

## ·“中医治未病”专题·

## 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)治未病干预指南\*

《缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)治未病干预指南》编写组 北京中医药大学东方医院

关键词:缺血性脑卒中;高危人群;疾病预防;指南

doi: 10.3969/j.issn.1006-2157.2023.08.004

中图分类号:R259

Guidelines for prevention and treatment of ischemic stroke  
(atherosclerosis type)\*Editing Group of Guidelines for Prevention and Treatment of Ischemic Stroke (Atherosclerosis Type);  
Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine

Keywords: ischemic stroke; high-risk population; prevention of diseases; guidelines

脑卒中是脑血管疾病的主要临床类型,包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中,以突然发病、迅速出现局灶性或全面性神经功能缺损为主要临床特征,为一组器质性脑损伤导致的脑血管疾病。缺血性脑卒中是脑卒中最常见的类型,约占全部脑卒中的60%~80%,该疾病具有高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率、高经济负担五大特点,严重影响患者的生活质量,给个人、家庭和社会带来沉重的负担。缺血性脑卒中是一种可防可控的疾病,积极干预其危险因素可以明显降低脑卒中的发病率和死亡率,减轻脑卒中所带来的疾病负担。其中,大动脉粥样硬化型是缺血性脑卒中的常见类型之一<sup>[1]</sup>。高血压、糖代谢异常、血脂异常、心脏病、颅内外动脉粥样硬化(狭窄)、肥胖、吸烟、缺乏体力活动、不健康饮食习惯均是缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的危险因素<sup>[2]</sup>。

本指南基于中医学“治未病”思想,充分发挥中医药优势,选择缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的高危人群作为目标人群,对目标人群及缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的范围、相关定义、临床诊断和中医病因病机进行阐释,制订关于缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)未病先防、既病防变、瘥

后防复的中医学实践指南,以改善目标人群的生活质量,降低脑卒中的发病率。本指南的制订有助于更好地指导广大医务工作者运用中西医结合方式对缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群进行干预,在诊疗过程中充分发挥中医药防治脑卒中的优势。同时,引导广大医务工作者重视中医药在防治脑卒中方面的作用,响应国家大力发展中医药的号召,为我国脑卒中防控工作贡献更多中医药智慧和力量。

本指南旨在为各级中医院、中西医结合医院、综合医院、基层医院的中医师、西医师、中西医结合医师等提供脑卒中高危人群的防治思路。随着脑卒中高危人群相关研究的不断深入,共识将不断被修订。由于本指南的目标人群为缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群,故并不适用于所有脑卒中患者。因为采用的证据本身具有一定的局限性,所以,本指南只能作为参考,医务工作者需根据临床实际情况灵活处理,制订合理的个性化干预方案。

## 1 范围

本指南包括缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的流行病学特点、病因病机、筛查、体质、干预、随访与监测相关内容,适用于缺血性脑卒中(大动

通信作者:刘金民,男,博士,主任医师,博士生导师,主要研究方向:中医药防治脑血管疾病,E-mail:jm vip@vip.163.com

\* 国家中医药管理局医政司慢性病治未病干预方案制定项目(No. ZYZB-2020-193)

本指南已作为中华中医药学会团体标准发布,标准编号:T/CACM 1469-2023

脉粥样硬化型)高危人群的诊断与治疗,亦适用于科研机构从事缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)相关科研工作者。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用,构成本指南必不可少的条款。其中,标注日期的引用文件,仅该日期对应的版本适用于本指南;未标注日期的引用文件,其最新版本适用于本指南。

GB/T 16751.2—2021《中医临床诊疗术语 第2部分:证候》<sup>[3]</sup>;ZYYXH/T 157—2009《中医体质分类与判定》<sup>[4]</sup>;T/CACM 1460—2023《成年人中医体质治未病干预指南》<sup>[5]</sup>;《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》<sup>[6]</sup>;《中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)》<sup>[7]</sup>。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

### 3.1 脑卒中

脑卒中为脑血管疾病的主要临床类型,包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中,以突然发病、迅速出现局灶性或全面性神经功能缺损为主要临床特征,为一组器质性脑损伤导致的脑血管疾病。

### 3.2 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)

符合2011年中国缺血性卒中亚型分型中大动脉粥样硬化型诊断标准<sup>[1]</sup>。

### 3.3 脑卒中高危人群

符合《脑卒中筛查与防治技术规范》<sup>[2]</sup>中关于脑卒中高危人群的标准。即既往存在脑卒中或者短暂性脑缺血发作(TIA)病史,或者卒中风险评估 $\geq 3$ 分,或年龄 $\geq 40$ 岁的人群。

### 3.4 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群

符合脑卒中高危人群的标准,且存在缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)危险因素的人群。

### 3.5 中风

中风,又称卒中。是以半身不遂、肌肤不仁、口眼歪斜、言语不利,甚则突然昏仆、不省人事为主要表现的病证。

## 4 流行病学特点

近十几年来,经过对脑卒中危险因素的早期干预和社会较好的医疗健康服务,发达国家脑卒中的发病率已明显下降,但针对高危人群早期干预较差的发展中国家脑卒中的发病率仍在上升。

2019年,全国31个省市自治区的脑卒中高危人群筛查和干预项目数据显示,纳入分析库的546 245人中共检出高危人群(8项危险因素中占3

项及以上者,或有TIA和既往卒中史者中有1项及以上者)151 266人,标准化检出率达26.02%。其中,男性高危人群标准化检出率为31.40%,明显高于女性的20.56%。高危人群中,40~64岁人群标准化后占比为73.48%,说明我国脑卒中高危人群年轻化趋势明显。高危人群中占比前3位的危险因素依次为高血压、血脂异常和缺乏体力活动,其标准化检出率分别为75.25%、71.45%和48.62%<sup>[8]</sup>。我国脑卒中高危人群比例持续增长,应加强卒中宣教,积极推进危险因素的防控工作。

根据缺血性脑卒中TOAST分型,主要分为大动脉粥样硬化型、心源性栓塞型、小动脉闭塞型、其他明确病因型及不明原因型。我国学者在TOAST分型基础上提出中国缺血性脑卒中亚型<sup>[1]</sup>,根据病因分为大动脉粥样硬化型、心源性型、穿支动脉疾病型、其他病因型、病因不明型,并进一步探索由大动脉粥样硬化引起缺血性脑卒中的基本机制。大动脉粥样硬化型是5种亚型中最常见的一种亚型,约占全部的37.1%~59.0%,且预后较差<sup>[1,9]</sup>。2009年,一项基于曼哈顿北部714例缺血性脑卒中人群的研究发现,糖尿病和代谢综合征是颅内动脉粥样硬化型的危险因素,相较于颅外动脉粥样硬化型及非动脉粥样硬化型的发生率更高,其他危险因素分别为性别、高血压、高密度脂蛋白/低密度脂蛋白水平、饮酒、吸烟和体力活动<sup>[10]</sup>。2022年,国内一项对大脑中动脉缺血性脑卒中血管危险因素的研究发现,大动脉粥样硬化型的临床表现较小动脉闭塞型更严重,高血压、糖尿病是缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的主要危险因素,其他危险因素还包括高脂血症、冠心病、缺血性脑卒中病史、反复TIA、饮酒、吸烟等<sup>[11]</sup>。2013年,一项多中心研究发现,急性脑卒中患者中华北地区颅内动脉粥样硬化的患者比例明显高于华南地区( $P < 0.01$ ),考虑可能与北方患者长期大量吸烟、饮酒,以及糖尿病、脑血管病家族史,脑血管病史、心脏病史、较高的体质指数有关;且在63岁以上的急性缺血性脑卒中患者中,女性颅内动脉粥样硬化比例明显高于男性( $P = 0.028$ )<sup>[12]</sup>。

缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)是世界范围内导致死亡和致残的主要疾病之一,给个人、家庭及社会造成了巨大的负担,对其高危人群的筛查与干预能有效降低疾病的发生率。

## 5 病因病机

古代文献中并无关于缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)病因病机的记载。但依据缺血性脑卒中

(大动脉粥样硬化型)的临床表现,将其归属于中医学“中风”范畴。现代研究认为,缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)多因痰浊为病,与瘀血交结,留滞于经络,脉道不利,阴阳失调,气血逆乱,上犯于脑,发为中风。该病的病位在脑,与心、肝、脾、肾有关,而缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的危险因素包括高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖等,多认为其与饮食不节、情志失调、劳逸失度、年迈体虚、禀赋不足等有关。因多与心、肝、脾、肾相关,其病机根据危险因素的不同有一定的差异。如高血压应归属于中医学“眩晕”“头痛”等范畴,多认为其病机与肝阳上亢、痰饮内停、肾阴亏虚有关。糖尿病应归属于中医学“消渴”范畴,多认为其病机以阴虚燥热为主,疾病初期以六郁为主,继而郁则生热,热久食气伤阴,阴损及阳,最终造成阴阳俱虚,痰浊、瘀血内生,损伤脉络。血脂异常应归属于中医学“血瘀”“痰浊”“血浊”等范畴,多认为其病机为本虚标实,本虚即肾、脾、肝气虚,标实则痰浊、血瘀。肥胖在中医古籍中曾以“肥人”一词出现,主要病机包括脾虚湿阻、胃热湿阻、肝郁气滞等。患者起始的危险因素可能是单一的,但是随着病机的不断演变,可能导致其他危险因素出现。如燥热伤阴,气阴两伤形成消渴,随着阴虚的逐渐加重,阴无以制阳,导致阴虚阳亢,也可以出现高血压;阴液亏虚则血行不利,聚而成瘀,津液聚而成痰浊,亦可以出现血脂异常,若不加以干预,病理产物一旦产生,又可成为中风的致病因素。

## 6 筛查

### 6.1 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群筛查

缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的主要危险因素包括年龄、性别、种族、遗传因素、大动脉粥样硬化/狭窄病史、高血压、糖尿病、血脂异常、吸烟、过量饮酒、缺乏体力活动和肥胖等<sup>[13-15]</sup>。通过检索相关文献、参考《脑卒中筛查与防治技术规范》进行评估及专家组推荐意见,对疾病风险评估预测。

既往有脑卒中或者TIA病史,或缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)风险评估 $\geq 3$ 分(每项危险因素1分,其中必包含大动脉粥样硬化/狭窄1分),或年龄 $\geq 40$ 岁<sup>[2]</sup>,即认定为缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

针对高危人群,建议通过改变生活方式、中西医结合防治及其他非药物方式干预危险因素,预防缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)发生;若发生缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型),则推荐以中西医结

合治疗为主,同时,改变生活方式及其他非药物方式干预,以控制疾病进展。

### 6.2 缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群中医诊断标准

缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群由于其危险因素不同而临床表现各异,因此,专家组采用证素辨证体系,中医辨证分型参考GB/T 16751.2—2021,结合既往脑卒中高危人群及大动脉粥样硬化/狭窄等人群的证候要素研究结果<sup>[16-20]</sup>,形成缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群中医诊断共识。主要证候类型如下。

#### 6.2.1 痰瘀阻络证

临床以心胸憋闷或痛、牵掣后背、动辄尤甚,或气上冲咽、自觉有窒息感,心悸、怔忡、眩晕、痰多,时欲呕吐,肢体麻木,面色晦暗,唇甲青紫,舌质紫暗,舌边尖有瘀点、瘀斑,舌苔腻,脉弦滑或结代等为特征的证候。

#### 6.2.2 气滞血瘀证

临床以患处疼痛固定、胀痛或刺痛,痞块时消时聚,或皮肤青紫瘀斑,舌质紫暗或有瘀点,脉弦涩,或伴见相应经络、脏腑、器官功能障碍等为特征的证候。

#### 6.2.3 肝阳上亢证

临床以头目胀痛,眩晕、耳鸣,颜面潮红,口苦、咽干,急躁、易怒,烦劳郁怒则加重,甚则不寐,项强、足软,容易扑倒,舌质红,脉弦等为特征的证候。

#### 6.2.4 风痰上扰证

临床以头部阵发性胀痛、跳痛,眉棱骨痛,或眩晕欲扑,恶心、呕吐,舌颤,舌质偏红,舌苔腻,脉弦滑,或伴见头摇颤动,辞不达意,目偏斜、复视等为特征的证候。

#### 6.2.5 肝肾亏虚证

临床以头晕,眼花,耳鸣,健忘,腰膝酸软,肢体麻木、痿软或痉挛,毛发脱落,形瘦、骨立,舌质淡胖或红瘦,舌苔光润或无苔,脉沉弱或细弦无力,尺脉尤甚,男性精少、不育,女性经闭、不孕等为特征的证候。

## 7 体质

体质是人体生命过程中各方面综合的、相对稳定的固有特质。体质的差异是先天因素与后天因素共同作用的结果,是疾病产生的内在基础<sup>[21]</sup>。改善体质是中医治未病的新途径,因此,依照《中医体质分类与判定》(ZYYXH/T 157—2009)<sup>[4]</sup>,进行体质辨识。

根据目前通用的中医体质辨识方法及调养方案,进行不同体质的调养建议,具体见《成年人中医体质治未病干预指南》(T/CACM 1460—2023)<sup>[5]</sup>。

## 8 干预

### 8.1 未病先防

#### 8.1.1 健康教育与监测

开展具有针对性、组织化的公众健康教育,提高公众对缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)的认识程度及高危人群对疾病预防的依从性。

