

引用:申少珍,张家成,杨芃,刘言祥,常静玲.急性缺血性脑卒中伴轻度认知障碍中医证素与MoCA量表评分的相关性分析[J].中医导报,2026,32(3):94-97,105.

急性缺血性脑卒中伴轻度认知障碍 中医证素与MoCA量表评分的相关性分析*

申少珍,张家成,杨芃,刘言祥,常静玲
(北京中医药大学东直门医院,北京 101100)

[摘要] 目的:探讨急性缺血性脑卒中(AIS)合并轻度认知障碍(MCI)患者的中医证候要素与蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分的相关性。方法:选取2024年1月至2025年3月在北京中医药大学东直门医院住院接受诊治的117例AIS合并MCI的患者为研究对象。对所有入组患者开展中医证候要素的调查,详细记录其一般临床资料,并运用MoCA量表对患者的认知功能状况进行评估,进而分析中医证候要素与各认知维度之间的关联性。结果:纳入117例患者,年龄(65.24±8.23)岁,中医证候要素以血瘀(50.43%)、痰湿(43.60%)、气虚(38.46%)最为常见,且3种及以上证素组合占比(41.88%)高于2种组合(27.35%)。认知功能分析显示:阴虚证患者在画钟试验、记忆力及MoCA总分上均低于非阴虚证($P<0.05$);气虚证在注意力及语言命名测试评分上低于非气虚证($P<0.05$);痰湿证在视空间与执行能力及复制立方体评分上低于非痰湿证($P<0.05$);风证在语言命名及定向力评分上高于非风证($P<0.05$)。相关分析表明,痰湿证视空间下降、阴虚证记忆下降、气虚证注意力下降与受教育年限偏低相关($P<0.05$);阴虚证记忆及MoCA总分下降与年龄偏高及HAMD评分呈负相关($P<0.05$)。结论:AIS伴MCI患者的中医证素以血瘀、痰湿、气虚为主,且多为复合证型。不同证素对应的认知损害具有偏向性,临床可据此实施个性化认知干预,但仍需扩大样本进一步探究。

[关键词] 急性缺血性脑卒中;轻度认知障碍;中医证素;蒙特利尔认知评估量表;相关性

[中图分类号] R255.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2026)03-0094-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.03.016

Correlation Analysis Between TCM Syndrome Elements and MoCA Scale Scores in Acute Ischemic Stroke Patients with Mild Cognitive Impairment

SHEN Shaozhen, ZHANG Jiacheng, YANG Peng, LIU Yanxiang, CHANG Jingling
(Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101100, China)

[Abstract] Objective: To explore the correlation between TCM syndrome elements and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scale scores in patients with acute ischemic stroke (AIS) complicated by mild cognitive impairment (MCI). Methods: A total of 117 AIS patients with MCI admitted to Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, from January 2024 to March 2025 were enrolled. TCM syndrome elements were differentiated, general clinical data were recorded, and cognitive function was assessed using the MoCA scale. The correlation between TCM syndrome elements and various cognitive domains was then analyzed. Results: Among the 117 patients, the average age was (65.24±8.23) years. The most common TCM syndrome elements were blood stasis (50.43%), phlegm-dampness (43.60%), and qi deficiency (38.46%). Combinations of three or more syndrome elements (41.88%) were more frequent than combinations of two elements (27.35%). Cognitive function analysis showed: Patients with yin deficiency syndrome had lower scores in the clock drawing test, memory, and total MoCA score compared to those without yin deficiency ($P<0.05$); patients with qi deficiency syndrome had lower scores in attention and language naming tests compared to those without qi deficiency ($P<0.05$); patients with phlegm-dampness syndrome had significantly lower scores in visuospatial/executive function and cube copying compared to those without phlegm-dampness ($P<0.05$); patients with wind syndrome had higher scores in language naming and orientation compared to those without wind syndrome ($P<0.05$). Correlation analysis

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(81973790);北京中医药大学基本科研业务费项目(2022-JYB-JBZR-032);北京中医药大学东直门医院人才培养计划项目(DZMG-LJRC0016)

