

中風神昏病人閉脫陰陽辨證與 疾病嚴重度的臨床觀察

劉亮吟^{1,2} 游智勝^{1,3,4} 史麗珠⁵ 朱耀棠⁶ 張厚台⁷ 陳運嵩⁷
郭蔭庭⁶ 李小白⁶ 陳龍⁶ 邱奕華⁶ 曾明宗⁶

¹ 長庚大學傳統中國醫學研究所

² 亞東紀念醫院傳統醫學科

³ 長庚大學中醫學系

⁴ 長庚醫院中醫內科

⁵ 長庚大學公共衛生學科

⁶ 亞東紀念醫院神經內科

⁷ 亞東紀念醫院內科加護病房

(95 年 10 月 18 日受理，96 年 6 月 6 日接受刊載)

目的：經由中風神昏病人的臨床觀察，歸納提出閉證和脫證在現代可用的診斷指標，並將該診斷指標和西醫一些疾病嚴重度評分系統作比較。方法：橫斷面觀察型研究。亞東紀念醫院內科加護病房及神經內科病房診為中風併有意識障礙且告以病危通知的病患，發病一週以內者，共55人。同時記錄中醫辨證（閉脫辨證和腦部陰陽辨證）及西醫疾病嚴重度（LOD、APACHE II、APACHE III），統計分析中醫辨證及西醫疾病嚴重度的相關性。結果：閉脫辨證的疾病嚴重度分數由小到大依序為閉證、閉脫混合、脫證，與LOD評分的相關係數最高，其中以神經系統最有相關。閉證和脫證以腦部陰陽辨證分偏陽證、陰陽混合、偏陰證，和疾病嚴重度沒有統計相關。結論：中風神昏病人使用閉脫辨證，疾病嚴重度由輕到重依序為閉證、閉脫混合、脫證，和神經系統最有相關。閉脫辨證之後，還可以使用腦部陰陽辨證將閉證區分為偏陽閉、偏陰閉，將脫證區分為偏陽證、偏陰證。由於樣本數不夠多、代表性不足，陰陽辨證的疾病嚴重度尚未有定論。

關鍵詞：中風，閉證，脫證，陰陽，疾病嚴重度評分系統（LOD、APACHE II、APACHE III）。

前 言

中風自古被列為風、癱、癱、膈四大病症之首。百年百名中醫之一馬光亞教授歌訣云：「中風之疾最為危，卒倒常多厥不回，一息若存圖救治，證須明辨入精微。」「辨證要能精又細，病因脈象認真求，分清閉證與脫證，按理投方是上流。¹」中醫治療中風分中經絡和中臟腑：中經絡一般無神智改變，

但見口眼歪斜，肌膚麻木，半身不遂，言語不利等症；中臟腑症見突然昏倒，不省人事，病情較重。屬中臟腑者再區分閉證和脫證，閉證祛邪開閉，脫證扶正固脫；閉證再分陽閉、陰閉，陽閉治宜涼開，陰閉治宜溫開，用藥各不相同。^{1,2}

中風分閉脫，始於明代。明代樓英在《醫學綱目·論中風》提到中風的絕證：「風病口開、手撒、眼合、遺尿、鼻聲如鼾者，五臟氣絕也。³」明代李中梓進一步明確地提出中風的閉證和脫證，《醫宗必讀·真中風》：「凡中風昏倒，……最要分別閉與脫二證明白。如牙關緊閉，兩手握固，即是閉證。……若口開心絕、手撒脾絕、眼合肝絕、遺尿腎絕、聲如鼾肺絕，即是脫證。更有吐沫直視、肉脫、筋骨痛、發直、搖頭、上面赤如妝、汗出如珠，皆脫絕證。²⁻⁴」後世如清代程國彭《醫學心悟·論中風》³、清代吳謙《醫宗金鑑·雜病心法要訣》^{3,5}等皆遵循李氏的說法。

因此中風分閉證和脫證的前提為神智改變。中風閉證的症狀為握固、肢體強痙、緊牙關、大便閉、小便閉、無汗，可再區分陽閉（顏面潮紅、煩躁不寧、手足溫熱、口唇紅、口唇乾燥、氣粗、口臭、痰涎壅盛、舌紅、苔黃、苔膩、脈弦、脈滑、脈數）和陰閉（面白無華、靜臥不煩、四肢欠溫、口唇黯、口唇濕潤、痰聲漉漉、舌暗、苔白、苔膩、脈沉、脈滑、脈緩）。中風脫證的症狀為撒手、肢體癱軟、口開、眼合、鼾聲、息微、遺尿、大便自遺、汗多、四肢厥冷、脈微細欲絕，有些醫書再分亡陰（面赤如妝、足冷、虛煩不安、舌紅、脈細數）和亡陽（汗出如油、四肢清冷）。脫證較閉證危急。^{1,2,4,6,7}

