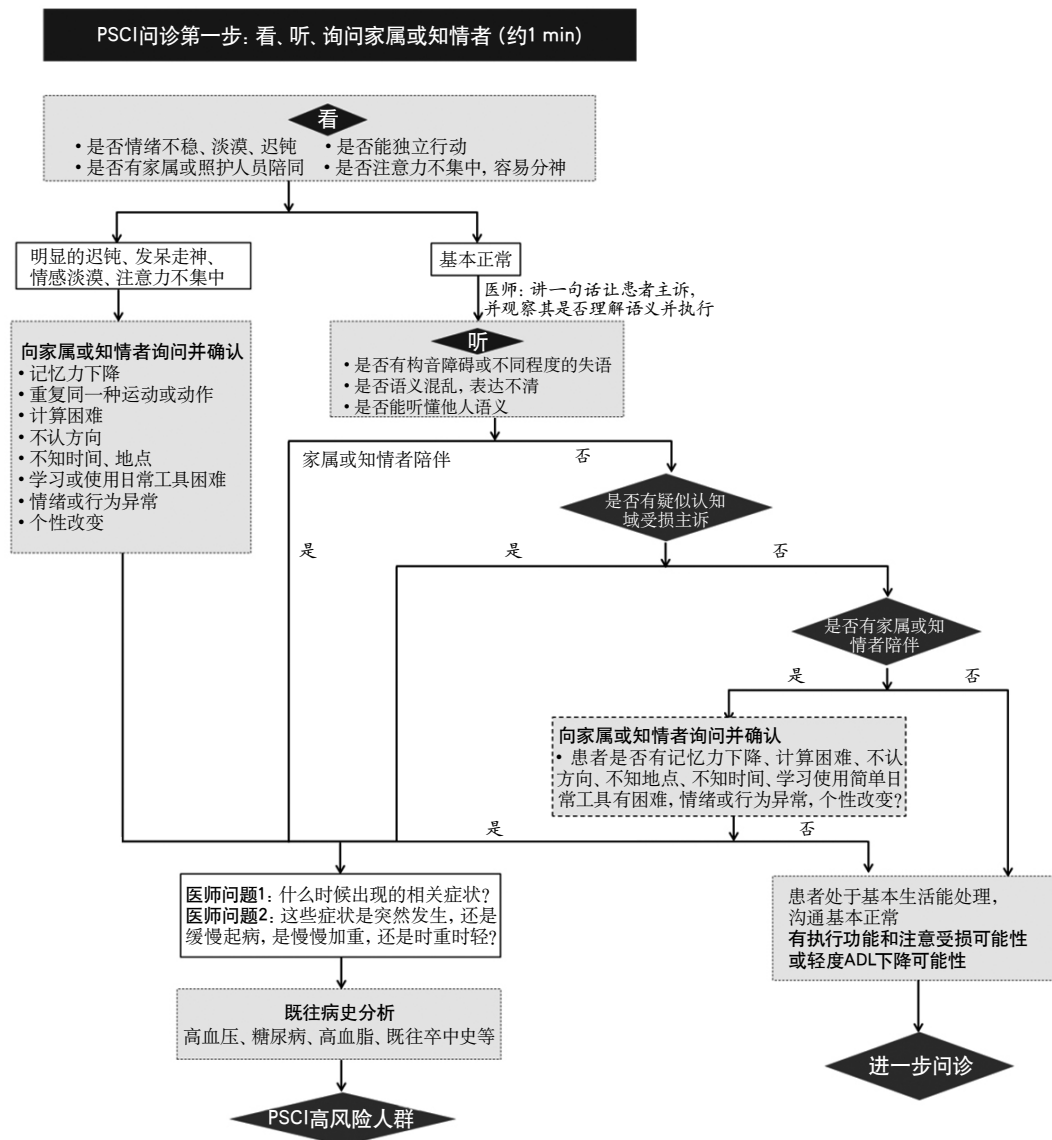


图2 PSCI问诊流程第一步

注：PSCI：卒中后认知障碍；ADL：日常生活能力

通常基本生活能自理，沟通也基本正常，主要是因为一些其他功能症状原因而就诊。这类人群中可能有部分是轻度PSCI患者，PSCI患者通常会存在一定程度的执行功能和注意力受损，因此，临床医师在针对其他主诉采取治疗决策之前，应对患者进行简易床旁测验，即进行第二步问诊。

执行功能与注意力受损会使患者不论是思维还是动作方面的敏锐性和灵敏度都会下降，临床研究显示，连线测验和符号数字替换测验能测试出执行功能障碍^[15]。由于问诊的局限性，

