

中 国 中 西 医 结 合 学 会 团 体 标 准

T/CAIM 022—2021

脑梗死中西医结合诊疗专家共识

**Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Cerebral Infarction with the
Integrated Traditional Chinese and Western Medicine**

2021-8-11 发布

2021-8-23 实施

中国中西医结合学会

目 次

前言	II
引言	III
脑梗死中西医结合诊疗专家共识	1
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 发病机制与病因病机	2
5 诊断	3
5.1 疾病诊断标准	3
5.2 中医证候要素诊断	3
6 中西医结合治疗	4
6.1 急性期	4
6.1.1 一般治疗	4
6.1.2 静脉溶栓或血管内介入治疗	5
6.1.3 抗栓治疗	6
6.1.4 他汀治疗	7
6.1.5 中药治疗	7
6.1.6 并发症处理	9
6.2 恢复期	9
6.2.1 二级预防	9
6.2.2 中药治疗	11
6.2.3 康复治疗	12
6.2.4 并发症处理	16
6.2.5 护理调摄	16
附录 A (资料性)	18
附录 B (资料性)	19
附录 C (资料性)	21
附录 D (资料性)	22
附录 E (资料性)	23
参考文献	24

前言

本共识按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准的结构和编写》规则起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口。

本共识起草单位:北京中医药大学东直门医院、首都医科大学附属北京天坛医院。

本共识起草人:高颖、赵性泉。

本共识执笔人:周莉、鞠奕。

本共识专家组(按姓氏笔画为序):孔令博、方瑞乐、王芳、闫永梅、刘燕妮、李菁晶、高峰、崔方圆、韩笑、董兴鲁、廖晓凌。

引言

脑梗死^[1]（cerebral infarction, CI）又称缺血性脑卒中，是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化，具有发病率高、致残率高、死亡率高和复发率高的特点。2017 年我国脑梗死发病率为 156/10 万，患病率为 1981/10 万（年龄标化率 1470/10 万），2009–2012 年全国多中心 CHANCE 研究纳入的 5170 例短暂性脑缺血发作或轻型缺血性卒中患者，其 3 个月缺血性卒中复发率为 9.7%，伤残调整寿命年自 2005 年 975/10 万上升到 2017 年的 1007/10 万^[3]。

目前认为脑梗死早期有效的治疗方法是血管再通治疗，包括静脉溶栓和血管内介入治疗^[4]，但救治时间窗较短，血管内介入治疗需要医生具备一定操作技术和手术经验，限制了此类治疗方法的广泛应用；恢复期的二级预防以抗血小板或抗凝、他汀、降压、降糖等药物治疗为主，预防卒中复发^[5]，现代康复技术可改善神经功能障碍，但仍未能解决复发率高和致残率高的难点。中医药通过改善患者证候^[6]，达到促进神经功能恢复，提高患者生存质量的目的，临床应用具有较好的依从性。中西医结合治疗在脑梗死不同时期可发挥协同作用，大量临床研究和基础实验证实了其有效性。

本诊疗专家共识以中西医临床需求为导向，遵循循证医学原则，客观评价了近 10 年脑梗死中西医结合诊治证据，经工作组充分讨论，在此基础上撰写草案，广泛征求临床医学、中医学、临床流行病学、护理学与临床药学等多学科专家意见，最后形成《脑梗死中西医结合诊疗方案专家共识》。

本共识参照最新的国际、国内指南，汇聚中医、西医相关领域专家的诊疗经验和研究成果编制而成，力求以简明的语言阐释疾病不同时期中西医治疗原则，以期协助临床医师与中医医师、康复和护理人员等能更好地将中西医结合诊疗方案应用于脑梗死患者的救治工作，其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证，根据临床实践反馈意见进行更新完善。

脑梗死中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本诊疗方案适用于脑梗死不同病期临床诊疗以及并发症管理、康复治疗、二级预防和护理调摄等。供各级医疗机构的神经内科（脑病科）、内科、中医科、急诊科、老年病科、康复科等相关科室医护人员使用。

2 规范性引用文件

本诊疗专家共识以中西医临床需求为导向，遵循循证医学原则，参考了以下文件：

2008 年中华中医药学会《中医内科常见病诊疗指南》^[7]

2010 年 WHO 西太区资助《脑梗死中医循证临床实践指南》^[8]

2014 年中华医学会神经病学分会《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南》^[5]

2017 年国家中医药管理局《中医临床路径和诊疗方案》

2017 年国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会《中国缺血性脑卒中急性期诊疗指导规范》^[9]

2018 年中华医学会神经病学分会《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[4]

2019 年中华医学会神经病学分会《中国各类主要脑血管病诊断要点》^[10]

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

脑梗死：又称为缺血性脑卒中，是指因脑部血液循环障碍，使局部脑组织缺血缺氧性坏死，发生不可逆损害，从而导致神经功能障碍的临床事件。

中风病：在气血内虚基础上，因劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味及烟酒等诱因，引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，导致脑脉痹阻，或血溢脑脉之外，临床以猝然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主症，并具有起病急、变化快的特点。也可表现为突发眩晕，或复视，或行走不稳，或饮水呛咳等，亦属中风病范畴。分为缺血性中风和出血性中风。

4 发病机制与病因病机

脑梗死病因众多，常用的分型包括 TOAST 分型、CISS 分型、A-S-C-O 分型，其中 TOAST 分型是目前常用的脑梗死病因学分类标准^[10]，具体分类标准如下：1) 大动脉粥样硬化性卒中 (LAA)：通过颈动脉超声波检查发现颈动脉闭塞或狭窄（狭窄≥动脉横断面的 50%）。血管造影或 MRA 显示颈动脉、大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉、椎-基底动脉狭窄程度≥50%。其发生是由于动脉粥样硬化所致。患者如出现以下表现，对诊断 LAA 有重要价值：a) 病史中曾出现多次短暂性脑缺血发作 (TIA)，多为同一动脉供血区内的多次发作；b) 出现失语、忽视、运动功能受损症状或有小脑、脑干受损症；c) 颈动脉听诊有杂音、脉搏减弱、两侧血压不对称等；d) 颅脑 CT 或 MRI 检查可发现有大脑皮质或小脑损害，或皮质下、脑干病灶直径>1.5cm，可能为潜在的大动脉粥样硬化所致的脑梗死；e) 彩色超声波、经颅多普勒超声 (TCD)、MRA 或数字减影血管造影 (DSA) 检查可发现相关的颅内或颅外动脉及其分支狭窄程度>50%，或有闭塞；f) 应排除心源性栓塞所致的脑梗死。2) 心源性栓塞 (CE)：这一类型包括多种可以产生心源性栓子的心脏疾病引起的脑栓塞；3) 小动脉闭塞性卒中或腔隙性梗死 (SAA)：患者临床及影像学表现具有以下 3 项标准之一即可确诊，包括 a) 有典型的腔隙性梗死的临床表现，影像学检查显示有与临床症状相对应的梗死病灶，其最大直径<1.5cm；b) 临幊上有典型的腔隙性梗死的症状，但影像学上未发现有相对应的病灶；c) 临幊上具有非典型的腔隙性梗死的表现，而影像学检查后发现与临幊症状相符的<1.5cm 的病灶；4) 其他原因所致的脑梗死 (SOE)：指除以上 3 种明确病因的分型外，其他少见的病因，如各种原因血管炎、血管畸形、夹层动脉瘤、肌纤维营养不良等所致的脑梗死；5) 不明原因的脑梗死 (SUE)：包括两种或多种病因、辅助检查阴性未找到病因或辅助检查不充分等情况。