Knaus等人於1981年提出Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE)，在病患進入加護病房最初24小時內，計算34項生理變數合併慢性健康狀態，區分疾病嚴重度，比較療效⁸⁻¹³。1985年提出APACHE II，將34項生理變數減為12項，加上年齡和慢性健康計算總分(0-71)，分數愈高死亡風險愈高^{8-12,14}。1991年提出Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation (APACHE) III，計算18項生理變數加上年齡和慢性健康計算總分(0-299)，帶入方程式預估其死亡風險，並可用於評估每日病情進展^{8-12,15}。

多發性器官功能障礙綜合徵(multiple organ dysfunction syndrome)是加護病房病人死亡最主要的原因。Goris等人於1985年提出 Multiple-Organ Failure (MOF) 將多發性器官衰竭分級，分析嚴重度和死亡^{8,16}。Knaus等人於1985年提出 Organ System Failure (OSF)，將五種器官衰竭定義，發現年齡愈大，器官衰竭愈易發生並增加死亡機率^{8,17}。Hebert等人於1993年提出 Multiple System Organ Failure (MSOF)，評估七種系統(呼吸、心血管、腎、肝、腸胃、血液、神經)是否器官衰竭，發現敗血症的病人，愈多器官衰竭、死亡率愈高¹⁸。Marchall等人於1995年提出 Multiple Organ Dysfunction Score (MODS)，用生理指標將六種系統(呼吸、腎、肝、心血管、血液、神經)器官衰竭分級給分，各系統0-4分，總分0-24分，分數愈高死亡率愈高。除了進入加護病房最初24小時記錄分數外，還可每天計算比較^{11,19}。MODS於2001年由Cook等人提出修正，心血管指標改以心跳、升壓劑、乳酸鹽(lactate)評估²⁰。Vincent等人於1996年提出 Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA)，由於此評分不只用於敗血症，日後更名為 Sequential Organ Failure Assessment，評估六種系統(呼吸、凝血、肝、心血管、中樞神經、腎)，依功能障礙程度不同各給0-4分，總分愈高死亡率愈高^{11,21,22}。Le Gall等人於1996年提出 Logistic Organ Dysfunction (LOD)，使用對數迴歸(logistic regression)決定六種系統(神經、心血管、腎、肺、血液、肝)生理變數的嚴重度和分數，從0到5分不等，計算LOD總分，可將該分數轉換成死亡機率^{11,23}。

在西醫各類延長生命的藥物和處置下，我們看到的症及辨證重點或許和古人觀察到的不盡相同。繁

瑣的辨證描述中，哪些症狀是臨床最容易使用的要點？中醫的辨證和西醫疾病嚴重度的關聯為何？因此想經由中風神昏病人的臨床觀察，歸納提出閉證和脫證在現代可用的診斷指標，並將該診斷指標和西醫一些疾病嚴重度評分系統作比較，驗證其可行性，將有助於教學、臨床研究與中西醫交流。本研究依據觀察變數的適用性和可行性，選擇LOD、APACHE II、APACHE III三種來評估中風之疾病嚴重度。

