

## 台灣出血型腦中風急性期中醫證型之研究

唐娜櫻<sup>1,2</sup> 劉崇祥<sup>1,2</sup> 陳維恭<sup>1,3</sup> 周德陽<sup>1,4</sup> 李采娟<sup>5</sup> 彭昱憲<sup>6</sup> 謝慶良<sup>7,8</sup>

中國醫藥大學 中醫學系 醫學系<sup>1</sup> 中國醫學研究所<sup>5</sup> 中西醫結合研究所<sup>7</sup>

中國醫藥大學附設醫院 神經部<sup>2</sup> 急診部<sup>3</sup> 神經外科部<sup>4</sup> 中醫部<sup>8</sup>

中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科<sup>6</sup>

**目的** 中醫的特點是整體觀和辨證論治，以辨證來決定治療方針，所以治療疾病的成敗與證型的判定有密切的關係。因此本研究的目的是探討出血型腦中風急性期的中醫證型。

**方法** 蒐集148位中部某醫學中心由急診入院，經頭部電腦斷層或磁共振造影檢查及神經科專科醫師診斷確定為出血型腦中風急性期病患，分別填寫腦中風登記表、生活功能獨立執行測量表、Modified Rankin Scale (MRS)、美國國家衛生研究院中風評量表(national institute of neurological disorders and stroke, NIHSS)、巴氏量表。另外，由兩位資深中醫師利用望、聞、問、切等四診診察，取得一致性後填寫中風病辨證診斷量表，以上工作都在腦中風發病開始7天之內完成。

**結果** 在148位中有一個證型，以風證最多141位(95.27%)，其次痰證60位(40.54%)、火熱證43位(29.05%)、血瘀證39位(26.35%)、氣虛證7位(4.73%)而最少為陰虛陽亢證3位(2.03%)。同時有兩個證型以風—痰證59位(39.86%)最多，其次為風—火熱證40位(27.03%)、風—血瘀證38位(25.68%)、火熱—痰證19位(12.84%)，痰—陰虛陽亢證和氣虛—陰虛陽亢各1位(0.68%)最少。有火熱證和有痰證患者的MRS，以及有氣虛證患者的NIHSS較無那些證型患者較輕。風證75.18%，火熱證86.05%，痰證71.67%，血瘀證79.49%，氣虛證85.71%，陰虛陽亢證100%有高血壓。另外，死亡的有8人(5.4%)，而無法歸類為風、痰、火熱、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等證型的3人中有2人死亡(66.7%)。

**結論** 台灣出血型腦中風急性期的中醫證型以風證、痰證、火熱熱和血瘀證為主。風、痰、火熱和血瘀是出血型腦中風的主要臨床表現。出血型腦中風患者火熱證比非火熱證，痰證比非痰證，氣虛證比非氣虛證的臨床表現較不嚴重。證型與高血壓有高度關係，而無法歸類為風、痰、火熱、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等證型的患者預後較差。(中台灣醫誌 2006;11:42-9)

### 關鍵詞

出血型腦中風急性期、中醫證型

### 前言

依據衛生署公布台灣九十三年死因前三名依序為惡性腫瘤、心臟疾、腦血管疾病(腦中風)[1]。腦中風一旦發病，容易使人造成殘廢，使國家、社會和家庭帶來極為重大的負擔，因此對於腦中風的研究是身為一位醫師無法推卸的職責。腦中風分成梗塞型和出血型兩種[2,3]，而漢代名