中医认为，无论是动脉粥样硬化所致的脑梗死或血栓形成，还是心源性栓子引起的脑栓塞，还是心源性栓子引起的脑栓塞，均属于中医的“脑脉痹阻”。因此血瘀证是脑梗死的基本病机，并贯穿于病程始终。

脑梗死发生后，脑组织因缺血、缺氧能量代谢障碍引起一系列病理过程，如乳酸堆积、大量自由基释放、钙超载、各种细胞因子过度表达等。中医认为^[11]，脏腑功能和气血运行失常使体内的生理或病理产物不能及时排出，导致痰瘀内生，蕴积日久，酿生“毒”邪，毒损脑络，败坏形质。研究表明脑梗死急性期产生的病理产物参与了细胞损伤链的过程，毒损脑络是脑梗死急性期的核心病机，解毒通络法可有效抑制脑缺血后的一系列级联反应，减轻神经损伤。

5 诊断

5.1 疾病诊断标准

参考 2018 年由中华医学会神经病学分会发布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]，脑梗死诊断标准如下：

- 1) 急性起病；
- 2) 局灶神经功能缺损（一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍、视觉障碍等），少数为全面神经功能缺损；
- 3) 影像学出现责任病灶或症状/体征持续 24 小时以上；
- 4) 排除非血管性病因；
- 5) 脑 CT/MRI 排除脑出血。

5.2 中医证候要素诊断

风、火、痰、瘀、气虚、阴虚是中风病常见的证候要素，在中风病主症的基础上各证候要素的主要临床特征如下：

- 1) 风证：起病急骤，病情多变，肢体抽动，颈项强急，目偏不瞬，头晕目眩等。
- 2) 火证：心烦易怒，躁扰不宁，面红身热，气促口臭，口苦咽干，渴喜冷饮，大便秘结，舌红或红绛，舌苔黄而干等。
- 3) 痰证：口多黏涎或咯痰，鼻鼾痰鸣，表情淡漠，反应迟钝，头昏沉，舌体胖大，苔腻，脉滑等。
- 4) 血瘀证：头痛肢痛，口唇紫暗，面色晦暗，舌背脉络瘀张青紫，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑等。
- 5) 气虚证：神疲乏力，少气懒言，心悸自汗，手足肿胀，肢体瘫软，二便自遗，脉沉细无力等。
- 6) 阴虚证：五心烦热，手足心热，盗汗耳鸣，两颧潮红，咽干口燥，两目干涩，舌红少苔或无苔，脉细弦或细弦数等。

共识一：

- 1) 由于急性脑梗死治疗时间窗窄，及时评估病情和快速诊断至关重要，建议以西医诊断流程为优先诊断方法，可参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]。

2) 为简化中医辨证，指导合理选用中医治疗方法，建议参考《缺血性中风证候要素诊断量表》（详见资料性附录一）进行辨证。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，某一证候要素诊断得分 ≥ 10 分则该证候要素诊断成立。

3) 风、火、痰、瘀、气虚、阴虚是脑梗死常见的证候要素。急性期常以风、火、痰等标实为主，少数患者表现为气虚证；恢复期虚实夹杂，气虚、阴虚为本，风、火、痰等为标。血瘀证贯穿脑梗死病程始终^[12]。

4) 脑梗死表现为单一证候要素的较少，多表现为二到三个中医证候要素组合出现。证候诊断可以二或三个证候要素组合而成。

6 中西医结合治疗

脑梗死不同病期采用的中西医结合治疗方法不同。

脑梗死超早期治疗最重要的方法为血管再通治疗，强调尽早、及时干预以改善预后，降低致残率和病死率。因此在早期要评估患者是否能接受静脉溶栓、血管内治疗（机械取栓或动脉溶栓）等西医治疗，并给予相应治疗；经评估不能给予静脉溶栓、血管内治疗的患者，则以药物治疗脑梗死及其并发症、并发症为主。根据患者病情，合理选择中医药治疗，维持患者生命、体征平稳，保证患者的营养及液体入量。

病情平稳后重视病残程度的改善和日常生活能力的提高，同时通过辅助检查，完成患者的病因分型，根据患者病因分型，给予相应的二级预防治疗，强调规范康复治疗和中医特色康复疗法。

6.1 急性期

6.1.1 一般治疗

1) 呼吸及血氧管理：必要时吸氧，应维持血氧饱和度 $>94\%$ 。气道功能严重障碍者应给予气道支持（气管插管或切开）及辅助呼吸。无低氧血症的患者不需常规吸氧。

2) 监测心脏功能：脑梗死后 24h 内应常规进行心电图检查，有条件时进行持续心电监护 24h 或以上，以便早期发现心房颤动或严重心率失常等心脏病变，避免或慎用增加心脏负担药物。

3) 监测体温：对于体温升高应寻找病因，针对病因进行治疗，体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 应给予退热处理。

4) 血压管理

- a) 符合静脉溶栓适应证但血压偏高的患者在静脉注射阿替普酶前积极降压至 180/100mmHg。未接受静脉溶栓且计划实施机械取栓的患者推荐将术前血压维持在≤180/100mmHg 的范围。
- b) 脑梗死后 24h 内血压升高的患者应谨慎处理。宜先处理紧张焦虑、疼痛、恶心呕吐及颅内压增高等情况。血压持续升高至收缩压≥200mmHg 或舒张压≥110mmHg, 或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病的患者, 可予降压治疗, 并严密观察血压变化。可选用拉贝洛尔、尼卡地平等静脉药物。
- c) 急性脑梗死后病情稳定, 若血压持续≥140/90mmHg, 无禁忌证, 可于起病数天后恢复使用发病前服用的降压药物或开始启动降压治疗。
- d) 急性脑梗死后低血压的患者应积极寻找和处理原因, 必要时可采用扩容升压措施。可静脉输注 0.9% 氯化钠溶液纠正低血容量, 处理可能引起心输出量减少的心脏问题。

5) 血糖管理

血糖超过 10mmol/L 可给予胰岛素治疗, 但宜加强血糖监测, 建议控制在 7.8~10mmol/L, 血糖低于 3.3mmol/L, 可给予 10%~20% 葡萄糖口服或注射治疗。

溶栓患者要在溶栓之前确认血糖水平, 血糖控制正常范围 (140~180mg/dL) 且密切监测防止低血糖发生。

共识二:

脑梗死急性期患者生命体征、血压、血糖等管理参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]。如持续存在血压偏低, 或由于低灌注导致的分水岭脑梗死, 推荐中药生脉注射液或参麦注射液静脉滴注以益气养阴, 改善血压, 提高脑血流灌注^[13, 14]。

