

ICS **. ***, **
C**



团体标准

T/CACM *****—202*
代替 T/CACM *****—*****

藏医外治技术（头浴法、涂擦法、药浴法）治 疗脑梗死临床实践指南

Clinical practice guidelines of Tibetan medicine external therapy (head
bath, rubbing method, medicinal bath) for cerebral hemorrhage

（文件类型：公示稿）

（完成时间：2024 年 9 月）

20**-**-**发布

20**-**-**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 诊断.....	2
5 治疗.....	5
5.1 辨证论治.....	5
5.2 藏医外治疗法.....	5
5.2.1 适应证	6
5.2.2 疗效	6
5.2.3 使用方法.....	9
5.2.3 联合用药.....	10
5.2.4 安全性	10
5.2.5 其他	11
5.3 藏医外治的具体操作规范.....	11
5.3.1 头浴法	11
5.3.2 涂擦法	13
5.3.3 药浴法	14
5.4 康复锻炼.....	16
6 预防与调摄.....	16
附录 A（资料性）脑血管病的理化检查.....	17
附件 B（资料性）藏成药使用说明.....	19
附录 C（资料性）证据质量分级及推荐意见强度.....	21
附录 D（资料性）推荐意见及共识建议投票结果表	22
参考文献.....	24

前 言

本文件按照 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则》的规定起草。

本文件由西藏自治区藏医院提出。

本文件由中华中医药学会提出并归口管理。

本文件充分结合循证医学证据及藏医临床专家经验，通过查阅国际外治疗法的文献/操作规范，参考国际报告标准、国际外治法报告标准、参考国际草药报告标准，提取藏医外治疗法的操作细节，根据疗法的特点，对照国际的报告标准，形成外治疗法的报告条目，根据对五省藏区专家访谈及临床调研结果，形成的指南问题清单，并确定检索策略。通过对数据库检索，遴选关键临床问题，证据检索及评价，形成推荐意见及共识建议。

本文件起草单位：西藏自治区藏医院、北京中医药大学、西藏藏医药大学、四川省诺尔盖藏医院、云南省迪庆州藏医院、青海省果洛州藏医院、甘肃省藏医药研究院、北京藏医院、甘南藏族自治州夏河县藏医院、西藏自治区山南市藏医院、西藏自治区那曲市藏医院。

本文件主要起草人：达瓦次仁、陈薇、索朗、扎西次仁，索朗欧珠，扎西罗布，多杰仁青，雷勇，马立明，多杰拉旦，杨宏权，贡保加，朵藏校郎，仲格嘉，桑老，白张，白玛次仁，才多、土登次仁、陈维武、边巴次仁、贡布东智、张琼文、车向宜、多杰卓玛、格桑云旦、白玛卓玛。

引 言

脑梗死又称缺血性脑卒中，是指各种原因引起的脑部血液供应障碍，使局部脑组织发生不可逆性损害，导致脑组织缺血、缺氧性坏死。据统计，脑梗死占脑卒中的80%，25%~75%的脑梗死会在2~5年内复发。该病是严重危害人类健康，是致残的首位病因，藏医外治法治疗脑血管疾病（脑梗死）疗效确切，不良反应小，可提高生存质量，降低致残率，在很大程度上可满足人们与自然相协调的身心健康渴望，弥补现代医学未解决的临床需求。

本文件的编写和发布旨在为藏医外治技术治疗脑梗死的临床诊疗提供标准化技术方法，满足新形势下藏医外治技术从业人员的临床科研工作的需要，使之更具科学性和规范性，促进我国藏医药的传承和发展。

藏医外治技术（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死临床实践指南

1 范围

本文件提出了藏医对脑梗死的诊断、辨证、鉴别、治疗、预防和康复建议。

本文件适用于各级医疗和科研机构中从事藏医脑梗死诊疗及科研工作的执业医师使用藏医外治技术（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死及脑梗死康复时参考使用。。

本文件不适用于短暂缺血性脑病。

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。

急性缺血性脑卒中诊治指南（2023年发布）

中国脑卒中防治指导规范（2021发布）

中国脑血管病诊治指南与共识（2016年发布）

藏医泅沐（药浴）技术（2019年发布）

藏医久巴（涂擦）技术（2019年发布）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

藏医外治技术（Tibetan medicine external treatment technology）

藏医外治技术是通过体外方法治疗体内疾病的特色疗法，具有鲜明的传统医学特色。本文的藏医治疗脑梗死疾病的外治技术包括头浴法、涂擦法、药浴法，这三种技术具有易掌握、易操作、疗效显著，适宜基层普及等特点和优势。尤其藏医外治技术“药浴法”于2018年被联合国纳入世界非物质文化遗产名录。

3.2

脑血管病（cerebrovascular disease）

脑血管病是指由各种脑血管疾病所引起的脑部病变。临床上根据脑血管病的病理演变过程分为出血性脑血管病（如脑出血、蛛网膜下腔出血等）和缺血性脑血管病（如脑梗死，包括栓塞性脑梗死、血栓形成性脑梗死、腔隙性脑梗死）等。藏医“咋嘎病”（白脉病）是指一组以突然发作的局灶性或弥漫性神经功能障碍为共同特征的脑血管疾病。脑梗死属藏医“咋嘎病”（白脉病）范畴之一“隆滞病”。

3.3

隆滞病 (Stroke)

隆滞病因气血不畅、脑脉闭阻、培根粘性盛行于脑部血运阻止所致。以半身不遂，头昏、肢体麻木、言语不清等主要表现的脑神经功能损伤的疾病^[5]。

3.4

头浴法 (head bath)

头浴法是将芝麻、小米、豌豆、大麦、芝麻、芥麦等五谷杂粮粉碎成面，或因疾病个体化治疗需要，特制阿巍、降香、木香等藏药粉碎成面，将粉碎成面的药物用植物油搅拌加热，覆膜在头上的外治疗法。头浴法又称为裹泔（音译），本文中统一称为头浴法。

3.5

涂擦法 (rubbing method)

涂擦法是将对应疾病所特制药物覆膜患侧肢体，自上而下推、搓、点、揉、按等手法的外治方法。涂擦法又称为久巴（音译），本文中统一称为涂擦法。

3.6

药浴法 (medicinal bath)

药浴法是用麻黄、刺柏、大籽蒿、水柏枝、烈香杜鹃等五味藏药煎煮发酵，煎汤取液，患者浸泡于药液中的一种外治疗法。药浴法又称为堆孜阿泔（音译），本文中统一称为药浴法。

4 诊断

4.1 临床表现

主症：主要表现为头晕、头痛、呕吐、大小便失禁、肢体感觉异常或乏力、语言不利等。

发作时表现：突然肢体偏瘫，或肢体突然变得萎软无力，或头痛头晕，伴恶心、呕吐，或意识丧失，或有抽搐。

体征：根据梗死部位、面积大小的不同可有不同的体征。

4.2 理化检查

影像学检查：通过头颅CT或MRI，CTA或MRA等可以直观地显示脑梗死的部位、大小、性质等。

4.3 诊断标准

4.3.1 诊断要点

既往有高血压和慢性高原红细胞增多症、糖尿病、高脂血症、术后等病史，或在发病过程中确诊为脑血管意外。

4.3.2 急性脑梗死：

急性脑梗死的诊断标准包括^[1-4]：

- 急性起病；
- 局灶神经功能缺损（一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍等），少数为全面神经功能缺损；
- 症状或体征持续时间不限（当影像学显示有责任缺血性病灶时），或持续 24h 以上（当缺乏影像学责任病灶时）；
- 排除非血管性病因；
- 脑 CT/MRI 排除脑出血。

