

· 论著 · 头颈部 ·

# 安宫牛黄丸联合针刺治疗对脑出血术后昏迷患者苏醒时间及血液流动性的影响

冯 森<sup>1\*</sup> 李建智<sup>2</sup> 祖向阳<sup>1</sup>

1.河南中医药大学第三附属医院神经外科(河南新乡 453000)

2.河南中医药大学第三附属医院针灸科/疼痛科(河南新乡 453000)

**【摘要】目的** 探讨安宫牛黄丸联合针刺治疗脑出血术后昏迷患者的效果及其苏醒时间及血液流动性变化。**方法** 纳入本院2020年10月至2024年10月脑出血术后昏迷患者98例,按随机数表法设对照组(49例)、观察组(49例)。对照组常规西医基础治疗,观察组在对照组基础上联合安宫牛黄丸及针刺治疗。治疗2周后,观察并对比两组疗效、苏醒时间、苏醒率、昏迷程度[格拉斯哥昏迷量表(GCS)]、血液流动性[红细胞压积(HCT)、血小板计数(PLT)]、神经功能[美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)]、并发症。**结果** 较对照组,观察组总有效率、苏醒率更高,苏醒时间更早( $P<0.05$ )。较治疗前,两组治疗后NIHSS、GCS评分均改善,且观察组改善更优( $P<0.05$ )。两组治疗后比治疗前,HCT、PLT水平均降低,且观察组更低( $P<0.05$ )。两组并发症总发生对比无差异( $P>0.05$ )。**结论** 安宫牛黄丸联合针刺治疗脑出血术后昏迷患者不仅可缩短患者苏醒时间,提高苏醒率,还可改善其神经功能、昏迷程度及血液流动性,且具有一定安全性。

**【关键词】** 安宫牛黄丸; 针刺; 脑出血; 昏迷; 苏醒时间; 血液流动性**【中图分类号】** R246.6**【文献标识码】** A**DOI:**10.3969/j.issn.1009-3257.2026.3.013

## Influence of Angong Niu Huang Pill Combined with Acupuncture on Recovery Time and Blood Fluidity in Patients with Coma after Cerebral Hemorrhage Surgery

FENG Shen<sup>1\*</sup>, LI Jian-zhi<sup>2</sup>, ZU Xiang-yang<sup>1</sup>

1.Department of Neurosurgery, The Third Affiliated Hospital of Henan Medical University, Xinxiang 453000, Henan Province, China

2.Department of Acupuncture-Pain, The Third Affiliated Hospital of Henan Medical University, Xinxiang 453000, Henan Province, China

**Abstract: Objective** To investigate the effect of Angong Niu Huang pill combined with acupuncture in the treatment of patients with coma after blood fluidity surgery and changes of recovery time and cerebral hemodynamics. **Methods** A total of 98 patients with coma after cerebral hemorrhage surgery in the hospital from October 2020 to October 2024 were included. According to the random number table method, control group (49 cases) and observation group (49 cases) were set up. The control group was treated with conventional western medicine, while the observation group was combined with Angong Niu Huang pill and acupuncture on the basis of the control group. After 2 weeks of treatment, the efficacy, recovery time, recovery rate, coma degree [Glasgow Coma Scale (GCS)], blood fluidity [hematocrit (HCT), platelet count (PLT)], neurological function [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)] and complications were observed and compared between the two groups. **Results** Compared with control group, observation group demonstrated higher overall response rate and recovery rate, along with earlier recovery time ( $P<0.05$ ). Both groups showed improvements in NIHSS score and GCS score after treatment compared to before treatment, with greater improvements in observation group ( $P<0.05$ ). After treatment, both groups showed a decrease in HCT and PLT levels compared to before treatment, with the observation group experiencing a lower decrease ( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the overall incidence rate of complications between the two groups ( $P>0.05$ ). **Conclusion** Angong Niu Huang pill combined with acupuncture in the treatment of coma patients after cerebral hemorrhage surgery can not only shorten the recovery time and enhance the recovery rate, but also improve the neurological function, coma degree and blood fluidity, with certain safety.