6.1.2 静脉溶栓或血管内介入治疗

6.1.2.1 评估方法^[15]

- 1) 卒中量表推荐 NIHSS。
- 2) 疑似卒中患者到达急诊后首先要完成头 CT 检查, 以排除出血。
- 3) 对于所有缺血性卒中患者, 在有条件单位推荐进行 CTA/CTP 或 MRA/DWI 序列 (可联合或不联合 MR 灌注成像) 一站式评估。
- 4) 对于距最后正常时间 6h 内的 AIS 且疑似大血管闭塞且 ASPECTS≥6 分的急性脑梗死患者, 推荐基于 CT/CTA 或 MRI/MRA 来决策是否行机械取栓治疗, 而不需要进一步进行其他影像评估, 例如灌注成像。

5) 对于距最后正常时间在 6~24h 内的前循环大血管闭塞患者，推荐进行 CTP 或 DWI 检查，联合或不联合 MR 灌注成像，判定是否满足相关超时间窗取栓获益的 RCT 研究标准，以决策是否适合机械取栓治疗。

6.1.2.2 溶栓治疗

1) 静脉溶栓是目前最主要的恢复脑血流的措施之一，有效挽救缺血半暗带脑组织的时间窗为 4.5h 或 6h 内。目前使用的药物包括阿替普酶、尿激酶。

对于轻型非致残性急性脑梗死、症状迅速改善、发病 3~4.5h 内 NIHSS>25 分、痴呆、孕产妇、既往疾病遗留较重神经功能缺损、使用抗血小板药物、惊厥发作（与本次脑梗死发生有关）、颅外段颈部动脉夹层、未破裂且未经治疗的颅内小动脉瘤 (<10mm)、少量脑内微出血 (1~10 个)、近 2 周有未伤及头颅的严重外伤、使用违禁药物的患者，可在充分评估、沟通的前提下考虑静脉溶栓治疗。

2) 对于急性脑梗死发病 3h 内和 3~4.5h 的患者，应按照适应证，禁忌证和相对禁忌证严格筛选患者静脉给予阿替普酶。

阿替普酶 0.9mg/kg（最大剂量 90mg）静脉滴注，其中 10% 在最初 1min 内静脉推注，其余持续滴注 1h，用药期间及用药后 24h 内应严密监护患者。

3) 发病 6h 以内，可根据适应证和禁忌证严格筛选病人给予尿激酶静脉溶栓。尿激酶 100~150 万 IU，溶于 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml，持续静脉滴注 30min，用药期间严密监护患者。

6.1.2.3 血管内介入治疗

包括血管内机械取栓、动脉溶栓、血管成形术。此部分内容建议参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]。

共识三：

目前西医在急性脑梗死早期溶栓和血管内介入治疗方面有较多的循证医学证据，应做为首选治疗方法，具体可参考西医急性脑梗死早期治疗相关指南。溶栓后中医药联合干预临床研究较少，现有研究显示溶栓后联合应用中药^[16,17]，对于改善预后有一定作用，且对预防溶栓后出血转化具有潜在优势，尚需进一步研究以证实其有效性与安全性。

6.1.3 抗栓治疗

6.1.3.1 抗血小板治疗（参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]）

- 1) 对于不符合静脉溶栓或血管内取栓适应证且无禁忌证的急性脑梗死患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150~300mg / d 治疗。急性期后可改为预防剂量(50~300mg / d)。
- 2) 溶栓治疗者，阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓 24h 后开始使用，如果患者存在其他特殊情况（如合并疾病），在评估获益大于风险后可以考虑在阿替普酶静脉溶栓 24h 内使用抗血小板药物。
- 3) 对不能耐受阿司匹林者，可考虑选用氯吡格雷等抗血小板治疗。
- 4) 对于未接受静脉溶栓治疗的轻型卒中患者(NIHSS 评分≤3 分)，在发病 24h 内应尽早启动双重抗血小板治疗（阿司匹林和氯吡格雷）并维持 21d，有益于降低发病 90d 内的卒中复发风险，但应密切观察出血风险。

6.1.3.2 抗凝治疗

- 1) 对大多数脑梗死患者不推荐无选择地早期抗凝治疗。
- 2) 对心源性急性脑梗死患者（如心房颤动、心脏机械瓣膜等）是否进行抗凝治疗，需综合评估（如病灶大小、血压控制、肝、肾功能等），如出血风险较小，致残性脑栓塞风险高，可在充分沟通后谨慎选择使用。

6.1.4 他汀治疗

梗死发病前服用他汀类药物的患者可继续使用他汀治疗。在急性期根据患者年龄、性别、梗死亚型、伴随疾病及耐受性等临床特征，确定他汀治疗的种类及强度。

6.1.5 中药治疗

“脑脉痹阻”为脑梗死的基本病机，核心病机在于“毒损脑络”。因此，解毒通络是脑梗死的基本治法。在此基础上强调辨证论治，根据中医证候动态演变规律给予方证相应治疗，多数患者急性期以痰热证或痰湿证为主，少数患者表现为气虚证。有意识障碍者为中脏腑，无意识障碍者为中经络。

共识四：

- 1) 急性脑梗死西医药物治疗参考西医相关指南。中医针对急性脑梗死核心病机“毒损脑络”，推荐清开灵注射液^[18]、醒脑静注射液^[19]治疗。
- 2) 针对脑梗死急性期基本病机“脑脉痹阻”推荐活血化瘀类中药注射液，如丹参类注射剂、三七皂苷注射液、银杏类注射剂、疏血通注射液^[20]、灯盏细辛注射液、苦碟子注射液等。若有血液系统疾病或近期有出血史，或体检发现有活动性出血或外伤（如骨折）者慎用。

6.1.5.1 痰热证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，或见神志昏蒙。

兼症：眩晕、头痛，口苦或口干，咯痰或痰多。

舌脉：舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。

共识五：

1) 《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“内火”和“痰湿”得分均 ≥ 10 分，诊断为痰热证。

2) 中药注射液推荐清开灵注射液，活血化瘀类中药注射液可选择丹参类注射剂、苦碟子注射液。

3) 口服中成药：具有意识障碍可给予安宫牛黄丸^[21]；伴头晕目眩、痰涎盛者可予牛黄清心丸；大便不通或便干便难者可予新清宁片。

4) 口服中药汤剂：羚羊角汤适用于意识障碍者；黄连温胆汤适用于无明显意识障碍者；若大便不通或便干便难者可予星萎承气汤^[22]加减。

6.1.5.2 痰湿证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木；或见神志昏蒙。

兼症：痰鸣漉漉，面白唇黯，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷。

舌脉：舌质紫黯，苔白腻，脉沉滑缓。

共识六：

1) 《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“痰湿”得分 ≥ 10 分，诊断为痰湿证。

2) 中药注射液可选择醒脑静注射液和活血化瘀类中药注射液。

3) 口服中成药：苏合香丸适用于有意识障碍者；全天麻胶囊、中风回春丸适用于无意识障碍者。

4) 口服中药汤剂：涤痰汤适用于有意识障碍者；化痰通络汤适用于无意识障碍者。

6.1.5.3 气虚证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木；或见神志昏蒙。病情危笃者，昏愦不知，目合口开，肢冷汗多。

