

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 023—2021

脑出血中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage 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

发布

目 次

前 言..... I

引 言..... II

脑出血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 病因分类..... 3

 5.3 中医证候诊断..... 4

6 中西医结合治疗..... 5

 6.1 早期一般治疗..... 5

 6.2 预防血肿扩大..... 6

 6.3 血肿周围水肿治疗..... 6

 6.4 凝血相关脑出血治疗..... 7

 6.5 中药治疗..... 7

 6.6 并发症管理..... 9

 6.7 康复治疗..... 11

 6.8 二级预防..... 13

 6.9 护理调摄..... 13

 6.10 功能结局预测..... 14

附录 A（资料性）..... 16

附录 B（资料性）..... 17

附录 C（资料性）..... 18

参考文献..... 19

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：唐璐、冀瑞俊。

本共识专家组（按姓氏笔画为序）：马丽芳、王芳、史华伟、刘金民、刘艳芳、张东、陈志刚、周莉、陈琳、陆菁菁、鞠奕。

引 言

随着中国人口老龄化日益加剧，脑出血（Intracerebral Hemorrhage, ICH）的发病人数持续增长，《中国脑卒中防治报告 2019》显示 ICH 发病率高达 62/10 万人/年，约占所有脑卒中的 15%-20%^[1]。与脑梗死相比，ICH 病情变化快，且更凶险，致死率更高，发病 30 天病死率高达 35%-52%，仅有 20% 患者在 6 个月后能够恢复生活自理能力^[2]。

目前脑出血尚缺乏可靠证据支持的特异性治疗方法。仅有约 7% ICH 患者接受外科手术治疗^[3]，但早期手术清除脑叶出血并没有导致更好的临床转归^[4]，经内镜下脑内血肿清除手术被证实是安全的且有助于降低病死率^[5]，然而仍有部分患者出现疾病加重恶化的情况，可能是血肿释放毒性产物引发的继发性损伤所致^[6]。《中国脑出血诊治指南（2019）》^[7]除了一般支持治疗和积极血压、血糖管理，尚无推荐的常规用药。抗氧化剂和铁螯合剂是近年来研究较多的治疗药物，研究显示 ICH 应用自由基清除剂治疗是安全可耐受的，如 NXY-059^[8]和依达拉奉^[9]，但未能改善临床预后；铁螯合剂甲磺酸去铁胺治疗 ICH II 期临床研究提示其不能改善患者 90 天预后^[10]。中医药治疗脑出血具有多靶点作用机制、受益人群广泛、依从性好的优势，切合当前脑出血治疗的难点，但中医理论体系和辨证复杂，难以被西医掌握，严重制约了疗效的提高。面对脑出血严峻的诊疗现状，中西医结合可优势互补，有利于充分发挥中医与西医在防治脑出血方面的特色与优势，对规范临床实践，改善患者预后具有重要意义。

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，分析评价现有的脑出血中西医结合诊治脑出血的临床研究证据，结合治疗现状与经验，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《脑出血中西医结合诊疗专家共识》。

本共识形成的中西医结合诊疗方案既符合脑出血的病理过程，又体现了中医的病机理论。在检索评价文献，参照中西医指南的基础上，围绕脑出血临床不同阶段的防治目标，制定干预策略，推荐治疗措施与方药，具有较强的临床可操作性。

本共识参照国际规范的共识形成方法编制，其科学性、实用性和依从性等仍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。

脑出血中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识适用于脑出血的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科（脑病科）、内科、中医科、急诊科、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·西医疾病部分（脑出血）》^[11]

2015 年《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》^[12]

2016 年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》

2017 年国家中医重点专科协作组《中风病（脑出血）中医诊疗方案》及《中风病（脑出血）中医临床路径》

2019 年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》

2019 年中华医学会神经病学分会《中国脑出血诊治指南（2019）》^[7]

2020 年中华医学会神经外科学分会《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

脑出血：非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血。发生的原因主要与脑血管的病变有关，即与高血压、高血脂、糖尿病、血管的老化、吸烟等密切相关。

中风病：在气血内虚的基础上，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。临床还可见以突发眩晕，或复视，

或行走不稳，或饮水呛咳等为主要表现者，亦属中风病范畴。分为缺血性中风和出血性中风。

幕上/幕下脑出血：幕指的是小脑幕，是大脑与小脑的一个交界。幕上脑出血指的是大脑半球的脑出血；幕下脑出血指的是小脑，脑干以及第Ⅲ、第Ⅳ脑室发生的脑出血。

脑淀粉样血管病： β 淀粉样蛋白在皮层或软膜血管壁的大量沉积，导致血管脆性增加，最终引血管破裂和脑出血的形成。临床特征以痴呆、精神症状、反复或多发性脑叶出血为主要表现。头颅 MRI 影像学可见脑叶出血，皮层表面铁沉积或微出血。