教育内容包括缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)相关危险因素、脑卒中先兆症状、脑卒中发病症状和急救常识等。教育形式包括社区健康宣教、电视、报纸、邮件、授课教育等。根据涉及疾病不同,还应有针对性的健康教育。监测内容包括颅内外大动脉粥样硬化或狭窄人群定期影像学检查;高血压人群定期监测血压;糖尿病人群定期监测血糖等相关指标;血脂异常人群定期复查血脂等相关指标;高同型半胱氨酸血症人群定期复查同型半胱氨酸等相关指标等。根据风险评估,风险高者应增加监测的频率。

#### 8.1.2 生活方式干预

##### 8.1.2.1 合理膳食

建议每天饮食种类多样化<sup>[22]</sup>,均衡摄入谷物、豆类、薯类、水果、蔬菜和奶制品。建议每天总脂肪摄入量应小于总热量的30%,反式脂肪酸摄入量不超过2g。建议每日摄入新鲜蔬菜400~500g、水果200~400g;鱼、禽、蛋和瘦肉总和平均每日120~200g;各种奶制品总和相当于液态奶300g;烹调植物油少于25g;添加糖(即食物中添加的单体糖,如冰糖、白砂糖等)少于25g。建议降低钠的摄入量,并增加钾的摄入量,每日食盐摄入量应不超过6g。还应根据具体疾病的不同,提供针对性的饮食方案:

1) 颅内外动脉粥样硬化人群<sup>[23-24]</sup>:改变饮食结构,减少营养成分的摄入以降低低密度脂蛋白胆固醇的水平。

2) 高血压人群<sup>[22]</sup>:减少钠的摄入,增加钾的摄入,减少饱和脂肪和胆固醇的摄入。

3) 糖尿病人群<sup>[22]</sup>:建议糖尿病患者能量摄入参考通用系数方法,按照每日(25~30)kcal/kg计算能量摄入;严格控制蔗糖、果糖制品的摄入。建议蛋白质摄入为每日(1.0~1.5)g/kg,以优质蛋白质为主;适量补充微量营养素;建议进餐应定时定量,改变进食习惯,先汤菜后主食。

4) 血脂异常<sup>[22]</sup>:建议每日胆固醇摄入量少于300mg。

##### 8.1.2.2 合理运动

建议运动前进行最大运动负荷检测,制订个体化运动方案<sup>[22,25]</sup>。建议有氧运动每周3~4次,每次持续约40min中等或以上强度的有氧运动(如快走、慢跑、骑自行车或其他有氧运动等);运动时心率尽量维持在最快心率的60%~70%。推荐日常工作以坐为主的人群每坐1h,站起来活动5min。

具体运动形式应以大肌肉群参与的有氧耐力运动为主,如健走、慢跑、游泳、登山和太极拳等运动。由于糖尿病的疾病性质特殊,应提供针对性方案<sup>[25]</sup>;建议2型糖尿病患者每周至少150min中等强度(运动时心率应维持在最快心率50%~70%,运动时有点费力,心跳和呼吸加快但不急促)的有氧运动,如每周运动5d、每次30min;或分次进行短时的体育运动(如10min),累计30min/d。中等强度的体育运动包括健步走、太极拳、骑车、乒乓球、羽毛球和高尔夫球等。建议伴有急性并发症或严重慢性并发症时,谨慎运动。运动前后要加强血糖监测,运动量大或激烈运动时应建议患者临时调整饮食及药物治疗方案,以免发生低血糖。

##### 8.1.2.3 戒烟

建议吸烟者戒烟,辅助戒烟方法如心理辅导、烟碱替代疗法、口服戒烟药物等<sup>[20,25]</sup>。建议不吸烟者避免被动吸烟。加强宣传教育,全社会共同参与,提高公众对主动、被动吸烟危害的认知,在社区人群中采用综合性控烟措施对吸烟者进行干预。

##### 8.1.2.4 限制饮酒

建议饮酒者应减少饮酒量或戒酒,每日饮酒量男性控制在30g以下,女性控制在20g以下<sup>[20,25]</sup>。对于不饮酒者,建议保持不饮酒。

##### 8.1.2.5 控制体质量

建议体质量维持在健康范围内,体质量指数(18.5~22.9)kg/m<sup>2</sup>,男性腹围<90cm,女性腹围<85cm。超重和肥胖者可通过健康的生活方式、良好的饮食习惯、增加体力活动等措施减轻体质量<sup>[20,25]</sup>。减少每日饮食总能量,建议控制在300~500kcal,同时,改善饮食结构,以蔬菜、蛋白质、膳食纤维丰富的谷类为主,少食用精粮细粮。

##### 8.1.2.6 心理调摄

建议对有脑卒中(大动脉粥样硬化型)风险因素的人群进行心理干预<sup>[20,25]</sup>。帮助其树立积极乐观的心态,干预不良情绪;鼓励积极调节自身状态;不良情绪难以自我调节者建议联合心理科诊治。

## 8.1.3 中医辨证论治

## 8.1.3.1 痰瘀阻络证

治法:熄风化痰,活血通络。

推荐方药:化痰通络汤<sup>[26]</sup>(《临床中医内科学》)加减。

药物组成:茯苓、半夏、白术、天麻、胆南星、天竺黄、丹参、香附、大黄、三七。气虚者加黄芪;头晕甚者加钩藤、石菖蒲;阴虚者加麦冬、白芍。

推荐中成药:脑栓通胶囊、血脂康、丹萎片、华佗再造丸、脂必泰胶囊。

## 8.1.3.2 气滞血瘀证

治法:疏肝理气,活血化瘀。

推荐方药:血府逐瘀汤<sup>[27]</sup>(《医林改错》)加减。

药物组成:桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。晨起口苦、心烦甚者加栀子、黄连;腹胀或纳食不佳、便溏者加党参、大腹皮;心神不宁、惊悸者加珍珠母、首乌藤。

推荐中成药:血府逐瘀丸/口服液、丹红注射液、复方血栓通胶囊、脉血康胶囊、血塞通片/胶囊、活血通脉胶囊、复方丹参滴丸、脑安滴丸、蛭蛇通络胶囊、川红中风胶囊、脑心清片。

## 8.1.3.3 肝阳上亢证

治法:平肝潜阳。

推荐方药:镇肝熄风汤<sup>[28]</sup>(《医学衷中参西录》)加减;天麻钩藤饮<sup>[29]</sup>(《杂病证治新义》)加减。

药物组成:镇肝熄风汤由牛膝、赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、白芍、玄参、天冬、川楝子、麦芽、茵陈、甘草组成。天麻钩藤饮由天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、首乌藤、茯神组成。便秘明显者加枳实、大黄;胸闷明显者加郁金、柴胡;失眠者加茯神、酸枣仁;头晕明显者加钩藤、天麻;体胖痰多者加白术、半夏。

推荐中成药:养血清脑颗粒、松龄血脉康。

## 8.1.3.4 风痰上扰证

治法:平肝熄风,清热化痰。

推荐方药:天麻钩藤饮<sup>[30]</sup>(《杂病证治新义》)加减。

药物组成:天麻、钩藤、石决明、杜仲、川牛膝、桑寄生、首乌藤、黄芩、栀子、茯神、益母草组成。头两侧痛者加柴胡、香附;枕后疼痛者加羌活、葛根;心悸、失眠者加茯神、首乌藤。

