专家共识指南

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.06.052

活血化瘀法治疗脑出血临床应用专家共识

王新志[1,2,3],高颖[4,5],周红霞[1],王菁婧[6,7],宋研博[1],
中华中医药学会内科分会《活血化瘀法治疗脑出血临床应用专家共识》起草组
(1.河南中医药大学第一附属医院脑病中心,河南 郑州 450099;2.中西医防治重大疾病河南省协同创新中心,河南 郑州 450046;3.河南省中医药科学院脑病研究所,河南 郑州 451163;
4.北京中医药大学中医脑病研究院,北京 100700;5.北京中医药大学东直门医院,北京 100700;
6.郑州大学第一附属医院,河南 郑州 450052;7.栾川县人民医院,河南 栾川 471599)

摘要:脑出血(Intracerebral haemorrhage,ICH)严重危害人民健康,影响经济社会发展,发挥中医药在ICH治疗方面的特色优势,对ICH防治具有重要意义。活血化瘀法治疗ICH已积累了大量的临床证据,但是目前对其临床应用安全性仍存在不同声音,对临床常用的治疗ICH的活血化瘀治法及其方药,以及具体应用原则、应用时机等方面尚缺乏规范的指导和建议。共识文件遵照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》等,通过系列文献研究、专家访谈、问卷调研、名义组法等,在充分总结临床医生应用经验的基础上,结合现有循证证据,遵循"循证为主,共识为辅,经验为鉴"的原则,共集中解决了临床广泛关注的17个共识问题,明确了活血化瘀法治疗ICH的适应证、注意事项和禁忌、常用方药、优势环节、应用原则与时机、安全性问题等,旨在为临床医生合理使用活血化瘀法治疗ICH提供指导和参考,以提高临床疗效,避免安全风险,促进临床受益。共识适用于各级医疗机构的医师在使用活血化瘀法治疗ICH时作为参考。

关键词:活血化瘀法;专家共识;脑出血;循证医学;中医药
中图分类号:R277.743.34 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)06-0248-11

Expert Consensus on Clinical Application of Activating Blood Circulation and Removing Blood Stasis Therapy in Treatment of Intracerebral Haemorrhage

WANG Xinzhi[1,2,3],GAO Ying[4,5],ZHOU Hongxia[1],WANG Jingjing[6,7],SONG Yanbo[1],
Drafting Group of *Expert Consensus on Clinical Application of Activating Blood Circulation and Removing Blood Stasis Therapy in Treatment of Intracerebral Haemorrhage* of Internal Medicine Branch of China Association of Chinese Medicine
(1. Encephalopathy Center of The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine,Zhengzhou 450099,Henan,China;
2. Collaborative Innovation Center of Prevention and Treatment of Major Diseases by Chinese and Western Medicine,Zhengzhou 450046,Henan,China;
3. Institute for Brain Disorders of Henan Academy of Chinese Medical Sciences,Zhengzhou 451163,Henan,China;
4. Institute for Brain Disorders of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100700,China;
5. Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100700,China;
6. The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University,Zhengzhou 450052,Henan,China;
7. Luanchuan County People's Hospital,Luanchuan 471599,Henan,China)

Abstract:Intracerebral haemorrhage(ICH) poses a serious threat to public health and impacts economic and social development. Leveraging the unique advantages of traditional Chinese medicine in the treatment of ICH is of significant importance for its prevention and control. The use of activating blood circulation and removing blood stasis therapy in ICH treatment has accumulated a wealth of clinical evidence. However,there are varying opinions on its safety in clinical practice. Current guidelines lack standardized recommendations and advice on the application of activating blood circulation and removing blood stasis therapy and

基金项目:国家中医药管理局中医药传承与创新"百千万"人才工程(岐黄工程)——国家中医药领军人才支持计划项目(国中医药人教发〔2018〕284号);河南省"双一流"创建学科中医学科学研究专项(HSRP-DFCTCM-2023-5-07)
作者简介:王新志(1955-),男,河南郑州人,教授、主任医师,博士研究生导师,学士,研究方向:中医药防治脑病。
通讯作者:高颖(1963-),女,北京人,主任医师、教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治神经系统疾病。E-mail:gaoying973@126.com。

specific medicinal formulas for treating ICH, as well as guidelines on their application principles and timing. This document, in accordance with GB/T1.1 – 2020 *Guidelines for Standardization – Part* 1: *Structure and Drafting Rules of Standard Documents* and others, integrates the findings from literature research, expert interviews, the Delphi method and nominal group techniques. By consolidating clinical experiences and existing evidence – based knowledge, following the principle of "evidence – based first, consensus – based second, experience – based as reference", this document addresses 17 consensus issues of widespread clinical concern. It clarifies the indications, precautions, contraindications, commonly used medicinal formulas, advantages, application principles and timing, and safety issues of blood – activating and stasis – resolving therapy for ICH treatment. The aim is to provide guidance and reference for clinicians to use activating blood circulation and removing blood stasis therapy in treating ICH effectively, to enhance the clinical efficacy, mitigate the safety risks and promote the clinical benefits. This document is intended as a reference for physicians at all levels of healthcare institutions when using the activating blood circulation and removing blood stasis therapy for treating ICH.

Keywords: promoting blood circulation and removing blood stasis; expert consensus; intracerebral haemorrhage; evidence – based medicine; traditional Chinese medicine

脑出血(Intracerebral haemorrhage, ICH),指非外伤性自发性脑出血,是发病率仅次于缺血性脑卒中的脑卒中亚型[1]。中国卒中现患人数高居世界首位[2]。全球疾病负担研究(Global burden of disease study, GBD; http://ghdx.healthdata.org/)数据显示,卒中是我国成人致死、致残的首位病因,2019年我国ICH患病率为306/10万(年龄标化患病率215/10万)。医院质量监测系统中1672家三级公立医院的数据显示,2019年共有3 411 168例脑卒中病例入院;其中,485 474例(14.2%)为ICH;院内死亡/出院率为8.5%,从缺血性脑卒中的6.0%到蛛网膜下腔出血的20.6%不等;住院时间的中位数和四分位数为9.0(6.0~13.0)d,从缺血性脑卒中的10.0(7.0~13.0)d到ICH的14.0(8.0~22.0)d不等[3]。ICH严重危害人民健康,影响经济社会发展,发挥中医药在ICH治疗方面的特色优势,对ICH防治具有重要意义。活血化瘀法治疗ICH已积累了大量的临床证据,2016年发布的《高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识》[4]明确指出,活血化瘀是治疗高血压性ICH的基本原则。但目前对于活血化瘀法治疗ICH的临床应用安全性仍存在争议,对临床常用的治疗ICH的活血化瘀法及其方药,以及具体应用原则、应用时机等方面尚缺乏规范的指导和建议。因此,有必要在总结多数临床医生应用经验的基础上,结合现有循证证据,通过制定专家共识,明确活血化瘀法治疗ICH的常用方药、优势环节、应用原则与时机、安全性问题等,旨在为临床医生合理使用活血化瘀法治疗ICH提供指导和参考,以提高临床疗效,促进临床受益。

1 范围

本文件规定了活血化瘀法治疗脑出血的术语和定义、适应证、注意事项和禁忌、干预建议、常用方药、安全性等。本文件适用于各级中医院、中西医结合医院、综合医院、基层卫生服务机构等医疗机构。本文件适用对象为脑出血(ICD-11:8B00)确诊人群。

2 临床问题清单

通过Delphi法临床广泛调研(调研专家104名)和名义组法专家会议论证(参会专家22人),本文件主要关注17个共识问题。具体见表1。

3 规范性引用文件

下列文件对本标准的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 15657 – 2021《中医病证分类与代码》(http://www.sac.gov.cn/);

表1 共识问题清单

类型	序号	共识问题
适应证	1	活血化瘀法治疗脑出血的适应证?
注意事项/禁忌	2	活血化瘀法治疗脑出血的临床应用注意事项和禁忌?
疗效	3	对于脑出血患者,常规治疗的基础上,配合活血化瘀法,临床有效率是否更优?
	4	对于脑出血患者,常规治疗的基础上,配合活血化瘀法,能否改善临床症状/体征?
	5	对于脑出血患者,常规治疗的基础上,配合活血化瘀法,能否预防复发和加重?
	6	对于脑出血患者,常规治疗的基础上,配合活血化瘀法,能否降低脑血管终点事件?
应用时机	7	活血化瘀法治疗脑出血的应用时机?
临床应用	8	脑出血不同分期的血瘀证特点及其活血化瘀法治疗原则?
	9	不同类型脑出血的活血化瘀法治疗原则?
	10	临床常用的治疗脑出血的活血化瘀法分类及其常用方剂、应用原则?
	11	临床常用的治疗脑出血的中药分类及其常用药物、应用原则?
	12	临床常用的治疗脑出血的活血化瘀中成药及其应用原则?
	13	脑梗死后出血转化患者的活血化瘀法应用原则?
	14	脑出血后血流低灌注患者的活血化瘀法应用原则?
联合用药	15	活血化瘀法治疗脑出血的合并用药(中药、西药)注意事项?
疗程	16	活血化瘀法治疗脑出血的用药疗程?
安全性	17	活血化瘀法治疗脑出血的不良反应/事件,及其应对措施?

