



团 体 标 准

T/CACM 1469—2023

缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in large artery atherosclerosis of ischemic stroke

2023 - 03 - 23 发布

2023 - 03 - 23 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 3

6 筛查 3

 6.1 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群筛查 3

 6.2 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中医诊断标准 3

7 体质 4

8 干预 4

 8.1 未病先防 4

 8.2 既病防变 13

 8.3 瘥后防复 15

9 随访与监测 15

附录 A（资料性）脑卒中风险筛查评估 17

参考文献 18

前 言

本文件参照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

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这些专利的责任。

本文件由中国北京中医药大学东方医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院、中日友好医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中国医学科学院阜外医院、首都医科大学附属北京天坛医院、首都医科大学宣武医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、浙江省中医院、浙江大学医学院附属第一医院、江苏省中医院、山东中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院脑病医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院、广州中医药大学第一附属医院、长春中医药大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、厦门市中医院、成都中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：刘金民、王乐、李楠楠。

本文件其他起草人：陈薇、陈志刚、崔应麟、樊永平、方邦江、高颖、郭蓉娟、韩燕、胡文立、金香兰、荆志伟、李淑娟、刘尊敬、林安基、林亚明、潘剑威、曲淼、王革生、王济、王嘉麟、王健、王新志、王忠、吴明华、吴圣贤、吴智兵、谢梁震、徐向青、袁尚华、张綦慧、张允岭、张志辰、赵敏、张晓云、郑国庆、郑香春、邹忆怀。

引 言

脑卒中是全球最主要的死亡原因和致残原因之一，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。脑卒中是一种可防可控的疾病，积极干预其危险因素可得到显著效果，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。大动脉粥样硬化型脑卒中是缺血性脑卒中最常见类型之一。高血压、糖代谢异常、血脂异常、心脏病、颅内动脉粥样硬化（狭窄）、肥胖、吸烟、缺乏体力活动、不健康饮食习惯是可干预的缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）危险因素。

本文件基于中医“治未病”思想，充分发挥中医药及中医传统疗法的预防保健优势，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，对目标人群的范围、定义、临床诊断和中医病因病机做出阐释，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。本共识的制订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在脑卒中防治层面的优势。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，为我国卒中防控工作贡献更多中医药智慧和力量。

本文件旨在为各级中医院、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。由于本文件的目标人群为大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群，故并不适用于全部脑卒中患者。且该文件采用的证据本身具有一定的局限性，因此本文件只能作为参考，医务工作者需根据临床实际情况进行灵活处理，制订合适的个性化干预方案。

缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）治未病干预指南

1 范围

本文件提供了缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）的流行病学、病因病机、筛查、体制、干预和随访与监测的指南。

本文件适用于对缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的诊疗。

本文件适合各级医疗和科研机构从事缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群诊疗及科研的工作人员使用。

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而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

ZYYXH/T 157—2009 中医体质分类与判定

成年人中医体质治未病干预

中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017）

中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中（脑梗死）

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**

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。

3.2

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中 **large-artery atherosclerosis type of ischemic stroke; LAA-IS**

符合 2011 年中国缺血性卒中亚型（CISS）分型中大动脉粥样硬化型诊断标准。

3.3

脑卒中高危人群 high risk population of stroke

国家卫生健康脑卒中与筛查防治工程委员会颁布的《脑卒中筛查与防治技术规范》中判定的脑卒中高危人群。即既往存在脑卒中或者 TIA 病史、或者卒中风险评估（见附录 A 表 A.1）在 3 分或者 3 分以上，或年龄在 40 岁以上的人群。

3.4

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群 high risk population of LAA-IS

符合脑卒中高危人群定义，且存在大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中危险因素的人群。

3.5

中风 stroke

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。[《中医内科学》2018，定义：中风]

4 流行病学特点

近十几年来，针对脑卒中危险因素的早期干预和较好的医疗健康服务，发达国家卒中发病率已显著下降，相比之下，针对高危人群早期干预较差的发展中国家脑卒中发病率仍在上升。

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546245人中共检出高危人群（8项危险因素中占比3项及以上者，或有短暂性脑缺血发作和既往卒中史者中1项及以上者）151266人，标化检出率达26.02%。高危人群中危险因素占比前三位依次为高血压病、血脂异常和运动缺乏，标化检出率分别为75.25%、71.45%和48.62%。与该项目2018年高危人群检出率（19.84%）、2017年高危人群检出率（18.51%）、2016年高危人群检出率（15.96%）相比，调查人群中高危人群比例仍持续增长。值得注意的是，其中2018年该项目数据显示，干预后复筛人群中高危人群检出率为18.82%，增长低于新筛人群。2017年针对全国30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脑卒中高危人群（8项危险因素中占比3项及以上者）占筛查人群18.51%，中危人群占比17.53%。

