

台灣腦梗塞急性期病患中醫證型與臨床嚴重度之相關性

劉崇祥¹ 唐娜櫻¹ 李采娟² 彭昱憲³ 陳巍耀⁴ 謝慶良^{5,6}

中國醫藥大學附設醫院 神經部 中醫部²

中國醫藥大學 中醫學系¹ 中國醫學研究所² 中西醫結合研究所⁶

中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科³

澄清醫院 神經部⁴

目的 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，根據我們的認知台灣至今尚未有腦梗塞急性期中醫證型的報告，又證型與臨床嚴重度的關係至今未明，因此本研究的目的是探討腦梗塞急性期的中醫證型及其嚴重度的關係。

方法 我們評估162位台灣某醫學中心由急診入院腦梗塞急性期病患，他們都經頭部電腦斷層或磁共振影檢查以及神經科專科醫師診斷確定為腦梗塞，分別填寫腦中風登錄表、modified rankin scale (MRS)、美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale ; NIHSS)、巴氏量表(Bathel Index ; BI)和生活功能獨立執行測量表(functional independence measure ; FIM)。另外，由兩位資深中醫師經中醫望、聞、問、切等四診診察，取得一致性之後，填寫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 總共蒐集162位腦梗塞急性期患者，162位中有一個證型，以風證最多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%)。同時有二個證型，以風痰證77位(47.5%)最多，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%)。各證型出現的有和無，兩者之間的MRS，NIHSS及FIM分數都相似(all $p > 0.05$)。

結論 台灣腦梗塞急性期的中醫證型以風證、痰證和血瘀證為主，因此風、痰和血瘀是腦梗塞發病的主要表現。證型與臨床嚴重度沒有關係。(中台灣醫誌 2006;11:97-103)

關鍵詞

腦梗塞急性期，中醫證型，臨床嚴重度

前言

根據衛生署公布台灣93年腦中風的死亡率為十大死因的第三位[1]，除了發病後立即死亡外，大多數患者腦中風經常反覆性發作，最後導致不可逆的器質性腦損傷或死亡，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

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21日 修改日期：2005年10月28日

接受日期：2005年11月11日

退、意識障礙、感覺異常、運動功能障礙等[3]，因此常因殘廢而喪失工作，又需長期的休養和復健，造成家庭、社會和國家重大的負擔。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]。雖然現代有許多的方法和藥物可來治療腦中風，如腦出血型可以手術，而腦梗塞可用抗血小板凝集劑如 aspirin，血栓溶解劑如 urokinase，抗凝血劑如 heparin 等來治療[5]，但仍無法達到預期的效果。雖然有報告認為 tissue plasminogen activator 在缺血型腦中風發生後三小時內投予，可以減少腦組

織因缺血所造成的傷害，但也受限於有效治療窗口太狹窄，無法涵蓋大多數的腦中風病患，而且需冒出血的危險性[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類似腦中風疾病的記載，唐宋以前大多認為腦中風發生的原因為「虛邪內中」，而後則認為「內風」所引起。內經用仆擊、大厥、薄厥、偏枯、偏風、身偏不用、痲風、喎斜等來描述腦中風的臨床表現[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」。偏風是由於風邪入中臟腑的緣故。《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」。偏枯即半身不遂。因此內經認為腦中風的病因是由於「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》，張仲景認為「邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人，邪入於臟，舌即難言，口吐涎」，根據腦中風發病時有無意識障礙，將腦中風分為中經絡和中臟腑兩大類[9]。金元時代以後認為腦中風的原因是來自「內風」如劉河間主張「心火暴甚」，李東垣認為「正氣自虛」，而朱丹溪認為「濕痰生熱」。明朝張景岳則主張「內傷積損」，他認為腦中風是因「…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，所以忽爾昏愢，卒然仆倒」[10]。清朝王清任認為腦中風是由於氣虛血瘀[11]。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。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台灣腦梗塞急性期的中醫證型及其證型與臨床嚴重度的關係，我們選擇經頭部電腦斷層或磁振造影檢查，並經神經科專科醫師確定腦梗塞患者，於發病72小時內分別完成