本操作流程采用词语流畅性检测，可以反映患者的灵活性和思维转换速度，再结合简单的延时记忆与定向测试，尽量在较短时间内筛查出部分潜在的PSCI高风险患者（图3）。

结合卒中病史，临床医师问诊时要注意询问认知受损的发病时间、起病形式与病情变化，并辨别出患者、家属或知情者主诉的症状本质是语言问题、视空间问题、执行功能/注意受损，还是记忆问题。问诊结束，对于高度疑似PSCI的患者，临床医师结合病史分析后，让患者进入第二阶段，使用量表进行PSCI筛查。

PSCI问诊第二步: 筛查潜在PSCI患者 (约2 min, 两组问题任选一组快速测试)

医师问题1:

现在我要说3样物品的名称, 在我讲完之后, 请你重复说一遍, 请记住这3样东西, 等下要再问你。“皮球、国旗、树木。” (以第一次答案记分) 皮球_国旗_树木_

医师问题2:

两组词的相似之处和不同之处, 香蕉和橘子有什么相同之处 (或火车与自行车等)?

医师问题3:

读出下列数字, 每当数字1出现时, 患者必须用手敲打一下桌面 (或拍一下手)
52139411806215194511141905112 (错误2次及以上有异常)

医师问题4:

现在请你告诉我, 刚才我要你记住的3样东西是什么? 皮球_国旗_树木_

医师问题1: (选择问2~3个)

时间 (日期、月份、年代、星期几)、地点 (医院、区、几楼)

医师问题2:

说3~5个数字让患者倒背, 或者倒背十二生肖 (倒背错误有异常)

医师问题3:

1 min内说尽可能多的动物的名字 (国家、省份等) (<11个有异常)

医师问题4:

现在请患者从100减去7, 然后从所得数再减去7, 如此一直计算下去, 把每一个答案都告诉医师, 直到医师说“停”为止 (错2个以上有异常)

图3 PSCI问诊流程第二步 (如果患者有至少2个问题答错, 应怀疑PSCI)

注: PSCI: 卒中后认知障碍

2.6 卒中后认知障碍问诊注意事项

(1) 记忆障碍、失语等原因难以提供可靠的病史、临床症状及相关疾病的治疗情况, 同时因患者自身出现的精神行为异常, 使得患者不能配合查体, 致使诊断困难。此时, 仔细询问患者家属及照料者, 以及凭借客观的辅助检查成为病史采集和后续诊疗的重点。

(2) 如果患者本人有认知功能损害, 往往对自己的临床症状缺乏自知力, 因此病史采集时需要有家属或照料者等对其病情了解的人员在场, 并得到其确认。

推荐意见:

卒中患者门诊就诊时, 应常规对其认

知功能进行快速评估, 建议采用Cog-12量表。如条件允许, 也可采用简易认知评估量表 (Mini-Cog) 检测, 或将记忆障碍自评量表 (Alzheimer's disease-8, AD8) 发给患者或病情知情者进行自评 (附录2)^[16-17]。

3 第二阶段: 卒中后认知障碍的筛查

3.1 卒中后认知障碍的筛查原则

针对常规卒中门诊患者, 在病史和体检过程中关注相应的认知相关主诉, 病史采集 (患者或家属报告) 或临床检查过程中 (有经验的神经科医师) 发现存在显著的认知、感知或日常生活能力下降的卒中患者。病史及问诊结果, 生活能力下降, 理解、语言、运用能力都减退明显, 还可能伴有情绪低落, 初步诊断疑似为PSCI的高危人群则需进一步行标准化的PSCI筛查和评估。

3.2 卒中后认知障碍量表初筛

针对卒中门诊患者, PSCI进一步筛查, 需常规对其认知功能进行快速评估, 建议使用蒙特利尔认知评估量表 (Montreal cognitive assessment scale, MoCA), 若条件允许, 可采用简易精神状态检查量表 (mini-mental state examination, MMSE) 联合MoCA或类似的筛查量表组合进行筛查^[18-20]。MoCA已被证实对PSCI有较好的敏感度和可信度, 优于MMSE量表。对识别轻度认知障碍 (mild cognitive impairment, MCI) 及痴呆的敏感性和特异性较高, 缺点是对文盲与低教育老人的适用性较差。

医疗机构需制订标准的MMSE和MoCA量表中文版使用与评分指导手册, 专业筛查人员按标准流程筛查, 测试环境应安静, 避免受试者被打扰。MMSE量表推荐使用Robert Katzman和张明园教授的修订版^[21]。MoCA目前有6个不同的中文版本, 通常使用的是普通话版, 使用时请注明版本, 避免复诊时评估版本不一致不能合理地反映病情变化。

