

編號：CCMP96-RD-039

腦中風之中醫證型就主流醫學觀點之研究 (2-2)

謝慶良

中國醫藥大學附設醫院

摘 要

中醫證型之確立是根據望、聞、問、切等四診蒐集病情資料，綜合分析而來，由於舌診、切脈等至今尚未一套客觀儀器做客觀的判定基準，所以中醫證型常被質疑。主流醫學藉著精密的科技儀器可以正確的判定病情，具有客觀性和再現性的科學精神。中醫典籍《醫宗金鑑》將腦中風分類為中絡、中經、中腑、中臟、中經絡兼中臟腑、中臟閉證、中臟脫證、中經絡閉證和中臟腑閉證等九種，堪稱對疾病分類最詳盡的典籍。因此，本研究目的是探討腦中風中醫證型分類之主流醫學觀點。我們蒐集 182 位第一次發病而且發病後七日內之腦中風患者，他們都經過神經科專科醫師和電腦斷層 (CT) 或磁振造影 (MRI) 檢查確定為腦中風，包括出血型和梗塞型。根據腦中風病患的臨床徵狀分類為中絡、中經、中腑、中臟、中經絡兼中臟腑、中臟閉證、中臟脫證、中經絡閉證和中臟腑閉證等九種，並標示出電腦斷層或磁振造影之病變部位及填寫腦中風臨床神經徵狀表。結果 182 人腦中風患者中有 42 位 CT 或 MRI 檢查沒有明顯病變部位，中醫證型屬於中絡的有 35 人，其臨床神經徵狀分數為 3.8 ± 1.8 ；中經證型的有 7 人，其神經徵狀分數為 8.9 ± 3.0 。140 位 CT 或 MRI 有明顯病變區之腦中風患者，以臨床神經徵狀而言：(1) 中絡證型 82 位，其臨床神經徵狀分數為 4.1 ± 2.3 比非中絡中醫證型患者的臨床症狀分數的 12.1 ± 5.4 小；(2) 中經證型 43 位其臨床症狀的分數為 10.0 ± 3.5 比非中經證型患者的 6.2 ± 5.9 大；(3) 中腑證型 3 人，臨床神經徵狀分數為 8.0 ± 1.7 與非中腑證型患者的 7.4 ± 5.6 相似；(4) 中經絡兼中臟腑證型 12 人，臨床神經分數為 20.4 ± 2.7 比非中經證型的 6.2 ± 3.9 大。以病變部位和病變區大小而言：(1) 中絡證型主要病變部位為基底核、視丘，屬於小病變區；(2) 中經主要病變部位為基底核、橋腦等；(3) 中腑證型主要病變部位為皮質下，屬於中等或大病變區；(4) 中經絡兼中臟腑證型屬於大病變區之出血型腦中風。

以現代醫學而言，中絡證型是基底核或視丘小病變區輕度臨床神經徵狀之腦中風；中經證型是基底核或橋腦之輕度到中等度臨床神經徵狀之腦中風；中腑證型是屬於中等到大病變區，皮質下之中度臨床神經徵狀的腦中風；中經絡兼中臟腑是大病變區，出血型之重度臨床神經徵狀的腦中風。

關鍵詞：中醫證型、主流醫學觀、腦中風

View Point of Main Stream Medicine in Chinese Medicine Pattern of Stroke Patients (2-2)

Ching-Liang Hsieh

China Medical University Hospital

ABSTRACT

The establishment of the Chinese Medicine pattern (CMP) is according to the data that was collected from four diagnostic methods including inspection, listening, smelling and palpitation, following these data was analyzed. Because the four diagnostic methods are no objective criteria by using a measuring apparatus until now, therefore CMP is still was suspicious. The main stream medicine may right to diagnosed disease by precision instrument, therefore, the collecting data is objective and may reappearance that is compatible with scientific. Chinese Medicine writings "I Tzung Chin Jiann" classify stroke divides into Chung-Lou (C-L), Chung-Chin (C-C), Chung-Fu (C-F), Chung-Tzang (C-T), Chung-Chin-Lou and Chung-Tzang-Fu (CCL & CTF), Chung-Tzang Bih pattern (C-T-B), Chung-Tzang Tou pattern (C-T-T), Chung-Chin-Lou Bih pattern and Chung-Tzang-Fu Bih pattern (CCL & CTF-B). The "I Tzung Chin Jiann" is the first detail and complete writings to the classification of stroke, therefore, the purpose of the present study was to investigate the view point of main stream medicine to CMP classification of stroke, we collected 182 stroke patients including hemorrhagic type and infarction type and according to their clinical manifestation divided into nine types of C-L, C-C, C-F, C-T, CCL & CTF, C-T-B, C-T-T, CCL & CTF-B and indicted the lesion of computer tomography or magnet resonance image and fill the form of clinical neurological sign and symptom (CNSS) Results: a total of 182 stroke patients were studied, and no lesion was found by computer tomography or magnet resonance image in 42 stroke patients. The C-L CMP was 35 patients and the CNSS score was 3.8 ± 1.8 ; C-C CMP was 7 patients and the CNSS score was 8.6 ± 3.0 . The lesion was found by computer tomography or magnet resonance image examination in the 140 strokes patients, and the CNSS score as follows: 1)C-L CMP was 82 patients and the CNSS score was 4.1 ± 2.3 less than 12.1 ± 5.4 in the non-C-L CMP; 2)C-C CMP was 43 patients and the CNSS score was 10.0 ± 3.5 greater than 6.2 ± 5.9 in the non-C-C CMP; 3)C-F CMP was 3 patients and the

CNSS score was 8.0 ± 1.7 that is similar to 7.4 ± 5.6 in the non-C-F CMP; 4) CCL & CTF CMP was 12 patients and the CNSS score was 20.4 ± 2.7 greater than 6.2 ± 3.9 in the non-CCL & CTF CMP. In the lesion location and size: 1) the main lesion location was basal ganglion and thalamus in the C-L CMP, and the lesion size was small; 2) the main lesion was basal ganglion and pons etc. in the C-C CMP; 3) the main lesion location was subcortical area, and the lesion size was moderate or large in the C-F CMP; 4) the lesion was large in the CCL & CTF CMP, and the most part was belong to hemorrhagic type.

