

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



# 专家共识

GS/CACM \*\*\*\*—202\*  
代替 GS/CACM \*\*\*\*—\*\*\*\*

## 补气扶正法治疗脑血管病临床应用 专家共识

Expert Consensus on the Clinical Application of Qi-Supplementing and Body-Strengthening Therapy in Cerebrovascular Disease

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2026 年 4 月)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目 次

前 言 .....	I
引 言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断要点.....	2
5 补气扶正法内涵.....	3
6 补气扶正法中药汤剂治疗的临床应用.....	3
7 补气扶正法中成药治疗的临床应用.....	9
8 注意事项.....	15
9 不同剂型使用要点.....	15
10 安全性.....	16
附 录 A.....	19
附 录 B.....	20
附 录 C.....	22
参 考 文 献.....	24

# 前 言

本文件参照GB/T1.1—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。

本共识由北京中医药大学东直门医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东直门医院、河南中医药大学第一附属医院、吉林省中医药科学院第一临床医院、中国人民解放军第三军医大学第二附属医院、北京中医药大学东方医院、河南省中医院、辽宁中医药大学附属医院、北京中医药大学深圳医院、首都医科大学附属北京天坛医院、苏州市中医医院、厦门市中医院、内蒙古医科大学、河南中医药大学第一附属医院、成都中医药大学附属医院、哈尔滨医科大学附属第四医院、海南省中医院、宣汉县人民医院、重庆市黔江中心医院、海南省中医院、山东中医药大学附属医院、迁安市中医医院、吉林市中心医院、浙江省中医院、长春中医药大学附属医院、浙江省中医院、烟台毓璜顶医院、杭州市中医院。

本文件主要起草人：曹克刚、高颖、许颖智、孟召友、孙莉、杨文明。

本文件其他起草人（按姓氏拼音排列）：曹俊岭、关东升、海英、韩振蕴、赖新星、李焕芹、李乐军、林安基、刘春慧、刘向哲、卢云、马大勇、马学玲、莫世安、任北大、孙建萍、田小龙、王家艳、徐向青、杨建新、尤凤华、张弛、章正祥、赵德喜、郑国庆、郑一、周天梅。

工作组成员：许颖智、廖书琴、姚钰宁、安玉秋。

# 引 言

脑血管病指各种原因导致的单个或多个脑血管病变引起的短暂性或永久性神经功能障碍<sup>[1]</sup>，是一种常见的慢性非传染性疾病。脑血管病不仅具有高发病率、高死亡率的特点，其致残率、复发率也很高，对人群健康有着严重的影响，并且还会给家庭以及社会造成沉重的经济负担<sup>[2]</sup>。2019年全球疾病负担研究（Global Burden of Disease 2019, GBD 2019）结果显示<sup>[3,4]</sup>，脑血管病目前分别是造成全球和中国伤残调整寿命年（disability adjusted life years, DALY）的第三大原因和第一大原因。其防治对提高人民生活质量具有重要意义。

正虚和邪实是脑血管病的核心病机，但目前中医对扶正治疗欠规范，限制了临床疗效。近年来临床学者逐步认识到扶正的重要性，2023年发布的《脑梗死中西医结合诊疗指南》针对缺血性脑卒中出现低灌注、低血压，或中医辨证为气虚证的患者，推荐使用参麦注射液或生脉注射液治疗。临床上，包括参麦注射液和生脉注射液在内的补气扶正制剂被广泛应用于脑血管病的治疗，但缺乏对补气扶正法概念、内涵、临床应用的梳理和规范。

为进一步提高临床医生对补气扶正法治疗脑血管病的认识，更好地指导临床医生规范、合理地使用，由中华中医药学会立项，北京中医药大学东直门医院牵头组织国内中医脑病学、神经病学专家，联合方法学专家、药学专家，制订补气扶正法治疗脑血管病专家共识。

本共识的制定遵循了规范的专家共识流程。工作组系统检索了中英文数据库的相关证据，并采用GRADE方法对证据质量和推荐强度进行了初步分级。初步推荐意见经由起草组拟定后，通过改良德尔菲法分别进行了一轮专家问卷调查和一轮专家会议，并进行了广泛征求意见，最终形成了《补气扶正法治疗脑血管病临床应用专家共识》（以下简称本共识）。

本共识以补气扶正法治疗脑血管病面临的临床问题为纲，结合中医理论知识、循证证据与专家经验，完善补气扶正法的概念内涵，规范其临床应用并给出应用建议，旨在促进补气扶正制剂的临床合理使用，提高临床疗效。

# 补气扶正法治疗脑血管病临床应用专家共识

## 1 范围

本文件界定了补气扶正法的术语和概念,规定了补气扶正法治疗在常见脑血管病患者群体中的应用对象、治疗形式和临床辨证应用。

本文件适用于以气虚证为主要证候的脑血管病正虚患者,包括缺血性脑血管病、脑出血、脑小血管病、血管性认知障碍。

本文件适用于各级各类医疗机构的内科、神经内科(脑病科)、急诊科、老年病科、康复科以及全科的中医、西医、中西医结合医师参考使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是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

GB/T 16751.3-2023 中医临床诊疗术语 第3部分:治法

中医临床诊疗指南释义·脑病分册(2015)

中国各类主要脑血管病诊断要点(2019)

脑梗死中西医结合诊疗指南(2023)

脑出血中西医结合诊疗指南(2023)

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件:

**补气扶正法 (method to Supplement Qi and Strengthen the Body) :**

即补法、补益法。泛指具有益气、补血、滋阴、温阳等作用的方药或相关疗法,治疗正气虚弱等所致虚弱病症的一类治法。在本共识中补气扶正法涵盖范围主要是:针对常见脑血管病中具有气虚证表现的患者,或气虚兼有阳虚、阴虚、血虚表现的患者,使用具有补益功效的中医治疗方法。

[来源: GB/T 16751.3-2023<sup>[5]</sup>]

**气虚证 (syndrome/pattern of qi deficiency) :**

泛指因先天禀赋不足,或后天调养不当,致使气虚失充或不摄、下陷、虚脱等所引起的一类证候。

[来源: GB/T 16751.2-2021<sup>[6]</sup>]

**气阴两虚证 (syndrome/pattern of qi and yin deficiency) :**

又称气阴两亏证。泛指各种原因耗损气阴,气虚与阴虚征象并见,形体失充所引起的一类证候。

[来源: GB/T 16751.2-2021<sup>[6]</sup>]

**阳气暴脱证 (syndrome/pattern of yang prostration) :**

又称亡阳证、阳脱证、元阳虚脱证、元阳外脱证。因阳气虚衰，元阳外脱所致的一类证候。

[来源：GB/T 16751.2-2021<sup>[6]</sup>]

#### **元气亏虚证 (syndrome/pattern of primordial qi depletion) :**

因禀赋不足，或久病劳损，戕伐元气所致。临床以精神衰惫，全身无力，懒散少动，动辄气短，健忘，眩晕、耳鸣，腰膝酸软，面色无华，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细无力等为特征的证候。

[来源：GB/T 16751.2-2021<sup>[6]</sup>]

#### **气血亏虚证 (syndrome/pattern of qi and blood depletion) :**

又称气血不足证、气血虚弱证、气血两亏证、气虚血亏证。因气血不足，形神失养所致的一类证候。

[来源：GB/T 16751.2-2021<sup>[6]</sup>]

## **4 诊断要点**

### **4.1 西医诊断要点**

参照2019年中华医学会神经病学分会《中国各类主要脑血管病诊断要点》<sup>[7]</sup>。包括短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中、脑出血、血管性认知障碍和脑小血管病（见附录A）。（共识建议）

### **4.2 中医诊断要点**

#### **4.2.1 疾病诊断**

缺血性中风采用《脑梗死中西医结合诊疗指南（2023）》<sup>[8]</sup>诊断标准，余参照《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》<sup>[9]</sup>诊断标准（见附录A）。（共识建议）

#### **4.2.2 证候诊断**

参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》<sup>[6]</sup>相关证候诊断标准；或参照《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》<sup>[9]</sup>证候诊断标准；缺血性中风者中医证候可参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素诊断标准（见附录B）；脑出血者可参照《脑出血中西医结合诊疗指南2023》<sup>[10]</sup>诊断标准。（共识建议）

#### **4.2.3 常见证候**

常见脑血管病以气虚为主的常见证候包括：气虚证、气阴两虚证、阳气暴脱证、肾气亏虚证、气血亏虚证（见附录C）。（共识建议）

#### **4.2.4 常见脑血管病的证候演变**

（1）脑血管病发病前与短暂性脑缺血发作以气虚为主要证候。（共识建议）

（2）缺血性脑卒中和脑出血急性期以风、火、痰、瘀等标实证候为主，气虚证因标实壅盛而呈隐匿性特征，发病6~8天时实证渐退，气虚证渐显；低灌注所致脑梗死患者发病早期以气虚为主。（共识建议）

(3) 脑小血管病及血管性认知障碍以肾虚证贯穿病程始终。(共识建议)

#### 建议依据:

张景岳《景岳全书·杂证谟》中描述中风先兆即短暂性脑缺血发作为“旋见而旋止，即小中风也”，提出其发生是因为“几微之气”“不堪再加铲削”，即气虚为其主要病因。

现代临床及流行病学<sup>[11-14]</sup>研究提示：脑血管病急性期以标实为主，出血性中风以风、火热、痰、瘀为突出，痰瘀始终居前两位；缺血性中风急性期以风痰、血瘀为主，溶栓后风证迅速消退，气虚证逐渐显现。恢复期虚实夹杂，痰瘀持续存在，气虚渐显（脑梗死发病7天后气虚证成为主证，脑出血术后21天气虚显著上升）。脑小血管病、血管性认知障碍及痴呆则以肾精亏虚与血瘀为共性特征，呈现“肾虚为本，血瘀为标”的虚实交织模式。

#### 4.2.5 常见脑血管病气虚证的共同症状

常见脑血管病的气虚症状多见神疲乏力、少气懒言，四肢无力，食少便溏、面色萎白、萎黄或无华，舌淡，或有齿痕，脉沉细无力或弱。(共识建议)

### 5 补气扶正法内涵

#### 5.1 常用治法

本文件涉及的补气扶正法治疗的常用治法包括：(1) 益气补虚；(2) 益气复脉、养阴生津；(3) 回阳救逆、益气固脱；(4) 补气养阴、摄血护络；(5) 补益肾气、益脑护髓；(6) 益气养血法。(共识建议)

#### 5.2 适用时期

补气扶正法适用于缺血性脑卒中、脑出血、短暂性脑缺血发作、血管性认知障碍及脑小血管病出现以气虚为主要证候表现的各个时期。(共识建议)

#### 5.3 适宜疗程

补气扶正法的适宜疗程根据气虚等证候变化进行调整。(共识建议)

(1) 中药汤剂及口服中成药：以2周~6个月为一个疗程。若患者疗程结束或服药期间症状无改善，或症状加重，或出现新的严重症状，应立即停药，改用其他治疗手段。(共识建议)

(2) 中药注射液：以1~3周为一个疗程。若2周内患者气虚证改善应及时停止使用；除参麦注射液外，若患者出现实证及暑热等热邪尚存或咳有表证应及时停止使用。(共识建议)

#### 5.4 常用中药

补气扶正法的常用单味中药包括：人参、党参、西洋参、太子参、黄芪、白术。以上中药药品包括其炮制品。(共识建议)

### 6 补气扶正法中药汤剂治疗的临床应用

#### 6.1 益气补虚法

**适用人群：**短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中、血管性认知障碍见气虚证者。

**推荐方剂：**四君子汤（《太平惠民和剂局方》）、补中益气汤（《内外伤辨惑论》）、独参汤（《十药神书》）或益气聪明汤（《东垣试效方》）

**药物组成：**（1）四君子汤：人参、茯苓、炒白术、炙甘草。（2）补中益气汤：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、炙甘草、当归。（3）独参汤：人参。（4）益气聪明汤：黄芪、甘草、人参、升麻、葛根、蔓荆子、芍药、酒黄柏。

