

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS XXXX—XXXX

缺血性中风急性期常见并发症中西医结合 治疗规范

Specification for integrated treatment of traditional Chinese and
Western medicine acute stage common complications of ischemic stroke

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

广西标准化协会 发 布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西中医药大学附属瑞康医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学附属瑞康医院、广西中医药大学第一附属医院、南宁市中医医院。

本文件主要起草人：古联、陈薇、唐略钧、吴鹏、韦宇飞、王伟涛、蔡志玲、梁宝云、宋潇宵、胡怨艳、申婷婷、黎同顺。

缺血性中风急性期常见并发症中西医结合诊疗规范

1 范围

本文件规定了缺血性中风急性期常见并发症中西医结合的诊断、禁忌症、治疗、日常调护的要求。本文件适用于缺血性中风急性期常见并发症的中西医结合诊疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

缺血性中风急性期 acute ischemic stroke

患者出现脑卒中症状后的最早阶段，在这个阶段，大脑组织遭受缺血性损伤，由于血液循环受阻，造成脑细胞缺氧、缺血甚至坏死。通常持续数小时至数天。

4 诊断

4.1 诊断方案

采用辨病与辨证相结合的诊断方式。首先根据西医诊断标准确定中风后相关并发症的辨病诊断，在此基础上运用中医审证求机、辨证分型方法，进行辨证诊断。

4.2 脑梗死后肺炎

4.2.1 西医诊断

脑梗死后肺炎诊断标准及要点见《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识（2019更新版）》。

4.2.2 中医诊断

4.2.2.1 主证

在卒中后首次出现或卒中前已有的喘证，在卒中后持续存在或加重，临床表现为呼吸困难，短促急迫，甚至张口抬肩，鼻翼扇动，不能平卧，口唇发绀等，半身不遂，口舌歪斜，言语不利，偏身麻木。

4.2.2.2 辨证分型

4.2.2.2.1 实喘

主要症候如下：

- 风寒壅肺证：喘息咳逆，呼吸急促，胸部胀闷，痰多色白清稀，常伴恶寒无汗，头痛鼻塞，或有发热，口不渴，舌苔薄白而滑，脉浮紧；
- 表寒肺热证：喘逆上气，息粗鼻扇，胸胀或痛，咳而不爽，吐痰稠黏，伴形寒，身热，烦闷，身痛，有汗或无汗，口渴，舌质红，苔薄白或黄，脉浮数或滑；
- 痰热郁肺证：喘咳气涌，胸部胀痛，痰多质黏色黄，或为血痰，伴胸中烦闷，身热有汗，口渴而喜冷饮，面赤咽干，小便赤涩，大便或秘，舌质红，苔黄腻，脉滑数；
- 痰浊阻肺证：喘咳痰鸣，胸中满闷，甚则胸盈仰息，痰多黏腻色白，咳吐不利，呕恶纳呆，口黏不渴，舌质淡，苔白腻，脉滑或濡；

——肺气郁痹：每遇情志刺激而诱发，突然呼吸短促，息粗气憋，胸胁闷痛，咽中如室，喉中痰鸣不著，平素多忧思抑郁，或失眠心悸，或心烦易怒，面红目赤，舌质红，苔薄白或黄，脉弦。

4.2.2.2.2 虚喘

主要症候如下：

——肺气虚耗：喘促短气，气怯声低，喉有鼾声，咳声低弱，痰吐稀薄，自汗畏风，或咳呛，痰少质黏，烦热口干，咽喉不利，面颧潮红，舌质淡红，或舌红少苔，脉软弱或细数；

——肾虚不纳：喘促日久，动则喘甚，呼多吸少，气不得续，形瘦神惫，跗肿，汗出肢冷，面青唇紫，或见喘咳，面红烦躁，口咽干燥，足冷，汗出如油，舌质淡，苔白或黑润，或舌红少津，脉沉弱或细数；

——正虚喘脱：喘逆剧甚，张口抬肩，鼻翼扇动，不能平卧，稍动则咳喘欲绝，或有痰鸣，心悸烦躁，四肢厥冷，面青唇紫，汗出如珠，脉浮大无根，或脉微欲绝。

4.3 静脉血栓栓塞症

4.3.1 西医诊断

诊断标准及要点见《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南（第三版）》。对于下肢深静脉血栓形成DVT的诊断，即根据患者的病史和临床症状进行评估、D-二聚体评估、影像学检查。

注：深静脉血栓形成是血液在深静脉内不正常凝结引起的静脉回流障碍性疾病，常发生于下肢。血栓脱落可引起肺动脉栓塞，DVT与PE统称为静脉血栓栓塞症（venous thromboembolism, VTE），是同种疾病在不同阶段的表现形式。

4.3.2 中医诊断

4.3.2.1 主证

主要表现为肢体肿胀、疼痛、局部皮温升高和浅静脉怒张等，疾病后期还可伴有小腿色素沉着、皮炎、臃疮等。

4.3.2.2 辨证分型

主要证候如下：

——湿热下注证：发病较急，表现为下肢粗肿，局部发热、发红，疼痛，活动受限，舌质红，苔黄腻，脉弦滑；

——血脉瘀阻证：下肢肿胀，皮色紫暗，固定性压痛，肢体青筋怒张；舌质暗或有瘀斑，苔白，脉弦；

——气虚湿阻证：表现为下肢肿胀日久，朝轻暮重，活动后加重，休息抬高下肢后减轻，青筋迂曲，或伴小腿色素沉着、淤积性皮炎，或起湿疹，或成溃疡；倦怠乏力；舌淡边有齿印，苔薄白，脉沉。

4.4 缺血性中风伴消化道出血

4.4.1 西医诊断

4.4.1.1 缺血性中风诊断标准及要点见《中国急性缺血性卒中诊治指南》（2023版）。

4.4.1.2 消化道出血诊断标准及要点见《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识》（2019年）：

——临床表现：吐血和/或黑便；

——内镜检查发现活动性出血、非出血性可见病灶或血凝块附着；

——实验室检查：血红蛋白下降等出血指标。

4.4.2 中医诊断

4.4.2.1 主证

猝然昏仆、不省人事、半身不遂、口舌歪斜、言语不利等，伴吐血（血自口吐出，色鲜红或暗红，量多少不一）、便血（暗红色或柏油样黑便），胃脘不适、暖气、纳差等。

4.4.2.2 辨证分型

4.4.2.2.1 痰热腑实证：神昏谵语，半身不遂，吐血或便血色鲜红；兼症：痰涎壅盛，胃脘灼热，腹胀便秘，烦躁不安；舌脉：舌红苔黄腻，脉弦滑数。

4.4.2.2.2 风痰瘀阻证：半身不遂，语言謇涩，吐血或便血色黯；兼症：痰多稠粘，胃脘痞闷，头晕目眩；舌脉：舌质暗淡，有瘀点，苔白腻，脉弦滑。

4.4.2.2.3 气虚血瘀证：肢体偏瘫，气短乏力，反复吐血或黑便；兼症：面色萎黄，胃脘隐痛，纳呆食少，便溏；舌脉：舌淡紫有瘀斑，苔薄白，脉细涩。

4.4.2.2.4 阴虚内热证：半身不遂，手足心热，渐进性吐血或便血；兼症：潮热盗汗，口咽干燥，胃脘灼热，大便干结；舌脉：舌红少津，苔少或剥，脉细数。

4.4.2.2.5 脾肾亏虚证：肢体偏瘫，腰膝酸软，时有吐血或便血；兼症：神疲乏力，胃纳不佳，便溏尿频，畏寒肢冷；舌脉：舌淡胖嫩，苔白滑，脉沉细无力。

4.5 中风后抑郁

4.5.1 西医诊断

诊断标准及要点见《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》（2016年）。宜配合使用抑郁量表、焦虑量表鉴别诊断。有吞之不下、咯之不出等以咽部症状为主要表现时，宜进行食道的X线及内镜检查排除咽喉或食管疾病。