**Keywords:** Angong Niu Huang Pill; Acupuncture; Cerebral Hemorrhage; Coma; Recovery Time; Blood Fluidity

脑出血多由高血压及动脉硬化引发,患者早期症状可表现为头晕、头痛或肢体无力,随着脑部出血量增加,可能出现言语不清、面部麻木甚至昏迷,临床常采用外科手术清除血肿以降低颅内压、减轻脑组织压迫,从而促进患者神经功能恢复,但手术本身为侵入性操作,可能会加重脑组织损伤,且患者持续颅内高压易导致不可逆的神经损害,可使其术后昏迷难以苏醒,进一步影响预后<sup>[1]</sup>。目前,针对脑出血术后患者的促醒治疗手段有限,常规基础治疗虽能维持患者生命体征,但在积极

促进意识恢复方面效果欠佳<sup>[2]</sup>。中医学认为,脑出血病机在于肝肾阴虚、气血不足,受情志、外邪等因素影响,导致瘀血阻滞、痰热互结,加之阳化风动、气血逆乱,痰热上犯于脑,内闭轻窍,致脑络损伤,络破血溢,引发神昏仆倒、半身不遂等症。近年来,中医药在脑出血治疗中的应用日益广泛,其中安宫牛黄丸常用于治疗中风昏迷、高热惊厥等急症患者,具有清热解毒、镇惊开窍等功效<sup>[3]</sup>;针刺则能通过刺激特定穴位调和气血、醒脑开窍<sup>[4]</sup>。基于此,本研究探讨安宫牛黄丸联合针刺

【第一作者】冯 森,男,主治医师,主要研究方向:重度颅脑损伤、脑出血的救治;功能神经外科疾病;多种脑血管疾病的外科治疗;周围神经外科方向的治疗

【通讯作者】冯 森。E-mail: DrFengneuro@163.com

治疗脑出血术后昏迷患者的效果及其苏醒时间及血液流动性变化, 以期治疗该类患者提供新的思路和依据, 报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入本院2020年10月至2024年10月脑出血术后昏迷患者98例, 按随机数表法设对照组(49例)、观察组(49例)。其中对照组男、女, 各为29、20例; 年龄48~76岁, 平均(62.28±8.19)岁; 脑出血病程4~11h, 平均(8.14±1.35)h; 出血量: 15~60mL, 平均(38.09±5.43)mL; 出血部位: 基底节区、脑叶、丘脑, 各为34、10、5例。观察组男、女, 各为28、21例; 年龄49~77岁, 平均(62.45±8.05)岁; 脑出血病程5~12h, 平均(7.89±1.42)h; 出血量: 16~58mL, 平均(37.95±5.35)mL; 出血部位: 基底节区、脑叶、丘脑, 各为32、11、6例。两组一般资料对比无差异( $P>0.05$ )。

纳入标准: 符合中医“中风”痰热内闭清窍证的辨证证型<sup>[5]</sup>(主证: 神昏仆倒、半身不遂; 次证: 项强身热、鼻鼾痰鸣、躁扰不宁, 甚则手足厥冷; 舌脉象: 舌红, 苔黄腻, 脉弦滑); 符合脑出血西医诊断标准<sup>[6]</sup>; 首次发病, 且病程不超过24h; 均行开颅血肿清除术+去骨瓣减压术, 且术后生命体征平稳者; 格拉斯哥昏迷量表(GCS)<sup>[7]</sup>评分为5~8分。排除标准: 外伤性脑出血、脑血管畸形或脑肿瘤者; 存在免疫、凝血功能障碍者; 有精神病史; 存在全身性感染者; 既往存在脑部手术史者; 存在消化道相关疾病者。

**1.2 方法** 两组均于入院3d内进行规范手术治疗。(1)对照组: 患者术后予以常规西医基础治疗, 即吸氧、控制颅内压、保护神经、扩充血容量、营养支持、抑酸、止血、抗感染等。(2)观察组: 在对照组基础上联合安宫牛黄丸及针刺治疗。①安宫牛黄丸(术后第2d实施): 予以患者安宫牛黄丸(山东宏济堂制药集团股份有限公司, 国药准字Z37020174, 规格: 3丸/盒)将该药丸研磨成粉状, 加15~20mL水, 调制为稀糊状, 行鼻饲, 3g/次, 1次/d。②针刺(术后第3d实施): 取穴: 人中穴、印堂穴、百会穴、头维穴、风池穴、合谷穴、内关穴、外关穴、三阴交穴、太冲穴。操作: 患者取仰卧位, 穴位皮肤常规消毒后,