**用法用量：**口服。每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

**推荐意见及共识建议：**

（1）针对缺血性脑卒中急性期见气虚表现者，推荐使用四君子汤（《太平惠民和剂局方》）进行治疗，以改善神经功能缺损。（C级证据，弱推荐）

（2）针对缺血性脑卒中急性期见气虚表现者，推荐使用补中益气汤（《内外伤辨惑论》）进行治疗，以提高临床总有效率、改善神经功能缺损（B级证据，强推荐）及提高日常生活能力（C级证据，强推荐）。

（3）针对缺血性脑卒中恢复期及后遗症期见气虚表现者，推荐使用四君子汤（《太平惠民和剂局方》）进行治疗，以改善神经功能缺损及提高日常生活能力。（C级证据，弱推荐）

（4）针对缺血性脑卒中后遗症期见气虚表现者，建议使用益气聪明汤（《东垣试效方》）加减进行治疗，以提高治疗总有效率、改善患者神经功能缺损及提高患者日常生活能力。（C级证据，弱推荐）

（5）针对缺血性脑卒中后便秘见气虚表现者，推荐使用四君子汤（《太平惠民和剂局方》）或补中益气汤（《内外伤辨惑论》）进行治疗，以改善便秘症状。（C级证据，弱推荐）

（6）针对缺血性脑卒中后出现卒中后疲劳见气虚表现者，可使用补中益气汤（《内外伤辨惑论》）治疗，以改善疲劳程度。（C级证据，强推荐）

（7）针对缺血性脑卒中后出现卒中后吞咽障碍见气虚表现者，推荐使用四君子汤（《太平惠民和剂局方》），以改善患者神经功能缺损及营养状态。（C级证据，弱推荐）

（8）针对血管性痴呆患者见气虚表现者，建议使用益气聪明汤（《东垣试效方》），以改善患者精神状态（B级证据，弱推荐）、提高长谷川痴呆量表（HDS）评分（C级证据，弱推荐）。

（9）针对短暂性脑缺血发作气虚表现者，建议使用四君子汤（《太平惠民和剂局方》）或补中益气汤（《内外伤辨惑论》）进行治疗。（共识建议）

（10）针对缺血性脑卒中急性期和恢复期见气虚脱证的患者，建议使用独参汤（《十药神书》）进行治疗。（共识建议）

**证据描述：**

1篇<sup>[15]</sup>纳入了60例缺血性卒中急性期患者的随机对照试验研究结果显示，与单纯使用西医常规治疗相比，西医常规治疗联合四君子汤可改善患者神经功能缺损[MD=-3.71，95%CI=(-5.51, -1.91)，Z=4.03(P < 0.001)]，差异具有统计学意义。

对7项<sup>[16-22]</sup>补中益气汤治疗急性期缺血性脑卒中的随机对照试验研究进行meta分析，结果显示，与单纯使用西医常规治疗相比，西医常规治疗联合补中益气汤可提高总有效率

[OR=5.13, 95%CI=(2.83, 9.28), Z=5.40(P < 0.001)]、改善患者神经功能缺损[SMD=-0.94, 95%CI=(-1.34, -0.55), Z=4.68(P < 0.001)]、提高患者日常生活能力[SMD=9.38, 95%CI=(7.71, 11.05), Z=11.00(P < 0.001)], 差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级：强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。

1篇<sup>[23]</sup>纳入了100例患者的四君子汤治疗缺血性卒中的随机对照试验研究（纳入患者时期以恢复期及后遗症为主）结果显示，与单纯使用西医常规治疗相比，西医常规治疗联合四君子汤可改善患者神经功能缺损[MD=-5.87, 95%CI=(-7.62, -4.12), Z=6.58(P < 0.001)]，并提高患者日常生活能力[MD=13.22, 95%CI=(10.87, 15.57), Z=11.02(P < 0.001)]，差异具有统计学意义。

对2项<sup>[24-25]</sup>益气聪明汤治疗缺血性脑卒中后遗症的随机对照试验研究进行meta分析，纳入患者158人。结果显示，在提高总有效率[OR=7.70, 95%CI=(2.52, 23.54), Z=3.58(P < 0.001)]、改善患者神经功能缺损（NIHSS）[MD=-6.36, 95%CI=(-7.57, -5.14), Z=10.28(P < 0.001)]及提高患者日常生活能力（BI）[MD=14.12, 95%CI=(11.74, 16.50), Z=11.63(P < 0.001)]方面，西医常规治疗联合益气聪明汤的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。

1篇<sup>[26]</sup>涉及64名患者的补中益气汤治疗卒中后便秘的随机对照试验结果显示，在总有效率方面，治疗组总有效率为93.8%（30/32），对照组71.9%（23/32），有统计学差异（P < 0.05），提示较单独进行西医常规治疗而言，常规疗法联合补中益气汤更能改善患者卒中后便秘症状，差异具有统计学意义。[总有效率疗效评定标准：临床治愈：大便正常，或恢复至病前水平，其他症状全部消失。好转：便秘明显改善，排便间隔时间及便质接近正常；或大便稍干而排便间隔在72 h以内，其他症状大部分消失。未愈：便秘及其它症状均无改善。]

对3项<sup>[27-29]</sup>四君子汤治疗卒中后便秘的随机对照试验研究进行meta分析，纳入患者200人。结果显示，在总有效率[OR=6.69, 95%CI=(2.71, 16.48), Z=4.13(P < 0.001)]、增加大便次数[MD=2.15, 95%CI=(1.42, 2.88), Z=5.79(P < 0.001)]、缩短排便时间[MD=-9.00, 95%CI=(-10.30, -7.70), Z=13.54(P < 0.001)]及改善大便形态方面[MD=1.70, 95%CI=(0.81, 2.59), Z=3.73(P < 0.001)]，西医常规治疗联合四君子汤的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。

1篇<sup>[30]</sup>涉及56名卒中后疲劳患者的随机对照试验显示，在疲劳度方面，其[MD=0.27, 95%CI=(0.13, 0.41), Z=3.87(P=0.0001)]，提示较单独进行西医常规治疗而言，常规疗法联合补中益气汤更能改善患者疲劳症状，差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级：强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。

对3项<sup>[31-33]</sup>四君子汤治疗卒中后吞咽障碍的随机对照试验研究进行meta分析，纳入患者312人。结果显示，在改善患者神经功能缺损[MD=-3.72, 95%CI=(-5.16, -2.27), Z=5.03(P < 0.001)]及提高白蛋白（ALB）[MD=2.92, 95%CI=(2.03, 3.82), Z=6.40(P < 0.001)]、前白蛋白（PA）[MD=0.05, 95%CI=(0.04, 0.05), Z=11.90(P < 0.001)]、总蛋白（TP）[MD=3.44, 95%CI=(3.08, 3.81), Z=18.46(P < 0.001)]及改善非瘫痪侧肱三头肌皮褶厚度（TSF）[MD=2.60, 95%CI=(1.76, 3.44), Z=6.07(P < 0.001)]方面，西医常规治疗联合四君子汤的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。

对5项<sup>[34-38]</sup>益气聪明汤治疗血管性痴呆的随机对照试验研究进行meta分析,纳入患者322人。结果显示,在提高简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=1.96, 95%CI=(1.37, 2.55), Z=6.52(P < 0.001)]及长谷川痴呆量表(HDS)[MD=2.51, 95%CI=(2.23, 2.79), Z=17.83(P < 0.001)]方面,西医常规治疗联合益气聪明汤的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。

四君子汤见于宋代《太平惠民和剂局方》<sup>[39]</sup>,有益气健脾之功效,主治脾胃气虚证。症见面色萎白,食少神倦,四肢乏力,舌淡苔白,脉虚弱。

补中益气汤见于李东垣的《内外伤辨惑论》<sup>[39]</sup>,有补中益气、升阳举陷之功效,主治脾虚不升证。症见头晕目眩、视物昏翳,面色萎黄,肢倦体软,纳差便溏,舌淡,脉虚软无力。

独参汤首见于葛可久的《十药神书》<sup>[39]</sup>,具有回阳救逆,大补元气之效,常用于危急重症的抢救治疗。张景岳《景岳全书》中记载“若无痰无气,而息微色白、脉弱暴脱者,急以独参汤或淡姜汤灌之俱可”及“凡发汗太过,一时将至亡阳,或身寒而栗,或气脱昏沉等候,速宜煎独参汤一两许饮之”。

## 6.2 益气复脉、养阴生津法

**适用人群:** 短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中、脑出血气阴两虚证者。

**推荐方剂:** 生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)

**药物组成:** (1)生脉散(《医学启源》):人参、麦冬、五味子。(2)参冬饮(《症因脉治》):人参、麦冬。

**用法用量:** 口服。每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

**共识建议:**

(1)针对短暂性脑缺血发作气阴两虚证者,推荐使用生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)。(共识建议)

(2)针对缺血性脑卒中气阴两虚证者,推荐使用生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)。(共识建议)

(3)针对脑出血气阴两虚证者推荐,建议生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)。(共识建议)

**证据描述:**

生脉散见于张元素的《医学启源》<sup>[39]</sup>,有益气养阴、敛汗生脉之功效,主治气阴两伤证。症见肢体倦怠,自汗神疲,口燥咽干,舌红少苔,脉微细弱或虚大而数。

参冬饮见于秦景明的《症因脉治》,有补气养阴之功效,主治气阴两伤证。症见气虚喘逆,虚热,脉浮大,按之则空,或见濡软,散大无神。

## 6.3 回阳救逆、益气固脱法

**适用人群:** 缺血性卒中和脑出血见阳气暴脱证者

**推荐方剂:** 参附汤(《圣济总录》)

**药物组成:** 人参、附子。

**用法用量:** 口服。每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

**共识建议：**

针对缺血性卒中和脑出血见阳气暴脱证者，建议使用参附汤（《圣济总录》）。（共识建议）

**证据描述：**

参附汤见于《济生续方》<sup>[39]</sup>，具有回阳益气固脱之功效，主治阳气暴脱证。症见手足厥逆，冷汗淋漓，呼吸微弱，脉微欲绝。

**6.4 补益元气、益脑护髓法**

**适用人群：**缺血性卒中、脑小血管病、血管性认知障碍见元气亏虚证者

**推荐方剂：**地黄饮子（《圣济总录》）、还少丹（《杨氏家藏方》）

**药物组成：**（1）地黄饮子：熟干地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、五味子、官桂、白茯苓、麦门冬、菖蒲、远志。（2）还少丹：熟地黄、枸杞子、山茱萸、肉苁蓉、巴戟天、小茴香、杜仲、牛膝、楮实子、茯苓、山药、石菖蒲、远志、五味子。

**用法用量：**口服。每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

**推荐意见：**

（1）针对缺血性脑卒中急性期见肾气亏虚证者，建议使用地黄饮子（《圣济总录》）加减进行治疗，以改善神经功能缺损并提高日常生活能力。（C级证据，强推荐）

（2）针对缺血性脑卒中恢复期见肾气亏虚证者，建议使用地黄饮子（《圣济总录》）加减进行治疗，以提高治疗总有效率、改善患者神经功能缺损、提高患者日常生活能力及运动能力。（C级证据，强推荐）

（3）针对缺血性卒中后出现卒中后失语见肾气亏虚证者，建议使用地黄饮子（《圣济总录》）加减进行治疗，以改善患者失语症状。（C级证据，强推荐）

（4）针对脑小血管病见肾气亏虚证者，建议使用地黄饮子（《圣济总录》）加减进行治疗，以提高治疗总有效率、改善患者精神状态及认知功能。（C级证据，弱推荐）

（5）针对血管性痴呆患者见肾气亏虚证者，建议使用地黄饮子（《圣济总录》）加减（C级证据，弱推荐）治疗，以提高患者日常生活能力、改善精神状态及认知功能、降低Blessed行为量表（BBS）评分；建议使用还少丹（《杨氏家藏方》）加减治疗，以改善患者精神状态（B级证据，弱推荐）、提高长谷川痴呆量表（HDS）（C级证据，弱推荐）评分。

