

出血性中风急性期证候分布及变化规律分析

李建香^{1,3} 过伟峰^{1*} 吴勉华¹ 顾锡镇² 王永生² 王敬卿³ 赵扬³ 邵凤扬⁴
陈隐漪⁴ 张元兴⁵ 邵大飞⁵ 马海蓉⁶ 何小刚⁶ 路楷⁷ 钱菊芬⁸ 张红新⁸

(1 南京中医药大学, 江苏省南京市汉中路 282 号, 210029; 2 江苏省中医院; 3 南京市中医院;

4 连云港市中医院; 5 常州市中医院; 6 昆山市中医院; 7 江阴市中医院; 8 张家港市中医院)

基金项目: 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504807)

*通讯作者: gwfwfg2003@sina.com, (025) 85811958

[摘要] 目的 探讨出血性中风急性期证候分布及动态变化规律。方法 将 530 例出血性中风急性期患者分为风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证、瘀热证 7 个基本证候, 分别于入院时及入院后第 3、5、7、11、21 天共 6 个时间点进行证候调查, 研究证候的分布、变化规律。结果 出血性中风急性期证候分布呈现一定的规律性, 各时间点瘀热证始终占据第一位, 风证、火热证基本保持不变, 随着时间延长, 痰证比例下降, 血瘀、气虚比例上升, 阴虚阳亢证始终处于最后一位。将各证候例数按时间点进行纵向比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 瘀热证是出血性中风急性期的主要证候, 火热证、风证为常见证候, 呈现出向血瘀、气虚演变趋势。

[关键词] 出血性中风; 急性期; 证候分布规律; 瘀热证

Analysis on the Syndrome Distribution and Changing Law of Hemorrhagic Stroke in Acute Stage

LI Jianxiang^{1,3}, GUO Weifeng¹, WU Mianhua¹, GU Xizhen², WANG Yongsheng², WANG Jingqing³, SHAO Fengyang⁴, CHEN Yinyi⁴, ZHANG Yuanxing⁵, SHAO Dafei⁵, MA Hairong⁶, HE Xiaogang⁶, LU Kai⁷, QIAN Jufen⁸, ZHANG Hongxin⁸

(1. Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029; 2. Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 3. Nanjing Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine; 4. Lianyungang Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine; 5. Changzhou Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine; 6. Kunshan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine; 7. Jiangyin Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine; 8. Zhangjiagang Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To explore the syndrome distribution and dynamic changing law of hemorrhagic stroke in acute stage.

Methods Syndrome distribution and changing law of 530 cases of hemorrhagic stroke patients in the acute stage, who were diagnosed wind syndrome, fire-heat syndrome, sputum syndrome, blood stasis syndrome, qi deficiency syndrome, yin deficiency with yang hyperactivity syndrome, and blood stasis with heat syndrome respectively were observed when admitted, and on the 3rd, 5th, 7th, 11th, and 21st days after admission. **Results** The syndrome distribution of hemorrhagic stroke patients in the acute stage presented a certain kind of regularity. At each time point, the blood stasis with heat syndrome was always as the first place; the wind and fire-heat syndromes remained unchanged; with the time going on, the proportion of phlegm syndrome went down, and the proportion of blood stasis and qi deficiency syndromes went up; and the yin deficiency with yang hyperactivity syndrome was always as the last place. There appeared statistical difference in the longitudinal comparison of time points with the number of cases ($P < 0.01$). **Conclusion** The blood stasis with heat syndrome is the main syndrome of hemorrhagic stroke patients in the acute stage, the fire-heat and wind syndromes are the common ones, and the developing tendency is toward blood stasis and qi deficiency.

Key Words hemorrhagic stroke; acute stage; syndrome distribution law; blood stasis with heat syndrome

证候是疾病某一阶段的综合表现, 是中医辨证论治的核心, 是中医诊断和治疗的逻辑起点。出血性中风病势凶险, 传变迅速, 病机复杂, 证候交叉, 这种特点尤其表现在急性期。我们对出血性中风急性期证候分布及其变化规律进行研究, 以深入认识中风病因病机, 揭示中风证候实质, 提高辨证论治水平, 为指导临床实践提供依据。

1 资料

1.1 诊断标准

中风病中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》^[1]制定。

1.2 纳入及排除标准

纳入符合上述诊断标准; 住院或急诊观察室患

者,发病 48h 以内入院。排除短暂性脑缺血发作、脑梗死患者;蛛网膜下腔出血及由血液病、肿瘤或外伤引起的颅内出血者。

1.3 一般资料

本研究观察病例来自 2007 年 6 月至 2009 年 7 月江苏省中医院(75 例)、南京市中医院(80 例)、连云港市中医院(87 例)、常州市中医院(52 例)、昆山市中医院(89 例)、江阴市中医院(76 例)、张家港市中医院(71 例)7 家医院,共计 530 例。其中男性 333 例,女性 197 例;年龄 25 ~ 89 岁,平均年龄(63.10±12.39)岁。