推荐中成药:天麻钩藤颗粒。

## 8.1.3.5 肝肾亏虚证

治法:滋补肝肾。

推荐方药:六味地黄丸<sup>[31]</sup>(《小儿药证直诀》)加减;杞菊地黄丸<sup>[32]</sup>(《医级》)加减。

药物组成:六味地黄丸由熟地黄、山萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻组成;杞菊地黄丸由枸杞、菊花、熟地黄、山萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻组成。痰湿严重者加苍术、荷叶;肢体麻木者加鸡血藤、丹参。

推荐中成药:复方苳蓉益智胶囊、软脉灵口服液。

## 8.1.4 中医非药物治疗

## 8.1.4.1 针刺

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法:选穴针刺,补法或泻法,30 min/次,1周1~3次,疗程依据风险评估制定。

1) 颅内外动脉粥样硬化人群<sup>[33-34]</sup>:

常用穴位:内关、郄门、间使、神门、通里、合谷、曲池、乳根、足三里、丰隆、阳陵泉、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、三阴交、太白、公孙、太冲、曲泉、中脘、鸠尾、膻中、风池、尺泽、委中、关元、太溪等。

操作方法:每次辨证选取3~5穴,1次/d,每次20~30 min,10次为1个疗程,休息2~5 d后可行第2个疗程。

2) 高血压人群<sup>[35-37]</sup>:

常用穴位:太冲、涌泉、行间、三阴交、足三里、丰隆、太溪、阳陵泉、曲池。

操作方法:每次20~30 min,1周2~3次,建议针刺治疗20~56 d。

3) 糖尿病人群<sup>[38]</sup>:

常用穴位:上消(肺热津伤)可选肺俞、脾俞、胰俞、尺泽、曲池、廉泉、承浆、足三里、三阴交、烦渴、口干者加金津、玉液。中消(胃热炽盛)可选脾俞、胃俞、胰俞、足三里、三阴交、内庭、中脘、阴陵泉、曲池、合谷,大便秘结者加天枢、支沟。下消(肾阴亏虚)可选肾俞、关元、三阴交、太溪,视物模糊者加太冲、光明,阴阳两虚者可选气海、关元、肾俞、命门、三阴交、太溪、复溜。

操作方法:每次20~30 min,1周2~3次,10次为1个疗程。

4) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>:

常用穴位:风池、曲池、内关、血海、丰隆、三阴交、太冲。

操作方法:每次20~30 min,1周2~3次,10次为1个疗程。

5) 心房颤动人群<sup>[40-41]</sup> :

常用穴位:心俞、内关、三阴交、通里、太冲、神门、脾俞、膈俞、厉兑、百会、风池。

操作方法:平补平泻,每次20~30 min,1次/d,建议针刺治疗20~56 d。

6) 偏头痛人群<sup>[42-44]</sup> :

常用穴位:取穴以少阳经穴为主,配合经络辨证。穴方①:主穴包括阿是穴、丝竹空、率谷、太阳、风池、合谷、太冲、足临泣;配穴包括阳陵泉、外关。穴方②:主穴包括对侧顶颞后斜线下2/5、双侧顶旁2线;配穴包括额颞部痛配同侧率谷,头顶痛配风池。

操作方法:上述腧穴中,局部腧穴取患侧、远端腧穴取双侧。急性发作期刺法(补/泻),缓解期以补法为主;每次30 min,头针可留至1 h,隔日1次,10次为1个疗程。

7) 睡眠呼吸障碍人群<sup>[45-46]</sup> :

常用穴位:丰隆、血海、阴陵泉、太溪、足三里、天突、人迎、廉泉。

操作方法:平补平泻,每次20~30 min,1次/d,建议针刺治疗20~56 d。

8) 高同型半胱氨酸血症人群<sup>[47-48]</sup> :

常用穴位:足三里、气海。

操作方法:平补平泻,每次20~30 min,1次/d,6次为1个疗程。

## 8.1.4.2 耳穴贴压

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法:选穴压豆,两耳交替,每穴3~5 min,至耳廓有胀痛发热的感觉为佳,3 d换1次。疗程依据风险评估制定。

1) 颅内外动脉粥样硬化人群<sup>[49]</sup> :

常用穴位:取皮质上、口、皮质下、内分泌、心、肺、脾、肾、直肠下段等穴,或取敏感点。

操作方法:单粒王不留行籽或芥子压穴,嘱患者每天至少按压3次,每穴3~5 min,至耳廓有胀痛发热的感觉为佳,每次取单侧耳,双耳交替使用,2 d换1次、休息2 d为1个周期,7个周期为1个疗程。

2) 高血压人群<sup>[50]</sup> :

常用穴位:心、肝、肾、神门、降压沟;

操作方法:每次取4~6穴,每天按4~6次,两耳交替,7 d换1次,4次为1个疗程。

3) 糖尿病人群<sup>[38]</sup> :

常用穴位:胰、内分泌、肾上腺、缘中、三焦、肾、神门、心、肝。偏上消者加肺、渴点;偏中消者加脾、

胃;偏下消者加膀胱。

操作方法:每次取4~6穴,两耳交替,3 d换1次,5次为1个疗程,共1~4个疗程。

4) 血脂异常人群<sup>[39]</sup> :

常用取穴:脾、胃、内分泌,或取敏感点。

操作方法:每次取4~6穴,两耳交替,3 d换1次,5次为1个疗程。

5) 心房颤动人群<sup>[40]</sup> :

常用穴位:心、神门、皮质下、肾、交感。

操作方法:用胶布固定王不留行,每天按4~6次,每次3~5 min,以有酸胀感为度,每次取单侧耳,双耳交替,7~10 d为1个疗程。

6) 睡眠呼吸障碍人群<sup>[46]</sup> :

常用穴位:神门、皮质下、肺、脾、肾、咽。

操作方法:单粒王不留行籽压穴,嘱患者每天至少按压3次,每穴3~5 min,至耳廓有胀痛发热的感觉为佳,每次取单侧耳,双耳交替,2~3 d换1次,5次为1个疗程。

## 8.1.4.3 穴位贴敷

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法:选药选穴,调和药饼贴敷,保留2~6 h,每次1~2 d,共治疗4周。疗程依据风险评估制定。

1) 高血压人群<sup>[50]</sup> :

常用穴位:涌泉、曲池、太冲、神阙;常用药物:吴茱萸、芥子、细辛。

操作方法:将选用药物等量为末,以生姜汁调和为2 cm×2 cm的药饼,将药饼置于5 cm×5 cm的无纺布中央,胶布固定在上述穴位上,保留2~6 h后取下,1次/d,3次/周,共治疗4周。

2) 糖尿病人群<sup>[51]</sup> :

