

ICS **. **. . **

C**



团体标准

T/CACM ****—20**

脑卒中中西医结合防治指南

Clinical practice guideline for the prevention and treatment of stroke with integrative Chinese medicine and Western medicine

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目次

前 言	I
引言	II
脑卒中中西医结合防治指南	4
1 范围	4
2 规范性引用文件	4
3 术语和定义	4
4 诊断	5
5 治疗	5
6. 诊疗流程图	14
附录 A（资料性）编制说明	16
附录 B（资料性）证据综合报告	22
附录 C（资料性）推荐强度与证据等级标准	39
附录 D（规范性）规范性引用文件	40
附录 E（规范性）缩略词对照表	41
参 考 文 献	42

前言

1. 起草规则

本指南按照 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》、GB/T 7714-2015《信息与文献参考文献著录规则》、T/CAM 1032-2017《循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范》、《世界卫生组织指南制定手册(第二版)》、《国际卫生实践指南报告规范(RIGHT)》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)》的规定进行起草。

2. 制定小组

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南负责人:蔡业峰、陈耀龙、赵性泉。

本指南执笔人:倪小佳、王健、常静玲、宋海庆、黄立安、尹恕、赵敏、俞晓飞、林亚明、闫咏梅、汪瀚、何俐、刘振国、李慧、林浩。

本指南主审人:刘茂才、李铁林、徐安定、黄培新、许能贵、黄燕、杨克虎。

本指南讨论专家(按姓氏笔画为序):丁砚兵、马敏敏、王立新、王守春、王建、王健、王新志、王翠兰、毛静远、文怡川、尹恕、卢云、卢鸿基、付于、邝心颖、吕兰婷、伍志勇、刘小利、刘向哲、刘茂才、刘建仁、刘振国、刘新通、刘慧华、许红、许能贵、许菲、阳清伟、苏永静、李明春、李铁林、李博、李慧、杨克虎、杨海涛、杨新玲、吴大嵘、吴明华、何金波、何俐、况时祥、汪瀚、宋虎杰、宋海庆、张玉生、张晓云、张猛、陆菁菁、陈少玫、陈发军、陈红霞、陈杰、陈墩帆、陈耀龙、招远祺、林亚明、林浩、欧海宁、罗旭飞、罗懿妮、郑国庆、孟新玲、赵性泉、赵敏、赵德喜、胡晓、奎瑜、俞晓飞、费宇彤、袁军、倪小佳、徐向青、高莹、高雪亮、郭友华、郭建文、郭增元、唐军、黄凡、黄立安、黄培新、黄燕、曹学兵、龚帆、常静玲、闫咏梅、隋轶、葛龙、覃小兰、靳英辉、蔡业峰、蔡定芳、黎凯锋、戴丽娟、魏琳。

本指南证据评价组(按姓氏笔画为序):王慧敏、古珊也、邝卓然、冯曼莎、朱庆斌、乔寒子、刘云兰、刘文琛、刘玲玲、杨楠、杨晓华、沈雨涵、林少琴、林诗敏,罗旭飞、周粤湘、孟淑辉、郭意欣、唐夏林、盖诺、谢萱、黄海燕、廖文静、廖映迪。

引言

1. 背景信息

脑卒中仍是近年全球死亡和残疾的主要原因，具有发病率高、致残率高、死亡率高和复发率高的特点，是全球重大公共卫生问题之一^[1]。在我国，随着人口老龄化进程的加快，脑卒中的疾病负担亦呈逐渐加重趋势，目前脑卒中是造成我国寿命年损失的第一位病因^[2]。虽然近年来我国脑卒中的防治取得了一定的成效，但由于人口数量增加、人口老龄化导致卒中的疾病负担仍然很高，并且有持续增加的趋势，并呈现出低收入群体快速增长、地域和城乡差异以及年轻化趋势^[3]。因此，我国同样面临着巨大的脑卒中挑战，亟待更为高效的防治手段。

脑卒中，分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中，它的处理包括院前处理（院前卒中的识别、现场处理及运送）、院内绿色通道与卒中单元、急性期诊断与治疗、急性期并发症的预防与处理、二级预防（血压、血脂、血糖及其它卒中危险因素的管理）、早期功能康复，以及对并发症的控制^[4]。中医药防治脑卒中历史悠久，而且也广泛应用于我国当前的临床实践，在中西医结合治疗脑卒中方面积累了大量的经验和证据^[5]。

本指南工作组参考最新的国内外临床实践指南，以中西医临床关键问题为导向，基于研究证据的系统检索与客观评价，结合我国中西医临床专家的经验，经过工作组的充分讨论及广泛征求意见，最终形成《脑卒中中西医结合防治指南》，以为各级医疗机构的医务工作者提供科学、具体的指导，促进中西医结合治疗脑卒中的规范应用，从而降低脑卒中的死亡率、复发率、残疾率。

2. 确定并构建临床问题

本指南通过德尔菲问卷调查及面对面专家共识会的形式，共确定了 12 个临床问题：

- (1) 对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？
- (2) 对于短暂性脑缺血发作患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？
- (3) 对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？
- (4) 对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用中药的时机如何？
- (5) 对于缺血性脑卒中伴出血转化患者，使用活血化瘀类中药是否增加额外的风险？
- (6) 对于高血压性脑出血患者，在出血后进行活血化瘀中药治疗的出血风险如何？
- (7) 对于高血压性脑出血术后患者，与常规治疗相比，给予活血化瘀中药治疗的时机如何？
- (8) 对于脑卒中早期意识障碍患者，以醒脑开窍药物为基础的中西医联合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何？
- (9) 对于脑卒中患者，在常规护理和康复治疗的基础上，联用中医药治疗能否更好地改善吞

咽障碍？

- (10) 对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？
- (11) 对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？
- (12) 对于脑卒中患者，针灸联合康复治疗比单用康复治疗能否更好地改善肢体功能？

3. 资金资助及利益冲突

本指南 2021 年 12 月获得中华中医药学会团体标准的立项，受 2022 年中医药部门第二批中央补助资金（国家中医优势专科建设-脑病）、2021 年广州中医药大学“双一流”与高水平大学学科协同创新团队重点项目（项目编号：2021xk26）、2021 年度省部共建中医湿证国家重点实验室重点项目（项目编号：SZ2021ZZ07）、广州市科技计划项目-市校（院）联合资助项目（项目编号：202102010300）的资助。

本指南所有的成员均已签署利益冲突声明，申明无和本指南主题相关的任何商业、专业或其他方面的利益，和所有可能被本指南成果影响的利益。

脑卒中中西医结合防治指南

1 范围

适用的人群为确诊为缺血性脑卒中、短暂性脑缺血发作、脑出血或患有卒中并发症的患者。本文件适用于各级医院及康复机构的普通内科、神经内科（脑病科）、老年病科、针灸科、康复科的中医师、中西医结合医师、临床医师、康复医师、针灸医师、临床药师等的临床诊疗。

2 规范性引用文件

- 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》^[6]
GB/T 7714-2015 《信息与文献参考文献著录规则》^[7]
GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病部分（2020 修订版）^[8]
GB/T 16751.2-1997，中医临床诊疗术语 第2部分：证候（2020 修订版）^[9]
T/CAM 1032-2017 《循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范》^[10]
“International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics” (Eleventh Revision) (2018, WHO) [ICD-11]^[11]
《世界卫生组织指南制定手册（第二版）》^[12]
《国际卫生实践指南报告规范（RIGHT）》^[13]
《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》^[14]
《中国脑血管疾病分类2015》^[15]
《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》^[16]

3 术语和定义

“International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics” (Eleventh Revision) (2018, WHO, ICD-11)和《中国脑血管疾病分类2015》界定的以及下列术语和定义适用于本指南。

3.1 缺血性脑卒中（ICD-11编码：8B11） ischemic stroke

西医诊断为缺血性脑卒中，也称缺血性脑卒中，是指各种原因所致脑部血液供应障碍，导致局部脑组织缺血、缺氧性坏死，而出现相应神经功能缺损的一类临床综合征。

3.2 脑出血（ICD-11编码：8B00） cerebral hemorrhage

西医诊断为脑出血，是指脑实质或脑室系统出血引起的急性神经功能障碍。

3.3 短暂性脑缺血发作（ICD-11编码：8B10） transient ischemic attack

西医诊断为短暂性脑缺血发作，是指局灶性脑缺血导致突发短暂性、可逆性神经功能障碍。

3.4 推荐强度与证据等级标准

证据质量：指在多大程度上能够确信预测值的正确性。（A）：我们非常有把握预测值接近真实值；（B）：我们对预测值有中等把握：预测值有可能接近真实值，但也有可能差别很大；（C）：我们对预测值的把握有限：预测值可能与真实值有很大差别；（D）：我们对预测值几乎没有把握：预测值与真实值极可能有很大差别。

推荐强度：指在多大程度上能够确信遵守推荐意见利大于弊。（1）：明确显示干预措施利大于弊或弊大于利；（2）：利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。

良好实践声明：对于部分无证据支持的临床问题，本指南依据专家临床经验，形成基于专家共识的推荐意见，即良好实践声明（good practice statement, GPS）。

4 诊断

以下疾病诊断参考《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[16]。

4.1 缺血性脑卒中

- （1）急性发病的局灶性神经功能缺失，少数可为全面性神经功能缺失。
- （2）头颅 CT/MRI 证实脑部相应梗死灶，或症状体征持续 24 h 以上，或在 24 h 内导致死亡。
- （3）排除非缺血性病因。

4.2 脑出血

- （1）突发局灶性神经功能缺失或头痛、呕吐、不同程度意识障碍。
- （2）头颅 CT/MRI 显示脑内出血病灶。
- （3）排除其他病因导致的继发性或外伤性脑出血。

4.3 短暂性脑缺血发作

- （1）突发局灶性脑或视网膜功能障碍，符合颈动脉或椎-基底动脉系统缺血表现，一般在 24h 内（多数不超过 1h）完全恢复，可反复发作。
- （2）头颅 MRI 弥散加权成像（DWI）未发现相应急性缺血性脑卒中证据，为影像学确诊的短暂性脑缺血发作；无条件行 DWI 检查时，头颅 CT/MRI 常规序列未发现相应梗死灶，可作为临床诊断依据；无法得到影像学责任病灶证据时，仍以症状/体征持续时间不超过 24h 为时间界限标准。
- （3）排除非缺血性病因。