2 方法

2.1 研究方法

选择有临床经验的中医神经内科医师,统一培训,统一标准,统一调查表,于入院时(第 0 天)对患者进行初次调查,以后于入院后第 3 天、第 5 天、第 7 天、第 11 天、第 21 天 6 个时间点分别进行临床调查,参照证候诊断标准进行评分诊断。

2.2 证候诊断

参照《中风病辨证诊断标准》^[2],分为风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证 6 个基本证候。在上述标准基础上,增加“瘀热证”,具体评分标准:①神情:a 心烦(2 分);b 躁扰不宁(3 分);c 神昏谵语(4 分)。②发热类型:a 头面烘热(2 分);b 潮热(3 分);c 烦热(4 分)。③面唇:a 面唇深红(3 分);b 面唇暗红(4 分);c 面唇深紫或紫暗(5 分)。④腹症:a 腹胀(1 分);b 腹满(2 分);c 腹痛(3 分)。⑤大便:a 便干或难解(1 分);b 便干 3 日未解(2 分);c 便干 3 日以上未解(3 分)。⑥舌质:a 暗红(3 分);b 瘀点或瘀斑(4 分);c 绛或紫或舌下脉络青紫(5 分)。⑦口中感觉:口干(2 分)。⑧脉象:弦或滑或涩或结(2 分)。⑨舌苔:黄或灰黑(2 分)。将各项所得最高分相加,满分为 30 分,≥10 分即可诊断为瘀热证。

2.3 统计学方法

采用 EpiData3.1 数据库录入数据,采用 SPSS 15.0 进行统计分析处理。

3 结果

表 1 示,第 0 天共出现 1490 个证次,平均每例 2.81 个基本证候,证候百分比由高到低依次为瘀热证、火热证、痰证、风证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证。随着病程进展及治疗干预,证次逐渐减少,证候分布情况有所变化,瘀热证始终占第 1 位,风证、火热证基本保持不变,痰证比例逐渐下降,血瘀、气虚证比例上升,阴虚阳亢证始终处于最后一位,呈现出向血瘀、气虚演变的趋势。将各证候例数按时间点进行纵向比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。其中将第 0 天与第 3 天、第 5 天比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与第 7 天、第 11 天、第 21 天比较差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。说明前 3 个观察点各证候分布情况没有明显变化,第 7 天为证候变化的转折点,随着病程进展,第 11 天、第 21 天证候分布与第 0 天比较,变化更加迅速,证实了出血性中风起病急骤,病情变化多端的特点。

4 讨论

本研究在 6 个基本证候的基础上增加“瘀热证”,形成中风病的 7 个基本证候,这在一定程度上丰富了中风辨证的内容,为证候诊断的规范化和全面性提供新的途径,有利于对中风证候进行深入研究。周仲瑛教授认为“瘀热”是一种血热、血瘀两种病理因素相互搏结,相合为患而形成的具有新的特质的复合病理因素。中风急性期出现的风、阳、痰、火征象为标象,其根本在于血分瘀热搏击不解,闭阻脑窍,令邪热愈炽,瘀阻益甚,进而化火、生风、生痰,“瘀热阻窍”为出血性中风急性期的中心病理环节^[3]。其形成机制如下:素体阴虚,阳盛火旺或年老体衰,肝肾阴虚,复因将息失宜,劳逸失度,风火易

表 1 不同时间点 7 个主要证候分布及动态变化[证次(%)]

证候	第 0 天(530 例)	第 3 天(523 例)	第 5 天(516 例)	第 7 天(501 例)	第 11 天(488 例)	第 21 天(400 例)
瘀热	350(66.04)	331(63.29)	287(55.62)	249(49.70)	210(43.03)	118(29.50)
风	216(40.75)	145(27.72)	154(29.84)	126(25.15)	92(18.85)	42(10.50)
火热	292(55.09)	236(45.12)	241(46.71)	193(38.52)	146(29.92)	65(16.25)
痰	265(50.00)	240(45.89)	178(34.50)	115(22.95)	87(17.83)	31(7.75)
血瘀	176(33.21)	181(34.61)	154(29.84)	133(26.55)	96(19.67)	47(11.75)
气虚	155(29.25)	139(26.58)	122(23.64)	105(20.96)	71(14.55)	40(10.00)
阴虚阳亢	36(6.79)	24(4.59)	29(5.62)	26(5.19)	25(5.12)	12(3.00)
证次合计	1490	1296	1165	947	727	355
例均证次	2.81	2.48	2.26	1.89	1.49	0.89

炽;或饮食失度,酿生湿热,痰热内生;或五志过极,引动内火;或因气候剧变,终使气血错乱,瘀热相搏,冲激上逆,损伤脑络,络破血溢,脑中蓄血,最终形成瘀热阻窍证^[4-9]。