采用一次性使用无菌针灸针(北京汉医医疗器械有限公司, 器械注准20222200599, 规格: 0.30mm×40mm、0.25mm×25mm)向上斜刺人中穴0.3~0.5寸(雀啄刺法), 以

眼球湿润为度; 向下平刺印堂穴0.3~0.5寸(泻法); 平刺百会穴0.5~0.8寸(平补平泻法); 平刺头维穴0.5~1.0寸(平补平泻法); 平刺风池穴1.0~1.5寸(捻转提插泻法); 直刺合谷穴、内关穴、外关穴0.5~1.0寸(提插泻法); 斜刺三阴交穴1.0~1.5寸(提插补法), 以患肢出现不自主抽动3次为度; 直刺太冲穴0.5~0.8寸(捻转泻法), 均留针30min, 1次/d。两组均治疗2周。

**1.3 观察指标** (1)临床疗效: 借助美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)<sup>[8]</sup>评判临床疗效。治愈、显效、有效、无效分别对应NIHSS评分较治疗前下降率 $\geq 90\%$ 但 $\leq 100\%$ 、 $\geq 46\%$ 但 $< 90\%$ 、 $\geq 18\%$ 但 $< 46\%$ 、 $< 18\%$ 。总有效=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)苏醒率及苏醒时间: 记录两组苏醒时间, 并计算苏醒率, 苏醒率(%)=(苏醒例数/总例数) $\times 100\%$ 。(3)神经功能: 治疗前、治疗2周后, 借助NIHSS评估两组神经功能。该量表总分42分, 分值越高, 神经功能受损越重。(4)昏迷程度: 治疗前、治疗2周后, 借助GCS评估两组昏迷程度。该量表包括眼睛、语言以及运动反应, 总分3~15分, 分值越高, 患者意识状态越好。(5)血液流动性: 治疗前、治疗2周后, 抽取两组静脉血3mL, 加入到EDTA抗凝管, 用自动血细胞分析仪(希森美康, 型号: XN--1000)测两组红细胞压积(HCT)、血小板计数(PLT)。(6)并发症: 比较两组并发症, 包括肝肾功能损伤、肺部感染、消化道出血。

**1.4 统计学方法** 计数资料以率(%)描述, 组间对比行 $\chi^2$ 检验; 计量资料均满足正态分布, 借助( $\bar{x} \pm s$ )描述, 组间行t检验, 组内行配对t检验; 等级资料对比行秩和检验; 借助SPSS 26.0统计学软件整合结果数据,  $P<0.05$ 表示有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 较对照组, 观察组总有效率更高( $P<0.05$ ), 见表1。

**2.2 两组苏醒率及苏醒时间比较** 较对照组, 观察组苏醒率更高, 苏醒时间更早( $P<0.05$ ), 见表2。

**2.3 两组神经功能、昏迷程度比较** 较治疗前, 两组治疗后NIHSS、GCS评分均改善, 且观察组改善更优( $P<0.05$ ), 见表3。

**2.4 两组血液流动性比较** 两组治疗后比治疗前, HCT、PLT水平均降低, 且观察组更低( $P<0.05$ ), 见表4。

**2.5 两组并发症比较** 两组并发症总发生率对比无差异( $P>0.05$ ), 见表5。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	49	10(20.41)	13(26.53)	17(34.69)	9(18.37)	40(81.63)
观察组	49	15(30.61)	19(38.78)	13(26.53)	2(4.08)	47(95.92)
Z/ $\chi^2$ 值		5.400				5.018
P值		0.020				0.025

表2 两组苏醒率及苏醒时间比较

组别	例数	苏醒率(%)	苏醒时间
对照组	49	41(86.67)	19.76±4.09
观察组	49	48(97.96)	13.86±3.35
$\chi^2$ /t值		4.405	7.812
P值		0.036	<0.001

**表3 两组NIHSS、GCS评分比较(分)**

组别	例数	NIHSS评分		GCS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	20.98±3.25	15.26±3.78 <sup>a</sup>	7.05±2.02	10.39±1.92 <sup>a</sup>
观察组	49	21.13±3.14	13.05±2.84 <sup>a</sup>	6.89±1.73	12.15±1.87 <sup>a</sup>
t值		0.232	3.272	0.421	4.597
P值		0.817	0.001	0.675	<0.001