填寫腦中風登錄表、modified rankin scale (MRS) [15]、美國國家衛生研究院中風評量表(national institutes of health stroke scale ; NIHSS) [16-18]、巴氏量表(barthel index ; BI) [19]和生活功能獨立執行測量表(functional independence measure ; FIM) [20]和中風病辨證量表。

材料與方法

對象

腦中風腦梗塞急性期病患的蒐集是於中部某醫學中心由急診室入院，經頭部電腦斷層或磁振造影檢查，以及神經科專科醫師診斷確定為腦梗塞的病患。

納入標準

性別：不分性別，男性和女性均可。年齡：任何年齡。時間：中風發作開始72小時內。病人臨床出現運動、感覺或語言障礙等神經症候。

排除標準

中風發病已超過72小時、拒絕接受中醫辨證之病患、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。

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填寫。

中風病辨證診斷量表的填寫

腦中風發病開始72小時內由兩位資深中醫師根據望、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 [12]，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)、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)、

表一 一百六十二位腦梗塞急性期患者臨床表現有一個證型

證型(人數)	無 人數 (%)	有 人數 (%)	輕 人數 (%)	中 人數 (%)	重 人數 (%)
風證* (161)	21 (13.0)	140 (87.0)	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)	23 (14.2)	19 (11.7)	4 (2.5)	0 (0)

* 一個 missing。無 = 臨床表現沒有證型；有 = 臨床表現有證型；輕 = 輕型；中 = 中型；重 = 重型。

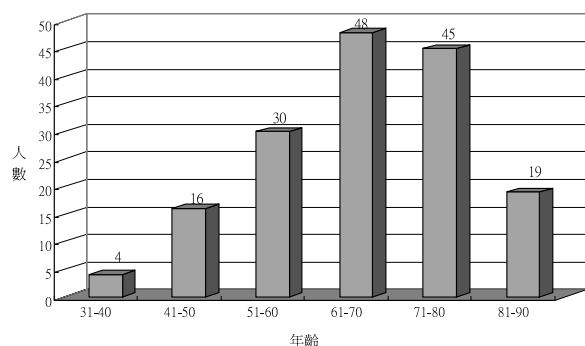


圖 一百六十二位腦梗塞急性期患者的年齡分佈。

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。

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

本研究總共完成 162 位腦梗塞急性期病患的

蒐集，他們都經過頭部電腦斷層或磁共振影檢查，並經過神經專科醫師診斷，以及發病開始 72 小時內完成腦中風病登記表、MRS、NIHSS、BI 和 FIM，以及中風病辯證診斷量表的填寫。

一百六十二位腦梗塞急性期患者的基本資料

一百六十二位腦梗塞急性期患者(女性 63 位，男性 99 位)，年齡分佈從 31 歲至 90 歲(平均值 ± 標準差，66.1 ± 12.4 歲)。年齡分佈以 61 至 80 歲為最多，61 至 70 歲為高峰(圖)。

一百六十二位腦梗塞急性期患者的中醫證型

患者臨床表現有一個證型者，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%)，而以火熱證、氣虛證和陰虛陽亢證較少，分別為 33 位(20.4%)，32 位(19.8%)和 23 位(14.2%)。又每一證型除了痰證輕型和中型相當外，其它以輕型為最多，中型和重證型非常少，甚至沒有(表一)。

臨床表現有二個證型者，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%)，火熱陰虛陽亢證 2 位(1.2%)最少(表二)。

臨床表現有三個證型者，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%)，火熱血瘀陰虛陽亢證為 0 位(0%)沒有出現(表二)。

臨床表現四個證型者，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%)，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為 0 位(0%)沒有出現(表二)。

