

论著·临床研究

通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺治疗气虚血瘀型脑出血恢复期患者的临床疗效及对神经功能的影响*

朱麟天, 崔笑玉, 董飞伟

(北京中医药大学东直门医院洛阳医院脑病科, 河南 洛阳 471000)

[摘要] **目的** 探究通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺治疗气虚血瘀型脑出血恢复期患者的临床疗效及对神经功能的影响。**方法** 选取 2021 年 3 月至 2023 年 3 月该院收治的气虚血瘀型脑出血恢复期患者 96 例作为研究对象, 将其随机分为联合组和常规组, 各 48 例。常规组口服乌拉地尔缓释胶囊, 联合组在常规组治疗基础上加用通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺治疗。观察 2 组美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、CT 情况、中医症候积分、血清内皮素-1(ET-1)、Tau 蛋白水平、Barthel 指数及临床疗效。**结果** 与 2 组治疗前比较, 治疗后 NIHSS 评分及水肿体积、血肿体积、中医症候积分、血清 ET-1、Tau 蛋白水平均较治疗前均有所降低, Barthel 指数评分较治疗前有所升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 联合组 NIHSS 评分及水肿体积, 血肿体积, 中医症候积分, 血清 ET-1、Tau 蛋白水平, Barthel 指数评分及总有效率均优于常规组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺可改善气虚血瘀型脑出血恢复期患者的神经功能, 临床疗效佳。

[关键词] 通腑化痰醒神汤; 温阳通督针刺; 气虚血瘀型; 脑出血; 临床疗效; 神经功能

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.07.010

中图分类号: R255.2

文章编号: 1009-5519(2025)07-1584-05

文献标识码: A

Clinical efficacy of Tongfu Huayu Xingshen decoction combined with Wenyang Tongdu acupuncture in the treatment of patients with cerebral hemorrhage of qi deficiency and blood stasis type in the recovery phase and its effect on neurological function*

ZHU Lintian, CUI Xiaoyu, DONG Feiwei

(Department of Brain Disease, Luoyang Branch of Dongzhimen Hospital Afiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Luoyang, Henan 471000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical efficacy of Tongfu Huayu Xingshen Decoction combined with Wenyang Tongdu acupuncture in the treatment of patients with cerebral hemorrhage in the recovery phase characterized by qi deficiency and blood stasis, and its influence on neurological function. **Methods** A total of 96 patients with qi deficiency and blood stasis-type intracerebral hemorrhage in the recovery phase admitted to the hospital from March 2021 to March 2023 were selected as the study subjects. They were randomly divided into a combined group and a conventional group, with 48 patients in each group. The conventional group received oral administration of urapidil sustained-release capsules, while the combined group received the conventional treatment plus Tongfang huayu wake-up soup combined with Warm yang Tongdu acupuncture therapy. The following outcomes were observed in both groups: the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), CT findings, traditional Chinese medicine symptom scores, serum endothelin-1 (ET-1) levels, tau protein levels, Barthel Index, and clinical efficacy. **Results** Compared with the two groups before treatment, the NIHSS, edema volume, hematoma volume, TCM syndrome score, serum ET-1 and Tau protein levels were lower than those before treatment, and the Barthel index score was higher than that before treatment, with all differences being statistically significant ($P < 0.05$). In the combined group, NIHSS scores, edema volume, hematoma volume, TCM syndrome scores, serum ET-1 levels, tau protein levels, Barthel Index scores, and overall effective treatment rates were superior to those in the conventional group, with all differ-

* 基金项目: 河南省医学科技攻关计划项目(LHGJ20220805)。

作者简介: 朱麟天(1985-), 硕士研究生, 主治医师, 主要从事脑血管及老年痴呆方面的研究。

网络首发 <https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250616.1739.002>

ences being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Tongfu Huayu Xingshen decoction combined with Wenyang Tongdu acupuncture can improve the neurological function of patients with cerebral hemorrhage of qi deficiency and blood stasis type in recovery period, and the clinical effect is good.