注：与治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05。

**表4 两组血液流动性比较**

组别	例数	HCT(%)		PLT(×10 <sup>9</sup> /L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	47.65±5.47	42.58±3.72 <sup>a</sup>	204.65±19.85	182.32±15.74 <sup>a</sup>
观察组	49	48.12±5.19	39.14±3.52 <sup>a</sup>	205.12±18.65	175.85±14.52 <sup>a</sup>
t值		0.436	4.702	0.121	2.115
P值		0.664	<0.001	0.904	0.037

注：与治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05。

**表5 两组并发症比较[n(%)]**

组别	例数	肾功能损伤	消化道出血	肺部感染	肝功能损伤	总发生
对照组	49	1(2.04)	1(2.04)	2(4.08)	1(2.04)	5(10.20)
观察组	49	2(4.08)	2(4.08)	3(6.12)	2(4.08)	9(18.36)
χ <sup>2</sup> 值						1.333
P值						0.248

### 3 讨论

临床对于治疗脑出血患者通常采用手术治疗，但手术创伤会使患者大量神经细胞死亡和脑组织损伤，导致其昏迷，进一步延缓患者术后恢复，目前临床对于脑出血术后昏迷患者通常采用吸氧、控制颅内压、保护神经等常规西医基础治疗，但对改善患者昏迷症状疗效欠佳<sup>[9]</sup>。中医将脑出血归为“中风”等范畴，治宜清热化痰、开窍醒神为主，其中安宫牛黄丸组方由牛黄、栀子等中药材组成，具有清热豁痰、开闭醒神等功效；而针刺治疗作为则中医常用外治法，具有调整气血、疏通经络、开窍醒脑等功效<sup>[10-11]</sup>。

本研究将安宫牛黄丸联合针刺应用于脑出血术后昏迷患者，显示观察组经联合治疗后，疗效确切，苏醒时间较对照组更短，苏醒率较对照组更高，且患者神经功能及昏迷程度得到显著改善，说明安宫牛黄丸联合针刺治疗脑出血术后昏迷患者疗效确切，不仅可缩短患者苏醒时间，提高苏醒率，还可改善其神经功能、昏迷程度。分析原因为，安宫牛黄丸组方中的牛黄清心豁痰、开窍醒神，麝香开窍避秽、通络散瘀，水牛角粉清热解毒、清心安神，共为君药；黄连、黄芩清热泻火，栀子清热利湿，雄黄燥湿祛痰，共为臣药；另该方中郁金、冰片可助君药活血止痛、开窍醒神；珍珠、朱砂可助臣药清热泻火、安神定惊，诸药合用共奏醒神开窍、燥湿祛痰、清热解毒之效<sup>[12]</sup>。周雪琴等<sup>[13]</sup>研究表示，安宫牛黄丸可促进脑出血患者术后苏醒，改善其神经功能，本研究结果与其一致。此外本研究观察组在安宫牛黄丸基础上同时联合针刺治疗，所选人中穴为中医急救要穴，主治主治中风、昏迷、晕厥等急症，具有开窍醒神、通络止痛之功；印堂穴

是经外奇穴，具有清头开窍之效；百会穴属督脉，主治头痛、中风等症，具有开窍醒脑、回阳固脱之效；头维穴主治难言、眼睑瞤动不止等症，具有祛风泄火、止痛明目之效；风池穴属足少阳胆经，具有清头明目、祛风通窍之效；合谷穴主治口眼斜、中风口噤等疾病，具有镇静止痛、通经活经之功；内关穴具有镇惊止痉、宁心安神之功；外关穴属手少阳三焦经，具有清热解表、开窍醒脑、通经活络之效；三阴交穴为常用保健穴位，具有镇静安神之效；太冲穴具有平肝息风、通络止痛、疏肝理气之效，上述诸穴合用，共奏醒脑开窍、清热解表、通络止痛之功<sup>[14]</sup>。刘丽瑾等<sup>[15]</sup>研究亦指出，针刺用于治疗脑出血疗效确切，可有效改善患者神经功能及昏迷程度，且针刺治疗介入时间越早，疗效越显著。