5 治疗

表1. 推荐意见概要表

序号	推荐意见	证据等级	推荐强度
1	对于缺血性脑卒中的患者，可考虑在常规二级预防策略的基础上，联用中药进行二级预防，以减少中长期的卒中复发与死亡，但临床应用时需结合患者的具体病情、个人意愿与经济情况（2C）。可参考使用的药物为：灯盏生脉胶囊。	低	弱
2	对于轻型卒中患者，可考虑在常规治疗的基础上，使用中药补充治疗进行二级预防，以减少卒中复发（GPS）。	无	良好 实践 声明
3	对于短暂性脑缺血发作患者，在常规二级预防方案的基础上可考虑给予中药以减少短暂性脑缺血发作的复发与新发卒中（2C）。	低	弱
4	对于缺血性脑卒中的患者，为了更好地改善神经功能缺损，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予以活血化瘀类中药为代表的中药补充治疗；用药时机宜早，至少是在急性期开始使用；疗程范围为3~30天（2C）。可参考使用的中药包括：三七制剂（包括：血栓通注射液、血塞通注射液、复方血栓通胶囊、三七通舒胶囊、血塞通滴丸）、银杏叶类注射剂（包括：银杏内酯注射液、银杏达莫注射剂）、疏血通注射液、灯盏细辛注射液、华佗再造丸、脉血康胶囊、补阳还五汤。	低	弱
5	对于4.5小时内进行了静脉溶栓的急性缺血性脑卒中患者，在严格评估出血风险后，可考虑在溶栓后24小时内开始联用活血化瘀类中药治疗以更好地改善神经功能缺损（2C）。	低	弱
6	对于缺血性脑卒中出血转化的患者，在出血稳定并排除凝血功能障碍后可考虑在常规专科治疗的基础上给予活血化瘀类中药治疗以改善神经功能缺损（2C）。	低	弱
7	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者，在严格排除药物禁忌症之后，可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药，急性期需结合患者的血肿扩大情况与再出血风险综合考虑（2C）。	低	弱
8	对于高血压性脑出血术后的患者，在术后常规治疗的基础上，给予以活血化瘀类为主的中药治疗，可以降低死亡率、改善神经功能、缩小血肿体积，用药时机需结合患者的血肿扩大情况与再出血风险综合考虑（2C）。	低	弱
9	对于急性脑出血合并意识障碍且符合中医“痰热内闭”证的患者，可考虑在脑卒中常规治疗的基础上立即给予安宫牛黄丸以改善患者的意识水平（2C）。	低	弱

10	对于急性脑出血合并意识障碍的患者，在严格排除禁忌症，并向患者（或家属）充分说明用药可能带来的不良反应后，可考虑给予醒脑静注射液补充治疗以改善昏迷程度（2C）。	低	弱
11	对于脑卒中后吞咽障碍患者，可考虑在基础护理与康复治疗（主要是吞咽训练）的基础上联用针刺治疗以促进吞咽功能的恢复（2C）。针刺方案建议：一般采用普通针刺，疗程为4周，主穴可选：风池、金津、玉液、廉泉及翳风。	低	弱
12	对于卒中后吞咽障碍患者，可考虑给予中药治疗以协助改善患者吞咽功能（2C）。可考虑使用的给药途径为：中药口服、中药鼻饲、中药外治法。	低	弱
13	对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用以疏肝解郁类为主的中药以更好地缓解抑郁症状（2C）。可考虑使用的中药包括：柴胡疏肝散、逍遥散、疏肝解郁汤、舒肝解郁胶囊、解郁丸、解郁安神颗粒、乌灵胶囊。	低	弱
14	对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地缓解抑郁症状（2C）。	低	弱
15	对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用中药以更好地改善认知障碍（2C）。	低	弱
16	对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地改善认知障碍（2C）。	低	弱
17	在病情稳定情况下，结合患者意愿及经济情况，在常规康复基础上，可以使用针刺以改善脑卒中患者的肢体运动功能（2C）。可考虑的针灸方案为：靳三针、腹针。	低	弱
18	卒中后48小时内是最佳干预时间，生命体征稳定的脑卒中患者应尽早运用针刺进行康复治疗以获得更多获益（2C）。	低	弱

5.1 缺血性脑卒中

5.1.1 临床问题 1：对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？

推荐意见 1：对于缺血性脑卒中的患者，可考虑在常规二级预防策略的基础上，联用中药进行二级预防，以减少中长期的卒中复发与死亡，但临床应用时需结合患者的具体病情、个人意愿与经济情况（2C）。可参考使用的中药为：灯盏生脉胶囊。

推荐说明：2021年的一篇系统评价（47项RCT，10732例患者）结果显示，中药联合常规治疗能进一步降低卒中复发率^[17]。2022年一篇系统评价^[18]结果显示，灯盏生脉胶囊联合常规二级预防措施能显著降低卒中复发率[RR=0.57, 95%CI (0.44, 0.73)]，6项随机对照

试验 (randomized controlled trial, RCT), 4451 例患者, $I^2=44\%$] 和全因死亡率 [RR=0.54, 95%CI (0.31, 0.95), 4 项 RCT, 4221 例患者, $I^2=33\%$]。针对卒中复发率的亚组分析显示: 患者年龄 (平均年龄 <60 岁 vs 平均年龄 ≥ 60 岁)、治疗剂量 (低剂量 vs 中剂量 vs 高剂量)、常规治疗方式 (使用他汀类药物 vs 不使用他汀类药物) (异质性的潜在来源) 均未改变中药对卒中复发率的获益。纳入的研究未发现严重不良事件^[17]; 而且, 联用灯盏生肌胶囊未明显增加常规二级预防组的不良事件发生率^[18]。

推荐意见 2: 对于轻型卒中患者, 可考虑在常规治疗的基础上, 使用中药补充治疗进行二级预防, 以减少卒中复发 (GPS)。

推荐说明: 由于目前轻型卒中的定义尚不统一, 本指南中对轻型卒中的定义参照“氯吡格雷用于急性非致残性脑血管事件高危人群的疗效研究 (Clopidogrel in High-risk patients with Acute Non-disabling Cerebrovascular Events, CHANCE)”中的定义, 为美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) 评分 ≤ 3 分^[19,20]。目前尚无中医药治疗轻型卒中的二级预防疗效及安全性的系统评价。专家共识提出, 考虑在常规治疗的基础上, 补充使用中药进行轻型卒中的二级预防, 列为良好实践声明 (GPS)。

5.1.2 临床问题 2: 对于短暂性脑缺血发作患者, 中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何?

推荐意见 3: 对于短暂性脑缺血发作患者, 在常规二级预防方案的基础上可考虑给予中药以减少短暂性脑缺血发作的复发与新发卒中 (2C)。

推荐说明: 2021 年一篇纳入 19 项 RCT, 包含 1980 例短暂性脑缺血发作患者的系统评价结果显示^[21], 在长期随访后 (≥ 3 个月) 联合中药较常规二级预防可更好降低新发卒中风险 [RR=0.37, 95%CI (0.22, 0.62), 6 项 RCT, 583 例患者, $I^2=0\%$]。对随访时间的亚组分析显示, 联用中药较常规二级预防可更好地降低随访 3 个月 [RR=0.34, 95%CI (0.13, 0.89), 2 项 RCT, 169 例患者, $I^2=0\%$], 6 个月 [RR=0.13, 95%CI (0.02, 0.97), 1 项 RCT, 148 例患者, $I^2=0\%$], 1 年 [RR=0.47, 95%CI (0.24, 0.91), 3 项 RCT, 266 例患者, $I^2=0\%$] 的新发卒中风险。联合中药相较于常规二级预防同样能改善长期随访后 (≥ 3 个月) 短暂性脑缺血发作再发风险 [RR=0.39, 95%CI (0.24, 0.62), 7 项 RCT, 758 例患者, $I^2=0\%$]。纳入系统评价共有 8 项研究进行了安全性评价, 未发现严重不良事件^[21]。单独使用中药减少短暂性脑缺血发作的复发与新发卒中的疗效缺乏明确的证据, 因此不作推荐。

5.1.3 临床问题 3: 对于缺血性脑卒中患者, 中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何?

推荐意见 4: 对于缺血性脑卒中的患者, 为了更好地改善神经功能缺损, 在缺血性脑卒中常规治疗的基础上, 可考虑给予以活血化瘀类中药为代表的中药补充治疗; 用药时机宜早, 至少是在急性期开始使用; 疗程范围为 3~30 天 (2C)。可参考使用的中药包括: 三七制剂

（包括：血栓通注射液、血塞通注射液、复方血栓通胶囊、三七通舒胶囊、血塞通滴丸）、银杏叶类注射剂（包括：银杏内酯注射液、银杏达莫注射剂）、疏血通注射液、灯盏细辛注射液、华佗再造丸、脉血康胶囊、补阳还五汤。

推荐说明：2020年的一篇系统评价再评价^[22]纳入了8篇关于中草药治疗脑卒中的Cochrane系统评价（71项RCT，5770例缺血性卒中患者），其AMSTAR评价平均得分为10分。所有的Cochrane系统评价都提示中草药对于改善缺血性脑卒中患者神经功能损伤方面有潜在疗效，然而由于纳入的RCT存在较高的偏倚风险，无法对中药在缺血性卒中临床应用中做出非常肯定的推荐。

根据纳入的系统评价结果显示，对于发病2周内的缺血性脑卒中患者，联用中药在改善患者的神经功能缺损方面优于单纯使用缺血性脑卒中常规治疗。其中大部分药物为活血化瘀类中药，疗程一般为3~30天。证据显示，联用以下中药可进一步改善患者的神经功能缺损（NIHSS评分），包括三七制剂^[23]（血栓通注射液、血塞通注射液、复方血栓通胶囊、三七通舒胶囊、血塞通滴丸）[MD=-2.27, 95%CI (-2.90, -1.64), 3项RCT, 323例患者, I²=14%]、灯盏细辛注射液^[24] [MD=-2.83, 95%CI (-3.59, -2.07), 35项RCT, 4379例患者, I²=12%]、补阳还五汤^[25] [SMD=-1.07, 95%CI (-1.30, -0.84), 34项RCT, 3188例患者, I²=88%]、银杏叶制剂^[26]（银杏内酯注射液、银杏达莫注射剂）[MD=-4.39, 95%CI (-5.47, -3.32), 16项RCT, 2481例患者, I²=96%]、疏血通注射液^[27] [MD=-3.89, 95%CI (-4.34, -3.43), 22项RCT, 2090例患者, I²=72%]、脉血康胶囊^[28] [MD=-1.97, 95%CI (-2.91, -1.03), 4项RCT, 407例患者, I²=90%]、华佗再造丸^[29] [MD=-2.72, 95%CI (-3.72, -1.73), 9项RCT, 699例患者, I²=74%]。