（6）针对轻度血管性认知障碍患者见肾气亏虚证者，可使用地黄饮子（《圣济总录》）加减（C级证据，弱推荐）治疗，以改善患者精神状态、认知功能，降低Blessed行为量表（BBS）评分；或建议使用还少丹（《杨氏家藏方》）（D级证据，弱推荐）加减治疗，以改善患者认知功能。

**证据描述：**

1篇<sup>[40]</sup>涉及120名缺血性卒中急性期患者的随机对照试验显示，在改善神经功能缺损（NIHSS）[MD=-1.51, 95%CI=(-2.63, -0.39), Z=2.64(P=0.008)]及提高患者日常生活能力（BI）[MD=16.91, 95%CI=(12.49, 21.33), Z=7.50(P<0.001)]方面，西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级：强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。

对8项<sup>[41-48]</sup>地黄饮子治疗缺血性脑卒中恢复期的随机对照试验研究进行meta分析，纳入

患者685人。结果显示,在提高总有效率[OR=4.58, 95%CI=(1.84, 11.38), Z=3.28(P=0.001)]、改善神经功能缺(包括NIHSS及NDS)评分[MD=-1.43, 95%CI=(-2.11, -0.75), Z=4.11(P<0.001)]、提高患者日常生活能力(BI)评分[MD=7.10, 95%CI=(3.93, 10.28), Z=4.39(P<0.001)]及提高Fugl-Meyer运动功能评定量表评分[MD=9.12, 95%CI=(7.67, 10.57), Z=12.30(P<0.001)]方面,西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级:强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。

对3项<sup>[49-51]</sup>地黄饮子治疗卒中后失语的随机对照试验研究进行meta分析,纳入患者252人。结果显示,在提高总有效率[OR=2.73, 95%CI=(1.58, 4.74), Z=3.58(P<0.001)]方面,西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级:强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。[总有效率疗效评定标准:痊愈:吐字清晰,发音准确,能进行正常语言交流,基本恢复病前的语言水平。有效:吐字较清晰,发音欠准,能进行简单的语言交流,较治疗前语言功能有好转。无效:吐字不清,发音不准,难以进行语言交流,或治疗前后语言功能无变化。总有效率=(痊愈人数+有效人数)/总人数\*100%]

对2项<sup>[52-53]</sup>地黄饮子治疗脑小血管病的随机对照试验研究进行meta分析,纳入患者169人。结果显示,在提高总有效率[OR=6.33, 95%CI=(1.29, 31.11), Z=2.27(P=0.02)]、改善患者简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=2.92, 95%CI=(2.09, 3.75), Z=6.93(P<0.001)]及蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=4.96, 95%CI=(3.84, 6.08), Z=8.68(P<0.001)]方面,西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。[总有效率疗效评定标准:显效:认知功能障碍症状完全消失,可正常参加社会活动,MMSE评分增加大于等于3分。有效:认知功能障碍症状基本消失,生活基本自理,MMSE评分增加2分。无效:各指标未改善或加重,MMSE评分增加小于1分]

对12项<sup>[54-66]</sup>地黄饮子治疗血管性痴呆的随机对照试验研究进行meta分析,纳入患者975人。结果显示,在提升日常生活能力[MD=11.75, 95%CI=(5.97, 17.54), Z=3.98(P<0.001)]、提高简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=4.16, 95%CI=(1.89, 6.42), Z=3.60(P<0.001)]及蒙特利尔认知评估量表(MoCA) [MD=5.07, 95%CI=(2.61, 7.54), Z=4.03(P<0.001)]、降低Blessed 行为量表(BBS)评分[MD=-2.52, 95%CI=(-3.54, -1.50), Z=4.86(P<0.001)]方面,西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。

对5项<sup>[66-70]</sup>还少丹治疗血管性痴呆的随机对照试验进行Meta分析,纳入患者443人显示,在提高患者简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=1.54, 95%CI=(0.52, 2.55), Z=2.97(P=0.003)]和长谷川痴呆量表(HDS)评分[MD=3.16, 95%CI=(2.79, 3.53), Z=16.67(P<0.001)]方面优于单纯西医治疗,差异具有统计学意义。

1篇<sup>[71]</sup>涉及80名轻度血管性认知障碍患者的随机对照试验显示,在提高患者简易精神状态评价量表(MMSE) [MD=0.55, 95%CI=(0.17, 0.93), Z=2.81(P=0.005)]及蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=1.65, 95%CI=(1.07, 2.23), Z=5.56(P<0.001)]、降低Blessed 行为量表(BBS)评分[MD=-0.52, 95%CI=(-0.88, -0.16), Z=2.85(P=0.004)]方面,西医常规治疗联合地黄饮子的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。

对2项<sup>[72-73]</sup>还少丹治疗轻度血管性认知障碍的随机对照试验研究进行meta分析,纳入患

者152人。结果显示,在提高患者蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=2.82,95%CI=(0.29,5.35),Z=2.19(P=0.03)]方面,西医常规治疗联合还少丹的疗效优于单独使用西医常规疗法,差异具有统计学意义。

## 6.5 补气养阴、摄血护络法

**适用人群:** 缺血性卒中急性期溶栓人群。

**推荐方剂:** 生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)

**药物组成:** (1)生脉散:人参、麦冬、五味子。(2)参冬饮:人参、麦冬。

**用法用量:** 口服。每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

**共识建议:**

针对缺血性卒中急性期溶栓人群,推荐使用生脉散(《医学启源》)或参冬饮(《症因脉治》)进行治疗。(共识建议)

**证据描述:**

生脉散组方的相关成分能通过减少细胞内活性氧和丙二醛的过量产生并增加超氧化物歧化酶活性来缓解氧化应激,人参皂苷Rb1、人参皂苷Rg1、五味子醇甲和短葶山麦冬皂苷DT-13为从生脉散中提取的活性成分,已被证实对局灶脑缺血、再灌注损伤具有神经保护作用<sup>[74]</sup>。其中的人参皂苷对血管内皮细胞缺氧复氧具有较强的保护作用,是保护血管内皮的重要活性部位<sup>[75]</sup>。

## 6.6 益气养血法

**适用人群:** 脑小血管病、血管性认知障碍见气血两亏证者

**推荐方剂:** 归脾汤(《正体类要》)

**药物组成:** 白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、当归、远志。

**用法用量:** 口服。每日1剂,水煎服,早晚分服,或遵医嘱。

**共识建议:**

针对脑小血管病、血管性认知障碍气血两虚证者,建议使用归脾汤(《正体类要》)加减进行治疗。(共识建议)

**证据描述:**

归脾汤见于《正体类要》<sup>[39]</sup>,有益气补虚、健脾养心之功效,主治气血两虚证。症见心悸失眠,体倦食少,舌淡,脉细弱。有现代临床研究显示,应用归脾汤联合血府逐瘀汤加减治疗脑梗死后的轻度认知障碍,可减少患者神经元损伤,改善认知功能<sup>[76]</sup>;药理学研究显示,归脾汤可以降低同型半胱氨酸,减少炎症反应,抗氧化应激,保护神经元,改善患者认知功能<sup>[77]</sup>。

## 7 补气扶正法中成药治疗的临床应用

### 7.1 益气补虚法

**适用人群:** 缺血性脑卒中见气虚证者。

**推荐药物:** 参芪扶正注射液

**药物组成:** 党参、黄芪。

**用法用量：**静脉滴注，一次250ml（即1瓶），一日1次，疗程21天。

**推荐意见：**

针对缺血性脑卒中急性期见气虚表现者，推荐使用参芪扶正注射液，以提高治疗总有效率及改善患者神经功能缺损。（B级证据，强推荐）

**证据描述：**

对5项<sup>[78-82]</sup>参芪扶正注射液治疗缺血性脑卒中急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析，纳入患者450人。结果显示，在提高治疗总有效率[OR=4.02, 95%CI=(2.33, 6.94), Z=4.99(P<0.001)]及改善患者神经功能缺损(包括NIHSS及NDS)评分[SMD=-2.81, 95%CI=(-3.75, -1.88), Z=5.89(P<0.001)]方面，西医常规治疗联合参芪扶正注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。[总有效率疗效评定标准：神经功能缺损评分减少百分比及病残程度分级：治愈（减少90%~100%，0级病残）；显效（46%~89%，1~3级病残）；有效（18%~45%）；无效（<18%）。总有效率=（治愈人数+显效人数+有效人数）/总人数\*100%]

## 7.2 益气复脉、养阴生津法

**适用人群：**短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中、脑出血气阴两虚证者。

**推荐药物：**生脉口服液（胶囊、颗粒）、注射用益气复脉（冻干）、生脉注射液、参麦注射液

**药物组成：**（1）生脉口服液（胶囊、颗粒）：红参（党参）、麦冬、五味子；（2）注射用益气复脉（冻干）、生脉注射液：红参、麦冬、五味子；（3）参麦注射液：红参、麦冬。

**用法用量：**

（1）生脉口服液（胶囊、颗粒）：口服。口服液一次10ml；胶囊一次0.9g（3粒，0.3g/粒）；颗粒（党参方）一次10g，一日3次。

（2）注射用益气复脉（冻干）：静脉滴注，每日1次，每次5.2g（8瓶，0.65g/瓶），用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

（3）生脉注射液：肌内注射，一次2~4ml，一日1~2次；静脉滴注，一次20~60ml。5%葡萄糖注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

（4）参麦注射液：肌内注射，一次2~4ml，一日1次；静脉滴注，一次20~100ml，5%葡萄糖注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

**推荐意见及共识建议：**

（1）针对短暂性脑缺血发作气阴两虚证者，推荐使用生脉注射液或参麦注射液，以提高治疗总有效率（C级证据，强推荐）。

（2）针对缺血性脑卒中急性期气阴两虚证者，推荐使用注射用益气复脉（冻干），以提高治疗总有效率、改善患者神经功能缺损及提高患者日常生活能力（C级证据，弱推荐）；或推荐使用生脉注射液，以提高治疗总有效率（B级证据，强推荐）、改善患者神经功能缺损及提高患者日常生活能力（C级证据，强推荐）；或推荐使用参麦注射液，以提高治疗总有效率（B级证据，强推荐）、改善患者神经功能缺损、提高患者日常生活能力并改善患者肢体运动功能（C级证据，弱推荐）。

(3) 针对脑出血急性期气阴两虚证者, 推荐使用生脉注射液或参麦注射液治疗, 以提高治疗总有效率及改善患者神经功能缺损 (C级证据, 弱推荐); 推荐使用生脉注射液治疗以缩小患者脑水肿体积 (C级证据, 弱推荐); 推荐使用参麦注射液以缩小患者脑血肿体积 (C级证据, 弱推荐)。

(4) 针对短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中或脑出血恢复期气阴两虚证者, 建议使用生脉口服液 (胶囊、颗粒) 进行治疗。(共识建议)

#### 证据描述:

1篇<sup>[83]</sup>涉及120名短暂性脑缺血发作患者的随机对照试验研究显示, 在提高治疗总有效率[OR=6.47, 95%CI=(1.23, 34.01), Z=2.20(P=0.03)]方面, 西医常规治疗联合生脉注射液的疗效优于西医常规疗法联合丹参注射液, 差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级: 强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。[总有效率疗效评定标准: 治愈: 症状消失, 未遗留阳性体征, 半年以上未再复发; 好转: 症状消失, 未遗留阳性体征, 发作次数较治疗前明显减少; 无效: 症状体征及特殊检查无明显改善。总有效率=(治愈人数+好转人数)/总人数\*100%]