研究表明，良好血液流动性是维持脑组织灌注与功能恢复的先决条件，手术虽可清除脑出血患者脑部血肿，但继发的脑水肿、炎症反应及血液自身的高凝状态会显著恶化血液流动性，导致微循环障碍，加剧脑细胞缺血、缺氧与代谢产物堆积，从而阻碍其神经功能恢复，延长昏迷时间<sup>[16]</sup>。本研究相较于对照组，观察组经治疗后患者血液流动性改善更为显著。分析原因为，安宫牛黄丸组方中牛黄可通过抑制患者血小板聚集，降低其血液粘稠度，改善红细胞变形能力，促进血液正常凝固，进而改善患者血液流动性；同时麝香可扩张患者血管、改善其血液循环及抗血小板聚集，有利于患者血液流动性的改善；此外黄芩可通过抑制血小板聚集及凝血酶诱导纤维蛋白产生而实现改善患者血液流动性的目的<sup>[17]</sup>。

(下转第 58 页)

径较小、高血压、糖尿病、高血脂、既往脑梗死等有关，临床需重视存在以上危险因素患者的术前评估以及术后随访复查，及时干预，以保证手术疗效，预防再狭窄。

**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. 中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 258-273.

[2] 王铁军, 石富铭, 陈书阁, 等. 椎动脉支架置入术对颅内椎动脉狭窄患者血流动力学的影响及术后再狭窄的影响因素研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016(1): 37-40.

[3] 孙博文, 凌治平, 吴培, 等. 颅内动脉粥样硬化性狭窄自膨胀式支架治疗术后不良事件及再狭窄的危险因素分析[J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20(3): 159-167, 211.

[4] 吴惜东, 刘子晟, 孙军. 颅内动脉粥样硬化狭窄支架植入术后再狭窄的研究进展[J]. 中国现代医生, 2023, 61(13): 129-133.

[5] 刘成辉, 付剑, 叶健新, 等. 颅内动脉狭窄支架成形术后血管再狭窄的相关影响因素研究[J]. 临床医学工程, 2023, 30(3): 435-436.

[6] Osborn AG. 脑血管造影诊断学[M]. 李松年, 译. 2版. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 373-379.

[7] 吴磊, 庞燕, 尹博文, 等. 胆红素及糖化血红蛋白与老年症状性颅内动脉狭窄支架置入术后再狭窄的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(21): 5177-5179.

[8] 许斌, 王子亮. 支架成形术治疗症状性颅内动脉狭窄[J]. 中华实验外科杂志, 2016, 33(3): 784-787.

[9] 赵玉龙, 张海峰, 董玉书, 等. 支架辅助弹簧圈栓塞颅内动脉瘤的并发症分析[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(34): 5506-5512.

[10] 王云. 球囊扩张式支架及血管成形治疗脑动脉狭窄术后再狭窄风险研究[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(6): 861-864.

[11] 汪洋, 吴磊, 尹博文, 等. 高同型半胱氨酸血症与颅内动脉狭窄支架置入术后再发症状性脑梗死的相关性研究[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(17): 15-17.

[12] OSAMU IIDA, KAZUSHI URASAWA, YASUO KOMURA, et al. Self-expanding nitinol stent vs percutaneous transluminal angioplasty in the treatment of femoropopliteal lesions: 3-year data from the SM-01 Trial[J]. Journal of Endovascular Therapy, 2019, 26(2): 158-167.

[13] BANERJEE, SUBHASH, JEON-SLAUGHTER, et al. Clinical outcomes and cost comparisons of stent and non-stent interventions in infrainguinal peripheral artery disease: insights from the Excellence in Peripheral Artery Disease (XLPAD) registry[J]. The Journal of Invasive Cardiology, 2019, 31(1): 1-9.

[14] ZHOU M, WANG H, ZHU J, et al. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990-2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Lancet, 2016, 387(10015): 251-272.

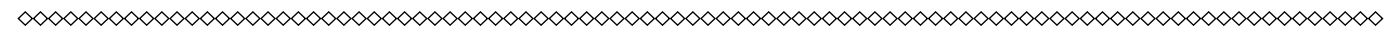
[15] 孙广普, 杜佳, 陈三俊, 等. 不同造影分型对大脑中动脉支架内再狭窄的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 25(3): 40-42, 46.

[16] 中国卒中学会科学声明专家组. 症状性颅内动脉粥样硬化性大动脉狭窄管理规范-中国卒中学会科学声明[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(1): 64-71.

