ICS
CCS

T/CRACM

中 国 中 医 药 研 究 促 进 会 标 准

T/CRACM/XXXXX—XXXX

隔物灸治疗认知障碍技术规范

Specification for Sandwiched Moxibustion Treatment of Cognitive Impairment

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX－XX－XX 发布　　XXXX－XX－XX 实施

中国中医药研究促进会　　发布

目　　次

前言 ..... Ⅱ
1 范围 1
2 规范性引用文件 1
3 术语和定义 1
4 缩略语 2
5 操作人员要求 2
6 患者评估要求和禁忌症 3
7 操作流程 5
8 疗程与注意事项 7
9 施术过程中可能出现的不良反应及处理措施 8
10 疗效评价 8
附录 A（资料性）认知功能筛查量表 11
附录 B（资料性）评价指标 13
参考文献 16

前　言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则　第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任

本文件由安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)提出。

本文件由中国中医药研究促进会归口。

本文件起草单位：安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)、上海中医药大学附属曙光医院安徽医院、深圳市宝安区中医院、芜湖市中医医院、日照市中医医院(日照市眼科医院）、马鞍山市中医院、六安市中医院。

本文件主要起草人：朱才丰、蔡圣朝、高大红、栾国瑞、董昌武、牟磊、李飞、李梦、贺成功、杨坤、高伟、俞红五、汪瑛、张君宇、王雪伟、周冰原、吴萌萌、王丽、代飞、王琳、王梓萌、张洁晗、阮怡珺、翟亮、黄海燕、陈芳。

隔物灸治疗认知障碍技术操作规范

1 范围

本《规范》规定隔附子饼实按灸督脉及隔附龟板灸任脉的术语和定义、作用和适应范围、注意事项、操作方法、禁忌症、施术过程中可能出现的不良反应及处理措施等内容。

本《规范》适用于各级中医院、中西医结合医院、社区卫生服务中心及具备相应资格的中医诊所中，由符合资质的医务人员开展的隔物灸治疗认知障碍临床操作。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 21709.1-2008 针灸技术操作规范 第 1 部分 艾灸

GB/T 2024 针灸针

WS/T 313 医务人员手卫生规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本《规范》。

3.1

任脉 conception vessel

任脉起于小腹内胞宫，下出会阴部，经阴阜，沿腹部正中线上形，经过关元等穴，到达咽喉部，再上行环绕口唇，交会于督脉之龈交穴，经过面部，进入目眶下，联系于目。总任一身之阴经调节阴经气血，为“阴脉之海”。

3.2

督脉 governor vessel

按照中医经典《黄帝内经·素问骨空论篇第六十》，督脉起于小腹内，下出于会阴部，向后行于尾骶部的长强穴，沿人体后背上行，经项后部至风府穴，进入脑内，上行至巅顶，经前额下行鼻柱，止于上唇内龈交穴。与手足三阳经及阳维脉交会，能总督一身之阳经，故称为"阳脉之海"。

3.3

灸法 moxibustion

灸法是指以艾绒为主要燃烧材料，烧灼、薰熨体表的一定部位或腧穴，通过经络腧穴的作用，以达到防治疾病的一种方法。

3.3.1

间接灸 indirect moxibustion

又称隔物灸，间隔灸，即在艾柱与皮肤之间衬隔某种物品而施灸的一种方法。其中包括隔附子饼灸、隔龟板灸等。

3.4

龟板 tortoise plastron

选用长宽约 2.5cm，较为平坦的生龟板块，上置艾条或艾炷，放在应灸腧穴或患处，点燃施灸。

3.5

附子饼 aconite cake

药饼的制法是将附子研成细末，以黄酒调和，制成直径约 3cm、厚约 0.8cm 的附子饼，中间以针穿刺数孔，上置艾条或艾炷，放在应灸腧穴或患处，点燃施灸。

3.6

艾条 moxa-stick

指用艾绒卷成的圆柱形长条，根据艾绒内是否有添加其他药物一般分为清艾条和药艾条。

3.7

艾柱 moxa-cone

将纯净的艾绒放在平板之上，用拇、示、中三指边捏边旋转，把艾绒捏紧成规格大小不同的圆锥状物称为艾炷。有大中、小之分,小者如麦粒大,中等如半截枣核大，大者如半截橄榄大。

3.8

隔附子饼实按灸 pressed moxibustion with aconite cake

穴位上间隔前期制备好的直径约 2～3 厘米，厚度 3～5 毫米附子饼，中间以针穿刺数孔，点燃清艾条，灸火直接实按于间隔物上，至穴位皮肤局部灼热潮红时立即提起，倾刻再按灸，反复灸 20 分钟。

