

腦中風中西醫診斷類型之相關性研究： 八十五例分析

劉亮吟¹ 朱耀棠² 郭蔭庭² 李少白²

亞東紀念醫院 ¹傳統醫學科；²神經內科

台北

(2001年5月22日受理，2001年11月7日收校訂稿，2001年12月4日接受刊載)

中醫將中風依有無意識障礙分中藏府和中經絡，依輕重淺深程度可再細分為中絡、中經、中府、中藏。我們經由中醫師和神經內科專科醫師同時診查腦中風病人，得到中西醫不同的診斷類型，再加以比較作卡方檢定分析。根據統計結果，中經絡或中藏府和中風類型為缺血或出血無顯著相關。天幕下病灶比天幕上病灶較多產生中藏。腦中風預後由好到差依序為中絡、中經、中府、中藏。

針對本研究的八十五例中風病患而言，可將中經絡藏府的診斷指標配合西醫神經學檢查修訂如下。中絡：面神經麻痺或感覺異常。中經：運動性無力或失用症。中府：意識障礙或大便超過三日以上未自解或是小便瀦留難解。中藏：失語症或昏迷指數中的 V 1~2 分。

意識障礙的病人再區分閉證或脫證。閉證：肢體對刺激仍有反應，昏迷指數中的 M 2~6 分；伴隨有或沒有肌張力強直。脫證：肢體對刺激沒有反應，昏迷指數中的 M 1 分；伴隨肌張力弛緩。

關鍵詞：腦中風，中醫，診斷。

前 言

中醫將中風依有無意識障礙分中藏府和中經絡兩大類，依輕重淺深程度可再細分為中絡、中經、中府、中藏及閉證、脫證。醫宗金鑑雜病心法提到「口眼喎斜、肌膚不仁，邪在絡也」、「左右不遂、筋骨不用，邪在經也」、「昏不識人、便溺阻隔，邪在府也」、「神昏不語、脣緩涎出，邪在藏也」、「閉證握固、緊牙關」、「脫證撒手、開口、眼合、遺尿、鼾聲」¹。其中閉證還分陽閉和陰閉。西醫診斷腦中風則是以臨床神經學檢查加上腦部電腦斷層掃描或其他攝影，判斷病灶位置及其病因為缺血或出血。如果一個腦中風病人同時用中西醫兩種角度診查，中醫的辨證與西醫的病灶關聯性如何，為本文探討的重點。

我們同時進一步探討中醫中經絡藏府的描述相當於西醫何種神經學徵象，嘗試提出中西醫結合的診斷指標。

研究對象與方法

我們自 1997 年 11 月至 1998 年 1 月於亞東紀念醫院神經內科收集了 85 例首次診斷為腦中風並採用內科治療的病例，排除曾中風或曾傷腦以及開腦手術的案例。定期由中醫師和神經內科專科醫師加以診查，記錄基本資料、生命徵象、神經學檢查、中醫辨證、腦部電腦斷層掃描、臨床診斷、發病後兩週或出院時的預後。

西醫診斷包括 (一) 病灶所在位置：左大腦半球、右大腦半球、間腦、中腦、橋腦、延髓、小腦、腦室等；(二) 中風類型為缺血 (梗塞) 或出血。

中醫辨證的診斷參考指標如下：¹⁻¹²

中絡：口眼喎斜、肌膚不仁 (感覺異常)。

中經：左右不遂、筋骨不用。

中府：昏不識人 (意識障礙)、便溺阻隔 (大便超過三日以上未自解或是小便瀦留難解)。

中藏：神昏 (意識障礙)、不語 (失語症)、脣緩涎出。

閉證：握固、肢體強痙、緊牙關、大便閉、小便閉、無汗。

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。

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。

脫證：撒手、肢體癱軟、口開、眼合、鼾聲、息微、遺尿、大便自遺、脈微細欲絕。

如果臨床觀察無法符合任一指標，則納入“不屬中經絡藏府”。

腦中風病人臨床症狀隨時有所變化，中醫辨證也會改變，可能昨天中經，今天變成中藏。我們以觀察到的最深層 (中藏最深、中府、中經、中絡依序次之) 作為分組認定。

預後從差到好依序為 (1) 死亡 (2) 臥床需人照護 (3) 日常生活某些部份需他人幫忙 (4) 日常生活可自理。

我們將所得資料整理製成表格，加以卡方檢定，如果 $p < 0.05$ 則認為具有顯著相關。

結 果

我們排除曾中風、曾傷腦及開腦手術案例，共收集了八十五例初次腦中風病例。男性 45 例，女性 40 例，男女比例為 53% : 47%。最年輕為 29 歲，最年長為 90 歲，平均年齡 66 歲。

