

ICS **,***. **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

脑梗死中医健康管理指南

Chinese Medicine Health Management Guidelines of Cerebral Infarction

（文件类型：公示稿）

（本稿完成时间：2022 年 4 月）

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

T/CACM公示稿 T/CACM公示稿

目次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 管理对象判断标准	2
5 管理内容及目标	2
6 管理模式	2
6.1 三级管理	2
6.2 各级功能定位	3
6.3 分级管理范围	3
7 管理流程	3
8 健康信息采集和监测	4
8.1 采集内容	4
8.2 动态监测内容及时间	5
9 病情评估	6
9.1 脑梗死神经功能缺损评估	6
9.2 脑梗死伴发症状评估	6
9.3 脑梗死复发风险评估	7
9.4 脑梗死中医证素、体质评估	7
9.5 复发加重快速识别	7
10 干预建议	7
10.1 健康教育	8
10.2 危险因素处理	8
10.3 药物治疗	11
10.4 康复治疗	11
10.5 伴发症状治疗	13
11 随访管理	15
12 干预效果评估	15
13 信息化管理	15
附录 A（资料性） 指南指定方法	16
附录 B（资料性） 推荐意见汇总表	19
附录 C（资料性） 缺血性中风证候要素诊断量表	22
参考文献	25

前言

本文件按照GB/T1.1—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》进行起草。

本文件由河南中医药大学第一附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学中医脑病研究院、天津中医药大学第二附属医院、新疆维吾尔自治区中医医院、广东省中医院、北京中医药大学、中国中医科学院、河南中医药大学、北京中医药大学第三附属医院、北京中医药大学深圳医院、河南省中医院、河南中医药大学第三附属医院、湖北省中医院、长春中医药大学第一附属医院、南京中医药大学第三附属医院、贵阳中医药大学第二附院、云南省中医院、湖南省中医药研究院附属医院、郑州市中医院、江苏省无锡市中医医院、河南省睢县中医院。

本文件主要起草人：刘向哲、赵敏、王新志、王海峰、高颖。

本文件参与起草人（按姓氏笔画排序）：丁砚兵、马驰远、王庆波、王保亮、孙江燕、伍大华、刘志华、刘建平、刘瑞新、张怀亮、张金生、张振强、张艳博、张道培、张琳琳、邵明义、李小黎、李乐军、陈红、陈薇、况时祥、林亚明、招远祺、周晓卿、荆志伟、赵杨、赵明芬、赵德喜、韩舰华、楚海波。

引 言

脑梗死是我国居民死亡的首位原因，具有发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高等特点，是严重危害人民健康、影响社会经济发展的重大慢性疾病。国内外经验已证实，实施慢病健康管理有助于开展二级预防，降低脑梗死复发、加重、死亡等复合终点事件发生率。针对我国国情，充分发挥中医药特色优势，开展中医理论指导下的健康管理是提高脑梗死二级预防依从性、有效性的重要途径。为明确脑梗死中医健康管理的内容和流程，规范和推广中药及中医适宜技术应用，促进脑梗死中医药防治水平，在国家科技部重点研发计划中医药现代化研究专项“不同区域人群心脑血管疾病中医健康状态监测、预警与防控模式的示范研究”（项目编号：2019YFC1710000）项目的支持下，由河南中医药大学第一附属医院牵头制定《脑梗死中医健康管理指南》（以下简称“本文件”）。本文件是在《世界卫生组织指南制定手册》指南制定方法、流程及中华中医药学会团体标准管理办法的指导下，基于当前最佳证据，广泛征求临床专家意见并遵循临床实践现状制定而成。作为推荐性团体标准，本文件为从事脑梗死防治的中医、中西医结合临床医师尤其是村医、乡镇卫生院、社区等基层医疗机构医师提供脑梗死患者中医健康管理的指导性意见，并在未来实施推广过程中不断更新和修订。

T/CACM公示稿 T/CACM公示稿

脑梗死中医健康管理指南

1 范围

本文件规定了脑梗死中医健康管理的术语及定义、管理内容及目标、管理模式、管理流程，规范了脑梗死中医健康管理中健康信息采集和监测、病情评估、干预建议、随访管理、干预效果评估以及信息化管理等内容。

本文件适用于各级中医医师、中西医结合医师。

本文件适用于社区卫生服务中心（站）、村卫生室、乡镇卫生院等基层医疗机构，并供二、三级中医院、中西医结合医院、综合医院等上级医院参考。

本文件管理对象为脑梗死后遗症（ICD-10：I69.300）、陈旧性脑梗死（ICD-10：I69.300x002）、脑梗死恢复期（ICD-10：I69.300x003）确诊人群。

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 13734-2008 耳穴名称与定位

GB/T 22163-2008 腧穴定位图

WS/T558-2017 脑卒中患者膳食指导

ZYYXH/T 157-2009 中医体质分类与判定

3 术语和定义

规范性引用文件中界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

脑梗死 Cerebral Infarction

缺血性卒中的总称，包括脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等，指脑部血液供应障碍，缺血、缺氧引起局限性脑组织坏死或软化而出现相应的神经系统症状^[1]。

3.2

缺血性中风 Ischemic Stroke

在气血内虚的基础上，因劳倦内伤、忧思恼怒、饮食不节等诱因，引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，导致脑脉痹阻而发病^[1]。

3.3

短暂性脑缺血发作 Transient Ischemic Attack, TIA

为脑血液循环障碍病因导致的突发、短暂（数分钟至数十分钟多见）的脑、脊髓或视网膜神经功能缺损，影像学无新的局灶性脑梗死病灶^[2]。

3.4

健康管理 Health-management

对个体或群体健康进行监测、分析、评估，提供健康咨询和指导，及对影响健康的危险因素进行干预的过程^[3]。

3.5

中医健康管理 Health-management of Traditional Chinese Medicine

是指以中医学“治未病”“整体观念”“辨证论治”等核心思想为指导，结合现代健康管理学的理论方法，对个体或群体整体健康状况及健康危险因素进行全面采集、监测、评估，并予以中医药手段有效干预及动态评估的行为及过程。

3.6

二级预防 Secondary Prevention

对已经患病的人群采取防治措施，以改善症状、降低病死率、致残率，同时防止疾病复发。

4 管理对象判断标准

本文件所涉及的健康管理对象是指已明确诊断为脑梗死的恢复期、后遗症期人群。脑梗死西医疾病诊断标准参照《缺血性卒中基层诊疗指南（2021 年）》^[21]，分期标准参照《中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017）》^[4]。脑梗死中医证候要素诊断采用《缺血性中风证候要素诊断量表》^[5]（见附录 C），中医辨证分型参照《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分·中风病》^[6]。

5 管理内容及目标

本文件所涉及的脑梗死中医健康管理内容是指以中医学“治未病”“整体观念”“辨证论治”等核心思想为指导，结合现代健康管理学的理论方法，采用中医健康教育、中药汤剂、中医适宜技术等手段，开展脑梗死患者恢复期、后遗症期的有效康复及危险因素干预。其目标是改善症状、提高患者生活质量，降低脑梗死复发率、致残率及死亡率。

6 管理模式

6.1 三级管理

脑梗死中医健康管理通过以脑梗死恢复期/后遗症期患者为核心、基层医疗机构为主体、上级医疗机构为保障的“家庭-社区-医院”三级管理模式实施开展。其一，根据疾病严重程度及综合因素控制情况，对脑梗死患者实施不同级别、不同方法的医疗服务，以利于患者获得最佳治疗，同时优化医疗资源配置；其二，三级管理联动配合，以保证监测评估及时化、预警主动化、干预全面化。

6.2 各级功能定位

6.2.1 家庭管理

包括患者自我管理和家庭成员协助管理。患者自我管理是指患者通过专业医学指导，能够充分认识疾病危害，做到自觉监测疾病及其危险因素变化、简单评估身体状况、快速识别急危状况，增强自救及求助能力，并进行不良生活方式纠正、按时服药、中医适宜技术应用以及配合基层医疗机构完成医疗活动等健康管理行为。家庭成员需同步了解和掌握上述健康信息，为患者创造健康支持的环境，并通过教育、激励、训练等方式协助患者实现有效的自我管理。

6.2.2 基层医疗机构管理

包括村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心等。管理内容包括脑梗死患者健康档案建立、健康信息采集、全面病情及中西医危险因素评估、中西医规范化基础管理方案实施、动态监测病情及中西医危险因素变化、定期随访评估等连续性健康服务，以及能够在管理中快速应答，尽早识别急危重症和疑难患者，随时转诊。

6.2.3 上级医疗机构管理

包括县级及以上医院。管理内容包括开展基层医疗机构医疗和中医健康管理技术培训，定期进行基层医疗机构中医健康管理工作的质量控制和评价，对接基层医疗机构保障急危重症和疑难患者的临床诊疗并制订完善的中西医治疗方案、完成院内早期康复、实施向下转诊。

6.3 分级管理范围

6.3.1 家庭管理为主，基层医疗机构管理为辅

对病情稳定、Essen 卒中风险评分（Essen Stroke Risk Score, ESRS）为脑梗死复发低危（脑梗死复发风险评估见 9.3）、健康管理方案明确且能够进行危险因素自我控制者，以家庭管理为主，基层医疗机构对其实行脑梗死疾病基础管理。

6.3.2 基层医疗机构管理为主，家庭管理为辅

对病情稳定、ESRS 评分为脑梗死复发中/高危者（脑梗死复发风险评估见 9.3）以及危险因素控制不佳需调整健康管理方案者，基层医疗机构实行重点管理，鼓励家庭辅助管理。

6.3.3 积极转入上级医疗机构管理

对脑梗死复发、加重者，经基层医疗机构处理后仍不能有效控制危险因素者，或基层医疗机构康复等条件不能满足治疗需求时，应及时转入具备溶栓、机械取栓、卒中绿色通道或其他相应医疗条件的上级医院。急性脑梗死救治时间窗较窄，其中静脉溶栓 3~4.5 小时内、动脉溶栓 6 小时内、机械取栓 6 小时内，因此疑似脑梗死患者应尽可能在发病 1 小时内转诊到上级医院^[2]。