[Key words] Tongfu Huayu Xingshen decoction; Wenyang Tongdu acupuncture; Qi deficiency and blood stasis type; Cerebral hemorrhage; Clinical efficacy; Neurological function

脑出血是一种常见的急性脑血管疾病,是指非外伤性脑实质内出血,往往起病急骤、病情凶险,且致死率和致死率均较高^[1]。这种疾病多发生于 50 岁以上的中老年人群,且男性发病率稍高于女性^[2]。据统计,脑出血发病率在全球范围内均呈上升趋势,这与社会老龄化、不良生活习惯等影响有关^[3]。目前,西医多采用药物治疗和康复训练的综合方案^[4-5]。然而,由于脑出血性疾病的特殊性和限制,这些方法的治疗效果并不理想。中医将脑出血归属于“中风”范畴,认为气虚血瘀是其主要病机之一^[6]。中医以整体观念和辨证论治为特色,注重个体化治疗,通过中药汤剂、针灸、穴位按摩等各种治疗方式在治疗脑出血恢复期患者中具有独特优势,能够弥补单纯西药治疗的不足,可操作性强^[7]。近年来,中医治疗脑出血恢复期患者越来越受到关注,其在改善患者神经功能和生活质量方面展现出独特优势^[8]。本研究旨在深入分析通腑化痰醒神汤与温阳通督针刺疗法联合应用,在治疗气虚血瘀型脑出血患者恢复期时的临床效果,并观察其对患者神经功能的影响。通过中西医结合的治疗方式,能够更有效地促进患者神经功能的恢复,提高其生活质量,为中西医结合治疗脑出血提供新的思路和方法,为临床实践提供更多的治疗选择。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选取 2021 年 3 月至 2023 年 3 月本院收治的 96 例气虚血瘀型脑出血恢复期患者,将其随机分为联合组和常规组,各 48 例。2 组基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。本研究均获得患者知情同意,且获得本院伦理委员会批准(批号:2021-00015)。

表 1 2 组基线资料比较

组别	n	性别(男/女, n/n)	年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	居住地(n)		文化程度(n)	
				农村	城镇	高中及以上	高中以下
联合组	48	27/21	59.24 ± 6.51	23	25	15	33
常规组	48	28/20	59.44 ± 6.46	22	26	17	31

1.1.2 诊断标准 (1) 西医诊断标准:依据《各类脑血管疾病诊断要点》^[9]中关于脑出血的界定,主要包括:①抽搐、呕吐、头痛、意识障碍等;②通过头颅 CT 或磁共振成像(MRI)影像学检查,明确存在脑出血。(2) 中医辨证标准:依据《中风病诊断与疗效评定标准

(试行)》^[10]气虚血瘀型诊断标准,主症:气虚血瘀型主症含言语蹇涩、口舌歪斜、半身不遂等至少 2 项;次症含气短乏力、舌淡苔腻等至少 1 项。结合舌脉综合判定。

1.1.3 纳入标准 (1)符合中西医诊断标准;(2)经由头颅 CT 与 MRI 等检查确诊为脑出血;(3)气虚血瘀型患者。

1.1.4 排除标准 (1)伴有恶性肿瘤者;(2)器官衰竭者;(3)合并外伤性颅脑损伤史者;(4)由颅内动脉瘤、血管畸形引起的脑出血患者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

1.2.1.1 常规组 口服乌拉地尔缓释胶囊(西安德天药业股份有限公司;国药准字:H20070161,12 粒/盒)30 mg,每天 1 次。早晚服用硝苯地平缓释片(青岛黄海制药有限责任公司;国药准字:H10910052,20 mg × 30 片)各 10 mg。每天服用 1 次马来酸依那普利片(河南灵广制药有限公司;国药准字:H41021895,每盒 12 片)10~20 mg。同时为患者提供营养支持和维持水、电解质平衡治疗,严密监测检测生命体征,持续治疗 42 d 后观察效果。