GB/T 16751.1 – 2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》

(http://www.sac.gov.cn/);

GB/T 16751.3 - 2023《中医临床诊疗术语 · 治法部分》(http://www.sac.gov.cn/);

《国际疾病分类第十一次修订本》(International Classification of Diseases 11th Revision, ICD - 11)(https://icd.who.int/browse11/l - m/en#/);

ZYYXH/T22 - 2008《中医内科常见病诊疗指南 · 中风》(2008 中华中医药学会);

T/CAIM023 - 2021《脑出血中西医结合诊疗专家共识》(2021 中国中西医结合学会);

《脑出血中西医结合诊疗指南》(2023 中国中西医结合学会等);

《中国脑出血诊治指南(2019)》(2019 中华医学会神经病学分会等);

《脑出血中医诊疗指南》(2011 中华中医药学会);

《中国脑血管病临床管理指南(节选版)——脑出血临床管理》(2019 中国卒中学会);

《高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识》(2016 北京市中西医结合学会神经科专业委员会);

《实用血瘀证诊断标准》(2016 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会);

《中国急性脑梗死后出血转化诊治共识》(2019 中华医学会神经病学分会)。

4 术语和定义

4.1 中风病

参见 GB/T 15657 - 2021《中医病证分类与代码》,中医病名为中风病、中风、卒中(编码 A07.01.01.)。根据 GB/T 16751.1 - 2023《中医临床诊疗术语 · 疾病部分》,中风病指因气血逆乱,脑脉痹阻或血溢于脑所致。以昏仆、半身不遂、肢体麻木、舌謇不语等为主要表现脑神经疾病。

4.2 出血性中风

参见 GB/T 15657 - 2021《中医病证分类与代码》,中医病名为出血性中风(编码 A07.01.01.01)。根据 GB/T 16751.1 - 2023《中医临床诊疗术语 · 疾病部分》,出血性中风指因风阳上窜、痰热内扰、气血逆乱,或因头颅受伤、内生脑瘤,使脑络破损、血溢于脑。以突然昏仆、头痛、失语、偏瘫等为主要表现脑神经疾病。

4.3 脑出血

参见 ICD - 11,西医诊断为脑出血(Intracerebral haemorrhage, ICH)(编码 8B00 范畴下疾病),是指(非外伤性)脑实质或脑室系统出血引起急性神经功能障碍。

4.4 活血化瘀法

根据 GB/T 16751.3 - 2023《中医临床诊疗术语 · 治法部分》,活血化瘀又名活血祛瘀、活血散瘀,泛指具有活血化瘀作用,适用于血瘀证的治疗方法。

5 脑出血诊断标准及分级标准

5.1 西医诊断要点

5.1.1 西医诊断标准 参照《中国脑出血诊治指南(2019)》[1]中的脑出血(自发性脑出血)诊断标准。

5.1.2 临床病情分期 2000 年全国脑血管专题研讨会对脑卒中的分期标准[5],结合 ICH 的病理改变和临床症状,将 ICH 分期如下:急性早期:1 ~ 1.5 个月;恢复期:1.5 或 2 ~ 6 个月;后遗症期:6 个月后。

5.1.3 分级标准 依据美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)评分进行划分。NIHSS 评分范围为 0 ~ 42 分,分数越高,神经受损越严重,分级如下:0 分为正常;1 ~ 4 分为轻度;5 ~ 15 分为中度;16 ~ 20 分为中 - 重度;21 ~ 42 分为重度。

5.2 中医诊断要点

5.2.1 中医诊断标准 中医诊断标准应符合《中医内科常见病诊疗指南 · 中风》(ZYYXH/T22 - 2008)[6]、《脑出血中医诊疗指南(2011)》[7]、《脑出血中西医结合诊疗专家共识》(T/CAIM023 - 2021)[8]、2023 年《脑出血中西医结合诊疗指南》[9]的规定。

5.2.2 中医分期 根据《中医内科常见病诊疗指南 · 中风》(ZYYXH/T22 - 2008)[6],中风病分期为:急性期 2 周内,部分患者可达到发病后 1 个月;恢复期 2 周 ~ 6 个月;后遗症期 6 个月之后。

5.2.3 中医辨证分型 (1)传统分型:脑出血中医辨证诊断标准应符合《中医内科常见病诊疗指南 · 中风》(ZYYXH/T22 - 2008)[6]、《脑出血中医诊疗指南(2011)》[7]、《脑出血中西医结合诊疗专家共识》(T/CAIM023 - 2021)[8]、2023 年《脑出血中西医结合诊疗指南》[9]的规定。包括中经络:肝阳暴亢、风火上扰证,痰热腑实、风痰上扰证,阴虚风动证,气虚血瘀证;中脏腑:痰热内闭清窍证,痰湿蒙塞清窍证,元气败脱、神明散乱证等证型。(2)简化分型:高利遵循以阴阳为核心的分类,在《高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识》中将高血压性 ICH 临床证候简化为热证型与非热证型[4],方便了现代临床医师的临床识别和应用。

5.2.4 中医证候要素诊断标准 (1)相关传统证型的中医证候诊断应符合《中风病证候诊断标准》[10],临床辨证分六型(风、火、痰、瘀、气虚、阴虚阳亢)。(2)相关传统证型的诊断亦可采用《出血性中风证候要素诊断量表》[11]评估。(3)简化分型相关证型诊断标准应符合《高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识》[4]。

5.3 血瘀证诊断要点

参照《实用血瘀证诊断标准》[12]:符合主要标准 1 条、或次要标准 2 条即可诊断血瘀证。参照现有 ICH 诊断标准,ICH 满足主要标准的第 4 条“离经之血(出血后引起的脏器、组织、皮下或浆膜腔内瘀血、积血)”,故可诊断为血瘀证。只要是 ICH,必有“离经之血”,只要满足 ICH 诊断标准,即同时满足血瘀证诊断标准,故血瘀证为 ICH 的中医基本证型,ICH 可在血瘀证的基础上开展辨证论治,活血化瘀法为 ICH 的基本治法。有学者认为活血化瘀治法包括“疏其气血,令其条达”的“祛瘀血”层面和“复其真气,化旧生新”的“生新”层面,可达到祛瘀生新的目的[13-14]。故对于 ICH 恢复期及后遗症期血肿已完全吸收的患者,仍可辨证选用活血化瘀法治疗。

6 活血化瘀法治疗脑出血临床应用专家共识

6.1 适应证(问题 1. 活血化瘀法治疗脑出血的适应证)

共识建议:活血化瘀治疗 ICH 的适应证包括:①符合血瘀

证诊断标准的ICH患者。②生命体征平稳,收缩压<180 mm Hg,舒张压<120 mm Hg(超过该范围者应先降压治疗)。③急性期患者血肿大小应控制在非手术适应范围,即大脑半球出血量<30 mL,小脑出血量<10 mL(拒绝手术或有手术禁忌证者,自愿接受中西医结合治疗并知情同意可不考虑血肿大小)。④ICH术后适宜患者仍可辨证加用活血化瘀法进一步治疗。⑤同时还须注重医疗安全与纠纷的防范,必要时签署知情同意书等。⑥满足适应证并严格排除相应禁忌证后的ICH患者均可应用活血化瘀法,并参照相关中、西医标准规定的辨证分型进行辨证论治。

6.2 注意事项及禁忌(问题2. 活血化瘀法治疗脑出血的临床应用注意事项及禁忌)

