

临床报道

中风病的中医辨证与CT扫描关系探讨

——附中风病 50 例临床分析

广州市中医医院 张汉梁

笔者在广州中山医学院附属第一医院神经科进修期间,对 50 例中风病人进行中医辨证,并参考 CT 检查进行对比分析。现将结果报告如下。

一、临床资料

(一)一般资料:本组共 50 例,男性 21 例,女性 29 例;年龄 6~9 岁 3 例,10~19 岁 2 例,20~29 岁 5 例,30~39 岁 6 例,40~49 岁 2 例,50~59 岁 8 例,60~69 岁 14 例,70~79 岁 7 例,80 岁以上 3 例。

(二)中医辨证分型:本组病人均按 1986 年 6 月山东泰安会议制定《中风病中医诊断、疗效评定标准》⁽¹⁾进行辨证分型,其中中经络 18 例,中腑 23 例,中脏 9 例。

(三)CT 显示扫描情况:

1. 病灶情况:呈小片状病损者($\leq 2 \times 2 \text{cm}$) 24 例,大片状病损者($> 2 \times 2 \text{cm}$) 26 例;呈低密度改变者 31 例,高密度改变者 19 例。

2. 病灶部位:基底节区 18 例,丘脑 2 例,脑叶(皮质下) 28 例,脑干 2 例。

3. 病灶周围情况:出现病灶周围水肿 23 例,脑室、脑池受压移位和/或中线结构移位 35 例,破入脑室 29 例。

二、CT 扫描结果分析

(一)病灶大小、密度、部位改变与中医辨证关系:表 1 示,中经络 18 例,CT 扫描所见病灶以小片状、低密度改变为主,分别为 14 例(77.8%)、12 例(66.7%);而中脏 9 例则以大片状、高密度改变为主,均分别为 8 例(88.9%)。小片状、低密度的病灶,示神经系统呈较局限性损害,以脑梗塞为主,病情较轻,病损在表,临床表现为中经络的症状和体征;

表 1 CT 示病灶形状、密度、部位改变与中医辨证的关系

辨证	总例数	形状		密度		部位			
		小片状	大片状	低密度	高密度	基底节	丘脑	脑叶	脑干
中经络	18	14	4	12	6	2	1	15	0
中腑	23	9	14	18	5	16	1	5	1
中脏	9	1	8	1	8	7	0	0	2
合计	50	24	26	31	19	25	2	20	3

大片状、高密度的病灶,示神经系统呈较弥漫性损害,以出血性疾病为主,病情较重,病损在里,临床表现为中脏的症状和体征。但应指出,在中脏 9 例中,仍有 1 例(11.1%)病灶呈低密度改变;而在中经络 18 例中仍有 6 例(33.3%)呈高密度改变者。说明西医的病名诊断套用中医的分型,追求一型、一法、一方统治,是不符合中医辨证论治精神的⁽²⁾。

在病灶部位与中医辨证关系方面,从表 1 可以看出,中经络 18 例,主要病灶在脑叶,共 15 例(83.3%),而基底节区仅 2 例(11.1%);中脏 9 例,病灶全部在基底节区和脑干,无一例出现在脑叶者。说明中经络和中脏之间的病情差异主要由损害部位的生理功能所决定。

(二)病灶周围的病理改变与中医辨证关系:病灶周围出现的病理改变,说明了病灶对周围脑组织的影响,包括解剖结构的改变和生化代谢的影响,从而导致两侧大脑半球压力的不平衡。病灶周围的病理改变愈弥漫,表现形式愈多样,愈反映病情的危重。表 2 示,中经络 18 例虽然也有病灶周围水肿、中线结构移位和破入脑室的改变,但仅分别为 6 例(33.3%)、4 例(22.2%)和 2 例(11.1%);而中脏

病例全部出现上述三者改变。说明中经络病情轻,中脏腑病情重。

表 2 CT 示病灶周边病理改变与
中医辨证的关系

辨 证	总 例 数	灶周水肿 例 (%)	中线结构移位 例 (%)	破入脑室 例 (%)
中 经 络	18	6 (33.3)	4 (22.2)	2 (11.1)
中 腑	23	21 (91.3)	22 (95.6)	18 (78.3)
中 脏	9	9 (100)	9 (100)	9 (100)