1篇<sup>[84]</sup>涉及50名短暂性脑缺血发作患者的随机对照试验研究显示, 在提高治疗总有效率[OR=6.47, 95%CI=(1.23, 34.01), Z=2.20(P=0.03)]方面, 西医常规治疗联合参麦注射液的疗效优于西医常规疗法联合丹参注射液, 差异具有统计学意义。对应条目的“推荐等级: 强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果。[总有效率疗效评定标准: 基本治愈: 治疗后7日内发作控制; 有效: 发作在7~14天内控制; 无效: 治疗14天发作未控制。总有效率=(基本治愈人数+有效人数)/总人数\*100%]

对2项<sup>[85-86]</sup>注射用益气复脉 (冻干) 治疗缺血性脑卒中急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者179人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=2.43, 95%CI=(1.17, 5.05), Z=2.38(P=0.02)]、提高患者神经功能缺损 (包括NIHSS及NDS) 评分[SMD=-0.45, 95%CI=(-0.82, -0.09), Z=2.42(P=0.02)] (对应条目的“推荐等级: 强推荐”为改良德尔菲法专家共识结果) 及日常生活能力 (BI) 评分[MD=10.60, 95%CI=(3.30, 17.90), Z=2.85(P=0.004)]方面, 西医常规治疗联合生脉注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。[总有效率疗效评定标准 (下同): 神经功能缺损评分减少百分比及病残程度分级: 治愈 (减少90%~100%, 0级病残); 显效 (46%~89%, 1~3级病残); 有效 (18%~45%); 无效 (<18%)。总有效率=(治愈人数+显效人数+有效人数)/总人数\*100%]

对9项<sup>[87-95]</sup>生脉注射液治疗缺血性脑卒中急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者912人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=3.35, 95%CI=(1.93, 5.82), Z=4.28(P<0.001)]、提高患者神经功能缺损 (包括NIHSS及NDS) 评分[SMD=-1.18, 95%CI=(-1.69, -0.68), Z=4.60(P<0.001)]及日常生活能力 (BI) 评分[MD=13.36, 95%CI=(11.06, 15.66), Z=11.39(P<0.001)]方面, 西医常规治疗联合生脉注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。

对28项<sup>[86-123]</sup>参麦注射液治疗缺血性脑卒中急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者2405人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=3.42, 95%CI=(2.65, 4.42), Z=9.45(P<0.001)]、提高患者神经功能缺损 (包括NIHSS及NDS) 评分[SMD=-1.13, 95%CI=(-

1.49, -0.76),  $Z=6.05(P < 0.001)$ ]及日常生活能力(BI)评分[MD=14.97, 95%CI=(7.94, 22.00),  $Z=4.18(P < 0.001)$ ]、提高Fugl-Meyer运动功能评定量表评分[上肢的MD=8.94, 95%CI=(6.17, 11.71),  $Z=6.32(P < 0.001)$ ; 下肢的MD=4.26, 95%CI=(2.49, 6.03),  $Z=4.71(P < 0.001)$ ]方面, 西医常规治疗联合参麦注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。

对3项<sup>[124-126]</sup>生脉注射液治疗脑出血急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者300人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=3.43, 95%CI=(1.92, 6.11),  $Z=4.18(P < 0.001)$ ]、降低神经功能缺损(NDS)评分[MD=-5.04, 95%CI=(-5.74, -4.34),  $Z=14.17(P < 0.001)$ ]及缩小患者脑水肿体积[MD=-8.74, 95%CI=(-10.90, -6.58),  $Z=7.92(P < 0.001)$ ]方面, 西医常规治疗联合生脉注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。

对4项<sup>[127-130]</sup>参麦注射液治疗脑出血急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者469人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=2.78, 95%CI=(1.62, 4.76),  $Z=3.73(P < 0.001)$ ]、降低神经功能缺损(NIHSS)评分[MD=-4.04, 95%CI=(-6.89, -1.19),  $Z=2.77(P=0.006)$ ]及缩小患者脑血肿体积[MD=-3.50, 95%CI=(-5.72, -1.28),  $Z=3.09(P=0.002)$ ]方面, 西医常规治疗联合参麦注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。在缩小患者脑水肿体积方面差异无统计学意义[MD=-0.47, 95%CI=(-1.54, 0.60),  $Z=0.86(P=0.39)$ ]。

生脉口服液(胶囊、颗粒)是基于生脉散配方开发出的中成药制剂, 被收录于《国家基本药物目录2018》<sup>[131]</sup>和《国家医保药品目录2023》<sup>[132]</sup>中。其具有益气复脉, 养阴生津之功效, 可用于气阴两亏, 心悸气短, 脉微自汗。其组方成分可缓解氧化应激, 对局灶脑缺血具有神经保护作用<sup>[74]</sup>。

### 7.3 回阳救逆、益气固脱法

**适用人群:** 缺血性卒中、脑出血见阳气暴脱证者

**推荐药物:** 参附注射液

**药物组成:** 红参、黑顺片。

**用法用量:** 肌肉注射, 一次2~4ml, 一日1~2次; 静脉滴注, 一次20~100ml(用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用)。

**推荐意见:**

(1) 针对缺血性卒中急性期阳气暴脱证者, 推荐使用参附注射液治疗, 以提高治疗总有效率(B级证据, 强推荐)、改善患者神经功能缺损及提高日常生活能力(C级证据, 弱推荐)。

(2) 针对脑出血急性期阳气暴脱证者, 推荐使用参附注射液治疗, 以改善患者神经功能缺损、提高患者日常生活能力, 并缩小患者脑出血周围组织水肿。(C级证据, 弱推荐)

**证据描述:**

对21项<sup>[133-153]</sup>参附注射液治疗缺血性卒中急性期患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者2181人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=4.09, 95%CI=(3.00, 5.57),  $Z=8.95(P < 0.001)$ ]、提高神经功能缺损(包括NIHSS及NDS)评分[SMD=-1.07, 95%CI=(-1.29, -0.85),  $Z=9.68(P < 0.001)$ ]及日常生活能力(BI)评分[MD=11.11, 95%CI=10.23, 11.99),  $Z=24.79(P < 0.001)$ ]方面, 西医常规治疗联合参附注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。

1篇<sup>[154]</sup>涉及67名脑出血急性期患者的随机对照试验研究结果显示, 在提高治疗7天、14天及30天的神经功能缺损(ESS)[治疗7天的MD=2.83, 95%CI=(0.64, 5.02), Z=2.54(P=0.01); 14天的MD=9.65, 95%CI=(7.29, 12.01), Z=8.03(P<0.001); 30天的MD=11.65, 95%CI=(9.55, 13.75), Z=10.85(P<0.001)]及日常生活能力(BI)评分[治疗7天的MD=9.74, 95%CI=(8.30, 11.18), Z=13.26(P<0.001); 14天的MD=7.89, 95%CI=(5.98, 9.80), Z=8.08(P<0.001); 30天的MD=9.94, 95%CI=(7.86, 12.02), Z=9.36(P<0.001)]、缩小治疗14天的周围组织水肿[MD=-3.72, 95%CI=(-3.81, -3.63), Z=78.56(P<0.001)]方面, 参附注射液联合常规疗法较单纯使用常规疗法更有优势, 差异具有统计学意义。

#### 7.4 补益元气、益脑护髓法

**适用人群:** 脑小血管病、血管性认知障碍见元气亏虚证者。

**推荐药物:** 复方苻蓉益智胶囊

**药物组成:** 制何首乌、荷叶、肉苻蓉、地龙、漏芦。

**用法用量:** 口服。一次4粒, 一日3次。

**推荐意见:**

(1) 针对脑小血管病见肾气亏虚证者, 推荐使用复方苻蓉益智胶囊, 以提高治疗总有效率、改善精神状态及认知功能。(C级证据, 弱推荐)

(2) 针对轻度血管性认知障碍见肾气亏虚证者, 推荐使用复方苻蓉益智胶囊, 以提高治疗改善认知功能。(C级证据, 弱推荐)

(3) 针对血管性痴呆见肾气亏虚证者, 推荐使用复方苻蓉益智胶囊, 以改善精神状态及认知功能, 并提高患者日常生活能力。(C级证据, 弱推荐)

**证据描述:**

对2项<sup>[155-156]</sup>复方苻蓉益智胶囊治疗脑小血管病患者的随机对照试验研究进行meta分析, 纳入患者166人。结果显示, 在提高治疗总有效率[OR=3.43, 95%CI=(1.92, 6.11), Z=4.18(P<0.001)]、提高简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=1.11, 95%CI=(0.58, 1.64), Z=4.11(P<0.001)]及蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=3.64, 95%CI=(2.61, 4.67), Z=6.93(P<0.001)]方面, 西医常规治疗联合复方苻蓉益智胶囊的疗效优于单独使用西医常规疗法, 差异具有统计学意义。

1项<sup>[157]</sup>纳入12篇复方苻蓉益智胶囊治疗血管性认知障碍随机对照试验研究文献的系统评价研究, 共纳入患者1279例。结果显示, 在改善轻度血管性认知障碍患者的蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=1.66, 95%CI=(0.42, 2.90), P=0.009]方面, 复方苻蓉益智胶囊的效果优于空白组, 差异具有统计学意义, 而在改善日常生活能力(ADL)评分[MD=0.02, 95%CI=(-0.52, 0.57), P=0.93]方面未见明显优势; 在改善血管性痴呆患者的简易精神状态评价量表(MMSE)评分[MD=2.96, 95%CI=(2.30, 3.61), P<0.001]及蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分[MD=4.18, 95%CI=(2.98, 5.38), P<0.001]方面, 复方苻蓉益智胶囊联合西医常规治疗的效果优于单纯使用西医常规治疗, 在改善日常生活能力(ADL)评分[MD=-1.86, 95%CI=(-3.71, -0.01), P<0.05]方面, 复方苻蓉益智胶囊治疗的效果优于使用西医常规治疗, 差异具有统计学意义。

## 7.5 补气养阴、摄血护络法

**适用人群：**缺血性卒中急性期溶栓患者。

**推荐药物：**生脉口服液（胶囊、颗粒）、注射用益气复脉（冻干）、生脉注射液、参麦注射液

**药物组成：**（1）生脉口服液（胶囊、颗粒）：红参（党参）、麦冬、五味子；（2）注射用益气复脉（冻干）、生脉注射液：红参、麦冬、五味子；（3）参麦注射液：红参、麦冬。

### 用法用量：

（1）生脉口服液（胶囊、颗粒）：口服。口服液一次10ml；胶囊一次0.9g（3粒，0.3g/粒）；颗粒（党参方）一次10g，一日3次。

（2）注射用益气复脉（冻干）：静脉滴注。每日1次，每次5.2g（8瓶，0.65g/瓶），用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

（3）生脉注射液：肌内注射。一次2~4ml，一日1~2次；静脉滴注。一次20~60ml。5%葡萄糖注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

（4）参麦注射液：肌内注射，一次2~4ml，一日1次；静脉滴注。一次20~100ml，5%葡萄糖注射液250ml~500ml稀释后静脉滴注。

### 推荐意见及共识建议：

（1）针对缺血性卒中急性期溶栓患者，推荐使用生脉注射液或参麦注射液，以改善患者神经功能缺损及日常生活能力。（C级证据，弱推荐）

（2）针对缺血性卒中急性期溶栓患者，推荐使用生脉注射液，以缩短患者住院时间，且不会增加患者出现症状性颅内出血、继发性出血及术后3个月内死亡的可能性。（C级证据，弱推荐）

（3）针对缺血性卒中急性期溶栓患者，建议使用注射用益气复脉（冻干）、生脉饮、生脉胶囊或生脉颗粒进行治疗。（共识建议）

### 证据描述：

1项<sup>[158]</sup>涉及78名缺血性卒中急性期溶栓患者的随机对照试验研究结果显示，在降低患者神经功能缺损（NDS）评分[MD=-5.04, 95%CI=(-5.74, -4.34), Z=14.17(P<0.001)]及提高日常生活能力（BI）评分[MD=9.48, 95%CI=(7.36, 11.60), Z=8.75(P<0.001)]方面，生脉注射液联合常规疗法较单纯使用常规疗法更有优势，差异具有统计学意义。

