

缺血性中风起始态腑实证情况的初步研究

汪峰^{1*} 尤劲松² 黄培新²

(1. 广州中医药大学附属中山医院, 广东省中山市康欣路 3 号, 528400; 2. 广州中医药大学第二附属医院)

* 通讯作者: wangfeng7908@126.com, (0760) 89980640

[摘要] **目的** 探究缺血性中风起始态腑实证分布规律。 **方法** 收集 2003 年 11 月~2008 年 5 月缺血性中风患者病历 503 例, 根据病历资料填写自拟《缺血性中风起始态腑实证分布情况调查表》, 进行证候诊断, 统计其证候分布。 **结果** 腑实证可合并风、火、痰、瘀、气虚、阴虚阳亢任一证候出现, 以火证出现比例最高为 73.68%, 中脏腑合并腑实证比例(75.61%) 高于中经络(45.45%), 腔隙性脑梗死合并腑实证比例少于部分前循环梗死和后循环梗死($P < 0.05$)。 **结论** 腑实证可作为缺血性中风起始阶段常见的一个独立证候, 病情重者腑实证出现比例高。

[关键词] 缺血性中风; 腑实证; 证候

Preliminary Study on the Distribution of Fu-organ Excess Syndrome in the Initial State of Ischemic Stroke

WANG Feng¹, YOU Jingsong², HUANG Peixin²

(1. Zhongshan Hospital Attached to Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 528400; 2. The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To explore the distribution law of Fu-organ excess syndrome in the initial state of ischemia stroke. **Methods** The records of 503 cases of ischemic stroke from November 2003 to May 2008 were collected. Based on these records, the Form of Distribution of Fu-organ excess Syndrome in the Starting State of Ischemia Stroke was filled in for syndrom diagnosis, and the distribution of Fu-organ excess syndrome was statistically calculated. **Results** The Fu-organ excess syndrome could appear in combination with either wind, fire, phlegm, stasis, qi deficiency, or yin deficiency exuberant yang, although the fire syndrome appeared most often, being 73.68%. The occurrence of Zangfu stroke combined with Fu-organ excess syndrome was 75.61%, higher than that of Jingluo(meridian) stroke (45.45%). The occurrence of lacunar circulation infarction (LACI) combined with Fu-organ excess syndrome was less than that of partial anterior circulation infarction (PACI) and posterior circulation infarction (POCI) ($P < 0.05$). **Conclusion** Fu-organ excess syndrome can occur as an independent manifestation of initial stage of ischemic stroke. Those who in critical pathological condition are likely to have Fu-organ excess syndrome.

Key Words ischemic stroke; Fu-organ excess syndrome; syndrome

缺血性中风因其高发病率、高死亡率、高致残率受到临床关注, 研究其起始阶段证候分布规律对指导急诊救治意义重大。临床实践中发现, 中风病起始阶段以风、火、痰、瘀标实为主, 多以数证组合的形式出现, 多数患者尤其重症患者更易合并腑实证表现, 但对腑实证的分布情况尚缺乏明确认识。基于此, 本研究对 503 例急性缺血性中风患者证候分布及合并腑实证情况进行初步探究, 旨在探寻缺血性中风起始态腑实证分布的初步规律。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[1] 脑梗死诊断标准; 脑梗死临床分型标准参照《英国牛津郡社区脑卒中项目》(Oxfordshire Community Stroke Pro-

ject, OCSF)^[2] 诊断, 分为全前循环梗死(TACI)、部分前循环梗死(PACI)、后循环梗死(POCI)、腔隙性梗死(LACI)。

1.2 中医诊断及辨证标准

诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]。辨证标准参照《中风病辨证诊断标准》^[4] 中风、火、痰、瘀、气虚、阴虚阳亢证候诊断。每一证候的得分是将诊断该证候的各项因素所得最高分相加而成, 满分均为 30 分, > 7 分为该证候诊断成立, $7 \sim 14$ 分属于轻度, $15 \sim 22$ 分属于中度, > 23 分属于重度。中风病腑实证诊断标准: 临床具有便秘症状^[5], 同时必须具备中风证候诊断为风、火、痰、瘀至少 1 项者。

1.3 纳入及排除标准

纳入符合中风病中、西医诊断标准者; 发病 1 周

以内。排除已有治疗中风药物干预者;合并严重心、肝、肾功能损害者;合并严重残疾[改良 Rankin 评分量表(MRS) 评分^[6]≥3 分];精神病患者。

1.4 一般资料

所有病例均为 2003 年 11 月~2008 年 5 月在广东省中医院神经一科住院的缺血性中风患者 503 例。其中男 281 例,女 222 例;年龄 31~88 岁,其中 30~59 岁 97 例,60~69 岁 175 例,70~79 岁 207 例,80 岁以上 24 例;调查时:发病 24h 以内为 244 例,发病 24h~3d 218 例,发病 4~7d 41 例;中经络 462 例,中脏腑 41 例。