4.5.2 中医诊断

4.5.2.1 主证

4.5.2.1.1 主要临床表现为心情抑郁、情绪不宁、善太息、胁肋胀满疼痛，或有易怒易哭，或有咽中有异物感、吞之不下、咯之不出等特殊症状。

4.5.2.1.2 有愤怒、忧愁、焦虑、恐惧、悲哀等情志内伤的病史。

4.5.2.1.3 多发于中青年女性，无其他病证的症状及体征。

4.5.2.2 辨证分型

主要证候如下：

——肝气郁结证：精神抑郁，情绪不宁，善太息，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，闷暖气，不思饮食，大便不调，女子月事不行，舌质淡红，苔薄腻，脉弦。

——气郁化火证：急躁易怒，胸闷胁胀，口苦而干，或头痛、目赤、耳鸣，或杂吞酸，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

——痰气郁结证：精神抑郁，胸部满闷，胁肋胀满，咽中如有异物梗塞，吞之不下，咯之不出，苔白腻，脉弦滑。

——心神失养证：精神恍惚，心神不宁，多疑易惊，悲忧善哭，喜怒无常，时时欠伸，或手舞足蹈，喊叫骂詈，舌质淡，脉弦。

——心脾两虚证：多思善虑，心悸胆怯，失眠健忘，头晕神疲，面色无华，纳差，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

——心肾阴虚证：虚烦少寐，惊悸，健忘，多梦，头晕耳鸣，五心烦热，腰膝酸软，盗汗，口干咽燥，男子遗精，女子月经不调，舌红，苔少或无，脉细数。

5 禁忌症

5.1 脑梗死后肺炎

5.1.1 西医治疗禁忌症

见《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识（2019更新版）》。

5.1.2 中医治疗禁忌症

对推荐方药的中药有过敏史者。孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用。

5.2 静脉血栓栓塞症

5.2.1 西医治疗禁忌症

见《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南（第三版）》、《急性下肢深静脉血栓形成腔内治疗专家共识》（2023年）。

5.2.2 中医治疗禁忌症

对推荐方药的中药有过敏史者。孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用。

5.3 缺血性中风伴消化道出血

5.3.1 西医治疗禁忌症

5.3.1.1 溶栓治疗禁忌：

- 活动性消化道出血；
- 近期（14 天内）有消化道大出血病史；
- 消化道溃疡性病变尚未愈合；
- 其他出血性疾病未控制者。

5.3.1.2 抗凝治疗禁忌：

- 活动性消化道出血；
- 严重凝血功能障碍；
- 血小板计数 $<100\times 10^9/L$ ；
- 出血性胃炎或消化性溃疡活动期。

5.3.1.3 抗血小板治疗禁忌：

- 严重消化道出血；
- 血小板减少或功能障碍；
- 出血倾向未纠正。

5.3.2 中医治疗禁忌症

5.3.2.1 一般禁忌：对推荐方药的中药有过敏史者；孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用；严重心、肝、肾功能不全者，应在医师指导下慎用。

5.3.2.2 特殊禁忌：

- 活动性消化道出血期间禁用活血化瘀类中药；
- 出血量大、血压不稳者禁用温热升散类中药；
- 有颅内出血倾向者禁用活血化瘀类注射剂。

5.4 中风后抑郁

5.4.1 西医治疗禁忌症

见《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》（2016年版）。

5.4.2 中医治疗禁忌症

对推荐方药的中药有过敏史者。孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用。

6 治疗

6.1 脑梗死后肺炎

6.1.1 治疗方案

缺血性中风伴肺炎综合治疗主要针对中风的原发病进行处理，并及时干预肺炎的病因和临床表现，在西医治疗的基础上结合中医辨证治疗，以达到优化治疗、改善预后：

- 西医治疗的重点是积极治疗原发病，首先进行缺血性中风的溶栓或血管重建治疗（如适应症符合时进行静脉溶栓或介入治疗）；在处理中风的同时，对肺炎进行早期识别和治疗，采用广谱抗生素或针对病原的特异性抗感染治疗。肺炎治疗应考虑病原微生物的鉴别，根据患者的临床表现和实验室检查结果选择合适的抗生素进行早期治疗。必要时可配合氧疗和呼吸支持，以确保氧合水平的稳定。除抗感染治疗外，针对呼吸功能衰竭的患者，可能需要机械通气或其他辅助通气治疗，确保呼吸系统的功能恢复；
- 中医治疗则根据患者的辨证施治，结合个体化的治疗方案，重在调和气血、化痰止咳、平喘解毒。急性期的中医治疗应侧重于清热化痰、宣肺止咳、增强免疫功能。在急性期可辅助针灸治疗改善肺部通气功能和减轻炎症反应。

6.1.2 西医治疗

参照《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识（2019更新版）》，具体治疗方案见附录A。

6.1.3 中医辨证治疗

6.1.3.1 实证

6.1.3.1.1 风寒壅肺证

治疗方法如下。

——内治法：宣肺散寒，如下：

- 推荐方药：麻黄汤合华盖散；
- 药物组成：麻黄9 g、桂枝6 g、杏仁9 g、炙甘草3 g、紫苏子6 g、陈皮6 g、桑白皮6 g、茯苓6 g。
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选列缺、尺泽、肺俞、中府、定喘，配穴选风门、合谷、丰隆、曲池、天突。

6.1.3.1.2 表寒肺热证

治疗方法如下。

——内治法：解表清里，化痰平喘，如下：

- 推荐方药：麻杏石甘汤；
- 药物组成：麻黄9 g、杏仁9 g、炙甘草6 g、生石膏18 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选列缺、尺泽、肺俞、中府、定喘，配穴选风门、合谷、丰隆、曲池、天突。

6.1.3.1.3 痰热郁肺证

治疗方法如下。

——内治法：清热化痰，宣肺平喘，如下：

- 推荐方药：桑白皮汤；
- 药物组成：桑白皮15 g、黄芩10 g、知母10 g、贝母10 g、射干10 g、瓜蒌皮10 g、前胡10 g、地龙10 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选列缺、尺泽、肺俞、中府、定喘，配穴选风门、合谷、丰隆、曲池、天突。