聯絡作者：謝慶良

地 址：404 台中市北區育德路2號

中國醫藥大學附設醫院 中醫部

收文日期：2005年7月14日 修改日期：2005年8月22日

接受日期：2005年9月21日

醫張仲景根據腦中風臨床表現意識障礙之有或無，分為中經絡和中臟腑，如《金匱要略·中風歷節病脈證并治第五》中有「風之為病，當半身不遂」，又「邪在絡，肌膚不仁；邪在經，即重不勝；邪入於腑，即不識人，邪入於臟，舌即難言，口吐涎」的記載[4]。有研究發現梗塞型腦中風以中經絡為多，而出血型腦中風多表現中臟腑[5-7]。出血型腦中風臨床表現為中臟腑或中經絡與出血量和出血部位有關[8,9]。唐宋以前認為腦中風是因「虛邪內中」所引起，而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」。明朝張景岳則主張中風「非風」，提出「內傷積損」的論點[10,11]。清朝王清任認為腦中風是因氣虛血瘀，因此用補陽還五湯來治療偏癱[12]。有研究報告指出出血型腦中風是本虛標實證，由於煩勞、七情、飲食等因素導致臟腑虛損，內生風火痰瘀，而造成腦出血[13]。

我們分析162位腦梗塞急性期患者時，發現台灣地區缺血性腦梗塞急性期的中醫證型與風、痰和血瘀關係較密切[14]。有研究發現大陸地區腦中風初發以風證為主，腦出血火熱證、肝陽上亢和閉證高於腦梗塞，而腦梗塞氣虛和血瘀高於腦出血[15]，因此我們初步推論台灣地區腦中風證型和大陸地區腦中風證型，兩者之間可能存在一些差異。中國大陸根據中風病辨證診斷標準[16]，分析中風急性證候發現中風以風、火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢互相組合的證型較多[17,18]。研究已知缺血性腦中風常於早晨休息狀態下發病[19]，出血性腦中風常發生於冬季、下午當身體用力或活動狀態下發病[20]，因此我們推測缺血性腦梗塞的中醫證型和出血型腦中風，兩者之間必然不同。

台灣地區出血型腦中風究竟有幾種證型，或何種證型居多尚未有資料可供查詢，又證型與臨床表現之間的相關性為何？這些因素都關係到中醫臨床治療的成敗，因此本研究的目的是探討台灣地區出血型腦中風的中醫證型，以及證型與臨床表現的相關性。我們選擇經頭部電腦斷層或磁共振造影及神經專科醫師確定為出血型腦中風的病患，在發病開始7天內完成中、西醫師診察，並分別填寫腦中風登記表、生活功能獨立執行測量表(functional independence measure ; FIM) [21]、Modified Rankin Scale (MRS) [22]、美國國家衛生研究院中風評量表(national institute of neurological disorders and stroke , NIHSS) [23-25]、巴氏量表(Barthel index ; BI) [26]，然後再由兩位資深中醫師根據望、聞、問、切等四診診察，取得一致後填寫於中風病辨證診斷量表。

## 材料與方法

### 對象

台灣中部某醫學中心由急診入院，經經頭部電腦斷層(CT)或磁共振造影(MRI)檢查，並經神經科專科醫師診斷確定為出血型腦中風病患。

### 收案標準

1) 兩性病患(男性和女性)。2)任何年齡(年齡不限制)。3)中風發病開始7天內。4)經頭部CT

表一 出血型腦中風急性期患者的年齡分佈 (N = 148)

年齡(歲)	男性	女性	n (%)
21-30	1	0	1 (0.68)
31-40	2	5	7 (4.73)
41-50	16	6	22 (14.86)
51-60	25	10	35 (23.65)
61-70	16	21	37 (25.00)
71-80	17	18	35 (23.65)
81-90	6	5	11 (7.43)

或MRI檢查，並經神經專科醫師判定為出血型腦中風。5)病人臨床表現有神經缺損，如運動、感覺或語言障礙等神經症狀。

### 排除標準

1)中風發病已超過7天。2)拒絕接受中醫辨證之病患。3)足夠證據顯示患者的意識障礙是由糖尿病或心臟病所引起。

### 出血型腦中風急性期病患病情資料的填寫

#### 基本資料填寫

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、急診醫師和神經專科醫師科檢視時間，以及FIM、MRS、美國NIHSS、BI。另外，記載來院時血壓、血糖和血脂濃度。