1.2.1.2 联合组 在常规组基础上采用通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺治疗。(1)大黄(后下)15 g,丹参、郁金、地龙、银杏叶各 12 g,胆南星 6 g,苏合香(冲服)0.3 g,三七粉(冲服)3 g,芒硝(冲服)10 g,随后加入天竺黄、石菖蒲、竹茹、石决明、黄芪、瓜蒌,均为 10 g,最后甘草片 6 g 收尾。此方剂每天 1 剂,水煎后根据患者情况选择口服或鼻饲胃管注入,每天 1 次。待患者大便通畅,大黄与芒硝可酌情停用。(2)温阳通督针刺:主要选穴为百会、命门、筋缩和大椎,这 4 个穴位作为主穴使用。同时,针对不同的病情,可以选择添加至阳、神道、悬枢、中枢及腰俞等配穴。如果病患部位在上肢,加合谷、曲池、后溪和外关;而若病患在下肢,则应选取足三里、悬钟、三阴交和阴陵泉进行针刺。操作方法如下:百会采用平刺法,可向前或向后平刺 0.5 寸(1 寸 ≈ 3.33 cm),留针 20 min。命门采用点刺法,快速进针后留针 30 min。筋缩向上斜刺 0.8 寸。大椎采用斜刺或点刺法,留针 30 min。至阳、神道、悬枢、中枢、腰俞均采用点刺或斜刺法 0.5 寸,留针 20 min。合谷、曲池、后溪和外关采用直刺或斜刺法,留针 20 min。足三里、悬钟、三阴交和阴陵泉

采用直刺或斜刺法,留针 20 min。疗程为 14 d 1 次,共 2 个疗程,中间休息 7 d。

1.2.2 观察指标

1.2.2.1 神经功能 采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)^[11]评估,评分 0~42 分,分数越高则说明神经损伤越损重。

1.2.2.2 颅脑 CT 检测情况 采用颅脑 CT 检测水肿、血肿体积。

1.2.2.3 中医症候积分 参照《中风诊断和疾病疗效评定标准》^[12],涵盖心悸汗出、偏身麻木、大便溏泻、气短乏力等中医证候改善情况评分,无症状、轻、中、重度评分分别为 0、2、4、6 分。

1.2.2.4 血清内皮素-1(ET-1)、Tau 蛋白水平 抽取 5 mL 静脉血,离心处理(转速 3 000 r/min,离心半径 13.5 cm,持续 10 min)后冷藏待测。通过放射免疫法测定 ET-1 水平,同时采用酶联免疫吸附试验法(ELISA)测定 Tau 蛋白水平。

1.2.2.5 日常生活自理能力 采用 Barthel 指数^[13]

评价,总分 100 分,评分越高,表明生活能力越好。

1.2.2.6 疗效判定 参照《中医病症诊断疗效标准》^[14]进行判定。痊愈:症状消失,血肿消失;显效:症状改善较明显,血肿量减少 ≥ 10 mL;有效:症状有所好转,血肿量减少 ≥ 5 mL;无效:症状无明显改善或加重。

1.3 统计学处理 应用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 NIHSS 评分及颅脑 CT 检测情况比较 与 2 组治疗前比较,治疗后 NIHSS 评分及水肿体积、血肿体积均降低,且联合组低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 2 组中医症候积分比较 与 2 组治疗前比较,治疗后中医症候积分均降低,且联合组低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组 NIHSS 评分及颅脑 CT 检测情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS 评分(分)		水肿体积(mL)		血肿体积(mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	48	22.46 \pm 2.63	13.78 \pm 2.06 ^a	19.01 \pm 2.15	9.34 \pm 1.72 ^a	16.95 \pm 2.62	7.85 \pm 1.24 ^a
常规组	48	22.51 \pm 2.67	16.42 \pm 2.38 ^{ab}	18.94 \pm 2.09	12.37 \pm 2.18 ^{ab}	17.01 \pm 2.73	12.17 \pm 2.34 ^{ab}