1项<sup>[159]</sup>涉及168名缺血性卒中急性期溶栓患者的随机对照试验研究结果显示，在缩短患者住院时间[MD=-3.21, 95%CI=(-4.14, -2.28), Z=6.37(P<0.001)]方面，生脉注射液联合常规疗法较单纯使用常规疗法更有优势，差异具有统计学意义；在治疗后48小时内症状性颅内出血发生率[OR=1.27, 95%CI=(0.33, 4.89), Z=0.34(P=0.73)]、继发性出血[OR=0.74, 95%CI=(0.16, 3.42), Z=0.38(P=0.70)]及术后3个月的死亡率[OR=0.39, 95%CI=(0.07, 2.04), Z=1.12(P=0.26)]方面，生脉注射液联合常规疗法较单纯使用常规的差异无统计学意义。

1项<sup>[160]</sup>涉及84名缺血性卒中溶栓后患者的随机对照试验研究结果显示，在改善患者神经功能缺损（NIHSS）评分[MD=-2.10, 95%CI=(-3.11, -1.09), Z=4.06(P<0.001)]及提高患者日常生活能力（BI）评分[MD=-9.60, 95%CI=(4.51, 14.69), Z=3.70(P<0.001)]方面，西医常

规治疗联合参麦注射液的疗效优于单独使用西医常规疗法，差异具有统计学意义。

生脉散组方的相关成分能通过减少细胞内活性氧和丙二醛的过量产生并增加超氧化物歧化酶活性来缓解氧化应激，人参皂苷Rb1、人参皂苷Rg1、五味子醇甲和短葶山麦冬皂苷DT-13为从生脉散中提取的活性成分，已被证实对局灶脑缺血、再灌注损伤具有神经保护作用<sup>[69]</sup>。注射用益气复脉（冻干）能够显著减少脑缺血再灌注损伤模型小鼠脑组织梗死体积，减轻脑水肿，增加脑血流量，改善脑部代谢，增加内皮细胞活力，减少内皮细胞缺氧、复氧的损伤<sup>[161-163]</sup>。

## 7.6 益气养血法

**适用人群：**脑小血管病、血管性认知障碍见气血两亏证者

**推荐药物：**归脾合剂、归脾颗粒、归脾丸

**药物组成：**白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、当归、远志。

**用法用量：**（1）归脾合剂：口服，一次10~20毫升。一日3次；用时摇匀。（2）归脾颗粒：开水冲服。一次1袋，一日3次。（3）归脾丸：用温开水或生姜汤送服。一次9克（约36丸），一日3次。

**共识建议：**

针对脑小血管病、血管性认知障碍见气血两亏证者，建议使用归脾合剂、归脾颗粒或归脾丸进行治疗。（共识建议）

**证据描述：**

归脾合剂、归脾颗粒、归脾丸是基于归脾汤配方开发出的中成药制剂，其成分对缺血性脑白质病气血亏虚引起的失眠、抑郁等有明显的缓解作用<sup>[164]</sup>。现代药理学研究<sup>[165]</sup>显示，其成分可保护海马神经元，减少神经胶质细胞丢失，保护血管内皮功能。

## 8 注意事项

### 8.1 肝肾功能监测

对于合并有肝肾功能不全的患者及老年人，使用时监测患者肝肾功能。（共识建议）

### 8.2 联合用药顺序

补气扶正类中药与活血化瘀类中药联合使用时，其用药先后顺序仍需进一步研究，以指导临床应用。（共识建议）

## 9 不同剂型使用要点

### 9.1 口服中药汤剂

（1）应根据方剂成分正确煎煮，并在规定的时间内服用或冷藏保存后及时服用。（共识建议）

（2）服用含有人参、党参等成分的汤剂时，不宜喝茶和吃萝卜，以免影响药效。（共识建议）

### 9.2 口服类中成药

服药过程中，忌不易消化食物。（共识建议）

### 9.3 中药注射剂

（1）注射剂参考《中药注射剂临床使用基本原则》，禁止与其他药品混合配伍使用。（共识建议）

（2）如确需要联合使用其他药品时，应谨慎考虑与本品的间隔时间以及药物相互作用等问题，输注两种药物之间须以适量稀释液对输液管道进行冲洗，避免输液的前后两种药物在管道内混合，引起不良反应。（共识建议）

（3）对儿童、年老体弱者、心肺严重疾病患者、肝肾功能异常者等特殊人群和初次使用的患者应慎重使用，降低剂量或减慢给药速度。（共识建议）

（4）含有人参、党参等成分的药品不宜与藜芦、五灵脂及其制剂同用，含有附子成分的药品不宜与半夏及其炮制品、制剂同用。（共识建议）

（5）参麦注射液不能与甘油果糖注射液、青霉素类等高敏类药物联合使用。禁止静脉推注的给药方法。（共识建议）

表3 合并用药禁忌对照表

类别	禁忌与注意事项	说明与操作要求
配伍禁忌	禁止与其他药品混合配伍使用。	参考《中药注射剂临床使用基本原则》。
	不宜与特定中药同用。	不宜与藜芦、五灵脂及其制剂同用。
联合用药	谨慎联合使用。	如确需联合，应谨慎考虑间隔时间及药物相互作用，且在输注两种药物间须用稀释液冲洗输液管道。
	参麦注射液不能与特定药物同用。	参麦注射液不能与甘油果糖注射液、青霉素类等高敏类药物联合使用。
特殊人群	对特殊人群需慎重使用。	包括儿童、年老体弱者、心肺严重疾病患者、肝肾功能异常者及初次使用患者，应降低剂量或减慢给药速度。

## 10 安全性

### 10.1 不良反应

#### 10.1.1 中药汤剂及口服中成药

本类药品的不良反应主要为包括恶心、呕吐、腹胀、腹泻等在内的消化系统症状及包括皮疹、瘙痒、头晕、心悸等在内的过敏性反应。（共识建议）

### 10.1.2 中药注射液

本类药品的不良反应包括过敏反应、全身性损害、消化系统症状、心血管系统症状、精神及神经系统症状、呼吸系统症状、用药部位局部症状及其他症状。（共识建议）

## 10.2 不良反应预防及处理

### 10.2.1 中药汤剂及口服中成药

- （1）出现不良反应时可减量或停止用药。（共识建议）
- （2）服用时如果出现胃肠道反应，可在饭后30分钟服用。（共识建议）

### 10.2.2 中药注射液

（1）用药前应详细询问过敏史，加强用药监护，应密切观察用药反应，尤其是开始30分钟内。

（2）本类药品应现配现用，药液出现浑浊、沉淀、变色、结晶等药物性状改变时避免应用。

（3）本类药品配制时应选用合适的溶媒。其中生脉注射液及参麦注射液应避免使用0.9%氯化钠注射液作为溶媒，以防产生不溶性微粒。糖尿病患者可采用果糖、转化糖和转化糖电解质这3种代糖溶媒代替葡萄糖注射液。

（4）处理：用药后出现不良反应时可减慢药品滴速、减少药品剂量或立即停药，对症处理；轻微不良反应多为一过性，停药后通常可自行缓解，无需特殊处理。出现过敏反应或其他严重不良反应须立即停药，可参照《EAACI严重过敏反应指南急诊急救指南建议方案（2014年版）》及《EAACI严重过敏反应指南急诊急救指南建议方案（2021年更新版）》及时救治。

#### 证据描述：

李阿玲<sup>[166]</sup>等就指出参麦注射液与溶媒配伍后静置4h后 $>25\mu\text{m}$ 的不溶性微粒数明显增加，不溶性微粒数越多注射液越不稳定。生脉注射液及参麦注射液与氯化钠注射液配伍后，会因盐析作用而产生大量不溶性微粒，增加输液反应的发生率<sup>[167]</sup>。黄华<sup>[168]</sup>等的研究显示在采用果糖、转化糖和转化糖电解质这3种代糖溶媒代替葡萄糖注射液作为参麦注射液的稀释溶媒时，配伍溶液外观性状稳定，pH值、不溶性微粒、紫外光谱及最大吸收波长、主要成分含量等指标均在药典规定的范围内，配伍液在5h内基本稳定。

中药注射剂的注射速度与不良反应的发生呈现一定相关性，注射速度过快可导致药物的血药浓度升高过快，超过安全范围后就会产生不良反应<sup>[169]</sup>。张萍萍<sup>[170]</sup>的研究证实减慢参麦注射液的滴注速度后不良反应消失。有研究<sup>[171]</sup>显示注射用益气复脉（冻干）的不良反应较轻微，且多为一过性，不需特殊处理。

## 10.3 禁忌症与慎用

### 10.3.1 禁忌症

对本类药品及成分中所列辅料过敏或有严重不良反应病史者禁用。（共识建议）

### 10.3.2 慎用

- (1) 实热证患者应慎用。（共识建议）
- (1) 产妇及哺乳期妇女需慎用。（共识建议）
- (2) 对其他药物过敏史者慎用。（共识建议）

GS/CACM 公示稿

## 附录 A

(资料性)

## 基础问题及临床问题清单

表 1 基础问题清单

基础问题
(1) 常见脑血管病包括哪些？
(2) 常见脑血管病的诊断要点分别是什么？
(3) 常见脑血管病以气虚为主的常见证候包括哪些？诊断要点分别是什么？
(4) 常见脑血管病气虚证的共同症状特点是什么？
(5) 脑血管病补气扶正法的内涵是什么？

表 2 临床问题清单

临床问题
(1) 补气扶正法在治疗脑血管病时的适用人群是什么？
(2) 补气扶正法治疗脑血管病的适用时期是什么？
(3) 补气扶正法治疗脑血管病的适宜疗程是什么？
(4) 补气扶正法治疗脑血管病的常用单味中药包括哪些？分别如何应用？
(5) 补气扶正法治疗脑血管病的常用中药汤剂包括哪些？分别如何应用？
(6) 补气扶正法治疗脑血管病的常用中成药包括哪些？分别如何应用？
(7) 补气扶正法治疗脑血管病时的注意事项包括哪些？
(8) 补气扶正法在治疗脑血管病时可能出现的不良反应包括哪些？应该如何处理？
(9) 补气扶正法治疗脑血管病的特殊人群包括哪些？应注意什么？

附录 B  
(规范性)

缺血性中风证候要素诊断量表

1 内风		<input type="checkbox"/> 黄苔	10分
<input type="checkbox"/> 近 48 小时内急性起病	10分	<input type="checkbox"/> 燥苔	2分
<input type="checkbox"/> 近 48 小时内病情加重或波动	10分	<input type="checkbox"/> 数脉	5分
<input type="checkbox"/> 头晕目眩	10分	<input type="checkbox"/> 弦脉	2分
<input type="checkbox"/> 目偏不瞬	10分	<input type="checkbox"/> 滑脉	1分
<input type="checkbox"/> 手足或下颌颤动	10分	<input type="checkbox"/> 内火得分	
<input type="checkbox"/> 肢体强直	10分		
<input type="checkbox"/> 肢体拘急	10分	3 痰湿	
<input type="checkbox"/> 抽搐	10分	<input type="checkbox"/> 表情淡漠或寡言少语	1分
<input type="checkbox"/> 舌短缩	10分	<input type="checkbox"/> 神情呆滞	2分
<input type="checkbox"/> 舌颤	10分	<input type="checkbox"/> 肥胖	1分
内风得分		<input type="checkbox"/> 头闷痛	6分
		<input type="checkbox"/> 头重	3分
2 内火		<input type="checkbox"/> 头昏或头晕	1分
<input type="checkbox"/> 满面通红	4分	<input type="checkbox"/> 口黏腻	2分
<input type="checkbox"/> 两颧潮红	2分	<input type="checkbox"/> 渴不欲饮	2分
<input type="checkbox"/> 目赤	7分	<input type="checkbox"/> 咳痰或喉中痰鸣	10分
<input type="checkbox"/> 口干	3分	<input type="checkbox"/> 纳呆	2分
<input type="checkbox"/> 渴喜冷饮	4分	<input type="checkbox"/> 便溏	4分
<input type="checkbox"/> 舌干	2分	<input type="checkbox"/> 胖大舌	3分
<input type="checkbox"/> 口唇焦裂	6分	<input type="checkbox"/> 齿痕舌	2分
<input type="checkbox"/> 口苦	2分	<input type="checkbox"/> 厚苔	3分
<input type="checkbox"/> 口臭	4分	<input type="checkbox"/> 腻苔	8分
<input type="checkbox"/> 痰色黄	1分	<input type="checkbox"/> 滑苔	9分
<input type="checkbox"/> 心烦	1分	<input type="checkbox"/> 滑脉	6分
<input type="checkbox"/> 躁扰不宁	3分	<input type="checkbox"/> 痰湿得分	
<input type="checkbox"/> 吞酸	2分		
<input type="checkbox"/> 小便黄赤	4分	4 血瘀	
<input type="checkbox"/> 大便干	1分	<input type="checkbox"/> 面色晦暗或黧黑	9分
<input type="checkbox"/> 红舌或绛舌	2分	<input type="checkbox"/> 口唇紫暗或暗红	8分

