

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



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

脑卒中治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in stroke

(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	II
引 言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义	1
4 流行病学特点	2
5 病因病机	2
6 筛查与疾病诊断.....	2
6.1 脑卒中风险筛查评估.....	2
6.2 脑卒中高危人群常见证候.....	3
6.3 短暂性脑缺血发作诊断标准.....	3
6.4 短暂性脑缺血发作早期卒中风险预测.....	4
6.5 短暂性脑缺血发作常见证候.....	4
6.6 影响中风病进展和预后的关键证候.....	5
7 干预	5
7.1 未病先防.....	5
7.2 既病防变.....	13
7.3 瘥后防复.....	19
8 随访与监测	20
8.1 随访时间.....	20
8.2 随访与监测内容.....	21
附 录 A	22
表 A1 缺血性中风证候要素诊断量表	22
附 录 B.....	24
表 B1 脑卒中风险评级表	24
参 考 文 献	25

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药大学东直门医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东直门医院、天津中医药大学第一附属医院、山东中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学中医学院、首都医科大学附属北京天坛医院、上海中医药大学附属第七人民医院、辽宁中医药大学附属医院、南京中医药大学第二附属医院、成都中医药大学附属医院、北京中医药大学深圳医院、陕西中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学第一附属医院、广东省中山市中医院、北京市和平里医院

本文件主要起草人：高颖、张军平、曹晓岚、赵德喜、刘向哲

本文件其他起草人（按姓氏首字母排序）：陈薇、崔方圆、董兴鲁、韩振翔、鞠奕、赖新星、李博、李雁、刘峻、任北大、盛蕾、唐璐、吴宏赞、伍文彬、徐向青、许颖智、熊涛、闫咏梅、杨建飞、杨楠、张弛、张根明、周莉

引 言

脑卒中具有发病率高、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。在我国，脑卒中是当前成年人致死、致残的首位病因。虽然近年来我国脑卒中防治取得了一定成效，但仍面临着巨大挑战。高血压、糖尿病、血脂异常、心房颤动和（或）心瓣膜病、超重或肥胖、吸烟、缺乏体育活动和脑卒中家族史等是导致脑卒中发病的主要危险因素。脑卒中危险因素评估与筛查、积极控制危险因素、规范化中西医治疗、做好一级预防和二级预防是控制脑卒中发病率、致残率、复发率的重要举措，但目前尚缺乏专业规范的指导。

中医防治脑卒中具有一定优势，在辨证论治、非药物治疗、调摄养护等方面积累了丰富的临床经验。为加强脑卒中的规范防治和人群管理，本文件以“治未病”为指导思想，结合中医诊疗特色以及我国实际防治现状，以脑卒中、短暂性脑缺血发作及脑卒中高危人群作为脑卒中治未病干预指南的重点防控群体，对目标人群的范围、定义、诊断和中医病因病机、辨证治疗做出阐释，基于临床循证证据、领域内专家意见形成脑卒中未病先防、既病防变、瘥后防复的临床实践指南。本文件有助于更好地指导广大医务工作者通过中西医结合方式对脑卒中、短暂性脑缺血发作及脑卒中高危人群进行干预，在诊疗过程中充分发挥中医药在脑卒中防治中的优势，助力2030健康中国目标的实现。

脑卒中治未病干预指南

1 范围

本文件提供了脑卒中的流行病学、病因病机，脑卒中、短暂性脑缺血发作、脑卒中高危人群的筛查、干预和随访监测的指南。

本文件适用于对脑卒中、短暂性脑缺血发作及脑卒中高危人群的诊疗。

本文件适合各级医疗和科研机构从事脑卒中治未病相关临床诊疗及科研的工作者使用。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语·疾病部分

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语·证候部分

GB/T 15657—2021 中医病证分类与代码

ICD-11 国际疾病分类第十一次修订本

中国脑卒中防治指导规范（2021年版）

WS/T 558-2017 脑卒中患者膳食指导

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 脑卒中 stroke

是脑血管疾病的主要临床类型，包括缺血性脑卒中和脑出血，以突然发病、迅速出现局限性或弥散性脑功能缺损为共同临床特征，为一组器质性脑损伤导致的脑血管疾病。

[来源:WS/T 558-2017，有修改]

3.2 中风 apoplexy

是指在气血亏虚基础上，因劳倦内伤、情志变化或外因诱发，引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外，以突然昏仆，半身不遂，口舌歪斜或口眼喎斜，言语蹇涩或不语，肢体麻木为主要临床表现的一类急慢性脑病。

[来源:GB/T 16751.1—2023，GB/T 42467—2023，有修改]

3.3 缺血性脑卒中 ischemic stroke

由大脑单个或多个部位的局灶性梗塞引起的急性局灶性神经功能障碍。这个术语不包括视网膜梗塞。

[来源:《国际疾病分类第十一次修订本(ICD11)中文版》]

3.4 脑出血 cerebral hemorrhage

由脑实质内或脑室系统内的出血引起的局灶性神经功能障碍。

[来源：《国际疾病分类第十一次修订本(ICD11)中文版》，有修改]

3.5 短暂性脑缺血发作 transient ischemic attack

是脑、脊髓或视网膜局灶性缺血所致的、未发生急性脑梗死的短暂性神经功能障碍。

[来源：中国脑卒中防治指导规范（2021年版）]

4 流行病学特点

根据全球疾病负担（The Global Burden of Diseases, GBD）2021研究结果显示，脑卒中是全球第三大死亡原因，具有发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高、经济负担重的特点，是全球重大公共卫生问题之一。在我国，脑卒中是成人首位的致死、致残病因，《中国脑卒中防治报告2022》数据显示，2020年我国40岁以上居民缺血性卒中发病率为538.1/10万，出血性卒中发病率为119.6/10万；我国40岁以上人群卒中标准化患病率为2.64%；发病后1年内的卒中复发率为7.48%；农村居民卒中粗死亡率为164.77/10万，城市居民为135.18/10万；给我国医疗卫生系统带来巨大负担。卒中高危人群标化检出率为28.3%。虽然近年来我国脑卒中防治取得了一定成效，但仍面临着巨大挑战。高血压、糖尿病、血脂异常、心房颤动和（或）心瓣膜病、超重或肥胖、吸烟、缺乏体育活动和脑卒中家族史等是导致脑卒中发病的主要危险因素。脑卒中危险因素评估与筛查、积极控制危险因素、规范化中西医治疗、做好一级预防和二级预防是控制脑卒中发病率、致残率、复发率的重要举措。

5 病因病机

脏腑功能失调、正气亏虚是中风病发病的基础，劳倦内伤、忧思恼怒、饮食不节、起居失常、用力过度或气候骤变等多为发病诱因。血瘀贯穿中风病始终，毒损脑络是中风病的核心病机。中风病病位在脑髓络脉，涉及心、肝、脾、肾等多个脏腑。病性属本虚标实，急性期以风、火、痰、瘀等标实证候为主，恢复期及后遗症期以痰瘀阻络、气虚血瘀、肝肾阴虚为多，而瘀血往往贯穿于疾病始终。但亦有部分中风病患者发病即为气虚，表现以虚证为主，进而因虚致瘀、脉络瘀阻或气不摄血、血溢脉外，发为中风。因此，在中风发生发展过程中应注意把握邪正盛衰。

6 筛查与疾病诊断

6.1 脑卒中风险筛查评估

参照国家卫生健康委2012年颁布的《脑卒中高危人群筛查和干预试点项目管理办法（试行）》进行脑卒中风险筛查评估。脑卒中风险筛查评估针对40岁以上人群，依据以下8项危险因素进行脑卒中风险筛查评估（每一项1分）。

- ①高血压病史（ $\geq 140/90$ mmHg）或正在服用降压药；
- ②房颤和（或）心瓣膜病等心脏病；
- ③吸烟；

④血脂异常；

⑤糖尿病；

⑥很少进行体育活动；(体育锻炼的标准是每周锻炼 ≥ 3 次、每次 ≥ 30 分钟、持续时间超过1年。从事农业体力劳动可视为有体育活动)

⑦明显超重或肥胖 ($BMI \geq 26 \text{ kg/m}^2$)；

⑧脑卒中家族史；

I 既往脑卒中；

II 既往短暂性脑缺血发作 (TIA)。

高危人群的判定依据为：具有高血压、血脂异常、糖尿病、房颤或瓣膜性心脏病、吸烟史、明显超重或肥胖、缺乏运动、脑卒中家族史等8项脑卒中危险因素中3项及以上者，或有短暂性脑缺血发作，或既往有脑卒中病史者。

中危人群的判定依据为：具有3项以下危险因素，但患有高血压、糖尿病、心房颤动或瓣膜性心脏病中至少一种疾病者。

低危人群的判定依据为：具有3项以下危险因素，且未患高血压、糖尿病、心房颤动或瓣膜性心脏病等任何一种疾病者。

以上基于专家组讨论投票最终形成共识建议。(共识会议投票表决结果：建议21票，中立0票，不建议0票。)

6.2 脑卒中高危人群常见证候

6.2.1 痰瘀闭阻证

主要表现：头晕或头昏沉，肢体麻木或疼痛，胸闷甚或刺痛，口粘乏味，大便不爽，舌紫暗或有瘀斑、瘀点，苔白腻，脉弦滑或涩。

6.2.2 肝阳上亢证

主要表现：头目胀痛，眩晕耳鸣，急躁易怒，面红，口苦咽干，舌红，苔黄，脉弦或弦数。

6.2.3 气虚血瘀证

主要表现：气短乏力，面色淡白或晦暗，胸闷甚或刺痛，自汗心悸，动则尤甚，语声低怯，懒言便溏，手足肿胀，舌淡紫或淡暗、有瘀斑或瘀点，舌苔薄白或白，脉沉细或涩，或结代。