4.3.3 短暂性脑缺血发作：

短暂性脑缺血发作的诊断标准包括^[1-4]：

- 发病突然；
- 局灶性脑或视网膜功能障碍的症状；
- 持续时间短暂，一般 10~15 分钟，多在 1 小时内，最长不超过 24 小时；
- 恢复完全，不遗留神经功能缺损体征；
- 多有反复发作的病史。

理化检查见附录A

4.4 藏医诊断

4.4.1 隆滞病

脑血管疾病属藏医“咋嘎病”范畴，基于发病在脑部的性质不同可分为“隆滞病”和“查滞病”两种，本病属“隆滞病”。隆滞病是因气血不畅、培根粘性盛行于脑脉导致血运止行、脑脉闭阻所致。以半身不遂，头昏、肢体麻木、言语不清等主要表现的疾病。^[4-6]

4.4.2 藏医特色诊疗

藏医脉象表现为脉弦有力，藏医尿象为尿赤黄，泡沫细小易散开，藏医舌象为舌苔红，舌质干、粗糙。具体以患者个体差异以及病情的疾患轻重、并发症等不同也可有舌质红、暗淡、薄白或白腻、舌苔薄黄，脉悬滑，尿黄等不同。

4.5 鉴别诊断

4.5.1 西医鉴别诊断

脑梗死和脑出血的鉴别。脑出血大多有高血压病史，一般是在情绪激动的时候发病。而脑梗死经常出现头疼、头晕症状，有脑缺血的表现，一般是安静的时候发病。脑出血可以有急性颅内压增高的症状，表现为剧烈头疼、呕吐；而脑梗死很少有这样的症状。脑出血和脑梗死通过头颅CT或MRI鉴别。脑烟雾病：会出现癫痫，头疼，智力的功能障碍，出现脑出血和脑梗死的症状，可通过头部头颅CT或MRI鉴别。

4.5.2 藏医鉴别诊断

4.5.2.1 “查滞病”（脑出血）

“隆滞病”常于安静状态下发病，多数无明显剧烈头痛、呕吐等先兆症状。“查滞病”以活动状态下起病，出现急性神经系统症状，头颅CT和MRA亦可明确鉴别。

4.5.2.2 隆型晕厥病（脑供血不足）

隆运血不畅，以突发性晕厥，面色苍白，四肢厥冷，嘴唇发紫、身体发凉为主要表现，苏醒时无半身不遂等症状。

4.5.2.3 隆病“口歪”（面瘫）

口歪（面瘫）以口眼歪斜为主证，主要表现为病侧额纹消失、闭目不能、鼻唇沟变浅、口角下垂、发病前可有同侧耳后疼痛、但无半身不遂、偏身麻木等症状。

4.5.2.4 杰色病（持续性癫痫发作）

以不定期发作为主，常见突发性昏厥、肢体抽搐，口吐白沫、双目上视，或作异常叫声，醒后一如常人，无半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症，发病以青少年居多。

4.5.2.5 “延拉咋嘎病”（肌无力疾病）

本病属“咋嘎病（白脉病）”范畴，以四肢活动受限，项背强直，四肢消瘦、肌肉萎缩、甚至角弓反张为主症。病发亦可伴昏厥，但无意识障碍，口舌歪斜、言语不利等症状。

4.5.2.6 “曲咋病”（脊髓病）

本病属“咋嘎病（白脉病）”范畴，病变在脊髓，以上半身或下半身手足软弱无力、部分躯干感觉消失、二便失禁、筋脉弛缓不收、患肢肌肉萎缩为主症，但是意识清醒、言语正常。以双下肢、双上肢或四肢发病为多见，或见患肢肌肉萎缩，或见筋惕肉瞤。起病缓慢，起病时无突然昏倒不省人事、口舌歪斜、言语不利等症状。

5 治疗

5.1 辨证论治

疾病治疗应注重辨证，首先应辨虚实主次，本病属隆血失衡行运紊乱，培根黏脂淤积脑脉致使血运不畅，培根盛升，造成脑脉不畅脑部血运闭阻，以脉络不通、紊乱三因为主。治疗以辨证施治，酌情用方，取其“平衡三因、醒脑开窍、舒通经脉”，支持“咋嘎机能（神经功能）”恢复为主。尚需指出的是本病在治疗手段的选择上，除口服、静脉治疗等常规的方法外，可因病情灵活选择外治（非药物治疗技术）头浴法、涂擦法、药浴法，内外同治，以提高治疗效果。本指南重点以外治疗法（非药物治疗技术）为主。

5.2 藏医外治疗法

藏医外治法的历史悠久，历史渊源可追溯到公元前100年，历代经典的藏医外治理论，主要依据《四部医典》的外治篇。“脑梗死”作为脑血管病的一种，各种脑血管病变所致脑部血氧供应障碍，导致脑组织缺血、缺氧性坏死，并迅速出现相应神经功能缺损的一类临床综合征。脑梗死（cerebral ischemic stroke）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，藏医称之为“隆滞病”。在藏医理论体系里“隆滞病”是“隆”不通或“隆”的功能紊乱影响脑部血液循环障碍，从而导致进一步的并发症。藏医外治疗法“头浴法”主要是活血化瘀，起到疏通血管、软化血管的作用，同时改善血运供氧。藏医“涂擦法”，是将药（酥油、植物油）油及涂擦膏药涂抹于患处涂擦按摩，可疏络通脉、使气血流通，是内病外治的一种方法。也是改善脑梗死肢体功能障碍

碍的有效手段。藏医“药浴法”主要有疏通经络、化瘀活络的作用。其中“五味甘露浴”是最早记载于藏医药经典著作《四部医典》当中的药浴方剂，迄今为止已有1300余年的历史。它不仅具有治疗脑梗死肢体偏瘫的作用，而且有康复和预防保健作用，对隆型疾病、活血、通络、舒筋、温胃、祛寒、提高免疫力、改善肢体功能等具有显著作用。^[8]

5.2.1 适应证

5.2.1.1 藏医外治技术（头浴法、涂擦法、药浴法）适用于脑梗死不同时期。

【推荐意见】藏医外治技术（涂擦法和药浴法）适用于脑梗死的恢复期和后遗症期（C级证据，强推荐）。

【共识建议】藏医外治技术（头浴法）适用于脑梗死的恢复期和后遗症期。

证据情况：9项随机对照试验研究（Cheng W 2020、Li Shuping 2016、Deng PM 2018、Li N 2011、Li L 2018、Qin GS 2017、Xu Q 2018、Wang QY 2017、Cheng W 2019）报告了藏医外治技术（涂擦法）适用于脑卒中的恢复期和后遗症期相关症状。1项随机对照试验研究（Gao JT 2022、Wang M 2018）报告了藏医外治技术（药浴法）适用于脑卒中的恢复期和后遗症期相关症状。1项非随机对照试验研究（Yang YE 2016）报告了藏医外治技术（涂擦法）适用于脑卒中的恢复期和后遗症期相关症状。头浴法未找到相关研究。