通信作者:常静玲,女,主任医师,研究方向为中西医结合治疗脑血管病

indicated that decreased visuospatial function in phlegm-dampness syndrome, decreased memory in yin deficiency syndrome, and decreased attention in qi deficiency syndrome were correlated with lower years of education ($P<0.05$). Decreased memory and total MoCA score in yin deficiency syndrome were negatively correlated with higher age and HAMD score ($P<0.05$). Conclusion: The TCM syndrome elements in AIS patients with MCI are predominantly blood stasis, phlegm-dampness, and qi deficiency, often presenting as complex syndromes. Different syndrome elements correspond to specific cognitive impairments, suggesting that personalized cognitive interventions based on syndrome differentiation could be implemented clinically, although further studies with larger samples are needed.

[Keywords] acute ischemic stroke; mild cognitive impairment; TCM syndrome element; MoCA; correlation

急性缺血性脑卒中(acute ischemic stroke, AIS)作为我国成年人人群中导致死亡与残疾的首要病因,具有发病率高、复发风险高、致残率高以及致死率高的特点^[1]。随着人口老龄化与生活方式改变,脑血管疾病负担持续加重^[2]。在AIS疾病转归过程中,认知功能的变化不仅关乎患者的生存质量,更是临床预后评估的关键指标。轻度认知障碍(mild cognitive impairment, MCI)属于正常衰老进程与痴呆状态之间的一种过渡性表现^[3],在AIS人群中发病率高,属于中医“喜忘”“健忘”等疾病范畴。目前MCI的中医辨证标准尚未统一^[4],证候要素分析较少^[5],本研究旨在探讨AIS伴MCI患者的蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)得分与中医证候要素的关联,探讨不同认知领域与中医证候要素之间的相关性,为临床辨证提供依据。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 AIS的诊断参照中华医学会神经病学分会等机构在《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[6]中提出的标准;MCI的诊断则以中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组发布的《2018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》^[7]为参考依据。

1.1.2 中医辨证标准 据世界中医药学会联合会内科专业委员会“缺血性中风病证结合的诊断标准与疗效评价体系研究”课题组编制的《缺血性中风证候要素量表》^[8],本研究将中医证候要素归纳为内风、内火、痰湿、血瘀、气虚、阴虚6项。各证候要素涵盖若干症状与体征,且按相应权重给予分值。单个证候要素的得分由诊断该证候要素的各项症状体征得分累加计算得出,当某一证候要素得分 ≥ 10 分时,即判定该证候要素诊断成立。

1.2 纳入标准 (1)符合AIS及MCI诊断标准;(2)经患者本人、知情者或经验丰富的临床医师发现存在认知损害,但尚未达到痴呆程度;(3)年龄18-89岁;(4)MoCA评分 < 26 分^[9];(5)临床痴呆评定量表(clinical dementia rating, CDR)得分不低于0.5分^[10];(6)病例资料信息完整;(7)患者或其家属已充分知情,并自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)存在语言表达、视力、听力或智力方面严重障碍;(2)处于哺乳期、妊娠期及准备妊娠;(3)伴有重要脏器衰竭和其他影响量表评估的疾病;(4)患有精神疾病,有酒精、药物滥用或依赖史。

1.4 研究对象 北京中医药大学东直门医院2024年1月至

2025年3月收治的117例AIS伴MCI患者,采用MoCA量表及中医证候量表评估认知功能与证候要素。本研究已获得北京中医药大学东直门医院伦理委员会的审批通过,批件号:2022DZMEC-440-02。

1.5 研究方法 评估人员需接受为期1周的岗前培训,评估前向受试者详细介绍筛查目的、内容及注意事项,受试者在知情同意书上签字确认。通过访谈采集患者人口学信息、病史及生活习惯等,采用MoCA开展认知功能的筛查工作。通过中医望闻问切四诊合参评定中医证素。对于初筛发现存在认知损害的人群,进一步采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression rating scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety rating scale, HAMA)、日常生活活动(activities of daily living scale, ADL)量表、CDR量表等进行评定,将所有数据准确录入系统。

