



計畫編號：CCMP92-RD-009

行政院衛生署 92 年度科技研究發展計畫

腦梗塞急性期中醫證型之研究

委託研究報告

計畫委託機關：中國醫藥大學附設醫院

計畫主持人：謝慶良

研究人員：劉崇祥、唐娜櫻、李采娟、彭昱憲、陳巍耀、林佳萱

執行期間：92 年 1 月 23 日至 92 年 12 月 31 日

** 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 **

編號：CCMP92-RD-009

行政院衛生署中醫藥委員會 92 年度
委託研究計劃成果報告

腦梗塞急性期中醫證型之研究

執行機構：中國醫藥大學附設醫院

計劃主持人：謝慶良

研究人員：劉崇祥、唐娜櫻、李采娟、彭昱憲、
陳巍耀、林佳萱

執行期限：92 年 1 月 23 日 至 92 年 12 月 31 日

目錄	頁碼
中文摘要	(i)
英文摘要	(iii)
壹、前言	(1)
貳、材料與方法	(3)
參、結果	(7)
肆、討論	(18)
伍、結論與建議	(19)
陸、參考文獻	(20)
柒、附件	(21)
附件一：中國醫藥大學附設醫院腦中風登記表	(22)
附件二：Modified Rankin Scale	(23)
附件三：美國國家衛生研究院中風評量表 NIHSS	(24)
附件四：巴氏量表 Barthel Index	(25)
附件五：生活功能獨立執行測量表	(26)
附件六：中國醫藥大學附設醫院中風病辨證診斷量表	(27)
捌、自我評估表	(28)

表目錄

表一：162 位腦梗塞期腦中風患者的一個證型	(8)
表二：162 位腦梗塞期腦中風患者的二個證型	(10)
表三：162 位腦梗塞期腦中風患者的三個證型	(12)
表四：162 位腦梗塞期腦中風患者的四個證型	(14)
表五：162 位腦梗塞期腦中風患者的五個證型	(15)
表六：162 位腦梗塞期腦中風患者的六個證型	(16)
表七：162 位腦梗塞期腦中風患證型與臨床嚴重度的關係	(17)

圖目錄

圖一：162 位腦梗塞急性期患者的年齡分佈	(7)
圖二：162 位腦梗塞腦中風患的一個證型	(9)
圖三：162 位腦梗塞腦中風患的二個證型	(11)
圖四：162 位腦梗塞腦中風患的三個證型	(13)
圖五：162 位腦梗塞腦中風患的四個證型	(14)
圖六：162 位腦梗塞腦中風患的五個證型	(15)
圖七：162 位腦梗塞腦中風患的六個證型	(16)

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

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，我們蒐集中國醫藥大學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，並填寫中國醫藥大學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大學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。

編號：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 University 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 University 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 University Hospital Cerebrovascular

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

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中風病登記表」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 (NIH Stroke 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