6.2.4 肝肾阴虚证

主要表现：头晕耳鸣，双目干涩，五心烦热，潮热盗汗，口干口渴，腰膝酸软，健忘，失眠多梦，舌红少苔，脉弦细或细数。

脑卒中高危人群常见证候经专家组讨论达成共识(共识会议投票表决结果：建议20票，中立1票，不建议0票)。

6.3 短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)诊断标准

6.3.1 症状及体征

局部/局灶性神经症状（如：构音障碍/失语症，口舌歪斜，偏瘫，半身麻木）；头晕或伴有颅神经病变（如：视力丧失/复视，协调困难或步态/躯干共济失调），或见严重恶心/呕吐；或见血压升高。

6.3.2 特点

突然发作、发病时症状最严重、持续时间通常<60 分钟（minutes, min）。

6.3.3 辅助检查

影像学检查：结构性影像学(CT、MRI)检查未发现责任病灶。

6.4 短暂性脑缺血发作早期卒中风险预测

6.4.1 ABCD²评分

短暂性脑缺血发作患者进行 ABCD²评分：

①年龄（A）：≥60岁 = 1分；

②血压（B）：≥140/90 mmHg = 1分；

③临床表现（C）：单侧肢体无力 = 2分，不伴肢体无力的言语障碍 = 1分，其他症状 = 0分；

④单侧肢体无力和言语障碍持续时间（D）：≥60 min = 2分，10-60 min = 1分，<10 min = 0分；

⑤糖尿病（D）患者 = 1分。

注：ABCD²评分 0-3分判定为低危人群；4-5分为中危人群；6-7分为高危人群。

6.5 短暂性脑缺血发作常见证候

6.5.1 肝风内动证

主要表现：发作性头晕目眩、肢体麻木，言语謇涩，头胀痛，手指麻木，筋惕肉瞤，多梦健忘，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦细而数。

6.5.2 瘀血内阻证

主要表现：发作性偏身麻木，眩晕间作，短暂性言语謇涩，一过性偏身瘫软、晕厥，瞬时性视物昏瞶，头痛位置固定或刺痛，唇甲色暗，舌紫暗或有瘀斑瘀点，舌下脉络迂曲青紫，脉涩或沉弦。

6.5.3 风痰上扰证

主要表现：发作性头晕目眩、偏身麻木或感觉异常，短暂性舌强语蹇或不语，瞬时性晕厥，口吐痰涎，肢体困重，舌质暗，苔白或白腻或水滑，脉弦滑或弦涩。

6.5.4 气虚血瘀证

主要表现：发作性言语謇涩，一过性偏身瘫软或感觉障碍，阵发性眩晕，发作性偏身麻木，心悸气短，面色无华，自汗乏力，舌质暗淡，边有齿痕，或有瘀斑，苔白，脉沉细。

短暂性脑缺血发作常见证候经专家组讨论达成共识（共识会议投票表决结果：建议20票，中立1票，不建议0票）。

6.6 影响中风病进展和预后的关键证候

中风始发痰瘀生毒、毒损脑络，毒邪炽盛，风火相煽，证候要素表现以痰热证为主，提示治疗以清热化痰、解毒通络为主；中风病患者发病6-8天是证候变化的重要拐点，内风、内火、痰湿比例逐渐下降，气虚、阴虚逐渐显露。痰热证持续时间越长、气虚证出现越早，中风病病情越重，远期预后越差。因此，痰热证和气虚证是中风病急性期影响疾病进展和不良预后的关键证候。

痰热证与气虚证的诊断参考缺血性中风证候要素诊断量表， ≥ 10 分即证候要素诊断成立。

7 干预

7.1 未病先防

7.1.1 脑卒中高危人群的防治

7.1.1.1 健康教育与监测

精准干预策略：通过深入细致的医患沟通，确立最适合的干预方案。医师需与患者共同参与风险评估，共商治疗目标与不同干预方法的利弊，还应考虑患者的体质类型，根据中医体质辨识理论为患者提供个性化的干预策略。

公众健康教育：实施目标明确、有序的健康教育活动，增进大众对脑卒中高危人群和TIA患者的了解，提升高风险群体的疾病预防依从性。

教育形式与内容：通过社区宣教、媒体专栏、网络教育、公开讲座及研讨会等多元化途径推广健康生活方式，普及脑卒中高危因素和TIA相关中西医知识，并加入中医预防脑卒中的方法，根据四时节气提供养生指导等。

持续健康监测：对脑卒中高危人群和TIA患者进行定期指标和症状监测；高血压、糖尿病患者需定期监测血压、血糖；血脂异常者应常规复查血脂相关指标；定期进行血管彩超检查。依据风险评估结果，高危个体应增加监测频率。进行定期监测时，建立“脑卒中高危个体健康档案”，采集中医症状、证候、舌诊、脉诊等信息，以更全面地评估、管理个体健康状态。

以上基于专家组讨论投票最终形成共识建议。（共识会议投票表决结果：建议21票，中立0票，不建议0票）

7.1.1.2 生活方式干预

7.1.1.2.1 饮食

食疗、药膳饮食疗法是未病先防的重要手段，可结合当年运气、地理因素、先天因素、食物生克关系、中医辨证等对脑卒中高危人群进行中医饮食指导。同时，对体质有偏颇倾向者辅以中药代茶饮、中医膏方等，达到防病治病之目的。

推荐多样化膳食，均衡摄取全谷物、豆类、薯类、粗杂粮、坚果、新鲜蔬菜、水果、低脂奶制品与鱼类，限制饱和脂肪与总脂肪。

每日应摄入约400-500克蔬菜、200-400克水果，120-200克禽肉蛋类，及300克等量液态奶制品。

控制植物油摄入量在25克以下，添加糖控制在50克以下，最佳不超过25克。

每日总脂肪摄入量应小于总热量的30%，反式脂肪酸摄入量控制在2克以下。减少饱和脂肪和反式脂肪酸的摄入，用不饱和脂肪代替饱和脂肪，有助于降低心脑血管病风险。

控制胆固醇、碳水化合物摄入，并确保碳水化合物供给每日能量的50%-55%，有助于降低心脑血管病风险。具有心脑血管病危险因素者应特别注意每日胆固醇摄入量。

限制钠的摄入，降低烹饪和调味品用盐（包括食盐、酱油及酱制品）的使用。推荐每日食盐摄入量控制在6克以下，并增加钾摄入，有益于降低心脑血管病风险。

7.1.1.2.2 运动

选择适宜的体育活动以降低心脑血管病风险。建议老年人及心脑血管病高风险人群在进行最大运动负荷检测后，制订个体化运动方案，可选择八段锦、太极拳等传统运动方式。

健康成年人每周应进行至少150 min中等强度或75 min高强度活动，或等效的中等强度与高强度活动组合，如快走、慢跑、骑行，每次至少40 min，周频率3-4次。

对于久坐人群，建议每坐1小时进行2-3 min的短时身体活动，减少静态生活方式，有助于降低心脑血管病风险。

对于因疾病或身体状态无法达到上述推荐运动量的成年人，即使低于推荐量的中等或高强度身体活动也有助于降低心脑血管病风险。

7.1.1.2.3 控制体重

超重和肥胖者应通过健康的生活方式、调整饮食结构和增加运动等措施来减重。推荐采用针灸、中药联合饮食运动等综合管理措施以减轻并维持体重，可有效降低血压和心脑血管病的疾病风险。

7.1.1.2.4 戒烟

吸烟显著提升了心脑血管病的发病风险。建议吸烟者应尽早戒烟，成人及青少年应避免吸烟以及二手烟暴露。

对吸烟者采用综合性控烟措施，包括心理辅导、尼古丁替代疗法、口服戒烟药物等，以促进其戒烟。

加强宣传教育，提高公众对主动与被动吸烟危害的认识。

7.1.1.2.5 控制酒精摄入

建议饮酒者应减少酒精摄入或戒酒，以减少心脑血管病及死亡风险。目前尚无充分证据表明少量饮酒可以预防心脑血管病，不饮酒者不提倡用少量饮酒的方法预防。

7.1.1.2.6 保持睡眠健康

保持良好睡眠质量和睡眠时长,有助于降低心脑血管病风险。睡眠时间过短增加高血压、冠心病及心力衰竭的风险,而每日保持7-8h充足的睡眠时间及良好质量的人群心血管病风险明显降低。

7.1.1.2.7 保持良好的心理状态

维持积极心理状态,有助于降低心脑血管病风险。

以上生活方式干预,基于专家组讨论投票最终形成共识建议,共识会议投票表决结果:建议21票,中立0票,不建议0票。

7.1.1.3 脑卒中高危人群中医辨证论治

7.1.1.3.1 痰瘀闭阻证

治法: 熄风化痰,活血通络。

共识建议: 推荐方药为半夏白术天麻汤(《医学心悟》)加减。

药物组成: 天麻,白术,制半夏,陈皮,茯苓,泽泻、川芎,赤芍,地龙等。

用法用量: 口服。每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

煎煮方法: 饮片加冷水浸泡,水面超过饮片,浸泡30 min,武火沸后,调文火再煎25 min,第二煎加适量水,武火沸后,文火再煎20 min,每隔3-5 min搅拌一次,两次煎药汁混合后得300 mL左右,平均分成2份,分别于早饭后和晚饭后服用。

说明: 半夏白术天麻汤加减具有熄风化痰,活血通络的功效。目前尚缺乏高质量临床研究。参考既往相关指南,推荐脑卒中高危人群痰瘀闭阻证使用半夏白术天麻汤加减,基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果:建议17票,中立4票,不建议0票。

注意事项与安全性: 不良反应尚不明确。

7.1.1.3.2 肝阳上亢证

治法: 平肝潜阳。

共识意见a: 推荐方药为天麻钩藤饮(《中医内科杂病证治新义》)加减。

药物组成: 天麻,钩藤^(后下),石决明^(先煎),山栀子,黄芩,川牛膝,杜仲,益母草,桑寄生,夜交藤,朱茯神。

用法用量: 口服,每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

煎煮方法: 先将石决明加适量冷水煎煮30 min,同时将其余饮片加冷水浸泡,水面超过饮片,浸泡30 min后,将两者混合进行煎煮,武火沸后,调文火煎煮15 min,将钩藤入锅,再煎10 min,倒出药液;第二煎水量酌减,武火煎沸后,文火再煎20 min,每隔3-5 min搅拌一次,两次煎药汁混合后得300 mL左右,平均分成2份,分别于早饭后和晚饭后服用。