兼症：神疲乏力，少气懒言，心悸自汗，手足肿胀，肢体瘫软，二便自遗。

舌脉：舌淡暗，苔薄白，脉沉细无力等。

共识七：

- 1) 《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”得分 ≥ 10 分，诊断为气虚证。
- 2) 中药注射液可选择参麦注射液^[14]、生脉注射液^[13]或参附注射液，也可联合使用活血化瘀类中药注射液。
- 3) 口服中成药：脑心通胶囊^[23]、灯盏生脉胶囊^[24]、通心络胶囊等。
- 4) 口服中药汤剂：补阳还五汤加减。
- 5) 病情危重、生命体征不平稳者，中药汤剂急予参附汤，中成药予四逆汤。

6.1.6 并发症处理

急性脑梗死并发症包括急性期脑水肿与高颅压、应激性溃疡、肺炎、排尿障碍与泌尿系感染、深静脉血栓形成与肺栓塞、癫痫等。

共识八：

- 1) 西医并发症的治疗推荐建议参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]。在并发症的管理中，本共识重点阐述在西医治疗方法基础上，充分发挥中医治疗方法的优势，弥补西医治疗的局限性，达到中西医结合优势互补的目的。
- 2) 肺炎可予痰热清注射液、复方鲜竹沥液。
- 3) 上消化道出血可予犀角地黄汤或大黄黄连泻心汤以凉血止血，还可用云南白药或三七粉、生大黄粉等鼻饲。如出现高热不退，可给予紫雪散以清热凉血。
- 4) 呃逆可选口服汤药与针灸治疗。呃逆伴大便秘结、腑气不通者可予大承气汤；呃逆伴呃声低微、胃阴不足者，可予益胃汤。针灸选穴为天突、膻中、中脘、膈俞、内关、足三里。

6.2 恢复期**6.2.1 二级预防****6.2.1.1 西医治疗**

西医脑梗死二级预防治疗参照 2015 年中华医学会神经病学分会发表的《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014》^[5]制定，包括控制危险因素，如控制血压、血糖、血脂、同型半胱氨酸、戒烟，改善睡眠呼吸暂停综合征，以及口服抗栓药物等治疗。

1) 高血压

- a) 对于血压 $>140/90\text{mmHg}$, 神经系统症状相对稳定的患者, 在输液过程中启动或重新启动降压治疗可能是安全的, 除非有禁忌, 对患者的长期血压管理是合理的。
- b) 降压目标值 $140/90\text{mmHg}$ 以下。

2) 糖代谢异常和糖尿病

- a) 发病后应接受空腹血糖、HbA1c 监测, 无明确糖尿病病史的患者在急性期后宜常规接受口服葡萄糖耐量试验来筛查糖代谢异常和糖尿病。
- b) 对糖尿病或糖尿病前期患者进行生活方式和(或)药物干预能减少脑梗死事件, 推荐 HbA1c 治疗目标为 $<7\%$, 制订个体化的血糖控制目标, 警惕低血糖事件。

3) 脂代谢异常

- a) 对于非心源性脑梗死患者, 无论是否伴有其他动脉粥样硬化证据, 推荐予高强度他汀类药物长期治疗以减少脑梗死和心血管事件的风险, 目标: LDL-C 水平降低 $>50\%$ 或 $<70\text{mg/dL}$ (1.8mmol/L)。
- b) 对于 LDL-C $<2.6\text{mmol/L}$ (100mg/dl) 的脑梗死患者, 目前尚缺乏证据, 推荐强化他汀类药物治疗。
- c) 由颅内大动脉粥样硬化性狭窄(狭窄率 $70\% \sim 99\%$)导致的脑梗死患者, 推荐目标值为 LDL-C $\leq 1.8\text{mmol/L}$ (70mg/dl) ; 颅外大动脉狭窄导致的脑梗死患者, 推荐高强度他汀类药物长期治疗以减少脑梗死和心血管事件。有脑出血病史的非心源性脑梗死患者宜权衡风险和获益合理使用。
- d) 他汀类药物治疗期间, 如果监测指标持续异常并排除其他影响因素, 或出现指标异常相应的临床表现, 应及时减药或停药观察(参考: 肝酶超过 3 倍正常值上限, 肌酶超过 5 倍正常值上限, 应停药观察); 老年人或合并严重脏器功能不全的患者, 初始剂量不宜过大。
- e) 在应用他汀或调整剂量后 4~12 周, 宜通过测量空腹血脂水或其他指标来评估生活方式的改变及降脂药物的效果, 之后根据依从性和安全性每 3~12 个月评估 1 次。

4) 戒烟干预和卒中教育

有吸烟史的脑梗死患者宜戒烟; 脑梗死患者宜避免被动吸烟, 远离吸烟场所; 可能有效的戒烟手段包括劝告、尼古丁替代产品或口服戒烟药物。

5) 改善睡眠呼吸暂停

鼓励有条件的医疗单位对脑梗死患者进行睡眠呼吸监测。使用 CPAP 可以改善合并睡眠呼吸暂停患者的预后。

6) 监测血浆同型半胱氨酸水平

对近期发生脑梗死且血同型半胱氨酸轻度到中度增高的患者，补充叶酸、维生素 B6 以及维生素 B12 可降低同型半胱氨酸水平。

6.2.1.2 中成药治疗

中风后再次发生中风者称为“复中”，脑梗死后二级预防属于中医“已病防变”、“瘥后防复”范畴，强调发现征兆、早期治疗以预防复发。脑梗死后患者多出现气虚、血瘀或阴虚证候，可辨证选用补气活血、养阴通络类方药，具体治疗原则和方药参照中药治疗（详见 6.2.2）。

脑梗死二级预防中，中成药被广泛应用于临床。血瘀作为中风的基本病机贯穿疾病始终，符合血瘀证候要素诊断（证候要素“血瘀”得分 ≥ 10 分）的脑梗死患者，临床可选具有活血化瘀作用的中成药，如脑心通脑胶囊^[25]、灯盏生脉胶囊^[26]、华佗再造丸^[27]、脑安胶囊^[28]等。中成药的卒中二级预防研究显示，在常规治疗基础上合用中成药，可降低脑缺血性事件发生率，同时不增加出血和死亡风险，可以用于脑梗死患者的二级预防。

6.2.2 中药治疗

6.2.2.1 痰瘀阻络证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：头晕目眩，痰多而黏。

舌脉：舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

共识九：

- 1) 中医《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“痰湿”得分 ≥ 10 分，诊断为痰瘀阻络证。
- 2) 口服中成药：华佗再造丸^[29]、中风回春丸^[30]等。
- 3) 口服中药汤剂：化痰通络汤加减。

6.2.2.2 气虚血瘀证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：面色白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀。

