

缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病 干预方案

编制说明

提出单位：北京中医药大学东方医院

归口单位：中华中医药学会

主要起草单位：北京中医药大学东方医院

主要起草人：刘金民、王乐、李楠楠

二〇二二年五月

目次

一、工作简况	1
二、指南编制原则和关键技术内容	2
三、主要工作过程	2
四、与国内外同类指南的对比和最新指南采用情况	36
五、与现行强制性国家标准或政策法规的关系	37
六、代表性分歧意见的处理经过和依据	37
七、宣传、贯彻指南和后效评价指南的要求和措施	37
八、废止现行有关指南的建议	37
九、附录	37

缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案

一、工作简况

1. 任务背景

脑卒中是全球最主要的死亡原因和致残原因之一，具有高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率、高经济负担五大特点，严重影响患者的生活质量，给个人、家庭和社会带来沉重的负担。2019年疾病负担研究数据显示，我国卒中发病率为201/10万，其中缺血性卒中发病率为145/10万。大动脉粥样硬化型是缺血性脑卒中最常见的一种亚型，约占全部病因的37.1%-59.0%，且预后较差。其发生发展与高血压、血脂异常、糖尿病，以及肥胖、吸烟、缺乏体力活动、不健康饮食习惯等危险因素相关。因此针对危险因素进行筛查和干预，能够有效降低脑卒中的发生率。但是目前尚缺乏针对大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群的诊疗共识。因此本项目组基于前期对卒中筛查和防治的基础上，拟围绕大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群，从定义、诊断、病因病机、治疗与预防等方面进行梳理，重点关注未病先防、既病防变、瘥后防复三个方面的证据评价，制定一套生活方式、心理调摄、中医非药物治疗、危险因素干预以及中西医结合疗法为一体的综合干预方案，更有效地指导临床医生对大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群进行规范管理。

本共识从治未病的角度出发，重点关注大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群，有机地结合中医体质学说，体现中医个体化的优势。全国专家反复多次的讨论，并结合相关文献，最终形成不同推荐级别的循证依据。本共识旨在为各级中医院、中西医结合医院、综合医院、基层医院的中医医师、西医师、中西医结合医师等提供大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群的防治思路。临床医师可根据临床实际情况对本共识的防治内容进行选择性的运用，其中无临床症状的高危人群可参考本共识的辨体论治，有症状者可参考本共识的辨证论治。

2. 任务来源

本任务来源于国家中医药管理局课题《慢性病治未病干预方案制定》(ZYZB-2020-196)，由北京中医药大学东方医院单位负责组织完成。

本项目由中华中医药学会于2022年01月12日立项(20220118-BZ-CACM)。

3. 指南起草单位

北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院、中日友好医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中国医学科学院阜外医院、首都医科大学附属北京天坛医院、首都医科大学宣武医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、浙江省中医院、浙江大学医学院附属第一医院、江苏省中医院、山东中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院脑病医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院、广州中医药大学第一附属医院、长春中医药

大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、厦门市中医院、成都中医药大学附属医院。

二、指南的编制原则和关键技术内容

1. 指南的编制依据和原则

参照《中华中医药学会中医指南制定的技术方案》、《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写 GB/T1.1-2020》、《中华中医药学会中医指南报告清单》为指导原则及依据进行编制。

2. 指南的关键技术内容

本指南提供了缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病的范围、病因病机、高危因素筛查、健康教育、生活方式干预、中西医结合疗法及非药物治疗法、随访与监测等。

本指南针对缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病的特点，从未病先防、既病防变、瘥后防复三个方面进行证据推荐。未病先防包括健康教育、生活方式改变、危险因素干预、辨证论治、辨体论治、中医非药物治疗法。既病防变包括中药方剂、中成药、中医非药物治疗法以及中西医结合干预方式。瘥后防复包括生活方式干预、控制危险因素等。

三、主要工作过程

（一）提案、申请、立项

本指南已在中华中医药学会立案和申请后确定指南名称和具体内容，目前《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》在中华中医药学会立项（20220118-BZ-CACM）。

（二）成立指南起草组

1. 指南起草组成立方式

通过负责人召集，与相关专业领域专家召开会议、面对面沟通或电话及信息沟通确定项目组成员。

2. 指南起草组组成情况

（1）指南起草组组成情况

本指南起草组人员分为指南负责人1名、主要起草人3名、其他起草人37名及秘书1名，各成员具体信息及分工见表1。

（2）指南起草组成员名单及分工

以表格形式列出，见表1。

表 1 指南起草组成员及其工作内容

1. 指南负责人 (1 人)						
序号	姓名	单位	职务/职称	专业	学位	工作内容
1	刘金民	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的总方案和质控
2. 主要起草人 (3 人)						
1	刘金民	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的总方案和质控
2	王乐	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
3	李楠楠	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的总方案和质控
3. 其他起草人 (37 人)						
1	陈薇	北京中医药大学	研究员	中西医结合循证医学	博士	负责指南编制和临床问题构建
2	陈志刚	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	硕士	负责指南撰写草案的质控
3	崔应麟	河南省中医院	主任医师	中医内科学	硕士	负责指南编制和临床问题构建
4	樊永平	首都医科大学附属北京天坛医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的质控
5	方邦江	上海中医药大学附属龙华医院	主任医师	中西医结合内科学	博士	审核并修改指南中方法和技术
6	高颖	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医脑病学	博士	指导指南编制工作与指南问题构建
7	郭蓉娟	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的质控
8	韩燕	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院	主任医师	神经病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
9	胡文立	首都医科大学附属北京朝阳医院	主任医师	神经病学	博士	审核并修改指南全文
10	金香兰	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的质控
11	荆志伟	中国中医科学院	主任医师	中医内科学	博士	负责指南撰写草案的质控
12	李淑娟	中国医学科学院阜外医院	主任医师	神经病学	博士	指南编制和临床问题构建
13	刘尊敬	中日友好医院	主任医师	神经病学	博士	审核并修改指南全

						文
14	林亚明	云南中医药大学第一附属医院	主任医师	中西医结合脑病学	硕士	负责并修改指南中方法和技术
15	林安基	厦门市中医院	主任医师	中医脑病学	学士	负责指南编制和临床问题构建
16	潘剑威	浙江大学医学院附属第一医院	主任医师	神经外科学	博士	负责指南编制和临床问题构建
17	曲淼	首都医科大学宣武医院	主任医师	中西医结合脑病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
18	王革生	北京中医药大学东方医院	主任医师	神经外科学	博士	审核并修改指南中方法和技术
19	王济	北京中医药大学	主任医师	中医体质学	博士	审核并修改指南全文
20	王嘉麟	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学康复	博士	指南编制和临床问题构建
21	王健	长春中医药大学附属医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南临床部分撰写
22	王新志	河南中医药大学第一附属医院脑病医院	主任医师	中医脑病学	学士	负责指南编制和临床问题构建
23	王忠	中国中医科学院	研究员	中医脑病学	博士	审核并修改指南中中成药内容
24	吴明华	江苏省中医院	主任医师	中西医结合脑病学	硕士	负责指南编制和临床问题构建
25	吴圣贤	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医内科学	博士	指导指南编制工作与指南问题构建
26	吴智兵	广州中医药大学第一附属医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
27	谢梁震	黑龙江中医药大学附属第一医院	主治医师	中医药临床疗效评价	博士	负责指南编制和基本问题构建
28	徐向青	山东中医药大学附属医院	主任医师	中西医结合脑病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
29	袁尚华	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医治未病	学士	负责审核并修改指南中未病先防内容
30	张綦慧	北京中医药大学东方医院	主任医师	中西医结合脑病学	博士	指南编制和临床问题构建
31	张允岭	中国中医科学院西苑医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的质控
32	张志辰	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南编制和临床问题构建

33	赵敏	河南中医药大学第一附属医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南临床部分撰写
34	张晓云	成都中医药大学附属医院	主任医师	中西医结合内科学	学士	负责指南编制和临床问题构建
35	郑国庆	浙江省中医院	主任医师	中西医结合神经病学	博士	负责指南编制和临床问题构建
36	郑香春	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病与急症	博士	负责指南编制和临床问题构建
37	邹忆怀	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写草案的质控
4. 秘书（1人）						
1	李楠楠	北京中医药大学东方医院	主任医师	中医脑病学	博士	负责指南撰写过程中各项事宜组织

3. 利益冲突声明

所有成员均无利益冲突，申明无任何与本指南主题相关的商业的、专业的或其他方面的利益冲突。

（三）确定指南的题目和范围

指南题目：缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案

范围：本文件提供了缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病的范围、病因病机、高危因素筛查、健康教育、生活方式干预、中西医结合疗法及非药物治疗法、随访与监测等。

本指南突出临床实用性，结合循证评价及专家咨询，适用于中医院、中西医结合医院脑病科、中医科、综合科、中西医结合科等中医、中西医结合执业医师，西医执业医师。亦适用于已患缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）人群、缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）前期或健康人群自我预防的健康指导。

（四）构建指南问题

1. 专家访谈

（1）访谈方案确定过程及方法

访谈专家为具有丰富工作经验的中医及西医临床专家。根据缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）前期的疾病特点，以开放式问题就基础问题及临床问题向5位中西医领域的领军专家进行专家访谈，因受疫情影响本次专家访谈以线上访问的形式进行。访谈提纲的起草由起草专家组专家指导、起草组成员具体完成。

（2）受访专家名单

建议表格的形式列出，见表2。

表2 专家访谈受访专家名单

姓名	单位	职务/职称	专业
樊永平	首都医科大学附属北京天坛医院	主任医师	中医脑病学

刘尊敬	中日友好医院	主任医师	神经病学
王健	长春中医药大学附属医院	主任医师	中医脑病学
吴圣贤	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医内科学
荆志伟	中国中医科学院	研究员	中医内科学

(3) 访谈提纲:

《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》基础问题:

定义: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群如何定义。

流行病学: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群流行病学现况如何。

病因病机: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群中中医病因病机?

诊断: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中西医诊断、中医辨证分型是什么?

辅助检查: 诊断缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群应进行哪些辅助检查?

《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》临床问题:

治疗: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中医治疗有哪些? 中医特色是什么?

结局及预后: 在治未病理念下干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群, 能否有效降低脑卒中的发病率? 改善预后?

(4) 访谈结论

通过访谈初步确定了基础问题和临床问题, 明确了缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病范围、病因病机、流行病学等基础问题、诊断与治疗的相关临床问题, 专家们认同缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）疾病治未病中医干预方式的优势。

姓名	访谈内容
刘尊敬	目前已有脑卒中高危人群的定义和诊断标准, 但是尚无缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义和诊断, 需要对其定义进行明确。
吴圣贤	缺血性脑卒中是脑卒中常见的类型, 其中又以大动脉粥样硬化型最为多见, 因此将大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中作为本次治未病的干预目标, 具有一定的临床意义。在制订过程中要突出大动脉粥样硬化型这一特点, 与脑卒中治未病形成区别。
荆志伟	目前尚无针对缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中医辨证分型, 可参考现有的临床研究, 同时结合专家共识方法, 对缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中医辨证分型进

	行明确。
樊永平	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中医治疗可以围绕生活方式干预、中医非药物疗法等展开，充分体现中医特色。
王健	脑卒中是全球最主要的死亡原因和致残原因之一，针对其高危人群进行干预，能够有效的降低脑卒中发病率，因此缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的治疗方案具有极其重要的临床意义。

2. 临床调研

（1）调研方案确定的过程及方法

经过文献整理、专家访谈及对专家访谈结论的梳理，在方法学专家的指导下，设计并制作调研问卷。专家遴选考虑的标准包括擅长领域、地域、职称、工作经验等，通过发放电子调查问卷和纸质调查问卷的形式进行线上线下调研相结合。问卷调研共收回 89 位临床医生反馈答卷，采用 Excel 表格对专家答卷进行统计分析。调研问卷如下。

