

综述 ·

中风病急性期证候分布及演变规律研究概况

李建香¹ 袁 圆² 过伟峰³

(1. 南京中医药大学2007级硕士研究生, 江苏省南京市汉中路282号, 210029;

2. 南京中医药大学第一临床医学院; 3. 南京中医药大学科技处)

[关键词] 中风病急性期; 证候; 演变规律; 综述

中风病历来被称为中医内科四大顽症(风、癱、厥、膈)之首。喻嘉言《医门法律》曰:“中风一证, 动关生死安危, 病之大而且重, 莫有过于此者”^[1], 言其预后凶险, 攸关生命。中风病具有起病急骤, 病情变化迅速的特点, 尤其在急性期, 临床征象纷繁多样, 病理转变错综复杂, 证候形式更是繁杂多变。

为了提供客观实用的诊断方法, 有关部门相继制定了一系列中风病的证候规范化、量化诊疗标准。其中影响较大的是长春全国脑血管病学术研讨会上提出的《中风病专家经验辨证量表》^[2], 经临床验证后, 产生了《中风病证候诊断标准》^[3]。该标准将中风病证候分为风证、火热证、痰湿证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证。这6个证类体现了中风病传统病机, 并经过临床验证, 具有实用价值^[4]。此后, 中医学者围绕中风病这一证候诊断标准, 进行了大量的临床研究, 对中风病急性期证候分布、组合及演变规律进行了一系列有益的探讨。

1 中风病急性期单证分布以风、火、痰、瘀为主

中风病的病因病机是在气血内虚的基础上, 各种诱因引起阴阳失调、气血逆乱、直冲犯脑, 导致脑脉痹阻或血溢脉外^[5]。其病机复杂, 但归纳起来病理因素多责之风、火、痰、瘀、虚、毒^[6]6个方面, 急性期以风、火、痰、瘀为主, 后期则以虚、瘀为主^[7]。王玉来等^[8]报告200例急诊中风者始发状态以痰证居首(60%), 血瘀证次之(53.5%), 其次为火热证(37%)、风证(30%)。

风证、血瘀证在中风病急性期处于关键地位。中风病机多以“风”动为主^[9], 血瘀证贯穿于中风病整个过程, 瘀血阻滞为其基本病机^[10]。马斌等^[11]分析102例中风患者的四诊信息, 认为风证在疾病的急性期随着病情的加重而加重, 病情缓解或消失后, 风证也随着减轻或消失; 痰证属于中风病的基本病机, 是中风病的基本证候要素。林建雄等^[12]收集122例中风病急性期病例, 分析得出单一基本证候出现的频率以血瘀证和风证最多, 各占79.5%和55.7%。王顺道等^[13]对733例中风病急性期患者调查, 发现风证概率最高, 其次为火热证、痰湿证。杨利等^[14]观察中风患者1418例, 统计显示, 急性期血瘀证占73.9%, 痰证占70.7%, 风证占69.6%, 与其他证候相比有统计学差异, 三者

之间差异无显著性。

中风病按病理性质可分为缺血性中风和出血性中风两种形式, 缺血性中风为瘀血在脑络之内, 脑脉不通; 出血性中风为脑络受损, 瘀血溢于脑络之外^[15-16]。其病理性质不同, 证候分布也存在明显差异。出血性中风的病理因素多责之风、火, 缺血性中风则以瘀血为主。

刘金民^[17]观察251例急性期中风患者, 发现风证在出血性中风和缺血性中风诸证分布中, 出现频率最高。除此之外, 火热证是出血性中风的主要证候, 血瘀证是缺血性中风的主要证候。谌剑飞等^[18]对249例脑梗死和脑出血患者研究分析, 发现二者始发状态证候分布概率不同, 脑出血组前三位为风证、火热证、痰湿证; 脑梗死组前三位为血瘀证、风证、痰湿证。梁伟雄等^[19]调查广州中风急性期患者, 出血性中风证候前三位为火热证、风证、痰湿证, 缺血性中风则为血瘀证、痰证、气虚证; 出血性中风风证、火热证发生频率和证候均值显著高于缺血性中风, 而缺血性中风血瘀证、气虚证出现频率和均值显著高于出血性中风。

2 中风病急性期证候组合以两证、三证组合多见

中风病的病因是多方面的, 病机复杂^[20], 各种病理因素往往交织在一起。临床各种证候诊断就是对病理因素进行不同的组合兼夹, 如风火上扰、痰火内闭、痰瘀交阻、气虚血瘀为二重组合; 风痰火亢、风痰瘀阻、痰火瘀闭为三重组合, 甚至会出现四重、五重以及更多的组和。