5.2.2 疗效

5.2.2.1 藏医外治技术针对脑梗死临床效果（如肌张力增高、肌力下降、疼痛综合征、感觉障碍）。

【推荐意见】藏医外治技术可以改善脑卒中的偏瘫症状、肢体痉挛、肌张力增高、上/下肢手功能障碍、疼痛综合征、肩手综合征、脑卒中的痉挛性偏瘫症状。（C级证据，强推荐）。

证据情况：3项随机对照试验研究（Cheng W 2020、Qin GS 2017、Gao JT 2022）报告了藏医外治技术针对脑卒中的偏瘫症状。7项随机对照试验研究（Li Shuping 2016、Deng PM 2018、Xu Q 2018、Ao EDGL 2022、Xie L 2018、Wang M 2018、Wang QY 2017）报告了藏医外治技术针对脑卒中的肢体痉挛。3项随机对照试验研究（Li N 2011、Qiao LL 2020、Gong Z 2012）报告了藏医外治技术针对脑卒中的肌张力增高。2项随机对照试验研究（Li L 2018、Cheng W 2019）报告了藏医外治技术针对脑卒中的上/下肢手功能障碍。1项随机对照试验研究（Xu Q 2018）报告了藏医外治技术针对脑卒中的疼痛综合征。1项随

机对照试验研究 (Lv HY 2018) 报告了藏医外治技术针对脑梗死的肩手综合征。1项非随机对照试验研究 (Yang YE 2016) 报告了藏医外治技术针对脑卒中的痉挛性偏瘫症状。

5.2.2.2 藏医外治技术 (涂擦法、药浴法、头浴法) 用于治疗脑梗死时, 具有改善脑血流量 CBF、脑血容量 CBV、血管搏动指数、神经缺损功能量表 NIHSS 指数、Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA)、日常生活能力 Barthel 指数 (MBI)、改良的 Ashworth 痉挛评定量表 (MAS) 等结局指标有辅助效果。

【推荐意见】藏医外治技术 (涂擦法、药浴法) 用于治疗脑梗死时, 可以辅助改善脑血流量 CBF、脑血容量 CBV、血管搏动指数、神经缺损功能量表 NIHSS 指数、Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA)、日常生活能力 Barthel 指数 (MBI) 等结局指标。(C 级证据, 强推荐)

【共识建议】藏医外治技术 (头浴法) 用于治疗脑梗死时, 可以辅助改善脑血流量 CBF、脑血容量 CBV、血管搏动指数、神经缺损功能量表 NIHSS 指数、Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA)、日常生活能力 Barthel 指数 (MBI) 等结局指标。

证据情况:

涂擦法: 2项 (n=154) 藏医外治技术治疗脑卒中的研究 (Qiao LL 2018、Xie L 2018) 结果显示, 白脉软膏联合常规康复治疗与常规康复治疗相比, 有效改善 NIHSS 评分 (MD -2.81, 95%CI: -5.40, -0.21)、MBI 评分 (MD 8.46, 95%CI: -0.83, 17.76)、FMA 评分 (MD 15, 95%CI: 9.35, 20.64)、MAS 评分 (MD -0.73, 95%CI: -1.52, 0.06)、FMA 评分 (MD 15, 95%CI: 9.35, 20.64)。

1项 (n=60) 藏医外治技术治疗脑卒中软瘫期下肢功能障碍的研究 (Cheng W 2019) 结果显示, 白脉软膏联合循足阳明经推拿及康复训练治疗与循足阳明经推拿及康复训练治疗相比, 更有效改善总有效率 (RR 1.16, 95%CI: 0.98, 1.38)、FMA 评分 (MD 18.94, 95%CI: 0.98, 36.90)、MBI 评分 (MD 9.03, 95%CI: 7.85, 10.21)、MAS (RR 1.87, 95%CI: 1.23, 2.85)。

1项 (n=22) 藏医外治技术治疗痉挛及 I 型复杂性区域疼痛综合征的研究 (Xu Q 2018) 结果显示, 白脉软膏联合常规康复治疗与常规康复治疗相比, 更有效改善 FMA 评分 (MD 0.36, 95%CI: -4.51, 5.23)。

1项 (n=54) 藏医外治技术治疗脑卒中后肢体痉挛的研究 (Wang QY 2017) 结果显示, 白脉软膏联合现代康复治疗与现代康复治疗相比, 更有效改善 MAS 评分 (MD 1.01, 95%CI:

0.36, 1.66)、MBI升值(MD 8.38, 95%CI: 5.15, 11.61)、FMA升值(MD 5.53, 95%CI: 2.85, 8.21)。

1项(n=60)藏医外治技术治疗脑卒中肌张力增高的研究(Li N 2011)结果显示,白脉软膏联合按摩电疗与按摩电疗相比,更有效改善MAS(MD -1.45, 95%CI: -1.90, -1.00)。

1项(n=60)藏医外治技术治疗脑梗死恢复期肩手综合征的研究(Lv HY 2018)结果显示,白脉软膏、循经刮痧联合常规治疗与常规治疗相比,更有效改善总有效率(RR 1.35, 95%CI: 1.02, 1.79)、FMA评分(MD 2.37, 95%CI: -3.07, 7.81)。

1项(n=120)藏医外治技术治疗脑梗死恢复期肩手综合征的研究(Gong Z 2012)结果显示,白脉软膏、循经刮痧联合常规治疗与常规治疗相比,更有效改善NIHSS评分(MD -0.93, 95%CI: -2.59, 0.73)。

药浴法: 1项(n=110)藏医外治技术治疗脑卒中偏瘫(Gao JT2022)的研究结果显示,五味甘露药浴颗粒药浴联合常规治疗与常规治疗相比,更有效改善总有效率(RR 1.13, 95%CI: 0.95, 1.35)。

1项(n=79)藏医外治技术治疗脑卒中后肢体痉挛的研究(Xu Q 2018)结果显示,五味甘露药浴颗粒药浴联合现代康复治疗与现代康复治疗相比,更有效改善上肢FMA评分(MD 11.08, 95%CI: 4.33, 17.83)、MBI评分(MD 1.46, 95%CI: -5.51, 8.43)。

1项(n=54)藏医外治技术治疗脑卒中后肢体痉挛的研究(Wang QY 2017)结果显示,白脉软膏、五味甘露药浴颗粒联合现代康复治疗与现代康复治疗相比,更有效改善MAS评分(MD -2.54, 95%CI: -4.16, -0.92)、FMA评分(MD 21.33, 95%CI: 9.93, 32.73)、MBI评分(MD 12.02, 95%CI: 7.55, 16.49)。

1项(n=83)藏医外治技术治疗脑卒中后肢体痉挛的研究(Xu Q 2018)结果显示,藏药药浴、白脉软膏联合常规康复治疗与常规康复治疗相比,更有效改善FMA评分(MD 6.20, 95%CI: 0.68, 11.72)、MBI评分(MD 4.03, 95%CI: -3.36, 11.42)。

1项(n=58)藏医外治技术治疗脑卒中的非随机对照试验研究(He TF 2021)结果显示,藏医药浴联合康复护理与康复护理相比,更有效改善神经功能缺损评分(MD 5.16, 95%CI: -5.47, -4.85)。