临床医生版	
1、您所在地区？	北京、湖北、吉林、天津；广东；上海；山东；河北；河南；山西；江西；其他
2、您所在医院的级别？	三甲；三级医院；二级医院；基层
3、您所在的医院类型？	中医院；中西医结合医院；西医院；民族医院；综合医院；专科医院
4、您所在科室？	西医神经内科；中医脑病科；中西医结合脑病科；中医科；中西医结合科；内科；其他
5、您的职称？	主任医师；副主任医师；主治医师；住院医师；其他
6、您从事本专业年限？	<5年，5—10年；10—15年；15年以上
7、您认为以下哪些中医病名可以与缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）相对应？（多选）	<input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> 仆击 <input type="checkbox"/> 偏枯 <input type="checkbox"/> 薄厥 <input type="checkbox"/> 卒中 <input type="checkbox"/> 偏枯 <input type="checkbox"/> 风痲 <input type="checkbox"/> 煎厥 <input type="checkbox"/> 缺血性中风 其他补充 _____
8、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，需要控制可干预的危险因素，选择您认为在临床中比较重要的危险因素。（多选）	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖代谢异常 <input type="checkbox"/> 血脂异常 <input type="checkbox"/> 心房颤动 <input type="checkbox"/> 其他心脏病 <input type="checkbox"/> 无症状性颈动脉粥样硬化 <input type="checkbox"/> 偏头痛 <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸障碍 <input type="checkbox"/> 吸烟 <input type="checkbox"/> 饮酒 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 膳食营养 <input type="checkbox"/> 缺乏锻炼 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 凝血异常

	<input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全 <input type="checkbox"/> 外周动脉疾病 <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> 高同型半胱氨酸血症 其他补充_____
9、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的影像学指标和其他辅助检查。（多选）	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 结构 MRI <input type="checkbox"/> 功能 MRI <input type="checkbox"/> SPECT/PET <input type="checkbox"/> 颈部血管超声 <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/> TCD <input type="checkbox"/> TCCD <input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> 超声心动图 其他补充_____
10、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的生化指标。（多选）	<input type="checkbox"/> 甘油三酯 <input type="checkbox"/> 胆固醇 <input type="checkbox"/> 血小板计数 <input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白 <input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白 <input type="checkbox"/> 同型半胱氨酸 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 血清 NO 水平 <input type="checkbox"/> 维生素 B12 <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> 叶酸 <input type="checkbox"/> 血红蛋白 <input type="checkbox"/> 血清肌酐 <input type="checkbox"/> 血清尿素氮 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 血氧 <input type="checkbox"/> ESR(血沉) 其他补充_____
11、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的非药物疗法。（多选）	<input type="checkbox"/> 针刺 <input type="checkbox"/> 灸法 <input type="checkbox"/> 推拿 <input type="checkbox"/> 刮痧 <input type="checkbox"/> 拔罐 <input type="checkbox"/> 穴位贴敷 <input type="checkbox"/> 耳穴贴压 <input type="checkbox"/> 气功 <input type="checkbox"/> 自我推拿 其他补充_____
12、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的生活方式干预。（多选）	<input type="checkbox"/> 饮食调养 <input type="checkbox"/> 控制体重 <input type="checkbox"/> 适当运动 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 限制饮酒 <input type="checkbox"/> 心理调摄 其他补充_____
13、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，您是否运用中成药，最常用的中成药有哪些？（单选）	是；否；
14、在治疗缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）过程中，您最常用的中成药有哪些？（多选）	<input type="checkbox"/> 松龄血脉康胶囊 <input type="checkbox"/> 培元通脑胶囊 <input type="checkbox"/> 安宫牛黄丸 <input type="checkbox"/> 苦碟子注射液 <input type="checkbox"/> 脉血康胶囊 <input type="checkbox"/> 银杏叶口服溶液 <input type="checkbox"/> 丹红注射液 <input type="checkbox"/> 丹参川芎嗪注射液 <input type="checkbox"/> 注射用血栓通 <input type="checkbox"/> 脑心通胶囊 <input type="checkbox"/> 复方苈蓉益智胶囊 <input type="checkbox"/> 疏肝解郁胶囊 <input type="checkbox"/> 乌灵胶囊 <input type="checkbox"/> 天麻钩藤颗粒 <input type="checkbox"/> 天麻钩藤颗粒 其他补充_____
15、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，您是否运用经典名方，最常用的经典名方有哪些？（单选）	是；否；
16、在治疗缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）过程中，您最常用的经典名方有哪些？（多选）	<input type="checkbox"/> 镇肝熄风汤 <input type="checkbox"/> 六味地黄丸 <input type="checkbox"/> 血府逐瘀汤 <input type="checkbox"/> 羚羊角汤 <input type="checkbox"/> 涤痰汤 <input type="checkbox"/> 苏合香丸 <input type="checkbox"/> 参附汤 <input type="checkbox"/> 星蒺承气汤 <input type="checkbox"/> 补阳还五汤 <input type="checkbox"/> 化痰通络汤 <input type="checkbox"/> 通窍活血汤 <input type="checkbox"/> 大续命汤 其他补充_____

17、为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，选择您常用的结局指标。（多选）	<input type="checkbox"/> 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）发病率 <input type="checkbox"/> 一年内再住院 <input type="checkbox"/> 生化指标 <input type="checkbox"/> 影像学指标 <input type="checkbox"/> 神经电生理指标 <input type="checkbox"/> 其他辅助检查 其他补充_____
18、缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群评估焦虑抑郁症状，选择您常用的量表。（多选）	<input type="checkbox"/> 汉密尔顿抑郁/焦虑量表 <input type="checkbox"/> 老年抑郁量表 <input type="checkbox"/> 情绪（CES-D） <input type="checkbox"/> 康迈尔痴呆抑郁量表 <input type="checkbox"/> 抑郁/焦虑自评量表(SDS/SAS) 其他补充_____
19、缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群生活能力及质量评估，选择您常用的量表。（多选）	<input type="checkbox"/> 基本日常生活活动 BADL <input type="checkbox"/> 工具性日常生活活动 IADL <input type="checkbox"/> Lawton 工具性日常活动能力量表 <input type="checkbox"/> 社会功能问卷（FAQ） <input type="checkbox"/> 日常生活能力(Bathel 指数评分、巴氏指数) <input type="checkbox"/> Euro Qol-5D <input type="checkbox"/> mRs <input type="checkbox"/> 健康调查简表(SF-36) <input type="checkbox"/> NIHSS <input type="checkbox"/> 肢体运动功能(FMA 量表评分) 其他补充_____
20、您认为确定缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义是否重要？	是；否；
21、您认为确定缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊断标准是否重要？	是；否；
22、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群生化指标情况？	是；否；
23、应用中医药措施干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群是否有指征？	是；否；
24、中医药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群时，是否需要辨证论治？	是；否；
25、生活方式干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
26、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
27、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预高血压，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
28、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用	是；否；

或联合西药干预糖代谢异常，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	
29、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药干预血脂异常，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
30、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药干预心房颤动，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
31、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药干预无症状性颈动脉粥样硬化，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
32、干预不良生活方式（吸烟、饮酒、缺乏锻炼、肥胖、膳食缺乏营养），能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
33、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药干预偏头痛，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
33、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药干预睡眠呼吸障碍，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群脑卒中的发病率？	是；否；
34、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药能否改善缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群抑郁/焦虑状态？	是；否；
35、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药能否改善缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群生活质量？	是；否；
36、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药能否减少缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群一年内再次住院？	是；否；
37、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药能否改善缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群缺血性中风证候要素诊断量表评分情况？	是；否；
38、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗单用或联合西药能否利于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群危险因素的控制？	是；否；
39、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗能否	是；否；

减轻化学药物对于肝肾功能的影响？	
40、汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗是否存在不良反应？	是；否；
41、汤药或中成药与西药联合治疗时是否存在药物间的相互作用？	是；否；
42、缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群是否需要调护？	是；否；
43、缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群病情加重是否有诱发因素？	是；否；
患者版	
1、您是否是缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）患者？	是；否；不清楚
2、您是否是缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危患者？	是；否；不清楚
3、您对中医治未病干预方式的认知程度？	熟悉；了解；不知道
4、您是否知道中医治未病干预的具体方式？	知道；不知道
5、您是否使用过中医治未病干预方式（如中草药、中成药、针灸、耳穴、穴位贴敷、太极拳、八段锦等）进行过脑卒中的防治呢？	是；否；不清楚
6、您是否使用过中医治未病方式进行脑卒中的治疗呢？	是；否；不清楚
7、您在何处使用过中医治未病方法进行疾病干预？	门诊；病房；家庭
8、您是在哪个科室接受的中医治未病干预方式？	西医神经内科；中医脑病科；中西医结合脑病科；中医科；中西医结合科；内科；其他
9、您使用过几次中医治未病方式进行缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）防治？	0次；1-5次；5-10次；>10次
10、您使用中医治未病方式进行缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）防治的治疗天数？	0周；1周；2-4周；>4周
11、您认为采用中医治未病方式缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）预防疗效如何？	很好；一般；无效
12、您是否愿意采用中医治未病方式进行缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）预防？	是；否
13、您希望通过中医治未病方法达到什么治疗效果？	预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）发生；控制缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）危险因素（高血压、血糖代谢异常、血脂异常、偏头痛、房颤、高同型半胱氨酸血症、颈动脉粥样硬化等）；改善症状（头晕、乏力、心悸等）；其他

（2）调研对象分布情况

调研专家地区涉及北京、上海、天津、广东、河南、黑龙江、吉林、陕西、浙江、福建、江苏、山西、四川、甘肃、贵州、河北、湖南、辽宁等地。医院级别涉及三级医院、二级医院、特级医院。医院类型涉及中医院、中西医结合医院、西医院、综合医院、专科医院。职称涵盖主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师。

调研结论

- ①目前尚无缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义、中医及西医诊断标准，本次方案的撰写应制订针对该人群的定义及诊断标准。
- ②中医“治未病”方法干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）需要辨证论治，辨证分型要注重专家共识方法的应用。
- ③应明确缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群具体的生活方式干预措施，体现中医特色。
- ④中医非药物治疗的应用要重视临床可操作性，明确干预疗程，提高高危人群的依从性。
- ⑤重视缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的辅助检查选择，包括未病前的筛查、已病后的复查等。

3. 指南问题原始清单

建议以表格形式列出根据专家访谈及临床调研结果形成的指南问题原始清单，一般包括基础问题和临床问题，基础问题不能按照 PICO 化原则构建，临床问题需按照 PICO 化原则构建，详见表 3。

表 3 指南原始问题清单

基础问题					
序号	问题				
1	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊断标准是什么？				
2	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群常见证型有哪些？				
3	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义是什么？				
5	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群常用经典名方有哪些？				
6	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群常用中成药有哪些？				
临床问题					
序号	问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
1	“治未病”理念下的生活方式干预及健康教育能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的缺血性脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	生活方式干预措施	现有脑卒中防治方案	发病率
2	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否降低缺血性	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率

	脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的缺血性脑卒中发病率？				
3	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预高血压，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群中缺血性脑卒中发病率？	高血压患者	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有降压方案	发病率
4	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预糖代谢异常，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群中缺血性脑卒中发病率？	糖代谢异常患者	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有降糖方案	发病率
5	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预血脂异常，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群中的缺血性脑卒中发病率？	血脂异常患者	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有降脂方案	发病率
6	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善缺血性	同时符合缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群及抑郁/焦虑	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	焦虑抑郁评分

	脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群抑郁/焦虑状态？	状态的患者			
7	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群生活质量？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	生活质量
8	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否利于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群危险因素的控制？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	危险因素控制情况
9	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预无症状性颈动脉粥样硬化，能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的缺血性脑卒中发病率？	无症状性颈动脉粥样硬化患者	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有治疗颈动脉粥样硬化方案	发病率
10	汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否减少缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	一年内再住院率

	型) 高危人群 一年内再次住院?				
11	汤药/中成药/ 针刺/其他非 药物疗法单用 或联合西药能 否改善缺血性 脑卒中(大动 脉粥样硬化 型) 高危人群 缺血性中风证 候要素诊断量 表评分情况?	缺血性脑卒中 (大动脉粥样 硬化型) 高危 人群	汤药/中成药 /针刺/其他 单用或联合 西药	现有脑卒中防 治方案	缺血性中风证 候要素诊断量 表评分
12	汤药/中成药/ 针刺/其他非 药物疗法单用 或联合西药能 否改善缺血性 脑卒中(大动 脉粥样硬化 型) 高危人群 生化指标情况 情况?	缺血性脑卒中 (大动脉粥样 硬化型) 高危 人群	汤药/中成药 /针刺/其他 单用或联合 西药	现有脑卒中防 治方案	生化指标
13	汤药/中成药/ 针刺/其他非 药物疗法单用 或联合西药干 预心房颤动, 能否降低缺血 性脑卒中(大 动脉粥样硬化 型) 高危人群 中缺血性脑卒 中的发病率?	心房颤动患者	汤药/中成药 /针刺/其他 单用或联合 西药	现有治疗房颤 方案	发病率
14	汤药/中成药/ 针刺/其他非 药物疗法单用 或联合西药干 预睡眠呼吸障 碍, 能否降低 缺血性脑卒中	睡眠呼吸障碍 患者	汤药/中成药 /针刺/其他 单用或联合 西药	现有治疗睡眠 呼吸障碍方案	发病率