6.1.3.1.4 肺气郁痹证

治疗方法如下。

——内治法：开郁降气平喘，如下：

- 推荐方药：五磨饮子；
- 药物组成：木香6 g、沉香6 g、槟榔6 g、枳实6 g、乌药6 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选肺俞、膏肓、肾俞、太渊、太溪、足三里、定喘，配穴选气海、膻中、阴谷、关元。

6.1.3.2 虚喘

6.1.3.2.1 肺气虚耗证

治疗方法如下。

——内治法：补肺益气，如下：

- 推荐方药：生脉散合补肺汤；
- 药物组成：麦冬9 g、五味子9 g、人参9 g、黄芪24 g、熟地24 g、紫菀9 g、桑白皮9 g。
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选肺俞、膏肓、肾俞、太渊、太溪、足三里、定喘，配穴选气海、膻中、阴谷、关元。

6.1.3.2.2 肾虚不纳证

治疗方法如下。

——内治法：补肾纳气，如下：

- 推荐方药：金匱肾气丸合人参蛤蚧散加减；
- 药物组成：熟地黄24 g、山药12 g、山茱萸12 g、泽泻9 g、茯苓9 g、牡丹皮9 g、桂枝3 g、炮附子3 g、蛤蚧30 g、人参6 g、茯苓6 g、知母6 g、贝母6 g、桑白皮6 g、炙甘草15 g、杏仁18 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选肺俞、膏肓、肾俞、太渊、太溪、足三里、定喘，配穴选气海、膻中、阴谷、关元。

6.1.3.2.3 正虚喘脱证

治疗方法如下。

——内治法：扶阳固脱，镇摄肾气，如下：

- 推荐方药：参附汤送服黑锡丹；
- 药物组成：人参12 g、炮附子9 g、蛤蚧粉，汤药送服黑锡丹；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，主穴选肺俞、膏肓、肾俞、太渊、太溪、足三里、定喘，配穴选气海、膻中、阴谷、关元。

6.1.3.3 其他治疗

6.1.3.3.1 穴位敷贴法：肺俞、膏肓、肾俞、膻中、定喘。用炒白芥子 20 g，甘遂 15 g，细辛 15 g 共为细末，用生姜汁调药粉成糊状，制成药饼如蚕豆大，上放少许丁香散或麝香，敷于穴位上，用无菌医用敷贴固定，贴 30 min~90 min 后取掉，以局部红晕微痛为度。若起疱，消毒后挑破，保持局部干燥，防止感染。一般常在三伏天敷贴，即冬病夏治。

6.1.3.3.2 穴位埋线法：膻中、定喘、肺俞、脾俞、足三里、丰隆。每次选 1~3 穴，每 2~4 周 1 次。

6.1.3.3.3 穴位割治法：臃中常规消毒后，局部浸润麻醉，切开穴位 1 cm，割去皮下脂肪，外用无菌敷料覆盖即可。每 10 d~15 d 1 次，一般 1~2 次。

6.1.3.3.4 刺络拔罐法：穴位选定喘、肺俞、大椎。适用于风热犯肺及痰热壅肺等热证。

6.1.3.3.5 皮肤针法：取鱼际至尺泽穴手太阴肺经循行部、第 1~2 胸椎旁开 1.5 寸足太阳膀胱经循行部，循经叩刺，以皮肤潮红或微渗血为度。

6.1.3.3.6 耳针法：取对屏尖、肾上腺、气管、肺、皮质下、交感。每次选用 3~5 穴，毫针刺法。发作期每日 1~2 次；缓解期用弱刺激，每周 2 次。

6.1.3.4 注意事项

6.1.3.4.1 上述方药宜饭后温服，不宜空腹冷服，以免损伤脾胃。

6.1.3.4.2 服药期间忌酒、慎食生冷。

6.1.3.4.3 服用药物时间较长的患者，在使用过程中注意监测肝肾功能。

6.1.3.4.4 使用的中药材应符合国家药典或者相关标准的要求。

6.2 静脉血栓栓塞症

6.2.1 治疗方案

6.2.1.1 静脉血栓栓塞症治疗方案以西医治疗快速稳定病情，在以中医辨证分型辅助治疗、预防并发症及促进恢复：

——首先通过西医评估明确血栓栓塞的范围及风险，进行血液流变学检查，选择适当的抗凝药物；在抗凝治疗的基础上，急性期对于中大血栓或肺栓塞等高风险患者，可采用溶栓治疗，并根据具体病情动态调整药物剂量。此外，患者若存在高出血风险或抗凝治疗禁忌，可考虑采用介入治疗，防止血栓进一步脱落或加重肺栓塞等并发症。对于合并症的管理，重点包括监测凝血功能、维持重要脏器功能、血容量补充及及时处理其他并发症；

——中医治疗方面，急性期应注重辨证施治，通过活血化瘀、通络止痛、调和气血等手段，辅助改善血流，缓解症状；强调个体化方案，根据患者的体质和临床表现调整方药，用药过程中可结合中医外治法如冰硝散外敷，可减轻患肢肿痛等症状。慢性期可用中药煎汤趁热外洗患肢，可选用活血止痛散。

6.2.2 西医治疗

参照《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南(第三版)》，具体治疗方案见附录A。

6.2.3 中医辨证治疗

6.2.3.1 内治法

6.2.3.1.1 湿热下注证

清热利湿，活血化瘀，如下：

——方药：四妙勇安汤加味。

——药物组成：金银花 30 g、玄参 20 g、当归 10 g、赤芍 10 g、苍术 10 g、黄柏 10 g、黄芩 6 g、连翘 10 g、防己 10 g、红花 6 g、甘草 10 g 等。

——煎服法：每日 1 剂，水煎成 400 mL，分 2 次饭后温服；

6.2.3.1.2 血脉瘀阻证

活血化瘀，通络止痛，如下：

——方药：活血通脉汤加减。

——药物组成：丹参 15 g、红花 6 g、赤芍 9 g、当归 9 g、牡丹皮 9 g、桃仁 9 g、黄芪 20 g、鸡血藤 30 g、何首乌 12 g 等。

——煎服法：每日 1 剂，水煎成 400 mL，分 2 次饭后温服；

6.2.3.1.3 气虚湿阻证

益气健脾，祛湿通络，如下：

——方药：参苓白术散加味。

——药物组成：白扁豆 12 g、白术 15 g、茯苓 12 g、甘草 9 g、桔梗 6 g、莲子 12 g、人参 5 g、砂仁 6 g、山药 15 g、薏苡仁 9 g 等。

——煎服法：每日 1 剂，水煎成 400 mL，分 2 次饭后温服。

6.2.3.2 外治法

6.2.3.2.1 急性期可用冰硝散外敷，方法：芒硝 5 份、冰片 1 份共研成粉末，混合后装入纱布袋中，敷于患肢，待布袋变湿时重新更换，发病后连用数日，可减轻患肢肿痛等症状。