3.9

隔龟板灸 moxibustion with tortoise plastron as intermediary

将无菌纱布折叠成双层平铺于待灸穴位（中脘、关元）之上，取长宽约 2.5cm 大小，较为平坦的生龟板块，放置纱布中心处，将艾柱搓成底盘直径为 1.5cm、高为 2cm 圆锥型，点燃后置于龟板上，热力以皮肤潮红、患者微微出汗无灼痛感为佳。

4 缩略语

MMSE：简易精神状态检查（Mini-Mental State Examination）
MoCA：蒙特利尔认知评估量表（Montreal Cognitive Assessment）
ADL：日常生活活动能力量表（Activity of Daily Living Scale）
MCI：轻度认知障碍（Mild Cognitive Impairment）
AD：阿尔茨海默病（Alzheimer's Disease）
VCI：血管性认知障碍（Vascular Cognitive Impairment）
DLB：路易体痴呆（Dementia with Lewy Bodies）
FTD：额颞叶痴呆（Frontotemporal Dementia）

5 操作人员要求

5.1 资质要求

开设有中医科、针灸科、康复医学科、老年病科、神经内科等临床科室的各级医疗机构。

5.2 技能要求

操作人员需系统掌握认知障碍诊疗基础与隔物灸操作技术，熟练完成以下核心技能：

a) 认知评估技能：能运用简易精神状态检查（MMSE）、蒙特利尔认知评估（MoCA）量表完成患者认知功能分级，区分轻度、中度、重度认知障碍，鉴别血管性认知障碍、阿尔茨海默病等不同类型认知损伤，准确判断隔物灸适用人群

b) 操作把控技能：掌握艾炷大小、壮数、施灸温度、灸距调控；根据老年患者皮肤耐受度、认知障碍配合度调整施灸时长，精准把控穴位定位、衬垫固定、艾炷放置、更换、熄灭全流程；

c) 体位适配技能：针对认知减退、行动不便、躁动、卧床失能患者，选取仰卧、俯卧、侧卧位、半靠坐位，做好肢体固定与防护，防止烫伤、坠床；

d) 风险识别与应急处置技能：熟练识别艾灸烫伤、晕灸等不良反应，掌握对应急救操作流程，可快速开展现场应急处理。

5.3 职业素养

5.3.1 知情告知：操作前需向患者详细说明隔物灸治疗认知障碍的作用机理、流程、预期效果、可能的潜在风险，签署《隔物灸治疗认知障碍知情同意书》。

5.3.2 无菌观念：严格遵守无菌操作规范，包括手部消毒、施灸穴位皮肤消毒，避免交叉感染。

5.3.3 记录规范：完整记录患者基本信息、治疗方案、操作过程、术后反应，记录需及时（操作后 1 小时内完成）、准确（数据无涂改）、可追溯。

5.3.4 随访意识：按规定开展随访，跟踪患者术后反应，及时调整治疗方案。

6 患者评估要求和禁忌症

6.1 患者评估要求

6.1.1 西医诊断评估

6.1.1.1 认知功能筛查量表

包括简易精神状态检查（详情见附录A.1）和蒙特利尔认知评估量表（详情见附录A.2）

a) 简易精神状态检查（MMSE）：可以快速筛查中重度认知障碍，评估认知损害的严重程度与变化。该量表共30项，总分30分，涵盖定向力、即刻记忆、注意力与计算力、延迟回忆、语言及视空间能力6大维度，每项正确计1分，错误或不会计0分，完成时间约 5-10 分钟。操作时应注意环境安静，避免干扰；严格按指导语进行，不得解释、暗示或额外提示；确保受试者听力、视力可及，必要时佩戴助听器、眼镜，避免干扰。

MMSE诊断评估标准：总分≤24分提示可能存在认知障碍，但必须根据教育水平进行校正，文盲≤17分，小学（≤6年）≤20分，初中及以上≤24分。

b) 蒙特利尔认知评估量表(MoCA):快速筛查轻度认知障碍，对阿尔茨海默病早期、血管性认知障碍等均高度敏感。总分30分，涵盖 7大认知领域、11个核心项目，完成时间约10分钟，对MCI的敏感性显著高于MMSE。

MoCA诊断评估标准：认知功能受损＜26 分（提示可能为轻度认知障碍或早期痴呆），针对受教育年限＜12 年的受试者，在最终总分基础上加 1 分，避免因文化程度导致的测评偏差。

6.1.1.2 病史采集及体格检查

询问患者及其家属是否有慢性疾病病史、家族遗传史（是否存在家族性认知障碍病史）、皮肤感染、外伤史（如颅脑外伤）、过敏史、晕灸史、记录用药情况，必要时进行神经系统体格检查，排除器质性病变。