	(大动脉粥样硬化型) 高危人群中缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 的发病率?				
15	汤药/中成药/针刺/其他非药物疗法单用或联合西药干预偏头痛, 能否降低缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群中缺血性脑卒中的发病率?	偏头痛患者	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有治疗偏头痛方案	发病率
16	汤药/中成药/针刺/其他非药物疗法能否减轻化学药物对缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群肝肾功能的影响?	缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群	汤药/中成药/针刺/其他	现有脑卒中防治方案	肝肾功能
17	汤药/中成药/针刺/其他非药物疗法单用或联合西药干预缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群, 是否存在不良反应?	缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群	汤药/中成药/针刺/其他单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	不良反应发生率

4. 指南问题

(1) 指南问题形成方法

形成指南原始问题清单, 采用开放性问卷、深度访谈及共识会议的调查方法访问专家, 收集专家对缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 预防干预的各种意见, 包括适用分级、使用方式、优势及风险、经济性、推广性、推荐形式、患者的使用情况等相关临床问题, 将收集到的意见进行整理, 归纳、形成清单以备调查。

临床问题重要性采用5级评分法进行测量,分值为1~5分,其中5分代表非常重要,4分代表比较重要,3分代表一般重要,2分代表比较不重要,1分代表非常不重要。根据指南的制作要求及目的,经专家组讨论后达成共识:后经过起草组成员会议讨论后对原始问题进行细化,形成指南问题清单。

(2) 指南问题清单

见表4。

表4 指南问题清单

基础问题					
序号	问题				
1	能否在《脑卒中筛查与防治技术规范》脑卒中高危人群定义基础上，结合大动脉粥样狭窄/硬化的相关定义，作为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义？				
2	能否在《脑卒中筛查与防治技术规范》脑卒中高危人群诊断标准基础上，结合颅内、外大动脉狭窄/硬化的诊断标准，作为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊断标准？				
3	房颤能否归为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的高危因素？				
4	颅内、外大动脉狭窄/硬化能否归为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的高危因素？				
5	脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊断标准是否需要量化？				
6	痰瘀阻络（化痰通络汤加减）、气虚血瘀（补阳还五汤加减）、肝阳上亢（天麻钩藤饮/镇肝熄风汤加减）、气滞血瘀（柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减）、痰浊内阻（二陈汤加减）、肝肾亏虚（六味地黄丸/杞菊地黄丸加减）、风痰上扰证（半夏白术天麻汤加减）是否可以作为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的中医常见证型及用方？				
7	中成药血脂康、脂必泰胶囊、脑栓通胶囊、丹菱片、华佗再造丸、荷丹片是否可以用于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群痰瘀阻络证的治疗？				
8	中成药养血清脑颗粒、松龄血脉康是否可以用于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群肝阳上亢证的治疗？				
9	中成药软脉灵、复方苡蓉益智胶囊是否可以用于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群肝肾亏虚证的治疗？				
10	中成药通心络胶囊、脑心通胶囊、参松养心胶囊是否可以用于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群气虚血瘀证的治疗？				
11	中成药血栓通、脑安滴丸、血府逐瘀胶囊、脑心清片、复方丹参滴丸、活血通脉胶囊、脉血康胶囊、丹红注射液、血塞通、蛭蛇通络胶囊、川红中风胶囊是否可以用于缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群气滞血瘀证的治疗？				
临床问题					
序号	问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
1	“治未病”理念下的生活方式干预措施（适当运动、饮食调养、戒烟、控制体重、限酒、心理调摄）及	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	生活方式干预措施	现有脑卒中防治方案	发病率

	健康教育能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率？				
2	经典名方单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	经典名方单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
3	中成药单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	中成药单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
4	针刺单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	针刺单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
5	穴位贴敷单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	穴位贴敷单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
6	灸法单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	灸法单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
7	耳穴贴压单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	耳穴贴压单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
8	推拿单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	推拿单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
9	拔罐单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	拔罐单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率

10	刮痧单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	刮痧单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
11	自我推拿单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	自我推拿单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
12	气功单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，能否降低脑卒中发病率？	缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群	气功单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	发病率
13	气功（八段锦、太极拳、五禽戏等）干预缺血性脑卒中恢复期及后遗症期是否有效？	缺血性脑卒中患者	气功单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	有效率、肢体功能
14	膳食营养干预对缺血性脑卒中的急性期、恢复期及后遗症期是否有效？	缺血性脑卒中患者	膳食营养单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	有效率、肢体功能
15	针刺干预颈动脉粥样硬化是否有效？	颈动脉粥样硬化患者	针刺单用或联合西药	现有治疗方案	斑块厚度、面积积分、血脂水平、有效率
16	针刺是否能够改善缺血性卒中后患者的肢体功能、生活质量？	缺血性脑卒中患者	针刺单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	肢体功能、生活质量
17	艾灸疗法对脑卒中后肢体运动功能恢复是否有效？	缺血性脑卒中患者	艾灸疗法单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	肢体功能
18	康复训练干预缺血性脑卒中恢复期及后遗症期是否有效？	缺血性脑卒中患者	康复训练单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	有效率、肢体功能
19	中医经典名方干预缺血性中风急性期、恢复期和后遗症期是否有效？安全性如何？	缺血性脑卒中患者	中医经典名方单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	有效率、肢体功能、安全性
20	中成药干预缺血性中风恢复期和后遗症期	缺血性脑卒中患者	中成药单用或联合西药	现有脑卒中防治方案	有效率、肢体功

(hypnosis[Text Word])) OR (psychodynamicpsychotherapy[Text Word])) OR (Physiotherapy[Text Word])) OR (Behavioral therapy[Text Word])) OR (Cognitive therapy[Text Word])) OR (Hypnotherapy[Text Word])) OR (Relaxation therapy[Text Word])) OR (Baduanjin[Text Word])) OR (Ba Duan Jin[Text Word])) OR (eight section brocades[Text Word])) OR (Eight-section brocade[Text Word])) OR (Wu Qin Xi[Text Word])) OR (Wuqinxi[Text Word])) OR (frolics of five animals[Text Word])) OR (five fauna-mimic frolics[Text Word])) OR (Tai Chi[Text Word])) OR (Yijin jing[Text Word])) OR (sinew-transforming exercise[Text Word])) OR (activating tendons[Text Word])) OR (Qigong[Text Word])) OR (Chi gong[Text Word])) AND (((((((Stork[Text Word]) OR (Ischemic Stroke[Text Word])) OR (cerebral infarction[Text Word])) OR (cerebral ischemic stroke[Text Word])) OR (High risk group of ischemic stroke[Text Word])) OR (Pre ischemic stroke[Text Word])) OR (High risk factors of ischemic stroke[Text Word]))))

(2) 检索结果

列出检索到的文献实际总量及每个数据库检索到的文献数量。检索共获得文献 6989 篇，其中 CNKI: 523 篇，万方:6219 篇，维普:191 篇，PubMed: 56 篇。

2. 证据筛选和资料提取

(1) 证据筛选和资料提取方法

通过纳入和排除标准，文献筛选、数据提取等条件，3 名评审员独立进行审核工作。排除重复项，再通过阅读标题和摘要排除明显不相关文章，再全文阅读确定纳入资格，根据预先设计的数据表提取数据，记录每项合格文献的发表时间、研究作者、出版期刊、研究设计、研究对象、治疗和对照措施、试验周期、样本量、用药剂量、给药途径、随机化方法、盲法、结局评价指标、安全性评价指标。

(2) 纳入排除标准

纳入标准

①研究设计：原始文献为随机对照试验，非随机对照试验，临床疗效观察和疗效观察中分组原则提到“随机”，非随机对照的队列研究，病例对照研究的文章；

②研究对象：符合《脑卒中高危人群中医诊疗共识》中诊断标准或参照《国家卫计委脑卒中筛查与防治工程危险因素调查表》制定的诊断标准等诊断为脑卒中高危人群的患者且证型判定具有明确的标准；

③干预措施：试验组（中医治疗组）采用常规基础治疗+中医治疗脑卒中（包括传统中药和/或针灸等）或单独运用中医治疗脑卒中（包括传统中药和/或针灸等），疗程不限；对照组为单独运用西医治疗，单独运用中医治疗脑卒中（包括传统中药和/或针灸等）或联合基础治疗，疗程不限；

④结局指标：血脂，胱抑素C，颈动脉超声等与脑卒中高危人群相关的指标；FMA；FMA-U；MBI；AROM；STEF；血浆黏度；红细胞压积(HCT)、纤维蛋白原(FIB)和有效率；NIHSS；Barthel指数等。

- ⑤每组的样本数量均 ≥ 25 例；
- ⑥患者的性别、年龄及病例不限。

排除标准

(1) 非临床试验，如临床综述、动物实验、基础研究、摘要和病例报道等方面的研究文献；会议资料、理论研究、个案报道、护理、科普保健类；无明确辨证分型的文献；

- (2) 试验缺少对照组或试验分三组；
- (3) 文献有明显的质量问题，结果亟待商榷；
- (4) 数据不全或资料无法提取的文献；
- (5) 方法学存在明显错误的文献；
- (6) 同一作者内容雷同、重复发表的文献（只选其中最具代表性的一篇）；
- (7) 合并有重要脏器疾病对试验干扰较大的研究。

检索相关的系统评价,如果有新近发表(2年内)的高质量系统评价,可考虑直接参考使用。以下情况,如(1)无相关的系统评价;(2)已有系统评价质量不高;(3)非近期发表;(4)系统评价结果适用性低,应该做系统检索、每一篇研究论文的质量评价、整合相应的原始研究证据的分级(证据力度)工作。

(3) 证据筛选流程及结果

阅读全文后提取最终纳入文献的相关资料,内容包括:发表时间、研究作者、出版期刊、研究设计、研究对象、治疗和对照措施、试验周期、样本量、用药剂量、给药途径、随机化方法、盲法、结局评价指标、安全性评价指标。证据筛选流程及结果见下图。

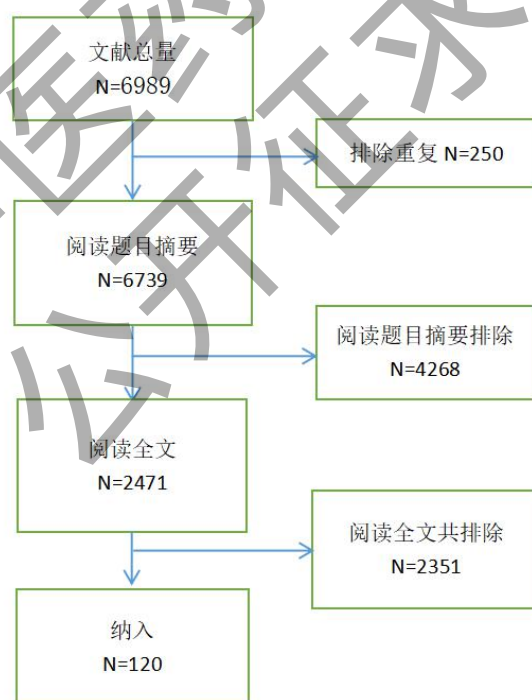


图 1 证据筛选流程图

3. 证据综合

应用RevMan5.3对数据类别相同、干预措施相同、研究类型相同、结局指标相同的随机对照试验原始研究的数据进行整合分析。观察指标采用区间估计，计数资料用相对危险度（riskratio, RR）及其95%置信区间（confidenceinterval, CI）表示；单位统一的计量资料用均数差（meandifference, MD）及其95%CI表示。

（六）证据分级

1. 证据分级方法

运用GRADE对纳入文献根据临床研究类型及数量和效应值及可信区间进行高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）的证据质量分级，再根据降级因素和升级因素，最终确定其证据等级是否升级或降级，最终形成结论，相关的评价结果列入到证据概要表，总结出证据概要表，并且形成推荐意见条目。