6.2.3.2.2 慢性期可用中药煎汤趁热外洗患肢，可选用活血止痛散，每日 1 次，每次 30 min~60 min。

6.2.3.3 注意事项

6.2.3.3.1 上述方药宜饭后温服，不宜空腹冷服，以免损伤脾胃。

6.2.3.3.2 服药期间忌酒、慎食生冷。

6.2.3.3.3 服用药物时间较长的患者，在使用过程中注意监测肝肾功能。

6.2.3.3.4 使用的中药材应符合国家药典或者相关标准的要求。

6.3 缺血性中风伴消化道出血

6.3.1 治疗方案

缺血性中风伴消化道出血治疗方案采取中西医结合的综合治疗策略，既注重急救措施的及时性，又强调标本兼治，先通过西医治疗迅速评估并处理消化道出血，再根据中医辨证分型进行个性化的治疗：

——通过西医治疗迅速评估并处理消化道出血，权衡抗栓、抗凝、抗血小板治疗与止血之间的复杂关系。在最短时间内进行胃镜检查，评估出血源，并通过质子泵抑制剂或其他止血药物有效控制出血，同时进行血容量补充和重要脏器功能支持；

——在西医治疗的基础上，中医治疗依据辨证分型原则，结合患者的临床表现，进行个性化的治疗。急则以“治标”策略为主，重点通过止血、化痰、开窍等方法缓解症状，同时，结合壮医外治法，如药线点灸、竹罐疗法等，可进一步调和气血，改善循环，促进康复。在急性期应密切监测生命体征，及时调整治疗策略，防范并发症的发生，确保治疗的安全性与有效性。

6.3.2 西医治疗

参照《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识》(2019年)，具体治疗方案见附录A。

6.3.3 中医辨证治疗

6.3.3.1 痰热腑实证

治疗方法如下。

——内治法：清热化痰，凉血止血，如下：

• 推荐方剂：清气化痰汤合止血化瘀汤加减；

• 基础方药：黄连 10 g、竹茹 10 g、法半夏 10 g、茯苓 15 g、陈皮 6 g、生地 30 g、白芨 15 g、三七粉 3 g（冲服）、藕节炭 10 g、大黄 6 g（后下）；

• 加减原则：吐血量大者，加血余炭 15 g、仙鹤草 15 g；便血鲜红者，加地榆炭 12 g、槐花炭 10 g；痰热重者，加黄芩 10 g、石菖蒲 10 g；

• 煎服法：每日 1 剂，水煎取汁 400 mL，分 2 次温服疗程：连续服用 7 d~14 d，视病情调整。

——外治法：

• 壮医药线点灸疗法：选择人中、内关、三阴交、水沟、合谷为主穴，足三里、曲池为配穴；每穴点灸 1~2 壮，每日 1~2 次，点按角度 30°~60°，点灸后不需揉按；

• 壮医药物竹罐疗法：选择背部华佗夹脊穴、足太阳膀胱经、手阳明大肠经的相关穴位；药液煮罐时间 5 min~14 min，留罐时逆时针旋转罐体 10°~30°。手法稍快，力度稍重，留罐时间建议 8 min~12 min，走罐至皮肤出现深红色或淡紫色痧斑为度；

• 壮医敷贴疗法：选用清热化痰类药物制成药贴，用米醋调制药贴（阳证），无需加热即可使用，敷贴时间 4 h~6 h，隔日 1 次，疗程：7 次为 1 疗程。

6.3.3.2 风痰瘀阻证

治疗方法如下。

——内治法：化痰通络，止血降逆，如下：

- 推荐方剂：天麻钩藤饮合三七散加减；
- 基础方药：天麻10 g、钩藤15 g、石决明30 g、杜仲12 g、益母草15 g、桑寄生15 g、三七粉3 g（冲服）、法半夏10 g、陈皮6 g；
- 加减原则：出血较多者，加血余炭15 g、白及15 g；痰浊重者，加胆南星10 g、竹茹10 g；头痛眩晕者，加珍珠母30 g、石菖蒲10 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎取汁400 mL，分2次温服。疗程：连续服用7 d~14 d，视病情调整。

——外治法：

- 壮医药线点灸疗法：选择内关、合谷、足三里、昆仑为主穴，曲池、手三里（强化通络止血）、阳陵泉为配穴；每穴宜点灸2壮，点按角度30°~60°，点灸后轻揉穴位数秒，每日点灸2次，以留在穴位上的药线炭灰呈白色为宜；
- 壮医药物竹罐疗法：选择华佗夹脊穴、足太阳膀胱经、足少阳胆经穴位；药液煮罐时间15 min~20 min，留罐时顺时针旋转罐体10°~30°，手法宜轻缓，留罐时间宜10 min~15 min，走罐至皮肤出现淡红色或红色痧斑为宜；
- 壮医敷贴疗法：选用化痰通络类药物，用米酒配制；将药贴加热至40℃~50℃后使用，先进行理筋手法5 min~10 min，敷贴时间4 h~6 h，隔日1次，7次为1疗程。

6.3.3.3 气虚血瘀证

治疗方法如下。

——内治法：补气养血，活血化瘀，如下：

- 推荐方剂：补阳还五汤加减；
- 基础方药：黄芪30 g、当归15 g、赤芍10 g、川芎10 g、桃仁10 g、红花6 g、地龙10 g；
- 加减原则：气虚明显者，加党参15 g、炙甘草6 g；瘀滞重者，加三七粉3 g（冲服）、丹参15 g；头晕乏力者，加白术15 g、山药15 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎取汁400 mL，分2次温服。疗程：连续服用14 d~21 d，视病情调整。

——外治法：

- 壮医药线点灸疗法：选择足三里、合谷、手三里（补气）；曲池、外关（活血化瘀）穴位；每穴点灸1~3壮，点灸后用拇指指腹顺时针揉按穴位数秒，每日点灸1~2次，以药线炭灰呈白色为宜；
- 壮医药物竹罐疗法：选取足太阳膀胱经、足阳明胃经穴位；煮罐15 min~20 min，留罐时顺时针旋转罐体10°~30°，速度宜慢，力度宜轻，走罐手法轻缓，以皮肤出现淡红色或红色痧斑为宜，每次留罐5 min~15 min，每日1次；
- 壮医敷贴疗法：取壮药粉用米酒配制（阴证用米酒）；先进行理筋手法5 min~10 min。药贴加热至40℃~50℃（阴证需加热），敷贴时间4 h~6 h，隔日1次，7次为1疗程。

6.3.3.4 阴虚内热证

治疗方法如下。

——内治法：滋阴降火，凉血止血，如下：

- 推荐方剂：天王补心丹加减；
- 基础方药：生地30 g、麦冬15 g、天冬15 g、当归15 g、丹参15 g、柏子仁12 g、酸枣仁15 g；
- 加减原则：失眠多梦者，加夜交藤30 g、合欢皮15 g；心烦易怒者，加龙骨30 g、牡蛎30 g；头晕目眩者，加白芍15 g、钩藤15 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎取汁400 mL，分2次温服。疗程：连续服用14 d~21 d，视病情调整。