1.6 统计学方法 研究采用Excel表格构建数据库,由双人负责数据录入以保障准确性,运用SPSS 26.0软件进行数据分析。对于符合正态分布的计量资料,以“均数 \pm 标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,两组比较时,方差齐性数据采用 t 检验,方差不齐数据则采用校正 t 检验;不符合正态分布的计量资料采用中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 描述,组间差异比较选用Mann-Whitney U 检验。计数资料以例数、频数(n)或百分比($\%$)表示,两组间比较采用 χ^2 检验。相关性分析采用Spearman法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者基本资料 117例患者中男76例(65.0%),女41例(35.0%),年龄(65.24 \pm 8.23)岁。

2.2 中医证候要素的分布特征 血瘀(59例,50.43%)、痰湿(51例,43.60%)、气虚(45例,38.46%)最为常见(见表1)。3种及以上组合49例(41.88%),高于两证组合的32例(27.35%)(见表2)。

表1 单一证候要素分布情况

单一证候要素	n	频率/%
风	44	37.61
火	43	36.75
痰湿	51	43.60
血瘀	59	50.43
气虚	45	38.46
阴虚	33	28.21

表2 复合证候要素分布情况

复合证候要素	n	占比/%
2种证素组合	32	27.35
3证及以上组合	49	41.88

2.3 不同证候要素间认知功能的比较 本研究将不同中医证候要素与各认知功能维度逐一进行对比分析。结果显示,阴虚证患者与非阴虚证患者在画钟试验评分、记忆力评分及MoCA总分上差异有统计学意义($P<0.05$),表现为阴虚证患者的画钟试验评分、记忆力评分及MoCA总分均低于非阴虚证患者。气虚证与非气虚证患者在注意力测试和语言命名测试评分上的差异有统计学意义($P<0.05$),表现为气虚证患者的注意力测试及语言命名测试评分均低于非气虚证患者;痰湿证与非痰湿证患者在视空间与执行能力评分及复制立方体评分方面的差异有统计学意义($P<0.05$),表现为痰湿证患者的视空间与执行能力评分及复制立方体评分均低于非痰湿证患者;风证与非风证患者在语言命名测试评分和定向力评分上的差异有统计学意义($P<0.05$),表现为风证患者的语言命名测试评分及定向力评分高于非风证患者。其余中医证候要素与认知功能维度之间未发现明显差异。(见表3)

2.4 不同证候认知功能的相关因素分析 痰湿证视空间下降、阴虚证记忆下降、气虚证注意力下降与受教育年限偏低相关($r=0.20\sim 0.36, P<0.05$)。阴虚证记忆及MoCA总分下降与年龄偏高相关($r=-0.25\sim -0.20, P<0.05$),与HAMD评分呈负相关($r=-0.22, P<0.05$)。(见表4、图1)

表4 相关因素与认知功能的 Spearman 相关性分析结果 [r 值(P 值)]

相关因素	痰湿		阴虚		气虚	
	视空间与执行能力	复制立方体	画钟试验	记忆力评估	MoCA	注意力测试
年龄	-0.12(0.10)	-0.01(0.52)	-0.10(0.30)	-0.25(0.01)	-0.20(0.02)	0.08(0.37)
受教育年限	0.24(0.01)	0.23(0.01)	-0.25(0.01)	0.30(0.00)	0.36(0.00)	0.20(0.03)
性别	-0.01(0.91)	-0.09(0.34)	-0.16(0.08)	-0.16(0.08)	0.01(0.93)	0.05(0.62)
HAMA	-0.12(0.21)	-0.05(0.58)	-0.13(0.16)	0.15(0.14)	-0.06(0.54)	0.07(0.45)
HAMD	-0.16(0.09)	-0.07(0.45)	-0.10(0.28)	0.10(0.28)	-0.22(0.02)	-0.08(0.40)

表3 不同证候要素组间认知功能的比较 [Z 值(P 值)]

