

編號：CCMP92-RD-009

腦梗塞急性期中醫證型之研究

謝慶良

中國醫藥大學附設醫院中醫內科

摘 要

在台灣腦中風疾病仍居十大死因的第二位，一旦罹病容易使人造成殘廢，但至今對它的治療仍然束手無策。傳統中醫的最大特色是整體觀和辨證論治。辨證論治是利用望、聞、問、切四種方法蒐集病人的病情資料，綜合分析歸納出證型，然後施予治療，中醫證型的確定是決定疾病治療成功與否的關鍵，因此本研究的目的是研究腦梗塞急性期的中醫證型，我們蒐集中國醫藥學院附設醫院由急診入院的腦中風病患 162 位，他們都經頭部電腦斷層或磁共振造影檢查及神經科醫師診斷確定為腦梗塞，這些病患都需經神經科醫師做神經學檢查，並填寫中國醫藥學院附設醫院腦中風登記表，然後再由兩位資深中醫師經中醫望、聞、問、切等四診診察，取得一致性後，將觀察所得資料填寫於中國醫藥學院中風病辨證診斷量表，以上工作都需在腦中風發作後 72 小時之內完成。結果顯示一個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者被歸為風證的有 140 位(87%)，其次為痰證 92 位 (56.7%)，再其次為血瘀證 78 位 (48.1%)，而火熱證、氣虛證和陰虛陽亢證，分別為 33 位 (20.4%)，32 位 (19.8%) 和 23 位 (14.2%)。二個證型而言，以風痰證 77 位 (47.5%)，其次為風血瘀證 67 (41.4%)，再其次為痰血瘀證 44 位 (27.2%)，而火熱陰虛陽亢證 2 位 (1.2%)。六種證型之間的臨床嚴重度沒有顯著的差異。

台灣腦梗塞急性期的中醫證型以風證、痰證和血瘀證為主，風、痰和血瘀是腦梗塞發病之主因。證型與臨床嚴重度沒有明顯的關係。

關鍵詞：腦梗塞急性期、中醫證型、四診

Number : CCMP92-RD-009

The Study of Chinese Medicine pattern in acute stage of cerebral infarct

Ching-Liang Hsieh

China Medical University Hospital

ABSTRACT

Cerebrovascular accident (CVA) is the second in ten cause of death in Taiwan, and CVA attack resulting in disable easily, but no good method can be used to treat it until today. The characteristics of Chinese Medicine are integral idea and pattern and treatment. The pattern and treatment is using the four examinations including inspection, listening and smelling, inquiry and palpitation to collect the data of disease, these data is analyzed to establish the pattern of disease, then the disease is treated according to these patterns. The establishment of pattern has closely relationship to the cure of disorders. Therefore, the purpose of the present study is to investigate the pattern of Chinese Medicine in acute stage of cerebral infarct. We collect 162 patients with acute stage of cerebral infarct from emergence room of China Medical College Hospital. The disorders were confirmed with cranial computer tomography or magnet resonance image, and neurological examinations of the neurologist. The clinical findings the patients were recorded by neurologist on the China Medical College Hospital Stroke Registry chart, then the Chinese Medicine doctor used the four examinations including inspection, listening and smelling, inquiry and palpitation to collect the data of the patients, and these data was recorded on the China Medical College Hospital Cerebrovascular pattern chart. Mentioned-above must be finished within 72 hrs after CVA onset. The results indicated that the first is Wind pattern 140 (87%), second is Phlegm pattern 92 (56.7%), third is Blood-stasis pattern 78 (48.1%), whereas Fire-hot pattern, Qi-

vacuity and Yin-Vacuity pattern is 33 (20.4%), 32 (19.8%) and 23 (14.2%), respectively, in one Chinese Medicine pattern in 162 patients with acute stage of cerebral infarct. In two Chinese Medicine patterns, Wind-Phegm pattern is 77 (47.5%), Wind-Blood stasis pattern is 67 (41.4%), Phegm-Blood stasis pattern is 44 (27.2%), whereas Fire-hot, and Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern is 2 (1.2%) only. In addition, no difference was found in clinical severity among six Chinese Medicine patterns in 162 patients with acute stage of cerebral infarct.

In conclusion, Chinese pattern mainly is Wind pattern, Phegm pattern and Blood stasis pattern in acute stage of cerebral infarct in Taiwan. The etiology of cerebral infarct mainly results from Wind, Phegm and blood stasis. No prominent relationship is found between Chinese Medicine pattern and clinical severity in patient with acute stage of cerebral infarct.

Keywords: Acute stage of cerebral infarct, Chinese Medicine pattern, Four examinations