7 管理流程

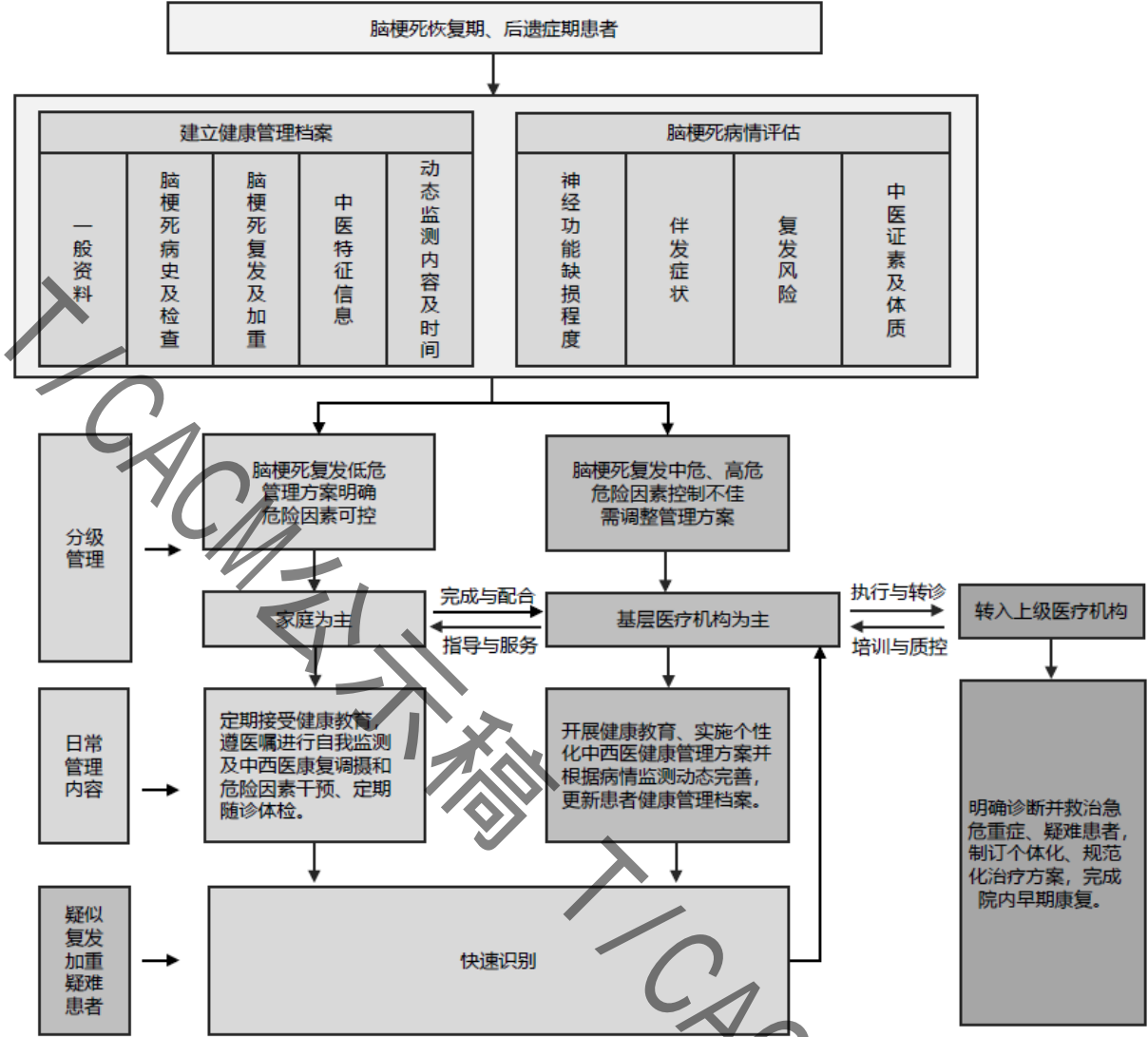


图1 脑梗死中医健康管理流程图

8 健康信息采集和监测

8.1 采集内容

8.1.1 一般资料

人口学资料：记录姓名、性别、出生日期、民族、身份证号码、婚姻状况、受教育程度、职业、家庭年收入、医疗保障类别等情况；过敏史：记录有无药物及食物过敏史；月经及婚育史：记录结婚年龄、是否绝经及生育子女情况；家族史：记录亲属中有无脑卒中、冠心病、高血压病、糖尿病、脂质代谢异常、猝死、心律失常、癫痫等病史；个人史：记录吸烟、饮酒、饮食习惯、睡眠、体力活动、工作状态及情绪状态等生活方式情况。

8.1.2 脑梗死病史及检查

脑梗死病史：记录既往脑梗死的发病时间、诱因、主诉症状、伴随症状、病程、遗留症状、治疗过

程、脑血管溶栓或脑血管支架置入史等；其他既往史：记录有无高血压、糖尿病、血脂异常、脑出血、房颤、其他心脏疾病、TIA、偏头痛、高同型半胱氨酸血症、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等病史及其治疗情况；当前药物治疗：记录是否使用抗血小板类药、抗凝药、降脂药、降压药、降糖药、改善脑血液循环药、改善脑代谢药、促智药、维生素、中药汤剂、中成药或其他相关药物；当前非药物治疗：记录是否使用康复训练、针刺、艾灸、推拿按摩、中药熏洗、穴位贴敷、拔罐、太极拳、八段锦或其他相关非药物治疗手段；体格检查：记录身高、体重、体质指数（Body Mass Index, BMI）（BMI=体重（kg）/[身高（m）]²）、体温、呼吸、脉搏、血压、心率等一般查体情况以及颅神经、运动、感觉、反射、脑膜刺激征、自主神经功能、病理征等神经系统查体情况；实验室检验：记录近期血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖、糖化血红蛋白、同型半胱氨酸、凝血酶原时间、国际标准化比值等实验室检验结果；辅助检查：常规记录近期心电图、颈动脉彩超、头颅MRI、头颅磁共振血管成像（Magnetic Resonance Angiography, MRA）、头颈非创伤性血管成像技术（Computed Tomography Angiography, CTA）、头颅数字减影血管造影（Digital Subtraction Angiography, DSA）等结果，心源性栓塞型脑梗死附加记录24小时动态心电图、心脏超声、发泡实验等结果。

8.1.3 脑梗死复发及加重

记录患者近一周内有无新发或加重的头晕、头痛、恶心、呕吐、视物模糊、视物重影、单侧肢体无力、单侧肢体感觉障碍、躯体疼痛、步态异常、面部感觉障碍、口角歪斜、言语不清、言语不利、一过性意识模糊等症状、体征及其发作频率、时长。

8.1.4 中医特征信息

发病节气：记录患者发病时所处节气；中医证候要素及证型：收集患者四诊信息，采用《缺血性中风证候要素诊断量表》^[5]判断患者当前中医证候要素特征，明确中医证型；中医体质：收集患者四诊信息，按照 ZYYXH/T 157-2009 要求，采用《中医体质量表》^[7]明确患者近期体质类型。

8.2 动态监测内容及时间

脑梗死恢复期、后遗症期患者病情稳定时，应每日自我监测血压、心率；每6个月由基层医疗机构监测血常规、尿常规、大便常规、血脂、糖化血红蛋白、肝功能、肾功能、同型半胱氨酸、凝血酶原时间、国际标准化比值等实验室指标及心电图、颈动脉彩超、头颅MRI、头颅MRA/头颈CTA/头颅DSA等辅助检查情况，复查颅神经、运动、感觉、反射、脑膜刺激征、自主神经功能、病理征等神经系统症状体征，记录服药情况、非药物治疗情况、生活方式变化，判断中医证候要素及证型、中医体质等。脑梗死恢复期、后遗症期患者症状、体征突发变化时，应由基层医疗机构随时记录，并评估是否转诊（见表1）。

表1 脑梗死动态监测内容及时间

疾病状态	动态监测内容	监测频次	监测人员
病情稳定	血压	每日1次	脑梗死患者
	心率		
	BMI	每6个月1次	基层医疗机构
	血、尿、大便常规、血脂、糖化血红蛋白		

白、肝功能、肾功能、同型半胱氨酸、
凝血酶原时间、国际标准化比值
心电图、颈动脉彩超、头颅 MRI、
MRA/CTA/DSA
神经系统查体
药物、非药物治疗情况
生活方式变化
中医证候要素及证型、中医体质
HAMD、HAMA、PSQI、BI、MMSE、MoCA、
ESRS、ABCD₂

症状体征 突发变化	记录变化情况，及时评估转诊	随时	基层医疗 机构
--------------	---------------	----	------------

共识建议 1：针对脑梗死恢复期、后遗症期患者，基层医疗机构应首先进行全面健康信息采集，建立患者个人健康档案，其次对常规危险因素进行动态监测，同时联合中医四诊信息、证素、证候、体质监测，为全面风险评估及二级预防提供依据。（共识度 95.24%）

9 病情评估

9.1 脑梗死神经功能缺损评估

9.1.1 恢复期和后遗症期

建议采用改良 Rankin 量表（Modified Rankin Scale, MRS）、BI 指数（Barthel index, BI）评估脑梗死后神经功能缺损所致功能残疾水平和功能恢复程度。

9.1.2 急性期

建议采用美国国立卫生研究院卒中量表（National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS）（后循环缺血可调整为 e-NIHSS）评估脑梗死急性复发或加重第 1 天、7 天神经功能缺损程度，以评估疾病预后。

9.2 脑梗死伴发症状评估

9.2.1 睡眠障碍

建议采用匹兹堡睡眠质量指数量表（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）评估脑梗死患者伴发睡眠状况。

9.2.2 心理障碍

建议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 Scale, HAMA）评估脑梗死患者伴发抑郁、焦虑情绪症状。

9.2.3 认知障碍

建议采用简易精神状态检查量表（Mini-Mental State Examination, MMSE）、蒙特利尔认知评估量表（Montreal Cognitive Assessment, MoCA）评估脑梗死患者伴发认知功能障碍。

9.2.4 吞咽功能障碍

建议采用洼田饮水试验评估脑梗死患者吞咽功能以及是否存在误吸风险。

9.3 脑梗死复发风险评估

9.3.1 脑梗死长期复发风险评估

建议采用 ESRS 卒中风险评分量表评估脑梗死患者长期复发风险。总分 0~2 分为低危、3~6 分为中危、7~9 分为高危。

9.3.2 TIA 短期脑卒中风险评估

TIA 后 48 小时为脑梗死的高风险期，对患者紧急评估与干预可以预防病情的进一步恶化。建议采用 ABCD₂ 评分评估 TIA 患者短期内脑梗死风险，对于 ABCD₂ ≤ 3 分者应在 1 周内完成全面病情及危险因素评估，对于 ABCD₂ ≥ 4 分者应在 24 小时内完成全面病情及危险因素评估。TIA 是脑梗死的预警信号，一旦患者出现 TIA 应按照脑梗死标准启动二级预防，以降低梗死风险。

9.4 脑梗死中医证素、体质评估

共识建议 2：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，建议纳入中医四诊信息、证素、证候、体质等特征性危险因素以提高风险评估的准确性及二级预防的有效性，建议重点监测气虚证、血瘀证、阴虚阳亢证、痰湿蒙神证等证型以及痰湿质、血瘀质、气虚证等体质状态，预警脑梗死复发风险。（共识度：100%）

