

中国中西医结合学会
中华中医药学会发布
中华医学学会

脑梗死中西医结合诊疗指南

Guideline for the Diagnosis and Treatment of Cerebral Infarction
with the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2023-05-31发布

2023-05-31实施

目 次

前言	1
引言	3
正文	5
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语和定义	5
4 诊断	6
5 中西医结合治疗	8
6 诊疗流程图	23
附录1 编制方法	24
附录2 证据综合报告	30
附录3 缺血性中风证候要素诊断量表	75
附录4 缩略词对照表	77
附录5 其他	78
参考文献	82

前 言

1. 起草原则

本指南参照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则》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

2. 制定小组

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

起草单位：北京中医药大学东直门医院、首都医科大学附属北京天坛医院

指南负责人：高颖（北京中医药大学东直门医院）、赵性泉（首都医科大学附属北京天坛医院）

执笔人：周莉（北京中医药大学东直门医院）、李子孝（首都医科大学附属北京天坛医院）、陈薇（北京中医药大学）、崔方圆（北京中医药大学东直门医院）、韩笑（北京中医药大学东直门医院）、董兴鲁（北京中医药大学东直门医院）、廖晓凌（首都医科大学附属北京天坛医院）、田紫煜（中国中医科学院针灸研究所）、高峰（首都医科大学附属北京天坛医院）

主审人：王永炎（中国中医科学院）、张伯礼（天津中医药大学）、张学文（陕西中医药大学）、孙塑伦（北京中医药大学东直门医院）、张微微（中国人民解放军总医院第七医学中心）、刘鸣（四川大学华西医院）、刘建平（北京中医药大学）

讨论专家（按姓名笔划为序）：丁砚兵（湖北省中医院）、王东岩（黑龙江中医药大学附属第二医院）、王军（北京中医药大学东直门医院）、王芳（北京中医药大学东直门医院）、王锡友（北京中医药大学东直门医院）、王新志（河南中医药大学第一附属医院）、文雅（山西省中西医结合医院）、孔令博（北京中医药大学东直门医院）、古联（广西中医药大学第一附属医院）、田军彪（河北省中医院）、白雪（西南医科大学泸州医学院）、白晶（北京中医药大学东直门医院）、乐智卿（景德镇市中医院）、曲淼（首都医科大学宣武医院）、伍大华（湖南省中西医结合医院）、华国栋（北京中医药大学东直门医院）、全亚萍（泰州市中医院）、刘金民（北京中医药大学东方医院）、刘泰（广西中医药大学第一附属医院）、刘强（世界中医药学会联合会评价中心）、刘毅（上海市中医医院）、刘燕妮（陕西中医药大学附属医院）、齐宝云（北京中医药大学东直门医院）、闫咏梅（陕西中医药大学附属医院）、关东升（河南省中医院）、孙文军（北京中医药大学第三附属医院）、孙岚（中国康复研究中心北京博爱医院）、孙林娟（中国中医科学院西苑医院）、孙建宁（北京中医药大学）、孙莉（吉林大学白求恩第一医院）、孙景波（广东省中医院）、杜文华（北京市昌平区中西医结合医院）、李小刚（北京大学第三医院）、李妍怡（甘肃省中医院）、李萌（北京市东城社区卫生服务管理中心）、李博（北京市和平里医院）、李雁（北京中医药大学东直门医院）、杨弋（吉林大学第一医院）、杨东东（成都中医药大学附属医院）、吴圣贤（北京中医药大学东直门医院）、吴旭芳（北京市朝阳区常营社区卫生服务中心）、吴远华（贵州中医药大学第一附属医院）、吴良勇（宁夏省石嘴山市中医医院）、吴波（四川大学华西医院）、吴智兵（广州中医药大学第一附属医院）、汪瀚（安徽中医药大学第一附属医院）、张龙生（北京中医药大学东直门医院）、张拥波（首都医科大学附属北京友谊医院）、张聪（北京中医药大学）、张震中（浙江省立同德医院）、陈志刚（北京中医药大学东方

医院)、**陈陆馗**(南方医科大学中西医结合医院)、**陈星**(北京中医药大学东直门医院)、**范玉华**(中山大学附属第一医院)、**林安基**(厦门市中医院)、**周震**(天津中医药大学第二附属医院)、**赵永烈**(北京中医药大学第三附属医院)、**赵建军**(长春中医药大学附属医院)、**赵敏**(河南中医药大学第一附属医院)、**赵德喜**(长春中医药大学附属医院)、**胡文立**(首都医科大学附属北京朝阳医院)、**胡晓灵**(新疆维吾尔自治区中医医院)、**顾兆一**(北京市平谷区中医医院)、**徐向青**(山东中医药大学附属医院)、**徐安定**(暨南大学附属第一医院)、**徐运**(南京大学医学院附属鼓楼医院)、**徐峰**(北京中医药大学第三附属医院)、**徐寅平**(北京市平谷区中医医院)、**郭力**(河北医科大学第二医院)、**郭春莉**(中国中医科学院西苑医院)、**郭珍立**(湖北省中西医结合医院)、**郭盛楠**(中国中医科学院针灸研究所)、**郭蓉娟**(北京中医药大学东方医院)、**郭静**(首都医科大学附属北京中医医院)、**郭增元**(内蒙古自治区中医医院)、**黄明**(湖北省中西医结合医院)、**黄燕**(广东省中医院)、**曹俊岭**(北京中医药大学东直门医院)、**曹晓岚**(山东中医药大学附属医院)、**常静玲**(北京中医药大学东直门医院)、**崔应麟**(河南省中医院)、**彭斌**(北京协和医院)、**葛金文**(湖南中医药大学第一附属医院)、**韩冠先**(北京中医药大学东直门医院洛阳医院)、**韩振蕴**(北京中医药大学深圳医院)、**谢炜**(南方医科大学南方医院)、**谢瑶**(湖南省中西医结合医院)、**谢颖桢**(北京中医药大学东直门医院)、**鄢丹**(首都医科大学附属北京友谊医院)、**楼敏**(浙江大学医学院附属第二医院)、**樊小农**(天津中医药大学第一附属医院)、**穆林森**(广东三九脑科医院)、**鞠奕**(首都医科大学附属北京天坛医院)

引 言

1 背景信息

脑梗死（Cerebral Infarction, CI）又称缺血性卒中，是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，具有发病率高、致残率高、死亡率高和复发率高的特点。2017年我国脑梗死发病率为156/10万，患病率为1981/10万（年龄标化率1470/10万），2009～2012年全国多中心CHANCE研究纳入5170例短暂性脑缺血发作或轻型缺血性卒中患者，3个月缺血性卒中复发率为9.7%，伤残调整寿命年自2005年的975/10万上升到2017年的1007/10万。

目前认为脑梗死早期有效的治疗方法是血管再通治疗，包括静脉溶栓和血管内介入治疗，但救治时间窗较短，血管内介入治疗需要医生具备一定操作技术和手术经验，限制了此类治疗方法的广泛应用；二级预防以抗血小板或抗凝、降脂、降压、降糖等药物治疗为主，预防卒中复发。现代康复技术一定程度上改善神经功能障碍，但仍未能解决卒中复发率高和致残率高的难点。中医药通过改善患者证候或症状，达到促进神经功能恢复，提高患者日常生活能力和生存质量的目的，临床应用具有较好的依从性。中西医结合治疗在脑梗死不同时期可发挥协同作用，大量临床研究和基础实验证实了其有效性和安全性。

本指南以中西医临床关键问题为导向，遵循循证医学原则，客观评价了近10年脑梗死中西医结合诊治证据，经工作组充分讨论，在此基础上撰写本指南，广泛征求临床医学、中医学、临床流行病学、护理学与临床药学等多学科专家意见，最后形成《脑梗死中西医结合诊疗指南》。

本指南参照最新的国际、国内指南，汇聚中医、西医相关领域专家的诊疗经验和研究成果编制而成，力求以简明的语言阐释疾病不同时期中西医治疗原则，以期协助中西医临床医师、康复和护理人员等能更好地将本指南应用于脑梗死患者的救治工作，其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证，根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2 确定并构建临床问题

指南工作组通过对脑梗死国内外最新中、西医指南与临床研究报告进行分析，结合专家调研与访谈，围绕中西医结合环节，形成主要临床问题，通过德尔菲法和网络专家共识会议法评价临床问题和结局指标的重要性，确定最终临床问题清单。

- (1) 脑梗死的病因学分型是什么？
- (2) 脑梗死常见证候要素的判定方法是什么？
- (3) 脑梗死常见证候诊断标准是什么？
- (4) 针对急性脑梗死出现低灌注或低血压患者，哪类中药注射液有助于改善神经功能缺损？
- (5) 针对急性脑梗死患者，中药注射液能否改善神经功能缺损？
- (6) 针对急性脑梗死患者，辨证口服中成药能否改善神经功能缺损？
- (7) 急性脑梗死合并肺部感染患者，中药能否减轻感染症状？
- (8) 脑梗死合并呃逆患者，中医辨证治疗能否减轻呃逆症状发作？
- (9) 脑梗死合并便秘患者，中医如何辨证治疗？

- (10) 针对脑梗死患者，口服中成药能否降低脑血管事件复发风险？
- (11) 针对脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血脂达标？
- (12) 针对脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血压达标？
- (13) 针对脑梗死恢复期患者，辨证口服中成药能否改善神经功能缺损？
- (14) 针对脑梗死肢体运动功能障碍患者，中医治疗能否改善运动功能？
- (15) 脑梗死伴吞咽障碍患者，针刺治疗能否改善吞咽功能？
- (16) 脑梗死伴语言障碍患者，中医治疗能否改善语言功能？
- (17) 脑梗死伴认知障碍患者，中医治疗能否改善认知功能？
- (18) 脑梗死伴抑郁患者，中医治疗能否减轻抑郁程度？

3 资金资助及利益冲突情况

本指南受“国家重大疑难疾病中西医临床协作能力建设项目”资助。

本指南项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本指南制定过程中无利益冲突，为此不会成为本指南制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本指南制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

脑梗死中西医结合诊疗指南

1 范围

本指南适用于脑梗死患者急性期与恢复期临床诊疗、并发症管理、康复治疗和二级预防等，供各级医疗机构的神经内科、脑病科、急诊科、中医科、针灸科、康复科、老年病科、内科、全科医学等相关科室医护人员使用。

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指南必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本指南；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本指南：

ZYYXH/T50～135-2008 中医内科常见病诊疗指南

T/CAIM 022-2021 脑梗死中西医结合诊疗专家共识

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 证候部分

脑梗死中医循证临床实践指南（2010）

中医临床诊疗指南释义·脑病分册（2015）

中国缺血性脑卒中急性期诊疗指导规范（2017）

中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2018）

中国各类主要脑血管病诊断要点（2019）

中华人民共和国药典（2020）

中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南（2022）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1

中风病 apoplexy

在气血内虚基础上，因劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味及烟酒等诱因，引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，导致脑脉痹阻，或血溢脑脉之外，临床以猝然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主症，并具有起病急、变化快的特点，临床也可见以突发眩晕，或复视，或行走不稳，或饮水呛咳等为主要表现者。中风病分为缺血性中风和出血性中风。脑梗死属于中医学“缺血性中风”范畴。

[来源：ZYYXH/T50～135-2008]

3.2

脑梗死 cerebral infarction

又称为缺血性卒中，是指因脑部血液循环障碍，使局部脑组织缺血缺氧性坏死，发生不可逆损害，从而导致神经功能障碍的临床事件。[来源：T/CAIM 022-2021]

3.3

证候 clinical manifestation

证的外候。疾病过程中机体综合反应出的症状与体征。

[来源：GB/T 16751.2-2021]

4 诊断

4.1 疾病诊断

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》：（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小时以上，或在24小时内导致死亡。（3）排除非缺血性病因。

4.2 病因分类

临床问题1 脑梗死的病因学分型是什么？

推荐意见：国际上应用最多的脑梗死病因学分型是类肝素药物治疗急性卒中试验（Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment, TOAST）分型。该分型将缺血性卒中分为5个亚型：大动脉粥样硬化（Large Artery Atherosclerosis, LAA）、心源性脑栓塞（Cardioembolism, CE）、小动脉闭塞（Small Artery Occlusion, SAO）、其他原因性卒中（Stroke of Other determined Etiology, SOE）和不明原因性卒中（Stroke of Undetermined Etiology, SUE）。

4.3 证候诊断

4.3.1 证候要素诊断

内风、内火、痰湿、血瘀、气虚、阴虚是脑梗死常见证候要素，在主症基础上各证候要素临床特征如下：

a. 内风证：起病急骤，病情数变，肢体抽动，颈项强急，目偏不瞬，头晕目眩等。

b. 内火证：心烦易怒，躁扰不宁，面红身热，气促口臭，口苦咽干，渴喜冷饮，大便秘结，舌红或红绛，舌苔黄而干等。

c. 痰湿证：口多黏涎或咯痰，鼻鼾痰鸣，表情淡漠，反应迟钝，头昏沉，舌体胖大，苔腻，脉滑等。

d. 血瘀证：头痛肢痛，口唇紫暗，面色晦暗，舌底脉络瘀张青紫，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑等。

e. 气虚证：神疲乏力，少气懒言，心悸自汗，手足肿胀，肢体瘫软，二便自遗，脉沉细无力等。

f. 阴虚证：五心烦热，手足心热，盗汗耳鸣，两颧潮红，咽干口燥，两目干涩，舌红少苔或无苔，脉细弦或细弦数等。

临床问题2 脑梗死常见证候要素的判定方法是什么？

推荐意见：

（1）内风、内火、痰湿、血瘀、气虚、阴虚是脑梗死常见的证候要素，其判定可参考《缺血性中风证候要素诊断量表》（附录B）。

（2）急性期常以内风、内火、痰湿等标实为主，少数患者表现为气虚证；恢复期虚实夹杂，气虚、阴虚为本，痰湿、血瘀等为标。血瘀证是基本证候，贯穿急性期和恢复期始终。

(3) 脑梗死表现为单一证候要素者较少，多表现为二到三个证候要素组合出现。证候诊断可由证候要素组合而成。

证据概要：

《缺血性中风证候要素诊断量表》是一种辅助诊断工具，是根据脑梗死患者四诊信息基本特征，赋予不同权重，最终形成的一套系统、完整且符合中医学特点的中医证候诊断工具。该量表包括内风、内火、痰湿、血瘀、气虚、阴虚六个证候要素，每个证候要素的得分是由各项四诊信息得分相加而成，单一证候要素诊断得分 ≥ 10 分为该证候要素诊断成立。

经过前瞻性诊断性试验来验证《缺血性中风证候要素诊断量表》的诊断能力，临床验证结果显示，六个证候要素分量表的辨证准确率分别为：内风证76.6%、内火证79.3%、痰湿证74.3%、血瘀证77.0%、气虚证76.7%、阴虚证83.8%，与临床专家的判断符合良好。

4.3.2 证候诊断

血瘀证为脑梗死基本病机。急性期在血瘀证基础上常见证候为痰热证、痰湿证、气虚证，恢复期常见证候为痰瘀阻络证、气虚血瘀证、阴虚风动证。

临床问题3 脑梗死常见证候诊断标准是什么？

推荐意见：采用《脑梗死中西医结合诊疗专家共识》（T/CAIM 022-2021）证候诊断标准。

①急性期常见证候

痰热证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，或见神志昏蒙。

兼症：眩晕、头痛，口苦或口干，咯痰或痰多。

舌脉：舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。

参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“内火”和“痰湿”得分均 ≥ 10 分，诊断为痰热证。

痰湿证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，或见神志昏蒙。

兼症：痰鸣漉漉，面白唇黯，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷。

舌脉：舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。

参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“痰湿”得分 ≥ 10 分，诊断为痰湿证。

气虚证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，或见神志昏蒙。

兼症：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。

舌脉：舌淡暗，苔薄白，脉沉细无力等。

参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”得分 ≥ 10 分，诊断为气虚证。

②恢复期常见证候

痰瘀阻络证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：头晕目眩，痰多而黏。

舌脉：舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

在血瘀证基础上，参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“痰湿”得分 ≥ 10 分，诊断为痰瘀阻络证。

气虚血瘀证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：面色白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀。

舌脉：舌质暗淡，有齿痕，舌苔白腻，脉沉细。

在血瘀证基础上，参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“气虚”得分 ≥ 10 分，诊断为气虚血瘀证。

阴虚风动证

主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木。

兼症：眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥。

舌脉：舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

参照《缺血性中风证候要素诊断量表》中证候要素“阴虚”得分 ≥ 10 分，诊断为阴虚风动证。

5 中西医结合治疗

脑梗死不同病期采用的中西医结合治疗方法不同。急性期为发病2周以内，治疗最重要的方法为血管再通治疗，强调尽早、及时干预以改善预后，降低致残率和病死率；经评估不能给予静脉溶栓、血管内治疗的患者，可使用中西医结合药物治疗，加强合并症和并发症管理。病情平稳后进入恢复期，重视病残程度的改善和日常生活能力的提高，应规范康复治疗，给予中医特色康复疗法，积极防治并发症；同时通过辅助检查，完成病因分型，联合中西医结合治疗，加强二级预防。

5.1 急性期

5.1.1 一般治疗

脑梗死急性期一般治疗包括呼吸及血氧管理、监测心脏功能、监测体温、血压和血糖管理等，参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》。

临床问题4 针对急性脑梗死出现低灌注或低血压患者，哪类中药注射液有助于改善神经功能缺损？

推荐意见：急性脑梗死出现血压偏低或低灌注患者，中医辨证多属气虚证，可应用参麦注射液或生脉注射液，改善神经功能缺损，提高日常生活能力。（C级证据，强推荐）

证据概要：

对6个参麦注射液治疗急性分水岭脑梗死、涉及463例患者的随机对照试验进行Meta分析，对照组应用西医治疗方法，观察组联用参麦注射液，结果显示，与对照组相比，参麦注射液可降低NIHSS评分[MD=-3.47，95%CI(-4.64，-2.30)， $P<0.00001$]；3项研究结果显示参麦注射液可提高ADL评

分和BI评分[SMD=0.53, 95%CI(0.22, 0.83), $P=0.0007$]; 1篇研究报告, 观察组出现不良事件但未报告具体表现, 两组安全性比较显示, 应用参麦注射液不会增加不良事件发生率($P>0.05$)。

一项生脉注射液治疗急性分水岭脑梗死患者的随机对照研究中, 共纳入92例患者, 对照组给予抗血小板、神经保护和降脂治疗, 观察组联用生脉注射液, 结果显示, 与对照组相比, 观察组治疗后NIHSS评分更低($P<0.05$), BI评分更高($P<0.05$), 舒张压与收缩压提升幅度高于对照组($P<0.05$), 大脑中动脉平均血流速度、峰值流速、脑血管储备能力较对照组更高($P<0.05$), 脉动指数低于对照组($P<0.05$)。研究中未报告不良反应。

5.1.2 内科治疗

急性脑梗死早期静脉溶栓和血管内介入治疗作为首选治疗方法, 发病早期应评估患者是否适合接受治疗, 并给予相应治疗方法。经评估不能给予静脉溶栓、血管内治疗的患者, 则以药物治疗为主, 维持患者生命体征平稳、保证患者营养及液体入量的基础上, 根据患者病情合理选用抗血小板、抗凝、降纤、扩容、降脂稳斑等治疗, 推荐应用清热解毒、活血化瘀类中成药(包括中药注射液), 有条件者根据证候辨证选用相应方药治疗。

临床问题5 针对急性脑梗死患者, 中药注射液能否改善神经功能缺损?