[17] 姜英, 王乃东. 颅内外血管狭窄术后支架内再狭窄的研究进展[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 130-135.

[18] HUNG CS, LIN MS, CHEN YH, et al. Prognostic Factors for Neurologic Outcome in Patients with Carotid Artery Stenting[J]. Acta Cardiol Sin, 2016, 32(2): 205-214.

(收稿日期: 2023-08-27)  
(校对编辑: 赵望淇)  
(排版编辑: 刘维嘉)



(上接第 38 页)

另一方面，通过针刺特定穴位刺激患者脑部经络，调节自主神经功能，改善血管舒缩状态，从而降低外周血管阻力与血液粘稠度，进而改善其血液流动性<sup>[18]</sup>。此外，本研究两组治疗后的不良反应比较无差异，说明该综合疗法具备安全性。分析原因为，安宫牛黄丸为中药制剂，药性较温和，一般不会导致严重并发症发生；而针刺治疗为中医常用外治疗法，穴位定位精准可避开敏感区域，且操作中采用浅刺、轻刺激的手法，可有效避免强刺激可能引发的二次损伤。

综上所述，安宫牛黄丸联合针刺治疗脑出血术后昏迷患者疗效显著，不仅可缩短患者苏醒时间，提高苏醒率，还可改善其神经功能、昏迷程度及血液流动性，且具备一定安全性。

**参考文献**

[1] 薛影. 醒脑静联合神经节苷脂治疗脑出血后昏迷患者的疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(8): 997-999.

[2] 韩冰, 姜艳丽, 张明, 等. 多种感知刺激干预对高血压性脑出血术后昏迷患者康复效果的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2025, 39(6): 550-554.

[3] 刘秋艳, 杨惠杰, 杨春静. 安宫牛黄丸联合阿加曲班治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(7): 1327-1331.

[4] 刘广超, 刘红伟, 高丽英, 等. 星蒺承气汤联合清心醒神通督针刺治疗脑出血后脑水肿的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(8): 1943-1949.

[5] 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, 09(23): 110-112.

[6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.

[7] 程宝珍, 林文凤, 冯志华, 等. 格拉斯哥昏迷评分在中重型颅脑损伤患者急救中的应用[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2015, (10): 967-968.

[8] 张磊, 刘建民. 美国国立卫生研究院卒中量表[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30(1): 79.

[9] 周孝叶, 钱薇, 邹文洁. 四感联合促醒刺激护理在高血压脑出血术后昏迷患者中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(2): 153-155.

[10] 叶恭杰, 杨磊, 周建庆, 等. 安宫牛黄丸在重症颅脑损伤患者炎症控制中的作用[J]. 中华急诊医学杂志, 2021, 30(4): 503-505.

[11] 刘燕, 兰崧, 严奇才, 等. 凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法对瘀热阻窍证急性脑出血患者的临床疗效[J]. 中成药, 2023, 45(9): 3162-3164.

[12] 王莉, 王磊. 安宫牛黄丸联合依达拉奉对高血压脑出血病人氧化应激的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(18): 3105-3108.

[13] 周雪琴, 罗志华, 段发亮, 等. 安宫牛黄丸对高血压脑出血术后促醒作用观察及对神经、认知功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(3): 23-26.

[14] 尹杰, 马喜刚, 杜红霞. 通腑泻热活血方联合针刺法治疗脑出血后顽固性脑水肿的疗效[J]. 西北药学杂志, 2024, 39(4): 100-106.

[15] 刘丽瑾, 汤新颜, 黄丁, 等. 针刺联合纳洛酮治疗高血压脑出血后昏迷的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(10): 1167-1171.

[16] 庞琪, 杨合慧, 曾怀文, 等. 血液指标在自发性脑出血中的临床意义[J]. 江苏医药, 2024, 50(3): 245-249.

[17] 廖兴胜, 罗昱, 余良, 等. 安宫牛黄丸辅助治疗高血压脑出血术后患者的效果观察[J]. 广西医学, 2020, 42(10): 1314-1316.

[18] 欧阳礼, 彭彩钰, 王庆秧, 等. 针刺联合康复训练治疗气虚血瘀型高血压脑出血恢复期患者的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(4): 930-936.

(收稿日期: 2025-12-05)  
(校对编辑: 韩敏求)  
(排版编辑: 刘维嘉)