<input type="checkbox"/> 皮肤粗糙	4 分	6 阴虚	
<input type="checkbox"/> 痛有定处	5 分	<input type="checkbox"/> 两颧潮红	10 分
<input type="checkbox"/> 紫舌或暗舌	10 分	<input type="checkbox"/> 舌干	5 分
<input type="checkbox"/> 舌有瘀斑瘀点	10 分	<input type="checkbox"/> 手足心热	5 分
<input type="checkbox"/> 舌下脉络青紫	10 分	<input type="checkbox"/> 五心烦热	10 分
<input type="checkbox"/> 舌下脉络曲张	8 分	<input type="checkbox"/> 盗汗	10 分
<input type="checkbox"/> 涩脉	8 分	<input type="checkbox"/> 绛舌	10 分
<input type="checkbox"/> 结脉或代脉	1 分	<input type="checkbox"/> 瘦薄舌	10 分
血瘀得分		<input type="checkbox"/> 舌剥脱苔	10 分
		<input type="checkbox"/> 舌光红无苔	10 分
5 气虚		<input type="checkbox"/> 细脉、弦脉或数脉	5 分
<input type="checkbox"/> 神疲	2 分	阴虚得分	
<input type="checkbox"/> 乏力	5 分		
<input type="checkbox"/> 面色白	9 分	[附录] 诊断量表使用说明	
<input type="checkbox"/> 面色萎黄	3 分	1 评分说明	
<input type="checkbox"/> 口唇淡白	9 分	每一证候要素诊断得分是将诊断这一证候要素的各项得分相加而成。	
<input type="checkbox"/> 气短	8 分	2 证候要素诊断说明	
<input type="checkbox"/> 语声低微	9 分	证候要素诊断得分 $\geq 10$ 分为该证候要素诊断成立。	
<input type="checkbox"/> 手或足肿胀	3 分		
<input type="checkbox"/> 自汗	2 分		
<input type="checkbox"/> 大便初硬后溏	3 分		
<input type="checkbox"/> 大便或小便失禁	5 分		
<input type="checkbox"/> 淡舌	3 分		
<input type="checkbox"/> 胖大舌或齿痕舌	1 分		
<input type="checkbox"/> 缓脉	5 分		
<input type="checkbox"/> 细脉	5 分		
<input type="checkbox"/> 沉脉	4 分		
<input type="checkbox"/> 弱脉	4 分		
<input type="checkbox"/> 结脉或代脉	1 分		
气虚得分			

**附录 C**  
**(资料性)**  
**涉及的脑血管病诊断要点**

#### 10.4 西医诊断要点

参照 2019 年中华医学会神经病学分会《中国各类主要脑血管病诊断要点》。

##### 10.4.1 短暂性脑缺血发作

(1) 突发局灶性脑或视网膜功能障碍，符合颈动脉或椎-基底动脉系统缺血表现，一般在 24h 内（多数不超过 1h）完全恢复，可反复发作。(2) 头颅 MRI 弥散加权成像 (DWI) 未发现相应急性脑梗死证据，或头颅 CT/MRI 常规序列未发现相应梗死灶，或无法得到影像学责任病灶证据时，仍以症状/体征持续时间不超过 24h 为时间界限标准。(3) 排除非缺血性病因。

##### 10.4.2 缺血性脑卒中

(1) 急性发病的局灶性神经功能缺失，少数可为全面性神经功能缺失。(2) 头颅 CT/MRI 证实脑部相应梗死灶，或症状体征持续 24 h 以上，或在 24 h 内导致死亡。(3) 排除非缺血性病因。

##### 10.4.3 脑出血

(1) 突发局灶性神经功能缺失或头痛、呕吐、不同程度意识障碍。(2) 头颅 CT/MRI 显示脑内出血病灶。(3) 排除其他病因导致的继发性或外伤性脑出血。

##### 10.4.4 血管性认知障碍

(1) 可有脑血管病危险因素或脑卒中病史。(2) 存在认知功能损害，但日常生活能力基本正常，未达到痴呆诊断标准；或认知功能损害达到痴呆诊断标准。(3) 头颅 CT/MRI 显示脑部多发腔隙性脑梗死灶、白质病变、认知相关部位脑卒中病灶或脑血流灌注减少；病变与痴呆有因果关系。(4) 排除其他病因。

##### 10.4.5 脑小血管病

脑小血管病的症状体征表现隐匿，目前的诊断依赖于影像学表现。依据 2023 年 CSVD 国际影像标准 STRIVE-2<sup>[172]</sup> 对 CSVD 的影像表现进行了严格、统一的术语定义，包括 7 项影像学表现：(1) 近期皮质下小梗死 (recent small subcortical infarct RSSI)；(2) 腔隙；(3) 脑白质高信号 (white matter hyperintensity, WMH)；(4) 血管周围间隙 (perivascular space, PVS)；(5) 脑微出血 (cerebral microbleed, CMB)；(6) 皮质表面铁沉积；(7) 皮质微梗死。

#### 10.5 中医证候诊断要点

### 10.5.1 气虚证

症见：神疲乏力，少气懒言，心悸自汗，手足肿胀，肢体瘫软，二便自遗。病情危笃者，昏愤不知，目合口开，肢冷汗多等。舌淡暗，苔薄白，脉沉细无力。

参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》中关于气虚证的相关描述进行诊断；缺血性中风者可参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”得分 $\geq 10$ 分，诊断为气虚证。

### 10.5.2 气阴两虚证

症见：在气虚证基础上，兼有五心烦热，手足心热，盗汗耳鸣，两颧潮红，咽干口燥，两目干涩等。舌红少苔或无苔，脉细弦或细弦数等。

参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》中关于气阴两虚证的相关描述进行诊断；缺血性中风者参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”和“阴虚”得分均 $\geq 10$ 分，诊断为气阴两虚证。

### 10.5.3 阳气暴脱证

症见：骤然面色苍白，气息微弱，冷汗淋漓，身凉、肢厥，二便失禁，鼻鼾、神昏，肢体松弛无力，甚或昏迷不醒，舌质淡，舌苔润，脉微欲绝，或虚浮无力等。

参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》中关于阳气暴脱证的相关描述进行诊断；脑出血者可参照《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》元阳败脱、神明散乱证诊断标准。

### 10.5.4 肾气亏虚证

症见：健忘，痴呆，腰膝酸软，眩晕，耳鸣耳背，动辄气促，神疲乏力，面色淡白，四肢欠温，小便清长，夜尿增多等。舌质淡或胖，舌苔白，脉细或弱，尺部无力。

参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》中关于肾气亏虚证的相关描述进行诊断。

### 10.5.5 气血亏虚证

症见：神疲乏力，气短懒言，面色淡白或萎黄，头晕、目眩，心悸，失眠，健忘，唇甲色淡，舌质淡，脉弱或细等。

参照：参照《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》中关于气血亏虚证的相关描述进行诊断。

## 参 考 文 献

- [1]陈艳, 胡发云, 吴波. 《中国脑血管疾病分类 2015》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(12): 865-868. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6731.2017.12.002.
- [2]《中国脑卒中防治报告 2021》概要 [J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20 (11): 783-793.
- [3]Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. The Lancet Neurology, 2021, 20(10): 795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- [4]MA Q, LI R, WANG L, et al. Temporal trend and attributable risk factors of stroke burden in China, 1990 - 2019: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. The Lancet Public Health, 2021, 6(12): e897-e906. doi:10.1016/S2468-2667(21)00228-0.
- [5]全国中医标准化技术委员会. GB/T 16751.3-2023 中医临床诊疗术语 第3部分: 治法[S]. 北京: 中国标准出版社, 2023.
- [6]全国中医标准化技术委员会. GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分: 证候[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [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. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [8]中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会. 脑梗死中西医结合诊疗指南(2023) [M]. 北京: 中国中西医结合学会, 2023.
- [9]高颖, 中华中医药学会, 中国标准化协会中医药标准化分会等. 中医临床诊疗指南释义 脑病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015. 09.
- [10]中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会. 脑出血中西医结合诊疗指南(2023) [M]. 北京: 中国中西医结合学会, 2023.
- [11]吴婧, 张志辰, 李中浩, 等. 急性脑梗死患者静脉溶栓后中医证候要素演变[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(01): 74-78.
- [12]曹克刚, 於堃, 高颖. 缺血性中风急性期预后相关因素的多因素分析[J]. 天津中医药, 2007, 24(6): 462-464.
- [13]何若安. 脑出血中风术后中医证候分布及演变的初探[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [14]李晶晶. 脑小血管病的中医证候学特征研究[D]. 北京中医药大学, 2023.
- [15]聂忠莘, 张国辉, 李继红, 等. 中西医结合治疗脑梗死气虚型临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2015(9): 822-822.
- [16]敖祖松. 补中益气汤联合阿托伐他汀对脑梗塞患者血液流变学及神经功能的影响

[J]. 西藏医药, 2019, 40(04):143-144.

[17]曹理璞. 补中益气汤加味治疗急性脑梗塞临床疗效分析[J]. 四川中医, 2015, 33(5):78-80.

[18]高媛. 补中益气汤加减治疗低灌注性脑梗死临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(12):1730-1731.

[19]韩国征, 赵新芳, 边文贵. 补中益气汤加味治疗急性脑梗塞的效果研究[J]. 保健文汇, 2017(9):143.

[20]胡茂宏. 加味补中益气汤联合西药治疗脑分水岭梗死 40 例疗效观察[J]. 白求恩军医学院学报, 2012, 10(6):524-525.

[21]贾建立. 加味补中益气汤与西药用于脑分水岭梗死治疗中的临床效果[J]. 北方药学, 2017, 14(2):40-41.

[22]杨柳. 补中益气汤加减治疗低灌注性脑梗死的临床研究[J]. 光明中医, 2015, 30(10):2135-2137.

[23]李胜酋, 李胜愉, 张联玲, 等. 四君子汤加味治疗缺血性脑中风疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(12):1633-1635.

[24]陈玺龙. 益气聪明汤治疗气虚痰瘀阻络型脑梗死后遗症的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(05):833-835.

[25]许文水. 益气聪明汤治疗气虚痰瘀阻络型脑梗死后遗症的效果观察[J/OL]. 中国科技期刊数据库 医药, 2024(08)[2024-08-12].

[26]杨乐乐, 储呈海. 补中益气汤加减治疗中风急性期便秘临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(07):36-37.

[27]方力. 脑卒中后脾虚气滞型便秘患者应用四君子汤加减治疗的临床效果分析[J/OL]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(08)[2022-09-06].

[28]韩偃偃. 四君子汤加减治疗脑血管病后脾虚气滞型便秘的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(25):4917+4919.