1项 (n=87) 病例系列 (Qi XH 2007) 纳入的26例脑血管意外患者, 使用藏药浴、口服藏药联合康复治疗效果如下: 患者偏瘫、肌力、病理反射、生理反射、关节活动度、步行、感觉、高级功能均有改善。

头浴法: 未找到相关的研究。

5.2.3 使用方法

5.2.3.1 藏医外治法涂擦法进行治疗时, 患者的适宜姿势。

【共识建议】涂擦法时取平卧位、半卧位。

5.2.3.2 涂擦法时常使用的介质。

【共识建议】常用介质为白脉软膏。

5.2.3.3 涂擦法适用时间、部位、频次、疗程及顺序要求。

【共识建议】涂擦部位: 根据病情选择身体患处或白脉循行处。涂擦频率: 依据病情, 1~3 次/日; 涂擦疗程: 依据病情, 2~12 周。

5.2.3.4 涂擦法是可以配合其他疗法。

【共识建议】涂擦法可配合推拿按摩、药浴、刮痧、针灸。

5.2.3.5 头浴方的组成成分、制作方法、剂型。

【共识建议】头浴方: 青稞、小麦、大米、豌豆、大麦、芝麻、荞麦等谷物均衡比例混合后, 用新鲜酥油或芝麻油进行混合, 加少许水煮成稠面团, 将调面团做成相似帽子的形状, 面团热度控制在 40℃~50℃, 扣在患者的头上后用绷带扎缚起来。

5.2.3.6 头浴法所需的器具。

【共识建议】保鲜膜、各谷物、和面干净盆器、医用手套、烤电理疗仪、剪发器。

5.2.3.7 头浴法施治的部位、温控、治疗时间、治疗频率、疗程。

【共识建议】头浴法施治的部位是头部, 沿发际线铺开已制面团头浴药物, 贴敷时头浴药温度控制在 40℃~50℃, 每次治疗时间控制在 30 分钟, 1~2 次/日(要根据患者病情, 情况来实际操作), 七天为一个疗程。

5.2.3.8 药浴方的组成成分、制作方法、剂型。

【共识建议】根据病情配制不同药浴方剂。常用的药浴方剂如五味甘露药浴颗粒, 主要成份麻黄 2500g、刺柏 2500g、大籽蒿 2500g、水柏枝 2500g、烈香杜鹃 2500g, 以上五味, 加水煎煮三次, 每次 1 小时, 同时收集挥发油, 煎液合并, 滤过, 滤液减压浓缩至适量, 喷雾干燥, 加入上述挥发油, 混匀, 制颗粒, 制成 1000~1200g, 即得。主要组成包括藏麻黄、大籽蒿、刺柏、烈香杜鹃、水柏枝, 将五味药材捣碎煎汤即得, 取出药汁, 后

制成颗粒剂。本品为棕褐色的颗粒。

5.2.2.9 药浴法施治部位、温控、治疗时间、治疗频率、疗程，以及药浴后的注意事项。

【共识建议】药浴疗法常采用全身浴或半身浴，有的藏医外治科也有要求患者仰卧浸泡浴盆中，药浴液面不超第5肋水平为准。药浴过程中，根据患者的体质和病情的轻重等，药液水温一般控制在38~43℃之间，浸泡时间15~40分钟，每天1~2次，7天为一疗程。浸泡时间呈“八”型（药浴的水温、浸泡的时间，每天药浴的次数都逐日升到最高点后，又逐日将其降到最低点）。药浴后，注意保暖，避免受寒。

5.2.3 联合用药

5.2.3.1 藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死可口服藏药配合。

【推荐意见】藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服药物治疗脑梗死时，切忌盲目使用，推荐选用七十味珍珠丸（C级证据，强推荐）、如意珍宝丸（C级证据，强推荐）、二十味沉香丸（C级证据，强推荐）、十八味杜鹃丸（C级证据，强推荐）。

【共识建议】藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服药物治疗脑梗死时，可选择二十五味珍珠丸。

证据情况：1项病例系列研究（Qi XH 2007）报告了藏医外治技术联合口服七十味珍珠丸、如意珍宝丸、二十味沉香丸、十八味杜鹃丸治疗脑卒中。二十五味珍珠丸未找到相关研究。

5.2.4 安全性

5.2.4.1 藏医外治法（药浴法）治疗时的不良反应。

【共识建议】药浴法治疗过程容易引起烫伤、皮肤受损，需控制溶液温度。

5.2.4.2 藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗时的注意事项。

【共识建议】头浴法：需要注意浴前洗头，浴后保暖身体，不宜受凉。涂擦疗法：根据病情掌握好热度和时间，保持室内温度和湿度，达到患者最适宜的温度。涂擦疗法：涂擦法治疗后需保暖不宜喝凉水、身体受凉等。药浴法：浴前必须洗澡净身，浴后应注意保暖，避免受风寒；需要注意患者身体状况，高血压患者不宜进行药浴治疗，浴后不宜进行剧烈运动；若出现头晕、头痛及心慌等不良反应，应停止药浴。

5.2.4.3 藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗的禁忌证。

【共识建议】头浴法禁忌证：患有严重心功能不全，脑血管瘤，脑血管畸形患者。涂擦法禁忌证：《四部医典》指出对培根病、浮肿、营养不良者不能用涂擦疗法治疗。对于骨折病人慎用。药浴法禁忌证：患有严重心功能不全，肝脏功能衰竭，肾功能衰竭患者、

高血压患者、醉酒、极度疲劳状态。

5.2.5 其他

5.2.5.1 藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死时最显著的优势。

【共识建议】藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死临床安全性高，尤其针对恢复期和后遗症期效果好。

证据质量分级及推荐意见强度及投票结果见附录 C/D。

5.3 藏医外治的具体操作规范

5.3.1 头浴法

治 法：疏经活血。

主位：头部（头发部位）。

技术要点：部位选定、自上而下敷药、包扎、保暖。适用于非急性期脑梗死。

5.3.1.1 目的

确保头浴法的规范性和可操作性。

确保外治疗法的效果。

确保防止并发症。

5.3.1.2 操作技术规程

5.3.1.2.1 评估

5.3.1.2.1.1 适用范围

头浴法是藏医学中的一种独特的外治疗法，具有治疗、保健和预防作用。头浴法对改善脑部微循环具有较好的临床疗效，特别是改善脑梗死引起的脑部缺血具有独特的治疗效果。用于活血、通络、舒筋作用。

5.3.1.2.1.2 患者筛选

适应证：调血、通经络、舒筋。用于改善和提高运动神经功能、血液循环，促进新陈代谢，改善脑部血管缺血。

禁忌证：患有严重心功能不全，脑血管瘤，脑血管畸形患者、炎性疾病。

5.3.1.2.2 器具

治疗前准备头浴药 500g、植物油（芝麻油或核桃油）、容器，一次性头浴袋，保温罩，三十一味沉香散。

5.3.1.2.3 标准操作技术

5.3.1.2.3.1 操作前准备工作：

- 操作前核对病床，姓名，医嘱，观察患者一般情况、体质等是否符合上述治疗；
- 向患者或家属解释头浴法的目的、配合要点及注意事项，消除顾虑，以取得患者的配合；
- 确保头浴时室内温度保持在 26℃为宜，并嘱咐患者安静；
- 征求患者或家属的同意，并签署治疗同意书；
- 按照病情变化可以随时选择时间进行头浴治疗。一般选择下午为宜；
- 按照藏医《四部医典》配制适宜的头浴药。