6.2.1 共识建议 活血化瘀治疗ICH禁忌证或慎用证包括:①对已知活血化瘀中药、中成药过敏者禁用。②有明显的胃肠道疾病、溃疡疾病,短期内有消化道大出血史,尤以术后不满1周的患者,应禁用或慎用。③身体其他器官或系统有出血性疾病或出血倾向禁用。④颅内动脉瘤、动静脉畸形、烟雾病、颅内肿瘤、口服抗凝药、口服抗血小板药、血液病等所致ICH应慎用。⑤长期服用阿司匹林导致皮肤、黏膜出血及便血者慎用。⑥严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者慎用。⑦长期饮酒者慎用。⑧ICH早期不合理使用甘露醇的患者应慎用。⑨经综合评估,患者血肿扩大风险较大者,应慎用[综合考虑基线血肿体积、口服抗凝药史、发病至首次行头颅CT检查时间等因素评估血肿扩大风险;CTA和增强CT的"点征"、平扫CT上显示的"黑洞征""混杂征"及"岛征"、不规则型血肿(姜块状)、分离型血肿、密度不均匀血肿等常为预测ICH患者血肿扩大的高危指标]。⑩存在脑疝迹象、病情呈明显加重趋势者慎用。⑪丘脑大量出血或丘脑出血破入脑室者慎用(丘脑少量出血者、丘脑出血未破入脑室者可酌情使用)。⑫服用活血化瘀药后,病情明显呈加重迹象,应立即停药。⑬对于年老体弱、孕妇、产后或正值经期、病后伤津或亡血的ICH患者,均应慎用,必要时宜配伍补益扶正之品,以期攻邪不忘扶正。⑭对于启用活血化瘀法治疗的ICH患者应定期检测凝血指标。

6.2.2 建议说明 《中国脑出血诊治指南(2019)》[1]及《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》[15]建议:①ICH后数小时内常出现血肿扩大,加重神经功能损伤,应密切监测(Ⅰ级推荐,A级证据);②评估血肿扩大风险应综合考虑基线血肿体积、口服抗凝药史、发病至首次行头颅CT检查时间等因素(Ⅰ级推荐,A级证据);③CTA和增强CT的"点征"有助于预测血肿扩大风险;④平扫CT上显示的"黑洞征""混杂征"及"岛征"可能有助于预测血肿扩大的风险(Ⅱb级推荐,B级证据)。另外,大量研究显示,血肿形态、血压情况、甘露醇使用不当、酗酒史等与血肿扩大密切相关。由于自发性ICH复杂情况导致血肿形态多变[16],FUJII Y等[17]首次尝试对ICH进行形态分类,共分为3类:"圆形,圆而边缘光滑";"不规则,边缘不规则,多结节";"分离,腔内有液平",并指出不规则形状是ICH血肿扩大的独立预测因子。目前,大多数研究将血肿形态按三分类法分为:规则型、不规则型和分离型[18]。BARRAS C D等[19]提出了5级分法,把形状类别1和2标记为"规则",类别3到5标记为"不规则";密度类别1和2标记为"均匀",类别3到5标记为"不均匀";并指出形状不规则性与密度不均匀性之间有很强的相关性。BLACQUIERE D等[20]研究发现血肿形态特征与血肿扩大存在相关性。在以往研究中,有学者发现规则形血肿更为稳定,而不规则形血肿易出现活动性出血,而且可以作为预测指标[21]。有报道显示,血肿形态不规则者血肿扩大的发生率为23.0%,血肿形态规则者血肿扩大的发生率为10.4%[22]。还有学者指出,再出血以高血压病、甘露醇使用不当以及生活习惯不佳为主要因素[23]。最高收缩压与高血压ICH血肿扩大相关[24]。甘露醇使用不当会导致再出血的发生。甘露醇可提高血浆渗透压,导致组织内水分进入血管内,从而减轻组织水肿,降低颅内压,但其可同时增加血容量,升高血压,导致继续出血或加重活动性出血,所以有报道指出在活动性出血期禁用甘露醇[25]。吸烟、饮酒等都可以加重ICH的发生,也是引起脑再出血不可忽视的因素。LI Q等[26]研究发现中国人吸烟、饮酒与血肿是否扩大之间的关系差异无统计学意义。而国外FUJII Y等[27]研究认为,大量饮酒是血肿扩大的一个危险因素,也是一个预测因素,这可能与长期大量饮酒引起的肝功能障碍和血液系统的损害有关。

6.3 临床疗效(问题3-6. 对于脑出血患者,常规治疗的基础上,配合活血化瘀法,能否改善临床有效率,改善临床症状/体征,预防复发或加重,降低脑血管终点事件发生率)

6.3.1 推荐意见 ①对于ICH患者,常规治疗的基础上,建议加用活血化瘀法,以提高临床有效率(1C)。②对于ICH患者,常规治疗的基础上,建议加用活血化瘀法,以提高日常生活能力(1C)。③对于ICH患者,常规治疗的基础上,建议加用活血化瘀法,以促进血肿吸收(1C)。④对于ICH患者,常规治疗的基础上,建议加用活血化瘀法,以降低二次脑损伤的发生(2D)。⑤对于ICH患者,常规治疗的基础上,建议加用活血化瘀法,以降低残障程度(2D)。

6.3.2 推荐说明 项目组完成的一项Meta分析结果显示,ICH患者,常规治疗基础上,配合活血化瘀法,可提高临床有效率(NIHSS评分降低程度>18%为有效)[RR=1.15,95% CI(1.09,1.22),P<0.000 01](低级证据)[28-34];提高日常生活能力(Barthel index,BI)[MD=8.52,95% CI(6.37,10.67),P<0.000 01](低级证据)[29-30,35-37],加快血肿吸收(减少血肿体积)[MD=-3.08,95% CI(-3.79,-2.37),P<0.000 1](低级证据)[30,34,37-41];降低二次脑损伤(secondary brain insult,SBI)发生率[RR=0.37,95% CI(0.22,0.65),P=0.000 5](低级证据)[42-43];降低mRS评分[MD=-0.64,95% CI(-0.91,-0.37),P<0.000 01](极低证据)[30-31,34-35,37]。

6.4 干预时机(问题7-8. 不同类型脑出血患者活血化瘀法的应用时机及原则)

①对于少量出血、微出血,及血肿形态规则(蚕豆状)、密度均匀,再出血及血肿扩大风险较小的ICH患者,在排除再出血及血肿扩大其他相关指标及高危因素后,可尽早使用活血化瘀法,其活血化瘀法应用的时间窗可提前至6 h内。②对于入院血肿体积较大,及不规则型血肿(姜块状)、分离型血肿、密度不均匀血肿,及CTA和增强CT的"点征"、平扫CT上显示的"黑洞征""混杂征"及"岛征"等其他预测血肿扩大的高危指标的ICH患者,48 h内应谨慎使用活血化瘀法,48 h后在血

肿形态稳定的情况下可酌情启用活血化瘀法。③发病后收缩压≥180 mm Hg以及发病后血压控制不稳的患者存在较高的再出血风险,48 h内使用活血化瘀法需谨慎。待血压控制稳定后,可根据血肿情况酌情开展活血化瘀法治疗。④对于口服抗凝药、口服抗血小板药、溶栓治疗等引起的ICH,在其凝血指标恢复、血肿形态稳定后可酌情启动活血化瘀法治疗。⑤对于颅内动脉瘤、动静脉畸形、烟雾病、颅内肿瘤所致的ICH患者,在术后再出血风险较小的情况下方可启用活血化瘀法治疗。(共识建议)

6.5 脑出血活血化瘀法治疗原则(问题9. 脑出血不同分期的血瘀证特点及其治疗原则;问题10. 临床常用的治疗脑出血的活血化瘀法分类及其方药、应用原则;问题11. 临床常用的治疗脑出血的活血化瘀中药及其应用原则)

6.5.1 脑出血病机特点 (1)共识建议:脑出血患者以元气亏虚为本,痰、瘀、风、火为标,其中痰、瘀为中间病理产物,风、火多为最终致病因素,瘀血阻滞又常与出血互为因果。其造成血溢脉外、形成瘀血的主要原因以火热为主,包括实热和虚实夹杂之热证,多为风阳上扰、气机逆乱、血热妄行、热迫血溢。亦有气虚不摄、痰浊阻滞而致出血者。同时瘀血亦会进一步导致出血甚至加重出血,瘀血亦可生热,瘀血与出血、瘀血与火热常常互为因果。日久可发展为虚证或由实转虚。ICH各阶段除血瘀证外,其余证型应参照相应现行中医诊疗标准综合辨治。

(2)建议说明:关于ICH急性期的证候研究比较多,结论也相对较统一。但对中风恢复期的证候研究相对较少,结论也有分歧。一般认为风,火,痰,瘀是急性期的主要证候要素,在此基础上可出现不同的证候组合。如"中风病证候学与临床诊断的研究"科研协作组[44]于1994年做的《中风病证候诊断标准》的临床验证研究,共观察1085例次,得出结果为:在中风发病4~7 d,风证、火证、痰证、血瘀证的出现率分别为48.9%、58.7%、82.5%、64.3%;在ICH发病15 d后随着病程延长,火证出现频率逐渐下降,而气虚和阴虚证的出现频率逐渐上升,痰证和血瘀证一直维持在较高比率;进入恢复期后,痰证、血瘀证、气虚证成为主要证候。高颖团队[45]对中风病恢复期证候要素进行研究发现:中风病恢复期证候要素的特点是以虚证为主,包括阴虚、气虚。项目组根据本次文献检索及临床问卷调研结果发现:造成ICH患者血溢脉外,形成瘀血的主要原因是实热、风阳、气逆、气虚、热证虚实夹杂、痰浊(共识度依次为:85.86%、71.72%、64.65%、63.64%、61.62%、59.60%)。项目组专家认为,元气亏虚为本,痰、瘀、风、火、为标,其中痰、瘀为中间病理产物,风、火为最终致病因素。