壹、前言

腦中風是神經科常見的疾病之一，在台灣腦中風的死亡率仍為十大死因的第二位⁽¹⁾。除了一部份立即死亡外，大多數患者都是反覆性發作，最後造成不可逆的器質性腦損傷而至死亡，病程可長達十多年⁽²⁾。腦中風的臨床症狀包括認知障礙、記憶力減退、意識障礙、感覺異常、運動功能障礙等⁽³⁾，因此腦中風常導致殘廢而喪失工作，又需長期的休養和復健，所以造成家庭、社會和國家重大的財政負擔。現代醫學將腦中風分成出血型包括腦實質內出血和蜘蛛網膜下腔出血，以及梗塞型包括腦血栓和腦栓塞⁽⁴⁾。醫學發達的今日雖然用許多的方法和藥物試圖來治療腦中風，如部份的出血型可用手術的方法來治療，而梗塞型可用抗血小板凝集劑（aspirin），血栓溶解劑（urokinase），抗凝血劑（heparin）等⁽⁵⁾，但對它的治療至今仍然束手無策。雖然有研究指出 tissue plasminogen activator（t-PA）在腦中風發生後三小時內投予，可以減少腦部組織因缺血所造成的傷害，但也受限於有效治療期太狹窄，往往無法涵蓋大多數的中風病患，而且需冒血性的危險性^(6,7)。因此對於腦中風的研究，開創新的療法是當今社會重要的課題。傳統中醫從內經時代開始就有腦中風的記載，而後歷代對中風的研究發可分為兩階段。唐宋以前大多以“虛邪內中”立論，而後則以“內風”立論。內經中有關中風記載大致上有仆擊、大厥、薄厥、偏枯、偏風、身偏不用、痲風、喎斜等⁽⁸⁾。《素問·風論》認為“風中五臟六腑之俞，亦為臟腑之風，各入其門戶，所中則為偏風。又認為偏風的原因是由於風邪入中臟腑。《靈樞·刺節真邪篇》中有“虛邪偏客於身半，其入深，內居營衛，營衛稍衰，則真氣去，邪氣獨留，發為偏枯”。從這些記載我們可以推測內經認為引起中風偏枯的原因是由於“正氣不足，營衛虛弱，外邪入中”⁽⁸⁾。中風一詞起源於漢朝張仲景所著的《金匱要略》，張仲景並總結腦中風的主要特徵是發病急，變化快，病情危重。所以說“邪入於腑，即不識人，邪入於臟，舌即難言，口吐涎。”半身不遂，口眼喎斜。張仲景也同意內經的觀點認為腦中風是由於絡脈空虛，風邪乘虛入中，賊邪不瀉所致。同時也指出由於風邪入中的淺深和病情輕重的不同，而有在絡在經、中腑中臟的區別。在治療上主張疏風祛邪，扶助正氣的方藥。如小續命湯等⁽⁹⁾。到了唐宋以後，特別是金元時代則認為中風的原因是來自於“內風”如劉河間主張“心火暴甚”，李東垣認為“正氣自虛”，而朱丹溪的“濕痰生熱”。明朝張景岳主張中風主張“非風”之說，提出“內傷積損”的論點。如《景岳全書·非風》中指出：“凡病此者，多以素不能慎，或七情內傷，或酒色過度，先傷五臟之真陰…陰虧於前而陽損於後，陰陷於下而陽乏於上，以致陰陽相失，精氣不交，所以忽爾昏憤，卒然仆倒⁽¹⁰⁾。

清朝王清任認為腦中風來自於氣虛血瘀而創立補陽還五湯治療偏癱⁽¹¹⁾，至今仍為臨床常用方劑之一。由以上得知歷代對於中風的病因有不同的觀點，可綜合來自於時代環境的變遷和醫學知識的累積經驗的差異。中國大陸根據中風病辨證診斷標準⁽¹²⁾，分析中風急症證候發現中風以風、火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢互相組合的證型較多^(13,14)，但台灣的腦中風究竟分屬於幾種證型，或何種證型居多尚未有報告可查詢。傳統中醫的特點為整體觀和辨證論治，而辨證論治首先需利用望、聞、問、切等方法蒐集資料，然後加以分析確立證型而施予治療，證型的確立是治療腦中風成敗的首要關鍵。

本研究的目的是探討腦梗塞急性期的中醫證型，我們選擇經頭部電腦斷層或磁共振造影及臨床診斷確定為腦梗塞的病患，在發作後 72 小時內完成中、西醫師診察，並分別填寫腦中風登錄表和中風病辨證量表，然後統計分析腦梗塞急性期的中醫證型。

貳、材料與方法

實施方法與步驟：

一、腦中風腦梗塞急性期病患的收集

從本院急診室蒐集經頭部電腦斷層 (CT) 或磁振造影 (MRI) 檢查確定為腦梗塞的病患。

(一) 病患數：完成 162 病例。

(二) 收按基準：

1. 兩性病患 (男性和女性)
2. 任何年齡 (年齡不限制)
3. 中風發作開始 72 小時內。
4. 經頭部電腦斷層或磁振造影檢查，並由神經放射專科醫師判定為腦梗塞或證明無腦出血病患。
5. 病人臨床有影響運動、感覺或語言等神經症狀。

二、腦中風腦梗塞急性期病患病情資料的填寫

(一) 腦中風登記表：由神經科醫師填寫 (附件一)

當病患到達急診室時，神經科醫師根據臨床表現和頭部電腦斷層或核磁共振檢查確定為腦梗塞急性期，則納入本研究並填寫「中國醫藥大學附設醫院腦中風登記表」包括病人到院方式、影像檢查、急診室的診斷和治療、症狀發生時間、至急診的時間、急診醫師和神經科檢視時間、Modified Rankin Scale (附件二)、美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHStroke Scale, 附件三)、巴氏量表 (Barthel Index, 附件四) 和生活功能獨立執行測量表 (FIM, Functional Independence Measure, 附件五) 等。

(二) 中風病辯證診斷量表：由資深中醫師填寫 (如附件六)

經神經科醫師診斷確定為腦梗塞急性期病患後，由兩位資深中醫師於中風發作開始 72 小時內施行中醫望、聞、問、切等四診檢查，他們取得一致性後，填寫「中國醫藥大學附設醫院中風病辯證診斷量表」。本研究之「中風病辯證診斷量表」將由過去的中醫文獻收集望、聞、問、切四診之診斷項目，並參考中國大陸「中風病辯證診斷標準 (試行)」⁽¹²⁾，大部分的項目以兩分法設計，分

為「有」「無」兩選項，以「1」「0」來計分，各分量總分的計算為加總個項目的得分，因此，分數愈高則代表其症狀表現愈明顯。有關於各個層面之項目是否要加權，將以因素分析之統計原則和專家看法兩種方式處理，以決定加權之方式。此量表之問診和望診各有八個層面，聞診和切診各有一個層面，問診之層面分別為發病時間、頭痛或頭暈、口、耳、二便、汗、熱和心悸，望診之層面分別為神情、面色、目、肢體、體態、舌體、舌苔和舌質，聞診之層面為鼻，切診之層面為脈象。

