

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.19.006

中风临床诊断框架的构建

田金洲^{*}, 时晶¹, 倪敬年¹, 魏明清¹, 张学凯¹,
岳利峰¹, 李婷¹, 朱爱华¹, 张滨斌¹, 王永炎²

(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700; 2. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所)

摘要 梳理《黄帝内经》以降的古代文献, 总结中风及其分类分型的临床诊断体系, 在此基础上提出中风临床诊断框架的构想: 中风分类为真中风(有偏瘫型脑卒中)和类中风(无偏瘫型脑卒中), 真中风分型为中经络(无意识障碍)和中脏腑(有意识障碍), 类中风分型为风痲(四肢无力)、风瘖(失认失语)、风痹(肢体麻木或疼痛)、风眩(晕动失衡)、风呆(反应迟钝)、风痫(痫样发作)。重建中风的临床诊断框架对促进中风学术发展和精准化防治具有积极意义。

关键词 中风; 临床分类; 诊断框架; 真中风; 类中风

中风是一种从经络伤及脏腑的常见脑病, 发病率、致死率和致残率至今仍高居我国疾病谱之首。究其原因除血管危险因素、不良生活方式及遗传因素外, 对中风发病、诊断和治疗规律的认识不足也是不可否认的事实。从《黄帝内经》的“大厥”到东汉时期的“中风”, 再到唐宋时期的“中风大法有四”和“五脏中风”, 直至明清的“真中风”和“类中风”, 历经几千年, 中医学逐渐形成了中风分类分型的临床诊断体系。然而至今在我国疾病统计系统和高校规划教材中仍未得到充分体现, 中风的分类要么全盘西化, 要么止于中经络和中脏腑。这种结构性知识的“遗失”不仅影响了中医学中风临床诊断系统的完整性, 也势必在一定程度上制约中医学学术发展和治疗水平的提高。本文在梳理古代有关中风的定义及其分类、分型的基础上, 提出重建中风及其分类分型临床诊断体系的构想。

1 中风的诊断简史

《黄帝内经》中无“中风”病名的记载, 将半身不遂或突发混乱者分别命名为“偏枯”或“大厥”, 这可能是中风的最早诊断。东汉时期, 张仲

景《金匱要略·中风历节病脉证并治》首先提出“中风”的诊断学概念和“中经、中络、中脏、中腑”的分类概念, 成为后世中风中经络和中脏腑临床分类的源头。

唐代中叶, 孙思邈《备急千金要方·卷八治诸风方》提出“中风大法有四: 一曰偏枯, 二曰风痲, 三曰风瘖, 四曰风痹”, 除“偏枯”与《素问·风论》一脉相承外, 首次提出了“风痲”“风瘖”和“风痹”的诊断学概念。如果说张仲景的诊断是一种纵向的病位分类诊断, 从经络及脏腑来提示病变部位由浅入深和病情由轻到重的变化, 那么孙思邈的诊断就是一种横向的病位分类诊断, 更多的提示病变病位不同而表现为相对独立的临床亚型, 这是中风诊断学上的一大进步。

元末明初王履《医经溯洄集·中风辨》首次从病因学角度提出了“真中风”和“类中风”概念, 因于外风者为真中风, 因于内风者为类中风。明代龚信《古今医鉴·中风》和皇甫中《明医指掌·真中风》均将痿痹厥“令人四肢不举之候”列为类中风, 以兹与偏枯之真中风鉴别。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·中风源流》将“卒倒偏枯、语言謇涩、痰热壅盛”有六经形症者归为真中风、无六经形症者归为类中风, 是对王履外风、内风分别立真中风、类中风概念的诠释。直至清代程国彭《医学心悟·类中风》方首次从临床特征角度提出

基金项目: 中国工程院咨询研究项目(2017-ZD-06); 国家自然科学基金(81473518, 81573824); 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项(JDZX2015297); 北京市科技计划(Z151100003815021); 首都卫生发展科研专项(2016-4-4193)

* 通讯作者: jztian@hotmail.com, (010) 84013132

了中风的分类诊断标准,即“凡真中之证,必连经络,多见歪斜偏废之候”,“类中风者,……与真中相类而实不同也”,使真中风和类中风从病因学概念中脱胎出来成为临床诊断学概念。

在长期系统研究中风的基础上,现代学者提出了类中风的新概念及其诊断标准^[1]。凡具备五大主症的中风,如突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、语言蹇涩或不语、偏身麻木,统称为真中风;反之,不具备传统的五大主症的中风,如眩晕、身体感觉障碍、剧烈头痛、视物异常、不随意运动、精神障碍、癫痫样发作、失认、失读、失写等,统称为类中风,并根据临床表现不同而分别有风眩、风痹、风痲、风瘖等亚型^[2-3]。这一分类促进了中风临床诊断框架的形成,已正式编入国家“十二五”和“十三五”规划教材《中医内科学》^[4-5]中,对于中风的诊断体系具有拾遗补缺的意义。