5.1.4 临床问题 4：对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用中药的时机如何？

推荐意见 5：对于4.5小时内进行了静脉溶栓的急性缺血性脑卒中患者，在严格评估出血风险后，可考虑在溶栓后24小时内开始联用活血化瘀类中药治疗以更好地改善神经功能缺损（2C）。

推荐说明：2022年的一篇系统评价^[30]，纳入了13项RCT，1270例4.5小时内接受阿替普酶静脉溶栓治疗的急性缺血性脑卒中患者。结果显示，相较于常规治疗，阿替普酶静脉溶栓联用活血化瘀类口服中成药能更好改善神经功能缺损（NIHSS评分）[MD=-3.21, 95%CI (-4.02, -2.40), 12项RCT, 1283例患者, I²=85%]，且两组出血事件发生率的差异无统计学意义 [RR=0.17, 95%CI (0.02, 1.34), 4项RCT, 324例患者, I²=0%]。根据联合干预时间不同进行亚组分析，溶栓24小时内联用 [MD=-4.23, 95%CI (-5.18, -3.27), 6项RCT, 646例患者, I²=81%] 较溶栓24小时以后联用 [MD=-2.10, 95%CI (-2.93, -1.28), 6项RCT, 637例患者, I²=58%] 改善效果更好。2021年一篇系统评价^[31]，共纳入9项RCT，包含765例起病4.5h内的急性缺血性脑卒中患者。结果显示，银杏内酯注射液联合阿替普酶静脉溶栓可显著改善神经功能缺损（NIHSS评分）[MD=-3.08, 95%CI (-3.74, -2.43), 9项RCT, 765例患者, I²=86%]，且不会增加不良反应 [OR=0.76, 95%CI (0.42, 1.40), 5项

RCT, 385 例患者, $I^2=33\%$]。因此, 可考虑在溶栓后 24 小时内开始联用活血化瘀类中药。

5.1.5 临床问题 5: 对于缺血性脑卒中伴出血转化患者, 使用活血化瘀类中药是否增加额外的风险?

推荐意见 6: 对于缺血性脑卒中出血转化的患者, 在出血稳定并排除凝血功能障碍后, 可考虑在常规专科治疗的基础上给予活血化瘀类中药治疗以改善神经功能缺损 (2C)

推荐说明: 基于两项 RCT 的系统评价^[5]结果显示, 对于缺血性脑卒中伴出血转化的患者, 在使用西医常规处理的基础上使用活血化瘀类中药对于降低治疗后第 7 天与第 21 天的神经功能评分 (NIHSS 评分) 有更多的获益 [7 天: MD=-3.11, 95%CI (-4.84, -1.39), 105 例患者, $I^2=0$], [21 天: MD=-3.70, 95%CI (-5.17, -2.23), 105 例患者, $I^2=0$], 且未增加不良事件。目前的证据未提示具体的用药时机, 专家共识会建议在出血稳定后使用活血化瘀类中药。此外, 多位外审专家建议在使用活血化瘀类中药前考虑排除患者存在凝血功能障碍, 故对推荐意见中进行了补充。

5.2 脑出血

5.2.1 临床问题 6: 对于高血压性脑出血患者, 在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何?

推荐意见 7: 对于无需手术处理的高血压性脑出血患者, 在严格排除药物禁忌症之后, 可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药, 急性期需结合患者的血肿扩大情况与再出血风险综合考虑 (2C)。

推荐说明: 高龄、高血压、深部出血被认为是高血压性脑出血复发的重要危险因素, 减少再出血风险关键在于控制血压^[32]。一篇纳入 9 项 RCT 的系统评价^[33]提示, 对于高血压性脑出血发病 72 小时内的患者, 在常规治疗的基础上联用活血化瘀类中药可更有效地缩小血肿体积 [MD=-2.72 ml, 95%CI (-4.12, -1.32), 3 项 RCT, 344 例患者, $I^2=77\%$] 与减轻血肿周围水肿 [MD=-5.84 ml, 95%CI (-8.62, -3.06), 3 项 RCT, 471 例患者, $I^2=95\%$]; 而且从中长期来看, 还可以减少治疗后 28 天的神经功能损伤 (NIHSS 评分) [MD=-5.34, 95%CI (-7.14, -3.53), 2 项 RCT, 358 例患者, $I^2=92\%$] 与死亡率 [RR=0.50, 95%CI (0.35, 0.71), 7 项 RCT, 699 例患者, $I^2=0$]、提高独立生活能力 (Barthel 指数) [MD=1.86, 95%CI (1.39, 2.49), 2 项 RCT, 131 例患者, $I^2=0$]。由于现存证据未采用再出血风险作为结局指标之一, 证据存在间接性。综上所述, 目前无活血化瘀类中药增加高血压脑出血再出血风险的直接证据, 考虑脑出血急性期出血风险大, 专家共识会一致同意急性期用药应综合评估血肿扩大与再出血的风险。

5.2.2 临床问题 7: 对于高血压性脑出血术后患者, 与常规治疗相比, 给予活血化瘀类中药治疗的时机如何?

推荐意见 8: 对于高血压性脑出血术后的患者，在术后常规治疗的基础上，给予以活血化瘀类为主的中药治疗，可以降低死亡率、改善神经功能、缩小血肿体积，用药时机需结合患者的血肿扩大情况与再出血风险综合考虑（2C）。

推荐说明: 目前临床实践指南建议，脑出血应该根据患者个体出血量、意识障碍及神经缺损症状加重的情况综合考虑是否予以手术治疗^[34]。一篇纳入 31 项 RCT 的系统评价^[35]显示，对于高血压性脑出血术后患者，与常规术后管理相比，在术后四天内联用活血化瘀类中药治疗可更好地改善神经功能缺损（NIHSS）[MD=-3.81, 95%CI (-6.21, -1.42)]，535 例患者， $I^2=99%$]、缩小血肿体积 [MD=-4.42 ml, 95%CI (-4.85, -3.99)]，737 例患者， $I^2=75%$]、提高独立活动能力（Barthel 指数）[MD=9.36, 95%CI (7.85, 10.87)]，294 例患者， $I^2=27%$]。此外，联合使用活血化瘀类中药还可以降低死亡率 [RR=0.56, 95%CI (0.40, 0.79)]，1538 例患者， $I^2=0$]。而且从合并的数据来看，联用活血化瘀类中药不会增加再出血风险 [RR=0.57, 95%CI (0.26, 1.28)]，389 例患者， $I^2=0$]。目前尚无用药时机的直接证据，专家共识会中，专家建议用药时机需结合患者的血肿扩大情况与再出血风险综合考虑。

5.3 卒中并发症

5.3.1 临床问题 8: 对于脑卒中早期意识障碍患者，以醒脑开窍药物为基础的中西医结合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何？

推荐意见 9: 对于急性脑出血合并意识障碍且符合中医“痰热内闭”证的患者，可考虑在脑卒中常规治疗的基础上立即给予安宫牛黄丸以改善患者的意识水平（2C）。

推荐意见 10: 对于急性脑出血合并意识障碍的患者，在严格排除禁忌症，并向患者（或家属）充分说明用药可能带来的不良反应后，可考虑给予醒脑静注射液补充治疗以改善昏迷程度（2C）。

推荐说明: 中医理论认为，“痰热内闭”是因痰热壅盛，闭阻心窍，神识不用所致，临床以突然昏仆，口噤不开，喉中痰鸣，半身不遂，或神志昏蒙，项强，舌质红绛，舌苔黄腻，脉弦滑数，可伴见发热，痉挛等为特征的证候^[9]。醒脑开窍法是中医促醒疗法的体现，传统的丸剂“安宫牛黄丸”和由安宫牛黄丸研制而来的中药复方注射剂“醒脑静注射液”是这类治疗方法的代表药物^[36]。2021 年一篇纳入 1196 例脑出血患者的系统评价^[37]结果显示，与常规治疗相比，联用安宫牛黄丸能够提高格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)评分 [MD=1.12, 95%CI (0.46, 1.78)]，3 项 RCT，153 例患者， $I^2=0%$]。由于安宫牛黄丸的功效为清热解毒，镇惊开窍，属于典型的寒凉中药，因此用药需结合中医辨证，仅用于中医痰热内闭证。经专家共识会讨论，安宫牛黄丸的疗程受多种因素影响，不建议对疗程进行推荐。2017 年的一篇系统评价^[38]提示，在常规治疗的基础上联用醒脑静注射剂对改善缺血卒中患者的昏迷程度没有增加明显的获益（GCS 评分）[MD=1.00, 95%CI (-0.96, 2.96)]，2 项 RCT，140 例患者， $I^2=79%$]；但 2017 年另外的一篇系统评价^[39]提示，联用醒脑静对于出血卒中患者改善昏迷程度更优（GCS 评分）[MD=2.87, 95%CI (2.27, 3.48)]，6 项 RCT，536 例患者， $I^2=82%$]。由于国家药品不良反应监测报告提示醒脑静注射液的不良事件/反应较多，因此建议在严格排除禁忌症并向患者（或家属）充分说明用药可能带来的不良反应后使用。

5.3.2 临床问题 9：对于脑卒中患者，在常规护理和康复治疗的基础上，联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍？

推荐意见 11：对于脑卒中后吞咽障碍患者，可考虑在基础护理与康复治疗（主要是吞咽训练）的基础上联用针刺治疗以促进吞咽功能的恢复（2C）。针刺方案建议：一般采用普通针刺，疗程为4周，主穴可选：风池、金津、玉液、廉泉及翳风。

推荐意见 12：对于卒中后吞咽障碍患者，可考虑给予中药治疗以协助改善患者吞咽功能（2C）。可考虑使用的给药途径为：中药口服、中药鼻饲、中药外治法。

推荐说明：2021年的一篇纳入30项RCT，包括2446名卒中后吞咽障碍患者的系统评价^[40]结果显示，在常规内科治疗或康复治疗的基础上，联用针刺干预能明显改善卒中后吞咽障碍患者的洼田饮水试验分级（Kubota water swallowing test, WST）[MD=-0.69, 95%CI (-0.78, -0.60)，11项RCT，912例患者， $I^2=0\%$]，标准吞咽评估量表（standard swallowing assessment, SSA）[MD=-3.41, 95%CI (-3.98, -2.84)，6项RCT，586例患者， $I^2=0\%$]。