3.3 全套认知量表测试

筛查结果正常者,条件允许的医疗机构可针对不同的认知领域选择标准化测验进行全套认知量表测试。由于PSCI患者的抽象思维、概念的形成和转换、精神灵活性、信息处理速度、对干扰的抑制等执行功能损害突出,而记忆能力相对保留。需要进行注意/执行功能检测,可采用美国国立神经疾病和卒中研究院(National Institute of Neurological Disorders and Stroke, NINDS)/加拿大卒中网络(Canadian stroke network, CSN)关于血管性认识障碍(vascular cognitive impairment, VCI)标准化神经心理测验建议(1 h版),此项筛查由于耗时较长,且由于文化差异,国内并无音韵流畅性测验对应版本,反应时测验也罕有使用,删除这两个分测验,该套测验组合约40 min可以完成。全认知域评估相关医疗机构应使用规范流程,且卒中门诊机构设有相应的筛查室。具体量表筛查请参考《卒中后认知障碍管理专家共识》^[2]。

4 第三阶段:卒中后认知障碍的诊断

4.1 日常生活能力评估

日常生活能力量表(activity of daily living, ADL)共有14项,包括两部分内容:一是躯体生活自理量表,共6项:如厕、进食、穿衣、梳洗、行走和洗澡;二是工具性日常生活能力量表,共8项:打电话、购物、备餐、做家务、洗衣、使用交通工具、服药和自理经济。每项4分,满分56分,低于16分,为完全正常,大于16分则提示有不同程度的功能下降^[22]。张明园教授修订ADL中文版针对患者的躯体功能和使用工具能力,可用于评定PSCI患者的日常生活能力^[23]。

PSCI患者常伴有肢体活动障碍,应根据认知功能对ADL进行评定,日常活动能力减退的领域和程度直接决定患者需要的照料措施和数量,能够帮助制定合适的护理目标和策略,而且能帮助医师判断患者是否需要专人照料或

者入住专业护理机构。

推荐意见:

应当对所有疑似PSCI患者进行日常生活能力的评定,临床医师应当会晤患者本人和知情者,使用标准量表综合评价患者日常生活能力,同时为患者制订相应的护理目标和康复策略,并于3个月后复查,以了解病情的进展及评价干预效果。

4.2 精神行为症状评估

神经精神症状问卷(neuropsychiatric inventory, NPI)是评估患者行为障碍的知情者问卷。对痴呆患者常见的10种异常行为的严重程度和频率进行评估。NPI包括10个项目,每个项目的得分按发生频率×严重度计算。结合NPI量表,根据要素分析,可将这些症状大致分为4个症状群:①情感症状,包括抑郁、焦虑、易怒等;②精神病性症状,包括淡漠、幻觉、妄想等;③脱抑制症状,包括欣快、脱抑制等;④活动过度症状,包括易激惹、激越、行为异常、攻击性等^[24-25]。

临床医师需注意询问生活细节的变化非常重要,问诊中避免家属对精神行为羞于启齿,避免遗漏。对于PSCI患者,激惹、无目的重复行为、冲动是照料者最多面对的问题,问诊的同时要注意对照料者的正面诱导、指导。

推荐意见:

对所有PSCI的患者都要进行精神行为症状(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)的评估。要分别向患者本人及照料者询问相关的精神行为症状。注意全面评估,区分伴随的躯体疾病导致的BPSD。

4.3 语言评估

患者在主诉时表现出语言障碍,可以进一步通过北京大学第一医院汉语失语成套测验(aphasia battery of Chinese, ABC)和北京医院汉语失语症检查法(Chinese aphasia examination scale)进行综合评价,医师可根

据表现确定具体的失语类型^[25]。

4.4 卒中后认知障碍鉴别诊断量表

汉密顿抑郁量表 (Hamilton depression scale, HAMD) 是临床上评定抑郁状态时应用的最为普遍的量表。HAMD 17项划界分为重度24分、中度17分和轻度7分。不适用于评价中重度痴呆患者的抑郁症, 门诊主要用于排除抑郁患者。

5 卒中后认知障碍的诊断

5.1 卒中后痴呆的诊断

痴呆的诊断必须建立在基于基线的认知功能减退, ≥ 1 个认知域受损, 严重程度影响到日常生活能力。痴呆诊断必须依据认知测验, 至少评估4项认知域: 执行功能/注意力、记忆、语言能力和视空间能力。日常生活能力受损应独立于继发血管事件的运动/感觉功能缺损。

5.2 卒中后认知障碍非痴呆的诊断

PSCIND的分类必须依据认知测验, 至少应评估4个认知域: 执行功能/注意力、记忆、语言能力和视空间能力。诊断必须依据基于基线的认知功能减退的假设和至少1个认知域受损。工具性日常生活能力可正常或轻度受损, 但应独立于运动/感觉症状。

6 卒中后认知障碍的综合干预

对于PSCI提倡及早筛查发现、及时综合干预的原则。综合干预包括了对已知危险因素的综合干预和预防、药物治疗和康复治疗。由于PSCI目前尚缺少针对性大型研究, 故药物干预参考了血管性痴呆 (vascular dementia, VaD)、VCI和AD相关的研究和证据, 参照中国卒中学会《卒中后认知障碍管理专家共识》中的推荐^[2]。