——外治法：

- 壮医药线点灸疗法：选择内庭、太冲（滋阴降火）；合谷（凉血）穴位；辨证施灸：因为是阴虚证，每穴点灸1~3壮，力度要轻，点灸后用拇指指腹顺时针揉按穴位数秒，每日点灸1~2次，不宜过频，以药线炭灰呈白色为宜；
- 壮医药物竹罐疗法：选择足太阴脾经穴位；煮罐15 min~20 min，留罐时顺时针旋转罐体10°~30°，速度要慢，力度要轻柔，走罐手法要轻缓，以皮肤出现淡红色痧斑为宜，每次留罐时间控制在5 min~10 min，每日1次；
- 壮医敷贴疗法：取壮药粉用米酒配制（阴证用米酒）；先进行轻柔的理筋手法5 min~10 min，药贴加热至40℃~50℃（阴证需加热），敷贴时间以4 h为宜，不宜过久，隔日1次，7次为1疗程。

6.3.3.5 脾肾亏虚证

治疗方法如下。

——内治法：健脾补肾，固本止血，如下：

- 推荐方剂：右归丸合参苓白术散加减
- 基础方药：熟地黄20 g、山药15 g、山茱萸12 g、茯苓15 g、白术15 g、党参15 g、菟丝子15 g、杜仲12 g；
- 加减原则：腰膝酸软者，加狗脊15 g、续断12 g；食欲不振者，加陈皮6 g、砂仁6 g；神疲乏力者，加黄芪30 g、五味子6 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎取汁400 mL，分2次温服 疗程：连续服用21 d~28 d，视病情调整。

——外治法：

- 壮医药线点灸疗法：选择足三里、阳陵泉（健脾）和关元、太溪（补肾）穴位；每穴点灸1~3壮，点灸后用拇指指腹顺时针揉按穴位数秒，加强补益效果，每日点灸1~2次，以药线炭灰呈白色为宜；
- 壮医药物竹罐疗法：选取华佗夹脊穴、足太阴脾经穴位；煮罐15 min~20 min，留罐时顺时针旋转罐体10°~30°，速度要缓慢，力度要温和适中，走罐手法要轻缓，以皮肤出现淡红色痧斑为宜，留罐时间8 min~15 min，每日1次；
- 壮医敷贴疗法：取壮药粉用米酒配制（阴证用米酒）；先进行温和的理筋手法5 min~10 min，以温经通络，药贴加热至40℃~50℃（阴证需加热），敷贴时间4 h~6 h，隔日1次，7次为1疗程。

6.3.3.6 注意事项

- 6.3.3.6.1 中药汤剂宜饭后30 min内温服，不宜空腹冷服。
- 6.3.3.6.2 对于消化道出血活动期患者，应密切观察服药后有无加重出血表现。
- 6.3.3.6.3 服用药物时间较长的患者，在使用过程中应注意监测肝肾功能。如出现便血、呕血加重、出现药物不良反应、原发疾病症状加重等情况应当及时就医。
- 6.3.3.6.4 服药期间忌酒、慎食生冷。
- 6.3.3.6.5 老年患者、体质虚弱者应当适当调整剂量。妊娠期、哺乳期妇女用药需经专科医师评估。有严重心、肝、肾功能不全者需个体化用药。
- 6.3.3.6.6 使用的中药材应符合《中华人民共和国药典》或者相关标准的要求。

6.4 中风后抑郁

6.4.1 治疗方案

中风后抑郁治疗方案以西医药物治疗为基础，结合中医辨证施治协同治疗：

- 通过西医治疗（药物治疗和心理干预）减轻抑郁症状、改善情绪调节和功能恢复。药物治疗宜选择5-羟色胺再吸收抑制剂（SSRIs），对于伴有焦虑等症状的患者可考虑去甲肾上腺素和5-羟色胺再吸收抑制剂（SNRIs）或三环类抗抑郁药（TCAs）。心理治疗宜选择认知行为疗法（CBT）和支持性心理治疗缓解抑郁情绪并增强患者的应对能力；
- 在西医治疗的基础上，中医治疗通过辨证施治，结合个体证型特点，以疏肝解郁、养心安神、调和气血为核心原则。在西医药物治疗效果不理想的情况下，结合壮医外治法（如药线点灸、

竹罐疗法等)进一步增强治疗效果。依据患者的具体证型和临床表现灵活调整内治法柴胡疏肝散、丹栀逍遥散等等具体方药的选择。

6.4.2 西医治疗

参照《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》(2016年),具体治疗方案见附录A。

6.4.3 中医辨证治疗

6.4.3.1 肝气郁结证

治疗方法如下。

——内治法:疏肝解郁,理气和中,如下:

- 推荐方药:柴胡疏肝散;
- 药物组成:柴胡15 g、香附10 g、枳壳10 g、陈皮10 g、郁金6 g、苏梗6 g、合欢皮6 g、川芎10 g、芍药10 g、甘草5 g。
- 煎服法:每日1剂,水煎成400 mL,分2次饭后温服;
- 疗程:2周为1个疗程,服用1个疗程后,视患者病情调整用药;

——外治法:针刺疗法,辨证取穴,主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中,配穴:期门,每日1次。

6.4.3.2 气郁化火证

治疗方法如下。

——内治法:疏肝解郁,清肝泻火,如下:

- 推荐方药:丹栀逍遥散;
- 药物组成:柴胡15 g、薄荷10 g、丹皮10 g、栀子10 g、郁金10 g、香附10 g、当归10 g、白芍10 g、白术10 g、茯苓10 g、甘草6 g;
- 煎服法:每日1剂,水煎成400 mL,分2次饭后温服;
- 疗程:2周为1个疗程,服用1个疗程后,视患者病情调整用药;

——外治法:针刺疗法,辨证取穴,主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中,配穴:行间,每日1次。

6.4.3.3 痰气郁结证

治疗方法如下。

——内治法:行气开郁,化痰散结,如下:

- 推荐方药:半夏厚朴汤加减;
- 药物组成:厚朴15 g、枳壳10 g、紫苏10 g、法半夏15 g、茯苓10 g、生姜6 g;
- 煎服法:每日1剂,水煎成400 mL,分2次饭后温服;
- 疗程:2周为1个疗程,服用1个疗程后,视患者病情调整用药;

——外治法:针刺疗法,辨证取穴,主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中,配穴:丰隆、中脘,每日1次。

6.4.3.4 心神失养证

治疗方法如下。

——内治法:甘润缓急,养心安神,如下:

- 推荐方药:甘麦大枣汤加减;
- 药物组成:甘草15 g、小麦10 g、大枣6 g、郁金10 g、合欢花10 g;
- 煎服法:每日1剂,水煎成400 mL,分2次饭后温服;
- 疗程:2周为1个疗程,服用1个疗程后,视患者病情调整用药;