舌脉：舌质暗淡，有齿痕，舌苔白腻，脉沉细。

共识十：

- 1) 《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”得分 ≥ 10 分，诊断为气虚血瘀证。
- 2) 口服中成药：脑心通胶囊^[23]、灯盏生脉胶囊^[24]、脑安胶囊^[31]、消栓通络片^[32]。
- 3) 口服中药汤剂：补阳还五汤加减。

6.2.2.3 阴虚风动证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥。

舌脉：舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

共识十一：

- 1) 《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“阴虚”得分 ≥ 10 分，诊断为阴虚风动证。
- 2) 口服中成药：大补阴丸^[33]、天麻钩藤颗粒等。
- 3) 口服中药汤剂：育阴通络汤加减。

6.2.3 康复治疗

脑梗死发病后，符合神志清楚、没有严重精神行为异常、生命体征平稳、无严重并发症或合并症条件的患者，可即刻开始康复介入。

中风病中医治疗提倡“松”与“静”为指导原则的康复方法。“松”即通过放松患者心情，解除患者紧张害怕的不良情绪刺激，在医生帮助下放松患侧肢体，同时配合舒展健侧肢体，松解肌肉关节以达到缓解痉挛、松弛肌肉目的。“静”一是要求患者平心静气，不急不躁，精神内守，不急于恢复而过度运动，静心配合医生治疗；二是提示医生及患者在治疗中，不能盲目刺激妄动。在吞咽与语言的康复治疗中，同样适用“松”与“静”的原则。

6.2.3.1 运动障碍

运动功能障碍的康复主要包括良肢位摆放、被动关节活动度维持训练、体位变化的适应性训练、床上的主动性训练、从坐位到立位训练、平衡反应诱发训练和抑制痉挛等。建议病情稳定条件下，宜及早开展康复训练。

偏瘫康复方案根据 Brunnstrom 分期划分为弛缓期、痉挛期和痉挛恢复期，弛缓期为 Brunnstrom I - II 期、痉挛期为 Brunnstrom III-IV 期、痉挛恢复期为 Brunnstrom V-VI 期。痉挛期选穴上肢以阳经穴为主，下肢以阴经穴为主，避免对拘急、强痉肌肉的刺激。现代康复理论与之类似，弛缓期上肢可进行屈肌功能性电刺激，痉挛期改为伸肌刺激，以诱发偏瘫患者分离运动与上肢功能恢复。

1) 弛缓期

a) 针灸

选穴^[34]: 水沟、肩髃、曲池、手三里、合谷、梁丘、足三里、上巨虚、解溪。

操作: 水沟穴行雀啄刺法; 肩髃穴直刺 1.5~2 寸, 梁丘直刺 1~1.5 寸, 施捻转提插泻法; 曲池、手三里、合谷、足三里、上巨虚、解溪毫针常规针刺, 施平补平泻法。

b) 推拿

选穴: 百会、四神聪、尺泽、曲池、手三里、合谷、环跳、委中、承山、足三里。

手法: 头面部手法以点按、扫散法、指揉法、鱼际揉法为主; 肢体按摩手法要略重, 可采用揉法、点按、弹拨、拿法、指啄法、指揉法等, 循经推拿。

2) 痉挛期

a) 针刺

选穴^[34]: 肩髎、天井、外关、阳池、后溪、环跳、阳陵泉、阴陵泉、承山、三阴交、悬钟、申脉、丘墟。

操作: 肩髎穴天井、外关、阳池、后溪、环跳、阳陵泉、承山穴均毫针常规刺法, 行平补平泻手法; 悬钟、申脉、丘墟毫针常规刺法, 施捻转提插补法。

b) 推拿

选穴: 肩井、臂臑、曲池、外关、合谷、阳陵泉、风市、膝眼、解溪、丘墟。

手法: 轻柔、和缓, 避免强刺激, 以点按、一指禅、指振法为主, 同时对关节要进行缓慢、有节律的关节被动活动; 对其拮抗肌采用较重手法如: 揉法, 点按、弹拨、拿法等, 以促进肌力恢复。

c) 中药熏洗

中药汤剂复元通络液熏洗瘫侧肢体^[35]。

操作: 以上药物煎汤取 1000~2000ml, 煎煮后趁热以其蒸气熏蒸病侧手部, 待药水略温后, 洗、敷患处, 每日 1~2 次或隔日 1 次, 每次 15~30 分钟, 水温宜在 37~40℃, 不宜过高, 避免烫伤皮肤。

d) 灸法

灸法^[36]治疗可温阳行气、舒筋通络, 改善痉挛状态, 提高运动功能。

选穴: 曲池、外关、合谷、足三里、三阴交、悬钟。

操作: 艾条温和灸, 补法, 灸至皮肤略红即可。

3) 痉挛恢复期

a) 针灸

选穴：内关、曲池、手三里、合谷、足三里、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、太溪。

操作：毫针刺，平补平泻。以痉挛肌对侧经穴为主，针刺痉挛侧需要上肢以阳经穴为主，下肢以阴经穴为主，避免对拘急、强痉肌肉的刺激。

b) 推拿

在穴位按摩的基础上，逐渐增加患者患侧肢体的主动运动，如上肢以伸展关节训练、下肢以屈曲关节训练为主，促进肢体功能的恢复。

c) 太极拳

太极拳养生功法对于脑梗死患者运动功能、平衡功能、情感障碍和认知功能的康复疗效和安全性逐渐被证实，但研究多选取简式太极拳，太极拳的流派和拳式选择、干预时机和频次等尚需要进一步明确。

6.2.3.2 吞咽障碍

吞咽障碍康复旨在实现调控或补偿策略，通过多学科管理模式下的综合治疗和个体化治疗相结合^[37]的方法，达到加强肌肉或促进其他肌肉代偿受损肌肉的目的。一般吞咽障碍的管理计划为：通过筛查、评估早期识别吞咽困难，以及调整口服量来降低中风急性期肺炎相关风险^[38]。吞咽功能训练^[39]，例如口腔冰刺激、吞咽动作训练等。

1) 针灸

选穴^[40]：风池、风府、廉泉、夹廉泉、金津、玉液、合谷、太冲、通里。

操作：风池：针尖微向下，向鼻尖方向或下颌方向直刺0.5~0.8寸，局部酸胀感即可。风府：伏案正坐，头微前屈，项肌放松，针尖向下颌方向缓慢刺入0.5~1寸，局部有酸胀感即可。针刺以上2穴时，针尖不可向上，以免刺入枕骨大孔，伤及延髓。通里：直刺0.3~0.5寸平补平泻手法。廉泉：针尖向咽喉部方向直刺0.5~1寸，局部痛胀感即可。夹廉泉（廉泉同一水平旁开0.5寸）：针尖向喉结方向进针0.5~1寸，使进针部酸麻则可，以上2穴得气后接通电针治疗仪，采用疏密波3~5Hz，强度以患者耐受为可。合谷、太冲得气后施予提插或捻转泻法。点刺放血：嘱患者放松，自然伸舌（如患者舌不能伸出，可由医生垫纱布于口外固定舌体），局部消毒后取毫针点刺金津、玉液，放血少许，不留针。