推荐意见:

(1) 针对急性脑梗死“毒损脑络”核心病机, 发病早期可应用解毒通络类中药注射液改善神经功能缺损, 推荐使用醒脑静注射液(C级证据, 强推荐)或清开灵注射液(C级证据, 弱推荐)。

(2) 针对脑梗死“脑脉痹阻”基本病机, 可应用活血化瘀类中药注射液改善神经功能缺损, 如疏血通注射液(C级证据, 强推荐)、丹红注射液(C级证据, 强推荐)、血塞通注射液(C级证据, 强推荐)、银杏内酯注射液等(C级证据, 弱推荐)。

证据概要:

一项纳入14个醒脑静注射液治疗急性脑梗死患者随机对照试验、涉及1568名患者的Meta分析, 对照组用西医治疗方法, 观察组联合醒脑静注射剂治疗, 结果显示, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.93, 95%CI(-5.04, -2.82), $P<0.00001$]; 7项研究报告无不良事件; 8项研究报告, 观察组出现皮疹、胃肠道反应、头痛、肝功能异常等, 对照组出现皮疹、胃肠道反应、头痛、肝功能异常、血压轻微下降、头晕等, 经统计学分析, 两组之间差异无统计学意义[OR=0.81, 95%CI(0.43, 1.53), $P=0.51$]。

一项纳入9个醒脑静注射液治疗急性脑梗死患者随机对照试验、涉及854例患者的Meta分析, 对照组应用阿替普酶, 观察组联用醒脑静注射液治疗, 结果显示, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[SMD=-1.30, 95%CI(-1.70, -0.89), $P<0.001$]; 5项研究结果显示, 与对照组相比, 观察组可增加MoCA评分[SMD=0.97, 95%CI(0.79, 1.15), $P<0.001$]; 5项研究报告, 观察组出现胃肠道反应、皮疹、牙龈出血、头痛、心律失常等, 对照组出现胃肠道反应、皮疹、牙龈出血、头痛、头晕、肝功能异常等。

一项纳入7个清开灵注射液治疗急性脑梗死随机对照试验、涉及505例患者的Meta分析, 对照组予西医治疗, 观察组联合清开灵注射液治疗。结果表明, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[M

D=-4.72, 95%CI(-5.74, -3.70), $P<0.00001$], 降低血清TNF- α [MD=-5.56, 95%CI(-9.23, -1.90), $P=0.003$]和纤维蛋白原[MD=-0.89, 95%CI(-1.67, -0.11), $P=0.03$]; 1项研究报告, 观察组出现头晕, 对照组出现颜面潮红、口干, 两组之间差异无统计学意义[RR=0.58, 95%CI(0.15, 2.24), $P=0.43$]。

一项纳入15个疏血通注射液治疗急性脑梗死随机对照试验、涉及1348例患者的Meta分析, 对照组予西医治疗, 观察组联合疏血通注射液治疗。结果显示, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.89, 95%CI(-4.34, -3.43), $P<0.00001$]和CSS评分[MD=-5.59, 95%CI(-6.42, -4.76), $P<0.00001$]。10项研究报告无不良事件发生; 2项研究报告, 观察组出现头晕、心悸、胸闷、面部发红、头胀等, 对照组出现心悸、胸闷等, 经统计学分析, 两组之间差异无统计学意义[OR=3.73, 95%CI(0.60, 23.28), $P=0.16$]。

一项纳入6个丹红注射液治疗急性脑梗死随机对照试验研究、涉及854例患者的Meta分析, 对照组予西医治疗, 观察组联合丹红注射液治疗, 结果显示, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.64, 95%CI(-3.80, -3.47), $P<0.05$]; 6项研究报告, 观察组出现胃肠道反应、疲乏、头痛、皮疹、头晕、心悸等, 对照组出现胃肠道反应、疲乏、头痛、皮疹等, 经统计学分析, 两组之间差异无统计学意义[OR=2.08, 95%CI(0.91, 4.76), $P=0.08$]。

一项纳入7个血栓通注射液治疗急性脑梗死随机对照试验研究、涉及535例患者的Meta分析, 对照组予西医治疗, 观察组联合血栓通注射液治疗, 结果显示, 与对照组相比, 观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.31, 95%CI(-4.10, -2.52), $P<0.00001$]; 5项研究报告, 观察组出现头痛、喉咙干、心悸、瘙痒等, 对照组出现牙龈出血、消化道出血、恶心呕吐、头晕、心悸、皮下出血、面红等, 经统计学分析, 两组之间差异无统计学意义[OR=0.81, 95%CI(0.42, 1.55), $P=0.52$]。

一项纳入20个银杏内酯注射液治疗急性脑梗死患者随机对照试验、涉及2059例患者的Meta分析中, 15项研究结果显示, 与常规治疗相比, 联用银杏内酯注射液可降低NIHSS评分[MD=-3.12, 95%CI(-3.72, -2.52), $P<0.00001$]; 8项研究报告提高BI评分[MD=9.61, 95%CI(8.44, 10.78), $P<0.00001$]; 5项研究结果显示, 与阿替普酶相比, 联用银杏内酯注射液可降低NIHSS评分[MD=-3.68, 95%CI(-4.89, -2.47), $P<0.00001$], 提高BI评分[MD=8.80, 95%CI(5.80, 11.80), $P<0.00001$]; 8项研究报告, 观察组出现恶心呕吐、头晕、头痛、心悸等, 对照组出现恶心呕吐、头晕、头痛、心悸等, 经统计学分析, 两组比较差异无统计学意义[RR=0.63, 95%CI(0.28, 1.43), $P=0.27$]。

临床问题6 针对急性脑梗死患者, 辨证口服中成药能否改善神经功能缺损?

推荐意见:

(1) 痰热证

脑梗死急性期痰热证患者, 服用安宫牛黄丸可改善意识障碍(C级证据, 强推荐), 改善神经功能缺损(C级证据, 弱推荐)。符合痰热证诊断时, 建议每次1丸, 每日1次, 有意识障碍者可每12小时1丸, 口服或温水化开后鼻饲, 一般连续服用3~5天。脑梗死急性期痰热证轻症患者, 服用脑栓通胶囊可改善神经功能缺损(B级证据, 强推荐)。

（2）痰湿证

脑梗死急性期痰湿证患者，服用苏合香丸可改善神经功能缺损和意识障碍（C级证据，弱推荐）。符合痰湿证诊断时，建议每次1丸，每日1次，有意识障碍者可每12小时1丸，口服或温水化开后鼻饲，一般连续服用3~5天。

（3）瘀血阻络证

脑梗死急性期服用活血化瘀功效的中成药可改善神经功能缺损。气虚血瘀证者可选择通心络胶囊、脑心通胶囊、消栓肠溶胶囊，瘀血阻络证为主可选择银丹心脑通、脑血康、血栓通、脉血康、血府逐瘀胶囊、银杏叶滴丸。（C级证据，弱推荐）。

证据概要：

一项纳入13个脑栓通胶囊治疗急性脑梗死随机对照试验、涉及1360名患者的Meta分析结果显示，与常规西医治疗相比，联用脑栓通胶囊可降低ESS评分[MD=8.51，95%CI(7.00，10.01)， $P=0.03$]，提高BI评分[MD=8.15，95%CI(3.79，12.52)， $P=0.0005$]和功能独立性量表评分[MD=29.61，95%CI(10.11，49.10)， $P=0.003$]；2项研究报告了观察组不良事件，包括血清酶升高和便潜血，Meta分析显示观察组与对照组的不良事件发生率差异无统计学意义[OR=0.43，95%CI(0.06，3.05)， $P=0.40$]。

一项纳入9个安宫牛黄丸治疗痰热证或伴高热的急性脑梗死随机对照试验、涉及620例患者的Meta分析，结果显示，与西医常规治疗相比，联用安宫牛黄丸能显著减低NIHSS评分[SMD=-0.75，95%CI(-0.95，-0.56)， $P<0.001$]；3项研究报告了不良事件，试验组4例患者出现消化道不良反应，停药后消失，1例患者出现皮肤过敏，对症处理后耐受良好。Meta分析显示观察组与对照组的不良事件发生率的差异无统计学意义[OR=1.00，95%CI(0.30，3.35)， $P=1.00$]。

一项安宫牛黄丸治疗急性脑梗死的随机对照试验，共纳入90例痰热内闭证急性脑梗死伴中、重度意识障碍患者，对照组采用抗血小板、调脂稳斑、营养脑神经、清除氧自由基、降低脑水肿及颅内压等治疗，观察1组联用安宫牛黄丸1丸/次，1次/日，观察2组联用安宫牛黄丸1丸/次，2次/日，结果显示：与对照组相比，治疗第5天、10天观察1组与观察2组均升高GCS评分（ $P<0.05$ ），降低C-反应蛋白(C-reactive Protein, CRP)值（ $P<0.05$ ）；治疗第10天，观察2组较观察1组升高GCS评分（ $P<0.05$ ），降低CRP值（ $P<0.05$ ）。研究中未发现不良事件。

一项纳入98例苏合香丸治疗急性脑梗死患者的随机对照试验中，对照组口服硫酸氢氯吡格雷片，观察组加用口服苏合香丸，治疗2周后，与对照组相比，观察组可增加ESS评分（ $P<0.05$ ），降低NIHSS评分（ $P<0.05$ ）。对照组不良事件为胃肠道不适、皮下淤血各1例，发生率为4.1%，观察组不良事件为胃肠道不适2例，注射部位出血1例，发生率为6.1%，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。

对39个通心络治疗急性脑梗死随机对照试验进行Meta分析，涉及3906例患者，对照组为西医治疗，观察组联用通心络胶囊治疗。结果显示，16个研究（1445例）Meta分析结果显示，观察组改善mRS或BI评分显著优于对照组[SMD=-1.09，95%CI(-1.68，-0.49)]；5个研究报告，观察组出现

不良事件包括恶心和胃部不适（9.7%，20/205），未发现颅内出血、颅外出血、过敏和不明原因的器官功能异常等，两组差异有统计学意义[RR=8.83，95%CI（2.42，32.28）]。

对19个脉血康胶囊治疗急性脑梗死的随机对照试验进行Meta分析，共涉及2228例患者，对照组采用西医治疗，观察组联用脉血康胶囊。结果显示，与对照组相比，观察组可降低NIHSS评分[MD_{重度卒}_中=-6.24，95%CI（-6.86，-5.62）， $P<0.00001$ ；MD_{中度卒中}=-1.97，95%CI（-2.91，-1.03）， $P<0.00001$ ；MD_{NDS}=-5.11，95%CI（-7.36，-2.85）， $P<0.00001$]，降低FIB数值[MD=-0.86，95%CI（-1.13，-0.59）， $P<0.00001$]；3项研究报告，观察组出现头痛、皮疹、胃肠道反应、肝功能异常等，不良反应发生率两组比较差异无统计学意义[RR=0.58，95%CI（0.29，1.18）， $P=0.13$]。

对13个活血化瘀类中成药联合静脉溶栓治疗急性脑梗死的随机对照试验进行Meta分析，共涉及1270例患者，对照组应用阿替普酶静脉溶栓术，观察组联用活血化瘀类中成药（银丹心脑通/银杏叶滴丸/脑心通/脑血康/血栓通/消栓肠溶胶囊/脉血康/血府逐瘀胶囊）。结果显示，观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.21，95%CI（-4.02，-2.40）， $P<0.00001$]；4项研究报告，观察组的不良反应主要包括出血、头晕、寒战等，出血的不良反应发生率两组比较，差异无统计学意义[RR=0.17，95%CI（0.02，1.34）， $P=0.09$]。

5.1.3 并发症处理

急性脑梗死并发症包括脑水肿与高颅压、应激性溃疡、肺炎、呃逆、排尿障碍与泌尿系感染、深静脉血栓形成与肺栓塞、癫痫等，西医治疗参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》，联合应用中医治疗，可减轻症状，改善预后。

临床问题7 急性脑梗死合并肺部感染患者，中药能否减轻感染症状？

推荐意见：对于急性脑梗死合并肺部感染患者，在抗感染治疗基础上，联合应用痰热清注射液可减轻肺部感染症状（B级证据，强推荐），降低炎症指标（B级证据，弱推荐）；联合应用血必净注射液（B级证据，弱推荐）或喜炎平注射液（C级证据，弱推荐），可减轻肺部感染症状，降低炎症指标。

证据概要：

纳入13项痰热清注射液治疗脑梗死合并肺部感染患者的随机对照试验进行Meta分析，涉及908例患者，对照组予抗感染治疗，观察组联用痰热清注射液。结果显示，以体温、临床症状和肺部体征为主要疗效评价内容，观察组疗效优于对照组[RR=1.23，95%CI（1.16，1.30）， $P<0.00001$]；亚组分析中，4项研究报告体温恢复时间，干预组治疗效果优于对照组[MD=-2.10，95%CI（-3.76，-0.44）， $P<0.00001$]；4项研究报告治疗后CRP值，干预组治疗效果优于对照组[MD=-5.70，95%CI（-9.59，-1.82）， $P<0.00001$]，更有利于降低感染指标；4项研究报告，观察组出现不良事件包括轻度恶心、畏寒、头晕、胃肠道反应、皮疹等，无肝肾功能损害和严重药物过敏反应发生，统计学分析结果显示，观察组不良事件发生率高于对照组[OR=4.14，95%CI（1.44，11.9）， $P=0.008$]。

纳入8项血必净注射液治疗脑梗死合并肺部感染患者的随机对照试验进行Meta分析，涉及560例患者，对照组予抗感染治疗，观察组联用血必净注射液。结果显示，以体温、临床症状和肺部体征为主要疗效评价内容，观察组疗效优于对照组[RR=1.25，95%CI（1.16，1.35）， $P<0.00001$]；亚组

分析中，4项研究报告了治疗后的CRP和WBC值，与对照组相比，观察组可降低CRP数值[MD=-7.29, 95%CI(-14.31, -0.26), $P<0.00001$]和WBC数值[MD=-1.45, 95%CI(-1.88, -1.01), $P<0.00001$]; 2项研究报告了观察组的不良反应，包括肝功能异常、胸闷、皮疹、心悸等，统计学分析结果显示，两组不良事件发生率差异无统计学意义[OR=0.34, 95%CI(0.09, 1.33), $P=0.48$],

纳入5项喜炎平注射液治疗脑梗死合并肺部感染患者的随机对照试验进行Meta分析，涉及450例患者，对照组予抗感染治疗，观察组联用喜炎平注射液。结果显示，以体温、临床症状和肺部体征为主要疗效评价内容，观察组疗效优于对照组[RR=1.31, 95%CI(1.12, 1.54), $P<0.00001$]; 2项研究报告了感染控制时间、退热时间及炎症指标，观察组可缩短炎症控制时间[MD=-7.20, 95%CI(-8.11, -6.29), $P<0.00001$]和退热时间[MD=-4.69, 95%CI(-5.46, -3.93), $P<0.00001$], 降低WBC计数[MD=-1.42, 95%CI(-2.23, -0.61), $P=0.0006$]和中性粒细胞比值低[MD=-10.16, 95%CI(-12.79, -7.53), $P<0.00001$]; 2项研究报告观察组的不良事件包括瘙痒、胃肠道反应、心悸、皮肤潮红等，统计学分析结果显示两组不良事件发生率的差异无统计学意义[OR=0.50, 95%CI(0.07, 3.54), $P=0.48$]。

临床问题8 脑梗死合并呃逆患者，中医辨证治疗能否减轻呃逆症状发作？

推荐意见：

(1) 脑梗死合并呃逆患者，西医治疗基础上联合应用针刺治疗（B级证据，强推荐），可改善呃逆症状。针刺治疗建议选穴：天突、膻中、中脘、膈俞、内关、足三里等，操作方法：各穴毫针常规刺，天突穴避免深刺（可直刺0.2~0.3寸），中脘、足三里也可采用温针灸或艾条灸。

(2) 脑梗死合并呃逆患者，可辨证口服中药汤剂：呃逆伴大便秘结、舌苔黄厚腻、腑气不通者予大承气汤；呃逆伴呃声低微、舌红少苔、胃阴不足者予益胃汤。（共识建议）

证据概要：

对7个针刺治疗脑卒中后呃逆患者随机对照试验进行Meta分析，共涉及491例患者，对照组给予西医对症治疗，观察组给予单纯针刺或联用针刺治疗。在改善呃逆症状方面，观察组优于对照组[MD=-1.41, 95%CI(-1.72, -1.10), $P<0.00001$]; 1项研究报告中，对照组出现倦怠、嗜睡、头晕等，未报告不良反应。

大承气汤见于张仲景《伤寒论》，有峻下热结的功效，主治阳明腑实证。《景岳全书·呃逆》曰：“皆其胃中有火，所以上冲为呃。”症见脑梗死后大便秘结，舌苔黄厚腻，呃逆频繁，辨证为腑气不通，治以大承气汤，呃逆自止。

益胃汤见于吴鞠通《温病条辨》，有养阴益胃的功效，主治胃阴损伤证。李中梓《证治汇补·呃逆》云：“阴火上冲者，当平补。”症见脑梗死后呃声低微，舌红少苔，辨证为胃阴损伤证，治以益胃汤，降逆止呕。

临床问题9 脑梗死合并便秘患者，中医如何辨证治疗？

推荐意见：

(1) 脑梗死合并便秘患者，证候诊断为痰热证，表现为便干便难、舌苔黄厚腻者，可选用星蒺承气汤（B级证据，强推荐）或承气汤类方（C级证据，强推荐）以改善便秘症状评分（排便次数、排便困难程度、排便时间及腹胀等）和神经功能缺损，也可选用新清宁片（共识建议）。