6.1.1.3 实验室检查

必要时进行血常规、电解质、血糖、肝肾功能、甲状腺功能（TSH、FT3、FT4）、维生素 B12、叶酸水平，排除感染、代谢紊乱、营养缺乏等可逆性病因。

6.1.2 中医辨证分型评估

根据患者症状、舌象、脉象，分为以下4种证型，具体见表1。

表 1 认知障碍中医辨证分型

证型	核心病机	主要症状	舌象	脉象
髓海不足	肾精亏虚，髓海失养	智能减退，神识呆钝，腰膝酸软，齿枯发焦，步履艰难	舌瘦色淡，苔薄白	脉沉细
脾肾两虚	脾虚生化无源，肾虚髓亏	记忆减退，表情呆滞，沉默寡言，腰膝酸软，肌肉萎缩，食少纳呆，气短乏力，口涎外溢	舌淡体胖有齿痕，苔白或腻	脉沉细弱，两尺尤甚
痰浊蒙窍	痰湿内阻，上蒙清窍	记忆力减退，表情呆钝，智力衰退，痞满不适，口多涎沫，头重如裹	舌质淡，苔白黏腻浊	脉弦滑
瘀阻脑络	瘀血内停，脑络不通	记忆减退，表情迟钝，言语不利，善忘，易惊怒，面色晦暗，头痛如刺，口干不欲饮，或肢体麻木	舌质暗，有瘀点或瘀斑	脉细弦或沉迟
心肝火旺	心肝火盛，上扰神明	记忆力下降，急躁易怒，心烦失眠，面红目赤，口苦咽干，小便短赤，大便秘结	舌质红或绛，苔黄或黄腻	脉弦数或弦滑
气血亏虚	心血亏虚，脾失健运，神失所养	呆滞善忘，倦怠嗜卧，神思恍惚，失认失算，多梦易惊，面唇无华，纳呆便溏	舌质淡，苔薄白	脉细弱
热毒内盛	热毒壅滞，脑脉瘀阻	无欲无求，迷蒙昏睡，不识人物；神呆遗尿，或二便失禁，身体蜷缩不动；躁扰不宁，甚则狂越，或谵语妄言	舌红绛少苔，苔黏腻浊，或腐秽厚积	脉数

6.2 禁忌症

6.2.1 禁忌病证

a) 高热；
b) 大量吐血；
c) 中风闭证；
d) 伴有严重心、脑、肝、肺、肾系统疾病患者。

6.2.2 禁忌体质

a) 过饱者；
b) 过劳者；
c) 过饥者；
d) 醉酒者；
e) 大渴者；
f) 大惊者；
g) 大恐者；
h) 大怒者。

7 操作流程

7.1 操作前准备

7.1.1 环境准备

7.1.1.1 空间选择：安静（白天≤40 分贝，夜间≤30 分贝），温度（22 - 26℃）、湿度（40% - 60%）适宜，光线适中的独立艾灸治疗空间。
7.1.1.2 整洁卫生：治疗室地面、治疗床、操作台每日用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭 1 次；床单、枕套等织物每日更换，污染时立即更换。
7.1.1.3 通风换气：自然通风≥2 次/天（每次≥30 分钟），或配备机械通风系统（换气次数≥6 次/小时）。
7.1.1.4 安全保障：环境安全，无易燃易爆物，配备定期检查的防火设备。
7.1.1.5 隐私保护：必要时用隔帘或屏风分隔床位。

7.1.2 材料准备

7.1.2.1 用物准备：治疗盘、弯盘、火柴、镊子、盐、纱布、龟板/附子饼、艾绒、必要时备治疗巾、屏风。
7.1.2.2 间隔物准备：双层纱布内撒上干燥的食盐，厚度约 2-3mm。
7.1.2.3 艾柱准备：制作 5 个艾柱，其直径（2±0.2cm）和高度（2±0.2cm）。
7.1.2.4 急救物品：烫伤膏或冷敷袋（应对意外烫伤或过度灼热）、针灸针（符合 GB/T 2024，必要时应对患者晕灸的急救处理）。

7.1.3 操作人员准备

7.1.3.1 手部消毒：严格遵循 WS/T 313 要求，先用流动水淋湿双手，再用洗手液至少揉搓 15s，流动水冲净后擦干，必要时用手消毒剂进行卫生手消毒。
7.1.3.2 着装要求：着装整齐，工作服需干净、平整、无破损，扣子齐全且扣好，衣领、袖口保持整洁；修剪指甲，指甲长度不宜超过指尖，保持指甲表面光滑、清洁，避免藏污纳垢；规范佩戴挂表，且挂表外观应简洁、干净。
7.1.3.3 核对解释：核对患者信息，确认患者姓名，向患者及其家属解释操作的必要性，以期取得配合。

