

• 临床论著 •

“瘀热”病机对脑出血急性期病情及预后的影响

徐 丹¹ 张兰坤¹ 过伟峰^{2*} 吴勉华² 周学平²
李国春² 叶 放² 邵大飞³ 刘英姿⁴ 李建香⁵

(1. 南京中医药大学 2008 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;

3. 江苏省常州市中医院; 4. 江苏省镇江市中医院; 5. 江苏省南京市中医院)

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)86798160

[摘要] 目的 探讨“瘀热”病机对脑出血急性期病情及预后的影响。方法 收集脑出血急性期患者 518 例, 将患者分为瘀热组和非瘀热组, 于发病时、病程第 11、21 天 3 个时间点比较两组患者脑出血量、中风病类诊断评分、格拉斯哥预后评分(GOS 评分)。结果 瘀热组第 0、11 天时脑出血量均明显高于非瘀热组, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 瘀热组第 0、21 天时中风病类诊断评分、GOS 评分明显高于非瘀热组($P < 0.01$)。结论 脑出血急性期瘀热患者较非瘀热患者脑出血量大、病情重、预后差。

[关键词] 脑出血; 急性期; 瘀热; 病机; 病情; 预后

Influence of Pathogenesis “Stasis-heat” on the Pathological Condition and Prognosis of Cerebral Hemorrhage in Acute Stage

XU Dan¹, ZHANG Lankun¹, GUO Weifeng², WU Mianhua², ZHOU Xueping², LI Guochun², YE Fang², SHAO Dafei³, LIU Yingzi⁴, LI Jianxiang⁵

(1. Postgraduates of year 2008, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029; 2. Nanjing University of Chinese Medicine; 3. Changzhou Municipal TCM Hospital, Jiangsu Province; 4. Zhenjiang Municipal TCM Hospital, Jiangsu Province; 5. Nanjing Municipal TCM Hospital, Jiangsu Province)

ABSTRACT Objective To study the influence of pathogenesis stasis-heat on the pathological condition and prognosis of cerebral hemorrhage in acute stage. **Methods** Totally 518 cases of cerebral hemorrhage in acute stage were collected and were divided into stasis-heat group and non-stasis-heat group. On the onset of disease, the 11th day, and the 21st day in the course of disease, cerebral hemorrhage quantity, diagnostic score of stroke disease, and Glasgow outcome score (GOS) of the two groups was compared. **Results** The cerebral hemorrhage quantity in the stasis-heat group on the first onset and 11th day was significantly more than that of the non-stasis-heat group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The diagnostic score of stroke disease and the GOS score in the stasis-heat group on the first onset and 21st day were significantly higher than those of the non-stasis-heat group ($P < 0.01$). **Conclusion** The cerebral hemorrhage quantity of the cerebral hemorrhage patients in acute stage with the pathogenesis stasis-heat is more than that of those who are not with the pathogenesis stasis-heat, the pathological condition of these patients is more serious, and their prognosis is poor.

Key Words cerebral hemorrhage; acute phase; stasis-heat; pathogenesis; pathological condition; prognosis

自发性脑出血多因高血压病引起, 属于中医学“中风”范畴, 证候复杂多变。周仲瑛教授等认为本病之风火相煽、痰瘀闭阻见症, 源于血分瘀热, 搏击不解, 闭阻脑窍, 而令邪热愈炽, 瘀阻益甚, 进而化火生风, 进一步加重瘀热阻窍病势。因而提出瘀热是脑出血急性期的重要病理因素, 瘀热阻窍是中心病理环节^[1]。本研究对 518 例脑出血急性期患者进行临床流行病学调查, 以探讨“瘀热”对脑出血急性期病情及预后的影响。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[2]。西医诊断标准参照 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]。

1.2 纳入标准

①符合西医脑出血急性期诊断标准; ②住院或

急诊观察室患者,发病 48h 以内入院者。

1.3 排除标准

①短暂性脑缺血发作、脑梗死患者;②蛛网膜下腔出血及由血液病、肿瘤或外伤引起的颅内出血;③合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等危重病患者;④法律规定的残疾(盲、聋、哑、智力障碍、精神障碍、肢体残疾)不能配合检查的患者。