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 2 组中医症候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	心悸汗出		偏身麻木		大便溏泻		气短乏力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	48	5.63 \pm 1.23	2.04 \pm 0.57 ^a	5.89 \pm 1.53	2.28 \pm 0.89 ^a	4.91 \pm 0.84	1.89 \pm 0.25 ^a	5.01 \pm 1.15	2.06 \pm 0.59 ^a
常规组	48	5.71 \pm 1.21	3.45 \pm 0.72 ^{ab}	5.92 \pm 1.29	3.42 \pm 1.13 ^{ab}	4.89 \pm 0.87	2.76 \pm 0.51 ^{ab}	4.98 \pm 1.03	3.74 \pm 0.84 ^{ab}

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 2 组血清 ET-1、Tau 蛋白水平比较 与 2 组治疗前比较,治疗后血清 ET-1、Tau 蛋白水平均降低,且联合组低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组血清 ET-1、Tau 蛋白水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ET-1(ng/L)		Tau 蛋白(pg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	48	90.57 \pm 9.46	55.62 \pm 5.23 ^a	260.71 \pm 27.85	148.54 \pm 15.72 ^a
常规组	48	91.01 \pm 9.51	62.87 \pm 6.49 ^{ab}	261.04 \pm 27.99	160.37 \pm 17.08 ^{ab}

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.4 2 组 Barthel 指数评分比较 与 2 组治疗前比较,治疗后 Barthel 指数评分均升高,且联合组高于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.5 2 组临床疗效比较 联合组总有效率高高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 5 2 组 Barthel 指数评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
联合组	48	30.68 \pm 4.02	68.74 \pm 7.13 ^a
常规组	48	31.71 \pm 4.46	59.27 \pm 6.38 ^{ab}

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

表 6 2 组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
联合组	48	9(18.75)	32(66.67)	6(12.50)	1(2.08)	47(97.92)
常规组	48	5(10.42)	26(54.17)	10(20.83)	7(14.58)	41(85.42) ^a

注:与常规组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

脑出血患者往往因脑出血导致的神经损伤而出现半身不遂、言语蹇涩等后遗症^[15], 严重影响了患者的自我照顾能力、精神负担和经济压力^[16]。研究发现, 脑出血患者的水肿及血肿改变与预后密切相关^[17], 血肿的占位效应会对脑组织产生压迫, 血肿长时间存在可能引发一系列并发症, 如脑水肿等。血肿吸收有助于预防这些并发症的发生。西医常采用药物和康复训练治疗, 但效果有限^[18]。近年来, 中医药在出血性中风恢复期的治疗中展现出独特优势^[19]。

在中医理论中气虚血瘀型脑出血归属于“中风”之范畴。《黄帝内经》曰:“气血不和, 百病乃变化而生。”气虚则推动无力, 血瘀则脉络不通, 二者交织, 致使气血运行失常, 脑络痹阻, 终致中风之症。此类患者本因元气不足, 无以推动血行, 导致瘀血内停。气虚为本, 血瘀为标, 二者相互影响, 形成恶性循环; 气虚则无以化生精血, 脑海失养; 血瘀则脉络不通, 神明失用, 常出现半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩等症状。中医认为, 治疗此类病症当以益气活血、化瘀通络为法, 通过补益元气, 以推动血行, 活血化瘀, 以疏通脉络。因此, 本研究采用通腑化瘀醒神汤联合温阳通督针刺治疗气虚血瘀型脑出血恢复期患者。

通腑化瘀醒神汤, 汇聚草本之精华^[20]。方中大黄, 能泻下攻积, 清解脏腑肠胃之积热。丹参养血安神, 地龙清热通络, 银杏叶促血循环消瘀, 郁金活血解郁。苏合香开窍止痛, 三七粉活血化瘀, 胆南星清热化痰息风, 芒硝泻下通便。竹茹化痰降逆, 天竺黄清热定惊, 石菖蒲开窍化湿宁神, 瓜蒌清热涤痰宽胸。石决明平肝清热, 黄芪补气固表, 甘草调和诸药。共奏调气活血、通腑醒神之功。