The results according to the view point of main stream medicine, the C-L CMP was a small size lesion and mild CNSS stroke and that locates in the basal ganglion and thalamus; the C-C CMP was a mild or moderate CNSS stroke and locates in the basal ganglion and pons etc.; the C-F CMP was a moderate or large size lesion and moderate CNSS stroke and locates in the subcortical area; the CCL & CTF CMP was a large lesion size stroke, and was a hemorrhagic type stroke with severe CNSS stroke.

Keywords: Chinese Medicine Pattern, View point of main stream medicine, stroke

壹、前言

《黃帝內經》中記載人因虛導致風邪直中而發生「擊仆偏枯」(王冰 1999)，說明人有如被突然擊倒而半身不遂，這種發病方式和臨床表現與腦中風的臨床表現非常類似。《黃帝內經》之後，歷代典籍之中醫學家對腦中風的病因有不同的論述，如金元時代劉河間的「心火暴甚」，李東垣的「正氣自虛」，朱丹溪的「濕痰生熱」論；明朝張景岳的「內傷積損」論(王永炎 1993)；到了清朝王清任的「氣虛血瘀」論等(王清任 1993)。綜合以上論點，腦中風的病因可歸納為風、火熱、痰、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等六個。近些年來，我們根據上述的風、火熱、痰、血瘀、氣虛和陰虛陽亢的論點，整理歸納出台灣腦梗塞急性期中醫證型以風證、痰證和血瘀證為主(劉崇祥等 2006)，而出血型腦中風急性期中醫證型以風證、痰證、火熱證和血瘀證為主(唐娜櫻等 2006)。中醫證型的歸納是根據望、聞、問和切等四種方法蒐集病情而來，由於如舌診的舌苔、和舌質尚未有客觀的檢驗儀器可做判斷基準的依據，有因人而異流於主觀形式的感覺，其正確性和可用性常被質疑。因此，中醫證型分類就主流醫學觀點之研究是當今重要的課題，也是中醫現代化必經之途徑。

張仲景的《金匱要略》根據病邪侵犯人體經絡血氣的淺深，將腦中風分為中經絡和中臟腑。邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於藏，舌即難言、口吐涎(李克光和楊百蓓 1994)。淺則病經絡，深則病臟腑，以及中經絡兼中臟腑。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，便尿阻隔，邪在腑也；神昏不語脣緩涎出，邪在臟也(吳謙 2001)。由上述得知，中絡的主要臨床表現是以感覺障礙的感覺低下(hypesthesia)，甚至感覺喪失(anesthesia)；中經的主要臨床表現是運動障礙的口唇及舌頭歪斜和半身不遂；中腑的主要臨床表現是以認知功能障礙，如視覺(顏色、物體、顏面等)、聽覺(感覺性失語、聲音等)、觸覺等的認知障礙，以及排尿和排便障礙；邪入於臟則意識呈現木僵(stupor)、昏睡(coma)的發語障礙(構音障礙和失語症)、口脣肌肉張力減低而唾液流出。中臟出現搖頭上竄長虛，喘汗如油痰拽鋸，肉脫筋痛髮枯直，即為脫證；脫證，手撒為脾絕，開口眼合為心肝絕，遺尿為腎絕，鼾聲為肺絕。中臟之人，形氣據實，其證痰涎壅塞，神昏不能言語，口眼喎斜，形氣滿盛，兩手握固，牙關緊急，即為閉證。另外，中經絡之閉證，氣促，謂氣粗盛，無汗四肢拘急，身體遍痛；中臟腑之閉證，腹滿閉，謂腹滿二便閉，兼神昏口噤不開，結痰喉間不下(吳謙 2001)。綜合上述中醫典籍將腦中風分為：中絡、中經、中腑、中臟、中經絡兼中臟腑、中臟閉證、中臟脫證、中經絡閉證、中臟腑閉證。如此，腦中風可勘稱為中醫典籍中醫證型分類最詳盡的疾病。中絡，

半身麻木，或輕度口眼喎斜或口舌喎斜及半側輕癱；中經：重度口眼喎斜或口舌喎斜包括構音障礙、運動性失語，及重度半身不遂；重腑，以認知功能障礙為主，如視覺認知、語言理解障礙等；中臟，高度意識障礙，如木僵、半昏睡 (semi-coma) 及深度昏睡 (deep coma)；中經絡兼中臟腑，重度口眼喎斜或口舌喎斜及重度半身不遂重，又出現意識障礙；中臟閉證，除了中臟之徵狀外，出現兩手握固，牙關緊急；中臟脫證，除了中臟之徵狀外，呼吸喘促、鼻鼾、大量汗出、全身包括口唇、四肢肌肉張力低下 (hypotonicity)；中經絡閉證，呼吸加速及四肢痙攣 (spasticity)；中臟腑閉證，除了中臟閉證徵狀外，腹部脹滿、大小便不通。