6.5.2 急性期 (1)血瘀证特点:脑出血超急性期和急性期,其血瘀证特点以火热为主,包括实热和虚实夹杂之热证,多为风阳上扰、气机逆乱、热迫血溢或瘀血生热,且多伴有痰浊阻滞。亦有热证不明显,以气虚不摄、痰浊阻滞为主者。热证和非热证的相关辨证标准可参照《高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识》。(共识建议)

(2)推荐治法:辨证为热证的各类ICH患者治疗当以凉血活血法为主,并配合使用活血止血法、活血利水法、活血开窍法。非热证者多为气虚不摄、痰浊或瘀血阻滞而致出血,治疗以活血止血法为主,配合活血利水法和活血化痰法。本阶段患者多伴有腑实证、痰蒙证,有腑实证者可兼用活血通腑法,痰盛者可兼用活血化痰法。(共识建议)

对于血肿稳定者可酌情使用活血力度较平和的活血化瘀法或活血力度较大的破血逐瘀法。但因破血走窜类中药增加再出血风险存在争议,故ICH超早期、急性期不宜单用,配用不宜大量;一般情况下,ICH3 d内应慎用或小剂量运用破瘀通络之品;2~3 d后因仍有出血之虞,破血类中药仍宜少用;而对于高血压性ICH血肿形态规则(蚕豆状)的患者可酌情早期使用破血走窜类中药。(共识建议)

(3)推荐方药:①凉血活血法,常用方剂为:凉血通瘀方、犀角地黄汤、羚羊角汤、自拟血肿消口服液、三化汤加减等。②活血止血法,常用方剂为:三七粉、云南白药等。③活血利水法,常用方剂为:通窍活血利水汤、五苓散加减、当归芍药散等。亦可在辨证的基础上酌加利水之类药物。④活血通腑法,常用方剂为:星蒌承气汤、桃核承气汤、通腑方等。亦可在辨证基础上酌加通腑药内服或灌肠。⑤活血化痰法,常用方剂为:逐瘀化痰汤、涤痰汤加减、化痰通络汤、清化痰瘀熄风汤、温化痰瘀通脑方等。⑥活血化瘀法,常用方剂为:血府逐瘀汤等。⑦破血逐瘀法,常用方剂为:大黄䗪虫丸、破瘀醒神汤、抵挡汤/丸等。⑧活血开窍法,常用方剂为:通窍活血汤、安宫牛黄丸等。以上治法亦可在辨证论治基础上选用临床常用的治疗ICH的不同活血化瘀类中药进行组方。(共识建议)

6.5.3 恢复期 (1)血瘀证特点:ICH恢复期血瘀证多为气虚血瘀,多伴痰浊阻滞、阴虚、气滞等,整体仍偏向虚实夹杂之热证。(共识建议)

(2)推荐治法:以益气活血、活血化痰、活血滋阴法为主。(共识建议)

(3)推荐方药:①益气活血法,常用方剂为:补阳还五汤等。②活血化痰法,常用方剂为:清化痰瘀熄风汤、温化痰瘀通脑方等。③活血滋阴法,常用方剂为:育阴通络汤。④活血化瘀法,常用方剂为:血府逐瘀汤等。亦可辨证论治基础上选用临床常用的治疗ICH的不同活血化瘀类中药。(共识建议)

6.5.4 后遗症期 (1)血瘀证特点:ICH后遗症期患者血肿多已吸收,对于血肿吸收患者,应结合其肢体症状及舌脉情况适当选用活血化瘀治法。其血瘀证多为气虚血瘀,多伴痰浊阻滞、阴虚、阳虚、气滞等。(共识建议)

(2)推荐治法:以益气活血、活血滋阴、活血温阳、活血化痰为主,并注意活血行气法的使用。亦可根据病情辨证选用适用于后遗症期的较平和的活血化瘀类方剂。(共识建议)

(3)推荐方药:①益气活血法,常用方剂为:补阳还五汤等。②活血滋阴法,常用方剂为:育阴通络汤。③活血化痰法,常用方剂为:温化痰瘀通脑方等。④活血化瘀法,常用方剂为:血府逐瘀汤等。亦可辨证论治基础上选用临床常用的治疗ICH的不同活血化瘀类中药。(共识建议)

6.5.5 中成药及中药注射剂(问题12. 临床常用的治疗脑出血的活血化瘀中成药及其应用原则) (1)推荐中成药及中药注射剂:根据文献研究和临床问卷调研,可参考使用的中药包括:脑血疏口服液;脑血康口服液;醒脑静注射液;清开灵注射液;疏血通注射液/疏血通针剂;丹参类注射剂[包括:丹参注

射液、复方丹参注射液、丹参酮ⅡA磺酸钠注射液]；三七制剂[包括：三七总皂苷/三七总苷片、血塞通注射液/血塞通粉针剂、血栓通注射液]。(共识建议)

(2)应用原则：应用活血化瘀中成药治疗ICH时，应根据时期及辨证不同，选择不同治疗药物。其中脑血疏口服液可用于出血性中风急性期及恢复早期。脑血康口服液可用于高血压性ICH后的脑血肿、脑血栓等。醒脑静注射液可用于ICH热证伴意识障碍患者，清开灵注射液可用于ICH热证伴高热者，但考虑到国家药品不良反应监测报告提示，醒脑静注射液的不良事件/反应较多，使用醒脑静时应严格排除禁忌证并向患者(或家属)充分说明用药可能带来的不良反应。ICH 48 h后可选用三七类注射液，1周左右可用其他类静脉制剂(如丹参类、疏血通等)。(共识建议)

(3)建议说明：根据临床调研和专家研讨会，项目组遴选出上述临床常用的治疗ICH的活血化瘀类中成药。脑血疏口服液在ICH急性期的运用中被评为中级证据[46]。一项针对ICH术后的贝叶斯网状Meta分析[47]结果显示，常规治疗基础上，加用安宫牛黄丸、苏合香丸、脑血疏口服液、脑血康片、消瘀康胶囊、养血清脑颗粒、脑心通胶囊在治疗ICH方面均有一定疗效。另一项网状Meta分析结果显示[48]，西医常规治疗联合活血化瘀类中成药，在改善神经功能缺损程度方面，联合脑血康口服液＞联合脑血疏口服液＞联合安宫牛黄丸＞西医常规治疗；减少残余脑血肿量方面，联合脑血疏口服液＞联合脑血康口服液＞西医常规治疗；改善日常生活能力方面，联合安宫牛黄丸＞联合脑血疏口服液＞西医常规治疗；改善总有效率方面，联合脑血疏口服液＞联合安宫牛黄丸＝联合脑血康口服液＞西医常规治疗。一项针对醒脑静注射液治疗急性ICH的Meta分析($n=1854$)结果显示[49]，醒脑静注射液可降低患者短期病死率(1个月内)，提高临床总有效率。针对醒脑静注射液治疗ICH术后患者的荟萃分析($n=4852$)结果显示[50]，醒脑静注射液与常规西药治疗的结合可提高总有效率，降低15 d内的全因病死率，减少血肿体积和血肿周围水肿，降低肿瘤坏死因子-α(Tumor Necrosis Factor-α，TNF-α)水平，减少神经损伤，改善日常生活能力。一项针对疏血通注射液治疗出血性中风急性期的Meta分析结果显示[51]，疏血通注射液可减少出血性中风急性期患者的ICH量、改善神经功能缺损状况，且安全性较高。一项针对丹参类注射剂(包括：丹参酮ⅡA、丹参注射液、复方丹参注射液、丹红注射液)的Meta分析结果显示[52]，与单纯常规治疗相比，加用丹参注射液和复方丹参注射液均可提高出血性中风患者的临床总有效率，且安全性良好。针对复方丹参注射液的一项Meta分析结果显示[53]，复方丹参注射液还可促进出血性中风急性期患者的血肿吸收，降低神经功能缺损评分。一项样本量为1891例的Meta分析中[54]，试验组采用西医常规治疗加三七总皂苷提取物注射治疗，包括注射用血塞通(冻干)(6个RCT)、血塞通注射液(7个RCT)、血栓通注射液(5个RCT)、路路通注射液(1个RCT)、三七皂苷注射液(1个RCT)。结果显示，三七总皂苷提取物可降低患者的病死率(干预时间节点为发病后48 h内、发病后7 d)，提高临床总有效率(疗程2～4周)，改善中枢神经功能缺损评分，增加BI指数，降低脑水肿体积，促进脑血肿吸收(疗程10～40 d)。在纳入的20项研究中，7项试验报告了不良事件的发生率，只有一项试验具体报道了3例与三七总皂苷提取物注射相关的皮疹，其他6项试验中未报道严重的不良事件。