温阳通督针刺疗法, 融合“温阳”与“通督”精髓, 旨在调和督脉, 布阳全身, 温脏腑, 养筋脉。此法与运动疗法相辅相成, 通过活动强化神经传导, 助力康复。针对脑出血恢复期气虚血瘀型患者运动障碍, 疗效显著。选穴以督脉为核心, 百会汇聚诸阳, 平衡气机; 神道振奋阳气, 安神醒脑; 大椎、至阳共疏经络, 壮阳解痉; 命门固护元阳, 悬枢、中枢温通督脉, 补肾强腰。筋缩配腰俞, 疏肝解郁, 调气活血。曲池、外关通经活络, 合谷、后溪行气活血。下肢足三里、阴陵泉温经强骨, 悬钟、三阴交益髓健脑, 舒筋通络。此疗法精准选穴, 结合针刺手法, 共奏温阳通督、调和气血、舒筋活络之效, 旨在调和阴阳, 促进机体全面康复。

林雅静等^[21]研究发现, 温阳通督针刺治疗脑出血恢复期运动障碍患者疗效佳, 可有效改善临床症状。

本研究结果显示, 通腑化瘀醒神汤联合温阳通督针刺可改善气虚血瘀型脑出血恢复期患者的神经功能、水肿血肿情况、中医症候积分、ET-1、Tau 蛋白水

平及日常生活自理能力, 临床疗效好, 与张丽敏等^[22]中药联合针刺治疗研究结果相近。究其原因可能是, 通腑化瘀醒神汤中, 大黄作为君药, 以其峻下热结、活血化瘀之力, 引领全方直击病所, 有效清除体内瘀热, 畅通血脉, 为受损神经细胞的修复开辟道路。丹参、三七粉等臣药, 则以其卓越的活血化瘀、消肿止痛功效, 进一步强化了汤剂的疗效, 使药物深入病灶, 促进脑部微循环的改善, 增加血流量, 为神经细胞提供充足的营养与氧气, 加速其修复与再生过程。颅内血肿历经数周逐渐消散, 期间大脑不断受损, ER 时间因此延长并恶化, 最终诱发神经细胞凋亡^[23]。而这些药物还能有效减少脑组织周围的瘀血和水肿, 缓解神经元所受的压力, 从而改善神经功能, 减轻患者症状。苏合香、郁金等药物的醒神开窍作用, 更是直接作用于中枢神经系统, 为神经元的保护与功能的恢复提供了双重保障, 而温阳通督针刺疗法的加入, 则进一步强化了治疗效果。通过精确选取百会、命门等关键穴位进行刺激, 针刺疗法不仅调节了脑神经递质的释放, 平衡了神经系统的功能, 还利用针刺的温热效应促进了局部血液循环, 加速了瘀血和水肿的吸收与消散。这种局部与整体的双重调节, 不仅迅速缓解了患者的急性症状, 更为其长期康复奠定了坚实的基础。通腑化瘀醒神汤与温阳通督针刺疗法的联合应用, 实现了标本兼治的治疗效果。汤剂通过活血化瘀、醒神开窍等多种途径, 对患者进行全面的体质调理, 从根本上改善了气虚血瘀的病理状态, 而针刺疗法则以其直接作用于经络穴位的特性, 快速缓解了患者的临床症状。两者相辅相成, 共同促进了患者神经功能的全面恢复, 提高了生活质量, 降低了中医症候积分。