说明: 天麻钩藤饮具有平肝潜阳的功效。西医常规干预联用天麻钩藤饮加减能提高降压效果。高血压是脑卒中的重要危险因素,推荐脑卒中高危人群肝阳上亢证使用中药汤剂天麻钩藤饮加减,基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果:建议20票,中立1票,不建议0票。

注意事项与安全性: 纳入研究均未报告不良事件。

共识建议b：中成药可使用天麻钩藤颗粒。

药物组成：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、牛膝、盐杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯苓。

用法用量：开水冲服。口服，一次1袋（5g），一日3次，或遵医嘱。

说明：天麻钩藤颗粒具有平肝潜阳的功效。常规降压西药联用天麻钩藤颗粒能更有效地降低收缩压和舒张压。高血压是脑卒中的重要危险因素，推荐脑卒中高危人群肝阳上亢证使用中成药天麻钩藤颗粒，基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议21票，中立0票，不建议0票。

注意事项与安全性：有7项研究对不良反应进行了报告，其中1项研究显示试验组（天麻钩藤颗粒联合常规西药）和对照组（常规降压西药）均未发生不良事件。其余6项研究显示，两组在不良反应发生率方面无显著差异，常见不良反应包括头痛、恶心、干咳、面色潮红。说明书记载个别患者服药期间可能出现恶心、呕吐等不良反应。

推荐意见c：中成药可使用松龄血脉康胶囊。

药物组成：鲜松叶、葛根、珍珠层粉。

用法用量：口服。一次3粒，一日3次，或遵医嘱。

说明：松龄血脉康胶囊具有平肝潜阳的功效。常规降压西药联用松龄血脉康胶囊能更有效地降低收缩压和舒张压。高血压是脑卒中的重要危险因素，推荐脑卒中高危人群肝阳上亢证使用中成药松龄血脉康胶囊，基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议18票，中立2票，不建议1票。

注意事项与安全性：有19项研究对研究过程中的不良反应进行报告，其中6项试验组（松龄血脉康联合常规西药）和对照组均（常规西药）未发生不良事件，其余13项研究显示，两组在不良反应发生率方面无显著差异，常见不良反应包括胃肠道症状、心悸、皮疹、乏力和面部潮红。说明书记载个别患者服药后出现轻度腹泻、胃脘胀满等，饭后服用有助于减轻或改善这些症状。

7.1.1.3.3 气虚血瘀证

治法：益气活血，化瘀通络。

推荐意见：中成药可使用脑安胶囊。

药物组成：川芎、当归、红花、人参、冰片。

用法用量：口服。一次2粒，一日2次，4周为一疗程，或遵医嘱。

结局评价：在常规控制危险因素的基础上，使用脑安胶囊可降低脑卒中高危人群卒中发生率（B级证据，弱推荐）（证据分级采用推荐意见分级的评估、制定及评价（The Grade of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation, GRADE）方法，下同），改善脑血管血流动力学（CVHI）检测积分（C级证据，弱推荐）。与阿司匹林相比，脑安胶囊可降低脑卒中高危人群卒中发生率（B级证据，弱推荐），改善CVHI检测积分（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：说明书记载少数患者服药后可出现轻度恶心、胃胀、呕吐、皮肤瘙痒等症状。有5项研究对研究过程中的不良反应进行报告。脑安胶囊组的不良事件从高频率到低频率包括胃肠道症状、头晕、头痛和牙龈出血，但上述症状均较轻，停药后症状消失。

7.1.1.3.4 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

共识建议a：中成药可使用杞菊地黄丸。

药物组成：枸杞子、菊花、熟地黄、酒萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻。

用法用量：口服。一次8丸，一日3次。

说明：杞菊地黄丸具有滋补肝肾的功效，高血压、糖尿病、高脂血症是脑卒中的重要危险因素，三者常合并存在，杞菊地黄丸临床常用于肝肾阴虚型高血压、糖尿病、高脂血症及共患病人群。临床研究证实在常规治疗基础上联用杞菊地黄丸可提高血压达标率，改善患者血糖、血脂水平。推荐脑卒中高危人群肝肾阴虚证使用杞菊地黄丸，基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议18票，中立3票，不建议0票。

注意事项与安全性：说明书记载不良反应尚不明确。

共识建议b：中成药可使用左归丸。

药物组成：熟地黄、菟丝子、牛膝、龟板胶、鹿角胶、山药、山茱萸、枸杞子。

用法用量：口服。一次9g，一日2次。

说明：左归丸具有滋补肝肾的功效，临床研究证实在常规治疗基础上联用左归丸可改善患者血压、血糖水平。基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议18票，中立3票，不建议0票。

注意事项与安全性：说明书记载不良反应尚不明确。

7.1.1.4 脑卒中高危人群中医非药物治疗法

7.1.1.4.1 中医特色功法锻炼

共识建议a：八段锦。

方法：八段锦练习，20-30 min/次，每周至少5次。

注意事项：练习过程中注意呼吸、姿势和用力。

说明：研究表明八段锦可降低脑卒中高危人群负面情绪，改善整体心境状态。基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议21票，中立0票，不建议0票。

共识建议b：经络操运动。

方法：经络操10节：敲打大椎穴、膻中穴、内关穴、肾俞穴、合谷穴、足三里，拍打胆经、心包经、胃经、大肠经。30 min/次，至少1次/周，鼓励日常坚持做操。

注意事项：建议在专业人员指导下学习，熟练后可自行练习。

说明：研究表明经络操群组运动可协助脑卒中高危人群控制体重。基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议15票，中立6票，不建议0票。

7.1.1.4.2 中医适宜技术

共识建议a: 针刺治疗。

方法: 通督调神针刺干预, 选穴: 百会、神庭、颈夹脊、大椎、腰阳关、命门、至阳、身柱。操作: 百会、神庭与皮肤呈 15° 角向后平刺12-20 mm; 颈夹脊穴向脊柱方向直刺10-12 mm; 大椎、至阳、身柱均与皮肤呈 45° 角向上斜刺12-20 mm, 余穴行常规直刺, 针刺得气后留针30 min, 分别于针刺后15 min和取针前行针两次, 1次/日或隔日1次, 2周为一疗程。

说明: 研究表明通督调神针刺法联合常规西医治疗能改善脑卒中高危人群的血清同型半胱氨酸、血脂水平、颈动脉内-中膜厚度及血流动力学指标。基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果: 建议18票, 中立3票, 不建议0票。

推荐意见b: 灸法治疗。

方法: 采用灸盒对印堂穴、神阙穴施加温和灸, 采用灸架对双侧足三里及丰隆穴施加温和灸, 30 min/穴/次, 1次/日, 1周为一疗程。

结局评价: 西医常规治疗基础上联合灸法治疗能减轻椎-基底动脉供血不足导致的眩晕, 改善椎动脉和基底动脉平均血流速度(C级证据, 弱推荐)。

说明: 对于阴虚或有热象的患者慎用灸法。

7.1.2 TIA 的防治

7.1.2.1 TIA 中医辨证论治

7.1.2.1.1 肝风内动证

治法: 平肝熄风。

推荐意见a: 推荐方药为镇肝熄风汤(张锡纯《医学衷中参西录》)加减。

药物组成: 怀牛膝、生赭石^(先煎)、生龙骨^(先煎)、生牡蛎^(先煎)、生龟板^(先煎)、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。

用法用量: 口服或鼻饲, 每日1剂, 水煎服, 早晚分服, 或遵医嘱。

煎煮方法: 先将生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、加适量冷水煎煮30 min, 同时将其余饮片加冷水浸泡, 水面超过饮片, 30 min后, 将两者混合进行煎煮, 武火沸后, 调文火煎煮25 min, 倒出药液; 第二煎水量酌减, 武火煎沸后, 文火再煎20 min, 每隔3-5 min搅拌一次, 两次煎药汁混合后得300 mL左右, 平均分成2份, 分别于早饭后和晚饭后服用。

结局评价: 镇肝熄风汤联合西医常规治疗, 可改善TIA患者症状(C级证据, 强推荐)。

注意事项与安全性: 纳入研究未报告不良事件。

7.1.2.1.2 瘀血内阻证

治法: 活血通络。

推荐意见a: 推荐使用血塞通片/血塞通注射液/血栓通注射液。

药物成分: 三七总皂苷。

用法用量: 血塞通片: 口服, 一次1-2片, 一日3次。血塞通注射液: 静脉滴注, 一次200-400 mg, 以5%-10%葡萄糖注射液250-500 mL稀释后缓缓滴注, 一日1次。血栓通注射液: 静脉滴注, 一次2-5 mL, 用10%葡萄糖注射液250-500 mL稀释后使用, 一日1-2次。

结局评价: 血栓通注射液联合西医常规治疗可降低TIA发作次数(B级证据, 强推荐), 降低TIA发作时间(B级证据, 强推荐); 血塞通片联合西医常规治疗, 可改善TIA患者症状(C级证据, 弱推荐); 血塞通/血栓通注射液联合西医常规治疗可改善TIA患者的症状(C级证据, 弱推荐)。