- (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。

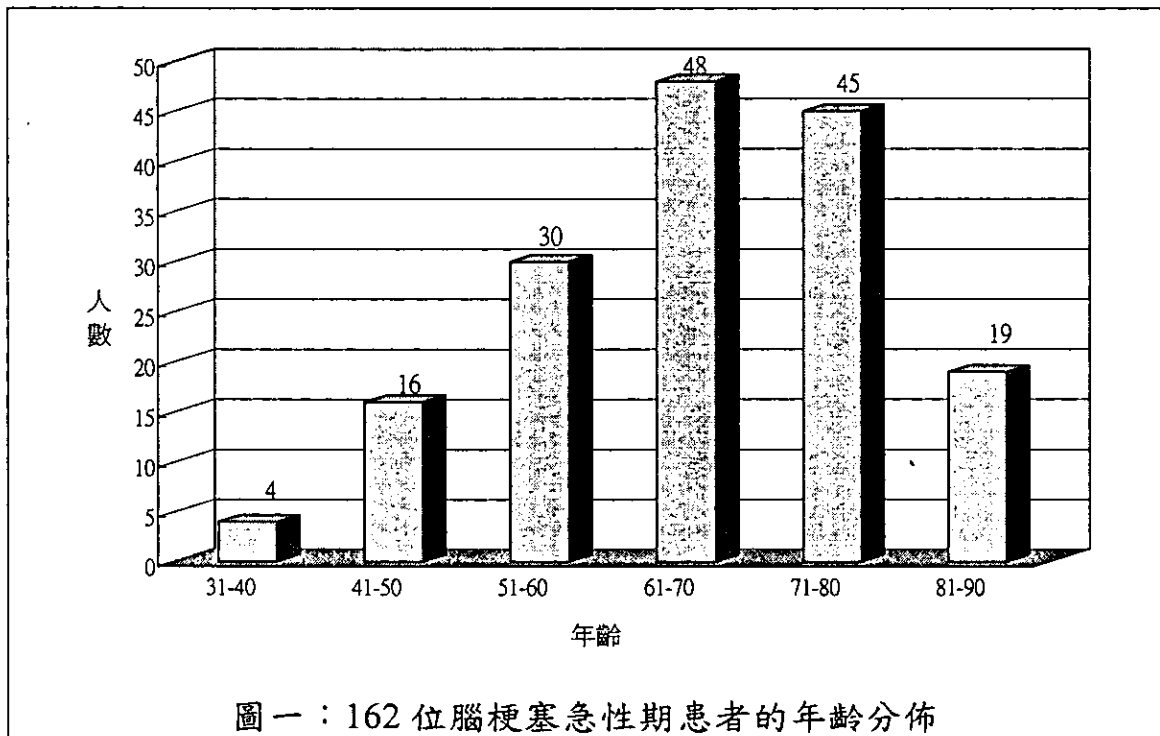
4.切診各層面的詳細描述如下：

- (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。

參、結果