4 发病机制与病因病机

脑出血最常见的病因是高血压所致细、小动脉硬化，长期高血压使脑细、小动脉发生玻璃样变和纤维索性坏死，管壁弹性减弱，血压骤然升高时血管破裂出血。在血流冲击下，血管壁病变也会导致微小动脉瘤形成，当血压激烈波动时，微小动脉瘤破裂而导致脑出血。中医认为，脑出血属“中风病”的范畴，其常见病因包括内伤积损、情志过极，饮酒饱食、劳欲过度等，以脏腑功能失调，阴阳失衡，气血逆乱，上犯于脑，络破血溢于脑脉之外为其基本病机。急性期风、火（热）、痰、瘀毒彰显，恢复期髓伤正虚为要。脑出血的病理过程可分为原发性和继发性损伤。原发性脑损伤在发病后数小时内发生，血肿的占位效应和机械压迫损伤是主要原因，血肿压迫周围脑组织，导致局部脑血流量下降，产生缺血性损伤^[13]。中医认为在本阶段，因“风火引动，血溢脉外”形成的离经之血亦属血瘀，瘀停脉外，脑髓受压，使其不能“司运动、统感官，主明辨”，故出现半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜、言语謇涩之症，重症者可出现清窍闭塞，神志昏蒙。继发性损伤由一系列复杂的损伤机制构成。一方面，脑出血激活凝血级联反应和诱导凝血酶的产生，损伤血管内皮细胞，降解紧密连接蛋白，破坏血脑屏障的完整性，发生微循环灌流障碍，导致血管源性水肿和细胞毒性水肿^[14]。在这一损伤环节中，中医认为是由于瘀停脉外，脉道不利，津液渗出，形成痰浊，甚则化水为肿，压迫脑络，阻碍气血运行，妨碍脑髓气血渗灌，使周边脑髓失于气血荣养，不利于其发挥应有的功能^[15, 16]。另一方面，血肿周围组织存在明显小胶质细胞激活，白细胞浸润和炎性因子释放，产生兴奋性毒性，导致神经元损伤^[17]；同时，由于血肿组织释放出了大量的血管活性物质和毒性代谢产物，如血红蛋白、血红素、铁离子等，血肿中血红蛋白裂解产生的铁离子诱导大量的羟自由基释放，过度激活氧化应激反应，引起白质纤维损伤和细胞凋亡坏死，最终导致神经功能缺损^[18]。中医认为，此阶段的核心病机在于“毒损脑络，络损髓伤”，“毒”具有增生异物、败坏形质的特性，毒损脑络的病机理论与脑出血后炎症反应、血肿形成、血肿周围组织缺血、脑水肿、氧自由基损害等病理过程高度契合^[19]。

5 诊断

5.1 疾病诊断标准

参考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发布的《中国脑出血诊治指南（2019）》^[7]，脑出血的诊断标准如下：

- 1) 急性起病；
- 2) 局灶神经功能缺损症状（少数为全面神经功能缺损症状），常伴有头痛、 呕吐、血压升高及不同程度意识障碍；
- 3) 头颅 CT（Computed Tomography, CT）或磁共振（Magnetic Resonance Imaging, MRI）显示脑实质新鲜出血灶；
- 4) 排除非血管性脑部病因。

5.2 病因分类

自发性脑出血的病因通常分为两类：原发性脑出血和继发性脑出血。前者约占整体自发性脑出血的 80%，病因主要包括高血压性脑出血和脑淀粉样血管病性脑出血；继发性脑出血占整体自发性脑出血的 20%，病因主要包括继发于出凝血障碍疾病、抗凝治疗、脑动脉瘤、脑血管畸形、脑静脉系统血栓形成、烟雾病、血管炎、神经系统肿瘤，以及脑梗死后出血转化等（见表 1）。

表 1 自发性脑出血常见病因分类

原发性脑出血	脑小动脉硬化或微动脉瘤破裂 脑淀粉样血管病
继发性脑出血	凝血障碍疾病 抗栓治疗 脑血管畸形（如脑动静脉畸形、脑动静脉瘘、海绵状血管畸形、静脉畸形等） 脑动脉瘤 脑静脉系统血栓形成 烟雾病 脑血管炎 脑肿瘤（原发性脑肿瘤和转移瘤）

	继发于脑梗死（包括出血转化和实质血肿） 感染性心内膜炎 可逆性脑血管收缩综合征 可逆性后部脑病综合征 其他
--	---

5.3 中医证候诊断

参考中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分（脑出血）》^[11]和脑出血中医活血化痰治疗方案相关研究共识^[16]，常见中医证候如下：

1) 热毒内蕴证

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：头晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干。

舌脉：舌质红或红绛，舌苔黄，脉弦数。

2) 肝风内动证

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：烦躁失眠，头晕耳鸣。

舌脉：舌质红绛或暗红，或舌红瘦，少苔或无苔，脉弦。

3) 痰浊阻络证

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，面白唇暗，肢体松懈，瘫软不温，静卧不烦。

舌脉：舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。

4) 阴虚血瘀证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：烦躁失眠，头晕耳鸣，手足心热，咽干口燥。

舌脉：舌质红绛或暗红，或舌红瘦，少苔或无苔，脉弦细或弦细数。

5) 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：面色㿔白，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，或舌边有齿痕，舌苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或细弦。

共识一：

- 1) 脑出血的基本病机是“血溢脑脉之外”，离经之血即为血瘀，“血瘀证”作为基本证候贯穿脑出血病程始终。
- 2) 脑出血早期核心病机在于“毒损脑络，络损髓伤”，“毒”的产生与血瘀、痰浊、火热等病理产物有关，早期治疗在辨证论治基础上强调解毒化瘀。
- 3) 脑出血发病早期以热毒内蕴证、肝风内动证、痰浊阻络证多见，疾病后期以阴虚血瘀证、气虚血瘀证更多见。

6 中西医结合治疗**6.1 早期一般治疗^[7]**

卧床休息，避免情绪激动，保持大便通畅；持续生命体征监测、意识水平及神经功能评价、心电图监测及外周血氧饱和度监测等；存在低氧血症的患者应给予吸氧，气道功能严重障碍者应给予气道支持及辅助通气。在有条件的医院，急性脑出血患者应尽早转移至卒中单元或重症监护病房接受组织化的卒中医疗救治。