#### 中風病辨證診斷量表的填寫

腦中風發病開始7天內由資深兩位中醫師根據望、聞、問、切等中醫四診，並取得一致性後填寫。本研究之「中風病辨證診斷量表」係參考中國大陸王永炎等(1994年) [15]，將中風病分為風證、火熱證、痰證、血瘀證、氣虛證和陰虛陽亢證，每種證型總分為30分，若大於7分則該證型成立，7-14分為輕證、15-22為中度，而大於23為重證。風證以發病(從2分到8分)、肢體(從3分到7分)、舌體(從5分到7分)、目珠(從0分到3分)、脈弦(從0分到3分)和頭暈頭痛(從1分到2分)等項目為主；火熱證以舌質(從5分到6分)、舌苔(從2分到5分)、大便(從2分到4分)、神情(從2分到4分)、面目呼吸氣味(從2分到3分)、發熱(從0分到3分)、脈象(脈象2分)、口中感覺(從1分到2分)和尿短赤(從0分到1分)等項目為主；痰證以痰(從2分到8分)、舌苔(從6分到8分)、舌體(從4分到6分)、神情(從2分到3分)、脈象(3分)、頭昏沈(從0到1分)和體胖壅腫(從0到1分)等項目為主；血瘀證以舌質(從4分到9

表二 出血型腦中風急性期患者有一個證型 (N = 148)

證型	無 (%)	有 (%)	輕 (%)	中 (%)	重 (%)
風證	7 (4.73)	141 (95.27)	139 (93.92)	2 (1.35)	0 (0)
火熱證	105 (70.95)	43 (29.05)	40 (27.03)	3 (2.03)	0 (0)
痰證	88 (59.46)	60 (40.54)	47 (31.76)	12 (8.11)	1 (0.68)
血瘀證	109 (73.65)	39 (26.35)	35 (23.65)	4 (2.7)	0 (0)
氣虛證	141 (95.27)	7 (4.73)	7 (4.73)	0 (0)	0 (0)
陰虛陽亢	145 (97.97)	3 (2.03)	3 (2.03)	0 (0)	0 (0)

無=無證型；有=有證型；輕(總分7-14分)；中(總分15-22分)；重(總分大於23分)。

表三 出血型腦中風急性期患者的證型 (N = 148)

	n (%)		n (%)
二個證型		三個證型	
風—火熱證	40 (27.03)	風—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—痰證	59 (39.86)	火熱—血瘀—氣虛證	1 (0.68)
風—血瘀證	38 (25.68)	火熱—血瘀—陰虛陽亢證	2 (1.35)
風—氣虛證	7 (4.73)	痰—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—陰虛陽亢證	3 (2.03)	火熱—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
火熱—痰證	19 (12.84)	四個證型	
火熱—血瘀證	13 (8.78)	風—火熱—痰—血瘀證	7 (4.7)
火熱—氣虛證	2 (1.35)	風—火熱—痰—氣虛證	2 (1.35)
火熱—陰虛陽亢證	2 (1.35)	風—火熱—痰—陰虛陽亢證	1 (0.68)
痰—血瘀證	20 (13.51)	火熱—痰—血瘀—氣虛證	1 (0.68)
痰—氣虛證	6 (4.05)	火熱—痰—血瘀—陰虛陽亢證	1 (0.68)
痰—陰虛陽亢證	1 (0.68)	火熱—血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
氣虛—血瘀證	3 (2.03)	火熱—痰—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
血瘀—陰虛陽亢證	3 (2.03)	痰—血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)	風—痰—血瘀—氣虛證	3 (2.03)
三個證型		風—痰—血瘀—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—火熱—痰證	19 (12.84)	風—血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—火熱—血瘀證	13 (8.78)	風—火熱—血瘀—氣虛證	1 (0.68)
風—火熱—氣虛證	2 (1.35)	風—火熱—血瘀—陰虛陽亢證	2 (1.35)
風—火熱—陰虛陽亢證	2 (1.35)	風—火熱—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
火熱—痰—血瘀證	7 (4.73)	風—痰—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
火熱—痰—氣虛證	2 (1.35)	五個證型	
火熱—痰—陰虛陽亢證	1 (0.68)	風—火熱—痰—血瘀—氣虛證	1 (0.68)
痰—血瘀—氣虛證	3 (2.03)	風—火熱—痰—血瘀—陰虛陽亢證	1 (0.68)
痰—血瘀—陰虛陽亢證	1 (0.68)	風—火熱—痰—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)	風—火熱—血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—痰—血瘀證	19 (12.84)	火熱—痰—血瘀—氣虛—陰虛陽亢證	1 (0.68)
風—痰—氣虛證	6 (4.05)	六個證型	
風—痰—陰虛陽亢證	1 (0.68)	風—火熱—痰—血瘀—氣虛—陰	0 (0)
風—血瘀—氣虛證	3 (2.03)	虛陽亢證	
風—血瘀—陰虛陽亢證	3 (2.03)		

