

# 崇明地区急性脑梗死患者中医辨证分型特点及与血黏度的相关性

麻志恒\*, 施志琴, 张汉新, 黄美琴, 王恒, 高志生, 张颺

(上海交通大学医学院附属新华医院崇明分院中医内科, 上海 202150)

**[摘要]** 目的:观察崇明地区急性脑梗死(ACI)中医各证型中的分布特点,探讨各证型与血黏度的关系。方法:314例ACI患者,按照中医辨证分型标准分为风火上炎证、风痰瘀阻证、痰热腑实证、气虚血瘀证和阴虚风动证,计算各组所占的比例,入院第2天进行血黏度水平测定。结果:ACI患者中风痰瘀阻证117例、气虚血瘀证76例,分别占总人数的37.3%、24.2%,明显高于其他各组( $P < 0.05$ )。各证型中血黏度水平与对照组比较,均有显著性差异( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ),其中风痰瘀阻、气虚血瘀为主的证型与其他各组比较,差异尤为明显( $P < 0.05$ )。结论:崇明地区ACI中医分型以风痰瘀阻证,气虚血瘀证为主,血黏度可作为ACI风痰瘀阻、气虚血瘀分型研究的客观依据。

**[关键词]** 急性脑梗死;辨证分型;血黏度

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2012)01-0231-03

## Distribution of Syndrome Differentiation by Traditional Chinese Medicine for Acute Cerebral Infarction in Chongming Area and Relationship with Blood Viscosity

MA Zhi-heng\*, SHI Zhi-qin, ZHANG Han-xin, HUANG Mei-qin, WANG Heng, GAO Zhi-sheng, ZHANG Biao  
(Xinhua Chongming Hospital Shanghai Jiaotong University, Shanghai 202150, China)

**[Abstract]** **Objective:** To Study the distribution of syndrome differentiation by traditional Chinese medicine (TCM) for acute cerebral infarction (ACI) in Chongming area and relationship with the blood viscosity. **Method:** Three hundred and fourteen patients with ACI were divided into five groups: the syndrom of upward invading of wind-fire, wind-phlegm blocking, phlegm-heat FU-organ excess, blood stagnancy due to Qi-deficiency, wind syndrom due to YIN-deficiency according to the differentiation standard of syndromes based on TCM. Blood viscosity was detected and the proportion of ACI patients with above syndromes were analyzed. **Result:** The proportion of wind-phlegm blocking and blood stagnancy due to Qi-deficiency were higher than other groups ( $P < 0.05$ ). The blood viscosity of five group was higher than normal groups ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ), and the statistical difference was found in five groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The results indicates that there exists a relativity between blood

**[收稿日期]** 20110524(022)

**[基金项目]** 崇明县卫生局基金课题(2010-中心-01)

**[通讯作者]** \*麻志恒,主治医师,从事中医药防治脑血管病的研究, Tel:021-69693673, E-mail: zhiheng\_macm@163.com

痛等症明显减轻。再诊时在原方基础上加用温通之品桂枝6g、白芍10g并随症加减。三诊后患者自觉无身体不适。复查胸片示:右侧胸腔积液较前吸收好转。肺通气功能正常。

### [参考文献]

[1] 苏长海,季晖,卢立山,等.抗结核药物不良反应及其

危害[J].中国医院药学杂志,2010,30(2):176.

[2] 刘秋琼,高玉桥,林秋晓,等.中药治疗肺结核的研究进展[J].中草药,2007,30(11):1478.

[3] 王伟,阮祥林.抗结核药伍用黄芩治疗难治性肺结核疗效分析[J].中国医师杂志,2004,6(9):1282.

[责任编辑 邹晓翠]

viscosity and syndrome differentiation based on TCM and in Chongming area, wind-phlegm blocking and blood stagnancy due to Qi-deficiency may be main syndrome of ACI.