三、讨论

(一) 中医辨证强调表里关系: 中医主要运用四诊八纲, 综合病史及体查所得, 来判断病邪所在部位及损害程度。中风病采用的经络脏腑辨证, 是运用经络脏腑的不同解剖层次位置关系来代表某一阶段病理改变的关系。中风病采用经络脏腑辨证其意义有二: 一是表明病变位置, 如明·龚廷贤《寿世保元》谓“夫中腑者为表, 中脏为里”, 作者用脏腑的表里关系来说明病变位置在表或在里; 二是表示病情轻重, 如《灵枢·热病篇》谓“偏枯……言不变, 志不乱, 病在分腠之间……”, 说明病邪在经络, 为在表, 示病情较轻, 预后良好, 反之, 病邪在脏腑, 为在里, 示病情较重, 预后不良。

神经系统解剖定位诊断是从临床表现和体格检查情况来推论病变部位, 以显示不同的解剖结构损害将会出现不同的临床症状。人体大脑解剖层次, 从外到内(或从表到里), 依次为皮质、脑叶(皮质下)、基底节和脑干。本文表 1 所示, 中经络病例 83.3%(15/18 例) 病灶在脑叶, 示病情较轻, 为在表; 但仍有 16.7%(3/18 例) 病灶在基底节和丘脑。而中脏腑病例病灶全部在基底节和脑干, 示病情较重, 为在里。这样, 通过 CT 扫描, 说明了这种代表表里变化的病理关系是具有一定解剖学基础的; 中风病取“经络脏腑”进行辨证分型, 经 CT 检查对照, 也是符合现代医学神经系统定位诊断原则和精神的。

(二) 中腑病例的特殊性: 中腑病人的特点为从中经络之清醒者, 进入嗜睡或浅昏迷,

然较中脏之深昏迷者又有不同。故中腑病例实为中经络与中脏之间的一个病理过程。本文资料表明, 中腑病例无论在病灶大小、密度改变、病灶周围病理变化等各项参数均介乎中经络与中脏之间。说明中腑病例, 既可向中经络方面逆转而使病情好转; 又可向中脏发展而使病情加剧。故中腑病例, 应列为观察、治疗的重点。

(三) 几个值得探讨的问题:

1. 病名诊断与年龄分布: 中医中风诊断标准, 认为该病好发年龄为 40 岁以上。但本组资料示, 40 岁以下病人 16 例, 占 32%, 其中年龄最小者为 6 岁。发病年龄结构的改变, 与当前生活安定、饮食成分结构改变有关⁽³⁾。近年来儿童偏瘫病例已有报道, 其中最少年龄为 6 个月⁽⁴⁾。因此, 以 40 岁作为中风病病名诊断主要参考条件之一, 值得商榷。

2. 颅脑闭合性损伤与中风辨证: 在急诊工作中, 也曾遇到多例颅脑闭合性损伤病例, 且近年来有增长趋势。本病为脑外科疾病, CT 扫描可明确显示血肿部位、大小以及其发展的急性或慢性过程。这类病人, 临床表现酷似中风。因此, 建议阐明“内科中风病中医诊断”, 以明确区分内、外科之间的界限, 有助于抢救病人。

3. 蛛网膜下腔出血与中风辨证: 蛛网膜下腔出血也是突然发生的脑血管疾病。其发病过程也酷似中风, 中医内科学教材把本病纳入中风病来讨论。这类病人有头痛、呕吐、意识异常, 间有轻偏瘫。但对照中风病五大主症, 难以解释。故提议在五大主症之后, 再添加“尖锐的锥刺样头痛、呕吐、颈硬”, 使中风病的病名诊断更臻完善。

本文承广州市中医医院副院长、副主任医师梁慕筠审阅, 特表谢意。

参 考 文 献

- (1) 王永炎, 等. 中风病中医诊断、疗效评定标准. 中国医药学报 1986; 1(2):56.
- (2) 王永炎. 近十年中风病临床研究述评. 北京中医学院学报 1987; 3:1.
- (3) 陈陵. 儿童的动脉粥样硬化. 中级医刊 1986; 6:19.
- (4) 王笑中. 小儿急性偏瘫. 中级医刊 1985; 4:20.