臨床表現五個證型者，只有風火熱痰血瘀氣虛證 2 位(1.2%)，其它證型都沒出現(表二)。162 位腦梗塞急性期患者臨床表現六個證型 0 位(0%)，即沒有出現(表二)。

表二 腦梗塞急性期患者臨床表現之證型(N = 162)

證型	人數 (%)	證型	人數 (%)
二個證型		三個證型	
風、火熱證	26 (16.1)	風、痰、氣虛證	16 (9.9)
風、痰證	77 (47.5)	風、痰、陰虛陽亢證	4 (2.5)
風、血瘀證	67 (41.4)	風、血瘀、氣虛證	17 (10.5)
風、氣虛證	27 (16.7)	風、血瘀、陰虛陽亢證	9 (5.6)
風、陰虛陽亢證	22 (13.6)	風、氣虛、陰虛陽亢證	6 (3.7)
火熱、痰證	19 (11.7)	火熱、血瘀、氣虛證	4 (2.5)
火熱、血瘀證	14 (8.6)	火熱、血瘀、陰虛陽亢證	0 (0)
火熱、氣虛證	8 (4.9)	痰、氣虛、陰虛陽亢證	1 (0.6)
火熱、陰虛陽亢證	2 (1.2)	四個證型	
痰、血瘀證	44 (27.2)	風、火熱、痰、血瘀證	6 (3.7%)
痰、氣虛證	20 (12.4)	風、火熱、痰、氣虛證	4 (2.5%)
痰、陰虛陽亢證	5 (3.1)	風、火熱、痰、陰虛陽亢證	2 (1.2%)
氣虛、血瘀證	20 (12.4)	火熱、痰、血瘀、氣虛證	3 (1.9%)
血瘀、陰虛陽亢證	10 (6.2)	火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢證	0 (0%)
氣虛、陰虛陽亢證	7 (4.3)	火熱、痰、血瘀、氣虛證	3 (1.9%)
三個證型		痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	1 (0.6%)
風、火熱、痰證	15 (9.3)	風、痰、血瘀、氣虛證	12 (7.4%)
風、火熱、血瘀證	12 (7.4)	風、痰、血瘀、陰虛陽亢證	1 (0.6%)
風、火熱、氣虛證	5 (3.1)	風、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	2 (1.2%)
風、火熱、陰虛陽亢證	2 (1.2)	火熱、血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	0 (0%)
火熱、痰、血瘀證	7 (4.3)	五個證型	
火熱、痰、氣虛證	6 (3.7)	風、火熱、痰、血瘀、氣虛	2 (1.2)
火熱、痰、陰虛陽亢證	2 (1.2)	風、火熱、痰、血瘀、陰虛陽亢	0 (0)
痰、血瘀、氣虛證	15 (9.3)	火熱、痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢	0 (0)
痰、血瘀、陰虛陽亢證	2 (1.2)	六個證型	
血瘀、氣虛、陰虛陽亢證	3 (1.9)	風、火熱、痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢	0 (0)
風、痰、血瘀證	37 (22.8)		

一百六十二位腦梗塞急性期患者證型與臨床嚴重度的關係

患者之風、火熱、痰、血瘀、氣虛、陰虛陽亢等證型都與臨床嚴重度沒有顯著的關係(表三)。

討論

本研究參考中風病辨證診斷標準(試行)對於中風病風、火、痰、瘀、氣虛和陰虛陽亢的證候診斷標準的規定，風證著重於發病臨床症狀的演變，火熱證著重於舌質的表現，痰證著重於痰和舌苔的臨床表現，血瘀證著重於舌質的顏色和瘀斑，以及頭痛的臨床表現，氣虛證著重於舌體的臨床表現，陰虛陽亢著重於舌體和舌苔的臨床表現，著重的項目的加權分數較高[12]。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至80歲之間，平均年齡為66.1±12.4歲，其中以61至70歲為最多，這些結果與尚名謙等的報告相近[21]。我們的結果發現台灣腦梗塞急性期發病72小時內，臨床表現有一個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%。臨床表現為兩個證型以風痰證為最多佔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、痰和血瘀三者為最主要的臨床表現。另外，臨床表現有三種證型除了風、痰和血瘀證37位(22.8%)外，其餘都少。又臨床表現有四種、五種和六種證型的極少數，甚至沒有。據我們所知這個資料至今為止