現代醫學將腦中風分類為梗塞 (infarction) 和顱內出血 (intracranial hemorrhage) 兩種。梗塞又分為：1. 血栓 (thrombosis)，臨床表現以休息狀態下發病和局部神經徵狀逐漸緩慢進行為特徵；2. 栓塞，臨床表現以突然發病及局部神經徵狀快速進展，以及心臟病、心率不整為特徵。顱內出血又分為：1. 腦內出血 (intra-cerebral hemorrhage)，臨床表現以活動時發病，局部神經徵狀快速進展，頭痛和意識障礙為特徵；2. 原發性蜘蛛網膜下腔出血 (primary subarachnoid hemorrhage)，臨床表現以突然嚴重頭痛，陽性腦膜病徵 (meningeal sign)、少出現局部神經徵狀和意識障礙為特徵 (Kameyama et al., 1998; Brown et al., 2006)。腦中風可因出血或梗塞部位的不同而表現出不同的徵狀，如殼核或內包 (putamen or internal capsule) 病變出現半身不遂；視丘 (thalamus) 病變出現半身感覺低下或感覺異常 (hypoesthesia or paresthesia)；枕葉 (occipital lobe) 病變出現視野缺損 (visual field defect) 和皮質盲 (cortical blindness)；小腦病變出現測距不準 (dysmetria)、無張力 (atonia) 或步態失調 (ataxia) 等 (田川 1991; Kameyama et al., 1998; Brown et al., 2006)。腦中風也可根據腦組織供應血流來源的不同分為：1. 前大腦動脈 (anterior cerebral artery) 包括皮質枝 (cortical branch) 和穿通枝 (perforating branch)；2. 中大腦動脈 (middle cerebral artery) 包括皮質枝和穿通枝，和 3) 後大腦動脈 (posterior cerebral artery) 包括皮質枝和穿通枝。前大腦動脈領域出血或梗塞的臨床症狀是下肢比上肢更嚴重的麻痺、無語 (mutism)、尿失禁 (urine incontinence) 和精神症狀；中大腦動脈領域病變的臨床表現是上肢較下肢更嚴重的麻痺、失語、眼球共同偏視 (conjugated deviation) 等；後大腦動脈領域病變的臨床症狀包括視床症候群 (thalamic syndrome)、皮質盲等 (田川 1991; Brown et al., 2006)。

因此，本研究的目的是探討腦中風中醫證型分類之主流醫學觀點。將第一次發病而且發病七日內的腦中風患者 (包括梗塞及出血型)，根據中醫典籍《醫宗金鑑》分類為中絡、中經、中腑、中臟、中經絡兼中臟腑、中臟閉證、中臟脫證、中經絡閉證、中臟腑閉證，並同時參照電腦斷層或磁共振造影標示病變部位以及填寫腦中風臨床徵狀表。

貳、材料與方法

實施方法與進行步驟

於病房蒐集經神經科專科醫師及電腦斷層 (CT) 或磁振造影 (MRI) 檢查，確定為腦中風，而且是第一次發病，並在發病七日以內完成評估之腦中風患者 200 人，包括出血型和梗塞型。

一、對象

(一) 納入條件 (inclusion criteria)

1. 第一次腦中風發病而且發作七日內。
2. 腦出血或腦梗塞不拘。
3. 男女不拘。
4. 年齡不拘。
5. 完成電腦斷層或磁振造影檢查。
6. 填寫同意書者。

(二) 排除條件

1. 腦中風非第一次發病。
2. 腦中風發病已超過七日。
3. 未完成電腦斷層或磁振造影檢查者。
4. 不填寫同意書者。

二、流程

腦中風患者 (150 人) 分為出血型和梗塞型

1. 神經科專科醫師及電腦斷層或磁振造影檢查診斷確定
2. 第一次腦中風發病
3. 腦中風發病後七日內
4. 填寫同意書



表格填寫

1. 填寫腦中風臨床徵狀登錄表 (附件一)
2. 腦中風病變部位標示圖 (附件二)
3. 腦中風中醫證型及臨床診斷表 (附件三)



統計分析

中醫證型就主流醫學相關之統計分析

三、臨床神經徵狀嚴重度和病變區域大小的劃分：

本研究定義腦中風患者的臨床神經徵狀分數（0~34）： ≤ 10 為輕度； $>10 \sim <20$ 為中度； >20 為重度。

病變區域體積： $0 \sim 2000 \text{ mm}^3$ 為小病變區； $>2000 \sim <10000 \text{ mm}^3$ 為中等病變區； $>10000 \text{ mm}^3$ 為大病變區。

