

## ·共识与指南·

## 广西急性缺血性脑卒中中西医诊疗专家共识

广西医师协会中医脑病专业委员会

**【摘要】** 桂派中医是祖国医学的重要组成流派,其在广西地区急性缺血性脑卒中的诊疗中发挥着重要作用。为总结桂派中医在急性缺血性脑卒中中西医结合诊疗中的相关经验,广西医师协会中医脑病专业委员会特组织相关领域专家,参考国内外最新研究成果,经讨论后达成统一意见并制定此共识。该共识总结了桂派中医在急性缺血性脑卒中不同时期的中西医辨治原则,以期为国内同行更好应用桂派中医学思想进行急性缺血性脑卒中的诊断、治疗、康复提供参考。

**【关键词】** 急性缺血性脑卒中;中西医结合;诊断;治疗;专家共识;桂派中医

**【中图分类号】** R 743.33 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-7768(2024)04-0349-08

## Guangxi expert consensus on integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of acute ischemic stroke

*Traditional Chinese Medicine Encephalopathy Professional Committee of Guangxi Medical Doctor Association*

**【Synopsis】** Gui medicine, Guangxi school of Chinese medicine, is an important part of traditional Chinese medicine, and it plays an essential role in the diagnosis and treatment of acute ischemic stroke in the Guangxi region. In order to summarize the experience relevant to Gui medicine in the integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of acute ischemic stroke, the Traditional Chinese Medicine Encephalopathy Professional Committee of Guangxi Medical Doctor Association organized experts in this domain, referred to the latest research achievements in China and abroad, and reached and formulated a consensus after discussions. This consensus is a summary of the principles of Gui medicine in differentiating syndromes and treating acute ischemic stroke of different stages, aiming to provide reference for domestic counterparts to better diagnose, treat, and rehabilitate acute ischemic stroke patients using ideas of Gui medicine.

**【Keywords】** Acute ischemic stroke; Integration of traditional Chinese and Western medicine; Diagnosis; Treatment; Expert consensus; Gui medicine

急性缺血性脑卒中,祖国医学称为缺血性中风,占我国脑卒中类型的69.6%~70.8%,具有高发病率、高致残率、高死亡率和高复发率的特点<sup>[1-2]</sup>。早期血管再通治疗(静脉溶栓和血管内介入)是治疗急性缺血性脑卒中的主要方法,但是由于治疗时间窗较短、治疗需要血管造影机等设备、要求医生具备相关操作技术和手术经验等,导致治疗效果并不理想<sup>[3]</sup>。中医药通过辨证论治,可个体化治疗、针对性改善缺血性脑卒中患者的证候或症状,促进神经功能恢复,提

高患者日常生活能力和生存质量<sup>[4-6]</sup>。中西医结合治疗在急性缺血性脑卒中不同时期均可以充分发挥中医和西医各自的优势,达到协同增效的目的。故本共识总结桂派中医在缺血性脑卒中不同时期的中西医辨治原则,以期为国内同行更好应用桂派中医学思想进行急性缺血性脑卒中的诊断、治疗、康复提供参考。

### 1 急性缺血性脑卒中的西医诊治

1.1 诊断标准 急性缺血性脑卒中的诊断标准<sup>[7]</sup>:

(1)急性起病;(2)临床表现为局灶性神经功能缺损

通信作者:古联

(如偏侧肢体无力或麻木、复视、语言障碍等),少数可表现为全面性神经功能缺损;(3)影像学检查提示责任病灶或症状/体征持续24 h以上;(4)排除非血管性及非缺血性病因。

1.2 病因分型 对急性缺血性脑卒中患者进行病因/发病机制分型有助于判断预后、指导治疗和选择二级预防措施。根据当前临床广泛应用的比较类肝素药物治疗急性缺血性脑卒中试验(Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment, TOAST)<sup>[8]</sup>分型系统,将急性缺血性脑卒中分为5个亚型,包括大动脉粥样硬化性(large artery atherosclerosis, LAA)脑梗死、小动脉闭塞性(small artery occlusion, SAO)脑梗死、心源性栓塞性(cardioembolism, CE)脑梗死、其他明确病因性脑梗死(stroke of other determined etiology, SOE)和不明原因性脑梗死(stroke of undetermined etiology, SUE)。

1.3 影像学检查 对疑诊患者应行颅脑平扫CT或常规MRI(如T<sub>1</sub>加权、T<sub>2</sub>加权及弥散加权成像等)检查。综合评估病情后,在不错过溶栓或血管内取栓时间窗的情况下,可结合临床实际情况行急诊血管病变检查(如磁共振血管造影、CT血管造影及数字减影血管造影等)。必要时根据患者的起病时间及临床特征行多模影像学评估,以决定是否行血管内取栓治疗。

#### 1.4 血管再通治疗

1.4.1 静脉溶栓 静脉溶栓治疗是目前恢复脑血流最主要的措施。重组组织型纤溶酶原激活物(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA)和尿激酶是我国目前使用的主要溶栓药。指南指出<sup>[7]</sup>,静脉溶栓治疗有效抢救缺血半暗带组织的时间窗为4.5 h内或6 h内。