1. 問診各層面的詳細描述如下：

- (1)「發病時間」包含一個項目，其選項分別為「48 小時達到高峰」、「24 小時達到高峰」、「病情數變」、「發病即達高峰」。
- (2)「頭痛或頭暈」層面包含了「頭暈或頭痛如掣」、「頭暈目眩」、「頭痛而痛處不移」、「頭痛如針刺鋸如炸裂」、「頭昏沉」五項，其分數範圍介於 0 至 5 分之間。
- (3)「口」層面包含了「口苦咽乾」、「渴喜冷飲」、「口多粘涎」、「咳痰或嘔吐痰涎」、「痰多而黏」和「兩目乾澀」六項，其分數範圍介於 0 至 6 分之間。
- (4)「耳」層面包含了「耳鳴」一項，其分數範圍介於 0 至 1 分之間。
- (5)「二便」層面則包含了「便乾便難」、「便乾 3 日未解或 5 日以上未解」、「尿短赤」、「二便自遺」、「小便自遺」和「大便溏或初硬後溏」6 項，其分數範圍介於 0 至 6 分之間。
- (6)「熱」層面包含了「發熱」一項，其分數範圍介於 0 至 1 分之間。
- (7)「流汗」層面則包含了「稍動則汗出」、「安靜時汗出」、「冷汗不止」和「盜汗」四項，其分數範圍介於 0 至 4 分之間。
- (8)「心悸」層面則包含了「何時心悸」，其選項為「活動較多時心悸」、「輕微活動時心悸」和「安靜時常心悸」三選項。

2. 望診各層面的詳細描述如下：

- (9)「神情」包含「心煩易怒」、「躁擾不寧」、「神昏譫語」、「表情淡漠或寡言少語」、「神情呆滯或反應遲鈍或嗜睡」和「心煩不得眠」6 項，其分數範圍介於 0 至 6 分之間。
- (10)「面色」層面包含了「面紅目赤或氣促口臭」、「臉下青黑」、「口唇紫暗」、「口唇紫暗且面色晦暗」、「面白」、「面色虛浮」、「口唇乾紅或聲

高氣粗」和「午後顴紅或面部烘熱或手足心熱」八項，其分數範圍介於 0 至 8 分之間。

(11)「目」層面包含了「目珠游動或目偏不瞬」一項，其分數範圍介於 0 至 1 分之間。

(12)「肢體」層面包含了「兩手握固或口噤不開」、「肢體抽動」、「肢體拘急或頸項強急」、「肢痛不移」、「爪甲青紫」、「手足腫脹」、「肢體癱軟」和「手撒肢冷」八項，其分數範圍介於 0 至 8 分之間。

(13)「體態」層面則包含了「體胖臃腫」、「神疲乏力或少氣懶言」、「語聲低怯或咳聲無力」和「倦怠嗜臥」四項，其分數範圍介於 0 至 4 分之間。

(14)「舌體」層面包含了「舌體顫抖」、「舌體歪斜且顫抖」、「胖大」、「胖大多齒痕」、「胖大多齒痕或舌痿」、「舌體瘦」、「舌瘦而紅」、「舌瘦而紅乾多裂」和「舌瘦而紅乾」九項，其分數範圍介於 0 至 9 分之間。

(15)「舌苔」層面包含了「薄黃」、「黃厚」、「乾燥」、「灰黑乾燥」、「膩而水滑」、「厚膩」、「苔少」、「剝落苔」和「光紅無苔」九項，其分數範圍介於 0 至 9 分之間。

(16)「舌質」層面包含了「舌紅」、「舌淡」、「紅絳」、「舌背脈絡瘀張青紫」、「紫暗」、「瘀點」、「瘀斑」和「青紫」八項，其分數範圍介於 0 至 8 分之間。

3. 聞診各層面的詳細描述如下：

(17)「鼻」層面包含了「鼻鼾痰鳴」和「鼻鼾細微」兩項，其分數範圍介於 0 至 2 分之間。

4. 切診各層面的詳細描述如下：

(18)「脈象」層面包含了「脈弦」、「實而數大或弦數或滑數」、「滑或濡」、「沉弦細」、「沉弦遲」、「澀或結或代」、「沉細或遲緩或脈虛」、「結或代」、「脈微」和「弦細或細數」十項，其分數範圍介於 0 至 10 分之間。

(三) 統計分析方法

1. 以平均值、標準差和百分比來描述各變項在各樣本下之分布。
2. 以 Cronbach's alpha coefficients 來評估「證型量表」之信度，Cronbach's alpha coefficients 評估量表及分量表內部一致性，而內部一致性的基本假設是：如