材料與方法

(一) 研究設計：橫斷面觀察型研究。

(二) 研究對象：

1. 納入條件：亞東紀念醫院內科加護病房及神經內科病房診為中風併有意識障礙且告以病危通知的病患，發病一週以內者。

2. 排除條件：接受手術、麻醉、鎮靜劑影響意識評估者，或因失語症被誤以為神智不清者。

符合研究條件的共55人，女性22人，男性33人，年齡最小29歲，最大90歲，平均69.9歲。腦梗塞32人，腦出血23人（包括蜘蛛網膜下腔出血1人）。

(三) 研究方式：

1. 收案：訪視病人，填寫中醫觀點和西醫觀點（含LOD、APACHE II、APACHE III）的觀察表。

2. 結案：病人離開加護病房（病情穩定轉到普通病房、呼吸照護中心、轉院或死亡）或出院。

(四) 收案期間：2004年11月至2005年7月。停止收案後，追蹤病人是否死亡或出院至2005年8月31日止。

(五) 診斷標準^{1,2,5-7,24}：閉脫辨證和腦部陰陽辨證。

閉脫辨證的前提：有意識障礙才要區分閉證、脫證。

閉證：符合(1)~(2)任何一項。

(1) 握固（肢體對刺激仍有反應，昏迷指數 $M \geq 2$ 分）。

(2) 脈滑。

脫證：符合(1)~(2)任何一項。

(1) 撒手（肢體對刺激沒有反應，昏迷指數 $M = 1$ 分）。

(2) 脈微。

腦部陰陽辨證：閉證依此再區分偏陽閉（偏陽證）、偏陰閉（偏陰證），脫證再區分偏陽證、偏陰證。

陽證分數：符合(1)~(2)一項給1分。

(1) 望色：符合①~④任何一項。

① 滿面色紅。

② 顴紅。

③ 口唇紅或絳。

④ 舌質紅或絳。

(2) 手足溫熱。

陰證分數：符合(1)~(2)一項給1分。

(1)望色：符合①~③任何一項。

①面色白。

②口唇黯。

③舌質淡。

(2)手足欠溫。

若陽證分數或陰證分數任一不為0，則計算陰陽辨證分數。

陰陽辨證分數 = 陽證分數 - 陰證分數

1~2分為偏陽證，-1~-2分為偏陰證，0分為陰陽混合。

(六) 統計方法：使用SPSS 10.0統計軟體。名義尺度用卡方檢定、連續尺度用獨立樣本t檢定或單因子變異數分析執行單變量分析，不符合單因子變異數分析前提假設者改用 Kruskal-Wallis 檢定。卡方檢定有統計差異者，採用殘差檢視找出差異所在；單因子變異數分析者有統計差異者，採用 Scheffe 法多重比較。探討疾病嚴重度評分系統和中醫辨證的相關性時，採用 Spearman 相關係數。本文顯示之 p 值為雙尾，顯著水平為0.05。²⁵⁻²⁸

結 果

中醫症狀徵象中的握固、撒手、眼合、脈滑、脈澀、脈微、口唇黯、手足溫熱、手足欠溫等和閉脫辨證有相關，達統計差異（見表1）。西醫生理指數中的昏迷指數總分、收縮壓、舒張壓、平均血壓、心跳、PaO₂/FIO₂、A-aDO₂、鉀、是否使用升壓劑、是否使用呼吸器等和閉脫辨證有相關，達統計差異（見表2）。LOD、APACHE II、APACHE III等評分系統和中風神昏依閉證、閉脫混合、脫證排序有顯著正相關，疾病嚴重度分數由小到大依序為閉證、閉脫混合、脫證，其中以LOD評分的相關係數最高；LOD評分各系統除了血液系統外，也都和中風神昏依閉證、閉脫混合、脫證排序有顯著正相關，其中以

表 1 中風神昏閉脫辨證和中醫症狀徵象的單變量分析

	閉證 (n = 43)	閉脫混合 (n = 5)	脫證 (n = 7)	p
握固	43 (100%)	2 (40.0%)	0 (0%)	< 0.001 [*] , < 0.001 ^{a*}
撒手	0 (0%)	3 (60.0%)	7 (100%)	< 0.001 [*] , < 0.001 ^{a*}
眼合 (昏迷指數E ₁)	15 (34.9%)	5 (100%)	7 (100%)	< 0.001 [*]
脈滑	28 (65.1%) [#]	3 (60.0%)	0 (0%) [#]	0.002 [*] , 0.003 ^{a*}
脈澀	13 (30.2%)	1 (20.0%)	6 (85.7%)	0.013 [*]
脈微	(0%) [#]	2 (40.0%) [#]	1 (14.3%)	0.004 [*]
口唇黯	10 (23.3%)	1 (20.0%)	5 (71.4%)	0.043 [*]
手足溫熱	37 (86.0%)	3 (60.0%)	4 (57.1%)	0.135, 0.043 ^{a*}
手足欠溫	5 (11.6%)	2 (40.0%)	3 (42.9%)	0.084, 0.023 ^{a*}

註：* $p < 0.05$ 達統計差異；[#]殘差檢視找出的差異所在；^a卡方趨勢檢定。

神經系統的相關係數最高（見表3）。

只選擇閉證的觀察值，中醫症狀徵象中的滿面色紅、顴紅、面色白、面色萎黃、舌質淡、手足溫熱、手足欠溫、脈滑、脈澀、脈沉或伏、口唇黯、不整脈等和閉證分陰陽有相關，達統計差異（見表