5.3.1.2.3.2 操作步骤：

- 确定头浴时日；
- 浴前洗头，避免感冒；
- 准备清点好头浴用具，确认无缺；
- 在容器内倒入植物油，温热后再倒入头浴药，油药充分融合，适宜温度在 38～42℃；
- 取病人端坐位，充分暴露头部，取少量适宜温度的头浴药贴敷于头顶部，从顶部依次向四周逐一贴敷头浴药，再包敷干净毛巾后用保温罩稳定恒温，谨记避免灼伤头皮、耳朵等。准确记录时间和观察病人情况；
- 每天 1 次，7 天为一疗程；
- 头浴时间一般为 25～30 分钟；
- 完成头浴后，擦净头部药物，戴上棉布帽子，注意保暖，避免受寒；
- 消毒好容器，收拾好配备物品，准备下次使用。

5.3.1.2.3.3 应急预案

头浴过程中病人出现头痛，头晕，恶心，呕吐等情况，立即停止头浴法，及时给病人吸氧，霍尔美、熏药，观察病情，注意保暖，防止感冒。

5.3.1.2.3.4 注意事项

浴前必须洗头，浴后保暖身体，不宜受凉。头浴时端坐不晃动，使病人坐姿保持舒服状态。同时采取熏药（三十一味沉香散）。

5.3.1.4 操作人员的资质

- 具有执业医师资格证或执业助理医师资格，或取得相应专业执业证书；
- 参加正规医学院校或卫生行政管理部门，或相关行业学会举办的关于外治疗法操作技

术培训，掌握外治疗法临床知识和技能，并取得相应的技能培训证书。

5.3.2 涂擦法

主位：患侧肢体。取位：患侧肢体的白脉走向。

技术要点：患侧肢体涂擦中从上而下适度搓、揉、捏、点、按、加热等手法。

使用于非急性期脑梗死。

5.3.2.1 目的

确保涂擦法的规范性和可操作性。

确保外治疗法的效果。

确保防止并发症。

本涂擦法是针对“脑梗死”引起偏瘫的肢体神经功能恢复。

5.3.2.2 操作技术规程

5.3.2.2.1 评估

5.3.2.2.1.1 适用范围

用于失眠、心慌，衰老，以及面瘫、皮肤瘙痒、抽搐等疾病。主要用于补气养阳和舒筋活血，尤其对“隆”引起的疾病疗效比较显著。本次适用于“脑梗死”引起偏瘫的肢体神经功能恢复、腱功亢进、肌肉萎缩等康复。

5.3.2.2.1.2 患者筛选

适应证：因气血不畅，患侧肢体活动受限的脑梗死肢体功能康复。对“隆”病及其引起的晕倒、惊慌、失眠、烦躁不安有独特的疗效。

禁忌证：《四部医典》指出对培根病、浮肿、营养不良者不能用涂擦法治疗。对于骨折病人慎用。

5.3.2.2.2 器具

治疗前准备白脉软膏、干净毛巾、糌粑、一次性手套、烤电理疗仪等。

5.3.2.2.3 标准操作技术

5.3.2.2.3.1 操作前准备工作：

- 操作前核对病床，姓名，医嘱，观察患者一般情况、体质等是否符合上述治疗；
- 向患者解释涂擦法的目的、配合要点及注意事项，消除顾虑，以取得患者的配合；
- 确保治疗时室内温度适宜，并嘱咐患者取仰卧位且充分暴露患侧肢体；
- 征求患者或家属的同意，并签署治疗同意书；
- 按照藏医外治时日，以下午为宜，但因病情需要可以随时选择时间点进行涂擦治

疗；

——按照藏医药学《四部医典》选取患侧肢体的内外侧和四肢掌心为主。

5.3.2.2.3.1.2 操作步骤：

——取病人仰卧位，对患侧肢体进行适当按压，选取病人麻痛点，做好标记；

——将白脉软膏均匀涂擦患侧肢体，适度按压，使病人感到麻痛为宜，用烤电理疗仪适当加温，避免患侧肢体的皮肤表面和烤电口过近，防止皮肤烧伤；

——待患侧肢体上涂擦的白脉软膏受热均匀后，由治疗护士戴上一次性手套从病人患侧肢体自上而下推揉，使患者感到痛麻为宜，避免自下而上推揉；

——治疗护士使用涂擦法时间，夏季10~15分钟，冬季20~30分钟；

——患者治疗时保持室内温度在24~26℃，湿度保持在45%~65%，消除患者的紧张情绪和不适感。涂擦的白脉软膏受热均匀，最好保持在40℃左右，避免烫伤患者皮肤；

——涂擦治疗后用适量糌粑净擦患侧肢体，清洁白脉软膏，等擦净后再用干净毛巾擦净糌粑。并嘱患者穿好衣服静坐休息，注意保暖，避免受寒。

——涂擦处的局部皮肤出现微红灼热，属正常现象，无需处理；

——牢记涂擦治疗的三步法：涂药→擦药（搓、点、揉、推、按等手法）→净擦。

5.3.2.2.3.3 应急预案

如因烤电时间过长时或温度过高，局部皮肤灼红或小水泡，此时不宜实施涂擦疗法，待局部皮肤灼红或小水泡消失方可继续使用涂擦疗法。出现灼红或小水泡的皮肤处，交待病人不要抠挠，避免感染。

5.3.2.2.3.4 注意事项

用涂擦治疗时，医者应视病情掌握烤电的热度和时间，保持室内温度和湿度，达到患者最适宜的温度。涂擦治疗后需保暖不宜喝凉水、避免身体受凉等。

5.3.2.4 操作人员的资质

具有执业医师资格证或执业助理医师资格，或取得相应专业执业证书。

参加正规医学院校或卫生行政管理部门，或相关行业学会举办的关于外治疗法操作技术培训，掌握外治疗法临床知识和技能，并取得相应的技能培训证书。

5.3.3 药浴法

治法：活血通络，疏调经筋

主位：患者肢体。

技术要点：配药、加热、药浴、净擦、保温。使用于非急性期脑梗死。

5.3.3.1 目的

确保药浴法的规范性和可操作性。

确保外治疗法的效果。

确保防止并发症。

5.3.3.2 操作技术规程

5.3.3.2.1 评估

5.3.3.2.1.1 适用范围

药浴法是藏医学中的一种独特的外治疗法，具有治疗、保健和预防作用。药浴对绝大多数运动系统疾病和循环系统疾病以及大部分慢性疾病的康复都有较好的临床疗效，特别是脑血管病变的肢体功能康复和关节炎具有独到的治疗效果。有活血、通络、舒筋、温胃、祛寒、提高免疫力的作用。

5.3.3.2.1.2 患者筛选

适应证：调血、通经络、舒筋、温胃、祛寒、提高免疫力。用于改善和提高运动神经功能、血液循环，促进新陈代谢，增强免疫力，对于大部分慢性疾病康复治疗，脑血管意外的肢体功能康复治疗。