2) 中药治疗

风痰阻络证，症见吞咽困难，喉中痰鸣，咯吐不爽，或兼见口角流涎，舌苔白腻，脉象弦滑，选用解语丹^[41]。

气虚血瘀证，症见吞咽困难，面色萎黄，气短乏力，或兼见肢体瘫软无力，舌质淡紫，有瘀斑，脉细涩或沉细，选用补阳还五汤^[42]或通窍活血汤^[43]。

6.2.3.3 语言-言语障碍

语言-言语障碍康复主要通过多种策略来提高个体的沟通能力，治疗原则包括：帮助个体使用和提高剩余语言能力；尽可能地恢复个体语言能力；通过制定策略来弥补语言损伤；学习其他沟通方式；指导其他人（家庭、卫生和社会护理人员）学习有效的沟通技巧，最大限度地提高失语症患者的能力^[33]。首先对语言功能进行评估，根据评价结果制订有针对性的最佳康复方案，吞咽言语诊治仪有助于提高疗效^[44]。

1) 针灸

选穴^[45]：通里、悬钟、金津、玉液、廉泉、百会、四神聪。

操作：百会向后平刺0.3~0.5寸，四神聪四穴针尖向百会穴平刺0.3~0.5寸，平补平泻；廉泉采取合谷刺法；金津、玉液点刺放血；通里、悬钟直刺0.5寸，平补平泻；梗死部位头部投影区扬刺，穴取脑损伤侧耳尖直上2寸和该穴上下左右各旁开1寸进行针刺，中央的穴位采用直刺，旁4针采用斜刺，平补平泻手法。

2) 中药治疗

中药能有效提高临床有效率，且在改善语言功能方面优于单纯使用常规治疗或西医治疗^[46]。

风痰阻络证，症见舌强语謇，或兼见肢体麻木，痰涎壅盛，脉弦滑，选用解语丹^[47]。

肾精亏虚证，症见音喑失语，腰膝痠软，舌红少苔，脉细数，选用地黄饮子^[48]。

6.2.3.4 肩-手综合征

1) 早期预防与康复

早期良肢位摆放，如无禁忌宜尽早指导患者进行手部的主动及被动活动锻炼，以防止肩-手综合征的发生或减轻其程度。

2) 针灸

选穴：肩髃、肩髎、肩贞、肩前、液门、阳池、腕骨。

操作：毫针常规针刺法，采用补虚泻实，补健侧泻患侧。

3) 中药熏洗

选择活血化瘀药物为主，或兼以益气化湿，或兼以温经通络（如复元通络液）的中药湿敷、熏洗或药浴，具有较好的疗效。临床宜用多配合针灸、中频治疗等。

6.2.4 并发症处理

恢复期部分患者继发卒中后情感障碍（如卒中后抑郁）以及卒中后认知功能障碍等。

共识十二：

1) 西医缺血性脑卒中后认知障碍的治疗推荐建议参考《卒中后认知障碍管理专家共识（2017）》^[49]。

2) 卒中后痴呆，以滋补肝肾、化痰开窍、活血通络等法治疗，可选择相应功效的中成药。

6.2.5 护理调摄

急性期患者宜卧床休息，密切观察病情变化，关注意识、瞳孔、生命体征的情况。保持呼吸道通畅，勤翻身拍背，做好口腔护理，预防肺部、口腔、皮肤及泌尿系感染。恢复期和后遗症期需关注患者情感和认知功能。

1) 体位选择

须注意头部体位，一般认为，头部抬高 15~30° 最为合适，既能保持脑血流量，又能保持呼吸道通畅，切忌无枕仰卧。凡有意识障碍者宜采用侧卧位，头稍前曲，以利于口腔分泌物排出。颅内压增高者，呕吐时侧卧位或平卧位头偏向一侧，以免引起误吸、窒息。病初期应注意良肢位的保持，病情稳定后即可辅助患者被动活动，逐渐增加活动量。意识障碍、躁动者，应加护栏并适当约束，以防止发生意外。

2) 饮食管理

意识清楚无吞咽障碍者，应给予营养丰富易于消化的饮食。意识障碍早期，宜结合病情评估患者发生呕吐造成吸入性肺炎、引起窒息的风险，可酌情禁食 1~2 天，留置胃管以胃肠减压，并予静脉营养；如患者虽有意识障碍，但无呕吐及上消化道出血者，可鼻饲流质饮食，以保证营养。在拔除鼻饲管后应当注意喂食方法，如：体位宜取 45° 半卧位；选择糊状食物，流质饮料均可选用，以茶匙喂食为宜；喂食中呛咳时应当拍背。饮食管理原则可参考《中国卒中营养标准化管理专家共识》^[50]。

3) 口腔护理

张口呼吸会增加口腔内细菌感染的发生风险，使口腔内粘膜干燥，并发生口臭、口垢，可用复方佩兰漱口液清洁口腔 2~3 次/日，也可用镊子夹棉球蘸湿淡盐水擦洗患者口腔及唇部，还可用小纱布蘸湿温开水敷盖于口腔。擦洗口腔时先擦牙齿的内面，接着是外面、咬合面、舌、口腔粘膜。注意勿触及咽

部，以免引起干呕不适。对有义齿的患者，睡前及饭后将义齿取下，用牙刷将其刷洗干净，放在冷水中浸泡。如果发现有真菌生长，则在清洗后涂以制霉菌素油膏。

4) 呼吸道护理

鼓励勤翻身多拍背。能咳嗽者，鼓励患者咳嗽。咳嗽困难而多痰者，宜用超声雾化，并可鼻饲竹沥水清化痰热。意识障碍者为保持呼吸道通畅，可应用口咽通气道，口腔分泌物较多或有呕吐物者应使患者头偏向一侧，呕吐物及咽部分泌物应及时用吸引器吸出，舌后坠者，可将下颌托起或用舌钳将舌拉出，并随时做好气管切开的准备。

5) 导管护理

留置导尿管护理：保持导尿管通畅，防止扭曲受压，观察尿量及尿色。每日行尿道口护理，预防感染。

胃管的护理：每次鼻饲后要用温开水冲洗胃管，防止胃管内残留食物变质。将管口包扎好，防止胃内容物外溢。

6) 皮肤护理（压疮）

保持皮肤的清洁卫生，长期卧床患者应注意定时翻身，宜用气垫床可有效预防压疮。定时检查骨突部位是否有发红、发紫、水泡等现象，如发现皮肤有发红现象，宜增加按摩次数，并尽量使受压部位皮肤悬空，也可使用活血通络擦剂按摩受压部位，促进气血流通。

若患者表现为局部皮肤紫暗或溃烂、腐肉及脓水多、或有恶臭，舌红少苔、脉细数，中医辨证为毒热内蕴证，选用如意金黄膏外用。

若患者表现为疮面腐肉难脱，或腐肉虽脱但新肌色淡、愈合缓慢，舌淡苔少、脉沉细无力，中医辨证为气血不足证，选用活血生肌膏外用。

7) 静脉血栓形成的预防和护理

脑梗死患者极易并发下肢尤其是瘫痪侧肢体的深静脉血栓形成。主要表现为肢体进行性肿胀、发硬。应勤翻身，抬高患肢，监测凝血指标及下肢静脉超声，适度被动活动，或予床边康复设备被动活动患肢以预防深静脉血栓形成。