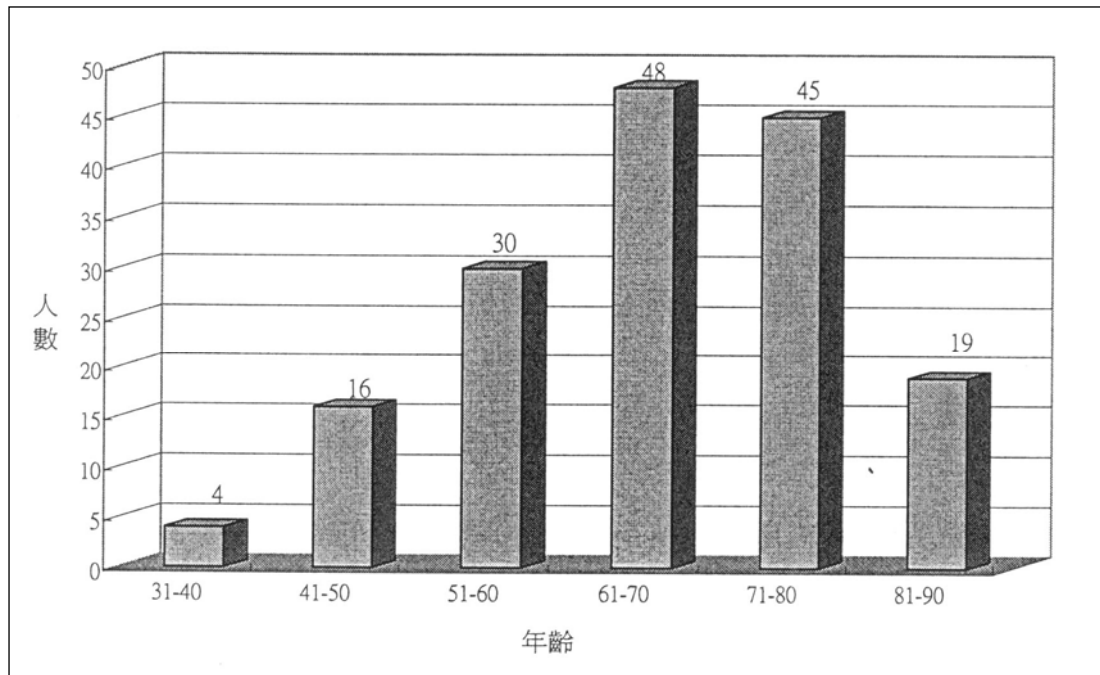
果測量相同概念的題目，則回答時應該會呈現一致的情況。使用 Cronbach's α 來測量回答時的一致性，若 Cronbach's $\alpha \geq 0.7$ 表示為內部一致性很高。

3. 以項目等級 (item-level) 之輻合效度 (Convergent Validity) 及鑑別效度 (Discriminant Validity) (Ware et.al,1993, Perneger,1995) 來評估「證型量表」之效度。輻合效度之假設為組成某概念之向量題目與其向量間的相關程度應該很大，輻合效度之評估乃計算向量與其組成題目間經重疊 (overlap) 校正後之分數相關是否大於或等於 0.4, 計算校正重疊之相關之目的在避免向量與組成題目間相關程度的範圍，以避免相關被人為誇大。鑑別效度之評估則檢定組成向量的題目與向量間的相關程度，是否顯著大於與其他向量間的相關。
4. 以因子分析來探討「證型量表」之多向性 (multidimensions)、因子結構及項目對因子之貢獻，並評估其建構效度 (construct validity)。
5. 以皮爾遜相關係數 (Pearson's correlation coefficient) 評估「證型量表」各分量表間之相關，以檢定「證型量表」量表等級 (scale-level) 之鑑別效度。
6. 先以 Kappa 統計值檢定不同切點之證型診斷間的一致性 (concordance) 及重複證型診斷間的一致性。
7. 總分為 30，若 ≥ 7 證型成立；7-14=輕型；15-22=中型； ≥ 23 重型。

參、結果

一、162 位腦梗塞期腦中風患者的基本資料

162 位腦梗塞急性期患者（女 63，男 99），他們的年齡分佈從 30 歲至 90 歲，平均 66.1 ± 12.4 歲。年齡分佈以 61-80 歲為最多，61-80 歲為高峰（圖一）。



圖一、162 位腦梗塞急性期患者的年齡分佈

二、162 位腦梗塞期腦中風患者的證型

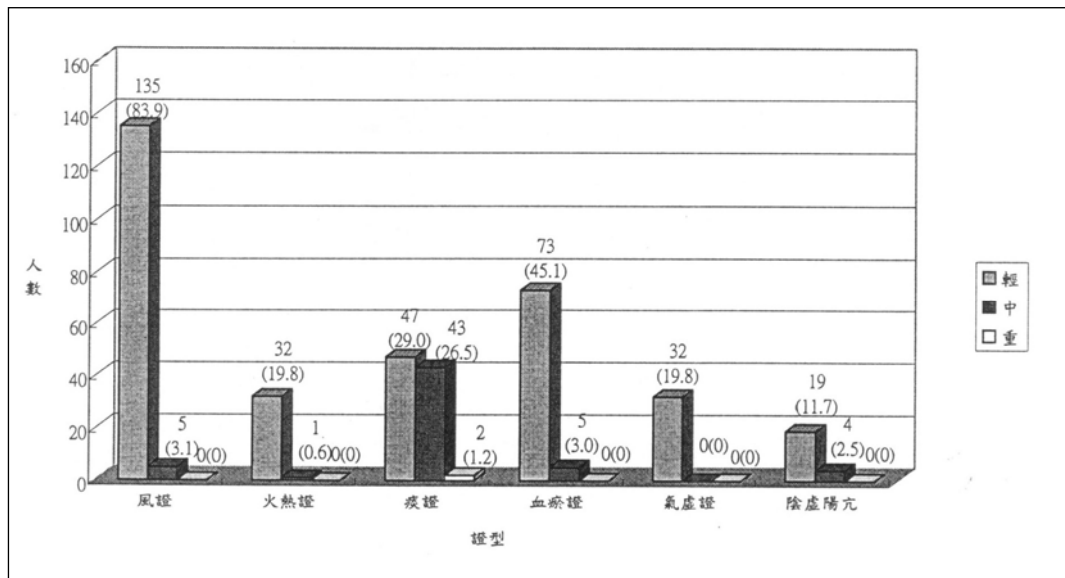
162 位腦梗塞期腦中風患者的證型包括一個證型、二個證型、三個、四個、五個和六個證型的情形，如表一、表二、表三、表四、表五和表六。