[29]许朝刚. 四君子汤加味治疗中风后便秘 60 例[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(5):325-326.

[30]冯玲, 司马振奋, 许小峰, 等. 补中益气汤治疗中风后疲劳 28 例[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(07):509.

[31]李文丽, 沈德婧, 易海维. 四君子汤加减联合肠内营养支持对脑卒中后吞咽障碍患者营养状态及免疫功能的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(05):519-522. DOI:10.13463/j.cnki.cczyy.2023.05.012.

[32]闫政谋, 张凤玲, 朱文浩. 四君子汤联合谷氨酰胺对急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者营养状况和预后的影响[J]. 中国中医急症, 2019, 28(08):1392-1394+1404.

[33]赵铁生, 姜如海, 朱加冕. 四君子汤联用谷氨酰胺对急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者的治疗价值[J]. 当代医学, 2021, 27(08):146-148.

[34]翟广琪. 益气聪明汤治疗血管性痴呆 30 例[J]. 河南中医, 2013, 33(11):1890-1891.

[35]李晶. 益气聪明汤对气虚型血管性认知障碍患者 ASL 影响的研究[D]. 山东中医药大学

学, 2022.

[36]刘玉梅. 益气聪明汤加味治疗血管性痴呆 30 例疗效观察[J]. 河北中医, 2013, 35(11):1626-1627.

[37]吕泽茹, 李王杏安, 董梦影, 等. 益气聪明汤加减对血管性痴呆患者胶质纤维酸性蛋白因子水平、认知功能的影响[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(07):56-58.

[38]刘玉梅. 益气聪明汤加味治疗血管性痴呆 30 例疗效观察[J]. 河北中医, 2013, 35(11):1626-1627.

[39]谢鸣主编. 方剂学 第3版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017. 02.

[40]秦保锋, 王明哲, 龚帆, 等. 地黄饮子加减对急性脑梗死患者血小板聚集率及 VEGF 的影响[J]. 西部中医药, 2021, 34(1):95-98.

[41]陈蕾杰. 加减地黄饮子治疗脑血栓形成恢复期的临床疗效观察[J]. 饮食保健, 2020, 7(32):84-85.

[42]邓斌, 刘慧华, 刘钦铭, 等. 中西医结合治疗脑梗塞的临床观察[J]. 中医药学刊, 2005, 23(09):1722-1723.

[43]何华, 王桂香, 钟士江, 等. 地黄饮子对中风恢复期患者神经功能及体感诱发电位的影响[J]. 山东医药, 2005, 45(34):45-46.

[44]黄雷华, 陈培乐, 任超凡. 加味地黄饮子辅助治疗缺血性中风恢复期的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34(9):46-49.

[45]李传成. 温补肾阳法治疗中风病痉挛性偏瘫的临床研究[D]. 山东: 山东中医药大学, 2017.

[46]李婧, 武能坤, 吕祥龙. 加减地黄饮子治疗脑血栓形成恢复期患者对 MAS 和 NIHSS 评分的影响[J]. 中国现代医生, 2021, 59(21):26-29.

[47]李书纳. 地黄饮子加减治疗卒中后痉挛型偏瘫患者的效果观察[J]. 中国民康医学, 2019, 31(23):86-88.

[48]赵拥军. 加减地黄饮子治疗脑血栓形成恢复期 62 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2004, (4):5-6.

[49]贺建国. 地黄饮子加减治疗中风后失语阴虚证临床观察[J]. 光明中医, 2014, 29(4):734-735.

[50]刘雪景. 地黄饮子治疗中风后失语临床观察[J]. 光明中医, 2016, 31(9):1271-1272.

[51]王清泉. 地黄饮子加减治疗中风后失语阴虚证分析[J]. 光明中医, 2018, 33(18):2696-2697.

[52]陈刚, 周海娟, 符文雄, 等. 加味地黄饮子治疗脑小血管病所致认知障碍患者的临床疗效及其对神经功能、炎症反应、氧化应激的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2019, 27(6):78-81.

[53]邓巍. 地黄饮子加味联合盐酸多奈哌齐治疗脑小血管病性认知功能障碍疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(3):451-453.

[54]胡长春, 秦合伟, 姬令山, 等. 地黄饮子治疗肾虚血瘀型血管性痴呆的临床研究[J].

中国疗养医学, 2023, 32(03):306-309.

[55]黄循夫, 万兴富, 钟山. 加减地黄饮子汤联合多奈哌齐片在轻中度血管性痴呆患者中的应用观察[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(16):2118-2119.

[56]贾敬选, 金杰. 中西医结合治疗血管性痴呆 38 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2009, 41(01):35-36.

[57]李诗国, 戴圣伟, 李群伟. 地黄饮子胶囊联合盐酸多奈哌齐片治疗血管性痴呆临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(07):632-634+643.

[58]李雪瑞, 张美军. 地黄饮子治疗中风后血管性痴呆疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(01):22-23.

[59]卢丽君. 熵聚类新处方治疗肾虚型血管性痴呆的临床效果观察[D]. 河北省:河北大学, 2018.

[60]马云枝, 兰瑞, 沈晓明. 中西药联用治疗血管性痴呆的 42 例临床观察[C]//中华中医药学会;科技部;卫生部. 第三届中医药现代化国际科技大会论文集. 中国四川省成都市, 2010:73-77.

[61]秦玉波. 盐酸美金刚片联合地黄饮子治疗血管性痴呆的临床疗效及对患者神经功能的影响研究[J/OL]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2023(09)[2023-08-19]

[62]覃辉, 周城恩, 陆晖, 等. 地黄饮子方结合胞磷胆碱治疗血管性痴呆肾精亏虚兼痰瘀阻络证疗效及对血清  $\beta$ -AP、E<sub>2</sub>、Livin 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(06):589-592+596.

[63]王岁福. 新加地黄饮子治疗血管性痴呆 30 例[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(05):36-37.

[64]杨成, 蒋慧倩. 地黄饮子加减治疗血管性痴呆 38 例小结[J]. 中医药导报, 2007, 13(7):29-30.

[65]陈亮, 边俊莉. 地黄饮子联合丁苯酞软胶囊治疗血管性痴呆的临床研究[J/OL]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2023(05)[2023-05-23].

[66]吴天晨, 许若晴. 还少丹加减治疗血管性痴呆 32 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(05):43-44.

[67]许秀, 张中平, 江潭耀, 等. 还少丹联合多奈哌齐对血管性痴呆患者血清 GSH-Px、MDA 水平的影响[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(04):182-184.

[68]张峰, 贺林, 朱晨, 等. 还少丹加减治疗血管性痴呆 60 例[J]. 光明中医, 2011, 26(08):1591-1592.

[69]张晶, 张彪. 还少丹加减治疗血管性痴呆 54 例[J]. 南京中医药大学学报, 2008, (06):424-425.

[70]赵云, 李志轩. 还少丹治疗肝肾亏虚型血管性痴呆 80 例[J]. 河南中医, 2010, 30(04):380-381.

[71]刘占国, 程文静, 宋国红, 等. 加味地黄饮子联合西医常规疗法治疗非痴呆型血管性认知功能障碍肾虚痰阻证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(10):116-120.

[72]汪美宝, 张卫华. 加味还少丹联合尼莫同片治疗 VCIND 患者 40 例[J]. 江西中医

药, 2013(4):44-46.

[73]王萍, 王公东, 沈丽萍, 等. 还少丹合剂治疗血管性认知功能障碍的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(z2):39-40.

[74]Shen K, Wang Y, Zhang Y, et al. Cocktail of Four Active Components Derived from Sheng Mai San Inhibits Hydrogen Peroxide-Induced PC12 Cell Apoptosis Linked with the Caspase-3/ROCK1/MLC Pathway[J]. Rejuvenation Research, 2015:517. DOI:10.1089/rej.2015.1697.

[75]蒋胜兰, 朱丹妮, 余伯阳. 生脉注射液对人脐静脉内皮细胞缺氧复氧损伤保护的主要活性部位研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(13):88-90.

[76]李文颢, 吴知凡, 王凯, 等. 归脾汤合血府逐瘀汤加减治疗脑梗死后轻度认知障碍的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(2):147-153.

[77]李风云, 赵铎, 刘福贵, 等. 归脾汤化裁方现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 陕西中医, 2025, 46(02):281-284.

[78]黄霞. 参芪扶正注射液治疗急性脑梗死的临床效果[J]. 海南医学, 2009, 20(4):88-89.

[79]闫鹏, 姜玲, 姚辉. 川芎嗪和参芪扶正注射液治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(3):280-280.

[80]马小董, 詹佩娟, 徐金华. 参芪扶正注射液治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中国中医急症, 2007, 16(2):144-145.

[81]姚建华, 李芳, 彭立威, 等. 参芪扶正注射液对急性脑梗死患者血浆 ET-1 及 TNF- $\alpha$  的影响[J]. 中国医刊, 2007, 42(10):49-50.

[82]余倩体, 谢汝博. 参芪扶正注射液在脑梗塞恢复期治疗中的应用[J]. 北方药学, 2020, 17(2):164-165.

[83]李勇, 周成梅, 张建忠. 降纤酶联合生脉注射液治疗短暂性脑缺血频繁发作 62 例疗效观察[J]. 临沂医学专科学校学报, 2004, 26(5):363-364.

[84]李伯华, 范广漪. 参麦注射液治疗短暂性脑缺血发作的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(10):895-896.

[85]陈晓东. 益气复脉注射剂治疗急性脑梗死 41 例疗效及其作用机制[J]. 世界中医药, 2010, 5(5):314-316.

[86]翟飞鹏, 孙雅轩, 刘毅, 等. 注射用益气复脉治疗分水岭脑梗死的效果分析[J]. 中国医药, 2014, 9(8):1146-1148.

[87]程平荣, 蒋元模, 何凤麟, 等. 生脉注射液治疗脑梗塞急性期的临床研究[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(4):19-20.

[88]胡荣鑫, 张贺, 王政琨. 中西医结合治疗分水岭脑梗死临床分析[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(12):59-60.

[89]李萍, 钟华, 李金, 等. 川芎嗪合生脉注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2006, 16(2):80-81.

[90]李贻勇. 生脉注射液治疗脑梗塞的临床分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017,

4(34):115-116.

[91]林涌泉,李薛莹,陈明凤.生脉注射液辅助治疗对低灌注/栓子清除能力下降型脑梗死患者脑血流动力学的影响[J].基层医学论坛,2021,25(16):2240-2243

[92]吴佩华,王爱梅,郑秀丽.生脉注射液对低灌注/栓子清除能力下降型脑梗死脑血流动力学的影响[J].山西中医学院学报,2015(1):46-47.

[93]肖雁,唐冬良,江拥军.生脉注射液治疗急性脑梗死的疗效观察[J].人民军医,2005,48(9):501-502.

[94]易玉新,杨宇,屈晓冰,等.生脉注射液治疗老年脑梗死临床疗效及作用机制探讨[J].中国中西医结合杂志,2003,23(1):10-12.

[95]郑斌.生脉注射液并川芎嗪注射液治疗脑梗死疗效观察[J].中国中医急症,2004,13(11):747-747.

[96]曹春艳,黄丽娜.参麦注射液联合西药治疗急性脑梗死的疗效及不良反应分析[J].中国继续医学教育,2016,8(4):201-202.

[97]陈徐彬,严平,毛平安.参麦注射液辅助西药治疗中风恢复期临床研究[J].新中医,2024,56(8):75-79.

[98]陈锋.参麦注射液联合丁苯酞治疗老年急性脑梗死患者的临床效果[J].医疗装备,2019,32(16):70-71.

[99]陈中明,刘文兵.参麦注射液辅助治疗对老年急性脑梗死患者红细胞免疫功能、凝血功能及细胞因子的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(5):1043-1045.

[100]邓祝庭.波立维联合参麦注射液治疗急性脑分水岭梗死的疗效观察[J].首都医药,2011,18(10):40.