附录 A

(资料性)

人员名单

执笔人：周莉（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学），鞠奕（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）

编写工作组组长：高颖（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学），赵性泉（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）

编写工作组成员（按姓名笔划为序）：

孔令博（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、方瑞乐（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）、王芳（北京中医药大学东直门医院，护理学）、闫咏梅（陕西中医药大学附属医院，中医脑病学）、刘燕妮（陕西中医药大学附属医院，中医脑病学）、李菁晶（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）、高峰（首都医科大学附属北京天坛医院，神经介入）、崔方圆（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、韩笑（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、董兴鲁（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、廖晓凌（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）

征求意见专家（按姓名笔划为序）：

丁砚兵（湖北省中医院，中医脑病学）、韦鹏翔（北京大学国际医院，神经外科）、过伟峰（南京中医药大学，中西医结合脑病）、刘建平（北京中医药大学，循证医学）、孙莉（吉林大学白求恩第一医院，神经病学）、张微微（中国人民解放军总医院第七医学中心，神经病学）、陈康宁（陆军军医大学西南医院，神经介入）、果德安（上海药物研究所，生药学）、赵敏（河南中医药大学第一附属医院，中医脑病学）、赵德喜（长春中医药大学附属医院，中医脑病学）、徐运（南京大学医学院附属鼓楼医院，神经病学）、曹俊岭（北京中医药大学东方医院，中药学）、曹晓岚（山东中医药大学附属医院，中医脑病学）、彭斌（中国医学科学院北京协和医院，神经病学）、曾进胜（中山大学附属第一医院，神经病学）、穆林森（广东三九脑科医院，神经外科）

附录 B

(资料性)

缺血性中风证候要素诊断量表

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

<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"/> 绎舌	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"/> 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	
<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	[附录] 诊断量表使用说明	
<input type="checkbox"/> 气短	8 分		
<input type="checkbox"/> 语声低微	9 分	1 评分说明	
<input type="checkbox"/> 手或足肿胀	3 分	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。	
<input type="checkbox"/> 自汗	2 分		
<input type="checkbox"/> 大便初硬后溏	3 分	2 证候要素诊断说明	
<input type="checkbox"/> 大便或小便失禁	5 分	证候要素诊断得分≥10 分为该证候要素诊断成立。	
<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 C

(资料性)

推荐中药注射剂

1. **生脉注射液:** 一次 20~60ml, 5%葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
2. **灯盏细辛注射液:** 一次 20~40ml, 0.9%氯化钠注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1~2 次。
3. **苦碟子注射液:** 一次 10~40ml, 5%葡萄糖或 0.9%氯化钠注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
4. **参麦注射液:** 一次 10~60ml, 5%葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
5. **参附注射液:** 一次 20~100ml, 5%~10%葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
6. **清开灵注射液:** 一次 20~40ml, 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
7. **疏血通注射液:** 一次 6ml, 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250ml~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
8. **痰热清注射液:** 一次 20~40ml, 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。
9. **醒脑静注射液:** 一次 10~20ml, 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250~500ml 稀释后使用, 静脉滴注, 1 日 1 次。

附录 D

(资料性)

推荐中成药

1. 大补阴丸：6g，口服，1日2~3次。
2. 天麻钩藤颗粒：1袋，口服，1日3次。
3. 云南白药：1~2粒，口服，1日4次。
4. 中风回春丸：1.2~1.8g，口服，1日3次。
5. 牛黄清心丸：1丸，口服，1日1次。
6. 四逆汤：10~20ml，口服，1日3次。
7. 华佗再造丸：4~8g，口服，1日2~3次。
8. 全天麻胶囊：2~6粒，口服，1日3次。
9. 灯盏生脉胶囊：2粒，口服，1日3次。
10. 安宫牛黄丸：1丸，口服，1日1次。
11. 如意金黄膏：外敷患处，6~12小时换药1次。
12. 茂龙胶囊：2粒，口服，1日3次。
13. 苏合香丸：1丸，口服，1日1~2次。
14. 复方鲜竹沥液：20ml，口服，1日2~3次。
15. 活血生肌膏：外敷患处。
16. 脑心通胶囊：2~4粒，口服，1日3次。
17. 脑安胶囊：2粒，口服，1日2次。
18. 消栓通络片：6片，口服，1日3次。
19. 通心络胶囊：2~4粒，口服，1日3次。
20. 紫雪散：1.0~3.0g，口服，1日2次。
21. 新清宁片：3~5片，口服，1日3次。

附录 E

(资料性)

推荐方药

1. 大承气汤（出自《伤寒论》）：大黄，厚朴，枳实，芒硝。
2. 大黄黄连泻心汤（出自《伤寒论》）：大黄，黄连。
3. 化痰通络汤（出自《中医脑病学》）：半夏，白术，茯苓，天麻，丹参，香附，胆南星，酒大黄，天竺黄。
4. 地黄饮子（出自《黄帝素问宣明论方》）：熟地，巴戟天，山茱萸，石斛，肉苁蓉，附子（炮），五味子，肉桂，茯苓，麦冬，石菖蒲，远志。
5. 补阳还五汤（出自《医林改错》）：黄芪，当归，桃仁，红花，赤芍，川芎，地龙。
6. 育阴通络汤（出自《中医脑病学》）：生地黄，山茱萸，钩藤（后下），天麻，丹参，白芍。
7. 参附汤（出自《妇人良方》）：人参（单煎），附子（先煎）。
8. 星萎承气汤（出自《中医脑病学》）：瓜蒌，胆南星，生大黄（后下），芒硝（冲服）。
9. 复元通络液（出自《中医脑病学》）：川乌，草乌，当归，川芎，红花，桑枝，络石藤。
10. 益胃汤（出自《温病条辨》）：沙参，麦冬，冰糖，细生地，玉竹。
11. 涤痰汤（出自《济生方》）：半夏，橘红，枳实，胆南星，茯苓，石菖蒲，竹茹，人参，甘草。
12. 通窍活血汤（出自《医林改错》）：桃仁，红花，赤芍，川芎，老葱，鲜姜，红枣，麝香，黄酒。
13. 黄连温胆汤（出自《六因条辨》）：黄连，竹茹，枳实，半夏，陈皮，甘草，生姜，茯苓，大枣。
14. 羚羊角汤（出自《医醇臘义》）：羚羊角，龟甲，生地黄，丹皮，白芍，柴胡，薄荷，蝉衣，菊花，夏枯草，石决明，大枣。
15. 犀角地黄汤（出自《备急千金要方》）：水牛角，生地黄，赤芍，丹皮。
16. 解语丹（出自《医学心悟》）：白附子（炮），石菖蒲，远志，天麻，全蝎，羌活，胆南星，木香，甘草。

参考文献

- [1] 吴江, 贾建平, 崔丽英. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 158.
- [2] GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2018, 392(10159): 1736–1788.
- [3] 《中国脑卒中防治报告》编写组. 《中国脑卒中防治报告 2019》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2020, 17(05): 272–281.
- [4] 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(09): 666–682.
- [5] 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. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(04): 258–273.
- [6] 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.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南. 中医病症部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 56–62.
- [8] WHO 西太区传统医学临床实践指南项目组, 中国中医科学院. 脑梗死中医循证临床实践指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010.
- [9] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会. 中国缺血性脑卒中急性期诊疗指导规范[Z]. 2017.
- [10] 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, 52(09): 710–715.
- [11] 王永炎. 再度思考提高治疗脑血管病疗效的难点[J]. 中国中西结合杂志, 2017, 37(10): 1164–1166.
- [12] 王少卿, 高颖. 缺血性中风证候要素与疾病预后的相关性初探[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4794–4797.
- [13] 吴佩华. 生脉注射液对低灌注/栓子清除能力下降型脑梗死脑血流动力学的影响[D]. 山西医学院, 2015.
- [14] 张根明. 参麦注射液治疗缺血性中风急性期的临证运用[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(10): 90–91.