建议说明：脑梗死复发常见危险因素（如年龄、发病季节、性别、合并病、病程等）^[8-10]以及常用危险分层量表（如 ESRS 等）^[11,12]均与中医四诊信息、证素、证候、体质等关系密切，纳入中医特征要素，对于提高风险评估的准确性、增强二级预防的针对性和有效性至关重要^[7,11,12]。研究者运用多因素 Logistic 模型构建基于体质的脑梗死复发风险评估模型，与西医常规危险因素风险评估模型进行比较，其预测效能更佳，其中痰湿体质、血瘀体质是脑梗死复发的主要危险因素^[11]。有研究对 ESRS 各危险分层下非急性期脑梗死中医证候要素的分布特征以及二者的相关性进行分析，结果显示气虚、血瘀、阴虚阳亢是判定非急性期脑梗死患者高复发风险的有效证候要素^[13]。一项研究纳入急性脑梗死住院患者 1059 例并随访观察 3 年，发现早期介入中医综合康复方案组的死亡风险、复发风险均低于现代综合康复方案组，且生存时间与未复发时间均高于现代综合康复方案组，其中痰湿蒙神证是影响脑梗死 3 年复发的因素之一^[14]。

9.5 复发加重快速识别

采用“中风 1-2-0”方法快速识别脑梗死复发、加重。“1”代表查看一张脸是否不对称出现口角歪斜；“2”代表查看两只手臂平行举起是否出现单侧肢体无力；“0”代表聆听讲话是否出现言语不清表达困难。通过以上三步，如怀疑发生脑梗死，立刻拨打急救电话 120 或立即启动急救响应流程，及时转诊。

10 干预建议

10.1 健康教育

共识建议 3: 对于脑梗死恢复期、后遗症期患者及其照顾者, 建议给予中医理论指导下的健康教育 (包括用药、饮食、起居、运动等指导), 提高患者治疗依从性和二级预防的有效性。(共识度: 100%)

建议说明: 健康教育是指通过有计划、有组织、有系统的社会和教育活动, 促使人们自愿地改变不良的健康行为和影响健康行为的相关因素, 消除或减轻影响健康的危险因素, 预防疾病, 促进健康和提高生活质量。健康教育是脑梗死多种防治措施有效施行的重要保障, 其教育要点包括: 健康教育应尽早开展, 强调全程教育; 教育内容应准确、全面, 包括疾病知识 (如强调采用中风“1-2-0”进行早期识别并快速就医)、生活方式改良、治疗方案及药物副作用等, 并强调自我管理的重要性; 健康教育的对象应包括脑梗死患者及其直接照顾者或家属; 健康教育方法和途径应结合基层医疗环境, 应交代简明、通俗易懂, 可采用印刷材料、视听节目、在线宣传、社区宣讲、板报、电视广告以及各种新媒体和自媒体等多种途径综合实现, 可选择让患者重复主要内容或进行书面指导等方法强化记忆^[15]。

本文件所涉及的中医健康教育是指在健康教育的基础上, 以中医理论指导帮助脑梗死患者及其照顾者认识疾病的中医危险因素特征, 运用中医基本知识及适宜技术消除或减轻相关危险因素, 促进脑梗死康复、预防脑梗死复发加重。除上述健康教育内容外, 中医健康教育还应包括: 中医药基本知识, 包括中医对生命、人与自然和社会关系、健康以及疾病的认识, 中医学的诊治手段等; 脑梗死中医药防治的要点和方法, 包括脑梗死复发的中医要素特征普及 (如季节、环境、四诊信息等)、常用药物和适宜技术的适用范围、不同证候和体质人群的生活方式指导原则等; 特殊人群的中医药防治, 包括老年人、高血压人群、高血糖人群、高血脂人群的中医药有效干预方法等; 中医药常识, 包括常见中成药、中医应急知识等^[16]。中医理论指导下的健康教育能够提高脑梗死患者二级预防的有效性。研究发现^[17], 与现代医学的健康教育内容 (低盐、低脂饮食, 限制总热量摄取, 每天运动 1~2 小时) 相比, 中医理论指导下的健康教育能提高气虚型中风患者的日常生活能力, 减少再入院率和并发症, 降低治疗成本。

10.2 危险因素处理

10.2.1 生活方式干预

10.2.1.1 合理膳食

共识建议 4: 对于脑梗死恢复期、后遗症期患者, 建议结合中医证候、体质辨识进行饮食调护, 以促进机体康复, 降低脑梗死复发风险。(共识度: 95.24%)

建议说明: 脑梗死患者膳食指导原则包括: 饮食种类多样化, 保证充足的营养和适宜的体重 ($18.5\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI} < 24.0\text{kg}/\text{m}^2$); 根据患者年龄、危险因素评估结果进行个体化膳食指导; 多采用低盐低脂的烹调方法, 减少咀嚼, 易于消化和吸收; 针对吞咽障碍患者, 将固体食物改成泥状或糊状, 避免稀液体导致的误吸。具体可参照 WS/T558-2017^[2, 18]。

中医药历来重视饮食在预防和治疗疾病中的重要性, 《内经》云: “药以去之, 食以随之”。对于脑梗死恢复期、后遗症期患者, 可在 WS/T558-2017 相关规范的基础上结合中医证候、体质辨识进行饮食调护, 既调理脾胃, 扶助正气, 有助于药物的吸收和效用发挥, 还可利用食物气味偏性缩短康复疗程, 预防复中。以风痰阻络证患者为例, 中医饮食调护当把握祛风化痰的原则, 不可食用或饮用生湿聚痰之品, 宜戒烟酒, 少食肥肉、羊肉、鸡肉、狗肉、牛肉等发物。日常饮食宜清淡、易消化, 以有利于排除体内痰湿, 同时还应避风寒, 少吹空调和风扇, 以免复感风邪^[19, 20]。食物种类、性味、作用、体质适用

等可参照《中医治未病实践指南-超重状态调治原则》（T/CACM 1113—2018）附录^[21]。

10.2.1.2 戒烟限酒

共识建议 5：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，建议给予中药汤剂、中医适宜技术（如中药穴位贴敷、针刺、耳穴埋豆、埋线）等手段单用或联合使用，以辅助戒烟、戒酒，降低脑梗死复发风险。（共识度：95.24%）

建议说明：吸烟者应戒烟，不吸烟者应避免被动吸烟^[2, 15, 22]。吸烟者应加强健康教育，使其充分认识到吸烟对脑梗死复发的危害。尝试戒烟次数越多，戒烟成功机率越大，鼓励吸烟患者努力尝试戒烟，戒烟难度较大者可通过逐渐减少吸烟量完成戒烟。消极情绪及戒断症状是阻碍戒烟的主要因素，吸烟患者可采用身心同治。此外，还可以中医疗法辅助戒烟。气滞、痰瘀是烟草依赖人群的主要中医危险因素特征，以豁痰祛瘀、芳香化浊为法选取中药贴敷于双侧戒烟穴（列缺与阳溪中点凹陷处）、双侧丰隆穴、天突穴、膻中穴等，不仅能够有效缓解相关症状、提高戒烟舒适感，且戒烟效果持续更长、复吸率更低^[23]，其与针刺、艾灸等穴位刺激疗法临床应用较多。本文件中所涉及穴位均按照 GB/T 13734-2008、GB/T 22163-2008 定位取穴。

脑梗死患者应尽可能减少酒精摄入量，不提倡采用少量饮酒的方法预防脑梗死^[2, 15, 22]。酒精依赖者中医特征研究显示，其病位在肝、脾、肾，病理要素为湿热，可采用药物、非药物疗法以及心理疏导等多种手段综合治疗，药物治疗可选择和解泄热安神法方药如柴胡龙骨牡蛎汤等加减，以改善相应中医症状、提高生活质量^[24, 25]，非药物疗法可尝试耳穴埋豆^[26]，但相关临床研究的方法学质量总体欠佳。

10.2.1.3 适量运动和控制体重

共识建议 6：对于脑梗死恢复期、后遗症期合并超重或肥胖患者，建议给予中药汤剂、中医适宜技术（如针刺、埋线）单用或联合使用以控制体重，降低脑梗死复发风险。（共识度：90.48%）

建议说明：身体运动可降低脑梗死发生风险，且不受性别或年龄因素影响。建议脑梗死患者选择适合自己身体的运动来降低卒中的发生风险^[2]，每周至少进行 4 次 10 分钟以上的中等强度有氧运动或每周两次每次 20 分钟的剧烈有氧运动，对于白天久坐不动的脑梗死患者建议每久坐 30 分钟后站立 3 分钟或进行少量运动^[22]。建议脑梗死患者监测 BMI， $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ 为体重过低， $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24.0 \text{ kg/m}^2$ 为体重正常， $24.0 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为超重， $BMI \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖。超重和肥胖患者在增加体力活动的同时，应联合生活方式和饮食习惯改良等措施减轻体重，减少脑梗死风险。

推荐脑梗死合并超重和肥胖患者参照个人中医证候及体质特点制定运动方案，同时可在合理运动、改良生活方式和饮食习惯的基础上联合中药汤剂、中成药、中药药膳、针刺、埋线等手段，提高肥胖治疗效果^[27-30]，如降低腰围、臀围、BMI 指数，降低甘油三酯、胆固醇含量，升高高密度脂蛋白，减轻因肥胖引起的乏力、肢体沉重、便秘等症状^[27]。一项 18805 例^[31]成人体质类型与超重和肥胖的关系研究结果显示，痰湿质、气虚质是超重和肥胖的主要体质影响因素。脑梗死伴超重和肥胖患者的中医干预方案具体可参照《中医治未病实践指南-超重状态调治原则》（T/CACM 1113—2018）^[21]。

10.2.2 危险因素控制

10.2.2.1 血脂异常

推荐意见 1：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用具有活血化瘀作用的中药治疗，以降低

血清总胆固醇（Serum total cholesterol, TC）、甘油三酯（Triglyceride, TG）、低密度脂蛋白（Low density lipoprotein cholesterol, LDL-C），同时改善神经功能缺损、提高日常生活能力（证据级别：中等质量；推荐强度：强推荐）；推荐使用针刺治疗，以降低 TC、TG、LDL-C，升高高密度脂蛋白（High density lipoprotein cholesterol, HDL-C）（证据级别：中等质量；推荐强度：弱推荐）；推荐使用针药结合治疗，以降低 TC、TG、LDL-C，升高 HDL-C（证据级别：中等质量；推荐强度：强推荐）。

推荐说明：脑梗死恢复期、后遗症期患者建议每年监测血脂。发现血脂异常首先采用生活方式改良，无效者应联合药物治疗。脑梗死高危人群无论基线 LDL-C 水平如何，均提倡生活方式改良联合他汀类药物治疗。药物治疗以他汀类为主，他汀不耐受者可采用贝特类、依折麦布、烟酸等非他汀疗法。对于无冠心病、心源性栓子及 LDL>100mg/dL 的脑梗死患者，口服阿托伐他汀 80mg 可降低卒中再发风险^[22]。达标标准：动脉粥样硬化性心血管疾病（atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD）极高危^[32]者 LDL-C<1.8 mmol/L（70 mg/dl），高危者 LDL-C<2.6 mmol/L（100 mg/dl）^[2]。具体可参照《血脂异常基层诊疗指南（2019 年）》^[32]。