(2) 脑梗死合并便秘患者，证候诊断为肠热津亏证，表现为大便干结、口干腹胀者，可选用麻子仁丸或麻仁软胶囊。（共识建议）

(3) 脑梗死合并便秘患者，证候诊断为气滞证，表现为脘腹胀满、厌食纳差者，可选用四磨汤口服液。（共识建议）

(4) 脑梗死合并便秘患者，证候诊断为气阴两虚证，表现为排便无力、大便干结、便后无力、乏力懒言者，可选用芪蓉润肠口服液。（共识建议）

(5) 脑梗死合并便秘患者，使用按摩（C级证据，强推荐）或针刺（C级证据，弱推荐）治疗，可改善便秘症状包括排便次数、排便性状、是否自主排便及腹胀等。

证据概要：

一项纳入317例治疗脑梗死急性期痰热腑实证便秘患者的随机对照试验结果显示，与甘油灌肠或乳果糖口服等西医通便治疗相比，应用星蒺承气汤（大黄、胆南星、瓜蒌、芒硝、羌活），可有效地在治疗后第3天（ 7 ± 4 vs 8 ± 4 , $P < 0.05$ ）和第5天（ 5 ± 3 vs 7 ± 4 , $P < 0.05$ ）改善便秘症状评分（包括排便次数、排便困难程度、排便时间及腹胀等症状），改善神经缺损症状。星蒺承气汤组出现1例不良反应，为腹痛，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=1.51, 95%CI (0.06, 36.86), $P=0.80$]。

对18项承气汤类药物（以大黄、芒硝为主要成分的中药汤剂）治疗脑卒中合并便秘患者的随机对照试验进行Meta分析，共涉及1365例患者，对照组给予甘油灌肠或乳果糖、酚酞片口服等通便治疗，观察组给予单纯承气汤类药物或联用承气汤类药物治疗；在改善便秘临床症状积分（排便次数、排便时间及腹胀等症状）方面纳入6项研究，分析结果显示，观察组优于对照组[MD=-3.77, 95%CI (-4.26, -3.283), $P < 0.00001$]；在改善神经功能缺损（NIHSS评分）方面，纳入3项研究，结果显示，观察组优于对照组[MD=-2.79, 95%CI (-4.01, -1.57), $P < 0.00001$]；2项研究报告未见明显不良反应，其余研究未报道不良反应。

对10项麻子仁丸治疗便秘随机对照研究进行Meta分析，共涉及1083例患者，对照组予常规治疗，观察组联用麻子仁丸；在改善治疗便秘总有效率方面，以《中药新药治疗便秘的临床研究指导原则》中的疗效标准为疗效评价指标，纳入4项研究，结果显示，观察组优于对照组（RR=1.22, 95%CI [1.14, 1.32], $P < 0.00001$ ）。未报告不良反应。

对2项四磨汤治疗便秘随机对照研究进行Meta分析，共涉及160例患者，疗效评价指标选择2005年中华医学会外科分会肛肠外科学组的《便秘症状及临床疗效评估》标准或《中药新药治疗便秘的临床研究指导原则》疗效标准，结果显示，与乳果糖、莫沙必利口服等西医通便药相比，四磨汤类药物可提高治疗总有效率[RR=1.17, 95%CI (1.05, 1.30), $P=0.004$]；1项研究报告，四磨汤组服药后出现持续腹痛，停药后缓解；对照组服药后出现饱胀感持续明显。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=0.46, 95%CI (0.04, 4.82), $P=0.52$]。

一项Meta分析纳入3项芪蓉润肠口服液治疗老年功能性便秘随机对照研究，共190例患者，对照组予葡甘聚糖胶囊或福松或乳果糖，观察组联用芪蓉润肠口服液。结果显示，与对照组相比，观察组能提高治疗总有效率[RR=1.35，95%CI(1.17, 1.57)， $P<0.05$]；3项研究报告，观察组出现轻腹部不适、腹痛腹泻等。两组不良反应发生率无统计学差异[RR=0.88，95%CI(0.33, 2.32)， $P=0.41$]。

一项Meta分析纳入5个按摩治疗中风后便秘的随机对照研究，共384例受试者，观察排便次数、排便性状、是否自主排便及腹胀等，按照症状完全改善、部分改善、未改善或加重，分为显效、有效和无效，总有效率为（显效+有效）/总数*100%。结果显示，相对于饮食与生活指导，按摩治疗可以提高治疗总有效率[OR=4.96，95%CI(2.81, 8.76)， $P<0.00001$]；5个研究均报道未见明显不良反应。

一项Meta分析纳入8个针刺治疗中风后便秘的随机对照研究，共610例受试者，观察排便次数、排便性状、是否自主排便及腹胀等，按照症状完全改善、部分改善、未改善或加重，分为显效、有效和无效，总有效率为（显效+有效）/总数*100%，结果显示，相对于与灌肠或酚酞片口服等通便治疗，针刺治疗可提高总有效率[OR=2.10，95%CI(1.25, 3.54)， $P=0.005$]；3项随机对照试验研究报告了不良反应，针刺组出现局部淤青、腹泻、腹痛等，对照组腹胀腹痛、腹泻、恶心呕吐、精神萎靡等，针刺组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义[RR=0.07，95%CI(0.01, 0.37)， $P=0.02$]。

5.2 恢复期

5.2.1 二级预防

脑梗死二级预防采用中西医结合治疗，口服抗栓药物基础上联用中成药，可协助控制危险因素如血压、血糖、血脂等，降低脑缺血性事件发生率。

临床问题10 针对脑梗死患者，口服中成药能否降低脑血管事件复发风险？

推荐意见：脑梗死患者，在西医二级预防治疗基础上联用脑心通胶囊（A级证据，强推荐）或灯盏生脉胶囊（A级证据，强推荐），可降低脑血管事件复发风险。

证据概要：

为评价脑心通胶囊预防复发效果，一项随机对照试验纳入2200例发病10天之后的脑梗死患者，观察组给予脑心通胶囊口服，对照组采用安慰剂（由赤砂糖、淀粉和5.37%脑心通组成），连续干预24个月。结果显示：与安慰剂组相比，观察组可降低2年内缺血性卒中复发率[HR=0.665，95%CI(0.492, 0.899)， $P=0.008$]，心肌梗死发生率无差异[HR=0.493，95%CI(0.123, 1.973)， $P=0.504$]，新的复发性缺血性中风相关的死亡数无差异[HR=0.982，95%CI(0.198, 4.864)， $P>0.999$]，全因死亡率无差异[HR=1.393，95%CI(0.826, 2.350)， $P=0.183$]。观察组不良反应包括出血、肾功能损伤、胃肠道反应等，两组不良反应发生率差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

为评价灯盏生脉胶囊预防复发效果，一项随机对照试验纳入3032例治疗14~180天脑梗死患者，观察组口服灯盏生脉胶囊2粒/次，每日2次，对照组采用安慰剂[由玉米淀粉、焦糖、食物色素（巧克力牛奶棕色、柠檬黄）和苦味剂组成]，两组均给予二级预防治疗包括危险因素管理和阿司匹林

等，连续干预12个月。结果显示，与对照组相比，观察组可降低中风发生率[HR=0.70，95%CI（0.50，0.98）， $P=0.036$]，降低非致死性卒中[HR=0.67，95%CI（0.48，0.95）， $P=0.021$]，但不影响死亡率[HR=0.99，95%CI（0.45，2.21）， $P=0.990$]。观察组不良事件发生率为302例（19.4%），包括活化凝血时间异常、肝功能异常、肾功能异常、血小板计数异常、血尿、消化道出血5例、皮下出血、感染、肿瘤、高血压、瘙痒、咳嗽等，对照组不良事件发生率为323例（20.6%），包括活化凝血时间异常、肝功能异常、肾功能异常、血小板计数异常、血尿、消化道出血、皮下出血、感染、肿瘤、过敏、高血压、瘙痒、皮疹、咳嗽，Meta分析显示两组不良反应发生率差异无统计学意义[OR=0.92，95%CI（0.78，1.10）， $P=0.38$]。

临床问题11 针对脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血脂达标？

推荐意见：针对脑梗死合并高脂血症患者，在西药调脂药物基础上联合应用血脂康胶囊，有助于降低总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇，提高高密度脂蛋白胆固醇水平。（C级证据，弱推荐）

证据概要：

对15项血脂康胶囊治疗脑梗死合并高脂血症患者的随机对照试验研究进行Meta分析，共涉及1563例患者。结果显示，与单纯应用降脂药相比，联用血脂康胶囊可降低总胆固醇水平（TC）[MD=-0.66，95%CI（-0.76，-0.57）， $P<0.00001$]、甘油三酯水平（TG）[MD=-0.19，95%CI（-0.24，-0.14）， $P<0.00001$]和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）[MD=-0.86，95%CI（-0.91，-0.8）， $P<0.00001$]，提高高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平[MD=0.13，95%CI（0.1，0.15）， $P<0.00001$]；1项研究报告不良反应如肌痛、胃肠道反应、皮疹、感觉异常、牙龈和鼻出血等，两组间比较，不良反应发生率无统计学差异[RR=0.38，95%CI（0.15，1.01）， $P=0.05$]。

临床问题12 针对脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血压达标？

推荐意见：脑梗死合并高血压患者，证候诊断为肝阳上亢证，表现为眩晕、头痛、急躁易怒、面红目赤、口干口苦、便秘溲赤等，联合应用松龄血脉康（D级证据，弱推荐）或天麻钩藤颗粒（D级证据，弱推荐），可降低收缩压和舒张压，改善头痛、眩晕等症状。

证据概要：

一项纳入34个松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压随机对照试验的Meta分析，共涉及4306例患者，对照组给予口服降压药，观察组联用松龄血脉康胶囊。结果显示，与对照组相比，观察组可降低SBP[MD=-7.54，95%CI（-8.92，-6.17）， $P<0.000001$]和DBP[MD=-6.42，95%CI（-7.54，-5.29）， $P<0.00001$]；5项随机对照试验显示，联用松龄血脉康胶囊可降低24小时SBP[MD=-6.88，95%CI（-8.36，-5.39）， $P<0.000001$]和24小时DBP[MD=-4.31，95%CI（-6.55，-2.07）， $P=0.0002$]；3项随机对照试验显示，联用松龄血脉康胶囊可有效改善症状（头痛、头晕与失眠等）[SMD=-1.09，95%CI（-1.34，-0.84）， $P<0.00001$]；5篇松龄血脉康胶囊单药治疗原发性高血压，其降低24小时SBP的效果低于降压药物[MD=2.07，95%CI（0.19，3.96）， $P=0.03$]；16项研究报告观察组不良事件的发生，包括胃肠道反应、心悸、皮疹、乏力、面部潮红等，两组之间差异无统计学意义[OR=0.79，95%CI（0.50，1.27）， $P=0.33$]。

一项纳入15个天麻钩藤颗粒治疗原发性高血压的随机对照试验的Meta分析，共涉及1508例患者，对照组给予口服降压药，观察组联用天麻钩藤颗粒。结果显示，与单独使用降压药相比，联用天麻钩藤颗粒可降低SBP[MD=-10.24, 95%CI (-13.54, -6.95), $P<0.00001$]和DBP[MD=-5.33, 95%CI (-7.21, -3.45), $P<0.00001$]; 5项随机对照试验显示，联用天麻钩藤颗粒可改善症状[RR=1.26, 95%CI (1.02, 1.57), $P=0.04$]; 6项随机对照试验报告了观察组不良反应如头痛、恶心、面部潮红、干咳、下肢水肿等，经过统计学分析两组之间差异无统计学意义[RR=0.59, 95%CI (0.28, 1.24), $P=0.16$]。

5.2.2 康复治疗

脑梗死发病后，病情平稳即可开始康复治疗，辨证口服中药基础上，根据病情选择康复训练、针灸、推拿等方法，降低病残程度。

临床问题13 针对脑梗死恢复期患者，辨证口服中成药能否改善神经功能缺损？

推荐意见：

(1) 脑梗死恢复期患者，证候诊断为痰瘀阻络证，使用华佗再造丸（D级证据，弱推荐）或中风回春片（D级证据，弱推荐），可改善神经功能缺损，提高日常生活活动能力。

(2) 脑梗死恢复期患者，证候诊断为气虚血瘀证，使用脑心通胶囊可改善神经功能缺损，提高日常生活活动能力。（C级证据，弱推荐）

(3) 脑梗死恢复期患者，证候诊断为阴虚风动证，使用天麻钩藤饮可改善神经功能缺损（D级证据，弱推荐）。

(4) 脑梗死恢复期患者，证候诊断为瘀血阻络证，使用三七通舒胶囊可改善神经功能缺损（C级证据，弱推荐）。

证据概要：

对16项华佗再造丸治疗缺血性脑卒中的随机对照试验进行Meta分析，涉及1616例患者，对照组给予常规西医治疗如抗血小板、他汀，观察组联用华佗再造丸，Meta分析结果显示，观察组在降低NIHSS评分[MD=-2.72, 95%CI (-3.72, -1.73), $P<0.001$]、提高BI评分[MD=8.89, 95%CI (4.51, 13.26), $P<0.001$]方面优于对照组；1项研究报告了不良事件，治疗期间观察组出现疼痛1例，便秘3例，纳差2例，头晕2例，2组差异无统计学意义；结果显示观察组与对照组的不利事件发生率的差异无统计学意义[OR=1.61, 95%CI (0.44, 5.88), $P=0.47$]。

一项中风回春片治疗脑梗死恢复期患者的随机对照研究，纳入120例患者，对照组口服硫酸氢氯吡格雷片，观察组联用中风回春片口服。结果显示，连续治疗4周后，观察组可降低NIHSS评分，提高BI评分，两组之间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗期间，对照组出现恶心呕吐2例、便秘2例、皮疹1例，不良反应发生率为8.33%；治疗组出现恶心呕吐3例、便秘2例、皮疹1例，不良反应发生率为10.00%，两组间不良反应发生率对比未见显著差异；两组不良反应出现时均未予以特殊处理，症状可在1~3天自行消失。

一项中风回春丸治疗缺血性脑卒中患者的随机对照研究，纳入126例患者，对照组给予常规治疗，观察组加用中风回春丸。结果显示，治疗30天后，观察组可降低NIHSS评分，升高ESS评分，两组之间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。研究未报告不良反应。

对11项脑心通治疗脑梗死的随机对照试验进行Meta分析，共涉及1137例患者，对照组给予口服阿司匹林和他汀类药物，观察组联用脑心通胶囊。结果显示，与对照组相比，观察组可降低NIHSS评分[MD=-3.39, 95%CI (-3.84, -2.94), $P<0.00001$]，增加BI评分[MD=22.18, 95%CI (11.00, 33.35), $P=0.0001$]；6项研究未提及不良反应发生情况；5项研究报告未见不良反应。

一项天麻钩藤饮治疗缺血性脑卒中的随机对照研究，纳入84例阴虚风动证患者，对照组给予抗血小板治疗，观察组加用天麻钩藤饮。结果显示，观察组可降低NIHSS评分和中医证候积分，两组之间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

对9项三七通舒胶囊治疗脑梗死的随机对照试验进行Meta分析，共涉及944例患者，对照组给予常规治疗，观察组联用三七通舒胶囊。以《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》评价疗效，结果显示，试验组与对照组相比有显著性差异[OR=3.01, 95%CI (1.93, 4.70), $P<0.0001$]；2项研究报告，观察组出现不良反应如轻度胃部不适和恶心，改为餐后服药则症状消失，实验室指标未发现异常，两组不良反应发生率[OR=11.99, 95%CI (0.67, 213.42), $P=0.09$]差异无统计学意义。

临床问题14 针对脑梗死肢体运动功能障碍，中医治疗能否改善运动功能？

推荐意见：

（1）脑梗死肢体运动功能障碍患者，现代康复基础上联用针刺治疗，可改善肢体运动功能（C级证据，强推荐），提升日常生活能力（C级证据，弱推荐）。

（2）脑梗死肢体运动功能障碍患者，现代康复基础上联用艾灸治疗，可改善肢体运动功能（D级证据，弱推荐）。

（3）脑梗死肩-手综合征患者，现代康复基础上服用中药复方补阳还五汤，可改善肢体运动功能和肢体肿胀程度。（C级证据，弱推荐）

（4）脑梗死发病后病情平稳者应尽早应用针刺治疗。弛缓期以阴经取穴为主，痉挛期在偏瘫侧拮抗肌群取穴，上肢以阳经穴为主，下肢以阴经穴为主。（共识建议）

证据概要：

对9项针刺治疗脑梗死患者随机对照试验进行Meta分析，共涉及660例患者，对照组给予现代康复训练，观察组联用针刺治疗（头针、体针、电针）。结果显示，与对照组相比，观察组可有效改善FMA（WMD=21.09, $P<0.00001$ ）、FMA的上肢评分部分（WMD=9.17, $P=0.0005$ ）、改良版BI评分（WMD=21.38, $P=0.009$ ）、腕背伸主动关节活动范围（WMD=3.13, $P=0.01$ ）和简易上肢功能评分（WMD=8.91, $P<0.00001$ ），两组间研究没有明显发表偏倚；1项研究报告两组无严重不良反应，其余研究均未报道不良反应。

对12项头针治疗卒中后偏瘫随机对照试验进行Meta分析，共涉及1043例患者，对照组给予现代康复训练，观察组联用头针治疗。结果显示，在第1个月和第3个月末对上肢和下肢的运动功能

采用 FMA 评分分别进行评估；10 项研究发现治疗 1 月后头针可改善 FMA 评分[MD=10.3, 95%CI (7.43 -12.63), $P<0.01$]; 4 篇项研究发现治疗 3 月后头针可改善 FMA 评分[MD=15.18, 95%CI (8.06, -2.31), $P<0.01$]; 1 项研究报告, 观察组的不良事件包括头晕、局部皮肤发红, Meta 分析显示观察组与对照组不利事件发生率的差异无统计学意义[OR=0.73, 95%CI (0.15, 3.48), $P=0.69$]。

对 5 项艾灸治疗脑梗死肢体运动障碍患者随机对照试验进行 Meta 分析, 共涉及 386 例患者, 对照组给予现代康复训练, 观察组联合艾灸治疗。结果显示, 与单纯康复训练相比, 艾灸结合现代康复治疗可显著提高 FMA 评分[MD=11.37, 95%CI (6.62, 16.11), $P<0.00001$]。研究未报告不良反应。

纳入一项补阳还五汤治疗脑梗死后肩-手综合征患者的随机对照试验, 共 60 例患者, 对照组给予现代康复训练, 观察组联合补阳还五汤治疗。结果显示, 联用加味补阳还五汤对改善肩-手综合征 FMA 评分 ($P=0.03$) 和 DASH 上肢功能评分 ($P=0.01$) 均优于对照组, 肢体肿胀程度明显轻于对照组 ($P<0.05$)。研究未报告不良反应。

纳入一项评价不同时机针刺治疗效果的多中心前瞻性队列研究, 共匹配 31 对急性脑梗死肢体功能障碍患者, 分为早暴露组 31 例, 晚暴露组 31 例, 两组均给予西医治疗(改善脑循环、神经保护、他汀药物等)与“醒脑开窍”针刺法治疗。早暴露组于发病 1~3 天开始针刺治疗, 晚暴露组于发病 11~14 天开始针刺治疗。结果显示, 早暴露组疗效优于晚暴露组, 可改善发病 30 和 60 天的 mRS 评分 ($P<0.05$) 以及发病 30 天 FMA 评分 ($P<0.05$)。针刺时机与发病 30 天残障状态、肢体运动功能障碍程度与发病 60 天残障状态独立相关 ($P<0.05$)。与晚暴露组比较, 早暴露组发病 30 天转为非残障状态的可能性增加[OR=22.882, 95%CI (4.034, 129.778)], 肢体运动功能障碍转为正常的可能性增加[OR=22.320, 95%CI (3.454, 144.213)], 发病 60 天转为非残障状态的可能性亦增加[OR=8.650, 95%CI (2.437, 30.696)]。早暴露组发病 30 天内病情加重 1 例, 皮下出血 2 例, 血肿 2 例; 晚暴露组皮下出血 2 例; 两组接受静脉溶栓患者未见脑出血、再狭窄和缺血后再灌注损伤等不良反应。

临床问题15 脑梗死伴吞咽障碍患者, 针刺治疗能否改善吞咽功能?