四、統計分析方法

描述性統計分析方法

- (一)以百分比描述腦中風中醫證型、病變區域及臨床診斷分布，中醫證型包括中絡、中經、中腑、中臟、中經絡兼中臟腑、中臟閉證、中臟脫證、中經絡閉證和中臟腑閉證；臨床診斷變項包括中風類型和部位。以平均值與標準差描述病患年齡及腦中風臨床徵狀等連續變項分布情形。
- (二)評估有無各種腦中風中醫證型與病變區域、中風類型和部位之相關，將採用卡方檢定或 Fisher's exact test（當沒有超過百分之二十格子的期望值小於 5 時將採用卡方檢定，但當有超過百分之二十格子的期望值小於 5 時將採用 Fisher's exact test）。
- (三)以變異數分析或 Kruskal-Wallis 檢定（將視變項是否成常態分布或中央極限定理是否成立）來檢定各種腦中風中醫證型之有無其腦中風臨床徵狀分數是否有顯著差異。另外，不同病變區域其腦中風臨床徵狀分數是否有顯著差異亦以變異數分析或 Kruskal-Wallis 檢定（將視變項是否成常態分布或中央極限定理是否成立）。
- (四)評估有無各種腦中風中醫證型之腦中風臨床徵狀分數是否有顯著差異，將採 t 檢定或 Wilcoxon rank-sum 檢定（將視變項的分布情形）。
- (五)樣本數之估算：若本研究之第一誤差設定為 0.05，而第二誤差設定為 0.2，即本研究之檢力為 0.8，假設本研究主要研究目的為評估有無某種腦中風中醫證型其病變區域分布之差異，假設有某種證型其某病變區域之百分比與無某種證型之此病變區域之百分比差異為 10%（假設較小之百分比為 0.15），若本研究要能偵測出此差異，則有無某種證型各需 72 名受訪者（Hulley,2001），假設有年齡、性別或其他變項之干擾效應，需使用統計模式來控制此干擾效應，則需增加 10%的樣本數，則所需的總樣本數為 160 人。

參、結果

本研究自 97 年 1 月 1 日至 97 年 11 月 20 日止，總共收案 182 人（男 110 人，60.4%；女 72，39.6%），年齡為 63.8 ± 13.5 歲（平均年齡 \pm 標準差）。男性年齡 62.7 ± 13.4 歲；女性為 65.6 ± 13.4 歲。182 人中有 42 人其電腦斷層攝影（CT）或磁振照影（MRI）檢查沒有發現病變部位。其餘 140 人（男 80 人，57.1%；女 60 人，42.9%）在 CT 或 MRI 可找到病變部位（圖一）。

一、腦中風患者之類型

（一）182 人腦中風患者中屬於梗塞型的有 146 位（80.2%），而出血型有 36 位（19.8%）。

（二）140 位 CT 或 MRI 有病變部位之患者中 89 位（63.6%）為血栓型（thrombotic type）腦梗塞（男 49 位；女 40 位），15 位（10.7%）屬於栓塞型（embolic type）腦梗塞（男 8 位；女 7 位），35 位（25.0%）為腦內出血（男 22 位；女 13 位），1 位（0.7%）為蜘蛛網膜下腔出血（男 1 位）（圖二）。

二、腦中風患者之中醫證型與臨床神經徵狀嚴重度之關係：

（一）42 位 CT 或 MRI 檢查沒有發現病變的患者中其中醫證型屬於中絡的有 35 人（83.3%），其臨床神經徵狀分數為 3.8 ± 1.8 ；中經的有 7 人（16.7%），其神經徵狀分數為 8.9 ± 3.0 （圖三）。

（二）140 位腦中風患者的中醫證型分佈如下：

1. 中絡 82 位（58.6%）其中屬於梗塞型 68 位（82.9%），而出血型 14 位（17.1%），其中有 1 位是蜘蛛網膜下腔出血。中絡證型患者的臨床神經徵狀分數為 4.1 ± 2.3 比非中絡中醫證型患者的臨床症狀分數的 12.1 ± 5.4 小（t tests 檢定； $p < 0.0001$ ）。（圖三）
2. 中經 43 位（30.7%）其中屬於梗塞型 30 位（69.8%），而出血型 13 位（30.2%）。中經證型的患者其臨床症狀的分數為 10.0 ± 3.5 比非中經證型患者的臨床神經徵狀分數 6.2 ± 5.9 大（t tests 檢定； $p < 0.0001$ ）。（圖三）
3. 中絡 117 位臨床神經徵狀分數 4.0 ± 2.1 比中經 50 位臨床神經徵狀分數 9.8 ± 3.4 小（t tests 檢定； $p < 0.0001$ ）。（圖四）
4. 中腑 3 位（2.1%）其中屬於梗塞型 2 位（66.7%），出血型 1 位（33.3%）。中腑證型患者的臨床神經徵狀分數為 8.0 ± 1.7 比非中腑證型患者的臨床神經徵狀分數 7.4 ± 5.6 相似（t test 檢定； $p = 0.85$ ）。（圖四）
5. 中臟 0 位。

6. 中經絡兼中臟腑 12 位 (8.6%) 其中梗塞型 4 位 (33.3%)，而出血型 8 位 (66.7%)。中經絡兼中臟腑中醫證型的臨床神經分數為 20.4 ± 2.7 比非中經絡兼中臟腑證型的臨床神經徵狀分數 6.2 ± 3.9 大 (t test 檢定； $p < 0.0001$)。(圖四)

三、腦中風中醫證型的病變部位，及其與病變區域大小之關係 (如表一)：

(一)中絡 82 位，病變區位於皮質下的有 12 位，基底核的有 31 位，內囊的有 2 位，視丘的有 13 位，中腦的有 4 位，橋腦的有 4 位，延腦的有 1 位，小腦半球的有 4 位，皮質下前大腦動脈區的有 2 位，皮質下中大腦動脈區的有 5 位，皮質下後大腦動脈區的有 1 位，邊界區的有 1 位，其他區的有 1 位，蜘蛛網膜下腔的有 1 位。