毛慧娜等^[21]回顾1880例中风病病例, 得出52种不同的组合形式, 出现频率以二证、三证组合最多。谌剑飞等^[18]对249例中风病急性期患者临床观察得出证候组合形式共54个类型, 组合规律以风痰同时存在最多, 其次为风痰、痰瘀、风火; 三证组合依次为风痰瘀、风火痰、风火瘀。林建雄等^[12]收集急性期患者122例得出证候组合共出现38种不同表达。

其中二证组合的诊断例数最多, 以风痰证与痰瘀证最多见; 其次为三证组合表达, 以风痰瘀证为主。王玉来等^[8]报告200例急诊中风者, 二证组合最多见, 共74例, 其次为单证出现者51例, 三证组合再次之, 共36例, 其中二证组合以痰、瘀组合证最多, 三证组合以痰、瘀、虚组合证为主。

病变性质对证候的组合形态也有一定影响, 王顺道等^[13]对733例中风患者调查共发现58种组合形态, 脑出血风火、火痰、风火痰组合概率高于脑梗死; 而脑梗死风痰、痰瘀组合的概率高于脑出血。谌剑飞等^[18]发现脑出血以三证组合居首, 二证次

之;脑梗死则与之相反。

尽管中风病证候类型分布较为离散和繁杂,但还是有规律可循,以两证、三证组合居多,多为风证、火热证、痰湿证、血瘀证的不同兼夹。对中风病进行辨证时,只记忆六个基本证候,进行不同的组合,可起到执简驭繁的作用。

3 中风病证候动态演变规律

3.1 证候演变取决于病程进展阶段

证候是疾病某一发展阶段的综合表现,具有阶段性和演变性两大基本特征^[13]。王大忠等^[22]调查170例中风患者,发现证候在不同疾病期的分布存在显著差异。杨利等^[23]观察1418例中风病患者的发病过程,探讨其证候分布特点和演变的规律,经两样本率比较的检验,急性期以血瘀证、痰证、风证最多见,恢复期和后遗症期以血瘀证、痰证、气虚证为主。

王顺道等^[13]对733例中风患者进行了为期4周的7次追踪调查,发现证候的得分均值、发生概率和组合形式、组合形态是动态变化的,随时间序列呈现一定的规律性。其中风证在1周内表现最为突出,均值和发病概率均占第1位,发病3天后显著下降;痰湿证和火热证在发病3天后均值和发生概率分别上升为第1位和第2位,并贯穿整个急性期过程;血瘀证的变化不如其他证候明显;气虚证发病后2周均值和发生概率逐渐上升,病程间变化幅度不大。证候的组合形式和组合形态也是动态变化的,始发态以三证组合为主;3天~2周以二证组合为主;2周后以单证存在率最高。

何刚等^[23]对108例中风病住院患者进行证候分布及动态变化的研究,分别于发病后3个观察点进行辨证量化诊断调查。结果显示第1观察点风证、痰证所占比例较大;第2观察点痰证居首,风证比例下降;第3观察点气虚证、痰证、血瘀证所占比例较大。总体而言,火热证、风证构成比逐渐下降,痰证、血瘀证构成比一直较高并略有增加。证候组合形式形态方面,第1、2观察点最多的是三证组合,两证次之,第3观察点与之相反,证候组合中第1、2观察点以痰瘀最多,第3观察点以虚瘀最多。

王顺道等^[24]应用计算机中风病证候诊断软件对210例始发态中风患者调查表明,中风始发时,风证占重要地位;发病1~2周,风证的出现概率逐渐下降,痰湿证、血瘀证、火热证组合出现的概率增加,证候组合形式向两极分化,一部分向单一证和两证组合转化,一部分表现更为复杂,甚至出现六个证候并见的情况。出院前调查,血瘀证、气虚证出现概率最高,并成为主要组合形式。

上述研究结果可以发现,中风病证候分布在不同阶段有不同特点。中风病早期多表现为风证,随病程进展转化为痰证,病程后期多变为虚证,而血瘀证贯穿中风病的始终。从发病学角度解释为中风病早期病邪尚未深入,多以肢体经络病症为主,随病程进展则实邪入里,阻碍津液气血运行,水湿之邪不化而表现为有形或无形之痰,最后风证、痰湿证逐渐消散,表现为虚证的本貌。

3.2 证候演变与病理性质密切相关

出血性中风与缺血性中风病理性质和病理机制不同,各阶段的证候特征和病因病机也存在差异。王建华^[25]对356例脑出血、334例脑梗死患者进行7次追踪调查。首次调查显示,脑出血