中医药在脑梗死内科常规治疗的基础上，联合活血化瘀中药汤剂^[33-48]、针刺^[33, 49]或针药结合治疗^{错误！未找到引用源。}等方法，可在降低 TC^[27-30, 32, 33, 37, 43-47, 49, 50]、TG^[27-30, 32, 33, 37, 43, 45-47, 49, 50]、LDL-C^[27-30, 32, 33, 37, 44, 47, 49, 50]，升高 HDL-C^[49, 50]的同时改善神经功能缺损^[34-36, 38, 39]、提高日常生活能力^[33, 35, 36, 39]。活血化瘀类中药汤剂主要以活血化瘀通络治法组方，常用方剂为补阳还五汤、血府逐瘀汤、侯氏黑散等加减^[33-48]，也可联合补气健脾化痰治法组方。针刺选穴方案^[33, 49]同“10.4.1 运动障碍康复”。为增强疗效，可采用活血化瘀中药汤剂联合针刺治疗^[49]。

10.2.2.2 血糖异常

推荐意见 2：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用具有益气活血作用的中药治疗，以降低空腹血糖，同时改善神经功能缺损、提高日常生活能力（证据级别：中等质量；推荐强度：弱推荐）。

推荐说明：脑梗死恢复期、后遗症期患者应定期监测空腹血糖及糖化血红蛋白，必要时行糖耐量试验检查以排除隐匿性糖尿病。合并糖尿病者应首先改良生活方式，控制饮食、增加体力活动，必要时口服降糖药或胰岛素治疗。达标标准：空腹血糖 4.4~7.0mmol/L，餐后血糖 4.4~10.0mmol/L，糖化血红蛋白降至<7%^[2]。具体可参照《2 型糖尿病基层诊疗指南（实践版·2019）》^[51]。

中医药治疗脑梗死恢复期、后遗症期血糖异常，可在脑梗死内科常规治疗的基础上，联合益气活血中药治疗^[45, 46, 52]，在降低空腹血糖^[45, 46, 52]的同时降低神经功能缺损严重程度^[52]、提高肢体活动能力。益气活血治法常用中药可选取人参、川芎、黄芪、丹参等组方治疗，也可添加养阴药物如玉竹等^[52]，或采用益气养阴活血中成药治疗^[45]。

10.2.2.3 血压异常

脑梗死恢复期、后遗症期患者应强化血压监测和管理。高血压的诊断标准为收缩压≥140mmHg 和/或舒张压≥90mmHg，一旦确诊应严格监测血压，并首先通过改良生活方式控制血压，包括减少钠盐摄入并增加钾摄入（每人每日食盐摄入量逐步降至<6g）、合理膳食、控制体重（BMI<24kg/m²、男性腰围<90cm、女性腰围<85cm）、戒烟酒、增加运动、保持心理平衡和良好睡眠^[53]。若血压仍不达标，则应在改良生活方式的同时，及时规律药物治疗^[2]。药物选择采取个体化原则，以血压达标为关键，结合并发症、患者本人意愿等进行选择。有证据显示，脑梗死合并高血压患者，应用噻嗪类利尿剂、血管紧张素转化酶

抑制剂 (Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor, ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (Angiotensin II Receptor Blockage, ARB) 降压可预防脑梗死再发^[22]。达标标准: 普通高血压患者应将血压降至 <140/90 mmHg, 大于 65 岁者可根据具体情况降至 <150/90 mmHg。具体可参照《高血压基层诊疗指南(2019 年)》^[53]。

中医药干预脑梗死恢复期、后遗症期合并高血压患者的临床研究中, 针刺^[54, 55]、耳穴埋豆^[56] 质量证据相对较高, 研究结果显示针灸治疗可降低日均收缩压/舒张压^[54, 56]、清晨舒张压、日收缩压/舒张压波动幅度^[54, 56]、血清内皮素-1 (endothelin-1, ET-1)^[56]、日间高峰收缩压/舒张压^[55]、全天收缩压/舒张压血压负荷^[55]。其中针刺常用穴位为内关、水沟、印堂、三阴交、下极泉、尺泽、委中、人迎、合谷、太冲、足三里、曲池, 耳穴压贴选穴以降压点、神门穴、心穴、心血管皮质下、肝穴为主, 但因临床应用不足等原因未能得到大多临床专家推荐。

10.3 药物治疗

脑梗死西药规范化治疗主要包括抗栓 (非心源性脑梗死以抗血小板聚集为主, 心源性脑梗死以抗凝为主)、他汀降脂、改善脑血循环、神经保护以及并发症处理等, 具体可参照《2021AHA/ASA 卒中与短暂性脑缺血发作患者卒中预防指南》^[22]、《缺血性卒中基层诊疗指南(2021 年)》^[2]。

中药、中成药规范化治疗整体采用辨证施治, 该病属本虚标实之证, 急性期证候要素以风、火、痰、瘀、毒为主, 其核心证候以痰热腑实证最为常见, 随着病情发展, 恢复期、后遗症期脾肾亏虚、气虚或兼血瘀之证渐显, 证候演变由实到虚。临证时基于核心证候演变规律, 遵循“虚则补之, 实则泻之”的原则, 病证结合分期序贯治疗缺血性中风, 能够针对病机本质精准治疗, 从而提高临床疗效。具体可参照《中国缺血性中风中成药合理使用指导规范 2017》^[19]、《中国脑梗死中西医结合诊治指南》^[4]。

10.4 康复治疗

10.4.1 运动障碍康复

推荐意见 3: 对于脑梗死恢复期、后遗症期患者, 推荐使用针刺治疗 (证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐)、针药结合治疗 (证据级别: 低等质量; 推荐强度: 强推荐)、太极拳/八段锦训练 (证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐) 改善神经功能缺损、提高肢体运动功能, 推荐使用艾灸治疗 (证据级别: 低等质量; 推荐强度: 弱推荐) 改善神经功能缺损。

推荐说明: 进入恢复期及后遗症期, 脑梗死患者在社区内进行康复治疗同样具有康复疗效^[58]。在社区康复中, 基层医务人员应针对脑梗死患者病情制定个体化康复计划, 增强患者自我管理效能, 患者家属应积极参与患者康复计划, 采用家庭与社区相结合的方式积极提高康复效果。现代医学针对脑梗死患者运动障碍康复建议^[58]如下: 1) 脑梗死轻、中度患者, 发病 24~48 h 即可进行床边康复, 早期离床的康复训练, 训练应结合患者耐力, 以短时间、多次活动等循序渐进的方式进行, 身体条件允许时, 开始阶段每天至少 45 min 的康复训练, 然后根据情况适当增加训练强度; 2) 卧床患者推荐进行良肢位摆放, 鼓励患侧卧位, 适当健侧卧位, 尽可能减少仰卧位, 尽量避免半卧位, 保持正确的坐姿、站姿; 尽早在护理人员帮助下渐进性地体位转移训练、坚持肢体关节活动度训练, 病情稳定后尽快离床, 借助器械进行站立、步行康复训练, 以尽早获得基本步行能力; 3) 瘫痪患者应重视瘫痪肢体的肌力训练, 在常规康复治疗基础上结合针对性肌肉渐进式抗阻训练、等速肌力训练、功能性电刺激治疗、肌电生物反馈疗法等, 以提高瘫痪肢体的肌力和功能; 4) 脑梗死后痉挛首先采用保守疗法, 逐渐过渡到侵入式疗

法，推荐通过体位摆放、被动伸展、关节活动度训练、神经肌肉电刺激、局部肌肉震动治疗、口服药物（如乙哌立松、巴氯芬、替扎尼定）、局部肉毒毒素注射治疗以及经颅直流电刺激、重复经颅磁刺激、经皮电刺激、体外冲击波治疗等辅助治疗以缓解痉挛。

中医药常在内科常规药物治疗及现代康复技术的基础上联合针刺、艾灸、针药结合、中医传统运动、推拿等方法，以改善神经功能缺损、提高肢体运动功能^[49, 50, 59-70]。针刺旨在醒脑开窍、疏通经络，选穴应结合患者神经功能缺损症状、偏瘫恢复的不同阶段以及中医证型等因素确定，可选择头针、体针、夹脊穴等单用或联用，其中头针操作手法关键在于以不低于 100 转/分的速度快速捻转 2~3 分钟^[49, 59-63]。“针所不为，灸之所宜”，艾灸在温通经络、调畅气机等作用上对针刺进行补充，于本能振奋阳气，于标能祛风、化痰、活血、通络，尤其针对脑梗死恢复期和后遗症期肢体痉挛患者，艾灸能够温通濡养筋脉，促进患肢恢复。艾灸选穴常以五脏背俞穴、膈俞、督脉等为主，可采用单纯艾绒或隔姜灸、隔蒜灸等方法或联合针刺共同促进神经功能恢复^[64, 65]。为增强疗效，也可采用益气活血通络药物如补阳还五汤等内服或外用熏洗联合针刺治疗^[67-69]。八段锦是由八段功法动作组成的导引术，通过身体中心上下左右的转移和调整，伸展肌肉、灵活关节、协调全身。太极拳是应用太极阴阳变化之理创立的拳术，以五步（进、退、顾、盼、定）和八法（棚、捋、挤、按、采、捌、肘、靠）等为基本方法，动作圆柔连贯、绵绵不断。二者是目前改善脑梗死后运动功能障碍临床证据较多、质量较高的中医传统运动方法^[68-70]，通过日常练习能够增加肌肉力量，提高肌力和平衡能力，促进肢体功能障碍的康复。此外，有部分指南推荐采用中医推拿^[58]缓解脑梗死后肢体痉挛，但高质量临床研究证据较少。

10.4.2 感觉障碍康复

推荐意见 4：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针刺治疗（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）、针药结合治疗（证据级别：低等质量；推荐强度：强推荐）减轻脑梗死后肢体疼痛。

推荐说明：脑梗死后感觉障碍会直接导致运动功能的下降并影响运动功能的恢复^[71]，主要包括偏瘫性肩痛、肩手综合征、脑梗死后中枢性疼痛等。针对躯体感觉障碍现代康复医学常采用止痛药物、抗癫痫药物以及各种感觉刺激如经皮电刺激等手段促进康复^[58]。

中医药治疗感觉障碍常在内科常规药物及康复治疗的基础上联合针刺、针药结合等方法^[63, 67, 72]。针刺治疗可采用耳针、头针、体针、夹脊穴等，其中耳针常选取肩、腕、指、缘中、皮质下、交感穴等穴位，头针以感觉区“顶颞后斜线”为主要治疗区，体针沿疼痛循行经络取穴联合阳明经取穴，夹脊穴以胸椎、腰椎旁施针。不同针刺方法可单用或联合使用，旨在调畅气血、通络止痛^[63]。此外，针刺还可与益气活血通络中药联用，配合中药内服或外用熏洗，以增强活血通络、调神止痛功效^[67, 73]。

10.4.3 平衡障碍康复

推荐意见 5：对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针灸治疗（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）、太极拳训练（证据级别：中等质量；推荐强度：强推荐）提高平衡能力。