表三 腦梗塞急性期腦患者證型與臨床嚴重度的關係(N = 162)

證型／嚴重度	MRS (0-6)	NIHSS (0-42)	BI (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

MRS = modified rankin scale (分數從0到6)；NIHSS = national institutes of health stroke scale (分數從0到42)；BI = barthel index (分數從0到100)；FIM = functional independence measure (分數從0到126)。

為台灣第一篇研究報告，尚未有資料可比較參考。王順道等[22]分析210例發病72小時內中風病的證候時，發現臨床表現以風證為最多佔86.16%，這個結果與我們的研究相類似。任占利和范吉平[13]總共觀察1085例腦中風患者，發現風、火熱、痰、血瘀、氣虛和陰虛陽亢六類證候的總體符合率到達87.7%，說明本研究採用相似的證型分析的結果是值得信賴的。

有研究認為中醫歷代醫家對腦中風發病的論點可歸納如下：唐宋以前為「內虛邪中」，金朝劉元素為「腎水虧衰」，明朝張介賓為「內傷積損」，清朝葉天士為「精血耗衰，水不涵木，肝陽偏亢，內風時起」，而王清任則認為「氣虛血瘀」，因此中風的主要病因為風、痰與瘀[10,23]，這些論點與本研究的結果不謀而合。

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等六種證型，各證型的有和無，兩者之間的MRS，NIHSS，BI和FIM等評量表之分數相似沒有顯著的差異，說明這六種證型與臨床表現的嚴重度沒有關係。張仲景《金匱要略》根據腦中風發病時意識障礙的有和

無，將中風分為中經絡和中臟腑兩類[9]，有研究報告中經絡在電腦斷層檢查所呈現的病灶小，病灶周圍清晰或僅見模糊，部位不明顯，而中臟腑病灶大，常有嚴重水腫，或出血[24,25]，說明風、火熱、痰、血瘀、氣虛和陰虛陽亢等六種證型，在腦梗塞急性期主要代表發病的原因，而中經絡與中臟腑與臨床表現的嚴重較有關。

我們的結論是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、痰和血瘀是腦梗塞主要的臨床表現，而這六種證型與臨床表現的嚴重度沒有明顯的關係。

致謝

本研究承蒙行政院衛生署中醫藥委員會九十二年研究計畫CCMP92-RD-009經費補助，謹此致謝。

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.htm>。
2. 行政院衛生署統計資料。全民健康保險醫療統計年

- 報<http://www.doh.gov.tw/statistic/>醫療統計年報/88.htm。
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. Rowland LP. Merritt's Neurology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:217-71.
 5. Bednar MM, Gross CE. Antiplatelet therapy in acute cerebral ischemia. *Stroke* 1999;30:887-93.
 6. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). *JAMA* 1995;274:1017-25.
 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;20:139-44。
 8. 程士德編著。黃帝內經。台北：知音出版社，1994:377-84。
 9. 李克光, 楊百蓊。金匱要略。台北：知音出版社 1994:131-51。
 10. 王永炎。中風病要覽。台北：志遠書局，1993:8-17。
 11. 王清任。醫林改錯。天津：科學技術出版社，1993:69-86。
 12. 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。
 13. 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。
 14. 王玉來, 鄭慧, 劉文娜。中風急症證候分析。 *中國中醫急症* 1995;4:75-8。
 15. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988;19:604-7.
 16. Brott T, Adams HP, Olinger CP, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 1989;20:864-70.
 17. 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.
 18. Wityk RJ, Pessin MS, Kaplan RF, et al. Serial assessment of acute stroke using the NIH Stroke Scale. *Stroke* 1994;25:362-5.
 19. 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.
 20. Functional Independence Measure (FIM™) instrument. 1997 Uniform Data system for medical rehabilitation, a division of UB foundation activities, Inc. Reprinted with the permission of UDSMR, University at Buffalo.
 21. 尚明謙, 任旭東, 郭蘭芹。缺血性腦中風發病時間周期性差異及相關因素分析。 *實用老年醫學* 1996;10:118-9.
 22. 王順道, 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。
 23. 李桂鳳。缺血性中風急性期中醫藥治療進展。 *河北中醫* 2001;23:396-8。
 24. 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。
 25. 劉義成, 張東友。中風病CT表現。 *現代診斷與治療* 1997;8:127。