表 2 中風神昏閉脫辨證和西醫生理指數的單變量分析

	閉證 (n = 43)	閉脫混合 (n = 5)	脫證 (n = 7)	<i>p</i>
昏迷指數總分	9.00 ± 2.90 ^{S*}	4.60 ± 2.30 [*]	3.00 ± 0 ^S	< 0.001 [*]
收縮壓	144.79 ± 23.68 ^S	130.80 ± 7.05 [*]	97.29 ± 21.05 ^{S*}	< 0.001 [*]
舒張壓	74.00 ± 13.89 ^S	60.00 ± 5.70	58.57 ± 16.16 ^S	0.007 [*]
平均血壓	97.60 ± 15.53 ^S	83.60 ± 4.49	71.48 ± 17.29 ^S	< 0.001 [*]
心跳	88.60 ± 17.60 ^S	89.40 ± 11.04 [*]	119.86 ± 27.47 ^{S*}	0.001 [*]
PaO ₂ /FIO ₂	324.09 ± 98.21 ^S	283.92 ± 136.42	214.86 ± 60.58 ^S	0.046 [*]
A-aDO ₂	109.87 ± 69.80 ^S	195.34 ± 76.75	195.57 ± 51.76 ^S	0.007 [*]
鉀	4.10 ± 0.62 ^S	4.12 ± 0.93	3.34 ± 1.18 ^S	0.046 [*]
使用升壓劑	2 (4.7%) [#]	3 (60.0%) [#]	6 (85.7%) [#]	< 0.001 [*] , < 0.001 ^{a*}
使用呼吸器	16 (37.2%) [#]	5 (100%) [#]	7 (100%) [#]	< 0.001 [*]

註：* *p* < 0.05達統計差異；[#]殘差檢視找出的差異所在；多重比較以^{S*}等相同符號標示達統計顯著差異者；^a卡方趨勢檢定。

表 3 中風神昏閉脫辨證和疾病嚴重度的相關性分析

	閉證 (n = 43)	閉脫混合 (n = 5)	脫證 (n = 7)	Spearman 相關係數	<i>p</i>
LOD評分	3.77 ± 2.20	8.80 ± 3.56	10.71 ± 2.93	0.634	< 0.001 [*]
神經系統	1.88 ± 1.33	4.20 ± 1.10	5.00 ± 0	0.679	< 0.001 [*]
心血管系統	0 ± 0	0 ± 0	0.43 ± 0.53	0.504	< 0.001 [*]
腎系統	1.40 ± 1.51	2.60 ± 2.51	3.29 ± 2.36	0.270	0.046 [*]
肺系統	0.37 ± 0.49	1.40 ± 0.89	1.57 ± 0.98	0.579	< 0.001 [*]
血液系統	0.02 ± 0.15	0 ± 0	0.14 ± 0.38	0.153	0.265
肝系統	0.09 ± 0.29	0.60 ± 0.55	0.29 ± 0.49	0.335	0.012 [*]
APACHE II評分	14.49 ± 5.33	21.00 ± 5.05	27.00 ± 3.21	0.608	< 0.001 [*]
APS點數	9.53 ± 4.72	16.40 ± 4.88	22.43 ± 4.47	0.618	< 0.001 [*]
APACHE III評分	53.40 ± 21.15	81.20 ± 19.38	107.43 ± 15.89	0.617	< 0.001 [*]
生理分數	39.12 ± 19.41	67.60 ± 23.96	93.86 ± 16.87	0.613	< 0.001 [*]
酸鹼異常	1.40 ± 1.88	3.00 ± 3.67	5.00 ± 3.61	0.392	0.003 [*]
神經異常	19.26 ± 11.99	38.60 ± 14.21	48.00 ± 0	0.643	< 0.001 [*]

註：* *p* < 0.05達統計差異。

4)。西醫生理指數中的呼吸次數、血球容積、凝血酶原時間、是否使用升壓劑等和閉證分陰陽有相關，達統計差異（見表5）。LOD、APACHE II、APACHE III等評分系統和閉證分陰陽沒有相關性存在；LOD評分中只有血液及肝系統和閉證依偏陽閉、陰陽混合、偏陰閉排序有顯著正相關，其中以肝系統的相關係數最大（見表6）。