组别	视空间与执行能力	交替连线	复制立方体	画钟试验	记忆力评估	注意力测试	计算力测试	语言命名测试	抽象思维测试	定向力	MoCA
风证(n=44)	0.04(0.97)	-1.58(0.12)	1.50(0.13)	-0.06(0.95)	0.09(0.93)	0.62(0.53)	0.67(0.50)	2.07(0.04)	1.10(0.27)	2.33(0.02)	1.50(0.13)
非风证(n=73)											
火证(n=43)	-0.79(0.83)	-1.02(0.31)	0.01(0.99)	-0.04(0.97)	0.13(0.90)	1.91(0.06)	-0.83(0.41)	0.38(0.70)	-0.04(0.96)	-1.18(0.24)	-0.44(0.65)
非火证(n=74)											
瘀血(n=59)	0.25(0.81)	0.18(0.90)	0.33(0.74)	0.12(0.90)	0.99(0.32)	0.49(0.62)	-0.83(0.41)	-1.04(0.30)	-1.29(0.20)	-0.58(0.56)	-0.25(0.80)
非瘀血(n=58)											
痰湿(n=51)	-2.53(0.01)	-1.31(0.19)	-2.60(0.01)	-1.86(0.06)	0.07(0.95)	0.71(0.48)	-1.40(0.16)	-1.21(0.23)	-0.13(0.90)	0.78(0.44)	-1.06(0.29)
非痰湿(n=66)											
气虚(n=45)	-0.38(0.70)	-0.75(0.46)	-0.65(0.51)	-0.22(0.83)	-0.58(0.56)	-2.23(0.03)	0.24(0.81)	-2.65(0.01)	0.45(0.66)	-1.34(0.18)	-0.97(0.33)
非气虚(n=72)											
阴虚(n=33)	-1.55(0.12)	0.47(0.64)	-0.31(0.75)	-2.28(0.02)	-2.42(0.02)	0.37(0.71)	-1.25(0.21)	-0.34(0.73)	-1.03(0.30)	-0.76(0.45)	-2.13(0.03)
非阴虚(n=84)											

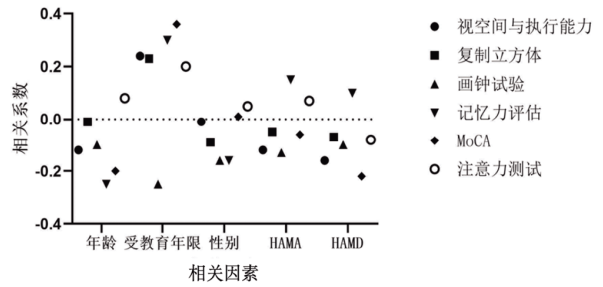


图1 相关性分析结果散点图

3 讨论

AIS后出现MCI的情况较为常见,并且不利于疾病的恢复,与更差的临床预后相关^[1]。本研究纳入的117例AIS伴MCI的患者中,血瘀、痰湿、气虚更常见。在中医学中,脑被称为“髓海”,而脑髓的充盈滋养离不开气血的濡润供养。气虚导致气血生化无源,脑髓得不到足够的滋养,从而影响脑的功能,导致认知功能下降,出现健忘等症状。《黄帝内经》中提到:“神者,水谷之精气也。”清代名医林珮琴在《类证治裁》中提及“神生于气,气旺则神充,气衰则神疲”,可见气虚时,气的推动作用减弱,精血的化生不足,从而导致神明失养,反应迟钝等症。“痰浊积聚于脑内……致使神明失清而发为呆病”,清代医家陈士铎在其著作《辨症录》中便论述了痰浊与呆病之间的关联。脑为元神之府,痰阻脑窍,元神受阻,营养物质不能够上升到脑,就会出现脑髓渐消,脑髓减少,进而不能够养神,因此出现呆病。《石室秘录·呆病》中记载:“痰气最盛,呆气最深。”“呆病如痴,而默默不言也。故治呆无奇法,治痰即治呆也。”可见痰浊与呆病发病关系密切。“血之为患,蓄之在上,其人忘”,宋代医家杨士瀛在《仁斋直指方》中阐述了瘀血与健忘之间的关联。现代医家认为痰瘀是健忘发生的致病因素^[12]。现代著作《中医脑病学》指出“全身气血行于头部络脉起到充养元神的作用,瘀阻脑络会导致灵机不利”,而痰浊与瘀血常可兼见。痰浊能够阻碍气机运行,致使血液流通不畅进而形成瘀血;而瘀血也会干扰津液的正常代谢,导致津液停滞积聚而化为痰浊。二者互为因果,形成恶性循环。金元时期的朱丹溪提出了“痰挟瘀血,遂成窠囊”的论断,强调了痰瘀同病、