推荐意见:

(1) 脑梗死伴吞咽障碍患者, 康复训练基础上联用针刺治疗, 可促进吞咽功能恢复(C级证据, 强推荐)。

(2) 脑梗死伴吞咽障碍患者, 可尽早应用针刺治疗, 选穴以局部取穴为主, 建议选穴: 风池、风府、廉泉、夹廉泉、金津、玉液、合谷、太冲、通里等。(共识建议)

证据概要:

对 15 项针刺治疗脑梗死伴吞咽障碍随机对照试验进行 Meta 分析, 共涉及 1509 例患者, 对照组予现代康复治疗, 观察组联用针刺治疗, 结果显示, 以吞咽功能、饮水实验作为评价指标, 观察组治疗效果优于对照组[RR=1.28, 95%CI (1.21, 1.34), $P<0.00001$]; 5 项研究显示, 观察组在降低 SSA 评分方面优于对照组[MD=-3.81, 95%CI (-4.95, -2.67), $P<0.00001$]; 6 项研究显示, 观察组在提高 VFSS 评分方面优于对照组[MD=2.01, 95%CI (1.45, 2.58), $P<0.00001$]; 7 项研究结果显示,

观察组在降低洼田饮水试验评分方面优于对照组[MD=-1.69, 95%CI(-2.21, -1.17), $P<0.00001$]; 1项研究报告, 观察组出现2例翳风穴针刺偏离方向而导致局部剧烈疼痛的情况, 热敷后次日缓解。Meta分析显示观察组与对照组不利事件发生率的差异无统计学意义[OR=5.35, 95%CI(0.25, 116.31), $P=0.48$]。

临床问题16 脑梗死伴语言障碍患者, 中医治疗能否改善语言功能?

推荐意见:

(1) 脑梗死失语患者, 现代语言康复训练基础上联合针刺治疗, 可改善听理解、自发言语、复述和命名功能等(C级证据, 强推荐)。

(2) 脑梗死失语患者, 现代语言康复训练基础上联合具有化痰活血功效的中药治疗, 可改善语言功能(D级证据, 弱推荐)。

(3) 脑梗死失语患者, 可尽早应用针刺治疗, 选穴时应头针、体针并用。(共识建议)

证据概要:

对3项针刺治疗脑梗死失语的随机对照试验进行Meta分析, 共涉及181例患者, 观察组为针刺结合现代语言康复训练, 对照组干预措施包括单纯现代语言康复训练或联合假针灸, 结果显示, 与对照组相比, 观察组可提高WAB量表测量的听理解评分[MD=7.71, 95%CI(1.83, 13), $P=0.01$]、自发言语评分[MD=2.77, 95%CI(0.59, 4), $P=0.01$]、复述评分[MD=14.48, 95%CI(11.04, 17), $P<0.00001$]和命名评分[MD=14.60, 95%CI(11.33-17.88, $P<0.00001$])。亚组分析表明, 亚急性脑梗死患者WAB量表的四个项目两组之间存在统计学显著差异, 急性脑梗死患者无统计学差异。研究均未报告不良反应。

对3项口服中药治疗脑梗死失语患者随机对照试验进行Meta分析, 共涉及293例患者, 对照组为常规治疗或常规治疗联合现代康复训练, 观察组联用化痰通络功效的中药, 结果显示, 观察组在提高AQ评分方面优于对照组[MD=17.03, 95%CI(13.1, 20.97), $P<0.00001$]。研究均未报告不良反应。

5.2.3 并发症处理

脑梗死恢复期部分患者继发卒中后情感障碍(如卒中后抑郁)或卒中后认知功能障碍等, 中西医结合治疗可提高疗效, 改善症状。缺血性卒中后认知障碍的西医治疗可参考《卒中后认知障碍管理专家共识(2017)》。

临床问题17 脑梗死伴认知障碍患者, 中医治疗能否改善认知功能?

推荐意见:

(1) 脑梗死伴认知障碍患者, 在改善认知功能基础治疗上, 联用中成药可改善认知功能水平。肝阳上亢证可选用天智颗粒(B级证据, 强推荐), 肾虚兼痰瘀阻络证可选用复方苁蓉益智胶囊(C级证据, 弱推荐), 气虚血瘀证可选用脑心通胶囊(C级证据, 弱推荐)或通心络胶囊(C级证据, 弱推荐), 血虚阳亢证可选用养血清脑颗粒(C级证据, 弱推荐), 也可选择银杏叶片治疗(C级证据, 弱推荐)。

(2) 脑梗死伴认知障碍患者，在改善认知功能基础治疗上，联用针刺可改善认知功能水平（C级证据，弱推荐）。

证据概要：

一项Meta分析纳入13个天智颗粒治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共1199例受试者，对照组服用西药治疗，观察组联用天智颗粒。结果显示，观察组在改善治疗3个月内MMSE评分优于对照组[MD=0.78, 95%CI (0.32, 1.24), $P=0.0009$]；7项研究报告，观察组出现轻微胃肠道反应、恶心呕吐、轻度腹泻、口干、轻微头晕、恶心、食欲不振、上腹不适、胃部不适等，对照组出现不良事件如恶心、头晕、大便溏薄等；对4项研究不良反应发生率进行Meta分析，结果显示，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=1.63, 95%CI (0.5, 5.30), $P=0.42$]。

一项Meta分析纳入2个复方苳蓉益智胶囊治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共160例受试者，对照组服用西药治疗，观察组联用复方苳蓉益智胶囊。结果显示，观察组在改善MMSE评分优于对照组[MD=2.96, 95%CI (2.30, 3.61), $P<0.00001$]；7项研究报告，观察组出现心律失常、心悸、神经兴奋、胃肠道不适等，对照组出现心律失常、心悸、神经兴奋、胃肠道不适等。对1项随机对照试验的不良反应发生率比较分析，结果显示：两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=1.40, 95%CI (0.48, 4.11), $P=0.54$]。

一项Meta分析纳入7项脑心通胶囊治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共562例受试者，对照组服用西药治疗，观察组联用脑心通胶囊。结果显示，观察组在改善MMSE评分优于对照组[MD=1.70, 95%CI (1.17, 2.23), $P<0.00001$]；2项研究报告，观察组与对照组出现的不良反应主要为胃部不适、恶心或食欲不振。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=0.75, 95%CI (0.38, 1.50), $P=0.42$]。

一项Meta分析纳入10项银杏叶片治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共917例受试者，对照组服用西药治疗，观察组联用银杏叶片。结果显示，观察组在改善MMSE评分优于对照组[MD=3.37, 95%CI (2.52, 4.22), $P<0.00001$]；7项研究报告，观察组出现呕吐、皮疹、食欲不振、腹胀、胸闷胸痛、恶心呕吐、头晕、恶心等，对照组出现头痛、转氨酶升高、胸闷胸痛、皮疹、低血压、恶心呕吐、头晕等；对4项研究不良反应发生率进行Meta分析，结果显示，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=0.91, 95%CI (0.52, 1.60), $P=0.74$]。

一项Meta分析纳入8项养血清脑颗粒治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共579例受试者，对照组给予常规改善认知功能的基础治疗，观察组联用养血清脑颗粒。结果显示，观察组在改善MMSE评分优于对照组[WMD=2.47, 95%CI (1.57, 3.37), $P<0.00001$]；1项研究报告，观察组出现恶心、腹泻等，对照组出现头痛、纳差等。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=0.44, 95%CI (0.04, 4.49), $P=0.49$]。

一项Meta分析纳入3项通心络胶囊治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究，共298例受试者，对照组服用西药治疗，观察组联用通心络胶囊。结果显示，观察组在改善MMSE评分优于对照组[MD=1.84, 95%CI (0.87, 2.82), $P=0.0002$]；3项研究报告，观察组出现不良事件均为消化道症状，对照组出现消化道症状外，还出现失眠、人格丧失及胡言乱语等严重不良反应；对3项研究不良反应发生

率进行Meta分析,结果显示,观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义[RR=0.46, 95%CI (0.26, 0.82), $P=0.008$]。

一项Meta分析共纳入34项针刺治疗卒中后认知障碍患者的随机对照研究,总样本量2672例,对照组予改善认知功能的基础治疗,观察组联用针刺治疗。结果显示,观察组疗效优于对照组,可明显改善卒中后认知障碍患者的MMSE评分[WMD=3.07, 95%CI (2.40, 3.74), $P<0.001$]和HDS评分[WMD=4.31, 95%CI (3.15, 5.47), $P<0.001$];2项研究报告,观察组出现疼痛、皮下血肿等,对照组出现夜间躁动。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=1.66, 95%CI (0.03, 102.23), $P=0.81$]。

临床问题18 脑梗死伴抑郁患者, 中医治疗能否减轻抑郁程度?

推荐意见:对于脑梗死伴抑郁患者,在抗抑郁西药基础上,联用舒肝解郁胶囊(C级证据,弱推荐)或乌灵胶囊(C级证据,弱推荐)或养血清脑颗粒(C级证据,弱推荐),可缓解抑郁症状。

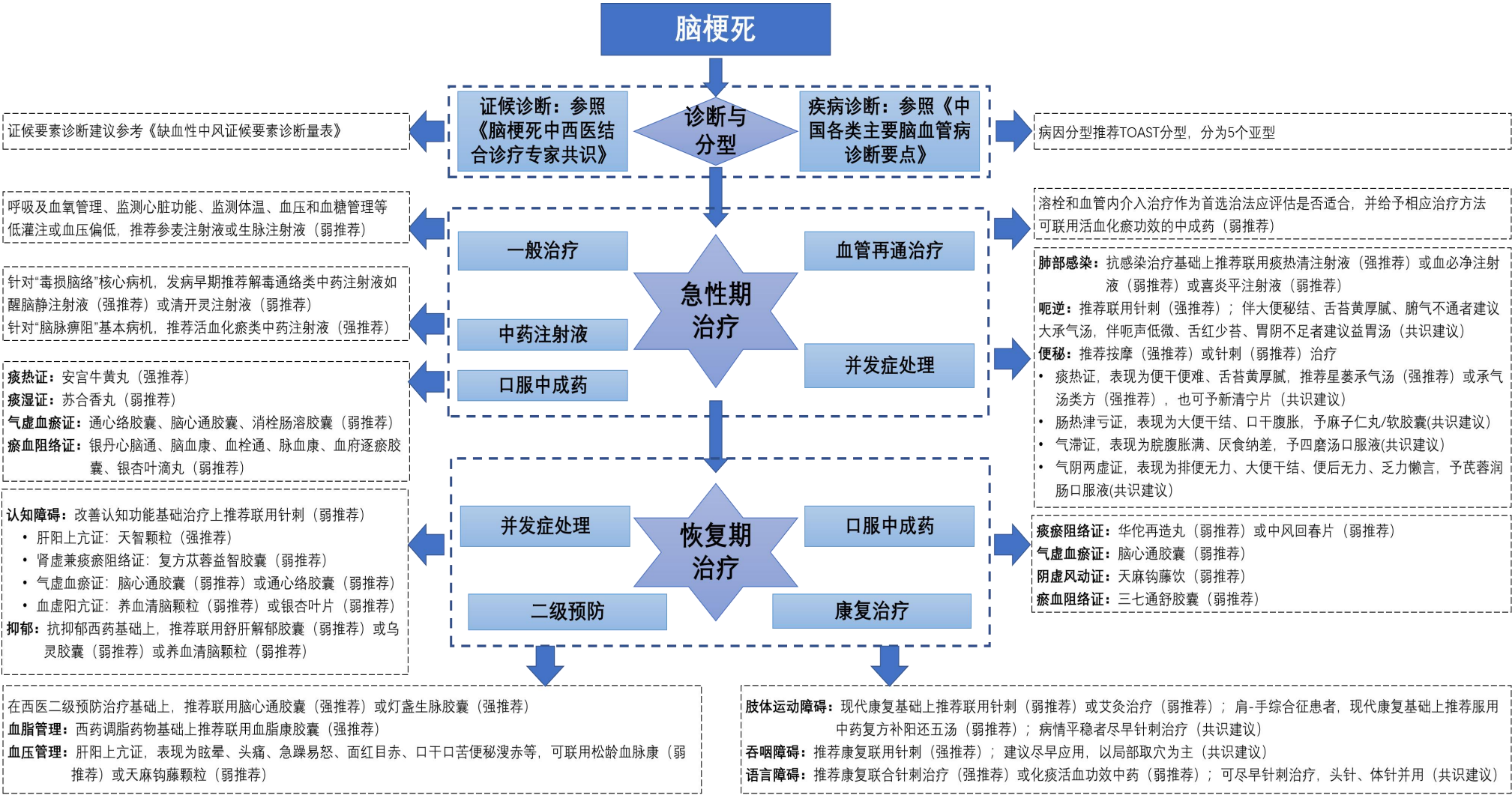
证据概要:

一项Meta分析纳入10个舒肝解郁胶囊治疗卒中后抑郁患者的随机对照研究,共985例受试者,对照组服用抗抑郁西药治疗,观察组联用舒肝解郁胶囊治疗。结果显示,观察组改善HAMD评分优于对照组[SMD=-1.15, 95%CI (-1.56, -0.73), $P<0.00001$];6项研究对不良反应发生率进行了报告,通过Meta分析显示,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[RR=0.74, 95%CI (0.40, 1.37), $P=0.34$]。

一项Meta分析纳入17个乌灵胶囊治疗卒中后抑郁患者的随机对照研究,共1623例受试者,对照组予西医抗抑郁药物治疗,观察组联用乌灵胶囊治疗。结果显示,观察组HAMD评分改善程度显著优于对照组,表现在用药第4周[SMD=-0.87, 95%CI (-1.25, -0.50), $P<0.00001$]、第8周[SMD=-1.22, 95%CI (-1.9625, -1.59), $P<0.00001$]和第12周[SMD=-0.62, 95%CI (-1.09, -0.15), $P<0.00001$];3项研究报告,观察组出现口干、少量皮疹、大便次数增多、晨起头晕等,对照组为消化道症状;对3项研究不良反应发生率进行Meta分析,结果显示,乌灵胶囊组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义[RR=0.47, 95%CI (0.28, 0.80), $P=0.006$]。

一项Meta分析纳入18个养血清脑颗粒治疗卒中后抑郁患者的随机对照研究,共1732例受试者,对照组服用抗抑郁西药治疗,观察组联用养血清脑颗粒。结果显示,观察组改善HAMD评分优于对照组[SMD=-2.54, 95%CI (-3.13, -1.96), $P<0.00001$];8项研究报告,观察组出现轻度头晕、倦困、恶心、食欲下降、便秘等,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[OR=0.73, 95%CI (0.47, 1.12), $P=0.15$]。

6 诊疗流程图



附录

附录1 编制方法

随着脑梗死临床研究和试验证据的不断增多，国际国内相继发布了脑梗死诊治的临床指南。工作组结合最新研究成果，聚焦中西医结合干预优势环节，借鉴诊疗指南制定方法，遵循循证医学原则，开展了《脑梗死中西医结合诊疗指南》制订工作。《脑梗死中西医结合诊疗指南》参照最新的国际、国内指南，汇聚中、西医领域专家的诊疗经验和研究成果编制而成，旨在解决脑梗死诊治过程中的关键问题，协助临床医务人员、康复和护理人员等将《脑梗死中西医结合诊疗指南》应用于临床救治工作，提升中西医结合诊治水平，规范中西医结合诊治的医疗行为。为便于广大医务工作者、科研人员以及院校学生了解本指南编制过程，体现本指南编制过程的科学性、规范性、开放性与可溯源性，特编写《脑梗死中西医结合诊疗指南》编制说明，对制订工作的工作简况、主要技术内容、编制过程等关键事项予以说明。

1 工作简况

1.1 项目背景

脑梗死（Cerebral Infarction, CI）具有高发病率、高致残率、高死亡率和高复发率的特点，给患者、家庭与社会带来沉重的经济负担。其治疗由于溶栓时间窗窄、出血转化风险等原因，实际接受静脉溶栓或血管内治疗患者比例较低，我国静脉溶栓率为 5.64%，血管内治疗率仅为 1.45%，绝大多数（>92%）患者未接受溶栓治疗，非溶栓患者缺乏有效治疗药物。中医药通过改善患者证候，提高患者生存质量，临床应用具有较好依从性。中西医结合治疗可发挥协同作用，具有减轻神经功能损伤，降低病残，改善患者预后的优势。

1.2 资金资助与利益声明

本指南项目是中国中西医结合学会批准立项，受国家重大疑难疾病中西医临床协作试点项目资助，经费主要用于指南制订过程中的专家咨询、劳务费及文献检索、资料费等。指南工作组要求所有成员均填写利益冲突声明表，如有利益冲突，将通过指南指导委员会进行裁决。完成后的利益冲突声明表作为指南附件或通过其他途径进行公开。