根据TOAST分型，缺血性脑卒中主要分为大动脉粥样硬化型（LAA）、心源性栓塞型（CS）、小动脉闭塞型（SAO）、其他明确病因型（OE）及不明原因型（UE）。我国学者在TOAST分型基础上提出中国缺血性脑卒中亚型-CISS分型（Chinese ischemic stroke subclassification, CISS），根据病因分型为：大动脉粥样硬化、心源性、穿支动脉疾病、其他病因、病因不明，进一步探索由大动脉粥样硬化（LAA）引起的缺血性脑卒中的基本机制。大动脉粥样硬化（LAA）型是5种亚型中最常见的一种亚型，约占全部病因的37.1%–59.0%，且预后较差。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脑卒中的危险因素，且使颅内动脉粥样硬化型脑卒中发生的风险更高（相较于颅外动脉粥样硬化型及非动脉粥样硬化型），其余危险因素为性别、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。2022年国内一项对大脑中动脉缺血性脑卒血管危险因素研究发现LAA缺血性脑卒中的临床表现较SAO型更为严重，高血压、糖尿病是LAA缺血性脑卒中重要危险因素，其他血管危险因素还有高脂血症、冠心病、缺血性卒中病史、反复TIA、饮酒、吸

烟等。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显著高于华南地区（华北地区50.22%，华南地区41.88%； $P<0.0001$ ），考虑可能与北方患者大量吸烟、饮酒有关，以及糖尿病、脑血管病家族史、脑缺血病史、心脏病史、较高的体重指数有关；且急性缺血性脑卒中 >63 岁的患者中，女性颅内动脉粥样硬化比例明显高于男性（女性51.51%，男性45.40%； $P=0.028$ ）。

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中是世界范围内导致死亡和致残的主要病因，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则能有效降低疾病的发生率。

5 病因病机

古代文献中并无缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）高危人群的病因病机相关记载。但依据缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）属中医“中风”等范畴，现代中医研究认为缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）多由于痰浊为病，与瘀血胶结，留滞于动脉管壁内侧，发为动脉粥样硬化，而后阴阳失调，气血逆乱，上犯于脑，发为中风，病位在脑，与心、肝、肾有关，而缺血性脑卒中（大动脉粥样硬化型）其危险因素如高血压、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，病位多在心、肝、脾、肾等，其病机根据危险因素的不同有一定的差异。如危险因素之一高血压，归属于中医“眩晕”、“头痛”等范畴，多认为其病机与肝阳上亢、痰饮内停、肾阴亏虚等有关。糖尿病归属于中医“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。再如血脂异常，归属于中医“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，标实则为痰浊、血瘀。患者起始的危险因素可能是单一的，但是随着病机的不断衍变转化，可能造成其他危险因素的出现。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，也可以出现血脂异常若不加以干预，病理产物一经产生，又可作为引发中风的致病因素。

6 筛查

6.1 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群筛查

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中的重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、超重和肥胖等。通过检索相关文献、参考脑卒中风险筛查评估、以及专家组推荐意见，总结LAA-IS的危险因素，列出条目，进行疾病风险评估预测，具体内容见附录A中的表A.2。

既往存在脑卒中或者TIA病史、或者LAA-IS风险评估在3分或者3分以上（其中必包含大动脉粥样硬化/狭窄1分），或年龄在40岁以上的人群，即认定为LAA-IS高危人群。

针对高危人群，强烈建议通过生活方式、中西医、以及其他非药物方式干预危险因素，预防LAA-IS发生；若发生LAA-IS，则推荐改变生活方式、中西医结合及其他非药物方式干预，以控制疾病进展。

6.2 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群中医诊断标准

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群由于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，形成LAA-IS高危人群中医诊断共识。主要证型有：

a) 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，时欲呕呃，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；

b) 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，伴见相应经络、脏腑、器官功能障碍等为特征的证候；

c) 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，容易仆倒，舌质红，脉弦等为特征的证候；

d) 风痰上扰证

临床以头部阵发性胀痛、跳痛，眉棱骨痛，或眩晕欲仆，泛恶、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；

e) 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，男子精少、不育，女子经闭、不孕等肝肾两虚证重者为特征的证候。

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。体质的差异现象是先天因素与多种后天因素共同作用的结果，是疾病产生的内在基础。改善体质是中医治未病的新途径。因此依照ZYYXH/T157—2009，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》。