同治的重要性。清末医家唐容川在《血证论》中阐述了痰瘀理论,提出“须知痰水之壅滞,实由瘀血所导致,只需祛除瘀血,则痰水自可消退”的论断。当痰浊与瘀血相互结合时,就会形成痰瘀互结的病理状态^[13]。“痰”与“瘀”相互搏结凝聚,上扰清窍,损伤脑络,最终引发认知障碍。

AIS患者中,中老年人群占比较高,人体脏腑功能不断衰减,导致气血生成逐渐减少,从而可能引起气虚证^[14]。气虚则血行无力而生血瘀,瘀血日久化为水,水停日久生痰浊。一方面,痰浊蒙蔽心神,能影响人的神志;另一方面,瘀血阻滞脑络,影响气血的运行和精微物质的传导,痰瘀互结后,瘀血会进一步加重脑络的阻滞,导致脑窍失清,神明失养。此外,痰瘀滞留于体内,会进一步损伤正气,影响脏腑功能,致气虚更甚。这种恶性循环会加重脑失所养,神明失聪,最终引发呆病。由此可见,AIS合并MCI的患者,更易出现血瘀、痰湿及气虚证候。郭秋月等^[15]研究也证实了MCI的患者多见气虚证。李施新等^[16]研究也证实了气虚、痰湿、血瘀证候要素构建的模型对脑小血管病MCI具有一定预测价值。本研究发现,在AIS合并MCI的患者中,2种证候要素复合的情况相对少见,3种及以上证候要素复合的现象则较为常见。骆睿翔等^[17]发现MCI证候更为复杂,3种以上的复合证候多见,其中主要证候为血瘀、痰浊、气虚。张虎等^[18]也发现MCI的中医证素以2种及以上证素兼见为主。梁岚等^[19]提出随着认知损伤病程进展,病理因素亦愈加复杂,常表现为虚实夹杂,治疗也难以奏效。现代研究很关注MCI的预防及尽早治疗,可延缓痴呆的进展^[20]。因此,疾病早期AIS患者,尤其血瘀、痰湿、气虚证为主的患者应尽早采取措施预防和治疗,延缓甚至阻止痴呆的发生。

当前,多数研究聚焦于中医症状与MoCA总分的相关性方面^[21-22],而针对7个不同认知维度的研究较少。本研究对中医证候要素与MoCA总分,视空间与执行力、记忆力评估、计算力测试、注意力测试、语言命名测试、抽象思维测试、定向力这7项认知功能维度的评分进行了分析。其中,视空间与执行力又细分为交替连线、复制立方体、画钟试验3个方面。研究结果显示,不同证候类型患者的认知损害程度在表现上存在显著的偏向性。阴虚证患者易出现画钟试验相关功能及记忆力的障碍;气虚证患者更易发生注意力与语言命名功能的减退;痰湿证患者在视空间与执行能力及复制立方体能力方面表现较差。这提示在临床实践中,可通过早期辨证分型,针对不同证候患者开展针对性认知功能训练,进而实现延缓或改善认知损害的目标,但当前相关研究仍处于初始阶段,有待进一步深化探索。

为明确以上3种证候出现不同维度的认知下降受哪些因素影响,同时将年龄、受教育年限、性别、HAMA、HAMD分别与上述3种证候中存在差异的认知功能进行相关性分析,结果显示痰湿证患者视空间与执行能力下降、阴虚证患者记忆力下降、气虚证患者注意力下降的原因可能与受教育年限低相关。阴虚证患者的记忆力评分、MoCA评分下降与年龄偏高相关。阴虚证患者MoCA总分下降与HAMD得分呈显著负相关,提示抑郁情绪可能加重认知障碍的发生。赵玲等^[23]研究也发现认知功能障碍患者焦虑、抑郁情绪与认知功能有一定的相关性,HAMD得分与MoCA得分呈显著负相关。中风后认知障