2021年的一篇纳入35项RCT，包括3024名卒中后吞咽障碍患者的系统评价^[41]结果显示。针刺联合常规治疗措施的疗效优于常规治疗，其标准化吞咽评估（SSA）评分[MD=-3.78, 95%CI (-4.64, -2.91)，13项RCT，1204例患者， $I^2=80\%$]、WST评分[MD=-1.21, 95%CI (-1.85, -0.57)，11项RCT，1061例患者， $I^2=99\%$]。通过对纳入RCT采用的穴位进行分析，结果显示风池（GB20）、金津（EX-HN12）、玉液（EXHN13）、廉泉（RN23）、翳风（SJ17）是最常用的5个穴位。

2021年的一篇纳入21项RCT，包括1532名卒中后吞咽障碍患者的系统评价^[42]结果显示，在对照组的基础上，联用舌三针治疗卒中后吞咽困难程度（SSA评分）的降低显著优于对照组[SMD=-2.18, 95%CI (-3.04, -1.32)，5项RCT，292例患者， $I^2=26\%$]；WST评分的降低显著优于对照组[SMD=-1.17, 95%CI (-1.29, -1.04)，6项RCT，364例患者， $I^2=18\%$]。

2021年的一篇纳入23项RCT，包括1909例患者的系统评价^[43]结果显示，①在降低WST评分方面，中药联合康复治疗优于单纯康复治疗[MD=-0.66, 95%CI (-0.86, -0.46)，9项RCT，719例患者， $I^2=86\%$]；②在提高视频吞咽造影检查（VFSS）评分方面，中药联合康复治疗优于单纯康复治疗[MD=1.59, 95%CI (1.04, 2.13)，6项RCT，575例患者， $I^2=81\%$]；③在降低SSA评分方面，单纯中药治疗优于安慰剂治疗[MD=-1.33, 95%CI (-2.02, -0.65)，3项RCT，244例患者， $I^2=89\%$]和空白组[MD=-9.19, 95%CI (-10.17, -8.21)，2项RCT，199例患者， $I^2=0\%$]。在纳入本次Meta分析的RCT中，中药的给药方式包括口服、鼻饲、冷刺激、喷雾及熏蒸。但考虑到卒中后吞咽障碍应减少误吸，故外审专家建议尽量采用中药鼻饲或中药外用（例如：冷刺激、喷雾及熏蒸）。

5.3.3 临床问题 10：对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？

推荐意见 13：对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用以疏肝解

郁类为主的中药以更好地缓解抑郁症状（2C）。可考虑使用的中药包括：柴胡疏肝散、逍遥散、疏肝解郁汤、舒肝解郁胶囊、解郁丸、解郁安神颗粒、乌灵胶囊。

推荐意见 14：对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地缓解抑郁症状（2C）。

推荐说明：一篇发表于 2016 年的系统评价^[44]提示，总体来讲，在抗抑郁药的基础上，联合疏肝解郁的中药治疗方案可更好地降低汉密顿抑郁量表（Hamilton Depression Scale, HAMD）的分数，能在一定程度上改善卒中后的抑郁症状。指南工作组基于原文的数据，对疏肝解郁中药的不同处方进行了亚组分析，分别为：柴胡疏肝散[治疗 4 周：MD=-4.03, 95CI% (-5.21, -2.84)，9 项 RCT, 802 例患者，I²=84%；治疗 8 周：MD=-3.78, 95CI% (-4.76, -2.80)，8 项 RCT, 623 例患者，I²=65%]、逍遥散[治疗 4 周：MD=-1.85, 95CI% (-2.86, -0.84)，8 项 RCT, 727 例患者，I²=86%；治疗 8 周：MD=-5.25, 95CI% (-7.22, -3.29)，4 项 RCT, 279 例患者，I²=91%]、疏肝解郁汤[治疗 4 周：MD=-4.14, 95CI% (-5.12, -3.15)，3 项 RCT, I²=34%；治疗 8 周：MD=-5.62, 95CI% (-6.85, -4.40)，4 项 RCT, 369 例患者，I²=55%]、舒肝解郁胶囊[治疗 4 周：MD=-5.30, 95CI% (-6.52, -4.08)，1 项 RCT, 90 例患者；治疗 8 周：MD=-5.27, 95CI% (-6.11, -4.44)，2 项 RCT, 147 例患者，I²=0]。2021 年的一篇网状 Meta 分析^[45]，结果提示在改善 HAMD-17 项评分上，联合乌灵胶囊[MD=-2.97, 95CI (-4.37, -1.57)，5 项 RCT, 436 例患者，I²=80%]、解郁丸[MD=-4.28, 95CI (-4.92, -3.63)，1 项 RCT, 98 例患者]、解郁安神颗粒[MD=-2.18, 95CI (-2.92, -1.43)，1 项 RCT, 94 例患者]优于单用 SSRI。主要表现不良反应为恶心、呕吐、腹胀、便秘等胃肠道反应，或头晕、头痛、失眠等神经精神系统症状，所有研究未出现因安全性事件致停药的情况。根据研究证据和专家共识，最后拟纳入推荐意见的包括：柴胡疏肝散、逍遥散、疏肝解郁汤、舒肝解郁胶囊、解郁丸、解郁安神颗粒、乌灵胶囊。

2021 年的一篇纳入 17 项 RCT，包括 1402 名卒中后抑郁患者的系统评价^[46]结果显示，在常规抗抑郁治疗基础上联用常规针刺 HAMD-17 项评分[MD=-5.08, 95CI (-6.48, -3.67)，3 项 RCT, 252 例患者，I²=0%]和 HAMD-24 项[MD=-9.72, 95CI (-14.54, -4.91)，2 项 RCT, 123 例患者，I²=65%]评分均可降低。

5.3.4 临床问题 11：对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？

推荐意见 15：对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用中药以更好地改善认知障碍（2C）。

推荐意见 16：对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地改善认知障碍（2C）。

推荐说明：2022 年一篇纳入 34 项 RCT，包含 2711 名卒中后认知障碍患者的系统评价^[47]结果显示，中药治疗可以改善认知功能，使用蒙特利尔认知评估量表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 进行评估，联用中药较单独西医常规治疗可更好地改善 3 月内 (<3 个月) [MD=2.55, 95CI (1.56, 3.53)，8 项 RCT, 600 例患者，I²=79%] 和 3 个月 [MD=3.07,

95%CI(1.98, 4.17), 11项RCT, 1459例患者, $I^2=87%$]卒中后认知障碍患者的认知功能。使用简易精神状态检查(Mini-Mental State Examination, MMSE)量表进行评估, 联用中药较西医常规治疗可更好地改善3月内(<3个月)[MD=2.55, 95%CI(1.99, 3.10), 10项RCT, 874例患者, $I^2=53%$], 3个月[MD=2.53, 95%CI(1.59, 3.47), 11项RCT, 833例患者, $I^2=88%$], 4个月[MD=2.91, 95%CI(1.26, 4.56), 1项RCT, 80例患者]和6个月[MD=3.11, 95%CI(-0.04, 6.27), 3项RCT, 232例患者, $I^2=93%$]卒中后认知障碍患者的认知功能。不良事件多为胃肠道不适, 研究中未出现严重的不良反应。

2020年一篇纳入37项RCT, 共包含2869名卒中后认知障碍患者的系统评价^[48]结果显示, 经过2~8周的针刺干预后, MMSE量表评分[MD=2.88, 95%CI(2.09, 3.66), 31项RCT, 2349例患者, $I^2=93%$]或MoCA评分[MD=2.66, 95%CI(1.95, 3.37), 14项RCT, 1129例患者, $I^2=55%$]均明显提高, 提示针灸可以改善卒中后认知障碍, 在这些研究中未见不良事件的报道。

5.3.5 临床问题 12: 对于脑卒中患者, 针灸联合康复治疗比单用康复治疗能否更好地改善肢体功能?

推荐意见17: 在病情稳定情况下, 结合患者意愿及经济情况, 在常规康复基础上, 可以使用针刺以改善脑卒中患者的肢体运动功能(2C)。可考虑的针灸方案为: 靳三针、腹针。

推荐意见18: 卒中后48小时内是最佳干预时间, 生命体征稳定的脑卒中患者应尽早运用针刺进行康复治疗以获得更多获益(2C)。

推荐说明: 2021年一篇纳入31项RCT, 包括3222例卒中后偏身瘫痪的患者的Meta分析^[49]结果显示, 相较于单用常规康复治疗, 靳三针联合常规康复治疗能进一步改善卒中后偏瘫患者的Fugl-Meyer运动功能评分(Fugl-Meyer motor function assessment, FMA)[MD=9.33, 95%CI(7.15, 11.50), 19项RCT, 2060例患者, $I^2=70%$]。根据疗程的不同进行亚组分析结果显示, 疗程14d[MD=13.21, 95%CI(10.11, 16.31), 4项RCT, 349例患者, $I^2=70%$]; 疗程28d[MD=9.32, 95%CI(7.24, 11.40), 12项RCT, 1295例患者, $I^2=0%$]和疗程>28d[MD=3.92, 95%CI(1.84, 5.99), 2项RCT, 147例患者, $I^2=0%$]均有改善作用。2021年一篇纳入21项RCT, 包括1473例卒中患者的系统评价^[50]结果显示, 相比于非腹针治疗(包括常规康复治疗、体针、醒脑开窍针法), 联用腹针可进一步改善卒中后运动障碍患者的运动功能[MD=9.53, 95%CI(7.23, 11.83), 13项RCT, 967例患者, $I^2=89%$], 上肢运动功能[MD=11.08, 95%CI(5.83, 16.32), 6项RCT, 411例患者, $I^2=92%$]和下肢运动功能[MD=5.57, 95%CI(2.61, 8.54), 4项RCT, 287例患者, $I^2=96%$]。

2021年一篇网状Meta分析^[51]比较不同针灸干预时间点改善FMA评分的排序结果显示, 针灸在改善卒中后运动障碍方面, 卒中后48小时内是最佳干预时间, 其次为卒中后2~15天内。