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LAA-IS知识的认识程度、高危人群对疾病预防的依从性。

教育内容：大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中相关危险因素、卒中先兆症状、卒中发病症状和急救常识等。

教育形式：社区健康宣教、电视、报纸专栏、邮件、授课教育等。根据涉及疾病不同，还应有针对性健康教育。

加强监测：大动脉粥样硬化或狭窄人群应定期影像学检查；高血压人群应定期监测血压；糖尿病人群应定期监测血糖等相关指标；血脂异常人群应定期复查血脂等相关指标；高同型半胱氨酸血症人群应定期复查同型半胱氨酸等相关指标等。根据风险评估，风险高者增加测量频率。

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：采用包括全谷、杂豆、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。

建议摄入量：新鲜蔬菜 400 g~500 g、水果 200 g~400 g；鱼、禽、蛋和瘦肉平均摄入总量 120 g~200 g；各种奶制品相当于液态奶 300 g；烹调植物油 <25 g；控制添加糖（或称游离糖，即食物中添加的单体糖，如冰糖、白砂糖等）的摄入，每天 <50 g，最好 <25 g。

建议降低钠摄入量并增加钾摄入量，食盐摄入量 ≤6 g/天。

根据具体疾病不同，还应提供针对性饮食方案：

- 颅内、外动脉粥样硬化人群：改变饮食结构，减少营养成分的摄入以降低 LDL-C 的水平；
- 高血压人群：减少钠盐摄入；增加钾摄入；减少饱和脂肪和胆固醇的摄入；
- 糖尿病人群：建议糖尿病患者能量摄入参考通用系数方法，配置个体化饮食处方；严格控制蔗糖、果糖制品（如玉米糖浆）的摄入。蛋白摄入建议为 $(1.0 \sim 1.5) \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{天})$ ，以优质蛋白为主；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；
- 血脂异常：建议每日摄入胆固醇小于 300 mg。

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。

建议从事有氧运动，每周 3~4 次，每次持续约 40 min 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大心率的 60%~70%。

推荐日常工作以静坐为主的人群每静坐 1 h 站起来活动 5 min，包括那些每周已有推荐量的规律运动者。

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。

根据具体疾病不同，还应提供针对性运动方案。

糖尿病人群：建议成人 2 型糖尿病患者每周至少 150 min 中等强度（50%~70% 最大心率，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 5 天、每次 30 min；或 1 次进行短时的体育运动（如 10 min），累计 30 min/天）；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，慎行运动治疗。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。

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（乙醇）男性限制在30 g以下，女性20 g以下。对于不饮酒者，建议保持不饮酒。

8.1.2.5 控制体重

建议体重维持在健康范围内：BMI（18.5~22.9）kg/m²，男性腹围<90 cm，女性<85 cm。

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重。减少每日饮食总能量（300 kcal~500 kcal），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，少吃精粮细粮。

8.1.2.6 心理调摄

建议有大动脉粥样硬化型脑卒中风险因素的人群进行心理干预。

帮助树立积极乐观的心态，干预不良情绪；鼓励个体积极调节自身状态；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（《临床中医内科学》）加减。

药物组成：茯苓、半夏、生白术、天麻、胆南星、天竺黄、紫丹参、香附、酒大黄、三七粉。

加减：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、丹莪片、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（《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。

加减：晨起口苦、心烦较甚者加栀子、黄连；腹胀或纳食不馨、便溏者加党参、大腹皮；心神不宁、惊悸者加珍珠母、夜交藤。

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

临床表现：眩晕，头痛头胀，劳累或情绪激动时加重，脑中烘热，肢麻震颤，面红目赤，耳鸣，头重脚轻，或见腰膝酸软，口苦口干，失眠多梦，急躁易怒，舌红，苔薄黄或少津，脉弦数或弦细数。

治法：平肝潜阳。

推荐方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）。

天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）。

药物组成：镇肝熄风汤：怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。天麻钩藤饮：天麻、钩藤、石决明、山栀、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神。

加减：便秘显著者增加枳实、大黄；胸闷显著者增加郁金、柴胡；失眠显著者可增加茯神、酸枣仁；头晕显著者可增加钩藤、天麻；体胖痰多者增加白术、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（《杂病证治新义》）加减。

药物组成：天麻、钩藤、石决明、川牛膝、黄芩、栀子、夏枯草、胆南星组成。

加减：头两侧痛者，添加柴胡、香附；枕后疼痛者，添加羌活、葛根；心悸失眠者，添加茯神、夜交藤。

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（《小儿药证直诀》）加减；

杞菊地黄丸（《医级》）加减。

药物组成：六味地黄丸：熟地黄、酒萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻；杞菊地黄丸：枸杞、菊花、熟地黄、酒萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻。

