

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



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

藏医外治技术（放血法、涂擦法、金烙法）治 疗脑出血临床实践指南

Clinical practice guidelines of Tibetan medicine external therapy (bloodletting, rubbing method, Golden
moxibustion therapy) 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..... | 4 |
| 2 规范性引用文件..... | 4 |
| 3 术语和定义..... | 4 |
| 4 诊断..... | 5 |
| 5 治疗..... | 8 |
| 5.1 辨证论治..... | 8 |
| 5.2 藏医外治疗法..... | 8 |
| 5.2.1 适应证..... | 8 |
| 5.2.2 疗效..... | 9 |
| 5.2.3 使用方法..... | 10 |
| 5.2.4 联合用药..... | 12 |
| 5.2.5 安全性..... | 12 |
| 5.2.6 其他..... | 13 |
| 5.3 藏医外治技术操作规范..... | 13 |
| 5.3.1 放血法..... | 13 |
| 5.3.2 涂擦法..... | 15 |
| 5.3.3 金烙法..... | 17 |
| 5.4 康复锻炼..... | 19 |
| 6 预防与调摄..... | 19 |
| 附录 A（资料性）脑血管病的病理检查..... | 20 |
| 附录 B（资料性）藏成药使用说明..... | 21 |
| 附录 C（资料性）证据质量分级及推荐意见强度..... | 23 |
| 附录 D（资料性）推荐意见及共识建议投票结果..... | 24 |
| 参考文献..... | 27 |

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，朶藏校郎，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

脑出血是病死率最高的脑血管疾病，具有发病急、病情重、进展快的特点，在临床中，如不及时有效治疗，患者会出现死亡或致残，严重危害人类生命健康。藏医外治法疗效确切，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，弥补现代医学未满足的临床需求。

本文件的编写和发布旨在为藏医外治技术治疗脑出血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（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血临床实践指南

1 范围

本文件提出了藏医对脑出血的诊断、辨证、鉴别、治疗、预防和康复建议。

本文件推荐适用于藏医外治技术中脑出血急性期使用放血法，脑出血康复期使用涂擦法和金烙法，旨在为临床医生的诊疗实践提供依据。

本文件适用于各级医疗和科研机构中从事藏医脑出血诊疗及科研工作的执业医师使用。

本文件得到了行业专家的广泛共识，是专家集体智慧的结晶。它突出了科学性、实用性和规范性，贴近临床应用需要。

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。

中国脑卒中防治指导规范（2021发布）

中国脑出血诊治指南（2019年发布）

藏医达尔卡（放血）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治疗方法，具有鲜明的传统医学特色。藏医在治疗脑出血时会根据患者的病情选择不同的外治方法，急性期时常采用放血法（放血疗法），康复期时多采用涂擦法和金烙法。这三种藏医外治技术（放血法、涂擦法、金烙法）具有易掌握，易操作、疗效显著的特点和优势，适宜基层普及。

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。脑出血属藏医“咋嘎病”（白脉病）范畴之一“查滞病”。

3.3

查滞病 (Cerebral hemorrhage)

因脑血紊乱、脑脉破损，导致血溢于脑所致。以昏厥、半身不遂、肢体麻木、吞咽障碍、舌瘫不语等为主要表现的脑神经功能损伤的疾病。

3.4

放血法 (bloodletting)

放血法是采用特制的放血器械，对应疾病的特定部位进行的刺脉、切脉、剖脉，将体内病血释放至体外的外治疗法。放血法又称达尔卡或达卡（音译），本文中统一称为放血法。

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

金烙法 (Golden moxibustion therapy)

依据《四部医典》，金烙法是采用一种特殊器具金烙（黄金制作的烙器），对应穴位烙灸的外治方法。金烙法又称为色第（音译），本文中统一称为金烙法。

4 诊断

4.1 临床表现

4.1.1 症状

4.1.1.1 主症

主要表现为头晕、头痛、呕吐、肢体感觉异常或乏力、言语不清、嘴角歪斜、吞咽障碍、大小便失禁等。

4.1.1.2 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。

4.1.2 体征

根据脑部出血位置、面积大小的不同可有不同的体征。

4.2 理化检查

4.2.1 影像学检查

通过头颅CT或MRI，CTA或MRA等可以直观地显示脑出血的部位、大小、性质等。

4.2.2 腰穿检查

脑出血破入脑室或蛛网膜下腔时，腰穿可见血性脑脊液。

理化检查详见附录A。

4.3 诊断标准

4.3.1 诊断要点

既往有高血压和糖尿病史，或脑血管畸形，高血脂症，脑动脉瘤或在发病过程中确诊为脑血管意外。

4.3.2 脑出血

脑出血的诊断标准包括^[1-4]：

——急性起病；

——局灶神经功能缺损症状(少数为全面神经功能缺损)，常伴有头痛、呕吐、血压升高及不同程度意识障碍；

——头颅CT或MRI显示出血灶大小和部位；

——排除非血管性脑部病因。

4.3.3 病程分期

4.3.3.1 急性期

发病2周以内，最长至1个月。

4.3.3.2 恢复期

发病2周至6个月。

4.3.3.3 后遗症期

发病6个月以后。

4.4 藏医诊断

4.4.1 查滞病

脑血管疾病属藏医“咋嘎病（白脉病）”范畴，基于发病在脑部的性质不同可分为“查滞病”和“隆滞病”。本病属“查滞病”。查滞病是因气血紊乱、隆血盛行头颅致脑脉破裂，血溢于脑所致。以昏厥、半身不遂、肢体麻木、吞咽障碍、舌瘫不语等为主要表现的脑神经功能损伤的疾病。