2 中风的分类标准

中风是以半身不遂、口舌歪斜、语言不利、偏身麻木、头晕目眩、四肢不收、神呆不慧、痫样发作,甚至突然昏仆、不省人事等为主要特征的急性脑病。根据临床表现,中风可分为两大类型,即真中风和类中风。真中风是以多见歪斜偏废之候为核心特征的中风临床表型^[6],常表现为半身不遂或偏枯或左右不遂或但臂不遂、口舌歪斜、目偏视歧,甚则突然昏仆、不醒人事或神昏不语等典型症状。类中风是以不见歪斜偏废之候为核心特征的中风临床表型,常表现为四肢无力、神呆不慧或失语、失认或反应迟钝、偏身麻木或疼痛、头晕目眩或行走不稳、痫样发作等非典型症状。诚如清代林佩琴《类证治裁·中风论治》所云“千金引岐伯论中风,大法有四:一曰偏枯,半身不遂也;二曰风痲,四肢不收也;三曰风懿,奄忽不知人,舌强不能言也;四曰风痹,诸痹类风状也”,使中风的分类分型诊断更具有可操作性。

中医学对中风分类与现代医学急性脑卒中病位分型^[7]有异曲同工之妙。其中真中风与前循环脑梗死或有肢体偏瘫型脑卒中的临床特征基本一致,如偏侧运动和/或感觉缺损、偏身忽略及同向偏盲等,多为大脑中动脉近端闭塞引起的大片梗死、大脑中动脉远段分支动脉主干或影响皮质脊髓束的大脑中动脉深穿支闭塞所致。类中风多与后循环梗死、腔隙性脑梗死有关,属于无肢体偏瘫型脑卒中的临床类型,如头晕目眩、视物不清、行走不

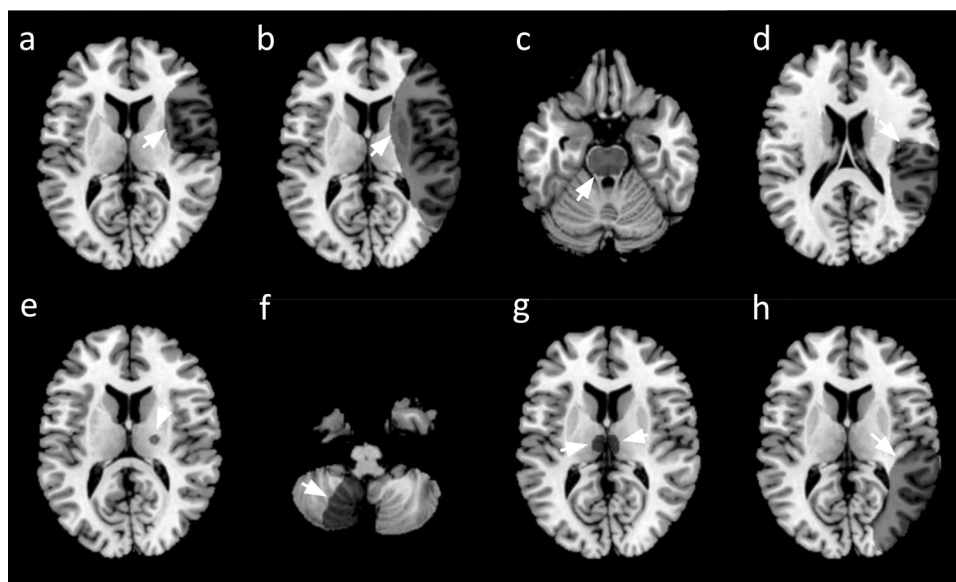
稳、失认失语、神呆不慧、肢体感觉障碍、痫样发作等,多为椎-基底动脉及分支闭塞引起的大小不等的脑干、小脑梗死或基底节或脑桥小穿通支病变引起的腔隙灶所致。

3 中风的分型标准

东汉张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治》云“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不胜;邪入于府,即不识人;邪入于藏,舌即难言,口吐涎。”这可能是中医学中风最早的病位分层,从中络→中经→中腑→中脏,病变由浅入深。病在经络,仅有歪斜偏废,无神志异常,病情较轻,预后尚可(其具体病灶部位见图1a,下同);病在脏腑,不仅歪斜偏废,还有神志异常,病情较重,预后不良(图1b)。诚如明代虞抟《医学正传·中风》所云“外无六经之形证,内无便溺之阻隔,但手足不遂,语言蹇涩者,此邪中于经也。”清代吴谦《医宗金鉴·杂病心法要诀》亦云“口眼喎斜,肌肤不仁,邪在络也;左右不遂,筋骨不用,邪在经也;昏不识人,便溺阻隔,邪在腑也;神昏不语,唇缓涎出,邪在脏也。”总之,无论中经络还是中脏腑,都以半身不遂或但臂不遂或左右不遂等歪斜偏废之候为诊断的前提,有神志异常者为中脏腑,无神志异常者为中经络。