6.6 脑梗死后出血转化患者的活血化瘀法应用原则(问题13. 脑梗死后出血转化患者的活血化瘀法应用原则)

6.6.1 推荐意见 对于脑梗死出血转化的患者，在改善神经功能缺损方面，出血稳定后可考虑在常规专科治疗的基础上给予活血化瘀中药治疗(2C)。

6.6.2 共识建议 ①对于脑梗死后自发性出血转化的患者，在血肿形态稳定的情况下可尽早开展活血化瘀法治疗。②对于脑梗死后继发性(或治疗性)出血转化的患者，48 h内应谨慎使用活血化瘀法，48 h后再出血风险较小者可酌情开展活血化瘀法的应用。

6.7 脑出血后血流低灌注患者的活血化瘀法应用原则(问题14. 脑出血后血流低灌注患者的活血化瘀法应用原则)

①对于ICH后脑血流低灌注患者，在血肿形态稳定的情况下可尽早开展活血化瘀法治疗。②ICH患者积极辨证应用活血化瘀法治疗，或可预防ICH后脑血流低灌注的发生。(共识建议)

6.8 联合用药[问题15. 活血化瘀法治疗脑出血的合并用药(中药、西药)注意事项]

①活血化瘀药与ICH西医常规治疗药物(如降压药、降糖药、止血药、神经营养剂等)联合使用时未见相关不良反应报道，可根据临床情况联合使用。②与甘露醇等强利尿脱水药联用需谨慎，需调整用量甚至不用。③活血化瘀法与其他中医治法可联合使用，联合使用时可根据临床辨证选用具有多种作用的活血化瘀药物以达到方精药简的目的。④抗凝药、抗血小板聚集药，联用时需调整用量及疗程。(共识建议)

6.9 用药疗程(问题16. 活血化瘀法治疗脑出血的用药疗程)

活血化瘀法治疗ICH的应用疗程应根据具体情况而定，在辨证论治基础上根据病情变化及时调整方药，综合考虑患者证候转化情况、血肿吸收情况、症状改善情况以及患者耐受情况等。(共识建议)

6.10 安全性[问题17. 活血化瘀法治疗脑出血的不良反应(或不良事件)及其应对措施]

6.10.1 共识建议 暂无证据显示活血化瘀法治疗ICH会增加再出血风险，无证据显示临床报道的不良反应或不良事件与活血化瘀直接相关。

6.10.2 建议说明 通过临床调研，部分专家认为活血化瘀法治疗ICH会有以下风险：再出血，过敏反应等。但部分专家表示早期用凉血活血或三七基本可以避免再出血的发生。在项目组完成的一项Meta分析中，5项研究[31,35,37-38,55]报道了不良反应。在治疗过程中，试验组1 189例患者，共有18例患者出现不良反应，其中再出血及血肿扩大4例、消化道出血2例、肾功能损害2例、感染8例、下肢静脉血栓2例。对照组1 189例患者，共有34例患者出现不良反应，其中再出血及血肿扩大12例、消化道出血6例、肾功能损害8例、感染6例、下肢静脉血栓2例。结果显示，试验组较对照组治疗ICH安全性更好，差异有统计学意义[$RR=0.53$，95% $CI(0.31,0.92)$，$P<$

0.05]。根据1项纳入3个RCT的系统评价结果显示,对于高血压性ICH,与常规术后管理相比,联用活血化瘀中药不会增加再出血风险[RR=0.57,95% CI(0.26,1.28),P<0.05][56]。张允岭[57]团队对11省12家中医院2015—2019年3264名ICH患者的电子病历信息进行分析,其中活血组1325人(40.6%),非活血组1936人(59.4%),经倾向性评分重叠加权法平衡混杂因素后,未发现活血化瘀法治疗ICH增加患者院内死亡、新发出血、静脉血栓栓塞症、肝肾功能不全的风险及疑似过敏性休克事件,认为依据现有临床经验,使用活血化瘀法治疗发病1月内入院的ICH患者可能是安全的,甚至有益于更低的院内死亡风险。目前,临床研究中对ICH早期应用活血化瘀的安全性仍有争议,缺乏高质量证据指导。既往多项研究均认为,在脑出血6h内启用活血化瘀法安全有效[58-60]。但2019年发表在BMJ Open上的一篇多中心RCT结果显示,ICH患者超早期(6 h内)应用活血化瘀配方对临床疗效无显著改善作用,且可增加出血风险[61]。尽管国内有研究显示,24~48 h内使用活血化瘀法较48h后使用能增加获益[62-64],且未发现早期应用活血化瘀类药物与血肿扩大独立相关[65-66]。但对早期应用活血化瘀法治疗ICH的安全性问题,仍缺乏大样本、多中心随机对照试验的高质量证据支持。

7 共识制定过程

(1)文献研究。①检索数据库:中国生物医学文献数据库(CBM)、中国知网(CNKI)、万方数据库(WANFANG)、维普数据库(VIP)、Medline、Embase、the Cochrane Library、医脉通临床指南等。②检索式:以CNKI为例,检索式如下:在专业检索框输入如下检索式:(TKA = 活血´OR TKA = 破血´OR TKA = 散血´OR TKA = 活络´OR TKA = 化瘀´OR TKA = 逐瘀´OR TKA = 破瘀´OR TKA = 散瘀´OR TKA = 消瘀´OR TKA = ´祛瘀´OR TKA = 行瘀´OR TKA = 通瘀´OR TKA = 通络´OR TKA = 通经´OR TKA = 通脉´) AND (SU = 脑出血´OR SU = 脑溢血´OR SU = 脑实质内出血´OR SU = 颅内出血´OR SU = 出血性中风´OR SU = 出血性脑中风´OR SU = 出血性卒中´OR SU = 出血性脑卒中´),其他数据库按照相应规范编写检索式。③根据中国科学院、中国工程院、国家中医药管理局和国家卫生健康委员会公布的两院院士、国医大师、全国名中医药专家、全国老中医药专家、岐黄学者名单,筛选中医药防治脑血管病领域的知名专家,并手工检索发表的关于该专家的活血化瘀法治疗脑出血的相关文献。④通过医脉通临床指南、CNKI等数据库补充检索收集现行的含有中医药疗法的脑出血相关指南、专家共识、标准等。对纳入文献进行知识图谱分析,从文献关键词信息中统计常用治法及方剂。对纳入的指南、共识、综述、学术探讨等文献逐篇阅读,总结统计活血化瘀法治疗脑出血的适应证、禁忌证、注意事项、治法、方药等相关内容,经专家组讨论后纳入到文献研究报告中。

(2)专家访谈。根据文献研究结果,指定访谈提纲。访谈临床专家7名,中医、西医比例约为1∶1,主要为活血化瘀法治疗脑出血的临床应用者,由专家以访谈提纲为主线发表个人意见,以补充收集专家临床经验等,并对在文献研究中未确定的适应证、注意事项和禁忌进行筛选和定位。

(3)构建共识问题。通过Delphi法临床广泛调研(调研专家104名)和名义组法专家会议论证(参会专家22人),形成本共识主要关注17个共识问题。根据共识问题,构建“PICOS(Participants/Patients, Intervention, Control/Comparison, Outcome,Study design)化”的“临床问题”。“P”限定为脑出血患者,“I”为活血化瘀法干预措施,“C”为常规基础治疗,“O”对应各结局指标,“S”限定为随机对照试验。不能“PICOS化”的共识问题为“基础问题”。

(4)证据收集及评价。对临床问题根据“PICOS化”原则进行文献检索,对纳入的RCTs进行Meta分析、试验序贯分析(Trial Sequential Analysis,TSA)分析,采用2004年制订的推荐分级的评估、制定和评价(The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation,GRADE)标准进行证据质量分级[67],并通过GRADEpro开发工具进行GRADE分级形成证据概要表。对于基础问题,结合文献研究及专家访谈结果构建临床调研问卷,最终通过大样本临床调研,收集整理活血化瘀法治疗ICH的适应证、注意事项和禁忌、常用治法、方药及其应用时机和原则等[68]。