2. 证据概要表

对于有些基础问题，并不适合用GRADE证据概要表的形式表示，但也应对证据情况概要，由于不同的基础问题分析方法不同，以下仅供参考。

对于每个临床问题的证据情况应以GRADE证据概要表的形式列出也可从GRADEpro软件直接导出。

临床问题 1

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
针刺联合康复训练治疗缺血性脑卒中上肢运动功能障碍是否有效？	缺血性脑卒中须经过CT或MRI检查确诊，同时一侧上肢须伴有运动功能障碍	针刺治疗（头针、体针、电针等）联合康复训练。	康复训练（包括Bobath易化技术和Brunnstrom技术的神经发育疗法、物理治疗、作业治疗的基础康复以及镜像疗法、强迫运动）	FMA; FMA-U; MBI; AROM; STEF
研究类型及数量	8个RCT			
效应值及可信区间	FMA: WMD=21.09, 95%CI=[19.75, 22.43] FMA-U: WMD=9.17, 95%CI=[4.00, 14.34] MBI: WMD=21.38, 95%CI=[5.27, 37.48] AROM: WMD=3.13, 95%CI=[0.62, 5.63] STEF: WMD=8.91, 95%CI=[5.84, 11.98]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	在治疗缺血性脑卒中上肢运动功能障碍患者中，给予针刺治疗联合康复训练的方法比单纯康复训练的方法有效率更高，量表评分改善情况更好；			

临床问题 2

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
互动式头针治疗中风后痉挛性瘫痪的临床效果如何?	中风后痉挛性瘫痪患者	互动式头针治疗, 即头针留针的同时进行康复作业治疗	为先头针后康复治疗或先康复治疗后头针治疗和(或)单一康复治疗	1. FMA 量表分析结果 2. FMA 量表亚组分析结果 3. MBI 量表分析结果 4. MBI 量表亚组分析结果
研究类型及数量	17个RCT			
效应值及可信区间	FMA 量表分析结果: WMD=11.79, 95%CI= [9.53, 14.06] FMA 量表亚组分析结果: WMD=8.61, 95%CI= [6.11, 11.11] MBI 量表分析结果: WMD=13.25, 95%CI= [8.14, 18.37] MBI 量表亚组分析结果: WMD=9.97, 95%CI= [5.60, 14.34]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	头针同时进行康复训练的治疗模式在促进中风后痉挛性瘫痪患者肢体运动功能和日常生活能力恢复方面确实优于传统的康复训练和头针+康复训练的治疗方法。			

临床问题3

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
靳三针疗法对中风病后遗症患者治疗效果如何?	中风后遗症患者	单独采用靳三针疗法, 也可采取包含靳三针的联合疗法	其他具体疗法或空白对照	有效率、神经功能缺损情况、肢体运动功能和肌张力
研究类型及数量	47个RCT			
效应值及可信区间	靳三针疗法较常规药物治疗有效率差异: RR=1.50, 95%CI= [1.23, 1.83] 靳三针疗法较常规针刺疗法有效率差异: RR=1.22, 95%CI= [1.03, 1.44] 总结靳三针疗法较其他单一疗法有效率差异: RR=1.06, 95%CI= [1.01, 1.11] 神经功能缺损程度DNS评分: MD=-0.93, 95%CI= [-1.65, -0.22] 肢体运动功能FMA总评分: MD=2.27, 95%CI= [0.43, 4.11]			

	日常生活能力BI或MBI评分: MD=4.77, 95%CI= [1.87, 7.66] 肌张力: MD=0.53, 95%CI= [0.01, 1.06] 功能综合FCA评分:MD=2.15, 95%CI= [0.09, 4.21]
证据等级	低质量
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险降一级, 间接证据降一级
结论	靳三针的总体疗效是优于其它常见疗法的。但在一些方面和其它疗法疗效相当, 甚至不如其它疗法。

临床问题 4

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
头体针结合治疗对脑梗死后下肢痉挛性偏瘫是否有效?	脑梗死后痉挛性偏瘫患者。	针刺联合常规康复训练。	常规康复训练。	治疗有效率; FMA; 改良Barthel 指数; MAS。
研究类型及数量	17 个 RCT			
效应值及可信区间	治疗有效率: RR=0.16, 95%CI= [0.12, 0.21] FMA: MD=9.35, 95%CI= [6.65, 12.05] 改良 Barthel 指数: MD=12.99, 95%CI= [7.21, 18.77] MAS: IMD=-0.62, 95%CI= [-0.93, -0.31]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	头体针治疗联合康复训练比单独康复训练治疗的有效率更高, 量表评分改善情况更好			

临床问题 5

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针刺康复治疗中风恢复及后遗症期是否有效?	确诊为中风恢复及后遗症期的患者。	针刺治疗	其他疗法	死亡率、总有效率、愈显率、神经功能缺损程度评定和病情严重程度评定、运动功能评定、感觉功能评定、日常生活活动能力评定、认知功能评定、知觉功能评定、言语功能站改评定、合并症评定、疗

				效评定、结局和 残疾评定及生 存质量评定中 的一项。
研究类型及数量	38 个 meta			
效应值及可信区间	<p>眼针： 总有效率比较：RR=1.17，95%CI=[1.06，1.31] 亚组 01：RR=1.24，95%CI=[1.07，1.44] 亚组 02：RR=1.07，95%CI=[0.94，1.23] Barthel 比较：WMD=13.29，95%CI=[1.98，24.60]</p> <p>醒脑开窍针刺疗法： 总有效率比较：RR=1.10，95%CI=[1.02，1.18] FMA：WMD=11.99，95%CI=[4.23，19.75]</p> <p>分期循经针刺法： Barthel 指数比较：WMD=10.33，95%CI=[2.66，18.00] FMA：WMD=9.80，95%CI=[1.72，17.88]</p> <p>腹针治疗： Barthel 指数比较：WMD=5.84，95%CI=[0.04，11.64] FMA：WMD=10.29，95%CI=[2.23，18.34]</p> <p>舌针： 总有效率：RR=1.18，95%CI=[1.06，1.31] 五心针： 总有效率：RR=1.03，95%CI=[0.94，1.13] 通督醒神针刺法： 总有效率：RR=1.09，95%CI=[0.96，1.23] 针刺拮抗肌运动点： 总有效率：RR=1.32，95%CI=[1.05，1.65] 点刺金津玉液： 总有效率：RR=1.33，95%CI=[1.10，1.61] 针刺足三里： FMA：WMD=2.05，95%CI=[0.80，3.30] 针刺足三里、悬中： 总有效率：RR=1.61，95%CI=[1.01，1.35] 神经功能缺损评分：WMD=-4.60，95%CI=[-6.80，-2.40]</p> <p>针刺督脉： 总有效率：RR=1.05，95%CI=[0.95，1.15] 头针 1： Barthel：WMD=13.80，95%CI=[5.81，21.79] FMA：WMD=9.10，95%CI=[2.90，15.30] 韦氏成人智力量表：WMD=4.90，95%CI=[0.76，9.04] 头针 2： 总有效率：RR=1.22，95%CI=[1.05，1.43] 神经功能缺损评分：WMD=-3.72，95%CI=[-6.84，-0.60] Barthel：WMD=16.10，95%CI=[10.64，21.56] 头针 3： Barthel：WMD=5.89，95%CI=[3.81，7.97] FMA：WMD=11.90，95%CI=[3.85，19.96] 头针 4： 总有效率：RR=1.10，95%CI=[1.01，1.20] 头针 5： 神经功能缺损评分：WMD=-5.38，95%CI=[-5.67，-5.09] Barthel：WMD=29.56，95%CI=[24.20，34.92] 头针 6： Barthel：WMD=21.90，95%CI=[20.57，23.23] FMA：WMD=25.60，95%CI=[24.42，26.78] 针刺 1： 总有效率：RR=1.57，95%CI=[1.19，2.07] 针刺 2： 神经功能缺损评分：WMD=-6.00，95%CI=[-9.59，-2.41]</p>			

	<p>针刺 3: 总有效率: RR=1.08, 95%CI=[0.92, 1.27]</p> <p>针刺 4: 总有效率: RR=1.16, 95%CI=[1.04, 1.29]</p> <p>针刺 5: Barthel: WMD=12.63, 95%CI=[4.47, 20.79] FMA: WMD=8.48, 95%CI=[1.68, 15.28]</p> <p>针刺+运动想像: WMD=21.00, 95%CI=[12.44, 29.56] FMA: WMD=14.00, 95%CI=[9.70, 18.30]</p> <p>针刺+中药 1: 总有效率: RR=1.17, 95%CI=[0.93, 1.48] 神经功能缺损评分: WMD=-4.20, 95%CI=[-6.45, -1.95]</p> <p>针刺+中药 2: 总有效率: RR=1.26, 95%CI=[1.04, 1.53] 神经功能缺损评分: WMD=-6.91, 95%CI=[-8.05, -5.77] Barthel: WMD=12.07, 95%CI=[11.53, 12.61]</p>
证据等级	低质量
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险降一级, 间接证据降一级
结论	在治疗中风恢复及后遗症期中, 针刺比其他疗法的有效率更高, 量表评分改善情况更好;

临床问题 6

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
醒脑开窍针刺法治疗缺血性中风是否有效?	临床诊断为缺血性中风的患者	醒脑开窍针刺疗法	其他疗法	日常生活活动能力; 神经功能缺损; 运动功能; 痊愈率; 安全性; 卫生经济指标
研究类型及数量	28 个 RCT			
效应值及可信区间	<p>日常生活活动能力评分: WMD=11.47, 95%CI=[7.32, 15.62]</p> <p>神经功能缺损评分: WMD=2.94, 95%CI=[2.23, 3.62]</p> <p>敏感性分析: WMD=2.77, 95%CI=[2.08, 3.46]</p> <p>运动功能评分: WMD=14.91, 95%CI=[12.92, 16.91]</p> <p>痊愈率: RR=1.48, 95%CI=[1.35, 1.63]</p> <p>敏感性分析: RR=1.43, 95%CI=[1.30, 1.57]</p>			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级, 精确性降一级			
结论	在治疗缺血性中风患者时, 使用醒脑开窍针刺法比其他疗法有效率高, 量表改善程度好。			

临床问题 7

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针刺改善脑卒中后患者生活自理能力是否有效?	脑卒中患者	给予针刺 (单纯针刺、电针) 或针刺结合康复、针刺结合	单纯康复治疗或康复结合药物或康复结合其他	BI

		药物等常规治疗	等常规治疗。	
研究类型及数量	14 个 RCT			
效应值及可信区间	电针与单纯康复治疗: MD=13.37, 95%CI=[10.24, 16.49] 单纯针刺+康复与单纯康复治疗: MD=12.8, 95%CI=[10.51, 15.09] 电针+康复治疗与单纯康复治疗: MD=11.44, 95%CI=[3.45, 19.42]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	在治疗脑卒中患者中, 给予针刺等方法比单纯治疗康复的方法有效率更高, 量表评分改善情况更好;			

临床问题8

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
补阳还五汤联合针灸对中风后偏瘫恢复临床疗效、安全性效果如何?	中风后偏瘫患者	常规西药或其他治疗基础上进行补阳还五汤联合针灸治疗	常规西药或其他治疗	1.临床疗效 2.卒中量表(NIHSS)评分 3.ADL-BI指数法 4.血浆粘度 5.Fugl-Meyer运动功能评分 6.不良反应
研究类型及数量	21个RCT			
效应值及可信区间	临床疗效分析: OR=4.85, 95%CI=[3.59, 6.54] NIHSS评分: SMD=-4.31, 95%CI=[-5.56, -3.06] NIHSS<5分组: SMD=-1.00, 95%CI=[-1.74, -0.25] 5-10分组: SMD=-4.49, 95%CI=[-5.94, -3.04] 大于10分组: SMD=-6.31, 95%CI=[-7.40, -5.21] Fugl-Meyer运动功能评分:SMD=15.48, 95%CI=[2.40, 28.56] 血浆粘度: SMD=-0.65, 95%CI=[-0.74, -0.56] 不良反应: OR=1.25, 95%CI= [0.59, 2.66]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	常规西药或其他治疗基础上进行补阳还五汤联合针灸治疗比单纯常规西药或其他治疗对中风后偏瘫效果更好, 安全性良好。			

临床问题9

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
艾灸疗法对脑卒中后	脑卒中后偏	艾灸疗法联	为空白对照或	1. 简式