6.1 卒中后认知障碍危险因素管理

控制卒中的危险因素, 减少卒中的发生发展, 做好卒中的二级预防, 是PSCI预防的根本方式。

推荐意见:

高血压是认知功能损害的独立危险因素, 积极控制高血压可降低认知功能下降风险, 建议高血压患者进行积极的血压控制 (I类推荐, A级证据); 积极控制高血糖对于预防PSCI可能是合理的 (IIa类推荐, B级证据); 积极控制高脂血症对于预防PSCI可能有益 (IIb类推荐, C级证据)。

6.2 卒中后认知障碍的药物治疗

相对于AD, PSCI缺乏各国指南一致推荐的治疗药物。应加快胆碱酯酶抑制剂 (多奈哌齐、加兰他敏、卡巴拉汀等) 和兴奋性氨基酸受体拮抗剂 (美金刚) 对PSCI治疗的真实世界研究, 促进我国PSCI管理的真实世界证据产生。目前, 针对PSCI临床常用药物的使用方法见附表1^[26]。

推荐意见:

胆碱酯酶抑制剂多奈哌齐、加兰他敏可用于PSCI的治疗, 改善患者的认知功能和日常生活能力 (I类推荐, A级证据); 美金刚的安全性和耐受性好, 但对认知及总体改善不显著 (IIa类推荐, B级证据); 卡巴拉汀作用尚需进一步证实 (IIb类推荐, B级证据)。

尼麦角林、尼莫地平、丁苯酞对改善PSCI可能有效 (IIb类推荐, B级证据)。双氢麦角毒碱、胞磷胆碱、脑活素及某些中成药对于PSCI的疗效不确切, 有待进一步研究 (III类推荐, C级证据)。

6.3 卒中后认知障碍精神行为症状治疗

PSCI亦可以出现精神行为症状, 如抑郁、焦虑、妄想、幻觉、睡眠倒错、激越、冲动攻击行为等。早期症状多轻微, 首选非药物治疗。目前针对PSCI抗精神病性药物的使用规范和指导见附表2^[27]。

推荐意见:

治疗轻微精神行为症状应首选非药物治疗方式 (IIb类推荐, B级证据); 抑郁推荐选

择性5-羟色胺再摄取抑制剂(Ⅱb类推荐, C级证据);抗精神病药物首选非典型抗精神病药物,需充分考虑患者的临床获益和潜在风险(Ⅱb类推荐, C级证据)。

6.4 卒中后认知障碍的康复训练

卒中康复的根本目的是最大限度地减轻障碍和改善功能,预防并发症,提高ADL,最终使患者回归家庭、融入社会。卒中康复管理团队需要以神经内科医师或神经康复医师为治疗组组长,由肢体康复治疗师、语言治疗师、康复护士等成员参加,共同完成卒中后康复任务。卒中后患者出现的认知障碍、情绪障碍、视觉障碍、吞咽障碍、沟通障碍、运动功能障碍、疼痛、日常生活功能障碍等都需要进行康复治疗,认知康复是其中的一个重要环节^[28]。

推荐意见:

PSCI患者管理康复训练应个体化制订,设定分阶段目标,尽可能促进生活自理、社会工作能力恢复(如自我照料、家庭和经济管理、休闲、驾车及重归工作岗位等)(Ⅱa类推荐, C级证据)。

7 卒中后认知障碍门诊的医院管理与资源配置建议

对于卒中门诊或出院随访患者,初级的社区医院需要做到PSCI的早期发现与筛查,开展健康教育讲座及社区科普活动。对于二级医院,则需要配置PSCI的诊断和治疗、患者及家属教育等相关医护人员和相应的诊疗设施;三级医院应根据医院科室情况,不同科室(神经科、精神科、老年科和康复科)可联合构建PSCI门诊,为卒中患者提供认知功能综合管理,并定期为初级医院的医护人员举行培训与教育讲座,包括PSCI危险因素的防控指导、认知功能评估、实施认知康复训练及随访管理等^[29]。

