

缺血性中风患者血管形态的中医证候分布规律研究

黄迟 胡春平 缪伟 吕艳

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘要 目的: 探讨缺血性中风患者血管形态与中医证候分布规律的关系。方法: 将 61 例缺血性中风患者根据血管造影显示的血管形态分为血管狭窄组和血管迂曲组, 采集 2 组患者的中医四诊信息, 统计 2 组中医证候积分, 并对 2 组中医证候分布进行比较。结果: (1) 血管狭窄组患者中痰湿证 19 例 (61.3%), 其次为血瘀证 13 例 (41.9%); 血管迂曲组中气虚证 17 例 (56.7%), 其次为阴虚证 13 例 (43.3%)。 (2) 血管狭窄组痰湿证候积分高于血管迂曲组 ($P < 0.05$), 气虚证候积分和阴虚积分明显低于血管迂曲组 ($P < 0.01$)。结论: 缺血性中风患者的血管形态有助于辨别中医证候, 为中医学辨证提供了影像学客观指标支持。

关键词 缺血性中风 脑血管 证候

中图分类号 R743.31 文献标志码 A 文章编号 1672-397X (2017) 09-0031-02

缺血性中风多以气血阴阳亏虚为本, 风火痰瘀为标, 导致脏腑失调, 气血逆乱于脑所致。其病情变化多端, 证候繁杂不一, 目前多认为其证型以风痰阻络、阴虚风动、肝阳上亢、肝肾阴虚、瘀热阻窍型为主^[1]。该病临床辨证主要依托于传统望闻问切四诊信息, 而结合现代医学影像学检查扩大“望诊”的空间是未来医学的发展趋势。基于此, 笔者对 61 例缺血性中风患者应用脑血管造影术检查其血管形态, 探讨不同血管形态下中医证候的分布规律, 现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2016 年 5 月南京市中医院脑病科住院患者 61 例, 按脑血管造影结果分为血管狭窄组与血管迂曲组。其中血管狭窄组 31 例: 男 26 例, 女 5 例; 年龄 39~72 岁, 平均年龄 (59.65 ± 6.71) 岁; 病程 12h~15d, 平均病程 (5.6 ± 1.4) d。血管迂曲组 30 例: 男 21 例, 女 9 例; 年龄 42~78 岁, 平均年龄 (57.73 ± 7.80) 岁; 病程 8h~15d, 平均病程 (5.3 ± 1.7) d。2 组一般资料经统计学比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 符合 1995 年全国脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2] 的相关标准, 并经头颅 CT 或磁共振等影像资料证实; (2) 中医诊断符合 1995 年《中风病诊断与疗效评定标准》^[3] 中病证诊断标准; (3) 年龄 18 岁至 80 岁; (4) 神志清楚, 能配合血管造影和量表评测。

1.3 排除标准 (1) 短暂性脑缺血发作; (2) 脑出血等颅内出血性疾病; (3) 因血液病、肿瘤等病因所

致的缺血性中风; (4) 病程超过 15d, 具有明显的脑梗死后遗症者; (5) 年龄不符合纳入标准的; (6) 合并其他影响观测指标的疾病者; (7) 因精神障碍或严重痴呆等因素, 无法配合的患者; (8) 造影结果无明显血管迂曲或狭窄的, 或非动脉粥样硬化性血管狭窄的患者。

2 研究方法

2.1 观察方法 2 组患者均在取得患方知情同意的前提下, 排除血管造影禁忌症, 术前禁食 > 6 h, 进行全脑血管造影检查。步骤如下: 患者平卧于 DSA 检查台上, 皮肤常规消毒, 局麻后, 以改良 Seldinger 穿刺法穿刺单侧股动脉, 置入 5F 或 6F 动脉鞘, 通过动脉鞘, 在 0.035" 150cm 超滑造影导丝的引导下以 5F 猪尾行主动脉弓造影, 再根据血管情况选用相应的造影管分别行双侧颈动脉、锁骨下动脉造影。造影后压迫穿刺部位, 加压包扎, 压沙袋 6h, 患者平卧, 术肢制动 24h。分析患者血管造影影像, 取头臂干、双侧颈动脉起始部、双侧锁骨下动脉及椎动脉起始部影像为依据。如有血管迂曲折叠的为血管迂曲组, 如有血管动脉粥样硬化狭窄的为血管狭窄组。2 组患者均依照“缺血性中风证候要素诊断量表”^[4] 进行证候要素积分评定后判定中医证候, 并比较 2 组之间积分状况。

2.2 统计学方法 本研究数据均使用 SPSS 20.0 软件包进行分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3 研究结果

3.1 中医证候分布比例 血管狭窄组31例患者中,痰湿证19例,占61.3%,其次为血瘀证13例(41.9%),内风证10例(32.3%),内火证7例(22.6%);血管迂曲组30例中,气虚证17例(56.7%),阴虚证13例(43.3%),血瘀证10例(33.3%),痰湿证9例(30.0%)。详见表1。