85 案例中，缺血性中風 64 例 (75.3%)、出血性中風 21 例 (24.7%)；中絡 8 例 (9.4%)、中經 52 例 (61.2%)、中府 7 例 (8.2%)、中藏 15 例 (17.6%)、不屬中經絡藏府 3 例 (3.5%)。其病灶位置與中風類型分佈參見表 1。

首先探討中經絡藏府與中風類型為缺血或出血的關係。曾有不只一位大陸醫者為文提到：「中經絡多為腦

血栓形成之類」、「中藏府相當於腦出血之類」¹²，是否真有如此關聯性呢？我們將表 2 中經絡藏府與中風類型的關係做卡方檢定，根據統計結果，中經絡藏府和中風類型為缺血或出血並無顯著相關 ($p = 0.071$)。

表 1 中經絡藏府與中風病灶、類型的病例數分佈

中經絡藏府 中風病灶 \ 類型	中絡		中經		中府		中藏		不屬中經絡藏府		總數	
	缺血	出血	缺血	出血	缺血	出血	缺血	出血	缺血	出血	缺血	出血
左大腦半球	4	0	23	1	2	0	3	1	0	0	32	2
右大腦半球	2	0	17	6	2	0	3	0	0	0	24	6
兩大腦半球	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	5	0
間腦	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
間腦 + 腦室	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
腦室	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
左大腦半球 + 腦室	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
右大腦半球 + 腦室	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3
橋腦	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2
小腦	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
橋腦 + 小腦	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
小計	7	1	42	10	6	1	8	7	1	2	64	21
總數	8		52		7		15		3		85	

表 2 中經絡藏府與中風類型的病例數分佈

中風類型 \ 中經絡藏府	中絡	中經	中府	中藏	不屬中經絡藏府	總數
缺血性中風	7	42	6	8	1	64
出血性中風	1	10	1	7	2	21
總數	8	52	7	15	3	85

表 3 中經絡藏府與中風病灶位於天幕上下的病例數分佈

中風病灶 \ 中經絡藏府	中絡	中經	中府	中藏	不屬中經絡藏府	總數
天幕上	7	52	7	11	2	79
天幕下	1	0	0	4	1	6
總數	8	52	7	15	3	85

從神經解剖學角度來看，我們可將病灶依小腦天幕 (tentorium cerebelli) 分為天幕上 (supratentorial) 和天幕下 (infratentorial)。天幕上包括大腦半球和間腦，天幕下包括中腦、橋腦、延髓和小腦。一般認為天幕下病灶接近生命中枢，比較深層，天幕上病灶則比較淺層。既然中醫認為中絡、中經、中府、中藏代表病變程度由淺到深，是否與天幕上或天幕下病灶有關？表 3 中經絡藏府與天幕上下病灶的關係中，天幕下病灶產生中藏的比例 (6 例中有 4 例佔 66.7%) 比天幕上病灶產生中藏的比例 (79 例中有 11 例佔 13.9%) 高很多，根據卡方檢定結果，中經絡藏府和病灶位於天幕上或天幕下有顯著相關 ($p = 0.02$)。

是否某一部位的出血或缺血最易導致中藏呢？我們將表 4 中經絡藏府與天幕上下缺血或出血的關係做卡方檢定，統計結果，中經絡藏府與天幕上下缺血或出血無顯著相關 ($p=0.07$)。

中風患者之預後方面，表 5 中經絡藏府與預後的關係中，中絡的預後最好，8 例全部日常生活可自理

表 4 中經絡藏府與天幕上下缺血或出血的病例數分佈

病灶及類型 \ 中經絡藏府	中絡	中經	中府	中藏	不屬中經絡藏府	總數
天幕上缺血	6	42	6	6	1	61
天幕上出血	1	10	1	5	1	18
天幕下缺血	1	0	0	2	0	3
天幕下出血	0	0	0	2	1	3
總數	8	52	7	15	3	85

表 5 中經絡藏府與預後的病例數分佈

預後 \ 中經絡藏府	中絡	中經	中府	中藏	不屬中經絡藏府	總數
死亡	0	0	0	3	0	3
臥床需人照護	0	0	0	10	0	10
日常生活某些部份需他人幫忙	0	36	6	2	1	45
日常生活可自理	8	16	1	0	2	27
總數	8	52	7	15	3	85