6. 中西医结合防治脑卒中诊疗流程图

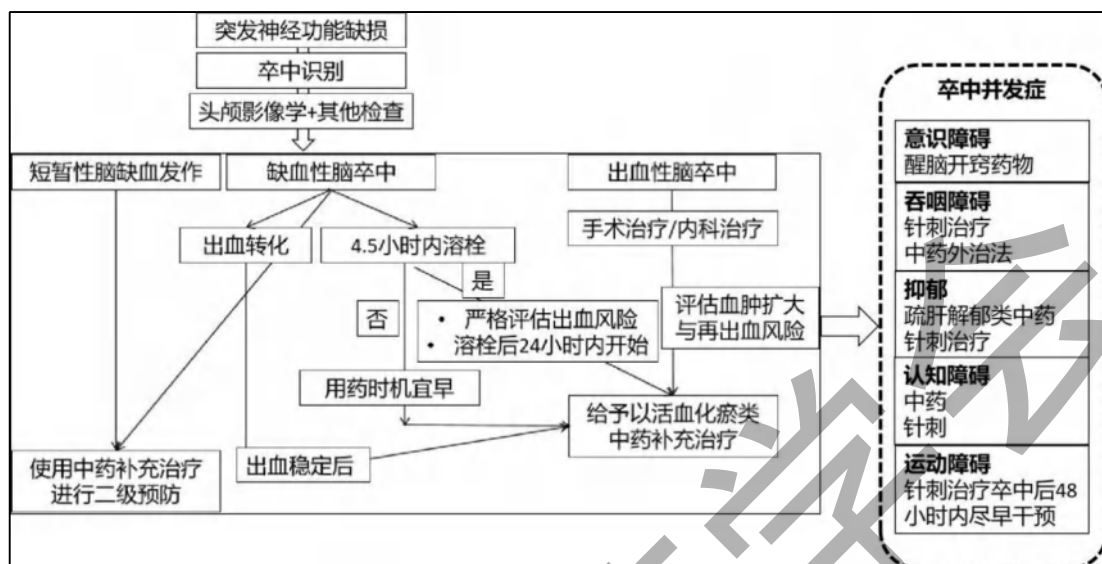


图1 中西医结合防治脑卒中诊疗流程图

附录 A（资料性）编制说明

1. 编制原则

1.1 编制依据和原则

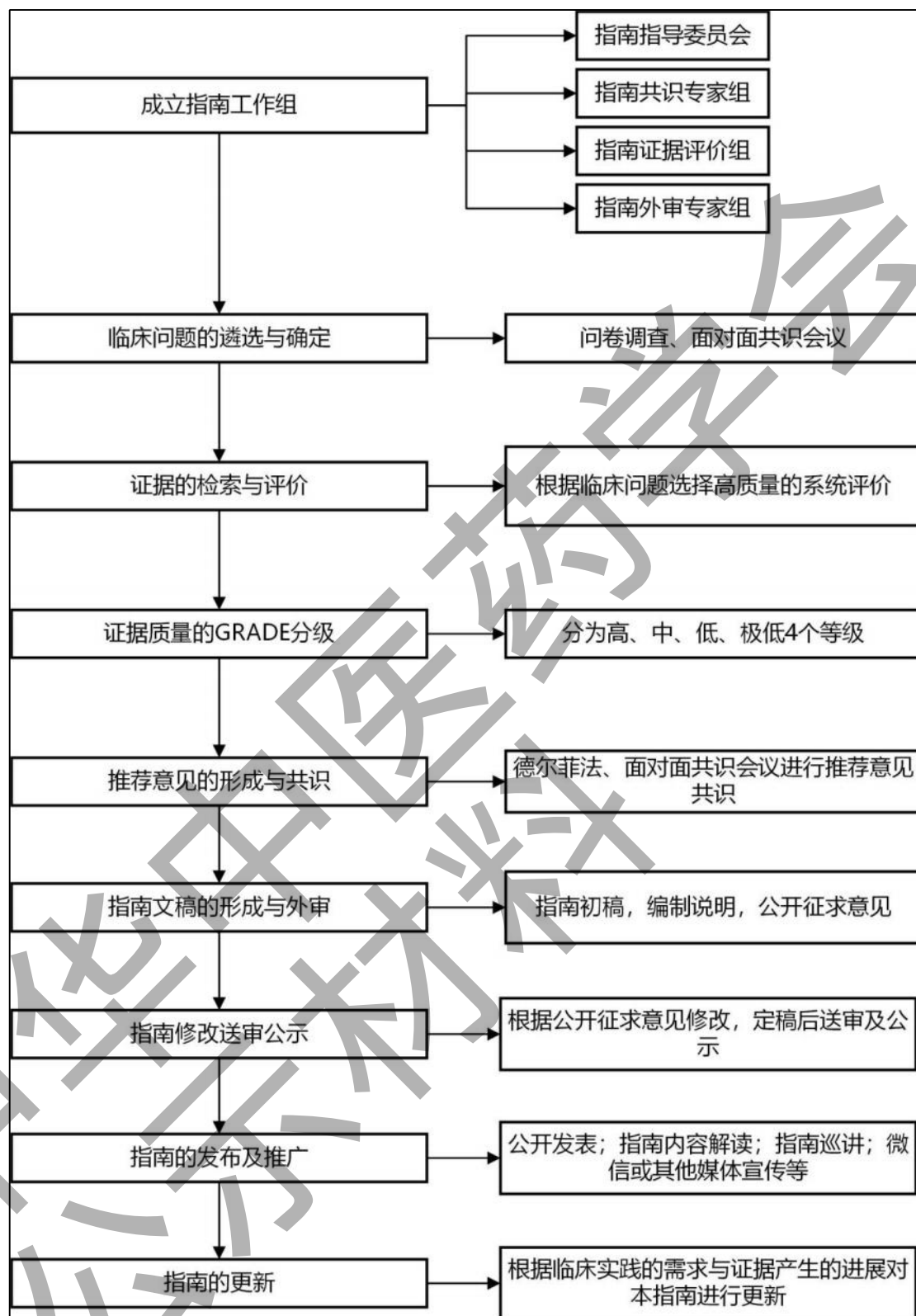
（1）本诊疗指南依据中华中医药学会关于中西医结合诊疗指南的制定程序进行编制。

（2）指南编制遵循的原则：本指南按照 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》、GB/T 7714-2015《信息与文献参考文献著录规则》、T/CAM 1032-2017《循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范》、《世界卫生组织指南制定手册（第二版）》、《国际卫生实践指南报告规范（RIGHT）》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》的规定进行起草。

1.2 技术内容

本指南的编制严格按照规范步骤进行。首先在国际实践指南注册平台（<http://www.guidelines-registry.org>）进行了注册（注册号：IPGRP-2017CN013），并撰写了计划书；然后成立工作组，通过问卷调查与专家共识会，遴选出关键的临床问题并对其进行解构；接着，开展证据的系统检索、方法学评价和综合，采用 GRADE 方法进行证据质量和推荐强度分级；最后通过改良的德尔菲专家调查法及面对面专家共识会，形成最终推荐意见。

2. 编制流程图



3. 确定临床问题

本指南的临床问题经过三个阶段的遴选。第一阶段：在前期制定《中西医结合脑卒中循证实践指南（2019）》中，本项目组通过问卷调查与面对面专家共识会的形式遴选本指南需

要回答的临床问题：第1轮问卷调查，通过对全国9个省市自治区不同层次的29位临床医生进行开放式问答的问卷调研，初步搜集到290个临床问题，经过除重、合并、筛选后整理出86个临床问题；第2轮问卷调查，邀请全国66位临床医生（包括中华中医药学会脑病分会33人、广东省中西医结合学会卒中专业委员会33人）进行问题重要性评价，筛选出30个最受关注的临床问题；第3轮面对面专家共识，2017年9月来自不同专业组的9位专家填写关于问题重要性评价的问卷后进行面对面讨论，确定最终纳入指南的11个临床问题。第二阶段：在2021年申报中华中医药学会团体标准的审查、函评、答辩过程中，经专家建议，修改为13个临床问题。第三阶段：2022年7月23日通过德尔菲专家调查及面对面专家共识会（视屏会议），并通过PICO解构，最终确认12个临床问题纳入本指南，临床问题及其PICO解构列表如下：

附录 A-3 确定的临床问题

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	对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？	缺血性脑卒中患者	中药汤剂/中成药联合常规治疗	安慰剂/空白对照联合常规治疗	卒中复发率
2	对于短暂性脑缺血发作患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？	短暂性脑缺血发作患者	中药汤剂/中成药单用或联合常规治疗	安慰剂/空白对照/安慰剂或空白对照联合常规治疗	卒中复发率
3	对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？	缺血性脑卒中患者	中药汤剂/中成药联合常规治疗	安慰剂/空白对照联合常规治疗	美国国立卫生院卒中量表（NIHSS）评分
4	对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用活血化瘀类中药的	急性缺血性脑卒中溶栓后患者	在时间点1使用活血化瘀类中药联合常规治疗	在时间点2使用活血化瘀类中药联合常规治疗	美国国立卫生院卒中量表（NIHSS）评分

	时机如何?				
5	在缺血性脑卒中伴出血转化患者中, 使用活血化瘀类中药是否增加额外的风险?	缺血性脑卒中伴出血转化患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	安慰剂/空白对照联合常规治疗	不良反应发生率
6	对于高血压性脑出血患者, 在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何?	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	安慰剂/空白对照联合常规治疗	出血转化风险、不良反应发生率
7	对于高血压性脑出血术后患者, 与常规治疗相比, 给予活血化瘀类中药治疗的时机如何?	高血压性脑出血术后患者	在时间点1使用活血化瘀类中药联合常规治疗	在时间点2使用活血化瘀类中药联合常规治疗	美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分
8	在脑卒中早期意识障碍患者中, 以醒脑开窍药物为基础的中西医结合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何?	脑卒中早期意识障碍患者	中西医结合治疗	常规治疗	格拉斯哥评分(GCS)
9	在脑卒中患者中, 在常规护理和康复治疗的基础上, 联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍?	脑卒中患者	中医药治疗(中药/针灸治疗等)联用常规护理和康复治疗	安慰剂/空白对照常规护理和康复治疗	洼田饮水试验(WST)、标准化床边吞咽功能检查法(SSA)
10	对于卒中后抑郁患者, 中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状?	卒中后抑郁患者	中医药治疗(中药/针灸治疗等)联用抗抑郁治疗	安慰剂/空白对照联用抗抑郁治疗	汉密顿抑郁量表评分(HAMD)
11	对于脑卒中后认知障碍患者, 中医药治疗联合西药相比单用西	脑卒中后认知障碍患者	中医药治疗(中药/针灸治疗等)联	安慰剂/空白对照联用西	简易精神状态检查(MMSE) 蒙特利尔认知评

	药能否更好地改善认知障碍症状?		用西药治疗	药治疗	估量表(MoCA)
12	针灸联合康复治疗是否比单用康复治疗能更好地改善脑卒中患者肢体功能?	脑卒中患者	针灸联合康复治疗	安慰剂/空白对照联用康复治疗	Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)

备注: NIHSS: National Institute of health stroke scale; GCS: Glasgow Coma Scale; WST: Kubota water swallowing test; SSA : Standardized swallowing assessment; HAMD : Hamilton depression scale; MMSE : Mini-Mental State Examination; MoCA : Montreal Cognitive Assessment; FMA : Fugl-Meyer motor function assessment。