4.4.2 藏医的特色诊查

藏医脉象为脉弦滑大而有力，藏医尿象为尿赤黄且味大，泡沫大易散开，藏医舌象为舌苔红腻或紫暗，舌苔燥且夹有斑点。具体以患者个体差异以及疾患轻重、并发症等不同，可有舌质红、暗淡、薄白或白腻、舌苔薄黄，脉悬滑，尿赤黄等不同。

4.5 鉴别诊断

4.5.1 西医鉴别诊断

脑出血和脑梗死的鉴别,高血压脑出血和其他脑出血的鉴别。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。高血压性脑出血与其他脑出血的鉴别有:脑动脉瘤破裂:出血形式以蛛网膜下腔出血为主,通过血管造影进行鉴别。出血性脑梗死:头部头颅CT或MRI鉴别。动静脉畸形:通过脑血管造影鉴别,多见于年轻人。高血压性脑出血:脑动脉粥样硬化、多见于老年人。药物性脑出血:多见于长期服用抗凝药物的病人,了解服药史。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,头部头颅CT或MRI鉴别。

4.5.2 藏医鉴别诊断

4.5.2.1 “隆滞病”(脑梗死)

发病急或缓,但“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。^[4-6]

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,四肢应冷,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)以口眼歪斜为主症,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

本病治疗应注重辨证，首先应辨虚实主次：本病属隆血失衡运行紊乱，培根黏滞淤积脑脉致使血运不畅，隆盛旺升，造成脑脉破裂脑部血淤积，以经脉不通、三因紊乱为主。治疗以辨证施治，酌情用方，取其“平衡三因、醒脑开窍、经脉舒通”，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、静脉等常规的方法外，因病情灵活选择外用（非药物治疗技术）放血法、涂擦法、金烙法，内外同治，可以提高治疗效果。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

藏医外治疗法的历史悠久，其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。藏医认为，脑出血主要分为血管和血液疾病引起的出血和外伤引起的出血，其中脑血管意外疾病中脑出血在临床中诊断为“查滞病”。脑出血急性期藏医优先选择“放血法”（放血疗法）。藏医《四部医典》记载，放血法（放血疗法）适用于热性病证^[6]，脑出血藏医归为热病范畴。脑出血急性期选用放血法基于病气外溢，改渠解压，从而降低脑压、使病血向外溢出，保护和改善脑神经功能。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，可疏通通脉，使气血流通，是内病外治的一种方法。”也是脑出血康复期改善肢体功能障碍的有效手段。藏医“金烙法”主要是舒筋通络的作用，针对脑出血引起的“白脉（神经）”功能损伤、癫痫治疗，对脑出血康复期肢体功能恢复有一定功效。

5.2.1 适应证

5.2.1.1 藏医外治技术放血法、涂擦法、金烙法适用于脑出血不同治疗时期。

【共识建议】藏医外治技术（放血法）适用于脑出血急性期的患者（共识建议）。藏医外治技术（涂擦法）适用于脑出血恢复期、后遗症期患者（共识建议）。藏医外治技术（金烙法）适用于脑出血的恢复期患者。

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。放血法、金烙法未找到相关研究。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。1项病例系列研究（Da WCR 2013）报道，藏医外治技术（放血/放血法）适用于脑出血的急性期。

5.2.2 疗效

5.2.2.1 藏医外治技术针对脑出血临床症状（如肌张力增高、肌力下降、疼痛综合征、感觉障碍）效果。

【推荐意见】藏医外治技术（涂擦法、金烙法）可改善脑出血恢复期、后遗症期的偏瘫症状、肢体痉挛、肌张力增高、上/下肢手功能障碍、疼痛综合征、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。6项随机对照试验研究（Li Shuping 2016、Deng PM 2018、Xu Q 2018、Ao EDGL 2022、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。1项随机对照试验研究（Li N 2011）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项研究随机对照试验研究（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（放血法、涂擦法）用于治疗脑出血时，具有改善收缩压、血肿体积、再出血率、神经功能缺损评分NDF、日常生活能力Barthel指数（MBI）、神经缺损功能量表NIHSS、Fugl-Meyer运动功能评定量表（FMA）等结局指标的辅助效果。

【推荐意见】藏医外治技术（放血法、涂擦法）用于治疗脑出血时，可以辅助改善收缩压、血肿体积、神经功能缺损评分NDF、日常生活能力Barthel指数（MBI）、神经缺损功能量表NIHSS、Fugl-Meyer运动功能评定量表（FMA）。（C级证据，强推荐）。

【共识建议】藏医外治技术（金烙法）可用于治疗脑出血时，可以辅助改善收缩压、血肿体积、神经功能缺损评分NDF、日常生活能力Barthel指数（MBI）、神经缺损功能量表NIHSS、Fugl-Meyer运动功能评定量表（FMA）。

