

急性期中风中医诊断与颅脑 CT 扫描关系分析

范 刚 启*

摘要 分析 325 例急性期中风的病类、证名诊断与颅脑 CT 扫描所见的关系,认为中络、中经以缺血性改变为主,病灶小,病灶周围多清晰或仅见模糊,占位表现不明显或较轻;中腑、中脏以出血性改变为主,病灶大,病灶周围多见水肿或模糊不清,占位表现明显,两者对比差异极显著($P < 0.01$)。病类诊断与中风的病变部位、病位侧、病灶数目;证名诊断与颅脑 CT 扫描所见皆关系不大($P > 0.05$)。

主题词 中风(中医)/放射照像术 断层摄影术, X 线计算机

笔者回顾分析了 1988 年至 1992 年本院住院的 325 例经颅脑 CT 确诊的中风病的临床资料,对此作了分析。

1 临床资料

325 例均属急性期中风,其中男 200 例,女 125 例,男女之比为 1.6 : 1。年龄 40~59 岁者 101 例,60~69 岁者 149 例,平均年龄 61.3 岁。有高血压史者 256 例。325 例中风患者中,脑血栓形成 142 例(完全性中风 89 例,进展型 38 例,缓慢进展型 8 例,大块梗塞型 4 例,可逆性缺血性神经功能缺损 3 例),脑栓塞 15 例(心源性 10 例,其它 5 例),腔隙性梗塞 70 例(纯运动型 43 例,构音障碍—手笨拙综合征 15 例,纯感觉型 12 例),脑出血 91 例,蛛网膜下腔出血 7 例。

325 例均符合 1988 年第 2 次全国脑血管病会议第 3 次修订的标准,且均经颅脑 CT 检查确诊,但除外短暂性脑缺血发作病例。325 例均行颅脑 CT 检查,发病当天检查者 90 例,2~6 天检查者 191 例,余下均在 10 天内检查。

325 例均符合 1986 年 6 月中华全国中医学会内科分会与卫生部中医急症中风病科研协

作组制定的《中风病中医诊断及疗效评定标准》,包括病名、病类、证名及分期诊断标准。

2 结果与分析

2.1 缺血性中风:附表示,在缺血性中风 227 例中,中络、中经共 175 例(77.1%),中腑、中脏共 52 例(22.9%)。从病理分类看,中络、中经者除 1 例出血性脑梗塞外,其余均为腔隙性和缺血性脑梗塞,中腑、中脏者无 1 例为腔隙性脑梗塞。从梗塞病位看,4 组无明显差异。从病灶大小看,中络、中经 175 例中,病灶小者 140 例(80.0%),中腑、中脏 52 例中,病灶大者占 49 例(94.2%)。从病灶周围看,中经、中络 175 例中,清晰占 30.9%,模糊占 36.6%,而中腑、中脏 52 例中,水肿即占 82.7%。从中线结构移位看,中络者无 1 例,中经者 56.5% 的无移位,明显移位仅 4.3%;而中腑、中脏者中轻度和明显移位占 96.2%。脑室受压情况,中络者 89.3% 无脑室受压,脑室无 1 例明显受压,中经者多数(82.6%)为脑室无受压或轻度受压;受中腑、中脏者多数患者(65.4%)为脑室受压明显。另外,我们观察到病灶数目和病灶位侧与中风 4 组分类无明显关系。

2.2 出血性中风:附表示,出血性中风共 98 例,中络、中经者共 38 例(38.8%),中腑、中脏者共 60 例(61.2%)。从出血病位看 4 组无明显差异。从出血量看,中络者均为小量出血,中经者 53.1% 为小量出血;而中腑、中脏者 78.3% 为大量出血。从病灶周围情况看,中络、中经水肿者为少数,而中腑、中脏者水肿占 80.8%。从中线结构看,中络者无 1 例移位,中经者仅 3 例(9.4%)有重度移位,中腑、中脏者明显移位者占 56.7%。从脑室受压情况看,中络者无 1 例脑室明显受压,中经者 15.5% 明显受压,而中腑、中脏者 45.0% 有脑室明显受压。从出血破入脑室与否看,中络者无 1 例出血破入脑室,中

* 长春中医学院附属医院,吉林省长春市工农路 14 号(130021)

