

# 中风病中医辨证与影像学关系研究进展

许晓磊

(黑龙江省中医药科学院南岗院区 黑龙江 哈尔滨 150000)

摘要: 伴随着中西医结合、中西医并治思维观念的深化和现代医学技术的发展, 医学影像学在中风病的中医辨证过程中有着重要的论证依据, 也为中风病中西医结合诊断和治疗提供了新思路, 本文从X线、CT、MRI、多普勒超声等方面综述缺血性中风病中医证型与影像学研究进展, 希望本文为中风病中医辨证与影像学的发展提供积极的意义。

关键词: 中风病; 中医辨证; 医学影像学; 疾病诊断; 中西医结合

中风病作为我国中老年的急性心血管性疾病, 严重制约着我国人民的生命健康安全, 临床上关于中风病分为中经络以及中脏腑两种。研究发现CT和MRI对于中风病的中医辨证上有着较高的检出率, 同时对于患者发生病变的部位、大小、性质、范围以及脑出血和血栓栓塞情况进行清晰展示。其中对于急性脑出血的诊断, CT扫描已经成为必要检查手段。伴随着现代医疗的发展, 人们对于中风病的深入研究对于医学影像学的发展研究不断融合和深入。因此, 本文通过阐述中风的中医辨证分型, 综述医学影像学对中风病中医辨证的应用价值以及实践探索, 本文参考相关文献, 对其进行归纳、分析和比较, 以总结出两者之间的关系, 从而有助于中风病的临床诊断和治疗。

## 一、中风病的中医辨证分型研究

“中风”二字首见于《黄帝内经》, 偏枯、薄厥, 以及大厥、煎厥、癰疾、仆击、暗瘁等, 都属于我们现在讨论的中风病症范畴, 可见已经认识到中风病发病与风邪外中及七情内伤有关<sup>[1]</sup>。张仲景首次于《伤寒杂病论》中记载“中风”为疾病名。刘元素、李东垣、朱丹溪等医家所提出的因内伤“火、气、痰湿”所导致的为类中风, 两者均与现代研究的“中风病”为同一范畴, “因于风者, 真中风也; 因于火, 因于气, 因于湿者, 类中风, 而非中风也”。

中风病证型分类较为复杂。《黄帝内经》中提出治病必求于阴阳; 《伤寒杂病论》中首次根据病情与病位将中风病分为4个分类, 包括中络、中经、中腑、中脏; 朱丹溪将中风分为气血虚、阴虚火旺、痰热和瘀血或相互夹杂症候。现代医家对其辨证分型也有了更多新的认识。1986 提年中华全国中医学会内科学会公布了《中风病中医诊断、疗效评定标准》<sup>[2]</sup>, 此标准沿用了仲景提出的四分类, 并提出9个证型, 但其4个分证法并没有得到广泛认可; 1996 国家脑病急症协作组研究颁布了《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》将中风分为7个证型, 并以行业标准的形式在全国范围内推广, 为中风病的临床辨证论治研究起到很好的规范和指导作用, 是目前较公认的中风病辨证分型评定标准<sup>[3]</sup>。中风病辨证分型研究虽取得了一定成果, 但目前中医界仍尚未形成完全统一的证型规范和标准, 仍需进一步研究探索。

## 二、中风病的中医辨证与影像学结合价值

### 1、缺血性中风辨证类型与病变部位、大小和数目的关系

缺血性中风病, 在中医辨证诊断之中, 辅以医学影像学进行诊断, 可以有效辨明中风病变部位。相关学术论文表示, 痹阻脉络、风痰瘀血证主要集中在内囊后膝和放射冠部位, 气虚血瘀证的梗死灶主要集中在内囊膝部和放射冠部位, 肝阳暴亢证的梗死灶部位分布较为均匀, 在内囊膝部和后肢部位。由此可知, 痹阻脉络、风痰瘀血和气虚血瘀的梗死灶分布部位比较差异较显著; 气虚血瘀证较多见于内囊膝部, 而较少见于后肢, 风痰瘀血、痹阻脉络证的分布则与其相反<sup>[4]</sup>。经分析可见, 中经络的病灶分布部位主要是脑叶和基底节, 中脏腑的病灶分布部位主要是脑干和基底节。