6.1.1 血压管理

1) 结合患者以往基础血压情况、出血部位、出血量，分析血压升高的原因（例如膀胱充盈、颅内高压、呕吐等），再根据血压情况决定是否降压、如何降压。

2) 对于收缩压 150-220 mmHg 的住院患者，在没有急性降压禁忌证的情况下，数小时内降压至 130-140mmHg 是安全的。

3) 对于收缩压>220 mmHg 的脑出血患者，在密切监测血压的情况下，持续静脉输注药物控制血压可能是合理的，收缩压目标值为 160mmHg，在降压治疗期间应严密观察血压水平的变化，避免血压波动，每隔 5-15 min 进行 1 次血压监测，及时调整降压方案。

6.1.2 血糖管理

需要关注脑出血患者的血糖情况，过高、过低血糖均可影响患者的预后。最佳血糖管理方案和目标值尚未确定，血糖值可控制在 7.8-10.0 mmol/L。

6.1.3 体温管理

脑出血患者的中枢性发热大多出现于发病早期，感染发热多出现于 72h 之后。尚未发现控制体温可以改善患者的预后，因此明确患者发热病因，给予有针对性管理是关键任务。

6.2 预防血肿扩大

6.2.1 强化血压管理

血压监测和处理是脑出血急性期治疗关键，早期控制血压可降低再出血的危险，防止血肿扩大。对于自发性脑出血患者将收缩压降至 140mmHg 是相对安全的^{[20][21]}。筛选可以从强化降压中获益的亚组人群尚待进一步临床研究。

6.2.2 止血药物治疗

氨甲环酸用于脑出血治疗的安全性和有效性有待于进一步临床研究证实^[22]。FAST 研究提示对于自发性脑出血的患者不推荐使用重组 VII 因子预防血肿扩大^[23]。

6.2.3 血肿清除治疗

1) 原发性幕上脑出血

对于幕上脑出血，尽管多种外科血肿清除方法广泛的应用于临床，但目前尚无明确的循证医学证据支持。对于脑出血造成脑疝的患者，必要时可尝试血肿清除术或去骨瓣减压术，以挽救生命。

2) 原发性幕下脑出血

尽管无随机对照临床研究支持，临床上对于小脑出血，合并脑干受压或神经功能进行性恶化的患者，通常采用外科开颅血肿清除以挽救生命^[24, 25]。

3) 脑室出血手术治疗

对于幕上自发性脑出血患者，有明确的脑积水影像证据和 / 或临床证据（如患者出现进行性意识水平下降）建议脑室外引流。

共识二：

1) 若病情危重或发现有继发原因且符合手术指征，立即至神经外科行手术治疗，术后患者可依据病情辨证论治给予中药治疗，研究证实术后使用中药对加速血肿清除具有一定的促进作用，推荐在手术 24 小时后排除再出血风险的基础上使用。

2) 非手术患者进行血压、血糖、止血以及针对病因等治疗的基础上推荐中药治疗。

6.3 血肿周围水肿治疗^[26]

血肿周围水肿（Peri-hematoma Edema, PHE）是脑出血后常见的临床表现。研究显示 PHE 在脑出血后即开始出现，逐渐加重，发病 14 天左右达到高峰。同时，PHE 与脑出血不良预后明显相关，尤其

对于血肿体积在 30ml 以下的患者。临床上治疗方法如激素、甘露醇、甘油果糖、过度通气等，均无明确的循证医学证据支持。

共识三：

脑出血早期根据临床辨证可应用具有清热解毒、益气活血、利水消肿作用的中药，如清开灵注射液^[27]、醒脑静注射液^[28]、脑血疏口服液^[29]等，具有减轻脑水肿的作用。

6.4 凝血相关脑出血治疗

1) 使用抗栓药物发生脑出血时，应立即停药。询问最后一次用药时间及剂量，同时尽快完善相应的实验室检查。

2) 根据出血原因和出血量等情况，决定是否给予逆转治疗。

华法林相关性脑出血患者国际标准化比值（International Normalized Ratio, INR） ≥ 1.4 时可考虑给予逆转治疗，应用新鲜冰冻血浆或凝血酶原复合物同时静脉应用维生素 K。

对新型口服抗凝药物（达比加群、阿哌沙班、利伐沙班）相关脑出血，有条件者可应用相应拮抗药物（如依达赛珠单抗）。

对溶栓药物相关脑出血，如需要逆转治疗，可选择输注凝血因子和血小板治疗。

对于使用抗血小板药物相关性脑出血，不推荐常规输注血小板治疗。

注：对于继发性脑出血早期识别、评价、监测与管理原则上同原发性脑出血一致。鉴于继发性脑出血再出血的风险较高，因此应尽快明确诊断、组织相关资源，启动针对继发性脑出血的病因治疗。

6.5 中药治疗

根据医疗机构条件分别选择不同的治疗方案。在具备开具中药处方条件的医疗机构，可选择以中药汤剂和中成药治疗为主的“辨治方案”（详见 5.5.1）。在不具备开具中药处方条件的医疗机构，选择以中成药为主的“通治方案”（详见 5.5.2）。