收稿日期:1993-09-03

经者有 1 例(3.1%)破入脑室,而中腑、中脏者 43.3%破入脑室。另外,出血病灶数目及病位侧与出血性中风 4 组分类无明显关系。

从以上中风西医分类来看,缺血性中风以中络、中经者为多(77.1%),出血性中风以中腑、中脏者为多(61.2%)。但两类中风患者,均以中络、中经者 CT 病理变化为轻,中腑、中脏者 CT 病理变化为重。

附表 缺血性中风和出血性中风与颅脑 CT 检查的关系

例数	病理分类			病位				病灶区*		病灶周围			中线结构移位			脑室受压			破入脑室	
	腔隙性脑梗塞	缺血性脑梗塞	出血性脑梗塞	基底节区	脑叶	丘脑	小脑脑干及其它	大	小	清晰	模糊	水肿	无	轻度	明显	无	轻度	明显	有	无
缺血性中风 227																				
中络	60	25	35	24	33		3	10	50	34	19	7	60			56	4			
中经	115	45	69	1	35	66	14	25	90	20	45	50	65	45	5	11	84	20		
中腑	35		20	15	12	18	5	32	3	1	5	29	2	13	20	3	12	20		
中脏	17		10	7	6	9	2	17			3	14		4	13	1	2	14		
出血性中风 98																				
中络	6								6	2	3	1	6			5	1			6
中经	32				13	6	5	4	15	17	10	12	10	15	14	3	14	13	5	31
中腑	32				16	6	6	4	23	9	2	10	20	2	14	16	5	15	12	24
中脏	28				12	6	4	6	24	4	2	4	22		10	18	2	11	15	18

* 病灶区缺血性中风按最大面积计算, $\leq 2 \times 2\text{cm}$ 为小病灶, $\geq 2 \times 2\text{cm}$ 为大病灶

出血性中风小量出血标准,脑叶出血 $\leq 20\text{ml}$,基底节区出血 $\leq 10\text{ml}$,脑干或小脑出血 $\leq 3\text{ml}$,大于上述出血量为大量出血

4 讨论

有关中风的证候,历代文献记载较多。但《金匱要略·中风历节病脉证并治》首先提出中络、中经、中腑、中脏的证候分类方法,并延用至今。一般认为,此分类法表示两层含义,一是表示病邪所处的经络脏腑层次的深浅位置,即风中于络、中于经时病位浅,中于腑、中于脏时病位深;二是表示病情的轻重,即中于络、中于经时病情相对较轻,中于腑、中于脏时病情较重。两者可以相互转变。本文通过分析急性期中风与颅脑 CT 扫描的关系,也证明了这一点。中络、中经时病灶小、病灶周围多清晰或仅见模糊、占位表现不明显或较轻;中腑、中脏时病灶大、病灶周围多见水肿或模糊不清、占位表现明显。但此证候分类法(即病类诊断)与颅脑 CT 所示的中风的病变部位、病位侧关系不大,说明此证候分类法并不反映具体的病位。据此

另外,我们曾把缺血性中风和出血性中风分别按中医辨证为肝阳暴亢、风火上扰,风痰瘀血、闭阻脉络,痰热腑实、风痰上扰,气虚血瘀,阴虚风动;风火上扰清窍,痰热内闭心窍,痰湿蒙心神,元气衰败,心神散乱。分析中络、中经及中腑、中脏与 CT 检查的关系,结果各证名诊断与 CT 检查所见之病理变化均无显著性差异(资料略)。

可以判定,仲景分中络、中经、中腑、中脏,主要是借助络、经、腑、脏层次的深浅位置,而反映中风的病情轻重和转变规律。因而不可将其与中风的具体病变部位混为一谈。

根据对中风的病性诊断与中医病类诊断两者关系的分析,可知中络、中经以缺血性改变为主,主要病变包括缺血性脑梗塞和腔隙性脑梗塞;中腑、中脏以出血性改变为主,主要病变包括脑实质出血、蛛网膜下腔出血和出血性脑梗塞,两者之间差异极显著。但缺血性中风中中脏者仍占一定比例(7.5%),出血性中风中中络也有一定比例(6.1%)。因此,临床应视具体病情具体分析,不能单纯根据病性诊断套用病类诊断,亦不能根据病类诊断套用病性诊断。

许多资料证实,诸多因素,如中风的病变性质、病变部位、病灶范围及程度、病灶数目、病位侧、病变时间、发病次数、治疗情况以及先天禀

赋、年龄、性别、性格、体型、中风发病前的机能状态等,共同构成了中风机体的功能状态系统。且这些因素因患者而异,从而导致了不同的中风机能状态。中风病的证名诊断(辨证分型)具体地反映了这种机能状态。但本资料显示,证名诊断与颅脑 CT 扫描显示的中风的病性、病位、病灶范围、病灶数目等关系不大,提示对中风证的实质研究应从其它影响因素入手。