7.1.4 患者准备

7.1.4.1 体位调整：常帮助患者调整为仰卧位或坐位，确保患者舒适且穴位充分暴露。
7.1.4.2 心理疏导：向患者再次说明操作流程，缓解紧张情绪，避免紧张导致肌肉紧绷（影响艾灸渗透效果），告知患者艾灸过程中可能出现温热感或轻微刺痛属正常反应，避免患者因紧张引发不适。

7.2 常见操作方法

7.2.1 隔附子饼灸督脉

7.2.1.1 取穴方案

隔附子饼灸督脉的灸疗常规取穴为百会、大椎、命门，具体见表 2。

表 2 隔附子饼灸督脉的常规取穴方案

穴位名称	定位标准	功效	适应证型
百会	在头部，前发际正中直上 5 寸	醒脑开窍，安神定志	髓海不足证、脾肾两虚证、瘀阻脑络证（寒凝血瘀亚型）、痰浊蒙窍证（寒痰亚型）
大椎	在脊柱区，第 7 颈椎棘突下凹陷中，后正中线上	宁心安神，通阳理气	髓海不足证、脾肾两虚证、瘀阻脑络证(寒凝血瘀亚型）
命门	在脊柱区，第 2 腰椎棘突下凹陷中，后正中线上	温阳散寒，强肾固本	髓海不足证、脾肾两虚证、瘀阻脑络证（寒凝血瘀亚型）、痰浊蒙窍证（寒痰亚型）

7.2.1.2 操作步骤

取穴方法：参照中国中医药出版社石学敏主编《针灸学》所述方法。左手手持止血钳将直径约 2～3 厘米，厚度 3～5 毫米附子饼，中间以针穿刺数孔，置于腧穴处并固定，点燃清艾条，灸火直接实按于间隔物上，至穴位皮肤局部灼热潮红时立即提起，倾刻再按灸。

7.2.1.3 操作时间

反复灸 20 分钟，以施灸部位出现红晕为度。

7.2.1.4 适应症

a) 治疗轻度认知功能障碍；
b) 血管性轻度认知功能障碍；
c) 血管性痴呆；
d) 阿尔茨海默病。

7.2.2 隔龟板灸

7.2.2.1 选穴方案

隔龟板灸的灸疗常规取穴为关元、气海、中脘，具体见表 3。

表 3 隔龟板灸的常规取穴方案

穴位名称	定位标准	功效	适应证型

关元	在下腹部，脐中下 3 寸，前正中线上	固本培元，温补肾阳	髓海不足证（阴虚亚型）、气血亏虚证、 脾肾两虚证（阴虚夹气虚亚型）
气海	在下腹部，脐中下 1.5 寸，前正中线上	温阳益气，补肾培元	髓海不足证（阴虚亚型）、气血亏虚证、 脾肾两虚证（阴虚夹气虚亚型）
中脘	在上腹部，脐中上 4 寸，前正中线上	和胃健脾，调理神志	髓海不足证（阴虚亚型）、气血亏虚证、 脾肾两虚证（阴虚夹气虚亚型）

7.2.2.2 操作步骤

取穴方法：参照中国中医药出版社石学敏主编《针灸学》所述方法。将无菌纱布折叠成双层平铺于腧穴之上，取长宽约 2.5cm 大小，较为平坦的生龟板块，放置于纱布中心处，将艾柱搓成底盘直径约 1.5cm、高约 2cm 的圆锥型，点燃后放置于龟板上，热力以皮肤潮红、患者微微出汗无灼痛感为佳。

7.2.2.3 操作时间

每次灸 15～20min，以施灸部位皮肤潮红、患者微微出汗无灼痛感为度。

7.2.2.4 适应症

a) 治疗轻度认知功能障碍；
b) 血管性认知功能障碍；
c) 阿尔茨海默病；
d) 主观认知功能下降。

8 疗程与注意事项

8.1 疗程

可根据患者病情轻重选择治疗次数

8.2 注意事项

8.2.1 实施艾灸前要全面了解受术者整体状况

明确诊断，做到有针对性；准备好施术时所需要的器材、用品等；指导受术者采取合适的体位；加强与受术者之间的交流，使其解除不必要的思想顾虑。

8.2.2 治疗过程中施术者要全神贯注

艾灸操作要保持合适的温度，以受术者感觉舒适为佳，并且认真观察受术者的反应情况，必要时调整艾灸的角度及距离。施灸过程要防止燃烧的艾绒脱落,烧伤皮肤和衣物。

8.2.3 治疗后受术者宜卧床休息 5-10min，不宜马上进行剧烈运动

受术者的身体机能在治疗过程中受到了一定程度的干预与影响，其生理状态尚处于相对不稳定且需要逐步调整恢复的阶段，为最大程度保障治疗效果、降低潜在不良反应的发生风险以及促进身体各器官系统