常用穴位:神阙、肾俞、关元、胰俞、脾俞、曲池、三阴交、足三里,常用药物:五味子、五倍子。

操作方法:将选用药物等量为末,以水调和为2 cm×2 cm的药饼,将药饼置于5 cm×5 cm的无纺布中央,胶布固定在上述穴位上,保留2~4 h后取下,1次/d,3次/周,共治疗4周。

3) 血脂异常人群<sup>[39]</sup> :

常用穴位:足三里、丰隆、三阴交、脾俞、中脘;常用药物:麝香、沉香、冰片。

操作方法:将选用药物等量为末,以水调和为2 cm×2 cm的药饼,将药饼置于5 cm×5 cm的无纺布中央,胶布固定在上述穴位上,保留2~4 h取下,1次/d,3次/周,共治疗4周。

4) 心房颤动人群<sup>[40]</sup>：

常用穴位：内关、膻中、心俞、足三里；常用药物：五味子、琥珀、三七、肉桂。

操作方法：将选用药物等量为末，以水调和为2 cm×2 cm的药饼，将药饼置于5 cm×5 cm的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留2~4 h后取下，1次/d，3次/周，共治疗4周。

5) 偏头痛人群<sup>[44,52]</sup>：

常用穴位：天牖、风池，常用药物：川芎、细辛、白芷、冰片。

操作方法：将选用药物等量为末，以水或薄荷油调和为1~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm×5 cm的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留3~4 h后取下，1次/d，连用3 d，停用4 d，共治疗4周。

## 8.1.4.4 穴位埋线

适用：缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法：选穴，保留约7 d。

1) 高血压人群<sup>[50]</sup>：

常用穴位：双侧心俞、肝俞、肾俞、血压点。

操作方法：埋线10 d/次，10 d为1个疗程，共4个疗程。

2) 糖尿病人群<sup>[53]</sup>：

常用穴位：双侧天枢、大横、上巨虚、大肠俞。

操作方法：埋线1次/周，4周为1个疗程，共4个疗程。

3) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>：

常用穴位：足三里、三阴交、丰隆、内关、脾俞、胃俞。

操作方法：埋线1次/2周，2周为1个疗程，共4个疗程。

4) 心房颤动人群<sup>[40]</sup>：

常用穴位：内关，双侧交替。

操作方法：治疗1次/周，1周为1个疗程，共4个疗程。

5) 偏头痛人群<sup>[54]</sup>：

常用穴位：风池、太阳、外关、阳陵泉。

操作方法：埋线1次/周，4周为1个疗程，共4个疗程。

## 8.1.4.5 灸法

适用：缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法：选穴，每穴5~10 min/次，施灸1次/d，

2次/周。疗程依据风险评估制定。

1) 高血压人群<sup>[50]</sup>：

常用穴位：关元、足三里、涌泉、百会、神阙、足三里。

操作方法：运用灸法治疗，每穴各灸2壮，每日施灸1次，每穴10 min，7~10 d为1个疗程。

2) 糖尿病人群<sup>[53]</sup>：

常用穴位：太溪、三阴交、足三里、合谷、曲池、涌泉、承山、委中、太冲、行间。

操作方法：运用灸法治疗，每穴各灸2壮，隔天施灸1次，每穴10 min，10 d为1个疗程。

3) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>：

常用穴位：足三里、三阴交、天枢、丰隆。

操作方法：运用灸法治疗，每穴各灸1壮，每日施灸1次，每穴10 min，5~7 d为1个疗程。

4) 偏头痛人群<sup>[54]</sup>：

常用穴位：督脉、膀胱经、胆经上的穴位。

操作方法：运用灸法治疗，每穴各灸1壮，每日施灸1次，每穴10 min，7~10 d为1个疗程。

## 8.1.4.6 推拿

适用：缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法：依据穴位或经络选择适合的手法，疗程依据风险评估制定。

1) 颅内外动脉粥样硬化人群<sup>[55]</sup>：

常用部位及穴位：腹部，四肢；中脘、天枢、脾俞、胃俞、足三里等。

手法：一指禅推法、摩法等。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗6~8 min，每天早晚各1次，4周为1个疗程。

2) 高血压人群<sup>[50]</sup>：

常用部位及穴位：头部、四肢；百会、四神聪、足三里、三阴交等。

手法：点法、按揉法、拿揉法、摩法、擦法、振法等。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗2 min，3次/d，4周为1个疗程。

3) 糖尿病人群<sup>[38]</sup>：

常用部位及穴位：腹部、背部；脾俞、胃俞。

手法：点法、按揉法、拿揉法、摩法、擦法、振法等。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗10 min，每周3次，6周为1个疗程。

4) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>：

常用部位及穴位：胸腹部、四肢部；中脘、天枢、气海、关元、带脉、足三里等。

手法:点法、按揉法、拿揉法、摩法、擦法、振法等。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗40 min,隔天1次,8周为1个疗程。

#### 5) 偏头痛人群<sup>[54]</sup>:

常用部位及穴位:头部;足少阳胆经穴位等。

手法:扫散法、点法、按揉法、拿揉法等。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗10 min,3次/d,1周为1个疗程。

#### 8.1.4.7 拔罐

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法:选取适合拔罐法的穴位或经络,10 min/次,3次/周,共4周。疗程依据风险评估制定。