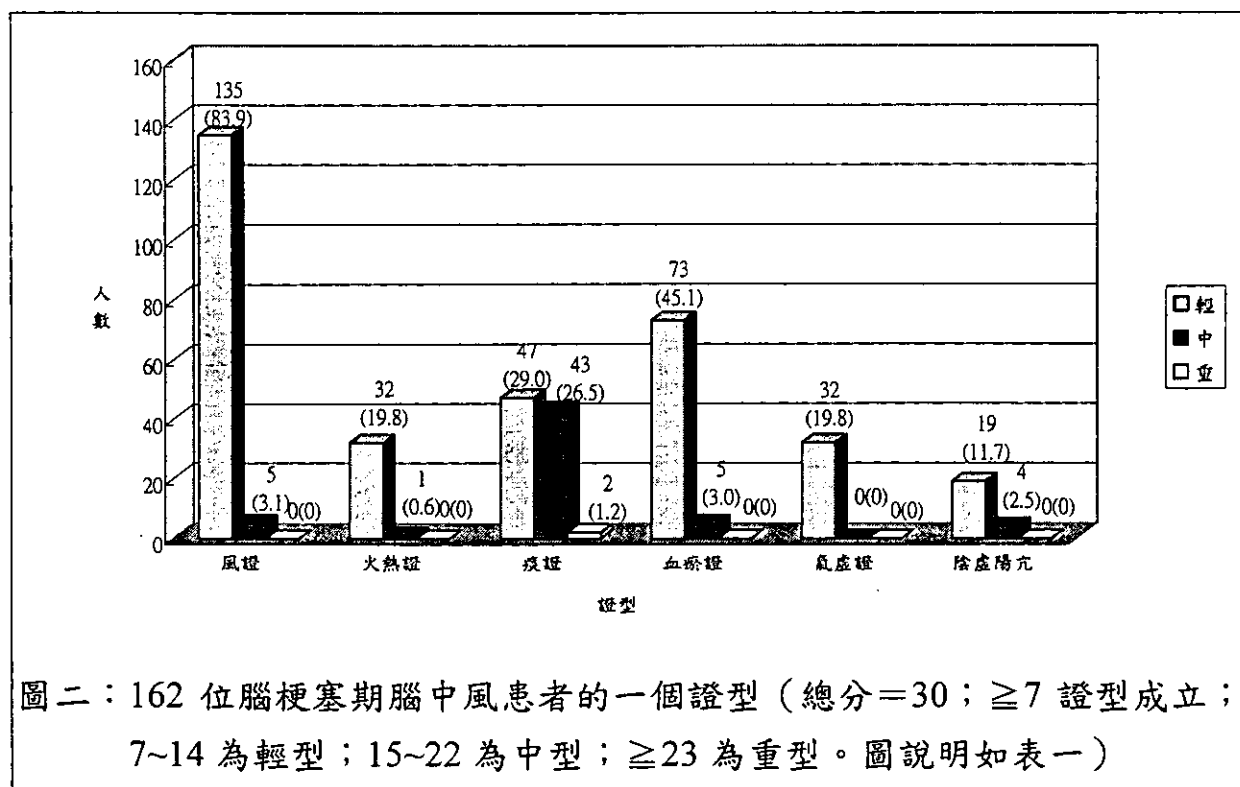
一、162 位腦梗塞期腦中風患者的基本資料

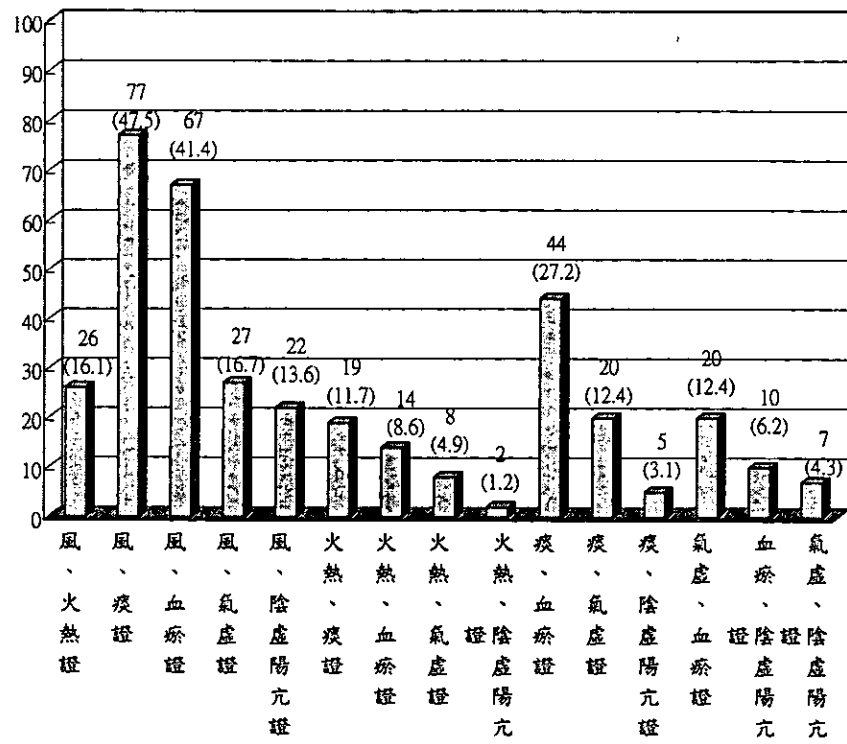
162 位腦梗塞急性期患者（女 63，男 99），他們的年齡分佈從 30 歲至 90 歲，平均 66.1 ± 12.4 歲。年齡分佈以 61-80 歲為最多，61-80 歲為高峰（圖一）。