CT和MRI可以通过医学影像学手段准确显示出梗死病灶的范

围和大小。经过中风病患者的影像学诊断显示分析中脏腑者梗死灶直径 $>9\text{cm}$ , 中经络者梗死灶直径 $<5\text{cm}$ , 其中 $7\sim 8\text{cm}$ 多见于中脏腑者,  $5\sim 6\text{cm}$ 多见于中经络者。由此可知, 中经络者梗死灶主要是小面积; 风痰瘀血、痹阻脉络证, 肝阳暴亢、风火上扰证, 痰热腑实、风痰上扰证则主要是大面积梗死灶。

分析结果显示, 中经络者主要影像学征象显示梗死性、小片状和低密度影。中经络者发生脑梗死的概率较之于发生脑出血的概率明显较高, 较之于中脏腑者亦有显著差别<sup>[5]</sup>;

### 2、出血性中风辨证类型与出血灶部位、大小和数目的关系

目前针对出血性中风的中医辨证研究之中, 通过医学影像进行拍摄分析, 发现出血性中风辨证类型与出血量、出血灶部位、大小和数目有着密切的关系<sup>[6]</sup>。研究显示, 中经络的平均出血量为 $(9.41 \pm 1.37)\text{ml}$ , 中脏腑的平均出血量为 $(32.25 \pm 2.41)\text{ml}$ 。MRI 检查结果分析显示, 中经络的平均出血量为 $15.79\text{ml}$ , 中脏腑则为 $41.97\text{ml}$ ; 脑干出血的中经络出血量 $<2\text{ml}$ , 中脏腑出血量 $3\text{ml}$ 。

同时大量分析研究得出, 中经络的患者之中, 半数以上患者病灶位于基底节区, 其他患者病灶位于丘脑, 各种证型的病灶分布位置基本相同; 中脏腑的患者之中, 80%左右的患者病灶位于基底节区, 部分患者的病灶部位为脑叶, 其中风火上扰清窍、痰湿蒙塞心神型病灶部位主要是基底节区, 元气散乱型病灶则主要分布于基底节区和脑叶, 可见出血性中风辨证类型与出血部位之间有关。

在出血性中风患者的中医辨证病灶研究之中, 中经络者大片和小片病灶之间的关系差异不大; 中脏腑者则主要是大片病灶。元气败脱、心神散乱型, 阴虚风动型主要是大片病灶, 痰热腑实、风痰上扰型则主要是小片病灶。在病灶数目上, 中脏腑者较之于中经络者为多。中经络者主要为气虚血瘀型, 中脏腑者则主要是元气败脱、心神散乱型。结果表明出血灶大、数目多对脑部造成的损伤更大, 更容易表现为中脏腑。中脏腑者发生脑出血的概率较高, 且出血量往往大于 $30\text{ml}$ , 大面积梗死灶较为多见而中脏腑者的主要影像学改变则为出血性、大片状和高密度影。

## 三、中风病的中医辨证在影像学的应用

缺血性中风作为目前高发的心血管疾病, 其防治形势十分严峻, 目前针对中风病的中医辨证大多是通过四诊合参来进行, 缺乏客观化指标, 随着现代医学影像技术的广泛应用, 越来越多的学者认为中风病辨证分型与影像学表现存在很大的相关性, 尝试将影像学技术与证型评估结合, 对中风病中医证型的诊断进行了大量量化和客观化研究。