4. 证据检索、筛选和评价

指南工作组检索了系统评价证据, 检索范围包括常用的医学数据库中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台、中国生物医学数据库(CBM)、PubMed、Embase和The Cochrane Library, 并在中国国家食品药品监督管理局网站检索中药的不良反应监测报告、在中国人力资源和社会保障部官方网站及相关网站中检索中医药的价格及医保报销政策。文献的检索及更新经过两个阶段: 第一阶段, 在制定《中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)》中, 检索时限从建库至2018年12月; 第二阶段: 更新检索到2022年8月, 共检索到文献4666篇, 其中CNKI 176篇、CBM 113篇、万方 148篇、PubMed 1491篇、Embase 2738篇、Cochrane library 0篇。采用系统评价/Meta分析方法学评价工具(A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews, AMSTAR-2)来评估纳入系统评价的方法学质量^[52]。结合AMSTAR-2的评分及证据对临床问题的匹配程度, 最终纳入31篇系统评价制作证据概要表。最后, 采用推荐意见分级的评估、制订及评价体系(The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)对证据体进行质量分级^[53]。

5. 推荐意见的形成

本指南的推荐强度分级参考GRADE分级系统, 根据在多大程度上能够确信遵守推荐意见利大于弊或弊大于利, 分为: 强(1): 明确显示干预措施利大于弊或弊大于利; 弱(2): 利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。推荐意见的形成分为3个步骤: 首先, 基于现有证据, 同时结合对干预措施的成本、利弊平衡、可及性、患者偏好与价值观等因素的考虑, 初步拟定了20条推荐意见, 然后采用改良德尔菲方法, 邀请了来自全国不同地区、不同年资、不同专业背景的18位一线临床医生及指南方法学家对推荐意见进行共识, 以选择“同意”的比例大于70%认为达成共识, 第一轮调查对17条推荐意见达成了共识, 并收到了20条具体的修改建议, 其中2条推荐意见经专家讨论后一致同意不纳入本指南, 另1条推荐意见经专家讨论修改后一致同意纳入本指南。最后, 经过2022年8月13日的专家面对面讨论(视频会议), 最终形成了本指南的18条推荐意见。对于部分无证据支持的临床问题, 本指南依

据专家临床经验,形成基于专家共识的推荐意见,即良好实践声明(good practice statement, GPS) [53]。

6. 指南的起草与审核

指南秘书组遵循国际实践指南报告标准(Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare, RIGHT) [13],撰写了证据决策表和指南初稿。通过内部和外部专家评审、公开征求意见收集修改建议并形成指南终稿。

附录B（资料性）证据综合报告

Q1. 对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？	缺血性脑卒中患者	中药	常规治疗	卒中复发率
研究类型及数量	无相关系统评价证据			
效应值及可信区间	-			
证据等级	-			
是否升级或降级	-			
升级或降级因素	-			
结论	-			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？	缺血性脑卒中患者	中药联合常规治疗	常规治疗	卒中复发率
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	RR=0.57，95%CI（0.44，0.73），6 项 RCT，4451 例患者，I ² =44%			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者，可考虑使用中药补充治疗进行二级预防，以减少中长期的卒中复发、残疾与死亡			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
对于缺血性脑卒中患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？	轻型缺血性脑卒中患者	中药/中药联合常规治疗	常规治疗	卒中复发率

性如何?				
研究类型及数量	无相关系统评价证据			
效应值及可信区间	-			
证据等级	-			
是否升级或降级	-			
升级或降级因素	-			
结论	-			

Q2. 对于短暂性脑缺血发作患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于短暂性脑缺血发作患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何	短暂性脑缺血发作患者	中药	常规治疗	卒中复发率
研究类型及数量	无相关系统评价证据			
效应值及可信区间	-			
证据等级	-			
是否升级或降级	-			
升级或降级因素	-			
结论	-			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于短暂性脑缺血发作患者，中药单用或联合常规治疗对比常规治疗在二级预防中的长期疗效和安全性如何	短暂性脑缺血发作患者	中药联合常规治疗	常规治疗	卒中复发率
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	RR=0.37, 95%CI (0.22, 0.62), 6 项 RCT, 583 例患者, I ² =0%			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重偏倚风险			
结论	对于短暂性脑缺血发作患者，在常规二级预防方案的基础上可考虑给予中药以减少新发卒中			

Q3. 对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？	缺血性脑卒中患者	三七制剂联合常规治	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-2.27 (-2.90, -1.64), 3 项 RCT, 323 例患者, I ² =14%, 固定效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予三七制剂（血栓通注射液、血塞通注射液、复方血栓通胶囊、三七通舒胶囊、血塞通滴丸）补充治疗，可更好地改善神经功能缺损，			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？	缺血性脑卒中患者	灯盏细辛注射液联合常规治	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-2.83, (-3.59, -2.07), 35 项 RCT, 4379 例患者, I ² =12%, 固定效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予灯盏细辛注射液补充治疗，可更好地改善神经功能缺损，			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者，中药联	缺血性脑卒中	补阳还五汤	常规治疗	神经功

合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何?	患者	联合常规治		能 缺 损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	SMD=-1.07 (-1.30, -0.84), 34 项 RCT, 3188 例患者, I ² =88%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者, 在缺血性脑卒中常规治疗的基础上, 可考虑给予补阳还五汤补充治疗, 可更好地改善神经功能缺损,			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者, 中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何?	缺血性脑卒中患者	银杏叶制剂 (银杏内酯注射液、银杏达莫注射剂) 联合常规治	常规治疗	神经功 能缺 损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-4.39 (-5.47, -3.32), 16 项 RCT, 2481 例患者, I ² =96%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者, 在缺血性脑卒中常规治疗的基础上, 可考虑给予银杏叶制剂 (银杏内酯注射液、银杏达莫注射剂) 补充治疗, 可更好地改善神经功能缺损,			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者, 中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何?	缺血性脑卒中患者	疏血通注射液	常规治疗	神经功 能缺 损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-3.89, (-4.34, -3.43), 22 项 RCT, 2090 例患者, I ² =72%, 随机效应模型			

证据等级	低质量的证据
是否升级或降级	降2级
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险
结论	对于缺血性脑卒中的患者，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予疏血通注射液补充治疗，可更好地改善神经功能缺损，

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？	缺血性脑卒中患者	脉血康胶囊	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-1.97, (-2.91, -1.03), 4项RCT, 407例患者, I ² =90%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予脉血康胶囊补充治疗，可更好地改善神经功能缺损，			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于缺血性脑卒中患者，中药联合常规治疗对比常规治疗改善神经功能损伤的效果如何？	缺血性脑卒中患者	华佗再造丸	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-2.72, (-3.72,-1.73), 9项RCT, 699例患者, I ² =74%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	存在严重的偏倚风险			
结论	对于缺血性脑卒中的患者，在缺血性脑卒中常规治疗的基础上，可考虑给予华佗再造丸补充治疗，可更好地改善神经功能缺损，			

Q4. 对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用中药的时机如何？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用中药的时机如何？	急性缺血性脑卒中溶栓后患者	中药联合使用常规治疗	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-3.08, 95%CI (-3.74, -2.43), 9 项 RCT, 765 例患者, I ² =86%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险不确定，且异质性较高			
结论	对于 4.5h 内进行了静脉溶栓的患者，为更好地改善患者的神经功能损伤，严格评估出血风险的前提下，考虑在溶栓后 24h 内联用活血化瘀类中药			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于急性缺血性脑卒中溶栓后患者，与常规治疗相比，联合使用中药的时机如何？	急性缺血性脑卒中溶栓后患者	银杏内酯注射液联合使用常规治疗	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-3.21, 95%CI (-4.02, -2.40), 12 项 RCT, 1283 例患者, I ² =85%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险不确定，且异质性较高			
结论	对于 4.5h 内进行了静脉溶栓的患者，为更好地改善患者的神经功能损伤，严格评估出血风险的前提下，考虑在溶栓后 24h 内联用银杏内酯注射液。			

Q5. 在缺血性脑卒中伴出血转化患者中，使用活血化瘀类中药是否增加额外的风险？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
在缺血性脑卒中伴出血转化患者中，使用活血化瘀类中药是否增加额外的风险？	缺血性脑卒中伴出血转化患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	不良反应

研究类型及数量	1 篇系统评价
效应值及可信区间	7 天: MD=-3.11, 95%CI (-4.84, -1.39), 105 例患者, I ² =0, 固定效应模型, 21 天: MD=-3.70, 95%CI (-5.17, -2.23), 105 例患者, I ² =0, 固定效应模型
证据等级	低质量的证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	存在高偏倚风险与小样本带来的不精准性
结论	对于缺血性脑卒中出血转化的患者, 在改善神经功能缺损方面, 在出血稳定后可考虑在常规专科治疗的基础上给予活血化瘀类中药治疗

Q6. 对于高血压性脑出血患者, 在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何?