1.4 一般资料

518 例患者为 2007 年 6 月至 2010 年 6 月 15 家医院的住院患者,其中江苏省中医院 15 例,泰州市中医院 3 例,连云港中医院 3 例,江阴市中医院 2 例,南京市中医院 8 例,常州市中医院 60 例,东南大学附属中大医院 10 例,昆山市中医院 99 例,张家港中医院 81 例,无锡市第二医院 13 例,徐州市中医院 64 例,淮安市第二人民医院 101 例,南京市脑科医院 12 例,新沂中医院 21 例,河南中医学院第一附属医院 26 例。其中男 319 例,女 199 例;年龄 21~90 岁,平均年龄(62.58±12.87)岁;病程 0~48h,平均病程(19.28±41.28)h;既往有高血压病者 344 例,糖尿病者 33 例,高脂血症者 13 例,冠心病者 23 例,短暂性脑缺血发作者 7 例,吸烟者 157 例,饮酒者 137 例。

2 研究方法

2.1 资料收集

①设计调查问卷:包括患者一般情况、流行病学资料、中医四诊信息、中风病类诊断评分、头颅 CT 检查、格拉斯哥预后评分(GOS)等。中医四诊信息根据脑出血急性期可能出现的所有临床表现(症状、体征、舌脉等),按望、问、闻、切四诊顺序罗列。②调查时点:采用多时点流行病学现场调查方法,由调查员问诊及体检后,现场完成问卷调查。每一病例调查 3 次:发病时(病程第 0 天)、病程第 11 天、病程第 21 天。③数据录入:将调查问卷数据录入 Epidata 数据库,反复核对以确保数据真实可靠,然后导入到 SPSS 16.0 数据库。

2.2 瘀热病机量化诊断

参照出血性中风瘀热阻窍证候诊断标准^[4],根据证候(诊断要素)对瘀热病机诊断的价值,确定其权重(分值),制订瘀热病机量化诊断标准: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:a 口干 2 分。⑧脉象:a 弦或滑或涩或结 2 分。⑨舌苔:a 黄或灰黑 2 分。满分为 30 分,将各项所得最高分相加,≥10 分即诊断为瘀热。将患者分为瘀热病机患者(瘀热组)和非瘀热病机患者(非瘀热组)。

2.3 观察指标及方法

于发病时、病程第 11、21 天观察两组患者不同时间点的脑出血量、中风病类诊断评分^[2]、GOS 评分^[5]。脑出血量由 CT 室电脑计算,或临床医师根据公式计算,计算公式:出血量= $\pi/6 \times \text{长轴} \times \text{短轴} \times \text{层次厚度}$ 。中风病类诊断评分分级^[2],按分值分为 4 个等级:轻型(1~13 分)、普通型(14~26 分)、重型(27~39 分)、极重型(40 分以上)。GOS 评分将患者预后按恢复好、中度残疾、严重残疾、植物人、死亡分别赋值为 1、2、3、4、5 分。统计每个时间点有效病例资料,故每个时间点病例数有所不同。

2.4 统计学方法

应用 SPSS 16.0 统计软件进行了数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用卡方检验或秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者发病不同时间脑出血量比较

表 1 示,瘀热组第 0、11 天时脑出血量均明显高于非瘀热组,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);病程第 21 天,两组之间脑出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.2 两组患者中风病类诊断评分分级比较

表 2 示,在第 0、11、21 天时,瘀热组重型、极重型患者所占比例明显高于非瘀热组患者,差异有统计学意义($P < 0.01$),而在轻型、普通型方面两组差异无统计学意义($P > 0.05$),提示瘀热组病情较重。

表 1 两组患者发病不同时间脑出血量比较(ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	0 天	11 天	21 天
瘀热组	20.99±20.05** (242)	12.83±11.91* (97)	9.40±10.45(37)
非瘀热组	12.78±11.91(239)	9.51±8.31(230)	7.06±6.71(139)

注:与非瘀热组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;()内为例数。

表 2 两组患者不同时间中风病类诊断评分
分级比较[例(%)]

组别	时间点例数	轻型	普通型	重型	极重型
瘀热组	0 天	256 64(25.3)	75(29.2)	81(31.6)*	36(14.1)*
	11 天	156 36(23.1)	40(25.6)	61(39.1)*	19(12.2)*
	21 天	80 19(23.8)	15(18.8)	34(42.5)*	12(15.0)*
非瘀热组	0 天	235 134(53.0)	78(30.8)	20(7.9)	3(1.2)
	11 天	335 162(48.4)	113(33.7)	40(11.9)	20(6.0)
	21 天	411 179(43.6)	138(33.6)	67(16.3)	27(6.6)

注:与非瘀热组比较,* $P<0.01$

3.3 两组患者中风病类诊断评分分值比较

第 0、21 天时,瘀热组中风病类诊断评分分值分别为(21.33±14.10)分、(14.84±11.90)分,非瘀热组分别为(10.19±10.23)分和(6.45±8.43)分,瘀热组第 0、21 天时中风病类诊断评分分值明显高于非瘀热组($P<0.01$)。提示瘀热患者神经功能缺损症状、体征重于非瘀热患者。