表 6 閉證和脫證的病程轉歸與預後的病例數分佈

預後 \ 閉證脫證與轉歸	陽閉	陰閉	陰陽閉 轉換	脫證	陰陽閉轉 脫證	陽閉轉 脫證	中經		總數
							陽閉轉	陽閉轉不屬 中經絡藏府	
死亡	0	0	0	1	1	1	0	0	3
臥床需人照護	5	1	4	0	0	0	0	0	10
日常生活某些部份需他人幫忙	2	0	0	0	0	0	1	0	3
日常生活可自理	0	0	0	0	0	0	0	1	1
總數	7	1	4	1	1	1	1	1	17

表 7 中風閉證、脫證與體溫的關係

體溫 \ 證型	0	陰閉	脫證
< 36°C	0	1	2
≥ 36°C, ≤ 37°C	6	2	0
> 37°C, ≤ 38°C	9	4	1
> 38°C	2	0	0
樣本總數*	17	7	3

*共計 17 個病例 (人)，同一病例證型或體溫改變以另一樣本計。

(100%)；中經病人 16 例 (30.8%) 日常生活可自理，36 例 (69.2%) 部分需他人幫忙；中府病人 1 例

(14.3%) 日常生活可自理, 6 例 (85.7%) 部分需他人幫忙; 中藏的預後最差, 2 例 (13.3%) 日常生活部份需他人幫忙, 10 例 (66.7%) 臥床需人照護, 3 例 (20%) 死亡。卡方檢定結果顯示, 中經絡藏府與預後有顯著相關 ($p = 2.09365 \times 10^{-14}$)。

腦中風意識障礙的病人 (中藏府), 臨床可再分閉證和脫證, 閉證又分陰閉和陽閉, 其間可互相轉換。一般認為脫證較閉證危重^{3,5}, 是否表示脫證的預後較閉證差呢? 表 6 閉證脫證與預後的關係中, 死亡病例為脫證、陰陽閉轉脫證、陽閉轉脫證各 1 例, 出現脫證似乎難逃一死, 但因案例數過少, 尚待進一步觀察。

臨床診斷陽閉有一指標為“手足溫熱”, 診斷陰閉的指標為“四肢欠溫”, 根據表 7 陽閉、陰閉、脫證與體溫的關係來看, 它們之間沒有顯著相關。

討 論

8 例中絡病人中, 3 例的診斷指標為“口眼喎斜”, 其中 2 例中樞型面神經麻痺為大腦半球小血管梗塞, 1 例週邊型面神經麻痺為橋腦小血管梗塞; 5 例的診斷指標為“肌膚不仁”, 表現肢體或臉部的感覺異常, 都是大腦半球的小血管梗塞或出血。由於面神經麻痺或感覺異常不致影響日常生活起居, 因此預後最好。

52 例中經病人全部是天幕上病灶, 其中 51 例的診斷指標為肢體運動性無力, 1 例為失用症。31 例除了中經的“左右不遂、筋骨不用”外, 也有中絡的症狀。由於肢體無力程度不同, 肌力不差的多半生活可自理, 肌力較差的則部份需他人幫忙。

如果大便超過三日以上未自解或是小便瀦留難解, 則認定為中府的診斷指標“便溺阻隔”。但是由於病人住院期間, 醫師可能給予緩瀉劑、甘油球通便或是插導尿管, 致使此項指標不易認定。7 例中府病人中, 有 4 例為中經症狀加上大便三日以上未解, 其中 2 例為雙側大腦半球小血管梗塞, 2 例為單側大腦半球小血管梗塞。

中府的另一項診斷指標為“昏不識人”, 3 例採此認定的病人意識為嗜睡 (drowsy) 或木僵 (stupor), 但是沒有失語症。1 例為右側中大腦動脈梗塞, 1 例為左大腦半球小血管梗塞 (三天後意識清楚、右側肢體無力), 1 例為腦室出血 (發病一週後意識清楚、沒有後遺症)。

“不語”為中藏與中府除了相同的意識障礙外 (包括“昏不識人”和“神昏”), 一項很重要的診斷指標, 我們廣義地將失語症認定為古人精簡的“不語”二字。1 例認定為中藏病人, 意識清楚、右上肢乏力、無法回答問題, 但是會重覆醫者的話, 為皮質間失語症 (transcortical aphasia), 電腦斷層顯示左大腦半球小血管梗塞。由於語言障礙使得該病人日常生活某些部份需他人幫忙。