各级医院人员配置及职责:①社区医院需设置PSCI筛查诊室,配置不少于1位经过

认知障碍系统培训的医师。社区医院为卒中患者提供常规卒中康复治疗,同时进行PSCI筛查。对筛查出的PSCI患者,医师需进行相应危险因素的管理和健康教育,并应建议其到配置有PSCI相应康复设施及人员的医院进行针对性治疗和康复管理。诊室应常规配备心理评估所需的量表、健康教育手册,包括卒中后患者认知康复手册、卒中患者健康教育指导手册等。医师需常规进行患者科普教育,提高卒中患者对PSCI的认识与重视程度。②二级医院的神经科或康复科应做到PSCI的确诊与规范化治疗,也可多科室联合进行PSCI的康复工作。医院应配置PSCI的相关诊疗设备和诊疗团队,应配置相应专科医师和专科护士。相关专科医师负责卒中后患者的诊疗工作,包括神经心理评估及分级、认知干预方案的制订及实施、随访的实施,并与护理人员对患者进行康复管理等。③三级医院可根据科室配置情况,建立PSCI门诊试点,由精神卫生专科医师/护士团队对患者进行综合管理,制订与实施个体化认知干预方案,指导二级医院诊疗工作,定期培训社区医师等。综合管理工作包括患者认知管理档案的建立、患者基本信息、卒中相关合并症、药物干预情况、既往疾病情况、认知能力评分、日常生活活动能力评分、心理状态(焦虑、抑郁)评分。管理团队针对患者的具体情况,对不同程度认知障碍的患者采取对应的干预措施,之后由护理团队共同为患者提供个体化护理及健康教育。

8 结语

PSCI应当纳入卒中后综合全面管理体系,对门诊患者进行认知功能评估,有助于早期卒中后综合管理质量的持续提升。同时,卒中门诊应开展患者培训,提高患者的自检,提醒患者定期随访和康复治疗的依从性。

附录1 Cog-12量表

Cog-12量表是在AD8量表基础上,增加对语言、性格、精神行为症状子项内容,并通过0~4级半定量评分,更敏感地识别PSCI患者的认知损害。

说明:这是对老年人常见症状的客观情况反映,需要您认真读题,尽可能如实反映老年人在下述问题上的表现,选择适合的“0~4”分级评分。

0 - 明显没有 1 - 可以的或者轻微的 2 - 明显有,但不影响日常生活能力
3 - 轻度影响日常生活能力 4 - 显著影响日常生活能力

项目	评分
1、判断力出现问题(例如:做决定存在困难,错误的财务决定,思考障碍等)	0 1 2 3 4
2、兴趣减退,爱好改变,活动减少	0 1 2 3 4
3、不断重复同一件事(例如:总是问相同的问题,重复讲同一个故事或者同一句话等)	0 1 2 3 4
4、学习使用某些简单的日常工具或家用电器、器械有困难(例如:VCD、电脑、遥控器、微波炉等)	0 1 2 3 4
5、记不清当前月份或年份等	0 1 2 3 4
6、处理复杂的个人经济事务有困难(例如:忘了如何对账、忘了如何交付水、电、煤气账单等)	0 1 2 3 4
7、记不住和别人的约定	0 1 2 3 4
8、日常记忆和思考能力出现问题	0 1 2 3 4
9、情绪不稳定/性格改变(例如:情绪高涨/低落;容易焦虑;孤僻,对人冷漠,对事物的兴趣降低;整天疑神疑鬼,对他人怀有敌意,无故发脾气或者紧张恐惧,莫名的恐惧/担心)	0 1 2 3 4
10、行为异常/生活习惯改变(例如:注重细节→不讲卫生甚至当众解衣,大小便;对异性表现不当的举止等)	0 1 2 3 4
11、幻觉(例如:看到不存在的东西,自发的听/闻/感觉的异常)	0 1 2 3 4
12、言语表达/交流出现问题(例如:老是卡壳,突然想不出要如何表达;理解别人的话、交流有问题,答非所问;无法正确说出东西的名字,甚至沉默寡言)	0 1 2 3 4

每题分为没有,轻微;明显有,但不影响日常生活能力;轻度影响日常生活能力;显著影响日常生活能力5个等级,通过询问知情者是否有相应的改变判断得分,采用0~4分的5级评分法。量表总分为12个条目的评分总和,总分为0~48分。

针对家属或知情者关于Cog-12量表问题的解释建议

①记忆力下降:早上吃的什么可能中午就不记得了,越是刚做过的事儿越是不记得了;话到嘴边就忘了;呈斑片状减退,某些事情毫无记忆,某些可完全回忆。一段时间内可有较大波动,近期记忆力下降更为明显。

②重复同一种运动或动作:行为刻板,容易分神,有病态的持续性言语,问下一个问题还在重复回答上一个问题;进行功能性活动时不断地重复同一种运动或动作,例如,洗脸时反复洗同一个部位;不论是思维方面还是动作方面,其敏锐性和灵活性都变得很差。很多事不能自己做决定,容易受外界干扰。

③计算困难:可能100以内的加减法都无法正确说出答案,购物买菜老犯糊涂,算账出错。

④不认方向:是否担心他迷路,出门后找不着回家的路。

⑤不知时间、地点:不知道目前是哪年、哪月,不知道家在哪,如果出现人物定向障碍,则不认识曾经熟悉的亲朋好友。

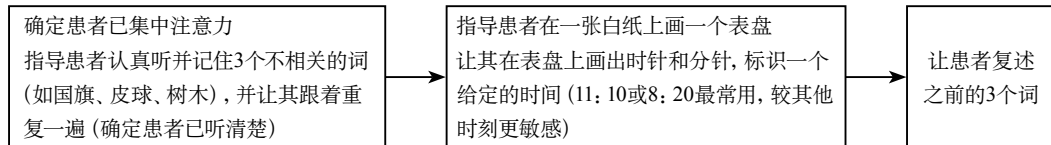
⑥学习或使用日常工具困难:日常做饭困难,不知如何使用家电(微波炉)、遥控器等,不能按时正确服药。