ET-1, 作为一种效力显著的血管收缩因子, 在脑出血的病理过程中扮演着复杂角色。其不仅直接参与脑血管张力的精细调控, 还间接影响脑血流量, 进而对脑出血后的脑组织恢复构成重要影响。而 Tau 蛋白, 这一神经细胞内关键的微管相关蛋白, 其动态平衡一旦被打破, 尤其是在脑出血导致的神经细胞受损后, 会异常释放至脑脊液及血液中, 其水平显著升高成为评估脑出血后神经损伤程度及预后的敏感生物标志物。现代药理学表明, 通腑化瘀醒神汤组方中的大黄、芒硝具有泻下作用, 能够促进肠道蠕动, 帮助排除体内积热和毒素, 减轻脑部压力^[24]。丹参、郁金、三七粉等则具有活血化瘀的功效, 能够改善血液循环, 消散瘀血, 促进脑组织修复^[25]。银杏叶提取物能够增加脑血管流量, 改善脑功能^[26]。地龙、胆南星等则具有清热定惊、平肝熄风的作用, 有助于稳定患者的情绪和改善睡眠质量^[27]。苏合香、石菖蒲能够开窍醒神, 提高患者的意识水平^[28]。究其原因可能是, 通腑化瘀醒神汤通过调畅气机、活血化瘀、通腑醒神的

作用,有效改善了气虚血瘀的病理状态。温阳通督针刺法则通过刺激督脉及相关穴位,温通阳气,调和气血,促进了神经功能的恢复。2种联合治疗,既能从整体上调节患者的气血平衡,又能局部促进神经和血管的修复,因此能够显著改善患者的神经功能、临床症状及日常生活能力。

综上所述,通腑化痰醒神汤联合温阳通督针刺可改善气虚血瘀型脑出血恢复期患者的神经功能、水肿血肿情况、中医证候积分、ET-1、Tau 蛋白水平及日常生活自理能力,临床疗效佳。但对于不同体质、不同病情严重程度的患者,该治疗方案的个体差异及长期效果仍需进一步研究和验证。未来应深入探索药物对不同体质、不同病情严重程度患者的作用机制进行长期随访,促进中西医理论融合,创新治疗技术,推广中西医结合理念,提升公众信任,传承中医药文化。