以三证组合为主,脑梗死单证、两证组合形式较多,脑出血风火痰组合形态同时出现的概率显著高于脑梗死;发病1周内脑出血证候组合形式更为复杂,以三证、四证组合为主,组合形态依然以风火痰为主,而脑梗死组风痰瘀阻明显上升;发病1~2周,脑出血三证以上复杂组合形式仍占较高比例,显著高于脑梗死,痰湿阻络列脑出血的首位,而脑梗死则表现为血瘀、痰瘀互阻;发病3~4周,两者均以两证以下简单证候组合形式为主体,脑出血以肝风不尽列为首位,脑梗死则表现为气虚血瘀、瘀血阻络。同时,还统计了六个证候逐阶转移概率、高阶转移概率,显示脑出血证候变化较快,各证候新生概率普遍高于脑梗死组。

上述调查可以发现,脑出血相对脑梗死而言,证候变化多端,组合形式形态演变更加复杂。究其原因,二者病变性质和病理机制存在明显差异,与缺血性中风相比,出血性中风起病更为急骤,病情变化更为迅速,致残率,死亡率更高。

4 结语

20世纪80年代以来,中医药对中风病的研究比较深入而活跃,证候的规范化研究作为中风病研究的核心内容备受重视^[26],投入了大量的精力,取得许多重要成果,初步制定了一系列证候诊断标准,揭示了中风病证候的分布和组合规律。但由于病症的临床征象及病理机转错综复杂,各种证候分类方法互不一致,失去了证候诊断标准的权威性和公允性,难以达到规范化的要求。

我们在从事“973”计划——“瘀热病因在内科难治病发病中的机制及其分子基础研究”课题研究过程中,对中风病的辨证论治思路进行了研究探索,受周仲瑛教授“求因论治的实质是审证求机,审证求机的核心是求病理因素”^[27]学术观点的影响,提出“病机证素”的概念,并以此作为证候的最小分类单元和辨证的核心,具体到中风病方面,提出8个病机证素即瘀热、风阳、火热、痰热、痰湿、血瘀、气虚、阴虚。病机证素可以使复杂证候简单化,能够更加灵活准确的反映证候的动态、复杂、多变的特性,为证候的规范化和辨证的灵活性之间架起一座桥梁。中风病病机证素理论的提出,将会推动中风病的进一步深入研究,为开创中医证候诊断、辨证分型方法的新局面提供契机。

参考文献

- [1]喻昌·医门法律[M].北京:人民卫生出版社,2006:121.
- [2]王新志,韩群英,陈贺华.中华实用中风病大全[M].北京:人民卫生出版社,1996:1044-1048.
- [3]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.
- [4]王顺道,任占利,杜梦华,等.中风病始发态证候发生与组合规律的临床研究[J].中国医药学报,1996,11(3):17-20.
- [5]姚巧林.中风病的病因病机及历史形成过程[J].中国临床康复,2006,10(27):131-133.
- [6]李澎涛,王永炎,黄启福.“毒损脑络”病机假说的形成及其理论与实践意义[J].北京中医药大学学报,2001,24(1):1-6.
- [7]黄柄山,李爱忠.从600例中风探讨其病因病机[J].吉林中医药,1986,6(2):14.
- [8]王玉来,郑慧,刘文娜.中风急症证候分析[J].中国中医急

症, 1995, 4(2): 75-78.

[9]张智学. 中风病机探讨[J]. 甘肃中医, 1997, 6(10): 3-4.

[10]王邵阳. 中风病的瘀血证论治[J]. 山东中医杂志, 1994, 13(11): 487-488.

[11]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.

[12]林建雄, 冯晔, 陈建霖, 等. 中风病急性期中医证候分布分析[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(4): 83-85.

[13]王顺道, 杜梦华, 解庆凡, 等. 中风病急性期证候演变规律的研究[J]. 中国中医急症, 1996, 5(3): 121-124.

[14]杨利, 黄燕, 蔡业峰, 等. 1418例中风患者痰瘀证候分布和演变规律探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(6): 459-460.

[15]王玉兔. 浅谈中风的病因病机及治疗[J]. 中国中医基础医学杂志, 2000, 3(6): 6-7.

[16]车建国. 中风病机与辨治浅论[J]. 湖南中医杂志, 1998, 14(5): 6.

[17]刘金民. 251例急性期中风病证候的病理学基础分析[J]. 北京中医药大学, 1994, 17(4): 30-31.

[18]湛剑飞, 关少侠, 丁萍, 等. 中风急症证候研究与问题探讨[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(3): 169-171.

[19]梁伟雄, 赖世隆, 刘茂才, 等. 中风病中医证候与相关因素

的分析[J]. 广州中医药大学学报, 1999, 16(2): 81-84.

[20]刘茂才. 关于中风病治疗的难点与突破口的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(8): 451-452.

[21]毛慧娜, 任占利, 刘金民. 非线性映射和聚类分析在中风病证候分类中的应用[J]. 生物数学学报, 2006, 11(3): 94-97.