1.3 参与本指南研制成员及其分工

本指南制定项目的负责人 2 名：北京中医药大学东直门医院高颖教授和首都医科大学附属北京天坛医院赵性泉教授作为总牵头人和负责人。指南制订团队由 3 个小组构成，分别为指南指导委员会、指南专家组和指南工作组。本指南制定过程中的分工如下。

1.3.1 指南指导委员会

指导委员会由 7 名专家构成，涉及中医内科、中医脑病、神经内科、临床流行病学、循证医学等学科。主要职责包括：（1）审议和批准指南计划书；（2）监督指南制订过程，控制指南质量；（3）对指南制订过程中有争议的问题进行裁决；（4）审议和批准指南全文；（5）管理和评估其他小组的利益冲突。

1.3.2 指南专家组

指南专家组由 93 名成员组成，分别来自中国 26 个省市，具备临床和循证医学等相关专业背景及丰富的指南制订经验，包括中西医临床专家 88 名，流行病学专家 2 名，药学、护理学专家 3 名。

主要职责包括：（1）确定本指南申报材料；（2）确定拟纳入的临床问题；（3）形成证据概要和推荐意见；（4）对形成的推荐意见进行审核，提出修改建议和意见。

1.3.3 指南工作组

指南工作组共有 9 名成员。主要职责包括：（1）进行指南注册，撰写指南计划书；（2）开展针对临床医生问卷调查及其调查报告；（3）证据检索、筛选与综合，证据评价；（4）记录指南制订整个过程，撰写编制说明；（5）协调各小组之间工作，组织线上或线下会议，对相关资料进行存档。

2 主要技术内容

2.1 指南编制依据与原则

本指南以中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会联合制定的《中西医结合诊疗指南体例格式》要求基础，参考《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022 版）》以及《中医临床实践指南报告清单》进行制订。

参考 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）的要求撰写指南。指南具体制订过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及相应推荐意见形成等遵循相应的原则或标准。系统评价方法学的质量评价采用 AMSTAR2 进行评价；随机对照试验（Randomized Controlled Trial, RCT）的方法学质量采用 Cochrane 协作网提供的 Cochrane 偏倚风险评估工具进行评价；证据质量评价和分级采用 GRADE 系统；指南的推荐意见或共识意见形成采用名义组法。

2.2 技术路线

本指南的编制严格按照规范步骤进行。首先成立指南制订团队，签署利益声明；对国内外脑梗死中西医相关指南与临床研究进行梳理，确定指南的主题、范围和目的，进行指南研究方案的注册和申报材料的撰写；开展针对临床医师的问卷调研，结合对权威专家的访谈，形成临床问题重要性评价和结局指标重要性评价，并通过会议优化本指南拟解决的临床问题和结局指标重要性分级问题；根据确定的临床问题清单及遴选的重要结局指标进行证据的检索、筛选、综合以及评价，并对证据体进行 GRADE 证据质量评价和分级，形成证据概要表；根据证据质量和利弊平衡形成初步的推荐意见并确定推荐强度，通过线上与线下讨论，对推荐意见及其强度达成共识；完成指南征求意见稿的撰写，通过线上问卷形式，进行审阅并收集修订意见，完成指南外审稿的撰写；进行外审；送审、答辩；通过答辩、修改和完善后发布；进行推广实施及后效评价，见图 1。

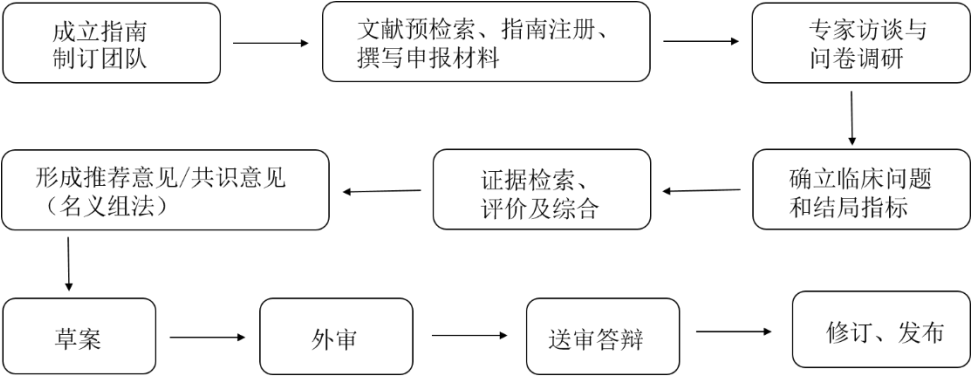


图1 《脑梗死中西医结合诊疗指南》技术路线

3 编制过程

3.1 成立指南制订团队

组建指南制订团队，就脑梗死中西医诊疗现状、难点问题、中西医结合诊疗干预的关键环节以及《脑梗死中西医结合诊疗指南》的定位进行深入讨论。参与的所有成员均签署利益冲突声明。

3.2 撰写指南申报计划书，立项并进行研究方案注册

指南专家组提出指南制定的主题、范围和目的，指南工作组针对相关问题进行文献预检索，梳理相关证据。经由指南制订团队开会讨论，确定从脑梗死病因分型、中医辨证、治疗与康复等方面开展指南制订工作。指南工作组撰写《脑梗死中西医结合诊疗指南计划书》，并于国际临床实践指南网进行双语注册。2022 年 11 月 16 日取得国际临床实践指南注册证明，注册号 PREPARE-2022CN737。

3.3 专家访谈、临床问题调研和结局指标遴选

3.3.1 专家访谈

本指南工作组对 4 名权威专家进行一对一访谈，主要探讨中西医治疗脑梗死急性期和恢复期的总体思路、治疗经验以及对脑梗死中医证候与干预时点的理解。

3.3.2 临床问题调研

指南制定团队从脑梗死西医诊疗难点、中医药干预或中西医结合治疗优势出发，通过前期文献预检索，结合临床经验，多次组内讨论，形成了 18 个临床问题。设计中西医临床专家调研问卷，主要内容涉及脑梗死的诊断、急性期和恢复期治疗策略与二级预防、并发症管理以及康复治疗等。通过“问卷星”在线调研临床问题的重要性，范围为 1~5 分，1 分代表非常不重要，5 分代表重要。共发放问卷 41 份，回收问卷 41 份，调查时间为 2022 年 11 月 13 日~2022 年 11 月 25 日。来自全国 16 个省市、30 家单位的 41 名专家对临床问题的重要性进行评价，通过汇总形成了 18 个临床问题的重要性排序。18 个临床问题经名义组法同意票数均 $\geq 70\%$ ，故不再进行第 2 轮问卷调研。

3.3.3 临床问题确定与关键结局指标筛选

2022 年 11 月 26 日线上召开《脑梗死中西医结合诊疗指南》临床问题确定会，与会专家 26 名，其中中医脑病专家 12 名，神经内科专家 12 名，方法学专家 1 名，药学专家 1 名。会议通过名义组法筛选了本指南聚焦的核心临床问题，并对关键结局指标进行了分级和重要性打分。最后筛选确定 18 个临床问题。

4 证据的检索、筛选和综合

4.1 检索说明

为了能够尽可能检索到所有脑梗死相关临床问题的文献，本次文献检索并未设定具体的研究类型。下载文献题录后，建立数据库，进行分类。优先考虑已发表的系统评价/Meta 分析，从时效性、临床问题匹配度和质量三方面评价能否被本指南纳入，如不能纳入，则开展新的系统评价/Meta 分析。如果随机对照试验数量较少或无法回答目前的临床问题，则进一步酌情考虑其他类型的研究结果，如队列研究、病例对照研究等。

4.2 根据 PICO 确定检索策略

明确临床问题后，本指南对于临床证据通过计算机和手工相结合的方法进行检索。检索时间均从各数据库建库至 2022 年 10 月 31 日。检索国内外原始研究数据库，主要包括英文数据库包括

PubMed、EMbase、Cochrane Library 等，中文数据库包括中国知网(CNKI)、中文科技期刊全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、万方全文数据库(WanFang)等，国内外临床试验注册平台以及国内外指南文库包括美国临床试验注册平台、国际指南注册平台、英国国立健康与临床优化研究所、新西兰临床实践指南网、中国临床指南文库、医脉通等。检索方式以主题词和自由词相结合。中文、英文检索词列举如下：

中文检索词：“脑梗死”“缺血性中风”“缺血性卒中”“低灌注”“低血压”“高脂血症”“高血压”“二级预防”“意识障碍”“昏迷”“卒中相关性肺炎”“肺部感染”“呃逆”“打嗝”“胃气上逆”“认知障碍”“便秘”“抑郁”“运动障碍”“运动功能障碍”“偏瘫”“吞咽障碍”“语言功能障碍”“言语功能障碍”“失语”“语言障碍”“言语障碍”“构音障碍”“中药”“中成药”“中药注射液”“片”“丸”“散”“丹”“口服液”“注射液”“针刺”“艾灸”“推拿”

英文检索词：“Cerebral Infarction”，“Ischemic Stroke”，“Hypo-perfusion”，“Hypotension”，“Hyperlipidemia”，“Hypertension”，“Secondary Prevention”，“Disturbance of consciousness”，“Coma”，“Stroke related Pneumonia”，“Lung Infection”，“Hiccup”，“Cognitive impairment”，“Constipation”，“Depression”，“Motor Disorder”，“Hemiplegia”，“Dysphagia”，“Aphasia”，“Dysarthria”，“Traditional Chinese Medicine”，“Chinese Herbal”，“Injection”，“Tablets”，“Pills”，“Powder”，“Oral liquids”，“Injections”，“Acupuncture”，“Moxibustion” and “massage”

手工检索国家医保目录、国家基本药物目录、中华人民共和国药典、中医内科学“十三五”规划教材、中医内科学“十四五”规划教材以及重要典籍等，通过 NoteExpress (V3.7.0.9258) 进行文献管理。各数据库的具体检索策略及筛选流程图，作为附件存档。

4.3 现有证据的梳理

按照检索策略进行证据检索，共检索到12篇临床指南和56篇系统评价，通过查阅摘要和全文发现其最新检索时间截至2022年10月，采用系统评价3篇以及与本指南制订相关度最密切的6部指南/共识：2008年中华中医药学会《中医内科常见病诊疗指南》、2010年《脑梗死中医循证临床实践指南》、2018年中华医学会神经病学分会《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》、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》、2021年中国中西医结合学会《脑梗死中西医结合诊疗专家共识》和2022年中华医学会神经病学分会《中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南》。《脑梗死中西医结合诊疗指南》推荐中西医结合诊治策略和方法，西医治疗基础上选择中医治疗主要基于国家医保目录、国家基本药物目录、中华人民共和国药典、经典古籍以及高等院校中医教材等收录的经典名方（汤药）等，同时兼顾中医经典名方的口服中成药和中药注射液，最终确定本指南制订所采纳的具体中医药物单元。

4.4 最新系统评价的制作

4.4.1 纳入研究标准

研究类型：随机对照试验。研究对象：临床确诊为脑梗死的患者，经过头颅 CT 或 MRI 证实。年龄、性别、种族不限。试验组的干预措施：（1）中成药/经典名方单用；（2）中成药/经典名方联合西医对症治疗（降颅压、降血压、调节水电解质平衡、神经保护等）；（3）针刺（毫针、电

针、头针等)联合西医对症治疗。对照组治疗措施:西医常规对症治疗、空白对照。关键结局指标:NIHSS 评分、ADL 评分、BI 评分、GCS 评分、mRS 评分、FMA 评分、吞咽功能(洼田饮水试验评分)等;重要结局指标:总有效率、TNF- α 、CRP、TC、TG、LDL-C、HDL-C 等;一般结局指标:中医证候积分、便干便秘评分、呃逆症状评分等。

4.4.2 排除标准

试验组为两种中医治疗措施叠加;缺乏核心结局指标;中医药干预作为对照组;单页纸、只有 1 个作者且第一作者单位为基层机构或怀疑数据不实;重复或一稿多投;文献缺失或无法下载。

4.5 证据的综合

最终获得 74 篇随机对照试验,其中中药治疗 54 篇,针灸治疗 20 篇。中药治疗包括参麦注射液 6 篇,清开灵注射液 7 篇,血脂康胶囊 15 篇,痰热清注射液 13 篇,血必净注射液 8 篇,喜炎平注射液 5 篇;针灸治疗包括针刺 15 篇,艾灸 5 篇。提取随机对照试验的各项结局指标统计数据后,运用 Cochrane 协作网提供的 RevMan 5.4 软件进行 Meta 分析。

4.6 证据评价与分级

4.6.1 文献质量评价

为明确最终纳入的 74 篇随机对照试验研究的偏倚风险及文献质量情况,本指南采用了 Cochrane 偏倚风险评价工具对纳入的文献进行偏倚风险评估(随机序列的生成、分配隐藏、结局评价者盲法、不完整数据、选择性报告结局以及其他偏倚)。最终大部分的条目评价为风险偏倚不清楚,整体质量评价为低风险偏倚者较少。纳入的数据采用 Review Manager 5.4 软件进行分析,计数资料采用相对危险度(Relative Risk, RR)、计量资料采用均数差(Mean Difference, MD)作为效应量指标,当各研究间存在统计学异质性 $P \leq 0.1$, $I^2 \geq 50\%$ 时,则分析其异质性来源,对可能导致异质性的因素开展亚组分析;若研究结果存在统计学异质性而无临床异质性,则采用随机效应模型进行合并分析。

4.6.2 GRADE 评价

本指南采用 GRADE 标准对证据体的质量进行评价,得出证据级别,形成 GRADE 证据概要表、证据总结表,并将所形成的证据概要表、证据总结表以附件形式存档。

5 专家访谈法和名义组法形成推荐意见/共识建议

为提高指南的实用性,针对推荐中成药和针灸的用法用量、疗程和注意事项等方面进行专家访谈。指南制订团队于 2022 年 12 月 7 日线上举行《脑梗死中西医结合诊疗指南》推荐意见/共识建议推荐会,邀请了来自全国 14 个省份的 30 位专家参与了本次会议,其中中医脑病专家 17 人,神经内科专家 10 人,方法学专家 1 人,药学专家 1 人,护理学专家 1 人。本次会议中首先由指南制订团队牵头专家向与会专家介绍本指南的背景、目的与拟定的推荐意见与共识建议,其次由指南工作组介绍该指南的制订流程并向与会专家发放证据概要表、推荐意见/共识建议投票单、拟推荐中成药药物等会议材料,最后由 29 位专家采用名义组法对有证据支持的意见依据 GRADE 网格计票并形成推荐意见,对无证据支持的意见采用多数过票规则形成共识建议。指南工作组现场统计投票单并公布了达成共识的 62 条推荐意见(强推荐 24 条、弱推荐 38 条)与 8 条共识建议,对于投票结果与会专家均未表示异议。

6 撰写指南征求意见稿

参考《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022 版）》与《中医临床实践指南报告清单》中指南体例的要求，形成了征求意见稿。

7 征求意见和同行评议

指南制订团队于 2022 年 12 月将指南征求意见稿通过信函方式开展征求意见工作。信函征求意见覆盖全国 18 个省份的 79 位中医脑病、神经内科专家与药学专家。截至 2023 年 1 月 6 日指南工作组共收到 24 条意见/建议，本指南制订团队采纳其中 20 条意见/建议，4 条意见/建议未予采纳。指南制订团队对反馈的意见/建议进行逐条研究处理，修订本指南的征求意见稿，形成了《脑梗死中西医结合诊疗指南》送审稿。

8 送审、审查与发布

项目组于 2023 年 1 月 7 日完成《脑梗死中西医结合诊疗指南》送审稿及编制说明，并上交中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会三个学会分别审查。学会于 2023 年 1 月 10 日完成本指南审查，作为团体标准报批，于 2023 年 2 月正式发布。

9 应用推广与后效评价

本指南发布后，本指南制订团队将通过学术会议、医师培训、发表相关论文等多种平台与渠道开展推广实施培训。同时本指南推广应用 1 年后，项目组将组织《脑梗死中西医结合诊疗指南》后效评估调查，向本指南专家组成员、同行评议成员与应用推进中成药的各级医疗机构临床医师发放《脑梗死中西医结合诊疗指南》后效评估调查表，咨询本指南在临床应用中遇到的问题及修改建议，将后效评估报告提交给中国中西医结合学会标准化办公室。

临床问题 4 针对急性脑梗死出现低灌注或低血压患者，哪类中药注射液有助于改善神经功能缺损？
参麦注射液 compared to 西医常规治疗 for 急性分水岭脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	116/125 (92.8%)	91/112 (81.3%)	比值比 3.06 (1.33 到 7.04)	-	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----------------	----------------	------------------------	---	---------------	----

神经功能缺损评分

3	随机试验	严重 ^c	不严重	不严重	严重 ^b	无	120	115	-	MD - 3.47 (-4.64 到 -2.3)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	-----	-----	---	--------------------------	--------	----

日常生活能力

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	85	85	-	SMD 0.53 (0.22 到 0.83)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	------------------------	--------	----

不良事件发生率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	1/37	1/37	比值比 1 (0.06 到 16.61)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	------	------	----------------------	---	--------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio; SMD: Standardised mean difference

Explanations

- a. 纳入研究大部分没有提及具体的随机方法，所有研究未采用盲法和分配隐藏
b. 样本量不满足最优信息样本量

生脉注射液 compared to 西医常规治疗 for 低灌注脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

神经功能缺损评分

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	46	46	-	MD-0.9 (-1.19 到 -0.61)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	------------------------	-----------	----

日常生活能力

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	46	46	-	MD 9.07 (5.84 到 12.3)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	-----------------------	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法
- b. 样本量不满足最优信息样本量

临床问题 5 针对急性脑梗死患者，中药注射液治疗能否改善神经功能缺损？
醒脑静 compared to 西医常规治疗 for 急性脑梗死患者

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

23	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	1048/171 (89.5%)	835/143 (73.1%)	RR 1.22 (1.18 到 1.27)	-	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---------------------	--------------------	--------------------------	---	------------------	----

神经功能缺损评分

14	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	785	783	-	MD-3.93 (-5.04 到 -2.82)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	-----	-----	---	----------------------------	-----------	----

不良事件的发生率

15	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重	无	17/884	21/878	RR 0.81 (0.43 到 1.53)	-	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----	-----	----	---	--------	--------	--------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法
- b. 纳入研究异质性较高