只選擇脫證的觀察值，中醫症狀徵象中的手足溫熱、手足欠溫和脫證分陰陽有相關，達統計差異（見表7）。西醫生理指數中只有血球容積和脫證分陰陽有相關（見表8）。疾病嚴重度評分系統和脫證分陰陽都沒有相關性存在（見表9）。

表 4 閉證分陰陽和中醫症狀徵象的單變量分析

	偏陽閉 (n = 31)	陰陽閉混合 (n = 9)	偏陰閉 (n = 3)	<i>p</i>
滿面色紅	26 (83.9%)	2 (22.2%)	0 (0%)	< 0.001*, < 0.001 ^{a*}
顴紅	1 (3.2%) [#]	3 (33.3%) [#]	0 (0%)	0.042*
面色白	1 (3.2%)	6 (66.7%)	3 (100%)	< 0.001*, < 0.001 ^{a*}
面色萎黃	0 (0%) [#]	2 (22.2%) [#]	0 (0%)	0.036*
口唇紅或絳	18 (58.1%)	2 (22.2%)	1 (33.3%)	0.131
口唇黯	5 (16.1%)	3 (33.3%)	2 (66.7%)	0.137, 0.039 ^{a*}
舌診個數	18	9	3	
舌質紅或絳	5 (27.8%)	3 (33.3%)	1 (33.3%)	0.949
舌質淡	1 (5.6%)	0 (0%)	2 (66.7%)	0.019*
手足溫熱	31 (100%)	6 (66.7%)	0 (0%)	< 0.001*, < 0.001 ^{a*}
手足欠溫	0 (0%)	3 (33.3%)	2 (66.7%)	< 0.001*, < 0.001 ^{a*}
脈滑	25 (80.6%)	3 (33.3%)	0 (0%)	0.001*, < 0.001 ^{a*}
脈澀	5 (16.1%)	5 (55.6%)	3 (100%)	0.002*, < 0.001 ^{a*}
脈沉或伏	1 (3.2%)	0 (0%)	2 (66.7%)	0.011*
不整脈	5 (16.1%)	3 (33.3%)	2 (66.7%)	0.137, 0.039 ^{a*}

註：* $p < 0.05$ 達統計差異；[#]殘差檢視找出的差異所在；^a卡方趨勢檢定。

表 5 閉證分陰陽和西醫生理指數的單變量分析

	偏陽閉 (n = 31)	陰陽閉混合 (n = 9)	偏陰閉 (n = 3)	<i>p</i>
呼吸次數	19.00 ± 3.68	22.56 ± 5.05	16.00 ± 3.46	0.025*
血球容積	37.25 ± 6.80	32.13 ± 5.39	41.73 ± 4.01	0.048*
凝血酶原時間（多於標準秒數）	-0.70 ± 1.80	-0.08 ± 0.98	5.90	0.002*
使用升壓劑	0 (0%)	1 (11.1%)	1 (33.3%)	0.048*, 0.007 ^{a*}

註：* $p < 0.05$ 達統計差異；^a卡方趨勢檢定。

表 6 閉證分陰陽和疾病嚴重度的相關性分析

	偏陽閉 (n = 31)	陰陽閉混合 (n = 9)	偏陰閉 (n = 3)	Spearman 相關係數	<i>P</i>
LOD評分	3.55 ± 2.14	4.11 ± 2.37	5.00 ± 2.65	0.181	0.246
神經系統	1.84 ± 1.37	1.67 ± 1.32	3.00 ± 0	0.096	0.540
心血管系統	0 ± 0	0 ± 0	0 ± 0	-	-
腎系統	1.23 ± 1.43	2.11 ± 1.69	1.00 ± 1.73	0.118	0.451
肺系統	0.45 ± 0.51	0.11 ± 0.33	0.33 ± 0.58	-0.247	0.110
血液系統	0 ± 0	0 ± 0	0.33 ± 0.58	0.317	0.038*
肝系統	0.03 ± 0.18	0.22 ± 0.44	0.33 ± 0.58	0.345	0.023*
APACHE II評分	13.55 ± 5.12	16.78 ± 4.41	17.33 ± 8.74	0.257	0.096
APS點數	8.65 ± 4.29	11.33 ± 5.00	13.33 ± 6.66	0.295	0.055
APACHE III評分	50.74 ± 20.28	63.11 ± 19.42	51.67 ± 34.27	0.193	0.216
生理分數	36.65 ± 18.16	47.22 ± 21.03	40.33 ± 28.29	0.182	0.243
酸鹼異常	1.55 ± 1.96	1.00 ± 1.73	1.00 ± 1.73	-0.134	0.393
神經異常	19.23 ± 12.69	18.78 ± 11.03	21.00 ± 10.39	0.044	0.780