3.4 两组患者 GOS 预后评分分值比较

第 0、21 天时,瘀热组 GOS 预后评分分值分别为(2.59±0.76)分、(2.38±0.94)分,非瘀热组分别为(2.14±0.83)分和(1.80±0.89)分,瘀热组第 0、21 天时 GOS 预后评分分值明显高于非瘀热组($P<0.01$)。提示瘀热患者神经功能缺损症状、体征重于非瘀热患者,神经功能缺损症状、体征的恢复差于非瘀热患者。

4 讨论

瘀热是指瘀与热两种病理因素相互搏结、胶结和合,所形成的具有新的特质的病理因素^[1],周仲瑛教授等通过大量临床实践发现脑出血急性期存在着不同程度、不同脏腑的瘀热证,认为“瘀热阻窍”是出血中风急性期的基本病机。瘀热阻窍证的形成机制^[6]: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,临床可见头面烘热、潮热或烦热,躁扰不宁、神昏谵语,面唇深红、暗红甚或深紫,腹胀满,便干难解,舌暗红、或有瘀点瘀斑、舌下脉络青紫,苔黄或灰黑,脉弦滑或涩或结。

根据脑出血瘀热理论,近期一些临床研究采用凉血通瘀法治疗急性期出血性中风,取得较好疗效。袁园等^[7]采用凉血通瘀方治疗出血性中风急性期患

者得出在西医治疗基础上加用凉血通瘀法治疗脑出血急性期,可改善神经系统症状、体征。过伟峰等^[8]观察中药凉血通瘀方治疗出血性中风急性期瘀热阻窍证的临床疗效,提示凉血通瘀方疗效显著优于单纯西医基础治疗。这些研究结果从疗效反证瘀热是脑出血急性期发病中的重要病变机理。梁清华等^[9]研究 90 例急性出血性中风发现,患者脑出血量 $<30\text{ml}$ 者,多为中经络,出血量 $>30\text{ml}$ 者多为中脏腑,提示出血量与疾病轻重程度有关。周仲瑛教授认为^[10],血分瘀热的深重直接影响到“瘀热阻窍”症状的轻浅。血分瘀热不重者,多为脑络轻度破损,出血量较少,未及要害中枢,故其瘀热阻窍的证候轻而不典型,多无神志异常改变及腑实证候。此类病例头颅 CT 检查脑出血量不多。血分瘀热较重者,提示脑络破损显著,脑部中等量出血或涉及重要中枢,其瘀热阻窍证候较显著而症状典型,可表现为神昏不清、躁扰不宁、半身不遂、舌强语謇、腹胀硬满、大便秘结、身热面赤、舌红绛或紫、苔黄燥、脉弦滑数等。此类病例头颅 CT 检查脑出血量较多。

本研究发现,脑出血发病时瘀热组的脑出血量明显高于非瘀热组($P<0.01$);病程第 11 天时瘀热组脑出血量亦明显高于非瘀热组($P<0.05$);病程第 21 天时两组脑出血量均明显减少,且两组之间比较差异无统计学意义。表明瘀热患者在发病早、中期脑出血量明显大于非瘀热患者,而脑出血量与疾病轻重程度直接相关,出血量大者病情重,提示瘀热病机干预病情。中风病类诊断评分通过神识、语言、面瘫、眼征、上肢瘫、指瘫、下肢瘫、趾瘫等相关神经系统症状体征评价患者病情程度。本研究发现,瘀热组在急性期 21 天内,重型、极重型所占比例始终明显高于非瘀热患者,与上述脑出血量测定结果相一致。进一步比较两组中风病类诊断评分分值,发病时瘀热组明显高于非瘀热组($P<0.01$),表明瘀热患者病情为重,预后为差。GOS 评分量表是评价患者卒中后神经功能缺损症状、体征恢复情况的重要依据。杜敢琴等^[11]研究发现 GOS 评分与脑卒中后预后不良显著相关。本研究结果,发病时瘀热组 GOS 评分明显高于非瘀热组,提示脑出血急性期瘀热患者病情始终较非瘀热患者为重,预后为差,瘀热病机干预疾病预后。以上结果证实瘀热是脑出血急性期核心病机,瘀热阻窍是其中心病理环节,直接干预疾病发生发展及预后。

(下转第 1938 页)