现代医学非常重视中风病的病性诊断即区分出血性中风和缺血性中风的诊断问题。颅脑 CT 的应用基本上解决了这一问题,并为诊断

混合性中风(包括出血性脑梗塞、脑梗塞与脑出血兼见等)提供了有力的依据。临床实践证明,明确病性诊断和其它有关问题,对中风病的治疗、预后判断及预防等极有帮助。鉴于此,笔者建议,在有条件的地方,除根据临床症状进行中风的病类诊断和证名诊断外,应将中风的病性诊断,更确切地讲,应将中风的颅脑 CT 扫描之所见等,纳入中风的辨证施治内容之内,以此来丰富和更新中风的辨证施治内涵。只有这样,才能全面掌握中风诊治的要领,正确判断中风的病势及预后转归。此观点当否,敬请同道商讨。

中风后遗半身肢体凉麻不用治验

邱 志 济*

中风后遗偏瘫,多出现半身肢体凉麻不用或兼上下肢僵硬不利,多年来余选玉竹、炒白芥子、生南星、肉桂(以下简称四药)加入对证方药中治疗多例偏瘫半身凉麻不用,颇能提高疗效、缩短疗程,现浅谈体会如下。

1 气虚血瘀以四药合补阳还五汤

临证体会,气虚血瘀其病机不单是气虚血瘀,盖气虚必导致津枯,血瘀津枯必导致瘀血相兼阻络,往年余仿古人以风、火、痰、湿、虚、瘀辨证论治,但在选方用药上未着眼于津血同源,瘀血相兼之理,故疗效多不理想。在临床上不断摸索后,采取津血瘀痰同治,取益气养阴、温经通络、祛痰去瘀等法,在处方中合用玉竹、炒白芥子、生南星、肉桂四药,疗效明显提高。临床证实,单用益气活血祛瘀则痰难去,同用祛痰化痰之品,才能痰瘀并除,疗效速见。

曾治叶某,女,64岁。1986年2月突患中风,经县医院确诊为“脑血栓”,住院治疗4个月,中西药治疗后病情稳定出院,但仍右半身肢体凉麻,下肢活动不利,需人搀扶才能慢行几步,语言欠清晰,口涎多,头晕头痛,舌紫暗,苔腻薄白,脉弦滑无力。证属痰瘀阻滞、经脉失养。方选补阳还五汤加减。处方:生黄芪30g,当归15g,赤芍15g,川芎12g,地龙12g,红花10g,鸡血藤30g,怀牛膝15g,玉竹60g,炒白芥子15g,生南星12g,肉桂15g。每日1剂,水煎服。服药15剂后,肢体凉麻已明显减轻,头晕痛亦除,下肢僵硬不利好转。再以原方稍增减,嘱再守服1月,诸症全除。

2 血瘀以四药合四物汤、逍遥散

遵“治风先治血”之说,结合津血同源,瘀血相兼之理,选四物汤、丹栀逍遥散加减治疗中风后遗左半身肢体凉麻并上下肢僵硬症,属血虚血瘀者,可收取速效。

曾治周某,男,52岁。1986年1月突患中风,经当地医院确诊为“脑血管意外”,住院治疗3个月,中西药并用,病情稳定,但左半身肢体凉麻,上下肢僵硬不利。出院后经针灸、中药并用又治疗3月余仍未见明显好转。行走时需家人搀扶,口眼稍有歪斜,面色苍白,口涎多。诊时脉沉细,舌暗红,苔薄白。证属血虚血瘀、经脉失养。方选四物汤合丹栀逍遥散加减。处方:当归30g,生地24g,生白芍24g,川芎10g,柴胡6g,茯苓15g,白术15g,丹皮10g,炒山栀10g,玉竹60g,炒白芥子15g,生南星10g,肉桂10g。每日1剂,水煎服。服药10剂后,诸症减轻,原方加羌活、独活各12g,再进15剂,左半身肢体凉麻不用及上下肢僵硬不利明显好转,继于原方中增减寒、热、辛、苦之药量,再守服两个月,诸症基本消失。