[22]王大忠. 中风病证候分布与影响因素关系探讨[J]. 医药论坛杂志, 2005, 26(18): 67-68.

[23]何刚, 冯子驹, 卢静. 中风病证候分布及动态变化研究与探讨[J]. 中国中医急症, 2007, 16(6): 686-687.

[24]王顺道, 司志国, 黄宜兴. 中风病证候的初步研究[J]. 中国中医急症, 1995, 4(2): 85-88.

[25]王建华. 出血性中风、缺血性中风急性期证候演变规律的研究[J]. 中国中医急症, 2001, 4(10): 215-217.

[26]任占利, 王顺道. 中风病证候量化标准研究概述[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 6(18): 39-41.

[27]过伟峰. 审证求机, 知常达变——周仲瑛教授谈中医临床辨证的思路与方法[J]. 南京中医药大学学报, 2000, 16(3): 133-136.

(收稿日期: 2009-09-22)

[编辑: 李 巍]

调瘤丸对乳腺癌患者化疗后免疫功能的影响

邵玉英 刘培民

(河南省中医院内科, 郑州市东风路6号, 450002)

大多数乳腺癌术后患者需要接受化疗, 为减轻化疗对人体的免疫损伤, 我们试用调瘤丸联合化疗治疗, 检测治疗后T细胞亚群的变化, 结果报告如下。

1 临床资料

观察对象为2007年2月~2008年11月于河南省中医院肿瘤科门诊与病房就诊的女性乳腺癌患者共65例, 均为术后病理确诊为乳腺癌, Karnofsky评分>60分, 预计生存期>6个月。按患者年龄分层, 查随机数字表分入治疗组34例, 对照组31例。治疗组平均年龄(53.35±13.67)岁, 对照组(56.76±14.75)岁。两组年龄差异无显著性(P>0.05), 具有可比性。另外选取年龄相似的10名正常人作为对照。

2 治疗方法

两组采用相同的化疗方案, 即第1天阿霉素60mg/m², 环磷酰胺600mg/m², 21天重复, 均完成2个周期。治疗组同时服用调瘤丸每次6g, 每日3次, 28天为1个疗程, 共服药2个疗程。调瘤丸由柴胡、郁金、香附、穿山甲、马钱子、山慈菇、三棱、莪术、海藻、淫羊藿、菟丝子、鹿角霜、丹参、黄芪、党参、女贞子、金银花、紫草、菊花等组成, 由河南省中医院制剂室制备。

正常组及患者治疗前后分别空腹采血一次, 采用流式细胞仪检测CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺细胞数。数据用SPSS13.0统计软件进行处理, 治疗前后数据及组间比较采用t检验。

3 结果

表1示, 对照组化疗后CD4⁺及CD4/CD8比值均明显较正常

组降低, 差异有显著性(P<0.01), 较化疗前也有显著性差异, 表明化疗对机体免疫力有明显损伤。联用调瘤丸治疗后各项计数与本组治疗前比较, 差异无显著性。

表1 两组患者及正常人CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺细胞数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4/CD8
治疗组	31	治疗前	61.29±11.21	35.65±5.74	26.46±3.41	1.35±0.51
		治疗后	64.53±9.87	36.72±5.46	27.96±3.54	1.31±0.57
对照组	34	治疗前	61.47±12.05	35.58±6.33	26.68±4.85	1.33±0.43
		治疗后	58.67±14.57	29.58±6.72▲	28.94±4.56	1.02±0.54▲
正常组	10	—	65.35±9.65	38.67±6.14	26.96±5.68	1.43±0.62

注: 与正常组比较, ▲P<0.01; 与本组治疗前比较, ★P<0.05

4 讨论

调瘤丸具有软坚散结、活血化瘀、化痰通络的功效。方中穿山甲通经络, 软坚散结, 直达病所; 海藻、三棱、莪术软坚散结消癖; 柴胡、香附疏肝理气, 解郁止痛, 得郁金之助, 行气中兼有破血, 解郁中兼调肝血; 气血痰凝结, 最不易消散, 非强悍攻破难收其功, 适量加入马钱子, 活血消肿, 通络止痛。为防耗伤正气, 以黄芪、党参、女贞子等以补元气, 养阴精, 调营血, 攻补兼施, 使祛邪不伤正。本结果显示, 治疗前患者的CD3⁺、CD4⁺和CD4/CD8比例均低于正常对照组, 说明乳腺癌术后患者的细胞免疫功能处于相对低下状态。化疗后细胞免疫抑制明显加重, 而联用中药调瘤丸(治疗组)对保持免疫力有积极的作用, 其作用及机理有待进一步研究。

(收稿日期: 2009-05-06; 修回日期: 2010-07-20)

[编辑: 李春梅]