The Chinese Medicine Pattern and Clinical Severity of Patients with Acute Stage Cerebral Infarct in Taiwan

Chung-Hsiang Liu, Nou-Ying Tang¹, Tsai-Chung Li², Yu-Hsien Peng³, Weiyao Chen⁴,
Ching-Liang Hsieh^{5,6}

Department of Neurology,⁵Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital;
¹School of Chinese Medicine, ²Graduate Institute of Chinese Medical Science, ⁶Graduate Institute
of Integration of Chinese and Western Medicine, China Medical University; ³Clinical Department
of Integration Chinese and Western Medicine, Chung Shan Medical University Hospital;
⁴Department of Neurology, Cheng-Ching Hospital, Taichung, Taiwan.

Purpose. Western Medicine treats specific diseases, whereas Chinese Medicine (CM) focuses on the whole body and pattern identification. CM utilizes four diagnostic methods including inspection, listening, smelling, and palpation to collect information about the human body. Based on the data from these four diagnostic methods, a Chinese Medicine pattern (CMP) is established. No reports of CMP of acute stage cerebral infarct in Taiwan have been published. The purpose of the present study is to investigate the CMP and clinical severity in acute stage cerebral infarct.

Methods. We evaluated 162 acute stage cerebral infarct patients at a medical center in central Taiwan. All of the patients were assessed within 72 hours after stroke onset. Cerebral infarct was confirmed by computed tomography or by magnet resonance imaging. The data of the patients were assessed by a Stroke Registry Chart, Modified Rankin Scale (MRS), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Barthel Index (BI) and Functional Independence Measure (FIM). In addition, the data of the patients were assessed by two CM doctors who used inspection, listening, smelling, inquiry and palpation to examine patients.

Results. A total of 162 acute stage cerebral infarct patients were studied. In patients with one CMP, the Wind pattern (n = 140, 87%) was most prevalent, followed by Phlegm pattern (n = 92, 56.7%), Blood-stasis pattern (n = 78, 48.1%), Fire-hot pattern (n = 33, 20.4%), Qi-vacuity pattern (n = 32, 19.8%) and Yin-Vacuity and Yang-hyperactivity pattern (n = 23, 14.2%). In patients with two CMPs, Wind-Phlegm pattern was most prevalent (n = 77, 47.5%), followed by Wind-Blood stasis (n = 67, 41.4%), and Phlegm-Blood stasis (n = 44, 27.2%); Fire-hot, Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern were found in only 2 patients (1.2%). In addition, there was no significant difference in MRS, NIHSS, BI and FIM scores between patients with CMP and those without CMP.

Conclusions. The predominant CMPs and clinical manifestations in patients with acute stage cerebral infarct are Wind, Phlegm and blood stasis. CMP was not related to the clinical severity of acute stage cerebral infarct. (Mid Taiwan J Med 2006;11:97-103)

Key words

acute stage cerebral infarct, Chinese medicine pattern, clinical severity

Received : 21 July 2005.

Revised : 28 October 2005.

Accepted : 11 November 2005.

Address reprint requests to : Ching-Liang Hsieh, Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, 2 Yuh-Der Road, Taichung 404, Taiwan.