注意事项与安全性: 血塞通片有1项研究对研究过程中的不良反应进行报告。试验组(血塞通片联合西医常规治疗)有1例患者出现恶心, 1例上腹部不适; 对照组(西医常规治疗)有1例出现恶心, 1例上腹部不适。上述不良症状在采取相应的止血治疗后均得到控制。两组在不良反应方面无显著差异。血塞通/血栓通注射液纳入文献未报告不良事件。血塞通注射液说明书记载个别患者出现咽干、头昏、心慌和皮疹, 停药后均能恢复正常, 偶见过敏反应。血栓通注射液说明书记载偶有过敏反应, 如皮疹、荨麻疹、斑丘疹、皮肤瘙痒、皮肤溃疡、溃疡性口炎; 发热、寒颤、畏寒、多汗、呼吸困难、胸闷、心悸、面色发青、面色潮红、血压升高、过敏样反应、过敏性休克; 头晕、头痛、嗜睡; 恶心、呕吐、口苦、口干; 静脉炎、关节痛、局部疼痛; 与降纤酶及三七类中药针剂合用致皮下出血。

推荐意见b: 推荐使用丹红注射液。

药物成分: 丹参、红花、注射用氯化钠。

用法用量: 静脉滴注, 一次10-60 mL, 加入5%葡萄糖注射液100-500 mL稀释后缓慢滴注, 一日1-2次; 或遵医嘱。

结局评价: 丹红注射液联合西医常规治疗, 可改善TIA患者症状(C级证据, 弱推荐)。

注意事项与安全性: 丹红注射液有3项研究对研究过程中的不良反应进行报告。试验组(丹红注射液联合西医常规治疗)有2例患者出现胸闷, 4例皮下瘀斑或其他出血事件, 3例头痛, 13例恶心、食欲不振、腹痛等胃肠道反应, 2例局部皮疹。对照组(西医常规治疗)有3例胸闷, 7例皮下瘀斑或其他出血事件, 1例头痛, 13例恶心、食欲不振、腹痛等胃肠道反应, 1例局部皮疹。上述皮下瘀斑或其他出血事件在采取相应的止血治疗后均得到控制。两组在不良反应方面无显著差异。

7.1.2.1.3 风痰上扰证

治法: 化痰熄风, 活血通络。

推荐意见: 推荐方药为半夏白术天麻汤(程钟龄《医学心悟》)加减。

药物组成: 半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、僵蚕、白蒺藜、甘草。

用法用量: 口服, 水煎服, 每日1剂, 早晚分服, 或遵医嘱。

煎煮方法: 饮片加冷水浸泡, 水面超过饮片, 浸泡30 min后, 武火沸后, 调文火煎煮25 min, 倒出药液; 第二煎水量酌减, 武火煮沸后, 文火再煎20 min, 每隔3至5 min搅拌一次, 两次煎药汁混合后得300 mL左右, 平均分成2份, 分别于早饭后和晚饭后服用。

结局评价: 半夏白术天麻汤联合西医常规治疗, 可改善TIA患者的症状(C级证据, 强推荐)。

注意事项与安全性：半夏白术天麻汤有1项研究对研究过程中的不良反应进行报告。试验组（半夏白术天麻汤联合西医常规治疗）有2例患者出现口唇干燥，1例头晕，3例恶心；对照组（西医常规治疗）有3例出现口唇干燥，3例头晕，2例恶心。上述不良症状在采取相应的止血治疗后均得到控制。两组在不良反应方面无显著差异。

7.1.2.1.4 气虚血瘀证

治法：益气活血。

推荐意见：推荐方药为补阳还五汤（王清任《医林改错》）。

药物组成：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

结局评价：补阳还五汤联合西医常规治疗，可改善TIA证患者症状（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：补阳还五汤有2项研究对研究过程中的不良反应进行报告。试验组（补阳还五汤联合西医常规治疗）有2例患者出现消化道出血，4例皮肤紫斑或（和）牙龈出血；对照组（西医常规治疗）有3例出现消化道出血，11例出现皮肤紫斑或（和）牙龈出血。上述不良症状在采取相应的止血治疗后均得到控制。两组在不良反应方面无显著差异。

7.1.2.2 TIA 的中医针推疗法

推荐意见a：针刺治疗。

方法：体针疗法采用毫针“通督调神针刺”法（神道、身柱、大椎、哑门、风府、百会、腰阳关、命门、至阳、颈夹脊）或取十二井穴及双侧太溪、膈俞、肝俞穴；头针疗法采用毫针取患侧顶颞前斜线及顶颞后斜线；

操作：百会与皮肤呈15°角向后平刺12-20 mm；颈夹脊穴向脊柱方向直刺10-12 mm；针刺风府和哑门时需注意，针尖不能向上，防止伤到延髓，应向下颌方向缓慢刺入12-20 mm；大椎、至阳、身柱、神道均与皮肤呈45°角向上斜刺12-20 mm，腰阳关、命门直刺12-20 mm，膈俞、肝俞与皮肤呈45°角向脊柱方向斜刺12-20 mm，针刺得气后留针30 min，分别于针刺后15 min和取针前行针两次，1次/日，连续针刺4周。

结局评价：针刺治疗可改善TIA患者症状并降低发展为脑卒中的风险（C级证据，弱推荐）。

推荐意见b：灸法治疗（。

方法：热敏灸采用悬灸，取穴为探查到的热敏穴，每次治疗以腧穴热敏现象消失为度，第1个月开始连续治疗3天，每日1次，后27天治疗12次；第2-3个月每月治疗12次；第4-6个月每月6次治疗；温和灸采用距离皮肤2-3 cm处悬灸，取穴主穴为百会、神阙、足三里，每次15 min，1次/天，连续治疗15天；重灸选穴为关元、足三里，1次/天，连续治疗15天。

结局评价：灸法治疗可改善TIA患者神经功能缺损（C级证据，弱推荐）。

推荐意见c：穴位埋线治疗。

方法：选取穴位：风池（双侧），大椎，丰隆（双侧）。穴位处皮肤常规消毒，取00号铬制可吸收羊肠线（0.8-1.0 cm），放入套管针的前端，线头不外露，操作者用拇指、食

指固定进针部位,另一手持针快速刺入穴位,达到所需的深度后,边推针芯边退针管,将羊肠线埋在穴位的肌层或皮下组织,拔针后用无菌干棉球按压针孔止血。2周-3周治疗1次。

结局评价: 穴位埋线联合西医常规治疗,可改善TIA患者症状(C级证据,弱推荐)。

7.2 既病防变

7.2.1 疾病进展

7.2.1.1 脑卒中的西医治疗

参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》、《中国脑出血诊治指南2019》、《中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022》,治疗原则:控制危险因素,及时治疗,防止疾病复发。

7.2.1.2 针对脑卒中急性期关键证候的中医药治疗

在脑卒中的治疗中应重视与预后密切相关的证候,如痰热证与气虚证,中风发病尽早予解毒通络治法,同时将补气扶正治疗时点前移,助以祛邪;另不容忽视的是中风始发乃现一派正虚之象的人群,治疗首当补气扶正,而后再兼以祛邪。

治疗过程中应兼顾邪正盛衰的关系,及时调整治疗方案。依据证候要素的变化调整治法,患者表现以痰热证为主,治疗应以清热化痰;气虚证为主,治疗应以补气扶正;同时兼顾痰湿、瘀血等病理因素及时调整用药。基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果:建议21票,中立0票,不建议0票。

7.2.1.2.1 痰热证

治法: 清热化痰、解毒通络

推荐意见a: 中成药可使用安宫牛黄丸。

药物组成: 牛黄、水牛角浓缩粉、人工麝香、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片。

用法用量: 建议每次1丸,每日1次,有意识障碍者可每12小时1丸,口服或温水化开后鼻饲,一般连续服用3-5天或遵医嘱。

结局评价: 脑梗死急性期痰热证患者,服用安宫牛黄丸可改善意识障碍,改善神经功能缺损(C级证据,强推荐)。

注意事项与安全性: 9项安宫牛黄丸治疗痰热证或伴高热的急性脑梗死随机对照试验中,3项研究报告了不良事件,试验组(安宫牛黄丸联合西医常规治疗)4例患者出现消化道不良反应,停药后消失,1例患者出现皮肤过敏,对症处理后耐受良好。Meta分析显示试验组与对照组(西医常规治疗)的不良事件发生率的差异无统计学意义。在纳入5项安宫牛黄丸治疗脑出血合并意识障碍患者的随机对照试验的Meta分析中,2项研究报告试验组(安宫牛黄丸联合西医常规治疗)出现胃肠道不适、轻度皮疹、头晕、消化道出血、肺部感染、肾功能损伤、便秘等,对照组(西医常规治疗)出现消化道出血、肾功能损伤、肺部感染、便秘、胃肠道不适、轻度皮疹,两组不良反应发生率差异无统计学意义。说明书记载有文献报道不当使用本品致体温过低,亦有个别患者引起过敏反应。

推荐意见b：中成药可使用脑栓通胶囊。

药物组成：蒲黄、赤芍、郁金、天麻、漏芦。

用法用量：口服或鼻饲，一次3粒，一日3次或遵医嘱。

结局评价：脑梗死急性期痰热证患者，服用脑栓通胶囊可改善神经功能缺损（B级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：2项研究报告了观察组不良事件，包括血清酶升高和便潜血，Meta分析显示试验组（脑栓通胶囊联合西医常规治疗）与对照组（西医常规治疗）的不良事件发生率差异无统计学意义。说明书记载少数患者服药后可出现胃脘部嘈杂不适感，便秘等。

推荐意见c：推荐方药为星蒺承气汤（王永炎《中医脑病学》）加减。

药物组成：全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝。

用法用量：口服或鼻饲，每日1剂，生大黄后下，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

煎煮方法：饮片加冷水浸泡，水面超过饮片，浸泡30 min后，武火沸后，调文火煎煮15 min，加入生大黄继续煎煮10 min，倒出药液；第二煎水量酌减，武火煎沸后，文火再煎20 min，每隔3-5 min搅拌一次，两次煎药汁混合后得300 mL左右，平均分成2份，分别于早饭后和晚饭后服用。

结局评价：脑出血合并意识障碍患者，出现便秘便干、舌苔黄腻等，可用星蒺承气汤改善神经功能缺损，提高日常生活活动能力（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：未报告不良反应发生。