根據其病變區域的體積大小做區分，體積屬於小病變區的有 42 位 (51.9%)，中等病變區的有 25 位 (30.9%)，大病變區的有 14 位 (17.3%)。中絡證型與非中絡證型之病變區域大小體積以卡方檢定， $p = 0.0006$ 。因此，中絡證型的患者屬於小病變區。

(二)中經 43 位，病變區位於基底核的有 20 位，內囊的有 1 位，視丘的有 2 位，橋腦的有 11 位，延腦的有 1 位，皮質下前大腦動脈區的有 1 位，皮質下中大腦動脈區的有 5 位，皮質下後大腦動脈區的有 1 位，其他區的有 1 位。

根據其病變區域的體積大小做區分，體積屬於小病變區的有 15 位 (34.9%)，中等病變區的有 12 位 (27.9%)，大病變區的有 16 位 (37.2%)。中經證型與非中經證型病變區域大小體積以卡方檢定， $p = 0.37$ 。因此，中經證型與非中經證型患者之間病變區大小相似。

(三)中腑 3 位，病變區位於皮質下的有 1 位，基底核的有 1 位，皮質下中大腦動脈區的有 1 位。

根據其病變區域的體積大小做區分，體積屬於小病變區的有 0 位，中等病變區的有 1 位 (33.3%)，大病變區的有 2 位 (66.7%)。中腑證型與非中腑證型其病變區域大小體積以卡方檢定， $p = 0.25$ 。因此，中腑證型和非中腑證型患者其病變區域大小並沒有顯著差異。

(四)中經絡兼中臟腑 12 位，病變區位於皮質下的有 1 位，基底核的有 6 位，視丘的有 3 位，皮質下中大腦動脈區的有 2 位。

根據其病變區域的體積大小做區分，體積屬於小病變區的有 1 位 (8.3%)，中等病變區的有 2 位 (16.7%)，大病變區的有 9 位 (75.0%)。根據中經絡兼中臟腑證型與非中經絡兼中臟腑證型病變區域大小體積以卡方檢定， $p = 0.0012$ 。因此，中經絡兼中臟腑證型患者的病變區域屬於大病變區。

肆、討論

本研究的結果顯示 182 腦中風患者的年齡為 63.8 ± 13.5 歲，男性有 110 人 (60.4%)，女性 72 人 (39.6%)，因此，男性較多。梗塞型腦中風 146 位 (80.2%)，出血型腦中風 36 位 (19.8%)。

中絡證型患者中有 35 位其 CT 或 MRI 沒有明確的病變區可見，他們的臨床神經徵分數為 3.8 ± 1.8 。另外，82 位 CT 或 MRI 明顯可以看到病變區的患者，其臨床神經徵狀為 4.1 ± 2.3 ，因此，中絡證型的臨床神經徵狀屬於輕度。82 位中絡證型患者其病變部位在基底核的有 31 位、視丘 13 位、皮質下的有 12 位。又中絡證型患者的病變區域屬於小病變區。基底核小病變的臨床表現以身體半側輕癱為主，視丘的臨床表現以感覺障礙為主如感覺低下或感覺異常等，而皮質下因離錐體路徑 (pyramidal tract) 較遠因而半身不遂的徵狀較不明顯 (田川 1991; Kameyama et al., 1998; Brown et al., 2006)，這些徵狀與中醫典籍的中絡則麻木不仁相似及輕度口眼歪斜和輕度半身不遂不謀而合。

中經證型患者中有 7 位 CT 或 MRI 沒有明顯病變區，他們的臨床神經徵狀為 8.9 ± 3.0 。另外，43 位 CT 或 MRI 明顯可以看到病變區的患者，其臨床神經徵狀分數為 10.0 ± 3.5 ，因此中經證型患者的臨床神經徵狀屬於輕度到中度。中經證型患者病變區在基底核的有 20 位、視丘 2 位、皮質下中大腦動脈區 5 位、橋腦 11 位。基底核病變的臨床表現以半身不遂、口眼歪斜為主，而橋腦也可以半身不遂表現 (田川 1991; Kameyama et al., 1998; Brown et al., 2006)，這些與中醫典籍的中經即重不勝相類似。又中經證型病變區域大小無關，推測與病變部位關係較密切。

中腑證型患者的臨床神經徵狀分數 8.0 ± 1.7 屬於輕度。皮質下 1 位、基底核 1 位、皮質下中大腦動脈區的有 1 位。中腑中等病變區的有 1 位 (33.3%)，大病變區的有 2 位 (66.7%)。中腑證型臨床表現以認知功能障礙為主，雖然中腑證型和非中腑證型患者其病變區域大小並沒有顯著差異，但大部分患者的病變區域屬於中等和大病變區，以及皮質下中大腦區域，因此，中腑證型與病變部位和大小仍具有相當密切之關連。

中經絡兼中臟腑 12 位，其中梗塞型 4 位 (33.3%)，而出血型 8 位 (66.7%)。中經絡兼中臟腑中醫證型的臨床神經分數為 20.4 ± 2.7 ，屬於重度。中經絡兼中臟腑 12 位，病變區位於基底核的有 6 位，皮質下的有 1 位，視丘的有 3 位，皮質下中大腦動脈區的有 2 位。中經絡兼中臟腑證型患者的病變區域屬於大病變區，而且出血型多數。因此中經絡兼中臟腑證型與病變區域大小及疾病性質有密切關連。