註：* $p < 0.05$ 達統計差異。

表 7 脫證分陰陽和中醫症狀徵象的單變量分析

	偏陽證 (n = 3)	陰陽混合 (n = 1)	偏陰證 (n = 3)	<i>P</i>
滿面色紅	3 (100%)	0 (0%)	1 (33.3%)	0.057
顴紅	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
面色白	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0.057
口唇紅或絳	1 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0.382
口唇黯	1 (33.3%)	1 (100%)	3 (100%)	0.102
舌診個數	1	0	2	
舌質紅或絳	0 (0%)	-	1 (50%)	0.306
舌質淡	0 (0%)	-	0 (0%)	-
手足溫熱	3 (100%) [#]	1 (100%)	0 (0%) [#]	0.008*
手足欠溫	0 (0%) [#]	0 (0%)	3 (100%) [#]	0.008*

註：* $p < 0.05$ 達統計差異；[#]殘差檢視找出的差異所在。

表 8 脫證分陰陽和西醫生理指數的單變量分析

	偏陽證 (n = 3)	陰陽混合 (n = 1)	偏陰證 (n = 3)	<i>p</i>
血球容積	39.43 ± 4.20	27.00	45.87 ± 2.49	0.022*

註：* $p < 0.05$ 達統計差異。

表 9 脫證分陰陽和疾病嚴重度的相關性分析

	偏陽證 (n = 3)	陰陽混合 (n = 1)	偏陰證 (n = 3)	Spearman 相關係數	<i>p</i>
LOD評分	10.33 ± 3.79	12.00	10.67 ± 3.21	0.081	0.863
APACHE II評分	27.33 ± 3.79	27.00	26.67 ± 4.04	-0.240	0.604
APS點數	23.33 ± 6.03	21.00	22.00 ± 4.58	-0.156	0.739
APACHE III評分	99.00 ± 13.11	113.00	114.00 ± 19.97	0.540	0.211
生理分數	87.67 ± 17.39	96.00	99.33 ± 21.13	0.463	0.296

討 論

閉脫辨證主要由兩部分組成，一為肢體運動反應，一為脈象。區分閉證脫證以昏迷指數中的肢體運動反應為主，其中M1沒有動作如同古人所言的撒手，M2去大腦僵直和M3去皮質僵直較符合握固的形容，M4~6肢體對刺激仍有反應可歸類到握固²⁹。牙關緊閉或口開受到氣管內插管或口內固定器等因子干擾，小便閉或遺尿受到導尿管干擾，大便閉受到觀察時間或西藥緩瀉劑干擾，病人神智不清無法判定正在排便或大便自遺，鼾聲及息微受到氣管內插管及呼吸器干擾，都不是適當的診斷指標。眼合若以昏迷指數中的E1而言有統計差異，可是雖然大多數脫證病人出現眼合E1的症狀，臨床有時見到脫證病人表現為E2對疼痛刺激眼睛略略張開，也有眼睛張得大大的卻沒反應，算不算眼合呢？因此眼合也不是適當的診斷指標。肢體強痙或癱軟受到病程及過去中風病史的干擾，也不是適當的診斷指標。無汗或汗多受到護理人員擦汗或解熱劑的干擾，也不是適當的診斷指標。古人描述閉證和脫證的脈象極不相同，臨床觀察到若只以肢體運動反應來診斷閉證脫證是不夠的，有些撒手病人出現滑脈，有些握固病人卻出現微脈，因此加入脈診的診斷指標。

區分閉脫以昏迷指數中的肢體運動反應為主，因此LOD評分的神經系統、APACHE III評分的神經異常都是脫證較閉證嚴重；脫證的血壓皆較閉證低、使用升壓劑的比例較高、心跳較快，反映了與脈象的關聯，因此LOD評分的心血管系統以脫證較閉證嚴重；脫證使用呼吸器的比例較閉證高、PaO₂/FIO₂和A-aDO₂等肺功能指數較差，與古人的息微相呼應；鉀雖然有統計差異，但與正常數值相近，沒有臨床意義。LOD評分中以神經系統和閉脫辨證的相關係數最高，那是因為區分閉證脫證以昏迷指數中的肢體運動反應為主，而昏迷指數又是神經系統評分的主成分之故。