推荐说明：进入社区生活的脑梗死患者，现代康复医学建议参加平衡功能训练^[58]预防跌倒。中医药改善脑梗死后平衡障碍常在内科常规药物及康复治疗的基础上联合针灸、太极拳训练等方法^[70, 73]。针灸治疗主要以头针、体针联合艾灸形式，主穴选择以脾经、肝经、胃经、肾经、任脉为主，通过针刺患侧肢体主要穴位，达到疏通患肢经络、通利关节、调和气血的作用，同时配合艾灸脾经、肾经、任脉主要穴位，促进气血化生，强化脏腑、行气活血，标本兼治^[73]。中医传统运动中，现代康复医学及中医

学循证证据均支持太极拳训练对平衡障碍的改善效用^[70]。

10.4.4 吞咽障碍康复

推荐意见 6: 对于脑梗死恢复期、后遗症期合并吞咽困难患者, 推荐使用火针治疗, 以改善吞咽功能障碍, 提高生活质量。(证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐)

推荐说明: 经规范筛查后明确存在吞咽障碍的脑梗死患者, 现代康复医学建议在全面临床功能及仪器评价后, 结合具体情况给予口腔卫生管理、药物治疗、行为干预、神经肌肉电刺激、咽部电刺激、物理刺激、经颅直流电刺激、经颅磁刺激等治疗, 但除口腔卫生管理外, 其他方法的临床效用尚不能确定^[58]。中医药可在内科常规药物及康复治疗的基础上联合针刺治疗, 以改善吞咽功能障碍、提高生活质量^[74]。针刺以火针速刺、点刺, 选取廉泉、风池(双侧)、完骨(双侧)、水沟、内关(双侧)、足三里(双侧), 深度 2~5mm, 即刺即取不留针, 松解粘连组织, 改善局部微循环, 促进局部组织再生和修复^[74]。

10.4.5 语言障碍康复

脑梗死后最常见的语言障碍是构音障碍和失语。对于构音障碍患者, 现代康复医学建议在客观描述的基础上, 针对呼吸、发声、发音和共鸣等言语的生理学支持以及音量、语速和韵律等言语生成的全局方面进行个体化干预。对于失语患者, 现代康复医学建议对从听、说、读、写、复述等方面进行评价, 针对性的对语音和语义障碍进行治疗, 包括简单指令训练、口颜面肌肉发音模仿训练、复述训练, 口语理解严重障碍的患者可以试用文字阅读、书写或交流板进行交流。中医药改善脑梗死后语言功能障碍可选用针刺、针药结合、穴位按摩、艾灸等方法, 但相关临床研究的方法学质量总体欠佳。

10.4.6 日常生活能力康复

推荐意见 7: 对于脑梗死恢复期、后遗症期患者, 推荐使用针刺治疗(证据级别: 低等质量; 推荐强度: 强推荐)、艾灸治疗(证据级别: 中等质量; 推荐强度: 弱推荐)、针药结合(证据级别: 低等质量; 推荐强度: 强推荐)、八段锦训练(证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐)提高日常生活能力。

推荐说明: 现代康复医学推荐早期康复、作业治疗、强制性运动疗法、虚拟现实康复训练、功能电刺激、重复经颅磁刺激等方法来改善脑梗死患者的日常生活能力^[58]。中医药常在内科常规药物及康复治疗的基础上联合针刺、艾灸、针药结合、八段锦训练等方法以提高脑梗死患者日常生活能力, 该效用与其对运动障碍的改善密切相关^[33, 49, 50, 59-62, 64, 66, 67, 69]。针刺、艾灸、针药结合、八段锦治疗方案同“10.4.1 运动障碍康复”。

10.5 伴发症状治疗

10.5.1 睡眠障碍改善

推荐意见 8: 对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者, 推荐使用针灸治疗, 在改善睡眠质量、减少睡眠觉醒次数的同时提高日常生活能力(证据级别: 低等质量; 推荐强度: 弱推荐); 推荐使用安神类中药药枕治疗, 在改善睡眠质量、降低血清皮质醇含量的同时改善神经功能缺损(证据级别: 中等质量; 推荐强度: 弱推荐); 推荐使用安神类中药沐足治疗, 改善睡眠质量(证据级别: 低等质量; 推荐强度: 弱推荐); 推荐使用行气安神类中药药氧治疗, 改善睡眠质量、降低白日嗜睡程度(证据级别:

低等质量；推荐强度：弱推荐）；推荐使用中医情志治疗，改善睡眠质量，同时改善神经功能缺损、提高肢体运动功能（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）；推荐使用具有宁心安神作用的中药，以改善睡眠质量（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）。

推荐说明：脑梗死相关睡眠障碍包括呼吸睡眠暂停、失眠、快速动眼睡眠行为障碍、不宁腿综合征等，其中脑梗死后失眠的发生率约为 12%~57%^[15, 75-77]。脑梗死伴发失眠导致脑梗死致残率、复发率、死亡率均显著增加^[78-80]，其中死亡率增加可能与伴发失眠诱导高血压和糖尿病发生有关^[81-83]。针对脑梗死伴发失眠患者，在规范治疗脑梗死的基础上首选睡眠卫生教育、相关危险因素控制、认知行为治疗等非药物治疗，药物治疗推荐非苯二氮类药物和褪黑素受体激动剂，对伴有焦虑和抑郁症状的患者可添加具有镇静作用的抗抑郁药，对长期应用镇静催眠药物的患者，建议采用间歇治疗或按需治疗的服药方式而非连续服药，同时建议每 4 周评估 1 次，失眠药物减停应逐步进行^[15, 77]。

中医药治疗脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，可在脑梗死内科常规治疗及睡眠卫生教育的基础上联合针刺^[84]、针灸^[85]、安神类中药药枕^[86]、安神类中药沐足^[87]、行气安神类中药药氧^[88]、宁心安神治法中药内服^[89, 90]以及中医情志治疗^[91]等方法，在降低神经功能缺损严重程度^[86, 91]、提高肢体运动功能^[91]、提高日常生活能力^[85]的同时改善睡眠质量^[84-91]、减少睡眠觉醒次数^[84]、降低白日嗜睡程度^[88]、降低血清皮质醇含量^[86]。针刺以活血祛瘀、理气祛痰、益气养血、调和阴阳为治法，可选择百会、神庭、印堂、安眠、神门、三阴交、曲池、合谷、丰隆、足三里、血海、太冲、太溪等穴位，也可联合艾灸增强疗效^[84, 85]。中药治疗以宁心安神类药物为主并结合证候特点加减，以内服、药枕、沐足、药氧等不同形式用于临床^[86-90]。中医情志治疗的理论基础源于中医七情学说和五行学说，具体是指利用忧胜怒、恐胜喜、喜胜忧、怒胜思、思胜恐、恐胜悲的情志变化以调畅气机，改善脏腑生理功能。例如，通过观看喜剧影视作品等喜悦方法改善抑郁情绪，采用猜谜语等勤于思考的手段排解惊恐情绪，进而改善相关失眠症状^[91]。

10.5.2 心理障碍改善

推荐意见 9：对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发抑郁患者，推荐使用针刺（证据级别：中等质量；推荐强度：弱推荐）、逍遥散（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）改善抑郁症状；推荐使用中医情志治疗，在改善抑郁症状同时改善神经功能缺损、提高肢体运动功能（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）。

推荐说明：脑梗死后心理障碍主要是指脑梗死后患者伴发抑郁、焦虑症状，其中以伴发抑郁更为常见，发病率约为 30%^[94, 95]。研究表明，脑梗死后抑郁与脑梗死患者死亡率的增加显著相关^[96]。脑梗死伴发抑郁药物治疗首选选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI）、选择性 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI）类等抗抑郁药。同时，心理治疗、社会支持、物理治疗等非药物治疗方法也是重要手段^[58]。

针对脑梗死伴发抑郁患者，中医药常在脑梗死内科常规治疗的基础上联合中药^[92]、针刺^[59, 92]、中医情志治疗^{错误!未找到引用源。}等方法，可在改善神经功能缺损^[91]、提高肢体运动功能^[91]的同时改善抑郁症状^[59, 91, 92]。中医药治疗主要以疏肝健脾安神为主要治法，轻中度抑郁患者可采用相关中成药治疗^[57]，针刺治疗以头针和肝经取穴为主，常选合谷、太冲、三阴交、百会、印堂、神庭、四神聪，同时根据肢体偏瘫情况选择不同配穴^[59, 92]。中医情志治疗^[91]同“10.5.1 睡眠障碍改善”。

10.5.3 认知障碍改善

推荐意见 10：对于脑梗死恢复期、后遗症期合并轻度认知障碍患者，推荐使用针刺治疗，改善认知功能。（证据级别：低等质量；推荐强度：弱推荐）

推荐说明：脑梗死后认知障碍与脑梗死高复发风险之间具有很强的相关性^[97]，脑梗死后认知障碍患者的早期发现和有效管理至关重要。血管危险因素和脑血管病变是脑梗死后认知障碍的始动环节，及早控制危险因素如高血压、糖尿病、高脂血症、高同型半胱氨酸血症等以及针对脑梗死本身进行治疗是防治脑梗死后认知障碍的最根本措施。针对认知损害，药物治疗主要采用胆碱酯酶抑制剂（如多奈哌齐、卡巴拉汀、加兰他敏等）、非竞争性 N-甲基-D-天冬氨酸（N-methyl-D-aspartic acid, NMDA）受体拮抗剂（如盐酸美金刚）以及丁苯酞、尼莫地平、尼麦角林、奥拉西坦、银杏制剂等其他药物。非药物治疗中认知功能训练也是早期干预认知功能的重要手段^[98, 99]。

中医药在脑梗死内科常规治疗的基础上联合针刺治疗，可以改善脑梗死恢复期、后遗症期合并轻度认知障碍患者认知功能，对于瘀血阻络型患者，以调神益智为法，穴位可选百会、四神聪、四白、风池、完骨、天柱、神门、内关、人中、三阴交、太冲、丰隆、气海、血海、膈俞、足三里等^[93]。对于轻、中度的脑梗死后认知功能障碍患者，也可考虑联合具有补肾健脑作用的中成药，如复方苳蓉益智胶囊、银杏叶类制剂、天智颗粒、养血清脑颗粒等^[2]。

11 随访管理

结合动态监测，开展定期随访和主动随访，随访形式可为面访或电话随访。对于病情稳定、危险因素控制尚可的患者每 3 个月进行一次 1 次定期随访，随访内容包括：对已产生的动态监测结果给予分析反馈，对未完成的动态监测内容给予提醒，记录近 3 个月患者是否出现 TIA 及脑梗死复发加重，对中医证素、证候、体质变化以及危险因素、神经功能缺损、伴发症状、复发风险进行判断评估，记录药物及非药物治疗情况，根据患者当前状况个体化调整健康管理方案。对于近期病情发生变化或危险因素控制不佳的患者每 2 周进行 1 次主动随访，随访内容应在定期随访内容的基础上偏重病情变化评估监测，必要时立刻协助患者转诊上级医疗机构。