——外治法:针刺疗法,辨证取穴,主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中,配穴:心俞、少海,每日1次。

6.4.3.5 心脾两虚证

治疗方法如下。

——内治法：健脾养心，益气补血，如下：

- 推荐方药：归脾汤加减；
- 药物组成：党参15 g、茯苓10 g、白术10 g、黄芪15 g、当归10 g、酸枣仁15 g、远志10 g、茯神10 g、龙眼肉10 g、木香6 g、神曲6 g、甘草6 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，辨证取穴，主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中，配穴：心俞、脾俞，每日1次。

6.4.3.6 心肾阴虚证

治疗方法如下。

——内治法：滋养心肾，如下：

- 推荐方药：天王补心丹合六味地黄丸加减；
- 药物组成：熟地黄15 g、山药10 g、山茱萸10 g、人参10 g、茯苓10 g、五味子10 g、当归10 g、柏子仁10 g、酸枣仁15 g、远志10 g、丹参10 g、天冬10 g、麦冬10 g、玄参10 g、牡丹皮6 g；
- 煎服法：每日1剂，水煎成400 mL，分2次饭后温服；
- 疗程：2周为1个疗程，服用1个疗程后，视患者病情调整用药；

——外治法：针刺疗法，辨证取穴，主穴选百会、印堂、太冲、神门、内关、膻中，配穴：心俞、肾俞，每日1次。

6.4.3.7 注意事项

6.4.3.7.1 上述方药宜饭后温服，不宜空腹冷服。

6.4.3.7.2 服药期间忌酒、慎食生冷。

6.4.3.7.3 服用药物时间较长的患者，在使用过程中应注意监测肝肾功能。

6.4.3.7.4 使用的中药材应符合国家药典或者相关标准的要求。

7 日常调护

7.1 中风后抑郁

7.1.1 养成良好的生活习惯，保持规律作息，充足睡眠，避免过度劳累；创造安静、舒适的休养环境，避免精神刺激，注意保暖，避免受凉受寒。

7.1.2 采取低盐、低脂的饮食，避免进食辛辣、油炸、刺激性的食物，宜多进食富含蛋白质食物、新鲜的水果和蔬菜。

7.1.3 保持心情愉悦舒畅，避免受到负面情绪的影响，必要时可咨询心理医生，寻求专业治疗。

7.1.4 适当进行康复锻炼、户外锻炼、有氧运动。

7.1.5 根据患者的实际情况，制定个性化的护理计划。

7.2 缺血性中风伴消化道出血

7.2.1 保持规律作息，充足睡眠，避免过度劳累；创造安静、舒适的休养环境，避免精神刺激；保持大小便通畅，预防便秘；注意保暖，避免受凉受寒。卧床患者需定时翻身，预防压疮。

7.2.2 选择易消化主食（软米饭、面条、粥等）、富含蛋白质食物（瘦肉、鱼类、蛋类等），新鲜蔬菜水果、补铁食物（动物肝脏、红枣等）。食物以温热为宜，禁食过冷过热、辛辣刺激性食物，忌食生冷食物，避免粗糙、不易消化食物，禁止饮酒及含酒精饮料。进食应少量多次，避免过饱。

7.2.3 遵医嘱进行循序渐进的康复训练；定期复查，监测病情变化。保持心情舒畅，避免情绪波动。规律适度运动，避免剧烈活动。

7.2.4 加强对疾病相关知识的认知；掌握出血先兆症状及应对措施；了解服药注意事项及可能出现的不良反应；熟悉紧急就医指征。

7.2.5 定期监测血压、血糖等指标。规律服药，遵医嘱调整用药方案。避免诱发因素。建立健康的生活方式。

7.3 静脉血栓栓塞症

7.3.1 急性期患者应卧床休息，以减轻疼痛。抬高患肢高出心脏水平，宜抬高 20 cm~30 cm；患肢制动，避免肢体用力屈伸活动，避免对肢体进行揉捏、挤压、搬动患肢，防止血栓脱落并发肺栓塞。

7.3.2 急性期过后鼓励下地活动，需绑扎弹力绷带或穿弹力袜，活动量由小至大逐渐增加。平卧时抬高患肢高出心脏水平，宜抬高 20 cm~30 cm，每天至少四次，每次不少于 20 min；同时可做患肢踝、膝关节伸屈活动。平素生活工作中不宜久站、久坐。

7.3.3 饮食宜清淡，忌食辛辣、油腻、鱼腥的食物，戒烟。

7.4 脑梗死后肺炎

7.4.1 慎风寒，适寒温，顺应季节气候的变化。

7.4.2 调节饮食，少食黏腻和辛热刺激的食物，以免助湿生痰动火。畅情志，保持情绪乐观稳定，使机体气机调畅。

7.4.3 喘证患者应注意早期治疗，力求根治，尤其防寒保暖，防止受邪而诱发加重病情。

7.4.4 忌烟酒，远房事，调情志，饮食清淡而富有营养。

7.4.5 加强体育锻炼，增强体质，提高机体的抗病能力，应锻炼有度，避免过度疲劳。

附录 A

(资料性)

缺血性中风急性期常见并发症西医治疗

A.1 脑梗死后肺炎

A.1.1 一般治疗

积极治疗原发病，加强口腔护理及综合管理，减少或预防肺部感染的发生。

A.1.2 早期营养支持

发病24 h~48 h内宜尽量让卒中患者口服食物，若患者不能经口进食，宜应用持续肠内营养，能肠内营养者宜尽量不采用静脉营养的方式。存在经口进食或肠内营养禁忌证者，应在3 d~7 d内启动肠外营养。

A.1.3 抗感染治疗

A.1.3.1 SAP 诊断确立后宜尽早开始经验性抗感染治疗。

A.1.3.2 初始经验性抗感染治疗方案选择应该综合考虑宿主因素、SAP 的病原菌特点、药物的抗菌谱、抗菌活性、药动学/药效学特征以及当地病原流行病学特点、兼顾厌氧菌的混合感染治疗等因素，选择起效迅速、神经毒性和肝肾毒性较低的抗感染药物。

A.1.3.3 初始经验性抗感染治疗宜用静脉制剂，期间应在疗效反应和病原学资料的基础上及时调整用药。根据 CURB-65 或 PSI 量表评估，轻中度 SAP 患者首选 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂的复合制剂（如阿莫西林/克拉维酸、哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦等）或头霉素类（头孢西丁、头孢美唑等）或氧头孢烯类抗感染药物（拉氧头孢或氟氧头孢），疗程一般 5 d~7 d；根据 CURB-65 或 PSI 量表评估为重症 SAP 患者首选厄他培南，或者美罗培南、亚胺培南、比阿培南等，平均疗程 7 d~10 d。兼顾厌氧菌的混合感染治疗可考虑联合用药，抗厌氧菌的治疗可以首选硝基咪唑类药物（如左旋奥硝唑、甲硝唑、替硝唑等）。