表四 出血型腦中風急性期患者證型與臨床嚴重度的關係 (N = 148)

證型／嚴重度	NIHSS (0-42)	BI (0-100)	MRS (0-6)	FIM (0-126)
風證				
無	22.71 ± 14.68	11.43 ± 26.10	4.71 ± 0.76	37.14 ± 37.00
有	21.68 ± 12.71	18.12 ± 27.51	4.48 ± 0.76	43.62 ± 34.90
火熱證				
無	22.78 ± 12.54	15.71 ± 25.57	4.56 ± 0.69	40.29 ± 32.83
有	19.16 ± 13.04	22.91 ± 31.15	4.30 ± 0.89*	50.70 ± 38.90
痰證				
無	23.48 ± 12.65	13.58 ± 24.50	4.63 ± 0.65	38.63 ± 32.21
有	19.17 ± 12.57	24.00 ± 30.32	4.28 ± 0.87*	50.18 ± 37.71
血瘀證				
無	23.44 ± 12.92	15.60 ± 27.20	4.58 ± 0.75	39.56 ± 33.87
有	16.95 ± 11.07	23.97 ± 27.34	4.23 ± 0.74	53.38 ± 36.00
氣虛證				
無	22.36 ± 12.68	16.70 ± 27.27	4.52 ± 0.76	41.86 ± 34.71
有	9.00 ± 5.72*	40.00 ± 20.82	3.86 ± 0.38	72.52 ± 25.62
陰虛陽亢證				
無	21.90 ± 12.81	17.76 ± 27.59	4.49 ± 0.76	43.24 ± 35.11
有	13.33 ± 5.51	20.00 ± 18.03	4.33 ± 0.58	46.67 ± 26.76

資料以平均值±標準差表示。無=無證型；有=有證型；NIHSS = national institute of neurological disorders and stroke (1分到42分)；BI = Barthel index (0分到100分)；MRS = Modified Rankin Scale (1分到6分)；FIM = functional independence measure (1分到126分)。\* $p < 0.05$  有vs無。

表五 出血型腦中風急性期患者高血壓、糖尿病、高血脂及心臟病之人數 (N = 148)

	n (%)
高血壓	112 (75.68)
糖尿病	13 (8.78)
高血脂	1 (0.68)
心臟病	12 (8.11)
高血壓&糖尿病	13 (8.78)
高血壓&心臟病	12 (8.11)
高血壓&糖尿病&心臟病	2 (1.35)

分)、頭痛(從5分到7分)、肢體(從5分到6分)、面色(從2分到5分)、脈象(從1分到3分)等項目為主；氣虛證以舌質舌體(從3分到5分)、體態聲音(從1分到4分)、汗(從2分到4分)、二便(從1分到4分)、肢體(從2分到4分)、心悸(從1分到3分)、面色(從1分到3分)和脈象(從1分到3分)等項目為主；陰虛陽亢以舌質舌體(從3分到9分)、舌苔(從5分到7分)、神情(從1分到3分)、熱象(2分)、頭暈目眩(從0分到2分)、盜汗(從0分到