的平稳过渡与修复，受术者应当严格遵循医嘱，在安静、舒适且温度适宜的环境中平稳卧床休息 5 - 10 分钟。

9 施术过程中可能出现的不良反应及处理措施

9.1 不良反应

实施艾灸过程中可能出现胸闷、心慌、晕厥，皮肤瘙痒、刺痛、水疱等不良反应。

9.2 处理措施

9.2.1 根据体质和病情选用合适的灸法

以受术者的病情、年龄、体质等决定施灸量的多少。

9.2.2 晕灸现象处理

刺激量不可过强,以防晕灸。一旦发生晕灸，立即停止艾灸，让受术者平卧于空气流通处，松开领口，给与温白糖水（糖尿病者慎用）或温开水，闭目休息即可。对于猝倒神昏者，可以针刺水沟、十宣、中冲、涌泉、百会、气海、关元、太冲、合谷等穴以急救。

9.2.3 水疱处理

施灸后皮肤出现红晕是正常现象，若施灸过量,时间过长，皮肤易发生水疱。只要不擦破，可任其自然吸收。如果水疱较大用消毒针刺破后消毒，防止感染，数日内可痊愈，一个月内局部可能留有色素沉着。

10 疗效评价

10.1 评价指标

10.1.1 核心客观指标

核心客观指标用于量化认知障碍的改善程度，是疗效评价的主要依据，具体指标和评价标准（详情见附录B.1）包括：

a) 认知功能：MMSE、MoCA 量表
b) 生活能力：ADL 量表
c) 中医证候：证候积分
d) 安全性：不良事件记录表

10.1.2 中医证候积分指标

中医证候积分用于评价患者症状改善情况，参照《中药新药临床研究指导原则（2002年版）》制定，具体评分标准见附录B.2。

说明：a) 采用0-3级评分法（0分=无，1分=轻度，2分=中度，3分=重度）；

b)总积分=各症状积分相加；

c)疗效判定基于总积分变化率，变化率=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%，参照《中药新药临床研究指导原则（2002年版）》执行。

d)疗效判定标准：

临床痊愈：证候总积分减少≥95%；
显效：证候总积分减少≥70%，<95%；
有效：证候总积分减少≥30%，<70%；
无效：证候总积分减少<30% 或增加。

10.2 评价方法与流程

10.2.1 评价时间节点设定

以4周为1个疗程，共观察 2-3 个疗程，分5个关键节点开展评价：

10.2.1.1 基线期（治疗前1周）：完成 MMSE、MoCA、ADL 量表测评，记录指标基线值；再由2名中医师独立辨证，完成中医证候积分评定，取均值作为基线积分；记录患者一般资料（年龄、病程、基础疾病等）及灸疗禁忌证排查结果。

10.2.1.2 疗程中期（第2周末）：进行安全性评价，记录不良反应；简易评估中医证候改善情况（无需量表复测），及时调整灸疗参数（如艾炷大小、灸壮数）。

10.2.1.3 疗程末期（第4周末）：复测 MMSE、MoCA、ADL 量表，对比基线值；复测中医证候积分；判定 1 个疗程的疗效。

10.2.1.4 总疗程末期（第8或12周末）：完成所有量表的最终复测；结合2-3个疗程的指标变化，判定总疗效。

10.2.1.5 随访期（治疗结束后3个月）：电话或门诊随访，复测 MMSE、ADL量表；评估疗效的持续性，记录病情复发情况。

10.2.2 评价操作规范

10.2.2.1 量表测评规范：由经过培训的测评师一对一开展测评，测评环境需安静、无干扰；对文化程度较低者，可采用口述、图片指认等方式辅助完成量表；同一患者的所有测评需由同一测评师完成，减少人为误差。

10.2.2.2 中医证候评分规范：采用双人双盲评分法，2名中医师独立评分，评分差值>2 分时需共同讨论确定最终积分；评分需结合患者症状、舌脉（舌质、舌苔、脉象）综合判定，避免仅依赖症状描述。