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于高血压性脑出血患者, 在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何?	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	血肿体积
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-2.72 ml, 95%CI (-4.12, -1.32), 344 例患者, I ² =77%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	证据存在间接性, 加之存在偏倚风险			
结论	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者, 在严格排除药物禁忌症之后, 可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于高血压性脑出血患者, 在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何?	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	血肿周围水肿
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-5.84 ml, 95%CI (-8.62, -3.06), 471 例患者, I ² =95%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			

升级或降级因素	证据存在间接性，加之存在偏倚风险
结论	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者，在严格排除药物禁忌症之后，可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于高血压性脑出血患者，在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何？	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	神经功能损伤 (NIHSS)
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-5.34, 95%CI(-7.14, -3.53), 358 例患者, I ² =92%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	证据存在间接性，加之存在偏倚风险			
结论	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者，在严格排除药物禁忌症之后，可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于高血压性脑出血患者，在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何？	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	死亡率
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	RR=0.50, 95%CI (0.35, 0.71), 699 例患者, I ² =0, 固定效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	证据存在间接性，加之存在偏倚风险			
结论	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者，在严格排除药物禁忌症之后，可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局)
------	----------	----------	----------	--------

				指标)
对于高血压性脑出血患者，在出血后进行活血化瘀类中药治疗的出血风险如何？	高血压性脑出血患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	独立生活能力 (Barthel 指数)
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=1.86, 95%CI (1.39, 2.49), 358 例患者, I ² =0, 固定效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	证据存在间接性，加之存在偏倚风险			
结论	对于无需手术处理的高血压性脑出血患者，在严格排除药物禁忌症之后，可在脑出血常规治疗的基础上给予活血化瘀类中药			

Q7. 对于高血压性脑出血术后患者，与常规治疗相比，给予活血化瘀类中药治疗的时机如何？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于高血压性脑出血术后患者，与常规治疗相比，给予活血化瘀类中药治疗的时机如何？	高血压性脑出血术后患者	活血化瘀类中药联合常规治疗	常规治疗	神经功能缺损 NIHSS
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-3.81, 95%CI (-6.21, -1.42), 535 例患者, I ² =99%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	严重偏倚风险			
结论	对于高血压性脑出血术后的患者，在严格排除药物禁忌症之后，在术后常规治疗的基础上，给予以活血化瘀类为主的中药治疗，可以改善神经功能缺损。			

Q8. 在脑卒中早期意识障碍患者中，以醒脑开窍药物为基础的中西医结合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
在脑卒中早期意识障碍患者中，	脑卒中早期意	安宫牛黄丸	常规治疗	格拉斯

以醒脑开窍药物为基础的中西医联合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何?	识障碍患者	联合常规治疗		哥昏迷指数
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=1.96, 95%CI (0.27, 3.64), 2 项 RCT, 170 例患者, I ² =92%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险未知、样本量小, 不精确性			
结论	在脑卒中早期意识障碍患者中, 可考虑补充安宫牛黄丸治疗, 改善患者昏迷程度。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
在脑卒中早期意识障碍患者中, 以醒脑开窍药物为基础的中西医联合治疗对比脑卒中常规治疗的疗效如何?	脑卒中早期意识障碍患者	醒脑静注射液联合常规治疗	常规治疗	格拉斯哥昏迷指数
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=1.00, 95%CI (-0.96, 2.96), 140 例患者, I ² =79%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险未知、样本量小, 不精确性			
结论	在常规治疗的基础上联用醒脑静注射剂对改善缺血卒中患者的昏迷程度没有增加明显的获益 (GCS)			

Q9. 在脑卒中患者中, 在常规护理和康复治疗的基础上, 联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍?

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
在脑卒中患者中, 在常规护理和康复治疗的基础上, 联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍?	脑卒中患者	针刺联合常规治疗	常规治疗	洼田饮水分级
研究类型及数量	1 个系统评价			
效应值及可信区间	MD=-0.69, 95%CI (-0.78, -0.60), 11 项 RCT, 912 例患者, I ² =0%, 固定效应模型			

证据等级	低质量证据
是否升级或降级	降2级
升级或降级因素	严重偏倚风险，以及发表偏倚
结论	对于脑卒中后吞咽障碍患者，可考虑在基础护理与康复治疗（主要是吞咽训练）的基础上联用针刺治疗以促进吞咽功能的恢复

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
在脑卒中患者中，在常规护理和康复治疗的基础上，联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍？	脑卒中患者	针刺联合常规治疗	常规治疗	标准吞咽评估SSA
研究类型及数量	1个系统评价			
效应值及可信区间	MD=-3.41, 95%CI (-3.98, -2.84), 6项RCT, 586例患者, I ² =0%, 固定效用模型			
证据等级	低质量证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	严重偏倚风险，以及发表偏倚			
结论	对于脑卒中后吞咽障碍患者，可考虑在基础护理与康复治疗（主要是吞咽训练）的基础上联用针刺治疗以促进吞咽功能的恢复			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
在脑卒中患者中，在常规护理和康复治疗的基础上，联用中医药治疗能否更好地改善吞咽障碍？	脑卒中患者	中药联合常规治疗	常规治疗	洼田饮水分级
研究类型及数量	1篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=-0.66, 95%CI (-0.86, -0.46), 9项RCT, 719例患者, I ² =86%, 随机效应模型			
证据等级	低质量证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	存在偏倚风险，异质性过大			
结论	对于卒中后吞咽障碍患者，可考虑给予中药治疗以协助改善患者吞咽功能			

Q10. 对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症

状?

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于卒中后抑郁患者, 中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状?	卒中后抑郁患者	柴胡疏肝散联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	治疗 4 周: MD=-4.03, 95%CI (-5.21, -2.84), 9 项 RCT, 802 例患者, I ² =84%, 随机效应模型; 治疗 8 周: MD=-3.78, 95%CI (-4.76, -2.80), 8 项 RCT, 623 例患者, I ² =65%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与异质性			
结论	对于卒中后抑郁患者, 在抗抑郁药治疗的基础上, 可考虑联用柴胡疏肝散以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于卒中后抑郁患者, 中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状?	卒中后抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	治疗 4 周: MD=-1.85, 95%CI (-2.86, -0.84), 8 项 RCT, 727 例患者, I ² =86%, 随机效应模型; 治疗 8 周: MD=-5.25, 95%CI (-7.22, -3.29), 4 项 RCT, 279 例患者, I ² =91%, 随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与异质性			
结论	对于卒中后抑郁患者, 在抗抑郁药治疗的基础上, 可考虑联用逍遥散以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？	卒中后抑郁患者	疏肝解郁汤联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	治疗 4 周：MD=-4.14，95%CI（-5.12，-3.15），3 项 RCT，I ² =34%，固定效应模型；治疗 8 周：MD=-5.62，95%CI（-6.85，-4.40），4 项 RCT，369 例患者，I ² =55%，随机效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与异质性			
结论	对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用疏肝解郁汤以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？	卒中后抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	治疗 4 周：MD=-5.30，95%CI（-6.52，-4.08），1 项 RCT，90 例患者；治疗 8 周：MD=-5.27，95%CI（-6.11，-4.44），2 项 RCT，147 例患者，I ² =0%，固定效应模型			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与异质性			
结论	对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用舒肝解郁胶囊以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？	卒中后抑郁患者	乌灵胶囊联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分

研究类型及数量	1 篇网状 meta 分析
效应值及可信区间	MD=-2.97, 95%CI (-4.37,-1.57), 5 项 RCT, 436 例患者
证据等级	低质量的证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	偏倚风险与异质性
结论	对于卒中后抑郁患者, 在抗抑郁药治疗的基础上, 可考虑联用乌灵胶囊以更好地缓解抑郁症状

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于卒中后抑郁患者, 中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状?	卒中后抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇网状 meta 分析			
效应值及可信区间	MD=-4.28, 95%CI (-4.92,-3.63), 1 项 RCT, 98 例患者			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与小样本			
结论	对于卒中后抑郁患者, 在抗抑郁药治疗的基础上, 可考虑联用解郁丸以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于卒中后抑郁患者, 中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状?	卒中后抑郁患者	解郁安神颗粒联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇网状 meta 分析			
效应值及可信区间	MD=-2.18, 95%CI (-2.92,-1.43), 1 项 RCT, 94 例患者			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与小样本			
结论	对于卒中后抑郁患者, 在抗抑郁药治疗的基础上, 可考虑联用解郁安神颗粒以更好地缓解抑郁症状			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于卒中后抑郁患者，中医药联合抗抑郁药相比单用抗抑郁药能否更好地缓解抑郁症状？	卒中后抑郁患者	针刺联合抗抑郁药	单用抗抑郁药	汉密尔顿抑郁量表评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	HAMD-17 项评分[MD=-5.08, 95%CI (-6.48, -3.67) , 3 项 RCT, 252 例患者, I ² =0%, 固定效应模型] HAMD-24 项评分[MD=-9.72, 95%CI (-14.54,-4.91) , 2 项 RCT, 123 例患者, I ² =65%, 随机效应模型]			
证据等级	低质量的证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险与小样本			
结论	对于卒中后抑郁患者，在抗抑郁药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地缓解抑郁症状			

Q11. 对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？	脑卒中后认知障碍患者	中药联合西药治疗	西药治疗	蒙特利尔认知评估量表
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	3 月内 (<3 个月) [MD =2.55, 95%CI (1.56, 3.53), 8 项 RCT, 600 例患者, I ² =79%, 随机效应模型], 3 个月 [MD=3.07, 95%CI (1.98,4.17), 11 项 RCT, 1459 例患者, I ² =87%, 随机效应模型]			
证据等级	低质量证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	高偏倚风险，异质性较高			
结论	对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用中药以更好地改善认知障碍			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？	脑卒中后认知障碍患者	针刺联合西药治疗	西药治疗	简易精神状态检查
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=2.88, 95%CI(2.09,3.66), 31 项 RCT, 2349 例患者, I ² =93%, 随机效应模型			
证据等级	低质量证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	没有恰当实施盲法，可能存在偏倚风险，且异质性较大			
结论	对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地改善认知障碍			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
对于脑卒中后认知障碍患者，中医药治疗联合西药相比单用西药能否更好地改善认知障碍症状？	脑卒中后认知障碍患者	针刺联合西药治疗	西药治疗	蒙特利尔认知评估量表
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	MD=2.66, 95% CI(1.95,3.37), 14 项 RCT, 1129 例患者, I ² =55%, 随机效应模型			
证据等级	低质量证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	没有恰当实施盲法，可能存在偏倚风险，且异质性较大			
结论	对于卒中后认知障碍患者，在西药治疗的基础上，可考虑联用针刺以更好地改善认知障碍			

Q12. 针灸联合康复治疗是否比单用康复治疗能更好地改善脑卒中患者的肢体功能？

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针灸联合康复治疗是否比单用康复治疗能更好地改善患者肢体功能？	脑卒中患者	靳三针联合康复治疗	康复治疗	肢体运动功能评分

研究类型及数量	1 个系统评价
效应值及可信区间	MD=9.33, 95%CI (7.15,11.50), 19 项 RCT, 2060 例患者, I ² =70%, 随机效应模型
证据等级	低质量证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	偏倚风险未知, 且异质性大
结论	在常规康复基础上, 可以使用靳三针以改善卒中患者的肢体运动功能

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针灸联合康复治疗是否比单用康复治疗能更好地改善患者肢体功能?	脑卒中患者	腹针联合康复治疗	康复治疗	肢体运动功能评分
研究类型及数量	1 篇系统评价			
效应值及可信区间	[MD=9.53, 95% CI(7.23,11.83), 13 项 RCT, 967 例患者, I ² =89%, 随机效应模型			
证据等级	极低质量证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	偏倚风险未知, 异质性过大, 且存在发表偏倚			
结论	在常规康复基础上, 可以使用腹针以改善卒中患者的肢体运动功能			