12 干预效果评估

应对管理对象的长程管理效果进行评估。除随访管理中对中医证素、证候、体质变化以及危险因素、神经功能缺损、伴发症状、复发风险评估外，还应对患者生活质量，疾病健康知晓率、健康行为形成率等健康教育效果，脑梗死复发、加重、死亡等复合终点事件发生率以及卫生经济学指标进行评估，为政策方案的调整提供依据。

13 信息化管理

基层医疗机构可借助中医慢病管理信息化平台及可穿戴设备如具有远程信息传输功能血压计、体温计、心电设备等，完成对脑梗死恢复期、后遗症期患者健康信息的全面采集和动态监测，对监测到的中西医复发风险因素进行及时预警，并提供更加准确的干预指导。此外，还可通过中医慢病管理信息化平台开展上级医院会诊、转诊，提高健康管理的水平和效率。

附录 A
(资料性)
指南制定方法

本文件参考《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程以及中华中医药学会团体标准管理办法的相关要求，基于现有指南、系统评价、临床研究等证据，结合患者的意愿、干预成本，采用推荐分级的评估、制定和评价（The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE）分级系统进行制定，遵循中华中医药学会发布的《中医临床实践指南报告清单》进行报告。

A.1 立项与注册

本文件于 2020 年 12 月 7 日获得中华中医药学会团体标准的立项批准，并在国际实践指南注册平台（<http://www.guidelines-registry.org>）进行了注册（编号：IPGRP-2021CN290），撰写了指南制定计划书。

A.2 指南工作组

本文件成立了指南专家组和指南工作组，涵盖中西医神经内科专业、循证医学专业、针灸专业、药学专业以及基层临床医师等多学科专家代表。

A.3 资金资助与利益冲突

基金资助：国家重点研发计划“基于实时监测、主动预警和多源异构数据治理技术的心脑血管疾病中医慢病管理模式研究”课题（2019YFC1710001）。

利益冲突：本文件所有参与人员均已签署利益冲突声明，申明无任何与本文件主题相关的商业的、专业的或其他方面的利益冲突。

A.4 临床问题遴选与确定

指南工作组根据预检索文献结果、临床调研及结合临床实际初拟临床问题，再经过专家讨论审核修改后初步确定 14 个临床问题。为保证拟定问题更精准反应临床需求，项目组采用德尔菲法向全国 20 个专家发放调研问卷，结果共计收回调查问卷 15 份，最终确定 14 个临床问题。

A.5 证据的检索、评价与分级

根据纳入的临床问题及结局指标，遵循 PICO（Population, Intervention, Control, Outcome）原则对具体临床问题进行证据检索。数据库包括中国知网（CNKI）、万方（WanFang）、维普（VIP）、中国生物医学文献数据库（CBM）、PubMed、The Cochrane Library 和 Embase 数据库。纳入文献包括指南、系统评价/Meta 分析及随机对照试验（Randomized Controlled Trial, RCT）。检索时间为建库至 2020 年 12 月 31 日。使用系统评价的方法学质量评价工具 AMSTAR 对纳入的系统评价、Meta 分析进行方法学质量评价，使用改良 Jadad 评分对 RCT 进行方法学质量评价，根据 2004 年制定 GRADE 标准进行证据质量与推荐强度的分级，形成证据概要表。证据质量分级标准及推荐强度含义见表 A1-2。

表 A.1 GRADE 证据质量分级及定义

质量等级	定义
高质量	非常确信观察值接近真实值，进一步研究不大可能改变观察值可信度。

中等质量	对观察值有中等强度信心：真实值可能接近观察值，但仍存在两者不同的可能性，进一步研究可能改变观察值可信度，且可能改变观察值结果。
低质量	对观察值的信心程度有限：真实值可能与观察值差别很大，进一步研究极有可能改变观察值的可信度，且很可能改变该观察值结果。
极低质量	对观察值几乎没有信心：真实值很可能与观察值不同，真实值可能与观察值有很大差别，观察值的结果很不确定。

表 A.2 推荐意见强度的定义

推荐强度	定义
强推荐	对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见；对于患者，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会；对于政策制定者，大多数情况会采纳推荐意见作为政策。
弱推荐	对于临床医生，应认识到不同患者有各自适合的方案，需要帮助每个患者做出体现其价值观和意愿的决定；对于患者，大多数患者会采纳推荐意见，但仍有不少患者不采用；对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关参与。

A.6 共识会议

2021年8月12日，项目组采用改良德尔菲法在郑州召开了指南推荐意见/共识建议会议，其中临床专家21名，方法学专家1名。对于有证据支持的条目，依据GRADE所形成的证据概要表，每个专家独立填写《推荐意见投票单》，通过GRADE网络计票，形成最终的推荐意见；对于无证据支持的条目，专家独立填写《共识建议投票单》，依据多数投票原则，以超过50%投票形成最终的共识建议。通过两轮问卷调查就推荐意见达成共识。最终共形成28条推荐意见，6条共识建议。

A.7 撰写草案与指南评价

参考中医临床实践指南报告清单条目草拟本文件文稿，指南工作组邀请3名方法学专家和指南专家组中的全部临床专家，根据《中华中医药学会中医临床指南质量评价表》和《中华中医药学会指南适用性评价表》完成指南质量评价和适用性评价，根据评级结果，进一步修改文件草案，形成指南征求意见稿。

A.8 征求意见

指南起草组通过邮件形式向全国49名专家广泛开展征求意见，并将反馈意见归纳汇总和研究处理，给出“采纳”、“部分采纳”或“未采纳”，形成意见汇总处理表，拟通过中华中医药学会网站公开征求意见，并进一步修改完善。

A.9 审查、公示、发布、推广、修订

A.9.1 指南审查、公示与发布

2022年3月13日由中华中医药学会标准化办公室组织召开指南发布审查会，会议采取线上和线下相结合的形式，由10位专家进行审查和投票，最终全票通过审查。指南工作组根据专家意见对指南进行了修改并提交学会进行公示，并根据指南公示期间收集的反馈的意见进行下一步完善，最终进行指南

发布。

A.9.2 指南推广

本指南发布后，以河南中医药大学第一附属医院为主要实施单位，以参与起草的单位作为共同实施单位实施本方案。以开展培训、媒体宣传、发表论文等形式推广实施本方案。

A.9.3 指南修订

本指南推广应用过程中半年内完成用户报告，2年内完成实施效果报告，并检索新的循证证据，对指南进行修订。

A.10 指南起草人员

本文件首席专家：刘向哲。

本文件方法学专家：刘建平、陈薇、邵明义。

本文件临床专家（按姓氏笔画排序）：丁砚兵、王庆波、王保亮、王海峰、王新志、伍大华、刘志华、李小黎、李乐军、况时祥、张怀亮、张金生、张振强、张琳琳、张道培、招远祺、林亚明、周晓卿、赵扬、赵明芬、赵敏、赵德喜、荆志伟、高颖、韩舰华、楚海波。

本文件药学专家：刘瑞新。

本文件基层临床医师：陈红。

本文件工作组：孙江燕、张艳博、白琛、周珂青、穆昭威、彭蒙蒙、冉春龙、李梦君、马驰远、孙永康。

本文件执笔人：刘向哲、孙江燕。

本文件秘书：孙江燕。

附录 B
(资料性)
推荐意见汇总表

表 B.1 推荐意见汇总

编号	推荐意见/共识建议	证据等级	推荐/建议强度
1	针对脑梗死恢复期、后遗症期患者，基层医疗机构应首先进行全面健康信息采集，建立患者个人健康档案，其次对常规危险因素进行动态监测，同时联合中医四诊信息、证素、证候、体质监测，为全面风险评估及二级预防提供依据。	共识建议	建议
2	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，建议纳入中医四诊信息、证素、证候、体质等特征性危险因素以提高风险评估的准确性及二级预防的有效性，建议重点监测气虚证、血瘀证、阴虚阳亢证、痰湿蒙神证等证型以及痰湿质、血瘀质、气虚证等体质状态，预警脑梗死复发风险。	共识建议	建议
3	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者及其照顾者，建议给予中医理论指导下的健康教育（包括用药、饮食、起居、运动等指导），提高患者治疗依从性和二级预防的有效性。	共识建议	建议
4	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，建议结合中医证候、体质辨证进行饮食调护，以促进机体康复，降低脑梗死复发风险。	共识建议	建议
5	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，建议给予中药汤剂、中医适宜技术（如中药穴位贴敷、针刺、耳穴埋豆、埋线）等手段单用或联合使用，以辅助戒烟、戒酒，降低脑梗死复发风险。	共识建议	建议
6	对于脑梗死恢复期、后遗症期合并超重或肥胖患者，建议给予中药汤剂、中医适宜技术（如针刺、埋线）单用或联合使用以控制体重，降低脑梗死复发风险。	共识建议	建议
7	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用活血化瘀法中药治疗，以降低血清总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白，同时改善神经功能缺损、提高日常生活能力。	中级证据	强推荐
8	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针刺治疗，以降低总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白，升高高密度脂蛋白。	中级证据	弱推荐
9	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针药结合治疗，以降低总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白，升高高密度脂蛋白。	中级证据	强推荐
10	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用益气活血法中药治疗，以降低空腹血糖，同时可改善神经功能缺损、提高日常生活能力。	中级证据	弱推荐
11	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针刺治疗，以改善神经功能缺损、提高肢体运动功能。	中级证据	强推荐

12	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用艾灸治疗，以改善神经功能缺损。	低级证据	弱推荐
13	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针药结合治疗，以改善神经功能缺损、提高肢体运动功能。	低级证据	强推荐
14	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用太极拳/八段锦训练，以改善神经功能缺损、提高肢体运动功能。	中级证据	强推荐
15	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针刺治疗，以减轻脑梗死后肢体疼痛。	低级证据	弱推荐
16	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针药结合治疗，以减轻脑梗死后肢体疼痛。	低级证据	强推荐
17	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针灸治疗，以提高平衡能力。	低级证据	弱推荐
18	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用太极拳训练，以提高平衡能力。	中级证据	强推荐
19	对于脑梗死恢复期、后遗症期合并吞咽困难患者，推荐使用火针治疗，以改善吞咽功能障碍，提高生活质量。	中级证据	强推荐
20	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针刺治疗，以提高日常生活能力。	低级证据	强推荐
21	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用艾灸治疗，以提高日常生活能力。	中级证据	弱推荐
22	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用针药结合治疗，以提高日常生活能力。	低级证据	强推荐
23	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用八段锦训练，以提高日常生活能力。	中级证据	强推荐
24	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，推荐使用针灸治疗，在改善睡眠质量、减少睡眠觉醒次数的同时提高日常生活能力。	低级证据	弱推荐
25	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，推荐使用安神类中药药枕治疗，在改善睡眠质量、降低血清皮质醇含量的同时改善神经功能缺损。	中级证据	弱推荐
26	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，推荐使用安神类中药沐足治疗，改善睡眠质量。	低级证据	弱推荐
27	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，推荐使用行气安神类中药药氧治疗，改善睡眠质量、降低白日嗜睡程度。	低级证据	弱推荐
28	对于脑梗死恢复期、后遗症期患者，推荐使用中医情志治疗，改善睡眠质量，同时改善神经功能缺损、提高肢体运动功能。	低级证据	弱推荐
29	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发失眠患者，推荐使用宁心安神治法中药，以改善睡眠质量。	低级证据	弱推荐