### 1、经颅多普勒超声在中风病中医辨证的应用

多普勒超声技术因其直观性、无创伤、便廉性和可对管腔内血流动力学及管壁运动力学进行全面检测等优势目前已广泛应用于血管系统疾病的检测。韩琳琳<sup>[7]</sup>等通过采集缺血性中风患者经颅超声检查指标来探讨颈动脉粥样硬化病变与辨证分型的相关性, 探讨经颅彩色多普勒超声(TCCD)评估急性缺血性卒中(AIS)患者早期神经功能恶化(END)的风险及预测不良预后的效能。周雪<sup>[8]</sup>等

研究发现与“痰”病理因素相关的风痰火亢、风痰瘀阻型较其他证型更易检测出斑块。孟冬<sup>[9]</sup>等本研究基于经颅多普勒超声技术,分析急性脑梗死痰瘀阻络证颅内血流速度、搏动指数、阻力指数等,探讨脑梗死急性期痰瘀阻络证中医证候要素及颅内血流动力学之间相关性。

#### 2、颈动脉超声在中风病中医辨证的应用

颈动脉因距离心脏的位置较近,血流速度较高,属于全身动脉粥样硬化的表现窗口,易出现动脉硬化,生成斑块后可脱落到颅内,造成脑血管意外的发生。而随着超声技术的不断发展,颈动脉超声逐渐在临床上应用,其可有效反映不同人群颅内外动脉狭窄程度与相关的危险因素,是临床上筛查脑卒中高危人群的研究的重点<sup>[10]</sup>。张海春<sup>[11]</sup>、陈群<sup>[12]</sup>等专家学者评估 Essen 卒中风险评估量表(ESRS)对缺血性脑卒中复合终点事件预测价值的可靠性,探讨 ESRS 联合颈动脉彩色多普勒超声对缺血性脑卒中复合终点事件的预测价值,证明 ESRS 联合颈动脉彩色多普勒超声对缺血性脑卒中复合终点事件的预测价值可能较单纯 ESRS 更好。

#### 3、颅脑 MR 和 CT 在中风病中医辨证的应用

随着核磁共振技术的发展,颅脑 MR 检查因其分辨率高、无辐射等特性已经成为临床诊断缺血性中风的主要方法。彭楠<sup>[13]</sup>通过颅脑 MR 影像技术探讨不同缺血性中风病中医证型病灶分布、病灶面积、颅内动脉狭窄程度等相关参数的变化规律,为缺血性中风病中医辨证分型提供依据。陈家祥<sup>[14]</sup>、王凤亭<sup>[15]</sup>等均发现风痰阻络组头颅 MRI 影像学中的病变梗死灶多见于基底节病灶部位,气虚血瘀组与阴虚风动组梗死部位多出现在后循环供血区,认为中风证型与梗死灶部位具有相关性。胡浩宇<sup>[16]</sup>发现阴虚风动证颅内动脉狭窄程度最轻;肝阳暴亢组及风痰阻络组患者多表现为中度狭窄;重度狭窄多见于气虚血瘀组;痰热腑实组狭窄程度最严重,提示颅内动脉狭窄程度可为中风病辨证分型供参考依据。何昭璇<sup>[17]</sup>等 PET-CT 技术的针刺治疗中风病试验设计分析差异,提示中风证型与梗死灶位置相关。杨建军<sup>[18]</sup>、吴扬州<sup>[19]</sup>研究表明痰热腑实证患者多发生脑梗死,风痰阻络组患者多发生于基底节和上部,提示缺血性中风病中医辨证分型与 CT 平面成像表现密切相关,为缺血性中风病中医证型客观化研究提供了依据。

#### 四、展望

近年来有关中风病症类型的微观、量化标准等方面的研究逐渐深入,但仍有待改进。中脏腑是出血性中风的主要表现,中经络是缺血性中风的主要表现。中经络的病灶分布部位主要是脑叶和基底节,中脏腑的病灶分布部位主要是脑干和基底节。中经络者大片和小片病灶之间的关系差异不大;中脏腑者则主要是大片病灶。国家中医药管理局确定了风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证为中风病基本证候,并确定了比较严格的量化标准,可依据此探讨各证候及其组合与影像学指标的相关性。希望在未来的疾病研究和发展之中,可以将中西医结合诊治纳入到基本医疗诊断规范之中,为中风病的深入研究奠定基础。

#### 参考文献:

[1] 秦宝娟,时晶,倪敬年,魏明清,张学凯,张立苹,岳利峰,李婷,田金洲.急性缺血性中风诊断分类的磁共振影像学特征[J].天津中医药,2020,37(10):1131-1135.