6.5.1 中医辨治方案^{[10][16]}

根据不同证型选用不同的治疗方法，包括静脉滴注中药注射液、口服中成药和中药等。静脉滴注中药注射液可选择清开灵注射液或醒脑静注射液，热毒内蕴证首选清开灵注射液。

6.5.1.1 热毒内蕴证

治法：活血化瘀、清热解毒

推荐口服药物：

1) 中成药

安宫牛黄丸^[30]，口服，每次 1 丸，每日 1-2 次，有意识障碍者首选。

牛黄清心丸，口服，每次 1 丸，每日 1-2 次。

2) 中药汤剂

羚角钩藤汤：羚羊角片，桑叶，川贝粉，生地黄，钩藤，菊花，茯神，白芍，甘草。

协定处方：三七，莪术，生蒲黄，生大黄，山栀，黄芩，茯苓，全瓜蒌。

6.5.1.2 肝风内动证

治法：活血化瘀，平肝息风

推荐口服药物：

1) 中成药

天麻钩藤颗粒，口服，每次 1 袋（5g），每日 3 次。

2) 中药汤剂

天麻钩藤饮：天麻，钩藤，石决明，石决明，川牛膝，杜仲，桑寄生，黄芩，栀子，益母草，夜交藤，茯神。

协定处方：三七，莪术，生蒲黄，天麻，钩藤，赤芍，茯苓，生石决明。

6.5.1.3 痰浊阻络证

治法：活血化瘀、化痰通络

推荐口服药物：

1) 中成药

苏合香丸，口服，每次 3g，每日 1-2 次，有意识障碍者首选。

琥珀猴枣散，口服，每次 0.3g，每日 2 次。

2) 中药汤剂

涤痰汤：法半夏，陈皮，枳实，胆南星，茯苓，石菖蒲，竹茹，远志，丹参，甘草。

协定处方：三七，莪术，生蒲黄，全瓜蒌，制半夏，茯苓，生大黄。

6.5.1.4 阴虚血瘀证

治法：滋阴补肾，活血化瘀

推荐口服药物：

1) 中成药

大补阴丸，口服，每次 6g，每日 2-3 次，适用于肾虚精亏证。

知柏地黄丸，口服，每次 6g，每日 2 次，适用于阴虚内热证。

2) 中药汤剂：

镇肝熄风汤：怀牛膝，代赭石，生龙骨，生牡蛎，龟甲，白芍，玄参，天冬，川楝子，麦芽，茵陈，甘草。

育阴通络汤：生地黄，山萸肉，钩藤，天麻，丹参，白芍。

6.5.1.5 气虚血瘀证

治法：益气活血

推荐口服药物：

1) 中成药

脑安胶囊^[31]，口服，每次 2 粒，每日 2 次。

2) 中药汤剂

补阳还五汤：黄芪，当归尾，赤芍，地龙，川芎，红花，桃仁。

6.5.2 中医通治方案

“毒损脑络”是脑出血发病早期的核心病机，“血溢脑脉之外”导致的离经之血即为血瘀。针对以上病机，确立了以“清热解毒、活血化瘀”为治法的“通治方案”。

推荐药物：

1) 清开灵注射液^[27]，20-40ml 加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250-500ml 中，静脉滴注，每日 1 次，连续使用 7-10 日。

2) 醒脑静注射液^[28]，10-20ml 加入 0.9%氯化钠注射液 250-500ml 中，静脉滴注，每日 1 次，连续使用 7-10 日。

3) 脑血疏口服液^[29]，口服，每次 10ml，每日 3 次，疗程 30 天。一般在发病 3 天后，排除再出血风险后使用。

6.6 并发症管理

脑出血并发症包括脑水肿与高颅压、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、卒中后情感障碍以及卒中后认知功能障碍等。

6.6.1 颅内压增高^[26]

1) 卧床，适度抬高床头，严密观察意识、瞳孔、生命体征。

2) 当患者格拉斯哥评分 (Glasgow Coma Scale, GCS) ≤ 8 分时，在有条件的情况下，可进行颅内压和脑灌注压监测。

3) 给予甘露醇静脉滴注脱水降颅内压，个体化制订用量及疗程，并严密监测心、肾及电解质情况。必要时也可联合使用呋塞米、甘油果糖和（或）白蛋白脱水降颅内压。高渗盐水有助于降低颅内压、减轻灶周水肿。

4) 警惕血肿继续扩大，如发现临床神经功能障碍持续进展，应及时复查头颅 CT。

6.6.2 卒中相关性肺炎^[32]

卒中相关性肺炎 (Stroke Associated Pneumonia, SAP) 不仅增加了卒中相关死亡率、残疾率，还增加了患者住院时间和住院费用。

1) 推荐自发性脑出血相关性肺炎评分 (Intracerebral Hemorrhage-associated Pneumonia Score, ICH-APS) 作为脑出血 SAP 高风险人群的筛查工具。

2)发病 24-48 h 内无意识障碍、无吞咽功能障碍的患者，尽量经口服食物，若不能经口进食，推荐应用持续肠内营养；存在经口进食或肠内营养禁忌证者，需要在 3-7 d 内启动肠外营养。

3)积极治疗原发病，加强口腔护理及综合管理，可减少或预防肺部感染的发生。SAP 的诊断一旦确立，应尽早开始经验性抗感染治疗，在此基础上，根据病原学检查结果选择具有高度针对性或敏感的抗菌药物。

4)目前不推荐常规使用抗生素用于 SAP 的预防。

5)推荐应用痰热清注射液、复方鲜竹沥口服液^[33]。

6.6.3 上消化道出血

急性脑出血并发上消化道出血（Upper gastrointestinal Bleeding, UGIB）的发生率明显高于急性脑梗死，其发生与脑出血部位、病情严重程度、消化道疾病史以及用药史等多种因素相关，且上消化道出血越早，预后越差。脑卒中并发 UGIB 的时间多在发病后 24 小时内，亦可发生于病程 10 天左右^[34]。