10.2.2.3 疗效判定总标准结合客观核心指标与中医证候积分，采用主次结合判定法包括：

a) 显效：认知/生活能力指标达显效标准，且中医证候积分达到显效标准；
b) 有效：客观核心指标或中医证候积分任意一项达到有效标准，另一项无恶化；
c) 无效：客观核心指标与中医证候积分均无改善，或其中一项恶化。

10.3 疗效评价记录与存档

10.3.1 记录表单设计

需制定标准化记录表单，包括下列表单、评价人员签字，数据无涂改，字迹清晰。

10.3.1.1 患者一般信息表：姓名、性别、年龄、病程、诊断分型、基础疾病、既往治疗史。

10.3.1.2 灸疗参数记录表：穴位定位、附子饼 / 龟板厚度、艾炷规格、灸壮数、疗程数、操作时间。

10.3.1.3 量表测评记录表：各时间节点 MMSE、MoCA、ADL 量表的具体得分及变化值。

10.3.1.4 中医证候积分表：分证型记录各证候的基线分、疗程分、变化率。

10.3.1.5 安全性评价表：不良反应发生时间、表现、处理措施、转归情况。

10.3.1.6 疗效判定汇总表：各疗程疗效、总疗效、随访结果。

10.3.2 存档要求

10.3.2.1 记录要求：所有疗效评价数据需记录在标准化记录表单中，包括测量时间、数据、评价人员签字，数据无涂改，字迹清晰。

10.3.2.2 存档要求：疗效评价记录与患者治疗记录、随访记录一并存档，保存期限≥3 年（从治疗结束之日起），便于后续疗效分析与质量追溯。

10.3.2.3 数据管理：采用电子化与纸质化双重存档，电子数据需加密备份，纸质表单需签字确认，确保数据真实可追溯。

附 录 A
（资料性）
认知功能筛查量表

A.1 简易精神状态检查（MMSE）

MMSE的评估维度、核心评估功能、评估内容、易受累的认知障碍类型见表A.1。

表A.1 简易精神状态检查表（MMSE）

评估维度	核心评估功能	评估内容	易受累的认知障碍类型
时间定向力（5分）	对时间的感知与判断能力	当天具体的年月日、季节	阿尔茨海默病（AD） 血管性认知障碍（VCI）
地点定向力（5分）	对空间位置的识别能力	具体住址（包括省/市、县/区、街道/乡镇）、现在所在位置（包括地点名称、具体楼层）	阿尔茨海默病（AD） 路易体痴呆（DLB）
即刻记忆(3分）	短时记忆的即时编码能力	评估者说三样东西后，被评估者重复一遍	阿尔茨海默病（AD） 额颞叶痴呆（FTD）
注意力与计算力（5分）	注意力集中度、数字运算逻辑	从100开始连续减7，直到评估者说停	血管性认知障碍（VCI） 谵妄相关性认知障碍
延迟回忆(3分）	短时记忆的保持与提取能力	被评估者重复刚才的三样东西	阿尔茨海默病（AD） 轻度认知障碍（MCI）

A.2 蒙特利尔认知评估量表（MoCA）

MoCA的评估领域、项目、具体内容、易受累的认知障碍类型见表A.2。

表A.2 蒙特利尔认知评估量表（MoCA）

评估领域	项目	具体内容	易受累的认知障碍类型
视空间与执行功能（5 分）	画钟测试（3分）；立方体临摹（1分）； 交替连线（1分）	画闭锁圆形钟面、数字位置正确、指针指向11点10分； 临摹三维立方体； 按1-A-2-B-3-C 顺序连线	路易体痴呆（DLB） 血管性认知障碍（VCI）帕金森病相关性认知障碍
命名（3 分）	物品命名（3分）	依次命名 “狮子、犀牛、骆驼”3 张图片	额颞叶痴呆（FTD） 阿尔茨海默病（中晚期）

表A.2 蒙特利尔认知评估量表（MoCA）（续）

记忆力（5 分）	即时编码（0分）；延迟回忆（5分）	朗读 “面孔、天鹅绒、教堂、雏菊、红色”2遍； 5分钟后无提示回忆上述5词	阿尔茨海默病（早期） 轻度认知障碍（MCI，遗忘型）
注意力（6 分）	数字广度（2分）；数字警觉（1分）；连续减 7（3分）	顺背（如 2-1-8-5-4）、倒背（如 7-4-2）； 听到 “1” 即敲击桌面，≤1 次错误得 1 分； 100 连续减 7，共 5 次	血管性认知障碍（VCI）谵妄相关性认知障碍（中晚期）
语言（3 分）	句子复述（2分）； 词语流畅性（1分）	复述2个复杂句（如“狗在房间时，猫总躲在沙发下”）； 1分钟内说以 “F” 开头的词≥11 个	额颞叶痴呆（非流利型） 原发性进行性失语
抽象思维 （2 分）	词语相似性（2分）	解释2组词语的共性（如“火车 - 自行车”“手表 - 尺子”）	阿尔茨海默病（中期） 额颞叶痴呆
定向力（6 分）	时间定向（3分）； 地点定向（3分）	具体年份、月份、日期、星期、季节； 国家、城市、医院、楼层、街道	阿尔茨海默病（中晚期） 路易体痴呆