3.2 中医证候积分比较 血管狭窄组痰湿证候积分高于血管迂曲组($P<0.05$),气虚证候积分和阴虚证候积分均明显低于血管迂曲组($P<0.01$),说明血管狭窄患者易见痰湿证候,而血管迂曲患者易出现气虚和阴虚证候。详见表2。

4 讨论

辨证论治和整体观念作为中医学的两大特点,是中医学的理论基石和临床基础。古代医学辨证的方法无非是“望闻问切”,以望神色、望舌苔、闻气味、闻声响、切寸口脉等方法获取信息,结合医师的临床经验来确定患者的证候。这种方法过度依赖于医师的个人体会,无论是传承,还是总结经验,都有难以记述的困难,很多体会难以言传身教。为了提高中医诊断的标准化、数据化、客观化水平,中医研究者付出了很多努力,如开展了脉象仪设计的尝试^[5],使较为深邃难明的切脉技巧变得简明易学。

北京东直门医院开展了“缺血性中风证候要素诊断量表”的编制工作,为中风病证候的量化奠定了基础^[4]。从整体观角度而言,人是一个有机整体,每个“证”的成立,必然反映在全身各处,不管是否能被肉眼直接观察到。现代医学检查、检验获得的数据和影像,也应该能纳入“证”的范畴,能为我们所“辨”。随着影像学技术的进步,可以更大程度地扩大我们望诊的范围。当前,已经有学者开展了类似的探讨,如有研究初步揭示了眩晕病人脑血流速度与中医证型的关系及颈动脉粥样硬化的分类与中医证型的关系,均取得了可喜的成果^[6-7]。

在中国大约50%的缺血性中风病人存在颈动脉硬化病变^[8]。本研究通过分析血管形态的变化与中医证候积分的关系,初步发现动脉粥样硬化性血管狭窄与痰湿证候关系密切,而血管迂曲与气虚、阴虚证候关系密切,然因样本量较少,后期有待于更大的样本观察进一步探讨。动脉粥样硬化性血管狭窄与痰湿的关系,依据近现代研究可以推测动脉粥样硬化斑块属于“痰湿”的范畴^[9]。正如《医

表1 血管狭窄组、血管迂曲组缺血性中风患者中医证候分布情况 例(%)

组别	例数	内风	内火	痰湿	血瘀	气虚	阴虚
血管狭窄组	31	10 (32.3)	7 (22.6)	19 (61.3)	13 (41.9)	6 (19.4)	4 (12.9)
血管迂曲组	30	8 (26.7)	6 (20.0)	9 (30.0)	10 (33.3)	17 (56.7)	13 (43.3)

表2 血管狭窄组、血管迂曲组缺血性中风患者中医证候积分的比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	内风	内火	痰湿	血瘀	气虚	阴虚
血管狭窄组(n=31)	65.32±7.29	39.21±3.71	49.43±5.38 [†]	43.51±6.42	51.19±5.32 ^{**}	49.27±6.12 ^{**}
血管迂曲组(n=30)	60.17±9.64	37.50±2.98	41.29±4.17	45.17±5.15	62.36±6.94	57.56±5.77

注:与血管迂曲组比较,[†] $P<0.05$,^{**} $P<0.01$ 。

学正传》云:“津液稠黏,为痰为饮,积久渗入脉中,血为之浊……”,其所说明的病理机制与动脉粥样硬化有一定的相似性,同时也符合“无形之痰”的表现。因而,基于上述研究结果,我们在临证实践中可以对相应患者的治疗中加入祛痰化湿的药物,如瓜蒌、胆星、半夏、荷叶等,这也有助于增加中医药干预动脉粥样硬化的参与率,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 306.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [3] 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[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.
- [4] 高颖, 马斌, 刘强, 等. 缺血性中风证候要素诊断量表编制及方法学探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2097.
- [5] 刘峰, 陈家旭. 新型全方位脉象仪设计方案[J]. 现代科学仪器, 2007(4): 40.
- [6] 马洪明, 耿庆文, 钟海珍. 椎-基底动脉供血不足性眩晕TCD分型与中医证型特点分析[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 17(5): 14.
- [7] 徐辉, 顾耘. 颈动脉粥样硬化的中医证候特征及分类[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(22): 4913.
- [8] 章希炜, 董剑, 梁海滨. 颈动脉硬化性狭窄闭塞治疗的现状与评价[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(10): 744.
- [9] 赵步长, 伍海勤, 王一民, 等. 动脉粥样硬化中医浅析[J]. 光明中医, 2012, 27(12): 2518.

第一作者: 黄迟(1974—), 男, 本科学历, 副主任医师, 中医脑病学专业。chunchunhu@126.com

收稿日期: 2017-05-11

编辑: 王沁凯 岐 轩