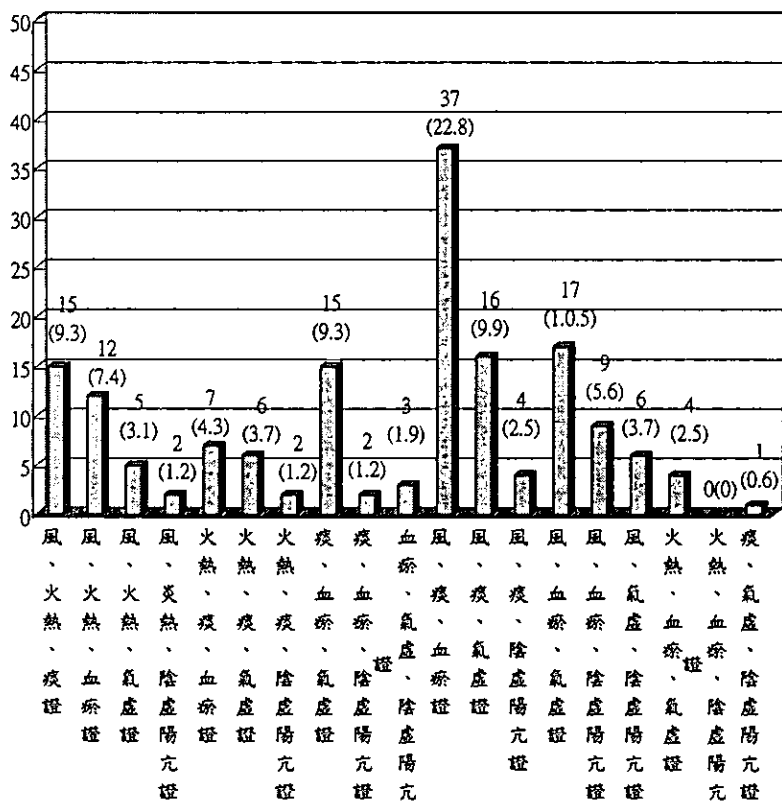
二、162 位腦梗塞期腦中風患者的證型

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，以及圖二、圖三、圖四、圖五、圖六和圖七。





圖三：162 位腦梗塞期腦中風患者的二個證型 (圖說明如表二)

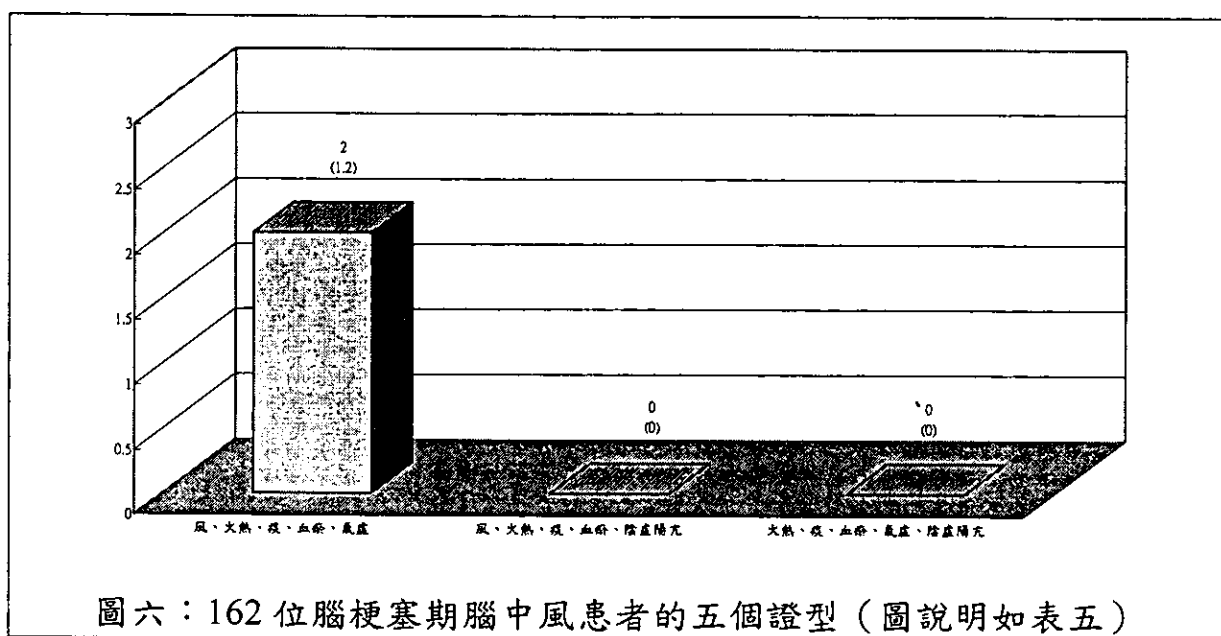


圖四：162 位腦梗塞期腦中風患者的三個證型（圖說明如表三）

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)

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

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。

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

Modified Rankin Scale

Score	Description
0	No symptoms at all
1	No significant disability despite symptoms ;able to carry out all usual duties and activities
2	Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance
3	Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance
4	Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance
5	Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention
6	Dead