#### 1) 高血压人群<sup>[50]</sup>:

常用穴位:百会、脑户、血压(双侧)、大椎等。

操作方法:取合适穴位拔罐10 min,或点刺放血后再拔罐10 min,1~2次/周,4周为1个疗程。

#### 2) 糖尿病人群<sup>[38]</sup>:

常用穴位:督脉和膀胱经上的穴位。

操作方法:从上至下拔罐,留罐5~10 min后走罐。1~2次/周,4周为1个疗程。

#### 3) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>:

常用穴位:外陵、水道、归来、气冲、大赫、气穴、四满等。

操作方法:每次闪罐约10~15 min,反复闪罐直至皮肤潮红为度。闪罐后每个部位留罐5 min。隔天1次,4周为1个疗程。

#### 4) 偏头痛人群<sup>[54]</sup>:

常用穴位:背俞穴。

操作方法:闪罐5 min。2次/周,4周为1个疗程,连续治疗8周。

#### 8.1.4.8 刮痧

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群。

方法:选穴或经络,每次连续刮痧5次,1次/周,共4周。疗程依据风险评估制定。

#### 1) 高血压人群<sup>[50]</sup>:

常用穴位:百会、天柱、曲池、内关、风池、肩井、风市、人迎、足三里等。

操作方法:刮痧一般采用平补平泻或泻法,对体质极弱者采取平补平泻或补法,每日5~8次,每次约20 min,5~7 d为1个疗程。

#### 2) 血脂异常人群<sup>[39]</sup>:

常用穴位:足厥阴肝经、足少阴肾经上的穴位。

操作方法:刮痧一般采用平补平泻或泻法,对体质极弱者采取平补平泻或补法,每日2~3次,每次约20 min,5~7 d为1个疗程。

#### 3) 偏头痛人群<sup>[54]</sup>:

常用穴位:督脉、足少阳膀胱经、足少阳胆经上的穴位。

操作方法:循经脉走向刮拭,1次/周(如痧未完全褪去则延后),4次为1个疗程,共2个疗程。

#### 8.1.4.9 气功

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群<sup>[25]</sup>。

方法:静坐或静卧,每次30~40 min,1次/d,8~12周;运动操,每次30~60 min,3次/周,8~12周。

#### 8.1.4.10 自我推拿

适用:缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)高危人群<sup>[25]</sup>。

方法:摩面,每次约10 min,1次/d;摩腹,每次约5 min,1次/d。

#### 8.1.4.11 代茶饮

降压中药代茶饮<sup>[55]</sup>:槐米、玉米须、绞股蓝、桑叶、菊花、杜仲各2 g,枸杞子3 g,炒决明子5 g,山楂8 g。每日1剂,泡茶饮用。

降脂中药代茶饮<sup>[56]</sup>:红曲、三七粉、荷叶、焦山楂,剂量随证加减。每日1剂,泡茶饮用。

降糖中药代茶饮<sup>[57]</sup>:绞股蓝15 g、红景天8 g、玉米须5 g。每日1剂,泡茶饮用。

安神代茶饮<sup>[58]</sup>:酸枣仁18 g、甘草6 g、知母12 g、茯苓6 g、川芎6 g。每日1剂,泡茶饮用。

补气调脾代茶饮<sup>[59]</sup>:党参10 g、枸杞子12 g、生白术10 g、黄芪10 g、茯苓15 g、柴胡10 g。每日1剂,泡茶饮用。

## 8.2 既病防变

### 8.2.1 西医治疗

主要针对缺血性脑卒中患者进行既病防变。应针对缺血性脑卒中进行治疗,以防止病情加重及并发症的发生。西医治疗主要以药物治疗、介入治疗及外科治疗为主,针对缺血性脑卒中的病因、发病机制、病理进行治疗(如溶栓、抗栓、改善脑循环、脑保护等),并对出现的并发症、合并症等进行及时的处理,尽早进行康复治疗等<sup>[26]</sup>。

### 8.2.2 中医辨证论治

中医辨证论治是有效治疗手段之一,既病防变阶段主要根据急性期(中经络、中脏腑)、恢复期不同证候类型选择相应的治法方药,具体参考《中医



康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)》<sup>[60]</sup>及《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》<sup>[6]</sup>。

### 8.2.3 中成药及中药注射剂

活血化瘀类:丹参类制剂如丹红注射液等、红花类制剂如红花黄色素注射液等、银杏叶类制剂如银杏二萜内酯葡萄糖注射液等、三七类制剂如血塞通注射液等、水蛭类制剂如疏血通注射液等<sup>[6,60]</sup>。

益气活血类:通心络胶囊、脑心通胶囊等<sup>[6,60]</sup>。

清热解毒类:醒脑静注射液、清开灵注射液、安宫牛黄丸等<sup>[6,60]</sup>。

益气固脱类:参附注射液等<sup>[6,60]</sup>。

### 8.2.4 中医非药物治疗

#### 8.2.4.1 一般原则

缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)发生后,推荐非药物治疗辅助治疗,具体疗法与操作参考《中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)》<sup>[60]</sup>及《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》<sup>[6]</sup>。

#### 8.2.4.2 针刺

1)中经络:重在调神导气,疏通经络,以督脉、手厥阴、少阴经穴为主<sup>[6,60]</sup>。

主穴:水沟、内关、三阴交、极泉、尺泽、委中。配穴:上肢选用肩髃、曲池、外关、合谷等,下肢选用环跳、风市、阳陵泉、阴陵泉、足三里、解溪等。吞咽困难者加金津、玉液、风池、廉泉等。

2)中脏腑:重在醒脑开窍,启闭固脱,以督脉、手厥阴经穴为主<sup>[6,60]</sup>。

主穴:水沟、百会、内关。配穴:闭证配十二井穴、合谷、太冲;脱证配关元、气海、神阙等。

#### 8.2.4.3 推拿

推拿对于中经络半身不遂者,手法可采用滚法、按法、揉法、擦法、搓法、拿法、捻法、摇法、一指禅推法、抹法、扫散法等<sup>[6,60]</sup>。

俯卧位:取天宗、膈俞、肝俞、承扶、委中、承山、昆仑等穴位,沿着两侧膀胱经实施手法治疗;侧卧位:取环跳、风市、膝眼、阳陵泉等穴位,沿着患侧足少阳胆经实施手法治疗;坐位:对头部及上肢实施手法治疗;仰卧位,取髌关、伏兔、膝眼、足三里、三阴交、解溪等穴位,沿着患侧下肢足阳明胃经实施手法治疗。

#### 8.2.4.4 熏洗

恢复期或后遗症期,可予中药局部熏洗患肢<sup>[6,60]</sup>。

常用药物:川乌 9 g、草乌 9 g、当归 15 g、川芎 15 g、红花 9 g、桑枝 30 g 等,用水煎汤熏洗或泡洗肿胀的

肢体 20 min。

缺血性脑卒中(大动脉粥样硬化型)发病后,还可积极行耳穴贴压、灸法、穴位贴敷、拔罐等非药物治疗措施,以促进预后。

### 8.2.4.5 传统功法

#### 1)八段锦

可以使偏瘫侧肢体的感觉、肌张力、肌肉运动控制能力得到改善,促进大脑恢复,改善患者的神经功能缺损评分<sup>[6,60]</sup>。

#### 2)五禽戏

配合常规康复训练,可改善患者 Fugl-Meyer 运动功能评分,提高运动功能<sup>[6,60]</sup>。

#### 3)太极拳

配合常规康复训练,可改善患者 Berg 平衡量表评分及 Fugl-Meyer 运动功能评分量表上下肢评分<sup>[6,60]</sup>。

#### 4)易筋经

在常规康复治疗基础上增加易筋经锻炼,有助于改善脑卒中患者的肢体运动功能、提高日常生活活动能力和独立生活水平;针灸、易筋经联合治疗可改善神经功能缺损评分、日常生活活动能力评分<sup>[6,60]</sup>。

### 8.2.5 饮食

患者应在入院后 48 h 内进行营养筛查,存在营养不良或进食困难时应给予营养支持<sup>[6,60]</sup>。对不能经口维持足够营养和水分的患者应考虑经鼻胃管肠内营养;有胃食道反流和误吸风险的患者,建议使用鼻肠管进行肠内营养;需长期胃肠营养支持者(>4 周)建议经胃造瘘口进食;需要长期管饲者应该定期评估营养状态和吞咽功能。