推荐意见d：推荐使用通腑类中药汤剂保留灌肠。

药物组成：生大黄，芒硝，胆南星，全瓜蒌，枳实。

用法用量：灌肠液按医嘱配制，液量一般不超过200 mL。

煎煮方法：饮片加冷水浸泡，水面超过饮片，浸泡30 min后，武火沸后，调文火煎煮15 min，加入生大黄继续煎煮10 min，倒出药液；第二煎水量酌减，武火煎沸后，文火再煎20 min，每隔3-5 min搅拌一次，两次煎药汁混合后使用。

结局评价：脑出血合并意识障碍患者，可应用通腑类中药汤剂保留灌肠，缩短苏醒时间，改善神经功能缺损（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：1个研究报道试验组（通腑类中药汤剂保留灌肠联合西医常规治疗）中1例患者腹泻，1例腹痛，可自行缓解。

推荐意见e：推荐使用清开灵注射液。

药物组成：胆酸，珍珠母，猪去氧胆酸，栀子，水牛角，板蓝根，黄芩苷，金银花。

用法用量：静脉滴注，一日20-40 mL，以10%葡萄糖注射液200 mL或0.9%氯化钠注射液100 mL稀释后使用。

结局评价：脑出血合并意识障碍患者清开灵注射液有助于减小血肿体积，减轻脑水肿，改善神经功能缺损程度（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：1项研究报告了不良事件但未说明症状，2项研究报告未发生不良事件，2项研究未提及不良事件，两组不良事件发生率差异无统计学意义。说明书记载不良反应以各种类型过敏反应为主，其中严重过敏反应包括过敏性休克、急性喉头水肿、过敏性哮喘、过敏性间质性肾炎。一般过敏反应，偶见皮疹、面红、局部疼痛等。

7.2.1.2.2 气虚证

治法：补气扶正

推荐意见a：推荐使用参麦注射液。

药物组成：红参、麦冬。

用法用量：静脉滴注，一次20-100 mL（用5%葡萄糖注射液250-500 mL稀释后应用）或遵医嘱；每瓶装50ml和每瓶装100ml两种规格也可直接滴注。

结局评价：急性脑梗死出现血压偏低或低灌注患者，中医辨证多属气虚证，可应用参麦注射液改善神经功能缺损，提高日常生活能力（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：1篇研究报告，试验组（参麦注射液联合西医常规治疗）出现不良事件但未报告具体表现，两组安全性比较显示，应用参麦注射液不会增加不良事件发生率。说明书记载不良反应尚不明确。

推荐意见b：推荐使用生脉注射液。

药物组成：红参、麦冬、五味子。

用法用量：静脉滴注。一次25-60 mL，用5%葡萄糖注射液250-500 mL稀释后使用，或遵医嘱。

结局评价：急性脑梗死出现血压偏低或低灌注患者，中医辨证多属气虚证，推荐西医常规治疗基础上联用生脉注射液可提高日常生活能力（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：8项研究发生不良反应表现为面部潮红和输液反应，经处理后症状缓解说明书记载本品不良反应包括过敏性休克，应在有抢救条件的医疗机构使用，使用者应接受过过敏性休克抢救培训，用药后出现过敏反应或其他严重不良反应须立即停药并及时救治。

推荐意见c：中成药可使用通心络胶囊。

药物组成：人参，水蛭，全蝎，赤芍，蝉蜕，土鳖虫，蜈蚣，檀香，降香，乳香（制），酸枣仁（炒），冰片。

用法用量：口服或鼻饲。一次2-4粒，一日3次，或遵医嘱。

结局评价：脑梗死急性期气虚血瘀证者可选择通心络胶囊可改善神经功能缺损（C级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：5项研究报告试验组（通心络胶囊联合西医常规治疗）出现11例不良事件，包括恶心和胃部不适），未发现颅内出血、颅外出血、过敏和不明原因的器官功能异常等，两组差异有统计学意义。说明书记载个别患者用药后可出现胃部不适。

推荐意见d：中成药可使用脑心通胶囊。

药物组成：黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、乳香（制）、没药（制）、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭。

用法用量：口服或鼻饲，一日3次，每次4粒，或遵医嘱。

结局评价：脑梗死急性期气虚血瘀证者可选择通心络胶囊可改善神经功能缺损（B级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：11项研究未提及不良反应发生情况；5项研究报告未见不良反应。说明书记载不良反应尚不明确。

7.2.1.3 中医药治疗脑出血延缓病理进展

活血化瘀治疗脑出血的用药时间窗在发病24-48小时为宜，病情不确切患者可定为48小时之后或更长时间，要结合个体的具体病情而定。

48小时内可选用具有双向调节作用的中药如三七、血竭、花蕊石、茜草、生蒲黄等煎服；48小时后可选用三七类注射液；1周左右可用其他类静脉制剂（如丹参、丹红等）。

推荐意见a：中成药可使用脑血疏口服液。

药物组成：黄芪、水蛭、石菖蒲、牛膝、牡丹皮、大黄、川芎。

用法用量：发病72小时经评估无继续出血风险，在常规治疗基础上，可应用脑血疏口服液。服或鼻饲。一次10 mL，一日3次，或遵医嘱。

结局评价：脑出血急性期合并高血压患者，发病3日评估无继续出血风险，在常规降压药物基础上，可联用脑血疏口服液，有助于降低血压，减少血肿周围水肿量，促进神经功能恢复（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：1项研究报告，试验组（脑血疏口服液联合西医常规治疗）出现4例恶心、腹泻，对照组（西医常规治疗）出现2例恶心、腹泻，其余文献未提及。两组不良反应发生率差异无统计学意义。说明书记载不良反应尚不明确。

推荐意见b：推荐使用血栓通注射液。

药物组成：三七总皂苷。

用法用量：静脉注射，一次2-5 mL，以0.9%氯化钠注射液20-40 mL稀释后使用，一日1-2次；静脉滴注，一次2-5 mL，用10%葡萄糖注射液250-500 mL稀释后使用，一日1-2次。

结局评价：对于脑出血患者，血栓通注射液可以提高疗效，改善神经功能缺损（B级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：4篇文献未提及不良反应，仅1篇提及不良反应。说明书记载不良反应偶见过敏性皮疹。

7.2.2 疾病变证

脑卒中急性期患者常由于疾病应激状态、吞咽功能障碍、肢体功能障碍等，出现卒中后肺部感染、上消化道出血、下肢静脉血栓等并发症，导致脑卒中患者不良预后显著增加，临床应及早发现、积极干预，控制病情变化。特别是对于脑梗死合并上消化道出血患者、脑出血合并下肢静脉血栓患者，在抗栓治疗与止血治疗之间存在一定矛盾，需根据每位患者病情

权衡治疗获益与风险，此类患者可以选用具有活血止血功效的方药进行个体化治疗，有助于改善患者预后。

7.2.2.1 肺部感染

推荐意见a：痰热证推荐方药清金化痰汤（《医学统旨》）加减。

药物组成：黄芩、栀子、贝母、桑白皮、瓜蒌仁、橘红、知母、麦冬、桔梗、鱼腥草。

用法用量：口服或鼻饲，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

煎煮方法：饮片加冷水浸泡，水面超过饮片，浸泡30 min后，武火沸后，调文火煎煮25 min，倒出药液；第二煎水量酌减，武火煎沸后，文火再煎20 min，每隔3-5 min搅拌一次，两次煎药汁混合后得300mL左右，平均分成2份，分别于早饭后和晚饭后服用。

结局评价：清金化痰汤可以显著改善脑梗死痰热证患者肺部感染症状（C级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：3项研究报道了不良事件，包括恶心、头晕、胃肠道反应各1例，清金化痰汤未增加不良事件风险。

共识建议b：痰湿证建议方药二陈汤加味（《太平惠民和剂局方》）加减。

药物组成：半夏、橘红、茯苓、甘草、乌梅、生姜、白芥子、紫苏子、莱菔子。

用法用量：口服或鼻饲，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱

煎煮方法：饮片加冷水浸泡，水面超过饮片，浸泡30 min后，武火沸后，调文火煎煮25 min，倒出药液；第二煎水量酌减，武火煎沸后，文火再煎20 min，每隔3-5 min搅拌一次，两次煎药汁混合后得300mL左右，平均分成2份，分别于早饭后和晚饭后服用。

说明：二陈汤具有燥湿化痰、理气和中的功效。虽然目前尚缺乏二陈汤治疗脑卒中患者肺部感染的高质量临床研究，结合其在风温肺热病痰湿证的临床应用情况，基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议18票，中立2票，不建议1票。

注意事项与安全性：不良反应尚不明确。

推荐意见c：推荐使用痰热清注射液。

药物组成：主要成份为黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘。

用法用量：建议成人一日20 mL，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250-500 mL静脉滴注，每分钟不超过60滴。

结局评价：痰热清注射液可以减轻卒中相关性肺炎患者的肺部感染症状、降低炎症指标（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：4项研究报告了不良事件，包括轻度恶心、畏寒、头晕、胃肠道反应、皮疹等，无肝肾功能损害和严重药物过敏反应发生，试验组（痰热清注射液联合西医常规治疗）不良事件发生率高于对照组（西医常规治疗），说明书记载不良反应包括头晕、胸闷、恶心呕吐、腹泻、皮疹等。

推荐意见d：推荐使用血必净注射液。

药物组成：主要成份为红花、赤芍、川芎、丹参、当归。

用法用量：血必净注射液建议50 mL加0.9%氯化钠注射液100 mL静脉滴注，一天2次。

结局评价：血必净注射液可以减轻卒中相关性肺炎患者的肺部感染症状、降低炎症指标（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：2项研究报告了试验组（血必净注射液联合西医常规治疗）的不良反应，包括肝功能异常、胸闷、皮疹、心悸等，血必净注射液未增加不良事件发生风险，说明书记载不良反应包括皮疹、瘙痒、发热、乏力、头晕、胸闷、恶心、呕吐等。