表一、162 位腦梗塞期腦中風患者的一個證型

證型	無 (%)	有 (%)	輕 (%)	中 (%)	重 (%)
風證* (161)	21 (13.0)	140 (87)	135 (83.9)	5 (3.1)	0 (0)
火熱證 (162)	129 (79.6)	33 (20.4)	32 (19.8)	1 (0.6)	0 (0)
痰證 (162)	70 (43.2)	92 (56.7)	47 (29.0)	43 (26.5)	2 (1.2)
血瘀證 (162)	84 (51.9)	78 (48.1)	73 (45.1)	5 (3.0)	0 (0)
氣虛證 (162)	130 (80.2)	32 (19.8)	32 (19.8)	0 (0)	0 (0)
陰虛陽亢 (162)	139 (85.8)	33 (14.2)	19 (11.7)	4 (2.5)	0 (0)

註：*1 個 missing

一個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者以風證為最多 140 位 (87%)，其次為痰證 92 位 (56.7%)，再其次為血瘀證 78 位 (48.1%)，而與火熱證、氣虛證和陰虛陽亢證關係很小，分別為 20.4%、19.8%和 14.2%。

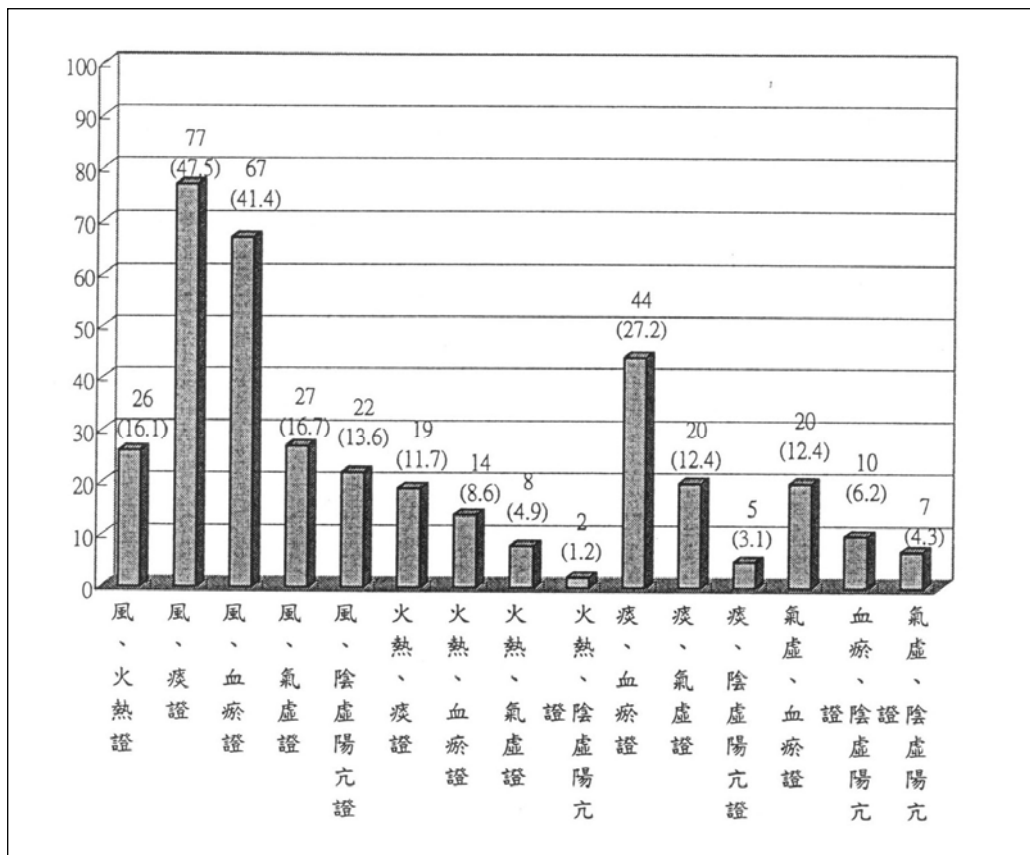


圖二、162 位腦梗塞期腦中風患者的一個證型（總分=30； ≥ 7 證型成立；7~14 為輕型；15~22 為中型； ≥ 23 為重型。圖說明如表一）

表二、162 位腦梗塞期腦中風患者的二個證型

證 型	數 (%)
風、火熱證	26 (16.1)
風、痰證	77 (47.5)
風、血瘀證	67 (41.4)
風、氣虛證	27 (16.7)
風、陰虛陽亢證	22 (13.6)
火熱、痰證	19 (11.7)
火熱、血瘀證	14 (8.6)
火熱、氣虛證	8 (4.9)
火熱、陰虛陽亢證	2 (1.2)
痰、血瘀證	44 (27.2)
痰、氣虛證	20 (12.4)
痰、陰虛陽亢證	5 (3.1)
氣虛、血瘀證	20 (12.4)
血瘀、陰虛陽亢證	10 (6.2)
氣虛、陰虛陽亢證	7 (4.3)

二個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者以風痰證為最多 77 位 (47.5%)，其次為風血瘀證 67 (41.4%)，再其次為痰血瘀證 44 位 (27.2%)，最少的為火熱陰虛陽亢證 2 位 (1.2%)。