⑦情绪或行为异常:脾气暴躁、无故打骂家人,难以控制冲动,有幻觉或妄想;行为举止变得粗鲁,不注意餐桌礼仪,不注意个人卫生或行为不雅。

附录2 其他简短的认知筛查量表及总体实施指导

1 Mini-Cog量表

Mini-Cog量表包括2个简单的认知测试,由画钟试验(clock drawing task, CDT)和对3个词记忆-回忆组成,极其简短,满分5分,≤3分认为有认知功能受损,不受教育程度的影响。



Mini-Cog量表总体实施指导:

完成CDT检测后,每回忆起一个词得1分(0~3分);钟表盘标注正确得2分,有一处不正确得0分(正确标准:所有数字按顺序及位置标注正确,且指针位置能显示所指定的时间)。

将名词回忆和CDT检测的总分相加即为Mini-Cog分数。0~2分痴呆筛查阳性,需进行进一步的评估;3~5分痴呆筛查阴性。

2 AD8量表

AD8量表是一项询问知情者的认知损害筛查工具,由华盛顿大学编制,共8项条目,用于评估患者认知情况的改变,源于临床痴呆量表(clinical dementia rating, CDR)。对于有知情者陪伴的患者,可将量表发给知情者评估。如果没有合适的知情者,也可以由患者自己回答(或念给受试者听),AD8量表中的问题也可以张贴在布告栏中用于自检。

第一栏中的“是”表示在过去的几年中在认知能力方面(记忆或者思考出现问题)	是 有改变	无 无变化	不知道
1、判断能力出现问题(例如:做决定存在困难,错误的财务决定,思考障碍等)			
2、兴趣减退,爱好改变,活动减少			
3、不断重复同一件事(例如:总是问相同的问题,重复讲同一个故事或者同一句话等)			
4、学习使用某些简单的日常工具或家用电器、器械有困难(例如:VCD、电脑、遥控器、微波炉等)			
5、记不清当前月份或年份等			
6、处理复杂个人经济事务有困难(例如:忘了如何对账、交水、电、煤气账单等)			
7、记不住和别人的约定			
8、日常记忆和思考能力出现问题			
总分			

AD8量表总体实施指导:

①对所有回答的自发的更正都是允许的,且不记录为错误;②AD8量表中的问题可以张贴在布告栏中用于自检,也可以由他人高声地读给受试者听,也可以在电话里询问受试者。如果可能,AD8量表最好由了解受试者的知情者来回答。如果没有合适的知情者,也可以由患者自己回答;③当知情者回答时,需要特别向他/她说明的是评价受试者的变化;④当受试者回答问卷时,需要特别向他/她说明的是评价选项相关的自身能力的改变,不需要考虑病因;如果是念给受试者听,医护人员需要仔细地、逐字逐句地朗读,并强调变化是基于认知障碍(而非躯体障碍),在每单项间需要停顿1 s以上,对变化发生的时间范围没有要求。

最终的分数是回答“是,有变化”的项目总数,≥2项提示存在认知障碍,需要进一步就诊。

3 胆碱酯酶抑制剂及美金刚的用法用量与注意事项

药品名称	用法用量	注意事项
多奈哌齐	起始剂量5 mg, 1次/日, 服用4周后可增至10 mg, 1次/日, 晚上睡前服用。如患者有失眠等睡眠障碍, 也可改为早餐前服用	倘若治疗中出现不良反应(如恶心、呕吐、腹痛或食欲减退等)或体重下降, 应将每日剂量减至患者能够耐受的剂量为止
加兰他敏	起始剂量为5 mg, 2次/日, 1周后可改为1次10 mg, 2次/日, 餐后服用	
卡巴拉汀	起始剂量为1.5 mg, 2次/日; 如患者服用至少4周以后对此剂量耐受良好, 可将剂量增至3 mg, 2次/日; 服用至少4周以后对此剂量耐受良好, 可逐渐增加剂量至4.5 mg, 以至6 mg, 2次/日	
美金刚	起始剂量5 mg, 1次/日, 晨服; 第2周增加至每次5 mg, 2次/日; 第3周早10 mg, 下午服5 mg; 第4周开始服用推荐的维持剂量, 每次10 mg, 2次/日。可空腹服用, 也可随食物同服	用药期间偶有幻觉、意识混沌、头晕、头痛和疲倦, 以及焦虑、肌张力增高、呕吐, 若患者不耐受可减至耐受剂量