[Key words] acute cerebral infarction; distribution of syndrome differentiation of traditional Chinese medicine; blood viscosity

急性脑梗死 (ACI) 属中医缺血性中风范畴, 具有很高的发病率、致残率、病死率和复发率。数千年的临床实践, 为中医治疗缺血性中风积累了丰富的经验, 如何运用中医理论对缺血性中风辨证分型的研究越来越受到中医药界的重视。我们通过回顾崇明地区 ACI 患者的临床资料, 分析崇明地区 ACI 患者中医辨证分型特点, 并检测血黏度在中医各证型中的水平, 探讨血黏度对各证型 ACI 的防治意义。

### 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 西医诊断标准: 脑梗死诊断标准采用 1995 年中华医学会全国第四届脑血管病学术会议制定的 ACI 诊断标准<sup>[1]</sup>, 并辅以头颅 CT 或 MRI 检查。患者同意接受调查, 签署知情同意书。中医证候诊断标准: 中医辨证分型根据 2006 年中国中西医结合学会神经科专业委员会制定的诊断标准<sup>[2]</sup>, 将脑梗死分为 5 种证型: 风火上炎证、风痰瘀阻证、痰热腑实证、气虚血瘀证和阴虚风动证。

**1.2 病例选择标准** ①符合上述 ACI 诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 检查证实; ②均为首次急性发病, 病程 < 3 d; ③排除心房纤颤、严重感染、肝肾疾病、伴有脑出血和脑占位性病变者; ④所有病例在研究过程中均未使用抗凝、溶栓等影响机体凝血和纤溶的药物。

**1.3 一般资料** 所有患者均为 2009 年 3 月 - 2011 年 3 月在中医科就诊的 ACI 者 314 例, 其中男 208 人, 女 106 人。年龄 38 ~ 72 岁, 平均 (63.4 ± 9.2)

岁, 病程 1 ~ 3 d, 平均 (1.9 ± 0.7) d, 合并高血压、糖尿病、冠心病的患者分别见表 1; 对照组 50 人, 为我院正常健康体检的职工 (包括退休), 男 27 人, 女 13 人, 年龄 34 ~ 75 岁, 平均 (62.1 ± 8.4) 岁。

### 2 方法

**2.1 血黏度测定** 患者入院次日空腹抽血, 进行血黏度检测。健康体检的职工分 2 批按照同样的方法进行血黏度检测。

**2.2 观察方法及质量控制** 制定病例调查表, 对研究人员进行统一培训, 完成一致性检验 (一致率 ≥ 0.75)。患者入院后在 24 h 内完成现病史、既往史、家族史等一般资料的收集, 并对相关中医四诊信息进行采集, 判别证候类型。首次确诊的 ACI 患者由主治医师进行中医辨证分型, 经 2 名副主任中医师以上专家最后审验。

**2.3 统计学处理** 应用 SAS 8.1 统计软件分析结果, 采用描述性统计, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 多组间比较采用单因素方差分析, 两两比较采用 SNK-*q* 检验; 计数资料用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  视为差异有统计学意义。

### 3 结果

**3.1 崇明地区 ACI 患者中医证候分布特征** 崇明地区 ACI 患者以风痰瘀阻证, 气虚血瘀证证型为主, 占总数的 61.5%, 尤以风痰瘀阻证为主, 占 37.3%, 明显高于其他组, 但组间在男女比例, 平均年龄、病程、合并症方面没有明显的差异。见表 1。

表 1 ACI 患者中医证候分布特点

证型	例数 /例	比例 /%	性别 (男/女)	年龄 /岁	病程 /d	高血压 /例	糖尿病 /例	冠心病 /例
风火上炎	36	11.5	22/14	64.1	1.4	14	8	10
风痰瘀阻	117	37.3	72/45	61.2	1.8	50	21	32
痰热腑实	48	15.3	31/17	65.7	2.5	22	9	12
气虚血瘀	76	24.2	59/17	63.3	2.3	42	12	15
阴虚风动	37	11.8	24/13	62.7	1.8	19	7	11

**3.2 ACI 患者各证型与对照组血黏度水平的比较** 与对照组比较, 各组血黏度均有所升高, 大部分有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 尤其以风痰瘀阻证、气虚血瘀证为明显, 有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 风痰瘀阻、气虚血瘀组与痰热腑实证比较, 差异显著 ( $P <$