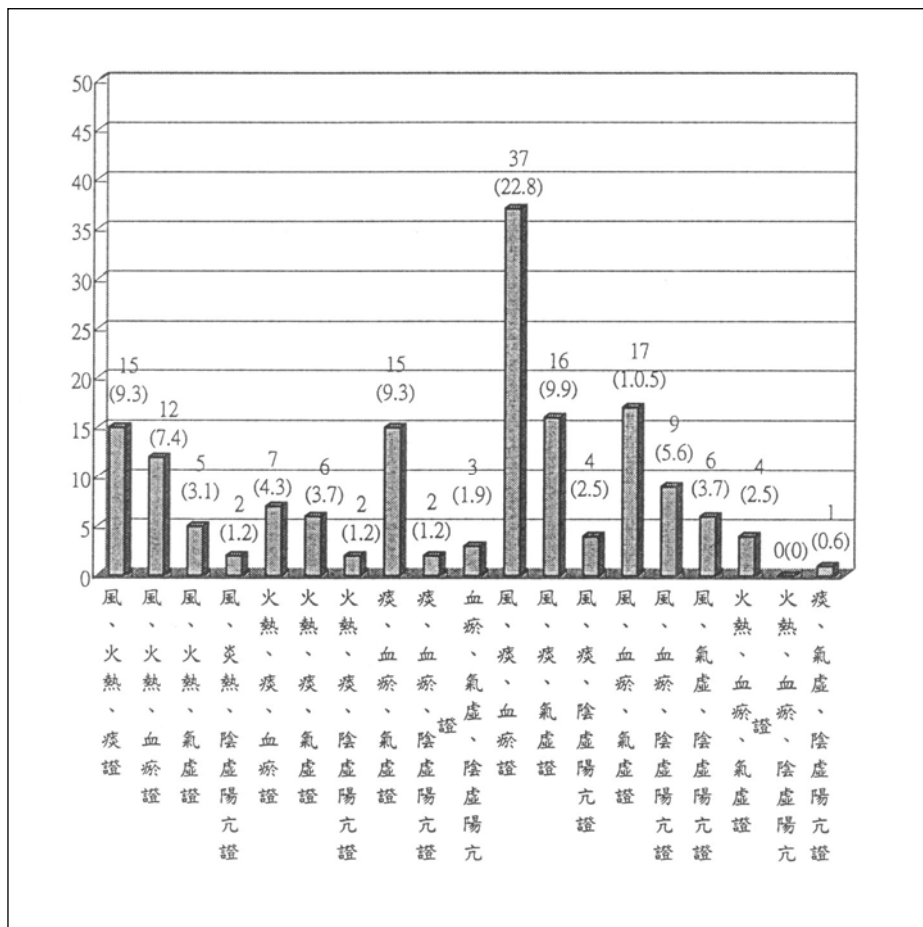


圖三、162 位腦梗塞期腦中風串者的二個證型 (圖說明如表二)

表三、162 位腦梗塞期腦中風患者的三個證型

證 型	數 (%)
風、火熱、痰證	15 (9.3)
風、火熱、血瘀證	12 (7.4)
風、火熱、氣虛證	5 (3.1)
風、火熱、陰虛陽亢證	2 (1.2)
火熱、痰、血瘀證	7 (4.3)
火熱、痰、氣虛證	6 (3.7)
火熱、痰、陰虛陽亢證	2 (1.2)
痰、血瘀、氣虛證	15 (9.3)
痰、血瘀、陰虛陽亢證	2 (1.2)
血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	3 (1.9)
風、痰、血瘀證	37 (22.8)
風、痰、氣虛證	16 (9.9)
風、痰、陰虛陽亢證	4 (2.5)
風、血瘀、氣虛證	17 (10.5)
風、血瘀、陰虛陽亢證	9 (5.6)
風、氣虛、陰虛陽亢證	6 (3.7)
火熱、血瘀、氣虛證	4 (2.5)
火熱、血瘀、陰虛陽亢證	0 (0)
痰、氣虛、陰虛陽亢證	1 (0.6)

三個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者以風痰血瘀證為最多 37 位 (22.8%)，其次為風痰氣虛證 16 (9.9%)，再其次為風火熱痰證 15 位 (9.3%)，最少的為火熱血瘀陰虛陽亢證 0 位 (0%)。