参考文献

- [1] WAN Y, HOLSTE KG, HUA Y, et al. Brain edema formation and therapy after intracerebral hemorrhage[J]. *Neurobiol Dis*, 2023, 176(1): 105948.
- [2] 徐磊, 陆敏, 孙文琳, 等. 镜像疗法配合肌电生物反馈对老年偏瘫患者步行功能的影响[J]. *生物医学工程与临床*, 2023, 27(1): 82-87.
- [3] 陈游, 文攀彬, 戴携, 等. 阶段性康复训练联合心理认知疗法在高血压脑出血偏瘫患者中的应用效果分析[J]. *现代生物医学进展*, 2022, 22(12): 2392-2396.
- [4] 郭双磊, 刘志军, 刘红林. 脑淀粉样血管病相关性脑出血的临床研究现状[J]. *河南大学学报(医学版)*, 2020, 39(4): 300-304.
- [5] 邢锡熙, 吴绍钦, 王益俊, 等. 高血压脑出血的中西医治疗进展[J]. *医学综述*, 2020, 26(5): 997-1001.
- [6] 李奕, 姜春宁, 陈林锦, 等. 从“通可祛邪”探讨急性脑出血的治疗[J]. *山东中医杂志*, 2021, 40(10): 1064-1066.
- [7] 王小强, 唐慧, 李双阳, 等. 基于玄府理论探析脑出血后脑水肿病机与证治[J]. *中医药学报*, 2021, 49(8): 8-11.
- [8] 孙龙, 董致郅, 王革生, 等. 凉血散瘀汤对高血压脑出血微创术后患者中医证候积分、神经功能缺损评分的影响[J]. *陕西中医*, 2023, 44(8): 1061-1064.
- [9] 曾进胜, 蒲传强. 我国各类主要脑血管病诊断要点演变与更新[J]. *中华神经科杂志*, 2019, 52(9): 681-683.
- [10] 李平, 吴钟璇, 张云如, 等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. *北京中医药大学学报*, 1996, 19(1): 2.
- [11] 王丹, 王功锦, 赵学渊, 等. 血清基质金属蛋白酶 9 预测大血管闭塞性脑卒中患者机械取栓术后出血转化的临床研究[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2023, 25(7): 720-724.
- [12] 张颖新. 头针配合体针治疗假性延髓麻痹的临床研究[J]. *中医药学刊*, 2005, 23(6): 1129.
- [13] 石唤, 顾志娥, 廖月霞, 等. 家庭抗逆力在脑卒中患者日常生活能力与主要照顾者负担间的中介效应[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(17): 53-56.
- [14] 黄鑫锴, 任浩恬, 肖燕, 等. 任开益“慢中风”学术观点及临床应用举隅[J]. *中医药导报*, 2019, 25(17): 125-127.
- [15] KASE C S, HANLEY D F. Intracerebral hemorrhage: advances in emergency care[J]. *Neurol Clin*, 2021, 39(2): 405-418.
- [16] 席冰玉, 王静, 张雪艳. 护理模式优化在提高脑出血患者生活质量和促进治疗效果作用[J]. *贵州医药*, 2021, 45(12): 2002-2003.
- [17] 樊新慧, 王小翻, 张妮妮, 等. 基线血肿平均 CT 值和血肿形状规则指数预测自发性脑出血患者血肿增大[J]. *国际脑血管病杂志*, 2023, 31(11): 830-835.
- [18] MAGID-BERNSTEIN J, GIRARD R, POLSTER S, et al. Cerebral hemorrhage: pathophysiology, treatment, and future directions[J]. *Circ Res*, 2022, 130(8): 1204-1229.
- [19] 霍亮, 潘月顺, 刘鑫宇, 等. 肠道菌群对中药有效成分代谢作用的研究进展[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(3): 1605-1608.
- [20] 李东峰, 周国平, 周文科, 等. 通腑醒神汤辅助神经内镜治疗高血压脑出血改善认知功能和凝血功能的价值[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(3): 53-56.
- [21] 林雅静, 石继云, 冯丰, 等. 温阳通督针刺运动疗法干预脑出血恢复期运动障碍的疗效观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2023, 21(16): 3061-3065.
- [22] 张丽敏, 王坤红, 王亚娟, 等. 凉血散瘀汤加减辅以醒脑开窍针刺联合微创穿刺引流治疗基底节脑出血的效果观察[J]. *天津中医药*, 2021, 38(6): 751-755.
- [23] 徐晨阳, 苑兵舰. PERK 通路对大鼠脑出血继发性脑损伤及神经细胞凋亡的作用[J]. *河南大学学报(医学版)*, 2022, 41(2): 110-116.
- [24] 曹强, 郭亚菲, 叶蕾蕾, 等. 唐古特大黄二氯甲烷部位抗炎活性谱效关系研究[J]. *中成药*, 2023, 45(5): 1544-1550.
- [25] 李海涛, 崔文强, 王育霞, 等. 丹参类中药注射液辅助治疗急性缺血性脑卒中临床效果的网状系统评价[J]. *山东医药*, 2023, 63(11): 54-58.
- [26] 郭强蕊, 张士奇, 毛泽宇, 等. 银杏叶提取物联合阿司匹林对经 CT 检测诊断为脑栓塞引起的老年缺血性脑血管病的临床疗效[J]. *中国老年学杂志*, 2023, 43(14): 3347-3350.
- [27] 吴雷, 张艺缤, 张冬梅, 等. 基于数据挖掘探究出血性中风恢复期处方用药规律研究[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2023, 25(3): 974-983.
- [28] 方亮, 陶文康, 程红艳, 等. 中药引药上行的作用机制及其靶靶向制剂研究进展[J]. *中草药*, 2023, 54(10): 3312-3321.

(收稿日期: 2024-10-26 修回日期: 2025-03-13)