加减：痰湿严重则可加入苍术、荷叶，肢体麻木则可加入鸡血藤、丹参。

推荐中成药：复方苻蓉益智胶囊、软脉灵口服液。

8.1.4 中医特色非药物治疗

8.1.4.1 针刺

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

方法：选穴针刺，补法或泻法，30 min/次，一周2次~3次，疗程依据风险评估制定。

颅内外动脉粥样硬化人群：

- a) 常用穴位有内关、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、中腕、鸠尾、膻中、风池、尺泽、委中、关元、太溪等（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 操作方法：每次辨证选取3穴~5穴，日针1次，留针20 min~30 min，10次为1疗程，休息2天~5天后可行第2疗程，共1个~4个疗程。

高血压人群：

- a) 常用降压穴位包括太冲、涌泉、行间、三阴交、足三里、丰隆、太溪、阳陵泉、曲池（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 操作方法：每次20 min~30 min，一周2次~3次。

糖尿病人群：

- a) 针法调节血糖的常用处方有：上消（肺热津伤）处方：肺俞、脾俞、胰俞、尺泽、曲池、廉泉、承浆、足三里、三阴交；配穴，烦渴、口干加金津、玉液。中消（胃热炽盛）处方：脾俞、胃俞、胰俞、足三里、三阴交、内庭、中脘、阴陵泉、曲池、合谷；配穴，大便秘结加天枢、支沟。下消（肾阴亏虚）处方：肾俞、关元、三阴交、太溪；配穴，视物模糊加太冲、光明。阴阳两虚处方：气海、关元、肾俞、命门、三阴交、太溪、复溜；
- b) 操作方法：每次20 min~30 min，一周2次~3次；
- c) 进行针法治疗时要严格消毒。

血脂异常人群：

- a) 常见取穴：风池、曲池、内关、血海、丰隆、三阴交、太冲（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 操作方法：每次20 min~30 min，一周2次~3次。

心房颤动人群：

- a) 常选心俞、内关、三阴交、通里、太冲、神门、脾俞、膈俞、厉兑、百会、风池等穴；
- b) 操作方法：平补平泻，留针20 min~30 min，每日1次。

偏头痛人群：

- a) 穴以少阳经穴为主，配合经络辨证取穴。常见取穴方案：穴方一：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。穴方二：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，头顶痛配同侧风池（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 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；每次留针30 min，头针可留至1 h，治疗频率隔日1次，10次为1个疗程。

睡眠呼吸障碍人群：

- a) 常用选穴为丰隆、血海、阴陵泉、太溪、足三里、天突、人迎、廉泉；
- b) 操作方法：平补平泻，留针20 min~30 min，每日1次。

高同型半胱氨酸血症人群：

- a) 推荐针刺足三里、气海，有利于预防高同型半胱氨酸血症患者临床发生精神系统障碍；
- b) 操作方法：平补平泻，留针20 min~30 min，每日1次。

8.1.4.2 耳穴贴压

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

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

颅内动脉粥样硬化人群：

- a) 取穴：取皮质下、口、皮质下、内分泌、心、肺、脾、肾、直肠下段等穴，或取敏感点；
- b) 操作：单粒王不留行籽或白芥子压穴，嘱患者每天至少按压3次，每穴3 min~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天换药1次，休息2天为1周期，7个周期为1疗程。

高血压人群：

取穴心、肝、肾、神门、降压沟为主（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；（2）每次取4穴~6穴，每天按4次~6次，两耳交替，7天换药1次，4次为1个疗程。

糖尿病人群：

- a) 以胰、内分泌、肾上腺、缘中、三焦、肾、神门、心、肝为主，配穴偏上消者加肺、渴点；偏中消者加脾、胃；偏下消者加膀胱（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 每次取4穴~6穴，两耳交替，3天换药1次，5次为1个疗程，共1个~4个疗程。注意按压力度柔和。

血脂异常人群：

- a) 取穴：取脾、胃、内分泌等穴，或取敏感点；
- b) 方法：用耳贴王不留行籽压穴，每次取4穴~6穴，两耳交替，3天换药1次，5次为1个疗程，共1个~4个疗程。

心房颤动人群：

- a) 取心、神门、皮质下、肾、交感等穴；
- b) 用胶布固定王不留行，每天按4~6次，以有酸胀感为度，每次取单侧耳，双耳交替使用，每次3 min~5 min，保留7天~10天。