证据情况：

①放血法：1项（n=23）病例系列（Da WCR 2013）纳入的23例脑溢血急性期患者，使用放血法联合常规治疗后，患者收缩压和舒张压在治疗后下降。

②涂擦法：2项（n=124）藏医外治技术治疗脑卒中的研究（Li Shuping 2016；Xu Q 2018）结果显示，推拿、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 2.94，95%CI：-6.19，12.06）、MBI评分（MD 3.51，95%CI：2.28，4.73）。

4项（n=236）藏医外治技术治疗脑卒中的研究（Deng PM 2018、Xu Q 2018、Xie L 2018、Wang QY 2017）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

MAS 评分 (MD -0.73, 95%CI: -1.52, 0.06)。

3 项 (n=176) 藏医外治技术治疗脑卒中的研究 (Xu Q 2018、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, 更有效改善 VAS (视觉模拟评分法) (MD -1.34, 95%CI: -1.60, -1.08)。

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, 更有效改善 NIHSS 评分 (MD -2.81, 95%CI: -5.40, -0.21)。

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 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 评分 (RR 1.87, 95%CI: 1.23, 2.85)。

1 项 (n=45) 藏医外治技术治疗脑卒中后肢体痉挛的研究 (Li Shuping 2016) 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 FMA-U 评分 (MD -2.44, 95%CI: -11.13, 6.25)、FMA-L 评分 (MD 1.37, 95%CI: -0.83, 3.57)、MBI 评分差值 (MD 4.89, 95%CI: 1.54, 8.24)。

1 项 (n=152) 藏医外治技术治疗软瘫期脑卒中患者上肢手功能障碍的研究 (Li L 2018) 结果显示, 白脉软膏联合基础康复训练与基础康复训练相比, 更有效改善治疗后 12 周 MBI 评分 (MD 9.79, 95%CI: 3.09, 16.48)、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 降值 (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 评分 (MD -1.45, 95%CI: -1.90, -1.00)、VAS (视觉模拟评分法) (MD -2.47, 95%CI: -2.47)。

③金烙法: 未找到相关的研究。

5.2.3 使用方法

5.2.3.1 藏医外治法 (放血法、涂擦法、金烙法) 进行治疗时, 患者采用适宜姿势以方便施术者操作。

【共识建议】放血法进行治疗时, 患者采用站立或仰卧位或端坐姿势。涂擦法治疗时, 患者常仰卧位。金烙法进行治疗时, 患者常采用端坐姿势。

5.2.3.2 放血法前做好准备工作, 如服用药物、准备器具等。

【共识建议】放血法按照藏医外治时日选择表进行选择放血时间，在确定放血治疗时间后，提前三天视患者病情服用三果汤散来调和气血、散寒后，饮用茸拨汤或花椒汤使病血引入血管以便顺利放出。急性期患者可以直接采取放血治疗。需要准备器具包括：符合藏医药典《四部医典》著作中的要求的一把“斧头状放血器械”，一条宽3~5cm长50cm的布绳，一根直径1.5cm长20cm圆柱木条，100ml烧杯，布垫，酒精，碘酒，一次性棉球，无菌纱布，胶布或绷带。

5.2.3.3 放血法施术时间、部位，放血切口的大小、放血量，以及放血后创口的处理。

【共识建议】放血法按照藏医外治时日选择表进行选择放血时间，在确定放血治疗时间后，提前三天视患者病情服用三果汤散来调和气血、散寒后，饮用茸拨汤或花椒汤使病血引入血管以便顺利放出。在适当环境温度下嘱患者充分暴露要放血的穴位，在头颅双眉处用布绳捆绑起来，在捆绑打结部位放布垫，然后用木条旋转拧紧，用力适中，使得眉骨上方两边看见血管隆起。从鼻尖向上按照病人的手指宽度计量8指长，对扎咋穴位选择“侧向”放血法扎断，如骨面上的血管选用斧头样的放血器械。左手持斧头样放血器械放在选择好的血管（扎咋）上，用右手手中指敲打器械，用力适中。扎血管时尽量使出血口等同于扎断血管口，避免该处发生胀气血瘀等情况。放血量应该取决于血管隆凸情况和病人的体质，则一般应以多放血热之气而少放血为治疗原则，一般取10~80ml。从放血口流出的血由深红或暗红逐步变为鲜红时，松开木条，取出布垫，解开布绳，同时用无菌纱布按压出血口，再用胶布或绷带包扎好，然后用冷石罨敷，确认不再出血，并避免感染。

5.2.3.4 涂擦法时常使用的介质。

【共识建议】涂擦法时常使用的介质白脉软膏或者经脉散。

5.2.3.5 涂擦法的使用时间、部位、涂擦频率、疗程及顺序要求。

【共识建议】涂擦部位：白脉循行处或身体患处。涂擦频率：1~3次/日。涂擦疗程：依据患者病情轻重不同，一般疗程2~4周，最长3个月。

5.2.3.6 涂擦法可以选择配合其他疗法，例如红外线、按摩、针刺、灸法、药浴。

【共识建议】涂擦法可配合推拿按摩、刮痧、针灸、药浴。

5.2.3.7 金烙法的主要器具。

【共识建议】金烙法需要金烙，木炭，炭炉，打火机，吹风机，特质药膏，酒精棉球，传统测量器。

5.2.3.8 金烙法施治的部位或穴位，每次治疗时间、治疗频率，疗程，以及穴位次序、烙伤后创口的处理。

【共识建议】金烙法需要按照藏医外治时日要求选择适宜时间为宜，但因病情变化可以随时选择时间进行金烙治疗。按照《四部医典》选取穴位：搓桑、堆果喔马、架其、让纳、曲砸补库（详见下注）为金烙治疗穴位。取穴施烙按常规顺序为先上后下，先高后低。但因病情可以不按顺序施烙。在选择好的穴位上，金烙施烫时间不宜太长，大概控制在1~2秒，