1.4.1.1 rt-PA rt-PA是目前推荐治疗急性缺血性脑卒中的首选药物,疗效肯定,在规定剂量及时间窗内使用安全性良好。目前认为发病后4.5 h内静脉使用rt-PA是有效且相对安全的。使用方法:按体重计算剂量(0.9 mg/kg,最大剂量不超过90 mg),其中10%在最初1 min内静脉推注给药,剩余药物在接下来的1 h内持续滴注或泵入完毕<sup>[9]</sup>。用药期间和用药后24 h内应严密监护患者的生命体征。

1.4.1.2 尿激酶 发病6 h内的急性缺血性脑卒中可考虑使用尿激酶溶栓<sup>[10-11]</sup>。使用方法:尿激酶100万~150万IU,溶于100~200 mL生理盐水,持续静脉滴注30 min<sup>[9]</sup>。用药期间应严密监护患者的生

命体征。

1.4.1.3 静脉溶栓的监护及处理 患者需收入重症监护病房或卒中单元,定时进行神经功能检查,在静滴rt-PA过程中每15 min检查1次,此后6 h内每30 min检查1次,然后每1 h检查1次直至rt-PA治疗后24 h;定时测量血压,最初2 h内每15 min测量1次,此后6 h内每30 min测量1次,然后每1 h测量1次直至rt-PA治疗后24 h。若患者出现严重头痛、高血压、恶心或呕吐、神经系统症状体征加重,应立即停用溶栓药物并急查颅脑CT;若收缩压 $\geq 180$  mmHg或舒张压 $\geq 100$  mmHg,应增加血压监测次数,并给予抗高血压药物;鼻饲管、导尿管及动脉内测压管在病情允许的情况下应延迟放置;溶栓24 h后复查颅脑CT,若无出血表现则给予抗凝药物或抗血小板药物<sup>[9]</sup>。

#### 1.4.2 血管内介入治疗

1.4.2.1 急诊血管内机械取栓 若患者同时符合静脉溶栓和血管内机械取栓指征,应在rt-PA静脉溶栓治疗结束后尽早接受血管内治疗,不应越过静脉溶栓治疗及等待观察其疗效。

1.4.2.2 血管内机械取栓 (1)发病24 h内的急性前、后循环大血管闭塞患者,经过临床及影像筛选后,当符合现有循证依据时,均推荐血管内取栓治疗。(2)发病6 h内的前循环大血管闭塞患者,当符合以下标准时,可给予血管内机械取栓治疗:①卒中前改良Rankin量表评分0~1分;②缺血性卒中由颈内动脉或大脑中动脉M1段闭塞引起;③美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)评分 $\geq 6$ 分;④Alberta卒中项目早期CT评分 $\geq 6$ 分。(3)发病6~16 h内的前循环大血管闭塞患者,当符合弥散加权成像(diffusion-weighted imaging, DWI)或计算机断层扫描灌注(computerized tomography perfusion, CTP)联合临床不匹配对醒后卒中和超时间窗就诊卒中患者使用Trevor装置行神经介入治疗(DWI or CTP Assessment with Clinical Mismatch in the Triage of Wake Up and Late Presenting Strokes Undergoing Neurointervention With Trevo, DAWN)标准<sup>[12]</sup>或影像评估筛选缺血性卒中患者血管内治疗3(DEFUSE 3)标准<sup>[13]</sup>时,推荐血管内治疗。(4)发病16~24 h内的前循环大血管闭塞患者,当符合DAWN标准<sup>[12]</sup>时,推荐血管内治疗。(5)发病0~12 h内的急性基底动脉闭塞患者,当符合急性基底动脉闭塞的血管内治疗试验(ATTENTION)标准<sup>[14]</sup>或中国基底动脉闭塞血管内治疗试验(Basilar Artery Occlusion Chinese

Endovascular Trial, BAOCHE)标准<sup>[15]</sup>时,推荐血管内治疗。(6)发病12~24 h内的急性基底动脉闭塞患者,当符合BAOCHE标准时<sup>[15]</sup>,推荐血管内治疗。

1.4.2.3 动脉溶栓 仅建议用于静脉溶栓或血管内机械取栓失败后的补救措施<sup>[16]</sup>。单纯动脉溶栓建议选择rt-PA或尿激酶,目前最佳剂量和灌注速率尚不确定。推荐rt-PA 1 mg/min,总剂量不超过40 mg,或尿激酶1万~3万IU/min,总剂量不超过100万IU。静脉溶栓后的患者,动脉溶栓时rt-PA剂量不应超过30 mg或尿激酶剂量不应超过40万IU。造影显示血管再通或对比剂外渗时,应立即停止溶栓。

1.4.2.4 血管成形术 急诊血管内治疗后,再通血管存在显著狭窄时,如狭窄>70%、影响远端血流(扩展脑梗死溶栓分级<2b50级)、导致再闭塞时,可以考虑行血管成形术(球囊扩张和/或支架置入)。

