临床研究

脑梗死急性期病灶部位与中医证候之间关系的初步研究

袁 盈[1] 高 山[2] 梁菊生[3]
(1 中国中医科学院望京医院神经内科,北京市朝阳区望京中环南路6号,100102; 2 北京协和医院神经内科; 3 中国中医科学院)

摘要 目的:研究脑梗死急性期病灶部位与中医证候之间的关系。方法:前瞻性分析89例急性脑梗死患者的临床资料和辅助检查结果,借助弥散加权核磁共振(Diffusion Weighted Imaging,DWI)和临床神经系统局灶体征,判断本次责任病灶。梗死灶首先按脑循环系统划分为:前循环供血区和后循环供血区,前循环供血区又分成:皮层、皮层下白质和基底节区,后循环供血区包括脑干、丘脑和小脑。在发病的30天内以虚实为纲对患者进行中医辨证,分为:以实为主、以虚为主、虚实并重3大证候类型。结果:发生在皮层的梗死,中医辨证以实为主的证候最多见(58.8%),以虚为主的证候仅占17.6%;发生在基底节区的梗死,则更多见以虚为主的证候(85.7%),且无1例表现为以实为主的证候;发生在皮层下白质的梗死,以实为主的证候(42.9%)和以虚为主的证候(35.7%)相差不多;而后循环梗死以实为主的证候最多,占46.7%,以虚为主的证候只占20.0%。结论:此研究结果提示急性脑梗死的责任病变部位与中医虚实证候之间存在相关性,单发的皮层和脑干梗死多见以实为主的证候,单发的基底节区梗死多见以虚为主的证候。

关键词 脑梗死/中医辨证

Infarction Site in Acute Cerebral Infarction and Correlation to Chinese Medicine Syndromes

Yuan Ying[1], Gao Shan[2], Liang Jusheng[3]
(1. *Internal Neurology Department of Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing*, 100102; 2 *Beijing Union Medical College Hospital*; 3. *China Academy of Chinese Medical Sciences*)

Abstract **Objectives**: To explore the correlation between infarction site and Chinese medicine syndromes in acute cerebral infarction (ACI). **Methods**: Eighty-nine selected ACI patients were prospectively studied to identify acute infarction site by diffusion weighted imaging (DWI) plus neurological deficit sign. The location of infarction was classified according to the cerebral circulation system, i. e. the anterior infarction, including those occurring in cortex, white matter or basal ganglia, and the posterior infarction including those in brain stem, thalamus or cerebella. The TCM syndrome differentiation was performed within 30 days after attack to classify as predominant excess syndrome, predominant deficiency syndrome, and syndrome with same degree of excess & deficiency. **Results**: Most cortical infarction incidences were of excess syndrome (58.8%), while only 17.6% was found as deficient. The result was reversed in basal ganglia infarction with 85.7% of deficiency syndrome yet zero excess syndrome. In white matter infarction 42.9% was of excess syndrome compared with a 35.7% deficiency syndrome. Posterior circulation infarction had more excess syndrome (46.7%) than deficiency syndrome (20.0%). **Conclusions**: The correlation between site of infarction and Chinese medicine syndromes in ACI is that single cortical or brainstem infarction are mostly seen in predominant excess syndrome, single basal ganglia infarction are in predominant deficiency syndrome.