施烫时间过长容易发生烫烧皮下组织。施烫完成后用适量酥油按压，并嘱患者吐口水，适当活动。注意保暖，避免受寒。施烫后局部皮肤出现微红灼热，属正常现象，无需处理。

注：

搓桑：从发际线中间往上4指；若发际线不明显从眉心往上8指的正中央，稍凹且轻按具有疼痛位置。

堆果喔马：头顶（百会穴）往后6指的正中央；

架其：颈椎两侧头发旋涡处；

让纳：耳垂下缘往后1指；

曲砸补库：大椎穴左右1指。

5.2.4 联合用药

5.2.4.1 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时可口服藏药配合，效果更好。

【推荐意见】藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时，建议外用联合口服，如选择口服如意珍宝丸（C级证据，强推荐）、二十味沉香丸（C级证据，强推荐）、七十味珍珠丸（C级证据，强推荐），外用白脉软膏（C级证据，强推荐）。

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如意珍宝丸、二十味沉香丸、七十味珍珠丸治疗脑卒中。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）报告了外用白脉软膏治疗脑卒中。（药品使用说明见附录B）

5.2.5 安全性

5.2.5.1 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）进行治疗时，未发现不良反应报告。

【共识建议】藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）进行治疗未发现不良反应报告。

5.2.5.2 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）进行治疗时的注意事项。

【共识建议】放血法在治疗时，注意观察患者放血情况，避免放血过量或过少、误行放血等，嘱咐患者避免用手指抠挠伤口，以避免伤口肿胀或感染。放血后3~7天内，禁忌剧烈活动、洗澡、辛辣食物和饮酒等。涂擦法在治疗时，医生应根据病情，掌握烤电理疗仪的热度和使用时间，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。金烙法在治疗时，根据病情，掌握好热度和时间，治疗后需保暖不宜喝凉水、避免身体受凉等。避免施烫热度过高，施烫时间过长，引起局部皮肤组织灼伤。如出现热证加重时可对症给予藏药。

5.2.5.3 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）进行治疗时的禁忌证。

【共识建议】放血法禁忌：气虚血弱者，孕妇，产后妇女，营养不良的贫血，气盛及腹水水肿病及结核、结石病无血热证者，胃火衰败等以培隆为主证者。对未分恶血及虚热证、

毒证及瘟病未好转者也不宜放血。涂擦法禁忌：患有培根病、浮肿、营养不良者，以及骨折病人。金烙法禁忌：赤巴及血液引起的热证、炎症，不宜适用于血瘫病（脑出血）的急性期。

5.2.6 其他

5.2.6.1 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时最显著的优势（安全性、疗效等）。

【共识建议】放血法针对急性期脑出血效果好，涂擦法和金烙法针对恢复期和后遗症期效果好。放血法可将血管内的病血排出体外，去除病根，可起到预防及保健的作用。对因各种血热证引起的疼痛、淤肿等有显著疗效。对伤口炎性坏死者可消炎、引脓及引流黄水等，可增强该部位血循环而促进伤口愈合。涂擦法可调和气血、补气养阳、舒筋通络、提神止搐等，对所有隆病症状均有显著疗效。涂擦治疗后须使用糌粑净擦。

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 藏医外治技术规范

5.3.1 放血法

治法：分血减压，活血除病。

主穴：“扎咋”穴位。（扎咋：在从鼻尖向上按照病人的手指宽度计量8指长）

放血量：因个体差异适度放血，一般放血10~50毫升。

技术要点：取穴、消毒、固定、放血、止血、包扎。可适用于急性期脑出血患者。

5.3.1.1 目的

确保放血法（放血法）对常见脑出血的规范性和可操作性。

确保放血治疗的效果。

防治并发症。

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

放血疗法是藏医内病外治的一种传统疗法，具有独特的理论体系和临床应用价值。该疗法主要用于“查、赤巴”等引起的热性病证，放血对查隆病也有独到的临床疗效，特别是对气虚血盛型查隆病疗效十分显著，能明显改善患者头痛、头晕等症状。

5.3.1.2.1.2 患者筛选

适应证：用于因食油性温热食物及外邪等引起的湿热证；气滞血瘀引起的头痛、头晕，面色发紫，脑溢血视患者情况行适当放血。

禁忌证：忌于气虚血弱者，孕妇，产后妇女，营养不良的贫血，气盛及腹水水肿病及结核、结石病无血热证者，胃火衰败等由培隆为主证者。对未分恶血及虚热证、毒证及瘟病未好转者亦不宜放血。

5.3.1.2.2 器具

详见5.2.3.2

5.3.1.2.3 标准操作技术

5.3.1.2.3.1 操作前准备工作：

- 放血前核对床号，姓名，医嘱，观察患者一般情况、体质等是否符合上述治疗；
- 向患者及家属说明此次治疗的目的、注意事项等使患者消除顾虑并争取配合；
- 征求患者或家属的同意，并签署治疗同意书；
- 按照藏医外治时日选择表进行选择放血时间；
- 按照病人的情况选取“扎咋”或“搓桑”穴位为放血点；
- 在确定放血治疗时间后，提前三天视患者病情服用三果汤来调和气血、散寒，后饮用茸拨汤或花椒汤使病血引入血管以便顺利放出。行放血前嘱咐患者在阳光下照晒身体使血管尽量舒张充盈、避开宾客来访；
- 测量时以病人的手指为准。