1)积极治疗原发疾病，降低颅内压，减轻或缓解应激状态。

2)早期留置胃管，持续胃肠减压，预防性减轻胃酸对胃黏膜的刺激与腐蚀，以及反流造成的吸入性肺炎发生。此外，早期肠内营养也可以预防 UGIB。

3)合理用药：避免使用非甾体类抗炎药、肾上腺皮质激素等药物。

4)药物治疗：质子泵抑制剂，可抑制基础胃酸以及受应激状态刺激产生的胃酸分泌，促进黏膜再生修复，控制出血；生长抑素，抑制黏膜损伤出血，降低炎性因子对胃微血管的损害。

5)中药治疗：中药^[35]生大黄、白芨、三七粉对胃出血疮面有机械性保护作用，并可发挥止血作用。云南白药^[36]可通过改善微循环，缓解胃黏膜缺血，促进溃疡愈合等达到止血目的。

6)手术治疗：合理选择手术时机。

6.6.4 痫性发作

痫性发作是脑出血后常见并发症之一，发生率约为 5-10%，且与早发性癫痫相关，首次癫痫发作患者约 30%会在 1 年内再发。脑卒中后癫痫与卒中的部位、类型、损伤程度均密切相关，明确的颅内病灶致痫风险更高，尤其是病灶累及皮质，如颞叶、顶叶以及额叶等皮质部位的脑卒中后癫痫发生率较高^[37]。

1)脑出血患者不建议常规给予预防性抗癫痫治疗。

2)对于脑出血合并首次早期痫性发作的患者，短期（3-6 个月）使用抗癫痫药物可控制癫痫发作再发生^[38]。晚发性发作的患者，由于复发风险较高，一般认为需要尽早开始并接受更长时间的抗癫痫药物治疗^[39]。

3)中医治疗以清热化痰、熄风止痉为法。

6.6.5 呃逆

脑出血后顽固性呃逆影响呼吸，导致脑缺氧，加重脑损害；易导致误吸，致吸人性肺炎，加重病情。

1)临床可选用巴氯芬、胃复安、氯丙嗪、山莨菪碱等治疗。

2) 中药治疗

腑气不通者，症见脑出血后大便秘结，舌苔黄厚腻，呃逆频繁，治以大承气汤^[40]。

胃阴不足者，症见呃声低微，舌红少苔，治以益胃汤。

胃气虚寒者，呃逆不已，舌淡苔白，脉沉迟，可用丁香柿蒂汤。

3) 针灸

选穴：攒竹、天突、膻中、中脘、膈俞、内关、足三里。

操作：毫针常规刺，天突先直刺 0.2-0.3 寸，膈俞不可深刺，以免伤及内脏。中脘、内关、足三里可采用温针灸或艾条灸。

6.7 康复治疗

脑出血患者应在稳定病情后（生命体征稳定，症状体征不再进展）进行系统康复评价，尽早介入康复治疗，选择循序渐进的训练方式。

中医康复治疗中要体现“松”与“静”的指导理念与方法。“松”，即通过放松患者心情，解除患者紧张害怕的不良情绪的刺激，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，松弛肌肉的目的。“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，时刻谨记“松”与“静”的原则，重视康复治疗的质量，而不是动作的幅度与数量。

6.7.1 吞咽障碍

1) 康复训练

吞咽功能的训练主要是通过直接（有食）及间接（无食）训练来改善吞咽的过程，包括口轮匝肌训练、舌运动训练、增强吞咽反射能力的训练、咽喉运动训练、空吞咽训练、冰刺激、神经肌肉电刺激^[41]等方法。

2) 针灸^[42]

选穴：风池、风府、颈百劳、廉泉、夹廉泉、金津、玉液、合谷、太冲、通里。

操作：风池、风府针向喉结，局部酸胀即可。廉泉及一侧夹廉泉在针刺得气后，接通电针治疗仪，采用疏密波 3~5 Hz，强度以患者耐受为可。金津、玉液可点刺出血。

6.7.2 运动障碍

1) 康复训练

脑出血患者病情稳定（生命体征稳定，症状体征不再进展）后应尽早介入康复治疗；康复训练强度要考虑到患者的体力、耐力和心肺功能情况，在条件许可的情况下，适当增加训练强度是有益的。

对于肌力差的患者，给予适当的渐进式抗阻训练，进行肌力强化训练；被动扩大关节活动度，促进关节主动运动，抗痉挛肢位的摆放、痉挛肌肉的牵拉和伸展、夹板疗法等治疗方法防治肌肉痉挛^[43]。

根据患者具体的运动功能障碍特点，制定个体化的康复治疗方案；建议以具体任务为导向的训练手

段，提高实际的功能和能力；功能电刺激和常规训练相结合可以更好地改善上肢运动功能和步行能力。

2) 针灸

取穴^[44]：曲池、合谷、肩髃、手三里、外关、足三里、三阴交、阳陵泉、风市、血海。

操作：毫针刺，平补平泻。痉挛期取穴以痉挛肌对侧经穴为主，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。

6.7.3 语言-言语障碍

1) 康复训练

言语语言治疗主要通过多种策略来提高个体的沟通能力，治疗原则包括^[45]：

- a) 帮助个体使用和提高剩余语言能力；
- b) 尽可能地恢复个体语言能力；
- c) 通过制定策略来弥补语言损伤；
- d) 学习其他沟通方式；
- e) 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。

2) 针灸^[46]

选穴：通里、悬钟、金津、玉液、廉泉、百会、四神聪。

操作：通里、悬钟平补平泻，金津、玉液可点刺，廉泉向舌根方向斜刺 1.5 寸，百会、四神聪平刺。

6.7.4 肩-手综合征

1) 康复训练^[41]

避免过度的肩部屈曲外展运动和做双手高举过头的滑轮样动作进行肩关节运动，这会导致不可控制的肩部外展从而导致肩痛；避免用力牵拉患者的肩关节，可采取局部经皮电刺激、持续肩关节活动范围训练、保护肩关节等措施来预防和治疗肩痛和肩关节半脱位。适当运动功能训练和物理治疗可以改善肩痛。