禁忌证：患有严重心功能不全，肝脏功能衰竭，肾功能衰竭患者。

5.3.3.2.2 器具

治疗前准备药浴用药、药浴桶、水温计，一次性药浴袋，睡床，棉被，保温罩。

5.3.3.2.3 标准操作技术

5.3.3.2.3.1 操作前准备工作：

- 操作前核对病床，姓名，医嘱，观察患者一般情况、体质等是否符合药浴治疗；
- 向患者或家属解释药浴法的目的、配合要点及注意事项，消除顾虑，以取得患者的配合；
- 确保药浴时室内温度保持在 36℃为宜，并嘱咐患者安静；
- 征求患者或家属的同意，并签署治疗同意书；
- 按照病情变化选择时间进行药浴治疗，一般选择春秋两季；
- 按照藏医《四部医典》配制疾病适宜的药浴药。

5.3.3.2.3.2 操作步骤：

- 选定药浴时日；
- 浴前洗澡净身，避免感冒；
- 准备药浴用具，确认无缺；
- 在药浴桶内注入药浴液，检测药浴液温度，适宜在 38℃～42℃；
- 取病人仰卧位，充分暴露身体；
- 患者首先取少量适宜温度的药浴液擦身，再从双脚至向上逐步慢慢躺入药浴桶中，将全身或患侧的局部浸泡在温热的药水中，谨记温度适宜，避免灼伤皮肤；
- 将药浴罩缓慢盖起，露出第 5 肋以上部分；
- 开始准确记录时间和观察病人情况；
- 每天 1～2 次，7 天为一疗程。浸泡时间一般为 15～40 分钟。浸泡时间呈“八”型（即：15 分、25 分、35 分、40 分、35 分、25 分、15 分）；
- 完成药浴后，扶病人擦身上床，盖被，预防脱水，注意保暖，避免受寒；
- 清洁消毒药浴桶，打扫干净药浴房，收拾好配备物品，准备再次使用。

5.3.3.2.3.3 应急预案

药浴过程中病人出现头痛，头晕，恶心，呕吐等情况，立即停止药浴，及时送回病房吸氧，霍尔美、熏药，观察病情，注意保暖，防止感冒。

5.3.3.2.3.4 注意事项

药浴前必须洗澡净身，浴后保暖身体，不宜受凉。药浴中摆好体位，使病人感到舒服的姿势。

5.3.3.4 操作人员的资质

具有执业医师资格证或执业助理医师资格，或取得相应专业执业证书；

参加正规医学院校或卫生行政管理部门，或相关行业学会举办的关于外治疗法操作技术培训，掌握外治疗法临床知识和技能，并取得相应的技能培训证书。

5.4 康复锻炼

脑梗死患者应及早进行康复治疗，配合藏医外治技术、中医针灸，与早期的救治后，病情稳定即可开始，可以提高疗效，减轻致残程度，提高生存质量。

6 预防与调摄

6.1 顺应四时，起居有常

人与自然是动态平衡的整体，一年四时，日升日落，三因平和。因此，应符合三因五源升降规律，顺四时起居作息。若起居无常容易影响人体气血三因的调和。如起居不

慎，或气候骤变，易被外邪所中。

6.2 适度锻炼，保持良好心态，控制体重

适度的运动有利于气血的运行，调畅平和三因，使胃火健行，以杜绝三因紊乱之源；气行则血运，血脉流畅，亦消培根粘稠之患。适度的运动有助于活血疏经，胃暖消食，脑脉和利，可预防中风的发生。鼓励并指导患者根据年龄、性别、身体健康等情况，适当运动。体质强壮者可采用跑步、游泳、登山等强度较大的运动，体质较弱者可采用有氧慢步、健身操等强度较小的运动。合适的运动量主要标志是：运动时不宜出汗为标准，轻度深呼吸，但不影响对话，早晨起床时感觉舒适，无持续的疲劳感和其他不适感。

6.3 注意饮食，调和胃火

饮食失宜是血压血脂控制不好的重要病因。脑梗死发病中动脉粥样硬化和高血脂占多数，患者更应该注意饮食，结合药物控制血脂血压。吸烟是公认的缺血性脑卒中的危险因素，其对机体产生的病理生理作用是多方面的，主要影响全身血管和血液系统，如加速动脉硬化、升高纤维蛋白原水平、促使血小板聚集、降低高密度脂蛋白水平等。人群研究证据显示，酒精摄入量对于出血性卒中有直接的剂量相关性。但对于缺血性卒中的相关性目前仍然有争议。长期大量饮酒和急性酒精中毒是导致青年人脑梗死的危险因素。同样在老年人中大量饮酒也是缺血性卒中的危险因素。限制高脂高盐饮食摄入，限制饮酒和吸烟，鼓励多吃蔬菜水果，饮食以清淡为主，少食肥甘厚味、煎炸烧烤、膨化食品和碳酸饮料，对肥胖的患者则鼓励减少饮食摄入，提倡健康的生活方式和良好的饮食习惯，并逐渐减轻体重。超重者和肥胖者通过采用健康的生活方式、增加体力活动等措施减轻体重，降低卒中发病危险。每日的饮食种类多样化，使能量的摄入和需要达到平衡，各种营养素摄入趋于合理，并限制食盐摄入量（ $<8\text{g/d}$ ），增加全谷、豆类、薯类、水果、蔬菜和低脂奶制品，减少饱和脂肪酸和反式脂肪酸的均衡食谱。

6.4 情志养生，安神静心

注意保持情绪愉悦，缓解压力，消除紧张、使心平气和，神明内守，肝阳平伏，火无以为生，避免卒中发生。

附录 A

（资料性）

脑血管病的理化检查

A.1 短暂性脑缺血发作（TIA）的理化检查

A. 1. 1 头颅 CT和 MRI：脑梗死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。头颅 CT有助于排除与TIA类似表现的颅内病变。头颅MRI的阳性率更高，但是临床并不主张常规应用 MRI进行筛查。

A. 1. 2 头颅计算机断层扫描

A. 1. 2. 1头颅计算机断层扫描（CT）：头颅CT平扫是最常用的检查，但是对超早期缺血性病变和皮质或皮质下小的梗死灶不敏感，特别是后颅窝的脑干和小脑梗死更难检出。在超早期阶段（发病6小时内），CT可以发现一些轻微的改变：大脑中动脉高密度征；皮质边缘（尤其是岛叶）以及豆状核区灰白质分界不清楚；脑沟消失等。通常平扫在临床上已经足够使用。若进行CT血管成像，灌注成像，或要排除肿瘤、炎症等则需注射造影剂增强显像。

A. 1. 2. 2 头颅磁共振（MRI）：标准的MRI序列（T1、T2和质子相）对发病几个小时内的脑梗死不敏感。弥散加权成像（DWI）可以早期显示缺血组织的大小、部位，甚至可显示皮质下、脑干和小脑的小梗死灶。早期梗死的诊断敏感性达到88%~100%，特异性达到95%~100%。灌注加权成像（PWI）是静脉注射顺磁性造影剂后显示脑组织相对血液动力学改变的成像。灌注加权改变的区域较弥散加权改变范围大，目前认为弥散-灌注不匹配区域为半暗带。