睡眠呼吸障碍人群：

- a) 选用神门、皮质下、肺、脾、肾、咽等穴位；
- b) 操作：单粒王不留行籽压穴，嘱患者每天至少按压3次，每穴3 min~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天~3天换药1次。

8.1.4.3 穴位贴敷

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

方法：选药选穴，调和药饼贴敷，保留2 h~6 h，（1~2）天/次，4周。疗程依据风险评估制定。

高血压人群：

- a) 常用穴位涌泉、曲池、太冲、神阙，常用药物吴茱萸、白芥子、细辛（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 操作方法：将选用药物等量为末，以生姜汁调和为1 cm~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm大小的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留2 h~6 h后取下，1次/天，共治疗4周。

糖尿病人群：

- a) 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；
- b) 操作方法：将选用药物等量为末，以水调和为1 cm~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm大小的

无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留2 h~4 h后取下，1次/天，3次/周，共治疗4周。

血脂异常人群：

- a) 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；
- b) 操作方法：将选用药物配方为末，以水调和为1 cm~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm大小的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，1次/天，3次/周，一般21天为1疗程。

心房颤动人群：

- a) 常用穴位内关、膻中、心腧、足三里，常用药物五味子，琥珀，三七，肉桂；
- b) 操作方法：将选用药物配伍为末，以水调和为1 cm~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm大小的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留2 h~4 h后取下，1次/天，3次/周，共治疗4周。

偏头痛人群：

- a) 常用穴位天牖穴、风池穴等，常用药物川芎、细辛、白芷、冰片等；
- b) 操作方法：将选用药物等量为末，以水或薄荷油调和为1 cm~2 cm大小的药饼，将药饼置于5 cm大小的无纺布中央，胶布固定在上述穴位上，保留3 h~4 h取下，1次/天，连用3天，4周为1疗程。

8.1.4.4 穴位埋线

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

方法：选穴，保留约7天，共4周。疗程依据风险评估制定。

高血压人群：

- a) 常用穴位双侧心俞、肝俞、肾俞、血压点等；
- b) 每10天埋线1次，每10天为1个疗程。

糖尿病人群：

- a) 常用穴位双侧天枢、大横、上巨虚、大肠俞等；
- b) 每周埋线1次，每4周为1个疗程。

血脂异常人群：

- a) 常用穴位足三里、三阴交、丰隆穴、内关、脾俞和胃俞等；
- b) 每2周埋线1次，每2周为1个疗程。

心房颤动人群：

- a) 常用穴位内关，双侧交替植入；
- b) 每周治疗1次，治疗1周为1疗程。

偏头痛人群：

- a) 常用穴位风池、太阳、外关、阳陵泉；
- b) 每周埋线1次，4次为1个疗程。

8.1.4.5 灸法

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中人群。

方法：选穴，每次每穴5 min~10 min，每日施灸1次，2次/周。疗程依据风险评估制定。

高血压人群：

- a) 常用选穴关元、足三里、涌泉、百会、神阙、足三里（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）；
- b) 运用灸法治疗，每穴各灸2壮，每日施灸1次，每次每穴10 min，7天~10天为1疗程。

糖尿病人群：

- a) 常用选穴太溪、三阴交、足三里、合谷、曲池、涌泉、承山、委中、太冲、行间等；
- b) 运用灸法治疗，每穴各灸2壮，每2日施灸1次，每次每穴10 min，10天为1疗程。

血脂异常人群：

- a) 常用选穴足三里、三阴交、天枢、丰隆；
- b) 运用灸法治疗，每穴各灸1壮，每日施灸1次，每次每穴10 min，5天~7天为1疗程。

偏头痛人群：

- a) 常用选穴督脉、膀胱经、胆经；
- b) 运用灸法治疗，每穴各灸1壮，每日施灸1次，每次每穴10 min，7天~10天为1疗程。

8.1.4.6 推拿

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

方法：选穴或经络，选适合手法，5分钟/次，3次/周，共4周。疗程依据风险评估制定。

颅内外动脉粥样硬化人群：常见推拿手法：取腹部中脘、天枢穴，用一指禅推法及摩法治疗6 min~8 min，再按揉脾俞、胃俞、足三里、内关、丰隆；然后在左侧背部横擦，以透热为度。每日早晚各1次。

高血压人群：常见推拿部位：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（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗2 min，每天连续3次，每4周为1疗程。

糖尿病人群：常见推拿部位：腹部、背部；脾俞、胃俞、督脉两侧等。手法：点法，按揉法、拿揉法、摩法、擦法、振法等（证据级别：极低质量，推荐强度：弱推荐）。操作力度合理选择轻、中、重程度。每次治疗10 min，每周3次，每6周为1疗程。