A.1.3.4 SAP 在经验性治疗的基础上，应积极寻求目标治疗的机会，根据病原学检查结果选择具有高度针对性或敏感的抗菌药物。根据耐药菌危险因素评估或者微生物培养证实为耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌（methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA）、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌和碳青霉烯类耐药肠杆菌（carbapenem-resistant *Enterobacter*, CRE）感染，应适当延长疗程至 10~21 d：

- MRSA 感染时可应用万古霉素、去甲万古霉素、利奈唑胺或者替考拉宁；
- 铜绿假单胞菌感染时宜应用抗假单胞菌的 β -内酰胺类抗菌药物（哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦、头孢他啶、头孢吡肟、亚胺培南或美罗培南等）治疗，必要时联合应用喹诺酮类（环丙沙星或左氧氟沙星等）或氨基糖甙类药物（如奈替米星、依替米星等）；
- 鲍曼不动杆菌的耐药率普遍很高，可应用舒巴坦制剂（如头孢哌酮/舒巴坦、氨苄西林/舒巴坦）或抗假单胞菌碳青霉烯类、替加环素、多黏菌素治疗，甚至可前述药物联合应用；
- CRE 感染的患者应用头孢他啶/阿维巴坦、多黏菌素或替加环素。

A.1.3.5 如果病原学检查明确 SAP 患者为非典型病原体（支原体、衣原体或军团菌）感染，可选用喹诺酮类（左氧氟沙星、莫西沙星等）、大环内酯类（阿奇霉素等）或四环素类抗感染药物（多西环素、米诺环素等）。

注：注意喹诺酮类药物会导致中枢神经系统不良反应的问题，特别是对于本次卒中较严重、病变临近皮层或既往有癫痫史者。

A.1.4 卒中相关性肺炎的预防

A.1.4.1 患者床头抬高 30°~45° 预防 SAP。

A.1.4.2 对卒中患者早期吞咽功能评估和训练。

A. 1. 4. 3 存在幽门梗阻、胃瘫、食管反流或者误吸的患者，采用幽门后置管喂养的方式。

A. 2 静脉血栓栓塞症

A. 2. 1 DVT的早期治疗

A. 2. 1. 1 抗凝

A. 2. 1. 1. 1 早期 DVT 非肿瘤患者，宜直接使用新型口服抗凝药物（如利伐沙班），或使用低分子肝素联合维生素 K 拮抗剂（如华法林），在国际标准化比值（INR）达标且稳定 24 h 后，停用低分子肝素。

A. 2. 1. 1. 2 早期 DVT 肿瘤患者，宜首选低分子肝素抗凝，或使用维生素 K 拮抗剂或新型口服抗凝药物。

A. 2. 1. 2 溶栓治疗

急性近端 DVT（髂、股、腘静脉）、全身状况好、预期生命>1年和低出血并发症的危险可使用溶栓治疗。

——溶栓药物：

- 宜选用尿激酶。一般首剂4000U/kg，30min内静脉注射，继以60万～120万 U/d，维持72h～96 h，必要时延长至5 d～7 d；
- 重组链激酶；
- 重组组织型纤溶酶原激活剂；
- 新型溶栓药物包括瑞替普酶、替奈普酶等。

——降纤药物：常用巴曲酶。

A. 2. 1. 3 手术治疗

包括经导管接触性溶栓（catheter-directed thrombolysis, CDT）、手术取栓、经皮机械性血栓清除术（percutaneous mechanical thrombectomy, PMT）、球囊扩张、支架置入、下腔静脉滤器：

——对于急性期中央型或混合型 DVT，对全身情况好、预期生存期≥1 年、出血风险较小的患者，可首选 CDT。如条件允许，可行 PMT 与 CDT 联合清除血栓。

——出现股青肿时，应立即行手术取栓或 PMT、CDT 等治疗。

——对于病史 7 d 以内的中央型或混合型 DVT 患者，全身情况良好，无重要脏器功能障碍，也可用手术取栓。

——成功行 CDT 或切开取栓后，造影发现髂静脉狭窄>50%，宜首选球囊扩张、支架置入术，必要时采用外科手术解除髂静脉阻塞。

——对于抗凝治疗有禁忌或有并发症，或在充分抗凝治疗的情况下仍发生 PE 者，宜植入下腔静脉滤器。对于下列情况可考虑植入下腔静脉滤器：

- 髂、股静脉或下腔静脉内有漂浮血栓；
- 急性DVT，拟行CDT、PMT或手术取栓等血栓清除术者；
- 具有急性DVT、PE高危因素的行腹部、盆腔或下肢手术的患者。

A. 2. 1. 4 压力治疗

血栓清除后，患肢可使用间歇加压充气治疗或弹力袜预防血栓复发。

A. 2. 2 DVT慢性期治疗

A. 2. 2. 1 抗凝

A. 2. 2. 1. 1 对于未伴有肿瘤的下肢 DVT 或 PE，使用新型口服抗凝药物或维生素 K 拮抗剂。其中继发于手术或一过性危险因素的初发 DVT 患者，抗凝治疗 3 个月；无诱因的首次近端 DVT 或 PE、复发的 VTE 患者抗凝 3 个月后，延长抗凝治疗。

A. 2. 2. 1. 2 伴有肿瘤的下肢 DVT 或 PE，宜使用低分子肝素抗凝治疗，抗凝 3 个月后，宜延长抗凝治疗。

A. 2. 2. 1. 3 维生素 K 拮抗剂在整个治疗过程中应使 INR 维持在 2.0～3.0，应定期监测。

A. 2. 2. 2 其他治疗

对于DVT慢性期患者，宜服用静脉活性药物，有条件者可使用肢体间歇气压治疗（又称循环驱动治疗）：

- 静脉活性药：包括七叶皂苷类、黄酮类等；
- 类肝素抗栓药物：如舒洛地特等；
- 物理治疗：间歇气压治疗（又称循环驱动治疗）。

A.3 缺血性中风伴消化道出血

A.3.1 药物治疗

A.3.1.1 抑酸药物

A.3.1.1.1 临床常用的抑酸剂为质子泵抑制剂（PPI）和组胺受体拮抗剂（H₂RAs）。PPI 的抑酸效果优于 H₂RAs，危重患者宜尽早使用 PPI 进行抑酸治疗。宜在内镜检查前应用 PPI 以改善出血病灶的内镜下表现，减少内镜下止血的需要。

A.3.1.1.2 内镜止血治疗后的高危患者，如 Forrest 分级 I a-Ⅱ b 级的溃疡、内镜止血效果不佳和（或）合并服用抗血小板药物或 NSAID 者，应给予静脉大剂量 PPI 72 h，并可适当延长大剂量 PPI 疗程，然后改为标准剂量 PPI 静脉输注。此后口服标准剂量 PPI 至溃疡愈合。