4 精神行为症状治疗药物

改善认知的药物可作为治疗BPSD患者的基础用药。如果BPSD症状使患者痛苦或出现激越、冲动、攻击行为等, 或是抑郁焦虑导致严重影响患者的生活质量, 且心理社会干预无效的情况下, 可采用相应药物进行治疗。

药品名称	用法用量	注意事项
抗精神病药	非典型抗精神病药物: 利培酮、奥氮平、喹硫平, 如果患者同时有精神病性症状和睡眠障碍, 一般在睡前给予抗精神病药物, 如无禁忌证, 可选镇静作用相对较强的抗精神病药物, 如奥氮平、喹硫平等	SSRIs类药较为安全, 副反应较小, 主要有恶心、呕吐、腹泻、激越、失眠、静坐不能、震颤、性功能障碍和体重减轻等。各种SSRIs引起的上述不良反应的严重程度和频率可有不同
抗抑郁药	选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs): SSRIs的有效治疗剂量分别为: 氟西汀20 mg/d, 帕罗西汀10~20 mg/d, 舍曲林25~50 mg/d, 氟伏沙明25~50 mg/d, 西酞普兰10~20 mg/d。少数疗效欠佳者, 剂量可适当增加。抑郁和睡眠障碍并存的患者也可选用三唑酮、米氮平等	
抗焦虑药与镇静催眠药	如患者只有睡眠障碍或焦虑激越症状, 可采用苯二氮䓬类药物治疗。半衰期短的药物记忆障碍、撤药综合征较多, 半衰期长的药物嗜睡、运动损害较重	苯二氮䓬类药的常见不良反应有嗜睡、头晕、共济失调、记忆障碍、呼吸抑制、耐药、成瘾、撤药综合征等

专家委员会成员(按姓氏拼音排序):

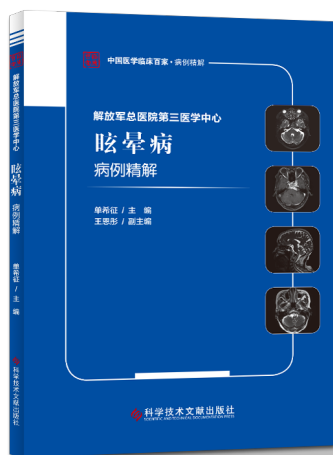
陈晓春 福建医科大学附属协和医院
董 强 复旦大学附属华山医院
郭 力 河北医科大学第二医院
郭起浩 复旦大学附属华山医院
贾建军 中国人民解放军总医院
李子孝 首都医科大学附属北京天坛医院
屈秋民 西安交通大学第一附属医院
施 炯 首都医科大学附属北京天坛医院
汪 凯 安徽医科大学第一附属医院
王伊龙 首都医科大学附属北京天坛医院
王荫华 北京大学第一医院
王拥军 首都医科大学附属北京天坛医院
武 剑 北京清华长庚医院
武力勇 首都医科大学宣武医院
徐 俊 首都医科大学附属北京天坛医院
赵性泉 首都医科大学附属北京天坛医院