15 例中藏病人, 除了 1 例失語症無意識障礙外, 其他 14 例為“神昏”加上“不語”, 意識輕則嗜睡、木僵, 重則半昏迷 (semicoma)、昏迷 (coma), 聽不懂也不會說。1 例為左大腦半球出血, 5 例中大腦動脈梗塞, 2 例丘腦併腦室出血, 2 例大腦半球併腦室大片出血, 2 例橋腦出血, 1 例小腦大片梗塞, 1 例橋腦和小腦大片梗塞。他們腦損傷的範圍都比較大或是靠近生命中樞, 預後也比較差。

“脣緩涎出”為中藏另一項診斷指標。許多中藏病人插了氣管內管和鼻胃管, 口水直流, 算不算“涎出”呢? 又中絡的面神經麻痺病人也容易從患側流口水出來, 符合“脣緩涎出”, 但算是中藏嗎? 我們認為“脣緩涎出”

受插管影響，不易觀察，又易產生混淆，不是穩定的診斷指標。

17 例意識障礙的病人 (3 例中府，14 例中藏)，區分閉證或脫證的指標之一為“大便閉”或“大便自遺”。“大便閉”受緩瀉劑或通便影響不易觀察；病人都意識不清了，是正在排便還是“大便自遺”呢？除非病人大便多日未解，否則實在難以認定。另一區分指標為“小便閉”或“遺尿”，由於這類病人多已插上導尿管，無法依此診斷。

我們觀察到 3 例符合脫證“撒手”、“肢體癱軟”的病人，他們的昏迷指數^{*}都是 E1M1V_T。意識昏迷，對刺激沒有反應，肌張力弛緩 (flaccid)，使用呼吸器幫助呼吸，血壓不穩使用升壓劑 (dopamine)。因為插著氣管內管，聽不到“鼾聲”；裝著呼吸器，無法確定是否“息微”；使用了升壓劑，把不到“脈微細欲絕”。

^{*}昏迷指數 (Glasgow coma scale，簡稱 G.C.S.)¹³：記錄最好的反應。

E (Eye)：4 分 - 眼睛自行睜開；3 分 - 叫他眼睛才睜開；2 分 - 對疼痛刺激眼睛才睜開；1 分 - 眼睛不睜開。

M (Motor)：6 分 - 遵照指示活動；5 分 - 知道疼痛刺激在哪裡而動；4 分 - 對疼痛刺激表現屈曲退縮 (flexion withdrawal)；3 分 - 去皮質僵直 (decorticate rigidity)，上肢屈曲，下肢伸直；2 分 - 去大腦僵直 (decerebrate rigidity)，上肢與下肢都伸直；1 分 - 沒有動作。

V (Verbal)：5 分 - 對答定向力良好 (oriented)；4 分 - 說話內容混亂 (confused)；3 分 - 講話內容只有字不成句；2 分 - 發出聲音；1 分 - 沒有說話。T 代表氣管內插管或氣管切開術。

診斷為閉證的病人，除了“大便閉”作為參考指標外，他們對刺激都還有反應 (昏迷指數中的 M 為 2~6 分)，有的病側肌張力強直 (spastic)。我們認為“握固”可認定為肢體對刺激仍有反應，相當於昏迷指數中的 M 2~6 分；“肢體強瘓”指的是肌張力強直。“緊牙關”要如何客觀認定呢？有的病人放置氣管內管或是口內固定器幫助抽痰，牙關緊不緊實在難以判定。

有 3 例診斷為腦中風的病人，臨床觀察無法符合中經絡藏府任一指標，歸入“不屬中經絡藏府”。1 例為尾核併腦室小出血，表現頭暈、嘔吐；1 例為小腦小出血，表現頭暈；1 例為多發性兩大腦半球小血管梗塞，表現發音含糊 (slurred speech)，喝水易噎。