附 录 B
（资料性）
评价指标

B.1 核心客观指标及评价标准

核心客观指标类别、测评工具、测评内容、评价标准见表B.1。

表B.1 核心客观指标及评价标准

指标类别	测评工具	测评内容	评价标准
认知功能核心指标	简易精神状态检查表（MMSE）	定向力、记忆力、注意力、计算力、语言功能等	满分 30 分，治疗后得分提升≥4 分判定为显效，提升 1-3 分为有效，无提升或下降为无效
认知功能核心指标	蒙特利尔认知评估量（MoCA）	视空间与执行功能、命名、记忆、注意力等	满分 30 分，分数越高代表认知功能越好；治疗后得分提升≥3 分判定为显效，提升 1-2 分为有效
日常生活能力指标	日常生活活动能力量表（ADL）	穿衣、进食、洗漱、如厕等基本生活能力，及社交、理财等工具性能力	满分 100 分，得分越高能力越强；治疗后提升≥15 分为显效，提升 5-14 分为有效
安全性指标	不良事件记录表	灸疗相关不良反应（如皮肤灼伤、水疱、头晕、烦躁）	记录不良反应发生率、严重程度及处理措施，评估方案安全性

表B.2.1 隔附子饼灸的中医证候积分评分标准

隔附子饼灸的中医证候积分评分标准见B.2.1。

表B.2.1 隔附子饼灸的中医证候积分评分标准

证型	证候分类	具体症状	评分标准（0-3 分）
髓海不足证	核心证候	记忆减退	0 分 = 无；1 分 = 偶发忘事，可经提醒回忆；2 分 = 经常丢物、忘事，提醒后仍难回忆；3 分 = 不识亲人，远期记忆丧失
		腰膝酸软	0 分 = 无；1 分 = 劳累后出现，休息后缓解；2 分 = 日常活动即感酸软，影响活动；3 分 = 卧床仍觉酸软，伴发脱齿摇
	次要证候	头晕耳鸣	0 分 = 无；1 分 = 偶发头晕，耳鸣声轻；2 分 = 每日发作，耳鸣持续；3 分 = 头晕剧烈，耳鸣如蝉，难以站立

表 B.2.1 隔附子饼灸的中医证候积分评分标准（续）

		神情呆滞	0 分 = 神情正常；1 分 = 表情淡漠，反应稍迟钝；2 分 = 表情呆板，反应迟缓；3 分 = 木僵状态，对外界刺激无反应
脾肾两虚证	核心证候	神疲乏力	0 分 = 无；1 分 = 活动后乏力，休息后恢复；2 分 = 稍动即累，不愿活动；3 分 = 终日卧床，精神萎靡嗜睡
		食欲不振	0 分 = 食量正常；1 分 = 食量减少 1/3，偶有纳差；2 分 = 食量减少 1/2，食后腹胀；3 分 = 完全不思饮食，强迫进食亦难下咽
	次要证候	腹胀便溏	0 分 = 大便正常;1 分 = 每日 1~2 次溏便,无腹胀;2 分 = 每日 3~4 次溏便，伴腹胀；3 分 = 泄泻不止，完谷不化
		四肢不温	0 分 = 四肢温热；1 分 = 冬季手足微凉；2 分 = 四季手足不温；3 分 = 四肢厥冷，需厚衣包裹
瘀阻脑络证（寒凝血瘀型）	核心证候	头痛固定	0 分 = 无；1 分 = 偶发隐痛，位置固定；2 分 = 每日发作胀痛，影响睡眠；3 分 = 持续刺痛，需服止痛药缓解
		畏寒肢冷	0 分 = 无；1 分 = 畏寒，添衣可缓解；2 分 = 畏寒明显，伴四肢发凉；3 分 = 畏寒蜷卧，四肢厥冷
	次要证候	肢体麻木	0 分 = 无;1 分 = 偶发肢体末端麻木;2 分 = 肢体麻木持续，活动欠利；3 分 = 肢体麻木僵硬，难以屈伸
		思维混乱	0 分 = 思维清晰；1 分 = 思维偶有混乱，表达欠畅；2 分 = 思维混乱，答非所问；3 分 = 胡言乱语，逻辑全无
痰浊蒙窍证（寒痰亚型）	核心证候	神情淡漠	0分=神情正常；1分=表情淡漠，对周围事物兴趣减退；2分=神情呆滞，反应迟钝；3分=木僵少言，对外界刺激无应答
		胸闷痰多	0分=无痰，胸闷；1分=偶有胸闷，痰白清稀量少；2分=胸闷明显，痰白清稀量多，每日需咯痰3次以上；3分=胸闷如窒，痰白黏稠难咯，影响呼吸
	次要证候	肢体沉重	0分=肢体轻快；1分=活动后肢体沉重，休息后缓解；2分=日常活动即感肢体沉重，影响活动；3分=肢体沉重无力，难以行走
		口中黏腻	0分=口中清爽；1分=偶有口中黏腻，漱口可缓解；2分=口中持续黏腻，影响进食；3分=口中黏腻伴流涎，难以控制