閉證以腦部陰陽辨證分陰陽，診斷標準中的滿面色紅、顴紅、面色白、口唇紅或絳、口唇黯、舌質淡、手足溫熱與手足欠溫都達統計差異。偏陽閉以脈滑居多，偏陰閉以脈澀、脈沉或伏居多。口唇乾燥

或口唇濕潤受到口內固定器、氣管內插管或塗抹護唇膏干擾，不是適當的診斷指標。痰涎壅盛和痰聲漉漉如何區分？受到抽痰干擾，不是適當的診斷指標。臨床觀察到有些未插管的閉證病人會出現氣粗或呼吸時痰音很重的症狀，可是氣管內插管後就不易觀察到，不是適當的診斷指標。呼吸次數及血球容積雖然有統計差異，可是數值沒有臨床意義。凝血酶原時間和LOD評分的肝系統都有統計差異，可是這些病人沒有顯著肝功能異常，而且偏陰閉的樣本數太少，其相關性仍存疑。

脫證以腦部陰陽辨證分陰陽，診斷標準中手足溫熱與手足欠溫達統計差異。血球容積雖然有統計差異，可是數值沒有臨床意義。受限於樣本數不夠多的緣故，疾病嚴重度沒有統計差異。

不論是閉證或脫證，區分陽證及陰證時，手足寒熱往往是個重要的相關變數。《素問·陽明脈解》：「四肢者，諸陽之本也。³」說明四肢為諸陽的根本，陽氣之盛衰最易從四肢的寒與溫得到反映。因此手足寒熱為辨別陰陽的一重要指標。

中風神昏先分閉脫時，疾病嚴重度由輕到重都為閉證、閉脫混合、脫證。閉脫辨證以後再用腦部陰陽辨證分陰陽時，由於樣本數不夠多、代表性不足，許多統計不容易有差異。

本研究受限於人力、樣本數，只作為前驅性研究。藉由實地的臨床觀察，提出可行的診斷指標，也觀察到閉脫陰陽辨證和疾病嚴重度的趨勢。如果收案的案例數更多，陰陽辨證的疾病嚴重度可能更明確。

結 論

中風神昏的病人使用閉脫辨證，與疾病嚴重度有關。閉脫辨證的疾病嚴重度由輕到重依序為閉證、閉脫混合、脫證，和神經系統最有相關。

閉脫辨證之後，還可以使用腦部陰陽辨證將閉證區分為偏陽閉、偏陰閉，將脫證區分為偏陽證、偏陰證。由於樣本數不夠多、代表性不足，陰陽辨證的疾病嚴重度尚未有定論。

誌 謝

感謝長庚大學傳統中國醫學研究所張恒鴻所長給予本研究許多寶貴的意見；感謝亞東紀念醫院黃東娟小姐、陳淑君小姐於加護病房的協助。

參考資料

1. 馬光亞，中風與昏厥之辨證與治療，九思出版社，台北，pp. 42-3、49-50、55-7，1996。
2. 張伯臾主編，中醫內科學，知音出版社，台北，pp. 452-70、226-38，1992。
3. 長沙市宏宇科技開發有限公司，中華醫典，湖南電子音像出版社，長沙，2002。
4. 楊思澍、張樹生、傅景華主編，中醫臨床大全，北京科學技術出版社，北京，pp. 526-31、193-200、148-56、204-12，2000。
5. (清)吳謙等編，御纂醫宗金鑑（上冊），卷三十九雜病心法要訣，德興書局，台北，pp. 138-44，