2 研究方法

2.1 病例采集方法

采用回顾性调查,依托广东省中医院电子病历系统,检索 2003 年 11 月~2008 年 5 月在神经一科住院的急性缺血性中风患者病历,依据纳入、排除标准严格筛选 503 例纳入研究。

2.2 证候研究方法

自拟《腑实证在缺血中风急性期不同证型分布情况调查表》,包括病历中记载患者症状、体征、舌象、脉象、实验室检查及影像学资料,填写腑实证表现及相关人口学资料、西医诊断分型信息,记录通腑药物。依据病历记载中医证候表现重新进行证候采集,由两名医生按照《中风病辨证诊断标准》^[4]证候积分同时参与辨证,意见相左时,由上级医生评价。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析。计数资料采用描述性分析,计算各指标的构成比或率,组间构成比、率的比较采用四格表 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 503 例患者不同证型合并腑实证分布情况

表 1 示,6 种证候中任一证候均可合并腑实证出现,提示腑实证是中风起始阶段较为常见的表现;证候分布中,火证合并腑实表现的比例最高,与风证、痰证、瘀证、气虚证和阴虚阳亢证比较差异均有统计学意义($P<0.05$);气、阴不足的虚性证候合并腑实的比例较少。另外,41 例中脏腑的患者中合并腑实证 31 例占 75.61%,未合并腑实证患者 10 例占 24.39%;462 例中经络的患者中合并腑实证 210 例占 45.45%,未合并腑实证患者 252 例占 54.55%。中脏腑合并腑实证比例高于中经络($P<0.05$)。

3.2 503 例患者各证候组合合并腑实证分布情况

表 2 示,证候组合中,腑实证主要分布于风火

表 1 6 种基本证候合并腑实证情况[例(%)]

证候	例数	合并腑实证	未合并腑实证
风证	383	201(52.48)	182(47.52)
火证	152	112(73.68)	40(26.32)
痰证	258	140(54.26)	118(45.74)
瘀证	210	89(42.38)	121(57.62)
气虚证	74	20(27.03)	54(72.97)
阴虚阳亢	16	5(31.25)	11(68.75)

(14.11%)、风火痰(18.26%)、风痰(12.03%)、风痰瘀(11.2%) , 四者共占 55.6%;传统的痰热腑实证(风火痰瘀 7 例+风火痰 44 例+痰火 9 例+痰 7 例) 67 例,占腑实证 27.8%。各证候均可合并腑实证,涉及虚证类型的腑实证候组合有风痰瘀气虚、风痰气虚、风瘀气虚、风气虚,共 16 例,占 6.64%。

表 2 各证候组合合并腑实证分布情况

证候组合	例数	证候	合并腑实证例数(%)
四证组合	9	风-火-痰-瘀	7(2.90)
		风-痰-瘀-气	2(0.83)
三证组合	95	虚-火-痰	44(18.26)
		风-痰-瘀	27(11.20)
		风-火-瘀	10(4.15)
		风-痰-气虚	6(2.49)
		风-瘀-气虚	4(1.66)
		其他	4(1.66)
两证组合	110	风-火	34(14.11)
		风-痰	29(12.03)
		风-瘀	19(7.88)
		痰-火	9(3.73)
		痰-瘀	6(2.49)
		风-气虚	4(1.66)
		其他	9(3.73)
单证	27	风	11(4.56)
		痰	7(2.90)
		瘀	6(2.49)
		火	3(1.24)

3.3 不同 OCSP 分型合并腑实证分布情况

表 3 示,LACI 合并腑实证比例低于 PACI、POCI($P<0.05$),而 TACI、PACI、POCI 之间合并腑实证比例差异无统计学意义($P>0.05$),提示病情重者合并腑实证比例较高。

表 3 不同 OCSP 分型合并腑实证情况[例(%)]

分型	例数	合并腑实证	未合并腑实证
TACI	13	7(53.85)	6(46.15)
PACI	87	66(75.86)	21(24.14)
POCI	148	32(66.67)	16(33.33)
LACI	355	136(38.31)	219(61.69)

4 讨论

本研究纳入 503 例缺血中风患者,腑实证 241 例,占 47.9%;证候组合类型共 28 种,其中 27 种证候组合类型均可见到腑实证候,说明腑实证是中风急性期重要的证候表现,其存在具有普遍意义。按照传统中风病九型辨证,涉及腑实表现的只有痰热腑实一证,而本研究中能体现传统痰热腑实证(风火痰瘀 7 例+风火痰 44 例+痰火 9 例+痰 7 例) 67 例,只占 241 例腑实证的 27.8%。提示腑实证不同于痰热腑实,腑实证是中风急性期独立于风、火、痰、瘀、虚之外一个证型,研究其分布规律对中风辨治有重要意义。关于缺血性中风病腑实证的诊断目前尚无公认的统一标准,本研究突出腑实证便秘特点,借鉴中风病证候对风、火、痰、瘀等实证性证候的诊断标准,初步拟定符合便秘症状,同时必须具备中风证候诊断为风、火、痰、瘀至少一项者的诊断标准,目的在于方便诊断分型,其准确定义及严格诊断标准还有待进一步研究。