[2] 秦宝娟.急性缺血性中风不同诊断分类的证候特征及影像学特点[D].北京中医药大学,2020.

[3] 张双.缺血性中风病急性期证候要素与病灶影像学关系的初步探索[D].北京中医药大学,2020.

[4] 张旭东,钟昇,杨晓娟,周永进,杨万章,向云,王俊,王碧涵,杨钧鹏,陈昕.融合超声影像动态评估中风偏瘫患者内侧腓肠肌状态[J].中国医疗器械杂志,2017,41(02):92-95.

[5] 李宝然.缺血性中风中经络辨证分型与颅脑影像学征象的相关性研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(09):1010-1012.

[6] 黄振强.缺血性脑中风险因素的影像学检测[J].中国医学创新,2013,10(30):81-82.

[7] 韩琳琳,李远竞.经颅彩色多普勒超声定量分析急性缺血性卒中患者早期神经功能恶化的风险及预测不良预后的效能[J].中国医师进修杂志,2021,44(12):1144-1148.

[8] 周雪.缺血性中风病患者中医体质分布规律研究及其与寸口部桡动脉彩色多普勒超声参数的相关性探讨[D].山东中医药大学,2021.

[9] 孟冬.急性脑梗死痰瘀阻络证中医证候要素与经颅多普勒超声血流动力学相关性研究[D].北京中医药大学,2021.

[10] 董丽娜.颈部血管彩色多普勒超声在脑卒中高危人群筛查中的应用价值[J].实用医学影像杂志,2020,21(02):171-172.

[11] 张海春,叶茂,刘淑军,杨喜红.彩色多普勒超声诊断脑卒中患者颈动脉斑块的临床价值[J].山西医药杂志,2020,49(05):527-529.

[12] 陈群,杨期明,徐自强,李秀娟,唐金平.ESRS 联合颈动脉彩色多普勒超声对缺血性脑卒中复发的预测价值[J].现代医药卫生,2017,33(20):3163-3166.

[13] 彭楠,赵晶,潘纪成,刘明.中风病病类、证类诊断与头颅 CT、MR 表现的相关性探讨[J].北京中医药大学学报,2009,32(03):204-207.

[14] 陈家祥,宋桂芳,马岩,程华才.MR 敏感成像诊断缺血性中风的应用价值[J].上海医学影像,2008(02):110-112.

[15] 王凤亭,孔令琦.造影增强 MR 血管成像对急性缺血性中风患者血管状况的评估价值[J].医学影像学杂志,2006(03):223-225.

[16] 胡浩宇,王大明,李捷.中风病中医辨证分型与 MR 的关系[J].浙江中西医结合杂志,2001(12):30-31.

[17] 何昭璇,侯键,王福民,熊静,曾芳.基于 PET-CT 技术的针刺治疗中风病试验设计分析[J].中国中西医结合杂志,2022,42(02):228-231.

[18] 杨建军,刘万钊.中风各证型与脑 CT 表现分析[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(18):29-30.

[19] 吴扬州.中风中经络 5 种分型 CT 与 MRI 的影像学特点研究[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(07):61-62.

[20] 林文香.头颅 CT 影像与中风中医分期辨证的相关性研究[C]//2017 年第五次世界中西医结合大会论文摘要集(上册).2017:590.

作者简介:

许晓磊(1986—),男,主治医师,本科,黑龙江省牡丹江市人