#### 1.4.3 其他药物治疗

1.4.3.1 抗血小板治疗 (1)阿司匹林为抗血小板聚集的首选药物<sup>[17-18]</sup>。对于未行静脉溶栓及血管内介入治疗的缺血性脑卒中患者,应在发病后尽早给予口服阿司匹林150~300 mg/d治疗,急性期后改为预防剂量50~300 mg/d。(2)溶栓治疗24 h后应完善颅脑影像学检查,排除继发颅内出血后可开始抗血小板治疗。(3)对于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)对于轻型缺血性脑卒中患者(NIHSS评分≤3分),如未接受静脉溶栓治疗,在发病24 h内应尽早开始使用阿司匹林(100 mg/d)和氯吡格雷(75 mg/d)进行双重抗血小板治疗并维持21 d,以降低缺血性脑卒中的再发风险<sup>[19-20]</sup>。(5)在有条件的情况下可完善血栓弹力图、CYP2C19基因检测等,评估患者是否存在阿司匹林或氯吡格雷抵抗<sup>[21]</sup>,若存在抵抗可考虑改用西洛他唑或替格瑞洛等药物进行治疗。

1.4.3.2 他汀类药物 发病前服用他汀类药物的患者可继续使用他汀治疗<sup>[22]</sup>。应使低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C)水平低于1.8 mmol/L(70 mg/dL)或者至少降低50%。即使基线LDL-C水平已达到该目标值,仍需要使LDL-C水平进一步降低30%。若使用最大耐受剂量他汀类药物仍无法达到降脂目标,则可考虑使用前蛋白转化酶枯草溶菌素9抑制剂(如依洛尤单抗或阿利西尤单抗注射液)<sup>[23]</sup>。

1.4.3.3 血糖控制 对于持续高血糖患者(无论是否诊断为糖尿病),当血糖>10.0 mmol/L时,应首选胰岛

素降糖治疗,将血糖控制在7.8~10.0 mmol/L<sup>[7]</sup>。急性期后可视患者病情变化及耐受程度,单独使用胰岛素、单独使用口服降糖药物或胰岛素联合口服降糖药物控制血糖。在长期血糖管理中,建议将糖化血红蛋白控制在<7.0%<sup>[24]</sup>。

1.4.3.4 血压控制 约70%缺血性卒中患者急性期血压升高<sup>[25]</sup>。若患者的血压<220/120 mmHg,且无主动脉夹层、子痫、心力衰竭等合并症,可先选择严密监测血压。若患者的血压≥220/120 mmHg,且未接受血管再通治疗、无合并症,建议在发病后24 h内将血压降低15%。若患者的血压持续≥140/90 mmHg,则于发病后数日启动降压治疗,若患者能够耐受则可将血压进一步降低至130/80 mmHg<sup>[7]</sup>。降压治疗应结合患者病情,选择静脉注射或口服降压药物。

## 2 急性缺血性脑卒中的中医辨证论治

2.1 病因与病机 急性缺血性脑卒中,祖国医学称为缺血性中风。《中西医结合内科学》<sup>[26]</sup>指出:中风病,多因素体禀赋不足,年老虚衰,病势迁延,肝肾不足,阳亢化风;或劳倦内伤致气血内虚,血脉不畅;或因嗜饮酒浆、过食肥甘厚腻,损伤脾胃,内生湿浊,进而化热,阻滞经脉;复加情志不畅、气候变化等因素,以致脏腑功能失调,气血逆乱,风邪夹痰瘀,侵扰脑窍、窜犯经络发为中风。本病的基本病机为阴阳失调,气血逆乱。病位于脑,与心、肝、脾和肾关系密切。

2.2 辨证分型 按病位浅深和病情轻重不同,中风(急性缺血性脑卒中)可分为中经络和中脏腑两类。中经络可分为风痰阻络证、风阳上扰证和阴虚风动证;中脏腑因邪正虚实不同可分为闭证和脱证,其中闭证包括痰热腑实证、痰火瘀闭证和痰浊瘀闭证<sup>[27]</sup>。中经络证因邪留滞经络,致患者气血运行不畅,突然出现半身不遂、口舌歪斜、言语不利等,但一般无意识障碍;而中脏腑证常伴有不同程度的意识障碍,属临床重症<sup>[28]</sup>。

#### 2.2.1 中经络

2.2.1.1 风痰阻络证 临床表现:肌肤不仁,手足麻木,突然口舌歪斜,口角流涎,舌强蹇涩,甚则半身不遂,或兼手足拘挛,关节酸痛。舌质暗淡,苔白腻,脉弦滑。治法:祛风化痰,活血通络。荐方:半夏白术天麻汤合桃仁红花煎加减。组方:茯苓、白术各15 g,延胡索12 g,天麻、桃仁、香附、生姜、大枣各10 g,半夏8 g,陈皮、甘草、青皮各6 g,红花5 g。用法:400 mL



水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。中成药可选用中风汤(广西中医药大学第一附属医院自制),该方基于“化痰通络”的辨证思维,针对广西气候特点自主研发而成,并在广西中医药大学第一附属医院脑病科应用多年,疗效显著。

2.2.1.2 风阳上扰证 临床表现:半身不遂,偏身麻木,言语謇涩,口舌歪斜,头晕头痛,少寐多梦,面红目赤,烦躁不宁,口苦口臭,便干尿赤。舌质红或绛,少苔或苔薄黄,脉弦有力。治法:平肝泻火,息风通络。荐方:天麻钩藤饮加减。组方:石决明、钩藤、夏枯草、珍珠母各30g,川牛膝20g,天麻、黄芩各12g,栀子、赤芍、菊花各10g,桑叶6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