2分)、耳鳴(從0分到2分)、乾燥(2分)和脈象(1分)等項目為主。此量表的各分量總分的計算為加總各個項目的得分，因此，分數愈高表其症候表現愈明顯。

#### 統計分析

以平均值、標準差和百分比來描述各變項分布。以 $t$ 檢定比較證型的有或無，其臨床嚴重度是否有顯著的差異。

## 結果

一百四十八位出血型腦中風急性期患者的基本資料

患者性別：女65人，男83人(年齡從26-90歲，平均66.8 ± 13.1歲)。年齡分佈以51-80歲為最多，61-70歲為高峰(表一)。另外，中醫辨證前已接受外科手術治療的有68位，而無手術治療的有80位。

一百四十八位出血型性腦中風急性期的證型

患者有一個證型，以風證為最多141位(95.27%)，其次痰證60位(40.54%)、火熱證43位

表六 出血型腦中風急性期患者證型與高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病之關係(N = 148)

	高血壓	糖尿病	高血脂	心臟病
風證 (%)	106 (75.18)	13 (9.22)	1 (0.71)	12 (8.51)
火熱證 (%)	37 (86.05)	3 (6.98)	1 (2.33)	4 (9.30)
痰證 (%)	43 (71.67)	6 (10.00)	1 (1.67)	8 (13.33)
血瘀證 (%)	31 (79.49)	4 (10.26)	1 (2.56)	7 (17.95)
氣虛證 (%)	6 (85.71)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (14.29)
陰虛陽亢證 (%)	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (33.33)

表七 出血型腦中風急性期患者各證型死亡人數(N = 148)

證型(人數)	死亡人數(%)
無證型 (3)	2 (66.7)
風證 (141)	3 (2.1)
火熱證 (43)	1 (2.3)
痰證 (0)	0
血瘀證 (0)	0
氣虛證 (0)	0
陰虛陽亢證 (0)	0
風證—痰證 (59)	1 (1.7)
風證—痰證—血瘀證 (19)	1 (5.3)

(29.05%)、血瘀 39 位(26.35%)、氣虛證 7 位(4.73%)，而陰虛陽亢證 3 位(2.03%)最少(表二)。

患者有兩個證型，風—痰證為最多，59 位(39.86%)，其次為風—火熱證 40 位(27.03%)、風—血瘀證 38 位(25.68%)、火熱—痰證 19 位(12.84%)，痰—陰虛陽亢證和氣虛—陰虛陽亢各 1 位(0.68%)最少(表三)。

有三個證型，風—火熱—痰和風—痰—血瘀證最多分別為 19 位(12.84%)，其次為風—火熱—血瘀證 13 位(8.78%) (表三)。

有四個證型，以風—火熱—痰—血瘀證最多 7 位(4.7%) (表三)。

患者同時出現五個證型的非常少(表三)。148 位出血型腦中風急性期患者沒有六個證型同時出現的患者(表三)。

#### 一百四十八位出血型性腦中風急性期患者證型與臨床嚴重度的關係

在 148 位出血型性腦中風急性期患者中，有火熱證和有痰證患者的 MRS，以及有氣虛證患者的 NIHSS 較無那些證患者輕(表四)。

#### 一百四十八位出血型性腦中風急性期患者證型與高血壓、糖尿病、高血脂症和心臟病之關係

一百四十八位出血型腦中風患者中有高血壓的 112 位(75.68%)，糖尿病有 13 位(8.78%)，高血脂有 1 位(0.68%)，心臟病有 12 位(8.11%) (表五)。有風證 75.18%，火熱證 86.05%，痰證 71.67%，血瘀證 79.49%，氣虛證 85.71%，而陰虛陽亢證 100% 都患有高血壓，但它們都與糖尿病、高血脂和心臟病關係小(表六)。