[101]伏开全,王言里.参麦注射液治疗急性脑梗死84例临床观察[J].浙江中医杂志,2010,45(7):543.

[102]黄龙彪.参麦注射液治疗老年缺血性中风气虚血瘀证39例临床观察[J].河北中医,2011,33(2):258-259.

[103]李爱红,柯开富.参麦注射液治疗急性脑梗死40例效果观察[J].交通医学,2007,21(2):143-144.

[104]李小丽,戴中慈.参麦注射液治疗急性缺血性脑卒中患者的临床研究[J].现代医学与健康研究(电子版),2022,6(10):24-27.

[105]梁小龙,王文华,石庆新,等.参麦注射液联用瑞舒伐他汀钙治疗急性缺血性脑卒中临床观察[J].新中医,2018,50(11):62-66.

[106]孟秀君.999参麦注射液治疗中风78例[J].辽宁中医杂志,2002,29(9):550-550. DOI:10.3969/j.issn.1000-1719.2002.09.026.

[107]刘云平,赵洪海,张贺齐,等.参麦注射液治疗急性缺血性脑卒中早期神经功能恶化的疗效及对血清细胞因子水平的影响[J].中国医院用药评价与分析,2020,20(3):286-289.

[108]鲁锐,杨平.参麦注射液对急性缺血性脑卒中患者血清TNF- $\alpha$ 和IL-6的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(11):1399-1400.

- [109] 欧阳强, 陈阳, 韦英海. 参麦注射液加西医常规治疗急性脑梗死 40 例疗效分析[J]. 内科, 2008, 3(5):714-716.
- [110] 汤永国. 参麦注射液治疗急性分水岭脑梗死 35 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(4):238-239.
- [111] 王家祥. 参麦注射液对急性缺血性脑卒中患者血清 C 反应蛋白的影响[J]. 河南中医, 2014, 34(04):638-639.
- [112] 王小亮. 羟乙基淀粉注射液联合参麦注射液治疗急性期脑分水岭梗死临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11):2123-2124.
- [113] 王文玉. 参麦注射液治疗中老年性脑梗死的临床分析[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(15):103-103.
- [114] 王瑜, 邹庆宇. 参麦注射液治疗脑分水岭梗塞的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2002, 29(6):333. DOI:10.3969/j.issn.1000-1719.2002.06.015.
- [115] 吴宝荣, 张小平. 参麦注射液治疗低血压性脑梗死 52 例临床疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2009, 25(24):3712-3713.
- [116] 吴海科, 梁艳桂, 陈杰, 等. 参麦注射液对分水岭脑梗死患者气虚、阴虚证候评分及肢体运动功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(8):950-953.
- [117] 吴文倩. 参麦注射液联合丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的临床优势[J/OL]. 中国科技期刊数据库 医药, 2022(11)[2022-11-26]
- [118] 徐海波, 周春英. 参麦注射液治疗急性脑梗死 30 例临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2001, 10(17):1629-1630.
- [119] 张飞飞, 孙妍, 张丽, 等. 参麦注射液联合丁苯酞治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(7):1635-1639.
- [120] 张根明, 高颖, 邹忆怀, 等. 参麦注射液治疗急性缺血性中风 120 例临床观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 017(7).
- [121] 张根明, 孙塑伦, 高颖, 等. 扶正护脑法治疗缺血性中风急性期的临床研究[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2003, 10(3):7-10.
- [122] 张荣绶. 参麦注射液对急性脑梗死患者血流动力学的影响[J]. 中国实用医药, 2008, 3(18):93-94.
- [123] 周仁华. 参麦注射液治疗 45 例脑梗死效果观察[J]. 现代医药卫生, 2001, (03):175-176.
- [124] 高靖. 尼莫地平联合生脉注射液在高血压脑出血治疗中的应用探讨[J]. 中国药房, 2010, 21(18):1683-1684.
- [125] 赵海涛. 生脉注射液对高血压脑出血患者脑水肿的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015(11):108-109, 110.
- [126] 刘泰. 中西医结合治疗急性高血压性脑出血 52 例疗效分析[J]. 实用中西医结合杂志, 1998, 011(5).
- [127] 李拥军, 钱伟军, 张艳凯, 等. 参麦注射液对脑出血患者转化生长因子  $\beta 1$  和神经功能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(4):120-121.

- [128]孙岩. 参麦注射液为主治疗急性脑出血 52 例[J]. 浙江中医杂志, 1999, (4):17-7.
- [129]赵海涛. 参麦注射液治疗高血压脑出血疗效观察[J]. 医药世界, 2009, 11(5):124-125.
- [130]隆献. 参麦注射液治疗急性脑出血临床疗效观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2006, 019(24).
- [131]中华人民共和国卫生健康委、中医药局. 《国家基本药物目录》(2018年版): 国卫药政发(2018)31号[EB/OL]. (2018-09-30)[2023-12-22]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2018-12/31/content\\_5435470.html](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2018-12/31/content_5435470.html)
- [132]中华人民共和国国家医疗保障局、人力资源社会保障部. 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2023年)》. 医保发(2023)30号[EB/OL]. (2023-12-13)[2023-12-22]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/12/13/art\\_104\\_11673.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/12/13/art_104_11673.html)
- [133]沈流燕, 周莉. 脑苷肌肽注射液联合参附注射液对老年急性脑梗死患者神经功能恢复的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(22):7-8.
- [134]高英梅, 薛红莲. 参附注射液联合依达拉奉治疗脑分水岭梗死疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(19):2091-2093.
- [135]黄郁斌, 张保国, 温淑端, 等. 参附注射液对脑梗死急性期血浆D-二聚体及CRP的影响[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(06):547-548.
- [136]黄志庚. 参附注射液联合西药治疗脑梗塞疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(06):665-666.
- [137]刘冬, 张盛, 唐平易. 参附注射液与依达拉奉注射液联合治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2017, 17(10):1360-1362.
- [138]刘美, 吕静. 参附注射液对老年脑梗死患者血清IL-6及TNF- $\alpha$ 的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(22):6419-6420.
- [139]莫云芳. 参附注射液治疗脑梗死急性期(元气虚衰证)的临床研究[J]. 医药前沿, 2016, 6(5):365-366.
- [140]穆婧, 刘承玄, 李云逸. 参附注射液联合奥扎格雷钠注射液治疗进展性脑梗死临床观察[J]. 中国药业, 2017, 26(08):52-54.
- [141]孙会春, 侯丽淳, 张羽镝, 等. 克林澳联合参附注射液治疗急性脑梗死的临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(01):23-24.
- [142]童玖兴. 参附注射液对脑梗塞患者凝血及神经功能的影响临床观察[J]. 北方药学, 2016, 13(07):84-85.
- [143]夏彩秋, 胡军荣, 李鑫, 等. 参附注射液联合依达拉奉治疗脑梗死效果分析[J]. 当代医学, 2016, 22(23):142-143.
- [144]徐连宝, 丁新生. 依达拉奉注射液联合参附注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(21):38-39.
- [145]易玉新, 杨宇, 屈晓冰, 等. 参附注射液辅助治疗老年脑梗死患者的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, (07):508-510.

- [146]于海涛,刘秋皖,吴君仓.参附注射液治疗非心源性脑卒中疗效观察及对超敏C反应蛋白、胱抑素C的影响[J].安徽医药,2020,24(05):989-992.
- [147]袁亚辉,丰兰,付爱红,等.银杏达莫注射液联合参附注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J].中国现代医生,2008,46(33):97+110.
- [148]张保国,段艳锋,黄郁斌,等.参附注射液治疗脑梗死急性期(元气虚衰证)的临床观察[C]//中国中西医结合学会神经科专业委员会.第十一次中国中西医结合神经科学学术会议论文汇编.暨南大学医学院附属黄埔中医院;,2015:32-34.
- [149]张良红.参附注射液联合克林澳治疗急性脑梗死临床分析[J].吉林医学,2013,34(12):2263-2264.
- [150]张小宇.参附注射液辅助治疗老年脑梗死患者的临床观察[J].益寿宝典,2021(29):47-49
- [151]张颖.克林澳联合参附注射液治疗急性脑梗死疗效评价[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(23):114-115.
- [152]张宇,郭楠,孔令博,等.参附注射液在治疗内分水岭脑梗死患者的临床疗效[J].世界中医药,2018,13(09):2166-2170.
- [153]赵海涛.参附注射液联合低分子右旋糖酐治疗分水岭脑梗死疗效探讨[J].中国社区医师,2015,31(20):69+71.
- [154]解松龄.微创引流结合参附治疗高血压脑出血疗效观察[D].温州医科大学,2014.
- [155]李琳,曾嵘,李万婷,等.复方苻蓉益智胶囊联合尼麦角林治疗脑小血管病相关认知障碍的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(19):3620-3624.
- [156]孙晓净,蔡春生,邝笑笑.复方苻蓉益智胶囊联合多奈哌齐治疗脑小血管病认知功能障碍患者的效果观察[J].临床医学工程,2023,30(11):1553-1554.
- [157]苟金,杨昊昕,于姚,等.复方苻蓉益智胶囊治疗血管性认知障碍的疗效和安全性系统评价及Meta分析[J].中国中药杂志,2020,45(08):1924-1932.
- [158]林强康,陈新国,杨絮,等.生脉注射液辅助治疗急性脑梗死临床观察[J].中国中医急症,2013,22(10):1779-1780.
- [159]张卫国,王素洁,刘海燕.生脉注射液对轻中度脑梗死超时间窗rt-PA溶栓患者预后的影响[J].中国药房,2016,27(21):2918-2920.
- [160]楚尚军.探讨参麦注射液联合rt-PA静脉溶栓对急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损评分及日常生活能力的影响[J].首都食品与医药,2019(8):66.
- [161]Cao GX, Ye XY, Xu YQ, et al. YiQiFuMai Powder Injection ameliorates blood-brain barrier dysfunction and brain edema after focal cerebral ischemia-reperfusion injury in mice [J]. Drug Des Devel Ther,2016 10: 315 -325.
- [162]韩晶岩.注射用益气复脉(冻干)改善脂多糖引起的大鼠肠系膜、脑微血管渗出的作用机理.北京市,北京大学,2018-12-01.
- [163]Li F, Tan YS, Chen HL, et al. Identification of schisandrin as a vascular endothelium protective component in YiQi FuMai Powder Injection using HUVEC

s binding and HPLC-DAD-Q-TOF-MS/MS analysis [J]. J Pharmacol Sci, 2015, 129(1):1-8.

[164]杨凤梅,强睿,徐曼曼,等.补益药治疗缺血性脑白质病的研究进展[J].医学研究杂志, 2021, 50(07):155-158.

[165]张楚洁,刘慧萍,杨璐瑜,等.归脾汤有效成分与现代药理学的关联性[J].中成药, 2020, 42(6):1553-1558.

[166]李阿玲,刘利艳,郑志难.31例参麦注射液治疗肺癌患者致不良反应的分析[J].江西中医药大学学报, 2018, 30(03):26-28.

[167]冯珺,曹佳薇,姚君等.生脉注射液与常用输液配伍稳定性研究[J].浙江中西医结合杂志, 2016, 26(01):82-84.

[168]黄华,王超超,王笑笑等.心血管类中药注射剂与代糖溶媒的配伍稳定性[J].医药导报, 2019, 38(10):1343-1347.

[169]易艳,李春英,张宇实等.血必净注射液类过敏反应及合理用药方法[J].中国实验方剂学杂志, 2021, 27(05):77-83

[170]张萍萍.我院参麦注射液致不良反应6例分析[J].淮海医药, 2015, 33(03):286-287.

[171]李克,刘永新,师伯省等.注射用益气复脉(冻干)临床应用及不良反应分析[J].药物评价研究, 2019, 42(10):2075-2078.

[172]Duering M, Biessels GJ, Brodtmann A, et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease—advances since 2013[J].Lancet Neurol, 2023, 22(7):602-618.

---