2.2.1.3 阴虚风动证 临床表现:半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇或失语,偏身麻木,烦躁不眠,眩晕耳鸣,手足心热。舌质红绛或暗红,苔少或无、脉细弦或细弦数。治法:滋养肝肾,育阴息风。荐方:镇肝息风汤加减。组方:龙骨、钩藤、牡蛎各30g,代赭石、生地、白芍各20g,牛膝、菊花、枸杞子、龟甲各15g,当归12g,玄参、天冬、天麻各10g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

## 2.2.2 中脏腑

### 2.2.2.1 闭证

(1)痰热腑实证。临床表现:半身不遂,舌强语謇或失语,口舌歪斜,偏身麻木,口黏痰多,腹胀便秘,头晕目眩。舌红,苔黄腻或黄厚燥,脉弦滑。治法:通腑泄热,理气化痰。荐方:桃仁承气汤加减。组方:丹皮、牛膝各15g,全瓜蒌12g,桃仁、大黄、芒硝、枳实各10g,陈胆星、黄芩各8g,红花5g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(2)痰火瘀闭证。临床表现:突然昏仆,口噤目张,气粗息高,或两手握固,或躁扰不宁,口舌歪斜,半身不遂,昏不知人,大小便闭。舌红,苔黄腻,脉弦滑数。治法:清火化痰,息风开窍。荐方:羚角钩藤汤加减,另服至宝丹或安宫牛黄丸以清心开窍。组方:珍珠母30g,钩藤、石决明各15g,石菖蒲12g,天竺黄、郁金各10g,胆南星、半夏各8g,黄连6g,羚羊角(或山羊角)3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(3)痰浊瘀闭证。临床表现:突然昏仆,不省人事,牙关紧闭,口噤不开,两手握固,肢体强痉,大小便闭,面色晦暗,静而不烦,四肢不温甚则逆冷,痰涎壅盛。舌质暗淡,苔白滑而腻,脉沉滑或缓。治法:

豁痰息风,辛温开窍。荐方:涤痰汤加减,另服苏合香丸以宣郁开窍。组方:茯苓、丹参15g,石菖蒲、郁金各12g,竹茹、僵蚕各10g,半夏、胆南星各8g,橘红6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

2.2.2.2 脱证 临床表现:突然昏仆,不省人事,汗多手撒肢冷,目合口张,肢体瘫软,气息微弱,面色苍白,瞳神散大,二便失禁。舌痿质淡紫,苔白腻,脉细弱或脉微欲绝。治法:回阳救逆,益气固脱。荐方:参附汤合生脉散加减。组方:人参15g,附子12g,山萸肉10g,干姜、五味子各6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

### 2.2.3 恢复期和后遗症期

2.2.3.1 风痰瘀阻证 临床表现:舌强语謇或失语,口舌歪斜,口角流涎,半身不遂,肢体麻木。舌淡质紫暗或有瘀斑,苔滑腻,脉弦滑或涩。治法:祛风化痰,化瘀通络。荐方:解语丹加减。组方:鸡血藤、丹参各15g,石菖蒲12g,天麻、天竺黄、地龙、僵蚕、豨莶草各10g,半夏、胆南星各8g,陈皮、远志、桑枝各6g,红花5g,全蝎3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

2.2.3.2 气虚络瘀证 临床表现:半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或失语,偏身麻木,面色苍白,气短乏力,口角流涎,或心悸自汗,纳差,大便稀溏,手足肿胀。舌淡紫或紫暗,或有瘀斑,苔薄白或白腻,脉弦涩或细无力。治法:活血化瘀,益气通络。荐方:补阳还五汤加减。组方:黄芪、鸡血藤各30g,赤芍、川牛膝各20g,桃仁、红花、当归、地龙各10g,川芎5g,全蝎3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

2.2.3.3 肝肾亏虚证 临床表现:半身不遂,患肢僵硬,拘挛变形,舌强謇涩或失语,或肢体肌肉萎缩。舌质红,脉细,或舌质淡红,脉沉细。治法:滋养肝肾。荐方:左归丸合地黄饮子加减。组方:干地黄20g,鸡血藤、枸杞各15g,首乌12g,山萸肉10g,麦冬、石斛各10g,当归6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

## 3 急性缺血性脑卒中的壮医药诊疗技术

壮语中“中风”称为“麻邦”(壮语:Mazmbiengi),是指由于气血虚损、情绪起伏、劳累损伤,致使体内脏腑功能失调,体内阴盛阳衰、阳盛阴衰、阴盛阳盛等,使“三道”(谷道、水道、气道)“两路”[龙路(壮医

对人体内血液传输通路的命名)和火路(壮医对人体内传感之道的命名)]不通,气血逆乱,血冲“巧坞”(大脑),“巧坞”功能失调而发病。

壮医药是壮族人民在长期医疗实践中提炼和升华而逐渐形成的独特的理论体系,具有“阴阳为本,三气同步”的天人自然观,临床中讲求“强调三气同步,司外揣内”,在急性缺血性脑卒中的诊疗中积累了宝贵的经验,疗效较好,是我国传统医药的重要组成部分,具有明显的民族特色及地方特色<sup>[29-30]</sup>。