Key Words Cerebral infarction/ Syndrome Differentiation of Chinese Medicine

关于卒中中医证候与颅脑影像学所显示的梗死部位之间的关系已有相当多的研究,大部分研究发现两者之间有一定的相关性。既往研究对中医卒中证候分类大都较为繁杂,通常1种梗死部位对应了多种中医证候类型,很难揭示其基本的规律;大多数研究未考虑急性脑梗死病灶的空间和时间定向,即多数研究未能很好地区分新鲜和陈旧梗死灶以及未能排除其他部位梗死病灶与研究病灶之间可能存在的相互影响。因此,本研究应用可以区分新旧梗死病灶的弥散加权核磁共振,结合患者神经系统局灶体征来确定本次缺血性卒中的责任病灶,并分析单一部位梗死病灶与以虚、实为根据划分的中医证候之间的关系,以期揭示脑梗死急性期病灶部位与最基本的中医证候之间的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性研究选择自2005年5月-2005年11月北京协和医院神经科住院的急性脑梗死患者,全部患者都有肯定的急性期病灶,排除无明确梗死灶的短暂性脑缺血发作(Transient Ischemic Attack, TIA)患者。共纳入患者89例,其中男性56例,女性33例,平均年龄64岁(5-84岁)。89例患者中,患有高血压62例,糖尿病37例,高血脂34例,有慢性冠心病史者28例,房颤史5例,心梗史4例,既往TIA 7例,脑梗死史21例,脑出血1例,家族遗传史11例,吸烟者31例,酗酒者23例。入选患者格拉斯哥昏迷评分量表(Glasgow Coma Scale, GCS)得分平均13.69分(3-15分),美国国立卫生研究院卒中量表(National

万方数据

Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)得分平均5.85分(0-28分)。

1.2 脑梗死部位的确定和分区 全部患者都进行头颅计算机体层摄影(Computed Tomography, CT)和核磁共振(Magnetic Resonance Imaging, MRI)检查,本次脑梗死的责任病灶中的54%(48/89)由弥散加权核磁共振(DWI)确定,其余由MRI确定,并参考神经系统局灶体征。本次责任病灶首先根据血管系统划分为前循环和后循环梗死灶,再根据病灶的具体部位将前循环梗死灶划分为皮层、皮层下白质和基底节区,后循环供血区不再细分,包括脑干、丘脑和小脑。

1.3 中医证候分类 中医证候划分为3大类:以实为主的证候(包括风、痰、湿、火、热、瘀壅盛,气滞血瘀等具体证候类型)、以虚为主的证候(包括气血不足、肝肾阴虚、肾气不充、脾气虚弱等具体证候类型)和虚实并重的证候(包括肾阴虚火旺、脾虚湿盛、气虚血瘀等具体证候类型)。

1.4 统计分析 采用SPSS 12.0数据分析软件,入选病例一般资料由频数统计方法得出,脑梗死病灶部位与中医证候之间的关系由频数分布交叉表分析得出。

2 结果

2.1 中医辨证结果 89例患者中,以实为主的证候40例,占44.9%;以虚为主的证候30例,占33.7%;虚实并重的证候19例,占21.3%。其中以痰火内壅证最为多见(20.2%),其次为痰浊内壅证(9.0%)、火热亢盛证(7.8%)、肾阴虚火旺证(7.8%)、肝肾阴虚证(6.7%)、脾肾亏虚证(6.7%)、气虚血瘀证(6.6%)、脾气虚衰证(6.6%),再次为痰火瘀互阻证(5.6%)、气血不足证(5.6%)和肾精亏虚证(5.6%),也可见到风痰阻络证(3.4%)和脾虚痰盛证(2.2%)等。

2.2 责任梗死部位分布情况 89例患者中,单独前循环梗死61例,单独后循环梗死15例,前后循环混合梗死13例。单一部位梗死53例,其中单独皮层梗死最多见(17例,占19.1%);其次为单独后循环梗死和单独皮层下白质梗死(分别为15例和14例,分别占16.9%和15.7%);基底节区单独病变者7例,占7.9%。累及2个或2个以上部位的梗死共36例,其中皮层下白质和基底节区同时受累者10例,占11.2%;皮层和皮层下白质同时受累者6例,占6.7%;皮层和基底节区同时受累者5例,占5.6%;皮层下白质合并后循环梗死、基底节区合并后循环梗死各4例(4.5%);皮层合并后循环梗死3例(3.4%)。另外,皮层、皮层下白质和基底节区3者同时受累者2例(2.2%),皮层下白质、基底节区和后循环供血区3者同时受累者1例(1.1%)。还可以见到皮层、皮层下白质、基底节区和后循环供血区4者同时受累的大面积梗死1例(1.1%)。