血脂异常人群：常见推拿部位：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，每2天1次，每8周为1疗程。

偏头痛人群：推拿对偏头痛有一定疗效。头面部和颈项部的不同穴位推拿按摩常常可以缓解疼痛。

8.1.4.7 拔罐

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

方法：选穴或经络，选适合拔罐法，10 min/次，3次/周，共4周。疗程依据风险评估制定。

高血压人群：

- a) 常用穴位：百会、脑户、双侧血压（经外奇穴）、大椎等；
- b) 操作方法：取合适穴位拔罐10 min，或点刺放血后再拔罐10 min，每周1次~2次，每4周

为1疗程。

糖尿病人群：

- a) 常用穴位：督脉和膀胱经；
- b) 操作方法：从上至下拔罐，留罐5 min~10 min，后走罐。每周1次~2次，每4周为1疗程。

血脂异常人群：

- a) 常用穴位：外陵、水道、归来、气冲、大赫、气穴、四满等；
- b) 操作方法：每次闪罐约10 min~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。每2天周1次，每4周为1疗程。

偏头痛人群：

- a) 常用穴位：背俞穴；
- b) 操作方法：闪罐5 min。每周2次，连续治疗8周。

8.1.4.8 刮痧

适用：以下大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

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。

高血压人群：

- a) 常用穴位：百会、天柱、曲池、内关、风池、肩井、风市、人迎、足三里等；
- b) 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，刮痧一般5~8次，每次约20 min，一般5天~7天为1个疗程。

血脂异常人群：

- a) 常用穴位：足厥阴肝经、足少阴肾经等；
- b) 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，刮痧一般2次~3次，每次约20 min，一般5天~7天为1个疗程。

偏头痛人群：

- a) 常用穴位：督脉，足少阳膀胱经，足少阳胆经；
- b) 操作方法：循经脉走向刮拭，每周治疗1次（如痧未完全褪去则延后），4次为1个疗程，共治疗2个疗程。

8.1.4.9 气功

适用：大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

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

8.1.4.10 自我推拿

适用：大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中高危人群。

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

8.1.4.11 代茶饮

降压中药代茶饮：槐米、玉米须、绞股蓝、桑叶、菊花、杜仲各2 g，枸杞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：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：中药代茶饮采用绞股蓝 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：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：党参10 g、枸杞子12 g、生白术10 g、黄芪10 g、茯神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

主要指针对血管性轻中度痴呆患者进行既病防变。血管性痴呆的治疗是一个长期持续过程，但现有治疗仍无法控制或逆转病程，故对于既病状态，应针对血管性轻中度痴呆进行积极治疗，延长平台期，控制波动期，防止病情下滑，延缓向血管性重度痴呆转变。通过危险因素的控制、中医药辨证治疗、西医干预治疗及生活方式干预与调护等多维一体的疾病防治模式，延缓血管性轻中度痴呆向重度痴呆转变。

8.2.2 中医辨证论治

中医辨证论治是中风病有效治疗手段之一，既病防变阶段主要根据急性期（中经络、中脏腑）、恢复期不同证型选择相应治法方药，具体参考《中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中（脑梗死）》及《中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017）》。

8.2.3 中成药及中药注射剂

具体如下：

- a) 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、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。
- b) 益气活血类：通心络胶囊、脑心通胶囊等。
- c) 清热解毒类：醒脑静注射液、清开灵注射液、安宫牛黄丸等。
- d) 益气固脱类：参附注射液等。

8.2.4 非药物治疗

8.2.4.1 一般原则

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中发生后，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）》及《中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017）》。

8.2.4.2 针灸治疗（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）。

具体如下：

a) 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。

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。

b) 中脏腑：重在醒脑开窍，启闭固脱，以督脉、手厥阴经穴为主。

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（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）

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。

患者俯卧位：可取天宗、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（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）

熏洗恢复期或后遗症期，可予中药局部熏洗患肢。

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。

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

8.2.4.5 传统功法（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）

8.2.4.5.1 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。

8.2.4.5.2 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。

8.2.4.5.3 太极拳

配合常规康复训练，可改善患者Berg平衡感量表评分及Fugl-Meyer运动功能评分量表上下肢评分。

8.2.4.5.4 易筋经

在常规康复治疗基础上，增加易筋经锻炼，有助于改善脑梗死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。

8.2.5 饮食（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）

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。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）建议给予经肠内胃造瘘喂养；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（每天进食蔬菜>150 g、水果>100 g或膳食纤维粉>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2000 mL~3000 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（证据级别：低质量，推荐强度：弱推荐）