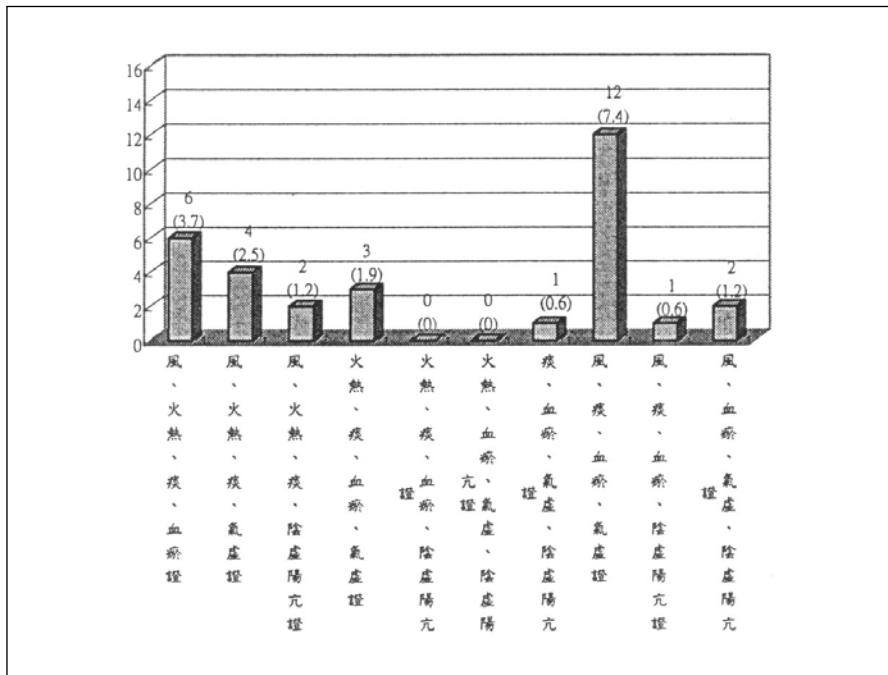


圖四、162 位腦梗塞期腦中風患者的三個證型（圖說明如表三）

表四、162 位腦梗塞期腦中風患者的四個證型

證 型	數 (%)
風、火熱、痰、血瘀證	6 (3.7)
風、火熱、痰、氣虛證	4 (2.5)
風、火熱、痰、陰虛陽亢證	2 (1.2)
火熱、痰、血瘀、氣虛證	3 (1.9)
火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢證	0 (0)
火熱、痰、血瘀、氣虛證	3 (1.9)
痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	1 (0.6)
風、痰、血瘀、氣虛證	12 (7.4)
風、痰、血瘀、陰虛陽亢證	1 (0.6)
風、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	2 (1.2)
火熱、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	0 (0)

四個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者以風痰血瘀氣虛證為最多 12 位 (7.4%)，其次為風火熱痰氣虛證 6 (3.7%)，最少的為火熱痰血瘀陰虛陽亢證和火熱血瘀氣虛陰虛陽亢證兩者都为 0 位 (0%)。

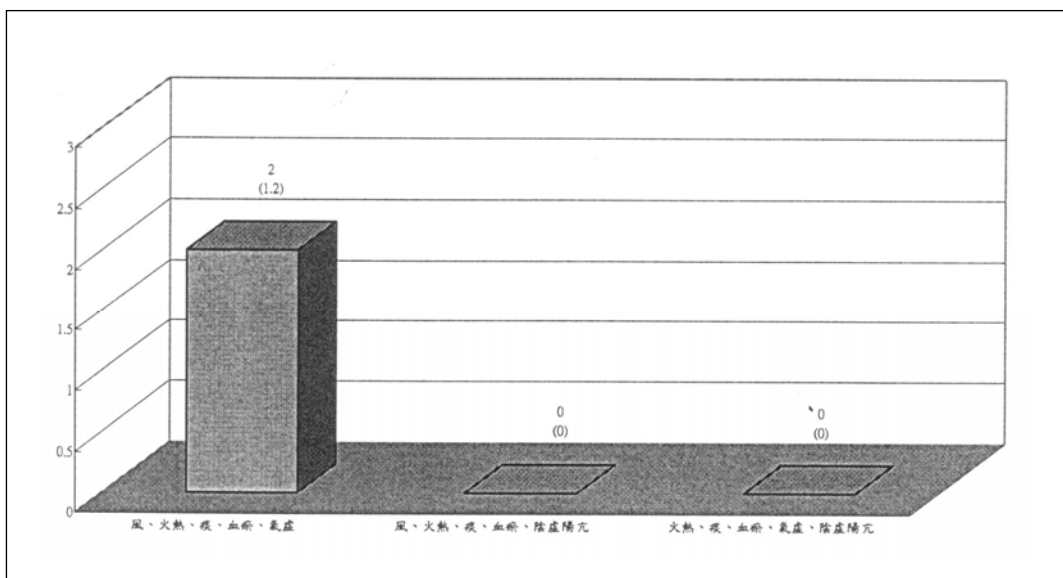


圖五、162 位腦梗塞腦中風患者的四個證型 (圖說明如表四)

表五、162 位腦梗塞期腦中風患者的五個證型

證 型	數 (%)
風、火熱、痰、血瘀、氣虛	2 (1.2)
風、火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢	0 (0)
火熱、痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢	0 (0)

五個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者中只有風火熱痰血瘀氣虛證 2 位 (1.2%)。

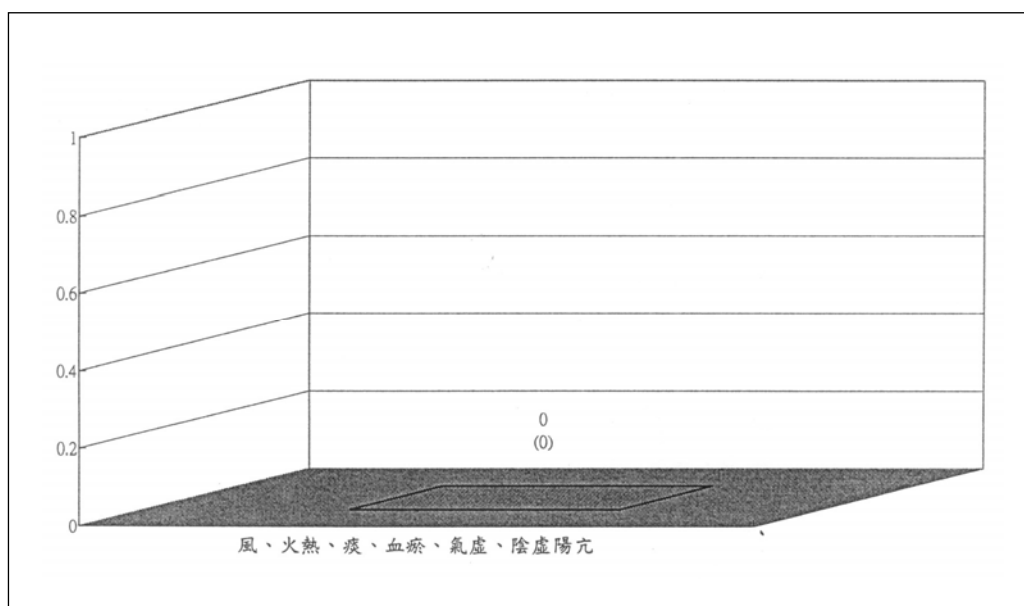


圖六、162 位腦梗塞期腦中風患者的五個證型 (圖說明如表五)