注：

扎咋：在从鼻尖向上按照病人的手指宽度计量8指长；

搓桑：从鼻尖线中间往上12指；

5.3.1.2.3.2 操作步骤：

- 在适当环境温度下，嘱患者充分暴露要放血的穴位，在头颅双眉处用布绳捆扎起来，在捆扎打结部位放布垫，然后用木条旋转拧紧，用力适中，使得眉骨上方两边看见血管隆起。用医生的手指“寸、根、恰”轻轻触摸血管有隆凸感，以便排除没有波动感；
- 从鼻尖向上8指（按照病人的手指宽度计量）为“扎咋”穴，对扎咋穴位选择“侧向”放血法扎断，如骨面上的血管选用斧头样的放血器械。左手持斧头样放血器械放在选择好的血管（扎咋）上，用右手中指敲打器械，用力适中。扎血管时尽量使出血口等同于扎断血管口，避免该处发生胀气血瘀等情况；
- 放血量应该取决于血管隆凸情况和病人的体质，则一般应以多放血热之气而少放血为治疗原则，一般取10~50ml；

——从放血口流出的血由深红或暗红逐步变为鲜红时，马上松开木条，取出布垫，解开布绳，同时用无菌纱布按压出血口，再用胶布或绷带包扎好，同时用冷石罨敷，确认已止血；

——擦净额头周围的血迹，记录放血量；

——放完血后将注意事项及时给病人交待清楚；

——依照血象情况而定的放血量，放血时伤口有红色血泡冒出并附有胶样者应立即止血。对各脏器因炎症及寒证使代谢等功能失衡紊乱者放血时唯有脓样血液或稀而淡红色血液流出则应停止放血，若因有疾病血象异常而继续放血可引发腹水等各脏器的器质性疾病。故应视患者情况放血。

5.3.1.2.3.3 应急预案

放血疗法安全可靠，放血量少，很少出现不良反应，若放血过程中出现晕血现象，立即止血，同时进行三十一味沉香散熏药或霍尔美，即可恢复。放血治疗完后松开布条并敷上无菌纱布，用拇指轻压伤口止血时，若未能止血则用冰袋等冷敷伤口或用棉球加压止血，并嘱咐患者静坐避免活动。

5.3.1.2.3.4 注意事项

放血扎断前后注意避免无血液流出的各项因素。视患者具体情况，避免放血过量或过少、误行放血等。放血治疗后应嘱咐患者避免用手指抠挠伤口，以避免伤口肿胀或感染。放血后3~7天内，禁忌剧烈活动、洗澡、辛辣食物和饮酒等。嘱患者取坐位、半坐位、左侧卧位或仰卧位。

5.3.1.3 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

治法：舒筋通络，活血止痛。

主穴：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。适用于非急性期脑出血患者。

5.3.2.1 目的

确保涂擦法的规范性和可操作性。

确保藏医外治疗法的效果。

防治并发症。

本涂擦法针对“脑出血”引起患侧肢体神经功能恢复。

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。本涂擦法适用于“脑溢血”引起偏瘫的肢体神经功能恢复。

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出血（脑溢血）康复期。对“隆”病及其引起的晕倒、惊慌、失眠、烦躁不安有独特的疗效。脑出血（脑溢血）治疗中并发隆病症状的对症治疗也有很好效果。

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合适，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，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。

5.3.2.2.3.2 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；
- 涂擦治疗后用适量糝粬净擦患侧肢体，清洁白脉软膏，等擦净后再用干净毛巾擦净糝粬。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太靠近皮肤，局部皮肤会出现红灼或小水泡，此时不宜实施涂擦法，待局部皮肤红灼或小水泡消失方可继续使用涂擦法。出现红灼或小水泡的皮肤处，交待病人不要抠挠，避免感染。

5.3.2.2.3.4 注意事项

用涂擦法治疗时医者视病情掌握好其烤电理疗仪的热度和时间，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。

5.3.2.3 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 金烙法

治法：通经醒脑，疏调经筋

取穴：搓桑、堆果喔马、架其、让纳、曲砸补库（见注）为金烙治疗穴位。

技术要点：取穴、消毒、固定、金烙。适用于非急性期脑出血。

5.3.3.1 目的

确保金烙法的规范性和可操作性。

确保金烙法的治疗效果。

防治并发症。

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

有镇痛，舒筋，活血，通络，祛风寒作用。用于止痛，通筋，改善神经功能。

5.3.3.2.1.2 患者筛选

适应证：金烙法是藏医外治疗法的重要手段之一，由于烙器头部是纯金打造，受热直接作用于相应穴位上，见效快，操作简便，起到治疗和预防作用。用于血瘫病（脑出血）的康复期的肢体神经功能恢复、提高肢体活动功能等疗效显著。