类中风则以无歪斜偏废之候为诊断的前提。其中,突发四肢不收或四肢无力,诊断为风痲(图1c);突发“奄忽不识人、舌强不能言”或失认失语,诊断为风懿(图1d);突发偏身麻木或肢体疼痛,诊断为风痹(图1e);突发头晕目眩或行走不稳,诊断为风眩(图1f);突发“神呆不慧”或反应迟钝,诊断为风呆(图1g);突发摇头口噤或癫痫样发作,诊断为风痫(图1h)。中风的临床诊断分类框架具体见图2。

需要说明的是,类中风之风痲与痲病名同而实异。风痲为急性中风的一个亚型,病在经络未及脏腑(包括脑髓),病情较轻;痲病是一种慢性脑病,临床上也有“四肢不收”,但智能轻损、足软难行为其特征。正如《灵枢·热病》所云“痲之为病也,身无痛者,四肢不收,智乱不甚,其言微知,可治,甚则不能言,不可治也”,是肾虚及脾所致,名为“痲病”,非中风之风痲。金元时期刘完素《宣明论方·卷二地黄饮子条》亦云“痲痲证主肾虚,……经云:痲痲,足不履用,声音不出者。地黄饮子主之。”可见,风痲与痲病在临床特



注：图中箭头所指为病灶部位示例；a，大脑中动脉部分皮层支梗死，累及皮层岛叶及额叶皮层；b，大脑中动脉近段主干梗死，基底节和供血皮层全面受累；c，基底动脉闭塞，双侧脑桥受累；d，大脑中动脉远端皮层分支梗死累及角回；e，丘脑腔隙性梗死可单纯累及感觉传导；f，小脑后下动脉内侧支梗死；g，双侧丘脑旁中央动脉梗死；h，皮质后型（大脑中动脉-大脑后动脉）分水岭梗死

图1 中风临床诊断分类具体病灶部位示意图

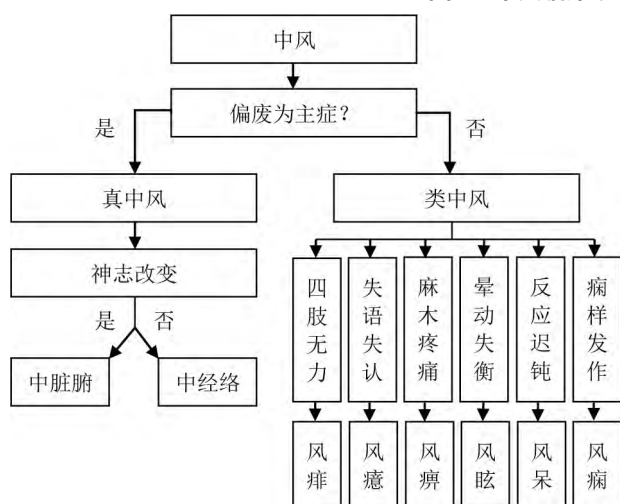


图2 中风分类诊断流程图

征和病因病机上有所不同，治疗自然有异。此外，风瘕的主要表现除失认外还有感觉性失语，或虽能言语但词不达意，或找词困难，或不能命名，或无法阅读，病在经络伤及脏腑（包括脑髓），病情较重。如隋代巢元方《诸病源候论·风瘕候》所描述的“病发于五脏者，其状奄忽不知人，喉里噫噫然有声，舌强不能言”。换言之，风瘕的诊断必须满足两个条件，一是符合类中风的诊断，二是具备“奄忽不知人，喉里噫噫然有声，舌强不能言”等面容失认、非流利性失语症状^[4]。