参考文献

- [1] WINSTEIN C J, STEIN J, ARENA R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J/OL]. *Stroke*, 2016, 47 (6) : e98-e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.
- [2] 中国卒中学会, 卒中后认知障碍管理专家委员会. 卒中后认知障碍管理专家共识[J]. *中国卒中杂志*, 2017, 12 (6) : 519-531.
- [3] SUN J H, TAN L, YU J T. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management[J]. *Ann Transl Med*, 2014, 2 (8) : 80.
- [4] YU K H, CHO S J, OH M S, et al. Cognitive impairment evaluated with Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards in a multicenter prospective stroke cohort in Korea[J]. *Stroke*, 2013, 44 (3) : 786-788.
- [5] KENNEDY R E, WADLEY V G, MCCLURE L A, et al. Performance of the NINDS-CSN 5-minute protocol in a national population-based sample[J]. *J Int Neuropsychol Soc*, 2014, 20 (8) : 856-867.
- [6] PENDLEBURY S T, ROTHWELL P M. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Lancet Neurol*, 2009, 8 (11) : 1006-1018.
- [7] AL-QAZAZ N K, ALI S H, AHMAD S A, et al. Cognitive impairment and memory dysfunction after a stroke diagnosis: a post-stroke memory assessment[J/OL]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2014, 10: 1677-1691. <https://doi.org/10.2147/NDT.S67184>.
- [8] SESHADRI S, BEISER A, KELLY-HAYES M, et al. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study[J]. *Stroke*, 2006, 37 (2) : 345-350.
- [9] ROMAN G C. Vascular dementia prevention: a risk factor analysis[J/OL]. *Cerebrovasc Dis*, 2005, 20 Suppl 2: 91-100. <https://doi.org/10.1159/000089361>.
- [10] 贾建平. 中国痴呆与认知障碍诊治指南(修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 35-125.
- [11] NOLFE G, COBIANCHI A, MOSSUTO-AGATIELLO L, et al. The role of P300 in the recovery of post-stroke global aphasia[J]. *Eur J Neurol*, 2006, 13 (4) : 377-384.
- [12] TENG Z, DONG Y, ZHANG D, et al. Cerebral small vessel disease and post-stroke cognitive impairment[J]. *Int J Neurosci*, 2017, 127 (9) : 824-830.
- [13] RODRIGUEZ G P, RODRIGUEZ G D. Diagnosis of vascular cognitive impairment and its main categories[J]. *Neurologia*, 2015, 30 (4) : 223-239.
- [14] 梅刚, 陆蓉, 徐俊, 等. 认知障碍初步评价表在中重度阿尔茨海默病中的初步应用[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2014, 34 (5) : 637-640.
- [15] O'SULLIVAN M, MORRIS R G, MARKUS H S. Brief cognitive assessment for patients with cerebral small vessel disease[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005, 76 (8) : 1140-1145.
- [16] MCCARTEN J R, ANDERSON P, KUSKOWSKI M A, et al. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: acceptability and results using different versions of the Mini-Cog[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2011, 59 (2) : 309-313.
- [17] 李涛, 王华丽, 杨渊韩, 等. 中文版《AD8》信度与效度的初步研究[J]. *中华内科杂志*, 2012, 51 (10) : 777-780.
- [18] NASREDDINE Z S, PHILLIPS N A, BEDIRIAN V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53 (4) : 695-699.
- [19] SALVADORI E, PASI M, POGGESI A, et al. Predictive value of MoCA in the acute phase of stroke on the diagnosis of mid-term cognitive impairment[J]. *J Neurol*, 2013, 260 (9) : 2220-2227.
- [20] CHEN K L, XU Y, CHU A Q, et al. Validation of the Chinese Version of Montreal Cognitive

- Assessment Basic for Screening Mild Cognitive Impairment[J/OL]. J Am Geriatr Soc, 2016, 64 (12) : e285-e290. <https://doi.org/10.1111/jgs.14530>.
- [21] KATZMAN R, ZHANG M Y, OUANG-YA-Qu, et al. A Chinese version of the Mini-Mental State Examination; impact of illiteracy in a Shanghai dementia survey[J]. J Clin Epidemiol, 1988, 41 (10) : 971-978.
- [22] LAWTON M P, BRODY E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living[J]. Gerontologist, 1969, 9 (3) : 179-186.
- [23] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 166-168.
- [24] CUMMINGS J L, MEGA M, GRAY K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia[J]. Neurology, 1994, 44 (12) : 2308-2314.
- [25] 郭起浩. 神经心理评估[M]. 上海: 上海科技出版社, 2013: 208-219.
- [26] 贾建平, 王荫华, 魏翠柏, 等. 中国痴呆与认知障碍诊治指南(五): 痴呆治疗[J]. 中华医学杂志, 2011, 91 (14) : 940-945.
- [27] 中华医学会精神医学分会老年精神医学组. 神经认知障碍精神行为症状群临床诊疗专家共识[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50 (5) : 335-339.
- [28] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50 (6) : 405-412.
- [29] 樊萍, 李慧娟, 李莉莉, 等. 脑卒中后认知障碍护理门诊的建立及实践[J]. 中华护理杂志, 2018, 53 (11) : 1352-1355.

(收稿日期: 2019-06-10)



新书推荐

书名: 解放军总医院第三医学中心眩晕病病例精解

作者: 主编/单希征; 副主编/王思彤

开本: 1/16开 (787 mm×1092 mm)

页数: 158

装帧: 平装

出版时间: 2019.9

书号 (ISBN) : 978-7-5189-6089-7

定价: 86.00元

购书二维码



本书由解放军总医院第三医学中心眩晕病研究所所长单希征组织业内权威专家编写, 该书共收录了35个眩晕病病例, 系临床较为少见的、疑难的、有特点的眩晕病病例, 这些病例又归纳为外周性眩晕疾病、中枢性眩晕疾病和其他性眩晕疾病三类。以病例的形式呈现, 有助于相关医务工作者深入认识眩晕病, 提高对眩晕病的诊疗水平。

单希征, 主任医师, 教授, 博士研究生导师。毕业于中国人民解放军空军军医大学(原第四军医大学)。现任解放军总医院第三医学中心(原武警总医院)耳鼻咽喉头颈外科主任、眩晕病研究所所长、中国研究型医院学会眩晕医学专业委员会主任委员、北京医学会眩晕医学分会主任委员、中国医疗器械行业协会耳鼻咽喉科分会主任委员等。