#### 一百四十八位出血型腦中風急性期患者證型與預後之關係

患者有 8 人死亡(5.4%)。無法歸類為風、痰、火熱、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等證型的有 3 人，其中 2 人死亡(66.7%)。風證、痰證、血瘀證 19 人，其中 1 人死亡(5.3%) (表七)。

## 討論

我們分析 148 位出血型腦中風急性期患者，年齡主要介於 51-80 歲之間，其中以 61-70 歲為最多，這個結果與中風大都發生於 65 歲以上的老人相類似[2]。148 位出血型腦中風急性期患者有一個證型，風證最多 141 位(95.27%)，其次痰證 60 位(40.54%)、火熱證 43 位(29.05%)、血瘀 39 位(26.35%)、氣虛證 7 位(4.73%)而陰虛陽亢證 3 位(2.03%)最少，這個結果與出血性中風較多出現風證和火證頗為類似[27]，據我們所知台灣目前尚未有類似的報告。肖詩鷹等(1996 年) [6]的研究發現出血性中風以陰虛陽亢證為最常見，但我們的結果顯示陰虛陽亢證只有 3 位(2.03%)，說明大陸地區的出血性腦中風與台灣地區仍存在地域的差異性。本研究的結果與其它研究認為腦中風以風、火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢的組合較多頗為一致[17,18]。另外，本研究 148 位出血型腦中風

急性期患者中於中醫辨證前已接受外科手術治療的有68位，是否會因外科手術治療而改變證型，有待進一步的研究。

我們分析148位出血型腦中風急性期患者發現有兩個個證型，風—痰證為最多，59位(39.86%)，其次為風—火熱證40位(27.03%)、風—血瘀證38位(25.68%)、火熱—痰證19位(12.84%)，痰—陰虛陽亢證和氣虛—陰虛陽亢各1位(0.68%)最少。三種證型同時出現，以風—痰—血瘀和風—火熱—痰最多各19位(12.84%)，其次為風—火熱—血瘀13位(8.78%)，其他非常少。四種證型同時出現以風—火熱—痰—血瘀證最多7位(4.7%)。五個證型同時出現的非常少，沒有六個證型同時出現的患者。這個結果與較早期的一個報告類似[18]。有研究報告指出台灣中風病急性期基本證候組合以兩個基本證候組合診斷例數最多，這個結果與我們的研究結果相類似。但我們的結果以風—痰證為最多，而非風瘀(血瘀)證，導致差異的原因與本研究所有對象都為出血型腦中風患者有關[28]。

另外，有興趣的是148位出血型腦中風急性期患者，有火熱證和有痰證患者的MRS，以及有氣虛證患者的NIHSS的嚴重度較那些無那些證型患者輕，這個結果是否所謂的病與證或脈與證合一有較好的預後不得而知，有必要進一步的研究。

我們分析的結果顯示148出血型腦中風患者高血壓有112位(75.68%)，糖尿病有13位(8.78%)高血脂有1位(0.68%)，心臟病有12位(8.11%)，這個結果和腦出血與高血壓最有關係一致[2]。雖然陰虛陽亢證100%都患有高血壓，但本研究只有3位，所以陰虛陽亢與高血壓的關係須再作進一步的探討。另外，148位出血型腦中風急性期患者有8人死亡(5.4%)。無法歸類為風、痰、火熱、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等證型的有3人，其中2人死亡(66.7%)。風證、痰證、血瘀證19人，其中1人死亡(5.3%)，是否說明病與證相合的預後較好，反之則較差，因病例太少無法下定論，有待進一步的研究。

由上述推論台灣出血型腦中風急性期以風、痰、火熱最有關，其次為血瘀，而與陰虛陽亢最沒有關係。出血型腦中風患者火熱證、痰證和氣虛證患者的臨床表現較無那些證型患者輕。出血型腦中風急性期中醫證型與高血壓有密切的關係。