2) 针灸^[47]

选穴：患侧肩前穴、外关穴、肩髃穴、曲池穴、阳池穴、合谷穴。

操作：常规针刺采用补虚泻实，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，或兼以温经通络的中药熏洗、药浴，具有较好的疗效。临床应用多配合针灸、中频治疗等。

推荐药物：复元通络液^[48]（当归、赤芍、川芎、桂枝、牛膝、鸡血藤、丹参、伸筋草、透骨草）。

用法：药物煎汤取 1000-2000ml，以其蒸汽熏患侧上肢，药汁温度控制在 35-45℃，先熏后洗，每次熏洗 20 分钟，每日 2 次，10 日为 1 个疗程。

共识四：

- 1) 中医康复训练以“松”与“静”理论为基石，治疗方法包括针刺、艾灸、中药熏洗等。
- 2) 中医康复训练根据患者不同情况，选择不同经络及穴位，和康复训练相结合，可缓解肢体痉挛、肿胀、关节挛缩、运动障碍、吞咽障碍和语言障碍等。

6.8 二级预防

脑出血患者复发风险很高，年复发率约为 1%-5%，因此脑出血后二级预防非常重要。建议所有脑出血患者有效控制血压，控制血糖、戒烟限酒和规律体育锻炼。高龄、微出血、正在接受抗凝治疗及携带载脂蛋白 E ε 2 或 s4 等位基因，需要对这些因素进行分层评估。

脑出血患者通常也是缺血性卒中和冠心病发生的风险人群，何时启动抗栓治疗一直是临床研究的热点和难点问题。再发出血风险较高的脑出血患者，如何重新启动抗栓治疗，需要结合患者的具体情况实施个体化治疗方案，关于他汀类药物与脑出血功能预后的关系尚有待于进一步随机对照临床研究。

6.9 护理调摄

急性脑出血患者宜卧床休息，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。疾病后期应关注患者情感和认知功能。

6.9.1 体位选择^[41]

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，头稍前屈曲，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：鼓励患侧卧位，适当健侧卧位，尽可能少采用仰卧位，宜尽量避免半卧位，保持正确的坐姿；卧床期患者应尽早于护理人员的帮助下渐进性地进行体位转移训练，并注意安全性问题；卧床期患者病情稳定后应坚持肢体关节活动度训练，注意保护患侧肢体避免机械性损伤，根据病情逐渐增加活动量。意识障碍、躁动者，应加护栏并适当约束，以防止发生意外。

6.9.2 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，应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：体位应取 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》^[49]。

6.9.3 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，可使用具有清热解毒、芳香化浊作用的中药制剂清洁口腔 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软膏。

6.9.4 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，应用超声雾化，并可鼻饲竹沥水清化痰热。意识障碍者为保持呼吸道通畅，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。

6.9.5 导管护理

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。

6.9.6 皮肤护理

进行压疮 Braden 量表评定，保持皮肤的清洁卫生，及时清理大小便，避免潮湿，摆放体位，提供合适支撑面，减少皮肤摩擦，保证营养摄入，定时翻身或应用气垫按摩床垫，避免发生压疮。如发现皮肤有发红现象，应增加按摩次数，并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，促进血液循环。

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。

6.9.7 健康宣教

脑出血发病急骤，病情凶险，应通过科普推广方式加强健康宣教，改变不健康生活方式，积极主动控制各种危险因素，做好一级预防，避免脑出血的发生。除了年龄、种族、性别、家族遗传病史等不可干预的危险因素之外，高血压、血脂异常、糖代谢异常、动脉粥样硬化、吸烟、酗酒、高同型半胱氨酸血症等导致血管损伤病变的危险因素可以通过及时纠正不良的生活方式予以积极控制。

6.10 功能结局预测

脑出血是一种高致残率、高致死率的卒中亚型，因此关于其结局的预测信息对于患者、家属、医生和医疗政策制定者都十分重要。2001 年建立的首个脑出血评分（original ICH score），该评分对脑出血 1 个月死亡显示了较好的预测价值。随后，国际上陆续诞生多个脑出血结局预测模型。基于中国国家卒中登记研究（CNSR），首都医科大学附属北京天坛医院建立了脑出血长期功能结局预测模型（ICH Functional Outcome Score, ICH-FOS）^[50]（图 1）。与国际同类 ICH 量表相比，ICH-FOS 对脑出血后 30

天、3月、6月、1年死亡和功能结局的预测均显示了更好的预测效果。脑出血结局预测模型的建立不仅为临床医生预测脑出血的预后提供有效的临床工具,更为探索精准脑出血功能重建管理模式和临床研究提供重要的支撑手段。其临床应用价值有待于进一步在更多人群、更大样本的临床验证。

Items	Score
Age group	
≤ 59	0
60 to 69	1
70 to 79	2
≥ 80	4
Admission NIHSS score	
0 to 5	0
6 to 10	2
11 to 15	3
16 to 20	4
≥ 21	5
Admission GCS score	
15 to 13	0
9 to 12	1
3 to 8	2
Admission glucose (mmol/L)	
≤ 11.0	0
≥ 11.1	1
ICH location	
Supratentorial	0
Infratentorial	1
ICH Volume	
For supratentorial location	
$< 40\text{ml}$	0
40 to 70ml	2
$> 70\text{ml}$	2
For Infratentorial location	
$< 10\text{ml}$	0
10 to 20ml	2
$> 20\text{ml}$	2
Extension into ventricles	
NO	0
Yes	1