推荐意见e：推荐使用喜炎平注射液。

药物组成：主要成份为穿心莲内酯总酯磺化物。

用法用量：建议成人一日50-100 mg，以0.9%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注。

结局评价：喜炎平注射液可以减轻卒中相关性肺炎患者的肺部感染症状、降低炎症指标（C级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：2项研究报告试验组（喜炎平注射液联合西医常规治疗）的不良事件，包括瘙痒、胃肠道反应、心悸、皮肤潮红等，喜炎平注射液未增加不良事件发生风险，说明书记载不良反应包括皮疹、心悸、乏力、腹泻、头痛、眩晕等。

7.2.2.2 上消化道出血

推荐意见a：中成药可使用云南白药胶囊。

药物组成：国家保密配方。

用法用量：口服或鼻饲，一次1-2粒，一日4次。

结局评价：云南白药胶囊可以改善脑出血后应激性溃疡患者的呕血、便血等出血症状（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：云南白药胶囊未增加不良事件风险，说明书记载云南白药胶囊可见恶心、呕吐、腹痛、呼吸急促、斑丘疹等不良反应。

推荐意见b：推荐联用方药生大黄、白及、三七。

药物组成：生大黄、白及、三七。

用法用量：研极细末口服或鼻饲。

结局评价：生大黄、白及、三七混合粉末可以改善脑出血应激性溃疡患者的呕血、便血等出血症状（C级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：生大黄、白及、三七混合粉末未增加不良事件发生风险。

7.2.2.3 下肢静脉血栓

推荐意见a：热毒内盛、瘀血阻络证推荐四妙勇安汤（《验方新编》）加减。

药物组成：玄参、金银花、当归、赤芍、牛膝、泽泻、木瓜、羌活、威灵仙、生甘草。

用法用量：口服或鼻饲，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

煎煮方法：饮片加冷水浸泡，水面超过饮片，浸泡30 min后，武火沸后，调文火煎煮25 min，倒出药液；第二煎水量酌减，武火煎沸后，文火再煎20 min，每隔3-5 min搅拌一次，两次煎药汁混合后得300 mL左右，平均分成2份，分别于早饭后和晚饭后服用。

结局评价：对于脑出血合并下肢静脉血栓患者，四妙勇安汤可以改善凝血功能，提高疗效（C级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：四妙勇安汤未增加不良事件发生风险。

共识建议b：中成药可使用通塞脉片/胶囊。

药物组成：黄芪、党参、金银花、牛膝、玄参、石斛、当归、甘草。

用法用量：口服或鼻饲，一次5片，一日3次。

说明：通塞脉片具有活血通络，益气养阴的功效。虽然目前尚缺乏通塞脉片治疗脑卒中患者下肢静脉血栓的高质量临床研究，结合其在脑卒中和脱疽毒热证的临床应用情况，基于专家组讨论投票最终形成共识建议。共识会议投票表决结果：建议13票，中立7票，不建议1票。

注意事项与安全性：说明书记载不良反应尚不明确。

7.2.2.2 脑卒中恢复期影响预后的兼症处理原则

脑卒中后情绪障碍、睡眠障碍更容易出现认知功能障碍，尤其是梗死灶位于内囊基底节区、丘脑、大脑皮层的卒中临床发生认知障碍的概率明显增加，其发病隐匿、病情渐进加重，患者和家属关注度不足，目前临床存在延迟诊治、治疗依从性欠佳等问题。临床上应早期发现、早期干预，延缓疾病进展。中医药强调整体观和辨证论治，倡导“形神一体”，突出形体与精神和合兼养，诊治时应注意形神兼顾。临床中，应尤为注意对患者精神状态、思维语言、眼神瞳神等“神”的判断，便于及早发现上述病证，对卒中后情绪障碍、失眠、认知障碍进行针对性干预，指导患者建立积极的心态，有助于疾病恢复。

7.3 瘥后防复

在西医的脑卒中防治指南基础上，本指南增加了防复发治疗及管理方面的中医药推荐意见，虽然部分推荐意见的循证证据较少，但具有临床实用性及可操作性，可以指导临床诊疗。

脑卒中包括缺血性脑卒中和脑出血，其防复发策略在血糖、血脂、血压、生活方式干预等基本管理措施基础上，根据缺血和出血不同病理特点采取不同的防复发措施。

缺血性脑卒中侧重于积极地降低血栓栓塞风险，着重抗血小板治疗、抗凝治疗，在针对特定危险因素管理等基础上，联合中医药可降低复发率。脑出血的重点在于防止再次出血及管理出血风险因素，在血压管理上更为严格，而抗凝治疗需要谨慎使用，另中医药可以通过化瘀利水药物以及针灸等方法，帮助改善循环，调整体质。脑卒中合并糖尿病、脑卒中合并房颤患者预后更差、更容易复发，因此针对这两类人群在积极降糖、抗凝基础上应用中医药保护靶器官、预防卒中复发。针对缺血性脑卒中并发出血转化、脑出血合并心房颤动/下肢静脉血栓等复杂情况，在西医治疗方案难以权衡缺血栓塞预防与出血风险的背景下，中医药可以根据患者具体情况，灵活调整用药，协助平衡缺血与出血风险，促进病情稳定。

推荐意见a：中成药可使用灯盏生脉胶囊。

药物组成：灯盏细辛、人参、五味子、麦冬。

用法用量：口服或鼻饲，一次2粒，一日3次，饭后30 min服用。巩固疗效或预防复发，一次1粒，一日3次。

结局评价：灯盏生脉胶囊可改善缺血性中风患者18个月内缺血性卒中复发率（C级证据，弱推荐）。

注意事项与安全性：试验组（灯盏生脉胶囊联合西医常规治疗）与对照组（西医常规治疗）之间不良事件发生率无显著性差异。不良反应包括头晕、头痛、失眠、嗜睡、厌食症、血压升高、过敏、恶心、牙龈出血、皮肤黏膜出血、尿路出血、胃肠道不适、虚弱、皮疹、肝肾功能损害。以上所有不良事件均较轻，治疗后均有所恢复。没有试验报告严重不良事件。

推荐意见b：中成药可使用脑心通胶囊。

药物组成：黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、醋乳香、醋没药、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭。

用法用量：口服或鼻饲，一次2-4粒，一日3次，或遵医嘱。

结局评价：脑心通胶囊可改善缺血性中风患者2年内缺血性卒中复发率（B级证据，强推荐）。

注意事项与安全性：试验组（脑心通胶囊联合西医常规治疗）与对照组（西医常规治疗）之间不良事件发生率无显著性差异。不良反应包括严重出血、脑内出血和蛛网膜下腔出血。

8 随访与监测

脑卒中患者在出院后需要进行定期随访和监测，以评估康复进展、预防并发症及二次卒中发生，确保长期的健康管理和生活质量。并进行风险评估。

Essen卒中风险评分：

对所有非房颤人群首发急性缺血性卒中患者进行评分，<65岁 = 0分，65-75岁 = 1分，>75岁 = 2分，高血压 = 1分，糖尿病 = 1分，既往心肌梗死 = 1分，其他心血管疾病（除心房颤动和心肌梗死） = 1分，吸烟 = 1分，既往短暂性脑缺血发作史 = 1分。

合计9分，6-9分为极高风险，3-6分为高风险，0-2分为低风险。

针对缺血性卒中复发高风险、极高风险人群进行更加严格的随访与监测。

8.1 随访时间

8.1.1 初期频繁随访

发病后3个月内，建议患者每2-4周复查一次，特别是在血压、血糖、血脂等指标不稳定或不正常的情况下。

8.1.2 固定时间节点随访

发病后3个月、6个月、9个月、1年时，建议患者进行门诊随访检查。

8.1.3 长期随访

社区居民脑卒中患者在患病1年后，建议患者在社区卫生服务中心进行门诊随访检查，时间间隔为3个月。

8.2 随访与监测内容

8.2.1 病情评估与康复进展

神经功能状态评估：如使用Barthel指数、改良Rankin量表等工具评价日常生活活动能力、运动功能、语言和认知能力等。

症状变化评估：询问和检查是否存在新的或持续的神经系统症状，如肢体无力、言语困难、吞咽问题、视觉障碍、平衡失调等。

心理状况评估：评估患者的心理状态，包括抑郁、焦虑等心理问题，以及认知功能的变化。

证候演变评估：运用《缺血性中风证候要素诊断量表》进行证候诊断。

8.2.2 风险因素监测与控制

血压、血糖、血脂监测：定期检查并调整药物治疗以维持在目标范围内。

心脏疾病筛查：如心电图、超声心动图等，评估是否存在房颤等心脏疾病。

吸烟、饮酒情况：指导戒烟限酒，改善生活方式。

体重管理：监测体重、腰围，提供饮食和运动建议以控制体重和预防肥胖。

8.2.3 药物管理与副作用监控

调查抗血小板药物、抗凝药、降压药、降糖药、调脂药等的使用情况及依从性。

监测药物副作用，如出血倾向、肝肾功能影响等，必要时调整用药方案。

根据证候诊断，适时调整中成药、中药汤剂及针刺干预方案。

8.2.4 二级预防措施落实

预防复发教育：强调遵医嘱服药、健康生活方式、定期体检的重要性。

心理支持与康复指导：提供心理辅导、康复训练建议等。

8.2.5 其他相关检查

根据患者具体情况进行颅脑影像学复查（如MRI、CT）以评估脑损伤修复情况、是否存在新发或进展的病变。

其他实验室检查：如血液生化、凝血功能、尿常规等，以全面评估健康状况。

脑卒中患者的随访与监测是一个系统而持续的过程，旨在及时发现并处理潜在问题，促进康复，降低复发风险，并提升患者的生活质量。随访频率和具体内容会根据患者的具体病情、康复进度、并发症风险以及医生的建议进行个性化调整。

附录 A

(资料性)