碍与抑郁症状高度相关^[24-25],这与本研究结果大致相同。马明娟等^[26]发现重度抑郁的老年急性脑梗死患者更易产生认知功能障碍,且HAMD评分对该类患者认知功能障碍具有预警作用,LIU L等^[27]研究表明认知障碍患者更可能出现抑郁情绪,两者相互影响。因此,需强化对脑卒中患者早期心理及情感障碍的干预,提高其认知功能。在疾病早期积极采用益气、祛痰、滋阴等治法,或许有助于延缓此类患者视空间与执行能力、记忆力及注意力的减退,进而延缓甚至阻断病情进展。

5 结 论

AIS伴MCI患者的中医证素以血瘀、痰湿、气虚为主,且多为复合证型,不同证素对应不同认知损害维度。中医药在辨证防治中具有潜力,但本研究属于单中心、小样本研究,后续需开展多中心、大样本研究,以提升研究结论的精准性,为更深入地探索中医药在AIS伴MCI者辨证施治方面的临床疗效打下基础,旨在实现疾病的早期预防与及时治疗,延缓甚至阻断向痴呆的进展,最终提高患者生命质量。

参考文献

- [1] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告2019》概要[J].中国脑血管病杂志,2020,17(5):272-281.
- [2] 《中国脑卒中防治报告2021》编写组.《中国脑卒中防治报告2021》概要[J].中国脑血管病杂志,2023,20(11):783-793.
- [3] PETERSEN R C, CARACCILO B, BRAYNE C, et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution[J]. J Intern Med, 2014, 275(3): 214-228.
- [4] 向宪文,朱家莹,王洁苓.升清益髓开窍针法联合地黄饮子对缺血性脑卒中后轻度认知障碍患者同型半胱氨酸影响[J].辽宁中医药大学学报,2025,27(6):216-220.
- [5] 王青,刘艳飞,徐仕晗,等.基于因子分析与聚类分析的冠心病轻度认知障碍中医证候特征研究[J].中国中医药信息杂志,2025,32(2):137-143.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [7] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018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[J].中华医学杂志,2018,98(17):1294-1301.
- [8] 高颖,马斌,刘强,等.《缺血性中风证候要素诊断量表》编制及方法学探讨[C]//世界中医药学会联合会内科专业委员会成立大会暨首届国际中医内科学术论坛论文集,2011:133-139.
- [9] NASREDDINE Z S, PHILLIPS N A, BÉDIRIAN 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.
- [10] MORRIS J C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules[J]. Neurology, 1993, 43(11):2412-2414.

(下转第105页)

- dihydromyricetin against hepatocellular carcinoma elucidated by network pharmacology combined with experimental validation[J]. *Pharm Biol*, 2023, 61(1):1108-1119.
- [59] HAMDI S M, VIEITEZ G, JASPARD B, et al. Effects of human follicular fluid and high-density lipoproteins on early spermatozoa hyperactivation and cholesterol efflux[J]. *J Lipid Res*, 2010, 51(6):1363-1369.
- [60] ANSTEE Q M, REEVES H L, KOTSILITI E, et al. From NASH to HCC: Current concepts and future challenges[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2019, 16(7):411-428.
- [61] 刘雪涛.化痰祛湿活血方对非酒精性脂肪变肝细胞模型 AMPK/ACC/CPT-1信号通路的影响[D].郑州:河南中医药大学, 2013.
- [62] 全德森,柯尊丽,张远哲,等.六味降脂汤对NAFLD大鼠肝脏脂肪酸代谢及LXR α -SREBP-1c-FAS信号通路的影响[J].*中成药*, 2023, 45(2):406-414.
- [63] KROEMER G, MARIO G, LEVINE B. Autophagy and the integrated stress response[J]. *Molecular Cell*, 2010, 40(2):280-293.
- [64] KARTSOLI S, KOSTARA C E, TSIMIHODIMOS V, et al. Lipidomics in non-alcoholic fatty liver disease[J]. *World J Hepatol*, 2020, 12(8):436-450.
- [65] CAO P, WU Y, LI Y P, et al. The important role of glycerophospholipid metabolism in the protective effects of polyphenol-enriched Tartary buckwheat extract against alcoholic liver disease[J]. *Food Funct*, 2022, 13(20):10415-10425.
- (收稿日期:2025-02-10 编辑:刘国华)