3.1 内科治法 壮医亦将急性缺血性脑卒中分为中经络和中脏腑。其中,中经络可分为阳证和阴证,阳证包括风阳上扰证、痰热腑实证和阴虚风动证,阴证包括风痰阻络证和气虚血瘀证;中脏腑可分为阳证和阴证,阴证包括阴闭证和虚脱证。

### 3.1.1 中经络

#### 3.1.1.1 阳证

(1)风阳上扰证。临床表现:半身不遂,偏身麻木,口舌歪斜,言语不利,平素头晕头痛,耳鸣目眩,或手足重滞,舌质红苔黄,脉弦。治法:祛风毒,清热毒,调整巧坞。推荐方药:九龙藤(壮药名:勾燕)、大叶千斤拔(壮药名:棵壤丁)等合天麻钩藤饮加减。拟方:天麻、钩藤(壮药名:勾刮欧)、大叶千斤拔、九龙藤各15g,黄花倒水莲(壮药名:棵华现)12g,生石决明(壮药名:棵薄荷)、川牛膝、益母草(壮药名:埃闷)、黄芩、栀子、杜仲(壮药名:棵杜仲)、桑寄生(壮药名:棵想)、朱茯神、首乌藤各10g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(2)痰热腑实证。临床表现:半身不遂,言语不利,口舌歪斜,腹胀便秘,口黏痰多,午后面红烦热,舌红,苔黄腻或黄燥,脉弦滑大。治法:清热化痰,通腑泻浊。推荐方药:钩藤、大叶千斤拔、走马胎(壮药名:棵封勒)、宽筋藤(壮药名:勾丛)等合星萎承气汤加减。拟方:钩藤、大叶千斤拔、宽筋藤各15g,胆南星、瓜蒌皮、走马胎、黄根(壮药名:壤现)各10g,生大黄、芒硝各3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(3)阴虚风动证。临床表现:言语不利,口舌歪斜,腰酸,手足瞤动,半身不遂,肢麻,舌质红,苔腻,脉弦细数。治法:滋养肝肾,祛风毒。推荐方药:麦冬(壮药名:甲细)、旱莲草(壮药名:黑么草)等合镇肝息风汤加减。拟方:麦冬20g,生龙骨、生牡蛎(壮药名:甲虽)、大叶千斤拔各15g,白芍、玄参、黄花倒水莲各12g,龟甲、代赭石(壮药名:不奎)、天冬、怀牛

膝、宽筋藤各10g,旱莲草9g,川楝子(壮药名:美楝)、茵陈、麦芽、甘草各6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

#### 3.1.1.2 阴证

(1)风痰阻络证。临床表现:半身不遂,口舌歪斜,肢体拘急或麻木,舌强蹇涩或失语,头晕目眩,舌质暗红,苔白腻或黄腻,脉弦滑。治法:祛风毒,化痰瘀,通两路。推荐方药:蜈蚣(壮药名:息挡)等合半夏白术天麻汤加减。拟方:天麻、走马胎各15g,半夏(壮药名:棵半夏)、化橘红(壮药名:卜能盆)、茯苓、白术、大叶千斤拔各10g,甘草、大枣各6g,蜈蚣、生姜(壮药名:兴)各3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(2)气虚血瘀证。临床表现:半身不遂,肢体瘫软,偏身麻木,言语不利,口舌歪斜,面色㿔白,气短乏力,心悸自汗,便溏,手足肿胀,舌质暗淡,苔薄白或白腻,脉细缓或细涩。治法:调嘘勒(气血),活血通路。推荐方药:扶芳藤(壮药名:勾咬)、五指毛桃(壮药名:棵西思)、鸡血藤(壮药名:勾勒给)等合补阳还五汤加减。拟方:生黄芪30g,扶芳藤、五指毛桃、鸡血藤各20g,当归尾15g,赤芍、川芎、大叶千斤拔、走马胎、牛大力(壮药名:勾两抹)各10g,桃仁6g,红花、地龙(壮药名:堵粘)各3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

### 3.1.2 中脏腑

3.1.2.1 阳证 临床表现:突然昏仆,不省人事,半身不遂,肢体强痉拘急,口舌歪斜,鼻鼾痰鸣,痰多息促,身热,面红目赤,或见抽搐,躁扰不宁,大便秘结,舌质红或红绛,苔黄腻或黄厚干,脉滑数有力。治法:清热化痰,调整巧坞。推荐方药:钩藤、石菖蒲(壮药名:棵息忍)、等合羚羊角汤加减,送服安宫牛黄丸。拟方:钩藤、石菖蒲各15g,羚羊角粉、菊花、夏枯草(壮药名:牙呀结)、柴胡、薄荷、生石决明、龟甲、白芍、生地、丹皮、黄根、大叶千斤拔各10g,蝉衣(壮药名:堵频)、大枣各6g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