(5)推荐意见和共识建议的形成。根据GRADE分级及临床调研结果,通过名义组法,针对有循证证据的临床问题形成推荐意见,对共识基础问题和尚缺少临床证据的临床问题,形成共识建议。

8 证据分级与推荐强度标准

8.1 GRADE证据质量分级及定义

本文件采用GRADE标准进行证据质量分级。证据质量分级定义见表2。

表2 GRADE证据质量分级定义

证据等级	定义
高级证据(A)	非常确信观察值接近真实值,进一步研究不大可能改变该观察值的可信度。
中级证据(B)	对观察值有中等强度信息:真实值有可能接近观察值,但仍存在两者不同的可能性,进一步研究可能改变观察值的可信度,且可能改变该观察值的结果。
低级证据(C)	对观察值的确信程度有限:真实值可能与观察值差别很大,进一步研究极有可能改变观察值的可信度,且很可能改变该观察值的结果。
极低证据(D)	对观察值几乎没有信息:真实值很可能与观察值不同,真实值可能与观察值有很大差别,观察值的结果很不确定。

8.2 推荐意见强度的定义

本文件推荐强度标准综合临床试验、文献资料、中医古籍、医保目录、中国药典等标准化文件形成证据,结合专家访谈、临床专家调研结果、药品说明书信息、患者偏好与价值观以及相关经济学分析数据,由名义组会议专家综合权衡后作出推荐强度。推荐强度的形成应综合考虑以下因素:①证据质量:证据质量越高越适合制定一个强推荐,反之亦然。②利弊平衡:利弊间的差别越小越适合制定一个强推荐,反之亦然。③经济学:一项干预措施的花费越低,消耗的资源越少,越适合制定一个强推荐。④患者的价值观和意愿:患者之间的价值观和意愿差异越小或不确定性越小越适合制定一个强推荐。推荐意见强度定义见表3。

9 说明

本文件为中华中医药学会内科分会专家共识。

本文件按照GB/T1.1－2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则起草。

表3 推荐意见强度定义

证据等级	定义
强推荐(1)	对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见；对于患者，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会；对于政策制定者，大多数情况会采纳推荐意见作为政策。
弱推荐(2)	对于临床医生，应认识到不同患者有各自适合的方案，需要帮助每个患者做出体现其价值观和意愿的决定；对于患者，大多数患者会采纳推荐意见，但仍有不少患者不采用；对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关。

本文件由河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学中医脑病研究院、郑州大学第一附属医院提出。

本文件由中华中医药学会内科分会归口。

本文件牵头专家：王新志、高颖。

本文件专家组(按姓氏笔画排序)：丁砚兵、万政强、马云枝、王心东、王立新、王伟民、王庆波、王兴臣、王松龄、王保亮、王彦华、王晓玲、王健、王菁婧、王新志、古联、卢云、田军彪、冯学功、师蔚、吕哲、朱陵群、伍大华、任昌伟、全亚萍、刘向哲、刘合玉、刘志华、刘建平、刘泰、刘晓俊、闫咏梅、关东升、关运祥、安红伟、孙树杰、李小黎、李乐军、李汉颖、李军、李燕梅、杨文明、杨志敏、杨思进、杨俊生、杨楠、吴涛、邱炳辉、余尚贞、邹忆怀、邹伟、况时祥、汪瀚、沈晓明、宋虎杰、宋珏娴、张允岭、张伦忠、张怀亮、张燕平、张振强、张根明、张晓云、张琳琳、张道培、陈红霞、陈志刚、陈眉、陈通、邵明义、武继涛、招远祺、林亚明、林安基、金杰、周红霞、周晓卿、周德生、郑国庆、孟毅、赵杨、赵明芬、赵性泉、赵建军、赵敏、赵德喜、荆志伟、胡晓灵、胡跃强、俞晓飞、姜亚军、洪华、袁灿兴、徐向青、高永红、高敏、高颖、郭建文、郭艳、郭增元、黄宏敏、黄涛、黄培新、黄燕、曹克刚、曹晓岚、常静玲、第五永长、韩祖成、韩舰华、谢颖桢、谢瑶、楚海波、蔡业峰、廖晓凌、谭子虎、樊永平、黎明全、虢周科、薛孟周。

本文件方法学专家委员会专家：刘建平、邵明义。

本文件多中心临床研究团队：河南中医药大学第一附属医院王新志团队、北京中医药大学中医脑病研究院高颖团队、中国中医科学院荆志伟团队、郑州大学第一附属医院王菁婧团队。

本文件起草单位：河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学中医脑病研究院、中国中医科学院、郑州大学第一附属医院、河南省中医药科学院。

本文件主要起草人：王新志、高颖、荆志伟、赵敏、刘向哲、周红霞、王菁婧。

本文件主要执笔人：周红霞、王菁婧、王新志、高颖、荆志伟、赵敏、刘向哲。

本文件工作组：周红霞、宋研博、潘媛媛、孙永康、葛煜、李丹溪、董兴鲁、许颖智。

本文件秘书：周红霞、宋研博、葛煜、李丹溪、董兴鲁、许颖智。

附录A

A1 临床常用的治疗脑出血的活血化瘀法分类及其常用方剂、中药。见表4～14。

表4 治疗脑出血临床常用的凉血活血法方剂

方剂	功效	主治	组成
凉血通瘀方 来源：国医大师周仲瑛经验方	凉血化瘀 通腑泄热	脑出血，瘀热阻窍证	熟大黄10 g，生地黄20 g，水牛角(先煎)30 g，牡丹皮10 g，赤芍15 g，石菖蒲10 g
犀角地黄汤 来源：《外台秘要》	清热解毒 凉血散瘀	中风急性期重症患者出现呕血变证者	芍药9 g，地黄24 g，丹皮12 g，犀角屑(水牛角代)30 g
羚羊角汤 来源：《医醇賸义》	清热化痰 醒神开窍 凉血化瘀	中风中脏腑，痰热内闭证	羚羊角粉(冲服)0.6 g，珍珠母(先煎)30 g，竹茹6 g，天竺黄6 g，石菖蒲9 g，远志9 g，夏枯草9 g，牡丹皮9 g
自拟血肿消口服液 来源：全国第五批老中医药专家王松龄经验方	活血清热 破瘀利水	脑出血急性期	炒水蛭2 g，炒蒲黄10 g，三七10 g，大黄14 g，莪术4 g，茯苓30 g，浙贝母30 g，益母草30 g
三化汤加减 来源：国医大师任继学根据刘完素《素问病机气宜保命集》三化汤加减而来	破血化瘀 泻热醒神 豁痰开窍	脑出血急性期，实热证，得利停服	大黄10 g，枳实15 g，厚朴15 g，羌活10 g，生蒲黄15 g，桃仁10 g，煨皂角5 g

表5 治疗脑出血临床常用的活血通腑法方剂

方剂	功效	主治	组成
星蒌承气汤 来源：中国工程院院士王永炎经验方	活血化痰通腑	中风中经络，痰热腑实证	瓜蒌30 g，胆南星6 g，大黄(后下)9 g，芒硝(冲服)9 g
桃核承气汤 来源：《伤寒论》	逐瘀泻热	下焦蓄血证	桃仁去皮尖12 g，大黄12 g，桂枝去皮6 g，甘草(炙)6 g，芒硝6 g
通腑方(中风星蒌通腑胶囊) 来源：岐黄学者，第五、七批全国老中医药专家王新志经验方	通腑泄热活血化瘀	中风闭证，痰热腑实证	大黄、胆南星、瓜蒌、天竺黄、枳实、桃仁、赤芍、丹参

表6 治疗脑出血临床常用的活血利水法方剂

方剂	功效	主治	组成
通窍活血利水汤 来源:国医大师张学文根据古方“通窍活血汤”加减而来	化瘀利水 醒脑通窍	脑出血急性期	丹参、桃仁、红花、益母草、茯苓、川牛膝、白茅根、川芎、赤芍、水蛭、麝香、黄酒
五苓散加减 来源:《伤寒论》	利水渗湿 温阳化气	脑出血,血瘀水滞证	桂枝8 g,白术8 g,泽泻12 g,猪苓10 g,茯苓8 g,丹参15 g,黄芪20 g,熟地黄11 g,桃仁13 g,红花15 g,桔梗15 g,甘草15 g,赤芍15 g,柴胡15 g,玉米须15 g,牛膝15 g,枳壳15 g,川芎15 g
当归芍药散 来源:《金匮要略》	养肝和血 健脾祛湿	脑出血,血瘀湿滞证	当归9 g,芍药48 g,茯苓12 g,白术12 g,泽泻24 g,川芎24 g