《景岳全书·卷之十一从集》云“凡诊诸病，

必先宜正名。”临床在重视辨证施治的同时，往往忽视疾病分类分型诊断的重要性。从《金匱要略·中风历节病脉证并治》篇名及其论述可以看出，两千多年前的医家就已形成诊病之后再分类分型最后辨证施治的临床思维。辨证代替临床诊断、分类或分型的做法，不仅有悖于中医学固有的临床思维程序，而且违背了证候本身的变化动态特征，因此，建立中风三级诊断模式，是古代中医的真实再现，也是现代临床的需要。中风三级诊断模式中，一级诊断为中风，二级诊断为真中风和类中风，三级诊断是将真中风分为中经络和中脏腑，将类中风分为风痹、风瘕、风痹、风眩、风呆、风痫等多个亚型。这种分级诊断实践，不仅传承了古代中风的分类模式，而且对于拓宽中风的研究领域、规范临床诊断、提高临床疗效均具有重要理论和实践意义。但需要指出的是，该框架所提示的诊断分类分型定义属于病位诊断范畴，无法鉴别中风的病因如风、火、痰、瘀、虚或中风的病性如缺血、出血，这些有待于在临床辨证施治实践中去完成。限于我们的知识结构和研究水平，该框架仅仅是一种构想，尚且缺少多中心临床证据支持和临床病理学验证，仍有待进一步深入研究。

参考文献

[1] 郭蓉娟,王永炎. 类中风研究(I): 类中风新概念的提

- 出 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(4): 6-7.
- [2] 郭蓉娟, 梁宝华, 任占利, 等. 类中风研究(II): 类中风的临床研究 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(5): 28-31.
- [3] 田金洲, 时晶, 倪敬年, 等. 王永炎院士查房实录 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 48-58.
- [4] 张伯礼, 薛博瑜. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 113-121.

- [5] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 132-142.
- [6] BAMFORD J, SANDERCOCK P, DENNIS M, et al. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction [J]. Lancet, 1991, 337(8756): 1521-1526.
- [7] 王永炎, 郭蓉娟. 类中风概念与证治的研究 [J]. 中医药学刊, 2002, 20(4): 390-393.

Construction of Clinical Diagnostic Framework of Stroke

TIAN Jinzhou¹, SHI Jing¹, NI Jingnian¹, WEI Mingqing¹, ZHANG Xuekai¹, YUE Lifeng¹, LI Ting¹, ZHU Aihua¹, ZHANG Binbin¹, WANG Yongyan²

(1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT The *Inner Canon of Yellow Emperor* (《黄帝内经》) and later ancient literature was sorted out, and the clinical diagnosis system of stroke and its classification were summarized. Based on above methods, the author proposed the concept of a clinical diagnosis framework for stroke. Strokes were classified as true stroke (stroke with hemiplegia) and apoplectic stroke (stroke without hemiplegia). The classification of true stroke was meridian stroke (without disturbance of consciousness) and visceral stroke (with disturbance of consciousness), and apoplectic stroke was classified as apoplectic aphasia (limb weakness), apoplectoid hysteria (agnosia and aphasia), migratory arthralgia (numbness or pain in the limbs), wind vertigo (motion sickness), apoplectic dementia (lack of alertness), wind epilepsy (epileptic seizure). This new clinical diagnostic framework for stroke has positive significance for the promotion of academic development and precise treatment of stroke.

Keywords stroke; clinical classification; clinical diagnostic framework; true stroke; apoplectic stroke

(收稿日期: 2018-05-11; 修回日期: 2018-07-04)

编辑: 崔京艳

(上接第 1639 页)

ZHAO Faxin's Experience in Treating Desquamative Cheilitis Based on Theory of Heat Accumulation

FU Rui^{1,2}, CHEN Mingxian^{1,2}, ZHAO Xiaodong³, ZHAO Jun³

(1. Tongde Hospital of Zhejiang Province, Hangzhou, 310012; 2. Zhejiang Provincial Academy of Traditional Chinese Medicine; 3. Henan Provincial Chinese Medicine Research Institute Affiliated Hospital)

ABSTRACT The location of defandrativ cheilitis is the lip, which is usually related to the spleen and stomach, and sometime involved with heart, liver and kidney. The basic pathogenesis is the accumulating heat attacking lips caused by spleen deficiency while stomach fire excess. Treatment should be based on tonifying spleen and eliminating stagnation, clearing heat and detoxification, nourishing blood and moistening lips. Internal treatment needs to distinguish the deficiency and excess. Modified *Zhizhu Xiaoji Pills* (枳术消积丸) should be used in patients with heat accumulation and stomach fire excess to eliminate food stagnation and clear stomach heat and fire. Modified *Shiquan Shimei Decoction* (十全十美汤) is used to replenish qi and tonify spleen, nourish blood and moisten dryness for patients with spleen deficiency and blood dryness. Modified *Xiaoji Yangxin Decoction* (消积养阴汤) should be used for patients with coexistence of deficiency and excess to tonify spleen and eliminate stagnation, clear heat and nourish yin.

Keywords desquamative cheilitis; accumulation of heat; spleen weakness while stomach excess; famous doctor's experience; ZHAO Faxin

(收稿日期: 2018-06-12; 修回日期: 2018-08-15)

编辑: 侯建春