图 1: ICH-FOS 的评分标准

附录 A

（资料性）

人员名单

执笔人：唐璐（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学），冀瑞俊（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（按姓氏笔画为序）：

马丽芳（北京中医药大学东直门医院，神经病学）、王芳（北京中医药大学，护理学）、史华伟（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、刘金民（北京中医药大学东方医院，中医脑病学）、刘艳芳（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）、张东（首都医科大学附属北京天坛医院，神经外科）、陈志刚（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、周莉（北京中医药大学东直门医院，中医脑病学）、陈琳（北京中医药大学东直门医院，神经外科）、陆菁菁（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）、鞠奕（首都医科大学附属北京天坛医院，神经病学）

征求意见专家（按姓氏笔画为序）：

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）、孙莉（吉林大学白求恩第一医院，神经病学）、刘建平（北京中医药大学，循证医学）、张志强（广东省中医院，神经外科）、杜惠兰（河北中医学院，中西医结合妇科）、张微微（中国人民解放军总医院第七医学中心，神经病学）、荣向路（广东药科大学，中药学）、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，中西医结合神经内科）、康德智（福建医科大学附属第一医院，神经外科）、曾进胜（中山大学附属第一医院，神经病学）、彭斌（中国医学科学院北京协和医院，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)

英文缩略词

磁共振 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)

卒中相关肺炎 (Stroke Associated Pneumonia, SAP)

国际标准化比值 (International Normalized Ratio, INR)

格拉斯哥评分 (Glasgow Coma Scale, GCS)

疾病所致伤残调整寿命年 (Disability adjusted life years, DALYs)

计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT)

脑出血 (Intracerebral Hemorrhage, ICH)

脑出血长期功能结局预测模型 (ICH Functional Outcome Score, ICH-FOS)

全球疾病负担 (The Global Burden of Disease, GBD)

自发性脑出血相关性肺炎评分 (Intracerebral Hemorrhage-associated Pneumonia Score, ICH-APS)

附录 C

(资料性)

推荐方药

1. 羚角钩藤汤（出自《通俗伤寒论》）：羚羊角片，桑叶，川贝粉，生地黄，钩藤，菊花，茯神，白芍，甘草。
2. 天麻钩藤饮（出自《中医内科杂病证治新义》）：天麻，钩藤，石决明，石决明，川牛膝，杜仲，桑寄生，黄芩，栀子，益母草，夜交藤，茯神。
3. 涤痰汤（出自《奇效良方》）：半夏，橘红，枳实，胆南星，茯苓，石菖蒲，竹茹，人参，甘草。
4. 镇肝熄风汤（出自《医学衷中参西录》）：怀牛膝，代赭石，生龙骨，生牡蛎，龟甲，白芍，玄参，天冬，川楝子，麦芽，茵陈，甘草。
5. 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。
6. 大承气汤（出自《伤寒论》）：大黄，厚朴，枳实，芒硝。
7. 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。
8. 益胃汤（出自《温病条辨》）：沙参，麦冬，生地，玉竹，冰糖。
9. 丁香柿蒂汤（出自《症因脉治》）：丁香，柿蒂，人参，生姜。

参考文献

- [1] 《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(5):272-281.
- [2] van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, et al. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: asystematic review and meta-analysis[J]. Lancet Neurol, 2010, 9(2):167-176. DOI:10.1016/S1474-4422(09)70340-0.
- [3] Adeoye O, Ringer A, Hornung R, et al. Trends in surgical management and mortality of intracerebral hemorrhage in the United States before and after the STICH trial. Neurocrit Care. 2010 Aug;13(1):82-6.
- [4] Mendelow, David, Barbara, Gregson, et, al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Haemorrhage (STICH): a randomised trial[J]. Spontaneous Supratentorial Intracerebral Haematomas; Stich, 2005.
- [5] Hanley D F, Thompson R E, Rosenblum M, et al. Efficacy and safety of minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE III): a randomised, controlled, open-label, blinded endpoint phase 3 trial[J]. The Lancet, 2019, 393(10175): 1021-1032.
- [6] Babu R, Bagley J H, Di C, et al. Thrombin and hemin as central factors in the mechanisms of intracerebral hemorrhage - induced secondary brain injury and as potential targets for intervention[J]. Neurosurgical focus, 2012, 32(4): E8.
- [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. 中国脑出血诊治指南 (2019) [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12):994-1005.
- [8] Lyden P D, Shuaib A, Lees K R, et al. Safety and tolerability of NXY-059 for acute intracerebral hemorrhage: the CHANT Trial[J]. Stroke, 2007, 38(8): 2262-2269.
- [9] Yang J, Cui X, Li J, et al. Edaravone for acute stroke: Meta-analyses of data from randomized controlled trials[J]. Developmental neurorehabilitation, 2015, 18(5): 330-335.

[10] Hanley D F, Thompson R E, Rosenblum M, et al. Efficacy and safety of minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE III): a randomised, controlled, open-label, blinded endpoint phase 3 trial[J]. *The Lancet*, 2019, 393(10175): 1021-1032.

[11] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南. 西医疾病部分[M]. 第1版. 北京:中国中医药出版社, 2008:256-259.

[12] 高颖. 中医临床诊疗指南释义:脑病分册[M]. 第1版. 北京:中国中医药出版社, 2015:55-89.

[13] Wilkinson, D. A., A. S. Pandey, B. G. Thompson, et al. 2017 Injury mechanisms in acute intracerebral hemorrhage. *Neuropharmacology*: S0028390817304501.

[14] Imai T, Iwata S, Hirayama T, et al. Intracellular Fe²⁺ accumulation in endothelial cells and pericytes induces blood-brain barrier dysfunction in secondary brain injury after brain hemorrhage. *Sci Rep*. 2019 Apr 17;9(1):6228.