B.2.2 隔龟板灸的中医证候积分评分标准

隔龟板灸的中医证候积分评分标准见B.2.2。

表B.2.2 隔龟板灸的中医证候积分评分标准

证型	证候分类	具体症状	评分标准（0-3分）
髓海不足证（阴虚亚型）	核心证候	记忆减退	0 分 = 无；1 分 = 偶发忘事，提醒可忆；2 分 = 经常忘事，影响生活；3 分 = 记忆完全丧失，不识亲疏
		潮热盗汗	0 分 = 无；1 分 = 夜间偶发盗汗，醒后即止；2 分 = 每晚盗汗

证型	证候分类	具体症状	评分标准（0-3分）
			1~2 次，需擦汗；3 分 = 彻夜盗汗，浸湿衣被
	次要证候	头晕耳鸣	0 分 = 无；1 分 = 偶发头晕，耳鸣声轻；2 分 = 头晕频繁，耳鸣持续；3 分 = 头晕目眩，耳鸣如潮，无法站立
		手足心热	0 分 = 手足温热正常；1 分 = 手足心微热；2 分 = 手足心灼热，夜间明显；3 分 = 手足心热甚，需握冷物缓解
气血亏虚证	核心证候	面色苍白 / 萎黄	0 分 = 面色红润；1 分 = 面色淡白；2 分 = 面色苍白；3 分 = 面色萎黄，毫无血色
		心悸气短	0 分 = 无；1 分 = 活动后心悸气短，休息缓解；2 分 = 静息时心悸，稍动即喘；3 分 = 端坐呼吸，心悸不止
	次要证候	神疲健忘	0 分 = 精神好，记忆正常；1 分 = 神疲，记忆稍减；2 分 = 神疲乏力，记忆明显减退；3 分 = 精神萎靡，完全健忘
		失眠多梦	0 分 = 睡眠正常；1 分 = 入睡困难，偶有多梦；2 分 = 易醒多梦，睡眠不足 4 小时；3 分 = 彻夜难眠，噩梦频发
脾肾两虚证（阴虚夹气虚亚型）	核心证候	神疲乏力	0 分 = 无；1 分 = 活动后乏力；2 分 = 稍动即累；3 分 = 卧床不起，精神萎靡
		口干咽燥	0 分 = 无；1 分 = 口干微渴，饮水可解；2 分 = 口干咽燥，饮水不解；3 分 = 口干舌裂，难以吞咽
	次要证候	食欲不振	0 分 = 食量正常；1 分 = 食量减少 1/3；2 分 = 食量减少 1/2；3 分 = 不思饮食
		大便干结 / 溏薄交替	0 分 = 大便正常；1 分 = 偶有干结或溏薄；2 分 = 干结与溏薄交替出现；3 分 = 便秘与泄泻交替发作，难以缓解

参 考 文 献

[1]全国标准化原理与方法标准化技术委员会(SAC/TC 286).标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则:GB/T 1.1-2020[S].中国标准出版社,2020.

[2]中国针灸学会.针灸技术操作规范 第1部分：艾灸:GB/T 21709.1-2008[S].中国标准出版社,2008.

[3]朱才丰,杨骏,蔡圣朝,等.艾灸督脉治疗血管性轻度认知障碍的随机对照试验[J].辽宁中医杂志,2019,(01):132-135.

[4]朱才丰,杨骏,杨坤,等.通督化瘀灸法治疗血管性认知障碍临床观察[J].上海针灸杂志,2013,(04):242-244.

[5]朱才丰,杨骏,费爱华,等.艾灸督脉组穴治疗轻度认知功能障碍疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,(11):695-697.