$0.05$ )。但风痰瘀阻证与气虚血瘀证组间比较, 大部分没有显著性差异。见表 2。

### 3 讨论

ACI 属中医学“中风”范畴, 根据有无神志变化分为中经络和中脏腑两大类, 临床以中经络者多见。

表2 ACI患者各证型与对照组血黏度水平的比较( $\bar{x} \pm s$ )

mPa·s

证型	例数	血黏度			血浆黏度
		200 s <sup>-1</sup>	60 s <sup>-1</sup>	30 s <sup>-1</sup>	
风火上炎证	36	9.98 ± 0.74 <sup>1)</sup>	9.56 ± 0.34 <sup>1)</sup>	9.02 ± 2.14 <sup>1)</sup>	1.45 ± 0.21
风痰瘀阻证	117	10.45 ± 0.92 <sup>2,4)</sup>	10.76 ± 2.14 <sup>2)</sup>	16.43 ± 3.21 <sup>2,3,4)</sup>	2.37 ± 0.96 <sup>1)</sup>
痰热腑实证	48	9.87 ± 0.34 <sup>2)</sup>	9.21 ± 1.15 <sup>1)</sup>	9.15 ± 2.00 <sup>1)</sup>	2.01 ± 0.48 <sup>1)</sup>
气虚血瘀证	76	10.11 ± 1.08 <sup>2,4)</sup>	11.56 ± 0.98 <sup>2,4)</sup>	13.49 ± 2.77 <sup>1)</sup>	2.64 ± 0.97 <sup>2,4)</sup>
阴虚风动证	37	5.47 ± 0.63	9.26 ± 0.64 <sup>1)</sup>	12.04 ± 3.57 <sup>1)</sup>	1.65 ± 0.92 <sup>1)</sup>
对照组	50	4.02 ± 0.18	5.04 ± 0.67	8.74 ± 0.43	1.38 ± 0.24

注:与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ , <sup>2)</sup>  $P < 0.01$ ;风痰瘀阻证与气虚血瘀证组间比较<sup>3)</sup>  $P < 0.05$ ;风痰瘀阻、气虚血瘀证与痰热腑实证比较<sup>4)</sup>  $P < 0.05$ 。

现代学者研究认为<sup>[3]</sup>,本病是由于体内气血虚弱,脏腑阴阳失调,在各种激发因素的作用下,风、火、痰、虚、气、瘀等因素交错为患。随着对中风病因病机认识的不断加深,越来越多的理论研究和临床报道认为痰血瘀阻是本病重要的病机特点之一<sup>[4-5]</sup>。还有专家提出中风病“毒邪”学说,认为中风急性期痰浊、瘀血等病理因素蕴积不解,在此基础上产生各种内毒物质,并引发脑髓受损加重<sup>[6]</sup>。由此可见,痰、瘀是ACI的2个重要因素,痰滞经络,气血不畅,瘀血内生而致中风。新近研究认为,血液流变学可能是预测缺血性脑血管病有价值的指标<sup>[7]</sup>,血液流变黏滞性、高凝固性的改变与脑梗死的发生、发展有着密切的关系<sup>[8]</sup>。血黏度增高,阻塞,最终导致闭塞血管供血范围内脑组织缺血、缺氧,从而造成脑神经细胞的坏死或功能障碍。本研究结果显示,崇明地区ACI中医辨证分型以风痰瘀阻证、气虚血瘀证多见;其次,各证型中的血黏度水平各不相同,其中风痰瘀阻,气虚血瘀证血黏度水平明显高于其他各组。因此血黏度可作为ACI患者痰、瘀证的微观辨证依据。

管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.

- [2] 中国中西医结合学会神经科专业委员会.脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准[J].中国中西医结合杂志,2006,26(10):948.
- [3] 张伯谏.中医内科学[M].5版.上海:上海科技出版社,1995:208.
- [4] 赵孔华.缺血性脑中风的发病机理探讨[J].河南中医,2006,26(7):7.
- [5] 李士瑾.化痰通脑饮治疗急性缺血性中风30例[J].中医研究,2008,21(2):35.
- [6] 冯学功,刘茂才,黄培新,等.中风病毒邪界定与治疗初探[J].中国中医药信息杂志,2001,8(6):3.
- [7] Szikszai Z, Fekete I, Imre S G. A comparative study of hemorheological parameters in transient ischemic attack and acute ischemic stroke patients: possible predictive value[J]. Clinical Hemorheology and Microcirculation, 2003,28(1):51.
- [8] 孙秀丽,宋先锋,卢艳华.脑梗死患者血液流变学观察及临床意义初探[J].临床荟萃,2001,16(23):1084.

[责任编辑 邹晓翠]

## [参考文献]

- [1] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血