表7 治疗脑出血临床常用的活血止血法方剂

方剂	功效	主治
三七粉	活血止血	中风急性期重症患者出现呕血变证者
云南白药	活血止血	中风急性期重症患者出现呕血变证者

表8 治疗脑出血临床常用的活血开窍法方剂

方剂	功效	主治	组成
安宫牛黄丸 来源:《温病条辨》	清热解毒 豁痰开窍 凉血泻火	中风昏迷属邪热内闭者	牛黄30 g,郁金30 g,犀角(水牛角代)30 g,黄连30 g,朱砂30 g,梅片7.5 g,麝香7.5 g,珍珠15 g,山栀30 g,雄黄30 g,黄芩30 g
通窍活血汤 来源:《医林改错》	活血通窍	脑出血各期,瘀阻头面证	赤芍3 g,川芎3 g,桃仁(研泥)9 g,红花9 g,老葱(切碎)6 g,鲜姜(切碎)9 g,红枣(去核)5 g,麝香(绢包)0.15 g,黄酒250 g

表9 治疗脑出血临床常用的活血化痰法方剂

方剂	功效	主治	组成
逐瘀化痰汤 来源:杨万章、虢周科、李明富、张发荣等及成都中医药大学团队根据中风的痰瘀理论创立	活血祛瘀 化痰逐饮 益气固脱	脑出血急性期	红参,水蛭,生南星,大黄,生附子,三七等
化痰通络汤 来源:《中医内科常见病诊疗指南·中风》	熄风化痰 活血通络	中风中经络,风痰阻络证	法半夏9 g,白术9 g,天麻12 g,胆南星6 g,丹参15 g,香附9 g,酒大黄6 g
清化痰瘀熄风汤 来源:第五批全国老中医药专家王松龄经验方	清热化痰 活血熄风	脑出血,热证兼痰瘀者	西洋参12 g,制首乌12 g,炒水蛭2 g,胆南星6 g,大黄3 g,决明子8 g,全蝎8 g,天麻10 g,浙贝母15 g
温化痰瘀通脑方 来源:第五批全国老中医药专家王松龄经验方	温化痰饮 活血通脑	脑出血,非热证兼痰瘀者	清半夏12 g,白术30 g,天麻12 g,白芥子10 g,桃仁10 g,陈皮12 g,土鳖虫10 g,三七8 g,制山甲4 g
涤痰汤加减 来源:《奇效良方》	豁痰开窍 凉血止血	主中风,痰迷心窍,舌强不能言。	胆南星(姜制)2.5 g,半夏(洗)2.5 g,枳实(麸炒)6 g,茯苓(去皮)6 g,橘红4.5 g,石菖蒲3 g,人参3 g,竹茹2.1 g,甘草1.5 g

表10 治疗脑出血临床常用的破血逐瘀法方剂

方剂	功效	主治	组成
大黄䗪虫丸 来源:《金匮要略》	活血消癥 祛瘀生新 攻热下血	脑出血各期,血瘀证	大黄(蒸)7.5 g,黄芩6 g,甘草9 g,桃仁6 g,杏仁6 g,芍药12 g,干地黄30 g,干漆3 g,虻虫6 g,水蛭6 g,蛴螬6 g,䗪虫3 g
破瘀醒神汤 来源:林亚明早年师从于任继学教授,结合自身体会,应用此方	破瘀醒神	脑出血急性期	水蛭10~15 g,桃仁10~15 g,红花10~15 g,酒大黄10~15 g,蒲黄10~15 g,石菖蒲10~15 g,豨莶草10~15 g,土鳖虫5 g
抵当汤 来源:《伤寒论》	破瘀下血	血瘀兼腑实证	水蛭(熬)6 g,虻虫(去翅足,熬)6 g,桃仁(去皮尖)5 g,大黄(酒洗)9 g

表11 治疗脑出血临床常用的活血化瘀法方剂

方剂	功效	主治	组成
血府逐瘀汤 来源:《医林改错》	活血化瘀 行气止痛	脑出血各期,血瘀证	桃仁12 g,红花9 g,当归9 g,生地9 g,川芎4.5 g,赤芍6 g,牛膝9 g,桔梗4.5 g,柴胡3 g,枳壳6 g,甘草6 g

表 12 治疗脑出血临床常用的益气活血法方剂

方剂	功效	主治	组成
补阳还五汤 来源:《医林改错》	补气活血通络	气虚血瘀之中风	生黄芪 120 g,归尾 6 g,赤芍 4.5 g,地龙去土 3 g,川芎 3 g,红花 3 g,桃仁 3 g

表 13 治疗脑出血临床常用的活血滋阴法方剂

方剂	功效	主治	组成
育阴通络汤 来源:《中医内科常见病诊疗指南·中风》	滋阴熄风 活血通络	脑出血恢复期、后遗症期,阴虚血瘀证	生地黄 15 g,山茱萸 9 g,钩藤(后下)15 g,天麻 9 g,丹参 15 g,白芍 9 g。半身不遂而肢体拘急麻木,加当归 15 g,鸡血藤 30 g,水蛭 3 g 以活血通络

表 14 治疗脑出血临床常用的活血化瘀中药及其分类

分类	中药
活血止血类	三七、蒲黄、大黄、仙鹤草等
活血凉血类	犀角(水牛角代替)、地黄、大黄、牡丹皮、赤芍、丹参等
活血利水类	益母草、泽兰、地龙等
活血祛瘀类	丹参、红花、川芎、牛膝、没药、赤芍等
破血逐瘀类	水蛭、虻虫、土鳖虫、莪术、三棱、桃仁等
补血活血类	当归、鸡血藤、丹参等
活血化痰类	地龙等
活血通腑类	大黄、地黄、桃仁等

参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志,2019,52(12):994 - 1005.
[2] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志,2022,19(2):136 - 144.
[3] WANG Y J,LI Z X,GU H Q,et al. China stroke statistics: an update on the 2019 report from the national center for healthcare quality management in neurological diseases,china national clinical research center for neurological diseases,the chinese stroke association,national center for chronic and non - communicable disease control and prevention,chinese center for disease control and prevention and institute for global neuroscience and stroke collaborations[J]. Stroke Vasc Neurol,2022,7(5):415 - 450.
[4] 北京市中西医结合学会神经科专业委员会. 高血压性脑出血急性期中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学,2016,19(30):3641 - 3648.
[5] 黄如训,郭玉璞. 2000 年广州全国脑血管病专题研讨会脑卒中的分型分期治疗(建议草案)[J]. 现代实用医学,2003,15(9):592 - 594.
[6] 王永炎,高颖. 中医内科常见病诊疗指南·中风[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:56 - 62.
[7] 中华中医药学会. 脑出血中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(23):110 - 112.
[8] 中国中西医结合学会. 脑出血中西医结合诊疗专家共识(T/CAIM023 - 2021)[EB/OL]. (2021 - 08 - 11)[2024 - 07 - 20]. http://www.caim.org.cn/info_content.jsp? id=8342 .
[9] 中国中西医结合学会,中华中医药学会,中华医学会. 脑出血中西医结合诊疗指南[EB/OL]. (2023 - 05 - 31)[2024 - 07 - 20]. http://www.caim.org.cn/info_content.jsp? id=10322.
[10] 国家科委攻关项目 85 - 919 - 02 - 01 专题组,国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[S]. 北京中医药大学学报,1994,17(3):64 - 66.
[11] 张琳婷. 出血性中风证候要素诊断量表编制研究[D]. 北京:北京中医药大学,2021.
[12] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 实用血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志,2016,36(10):1163.
[13] 张金生,张宝霞,张阳阳. 活血化瘀治法理论的创新和重构[J]. 中医杂志,2016,57(19):1626 - 1629.
[14] 张金生. 活血化瘀治法理论"祛瘀血"和"生新"层面的内涵探究[J]. 北京中医药大学学报,2012,35(4):230 - 232.
[15] 游潮,刘鸣,于学忠,等. 高血压性脑出血中国多学科诊治指南[J]. 中国急救医学,2020,40(8):689 - 702.
[16] WANG C W,LIU Y J,LEE Y H,et al. Hematoma shape,hematoma size,Glasgow coma scale score and ICH score: which predicts the 30 - day mortality better for intracerebral hematoma? [J]. PLoS One,2014,9(7):e102326.
[17] FUJII Y,TANAKA R,TAKEUCHI S,et al. Hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. J Neurosurg,1994,80(1):51 - 57.
[18] KOTHARI R U,BROTT T,BRODERICK J P,et al. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes[J]. Stroke,1996,27(8):1304 - 1305.
[19] BARRAS C D,TRESS B M,CHRISTENSEN S,et al. Density and shape as CT predictors of intracerebral hemorrhage growth[J]. Stroke,2009,40(4):1325 - 1331.
[20] BLACQUIERE D,DEMCHUK A M,AL - HAZZAA M,et al. Intracerebral hematoma morphologic appearance on noncontrast computed tomography predicts significant hematoma expansion[J]. Stroke,2015,46(11):3111 - 3116.
[21] SHEN Q,SHAN Y,HU Z,et al. Quantitative parameters of CT texture analysis as potential markersfor early prediction of spontaneous intracranial hemorrhage enlargement[J]. Eur Radiol,2018,28(10):4389 - 4396.
[22] KAZUI S,NARITOMI H,YAMAMOTO H,et al. Enlargement of spontaneous intracerebral hemorrhage. Incidence and time course[J]. Stroke,1996,27(10):1783 - 1787.
[23] 徐忠海,张建平. 中青年脑出血临床诊治分析[J]. 中国实用医药,2015,6(8):32 - 33.
[24] MARUISHI M,SHIMA T,OKADA Y,et al. Involvement of fluctuating high blood pressure in the enlargement of spontaneous intracerebral hematoma[J]. Neurol Med Chir (Tokyo),2001,41(6):300 - 304.
[25] 邹珺,韩继媛. 中青年脑出血患者的回顾性临床流行病学分析[J]. 临床急诊杂志,2010,11(2):81 - 84.
[26] LI Q,ZHANG G,HUANG Y J,et al. Blend sign on computed tomography: novel and reliable predictor for early hematoma growth in