30	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发抑郁患者，推荐使用针刺治疗，以改善抑郁症状。	中级证据	弱推荐
31	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发抑郁患者，推荐使用逍遥散治疗，以改善抑郁症状。	低级证据	弱推荐
32	对于脑梗死恢复期、后遗症期伴发抑郁患者，推荐使用中医情志治疗，以改善抑郁症状，同时改善神经功能缺损、提高肢体运动功能。	低级证据	弱推荐
33	对于脑梗死恢复期、后遗症期合并轻度认知障碍患者，推荐使用针刺治疗，改善认知功能。	低级证据	弱推荐

附录 C
(资料性)
缺血性中风证候要素诊断量表

表 C.1 缺血性中风证候要素诊断量表

证候要素	评分标准	赋值	得分
内风	近 48 小时内急性起病	10	<input type="checkbox"/>
	近 48 小时内病情加重或波动	10	<input type="checkbox"/>
	头晕目眩	10	<input type="checkbox"/>
	目偏不瞬	10	<input type="checkbox"/>
	手足或下颌颤动	10	<input type="checkbox"/>
	肢体强直	10	<input type="checkbox"/>
	肢体拘急	10	<input type="checkbox"/>
	抽搐	10	<input type="checkbox"/>
	舌短缩	10	<input type="checkbox"/>
	舌颤	10	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
内火	满面通红	4	<input type="checkbox"/>
	两颧潮红	2	<input type="checkbox"/>
	目赤	7	<input type="checkbox"/>
	口干	3	<input type="checkbox"/>
	渴喜冷饮	4	<input type="checkbox"/>
	舌干	2	<input type="checkbox"/>
	口唇焦裂	6	<input type="checkbox"/>
	口苦	2	<input type="checkbox"/>
	口臭	4	<input type="checkbox"/>
	痰色黄	1	<input type="checkbox"/>
	心烦	1	<input type="checkbox"/>
	躁扰不宁	3	<input type="checkbox"/>
	吞酸	2	<input type="checkbox"/>
	小便黄赤	4	<input type="checkbox"/>
	大便干	1	<input type="checkbox"/>
	红舌或绛舌	2	<input type="checkbox"/>
	黄苔	10	<input type="checkbox"/>
	燥苔	2	<input type="checkbox"/>
	数脉	5	<input type="checkbox"/>

	弦脉	2	<input type="checkbox"/>
	滑脉	1	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/>
痰湿	表情淡漠或寡言少语	1	<input type="checkbox"/>
	神情呆滞	2	<input type="checkbox"/>
	肥胖	1	<input type="checkbox"/>
	头闷痛	6	<input type="checkbox"/>
	头重	3	<input type="checkbox"/>
	头昏或头晕	1	<input type="checkbox"/>
	口黏腻	2	<input type="checkbox"/>
	渴不欲饮	2	<input type="checkbox"/>
	咳痰或喉中痰鸣	10	<input type="checkbox"/>
	纳呆	2	<input type="checkbox"/>
	便溏	4	<input type="checkbox"/>
	胖大舌	3	<input type="checkbox"/>
	齿痕舌	2	<input type="checkbox"/>
	厚苔	3	<input type="checkbox"/>
	腻苔	8	<input type="checkbox"/>
	滑苔	9	<input type="checkbox"/>
	滑脉	6	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/>
血瘀	面色晦暗或黧黑	9	<input type="checkbox"/>
	口唇紫暗或暗红	8	<input type="checkbox"/>
	皮肤粗糙	4	<input type="checkbox"/>
	痛有定处	5	<input type="checkbox"/>
	舌或暗舌	10	<input type="checkbox"/>
	舌有瘀斑瘀点	10	<input type="checkbox"/>
	舌下脉络青紫	10	<input type="checkbox"/>
	舌下脉络曲张	8	<input type="checkbox"/>
	涩脉	8	<input type="checkbox"/>
	结脉或代脉	1	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/>
气虚	神疲	2	<input type="checkbox"/>
	乏力	5	<input type="checkbox"/>
	白	9	<input type="checkbox"/>
	面色萎黄	3	<input type="checkbox"/>

	口唇淡白	9	<input type="checkbox"/>
	气短	8	<input type="checkbox"/>
	语声低微	9	<input type="checkbox"/>
	手或足肿胀	3	<input type="checkbox"/>
	自汗	2	<input type="checkbox"/>
	大便初硬后溏	3	<input type="checkbox"/>
	大便或小便失禁	5	<input type="checkbox"/>
	淡舌	3	<input type="checkbox"/>
	胖大舌或齿痕舌	1	<input type="checkbox"/>
	缓脉	5	<input type="checkbox"/>
	细脉	5	<input type="checkbox"/>
	沉脉	4	<input type="checkbox"/>
	弱脉	4	<input type="checkbox"/>
	结脉或代脉	1	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
阴虚	两颧潮红	10	<input type="checkbox"/>
	舌干	5	<input type="checkbox"/>
	手足心热	5	<input type="checkbox"/>
	心烦热	10	<input type="checkbox"/>
	盗汗	10	<input type="checkbox"/>
	绛舌	10	<input type="checkbox"/>
	瘦薄舌	10	<input type="checkbox"/>
	剥脱苔	10	<input type="checkbox"/>
	舌光红无苔	10	<input type="checkbox"/>
	细脉、弦脉或数脉	5	<input type="checkbox"/>
	合计		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
备注：1、评分说明：每一证候要素的得分是将诊断这一证候要素的各项得分相加而成。			
2、证候要素诊断说明：证候要素诊断得分 ≥ 10 分为该证候要素诊断成立。			
中医辨证：请填写相应内容，或在对应方框内标记相应数值。			
内风证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>
内火证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>
痰湿证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>
血瘀证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>
气虚证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>
阴虚证	0=否	1=是	<input type="checkbox"/>

参考文献

- [1] 中华中医药学会.《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》[M].北京:中国中医药出版社,2008,160—264.
- [2] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.缺血性卒中基层诊疗指南(2021年)[J].中华全科医师杂志,2021,20(09):927-946.
- [3] 国家市场监督管理总局,国家标准化委员会.健康管理保健服务规范:GB/T 39509-2020[S].
- [4] 高长玉,吴成翰,赵建国,等.中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J].中国中西医结合杂志,2018,38(02):136-144.
- [5] 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[J].中医杂志.2011,52(24):2097-2101.
- [6] 中华中医药学会.《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分·中风病》[M].中国中医药出版社.2008,7:56-62.
- [7] 中华中医药学会.中医体质分类与判定(ZYXXH/T157-2009)[J].世界中西医结合杂志.2009,4(04):303-304.
- [8] 王桂倩,谢雁鸣,易丹辉,等.基于体质的缺血性中风病复发风险评估模型建立研究[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4860-4866.
- [9] 韩学医.缺血性中风复发与中医体质状态的相关性研究[D].北京中医药大学,2017.
- [10] 吴凡,田立茹,刘桐伊,等.缺血性中风中医证候演变与中风复发关系研究[J].现代中西医结合杂志,2019,28(16):1715-1718+1723.
- [11] 王丽媛,丁元庆.基于证候要素干预非急性期脑梗死危险分层临床观察[J].山东中医杂志,2014,33(06):435-437.
- [12] 谭雅心.缺血性脑卒中复发危险分层与中医证候聚集性的相关性研究[D].福建中医药大学,2016.
- [13] 王越,丁元庆,路玉良.非急性期脑梗死危险分层与中医证候要素的相关性分析[J].山东中医药大学学报,2012,36(04):296-298+301.
- [14] 魏戊.中医药干预缺血性中风病3年随访结局研究与风险模型的构建[D].中国中医科学院,2013.
- [15] 国家卫生健康脑卒中防治工作委员会.中国脑卒中防治指导规范第2版[M].北京:人民卫生出版社.2021.
- [16] 徐工学.中医健康教育模式研究及评估体系建立[D].中国中医科学院,2014.
- [17] 魏洪玉.中医卒中单元下的健康教育对气虚型中风病人的影响[D].山东中医药大学,2009.
- [18] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.WS/T 558-2017 脑卒中患者膳食指导[S],北京:中国标准出版社,2017.
- [19] 肖迪,刘俊,郑桃云.中风患者中医饮食调护对策浅析[J].湖北中医药大学学报,2018,20(04):58-60.
- [20] 曹晓岚,谢雁鸣.中医运动、饮食和心理疗法在中风病康复中的应用[J].中医杂

志, 2010, 51(S1):11-13.

[21] 林熾钊, 桑珍, 范冠杰, 等. 中医治未病实践指南-超重状态调治原则, 中华中医药学会团体标准 (T/CACM 1113-2018) .

[22] Kleindorfer O, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2021, 52(7):e364-e467.

[23] 郑忻, 曲妮妮, 马丽佳, 等. 中药戒烟贴联合“5A”方案对烟草依赖人群(痰瘀互结证)干预临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(03):113-116.

[24] 刘英江, 都弘, 刘敏, 等. 中药戒酒口服液治疗酒依赖 36 例临床研究[J]. 中医杂志, 2002, 11(43):839-840.

[25] 王志斌. 酒精依赖症的中医证候学特点及和解泄热安神法治疗酒精依赖症的临床与实验研究[D]. 北京中医药大学, 2014.

[26] 杜真治. 耳穴疗法配合情志护理应用于戒酒综合征 47 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(07):132-133.

[27] 周翌莹. 中药治疗单纯性肥胖疗效性的 Meta 分析[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.

[28] 朱燕波, 王琦, 吴承玉, 等. 18805 例中国成年人中医体质类型与超重和肥胖关系的 Logistic 回归分析[J]. 中西医结合学报, 2010, 8(11):1023-1028.

[29] S.-Y. K, I.-S. S, Y.-J. P. Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis[J]. Obesity Reviews, 2018, 19(11):1585-1596.

[30] 刘钰斌. 穴位埋线治疗单纯性肥胖疗效的 Meta 分析[D]. 广州中医药大学, 2011.

[31] 曾俊凯. 穴位埋线合并中药治疗脾虚痰湿型肥胖的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2016.

[32] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 血脂异常基层诊疗指南(2019 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(5):406-416.

[33] 魏春玲. 针刺结合补阳还五汤治疗缺血性中风气虚血瘀型的临床疗效观察[D]. 南京中医药大学, 2009.

[34] 杨琳. 化痰消斑汤对兔颈动脉粥样硬化及脑梗死患者脂代谢、CRP、MMP-9 相关性的实验及临床研究[D]. 贵州:贵阳中医学院, 2016.