肢体运动功能障碍的恢复是否有效？	瘫患者	合非艾灸疗法	其他非艾灸疗法	Fugl-Meyer 2. BI/MBI 3. NIHSS 4. 临床总有效率
研究类型及数量	41 个 RCT，1 个 Meta			
效应值及可信区间	（干预时间分别为：<4 周、4 周、8 周）的简式 Fugl-Meyer 运动功能量表： MD=13.10，95%CI=[5.75，20.46] MD=13.44，95%CI=[7.41，19.48] MD=24.20，95%CI=[10.55，37.84] BI/MBI：SMD=1.15，95%CI=[0.80，1.49] SMD=1.06，95%CI=[0.76，1.35] SMD=1.20，95%CI=[1.01，1.39] NIHSS：RR=-2.19，95%CI=[-2.62，-1.76] 临床总有效率：RR=1.26，95%CI=[1.14，1.39]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	艾灸疗法联合非艾灸疗法对脑卒中后肢体运动功能障碍的恢复比单纯其他非艾灸疗法有效率更高，量表评分改善情况更好。			

临床问题10

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
补阳还五汤对治疗气虚血瘀型缺血性中风在急性期、恢复期和后遗症期临床疗效、安全性效果如何？	气虚血瘀型缺血性中风患者	补阳还五汤或其加减方或对照组治疗措施的基础上加用补阳还五汤或其加减方	其他治疗	1. 临床总有效率 2. 中医证候疗效 3. 神经功能缺损情况 4. 日常生活活动能力 5. 药物安全性
研究类型及数量	75个RCT			
效应值及可信区间	急性期临床总有效率：OR=3.89，95%CI=[3.12，4.84] 恢复期临床总有效率：OR=3.58，95%CI=[2.51，5.11] 后遗症期临床总有效率：OR=3.89，95%CI=[2.13，7.11] 中医证候疗效评价：OR=3.19，95%CI=[2.14，4.77] 急性期神经功能缺损情况：SMD=-1.10，95%CI=[-1.35，-0.85] 恢复期神经功能缺损情况：SMD=-0.79，95%CI=[-0.90，-0.67] 急性期日常生活活动能力：SMD=0.72，95%CI=[0.54，0.90] 恢复期日常生活活动能力：SMD=0.71，95%CI=[0.56，0.86]			

	安全性评价： OR=0.62, 95%CI=[0.19, 1.96]
证据等级	低质量
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险降一级，间接证据降一级
结论	补阳还五汤相比其他治疗对气虚血瘀型缺血性中风效果更好，安全性良好。

临床问题 11

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
通心络胶囊治疗缺血性中风恢复期及后遗症期治疗效果如何？	缺血性中风恢复期及后遗症期患者	通心络胶囊+常规治疗	常规治疗	总有效率； 神经功能缺损评分； 日常生活活动能力评分； 肢体功能康复评分； 智能精神状态评分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	通心络胶囊治疗缺血性中风恢复期总有效率比较的合并： $RR=1.17, 99\%CI=[0.97, 1.40]$ 通心络胶囊治疗缺血性中风后遗症期总有效率比较的合并： $RR=1.26, 99\%CI=[1.02, 1.55]$ 通心络胶囊治疗缺血性中风恢复期神经功能缺损评分： $WMD=-8.22, 99\%CI=[-10.66, -5.78]$ 日常生活活动能力评分： $WMD=10.68, 99\%CI=[3.38, 17.98]$ 肢体功能康复评分： $WMD=2.06, 99\%CI=[-2.98, 7.10]$ 智能精神状态评分： $WMD=-0.19, 99\%CI=[-1.73, 1.35]$			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	通心络胶囊治疗缺血性中风后遗症期的临床总有效率比常规治疗有效率高。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
中西医结合卒中单元治疗急性期脑卒中是	临床确诊为急性期脑卒	中西医结合卒中单元或	其他治疗	总有效率、病死率、平均住院时间、平

否有效?	中的患者	中医卒中单元		均住院费用、神经功能缺损评分、日常生活活动能力评分、生存质量评估中的一项。
研究类型及数量	16 个 meta;			
效应值及可信区间	临床总有效率: RR=1.15, 95%CI=[1.04, 1.27] 两组间临床总有效率: RR=1.14, 95%CI=[0.95, 1.36]. 两组间中医症候总有效率: RR=1.15, 95%CI=[0.97, 1.37] 中西医结合卒中单元 VS 西医卒中单元死亡率: RR=0.60, 95%CI=[0.21, 1.71] 中西医结合卒中单元 VS 普通内科病死率: RR=0.34, 95%CI=[0.22, 0.54] 中西医结合卒中单元 VS 西医卒中单元 3 个月死亡率: RR=0.37, 95%CI[0.12, 1.16] 中西医结合卒中单元 VS 普通内科 3 个月病死率: RR=0.67, 95%CI[0.11, 3.90] 中西医结合卒中单元 VS 普通内科 6 个月病死率: RR=0.40, 95%CI[0.08, 2.01] 中西医结合卒中单元 VS 普通内科 12 个月死亡率: RR=0.39, 95%CI[0.10, 1.37]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级, 精确性降一级			
结论	在治疗急性期脑卒中患者时, 中西医结合卒中单元或中医卒中单元比其他治疗临床疗效更高, 量表评分改善更好。			

临床问题 12

临床问题 13

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
中药注射剂治疗缺血性脑卒中恢复期是否有效?	临床诊断为缺血性脑卒中中的患者	中药注射剂联合西医康复或预防治疗	西医康复或预防治疗	NIHSS; FMA; Barthel 指数
研究类型及数量	18 个 RCT			
效应值及可信区间	FMA: MD=9.57, 95%CI=[8.36, 10.78] Barthel 指数: MD=12.75, 95%CI=[7.78, 17.71] 有效率: MD=3.85, 95%CI=[2.30, 6.45] 安全性: MD=1.12, 95%CI=[0.58, 2.16]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	在治疗缺血性脑卒中恢复期患者时, 使用中药注射剂联合西			

	医康复或预防治疗比西医康复或预防治疗，临床疗效更高，量表评分改善更好。
--	-------------------------------------

临床问题14

临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
颅内动脉粥样硬化危险因素有哪些？	颅内动脉粥样硬化相关危险因素	颅内动脉粥样硬化患者	无颅内动脉粥样硬化患者	NOS 及 AHRQ 量表
研究类型及数量	34个RCT			
效应值及可信区间	定量分析结果显示其中七项因素与ICAS相关，包括以下方面： 高龄优势比：OR=1.05，95%CI= [1.03，1.08] 代谢综合征：OR=2.13，95%CI= [1.35，3.37] 糖尿病：OR=1.98，95%CI= [1.69，2.31] 高血压：OR=1.97，95%CI= [1.69，2.31] 脂代谢紊乱：OR=1.29，95%CI= [1.04，1.59] 高水平的低密度脂蛋白胆固醇：OR=1.06，95%CI=[1.00，1.12] 高水平的载脂蛋白A1：OR=0.34，95%CI= [0.15，0.75]			
证据等级	低质量			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	本项系统评价及荟萃分析发现：(1) 高龄、代谢综合征、糖尿病、高血压和脂代谢紊乱的个体可能具有较高的ICAS 患病风险；(2) 高水平的载脂蛋白A1可能降低 ICAS 患病风险			

(七) 推荐意见

1. 推荐意见形成方法

推荐意见由起草组根据所纳入的研究循证级别，之后通过起草专家在论证会上进行讨论决定（附录五）。

2. 推荐意见投票结果

如采用GRADE网格计票法对推荐条目进行计票，需列出每条推荐意见的投票结果，见表7。（推荐强度分别为：一定、可能、不确定、可能不、一定不）

表7 推荐意见投票结果表

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	颈动脉粥样硬化患者运用针刺或联合西药可改善斑块厚度、面积、血脂水平。	10	20	1	1	0	2	是
2	缺血性卒中患者运用针刺或者联合康复治疗可改善肢体功能。	25	5	1	0	1	1	是

3	缺血性卒中患者运用针刺或联合康复治疗可改善日常生活活动能力。	27	5	0	0	0	1	是
4	缺血性卒中患者运用艾灸或联合其他非艾灸疗法可改善肢体运动功能。	11	16	4	1	0	1	是
5	气虚血瘀型缺血性卒中患者运用补阳还五汤可改善急性期、恢复期神经功能缺损、日常生活活动能力及中医证候。	24	7	0	1	0	1	是
6	缺血性卒中患者运用通心络胶囊联合常规治疗可改善恢复期神经功能缺损、日常生活活动能力及肢体功能。	12	15	5	0	0	1	是

(八) 撰写指南草案

由刘金民、王乐、李楠楠等草案执笔人对指南草案进行撰写，于2022年5月20日完成，其他指南起草组成员对指南草案进行修改整理。

(九) 指南草案的质量评价及适用性评价

1. 质量评价

王忠（中国中医科学院 研究员）、陈薇（北京中医药大学 研究员）、谢梁震（黑龙江中医药大学第一附属医院 主治医师）3名统计学专家进行指南质量评价，结果良好。见表8。

表8 指南质量评价结果

序号	条目内容	选择人数		
		是	否	不适用
1	指南制订小组由包含临床专家和方法学家在内的多学科团队组成	3		
2	指南制订人员与指南内容无利益冲突	3		
3	有构建清楚的临床问题	3		
3.1	报告了中医病名或西医病名或具体中医证候	3		
3.2	报告了干预措施的具体类型如汤药、中成药、针灸等	3		
3.3	对照措施合理	3		
3.4	结局指标是具有临床重要性，或能体现中医药治疗优势的指标	3		
4	检索范围全面	3		
4.1	检索内容包括了中医古籍文献与现代临床研究文献	3		
4.2	报告了检索的数据库、检索时间、检索词	3		
4.3	提供了代表数据库的具体检索策略	3		
5	提供了纳入排除标准，并与临床问题相符	3		
6	描述了文献筛选过程，并提供了清晰的筛选流程图	3		
7	提供了排除文献列表	3		
8	数据提取过程清晰	3		
9	提供了纳入文献清单及纳入文献特征表	3		
10	数据综合过程正确	3		
10.1	效应值选择正确	3		
10.2	统计分析方法正确	3		
11	选用了国际或行业内公认的证据质量评价方法，且证据质量评价过程正确，前后无矛盾	3		
12	提供了证据概要表	3		
13	明确描述形成推荐意见的考虑要素	3		

14	明确解释推荐强度的含义	3		
15	明确描述形成推荐意见的方法,并提供了相关附件如调研问卷或会议记录	3		
16	每条推荐意见均有证据支持	3		

2. 适用性评价

40 名本指南撰写临床专家进行指南适用性评价,结果良好。见表 9。

表 9 指南适用性评价结果

序号	条目	选择人数		
		是	否	不适用
领域1. 总体				
1	制定的机构组织及成员具有权威性	40	0	0
2	明确定义指南使用人群（中医医师/中西医结合医师/西医医师等）	39	1	0
3	明确定义指南适用环境（三级医院/二级医院/社区诊疗中心等）	40	0	0
4	指南内容全面	39	1	0
5	理、法、方、药一致	40	0	0
领域2. 清晰性				
1	推荐建议易于识别（在框中加粗，粗体文字，下划线等）	39	1	0
2	推荐意见表达用词明确，并列出具每项推荐意见的证据等级	39	0	1
3	列出指南内包含的所有术语和英文译名，及其具体定义	40	0	0
4	指南中的临床问题明确，且与推荐意见前后一致	40	0	0
领域3. 可执行性				
1	指南使用人员可以理解指南内容	40	0	0
2	明确定义患者人群特征，必要时应列出不适用的亚组人群	37	2	1
3	疾病的病因清晰，有依据，并得到行业认同	39	1	0
4	疾病的病机清晰，有依据，并得到行业认同	39	1	0
5	中医常见证候清晰，有依据，并得到行业认同	38	2	0
6	对于推荐的方药，明确描述了具体组方	40	0	0
6.1	报告了方剂名称；	40	0	0
6.2	报告了方剂来源；	40	0	0
6.3	报告了方剂组成及每味中药的克数；	39	0	1
6.4	报告了用药方案；	40	0	0
6.5	报告了煎煮法（需要时列出）；	39	0	1
6.6	报告了加减用药方案（需要时列出）；	40	0	0
6.7	报告了注意事项	40	0	0
6.8	如果有合并治疗，描述合并治疗方案	40	0	0
6.8.1	合并治疗类型	40	0	0
6.8.2	合并治疗时机	39	1	0
6.8.3	合并治疗剂量/频次	39	1	0
6.8.4	合并治疗疗程	38	1	1
6.9	明确描述该方剂改善的结局	36	3	1
7	对于中成药，明确描述了下列信息	38	1	1
7.1	报告了用药方案；	40	0	0
7.2	报告了疗程；	38	1	1
7.3	报告了注意事项	39	1	0