我們建議將中經絡藏府的診斷指標配合西醫神經學檢查修訂如下：

中絡：(1) 口眼喎斜 (面神經麻痺)；或 (2) 肌膚不仁 (感覺異常)。

中經：左右不遂、筋骨不用 (運動性無力或失用症)。

中府：(1) 神昏 (意識障礙)；或 (2) 便溺阻隔 (大便超過三日以上未自解或是小便瀦留難解)。

中藏：不語 (失語症或昏迷指數中的 V 1~2 分)。

以觀察到的最深層次作為認定。例如中絡加上中經為中經，中府加上中藏為中藏。

意識障礙的病人再區分閉證或脫證。

閉證：握固 (肢體對刺激仍有反應，昏迷指數中的 M 2~6 分)；伴隨有或沒有肢體強瘓 (肌張力強直 spastic)。

脫證：撒手（肢體對刺激沒有反應，昏迷指數中的 M 1 分）；伴隨肢體癱軟（肌張力弛緩 flaccid）。

誌 謝

感謝長庚紀念醫院中醫分院張恒鴻醫師於中國醫藥學院附設醫院期間的啟發與教導；感謝姚開強醫師、王崇仁醫師於病例搜集期間的指導；感謝台北大學林玉諄先生給予統計方面的協助。

參考資料

1. (清)吳謙等編，御纂醫宗金鑑(上冊)，德興書局，台北，卷三十九雜病心法要訣，pp. 138-44，1982。
2. (清)吳謙等編，御纂醫宗金鑑(上冊)，德興書局，台北，卷十九訂正金匱要略註上之二，p. 444，1982。
3. 張伯輿編，中醫內科學，知音出版社，台北，pp. 452-70，1992。
4. 馬光亞，中風與昏厥之辨證與治療，九思出版社，台北，pp. 49-50、55-7，1996。
5. 王永炎，中風病要覽，志遠書局，台北，pp. 18-48，1993。
6. 中醫內科學，啟業書局，台北，pp. 160-7、510-20，1982。
7. 中醫內科症治，啟業書局，台北，pp. 220-9，1982。
8. 中醫內科急症證治，啟業書局，台北，pp. 160-77，1987。
9. 中醫實用臨床手冊，啟業書局，台北，pp. 130-3，1982。
10. 中醫臨床各科治療學，啟業書局，台北，pp. 89-95，1983。
11. 傳統老年醫學，啟業書局，台北，pp. 783-90，1988。
12. 史宇廣、單書健編，中風專輯，志遠書局，台北，pp. 15-29、79-85、98-101、117-8、209、245-55，1995。
13. Anthony Hopkins. Clinical Neurology a Modern Approach. Oxford University Press Inc., New York. pp. 65-6, 1993.

J Chin Med 12(4): 285-292, 2001

COMPARISONS OF TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN DIAGNOSES FOR STROKE: ANALYSES OF 85 CASES

Liang-In Liu¹, Yiu-Tong Chu², Yam-Ting Kwok² and Siu-Pak Lee²

¹*Section of Traditional Chinese Medicine,*

²*Sectoin of Neurology, Far Eastern Memorial Hospital,
Taipei, Taiwan*

(Received 22th May 2001, revised MS received 7th November 2001, accepted 4th December 2001)

In traditional Chinese medicine, whose approach is usually more holistic, stroke patients are grouped into four categories according to the nature and severity of the conditions. These are respectively apoplexy involving the collaterals, meridians, fu organs and viscera. Our clinical observations in 85 cases indicated such classification bore little correlation with the etiologically oriented but simplistic Western classification of ischemic or hemorrhagic strokes. Those with infratentorial lesions are more likely than those with supratentorial lesions in developing apoplexy involving the viscera. The prognoses of apoplexy involving the collaterals and meridians are better than those involving the fu organs and viscera.

We suggest the diagnostic criteria of apoplexy involving the collaterals, meridians, fu organs and viscera to be as follows:

Apoplexy involving the collaterals: facial palsy or sensory impairment.

Apoplexy involving the meridians: motor weakness or apraxia.

Apoplexy involving the fu organs: consciousness impairment, or retention of stool or urine.

Apoplexy involving the viscera: dysphasia, or verbal response scores of 1-2 on the Glasgow coma scale.

Stroke patients with conscious impairment can be further divided into the emphraxis and depletion syndromes as follows:

Emphraxis syndrome: motor response scores of 2-6 on the Glasgow coma scale with or without spastic muscle tone.

Depletion syndrome: motor response score of 1 on the Glasgow coma scale with flaccid muscle tone.

Key words: Stroke, Traditional Chinese Medicine, Diagnosis.

Correspondence to: Liang-In Liu, Section of Traditional Chinese Medicine, Far Eastern Memorial Hospital, 21, Sec. 2, Nan-Ya South Road, Pan Chiao, Taipei, Taiwan, R.O.C.