伍、結論與建議

以現代醫學而言，中絡證型是基底核或視丘小病變區輕度臨床神經徵狀之腦中風；中經證型是基底核或橋腦之輕度到中度臨床神經徵狀之腦中風；中腑證型是屬於中等到大病變區，皮質下之中度臨床徵狀的腦中風；中經絡兼中臟腑是大病變區，出血型之重度臨床神經徵狀的腦中風。因此，中絡、中經、中腑、中臟與現代醫學之臨床徵狀嚴重度、病變部位和大小相關，而中經絡兼中臟腑與中風性質相關。

建議對有關中、西醫結合或對照之研究應持續不斷的進行，如此才能加速中醫現代化與科學化。

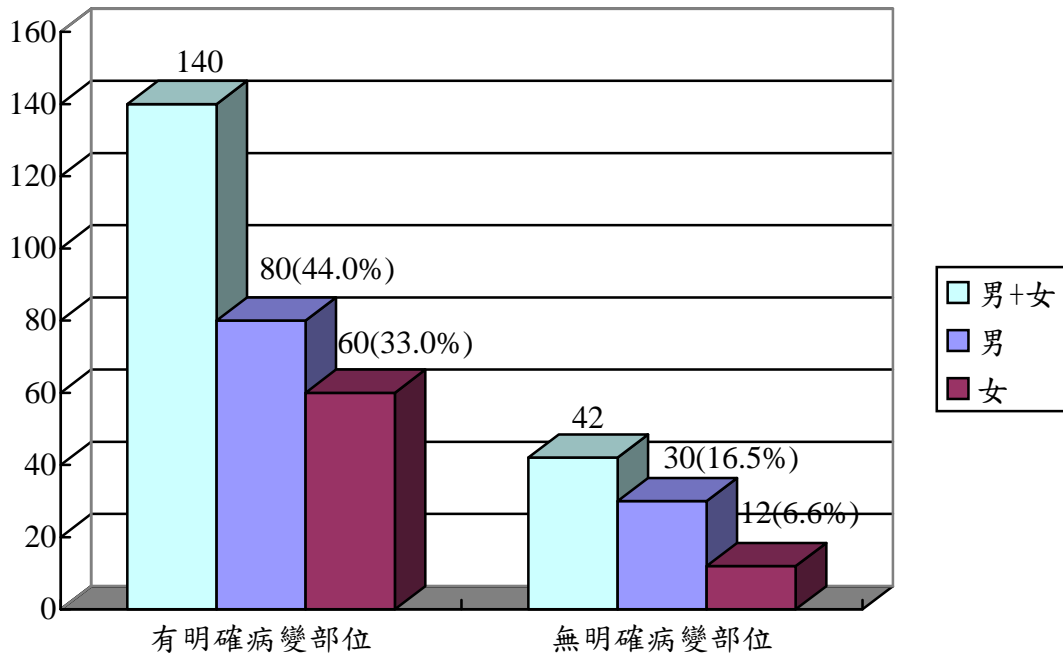
誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號CCMP96-RD-039提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