或无苔的情况在胃癌组患者中很多见。常常由于舌中部规则、自然地覆盖着腻苔或厚腻苔,使舌外周部因少苔或无苔形成的“U”型图带更加彰显。此种情况,与文献[7]报道一致,我们称为“舌面外周部少苔或无苔”,可以与舌苔呈不规则脱落的花剥苔相鉴别^[8]。“舌面外周部少苔或无苔”在胃癌组发生率为 40.35%,而胃溃疡组、萎缩性胃炎组发生率为 9.33% 和 6.25%,单纯型浅表性胃炎组、健康组中未见发生,胃癌组与其他各组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

胃癌属于中医学“反胃”、“噎膈”、“呕逆”、“胃脘痛”、“积聚”等病症范畴。胃癌的发生、发展是一个错综复杂的过程,由于长期饮食不节、情志失调、劳倦内伤及感受外来邪毒引起脏腑经络功能失调,脾胃损伤,出现气滞、痰结、血瘀、邪毒内壅等一系列病理变化,最后导致癌瘤积聚于胃,形成胃癌。其病机以脾胃虚弱为本,气滞、痰结、血瘀、毒结为标,本虚标实,虚实夹杂。正如《医宗必读·积聚篇》指出:“积之成者,正气不足,而后邪气占据之。”本研究观察结果显示,胃癌患者发生青紫舌、淡白舌、胖大舌,舌苔以白腻、白厚腻苔为主,表现了胃癌气滞、痰结、血瘀、热毒壅盛、痰湿中阻的病因病机。尤其是舌中部覆以白腻苔或白厚腻苔而舌面外周部出现少苔或无苔的舌象特点,更反映了胃癌发生时机体脾胃两虚,不仅脾失健运、湿浊中阻,同时胃阴亏损,胃气难以完全上乘于舌的复杂的病理变化特征。我们在观察中还发现,“舌面外周部少苔或无苔”的舌象并不是胃癌患者所独有的,在胃溃疡、萎缩性胃炎患者中

也偶有发生。但胃溃疡、萎缩性胃炎患者多表现较轻度的少苔,而胃癌患者舌面外周部常常发生明显的少苔或无苔,晚期胃癌患者的舌面外周部甚至可以出现牛肉样无苔的改变。并且“舌面外周部少苔或无苔”的发生与胃癌患者的年龄、性别、肿瘤发生部位以及病理组织学类型尚未见有明显的联系,而与病情的轻重即临床病理分期关系密切,晚期患者发生率更高。“舌面外周部少苔或无苔”的舌象变化对胃癌的诊断、治疗有很大的意义,值得进一步研究,以提高胃癌舌诊的特异性,同时也为胃癌的中医辨证分型补充更全面、客观的资料和依据。

参考文献

- [1]孙秀娣.中国胃癌死亡率 20 年变化情况分析及其发展趋势预测[J].中华肿瘤,2004,26(1):4.
- [2]中国抗癌协会.新编常见恶性肿瘤诊治规范[M].北京:中国协和医科大学出版社,1999:1-94.
- [3]Sobin LH, Wittekind CH. TNM classification of malignant tumors. International Union Against Cancer[M]. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, 1997:59-62.
- [4]陈灏珠.实用内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2005:1565-1579.
- [5]中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见[J].胃肠病学,2000,5(2):77.
- [6]邓铁涛.中医诊断学[M].5 版.上海:上海科学技术出版社,1987:126.
- [7]姚保泰.中医舌象与胃镜像对照图谱[M].济南:山东科技出版社,1996:5.
- [8]邓铁涛.实用中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2004:159.

(收稿日期:2011-03-01;修回日期:2011-05-04)

[编辑:侯建春]

(上接第 1924 页)

参考文献

- [1]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.
- [2]国家中医药管理局脑病急诊协作组.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.
- [3]中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4]国家中医药管理局脑病急诊症科研组.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.
- [5]吴承远,刘玉光.临床神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:128-129.
- [6]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.

- [7]袁园,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]过伟峰,袁园,李建香,等.凉血通瘀中药治疗出血性中风急性期 56 例疗效观察[J].中华中医药杂志,2010,25(10):1619-1621.
- [9]梁清华,黎杏群,李家邦,等.出血性中风病人的脑 CT,中医辨证与血液流变学的关系探讨[J].湖南医科大学学报,1995,20(6):554-556.
- [10]袁园,过伟峰.论出血性中风之瘀热阻窍证[J].中国中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(8):723-725.
- [11]杜敢琴,黄丽娜,富奇志,等.脑卒中预后的影响因素分析[J].中华神经医学杂志,2005,4(1):57-59.

(收稿日期:2011-01-26;修回日期:2011-06-03)

[编辑:邓媛]