7.4	如果有合并治疗，描述合并治疗方案	39	1	0
7.4.1	合并治疗类型	38	2	0
7.4.2	合并治疗时机	39	1	0
7.4.3	合并治疗剂量/频次	39	1	0
7.4.4	合并治疗疗程	37	1	2
7.5	明确描述该中成药改善的结局	37	3	0
7.6	该中成药是否属于医保药物或基药	32	3	5
8	对于非药物治疗法（如针刺，推拿等），提供足够详细信息，以允许临床医师可以进行相关操作	39	0	1
8.1	针刺	39	0	1
8.1.1	报告了针刺的穴位	38	1	1
8.1.2	报告了针刺的深度	35	3	2
8.1.3	报告了针刺的刺激方式	37	2	1
8.1.4	报告了留针时间	37	2	1
8.1.5	报告了治疗频次	38	1	1
8.1.6	报告了疗程	37	1	2
8.1.7	必要时报告联用的其他干预措施	39	0	1
8.1.8	明确描述该疗法改善的结局	37	3	0
8.2	灸法	39	0	1
8.2.1	报告了灸法的适用情况	39	0	1
8.2.2	报告了某灸法的操作要点	38	0	2
8.2.3	报告了治疗频次	38	1	1
8.2.4	报告了灸法的疗程	36	2	2
8.2.5	明确描述该疗法改善的结局	35	4	1
8.3	推拿	39	0	1
8.3.1	报告了推拿手法	37	1	2
8.3.2	报告了推拿时间	37	1	2
8.3.3	报告了治疗频次	37	1	2
8.3.4	报告了疗程	35	2	3
8.3.5	明确描述该疗法改善的结局	35	3	2
8.4	针刀疗法	35	2	3
8.4.1	报告了无菌操作要点	35	2	3
8.4.2	报告了进针的取穴部位	35	2	3
8.4.3	报告了进针的深度	33	4	3
8.4.4	报告了进针手法的操作要点	33	3	4
8.4.5	报告了治疗频次	34	2	4
8.4.6	报告了疗程	33	2	5
8.4.7	必要时报告联用的其他干预措施（如推拿）	36	1	3
8.4.8	明确描述该疗法改善的结局	34	3	3
8.5	敷贴、熏洗	39	0	1
8.5.1	报告了贴敷片剂治疗的部位或熏洗的部位	38	0	2
8.5.2	报告了治疗频次	38	1	1
8.5.3	报告了疗程	36	2	2
8.5.4	必要时报告联用的其他干预措施	39	0	1
8.5.5	明确描述该疗法改善的结局	35	3	2
8.6	耳穴	39	0	1
8.6.1	报告了耳穴刺激的穴位	39	0	1
8.6.2	报告了治疗频次	37	1	2
8.6.3	报告了疗程	35	2	3

8.6.4	必要时报告联用的其他干预措施	38	0	2
8.6.5	明确描述该疗法改善的结局	35	3	2
8.7	传统功法（太极、气功等）	39	0	1
8.7.1	报告了具体功法的名称	36	2	2
8.7.2	报告了练功的频次与时长	36	2	2
8.7.3	报告了练功的注意事项	36	2	2
8.8	其他非药物治疗	37	1	2
9	必要时可针对性提出预防调护的措施	37	0	3
10	必要时可针对性提出康复调摄的措施	38	0	2

3. 评价结果分析

分析记录质量评价和适用性评价结果，根据其结果，修改完善指南草案，形成征求意见稿。

（十）征求意见

记录征求意见的时间、方式、专家人数和单位数量，描述征求意见的地域、专业、职称等分布情况。

对于进行公开征求意见的指南，需记录征求意见的时间和收到反馈意见的情况。

将收到的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”的处理意见，汇总形成意见汇总处理表。对于“未采纳”和“部分采纳”的反馈意见，应当说明理由。见表10。

表10 征求意见汇总处理表

序号	章条编号	草案内容	提出单位和姓名	反馈意见内容及理由	意见处理情况

（十一）送审

记录提交审查的时间，标准化办公室形式审核意见及处理情况。记录审查会议的情况，包括会议时间、评审专家、评审意见和意见处理情况。

四、与国内外同类指南的对比和最新指南采用情况

（一）描述国内外是否有已发布且正在实施中的同领域指南？本指南与其相比，有什么区别？

目前无相关指南。

（二）是否引用相关指南？引用的内容是什么？

本指南参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2018）》、《中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017）》、《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南（2014）》等相对权威的指南、共识、诊疗方案等制定缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案。

五、与现行强制性国家标准或政策法规的关系

与现行强制性国家标准及政策法规无矛盾或冲突。

六、代表性分歧意见的处理经过和依据

无分歧意见。

七、宣传、贯彻指南和后效评价指南的要求和措施

（一）宣传、贯彻指南的措施

1. 指南的实施单位

实施的单位有北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院、中日友好医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中国医学科学院阜外医院、首都医科大学附属北京天坛医院、首都医科大学宣武医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、浙江省中医院、浙江大学医学院附属第一医院、江苏省中医院、山东中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院脑病医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院、广州中医药大学第一附属医院、长春中医药大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、厦门市中医院、成都中医药大学附属医院。

2. 其他宣传、贯彻本指南的措施

本指南获批立项将严格按照相关制度要求开展研制，标准获批发布后在半年内完成用户报告，两年内完成实施效果报告，宣贯场次及规模达到5场，100人/场。本项目组设计运行微信小程序，拟于小程序进行科普宣教及指南评价反馈。

（二）指南的用户评价

在标准获批发布后本项目组将尽快开展指南的用户评价，具体方式以小程序及问卷调查为主。

（三）指南的修订

本指南拟定每3-5年进行更新1次，更新内容取决于指南发布后是否有新的、足够多的相关证据出现，证据变化对指南推荐意见和推荐强度是否有影响。更新步骤包括：识别新的科学证据、评估更新的必要性、更新指南推荐意见和发布更新的指南，整个过程通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现。

八、废止现行有关指南的建议

无。

九、相关附录

（一）专家调研问卷

《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)治未病干预方案》

临床问题调研

尊敬的专家：

您好！现邀请您参与《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)治未病干预方案》临床问题构建的调研，以便遴选出关于“大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中和大动

脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群”您最关心的临床问题。完成此次问卷调研约需要 15 分钟的时间。非常感谢您的支持！

基本信息：

姓 名：_____

开 户 行：_____

银行账号：_____

性 别：☐男 ☐女

身份证号：_____

出生年月：_____年_____月

学 历：☐本科 ☐研究生

学 位：☐学士 ☐硕士 ☐博士

专 业：_____

城 市：_____

单 位：_____

所在科室：_____

医院级别：☐一级

☐二级

☐三级

☐特等

☐甲等

☐乙等

☐丙等

医院类型：☐中医院

☐中西医结合医院

☐西医院

☐民族医院

☐综合医院 ☐专科医院

职 称：☐主任医师 ☐副主任医师 ☐主治医师 ☐住院医师 ☐其它 _____

职 务：☐院长/副院长 ☐主任/处长/副主任/副处长 ☐无 ☐其它 _____

从事本专业年限：☐ <5 年 ☐ 5-10 年 ☐ 10-15 年 ☐ 15 年以上

联系方式：_____ 邮 箱：_____

填表说明：

1. 该表中涉及到选项的部分分为单选和多选，所有填空的部分均为选填。

一、您认为以下哪些中医病名可以与“大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中”相对应？（多选）

☐中风

☐仆击

☐偏枯

☐薄厥

☐卒中

☐偏枯

☐风痲

☐煎厥

☐缺血性中风

其他补充_____、_____、_____、_____

二、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，需要控制可干预的危险因素，选择您认为在临床中比较重要的危险因素。（多选）

☐高血压

☐糖代谢异常

☐血脂异常

☐心房颤动

☐其他心脏病

☐无症状性颈动脉粥样硬化

☐偏头痛

☐睡眠呼吸障碍

☐高同型半胱氨酸血症

☐吸烟

☐饮酒

☐肥胖

☐膳食营养

☐缺乏锻炼

☐慢性阻塞性肺疾病

☐慢性肾功能不全

☐外周动脉疾病

☐凝血异常

☐TIA

其他补充_____、_____、_____、_____

三、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的影像学指标和其他辅助检查。（多选）

☐CT、☐结构MRI、☐功能MRI、☐SPECT/PET、☐颈部血管超声、☐CTA

☐MRA、☐DSA、☐TCD、☐TCCD、☐心电图、☐超声心动图

其他补充_____、_____、_____、_____

四、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的生化指标。（多选）

☐甘油三酯 ☐胆固醇 ☐低密度脂蛋白

☐高密度脂蛋白 ☐同型半胱氨酸 ☐血糖

☐血清NO水平 ☐维生素B12 ☐PT-INR

☐叶酸 ☐血小板计数 ☐CRP

☐血红蛋白 ☐血清肌酐 ☐血清尿素氮

☐尿酸 ☐血氧 ☐ESR(血沉)

其他补充_____、_____、_____、_____

五、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的非药物治疗。（多选）

☐针刺☐灸法☐推拿☐刮痧☐拔罐☐穴位贴敷☐耳穴贴压☐气功☐自我推拿

其他补充_____、_____、_____、_____

六、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，依据您的经验，选择您常用的生活方式干预。（多选）

☐饮食调养☐控制体重☐适当运动☐戒烟☐限制饮酒☐心理调摄

其他补充_____、_____、_____、_____

七、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，您是否运用中成药，最常用的中成药有哪些？（单选）

☐否

☐是_____、_____、_____、_____

八、在治疗大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中过程中，您最常用的中成药有哪些？（多选）

☐松龄血脉康胶囊 ☐培元通脑胶囊 ☐安宫牛黄丸 ☐苦碟子注射液

☐脉血康胶囊 ☐银杏叶口服溶液 ☐丹红注射液 ☐丹参川芎嗪注射液

☐注射用血栓通脑心通胶囊 ☐复方苈蓉益智胶囊 ☐疏肝解郁胶囊

☐乌灵胶囊 ☐天麻钩藤颗粒 ☐天麻钩藤颗粒

其他补充_____、_____、_____、_____

九、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，您是否运用经典名方，最常用的经典名方有哪些？（单选）

☐否

☐是_____、_____、_____、_____

十、在治疗大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中过程中，您最常用的经典名方有哪些？（多选）

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 镇肝熄风汤 | <input type="checkbox"/> 六味地黄丸 | <input type="checkbox"/> 血府逐瘀汤 | <input type="checkbox"/> 羚羊角汤 |
| <input type="checkbox"/> 涤痰汤 | <input type="checkbox"/> 苏合香丸 | <input type="checkbox"/> 参附汤 | <input type="checkbox"/> 星蒺承气汤 |
| <input type="checkbox"/> 补阳还五汤 | <input type="checkbox"/> 化痰通络汤 | <input type="checkbox"/> 通窍活血汤 | <input type="checkbox"/> 大续命汤 |

其他补充_____、_____、_____、_____

十一、为预防大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发生，在临证大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，选择您常用的结局指标。（多选）

- ☐大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中发病率 ☐一年内再住院 ☐生化指标 ☐影像学指标 ☐神经电生理指标 ☐其他辅助检查

其他补充_____、_____、_____、_____

十二、大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群评估焦虑抑郁症状，选择您常用的量表。（多选）

- ☐汉密尔顿抑郁/焦虑量表 ☐老年抑郁量表 ☐情绪（CES-D）
☐康迈尔痴呆抑郁量表 ☐抑郁/焦虑自评量表(SDS/SAS)

其他补充_____、_____、_____、_____

十三、大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群生活能力及质量评估，选择您常用的量表。（多选）

- ☐基本日常生活活动 BADL ☐工具性日常生活活动 IADL
☐Lawton 工具性日常活动能力量表 ☐社会功能问卷（FAQ）
☐日常生活能力(Bathel 指数评分、巴氏指数) ☐Euro Qol-5D
☐健康调查简表(SF-36) ☐mRs ☐NIHSS ☐肢体运动功能(FMA 量表评分)

其他补充_____、_____、_____、_____

十四、在干预大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群过程中，以下临床问题是否为您关注的临床问题，如是请对该临床问题的重要程度进行评分。

评分说明：评分范围为 1-5 分，其中 5 分代表非常重要，4 分代表比较重要，3 分代表一般重要，2 分代表比较不重要，1 分代表非常不重要。

请您就问题本身是否重要，是否是临证过程中应该关注的问题进行重要度评判。

1. 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群的定义是什么？

☐否

☐是 ☐1 分 ☐2 分 ☐3 分 ☐4 分 ☐5 分

2. 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群的诊断标准是什么？

☐否

☐是 ☐1 分 ☐2 分 ☐3 分 ☐4 分 ☐5 分

3. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群生化指标情况？

☐否

☐是 ☐1 分 ☐2 分 ☐3 分 ☐4 分 ☐5 分

4. 应用中医药措施干预大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群是否有指征？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

5. 中医药干预大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群时,是否需要辨证论治?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

若您认为需要辨证论治,您一般分为哪几种中医证型?