#### 3.1.2.2 阴证

(1)阴闭证。临床表现:突然昏仆,不省人事,半身不遂,肢体瘫痪不收,口舌歪斜,痰涎涌盛,面色晦暗,四肢逆冷,舌质暗淡,苔白腻,脉沉滑或缓。治法:温阳化痰,调整巧坞。推荐方药:黄花倒水莲等合涤痰汤加减,送服苏合香丸。拟方:石菖蒲、化橘红、黄花倒水莲、枳实各15g,制胆南星、制半夏、茯苓

各10g,竹茹、人参各6g,甘草、生姜、大枣各3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

(2)虚脱证。临床表现:突然昏仆,不省人事,汗多手撒肢冷,目合口张,肢体瘫软,气息微弱,面色苍白,瞳神散大,二便自遗,舌痿质淡紫,苔白腻,脉微欲绝。治法:回阳固脱。推荐方药:肉桂(壮药名:能桂)、八角茴香(壮药名:芒抗)、黄花倒水莲等合参附汤加减。拟方:黄花倒水莲20g,人参12g,大叶千斤拔10g,炮附子9g,肉桂5g,八角茴香、生姜各3g。用法:400mL水煎服,每日1剂,分2次温服,一共服用3剂。

## 3.2 外治法

### 3.2.1 壮医药线点灸疗法

壮医药线点灸疗法是采用广西壮族地区出产的名贵药材,经过加工制成一定大小的药线,点燃后直接灼灸人体体表相应的穴位或部位,用以预防和治疗疾病的独特治疗技法<sup>[31]</sup>。

急性缺血性脑卒中者,上肢可取肩髃穴、曲池穴、手三里穴、外关穴、合谷穴,下肢可取环跳穴、阳陵泉穴、足三里穴、解溪穴、昆仑穴等穴位。口眼喎斜者,取地仓穴、颊车穴、合谷穴、内庭穴、太冲穴,再依病部酌取牵正穴、水沟穴、四白穴、下关穴等穴位。每天点灸1次,疗程视具体情况而定。

### 3.2.2 药物竹罐疗法

壮医药物竹罐疗法历史悠久,临床应用较为广泛,其主要通过将特制竹罐投入加热煮沸的药水,后将充满壮药蒸气的竹罐吸附在治疗部位,使“三道”“两路”气机通畅,从而达到平衡气血的功效<sup>[32]</sup>。

急性缺血性脑卒中者,取华佗夹脊穴、足太阳膀胱经、手阳明大肠经、足少阳胆经、足阳明胃经、足太阴脾经的穴位。华佗夹脊穴与背部膀胱经穴位交替使用,采用密排罐法留罐10~15min;余穴取患侧穴位,每次选取2~3个上肢穴位、2~3个下肢穴位,针刺得气出针后拔罐,也可用梅花针扣刺拔罐,留罐10~15min。煮罐时,放数条毛巾于药水内与罐同煮,启罐后,可用镊子将锅中毛巾取出拧干,轻敷于吸拔部位上,凉则换之,反复2~3次。每日施术1次。

### 3.2.3 刮疗法

壮族人民长期生活在“多毒”环境中,故壮医形成了独特的“毒-虚致病论”病因学说,认为“三道”“两路”遭受各种有形无形之毒的侵害,是致病的主

因之一;而刮疗法可起到调节和畅通人体气血、增强人体抗病能力、加速邪毒化解和排出体外的作用,使三气复归同步而达到治疗目的<sup>[29]</sup>。

急性缺血性脑卒中者,刮头面部、背部、胸腹部、上肢、下肢。先刮头面部,再刮背部,后刮胸腹部,最后刮四肢部。头面部、胸腹部手法较轻柔,背部手法可稍加重,四肢肌肉丰厚部可用稍重手法,肌肉纤薄处手法宜轻。每个部位刮至出痧,隔日1次,7次为1疗程。

### 3.2.4 壮医滚蛋疗法

壮医滚蛋疗法是壮医特色诊疗方法之一,其作用机理在于通过刺激龙路和火路的体表经络,生发人体正气,继而驱散毒邪,调节气血阴阳平衡,体现壮医药简、便、廉、验、捷的特点<sup>[33]</sup>。

急性缺血性脑卒中者,取煮好的温热蛋1只,趁热在头部、额部、面部、颈部、四肢反复滚动热熨。每个部位来回滚动20余次。滚蛋后,嘱患者注意防寒,避免受风。每天1次,根据病情至患者症状缓解,以及蛋黄表面隆起的小点减少或消失为止。

## 4 总结与展望

随着急性缺血性脑卒中的研究不断深入,规范诊疗已成为大势所趋,目前我国尚且缺乏结合地域实际和特色的诊疗方案,本专家共识的订立和推广,将有助于展示涵盖壮医药在内的广西地区急性缺血性脑卒中的诊治方案及特点,推动我国少数民族地区急性缺血性脑卒中诊疗技术的发展。