根据瘀热理论采用凉血通瘀法治疗急性期出血性中风的一些临床研究,取得满意疗效。如顾宁等^[6]采用凉血通瘀注射液治疗出血性中风急性期患者 32 例,临床痊愈显效率和总有效率均明显优于西药对照组。袁圆等^[7]观察脑出血急性期患者 61 例,治疗组在对照组西医综合治疗基础上加用凉血通瘀方,结果显示治疗组总有效率高于对照组。鉴于凉血通瘀法在出血性中风急性期治疗中的确切疗效,通过以方(药)测证,可以从疗效反证瘀热证的存在。

本研究观察 530 例出血性中风急性期患者,初诊含有瘀热证候的患者计 350 例(占 66.04%),所占比例最大。尽管随着病程进展及治疗干预,患者临床症状渐趋减少、减轻,瘀热诊断分值下降,但其所占比例始终高于其他证候,处于第 1 位。本临床流行病学调查结果证实“瘀热证”是出血性中风急性期的主要证候。含有火热证候的患者 292 例(占 55.09%),仅次于瘀热,在以后 5 个观察点中其所占比重基本保持稳定。火热与风阳相合,风火相煽,形成风火上扰证。近年来对出血性中风的证候分布研究表明,风火上扰证是常见证候^[8-9]。出血性中风急性期风火上扰证以风火征象为主要表现,病从血脉涉及脏腑,证候覆盖面广,可变性大;证候复杂多样,隐匿难辨。起病形式表现迅速突发,与自然界“风性善行而数变”的特征相似,变化多端而速疾;热象特点表现为发热,甚至高热,或自觉烦热、头面烘热,面红目赤,口苦咽干,大便干燥;神态特点表现为邪热闭窍中脏腑证(阳闭)的特点。本研究显示,初诊痰证患者 265 例(占 50.00%),位居瘀热、火热证之后,居第 3 位。随着病程进展及治疗干预,从第 7 天开始痰证比重有所下降,但其仍然贯穿急性期的始终。临床实践观察,中风急性期以痰热为病者居多,痰湿在中风发病中往往作为一种体质因素或病理基础而存在,一旦发病,则从痰湿转化为痰热,如《丹溪心法》言:“有风病者,非风矣,皆湿土生痰,痰生热,热生风也”,可见痰热是由湿土生痰,痰湿蕴结日久而化生。

随着病程进展,风、火、痰、热等实邪逐渐消退,而显露出血瘀、气虚的本来面貌。本研究结果显示,

随着病程进展,血瘀、气虚所占比重均有所上升。在中风初期,血瘀每与热邪相搏击,而以瘀热阻窍的病理形态出现,或为风火相煽的病理形态所掩盖,因此发病之初,血瘀仅居第 4 位。但随着病程进展,必将显示其贯穿疾病始终的本质地位。从临床观察来看,中风大多以中老年人发病为主,年老则肾气衰,冲任气脱,形神俱败,成为中风的发病基础。而中风标实如痰、瘀等均不能独生,可为继发于气虚的中间病理产物,痰、瘀充斥脑络为患,或郁而化热,或热极生风,挟痰挟瘀上阻脑窍,致血行不畅,溢于脉外,发为出血性中风,然而其本质因素仍为气虚。阴虚阳亢证所占比重在出血性中风急性期始终处于最后,比例波动在 3%~7%。分析原因在于中风属本虚标实之证,肝肾阴虚、气血衰少为致病之本,风、火、痰、瘀为发病之标。而本研究观察对象均为出血性中风急性期患者,以标实为主,此时阴虚征象被风、火、痰、瘀等标实病理形态所掩盖,故所占比重始终处于末位。中风发病之初,邪气鸱张,风阳痰火炽盛,气血上菀,故以标实为主;如病情剧变,在病邪的猛烈攻击下,正气急速溃败,可以正虚为主,甚则出现正气虚脱,后期可显示出肝肾阴虚的征象。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [2] 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, 1991, 17(3): 64-66.
- [3] 过伟峰, 周仲瑛, 吴勉华. 论病机证素[J]. 中医杂志, 2010, 52(5): 289-391.
- [4] 周仲瑛. 瘀热论——瘀热相搏证的系列研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 24.
- [5] 周仲瑛. 出血性中风瘀热阻窍证证治的研究[J]. 中医药学刊, 2002, 20(6): 709-713.
- [6] 顾宁, 王长松, 周仲瑛. 凉血通瘀注射液治疗瘀热阻窍型脑出血急性期临床研究[J]. 辽宁中医, 2007, 34(2): 179-180.
- [7] 袁圆, 过伟峰, 吴勉华. 凉血通瘀方治疗脑出血的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25(4): 265-267.
- [8] 高颖. 中风的中医药治疗[J]. 中国临床医生, 2001, 29(3): 9-11.
- [9] 黄培新, 杜宝新, 黄燕, 等. 出血性中风急性期阳类证、阴类证证候动态变化分析[J]. 中医脑病杂志, 2006, 2(2): 108-110.

(收稿日期: 2010-10-20, 修回日期: 2010-12-20)

[编辑: 邓媛]