A1 缺血性中风证候要素诊断量表

表 A1 缺血性中风证候要素诊断量表

1 内风		<input type="checkbox"/> 黄苔	10 分
<input type="checkbox"/> 近 48 小时内急性起病	10 分	<input type="checkbox"/> 燥苔	2 分
<input type="checkbox"/> 近 48 小时内病情加重或波动	10 分	<input type="checkbox"/> 数脉	5 分
<input type="checkbox"/> 头晕目眩	10 分	<input type="checkbox"/> 弦脉	2 分
<input type="checkbox"/> 目偏不瞬	10 分	<input type="checkbox"/> 滑脉	1 分
<input type="checkbox"/> 手足或下颌颤动	10 分	内火得分：	
<input type="checkbox"/> 肢体强直	10 分	3 痰湿	
<input type="checkbox"/> 肢体拘急	10 分	<input type="checkbox"/> 表情淡漠或寡言少语	1 分
<input type="checkbox"/> 抽搐	10 分	<input type="checkbox"/> 神情呆滞	2 分
<input type="checkbox"/> 舌短缩	10 分	<input type="checkbox"/> 肥胖	1 分
<input type="checkbox"/> 舌颤	10 分	内风得分：	
		<input type="checkbox"/> 头闷痛	6 分
		<input type="checkbox"/> 头重	3 分
2 内火		<input type="checkbox"/> 头昏或头晕	1 分
<input type="checkbox"/> 满面通红	4 分	<input type="checkbox"/> 口黏腻	2 分
<input type="checkbox"/> 两颧潮红	2 分	<input type="checkbox"/> 渴不欲饮	2 分
<input type="checkbox"/> 目赤	7 分	<input type="checkbox"/> 咳痰或喉中痰鸣	10 分
<input type="checkbox"/> 口干	3 分	<input type="checkbox"/> 纳呆	2 分
<input type="checkbox"/> 渴喜冷饮	4 分	<input type="checkbox"/> 便溏	4 分
<input type="checkbox"/> 舌干	2 分	<input type="checkbox"/> 胖大舌	3 分
<input type="checkbox"/> 口唇焦裂	6 分	<input type="checkbox"/> 齿痕舌	2 分
<input type="checkbox"/> 口苦	2 分	<input type="checkbox"/> 厚苔	3 分
<input type="checkbox"/> 口臭	4 分	<input type="checkbox"/> 腻苔	8 分
<input type="checkbox"/> 痰色黄	1 分	<input type="checkbox"/> 滑苔	9 分
<input type="checkbox"/> 心烦	1 分	<input type="checkbox"/> 滑脉	6 分
<input type="checkbox"/> 躁扰不宁	3 分	痰湿得分：	
<input type="checkbox"/> 吞酸	2 分		
<input type="checkbox"/> 小便黄赤	4 分	4 血瘀	
<input type="checkbox"/> 大便干	1 分	<input type="checkbox"/> 面色晦暗或黧黑	
<input type="checkbox"/> 红舌或绛舌	2 分	<input type="checkbox"/> 口唇紫暗或暗红	


<input type="checkbox"/> 皮肤粗糙	4分	6 阴虚	
<input type="checkbox"/> 痛有定处	5分	<input type="checkbox"/> 两颧潮红	10分
<input type="checkbox"/> 紫舌或暗舌	10分	<input type="checkbox"/> 舌干	5分
<input type="checkbox"/> 舌有瘀斑瘀点	10分	<input type="checkbox"/> 手足心热	5分
<input type="checkbox"/> 舌下脉络青紫	10分	<input type="checkbox"/> 五心烦热	10分
<input type="checkbox"/> 舌下脉络曲张	8分	<input type="checkbox"/> 盗汗	10分
<input type="checkbox"/> 涩脉	8分	<input type="checkbox"/> 绛舌	10分
<input type="checkbox"/> 结脉或代脉	1分	<input type="checkbox"/> 瘦薄舌	10分
血瘀得分：		<input type="checkbox"/> 舌剥脱苔	10分
		<input type="checkbox"/> 舌光红无苔	10分
5 气虚		<input type="checkbox"/> 细脉、弦脉或数脉	5分
<input type="checkbox"/> 神疲	2分	阴虚得分： [附] 诊断量表使用说明 1 评分说明 每一证候要素的得分是将诊断这一证候要素的各项得分相加而成。 2 证候要素诊断说明 证候要素诊断得分 ≥ 10 分为该证候要素诊断成立。	
<input type="checkbox"/> 乏力	5分		
<input type="checkbox"/> 面色白	9分		
<input type="checkbox"/> 面色萎黄	3分		
<input type="checkbox"/> 口唇淡白	9分		
<input type="checkbox"/> 气短	8分		
<input type="checkbox"/> 语声低微	9分		
<input type="checkbox"/> 手或足肿胀	3分		
<input type="checkbox"/> 自汗	2分		
<input type="checkbox"/> 大便初硬后溏	3分		
<input type="checkbox"/> 大便或小便失禁	5分		
<input type="checkbox"/> 淡舌	3分		
<input type="checkbox"/> 胖大舌或齿痕舌	1分		
<input type="checkbox"/> 缓脉	5分		
<input type="checkbox"/> 细脉	5分		
<input type="checkbox"/> 沉脉	4分		
<input type="checkbox"/> 弱脉	4分		
<input type="checkbox"/> 结脉或代脉	1分		
气虚得分：			

附录B

(资料性)

B1 脑卒中风险评级

表 B1 脑卒中风险评级表

1	高血压:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
2	血脂异常:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
3	糖尿病:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
4	房颤或瓣膜性心脏病:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
5	吸烟史:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
6	明显超重或肥胖:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
7	运动缺乏:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
8	脑卒中家族史:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
I	既往脑卒中:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
II	既往短暂性脑缺血发作(TIA):	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
风险 分级	<input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> n≥3 高危	<input type="checkbox"/> 中危	<input type="checkbox"/> 低危	
危险 标识				
管理 分级	强化管理	规范化管理	健康管理	

高危人群的判定依据为：具有高血压、血脂异常、糖尿病、房颤或瓣膜性心脏病、吸烟史、明显超重或肥胖、缺乏运动、脑卒中家族史等 8 项脑卒中危险因素中 3 项及以上者，或有短暂性脑缺血发作，或既往有脑卒中病史者。

中危人群的判定依据为：具有 3 项以下危险因素，但患有高血压、糖尿病、心房颤动或瓣膜性心脏病中至少一种疾病者。

低危人群的判定依据为：具有 3 项以下危险因素，且未患高血压、糖尿病、心房颤动或瓣膜性心脏病等任何一种慢性病者。

参 考 文 献

- [1] GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021[J].Lancet.2024;S0140-6736(24)00367-2.
- [2] 《中国脑卒中防治报告 2022》概要[J].中国脑血管病杂志,2024,21(08):565-576.
- [3] 王永炎,常富业,杨宝琴.病络与络病对比研究[J].北京中医药大学学报,2005,(03):1-6
- [4] 高颖.基于中医整体观构建脑卒中病证结合诊疗方案的思路[J].北京中医药大学学报,2024,47(01):4-8
- [5] 许颖智,高颖.如何准确把握祛邪与扶正在中风治疗中的应用[J].世界中医药,2023,18(13):1793-1799
- [6] 国家卫生健康委办公厅.脑卒中人群筛查及综合干预技术方案[EB/OL].<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s7930/201906/50f8c202839a4b1c9afd81441e1b88af.shtml>
- [7] 刘玥,张允岭,刘金民,等.脑卒中高危人群中中医证候要素研究[J].北京中医药大学学报,2014,37(01):63-67.
- [8] 于瑶,高颖,柳红芳,等.社区慢病管理模式的现状与思考[J].世界中医药,2017,12(07):1491-1494.
- [9] Amin HP, Madsen TE, Bravata DM, et al.Diagnosis, Workup, Risk Reduction of Transient Ischemic Attack in the Emergency Department Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association[J].Stroke.2023 Mar;54(3):e109-e121.
- [10] Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al.Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack[J].Lancet,2007,369(9558):283-292.
- [11] 中华医学会心血管病学分会,中国康复医学会心脏预防与康复专业委员会,中国老年学和老年医学会心脏专业委员会,等.中国心血管病一级预防指南[J].中华心血管病杂志,2020,48(12):1000-1038.
- [12] 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.中国脑血管病一级预防指南 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):684-709.
- [13] 国家卫生健康委办公厅.中国脑卒中防治指导规范(2021年版本)[EB/OL].<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/202108/50c4071a86df4bfd9666e9ac2aaac605.shtml>
- [14] 郭姣,朴胜华,石忠峰,等.高脂血症中医证候分布规律文献研究[J].广州中医药大学学报,2013,30(05):609-614+632.
- [15] 闻莉,刘松林,梅国强.高脂血症的中医临床证型分布及辨证规律研究[J].中国中医基础医学杂志,2008,(03):220-221.
- [16] 李红.中西医结合治疗混合型高脂血症临床研究[J].中医学报,2016,31(08):1175-1177.
- [17] 李成栋,谭荣平,陈治林,等.天丹通络胶囊联合辛伐他汀治疗混合型高脂血症 40 例[J].中医研究,2011,24(11):32-34.