4.1 规范诊疗,振兴祖国医药 中医辨证思维决定了急性缺血性脑卒中诊疗领域用药遣方的百花齐放,医疗机构中药制剂是中医药的特色体现,也是中药新药创制的重要源泉。基于我国目前高度重视挖掘用药经验、不断优化中药新药研发策略、建立中医药临床信息数据库、提高医院内部制剂知识产权保护 and 成果转化等先进理念<sup>[34]</sup>,广大医务工作者研发中药制剂的积极性不断提高。本专家共识以广西中医药大学第一附属医院中风汤及壮医药特色疗法抛砖引玉,为广大患者提供安全有效的诊疗方案,进一步推动我国中医药事业的发展。

### 4.2 中西医结合,助力精准医学

传统中医“辨证论治”和现代“精准医学”理念具有相通之处,通过中医临床大数据的收集与利用、建立中医证候生物大样本库、深入探索证候的组学基础、推进生物信息学分析在中医药的应用有望实现



“精准证候”<sup>[35]</sup>。当前对缺血性脑卒中的中医辨证分型与人类基因表达水平等领域研究已渐趋深入<sup>[36]</sup>,本专家共识旨在规范缺血性脑卒中中西医诊疗方向贡献广西智慧。以中医药引领的中医西医结合临床思维也将推动急性缺血性脑卒中精准诊疗模式的构建,在急性缺血性脑卒中的早期预防、诊断、治疗等多方面发挥独特优势。

2012年至今,西医在急性缺血性脑卒中的治疗上取得了长足进步,尤其是脑灌注成像指导下的静脉溶栓或动脉内血管再通治疗,极大地改善了急性缺血性脑卒中患者的预后<sup>[37-38]</sup>。但对于轻型缺血性脑卒中患者能否接受急诊血管内治疗,急性期缺血性脑卒中患者能否接受早期降压治疗,以及降压目标值、降压药物的选择等一系列临床诊治及临床管理问题,目前在西医领域内仍存在争议,需要更进一步的高水平循证医学证据支持。

综上所述,急性缺血性脑卒中病因机制复杂,临床症状发展急骤且多变,诊治思路百花齐放。本次专家共识的编撰参照国内外经典和前沿研究进展,集合广西区内中医脑病科专家,汇聚相关诊疗经验和研究成果,立足于临床实际,力求以实用为主,突显民族特色,从中西医领域分别阐述了急性缺血性脑卒中的相关诊治思路,以期协助提高区内外中西医临床医师的急性缺血性脑卒中诊疗水平。受篇幅和时间所限,本次专家共识不尽之处难免,如何将广西急性缺血性脑卒中中西医诊疗思想充分融会贯通,拓展精炼,使急性缺血性脑卒中达到规范化的诊疗,仍需不断规划和探索。

执笔作者:杨俊威(广西中医药大学第一附属医院),林浩海(广西中医药大学第一附属医院)

参与本次专家共识编撰的作者:

杨俊威(广西中医药大学第一附属医院),林浩海(广西中医药大学第一附属医院),张永全(广西中医药大学附属瑞康医院),罗宁(广西中医药大学附属瑞康医院),兰鹏(南宁市中医医院),谭凯文(南宁市中医医院),安红伟(柳州市中医医院),周义杰(桂林市中医医院),徐守权(梧州市中医医院),吕军(玉林市中医医院),林佳明(钦州市中医医院),袁昌杰(河池市中医医院),吕军影(广西医科大学第一附属医院),王凯华(广西国际壮医医院),郑勇文(桂平市中医医院),薛伟新(贺州市中医医院),陆春光(贵港市中医医院),陆岸英(宾阳县中医医院),秦升(灵山县中医医院),张青萍(广西中医药大学第一附属医

院),窦维华(广西中医药大学第一附属医院),谭庆晶(广西中医药大学第一附属医院),刘永辉(广西中医药大学第一附属医院),黄勇华(广西中医药大学第一附属医院),吴鹏(广西中医药大学第一附属医院),王晋平(广西中医药大学第一附属医院),陈清(广西中医药大学第一附属医院),韦宝平(广西中医药大学第一附属医院),胡恕艳(广西中医药大学第一附属医院),黄紫倩(广西中医药大学第一附属医院),蒋媛静(广西中医药大学附属瑞康医院),古联(广西中医药大学第一附属医院)

## 参 考 文 献

- [1] Wang WZ, Jiang B, Sun HX, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population-based survey of 480 687 adults[J]. *Circulation*, 2017, 135(8): 759-771.
- [2] Wang DR, Liu JF, Liu M, et al. Patterns of stroke between university hospitals and nonuniversity hospitals in mainland China: prospective multicenter hospital-based registry study[J]. *World Neurosurg*, 2017, 98: 258-265.
- [3] 中华预防医学会卒中预防与控制专业委员会介入学组,急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识组. 急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识[J]. *中华医学杂志*, 2014, 94(27): 2097-2101.
- [4] 孟珂,来艳丽. 益气活血汤联合特色中医延续护理对缺血性脑卒中的影响[J]. *光明中医*, 2024, 39(8): 1639-1641.
- [5] 张斌禹,徐春兰. 银杏二萜内酯葡胺联合依达拉奉治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中的临床疗效[J]. *临床合理用药杂志*, 2024, 10(12): 29-32.
- [6] 王欣宇,唐新桥,李兰,等. 熄风化痰方联合醒脑开窍针法治疗后循环缺血性脑卒中的疗效及对脑血流动力学的影响[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2024, 22(8): 1384-1388.
- [7] 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(9): 666-682.
- [8] Adams HP Jr, 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.
- [9] 徐蕾,龚涛. 急性缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作的治疗[J]. *中华全科医师杂志*, 2012, 11(4): 248-250.
- [10] 国家“九五”攻关课题协作组. 急性脑梗死六小时以内的静脉溶栓治疗[J]. *中华神经科杂志*, 2002, 35(4): 210-213.
- [11] 陈清棠,贺茂林,徐忠宝,等. 急性脑梗死(6 h以内)静脉溶