2.3 梗死部位与中医证候之间的关系 前循环梗死中,中医辨证以实为主的证候26例(占42.6%),以虚为主的证候22例(占36.1%)。后循环梗死中,以实为主的证候和以虚为主的证候分别为7例和3例(占46.7%和20.0%)。前后循环混合梗死中,以实为主的证候40例(占44.9%),以虚为主的证候30例(占33.7%)。53例单发梗死患者的脑梗死部位分区和中医虚、实证候之间存在显著性差异,发生在皮层的梗死,中医辨证以实为主的证候最多见,为10例,占58.8%,以虚为主的证候3例,仅占17.6%;而发生在基底节区的梗死,则更多见以虚为主的证候(85.7%),且无1例表现为以实为主的证候。发生在皮层下白质的梗死以实为主的证候6例,占42.9%,以虚为主的证候5例,占35.7%,两者比例相近;单独后循环梗死以实为主的证候最多,有7例,占46.7%,以虚为主的证候只有3例,占20.0%。皮层下白质合并皮层的梗死中,中医辨证以实为主的证候占66.7%;而合并基底节区的梗死中,以虚为主的证候占70.0%。但是由于样本量太小,多发梗死的组合种类太多,该研究中我们没有得到不同梗死部位组合与中医证候之间的确切关系。

3 讨论

本研究采用了能区分新旧梗死灶的DWI,同时又参考神经系统局灶体征,帮助我们确定本次责任病灶,进而探讨其与中医证候之间的相关性。

现行针对病因病机的中医证候分类较为复杂,各类型相互交叉,使得许多患者出现模棱两可、可纳入证候类型不唯一的情况。有鉴于此,我们在对该问题的初步探讨中,采取八纲辨证中虚实辨证作为分类依据,将中医证候分为以实为主、以虚为主、虚实并重3大类型,以保证患者纳入不同证候类型时的唯一性,并增强临床的可操作性。

以前的某些研究[1-5]将皮层作为脑叶来划分,该分类中其实已经包含了皮层和皮层下白质,而从未有研究将皮层作为一独立的类型。我们的研究发现虽然皮层和皮层下白质都多见以实为主的证候,但皮层下白质梗死中以虚为主的证候比例明显高于皮层梗死,说明两者在中医证候上也有一定的差别。而关于皮层下白质梗死的中医证候已有某些研究。我们的研究认为单发的皮层下白质梗死以实为主的证候略多于以虚为主的证候;而对多发梗死的分析提示我们其病变的性质可能与其合并的梗死灶有关,这对进一步细致研

万方数据

究具有指导意义。既往有不少关于基底节区梗死的研究,大多数作者[6]指出其中医证候有虚有实,某些研究还认为其辨证结果与梗死灶大小[1,4-5]和病变在基底节具体部位的不同[7-8]有关。这与本研究所得出的结果无1例基底节梗死表现为以实为主的证候不同。本研究在分析中医证候时排除了累及多个部位的病例,即真正研究单一梗死部位与中医证候之间的关系。当2个不同部位的梗死灶同时存在时可能会影响其证候,而以前关于基底节梗死的中医证候的研究均未提到是否排除了同时存在其他部位的病变。我们的结果显示如果不存在任何其他部位梗死,单一基底节梗死灶者不出现以实为主的证候。脑干和小脑的梗死,大多数研究[3-4]都指出其病变证候以实为主,少数作者[1,5]认为以虚为主的脱证在脑干梗死中所占比例较高。我们的研究结果也显示其病变多以实为主的证候,虚实并重的证候次之,与大多数研究一致。丘脑是比较独特的部位,因其位置在基底节区,大多数研究将其并入基底节区,但其供血属后循环,因而本研究中我们将其与脑干和小脑梗死归为同一类。本研究结果提示急性脑梗死的责任病变部位与中医证候之间存在相关性,单发的皮层和脑干梗死多见以实为主的证候,单发的基底节区梗死更多见以虚为主的证候,且不出现以实为主的证候。