表六、162 位腦梗塞期腦中風患者的六個證型

證 型	數 (%)
風、火熱、痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢	0 (0)

六個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者都沒有 0 位 (0%)。



圖七、162 位腦梗塞期腦中風患者的六個證型 (圖說明如表六)

三、162 位腦梗塞期腦中風患者證型與臨床嚴重度的關係

162 位腦梗塞期腦中風患者證型與臨床嚴重度沒有顯著的關係（表七）。

表七、162 位腦梗塞期腦中風患者證型與臨床嚴重度的關係

證型/嚴重度		Modified Rankin Scale(0-6)	NIHSS(0-42)	Barthel Index(0-100)	FIM(0-126)
風證	無	3.38±0.74	9.76±5.51	43.57±24.65	75.24±23.83
	有	3.21±0.95	8.57±7.41	50.71±31.46	79.72±31.24
火熱證	無	3.19±0.95	8.73±7.44	50.35±30.99	79.64±30.78
	有	3.36±0.80	8.70±5.93	47.58±28.26	77.52±27.47
痰證	無	3.13±0.10	8.74±7.53	52.29±31.60	78.60±32.09
	有	3.30±0.83	8.71±6.69	47.88±28.96	79.54±27.99
血瘀證	無	3.21±0.92	8.93±7.04	47.62±30.77	78.00±30.27
	有	3.24±0.89	8.50±7.09	52.12±29.45	80.36±29.39
氣虛證	無	3.22±0.96	8.78±7.35	49.85±31.57	78.85±31.30
	有	3.28±0.74	8.47±6.24	49.53±26.07	80.28±25.40
陰虛陽亢證	無	3.27±0.92	8.86±7.39	48.99±30.74	78.82±30.80
	有	3.00±0.87	7.91±5.75	54.57±29.03	81.04±26.84

肆、討論

我們分析 162 位腦梗塞急性期中風的患者，他們的發病年齡主要介於 51-80 歲之間，其中以 61-70 歲為最多，這些結果和腦中風好發於老年人相類似。我們的結果發現台灣腦梗塞單一證型以風證為最多佔 87%，其次為痰證 56.7%，再其次為血瘀證 48.1%，最少的陰虛陽亢證 14.2%，這個資料可說為台灣第一篇研究報告，尚未有資料可比較參考。

以二個證型而言，162 位腦梗塞急性期患者以風痰證為最多佔 47.5%，其次為風血瘀證 41.4%，再其次為痰血瘀證 27.2%，最少的為火熱陰虛陽亢證 1.2%，因此推論台灣腦梗塞急性期以風、痰和血瘀三者的關係最為密切，而與火熱、氣虛和陰虛陽亢的關係較小。至於 162 位腦梗塞急性期患者有三種證型同時出現的除了風、痰和血瘀佔 22.8% 外，其他非常少，這個結果更加強我們的推論台灣腦梗塞急性期和風、痰和血瘀最有關。我們的結果顯示腦梗塞急性期同時有四種證型以上的非常少見。

我們的結果顯示風證、火熱證、痰證、血瘀證、氣虛證和陰虛陽亢證六種證型之間，他們的 Modified Rankin Scale、NIHSS、Barthel Index 和 FIM 等評量表之分數沒有顯著的差異，說明六種證型之間的臨床嚴重度相似，因此無法從證型來判斷臨床表現的嚴重度。

伍、結論與建議

台灣腦梗塞急性期的中醫證型以風證、痰證和血瘀證為主，風、痰和血瘀是腦梗塞發病之主因。證型與臨床嚴重度沒有明顯的關係。

今後有關中醫藥的研究因朝向中醫證型與臨床表現的關係，並做中西對照。

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 CCMP92-RD-009 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. 行政院衛生署公佈 2000 年國人十大死因。
2. 行政院衛生署公佈 1999 年中風門診人數及住院人數。
3. C-T, MRI 時代的腦中風學—新的診斷、治療體系，日本臨床社，1993 年增刊號（上下冊）。
4. Lewis P. Rowland Merritt's Neurology Tenth Edition Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia PP: 217-271.
5. Martin M. Bednar, Cordell E. Gross: Antiplatelet therapy in acute cerebral ischemia. Stroke 1999; 30: 887-893.
6. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al: Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. JAMA 1995; 274: 1017-1025.
7. 八卷稔明，端和夫，虛血性腦卒中急性期的線溶療法，Clinical Neuroscience 2002；20(2)：139-144。
8. 黃帝內經，程士德編著，台北，知音出版社，中華民國 83 年 6 月。
9. 李克光、楊百蕪，金匱要略，台北知音出版社，中華民國 83 年元月。
10. 王永元 中風病要覽，台北市，志遠書局，中華民國 82 年 3 月。
11. 醫林改錯，清·王清任，天津科學技術出版社。
12. 中風病辨證診斷標準（試行），北京中醫藥大學學報，1994；17(3)：64-66。
13. 中風病證候診斷標準的臨床驗證研究，1994；17(6)：41-43。
14. 王玉來、鄭慧、劉文娜，中風急症證候分析，中國中醫急症，1995；4(2)：75-78。
15. Perneger TV, Leplege A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-item short form health survey (SF-36) in young healthy adults. J. Clin Epidemiol. 1995; 48(8):1051-61.
16. Ware JE., Snow K.K., Kosinski M. and Gandek B. (1993) SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, Boston.

柒、附件

附件一：中國醫藥大學附設醫院腦中風登記表

附件二：Modified Rankin Scale

附件三：美國國家衛生研究院中風評量表 NIHSS

附件四：巴氏量表 Barthel Index

附件五：生活功能獨立執行測量表

附件六：中國醫藥大學附設醫院中風病辨證診斷量表

[\(2-03 圖-附件\)--CCMP92-RD-009.doc](#)