- 栓治疗[J]. 中风与神经疾病杂志, 2001, 18(5): 259-261.
- [12] Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct[J]. *N Engl J Med*, 2018, 378(1): 11-21.
- [13] Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging [J]. *N Engl J Med*, 2018, 378(8): 708-718.
- [14] Tao CR, Li R, Zhu YY, et al. Endovascular treatment for acute basilar artery occlusion: a multicenter randomized controlled trial (ATTENTION)[J]. *Int J Stroke*, 2022, 17(7): 815-819.
- [15] Jovin TG, Li CH, Wu LF, et al. Trial of thrombectomy 6 to 24 hours after stroke due to basilar-artery occlusion[J]. *N Engl J Med*, 2022, 387(15): 1373-1384.
- [16] Texakalidis P, Giannopoulos S, Karasavvidis T, et al. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke: a Meta-analysis of stent retrievers vs direct aspiration vs a combined approach[J]. *Neurosurgery*, 2020, 86(4): 464-477.
- [17] Glenny AM, Altman DG, Song F, et al. Indirect comparisons of competing interventions[J]. *Health Technol Assess*, 2005, 9(26): 1-134, iii-iv.
- [18] 急性缺血性脑卒中临床试验(CAST)协作中心, 急性缺血性脑卒中临床试验(CAST)全国协作组. 全国2万例急性缺血性脑卒中早期抗血小板治疗临床对照研究结果(CAST临床试验)[J]. *中国循环杂志*, 1999, 14(1): 34-36.
- [19] Wang Y, Wang Y, Zhao X, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack[J]. *N Engl J Med*, 2013, 369(1): 11-19.
- [20] Johnston SC, Easton JD, Farrant M, et al. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke and high-risk TIA [J]. *N Engl J Med*, 2018, 379(3): 215-225.
- [21] 屠鸿翔, 叶银才, 林超, 等. *CYP2C19* 基因多态性与血栓弹力图检测氯吡格雷药效相关性研究[J]. *中国卫生检验杂志*, 2022, 32(4): 436-438.
- [22] Blanco M, Nombela F, Castellanos M, et al. Statin treatment withdrawal in ischemic stroke: a controlled randomized study[J]. *Neurology*, 2007, 69(9): 904-910.
- [23] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023年)[J]. *中华心血管病杂志*, 2023, 51(3): 221-255.
- [24] 中华医学会糖尿病学分会, 中华医学会内分泌学分会. 中国成人2型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略专家共识[J]. *中华糖尿病杂志*, 2020, 12(1): 1-12.
- [25] Tikhonoff V, Zhang HF, Richart T, et al. Blood pressure as a prognostic factor after acute stroke[J]. *Lancet Neurol*, 2009, 8(10): 938-948.
- [26] 陈志强, 蔡光先. 中西医结合内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [27] 吴勉华, 石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [28] 田婷. 急性脑出血中脏腑证的临床特点[J]. *中医临床研究*, 2020, 6(23): 12-15.
- [29] 黄汉儒. 壮医理论体系概述[J]. *中国中医基础医学杂志*, 1996(6): 3-7.
- [30] 林辰. 论壮医的诊治用药特色[J]. *中国民族医药杂志*, 2006, 12(6): 1-3.
- [31] 黄瑾明, 黄汉儒. 壮医药线点灸疗法[J]. *医学文选*, 1991, 5(4): 80-81.
- [32] 施朝佳, 曹知勇, 覃歆媛, 等. 壮医药物竹罐疗法研究近况[J]. *广西中医药*, 2022, 8(3): 72-74.
- [33] 林辰, 吕琳. 壮医外治学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 94-95.
- [34] 马忠明, 欧阳辉, 倪健, 等. 医疗机构中药制剂现状及其对中药新药研发路径的启发[J]. *中国中药杂志*, 2024, 10(5): 1415-1420.
- [35] 古联, 申婷婷, 严雁, 等. 基于传统中医辨证与现代组学研究的“精准证候”研究理论初探[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(1): 96-100.
- [36] 杨俊威. *IRAK4*、*IRF5* 基因 mRNA 表达水平与缺血性中风风痰瘀阻证的关联研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2017.
- [37] Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials[J]. *Lancet*, 2014, 384(9958): 1929-1935.
- [38] Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct[J]. *N Engl J Med*, 2018, 378(1): 11-21.
- (收稿日期: 2024-04-20 修回日期: 2024-07-03)
- 引用本文: 广西医师协会中医脑病专业委员会. 广西急性缺血性脑卒中中西医诊疗专家共识[J]. *内科*, 2024, 19(4): 349-356.
- DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2024.04.01