TOTAL(0-6): _____

巴式量表 Barthel Index

姓名：		病歷號：		住院日期：		出院日期：	
診斷：							
項目	評分指標	分數	入院評估	出院評估			
一、進食	獨立。自己在合理時間內可用筷取食食物，若需使用輔助具時，可自行取用穿脫。	10					
	需協助穿脫進食輔助具。	5					
	無法自行進食。	0					
二、移位	可自行坐起，由床移位至椅子或輪椅不需協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且無安全顧慮。	15					
	在上述移位過程中需要協助或提醒，或有安全上的顧慮。	10					
	可自行坐起但需別人協助才能移至椅子。	5					
	不會自行移位。	0					
三、個人衛生	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮。	5					
	需別人協助。	0					
四、如廁	可自行上下馬桶不會弄髒衣褲並能穿好衣服，使用便盆可自行清理便盆。	10					
	需幫忙保持姿勢平衡，整理衣物及衛生紙，使用便盆時可自行取放便盆，但需仰賴他人清理。	5					
	需別人協助。	0					
五、洗澡	能獨立完成	5					
	需別人協助。	0					
六、平地行走	使用或不使用輔具皆可自行行走 50 公尺以上。	15					
	需稍微協助才能行走 50 公尺以上。	10					
	雖無法行走但可獨立操作輪椅，並可維持輪椅 50 公尺以上。	15					
	無法行走。	0					
七、上下樓梯	可自行上下樓梯，可使用扶手或柺杖。	10					
	需要扶持或監督。	5					
	無法上下樓梯。	0					
八、穿脫衣服	可自行穿脫衣褲。	10					
	需協助穿脫衣服，自己能完成一半以上的動作。	5					
	無法自己穿脫。	0					
九、大小便控制	不會失禁，需要時能自行使用栓劑。	10					
	偶而失禁，需協助使用栓劑。	5					
	失禁，需別人處理大便事宜。	0					
十、小便控制	不會失禁，需使用尿套、尿袋時，可自行使用及清理。	10					
	偶而失禁，需別人處理尿套。	5					
	失禁，需別人處理小便事宜。	0					
總		分					

中國醫藥大學附設醫院中風病辨證診斷量表

姓名：_____ 病歷號：_____ 病房：_____

發作時間：_____ 記錄時間：_____

問診	發病	1.48 小時達高峰 2.24 小時達高峰 3.病情變數 4.發病即達高峰
	頭痛或頭暈	1.頭痛或頭暈如摯 2.頭暈目眩 3.頭痛而痛處不移 4.頭痛如針刺鉅如炸裂 5.頭昏沈
	口	1.口苦咽乾 2.渴喜冷飲 3.口多粘涎 4.咳痰或嘔吐痰涎 5.痰多而黏 6.咽乾口燥或兩目乾澀或便乾尿少
	耳	1.耳鳴
	二便	1.便乾便難 2.便乾三日未解 3.便乾 5 日以上未解 4.尿短赤 5.大便溏或初硬後溏 6.小便自遺 7.二便自遺
	汗	1.稍動則汗出 2.安靜時汗出 3.冷汗不止 4.盜汗
	熱	1.發熱
	心悸	1.活動較多時心悸 2.輕微活動時心悸 3.安靜時常心悸
望診	神情	1.心煩易怒 2.躁擾不寧 3.神昏譫語 4.表情淡漠或寡言少語 5.神情呆滯或反應遲鈍或嗜睡 6.心煩不得眠
	面色	1.面紅赤或氣促口臭 2.臉下青黑 3.口唇紫黯 4.口唇紫黯且面色晦暗 5.面白 6.面白且面色虛浮 7.口唇乾紅或聲高氣粗 8.午後顴紅或面部烘熱或手足心熱
	目	1.目珠游動或目偏不瞬
	肢體	1.兩手握固或口噤不開 2.肢體抽動 3.肢體拘急或頸項急強 4.肢體不移 5.爪甲青紫 6.手足腫脹 7.肢體癱軟 8.手撒肢冷
	體態	1.體胖臃腫 2.神疲乏力或少氣懶言 3.語聲低怯或咳聲無力 4.倦怠嗜臥
	舌體	1.舌體顫抖 2.舌體歪斜或顫抖 3.胖大 4.胖大多齒痕 5.胖大多齒痕或舌痿 6.舌體瘦 7.舌瘦而紅 8.舌瘦而紅乾 9.舌瘦紅乾多裂
	舌苔	1.薄黃 2.黃厚 3.乾燥 4.灰黑乾燥 5.膩而水滑 6.厚膩 7.苔少 8.剝落苔 9.光紅無苔
	舌質	1.舌紅 2.舌淡 3.紅絳 4.舌背脈絡瘀張青紫 5.紫暗 6.瘀點 7.瘀斑 8.青紫
聞診	鼻	1.鼻鼾痰鳴 2.鼻鼾細微
切診	脈象	1.脈弦 2.實而數大或弦數或滑數 3.滑而濡 4.沈弦細 5.沈弦遲 6.澀或結或代 7.沈細或遲緩或脈虛 8.結或代 9.脈微 10.弦細或細數

記錄者：_____