醒脑静注射液联合阿替普酶 compared to 阿替普酶 for 急性脑梗死接受血管再通治疗（包括静脉溶栓和血管内治疗）的患者

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

NIHSS

9	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	SMD 1.3 SD 更低 (1.7 更低 到 0.89 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--	-----------	----

MoCA

5	随机	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无			-	SMD 0.97 SD 更高	⊕⊕○○ 低	重要
---	----	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	-------------------	-----------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
	试验									(0.79 更高到 1.15 更高)		

不良反应发生率

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无			相对危险度 0.40 (0.22 到 0.72)	-	⊕⊕⊕○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	--------------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 异质性较高
- c. 样本量不足最优信息

清开灵注射液 compared to 西医常规治疗 for 急性期脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

总有效率

7	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	231/261 (88.5%)	176/244 (72.1%)	相对危险度 1.22 (1.12 到 1.33)	-	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--------------------	--------------------	--------------------------------	---	------------------	----

神经功能缺损评分

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	64	60	-	MD-4.72 (-5.74 到 -3.70)	⊕⊕○○ low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	-------------------------	-------------	----

TNF-α

2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	79	74	-	MD -5.56 (-9.23 到 -1.89)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	----	----	---	--------------------------	------------------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
										-1.90)		

纤维蛋白原

2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	78	70	-	MD-0.89 (-1.67 到 -0.11)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	----	----	---	-------------------------	------------------	----

不良事件的发生率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重	无	3/33	5/32	相对危险度 0.58 (0.15 到 2.24)	-	⊕⊕○○ low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	----	---	------	------	--------------------------------	---	-------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法
- b. 纳入研究异质性较高
- c. 样本量不满足最优信息样本量

疏血通注射液联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 急性脑梗死超早期不适宜接受血管再通治疗（包括静脉溶栓和血管内治疗）的患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

NIHSS

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD 3.89 SD 更低 (4.43 更低 到 3.43 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	-----------	----

CSS

10	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 5.59 更低 (6.42 更低 到 4.76 更低)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	--------------------------------------	------------------	----

不良事件的发生率

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
12	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重	无			相对危险度 3.73 (0.60 到 23.28)	—	⊕⊕○○ 低	重要

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法

b. 样本量不足最优信息

丹红注射液联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 急性脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

NIHSS

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	430	424	—	MD 3.64 更低 (3.8 更低到 3.47 更低)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----	-----	---	------------------------------	------------------	----

不良反应

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^e	无	16/396 (4.0%)	7/391 (1.8%)	相对危险度 2.08 (0.91 到 4.76)	—	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---------------	--------------	--------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法

b. 纳入研究异质性较高

c. 样本量不满足最优信息样本量

d. 存在潜在的发表偏移

e. 置信区间过宽

血塞通注射液 compared to 西医常规治疗 for 急性脑梗死

Certainty assessment							№；患者的	效果	Certain ty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	-------	----	------------	-----

No; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致 性	间接 性	精确 性	其他考虑 因素【注 意事项】	[干 预]	[对 照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
------------	----------	----------	----------	---------	---------	----------------------	----------	----------	-------------------	-------------------	--	--

总有效率

11	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重 ^b	无	-	-	OR 4.04 (2.86 到 5.73)	-	⊕⊕⊕ ○ Moderate	重要
----	----------	-----------------	-----	-----	------------------	---	---	---	--------------------------------	---	----------------------	----

神经功能缺损 NIHSS

9	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	SMD - 3.17 (-4.1 到 -2.2)	⊕⊕○ ○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	--------------------------------------	---------------	----

不良事件的发生率

3	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	3/2 03 (1. 5%)	1/2 13 (0. 5%)	OR 0.90 (0.37 到 2.20)	-	⊕⊕⊕ ○ Moderate	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	-------------------------	-------------------------	--------------------------------	---	----------------------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; SMD: Standardised mean difference

Explanations

a. 纳入研究没有报告分配隐藏

b. 不一致性较大

银杏内酯注射液 compared to 西医常规治疗 for 急性缺血性卒中

Certainty assessment							No; 患者的		效果		Certainty	重要性
No; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致 性	间接 性	精确 性	其他考虑 因素【注 意事项】	[干 预]	[对 照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

NIHSS (GI + WMT vs. WMT)

11	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			相对危 险度 1.20 (1.14 到 1.27)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	--	--	------------------	----

NIHSS (GI + rt-PA + WMT vs. rt-PA + WMT)

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			相对危 险度 1.24 (1.10 到 1.41)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	--	--	------------------	----

NIHSS (GI + WMT vs. WMT)

14	随机	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD - 3.12 更	⊕⊕○○ 低	重要
----	----	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	----------------	-----------	----

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
	试验									低 (-3.72 更低 到 -2.52 更低)		

NIHSS (GI + rt-PA + WMT vs. rt-PA + WMT)

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 3.68 更低 (-4.89 更低 到 -2.47 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--	-----------	----

BI (GI + WMT vs. WMT)

7	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 9.61 更高 (8.44 更高 到 10.78 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	---	------------------	----

BI (GI + rt-PA + WMT vs. rt-PA + WMT)

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 8.8 更高 (5.8 更高 到 11.8 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	--	------------------	----

不良反应发生率

3	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无			相对危险度 0.63 (0.28 到 1.43)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 0 较少)	⊕⊕⊕⊕ High	重要
---	------	-----	-----	-----	-----	---	--	--	---------------------------------------	---	--------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

a. 无分配方案隐藏

b. $I^2 > 50\%$

临床问题 6 针对急性脑梗死患者，辨证口服中成药能否改善神经功能缺损？
脑栓通联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者神经功能缺损

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

欧洲卒中量表评分

9	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD 8.51 更高 (7 更高到 10.01 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-----------------------------	---------------	----

有效率

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	相对危险度 3.04 (1.76 到 5.26)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	--------------------------	---	--------	----

功能独立性量表评分

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD 29.61 更高 (10.11 更高到 49.10 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	----------------------------------	--------	----

不良事件

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	比值比 0.43 (0.06 到 3.05)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	------------------------	---	--------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; RR: Risk ratio; SMD: Standardised mean difference
Explanations

a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法

b. 样本量不足最优信息

安宫牛黄丸 compared to 西医常规治疗 for 急性脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

临床疗效

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
9	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	比值比 4.28 (2.62 到 6.98)	-	⊕⊕○○ 低	重要

NIHSS 评分

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	SMD 0.75 SD 更低 (0.95 更低到 0.56 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---	-----------	----

不良事件

9	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	比值比 1.00 (0.30 到 3.35)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	------------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; SMD: Standardised mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 样本量不足最优信息

不同剂量安宫牛黄丸 compared to 西医常规治疗 for 急性脑梗死伴中、重度意识障碍痰热内闭证患者

Certainty assessment							№；患者的			效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预1]	[干预2]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

GCS 评分

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	剂量效应关系	30	30	30	-	-	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	--------	----	----	----	---	---	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法
- b. 样本量不满足最优信息样本量

苏合香丸联合氯吡格雷治疗 compared to 氯吡格雷治疗 for 急性脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果	Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	-------	--	----	-----------	-----

No; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
---------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	-------------	-------------	--	--

临床疗效

98	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	47/49 (95.9%)	41/49 (83.7%)	-	-	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---------------	---------------	---	---	-----------	----

NIHSS

98	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	-	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---	-----------	----

CI: Confidence interval

Explanations

a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法

b. 样本量不足最优信息

通心络胶囊联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者神经功能缺损

Certainty assessment							No; 患者的		效果		Certainty	重要性
No; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

神经功能缺损评分

17	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	SMD 1.09 SD 更低 (1.68 更低到 0.49 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	--	-----------	----

有效率

21	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	相对危险度 1.22 (1.14 到 1.30)	-	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	-----------------------------------	---	-----------	----

不良事件

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	比值比 9.77 (2.61 到 36.58)	-	⊕ ○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	----------------------------------	---	-----------------	----

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; SMD: Standardised mean difference

Explanations

a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法

b. 异质性较高

天麻钩藤饮联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者神经功能缺损

Certainty assessment							N ₀ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

NIHSS

84	观察性研究	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	0 病例【案例】 0 对照		-	-	⊕○○○ Very low	重要
							-	0.0%		-		

CI: Confidence interval

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
b. 样本量不足最优信息

脉血康胶囊联合西医常规治疗 compared to 单独西医常规治疗

Certainty assessment							N ₀ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

临床总有效率 NIHSS

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	139/149 (93.3%)	119/149 (79.9%)	不可估计的		⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	-----------------	-----------------	-------	--	-----------	----

临床总有效率 NDS

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	280/310 (90.3%)	201/276 (72.8%)	不可估计的		⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----------------	-----------------	-------	--	------------------	----

神经功能 NIHSS (重度卒中)

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD-6.24 更低 (-6.86 更低到-5.62 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--------------------------------	-----------	----

神经功能 NIHSS (中度卒中)

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重 ^b	无			-	MD-1.97 更低 (-2.91	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	------------------	---	--	--	---	-------------------	-----------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
										更低到-1.03 更低)		

NDS 评分

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无			-	MD-5.11 更低 (-7.36 更低到-2.85 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--------------------------------	-----------	----

降低 FIB

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无			-	MD -0.86 更低 (-1.13 更低到-0.59 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---------------------------------	-----------	----

不利事件

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无	11/149 (7.4%)	19/149 (12.8%)	不可估计的		⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---------------	----------------	-------	--	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入研究分配隐藏和盲法的实施情况不详
- 样本量不满足最优信息样本量
- 异质性大于 50%
- 置信区间与无效线相交，无统计学意义

活血化瘀类中成药联合阿替普酶静脉溶栓术治疗 compared to 阿替普酶 for 急性脑梗死静脉溶栓后患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

NIHSS

12	随机	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 3.21 SD 更低	⊕⊕○○ 低	重要
----	----	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---------------	-----------	----

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
	试验									(4.02 更低 到 2.4 更低)		

不良反应发生率

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无			相对危险度 0.17 (0.02 到 1.34)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---------------------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 异质性较高
- c. 样本量不足最优信息

临床问题 7 急性脑梗死合并肺部感染患者，中药能否减轻感染症状？

痰热清联合西药 VS 单纯西药 for 脑梗死合并肺部感染

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

有效率

13	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	425/458 (92.8%)	340/450 (75.6%)	不可估计的		⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----------------	-----------------	-------	--	------------------	----

体温恢复时间

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 2.1 更低 (3.76 更低到 0.44 更低)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--	------------------	----

干预后 CRP

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 5.7 更低 (9.59 更低到 1.82 更低)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--	------------------	----

不利事件发生率

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	16/145 (11.0%)	3/141 (2.1%)	不可估计的		⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	----------------	--------------	-------	--	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告盲法及分配隐藏
- b. 异质性大于 50%
- c. 总样本量不满足最优信息样本量

西药联合应用血必净注射液 VS 单纯西药 for 脑梗死合并肺部感染

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

有效率

8	随	严重	不严重	不	不	无	260/28	206/2	不可估计		⊕⊕⊕	重要
---	---	----	-----	---	---	---	--------	-------	------	--	-----	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
	机试验	^a	重	严重	严重		1 (92.5%)	79 (73.8%)	计的		○ Moderate	

治疗后 CRP

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 7.29 更低 (14.31 更低 到 0.26 更低)	⊕○○ ○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	---	----------------------	----

治疗后 WBC

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 1.45 更低 (1.88 更低 到 1.01 更低)	⊕○○ ○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--	----------------------	----

不良事件发生率

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无	3/82 (3.7%)	8/80 (10.0%)	不可估计的		⊕⊕○ ○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----------------	-----------------	-------	--	---------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入研究未报告盲法及分配隐藏
- 异质性大于 50%
- 总样本量小于最优信息样本量
- 置信区间与无效线相交，无统计学意义

喜炎平联合西药 VS 西药 for 脑梗死合并肺部感染

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

有效率

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	207/225 (92.0%)	160/225 (71.1%)			⊕⊕○ ○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--------------------	--------------------	--	--	---------------	----

不利事件发生率

2	随	严重	严重 ^b	不	严	无	7/104	14/10			⊕○○	重要
---	---	----	-----------------	---	---	---	-------	-------	--	--	-----	----

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
	机 试 验	^a		严重	重 ^c		(6.7%)	4 (13.5%)			○ Very low	

感染控制时间

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无			-	MD -7.2 更低 (-8.11 更低 到- 6.29 更低)	⊕⊕○ ○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	---------------	----

退热时间

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无			-	MD -4.69 更低 (-5.46 更低 到- 3.93 更低)	⊕⊕○ ○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--	---------------	----

治疗后 WBC

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无			-	MD -1.42 更低 (-2.23 更低 到- 0.61 更低)	⊕⊕○ ○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--	---------------	----

治疗后中性粒细胞比值

2	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无			-	MD - 10.16 更低 (-12.79 更低 到- 7.53 更低)	⊕○○ ○ Very low	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	---	----------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入文献随机方法不详，且未报告分配隐藏及盲法
- 异质性大于 50%
- 置信区间与无效线相交，无统计学意义
- 样本量不满足最优信息样本量

临床问题 8 脑梗死伴呃逆患者，中医辨证治疗能否减轻呃逆症状发作？

针刺 compared to 西医治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

改善呃逆症状

7	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	0 (0 到 0)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	---------------	------------------	--

睡眠

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	0 (0 到 0)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---------------	-----------	--

饮食

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	严重 ^b	无			-	0 (0 到 0)	⊕○○○ Very low	
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	---------------	------------------	--

精神

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	0 (0 到 0)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---------------	-----------	--

CI: Confidence interval

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏级及盲法
- b. 样本量不满足最优信息样本量
- c. 异质性大于 50%

临床问题 9 脑梗死合并便秘患者，中医如何辨证治疗？

星蒺承气汤 compared to 西医常规治疗 for 急性缺血性脑卒中痰热腑实型便秘患者

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

d3、d5 便秘评分

317	随机试验	不严重	不严重	不严重	严重 ^a	无	211	106	-	见评论	⊕⊕⊕○ Moderate	
-----	------	-----	-----	-----	-----------------	---	-----	-----	---	-----	------------------	--

CI: Confidence interval

Explanations

a. 样本量未达最优信息样本量

承气汤 compared to 西医常规治疗 for 卒中后便秘

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

便秘临床疗效

15	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	583/620 (94.0%)	391/547 (71.5%)	比值比 6.77 (4.57 到 10.03)	230 更 每 1,000 (来自 205 更 到 247 更)	⊕⊕⊕○ Moderate	
----	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--------------------	--------------------	----------------------------------	--	------------------	--

便秘证候积分

6	随机试验	严重 ^b	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 3.77 更低 (4.26 更低 到 3.28 更 低)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	--	------------------	--

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法

b. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法

麻仁软胶囊/麻子仁丸 compared to 西药常规治疗 for 便秘

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			相对危险度 1.22 (1.14 到 1.32)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	--------------------------------	---	------------------	----

麻仁软胶囊有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			未合并	见评论	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	-----	-----	------------------	----

麻子仁丸有效率

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			相对危险度 1.24 (1.14 到 1.36)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	--------------------------------	---	------------------	----

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

Explanations

纳入研究未报告具体的随机方法，分配隐藏及盲法

四磨汤 compared to 西药常规治疗 for 便秘

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			RR 1.17 (1.05 到 1.30)		⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	-----------------------------	--	------------------	----

CI: Confidence interval; RR: Relative Risk

Explanations

a. 纳入研究未报告具体的随机方法，分配隐藏及盲法

芪蓉润肠口服液联合西药 compared to 西药常规治疗 for 老年功能性便秘

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certain	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	-------	--	----	--	---------	-----

N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
-------------------------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	-------------	-------------	--	--

总有效率

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	88/95 (92.6%)	65/95 (68.4%)	相对危险度 1.35 (1.17 到 1.57)	239 更多 每 1,000 (来自 116 更多 到 390 更多)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---------------	---------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------	--

不良反应发生率

3	随机试验	严重 ^b	不严重	不严重	严重 ^c	无			相对危险度 0.88 (0.33 到 2.32)	1 较少 每 1,000 (来自 2 较少 到 0 较少)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	--------------------------	-------------------------------	-----------	--

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

Explanations

- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 置信区间跨过无效线 1

按摩 compared to 西医常规治疗 for 中风后便秘

Certainty assessment							N ₀ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	164/192 (85.4%)	118/192 (61.5%)	比值比 4.96 (2.81 到 8.76)	273 更多 每 1,000 (来自 203 更多 到 319 更多)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----------------	-----------------	------------------------	-------------------------------------	------------------	--

便秘发生率

4	随机试验	严重 ^b	不严重	不严重	不严重	无	28/173 (16.2%)	77/173 (44.5%)	比值比 0.24 (0.14 到 0.39)	284 较少 每 1,000 (来自 344 较少 到 207 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	----------------	----------------	------------------------	-------------------------------------	------------------	--

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio

Explanations

- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法

b. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法

针刺 compared to 常规治疗 for 卒中后便秘

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

8	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	290/215 (134.9%)	251/295 (85.1%)	比值比 2.10 (1.25 到 3.54)	72 更每 1,000 (来自 26 更到 102 更)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	------------------	-----------------	------------------------	-------------------------------------	------------------	--

治愈率

7	随机试验	严重 ^b	不严重	不严重	不严重	无	90/264 (34.1%)	49/265 (18.5%)	比值比 2.37 (1.57 到 3.58)	165 更每 1,000 (来自 78 更到 263 更)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	----------------	----------------	------------------------	--------------------------------------	------------------	--

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio

Explanations

a. 纳入研究未提及具体的随机方法、分配隐藏及盲法

b. 纳入研究未提及具体的随机方法、分配隐藏及盲法

临床问题 10 针对脑梗死患者，口服中成药能否降低脑血管事件复发风险？

脑心通胶囊 compare to 安慰剂 for 缺血性卒中的二级预防

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

复发率

2200	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	71/1100 (6.5%)	105/1100 (9.5%)	危险比 0.665 (0.492 到 0.899)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
------	------	-----	-----	-----	-----	---	-------------------	--------------------	---------------------------------	---	--------------	----

心肌梗死发生率

2200	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	3/1100 (0.3%)	6/1100 (0.5%)	危险比 0.493 (0.123 到 1.973)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
------	------	-----	-----	-----	-----	---	------------------	------------------	---------------------------------	---	--------------	----

新的复发性缺血性中风相关的死亡

2200	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	3/1100 (0.3%)	3/1100 (0.3%)	危险比 0.982 (0.198 到 4.864)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
------	------	-----	-----	-----	-----	---	------------------	------------------	---------------------------------	---	--------------	----