## 致謝

我們感謝行政院衛生署中醫藥委員會CCMP93-RD-012研究經費的支持，使能完成此研究。

## 參考文獻

1. 行政院衛生署93年台灣地區主要死因分析。<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/93年/93.htm>。
2. Rowland LP. Merritt's Neurology. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2000:217-71.
3. Samuels MA. Manual of neurologic therapeutics. Boston New York Toronto London: Little, Brown and Company, 1995:207-23.
4. 李克光，楊百蕪。金匱要略。台北：知音出版社，1994:131-51。
5. 范剛啓，金潤泉，任繼學等。急性期中風病類診斷與顱腦CT掃描關係分析。江蘇中醫1994;15:38-40。
6. 肖詩鷹，王振海，金章安等。缺血性中風、出血性中風與中醫診斷的相關性研究。北京中醫藥大學學報1996;19:53-4。
7. 張東友，王進。中風病中醫臨床證型的CT研究。湖北中醫雜誌1998;20:21-3。
8. 梁清華，黎杏群，李家邦等。出血性中風病人的腦CT，中醫辨證與血液流變學的關係探討。湖南醫科大學學報1995;20:554-6。
9. 丁紅戰。315例中風病的CT計量分析。河南中醫2001;21:30-1。
10. 程士德。黃帝內經。台北：知音出版社，1994:377-84。
11. 王永炎。中風病要覽。台北市：志遠書局，1993:8-17。
12. 王清任。醫林改錯。台北市：集文書局，1993:69-86。
13. 常向明，胡中民，陳曉清。急性出血性中風發病機理及其辨治。中醫函授通訊1999;18:26-8。
14. 謝慶良，劉崇祥，唐娜櫻等。腦梗塞急性期中醫證型之研究。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。
15. 王道順，司志國，黃宜興等。中風病證候的初步研究。中國中醫急症1995;4:85-8。
16. 王永炎，任占利，王順道等。中風病辨證診斷標準(試行)。北京中醫藥大學學報1994;17:64-6。
17. 任占利，范吉平。中風病證候診斷標準的臨床驗證研究。北京中醫藥大學學報1994;17:41-3。
18. 王玉來，鄭慧，劉文娜。中風急症證候分析。中國中醫急症1995;4:75-8。

19. 尙明謙，任旭東，郭蘭芹。缺血性腦中風發病時間週期性差異及相關因素分析。《實用老年醫學》1996; 10:118-9。
20. 尙明謙，任旭東，郭述芳等。出血性中風發病時間的週期性差異及相關因素分析。《前衛醫藥雜誌》1996;13:274-5。
21. Functional Independence Measure (FIMTM) Instrument. 1997 Uniform Data system for medical rehabilitation, a division of UB foundation activities, Inc. Reprinted with the permission of UDSMR, University at Buffalo.
22. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988;19:604-7.
23. Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 1989;20:864-70.
24. Lyden P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. NINDS TPA Stroke Study Group. *Stroke* 1994;25:2220-6.
25. Wityk RJ, Pessin MS, Kaplan RF, et al. Serial assessment of acute stroke using the NIH Stroke Scale. *Stroke* 1994;25:362-5.
26. Wade DT, Skilbeck CE, Hewer RL. Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1983;64:24-8.
27. 梁偉雄，溫澤准，賴世隆等。中風病中醫證候特徵與腦病理改變的相關關係研究。《新中醫》1999;31:41-2。
28. 林建雄，馮曄，陳建霖等。中風病急性期中醫證候分佈分析。《北京中醫藥大學學報》2004;27:83-5。

# Study of Chinese Medicine Pattern of Acute Stage Hemorrhagic-type Stroke in Taiwan

Nou-Ying Tang, Chung-Hsiang Liu<sup>1,2</sup>, Wei-Kung Chen<sup>1,3</sup>, Der-Yang Cho<sup>1,4</sup>, Tsai-Chung Li<sup>5</sup>,  
Yu-Hsien Peng<sup>6</sup>, Ching-Liang Hsieh<sup>7,8</sup>