[15] 王永炎. 再度思考提高治疗脑血管病疗效的难点[J]. *中国中西医结合杂志*, 2017(10):1164-1166.

[16] 张根明, 周莉, 马斌. 脑出血中医活血化瘀法治疗方案及其理论依据[J]. *中国药物警戒*, 2013, 10(06):352-354.

[17] Wang J. Preclinical and clinical research on inflammation after intracerebral hemorrhage. *Prog Neurobiol*. 2010 Dec;92(4):463-77.

[18] Goldstein L, Teng ZP, Zeserson E, et al. Hemin induces an iron-dependent, oxidative injury to human neuron-like cells. *J Neurosci Res*. 2003 Jul 1;73(1):113-21.

[19] 王永炎. 关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J]. *中国中西医结合杂志*, 1997, 17(4):195-196.

[20] Anderson CS, Heeley E, Huang Y, et al. Rapid blood-pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 2013;368(25):2355-2365.

[21] Qureshi AI, Palesch YY, Barsan WG, et al. Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Cerebral Hemorrhage. *N Engl J Med*. 2016;375(11):1033-1043.

[22] Sprigg N, Flaherty K, Appleton JP, et al. Tranexamic acid for hyperacute primary

IntraCerebral Haemorrhage (TICH-2): an international randomised, placebo-controlled, phase 3 superiority trial. *Lancet*. 2018;391(10135):2107-2115.

[23] Mayer SA, Brun NC, Begtrup K, et al. Efficacy and safety of recombinant activated factor VII for acute intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 2008;358(20):2127-2137.

[24] Hemphill JC, 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(7):2032-2060.

[25] Steiner T, Al-Shahi Salman R, Beer R, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Int J Stroke*. 2014;9(7):840-855.

[26] 曹勇, 张谦, 于洮, 等. 中国脑血管病临床管理指南 (节选版) ——脑出血临床管理[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(08):809-813.

[27] 钟山, 王国蕾. 清开灵注射液参与治疗急性脑出血疗效分析[J]. 中国中医急症, 2009, 18(7):1085-1086.

[28] 王柳丁, 廖星, 申伟, 梁晓, 曾子修, 魏竞竞, 张允岭. 醒脑静注射液治疗脑出血并发脑心综合征有效性和安全性的系统评价[J]. 北京中医药, 2020, 39(11):1123-1128.

[29] 雷林, 贾敏, 廖星, 等. 口服或鼻饲中成药治疗高血压性脑出血的网状 Meta 分析[J/OL]. 中国中药杂志:1-14[2021-04-17]. <https://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcmm.20210326.502>.

[30] 刘芬芬, 周亚博, 路永坤, 杨俊红. 安宫牛黄丸辅助治疗脑出血有效性与安全性的系统评价[J/OL]. 中国中药杂志:1-10[2021-04-25]. <https://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcmm.20210316.501>.

[31] 王宇. 脑安胶囊联合康复护理改善脑出血患者预后 50 例[J]. 中国药业, 2015, 24(22):235-236.

[32] 王拥军, 陈玉国, 吕传柱, 等. 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识 (2019 更新版) [J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(12):1251-1262.

[33] 潘政, 程小丽, 马永贞, 等. 痰热清注射液治疗急性脑卒中伴发卒中相关性肺炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(05):873-875.

[34] 刘柳, 牛延良. 脑卒中并发上消化道出血的临床研究 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2007, 10(1):18-21.

- [35] 姚淑芳, 尤群生, 李来秀. 大黄、白及、三七粉治疗脑卒中继发上消化道出血 200 例[J]. 陕西中医, 2006(11):1342-1343.
- [36] 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(11):1351.
- [37] Leone MA, Tonini MC, Bogliun G, et al. Risk factors for a first epileptic seizure after stroke: a case control study [J]. Journal of the Neurological Sciences, 2009, 277(1-2): 138-142.
- [38] Menon B, Shorvon SD. Ischaemic stroke in adults and epilepsy[J]. Epilepsy Res, 2009, 87:1-11.
- [39] Chinese Society of Neurology. Guideline for diagnosis and treatment of acute stroke[J]. Chin J Neurol, 2015, 48:246-257.
- [40] 王建福, 岑淑国, 苗丰盈, 等. 脑血管病并发呃逆治疗进展[J]. 河北医学, 2008(04):485-487.
- [41] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6):405-412.
- [42] 陈澈, 阮立新, 张根明, 等. 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.
- [43] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2012, 4(06):55-76.
- [44] 庄朝安, 叶晓倩, 徐颖, 等. 应用德尔菲法筛选脑卒中肢体运动功能障碍适宜针刺穴组[J]. 世界中医药, 2017, 12(2):414-416.
- [45] National Clinical Guideline Centre (UK). Stroke Rehabilitation: Long Term Rehabilitation After Stroke [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2013 May 23.
- [46] 常静玲, 黄幸, 吕天丽, 等. 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.
- [47] 刘晓宁. 中药、针灸联合康复治疗对脑出血后 I 期肩手综合征的效果观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(09):182-183.
- [48] 朱宏勋, 邹忆怀. 中药泡洗治疗脑卒中后肩-手综合征的临床疗效观察[J]. 中国康复医学杂志

志, 2008(09):845-846.

[49] 王拥军, 赵性泉, 王少石, 等. 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.

[50] Ji R, Shen H, Pan Y, et al. A novel risk score to predict 1-year functional outcome after intracerebral hemorrhage and comparison with existing scores. Crit Care. 2013;17(6):R275.