全因死亡率

2200	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	34/1100 (3.1%)	24/1100 (2.2%)	危险比 1.393 (0.826 到 2.350)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
------	------	-----	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	---------------------------------	---	--------------	----

灯盏生脉胶囊联合常规治疗 compare to 常规治疗 for 脑梗死

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

中风发生率

6	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	58/1508 (3.8%)	82/1524 (5.4%)	危险比 0.70 (0.50 到	-)	⊕⊕⊕⊕ High	重要
---	------	-----	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	------------------------	----	--------------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
									0.98)			

非致死性卒中

6	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	55/1508 (3.6%)	81/1524 (5.3%)	危险比 0.67 (0.48到0.95)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
---	------	-----	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	------------------------------------	---	--------------	----

死亡率

4	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	12/1508 (0.8%)	12/1524 (0.8%)	危险比 0.99 (0.45到2.21)	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
---	------	-----	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	------------------------------------	---	--------------	----

不良事件

8	随机试验	不严重	不严重	不严重	不严重	无	302/1558 (19.4%)	323/1569 (20.6%)	-	-	⊕⊕⊕⊕ High	重要
---	------	-----	-----	-----	-----	---	---------------------	---------------------	---	---	--------------	----

CI: Confidence interval; HR: Hazard Ratio

临床问题 11 针对脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血脂达标？

血脂康胶囊 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者伴血脂未达标

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重 ^c	无	48/55 (87.3%)	38/54 (70.4%)	相对危险度 1.24 (1.02 到 1.52)	-	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	------------------	---	------------------	------------------	--------------------------------	---	------------------	----

TC

13	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	660	651	-	MD - 0.66 (-0.76 到 -0.57)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	-----	-----	---	---------------------------------	-----------	----

TG

15	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	720	711	-	MD- 0.19 (-0.24 到 -0.14)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	-----	-----	---	--------------------------------	-----------	----

LDL-C

14	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	684	677	-	MD - 0.86 (-0.91 到 -0.8)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	-----	-----	---	--------------------------------	-----------	----

HDL-C

13	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	644	637	-	MD 0.13 (0.1 到 0.15)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	-----	-----	---	----------------------------	-----------	----

不良事件的发生率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重	无	5/62	13/62	相对危险度 0.33 (0.11 到 0.99)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	----	---	------	-------	--------------------------------	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究均未提及分配隐藏及盲法
- b. 纳入研究异质性较高
- c. 样本量不满足最优信息样本量

临床问题 12 对于脑梗死患者，中药治疗能否协助控制血压达标？

松龄血脉康胶囊联合常规降压药治疗 compared to 常规降压药治疗 for 脑梗死合并高血压患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

收缩压（SBP）

25	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^c			—	MD 7.54 SD 更低 (8.92 更低到 6.17 更低)	⊕○○○ Very low	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	---	------------------	----

舒张压（DBP）

25	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^c			—	MD 6.42 更低 (7.54 更低到 5.29 更低)	⊕○○○ Very low	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	---	------------------	----

24 小时 SBP

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无			—	MD 6.88 更低 (8.36 更低到 5.39 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	-----------	----

24 小时 DBP

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无			—	MD 4.31 更低 (6.55 更低到 2.07 更低)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	---	------------------	----

高血压症状评分

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无			—	SMD 1.09 更低 (1.34 更低)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	-----------------------------------	------------------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
										到0.86更低)		

不良事件发生率

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无			相对危险度 0.31 (0.05到1.82)		⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	-------------------------------------	--	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 异质性较高
- c. 纳入文献存在发表偏倚
- d. 样本量不足最优信息

天麻钩藤颗粒胶囊联合常规降压药治疗 compared to 常规降压药治疗 for 脑梗死合并高血压患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

收缩压 (SBP)

10	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^c			-	MD 10.24 SD 更低 (13.54更低到6.95更低)	⊕○○○ Very low	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	---	------------------	----

舒张压 (DBP)

10	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^c			-	MD 5.33 更低 (7.21更低到3.45更低)	⊕○○○ Very low	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	--	------------------	----

临床疗效

11	随	严重	不严重	不严重	不严重	强烈怀疑			相对	1 较	⊕⊕○○	重要
----	---	----	-----	-----	-----	------	--	--	----	-----	------	----

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
	机试验	^a	重	重	重	存在发表偏倚 ^c			危险度 1.22 (1.15 到 1.28)	少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	低	

中医证候疗效

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无			相对危险度 1.26 (1.02 到 1.57)	1 较少 每 1,000 (来自 2 较少 到 1 较少)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	--------------------------------	---	------------------	----

不良事件发生率

6	随机试验	严重 ^a	严重	不严重	严重	无			相对危险度 0.59 (0.28 到 1.24)		⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	----	-----	----	---	--	--	--------------------------------	--	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 异质性较高
- c. 纳入文献存在发表偏倚
- d. 样本量不足最优信息

临床问题 13 针对脑梗死恢复期患者，辨证口服中成药能否改善神经功能缺损？
华佗再造丸联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者神经功能缺损

Certainty assessment							No; 患者的		效果		Certainty	重要性
No; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

NIHSS

9	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	-	-	-	MD 2.72 SD 更低 (3.72 更低到 1.73 更低)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	---	---	---	--	------------------	----

日常生活能力量表

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD 2.72 SD 更低 (3.72 更低到 1.73 更低)	⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	--	----------	----

不良事件的发生率

1	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重	无	-	-	比值比 1.61 (0.44 到 5.88)	-	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	----	---	---	---	---------------------------	---	------------------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- b. 异质性较高
- c. 样本量不足最优信息

中风回春丸联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 缺血性脑卒中神经功能缺损

Certainty assessment							No; 患者的		效果		Certainty	重要性
No; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

欧洲卒中量表 (ESS)

126	随机	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	-	⊕⊕○○ 低	重要
-----	----	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---	-----------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
	试验											

NIHSS 评分

126	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	-	⊕⊕○○ 低	重要
-----	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---	-----------	----

CI: Confidence interval

Explanations

a. 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法

b. 样本量不足最优信息

脑心通胶囊联合常规治疗 compared to 常规治疗 for 脑梗死患者神经功能缺损

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

NIHSS

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD 3.39 SD 更低 (3.84 更低到 2.94 更低)	⊕ ○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	--	-----------------	----

日常生活能力评分

2	随机试验	严重 ^a	严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD 22.18 SD 更低 (11.00 更低到 33.35 更低)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	----	-----	-----------------	---	---	---	---	---	-----------	----

不良事件

5	随机试验	严重 ^a	严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	比值比 9.77 (2.61 到	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	----	-----	-----------------	---	---	---	---------------------------	---	-----------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
									36.58)			

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- 样本量不足最优信息

单用三七通舒胶囊或在常规治疗基础上加三七通舒胶囊 compare to 常规治疗或其他治疗案（除含有三七通舒胶囊）for 脑梗死

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

临床有效率

9	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			比值比 3.01 (1.93 到 4.70)	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	------------------------------	---	-----------	----

不良事件

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	0/128 (0.0%)	6/114 (5.3%)	-	-	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	-----------------	-----------------	---	---	-----------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio

Explanations

- 纳入研究均未报告分配隐藏和盲法
- 异质性较高
- 样本量不足最优信息

临床问题 14 针对脑梗死肢体运动功能障碍，中医治疗能否改善运动功能？
 针刺联合现代康复治疗 compared to 单纯现代康复治疗 for 脑梗死肢体运动障碍

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

Fugl- Meyer 运动评分

4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	WMD 21.09 更高 (19.75 更高到 22.43 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--	-----------	----

FMA-U 运动评分

5	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无			-	WMD 9.17 更高 (4 更高到 14.34 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---	-----------	----

MBI 评分

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	严重 ^b	无			-	WMD 21.38 更高 (5.27 更高到 37.48 更高)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	---	------------------	----

AROM 评分

2	随机试验	严重 ^d	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	WMD 3.13 更高 (0.62 更高到 5.63 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	-----------	----

STEF 评分

2	随机试验	严重 ^d	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	WMD 8.91 更高 (5.84 更高到 11.98 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--	-----------	----

CI: Confidence interval

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏和盲法
- b. 样本量不满足最优点信息样本量
- c. 不一致性大于 50%
- d. 纳入研究未报告分配隐藏和盲法

头针联合现代康复治疗 compared to 单纯现代康复治疗 for 脑梗死肢体运动障碍

Certainty assessment							N ₀ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

FMA score after a 1-month course

10	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无 ^c			-	MD 10.3 更高 (7.43 更高到 12.63 更高)	⊕⊕○○ 低	
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	----------------	--	--	---	--	-----------	--

FMA score after a 3-month course

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^d	无 ^c			-	MD 15.18 更高 (8.06 更高到 22.31 更高)	⊕○○○ Very low	
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	----------------	--	--	---	---	------------------	--

不利事件发生率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无	3/45 (6.7%)	4/45 (8.9%)	不可估计的		⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----------------	----------------	-------	--	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告盲法及遗漏数据
- b. 不一致性大于 50%
- c. 对纳入的研究进行定量评估，表明有发表偏倚
- d. 样本量不满足最优点信息样本量

艾灸+常规治疗 VS 单纯常规治疗 for 脑梗死肢体运动障碍

Certainty assessment							N ₀ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

FMA 评分

5	随	严重	严重	不严重	严重	无			-	MD	⊕○○○	重要
---	---	----	----	-----	----	---	--	--	---	----	------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
	机试验	a	b	重	c					11.37SD 更高 (6.62 更高 到 16.11 更高)	Very low	

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告盲法及分配隐藏
- b. 异质性为 91%
- c. 总样本量不满足最优信息样本量

联合补阳还五汤 VS 单纯现代康复训练 for 脑梗死后肩-手综合征

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

FMA评分

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	30	30	-		⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	--	-----------	----

DASH上肢功能评分

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	30	30	-		⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----	----	---	--	-----------	----

CI: Confidence interval

Explanations

- a. 未报告盲法及分配隐藏
- b. 样本量较小

临床问题 15 脑梗死伴吞咽障碍患者，针刺治疗能否改善吞咽功能？
 针刺+康复训练 VS 单纯康复训练 for 脑梗死吞咽障碍

Certainty assessment							No; 患者的		效果		Certa inty	重要性
No ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致 性	间接 性	精确 性	其他考虑 因素【注 意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

SSA

5	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 3.81 更低 (4.95 更低 到 2.67 更低)	⊕⊕ ○○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---	---------------	----

VFSS

6	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 2.01 更高 (1.45 更高 到 2.58 更高)	⊕⊕ ○○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---	---------------	----

洼田饮水试验

7	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 1.69 更低 (2.21 更低 到 1.17 更低)	⊕⊕ ○○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	---	---------------	----

不利事件发生率

1	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	2/30 (6.7%)	0/30 (0.0%)	不可 估计 的		⊕⊕ ○○ 低	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----------------	----------------	---------------	--	---------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告盲法及分配隐藏
- b. 异质性大于 50%
- c. 置信区间与无效线相交，无统计学意义

临床问题 16 脑梗死伴语言障碍患者，中医治疗能否改善语言功能？

针刺结合现代语言康复训练 compared to 单纯现代语言康复训练 for 脑梗死语言-言语障碍

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

WAB 评分（听理解）

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD 7.71 更高 (1.83 更高到 13.59 更高)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	-----------	--

WAB 评分（自发言语）

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^c	不严重	严重 ^b	无			-	MD 2.77 更高 (0.59 更高到 4.95 更高)	⊕○○○ Very low	
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--	------------------	--

WAB 评分（复述）

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD 14.48 更高 (11.04 更高到 17.91 更高)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	---	-----------	--

WAB 评分（命名）

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD 14.6 更高 (11.33 更高到 17.88 更高)	⊕⊕○○ 低	
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	--	-----------	--

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告分配隐藏及盲法
- b. 样本量不满足最优点信息样本量
- c. 不一致性大于 50%

中药+西药治疗（+现代康复训练） VS 西药治疗（+现代康复训练） for 脑梗死伴语言-言语障碍

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	-------	--	----	--	-----------	-----

No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
---------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	-------------	-------------	--	--

总有效率

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	253/285 (88.8%)	166/250 (66.4%)	不可估计的		⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-----------------	-----------------	-------	--	------------------	----

AQ 评分

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 17.03 更高 (13.1 更高到 20.97 更高)	⊕○○○ Very low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告分配隐藏及盲法
- b. 异质性大于 50%
- c. 总样本量不满足最优信息样本量

临床问题 17 脑梗死伴认知障碍患者，中医治疗能否改善认知功能？

天智颗粒 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							No；患者的		效果		Certainty	重要性
No；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

12	随机试验	严重 ^a	不严重 ^b	不严重	不严重	无			-	MD 0.78 更高 (0.32 更高到 1.24 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	------	-----------------	------------------	-----	-----	---	--	--	---	--	------------------	----

MoCA

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 3.34 更高 (2.89 更高到 3.98 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	--	------------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法，分配隐藏及盲法
b. 异质性大于 50%

复方苁蓉益智胶囊联合西药 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							No；患者的		效果		Certainty	重要性
No；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 2.96 更高 (2.3 更高到 3.61 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	---	------------------	----

MoCA

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无			-	MD 4.18 更高 (2.98 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	--	--	---	-----------------------------------	-----------	----

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
										到 5.38 更高)		

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入研究未报告具体的随机方法，分配隐藏及盲法
- 样本量不满足最优信息样本量

脑心通胶囊 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

7	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			-	MD 1.7 更高 (1.17 更高到 2.23 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	---	------------------------------	---------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法

银杏叶片 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

11	随机试验	不严重	严重 ^a	不严重	不严重	无			-	MD 3.29 更高 (2.49 更高到 4.09 更高)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
----	------	-----	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	-------------------------------	---------------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- 异质性大于 50%

养血清脑颗粒 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

8	随机试验	严重 ^{a, b}	严重 ^c	不严重	不严重	无			-	WMD 2.47 更高 (1.57 更高到 3.37 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	--------------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--	-----------	----

CI: Confidence interval

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法，分配隐藏及盲法
- b. 异质性大于 50%

通心络胶囊 compared to 西药治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

MMSE

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^d	无 ^c			-	MD 1.84 更高 (0.87 更高到 2.82 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	----------------	--	--	---	---	-----------	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法。
- b. 效应量跨过 1
- c. 存在发表偏倚文献数较少、个别文献方法学质量不高及阴性结果报道未发表
- d. 样本量不满足最优信息样本量

针刺 compared to 内科常规治疗 for 脑梗死患者

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		

有效率

34	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			比值比 3.28 (2.54)	-	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	-----------------------	---	-----------	----

Certainty assessment							No. 患者的		效果		Certainty	重要性
No. 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
									到 4.24)			

MMSE

29	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无			-	WMD 3.07 更高 (2.4 更高到 3.74 更高)	⊕⊕○○ 低	重要
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--	-----------	----

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio

Explanations

a. 纳入研究未报告随机方法，分配隐藏及盲法

b. 异质性大于 50%

临床问题 18 脑梗死伴抑郁患者，中医治疗能否减轻抑郁程度？
舒肝解郁胶囊联合西医常规治疗 compared to 西医常规治疗 for 卒中后抑郁

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

联用 VS 常规 BI 评分

4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无			-	MD 12.5 更高 (7.24 更高到 17.76 更高)	⊕○○○ Very low	
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----------------	---	--	--	---	--------------------------------	------------------	--

联用 VS 常规 HAMD 评分

10	随机试验	严重 ^d	严重 ^e	不严重	不严重	无			-	SMD 1.15 SD 更低 (1.56 更低到 0.73 更低)	⊕⊕○○ 低	
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	-----------------------------------	-----------	--

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; SMD: Standardised mean difference

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- b. 异质性>50%
- c. 样本量未达最优信息样本量
- d. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- e. 异质性>50%

乌灵胶囊联用西药常规治疗 compared to 西药常规治疗 for 卒中后抑郁

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

第 4 周抑郁评分

13	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^c			-	SMD 0.87 SD 更低 (1.25 更低到 0.5 更低)	⊕○○○ Very low	
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	----------------------------------	------------------	--

第 8 周抑郁评分

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
7	随机试验	严重 ^d	严重 ^e	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^f			-	SMD 1.22 SD 更低 (1.86 更低到 0.59 更低)	⊕○○○ Very low	

第 12 周抑郁评分

6	随机试验	严重 ^g	严重 ^h	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ⁱ			-	SMD 0.62 SD 更低 (1.09 更低到 0.15 更低)	⊕○○○ Very low	
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	---	---	------------------	--

总有效率

13	随机试验	严重 ^j	严重 ^k	不严重	不严重	强烈怀疑存在发表偏倚 ^l			相对危险度 1.20 (1.14 到 1.27)	1 较少 每 1,000 (来自 1 较少 到 1 较少)	⊕○○○ Very low	
----	------	-----------------	-----------------	-----	-----	-------------------------	--	--	--------------------------------	-------------------------------	------------------	--

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio; SMD: Standardised mean difference

Explanations

- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 异质性>50%
- 怀疑存在发表偏倚
- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 异质性>50%
- 怀疑存在发表偏倚
- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 异质性>50%
- 怀疑存在发表偏倚
- 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- 异质性>50%
- 怀疑存在发表偏倚

养血清脑颗粒联合西药 compared to 西医常规治疗 for 卒中后抑郁

Certainty assessment							№；患者的	效果	Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	-------	----	-----------	-----

№; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑 因素【注 意事项】	[干 预]	[对 照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
-----------	----------	----------	------	-----	-----	----------------------	----------	----------	-------------------	-------------------	--	--

总有效率

12	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无			比值比 2.53 (1.78 到 3.61)	3 较少 每 1,000 (来自 4 较少 到 2 较少)	⊕⊕⊕○ Moderate	
----	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	--	--	------------------------------------	--	------------------	--

HAMD 评分

18	随机 试验	严重 ^b	严重 ^c	不严重	不严重	无			—	MD 2.52 更低 (3.13 更低 到 1.96 更低)	⊕⊕○○ 低	
----	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	--	--	---	--	-----------	--

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

- a. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- b. 纳入研究未报告具体的随机方法、分配隐藏及盲法
- c. 异质性>50%