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。脑卒中后抑郁患者均应接受心理支持治疗，可考虑药物治疗、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。

教育形式：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。

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。（C级证据，III级推荐）

所有脑卒中患者均应注意卒中后心理调摄，应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。

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，患者应定期大动脉影像学检查、监测血压、血脂、血糖、体重、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、体重、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。

附 录 A
(资料性)
脑卒中风险筛查评估

A.1 脑卒中风险筛查评估表

脑卒中风险筛查评估表见表A.1。

表A.1 脑卒中风险筛查评估表

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(每项存在记为 1 分):		
1)	既往高血压病史(收缩压在 140 mmHg 或以上,舒张压在 90 mmHg 或以上),或者正在服用降压药物;	
2)	既往有房颤或者瓣膜性心脏病等心脏病史;	
3)	存在吸烟史;	
4)	血脂异常症(总胆固醇 ≥ 6.22 mmol/L,或者是低密度脂蛋白胆固醇 ≥ 4.14 mmol/L);	
5)	糖尿病病史(空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L 或餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L);	
6)	体育活动量不达标(运动次数 < 3 次/周,且 < 30 min/次;日常从事中等程度体力劳动工作者可以视为常有体育锻炼);	
7)	体重指数偏高或肥胖($BMI \geq 26$ kg/m ²);	
8)	存在脑血管疾病家族遗传史。	

A.2 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中风险筛查评估表

大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中风险筛查评估表见表A.2。

表A.2 大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中风险筛查评估表

针对 40 岁以上人群,依据以下危险因素进行大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中风险筛查评估(每项存在记为 1 分):		
1	大动脉粥样硬化/狭窄	主动脉弓粥样硬化/狭窄;或颅内动脉粥样硬化/狭窄;或颅外动脉粥样硬化/狭窄
2	高血压	既往高血压病史(收缩压在 140 mmHg 或以上,舒张压在 90 mmHg 或以上),或者正在服用降压药物;
3	糖尿病	糖尿病病史(空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L 或餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L);
4	吸烟	—
5	血脂异常	总胆固醇 ≥ 6.22 mmol/L,或者是低密度脂蛋白胆固醇 ≥ 4.14 mmol/L
6	既往有房颤或者瓣膜性心脏病等心脏病史;	—
7	体育活动量不达标	运动次数 < 3 次/周,且 < 30 min/次;日常从事中等程度体力劳动工作者可以视为常有体育锻炼;
8	体重指数偏高或肥胖	$BMI \geq 26$ kg/m ²
9	饮酒	每日饮酒量(乙醇)男性 > 30 g,女性 > 20 g;
10	高同型半胱氨酸血症	同型半胱氨酸 ≥ 15 μ mol/L
11	睡眠呼吸障碍	—
12	偏头痛	—

参 考 文 献

- [1] Gao S, Wang YJ, Xu AD, et al. Chinese ischemic stroke subclassification[J]. Front Neurol, 2011, 2:6.
- [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, (9):44-50.
- [3] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(02):105-119.
- [4] 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. Stroke. 1993, 24(1):35-41.
- [5] Rincon F, Sacco RL, Kranwinkel G, et al. Incidence and risk factors of intracranial atherosclerotic stroke: the Northern Manhattan Stroke Study. Cerebrovasc Dis. 2009, 28(1):65-71.
- [6] Zhang C, Li Z, Liu L, et al. The role of hypertension and diabetes mellitus on the etiology of middle cerebral artery disease. Brain Behav. 2022, 12(4):e2521.
- [7] Pu Y, Liu L, Wang Y, et al. Chinese IntraCranial AtheroSclerosis (CICAS) Study Group. Geographic and sex difference in the distribution of intracranial atherosclerosis in China. Stroke. 2013, 44(8):2109-2114.
- [8] 黄成锋, 卢常盛, 黄汉宁, 等. 青年、中年及老年大动脉粥样硬化脑梗死危险因素比较分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(15):170-172.
- [9] 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(02):66-68.
- [10] 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(17):12-14.
- [11] 张广波, 于凯, 冀瑞俊, 等. 大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死的危险因素分析[J]. 临床荟萃, 2016, 31(01):77-80.
- [12] 陈永明, 王慧玲. 大动脉粥样硬化性脑梗死的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(27):59-60+74.
- [13] 刘天, 刘媛媛. 大动脉粥样硬化型脑梗死患者颅内血管侧支循环影响因素的研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2020, 22(07):762-763.
- [14] 贺东红, 黄亮星. 大动脉粥样硬化性前循环脑梗死患者临床特征及预后影响因素分析[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(07):800-803.
- [15] 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(01):63-67.
- [16] 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]. 北京中医药大学, 2016.