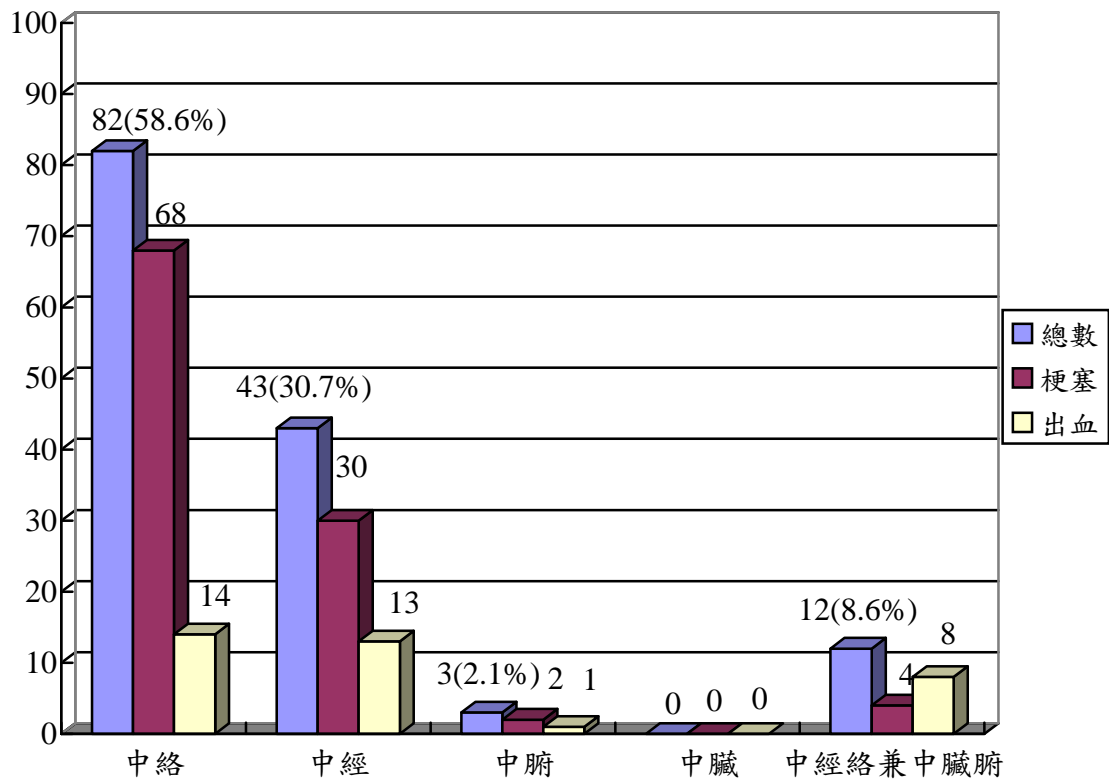
陸、參考文獻

1. 王冰、吳連勝、吳奇：黃帝內經；中國科學技術出版社，北京，1999；pp：807。
2. 王永炎：中風病要覽；志遠書局，台北，1993；pp：8-17。
3. 王清任：醫林改錯；科學技術出版社，天津，1993；pp：69-86。
4. 劉崇祥、唐娜櫻、李采娟、彭昱憲、陳巍耀、謝慶良：台灣腦梗塞急性期病患中醫證型與臨床嚴重度之相關性；Mid Taiwan J Med，2006；11：97-103。
5. 唐娜櫻、劉崇祥、陳維恭、周德陽、李采娟、彭昱憲、謝慶良：台灣出血型腦中風急性期中醫證型之研究；Mid Taiwan J Med，2006；11：42-9。
6. 李克光、楊百蕪：金匱要略；知音出版社，台北市，1994；pp：132。
7. 吳謙：醫宗金鑑 編輯雜病心法要訣；世一文化事業股份有限公司，第三版，2001；pp：107-115。
8. Kameyama M, Tomonaga M, Aiba T. Cerebrovascular disease. Igaku-Shoin, Tokyo, 1998; pp:5-7.
9. 田川皓一：腦卒中の中の神經症候學；西村書店，新瀉，1992；55-261。
10. Brown M. M., Markus H., Oppenheimer S.: Stroke Medicine, Taylor & Francis, First published, 2006.
11. Hulley S. B., Cummings S. R., Browner W.S., Grady D. Hearst Norman, Newman T.B. Designing Clinical Research. 2nd, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

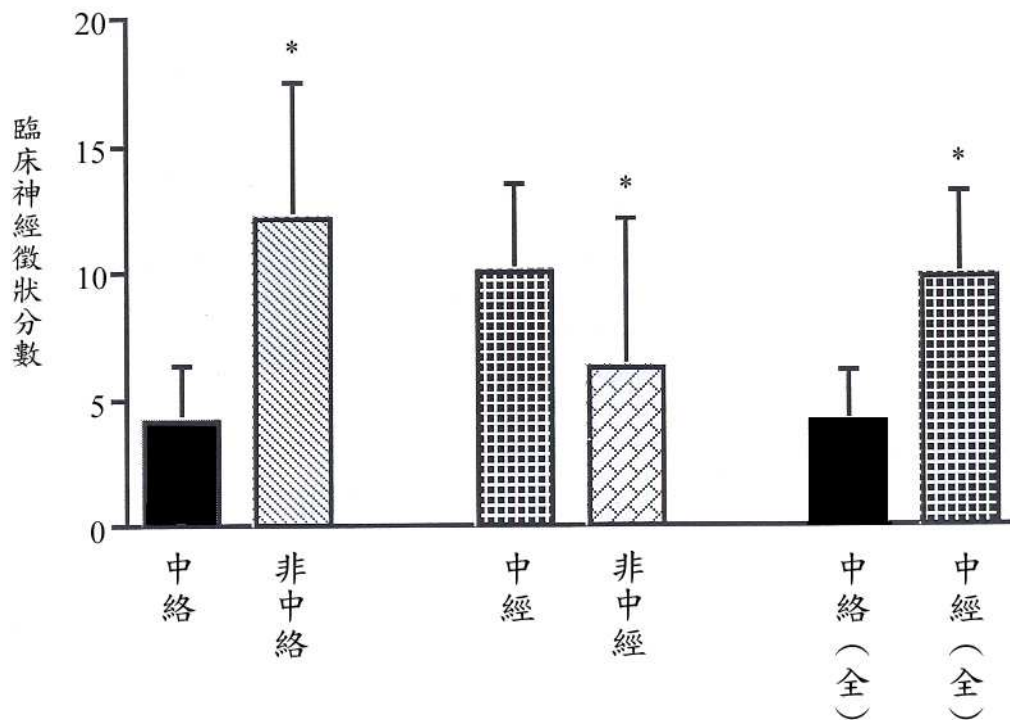
柒、圖、表



圖一、182 位患者其電腦斷層或磁振造影檢查有無明確病變部位人數圖



圖二、140 位腦中風患者中醫證型之分佈



圖三、腦中風中醫證型之臨床神經徵狀分數之比較。

非中絡證型之臨床神經徵狀分數大於中絡證型；非中經證型之臨床神經徵狀分數小於中經證型；中經證型包括 CT 或 MRI 有無病變區之臨床神經徵狀分數大於中絡證型包括 CT 或 MRI 有無病變區。