____、____、____、____、____、____

6. 生活方式干预大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

7. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

8. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预高血压,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

9. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预糖代谢异常,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

10. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预血脂异常,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

11. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预心房颤动,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

12. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预无症状性颈动脉粥样硬化,能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率?

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

13. 干预不良生活方式（吸烟、饮酒、缺乏锻炼、肥胖、膳食缺乏营养），能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

14. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预由于卵圆孔未闭合导致的偏头痛，能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

15. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预睡眠呼吸障碍，能否降低大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的发病率？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

16. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群抑郁/焦虑状态？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

17. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群生活质量？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

18. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否减少大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群一年内再次住院？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

19. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群缺血性中风证候要素诊断量表评分情况？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

20. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否利于大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群危险因素的控制？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

21. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法能否减轻化学药物对于肝肾功能的影响？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

22. 汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗是否存在不良反应？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

23. 汤药或中成药与西药联合治疗时是否存在药物间的相互作用？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

24. 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群是否需要调护？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

25. 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群病情加重是否有诱发因素？

☐否

☐是 ☐1分 ☐2分 ☐3分 ☐4分 ☐5分

26. 其他您认为需要补充的临床问题，并对其重要程度进行评分

其他补充：

问题一：评分：（ ）分

问题二：评分：（ ）分

问题三：评分：（ ）分

问题四：评分：（ ）分

问题五：评分：（ ）分

（二）专家调研问卷结果

参与调研的专家基本信息情况汇总

专家性别情况	男	55 (61.8%)
	女	34 (38.2%)
专家学历情况	本科学历者	18 位 (20.22%)
	研究生学历者	71 位 (79.78%)
专家学位情况	学士学位者	14 位 (15.73%)
	硕士学位者	27 位 (30.34%)
	博士学位者	48 位 (53.93%)
专家所在医院类型	中医院	64 位 (71.91%)
	中西医结合医院	10 位 (11.24%)
	西医院	4 位 (4.49%)
	综合医院	10 位 (11.24%)
	专科医院	1 位 (1.12%)
医院级别情况	三级医院	85 (95.51%)
	二级医院	3 (3.37%)

	特级医院	1 (1.12%)
专家职称情况	主任医师	60 位 (67.42%)
	副主任医师	19 位 (21.35%)
	主治医师	7 位 (7.87%)
	住院医师	3 位 (3.37%)
专家从事本专业年限情况	15 年以上	65 人
	10-15 年	14 人
	5-10 年	5 人
	小于 5 年	5 人
专家所在城市情况	北京 24 人、上海 3 人、天津 1 人、广东 4 人、河南 6 人、黑龙江 5 人、吉林 7 人、陕西 8 人、浙江 4 人、福建 3 人、江苏 3 人、山西 3 人、四川 2 人、甘肃 1 人、贵州 1 人、河北 3 人、湖南 2 人、辽宁 2 人、内蒙古 1 人、山东 3 人、新疆 1 人、云南 1 人、重庆 1 人。	

问题 1: “缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）”相对应的病名。

病名	选择频次
中风	79
缺血性中风	70
卒中	62
仆击	26
薄厥	23
风痺	17
煎厥	10
其他：大厥、视歧、舌暗、脑中风、昏厥、脑血管意外、小中风、非风	

问题 2: 为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，需要控制可干预的危险因素。

危险因素	选择频次
高血压	89
血脂异常	88
糖代谢异常	87
吸烟	85
肥胖	82
高同型半胱氨酸血症	74
饮酒	73

无症状性颈动脉粥样硬化	72
TIA	67
缺乏锻炼	66
心房颤动	61
睡眠呼吸障碍	56
膳食营养	52
凝血异常	50
外周动脉疾病	40
其他心脏病	34
偏头痛	32
慢性肾功能不全	23
慢性阻塞性肺疾病	21
补充：软毒品摄入、避孕药使用、吐泻后、摄入水量不足、血压异常降低等脑部低灌注、严重特殊类型的颈椎病引发后循环缺血、焦虑抑郁状态、失眠、高能量饮食、熬夜、生活不规律。	

问题 3：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，常用的影像学指标和其他辅助检查

辅助检查	选择频次
颈部血管超声	82
MRA	80
CTA	68
结构 MRI	66
CT	65
TCD	62
DSA	50
超声心动图	42
心电图	39
功能 MRI	30
TCCD	22
SPECT/PET	4
补充：远程心电监护、MRS、视频脑电图	

问题 4：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，常用的生化指标。

生化指标	选择频次
------	------

低密度脂蛋白	88
血糖	87
同型半胱氨酸	84
胆固醇	83
甘油三酯	76
高密度脂蛋白	61
血小板计数	48
尿酸	44
叶酸	41
CRP	35
维生素 B12	32
PT-INR	31
血红蛋白	27
血清肌酐	25
血沉	25
血清尿素氮	21
血氧	20
血清 NO 水平	13
补充：糖化血红蛋白、凝血四项、血常规、糖化血红蛋白、阿司匹林基因检测、氯吡格雷基因检测、叶酸基因检测、他汀类药物基因检测、apo-a 和白蛋白、IL-6、IL-1、hs-CRP。	

问题 5：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，常用的非药物治疗法。

非药物治疗法	选择频次
针刺	75
穴位贴敷	53
灸法	50
耳穴贴压	48
推拿	41
拔罐	30
刮痧	27
自我推拿	20
气功	18
其他：火龙罐、刺血拔罐、适当锻炼、冥想、有氧运动、太极拳、走路、反搏治疗、中药熏蒸和中药超声导入。	

问题 6：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，常用的生活方式干预。

生活方式	选择频次
适当运动	89
饮食调养	88
戒烟	88
控制体重	86
限制烟酒	86
心理调摄	74
其他：生活规律、定期体检、规律睡眠、低盐饮食、多饮水、避免汗蒸及腹泻等	

问题 7：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，您是否运用中成药，最常用的中成药有哪些？

（其中选择使用中成药的专家有 68 位，不使用中成药的专家有 21 位。具体情况如下表。）

中成药	选择频次
银杏叶制剂	20
脑心通胶囊	12
通心络胶囊	11
血塞通片/胶囊	11
三七类制剂	7
复方丹参片/滴丸	6
复方血栓通胶囊	4
血脂康	4
脂必泰胶囊	3
养血清脑颗粒	3
脑安滴丸	3
脑栓通胶囊	2
松龄血脉康	2
川红中风胶囊	2
牛黄清心丸	2
血府逐瘀丸/口服液	2
安脑丸	2
灯盏生脉胶囊	2
化风丹	2
安宫牛黄丸	1

丹萎片	1
华佗再造丸	1
脑心清片	1
软脉灵口服液	1
丹红注射液	1
复方苈蓉益智胶囊	1
荷丹片	1
苏合香丸	1
消栓肠溶胶囊	1
消痰通络丸	1
醒脑通络胶囊	1
蛭蛇通络胶囊	1
参松胶囊	1
二陈汤丸	1
活血通脉胶囊	1
脉血康	1
通脉舒络胶囊	1

问题 8：在治疗缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）过程中，您最常用的中成药有哪些？

中成药	选择频次
丹红注射液	57
注射液用血栓通	57
脑心通胶囊	50
银杏叶口服溶液	38
丹参川芎嗪注射液	34
天麻钩藤颗粒	26
松龄血脉康胶囊	25
培元通脑胶囊	24
脉血康胶囊	23
苦碟子注射液	18
复方苈蓉益智胶囊	17
安宫牛黄丸	16
乌灵胶囊	11
疏肝解郁胶囊	9
其他：复方地龙胶囊、复方血栓通胶囊、益脑康胶囊、灯盏生脉胶囊、消栓通络胶囊、血塞通胶囊、银杏叶制剂、三七通舒胶囊、舒血宁注射液、扎冲十三味	

问题 9：在治疗缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）过程中，您最常用的经典名方有哪些？

经典名方	选择频次
补阳还五汤	73
血府逐瘀汤	60
镇肝熄风汤	58
化痰通络汤	57
星蒺承气汤	50
涤痰汤	49
通窍活血汤	46
大续命汤	19
羚羊角汤	17
苏合香丸	17
六味地黄丸	14
参附汤	13

问题 10：为预防缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发生，在临证缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，选择您常用的结局指标。

结局指标	选择频次
缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）发病率	86.52%
一年内再住院率	68.54%
影像学指标	76.40%
生化指标	66.29%
其他辅助检查	13.48%
神经电生理指标	12.36%
其他：颈动脉超声、椎动脉超声、TCD 和 SSS 评分表	

问题 11：缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群评估焦虑抑郁症状，选择您常用的量表。

常用量表	选择频次
HAMD/HAMA	93.26%
SAS/SDS	71.91%
老年抑郁量表	31.46%
情绪 (CES-D)	13.48%
康迈尔痴呆抑郁量表	8.99%
其他：SCL90、MESSS	

问题 12: 缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群生活能力及质量评估，选择您常用的量表。

常用量表	选择频次
日常生活能力 (Bathel 指数评分、巴氏指数)	84.27%
基本日常生活活动 BADL	73.03%
NIHSS	59.55%
mRs	52.81%
工具性日常生活活动 IADL	46.07%
FMA 量表评分	31.36%
FAQ	28.09%
SF-36	24.72%
Lawton 工具性日常活动能力量表	6.74%
Euro Qol-5D	3.37%
其他：诺丁汉生活质量量表	

在干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群过程中，以下临床问题是否为您关注的临床问题，如是请对该临床问题的重要程度进行评分。评分说明：评分范围为 1-5 分，其中 5 分代表非常重要，4 分代表比较重要，3 分代表一般重要，2 分代表比较不重要，1 分代表非常不重要。

调研问题	重要程度评分（选择频次）					平均分
	1	2	3	4	5	
缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊断标准是什么？	1	5	0	19	67	4.7
是否需要辨证论治？	2	1	2	17	63	4.6
缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的定义是什么？	2	2	6	21	55	4.5
干预不良生活方式能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发病率？	2	0	8	26	53	4.4
缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群是否需要调护？	1	1	17	22	48	4.3
生活方式干预能否降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的发病率？	2	1	12	27	47	4.3
汤药/中成药/针刺/其他非药物疗法单用或联合西药能否降低发病率？	2	2	10	33	42	4.3
干预高血压能否降低发病率？	2	2	10	28	47	4.3

干预糖代谢异常能否降低发病率？	1	1	12	34	40	4.3
干预血脂异常能否降低发病率？	1	0	13	32	41	4.3
能否改善抑郁/焦虑状态？	1	3	12	29	43	4.3
能否改善高危人群生活质量？	2	2	11	22	51	4.3
能否利于高危人群危险因素的控制？	1	1	11	32	42	4.3
应用中医药措施干预高危人群是否有指征？	1	1	18	22	39	4.2
缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群病情加重是否有诱发因素？	2	1	13	31	42	4.2
汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药干预无症状性颈动脉粥样硬化，能否降低高危人群的发病率？	1	1	17	26	42	4.2
能否减少高危人群一年内再次住院？	1	2	16	30	38	4.2
汤药/中成药/针刺/其他非药物治疗法单用或联合西药能否改善高危人群缺血性中风证候要素诊断量表评分情况？	1	3	14	31	35	4.1
能否改善高危人群生化指标情况？	2	1	24	30	29	4.0
干预心房颤动能否降低高危人群的发病率？	1	2	26	21	33	4.0
干预睡眠呼吸障碍能否降低发病率？	1	9	22	31	24	3.8
干预由于卵圆孔未闭合导致的偏头痛能否降低发病率？	2	6	22	21	20	3.7
能否减轻化学药物对于肝肾功能的影响？	3	6	24	19	23	3.7
是否存在药物间的相互作用？	8	16	21	17	16	3.2
是否存在不良反应？	17	14	21	17	16	3.0