A. 1. 3 超声检查

A. 1. 3. 1 经颅多普勒超声（TCD）：对判断颅内外血管狭窄或闭塞、血管痉挛、侧枝循环建立程度有帮助。最近，应用于溶栓治疗的监测，对预后判断有参考意义。颈动脉超声检查：应作为TIA患者的一个基本检查手段，常可显示动脉硬化斑块。但其对轻中度动脉狭窄的临床价值较低，也无法辨别严重的狭窄和完全颈动脉阻塞。

A. 1. 3. 2 经食道超声心动图（TEE）：与传统的经胸骨心脏超声相比，提高了心房、心房壁、房间隔和升主动脉的可视性，可发现房间隔的异常（房间隔的动脉瘤、未闭的卵圆孔、房间隔缺损）、心房附壁血栓、二尖瓣赘生物以及主动脉弓动脉粥样硬化等多种心源性栓子来源。

A. 1. 4 脑血管造影

A. 1. 4. 1血管影像：虽然现代的血管造影已经达到了微创、低风险水平，但是对于脑梗死的诊断没有必要常规进行血管造影数字减影（DSA）检查。在开展血管内介入治疗、动脉内溶栓、判断治疗效果等方面DSA很有帮助，但仍有一定的风险。（DSA）检查是评估颅内

外动脉血管病变最准确的诊断手段(金标准)。但脑血管造影价格较昂贵,且有一定的风险,其严重并发症的发生率约为 0.5%~1.0%。

A. 1. 4. 2 磁共振血管成像(MRA)、CT血管成像(CTA)等是无创的检查:对判断受累血管、治疗效果有一定的帮助。

A. 1. 5 其他:正电子发射断层扫描(PET)、氙加强CT、单光子发射计算机断层扫描(SPECT)等,多在有条件的单位用于研究。对小于50岁的人群或未发现明确原因的TIA患者或是少见部位出现静脉血栓、有家族性血栓史的TIA患者应做血栓前状态的特殊检查。如发现血红蛋白、红细胞压积、血小板计数、凝血酶原时间或部分凝血酶原时间等常规检查异常,须进一步检查其他的血凝指标。临床上没有TIA的常规、标准化评估顺序和固定的辅助诊断检查项目,常需因人而异,如一位老年有高血压的男性患者,有多次的单眼黑矇发作,应尽快检查颈动脉;而若是位年轻女性患者,有自发性流产史、静脉血栓史,多灶性的TIA就应该检查抗磷脂抗体等。

A. 2 脑梗死的理化检查

A. 2. 1 血液检查:

血小板、凝血功能、血糖、D-二聚体、同型半胱氨酸等。

附件 B (资料性) 藏成药使用说明

B. 1 七十味珍珠丸^[7]

药物组成:珍珠、檀香、降香、甘草、天竺黄、西红花、牛黄、麝香、珊瑚、玛瑙等七十味。

功能主治:安神,镇静,通经活络,调和气血,醒脑开窍。用于“黑白脉病”,“龙血”不调;中风,瘫痪、半身不遂、癫痫、脑溢血(脑出血)、脑震荡,心脏病,高血压及神经性障碍等。

用法用量:研碎开水送口服,重病患者一日1g;一般患者每隔3~7天1g。

注意事项:禁用陈旧、酸性食物。

B. 2 二十五味珍珠丸(片)^[7]

药物组成:珍珠、珍珠母、肉豆蔻、石灰华、红花、草果、丁香、降香、豆蔻、诃子、檀香、余甘子、沉香、肉桂、毛诃子、螃蟹、木香、牛黄、人工麝香等二十多味藏药。

功能主治:安神开窍。用于中风、半身不遂、口眼歪斜、昏迷不醒、神志紊乱、谵语发狂等。临床应用对缺血性脑卒中、脑出血后遗症、癫痫、神经性疾病等。

用法用量:口服,一次1g,一日1~2次;或遵医嘱。

注意事项:禁忌酸、冷食物及饮酒。

B.3 二十味沉香丸^[7]

药物组成:沉香、丁香、木瓜、肉豆蔻、红花等二十种藏药味经加工制成丸剂。

功能主治:用于调和气血、安神镇静。用于偏瘫、高血压、神志紊乱、口眼歪斜、肢体麻木、言语不清、失眠。

用法与用量:口服,一次3~4丸,一日2次;或遵医嘱。

注意事项:本品所含马钱子为有毒药材,在使用中应注意。

B.4 如意珍宝丸(胶囊、片)^[7]

药物组成:珍珠母、沉香、石灰华、金礞石、红花、螃蟹、丁香等三十味藏药加工制成的丸。

功能主治:清热、醒脑开窍、舒筋通络、干黄水。用于瘟热、陈旧热证,白脉病,四肢麻木,瘫痪,口眼歪斜,神志不清,痹证,痛风,肢体强直,关节不利。对白脉病疗效显著。

用法用量:口服,一次4~5丸,每丸重0.5g或一次8~10丸,每丸重0.25g,一日2次;或遵医嘱。

注意事项:禁忌生冷、酸腐食物、以及饮酒。服用期间防止受凉、剧烈活动。

B.5 十八味杜鹃丸^[7]

药物组成:列香杜鹃、草果、诃子、檀香、毛诃子等十八味藏药加工制成的丸。

功能主治:祛风通络,活血。用于白脉病引起的四肢麻木,震颤,肌肉萎缩,筋腱拘挛,口眼歪斜等症。

用法用量:口服,一次2~3丸,一日3次;或遵医嘱。

注意事项：禁忌酸、冷、酒。

B.6 白脉软膏^[7]

药物组成：姜黄、肉豆蔻、甘松、甘草、阳起石等十一味藏药加工后制成软膏剂。

功能主治：舒筋活络。用于白脉病、瘫痪、偏瘫、筋腱强直、外伤引起的经络及筋腱断伤、手足挛急、跛行等。

用法用量：取本品适量涂擦于患处，1日2~3次，忌入口。

注意事项：常规剂量内未见不良反应，忌入口。

附录 C

（资料性）

证据质量分级及推荐意见强度

C.1 GRADE证据质量分级及定义

本文件采用2004年指定的推荐分级的评估、制定和评价标准进行证据质量分级。本指南采用2004年制定的推荐分级的评估、制定和评价(The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE) 标准进行证据质量分级。（见表 C.1）

表C.1 GRADE 证据质量分级定义表

证据等级	解释说明
A（高）	非常有把握估计值接近真实值
B（中）	对估计值有中等把握：估计值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
C（低）	对估计值的把握有限：估计值可能与真实值有很大差别
D（极低）	对估计值几乎没有把握：估计值与真实值极可能有很大差别

C.2 推荐意见强度的定义

本文件推荐强度标准综合临床试验等标准化文件形成证据，结合临床专家调研结果，由名义组会议专家综合权衡后做出推荐意见。（见表C.2）

表 C.2 推荐意见强度的定义

强/有条件推荐	定义
---------	----

强烈推荐使用	对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见;对于患者，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会:对于政策制定者，大多数情况会采纳推荐意见作为政策。
有条件推荐使用	对于临床医生，应认识到不同患者有各自适合的方案，需要帮助每个患者作出体现其价值观和意愿的决定:对于患者，大多数患者会采纳推荐意见，但仍有不少患者不采用:对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关参与。