增加水和膳食纤维的摄入,建议给予高纤维素饮食(每日进食蔬菜>150 g、水果>100 g 或膳食纤维>15 g),加快胃肠通过时间。如果没有禁忌证,每天进水量维持在 2 000~3 000 mL,还可口服白萝卜汤联合腹部按摩,饮用鲜梨汁,口服黑芝麻拌蜂蜜进行干预。

### 8.2.6 情志调护

建议在脑卒中后的 2 周内开始情绪障碍筛查,筛查时间覆盖脑卒中的急性期和恢复期<sup>[6,60]</sup>。脑卒中后抑郁患者均应接受心理支持治疗,可选用药物治疗、心理治疗、物理治疗、联合治疗等多种手段。建议对患者进行保持积极健康生活方式的宣教,提倡患者参与休闲娱乐活动,培养克服参加社会活动障碍的自我管理技能。

### 8.3 瘥后防复

#### 8.3.1 健康教育

建议开展针对性脑卒中护理和康复指导,加强健康教育<sup>[25,60]</sup>。教育形式包括专病门诊教育、电视、报纸专栏、邮件、授课教育、微信平台、科普书等。

#### 8.3.2 生活方式调整

饮食宜清淡,适当饮水,避免肥厚之品及辛辣刺激食物;保持二便通畅;戒烟酒<sup>[25,60]</sup>。在常规康复的基础上,脑卒中后遗症期患者可增加太极拳、八段锦、五禽戏、易筋经等传统功法训练,以促进提高患者的运动功能和日常生活活动能力。

所有脑卒中患者均应注意卒中后的心理调摄,对患者进行保持积极健康生活方式的宣教,提倡患者参与休闲娱乐活动,培养克服参加社会活动障碍的自我管理技能。

#### 8.3.3 针对性药物干预

遵医嘱规律服药。建议对基础疾病规范化诊疗<sup>[60]</sup>。

## 9 随访与监测

培养自我监测和自我管理能力是预防和控制脑卒中发生的关键,患者应定期进行大动脉影像学检查,监测血压、血脂、血糖、体质量、同型半胱氨酸等指标,及时与医生进行交流。院方可针对就诊患者建立健康档案,由专人负责为每位高危人群建立健康档案,记录内容包括患者身高、体质量、血压、血管情况、疾病史、吸烟史、饮食运动及服药情况等。

按照高危人群的危险因素进行分层管理,即按照高血压、糖尿病、肥胖、大动脉粥样硬化或狭窄等不同危险因素进行分层管理。因材施教,针对不同人群、不同中医体质制定不同健康教育方案。

定期由专职社区医生、护士及公共卫生管理师对患者进行电话及上门随访,随访内容包括病情监控、健康教育、用药指导等,对患者做好监测及跟踪记录。

### 本指南无利益冲突。

#### 制定本指南专家组成员(按姓氏首字母排序):

陈薇(北京中医药大学)、陈志刚(北京中医药大学东方医院)、崔应麟(河南省中医院)、樊永平(首都医科大学附属北京天坛医院)、方邦江(上海中医药大学附属龙华医院)、高颖(北京中医药大学东直门医院)、郭蓉娟(北京中医药大学东方医院)、韩燕(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、胡文立(首都医科大学附属北京朝阳医院)、金香兰(北

京中医药大学东方医院)、荆志伟(中国中医科学院)、李楠楠(北京中医药大学东方医院)、李淑娟(中国医学科学院阜外医院)、刘金民(北京中医药大学东方医院)、刘尊敬(中日友好医院)、林安基(厦门市中医院)、林亚明(云南中医药大学第一附属医院)、潘剑威(浙江大学医学院附属第一医院)、曲森(首都医科大学宣武医院)、王革生(北京中医药大学东方医院)、王济(北京中医药大学)、王嘉麟(北京中医药大学东方医院)、王健(长春中医药大学附属医院)、王乐(北京中医药大学东方医院)、王新志(河南中医药大学第一附属医院脑病医院)、王忠(中国中医科学院)、吴明华(江苏省中医院)、吴圣贤(北京中医药大学东直门医院)、吴智兵(广州中医药大学第一附属医院)、谢梁震(黑龙江中医药大学附属第一医院)、徐向青(山东中医药大学附属医院)、袁尚华(北京中医药大学东方医院)、张慕慧(北京中医药大学东方医院)、张允岭(中国中医科学院西苑医院)、张志辰(北京中医药大学东方医院)、赵敏(河南中医药大学第一附属医院)、张晓云(成都中医药大学附属医院)、郑国庆(浙江省中医院)、郑香春(北京中医药大学东方医院)、邹忆怀(北京中医药大学东直门医院)。

#### 参考文献:

- [1] GAO S, WANG YJ, XU AD, et al. Chinese ischemic stroke subclassification [J/OL]. *Front Neurol*, 2011, 2: 6 [2022-10-26]. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2011.00006/full>.
- [2] 国家卫生计生委脑卒中筛查与防治工程委员会. 脑卒中筛查与防治技术规范 [J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2013, 5(9): 44-50.
- [3] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第2部分: 证候: GB/T 16751.2—2021 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2021: 171-248.
- [4] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定: ZYYXH/T157—2009 [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-8.
- [5] 中华中医药学会. 成年人中医体质治未病干预指南 [EB/OL]. (2023-03-23) [2023-05-10]. <https://www.cacm.org.cn/2023/03/24/22306/>.
- [6] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2018, 38(2): 136-144.
- [7] 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)制定工作组. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死) [J]. *康复学报*, 2021, 31(6): 437-447.
- [8] 王陇德, 常继乐, 焦雅辉. 中国脑卒中防治报告 2020 [M]. 北京: 中国人口出版社, 2021: 175-176.
- [9] ADAMS HP, BENDIXEN BH, KAPPELLE LJ, et al.