3 体会

在治疗中风偏瘫半身肢体凉麻不用时,选用玉竹、炒白芥子、生南星、肉桂,意在津血痰瘀同治。盖玉竹润肺生津,以养筋肉。南星走窜经络,化散经络中之痰瘀。白芥子同南星同用能起到祛除经隧络道之痰浊的作用,且两药联用,疗效明显增加。中风后遗半身凉麻不用,为虚实夹杂之证,上述四药合于补阳还五汤、四物汤、逍遥散等方中,可起到调气血、通经络、除痰浊、逐瘀血的作用,故临床上能收到较好效果。

* 浙江省瑞安市东门塘河南路118号(325200)

收稿日期:1994-05-06

ABSTRACTS OF ORIGINAL ARTICLES

Studies on Late Primary Adenocarcinoma of Lung Treated by Methods of Nourishing Yin to Replenish Fluid and Warming Yang to Benefit Qi

LiuJiaxiang, Shi Zhiming, Xu Zhenye, Han Mingquan, Zhu Yanwei, Gao Hong, Chen Shanxiang, Zhao Lihong, et. al

304 cases of adenocarcinoma of the lung receiving no radiotherapy or surgery were selected and hospitalized and randomly divided into 2 groups for TCM treatment and chemotherapy respectively for prospective observation. 171 cases in the TCM group were treated mainly by methods of nourishing Yin, benefitting Qi, and warming Yang. The survival rates for 1, 2, 3, 5 years after treatment were 60.94%, 36.27%, 31.86% and 24.22% respectively, the median survival period being 417 days, for the 133 cases treated with MOF project, the survival rates for 1, 2, 3 years after therapy were 36.67%, 26.79%, 24.56% respectively, with no survivor after 5 years, while the median survival period being 265 days. The difference between the 2 groups was significant. The rates of stability of the 2 groups were 67.83% and 48.12% respectively. The median stable period were 6 months and 3 months respectively. For improvement of symptoms, body weight gaining and general health condition after treatment, the TCM group was also better. The immunological indices in TCM group after treatment were all better than pre-treatment for several exams, while that for the chemotherapeutic group revealed no marked difference. Serum sialic acid and contents of serum inhibiting factor were all decreased, suggesting that the TCM therapy improved the immune function of such cases.

Authors' Address: Department of Oncology, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai, 200032

Key Words: Lung tumor/TCM therapy adenocarcinoma/TCM therapy @ nourishing Yin, replenishing fluid, benefitting Qi, Warming Yang

(Original article on page 155)

Analysis on Relationship Between TCM Diagnosis on Acute Apoplexy and CT Scanning

Fan Gangqi

By analysing the relationship between the types of diseases, syndromes diagnosis in apoplexy and CT scanning, it is claimed that the types of hitting channel and hitting collateral are mostly of ischemic type with minor lesion and clear surroundings or only mild blurring, and without definite or only mild occupying lesions, while for the types of hitting the hollow or solid viscera, the lesions are rather big, with edematous or blurring surrounding, definite occupying lesions. The difference between the 2 types are significant ($P < 0.01$). No obvious relations can be ruled out between the results of CT scanning and types and locations of lesions, side and number of lesions and syndrome types.

Author's Address: Affiliated Hospital of Changchun College of TCM, Changchun, Jilin 130021

Key Words: Apoplexy (TCM)/Roentgenography, tomograph, X-ray computerized

(Original article on page 164)

Influence of Drastic Benefitting Qixue (Qi—blood) and Yin—Yang Decoction on Cellular Immunity and Hemopoietic Function of Bone—Marrow

Chen Yuchun, Gao Yiqing

DBQYD remarkably improved the involvement of lymphocytic $H-TdR$ in mice of Yin deficiency and Yang—deficiency, remarkably stimulated the secretion of interleukin—2 (IL—2) from lymphocytes of mice with Yin and Spleen deficiencies; remarkably stimulated the production of colony stimulating factors (CSFs) in splenic culture medium (SCM) in deficient spleen mice, but markedly inhibited the formation of CSFs in lung culture medium of deficient spleen mice. The results demonstrated that, when benefitting methods were applied to both Qi—blood and Yin—Yang, the cellular immunity of mice with Yin—deficiency, Yang—deficiency and spleen deficiency, and the marrow hemopoietic function in mice with Yang and spleen deficiencies can be strengthened.

Authors' Address: Fujian Academy of TCM, Fuzhou, Fujian, 350003

Key Words: Tonic remedy/pharmacology Yin syndrome/immunology hemopoietic stem cell drug action

(Original article on page 171)