禁忌证：赤巴及血液引起的热证、炎症不能用金烙法治疗。不宜适用于血瘫病（脑出血）的急性期。

5.3.3.2.1.3 器具

治疗前准备金烙，木炭，炭炉，打火机，吹风器，特质药膏，酒精棉球，传统测量器。

5.3.3.2.1.4 标准操作技术

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；
- 向患者解释金烙法的目的、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合适，并嘱咐患者静坐且充分暴露治疗穴位；
- 征求患者或家属的同意，并签署治疗同意书；
- 按照藏医外治时日要求选择适宜时间为宜，但因病情变化可以随时选择时间进行金烙治疗；
- 按照藏医药学《四部医典》选取穴位：搓桑、堆果喔马、架其、让纳、曲砸补库为金烙治疗穴位；（穴位见注）
- 测量以病人的手指为准。

操作步骤：

- 取病人端坐位，充分暴露治疗穴位；
- 取搓桑、堆果喔马、架其、让纳、曲砸补库为金烙治疗穴位，在选取好的穴位上适当按压，病人有酸、麻、痛感，即在此处做好标记；
- 技术要点：取穴、消毒、固定、金烙。适用于非急性期脑出血；
- 将金烙器械放入炭炉中加热并防止烧红，以防金子溶化。加热至能烧头发时停止加热。谨记此时避免烫伤其他部位；
- 将金烙取出，用事先选好的烙垫放在标记好的穴位上露出标记点，在标记点上施烫，取穴施烙按常规顺序为先上后下，先高后低，但因病情可以不按顺序施烙；
- 在选择好的穴位上，金烙施烫时间不宜太长，约控制在1~2秒，施烫时间过长易烫伤皮下组织；
- 施烫完成后用适量酥油按压，并嘱患者吐口水，适当活动。注意保暖，避免受寒。施烫后局部皮肤出现微红灼热，属正常现象，无需处理。

5.3.3.2.1.5 应急预案

如因施烫过热、时间过长，局部会出现小水泡，需注意不擦破，任其自然吸收，并交待病人不可抠挠，避免感染。

5.3.3.2.1.6 注意事项

用金烙施烫时医者应视病情调整适宜的热度和时间，金烙治疗后需保暖，不宜喝凉水，避免身体受凉等。

金烙施烫热度过高，施烫时间过长，会引起局部皮肤组织灼伤。如出现热证加重时可对症给予藏药。

5.3.3.3 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

脑出血患者应及早进行康复治疗，配合藏医外治技术、中医针灸。经早期的救治后，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—个动态平衡的整体，—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，则易被外邪所中。对脑出血患者，易引起并发症的发生。

6.2 适度锻炼，保持良好心态

适度的运动有利于气血的运行，调畅平和三因，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，无持续的疲劳感和不适感。

6.3 注意饮食，调和胃火

饮食失宜是血压控制不好的重要病因。脑出血发病中高血压脑出血占多数，患者应该注意饮食，结合药物控制血压。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，对肥胖患者则鼓励减少饮食摄入，并逐渐减轻体重。每日膳食种类应多样化且能量和营养的摄入趋于合理；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，从而避免中风的发生。

附录 A

(资料性)

脑血管病的理化检查

A.1 脑出血的理化检查

A.1.1 血液检查

可有白细胞增高、血糖升高等。

A.1.2 头颅断层扫描检查

A.1.2.1 头颅CT扫描：是诊断脑出血安全有效的方法，可准确、清楚地显示脑出血的部位、出血量、占位效应、是否破入脑室或蛛网膜下腔及周围脑组织受损的情况。脑出血CT扫描示血肿灶为高密度影，边界清楚，在血肿被吸收后显示为低密度影。

A.1.2.2 头颅MRI检查：脑出血后随着时间的延长，完整红细胞内的含氧血红蛋白（HbO₂）逐渐转变为去氧血红蛋白（DHb）及正铁血红蛋白（MHb），红细胞破碎后，正铁血红蛋白析出呈游离状态，最终成为含铁血黄素。上述演变过程从血肿周围向中心发展，因此出血后的不同时期血肿的MRI表现也各异。对急性期脑出血的诊断CT优于MRI，但MRI检查能更准确地显示血肿演变过程，对某些脑出血患者的病因探讨会有所帮助，如能较好地鉴别瘤卒中，发现AVM及动脉瘤等。

A.1.3 脑血管造影：脑血管造影（DSA）：中青年非高血压性脑出血，或CT和MRI检查怀疑有血管异常时，应进行脑血管造影检查。脑血管造影可清楚地显示异常血管及显示出造影剂外漏的破裂血管和部位。

A.1.4 腰穿检查：脑出血破入脑室或蛛网膜下腔时，腰穿可见血性脑脊液。在没有条件或不能进行CT扫描者，可进行腰穿检查协助诊断脑出血，但阳性率仅为60%左右。对大量的脑出血或脑疝早期，腰穿应慎重，以免诱发脑疝。

A.1.5 血量的估算：临床可采用简便易行的多田氏公式，根据CT影像估算出血量。方法如下：出血量 = 0.5 × 最大面积长轴（cm） × 最大面积短轴（cm） × 层面数。

A. 2 蛛网膜下腔出血(SAH)的理化检查

A. 2. 1 头颅 CT

是诊断原发性蛛网膜下腔出血的首选方法，CT显示蛛网膜下腔内高密度影可以确诊SAH。根据CT结果可以初步判断或提示颅内动脉瘤的位置：如位于颈内动脉段常是鞍上池不对称积血；大脑中动脉段多见外侧裂积血；前交通动脉段则是前间裂基底部积血；而出血在脚间池和环池，一般无动脉瘤。动态CT检查还有助于了解出血的吸收情况，有无再出血、继发脑梗死、脑积水及其程度等。