附录3 缺血性中风证候要素诊断量表

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

☐ 皮肤粗糙	4 分	6 阴虚	
☐ 痛有定处	5 分	☐ 两颧潮红	10 分
☐ 紫舌或暗舌	10 分	☐ 舌干	5 分
☐ 舌有瘀斑瘀点	10 分	☐ 手足心热	5 分
☐ 舌下脉络青紫	10 分	☐ 五心烦热	10 分
☐ 舌下脉络曲张	8 分	☐ 盗汗	10 分
☐ 涩脉	8 分	☐ 绛舌	10 分
☐ 结脉或代脉	1 分	☐ 瘦薄舌	10 分
血瘀得分		☐ 舌剥脱苔	10 分
		☐ 舌光红无苔	10 分
5 气虚		☐ 细脉、弦脉或数脉	5 分
☐ 神疲	2 分	阴虚得分	
☐ 乏力	5 分		
☐ 面色白	9 分		
☐ 面色萎黄	3 分		
☐ 口唇淡白	9 分		
☐ 气短	8 分		
☐ 语声低微	9 分		
☐ 手或足肿胀	3 分		
☐ 自汗	2 分		
☐ 大便初硬后溏	3 分		
☐ 大便或小便失禁	5 分		
☐ 淡舌	3 分		
☐ 胖大舌或齿痕舌	1 分		
☐ 缓脉	5 分		
☐ 细脉	5 分		
☐ 沉脉	4 分		
☐ 弱脉	4 分		
☐ 结脉或代脉	1 分		
气虚得分			

[附录] 诊断量表使用说明

1 评分说明

每一证候要素的得分是将诊断这一证候要素的各项得分相加而成。

2 证候要素诊断说明

证候要素诊断得分 ≥ 10 分为该证候要素诊断成立。

附录4 英文缩略词

缩略词	英文全称	中文全称
ACI	Acute Cerebral Infarction	急性脑梗死
ADL	Activity of Daily Living Scale	日常生活活动能力量表
AQ	Aphasia Quotient	失语指数
BI	Barthel index	巴塞尔指数
CE	Cardio Embolism	心源性脑栓塞
CI	Cerebral Infarction	脑梗死
CI	Confidence Interval	置信空间
CRP	C-Reactive Protein	C反应蛋白
CSS	Chinese Stroke Scale	中国卒中量表
CT	Computed Tomography	计算机断层扫描
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand	上肢功能评定表
DBP	Diastolic blood pressure	舒张压
ESS	The European Stroke Scale	欧洲卒中量表
FIB	Fibrinogen	纤维蛋白原
FMA	Fugl-Meyer Assessment scale	Fugl-Meyer运动评分
GCS	Glasgow Coma Scale	格拉斯哥昏迷评分
HAMD	Hamilton Depression Scale	汉密尔顿抑郁量表
HDL-C	High Density Lipoprotein-Cholesterol	高密度脂蛋白胆固醇
HDS	Hastgawa Dementia Scale	长谷川痴呆量表
HR	Hazard Ratio	风险率
LAA	Large Artery Atherosclerosis	大动脉粥样硬化
LDL-C	Low Density Lipoprotein-Cholesterol	低密度脂蛋白胆固醇
MD	Mean Deviation	平均差
MMSE	Mini-mental State Examination	简易智力状态检查量表
MoCA	Montreal Cognitive Assessment	蒙特利尔认知评估量表
MRI	Magnetic Resonance Imaging	磁共振
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale	美国国立卫生研究院卒中量表
OR	Odds Ratio	比值比
RR	Relative Risk	相对风险
SAO	Small Artery Occlusion	小动脉闭塞
SBP	Systolic Blood Pressure	收缩压
SMD	STD Mean Difference	标准化均数差
SOE	Stroke of Other determined Etiology	其他原因性卒中
SSA	Standardized Swallowing Assessment	标准吞咽功能评价量表
SUE	Stroke of Undetermined Etiology	不明原因性卒中
TNF- α	Tumor Necrosis Factor	肿瘤坏死因子- α
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment	急性卒中试验
VFSS	Video Fluoroscopic Swallowing Study	视频透视吞咽研究
WAB	Western Aphasia Battery	西部失语症检查量表
WBC	White Blood Cells	白细胞
WMD	weighted mean difference	加权均数差

方药索引

中药注射液

1. 生脉注射液

【处方】红参、麦冬、五味子。

【用法与用量】一次20~60ml，5%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用，静脉滴注，1日1次。

2. 血必净注射液

【处方】红花、赤芍、川芎、丹参、当归。

【用法与用量】一次50ml加0.9%氯化钠注射液100ml静脉滴注，在30~40分钟内滴毕，1日2次。病情重者，1日3次。

3. 血塞通注射液

【处方】三七总皂苷。

【用法与用量】一次200~400mg，用5~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后缓缓滴注，1日1次。

4. 参麦注射液

【处方】红参、麦冬。

【用法与用量】一次20~100ml，5%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用，静脉滴注，1日1次。

5. 银杏内酯注射液

【处方】白果内酯、银杏内酯A、银杏内酯B、银杏内酯C。

【用法与用量】一次5支（10ml），临用前将药物缓慢加入到0.9%氯化钠注射液250ml或5%葡萄糖注射液250ml中稀释，缓慢静脉滴注，1日1次。

6. 清开灵注射液

【处方】胆酸、珍珠母、猪去氧胆酸、栀子、水牛角、板蓝根、黄芩苷、金银花。

【用法与用量】静脉滴注，一日20~40ml，以10%葡萄糖注射液200ml或0.9%氯化钠注射液100ml稀释后使用。

7. 喜炎平注射液

【处方】穿心莲内酯总磺化物。

【用法与用量】1日250~500mg，以0.9%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注。

8. 疏血通注射液

【处方】水蛭、地龙。

【用法与用量】一次6ml，5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml~500ml稀释后使用，静脉滴注，1日1次。

9. 痰热清注射液

【处方】黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘。

【用法与用量】一次20~40ml，5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml稀释后使用，静脉滴注，1日1次。

10. 醒脑静注射液

【处方】麝香、郁金、栀子、冰片。

【用法与用量】一次10～20ml，5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250～500ml稀释后使用，静脉滴注，1日1次。

口服中成药

1. 天麻钩藤颗粒

【处方】天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、牛膝、盐杜仲、益母草、桑寄生、首乌藤、茯苓。

【用法与用量】1袋（5g），1日3次。

2. 天智颗粒

【处方】天麻、钩藤、石决明、杜仲、桑寄生、茯神、首乌藤、槐花、栀子、黄芩、川牛膝、益母草。

【用法与用量】1袋，1日3次。

3. 中风回春丸

【处方】当归、川芎、红花、桃仁、鸡血藤、土鳖虫、僵蚕、丹参、木瓜、忍冬藤、地龙。

【用法与用量】1.2～1.8g，1日3次。

4. 中风回春片

【处方】当归、川芎、红花、桃仁、鸡血藤、土鳖虫、僵蚕、丹参、忍冬藤、络石藤、地龙、伸筋草、川牛膝、蜈蚣、菟蔚子、全蝎、威灵仙、金钱白花蛇。

【用法与用量】4～6片，1日3次。

5. 乌灵胶囊

【处方】乌灵菌粉。

【用法与用量】3粒，1日3次。

6. 华佗再造丸

【处方】川芎、吴茱萸、冰片、马钱子粉等。

【用法与用量】4～8g，1日2～3次。

7. 血府逐瘀胶囊

【处方】柴胡、当归、地黄、赤芍、红花、炒桃仁、麸炒枳壳、甘草、川芎、牛膝、桔梗。

【用法与用量】6粒，1日2次。

8. 血脂康胶囊

【处方】红曲。

【用法与用量】2粒，1日2次。

9. 灯盏生脉胶囊

【处方】灯盏细辛、人参、五味子、麦冬。

【用法与用量】2粒，1日3次。

10. 安宫牛黄丸

【处方】牛黄、麝香、水牛角浓缩粉、黄连、黄芩、栀子、朱砂、珍珠、雄黄、郁金、冰片。

【用法与用量】1丸，1日1次。

11. 苏合香丸

【处方】苏合香、麝香、冰片、安息香、香附、青木香、沉香、白檀香、乳香、丁香、荜茇、水牛角、朱砂、白术、诃子。

【用法与用量】1丸，1日1～2次。

12. 松龄血脉康胶囊

【处方】鲜松叶、葛根、珍珠层粉。

【用法与用量】3粒，1日3次。

13. 复方血栓通胶囊

【处方】三七、黄芪、丹参、玄参。

【用法与用量】3粒，1日3次。

14. 复方苻蓉益智胶囊

【处方】制何首乌、荷叶、肉苻蓉、地龙、漏芦。

【用法与用量】4粒，1日3次。

15. 脉血康胶囊

【处方】水蛭。

【用法与用量】2~4粒，1日3次。

16. 养血清脑颗粒

【处方】当归、川芎、白芍、熟地黄、钩藤、鸡血藤、夏枯草、决明子、珍珠母、延胡索、细辛。

【用法与用量】1袋（4g），1日3次。

17. 脑心通胶囊

【处方】黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、醋乳香、醋没药、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭。

【用法与用量】2~4粒，1日3次。

18. 脑血康胶囊

【处方】水蛭。

【用法与用量】1粒，1日3次。

19. 脑栓通胶囊

【处方】蒲黄、赤芍、郁金、天麻、漏芦。

【用法与用量】3粒，1日3次。

20. 消栓肠溶胶囊

【处方】黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花。

【用法与用量】2粒，1日3次。饭前半小时服用。

21. 通心络胶囊

【处方】人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香、乳香、酸枣仁、冰片。

【用法与用量】2~4粒，口服，1日3次。

22. 银丹心脑通软胶囊

【处方】银杏叶、丹参、灯盏细辛、绞股蓝、山楂、大蒜、三七、艾片。

【用法与用量】2~4粒，1日3次。

23. 银杏叶片

【处方】银杏叶提取物。

【用法与用量】2片（每片含总黄酮醇苷9.6mg、萜类内酯2.4mg），1日3次。

24. 银杏叶滴丸

【处方】银杏叶提取物。

【用法与用量】5丸，1日3次。

25. 舒肝解郁胶囊

【处方】贯叶金丝桃、刺五加。

【用法与用量】2粒，1日2次。

方剂

1. 天麻钩藤饮（出自《中医内科杂病证治新义》）

组成：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、首乌藤、茯苓。

功效：平肝熄风，清热活血，补益肝肾

2. 补阳还五汤（出自《医林改错》）

组成：生黄芪、当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、地龙。

功效：益气活血

3. 星蒺承气汤（出自《中医脑病学》）

组成：全瓜蒌、胆南星、生大黄^{（后下）}、芒硝^{（冲服）}。

功效：化痰通腑

4. 益胃汤（出自《温病条辨》）

组成：北沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖。

功效：养阴益胃

参考文献

- [1] 高颖, 马斌, 刘强, 等. 《缺血性中风证候要素诊断量表》临床验证[J]. 中医杂志, 2012, 53(01):23-25.
- [2] 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(08):950-953.
- [3] 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.
- [4] 王凯欢, 吴嘉瑞, 刘施, 等. 基于Meta分析的醒脑静注射剂治疗急性脑梗死临床评价研究[J]. 药物流行病学杂志, 2017, 26(05):332-338.
- [5] 成知韫, 刘福生, 王苏妹, 等. 醒脑静注射液联合阿替普酶治疗急性缺血性脑卒中临床疗效的Meta分析[J]. 中国中医急症, 2021, 30(04):590-594+599.
- [6] 赵佳源, 王小玲, 王小芳, 等. 疏血通注射液治疗进展性卒中有效性的Meta分析及GRADE证据质量评价[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(03):807-818.
- [7] 黄艺飞, 冯超男, 尹延哲, 等. 丹红注射液治疗急性脑梗死疗效和安全性的系统评价和Meta分析[J]. 天津中医药, 2022, 39(11):1423-1431.
- [8] Zhang X, Wu J, Zhang B. Xuesaitong injection as one adjuvant treatment of acute cerebral infarction: a systematic review and meta-analysis. BMC Complement Altern Med. 2015 Feb 27;15:36.
- [9] 孟甜甜, 解小龙, 李婷婷, 等. 银杏内酯注射液辅助治疗急性缺血性脑卒中的系统评价与Meta分析[J]. 世界中医药, 2021, 16(08):1241-1249.
- [10] Zhang H, Xing Y, Chang J, et al. Efficacy and Safety of NaoShuanTong Capsule in the Treatment of Ischemic Stroke: A Meta-Analysis. Front Pharmacol. 2019 Oct 11;10:1133.
- [11] 侯敏, 王显凤, 陈剑鸿. 安宫牛黄丸辅助治疗缺血性中风急性期疗效的Meta分析[J]. 中国药房, 2016, 27(36):5104-5107.
- [12] 林萃才, 陈润华, 陈锦亮. 不同剂量安宫牛黄丸对急性脑梗死伴中、重度意识障碍痰热内闭证促觉醒作用观察[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(05):925-930.
- [13] 杨月君, 戴海琳, 胡磊, 等. 苏合香丸联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2022, 37(08):1749-1753.
- [14] 周红青, 王德任, 张灿飞, 等. 通心络胶囊治疗急性缺血性脑卒中疗效与安全性的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(07):844-851.
- [15] 鲍勇, 项尚, 朱莎, 等. 天麻钩藤饮联合抗血小板治疗对阴虚风动型缺血性中风患者疗效、血清HCY与CRP影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(08):175-178.
- [16] 李婷婷, 孙千惠, 王博远, 等. 脉血康胶囊治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性系统评价和GRADE证据级别评价[J]. 中草药, 2021, 52(02):483-494.
- [17] 张健, 丁砚兵, 陈小敏, 等. 活血类口服中成药联合阿替普酶静脉溶栓术治疗急性脑梗死的系统评价[J]. 药物评价研究, 2022, 45(03):557-567.
- [18] 张鹏, 刘嘉妍, 许军峰. 针刺治疗脑卒中后呃逆的有效性及安全性系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(06):1298-1301.

- [19] Chen P, Jiang L, Geng H, et al. Effectiveness of Xinglou Chengqi decoction on constipation in patients with acute ischemic stroke: a randomized controlled trial. *J Tradit Chin Med*. 2020 Feb;40(1):112-120.
- [20] 熊兰兰, 刘英雪, 王书豪, 等. 承气汤类药物治疗卒中后便秘的Meta分析[J]. *实用中医内科杂志*, 2021, 35(05):110-113+149-151.
- [21] Wang QS, Liu Y, Zou XN, et al. Evaluating the Efficacy of Massage Intervention for the Treatment of Poststroke Constipation: A Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020 Jun 11;2020:8934751.
- [22] 杨继鹏, 刘璟莹, 谷红艳, 等. 针灸治疗中风后便秘随机对照临床研究文献Meta分析[J]. *中国针灸*, 2014, 34(08):833-836.
- [23] Yu XF, Zhu XY, Yuan CX, et al. Naoxintong Capsule for Secondary Prevention of Ischemic Stroke: A Multicenter, Randomized, and Placebo-Controlled Trial. *Chin J Integr Med*. 2022 Dec;28(12):1063-1071.
- [24] Meng T, Wang P, Xie X, et al. Efficacy and safety of Songling Xuemaikang capsule for essential hypertension: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Phytomedicine*. 2022 Dec;107:154459.
- [25] 刘梦琳, 樊根豪, 张怀亮. 天麻钩藤颗粒联合降压药治疗原发性高血压病的系统评价及试验序贯分析[J]. *中国中药杂志*, 2021, 46(06):1511-1522.
- [26] 丁砚秋, 刘南阳, 张允岭, 等. 华佗再造丸治疗缺血性脑卒中的Meta分析及试验序贯分析[J]. *世界中医药*, 2021, 16(23):3545-3552.
- [27] 廖磊, 李明浩, 张辉. 中风回春片联合氯吡格雷治疗急性脑梗死恢复期的临床研究[J]. *现代药物与临床*, 2022, 37(11):2501-2505.
- [28] 王盼盼, 李学林, 李春晓, 等. 脑心通胶囊联用阿司匹林和他汀类药物治疗脑梗死临床疗效和安全性的Meta分析[J]. *药物流行病学杂志*, 2019, 28(10):636-642.
- [29] 夏伟, 袁东超, 孔德昭, 等. 三七通舒治疗缺血性脑卒中临床疗效及安全性系统评价[J]. *安徽中医学院学报*, 2013, 32(01):12-15.
- [30] 冯子桐, 林润, 罗菁, 等. 针刺联合康复训练治疗缺血性脑卒中上肢运动功能障碍的Meta分析[J]. *广州中医药大学学报*, 2022, 39(03):703-711.
- [31] Huang YJ, Huang CS, Leng KF, et al. Efficacy of Scalp Acupuncture in Patients With Post-stroke Hemiparesis: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Neurol*. 2021 Dec 9;12:746567.
- [32] 强琳. 观察加味补阳还五汤、康复技术联合应用于脑卒中后肩手综合征患者的治疗效果[J]. *中国民康医学*, 2019, 31(03):99-101.
- [33] Sang B, Deng S, Zhai J, et al. Does acupuncture therapy improve language function of patients with aphasia following ischemic stroke? A systematic review and meta-analysis. *NeuroRehabilitation*. 2022;51(2):231-245.
- [34] 胡文悦, 韩振蕴, 马华萍, 等. 天智颗粒治疗血管性认知障碍疗效与安全性系统评价和Meta分析[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(19):4766-4775.

- [35] 苟金, 杨昊昕, 于姚, 等. 复方苳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.
- [36] 李敏, 胡波, 熊光润, 等. 脑心通治疗血管性痴呆效果的Meta分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2012, 4(01):6-12.
- [37] 樊飞燕, 行文娟, 冯雨菡, 等. 银杏叶片治疗血管性痴呆的疗效和安全性的Meta分析[J]. 中药药理与临床, 2021, 37(02):167-172.
- [38] 刘泰, 曾佩佩, 张青萍. 养血清脑颗粒治疗血管性认知功能障碍疗效的Meta分析[J]. 药学研究, 2016, 35(01):49-52.
- [39] 陈阳昊, 孔丽娅, 毛盈颖, 等. 通心络胶囊治疗血管性痴呆临床疗效及安全性的Meta分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(05):504-511.
- [40] Chen Y, Wang H, Sun Z, et al. Effectiveness of acupuncture for patients with vascular dementia: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2022 Nov;70:102857.
- [41] 甄莉丽, 彭光海, 邹晓君, 等. 舒肝解郁胶囊对脑卒中后抑郁的疗效及改善日常生活能力的meta分析[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(16):3959-3963.
- [42] 白小利, 杜晓伟, 张灿飞, 等. 乌灵胶囊治疗卒中后抑郁有效性与安全性的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2014, 14(09):1104-1111.
- [43] 袁荣荣, 赵佳源, 王小芳, 等. 养血清脑颗粒辅助治疗卒中后抑郁疗效和安全性的系统评价[J]. 中药药理与临床, 2021, 37(05):164-170.