被调研专家增加的其他临床问题/需要注意、考虑的问题：

- ①隐源性脑卒中是否可以用中医药预防。
- ②气候对缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群病情发病是否有诱发因素？
- ③中药预防大动脉粥样硬化性卒中，处方是否能进一步优化。
- ④中药对缺血性脑卒中是否有特异性。
- ⑤临床诊断的同质性、操控性。
- ⑥中药治疗前一定要辨证。
- ⑦血管的发育需要阳气，小儿是纯阳之体，应从妈妈孕期开始教育。
- ⑧汤剂/针刺/中成药/单用或合用西药能否降低缺血脑卒中的致残率？

⑨中药汤剂、中成药在颈动脉支架置入后应用的必要性。

⑩中药、针灸是否对大动脉粥样硬化性脑梗死的中医体质有影响。

（三）《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》共识表

共识条目	是否达成共识
“治未病”理念下的生活方式干预措施（适当运动、饮食调养、戒烟、控制体重、限酒、心理调摄）及健康教育可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
经典名方单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
中成药单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低脑卒中发病率。	是
针刺单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
穴位贴敷单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
灸法单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
耳穴贴压单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
推拿单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
拔罐单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
刮痧单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是
自我推拿单用或联合西药干预缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群，可以降低缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的卒中发病率。	是

硬化型) 高危人群的卒中发病率。	
气功单用或联合西药干预缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群, 可以降低缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 高危人群的卒中发病率。	是

(四) 历次会议纪要

附录一 会议名称: 中华中医药学会团体标准指南问题沟通会

主题: 中华中医药学会团体标准指南问题沟通

时间: 2021 年 8 月 9 日

方式: 线上会议(腾讯会议)

会议由李楠楠主持, 刘尊敬、荆志伟、王乐、王健等参加了会议, 会议围绕中华中医药学会团体标准指南问题构建展开。会议纪要如下: 首先介绍参会专家: 刘尊敬、荆志伟、王乐、王健等。随后进行指南问题构建分析, 《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 治未病干预方案》PPT 汇报、专家提问。

PPT 汇报内容: 1. 立项依据: 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 发病率高, 死亡率高, 危害性大, 未病先防具有重要的临床意义, 目前尚无相关指南发布。2. 相关研究基础: 行业内与指南相关疾病研究的工作基础; 主要起草人指南工作基础、标准化工作经历, 起草团队介绍。3. 拟解决的临床问题: 对缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 治未病的定义、诊断标准、辨证分型、治疗、预防调摄进行规范和统一标准。4. 研究方法: 循证医学方法、文本挖掘、正式共识会议法, 并进行证据综合。5. 指南主要内容: 术语和定义、诊断及风险人群筛查、未病先防、中医辨证论治、中成药、中医非药物疗法等。6. 预期研究成果: 完成并发布《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 治未病干预方案》; 适用范围: 以起草单位为基础的全国多中心的推广协作; 开展实施培训及考核; 宣贯。

专家提问: 1. 适当邀请部分西医临床专业的专家进入起草组。2. 临床问题采用 PICO 原则, 列举一些具体的问题。3. 明确方案的目标人群大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中, 与脑卒中进行区分。4. 重点是未病先防与瘥后防复部分, 可体现中医特色, 已病防变, 尤其是急性期要参考西医权威指南。

附录二 会议名称: 中华中医药学会团体标准立项审查会

主题: 中华中医药学会中医团体标准立项审查会议

时间: 2021 年 12 月 8 日

方式: 线上会议(腾讯会议) 会议由苏祥飞、段笑娇主持, 刘金民、王乐、李楠楠等参加了会议, 会议围绕中华中医药学会中医团体标准立项审查相关问题进行展开。现会议事项纪要如下: 首先介绍参会专家: 刘金民、王乐、李楠楠等。介绍中医团体标准发布审查的相关注意事项和相关要点, 进行《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 治未病干预方案》PPT 的汇报、专家提问及相关投票。

PPT 汇报内容: 1. 立项依据: 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型) 危害较大, 发病率较高, 目前尚无相关治未病指南发布。2. 编制内容: 从研究基础, 技术路线,

进度安排等角度汇报编制内容等的前期基础。3. 编制团队介绍: 主要起草人为刘金民(北京中医药大学东方医院)、王乐(北京中医药大学东方医院)、李楠楠(北京中医药大学东方医院), 其他起草人为陈薇(北京中医药大学)、陈志刚(北京中医药大学东方医院)、崔应麟(河南省中医院)、樊永平(首都医科大学附属北京天坛医院)、方邦江(上海中医药大学附属龙华医院)、高颖(北京中医药大学东直门医院)、郭蓉娟(北京中医药大学东方医院)、韩燕(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、胡文立(首都医科大学附属北京朝阳医院)、金香兰(北京中医药大学东方医院)、荆志伟(中国中医科学院)、李淑娟(中国医学科学院阜外医院)、刘尊敬(中日友好医院)、林亚明(云南中医药大学第一附属医院)、林安基(厦门市中医院)、潘剑威(浙江大学医学院附属第一医院)、曲淼(首都医科大学宣武医院)、王革生(北京中医药大学东方医院)、王济(北京中医药大学)、王嘉麟(北京中医药大学东方医院)、王健(长春中医药大学附属医院)、王新志(河南中医药大学第一附属医院脑病医院)、王忠(中国中医科学院)、吴明华(江苏省中医院)、吴圣贤(北京中医药大学东直门医院)、吴智兵(广州中医药大学第一附属医院)、谢梁震(黑龙江中医药大学附属第一医院)、徐向青(山东中医药大学附属医院)、袁尚华(北京中医药大学东方医院)、张綦慧(北京中医药大学东方医院)、张允岭(中国中医科学院西苑医院)、张志辰(北京中医药大学东方医院)、赵敏(河南中医药大学第一附属医院)、张晓云(成都中医药大学附属医院)、郑国庆(浙江省中医院)、郑香春(北京中医药大学东方医院)、邹忆怀(北京中医药大学东直门医院)。

4. 标准问题: 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)疾病治未病的定义、证型、非药物疗法等进行规范和统一。5. 标准范围: 进行明确界定。6. 推广方案: 形成初步的推广方案。

专家提问:1. 邹伟教授: 是否应该明确限定一下该指南疾病的范围, 不要做的大而全, 要做的小而精。

最后专家投票, 苏祥飞宣布全票通过立项审查。

附录三 会议名称: 确定指南起草组

主题: 确定指南起草组

时间: 2022 年 01 月 19 日

形式: 线上会议(腾讯会议)

参与单位: 北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院、首都医科大学附属北京天坛医院、中日友好医院、长春中医药大学附属医院、首都医科大学宣武医院等。

参与人员: 王忠、荆志伟、吴圣贤、刘尊敬、樊永平、曲淼、王健等。

本指南由指南负责人刘金民教授召集中医、中西医脑病专业及西医神经内科的临床一线专家, 采用召开面对面沟通、线上会议和电话会议的形式成立项目组并进行职责分配, 最终确定起草单位和起草组成员。

起草单位：北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院、中日友好医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中国医学科学院阜外医院、首都医科大学附属北京天坛医院、首都医科大学宣武医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、浙江省中医院、浙江大学医学院附属第一医院、江苏省中医院、山东中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院脑病医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院、广州中医药大学第一附属医院、长春中医药大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、厦门市中医院、成都中医药大学附属医院。

主要起草人 3 人，专业领域为中医脑病方向与本指南相关专业领域，其他起草人 37 人，涉及中、西医临床一线专家及方法学专家等。

附录四 会议名称：《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》构建指南问题专家会

主题：探讨构建指南问题

时间：2022 年 2 月 11 日

形式：线上会议（腾讯会议）

《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》构建指南问题专家会于线上召开，本次会议主要讨论由北京中医药大学东方医院中医脑病内科制定的团体标准草案《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》

中构建指南问题进行研讨，主要包括：缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病的定义、中医病因病机、流行病学现况研究、未病先防、既病防变、瘥后防复等相关问题。会议主持人为李楠楠主任，参会人员包括王忠、吴圣贤、刘尊敬、樊永平、王乐等。

刘尊敬教授指出在编写指南时需要明确大动脉粥样硬化型脑梗死治未病和治已病的治疗特点，需要与脑梗死的治疗区别开来。并且需要考虑临床实际问题，例如非药物治疗法中的拔罐疗法等临床可操作性较低。樊永平教授指出在编写指南时需要考虑中医预防手段的可操作性，可删减一些证据等级较低的操作，留下必要的措施即可。吴圣贤教授指出本方案在中医病因病机归纳方面要体现本病的特色。王忠教授指出建议将中医干预按照未病、已病急性期、已病恢复期、已病后遗症期进行区别推荐，中医在未病、已病恢复期、已病后遗症期的应用更具有优势，可以对这三部分内容进行重点撰写。

附录五 会议名称：《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》推荐意见形成方法专家会

主题：推荐意见形成专家讨论

时间：2022 年 4 月 18 日

形式：线上会议

《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》推荐意见形成方法专家会于线上召开，本次会议主要讨论由北京中医药大学东方医院制定的团体标准草案（《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》中推荐意见形成方法进行研讨，主要包括：大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中治未病的定义、中医病因病机、流行病学现况研究、未病先防、既病防变、瘥后防复等相关问题。会议主持人为李楠楠主任，参会人员包括曲淼、王乐、吴圣贤、刘尊敬、王忠、荆志伟等。

指南的内容方面，刘尊敬教授指出方案撰写时西医指南不要过多引用，生活方式中可以增加中医内容，基于既有指南进行综合，提炼出本方案所需的内容，对现有的内容进行完善，充分体现中医“治未病”的特色。吴圣贤教授建议本方案目标人群为大动脉粥样硬化型脑卒中（以下简称为 LAA-IS）高危人群，因此应重点体现中医药对大动脉粥样硬化的干预，要尽可能地通过查阅文献，搜集证据，针对 LAA 形成的高危因素，从生活方式、中医药、非药物治疗方面给出推荐意见，以干预、控制或延缓 LAA 加重或进展为 IS。荆志伟教授建议进一步丰富方案的中医相关内容，体现中医特色。并建议将各个高危因素的病因病机进行综合，体现出 LAA-IS 高危人群的中医病因病机特点。推荐意见及证据描述的划分方法方面，王忠教授认为中医治疗脑卒中的文献较多，但是大多证据等级偏弱，在此基础上尽量采用证据等级较高的文献作为方案撰写依据，以 GRADE 分级标准化，同时重视以专家共识的形式予以解决此类问题。以上建议均被采纳。

附录六 会议名称：《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》草案论证会

主题：草案论证

时间：2022 年 5 月 17 日

形式：线上会议（腾讯会议）

《缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预方案》草案（以下简称“草案”）论证会于线上召开，本次会议讨论内容主要包括：缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病的定义、中医病因病机、中医诊断标准、流行病学现状、未病先防、既病防变及瘥后防复等草案相关问题。

会议主持人为刘金民教授，参会人员包括陈薇、陈志刚、崔应麟、樊永平、韩燕、胡文立、金香兰、荆志伟、李淑娟、林安基、林亚明、潘剑威、曲淼、王革生、王济、王嘉麟、王健、王乐、王新志、王忠、吴明华、吴圣贤、吴智兵、徐向青、袁尚华、张綦慧、张志辰、赵敏、郑国庆、郑香春、邹忆怀等。

本次会议首先由草案制定小组对草案进行讲解说明，此后参会专家对草案问题分别提出建议。邹忆怀教授提出需要更加明确大动脉粥样硬化型脑梗死治未病和治已病的治疗特点，将其与脑梗死的治疗区别开来。郑国庆教授认为相关辨证分型太多，要考虑到可操作性。王健教授提出“LAA - IS 高危人群的中医诊断标准”应以疾病的症状、证候或者体征为标准进行撰写。林亚明教授认为草案应

更加突出中医干预大动脉粥样硬化的内容，以强化“治未病”概念。高颖教授提出方案撰写时应减少西医指南的引用，增加中医指南和共识的借鉴。王济教授指出，LAA—IS 可以参考中医体质学对缺血性脑卒中的概念分类，以增强中医特色，更好地体现“治未病”理念。韩燕教授提出，要丰富生活方式干预中的中医方法（子午流注、药膳等）。

会后草案编制小组对各位专家提出的问题都一一进行了反馈和草案修正。

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