A.3.1.1.3 低危患者可采用常规剂量 PPI 治疗。

A.3.1.2 止凝血药物

A.3.1.2.1 不宜使用止血药物作为急性非静脉性上消化道出血的一线药物使用。

A.3.1.2.2 对凝血功能障碍患者，输注冰冻血浆的同时，进行血栓弹力图监测引导下的成分输血，并给予氨甲环酸补充纤维蛋白原。

A.3.1.2.3 对服用维生素 K 拮抗剂（VKA）的患者停用 VKA，并纠正凝血功能障碍；应同时咨询心血管病专家预防患者心血管危险。

A.3.1.2.4 血流动力学不稳定者宜应用维生素 K，静脉应用凝血酶原复合物（PCC），若没有 PCC 可用新鲜冰冻血浆。

A.3.1.2.5 即使患者服用抗血小板药物，也不宜对血小板计数正常的患者输注血小板。

A.3.1.3 血管活性药物

对经过液体复苏但患者的血流动力学仍不稳定患者，可适当地选用血管活性药物（如多巴胺、去甲肾上腺素、生长抑素及其衍生物奥曲肽），以改善重要脏器的血液灌注。

注：生长抑素及其类似物奥曲肽同属生长抑素类药物，药理作用相似，均能够减少内脏血流，降低门静脉压力，抑制胃肠道及胰腺肽类激素分泌等，可显著降低消化性溃疡出血患者的手术率，预防早期再出血的发生。同时，其可有效预防内镜治疗后肝静脉压力梯度的升高，从而提高内镜治疗的成功率。其中奥曲肽作用持续时间更长并且可以皮下注射给药。

A.3.2 内镜下止血治疗

A.3.2.1 内镜下止血应作为非药物治疗的首选。常用的内镜止血方法包括局部喷洒和（或）注射药物、热凝止血。

A.3.2.2 宜对 Forrest 分级 I a～Ⅱ a 级的出血病变行内镜下止血治疗，内镜下止血的时机是患者血流动力学稳定后在 24 h 内进行，对于高危患者应在 12 h 内进行。

A.3.2.3 消化性溃疡有血凝块（Forrest 分级Ⅱ b）在血凝块清除后若确定底部有活动性出血（Forrest 分级 I a、I b），或无活动性出血的裸露血管（Forrest 分级Ⅱ a）的患者应接受内镜下止血治疗。

A.3.3 介入治疗

内镜止血失败且急性大出血不能控制的患者应当及早考虑行介入治疗。选择性血管造影有助于明确出血的部位与病因，必要时可行明胶海绵、聚乙烯醇颗粒、弹簧栓、生物胶等进行血管栓塞治疗。

A.3.4 手术治疗

对经内镜检查及介入检查等仍未能明确诊断，或药物、内镜和放射介入治疗均失败者，病情紧急时可考虑剖腹探查，可在术中结合内镜检查，明确出血部位后进行治疗。

A.3.5 病因治疗

- A.3.5.1 对幽门螺杆菌阳性的消化性溃疡出血患者予以根除治疗及抗溃疡治疗；
- A.3.5.2 对因凝血功能障碍引起的出血，应积极纠正引起凝血因子缺乏的病因；
- A.3.5.3 对因消化道肿瘤引起的出血，应积极针对原发病进行治疗；
- A.3.5.4 对于应激引起的出血，应积极的去除应激原；
- A.3.5.5 因药物因素引起的出血，应酌情停药、换药和根据病情恢复用药；
- A.3.5.6 对血栓栓塞高危的患者，除非有危及生命的出血，在内镜止血后应立即恢复抗血小板治疗。

A.4 中风后抑郁

A.4.1 药物治疗

- A.4.1.1 选择性 5-羟色胺再吸收抑制剂(SSRIs): 包括舍曲林(Sertraline)、帕罗西汀(Paroxetine)、氟西汀(Fluoxetine)等，是中风后抑郁的首选药物；
- A.4.1.2 去甲肾上腺素和 5-羟色胺再摄取抑制剂(SNRIs): 包括文拉法辛(Venlafaxine)、度洛西汀(Duloxetine)等，伴有焦虑症状患者可考虑使用；
- A.4.1.3 三环类抗抑郁药(TCAs): 包括阿米替林(Amitriptyline)、多虑平(Doxepin)等，一般在SSRIs无效时考虑使用；
- A.4.1.4 单胺氧化酶抑制剂(MAOIs): 包括苯乙肼(Phenelzine)、异佛尔酮(Isocarboxazid)等，在其他药物无效的情况下使用，应严格控制饮食，避免与含有酪胺的食物共同使用。

A.4.2 心理治疗

- A.4.2.1 认知行为疗法(CBT): 通过帮助患者识别并改变负面的思维模式和行为，增强应对压力和情绪困扰的能力；CBT可单独使用，也可与药物治疗联合使用；

注：认知行为疗法是治疗中风后抑郁有效的心理治疗方法。

- A.4.2.2 支持性心理治疗: 侧重于通过建立支持性的关系，帮助患者倾诉困扰，减轻心理负担，并帮助患者适应中风后的生活变化，提升自我管理能力；
- A.4.2.3 问题解决治疗(PST): 强调帮助患者面对和解决生活中的实际问题，通过增强患者的应对能力，改善情绪状况，减少困扰情绪的因素；

A.4.3 家庭治疗与团体治疗

家庭治疗可改善患者的家庭关系，增加社会支持，减轻患者的孤独感；团体治疗可提供一个支持性环境，让患者与他人分享经验、互相鼓励，减少抑郁症状。

参 考 文 献

- [1] 刘畅,刘亚军.急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识(2019年)[J].中国中西医结合杂志,2019,39(11):1296-1302.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性卒中诊治指南2023[J].中华神经科杂志,2024,57(06):523-559.
- [3] 李晓强,张福先,王深明.深静脉血栓形成的诊断和治疗指南(第三版)[J].中国血管外科杂志(电子版),2017,9(04):250-257.
- [4] 梁繁荣,王华.针灸学(新世纪第五版)[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [5] 李冀,左铮云.方剂学(新世纪第五版)[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [6] 吴勉华,石岩.中医内科学(新世纪第五版)[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [7] 中医临床诊疗术语疾病部分[J].成都中医药大学学报,2004,(03):62-63.
- [8] 张敏敏.消化性溃疡诊断与治疗共识意见[J].胃肠病学,2023,28(04):208-225.
- [9] 陈红风.中医外科学(新世纪第五版)[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [10] 王拥军,陈玉国,吕传柱,等.卒中相关性肺炎诊治中国专家共识(2019更新版)[J].中国卒中杂志,2019,14(12):1251-1262.
- [11] 殷敏毅,叶开创.急性下肢深静脉血栓形成腔内治疗专家共识[J].血管与腔内血管外科杂志,2023,9(05):513-519.DOI:10.19418/j.cnki.issn2096-0646.2023.05.01.
- [12] 中国卒中学会.中国脑血管病临床管理指南(第2版)[M].北京:人民卫生出版社,2023.
-