[35] 王席玲, 赵连山, 巫雪飞, 等. 银丹心脑血管通软胶囊对脑梗死恢复期患者血脂调节作用的临床评价研究[J]. 临床医药实践, 2018, 27(08):565-569.

[36] 李迁. 天龙通络胶囊治中风病(脑梗死)恢复期风痰瘀阻证的临床研究[D]. 湖北中医药大学, 2016.

[37] 吴智兵, 赵性泉, 陈银环, 等. 银丹心脑血管通软胶囊治疗脑梗死恢复期瘀血阻络证的随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(11):1310-1314.

[38] 董旭辉. 灯盏生脉胶囊治疗缺血性中风恢复期的临床研究[D]. 河南省中医药大学附属第二医院, 2009.

[39] 张金燕, 宋军营, 陈颜嫣, 等. 脑脉舒康胶囊治疗合并高脂血症的缺血性脑卒中恢复期临床观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(05):44-46.

[40] 韩艳秋. 侯氏黑散加减对缺血性脑卒中二级预防临床观察[J]. 辽宁中医药大学学

报, 2018, 20(03):14-16.

[41] 宋鑫. 化痰双补法治疗腔隙性脑梗死的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2011.

[42] 王立军, 李倜, 刘金五, 等. 抗栓胶囊治疗气虚血瘀型缺血性中风的临床研究[J]. 中医药信息, 2010, 27(03):54-57.

[43] 刘宁飞. 补阳还五汤联合西药治疗恢复期脑梗塞随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(11):133-134.

[44] 蒋辉, 李辉. 脑血康颗粒对非急性期脑梗死患者颈动脉不稳定斑块的影响及机制研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(19):2057-2061.

[45] 陈彪, 方向华, 吴永浩, 等. 灯盏生脉胶囊对缺血性脑卒中二、三级防治效果[J]. 中华神经科杂志, 2008, 41(3):195-200.

[46] 黄立武, 雷伟南. 不同剂量黄芪合丹参注射液对脑梗死恢复期患者胰岛素抵抗的影响[J]. 中国临床康复, 2005, 4(33):90-92.

[47] 钞建峰. 益气活血养阴中药对缺血性中风二级预防的多中心、随机、双盲临床研究[D]. 成都中医药大学, 2011.

[48] 马大勇, 韩振蕴, 周杰, 等. 通络化痰胶囊治疗脑梗死恢复期痰瘀阻络证 353 例临床研究[J]. 中医杂志, 2012, 53(07):563-567.

[49] 阿达蓬 苏黎雅. 针刺结合康复治疗缺血性中风肢体功能障碍的临床研究[D]. 上海:上海中医药大学, 2006.

[50] 梁恩龙. 补阳还五汤联合穴位注射治疗缺血性中风恢复期的临床研究[D]. 广西中医药大学, 2017.

[51] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 2 型糖尿病基层诊疗指南(实践版·2019)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(09):810-818.

[52] 韩辉, 王守运, 鲍远程, 等. 益气养阴活血法拟方治疗糖尿病合并脑梗死随机对照临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(12):1052-1055.

[53] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 高血压基层诊疗指南(2019 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(04):301-313.

[54] 李会娟, 申鹏飞, 高鹤, 等. 针刺对老年脑梗死伴原发性高血压患者血压变异性的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(07):685-688.

[55] 冯闪闪, 孙朝军, 郭蕴萍, 等. 针刺人迎穴对缺血性脑卒中伴原发性高血压患者血压的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(11):1160-1163+1190.

[56] 李慧芬. 耳穴贴压对缺血性脑卒中患者恢复期血压的影响[D]. 福建中医药大学, 2015.

[57] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会. 中国缺血性中风中成药合理使用指导规范 [EB/OL]. [2019-04-25]. <http://www.cnstroke.com/NewsInfo/News/PDFPreview?path=/upload/file/20170620/6363356817791319784108498.pdf>, 2017-5-20/2019-3-10.

[58] 张通, 赵军, 白玉龙, 等. 中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(08):823-831.

[59] 周亚芬. 针刺治疗缺血性脑卒中后抑郁的随机对照试验[D]. 浙江中医药大学, 2014.

[60] 杜小正, 王金海, 秦晓光, 等. “三位一体”针法治疗缺血性脑卒中偏瘫的效果[J]. 中国康复理

论与实践, 2015, 21(09):1087-1090.

[61] Zhuangl LX, Xu SF, D'Adamo CR, et al. An effectiveness study comparing acupuncture, physiotherapy, and their combination in poststroke rehabilitation: a multicentered, randomized, controlled clinical trial[J]. Altern Ther Health Med, 2012, 18(3):8-14.

[62] 黄国付, 张红星, 张唐法. 头针结合康复治疗对脑血栓形成恢复期偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中国针灸, 2008, 4(08):573-575.

[63] 孟笑男, 李春颖, 孙洁. 耳针治疗缺血性卒中后肩手综合征 I 期疗效观察[J]. 北京中医药, 2020, 39(08):862-866.

[64] 张光彩. 艾灸治疗风痰瘀血型脑梗死恢复期偏瘫的临床研究[D]. 广东:广州中医药大学, 2011.

[65] 杨华琴. 督脉隔姜蒜灸对脑梗死后失眠疗效及神经功能康复的影响[D]. 湖南中医药大学, 2015.

[66] 张玉伟. 中风参芪通络胶囊联合舌咽针刺治疗中风恢复期假性球麻痹临床观察[D]. 河南省中医药大学附属第二医院, 2015.

[67] 罗棱心. 针刺、中药熏洗结合康复训练治疗缺血性脑卒中后 I 期肩手综合征的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2016.

[68] 郑清香. 八段锦对脑梗死偏瘫患者肢体功能障碍的干预效果研究[D]. 福建中医药大学, 2019.

[69] 王异之. 八段锦辅以动作观察疗法对缺血性脑卒中患者上肢功能康复的影响[D]. 福建中医药大学, 2020.

[70] 杨帆. 改良太极拳对于缺血性脑卒中偏瘫患者步行能力康复的疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2019.

[71] Meyer S, Karttunen AH, Thijs V, et al. How do somatosensory deficits in the arm and hand relate to upper limb impairment, activity, and participation problems after stroke? A systematic review[J]. Phys Ther, 2014, 94(9): 1220-1231.

[72] 王敏, 高淑红, 张伯儒, 等. 针药并用治疗缺血性中风后丘脑痛的临床观察[J]. 天津中医药, 2014, 31(05):269-271.

[73] 余德标. “扶正补土”针灸法结合康复训练对缺血性脑卒中后平衡功能的影响研究[D]. 福建中医药大学, 2015.

[74] 袁影. 火针治疗脑卒中后假性球麻痹吞咽困难的随机对照临床试验[D]. 中国人民解放军海军军医大学, 2018.

[75] Leppävuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, et al. Insomnia in ischemic stroke patients[J]. Cerebrovasc Dis, 2002, 14(2):90-7.

[76] Tang WK, Grace Lau C, Mok V, et al. Insomnia and health-related quality of life in stroke[J]. Top Stroke Rehabil, 2015, 22(3):201-7.

[77] 北京神经内科学会睡眠障碍专业委员会, 北京神经内科学会神经精神医学与临床心理专业委员会, 中国老年学和老年医学学会睡眠科学分会. 卒中相关睡眠障碍评估与管理中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2019, 58(1):17-26.

[78] Hermann DM, Bassetti CL. Sleep-disordered breathing and stroke[J]. Curr Opin Neurol,

2003, 16(1):87-90.

[79] Cherkassky T, Oksenberg A, Fromm P, et al. Sleep-related breathing disorders and rehabilitation outcome of stroke patients: a prospective study[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2003, 82(6):452-5.

[80] Li LJ, Yang Y, Guan BY, Chen Q, et al. Insomnia is associated with increased mortality in patients with first-ever stroke: a 6-year follow-up in a Chinese cohort study[J]. *Stroke Vasc Neurol*, 2018, 3(4):197-202.

[81] Vgontzas AN, Liao D, Bixler EO, et al. Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension[J]. *Sleep*, 2009, 32(4):491-7.

[82] Roehrs T, Gumenyuk V, Drake C, et al. Physiological correlates of insomnia[J]. *Curr Top Behav Neurosci*, 2014, 21(6):277 - 90.

[83] Tasali E, Leproult R, Spiegel K. Reduced sleep duration or quality: relationships with insulin resistance and type 2 diabetes[J]. *Prog Cardiovasc Dis*, 2009;51(5):381 - 91.

[84] 曹燕, 严寅杰, 刘依萍, 等. 调督安神针刺治疗卒中后失眠的随机对照研究[J]. *上海针灸杂志*, 2020, 39(03):280-284.

[85] 赖华寿. 祛瘀生新针法联合大艾条灸治疗中风后不寐的临床疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2019.

[86] 连小勤. 中药药枕对缺血性脑卒中失眠患者睡眠质量的影响[D]. 福建中医药大学, 2015.

[87] 郝文文. 中药沐足对脑梗死后遗失眠的护理效果[J]. *按摩与康复医学*, 2016, 7(23):54-55.

[88] 申斌, 于川, 刘福奇, 等. 中药药氧疗法治疗缺血性脑卒中后失眠临床疗效观察[J]. *亚太传统医药*, 2017, 13(13):95-97.

[89] 周荣. 天王补心汤治疗缺血性脑卒中后失眠(阴虚火旺型)的临床疗效评价[D]. 浙江中医药大学, 2015.

[90] 高潇, 张浩, 柴剑波, 等. 愈癰汤治疗痰热型缺血性中风后不寐 20 例临床疗效观察[J]. *中华中医药杂志*, 2016, 31(02):729-730.

[91] 王俊霞. 脑梗死后抑郁症患者应用中医情志护理的价值分析[J]. *中国伤残医学*, 2014, 22(20):194-195.

[92] 郑景予. 祛瘀生新刺络法联合逍遥散治疗中风后郁证的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2016.

[93] 刘霄霄, 郑健刚, 刘涛. 针药结合治疗瘀血阻络型脑梗死后轻度认知障碍的临床观察[J]. *针灸临床杂志*, 2015, 31(12):4-7.

[94] Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies[J]. *Stroke*, 2005, 36(10):2296-2301.

[95] Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis[J]. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2013, 202(1):14-21.

[96] Cai W, Mueller C, Li YJ, et al. Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis[J]. *Ageing Res Rev*, 2019, 50(3):102-109.

[97] Kwon HS, Lee D, Lee MH, et al; PICASSO investigators. Post-stroke cognitive impairment

GB/T XXX-XXXX

as an independent predictor of ischemic stroke recurrence: PICASSO sub-study[J]. J Neurol, 2020, 267(3):688-693.

[98] 汪凯,董强,郁金泰,等.卒中后认知障碍管理专家共识 2021[J].中国卒中杂志,2021,16(04):376-389.

[99] 王拥军.2016中国血管性认知障碍诊疗指导规范[J].心脑血管病防治,2017,17(01):3-6.

T/CACM公示稿 T/CACM公示稿