[15] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson Teri, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2019, 50(12): e344–e418.

[16] 董桂英, 余剑波, 黄文凤, 等. 醒脑静注射液辅助治疗阿替普酶静脉溶栓后脑梗死患者的恢复效果研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(06):1455–1458.

[17] 路永坤, 杨海燕, 刘向哲, 等. 补阳还五汤佐治超早期脑梗死患者对静脉溶栓后出血性转化的影响[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(08):1696–1703.

[18] 张晓朦, 吴嘉瑞, 张冰. 清开灵注射液治疗急性缺血性中风的系统评价[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(08):226–231.

[19] 王业飞, 徐榛敏, 刘少姣, 代玲玲, 郭春艳, 王柳丁, 邱文然, 梁晓, 吴明华, 金香兰, 廖星. 醒脑静注射液治疗脑梗死的系统评价/Meta 分析再评价[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(12):2972–2983.

[20] 孙塑伦, 高颖, 孙建宁, 等. 疏血通注射液治疗缺血性脑血管病临床应用专家共识[J]. 中医杂志, 2018 59(02):175–180.

[21] 林萃才, 陈润华, 陈锦亮. 不同剂量安宫牛黄丸对急性脑梗死伴中、重度意识障碍痰热内闭证促觉醒作用观察[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(05):925–930.

[22] 赵琪, 刘勇. 星萎承气汤结合西医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):2263–2268.

[23] 杨曦, 姜黎, 杨文友, 李丽霞, 张斌. 依达拉奉注射液联合脑心通胶囊治疗气虚血瘀型急性脑梗死的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24):4249–4252.

[24] 廖映迪, 倪小佳, 葛龙, 刘博, 林嘉辉, 张昌林, 蔡业峰. 灯盏花制剂治疗急性脑梗死的网状 Meta 分析[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(02):277–286.

[25] 关玉华, 艾克拜尔. 步长脑心通胶囊在缺血性卒中二级预防中的临床研究[J]. 中国实用医药, 2011, 6(03):161–162.

[26] 马领松, 储照虎, 赵守财. 灯盏生脉胶囊在动脉粥样硬化性脑梗死二级预防的作用[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2014, 19(04):442–445.

[27] 阚鲁, 吴晓新. 华佗再造丸在脑梗死二级预防中的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(27):13.

- [28]陈伟康, 蓝丽康, 卢丽萍, 邵蓓. 脑安胶囊在缺血性卒中二级预防中的作用[J]. 中国中医药科技, 2016, 23(02):136-138.
- [29]杨骏, 阚鲁. 华佗再造丸联合阿司匹林治疗老年缺血性脑卒中的临床效果[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(21):5307-5309.
- [30]何有为. 中风回春丸治疗脑梗塞的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(09):29.
- [31]王建阔, 唐晓颖, 李恒周, 范东梅, 刘永胜, 刘立杰, 刘晨庆. β -七叶皂苷钠联合脑安胶囊对脑梗死恢复期气虚血瘀证病人预后的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(15):2502-2506.
- [32]艾朋, 穆杰. 消栓通络片的药理作用研究[J]. 黑龙江科技信息, 2013, 18:68.
- [33]俞珊珊. 大补阴丸联合低分子肝素钠治疗脑梗死恢复期阴虚火旺证临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(12):24-26.
- [34]于学平, 严姣, 邹伟. 肌张力分期针刺治疗中风偏瘫临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(10):1035-1038.
- [35]邹忆怀, 王永炎. 复发通络液外洗治疗中风病后“手胀”的探讨[J]. 中国全科医学杂志, 1998, 1(01): 33-34
- [36]林子涵, 曾丽蓉, 阮传亮. 艾灸在中风后痉挛性瘫痪中的应用规律研究[J]. 光明中医, 2020, 35(03):308-311.
- [37]阚保红, 常静玲, 高颖. 卒中后吞咽困难的中西医治疗进展[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(01):56-58.
- [38]Dworzynski K, Ritchie G, Playford ED. Stroke rehabilitation: long-term rehabilitation after stroke[J]. Clinical Medicine, 2015, 15(05):461.
- [39]陈晓艳. 综合康复训练在脑梗死后吞咽障碍患者护理中的应用效果探讨[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(5):244-246.
- [40]陈澈, 院立新, 张根明, 常静玲. 针灸综合治疗方案对卒中后吞咽障碍的临床疗效研究[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(05):9-12.
- [41]章淑红. 针灸配合解语丹加减治疗中风后吞咽困难 33 例[J]. 浙江中医杂志, 2010, 45(08):599.
- [42]王秀丽, 汪芳军, 毛福荣, 陈红星. 康复训练配合补阳还五汤加减治疗中风后吞咽困难临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(06):329-331.

- [43]王群德,吴洪涛,付爱民.通窍活血汤治疗中风后吞咽功能障碍93例[J].河南中医药学刊,1998,13(06):3-5.
- [44]景荣华,周益凡,姜迎萍.吞咽言语诊治仪联合头针对脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽及语言功能的影响[J].神经损伤与功能重建,2021,16(02):106-108.
- [45]常静玲,黄幸,吕天丽,高颖.论“益髓醒神”针刺方案治疗中风后失语的理论内涵[J].世界中医药,2017,12(07):1487-1490+1494.
- [46]黄幸,孔乔,周雨帆,曹云,李晓琳,徐敏杰,常静玲.中药治疗卒中后失语Meta分析[J].中医学报,2021,36(01):212-217.
- [47]吕静,尤路,万小雪,贾建真.解语丹加减配合言语训练治疗中风后失语风痰瘀阻证临床观察[J].陕西中医,2019,40(11):1531-1533.
- [48]王玉宇,徐宁,董卫华,路悦,王渭芳,杨虹.地黄饮子治疗肝肾两虚证中风失语临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(23):172-175.
- [49]董强,郭起浩,罗本燕,徐运.卒中后认知障碍管理专家共识[J].中国卒中杂志,2017,12(06):519-531.
- [50]王拥军,赵性泉,王少石,冀瑞俊,王春雪.中国卒中营养标准化管理专家共识[J].中国卒中杂志,2020,15(06):681-689.