patients with intracerebral hemorrhage[J]. Stroke,2015,46(8):2119 - 2123.
[27] FUJII Y,TAKEUCHI S,SASAKI O,et al. Multivariate analysis of predictors of hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. Stroke,1998,29(6):1160 - 1166.
[28] 张媛媛,张利众. 益气活血开窍法治疗急性脑出血临床研究[J]. 四川中医,2016,34(4):82 - 84.
[29] 张小存. 活血化瘀汤联合西药治疗急性脑出血疗效观察[J]. 广西中医药大学学报,2019,22(4):12 - 14.
[30] 院立新,陈澈,张根明,等. 活血化瘀治疗对脑出血患者预后的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(2):174 - 178.
[31] 刘胜武,吴瑞. 活血化瘀法治疗脑出血急性期疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(8):189 - 191.
[32] 景风霞. 中医活血化瘀法治疗脑出血临床效果探讨[J]. 中医药临床杂志,2017,29(11):1872 - 1874.
[33] 侯刚. 活血化瘀汤对急性脑出血患者神经功能及血清 hs - CRP、S100β 水平的影响[J]. 光明中医,2021,36(5):767 - 769.
[34] 陈澈,院立新,李净娅,等. 活血化瘀方案治疗脑出血 30 例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(9):1056 - 1057.
[35] 王飞. 活血化瘀治疗对脑出血患者预后的影响分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(5):5,8.
[36] 李妍怡,东红,窦友义,等. 中风膏治疗急性脑出血 45 例[J]. 中医研究,2012,25(2):6 - 9.
[37] 李明非. 活血化瘀法治疗脑出血后脑积水的随机对照临床研究[D]. 成都:成都中医药大学,2016.
[38] 连玉杰. 中医活血化瘀方案对脑出血血肿吸收及神经功能缺损程度的影响[J]. 中国实用医药,2021,16(8):162 - 164.
[39] 王志新,张志立,罗培云. 中西医结合治疗高血压脑出血临床效果观察[J]. 实用中西医结合临床,2009,9(2):9 - 11.
[40] 郭丽光. 西医内科基础治疗联合中药活血化瘀法治疗高血压性脑出血的临床观察[C]//全国高血压防治知识推广培训班暨健康血压中国行福建漳州会论文综合刊,2014:2.
[41] 陈梅花. 小量脑出血的活血化淤治疗[J]. 医学信息,2014,27(9):199 - 200.
[42] 李晓静. 具有益气化瘀豁痰功效的脑血疏口服液防治高血压脑出血二次脑损伤的临床疗效及机制观察[J]. 养生保健指南,2017,18(38):63 - 64.
[43] 王明哲,张亮,姜文斐,等. 益气化瘀豁痰法防治高血压脑出血后二次脑损伤的临床疗效及机制研究[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(11):1544 - 1547.
[44] 任占利,范吉平.《中风病证候诊断标准》的临床验证研究[J]. 北京中医药大学学报,1994,17(6):41 - 43,70.
[45] 马斌,高颖. 中风病恢复期证候要素的研究[J]. 江苏中医药,2007,39(1):27 - 29.
[46] 王新志,高颖,周红霞,等. 脑血疏口服液治疗中风临床应用专家共识[J]. 中华中医药学刊,2024,42(8):249 - 258.
[47] 宋研博,孙永康,徐方飚,等. 中成药治疗脑出血术后疗效的贝叶斯网状 Meta 分析[J]. 中药新药与临床药理,2024,35(6):884 - 895.
[48] 雷林,贾敏,廖星,等. 口服或鼻饲中成药治疗高血压性脑出血的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志,2021,46(12):2995 - 3006.
[49] 袁芳,高庆春. 醒脑静注射液治疗急性脑出血的系统评价[J]. 中国神经精神疾病杂志,2014,40(1):52 - 54.
[50] SONG Y,XU F,LI S,et al. Efficacy and safety of Xingnaojing injection for post - operative patients of intracerebral haemorrhage: a meta - analysis and systematic review[J]. Front Pharmacol,2024,15:1411026.
[51] 李可建,马丽虹. 疏血通注射液治疗出血性中风急性期临床疗效系统评价[J]. 山东中医杂志,2010,29(8):511 - 513.
[52] 马丽虹,李冬梅,李可建. 系统评价丹参制剂对不同类型卒中的疗效[J]. 医药导报,2012,31(12):1636 - 1639.
[53] 马丽虹,鲁明源,李可建. 复方丹参注射液治疗出血性中风急性期临床疗效的系统评价[J]. 中国中医急症,2012,21(11):1783 - 1784,1788.
[54] XU D,HUANG P,YU Z,et al. Efficacy and safety of panax notoginseng saponin therapy for acute intracerebral hemorrhage, meta - analysis, and mini review of potential mechanisms of action[J]. Front Neurol,2014,5(7):274.
[55] 陆春伟. 活血化瘀药物治疗高血压性基底核区脑出血的临床分析[J]. 保健文汇,2018,4(5):139.
[56] 周粤湘,倪小佳,朱庆斌,等. 活血化瘀中药干预高血压脑出血术后患者的疗效及安全性的系统评价[C]//中华中医药学会脑病分会 2019 年学术年会暨全国中医脑病国医大师暨名家学术经验传承研讨会论文汇编,2019.
[57] 杜琬晴. 真实世界活血化瘀法治疗脑出血的安全性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2023.
[58] 黄颖. 早期使用活血化瘀药治疗高血压脑出血疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2000,7(5):279 - 281.
[59] 郭建文,何迎春,陈绍宏. 复方中风醒脑口服液干预急性脑出血治疗时间窗的临床研究[J]. 中国脑血管病杂志,2005,2(6):255 - 259.
[60] 张子震. 活血化瘀通腑法治疗急性脑出血临床体会[J]. 中国中医急症,2009,18(7):1153.
[61] ZENG L,TANG G,WANG J,et al. Safety and efficacy of herbal medicine for acute intracerebral hemorrhage (CRRICH): a multicentre randomised controlled trial[J]. BMJ Open. 2019,9(5):e024932.
[62] 刘庆宪,于文,宋永建. 丹参注射液治疗高血压性脑出血时间窗研究[J]. 中医杂志,2005,46(11):824 - 825 + 834.
[63] 李洁霞,米建平,赵树秋,等. 早期使用活血化瘀法治疗对中小量高血压脑出血患者日常生活能力的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2007,14(5):284 - 286.
[64] 李洁霞,米建平,赵树秋,等. 不同时间使用丹参注射液治疗急性中小量脑出血疗效比较[J]. 中国中医急症,2007,16(9):1041 - 1043.
[65] 许亚发. 高血压性脑出血早期血肿扩大相关因素及与活血化瘀中药的关系[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
[66] 王静. 破血逐瘀法治疗超急性期脑出血的安全性评价和血肿扩大相关因素分析[D]. 广州:广州中医药大学,2015.
[67] GUYATT G,OXMAN A D,AKL E A,et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. J Clin Epidemiol,2011,64(4):383 - 394.
[68] 宋研博. 基于专家共识法的《活血化瘀法治疗脑出血临床应用专家共识》"共识建议条目"构建研究[D]. 郑州:河南中医药大学,2023.