附录 D（资料性）推荐意见及共识建议投票结果表

推荐意见及共识建议投票结果见表

表D.1 推荐意见投票结果表

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数				证据等级	投票轮数	是否达成共识
		强推荐	弱推荐	无明确推荐	强不推荐			
1	藏医外治技术（涂擦法和药浴法）适用于脑梗死的恢复期和后遗症期。	25 (92.59%)	2	0	0	C	1	是
2	藏医外治技术可以改善脑卒中的偏瘫症状、肢体痉挛、肌张力增高、上/下肢手功能障碍、疼痛综合征、肩手综合征、脑卒中的痉挛性偏瘫症状。	25 (92.59%)	2	0	0	C	1	是
3	藏医外治技术（涂擦法、药浴法）用于治疗脑梗死时，可以辅助改善脑血流量CBF、脑血容量CBV、血管搏动指数、神经缺损功能量表NIHSS指数、Fugl-Meyer运动功能评定量表（FMA）、日常生活能力Barthel指数（MBI）等结局指标。	23 (85.19%)	3	1	0	C	1	是
3	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服用药时，推荐选用七十味珍珠丸。	24 (88.89%)	2	1	0	C	1	是
4	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服用药时，推荐如意珍宝丸。	25 (92.59%)	2	0	0	C	1	是
5	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服用药时，推荐二十味沉香丸。	25 (92.59%)	2	0	0	C	1	是
6	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服用药时，推荐十八味杜鹃丸。	25 (92.59%)	2	0	0	C	1	是

表D.2共识建议投票结果表

序号	建议条目	推荐方向强度的票数			投票轮数	是否达成共识
		建议	中立	不建议		

1	藏医外治技术（头浴法）适用于脑梗死的恢复期和后遗症期。	25 (92.59%)	1	1	1	是
2	藏医外治技术（头浴法）用于治疗脑梗死时，可以辅助改善脑血流量 CBF、脑血容量 CBV、血管搏动指数、神经缺损功能量表 NIHSS 指数、Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）、日常生活能力 Barthel 指数（MBI）等结局指标。	21 (77.78%)	5	1	1	是
3	涂擦法治疗时常取平卧位、半卧位。	27 (100%)	0	0	1	是
4	涂擦法时常常用介质为白脉软膏。	23 (85.19%)	4	0	1	是
5	涂擦部位：根据病情选择身体患处或白脉循行处。；涂擦频率：依据病情，1~3 次/日；涂擦疗程：依据病情，2~12 周。	25 (92.59%)	2	0	1	是
6	涂擦法可配合推拿按摩、药浴、刮痧、针灸。	25 (92.59%)	2	0	1	是
7	头浴方：青稞、小麦、大米、豌豆、大麦、芝麻、芥麦等谷物均衡比例混合后，用新鲜酥油或芝麻油进行混合，加少许水煮成稠面团，将调面团做成相似帽子的形状，面团热度控制在 40℃~50℃，扣在患者的头上后用绷带扎缚起来。	26 (96.30%)	1	0	1	是
8	保鲜膜、各谷物、和面干净盆器、医用手套、烤电理疗仪、剪发器。	23 (85.19%)	4	0	1	是
9	头浴法施治的部位是头部，沿发际线铺开已制面团头浴药物，贴敷时头浴药温度控制在 40℃~50℃，每次治疗时间控制在 30 分钟，1~2 次/日（要根据患者病情，情况来实际操作），七天为一个疗程。	26 (96.30%)	1	0	1	是
10	根据病情配制不同药浴方剂。常用的药浴方剂如五味甘露药浴颗粒，主要成份麻黄 2500g、刺柏 2500g、大籽蒿 2500g、水柏枝 2500g、烈香杜鹃 2500g，以上五味，加水煎煮三次，每次 1 小时，同时收集挥发油，煎液合并，滤过，滤液减压浓缩至适量，喷雾干燥，加入上述挥发油，混匀，制颗粒，制成 1000~1200g，即得。主要组成包括藏麻黄、大籽蒿、刺柏、烈香杜鹃、水柏枝，将五味药材捣碎煎汤即得，取出药汁，后制成颗粒剂。本品为棕褐色的颗粒。	25 (92.59%)	1	1	1	是
11	药浴疗法常采用全身浴或半身浴，有的藏医外治科也有要求患者仰卧浸泡浴盆中，药浴液面不超第 5 肋水平为准。药浴过程中，根据患者的体质和病情的轻重等，药液水温一般控制在 38~43℃之间，浸泡时间 15~40 分钟，每天 1~2 次，7 天为一疗程。浸泡时间呈“八”型（药浴的水温、浸泡的时间，每天药浴的次数都逐日升到最高点后，又逐日将其降到最低点）。药浴后，注意保暖，避免受寒。	26 (96.30%)	1	0	1	是
12	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）联合口服用药时，推荐选用二十五味珍珠丸。	25 (92.59%)	2	0	1	是
13	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）进行治疗时，未发现不良反应报道。药浴法治疗过程容易引起烫伤、皮肤受损，需控制浴液温度。	27 (100%)	0	0	1	是
14	头浴疗法：需要注意浴前洗头，浴后保暖身体，不宜受凉。涂擦疗法：根据病情掌握好热度和时间，保持室内温度和湿度，达到患者最适宜的温度。涂擦疗法：涂擦治疗后需保暖不宜喝凉水、身体受凉等。药浴疗法：浴前必须洗澡净身，浴后应注意保暖，避免受风寒；需要注意患者身体状况，高血压患者不宜进行药浴治疗，浴后不宜进行剧烈运动；若出现头晕、头痛及心慌等不良反应，应停止药浴。	27 (100%)	0	0	1	是

15	头浴法禁忌证：患有严重心功能不全，脑血管瘤，脑血管畸形患者。涂擦法禁忌证：《四部医典》指出对培根病、浮肿、营养不良者不能用涂擦疗法治疗。对于骨折病人慎用。药浴法禁忌证：患有严重心功能不全，肝脏功能衰竭，肾功能衰竭患者、高血压患者、醉酒、极度疲劳状态。	24 (88.89%)	3	0	1	是
16	藏医外治法（头浴法、涂擦法、药浴法）治疗脑梗死临床安全性高，尤其针对恢复期和后遗症期效果好。	27 (100%)	0	0	1	是

参考文献

- [1] 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(2023) 中华神经科杂志. 2024, 57 (6) :523-559.
- [2] 国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会. (2021). 中国脑卒中防治指导规范(2021年版). 北京:人民卫生出版社.
- [3] 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. 中国脑血管病诊治指南与共识(2016). 北京:人民卫生出版社, 2016.
- [4] 中国民族医药学会藏医药分会, 西藏自治区藏医药标准技术委员会. 藏医药学名词[M]. 北京:民族出版社, 2019.
- [5] 西藏自治区藏医药管理局. 藏医病证诊断疗效标准[S]. 拉萨:西藏人民出版社, 2013.
- [6] 宇妥·云旦贡布. 四部医典[M]. 拉萨:西藏人民出版社, 1982年3月第1版.
- [7] 占堆, 赵军宁. 藏医成方制剂-现代研究与临床应用[M]. 成都:四川科学技术出版社, 2009年12月第1版.
- [8] 格琼. 常用藏药功效手册[M]. 拉萨:西藏人民出版社, 2007年4月.