- 1982。
6. 史宇廣、單書健編，中風專輯，志遠書局，台北，pp. 15-29、79-85、245-55，1995。
 7. 王永炎，中風病要覽，志遠書局，台北，pp. 18-48，1993。
 8. Jones HJS, de Cossart L. Risk scoring in surgical patients. *British Journal of Surgery* 86(2):149-57, 1999.
 9. Gunning K, Rowan K. ABC of intensive care: Outcome data and scoring systems. *British Medical Journal* 319(7204):241-4, 1999.
 10. Young JD. Severity scoring systems and the prediction of outcome from intensive care. *Current Opinion in Anaesthesiology* 13:203-7, 2000.
 11. Moreno R, Matos R. New issues in severity scoring: Interfacing the ICU and evaluating it. *Current Opinion in Critical Care* 7:469-74, 2001.
 12. Rosenberg AL. Recent innovations in intensive care unit risk-prediction models. *Current Opinion in Critical Care* 8(4):321-30, 2002.
 13. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Critical Care Medicine* 9:591-7, 1981.
 14. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine* 13(10):818-29, 1985.
 15. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, Sirio CA, Murphy DJ, Lotring T, Damiano A, Harrell Jr FE. The APACHE III prognostic system: Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 100:1619-36, 1991.
 16. Goris RJ, Boekhorst TP, Nuytinck JK, Gimbere JS. Multiple-organ failure. Generalized autodestructive inflammation? *Archives of Surgery* 120(10):1109-15, 1985.
 17. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in acute organ-system failure. *Annals of Surgery* 202(6):685-93, 1985.
 18. Hebert PC, Drummond AJ, Singer J, Bernard GR, Russell JA. A simple multiple system organ failure scoring system predicts mortality of patients who have sepsis syndrome. *Chest* 104(1):230-5, 1993.
 19. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple Organ Dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Critical Care Medicine* 23(10):1638-52, 1995.
 20. Cook R, Cook D, Tilley J, Lee K, Marshall J. Multiple organ dysfunction: Baseline and serial component scores. *Critical Care Medicine* 29(11):2046-50, 2001.
 21. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonca A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Medicine* 22(7):707-10, 1996.
 22. Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, Sprung CL, Colardyn F, Blecher S. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: Results of a multicenter, prospective study. *Critical Care Medicine* 26(11):1793-1800, 1998.
 23. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Saulnier F, Alberti C, Artigas A, Teres D. The logistic organ dysfunction

- system: A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. *JAMA* 276(10):802-10, 1996.
24. 劉亮吟、朱耀棠、郭蔭庭、李少白，腦中風中西醫診斷類型之相關性研究：八十五例分析，中醫藥雜誌第12卷第4期，pp. 285-292，2001。
 25. 史麗珠，進階應用生物統計學：連續資料分析（含SPSS使用說明），學富文化事業有限公司，台北，pp. 59-69、85-111，2003。
 26. 史麗珠、林莉華編譯，統計學，學富文化事業有限公司，台北，pp. 365-99、421-47，2005。
 27. 郭英調，臨床研究手冊，合慶國際圖書有限公司，台北，pp. 41-56、163-8，2000。
 28. 王保進，多變量分析：套裝程式與資料分析，高等教育文化事業有限公司，台北，pp. 438-73，2004。
 29. Adams RD, Victor M. Principles of neurology, 4th edition. McGraw-Hill Book Co., U.S.A., p. 713, 1989.

THE CLINICAL OBSERVATIONS OF BLOCK-DESERTION, YIN-YANG PATTERN IDENTIFICATIONS AND SEVERITY IN STROKE PATIENTS WITH CONSCIOUS DISTURBANCE

Liang-In Liu^{1,2}, Jyh-Sheng You^{1,3,4}, Lai-Chu See⁵, Yiu-Tong Chu⁶,
Hou-Tai Chang⁷, Yun-Sung Chen⁷, Yam-Ting Kwok⁶, Siu-Pak Lee⁶,
Lung Chan⁶, Yih-Hwa Chiou⁶, Ming-Tsung Tseng⁶

¹*Postgraduate Institute of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University*

²*Division of Traditional Chinese Medicine, Far Eastern Memorial Hospital*

³*Chang Gung University School of Traditional Chinese Medicine*

⁴*Center For Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital*

⁵*Department of Public Health, Chang Gung University*

⁶*Division of Neurology, Far Eastern Memorial Hospital*

⁷*Medical Intensive Care Unit, Far Eastern Memorial Hospital*

(Received 18th October 2006, accepted 6th June 2007)

Objective: to propose a modern diagnostic criteria of block and desertion patterns for stroke patients with conscious disturbance and compare them with the severity scoring systems. **Design:** A cross-sectional observation study. **Setting:** The medical intensive care unit and neurological ward of Far Eastern memorial hospital. **Patients:** Fifty-five critical stroke patients with conscious disturbance and having onset within 1 week. **Measurements:** The pattern identifications (block-desertion and yin-yang) and severity scoring systems (LOD, APACHE II, and APACHE III). **Results and Conclusions:** The severity scores of the block-desertion patterns from small to large are block, block-desertion mixed, and desertion pattern. The block-desertion patterns are more relevant with the neurological system. The yin-yang pattern identifications of block or desertion pattern are not correlated with the severity scores due to the small sample size.

Key words: stroke, block pattern, desertion pattern, yin yang, severity scoring systems (LOD, APACHE II, APACHE III).