A. 2. 2 脑脊液 (CSF)检查

通常CT检查已确诊者，腰穿不作为临床常规检查。如果出血量少或者距起病时间较长，CT检查可无阳性发现，而临床可疑下腔出血需要行腰穿检查CSF。均匀血性脑脊液是蛛网膜下腔出血的特征性表现，且示新鲜出血，如CSF黄变或者发现吞噬了红细胞、含铁血黄素或胆红素结晶的吞噬细胞等，则提示已存在不同时间的SAH。

A. 2. 3 脑血管影像学检查

A. 2. 3. 1 脑血管造影(DSA)

是诊断颅内动脉瘤最有价值的方法，阳性率达95%，可以清楚显示动脉瘤的位置、大小、与载瘤动脉的关系、有无血管痉挛等。条件具备、病情许可时应争取尽早行全脑DSA检查以确定出血原因和决定治疗方法、判断预后。但由于血管造影可加重神经功能损害，如脑缺血、动脉瘤再次破裂出血等，因此造影时机宜避开脑血管痉挛和再出血的高峰期，即出血3d内或3周后进行为宜。

A. 2. 3. 2 CT血管成像(CTA)和MR血管成像(MRA)

是无创性的脑血管显影方法，主要用于有动脉瘤家族史或破裂先兆者的筛查，动脉瘤患者的随访以及急性期不能耐受DSA检查的患者。

A. 2. 4 其他

经颅超声多普勒(TCD)动态检测颅内主要动脉流速是及时发现脑血管痉挛(CVS)倾向和痉挛程度的最灵敏的方法；局部脑血流测定用以检测局部脑组织血流量的变化，可用于继发脑缺血的检测。

附录 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^[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

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。

B.7 经脉散^[7]

药物组成：姜黄、藏茴香、肉豆蔻、干姜等五味藏药加工制成的散剂。

功能主治：舒筋活络。用于咋嘎（白脉病）、瘫痪、四肢僵硬、筋腱强直。

用法用量：取本品适量涂擦于患处，1日2-3次，禁忌入口。

注意事项：常规剂量内未见不良反应，禁忌入口。

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

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、金烙法）可改善脑出血恢复期、后遗症期的偏瘫症状、肢体痉挛、肌张力增高、上/下肢手功能障碍、疼痛综合征、痉挛性偏瘫症状。 | 22 (81.48%) | 5 | 0 | 0 | C | 1 | 是 |
| 2 | 藏医外治技术（放血法、涂擦法）用于治疗脑出血时，可以辅助改善收缩压、血肿体积、神经功能缺损评分 NDF、日常生活能力 Barthel 指数（MBI）、神经缺损能量表 NIHSS、Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）。 | 22 (81.48%) | 4 | 1 | 0 | C | 1 | 是 |
| 3 | 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时，建议外用联合口服，可选择口服如意珍宝丸。 | 23 (85.19%) | 4 | 0 | 0 | C | 1 | 是 |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时，建议外用联合口服，可选择口服二十味沉香丸。 | 25 (92.59%) | 2 | 0 | 0 | C | 1 | 是 |
| 5 | 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时，建议外用联合口服，可选择口服七十味珍珠丸。 | 24 (88.89%) | 3 | 0 | 0 | C | 1 | 是 |
| 6 | 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）治疗脑出血时，建议外用联合口服，可选择外用白脉软膏。 | 22 (81.48%) | 4 | 1 | 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（放血法）适用于脑出血急性期的患者。 | 25 (92.59%) | 1 | 1 | 1 | 是 |
| 2 | 藏医外治技术（涂擦法）适用于脑出血恢复期、后遗症期患者。 | 26 (96.30%) | 1 | 0 | 1 | 是 |
| 3 | 藏医外治技术（金烙法）适用于脑出血的恢复期患者。 | 26 (96.30%) | 1 | 0 | 1 | 是 |
| 4 | 藏医外治技术（金烙法）可用于治疗脑出血时，可以辅助改善收缩压、血肿体积、神经功能缺损评分NDF、日常生活能力Barthel指数（MBI）、神经缺损功能量表NIHSS、Fugl-Meyer运动功能评定量表（FMA）。 | 21 (77.78%) | 5 | 1 | 1 | 是 |
| 5 | 放血法进行治疗脑出血时，患者采用站立或仰卧位或端坐姿势。涂擦疗法治疗时，患者常仰卧位。金烙疗法进行治疗时，患者常采用端坐姿势。 | 23 (85.19%) | 3 | 1 | 1 | 是 |
| 6 | 放血法按照藏医外治时日选择表进行选择放血时间，在确定放血治疗时间后，提前三天视患者病情服用三果汤散来调和气血、散寒后饮用荜拨汤或花椒汤使病血引入血管以便顺利放出。需要准备器具包括：符合藏医药典《四部医典》著作中的要求的一把“斧头状放血器械”，一条宽3~5cm的布绳长50cm，一根圆柱直径1.5cm木条长20cm，100ml烧杯，布垫，酒精，碘酒，一次性棉球，无菌纱布，胶布或绷带。 | 24 (88.89%) | 2 | 1 | 1 | 是 |
| 7 | 放血法按照藏医外治时日选择表进行选择放血时间，在确定放血治疗时间后，提前三天视患者病情服用三果汤散来调和气血、散寒后饮用荜拨汤或花椒汤使病血引入血管以便顺利放出。在适当环境温度下嘱患者充分暴露要放血的穴位，在头颅双眉处用布绳捆扎起来，在捆扎打结部位放布垫，然后用木条旋转拧紧，用力适中，使得眉骨上方两边看见血管隆起。在从鼻尖向上按照病人的手指宽度计量8指长，对扎咋穴位选择“侧向”放血法扎断，如骨面上的血管选用斧头样的放血器械。左手持斧头样放血器械放在选择好的血管（扎咋）上，用右手中指敲打器械，用力适中。扎血管时尽量使出血口等同于扎断血管口，避免该处发生胀气血瘀等情况。放血量应该取决于血管隆凸情况和病人的体质，则一般应以多放血热之气而少放血为治疗原则，一般取10~80ml。从放血口流出的血由深红或暗红逐步变为鲜红时，松开木条，取出布垫，解开布绳，同时用无菌纱布按压出血口，再用胶布或绷带包扎好，然后用冷石罨敷，确认不再出血，避免感染。 | 23 (85.19%) | 2 | 2 | 1 | 是 |
| 8 | 涂擦法时常使用的介质白脉软膏。 | 23 (85.19%) | 3 | 1 | 1 | 是 |
| 9 | 涂擦部位：白脉循行处或身体患处。涂擦频率：1~3次/日。涂擦疗程：依据患者病情轻重不同，一般疗程2~4周，最长3个月。 | 25 (92.59%) | 1 | 1 | 1 | 是 |