本研究只是初步的探索,由于病例数的限制,尚存在以下问题:未能得出不同梗死部位并存时中医证候的确切分布情况;过去的很多研究发现梗死病灶的大小与中医证候之间有很明确的关系,本研究未考虑病灶的大小;本研究也未分析陈旧病灶的存在对急性期中医证候的影响;此外,中医证候受很多其他因素的影响,包括性别、年龄、发病季节、发病时辰、气候骤变、合并症等,因此,以后的研究应在扩大样本量的前提下,进行多因素分析,并且可以进行更细化的梗死部位分区和更深入的中医证候分类。

参考文献

[1]余朝骏,侯键,曾雪峰,等.中风急性期各证头颅CT征象的研究.中国中西医结合影像学杂志,2005,3(1):1-4.
[2]张友东,王进,周益群,等.脑功能区病变与中风病证型相关性研究.现代诊断与治疗,2000,11(1):8-11.
[3]詹乐昌,李燕钰,莫秀云,等.急性缺血性中风病辨证分型与影像诊断关系的回顾性研究.现代中西医结合杂志,2004;13(20):2674-2676.
[4]李恒生,杨宝元.缺血性脑卒中CT、MRI检查与中医辨证分型的关系.综合临床医学,1995,11(3):149-150.
[5]侯键,余朝骏,李明富.中风病急性期病灶CT定性定位规律研究.中国中西医结合影像学杂志,2005,3(2):86-89.
[6]李春生,张燕华,鲍淑德,等.老年人腔隙性脑梗死中医分型与CT分析.中医研究,1999,12(1):16-19.
[7]彭世洪.急性脑梗死的中医分型与CT影像的关系.衡阳医学院学报,1999,27(1):50-51.
[8]凌玲.245例脑卒中急性期中医证候关系研究分析.陕西中医,2002,23(8):693-694.

(2008-07-21收稿)

狼毒枣联合抗痨药治疗慢性纤维空洞型肺结核25例

黄瑞彬 黄周红
(江苏省启东市中医院,江苏省启东市紫薇中路458号,226200)

关键词 慢性纤维空洞型肺结核/中医药疗法;@ 狼毒枣

1990年1月-2005年12月我们在本院应用狼毒枣联合抗痨药治疗慢性纤维空洞型肺结核25例,取得了良好的效果。现报道如下。

1 临床资料

本组25例均为本院门诊患者,其中男18人,女7人。年龄最小34岁,最大70岁。病程最短1年,最长3年。临床症状有:1)全身症状:全身不适,神疲乏力,心悸失眠,潮热盗汗。2)呼吸道症状:咳嗽咯痰,胸闷痰血,气急紫绀,活动后明显。3)肺部体征:上肺呼吸音减低,语音亢进,有湿性啰音。4)实验室检查:血沉增高,反复痰检可找到结核杆菌,结核菌素试验阳性。5)肺部X线检查:一肺或两上肺以至中上肺野可见单个或多发的纤维空洞。有的气管和纵膈向患侧移位。

2 治疗方法

狼毒枣药用:狼毒500g,红枣2000g。制法:把狼毒放入锅内加水使狼毒浸没,红枣洗净放入锅上蒸笼中,先用大火煮沸后,再用文火煮狼毒蒸红枣10h,如锅内水少要加水。煮后把红枣取出晾干成黑枣。服法:每晨空服红枣6粒开始,如无不良反应,每3天增加1粒红枣,渐增到每晨10粒为止。服完为1个疗程。如未能痊愈,则可继续服用1个疗程。另服利福平0.45g,早饭前顿服;乙胺丁醇0.4g,中饭后顿服;异烟肼0.3g,晚饭后顿服。

3 疗效标准

1)痊愈:临床症状消失,实验室检查和X线胸片均正常。2)好转:临床症状减轻,实验室检查和X线胸片均有所好转。3)无效:临床症状、实验室检查和X线胸片均无好转。

4 治疗结果

本组25例,治疗1个疗程后,痊愈22例;治疗2个疗程后,又痊愈2例,好转1例。结果治愈24例,占96%;好转1例,占4%。总有效率为100%。

(2007-09-03收稿)

万方数据