School of Chinese Medicine, School of Medicine<sup>1</sup>, Graduate institute of Chinese Medical Science<sup>5</sup>, Graduate institute of Integration Chinese and Western Medicine<sup>7</sup>, China Medical University, Taichung, Taiwan, R.O.C.  
Department of Neurology<sup>2</sup>, Department of Emergency<sup>3</sup>, Department of Neurosurgery<sup>4</sup>,  
Department of Chinese Medicine<sup>8</sup>, China Medical University Hospital  
Clinical Department of Integration Chinese and Western Medicine,  
Chung Shan Medical University Hospital<sup>6</sup>, Taichung, Taiwan, R.O.C.

**Purpose.** Chinese Medicine (CM) uses pattern identification to determine the method of treatment. The effective treatment is closely related to the Chinese Medicine pattern (CMP) identification. Therefore, the purpose of the present study is to investigate the CMP in patients with acute stage hemorrhagic-type stroke.

**Methods.** We collected 148 acute stage hemorrhagic-type stroke patients from the emergency department of a medical center in central Taiwan. All patients were studied within 7 days after stroke onset. Hemorrhagic-type stroke was confirmed by cranial computer tomography or by magnet resonance image, and a neurological specialist. Patient data was retrieved from Stroke Registry charts, Functional Independence measurements, Modified Rankin Scale (MRS), national institute of neurological disorders and stroke (NIHSS), and Barthel Index. In addition, CMP data of the patients were assessed by two CM doctors who used the four examinations including inspection, listening and smelling, inquiry and palpitation.

**Results.** A total of 148 acute stage hemorrhagic-type stroke patients were studied in the present study. In patients with one CMP, the Wind pattern (WP) 141 (95.27%) was most prevalent, followed by Phlegm pattern (PP) 60 (40.54%), Fire-hot pattern (FHP) 43 (29.05%), Blood-stasis pattern (BSP) 39 (26.35%), Qi-vacuity pattern (QVP) 7 (4.73%), Yin-Vacuity and Yang-hyperactivity pattern (YV-YHP) 3 (2.03%). In patients with two CMP, Wind-Phlegm pattern most prevalent 59 (39.86%), followed by Wind-Fire-hot pattern 40 (27.03%), Wind- Blood-stasis pattern 38 (25.68%), Fire-hot-Phlegm pattern 19 (12.84%). Phlegm-Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern 1 (0.68%), Qi-vacuity-Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern 1 (0.68%). The MRS score was lower in patients with FHP than those without FHP. Similarly, patients with PP had lower MRS score than those without PP. The NIHSS score was lower in patients with QVP than those without QVP. Hypertension in patients with WP was 75.18%, FHP was 86.05%, PP was 71.67%, BSP was 79.49%, QVP was 85.17%, and YV and YHP was 100%. A total of 8 patients (5.4%) die in 148 acute stage hemorrhagic-type stroke patients. 2 patients (66.7%) die in 3 patients who without WP, PP, FHP, BSP, QVP or YV and YHP.

**Conclusions.** CMP in patients with acute stage hemorrhagic-type stroke comprises WP, PP, FHP and BSP. The main clinical manifestations of acute stage hemorrhagic-type stroke are Wind, Phlegm, Fire-hot and blood stasis. The clinical manifestations were milder in patients with the FHP, PP and QVP than in patients without FHP, PP and QVP. The CMP is closely related to the CMP of hypertension. The prognosis is poor in acute stage hemorrhagic-type patients that did not have comprising WP, PP, FHP, BSP, QVP or YV and YHP. (Mid Taiwan J Med 2006;11:42-9)

## Key words

acute stage hemorrhagic-type stroke, Chinese Medicine Pattern

Received : 14 July 2005.

Revised: 22 August 2005.

Accepted : 21 September 2005.

Address reprint requests to : Shih-Wei Lai, Department of Family Medicine, China Medical University Hospital, 2 Yuh-Der Road, Taichung 404, Taiwan.