| | | | | | | |
|----|---|----------------|---|---|---|---|
| 10 | 涂擦疗法可配合推拿按摩、刮痧、针灸、药浴。 | 21 (77.78%) | 5 | 1 | 1 | 是 |
| 11 | 金烙法需要金烙，木炭，炭炉，打火机，吹风机，特质药膏，酒精棉球，传统测量器。 | 23 (85.19%) | 3 | 1 | 1 | 是 |
| 12 | 金烙法需要按照藏医外治时日要求选择适宜时间为宜，但因病情变化可以随时选择时间进行金烙治疗。按照《四部医典》选取穴位：搓桑、堆果喔马、架其、让纳、曲砸补库（详见下备注）为金烙治疗穴位。取穴施烙按常规顺序为先上后下，先高后低。但因病情可以不按顺序施烙。在选择好的穴位上，金烙施烫时间不宜太长，大概控制在1~2秒，施烫时间过长容易发生烫烧皮下组织。施烫完成后用适量酥油按压，并嘱患者吐口水，适当活动。注意保暖，避免受寒。施烫后局部皮肤出现微红灼热，属正常现象，无需处理。 | 25 (92.59%) | 1 | 1 | 1 | 是 |
| 13 | 藏医外治法（放血法、涂擦法、金烙法）进行治疗未发现不良反应报告。 | 21 (77.78%) | 6 | 0 | 1 | 是 |
| 14 | 放血法在治疗时，注意观察患者放血情况，避免放血过量或过少、误行放血等，嘱咐患者避免用手指扣、挠伤口，以避免伤口肿胀或感染。放血后3~7天内，禁忌剧烈活动、洗澡、辛辣食物和饮酒等。涂擦法在治疗时，医生应根据病情，掌握烤电理疗仪的热度和使用时间，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、身体受凉等。金烙法在治疗时，根据病情，掌握好热度和时间，治疗后需保暖不宜喝凉水、身体受凉等。避免施烫热度过高，施烫时间过长，引起局部皮肤组织灼伤。如出现热证加重时可对症给予藏药。 | 26 (96.30%) | 1 | 0 | 1 | 是 |
| 15 | 放血法，禁忌气虚血弱者，孕妇，产后妇女，营养不良的贫血，气盛及腹水水肿病及结核、结石病无血热证者，胃火衰败等由培隆为主证者。亦对未分恶血及虚热证、毒证及瘟病未好转者不宜放血。涂擦法，禁忌患有培根病、浮肿、营养不良者，以及骨折病人。金烙法，禁忌赤巴及血液引起的热证、炎症不能用金烙疗法治疗。不宜适用于血瘫病（脑出血）的急性期。 | 26 (96.30%) | 1 | 0 | 1 | 是 |
| 16 | 藏医外治法安全性高，未发现不良反应。放血疗法针对急性期脑出血效果好，涂擦法和金烙法针对恢复期和后遗症期效果好。放血疗法可将血管内的病血排出体外，去除病根，可起到预防及保健的作用。对因各种血热证引起的疼痛、淤肿等有显著疗效。对伤口炎性坏死者可消炎、引脓及黄水等增强该部位血循环而促进伤口愈合。涂擦疗法可调和气血、补气养阳、舒筋通络、提神止搐等对所有隆病症状均有显著疗效。涂擦治疗后必须使用糌粑净擦。 | 23 (85.19%) | 4 | 0 | 1 | 是 |

参考文献

- [1] 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.
- [2] 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(2014)[J]. 中华神经科杂志2015, 48(6):435-444.
- [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. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12):994-1005.
- [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.