附录C（资料性）推荐强度与证据等级标准

证据质量：指在多大程度上能够确信预测值的正确性。

- （A）：我们非常有把握预测值接近真实值；
- （B）：我们对预测值有中等把握：预测值有可能接近真实值，但也有可能差别很大；
- （C）：我们对预测值的把握有限：预测值可能与真实值有很大差别；
- （D）：我们对预测值几乎没有把握：预测值与真实值极可能有很大差别。

推荐强度：指在多大程度上能够确信遵守推荐意见利大于弊。

- （1）：明确显示干预措施利大于弊或弊大于利；
- （2）：利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。

备注：对于部分无证据支持的临床问题，本指南依据专家临床经验，形成基于专家共识的推荐意见，即良好实践声明（good practice statement, GPS）。

附录D（规范性）规范性引用文件

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》[6]

GB/T 7714-2015 《信息与文献参考文献著录规则》[7]

GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病部分（2020 修订版）[8]

GB/T 16751.2-1997, 中医临床诊疗术语 第2部分：证候（2020 修订版）[9]

T/CAM 1032-2017 《循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范》[10]

“International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics”
(Eleventh Revision) (2018, WHO) [ICD-11][11]

《世界卫生组织指南制定手册（第二版）》[12]

《国际卫生实践指南报告规范（RIGHT）》[13]

《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》[14]

《中国脑血管疾病分类2015》[15]

《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》[16]

附录E（规范性）缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
CI	Confidence interval	置信区间
FMA	Fugl-Meyer motor function assessment	Fugl-Meyer 运动功能评分量表
GCS	Glasgow coma scale	格拉斯哥昏迷指数
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations	推荐的分级、评估、制定与评价
HAMD	Hamilton Depression Scale	汉密顿抑郁量表
MD	Mean difference	均数差
MMSE	Mini-Mental State Examination	简易精神状态检查
MoCA	Montreal Cognitive Assessment	蒙特利尔认知评估量表
NIHSS	National Institute of Health stroke scale	美国国立卫生院卒中量表
RCT	Randomized controlled trial	随机对照试验
RR	Relative risk	相对危险度
SMD	Standardized mean difference	标准化均数差
SSA	Standardized swallowing assessment	标准吞咽评估量表
WST	Kubota water swallowing test	洼田饮水试验

参考文献

- [1] GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. *Lancet Neurol*, 2021, 20(10):795–820.
- [2] Wu S, Wu B, Liu M, et al. Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management[J]. *Lancet Neurol*, 201, 18(4):394–405.
- [3] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告 2018》概要[J]. *中国循环杂志*, 2019, 34(02):105–119.
- [4] 脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治指导规范(2021年版)[EB/OL]. 国家卫生健康委官方网站“医政医管”, 2021-08-31/2022-08-31.
- [5] 倪小佳, 陈耀龙, 蔡业峰. 中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)[J]. *中国循证医学杂志*, 2020, 20(08):901–912.
- [6] 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[S].
- [7] GB/T 7714–2015, 信息与文献 参考文献著录规则[S].
- [8] GB/T 16751.1–1997, 中医临床诊疗术语 疾病部分[S].
- [9] GB/T 16751.2–2021, 中医临床诊疗术语 第2部分: 证候[S].
- [10] T/CAM 1032–2017, 循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范[S].
- [11] World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- [12] World Health Organization. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. [EB/OL]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>.
- [13] Chen Y, Yang K, Marušić A, et al. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement[J]. *Ann Intern Med*, 2017, 166(2):128–132.
- [14] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)[J]. *中华医学杂志*, 2022, 102(10):697–703.
- [15] 吴江, 杨弋, 饶明俐. 中国脑血管疾病分类 2015[J]. *中华神经科杂志*, 2017, 50(03):168–171.
- [16] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. *中华神经科杂志*, 2019(09):710–715.
- [17] Li J, Zhao X, Zhang Y, et al. Comparison of Traditional Chinese Medicine in the Long-Term Secondary Prevention for Patients with Ischemic Stroke: A Systematical Analysis[J]. *Front Pharmacol*, 2021;12:722975.
- [18] Liu X, Li Y, Bai N, et al. Updated evidence of Dengzhan Shengmai capsule against ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis[J]. *J Ethnopharmacol*, 2022, 283:114675.
- [19] 王伊龙, 赵性泉, 刘新峰, 等. 高危非致残性缺血性脑血管事件诊疗指南[J]. *中国卒中杂*

志, 2016, 11(06):481-491.

[20] Wang Y, Meng X, Wang A, et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in CYP2C19 Loss-of-Function Carriers with Stroke or TIA[J]. N Engl J Med, 2021, 385(27):2520-2530.

[21] 廖映迪, 倪小佳, 吴梁晖, 等. 中药防治短暂性脑缺血发作的 Meta 分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(10):1634-1644.

[22] Wei M, Wang D, Kang D, et al. Overview of Cochrane reviews on Chinese herbal medicine for stroke[J]. Integr Med Res, 2020, 9(1):5-9.

[23] 齐家. 三七制剂治疗急性中风临床疗效的系统评价[D]. 北京中医药大学, 2016.

[24] 吕健, 谢雁鸣, 黎元元, 等. 灯盏细辛注射液治疗急性缺血性脑卒中的系统评价和 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(09):107-115.

[25] 董雯. 补阳还五汤治疗缺血性脑卒中不同分期的 Meta 分析[D]. 第四军医大学, 2016.

[26] Tan D, Wu J, Liu S, et al. Injections of ginkgo in the treatment of cerebral infarction: a systematic review and network Meta-analysis[J]. J Tradit Chin Med, 2018, 38(1):1-11.

[27] 赵佳源, 王小玲, 王小芳, 等. 疏血通注射液治疗进展性卒中有效性的 Meta 分析及 GRADE 证据质量评价[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(03):807-818.

[28] 陈伟峰, 余通. 脉血康胶囊治疗急性缺血性脑卒中临床疗效的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(08):134-139.

[29] 丁砚秋, 刘南阳, 张允岭, 等. 华佗再造丸治疗缺血性脑卒中的 Meta 分析及试验序贯分析[J]. 世界中医药, 2021, 16(23):3545-3552.

[30] 张健, 丁砚兵, 陈小敏, 等. 活血类口服中成药联合阿替普酶静脉溶栓术治疗急性缺血性脑卒中的系统评价[J]. 药物评价研究, 2022, 45(03):557-567.

[31] 罗宏, 岑海媚, 罗彬, 等. 银杏内酯注射液联合阿替普酶治疗急性缺血性卒中的 Meta 分析[J]. 海南医学, 2021, 32(07):924-929.

[32] 游潮, 刘鸣, 于学忠, 陶传元, 肖安琪, 伍聪. 高血压性脑出血中国多学科诊治指南[J]. 中国急救医学, 2020, 40(08):689-702.

[33] Li HQ, Wei JJ, Xia W, et al. Promoting blood circulation for removing blood stasis therapy for acute intracerebral hemorrhage: a systematic review and meta-analysis[J]. Acta Pharmacol Sin, 2015, 36(6):659-675.

[34] 周粤湘, 倪小佳, 朱庆斌, 等. 活血化瘀中药干预高血压脑出血术后患者的疗效及安全性的系统评价[C]. 中华中医药学会脑病分会 2019 年学术年会暨全国中医脑病国医大师暨名家学术经验传承研讨会论文汇编. 2019.

[35] 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019(12):994-1005.

[36] 田超, 袁梦晨, 王晓峰, 等. 醒脑开窍药治疗中风病实验研究进展. 中西医结合心脑血管病杂志[J], 2018, 16(15):2158-2161.

[37] 刘芬芬, 周亚博, 路永坤, 等. 安宫牛黄丸辅助治疗脑出血有效性与安全性的系统评价[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(20):5428-5435.

- [38] Ma X, Yang YX, Chen N, et al. Meta-analysis for clinical evaluation of Xingnaojing injection for the treatment of cerebral infarction[J]. *Front Pharmacol*, 2017, 8:485.
- [39] 张芬, 郑艳, 庄凤娟. 醒脑静注射液联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑出血伴昏迷患者疗效的 Meta 分析[J]. *中国医药导报*, 2017, 14(23): 13-17.
- [40] 李婷婷, 冯路达, 孙千惠, 等. 针刺及电针治疗脑卒中后吞咽障碍随机对照试验 Meta 分析及 GRADE 证据级别评价[J]. *世界中西医结合杂志*, 2021, 16(05): 804-811+816.
- [41] Zhong L, Wang J, Li F, et al. The Effectiveness of Acupuncture for Dysphagia after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2021, 2021:8837625.
- [42] 夏宇歌, 黄海城, 蒋东丽, 等. 舌三针治疗中风后吞咽障碍的系统评价与试验序贯分析[J]. *广州中医药大学学报*, 2021, 38(07): 1370-1376.
- [43] 陈豪选, 林少琴, 倪小佳, 等. 中药治疗卒中后吞咽障碍的 Meta 分析[J]. *广州中医药大学学报*, 2021, 38(08): 1759-1768.
- [44] Zeng LF, Cao Y, Wang L, et al. Role of medicinal plants for liver-Qi regulation adjuvant therapy in post-stroke depression: a systematic review of literature[J]. *Phytother Res*, 2017, 31(1): 40-52.
- [45] 孙田烨, 王新志, 史梦龙, 等. 口服中成药联合选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂治疗卒中后抑郁有效性与安全性的网状 Meta 分析[J]. *中草药*, 2021, 52(20): 6291-6308.
- [46] Liu R, Zhang K, Tong QY, et al. Acupuncture for post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Complement Med Ther*, 2021, 21(1): 109.
- [47] Shen W, Fan X, Wang L, et al. Traditional Chinese Medicine for Post-Stroke Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. *Front Pharmacol*. 2022, 13: 816333.
- [48] Zhou L, Wang Y, Qiao J, et al. Acupuncture for Improving Cognitive Impairment After Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. *Frontiers in Psychology*, 2020, 11: 549265.
- [49] 谭跃, 宫洪涛. 靳三针治疗卒中后偏瘫的 Meta 分析[J]. *上海针灸杂志*, 2021, 40(12): 1515-1528.
- [50] Zhan J, Xiong B, Zhang P, et al. Abdominal Acupuncture as an Adjunctive Therapy for the Recovery of Motor Function After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. *Front Neurol*. 2021, 12: 705771.
- [51] Zhuo Y, Xu M, Deng S, et al. Efficacy and safety of dissimilar acupuncture intervention time-points in treating stroke: a systematic review and network meta-analysis[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(10): 10196-10212.
- [52] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J]. *BMJ*, 2017, 358: j4008.

[53] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2008, 336:924-926.

[54] Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE working group[J]. J Clin Epidemiol, 2016, 80: 3-7.

中华医药学
会材料