本研究中涉及虚证类型的腑实证候组合有风痰瘀气虚、风痰气虚、风瘀气虚、风气虚,共 16 例,占 6.64%,提示单一虚证不会合并腑实证表现,而必定是在本虚基础上合并风、痰、瘀标实之候,乃因虚致实,气机失调而致腑实证。《黄帝内经》云:“人年四十而阴气自半”,老年人肝肾亏虚,气阴不足,脏器功能衰弱,易于痰凝血瘀,生火动风,遇有情绪、食滞、外感等诱因,火、痰、瘀实邪骤然而起,聚集体内,气机升降失调,脏腑功能紊乱。因脾胃居中焦,通上联下,为气机升降之枢纽,一旦中焦升降斡旋失司,腑气不降而生腑实证候。腑实是气机失调的直接产物,而风、火、痰、瘀、虚正是造成中风发病、气机失调的病理因素,故风、火、痰、瘀、虚合并腑实证不足为奇。火为阳邪,易耗津伤液,阳明之腑喜润而恶燥,胃肠积热,腑气不通,腹胀、便秘的腑实表现更易出现在火热证。而风痰、风痰瘀等证候类型中,因其实性病理产物壅滞,气机不畅,中焦失于斡旋,胃气不降,腑气不通,也可出现腑实表现。概而言之,腑实证是气机失常的结果,非独火热津伤可致腑实,风、痰、瘀、虚等只要能致气机失调均可成腑实之证。

本研究发现,与中经络相比,中脏腑合并腑实证比例(75.6%)较高($P<0.05$);而 LACI 合并腑实证比例低于 PACI、POCI($P<0.05$)。提示病情重者腑实出现比例高。按照刘河间玄府理论“各随郁结微甚,而察病之轻重也”,病情轻重反映着玄府闭塞的

程度。中风有中经络和中脏腑之轻重差别正是缘于玄府闭塞程度之微甚不同。据此,我们可以做出这样的推论:腑实证更易出现在玄府闭塞程度较甚、病情较重的患者,腑实证可能加重玄府闭塞的程度,或者腑实证可能就是中风病玄府闭塞的原因之一。调气之法就在通腑,通腑目的不在于泻下通便,而是使气机下降,逆乱扰脑之气血得以下行,如《黄帝内经》云:“一窍通则诸窍皆通,大官通则百官皆通。”

参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 312.

[2] Bamford J, Dennis M, Sandercock P, et al. The frequency, causes and timing of death within 30 days of acute stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1990, 53(10): 824-829.

[3] 国家中医药管理局医政司脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.

[4] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行) [J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 208.

[5] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·疾病部分[M]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 67.

[6] Shinohara Y, Minematsu K, Amano T, et al. Modified Rankin scale with expanded guidance scheme and interview questionnaire: interrater agreement and reproducibility of assessment [J]. Cerebrovasc Dis, 2006, 21(4): 271-278.

(收稿日期: 2010-07-12; 修回日期: 2010-10-08)

[编辑: 邓 媛]

关于汇编《中国特色名医辞典》征稿通知

为使患者获得准确的就医信息及展示我国各地名医的精湛医术和高尚医德,我们拟汇编《中国特色名医辞典》。汇编分上卷、下卷两部分。上卷征稿内容:临床各科常见病、多发病、疑难病的治疗思路、用药技巧、经验总结;治疗专科专病的成功验案、心得体会。下卷征稿内容:各地区各科名医介绍,为使患者了解医生的基本情况,帮助患者及早解除病痛以及为医学界同仁之间的交流与协作提供信息资料,要求在业绩介绍中要比较详尽地介绍医生的学识、临床擅长及联系方式。为了解中医学在海内外的发展现状与特色,本院将组织部分作者参加“大陆名医学术调研团”赴香港、台湾地区交流访问,拟定时间 9 月,有意参加者请联系本院。

为方便国内外患者根据自身疾病状况,选择医疗专家及为投稿者扩大社会效益和经济效益提供宣传平台,录用稿件、业绩、事迹(或简历)将免费刊登在中国名医网(<http://www.mingyi120.com>)。来稿请寄:北京市丰台区丰管路 48 号,北京展旭医学研究院张文智收,邮编:100071,电子邮箱: xzh@cxw.com, 电话: (010) 52204958/18611263638。请在来稿上注明“名医辞典”字样。截稿日期: 2011 年 7 月 18 日。