- [18] 殷弘琳,张鑫荣,滑振,等.天麻钩藤饮加减治疗1级高血压病临床疗效的Meta分析[J].中医临床研究,2023,15(17):60-65.
- [19] Meng T, Wang P, Xie X, et al. Efficacy and safety of Songling Xuemaikang capsule for essential hypertension: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J].Phytomedicine.2022;107:154459.
- [20] 刘梦琳,樊根豪,张怀亮.天麻钩藤颗粒联合降压药治疗原发性高血压病的系统评价及试验序贯分析[J].中国中药杂志,2021,46(06):1511-1522.
- [21] Wang L, Fan X, Du W, et al. A systematic review and meta-analysis for the primary prevention of high risk of stroke by Nao-an capsules[J].Phytomedicine.2022;104:154263.
- [21] 童海光,胡建雄,肖文,等.脑卒中高危个体筛查分析及干预管理评价[J].中国公共卫生管理,2014,30(06):863-865.
- [22] 童海光,胡建雄,肖文,等.脑心通胶囊对脑卒中高危个体强化干预效果观察[J].辽宁中医杂志,2014,41(12):2634-2636.
- [23] 王钟萍,彭爱清.步长脑心通胶囊预防脑梗死 51 例分析[J].中国实用医药,2009,4(35):137-138.
- [24] 曹希勤,刘凯,雷作汉,等.杞菊地黄丸加味对老年高血压早期肾损害患者肾功能的保护作用[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(10):75-81.
- [25] 杨光.辨证治疗糖尿病并高脂血症临床分析[J].中国中医急症,2009,18(01):31-32.
- [26] 席亚静.中西医结合治疗肾阴亏虚型原发性高血压 40 例[J].陕西中医药大学学报,2017,40(04):27-30.
- [27] 王艳宏.左归丸联合二甲双胍治疗气阴两虚型2型糖尿病随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014,28(03):92-94.
- [28] 邱娉婷,林慧颖,郑玉惠,等.八段锦对社区老年脑卒中高危人群心境状态影响的随机对照研究[J].福建中医药,2020,51(03):25-27.
- [29] 余贺泉,莫绮华,卢炯堂,等.经络操群组运动对社区脑卒中高危人群超重和肥胖的影响[J].吉林医学,2017,38(08):1474-1476.
- [30] 徐志新,韩为,张利达,等.通督调神针刺法对高同型半胱氨酸血症患者颈动脉内-中膜厚度及脑血流动力学的影响[J].山西中医药大学学报,2021,22(06):426-430.
- [31] 齐雅芳.镇肝熄风汤联合西药治疗中风先兆随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014,28 (12):42-43.
- [32] 张继程,李金花.天麻素注射液联合前列地尔注射液治疗短暂性脑缺血发作的疗效[J].医药前沿,2016,6(1):197-198.
- [33] 侯宏宾,吴红丽,刘冬妮.低分子肝素钙联合天麻素注射液治疗短暂性脑缺血发作的疗效观察[J].广西医科大学学报,2011,28(06):942-943.
- [34] 黄荣荣,马晓莉,王月弟.阿司匹林联合血塞通片治疗 TIA 的效果分析[J].养生保健指南,2018(52):304,344.
- [35] 崔金国,曹金华.血塞通片联合阿司匹林治疗 TIA40 例临床观察[J].医药前沿,2018,8(7):24-25.

- [36] 孙皓,苏代泉.血塞通片联合阿司匹林治疗 TIA 临床观察[J].四川医学,2010,31(6):836-836.
- [37] 桑顺.阿司匹林与注射用血塞通防治短暂性脑缺血发作 72 例临床报告[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(36):60.
- [38] 张鹏鹏,司玲珍,范国强.血塞通在短暂性脑缺血发作治疗中的应用效果评价[J].哈尔滨医药,2020,40(06):557-558.
- [39] 陈晚娇,雷静.血栓通联合低分子肝素钙治疗短暂性脑缺血发作 70 例[J].中国中医急症,2011,20(06):958.
- [40] 胡荣鑫,张贺,王政琨.中西医给合治疗短暂性脑缺血发作 32 例[J].实用中医内科杂志,2009,23(1):54-57.
- [41] 薛庆华,武能坤,李鹏,等.血栓通联合阿托伐他汀治疗对短暂性脑缺血发作患者颈动脉粥样硬化斑块、血脂及血流变的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(4):1014-1018.
- [42] 陈冬毅.血栓通注射液联合阿托伐他汀钙在短暂性脑缺血发作患者中的应用价值[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2021(4):0290-0292
- [43] 薛庆华,武能坤,李鹏,等.血栓通联合阿托伐他汀治疗对短暂性脑缺血发作患者颈动脉粥样硬化斑块、血脂及血流变的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(4):1014-1018.
- [44] 陈进军,易咏希,宁景春.中西医结合治疗短暂性脑缺血发作临床疗效及 CT 脑灌注成像分析[J].中国中医急症,2010,19(02):191-193.
- [45] 袁咏梅.半夏白术天麻汤辅助治疗短暂性脑缺血发作疗效分析[J].吉林中医药,2013,33(09):919+931.
- [46] 沈先敏,程谨,刘恒.半夏白术天麻汤联合前列地尔注射液治疗脑缺血的临床研究[J].中华中医药学刊,2019,37(04):908-911.
- [47] 尚学振.半夏白术天麻汤加减治疗风痰阻络型短暂性脑缺血发作伴颈动脉粥样硬化斑块患者的疗效及血液流变学分析[J].检验医学与临床,2022,19(08):1092-1095.
- [48] 刘月姮,宋鑫,曲健,等.重灸关元、足三里治疗短暂性脑缺血发作的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(A4):117.
- [49] 田宁.热敏灸治疗短暂性脑缺血发作 30 例[J].江西中医药,2011,42(1):39-40.
- [50] 杨静,吴凤芝,庞新等.穴位埋线治疗对短暂性脑缺血发作患者脑灌注及疗效的影响[J].北京中医药大学学报,2016,39(11):965-968.
- [51] 辛喜艳,张华,高颖.缺血性中风急性期痰热证的证候演变特点及其与神经功能缺损程度的关系[J].辽宁中医杂志,2010,37(09):1644-1646.
- [52] 辛喜艳,高颖,马斌,等.中风病气虚证与神经功能缺损程度及远期预后的关系研究[J].中国中西医结合杂志,2011,31(12):1627-1631.
- [53] 常泽,林景峰,高强,等.脑栓通胶囊治疗急性脑梗死疗效的 Meta 分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(20):3097-103.
- [54] 郎奕,邹忆怀.星蒺承气汤加减治疗脑卒中急性期的系统评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(11):1299-1305.
- [55] 赵琪,刘勇.星蒺承气汤结合西医疗法治疗痰热腑实型脑梗死疗效的 Meta 分析[J].中西医

结合心脑血管病杂志,2019,17(15):2263-8.

[56] 熊兰兰,刘英雪,王书豪,等.承气汤类药物治疗卒中后便秘的 Meta 分析[J].实用中医内科杂志,2021,35(05):110-113+149-151.

[57] 孙良明,程发峰,王雪茜,等.清开灵注射液治疗急性中风的系统评价和 Meta 分析[J].中国中医急症,2016,25(05):772-6+857.

[58] 吴海科,梁艳桂,陈杰,等.参麦注射液对分水岭脑梗死患者气虚、阴虚证候评分及肢体运动功能的影响[J].中国中西医结合杂志,2018,38(08):950-953.

[59] 徐涛,王芳,刘瑞新.生脉注射液治疗缺血性中风有效性和安全性的 Meta 分析[J].药物流行病学杂志,2017,26(06):401-405.

[60] 周红青,王德任,张灿飞,等.通心络胶囊治疗急性缺血性脑卒中疗效与安全性的系统评价[J].中国循证医学杂志,2013,13(07):844-851.

[61] 王盼盼,李学林,李春晓,等.脑心通胶囊联用阿司匹林和他汀类药物治疗脑梗死临床疗效和安全性的 Meta 分析[J].药物流行病学志,2019,28(10):636-642.

[62] 北京市中西医结合学会神经科专业委员会.高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识[J].中国全科医学,2016,19(30):3641-8.

[63] 段佳钰,梁晓,贾敏,等.脑血疏口服液治疗高血压性脑出血有效性及安全性的系统评价与 Meta 分析[J].中国中药杂志,2021,46(12):2984-2994.

[64] 王钢,陈琼芳,许露,等.血栓通注射液治疗脑出血有效性和安全性 Meta 分析[J].亚太传统医药,2016,(11):50-53.

[65] 荆惠,关胜男,杨浩,等.清金化痰汤加减辅助治疗脑卒中相关性肺炎随机对照研究的 Meta 分析[J].中国合理用药探索,2023,20(07):117-123

[66] 姬文帅,张康,王艺浩,等.不同中药注射液联合常规治疗对卒中相关性肺炎的网状 Meta 分析[J].中国中药杂志,2022,47(19):5353-5364.

[67] 冯菲菲.中药治疗脑出血后应激性溃疡临床观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(04):157.

[68] 杨波,王海荣.中西医结合治疗脑出血后应激性溃疡的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2015,3(05):104-105.

[69] 郑振兴.泮托拉唑联合云南白药治疗脑出血并发上消化道出血的临床疗效观察[J].中国医药指南,2014,12(11):35-36.

[70] 刘海波.自发性脑出血应激性溃疡 86 例中西医结合治疗临床观察[J].中国医药科学,2014,4(06):116-118.

[71] 段俊奎.奥美拉唑联合云南白药治疗脑出血并上消化道出血 30 例疗效观察[J].基层医学论坛,2012,16(31):4150-4151.

[72] 凡进.中西医结合治疗脑出血后应激性溃疡临床观察[J].当代医学,2011,17(34):148-149.

[73] 王春生.中西医结合治疗脑出血后应激性溃疡 60 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(02):251-252.

[74] 邓红旗.云南白药在急性高血压脑出血治疗中的应用观察[J].中国现代药物应

用,2013,7(19):141-142.

[75] 叶宗诚.云南白药佐治急性脑卒中并发上消化道出血[J].中国基层医药,2004(11):75.

[76] 刘剑平,田俊.大黄白及粉并奥美拉唑治疗高血压脑出血并发应激性溃疡临床观察[J].中国中医急症,2005(09):827-828.

[77] 何世林,何涛.联合加味四妙勇安汤治疗出血性卒中并下肢静脉血栓形成的可行性分析[J].临床误诊误治,2010,23(10):911-913.

[78] BOULANGER M, LI L, LYONS S, et al. Essen Risk Score in Prediction of Myocardial Infarction After Transient Ischemic Attack or Ischemic Stroke Without Prior Coronary Artery Disease[J].Stroke,2019,50(12):3393-9.