- [17] 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]. 湖北中医药大学, 2019.
- [18] 杨阳, 张允岭, 张志辰, 等. 伴有颈动脉粥样硬化的3716例脑卒中高危人群证候要素分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(08):2927-2930.
- [19] 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研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(08):1180-1183.
- [20] 王济, 王琦. 中医体质研究与4P医学的实施[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(05):693-695.
- [21] 九种体质及其调养[J]. 山东人大工作, 2016(08):64.
- [22] 罗伟康, 梁镕伊, 王文. 基于中医理论指导九种基本中医体质的养生[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(A0):227-228.
- [23] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(04):303-304.
- [24] 朱鑫璞, 王少石. 脑卒中一级预防与健康教育[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2015, 15(02):109-112.
- [25] 蔡婵, 蔡德芳, 李凤仙, 等. 国内脑卒中高危人群健康管理的研究进展[J]. 中国老年保健医学, 2021, 19(05):116-117+121.
- [26] 国家卫生健康委员会脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治指导规范[G]. 北京: 国家卫生健康委员会医政医管局, 2021.
- [27] 蒋雄京, 邹玉宝. 锁骨下/颅外椎动脉狭窄的处理:中国专家共识[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(06):523-532.
- [28] 周华东, 王延江, 张猛. 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(08):572-578.
- [29] 王拥军, 王春雪, 缪中荣. 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):263-273.
- [30] 杨家佳. 健康教育在高血压护理中的应用观察[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(12):100-101.
- [31] 李晶. 糖尿病健康教育在内分泌科护理中的应用分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(14):2561-2563.
- [32] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会. 中国缺血性脑卒中血脂管理指导规范[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(04):117.
- [33] 王伊龙, 韩尚容, 曹勇, 等. 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(07):700-708.
- [34] 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导规范[J]. 实用心脑血管病杂志, 2017, 25(10):87.
- [35] 安冬青, 吴宗贵. 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(05):507-511.
- [36] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南2018年修订版[J]. 心脑血管病防治, 2019, 19(01):1-44.

- [37] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2021, 41(05):482-548.
- [38] 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J]. 中华健康管理学杂志, 2017, 11(01):7-28.
- [39] 朱文青, 陈庆兴. 《2020ESC/EACTS心房颤动诊断与管理指南》更新解读[J]. 临床心血管病杂志, 2020, 36(11):975-977.
- [40] 北京高血压防治协会(BHA). 基层心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(08):1-73.
- [41] 中华医学会疼痛学分会头面痛学组, 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.
- [42] 阻塞性睡眠呼吸暂停与卒中诊治专家共识组, 何权瀛, 赵忠新, 邓丽影. 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(08):657-664.
- [43] 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. 卒中相关睡眠障碍评估与管理中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2019(01):17-26.
- [44] 孔娟. 高同型半胱氨酸血症诊疗专家共识[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(03):283-288.
- [45] 顾东风, 翁建平, 鲁向锋. 中国健康生活方式预防心血管代谢疾病指南[J]. 中国循环杂志, 2020, 35(03):209-230.
- [46] 俞蔚, 张洁, 丁芳. 血脂异常基层健康管理规范[J]. 心脑血管病防治, 2021, 21(02):105-112+100.
- [47] 归燕华, 归承莹, 秦玲. 高血压患者的心理护理进展[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(43):197-198.
- [48] 许文年. 针对性心理护理对妊娠糖尿病孕妇的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(21):183-184.
- [49] 卢晶晶, 周静, 刘鹃. 心理护理对老年糖尿病患者的干预效果分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(09):1263-1264.
- [50] 国家中医药管理局. 24个专业104个病种中医诊疗方案[G]. 2012.
- [51] 仝小林, 刘喜明, 魏军平, 等. 糖尿病中医防治指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(04):148-151.
- [52] 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.
- [53] 安冬青, 吴宗贵, 梁春, 等. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(03):262-269.
- [54] 负航, 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(04):189-192+197.
- [55] 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(02):52-53.

- [56] 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.
- [57] 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+998.
- [58] 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(04):914-917.
- [59] 中国卒中学会, 中国卒中学会神经介入分会, 中华预防医学会卒中预防与控制专业委员会介入学组. 急性缺血性卒中血管内治疗中国指南2018[J]. 中国卒中杂志, 2018, 13(7):706-729.
- [60] 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.
- [61] 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.
- [62] 王拥军, 王春雪, 缪中荣. 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.
- [63] 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.
-