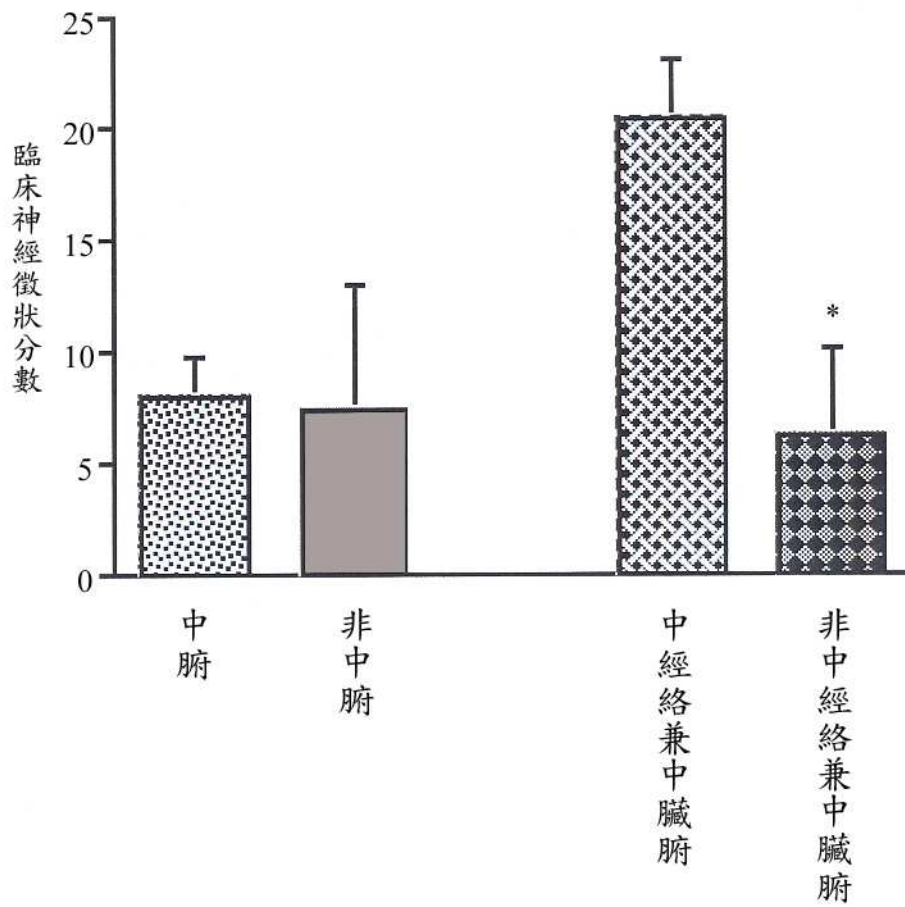
* $p < 0.01$ 。

中絡：中絡證型；非中絡：非中絡證型；

中經：中經證型；非中經：非中經證型；

中絡(全)：中絡證型包括 CT 或 MRI 有無病變區；

中經(全)：中經證型包括有無病變區。



圖四、腦中風中醫證型之臨床神經徵狀分數之比較。

非中經絡兼中臟腑證型之臨床神經徵狀分數小於中經絡兼中臟腑。

* $p < 0.01$ 。

中腑：中腑證型；非中腑：非中腑證型；

中經絡兼中臟腑：中經絡兼中臟腑證型；

非中經絡兼中臟腑：非中經絡兼中臟腑證型。

表一、腦中風中醫證型與病變部位之關係

病變部位 \ 證型		中絡 (N=82)	中經 (N=43)	中腑 (N=3)	中臟 (N=0)	中經絡兼中臟腑 (N=12)
皮質下	小	3	0	0	0	0
	中	1	0	1	0	0
	大	8	0	0	0	1
	總數	12(14.6%)	0(0%)	1(33.3%)	0(0%)	1(8.3%)
基底核	小	19	5	0	0	0
	中	11	5	0	0	1
	大	1	10	1	0	5
	總數	31(37.8%)	20(46.5%)	1(33.3%)	0(0%)	6(50.0%)
內囊	小	2	0	0	0	0
	中	0	0	0	0	0
	大	0	1	0	0	0
	總數	2(2.4%)	1(2.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
視丘	小	8	0	0	0	1
	中	5	2	0	0	1
	大	0	0	0	0	1
	總數	13(15.9%)	2(4.7%)	0(0%)	0(0%)	3(25.0%)
中腦	小	3	0	0	0	0
	中	1	0	0	0	0
	大	0	0	0	0	0
	總數	4(4.9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
橋腦	小	3	8	0	0	0
	中	1	3	0	0	0
	大	0	0	0	0	0
	總數	4(4.9%)	11(25.6%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
延腦	小	1	1	0	0	0
	中	0	0	0	0	0
	大	0	0	0	0	0
	總數	1(1.2%)	1(2.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

病變部位		證型	中絡 (N=82)	中經 (N=43)	中腑 (N=3)	中臟 (N=0)	中經絡兼中臟腑 (N=12)
小腦半球	小		1	0	0	0	0
	中		1	0	0	0	0
	大		2	0	0	0	0
	總數		4(4.9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
皮質下前大腦 動脈區	小		0	0	0	0	0
	中		2	1	0	0	0
	大		0	0	0	0	0
	總數		2(2.4%)	1(2.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
皮質下中大腦 動脈區	小		1	0	0	0	0
	中		2	1	0	0	0
	大		2	4	1	0	2
	總數		5(6.1%)	5(11.6%)	1(33.3%)	0(0%)	2(16.7%)
皮質下後大腦 動脈區	小		0	0	0	0	0
	中		1	0	0	0	0
	大		0	1	0	0	0
	總數		1(1.2%)	1(2.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
邊界區	小		0	0	0	0	0
	中		0	0	0	0	0
	大		1	0	0	0	0
	總數		1(1.2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
其他	小		1	1	0	0	0
	中		0	0	0	0	0
	大		0	0	0	0	0
	總數		1(1.2%)	1(2.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
蜘蛛網膜下腔		1(1.2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	

(註：病變區域體積：0~2000 mm³ 為小病變區；>2000~<10000 mm³ 為中等病變區；>10000 mm³ 為大病變區。)