(上接第97页)

- [11] GALLUCCI L, SPERBER C, GUGGISBERG A G, et al. Post-stroke cognitive impairment remains highly prevalent and disabling despite state-of-the-art stroke treatment[J]. *Int J Stroke*, 2024, 19(8):888-897.
- [12] 张若冰,杨上松,王志红.基于痰瘀相关理论探析健忘的治疗思路[J].*中国民族民间医药*, 2023, 32(12):9-11, 19.
- [13] 吴俊睿,明淑萍,柯珂,等.从痰瘀互结论治血管性认知功能障碍[J].*中西医结合研究*, 2022, 14(2):119-121, 128.
- [14] 郝世飞,张永康,李菲.补阳还五汤加减结合醒脑开窍针法对缺血性脑卒中恢复期(气虚证)患者血液流变学、血清IL-6、TNF- α 水平的影响[J/OL].*中华中医药学刊*, 1-12 [2025-07-23].<https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20250421.1142.064>.
- [15] 郭秋月,陈清光,韩煦,等.基于证素分布探讨健脾清化方对糖尿病合并轻度认知功能障碍的影响[J].*时珍国医国药*, 2023, 34(8):1905-1908.
- [16] 李施新,段佳钰,靳会会,等.基于中医证候要素的脑小血管病轻度认知障碍预测模型构建[J].*中医药导报*, 2025, 31(3):95-100.
- [17] 骆睿翔,张晨,庄锐,等.慢性心力衰竭伴轻度认知障碍中医证素与认知功能的相关性研究[J].*世界中医药*, 2024, 19(2):225-229.
- [18] 张虎,第五永长,杨谦,等.中老年轻度认知功能障碍患者中医证候要素与MMSE及MoCA量表评分相关性研究[J].*中华中医药杂志*, 2024, 39(4):2021-2026.
- [19] 梁岚,王凌雪,李双阳,等.基于MoCA量表分析血管性认知功能障碍患者中医证型分布规律[J].*河南中医*, 2020, 40(8):1258-1261.
- [20] MAYER G, FROHNHOFEN H, JOKISCH M, et al. Associations of sleep disorders with all-cause MCI/dementia and different types of dementia-clinical evidence, potential pathomechanisms and treatment options: A narrative review[J]. *Front Neurosci*, 2024, 18:1372326.
- [21] FU X D, WANG J J, ZHANG P, et al. Diagnosis of TCM symptoms and analysis of risk factors of mild cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus[J]. *Am J Transl Res*, 2021, 13(11):12980-12987.
- [22] 蒋帅,李勇,郑敏,等.腹针联合“小醒脑开窍”针法治疗非痴呆型血管性认知功能障碍疗效观察[J].*辽宁中医药大学学报*, 2025, 27(8):154-160.
- [23] 赵羚,孙文悦,刘金玲,等.老年血管性认知功能障碍患者MOCA评分与焦虑、抑郁的相关性[J].*中国老年学杂志*, 2020, 40(22):4810-4812.
- [24] VASSILAKI M, SYRJANEN J A, KRELL-ROESCH J, et al. Association of cerebrovascular imaging biomarkers, depression, and anxiety, with mild cognitive impairment[J]. *J Alzheimers Dis Rep*, 2023, 7(1):1237-1246.
- [25] ORGETA V, LEUNG P, DEL-PINO-CASADO R, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2022, 4(4):CD009125.
- [26] 马明娟,樊春凯.老年急性脑梗死患者认知功能障碍与焦虑、抑郁情绪的关系[J].*国际精神病学杂志*, 2020, 47(4):749-753.
- [27] LIU L, LI X Q, MARSHALL I J, et al. Trajectories of depressive symptoms 10 years after stroke and associated risk factors: A prospective cohort study [J]. *Lancet*, 2023, 402(Suppl 1):S64.
- (收稿日期:2025-07-03 编辑:罗英姣)