- Classification of subtype of acute ischemic stroke: Definitions for use in a multicenter clinical trial: TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment [J]. Stroke, 1993, 24(1):35-41.
- [10] RINCON F, SACCO RL, KRANWINKEL G, et al. Incidence and risk factors of intracranial atherosclerotic stroke: the Northern Manhattan Stroke Study [J]. Cerebrovasc Dis, 2009, 28(1):65-71.
- [11] ZHANG CQ, LI ZX, LIU LP, et al. The role of hypertension and diabetes mellitus on the etiology of middle cerebral artery disease [J/OL]. Brain Behav, 2022, 12(4): e2521 [2022-10-10]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2521>.
- [12] Chinese IntraCranial AtheroSclerosis (CICAS) Study Group. Geographic and sex difference in the distribution of intracranial atherosclerosis in China [J]. Stroke, 2013, 44(8):2109-2114.
- [13] 林芳,任阳. 超高龄大动脉粥样硬化性卒中患者脑梗死复发的危险因素分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 13(2):66-68.
- [14] 周林涛,钟池,许晓伟,等. 基于 CISS 分型大动脉粥样硬化性脑梗死发病机制与危险因素分析[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(6):12-14.
- [15] 张军,陈建华,王永炎,等. 174 例急性缺血性脑卒中病人危险因素分析[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(6):417-420.
- [16] 刘玥,张允岭,刘金民,等. 脑卒中高危人群中医证候要素研究[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(1):63-67.
- [17] 曹征. 伴颈动脉内膜增厚的脑卒中高危人群危险因素分析及证候要素研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2016.
- [18] 吴俊. 症状性椎基底动脉粥样硬化性狭窄患者危险因素、中医体质及证候要素分析[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2019.
- [19] 杨阳,张允岭,张志辰,等. 伴有颈动脉粥样硬化的 3 716 例脑卒中高危人群证候要素分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8):2927-2930.
- [20] 刘玥,金香兰,张寅,等. 脑卒中高危人群临床流行病学特征的中西医结合研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(8):1180-1183.
- [21] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:59-90.
- [22] 国家卫生健康委员会脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治指南[G]. 北京:国家卫生健康委员会医政医管局, 2021.
- [23] 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. 中国头颈部动脉粥样硬化诊治共识[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(8):572-578.
- [24] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会血脂与动脉粥样硬化学组. 动脉粥样硬化中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(5):507-511.
- [25] 中国卒中学会中国脑血管病临床管理指南撰写委员会. 中国脑血管病临床管理指南(节选版):脑血管病高危人群管理[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(7):700-708.
- [26] 王珍珍,吴启元,赵东科,等. 化痰通络汤治疗缺血性脑卒中的研究进展[J]. 中医研究, 2022, 35(12):84-89.
- [27] 张令霖,连新福,方格,等. 血府逐瘀汤联合西药治疗缺血性中风临床疗效 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(5):927-933.
- [28] 李抗抗. 镇肝熄风汤加减治疗中风 280 例的临床疗效探究[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 4(17):3311.
- [29] 黄金,刘瑜. 天麻钩藤饮治疗急性中风肝阳上亢证研究进展[J]. 光明中医, 2011, 26(4):856-857.
- [30] 郭建红,郑宗兵. 天麻钩藤饮用于治疗风火上扰型中风的临床观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(3):32-33.
- [31] 顾海军. 六味地黄丸加减治疗脑梗死恢复期的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(100):214.
- [32] 刘玉梅,刘彩霞. 杞菊地黄丸加减治疗肾亏虚型高血压的现状及其进展分析[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(5):157-158.
- [33] 施雨俊,徐荣,曾虹玲. 针刺治疗颈动脉粥样硬化斑块的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(5):539-541.
- [34] 赵琳. 针灸对颈动脉粥样硬化血管弹性影响的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2020.
- [35] 中华中医药学会心血管病分会. 高血压中医诊疗专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(15):217-221.
- [36] 张铭,冀雨芳,李盼丽,等. 针刺治疗原发性高血压常用腧穴及研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(5):171-175.
- [37] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治血压管理指南[J]. 实用心脑血管病杂志, 2017, 25(10):87.
- [38] 中华中医药学会. 糖尿病中医防治指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(4):148-151.
- [39] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会动脉粥样硬化与血脂异常专业组. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(3):262-269.
- [40] 毛文锋,司春婴,王贺,等. 房颤发病机制及治疗的中西医结合研究进展[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2020, 22(3):856-862.
- [41] 北京高血压防治协会,北京糖尿病防治协会,北京慢性病防治与健康教育研究会,等. 基层心脑血管病综合管理实践指南 2020[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2020, 12(8):1-73.
- [42] 中华医学会疼痛学分会头面部学组,中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍专委会. 中国偏头痛防治指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(10):

- 721-727.
- [43] 郑淑美,崔海. 针刺治疗偏头痛的 Meta 分析[J]. 中国中医药信息杂志,2012,19(6):20-23.
- [44] 徐榛敏,贾敏,梁晓,等. 偏头痛中医临床实践指南(征求意见稿)[J]. 中国中药杂志,2020,45(21):5057-5067.
- [45] 阻塞性睡眠呼吸暂停与卒中诊治专家共识组. 阻塞性睡眠呼吸暂停与卒中诊治专家共识[J]. 中华内科杂志,2014,53(8):657-664.
- [46] 北京神经内科学会睡眠障碍专业委员会,北京神经内科学会神经精神医学与临床心理专业委员会,中国老年学和老年医学学会睡眠科学分会,等. 卒中相关睡眠障碍评估与管理中国专家共识 2023[J]. 中国卒中杂志,2023,18(2):221-239.
- [47] 张霁,吴华慧,王崑. 针刺对脑梗死患者高同型半胱氨酸血症干预性作用的临床研究[J]. 中国实用医药,2010,5(6):119-120.
- [48] 马晓明,李晶晶,闫兵,等. 调任通督针法治疗急性脑梗塞合并高同型半胱氨酸血症的临床研究[J]. 陕西中医药大学学报,2016,39(4):50-53.
- [49] 汪节,汪瑛,江六顺,等. 耳穴压丸治疗颈动脉粥样硬化疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2017,29(10):1716-1718.
- [50] 张茜. 中医外治法治疗高血压病的网状 Meta 分析[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2021.
- [51] 高晶,戴洪彬,段玉贞. 穴位贴敷治疗糖尿病周围神经病变的 Meta 分析[J]. 中医临床研究,2021,13(12):65-67.
- [52] 万梅. 蠲痛贴剂制备及运用传统中医和现代医学理论治疗偏头痛临床初步观察[D]. 武汉:湖北中医药大学,2018.
- [53] 王越,原霞,郭姗姗. 温针灸联合穴位埋线治疗糖尿病周围神经病变[J]. 吉林中医药,2022,42(7):850-853.
- [54] 吴思远,朱英,刘谦,等. 近 10 年中医外治法治疗偏头痛概况[J]. 大众科技,2017,19(10):68-70.
- [55] 俞航,胡闭月,奚婧,等. 药食同源代茶饮对高血压的辅助治疗效果研究[J]. 中国医药导报,2020,17(4):189-192.
- [56] 丰胜利,张学智,张月苗,等. 自拟降脂代茶饮治疗痰瘀互结型血脂异常的临床观察[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(2):52-53.
- [57] 夏粉仙,李晶晶,徐百兴,等. 穴位埋线配合中药代茶饮治疗糖调节受损的临床研究[J]. 上海针灸杂志,2020,39(11):1376-1379.
- [58] 朱益幡,周洁,蒋建明. 酸枣仁汤代茶饮联合西药治疗肝郁血虚型失眠患者的疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报,2020,44(10):991-994.
- [59] 刘文广,李立华,邱新萍,等. 自拟补气调脾代茶饮治疗 120 例脾气虚质亚健康状态临床研究[J]. 世界中医药,2019,14(4):914-917.
- [60] 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中脑梗死制定工作组. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)[J]. 康复学报,2021,31(6):437-447.

(收稿日期:2023-04-06)

责任编辑:徐昉