

# 脑梗死中医辨证分型与 CT 影像学表现关系研究

祁方宇, 丁琴妹

湖州市南浔区人民医院, 浙江 湖州 313009

[摘要] 目的: 探讨脑梗死的中医辨证分型与 CT 影像学表现的关系。方法: 96 例脑梗死患者根据其中医辨证分型方法分为气虚血瘀组(A组,  $n=23$ )、肝阳暴亢组(B组,  $n=11$ )、风痰阻络组(C组,  $n=45$ )、阴虚风动组(D组,  $n=4$ )和痰热腑实组(E组,  $n=13$ )共5组, 均予以 CT 影像学检查, 分析不同类型脑梗死患者 CT 表现的差异。结果: ①A、D2 组患者病灶多集中于脑干处, 发生率分别为 34.8%和 75.0%; B、E2 组患者病灶则多集中于基底节处, 发生率分别为 54.5%和 46.2%; C 组患者病灶多集中于内囊处, 发生率为 48.9%。②除 E 组患者 CT 显示病灶为大片状外, A、B、C、D 各组患者病灶均以局灶性及腔隙性大小为主。5 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 脑梗死的中医辨证分型同 CT 检查影像表现间存在相关性, 临床可将其作为中医辨证分型的重要参考指标之一。

[关键词] 脑梗死; 中医辨证分型; CT 影像学; 相关性

[中图分类号] R743.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0029-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.014

脑梗死(cerebral infarction, CI)即缺血性脑卒中, 是一种因局部脑组织血液循环障碍而出现的缺氧、缺血性软化坏死疾病, 临床多以偏身麻木、口歪眼斜、半身不遂等为其主症<sup>[1]</sup>, 具有起病急、病情发展迅速等特点, 严重威胁患者的生命健康安全。中医学认为, 脑梗死属中风范畴, 可根据患者症状表现、相关病因等分为多种不同类型, 并予以辨证疗法, 以此提高治疗针对性与有效性。随着医疗技术的革新, 传统中医也与时俱进, 在临床研究中借助先进的科学仪器以提高诊断准确性。本研究为探讨脑梗死的中医辨证分型与 CT 影像学表现的关系, 以 96 例 CI 患者为受试对象, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 中医辨证分型标准 参照《中风病辨证与成方治疗》<sup>[1]</sup>中拟定的相关标准。

1.2 纳入标准 ①西医符合《急性脑梗死诊断和治疗指南》<sup>[2]</sup>中拟定的 CI 相关临床诊断标准; ②中医符合《中医诊断学》<sup>[3]</sup>及《中医内科学》<sup>[4]</sup>中相关诊断标准; ③发病至送院间隔不足 3 天者; ④家属签署自愿同意书者。

1.3 排除标准 ①有中风史且遗留后遗症; ②合并严重心肺功能障碍; ③精神障碍或语言障碍; ④临床资料不全者。

1.4 一般资料 观察病例为 2012 年 7 月—2014 年 2 月本院治疗的 96 例脑梗死患者。均经过头颅 CT 扫描、实验室检查, 确诊为 CI。根据其中医辨证分型结果分为气虚血瘀组(A 组,

$n=23$ )、肝阳暴亢组(B 组,  $n=11$ )、风痰阻络组(C 组,  $n=45$ )、阴虚风动组(D 组,  $n=4$ )和痰热腑实组(E 组,  $n=13$ )共 5 组。A 组男 12 例, 女 11 例; 平均年龄( $63.9 \pm 4.8$ )岁; 均存在面色㿔白, 气短乏力, 舌质暗淡, 舌苔白腻或有齿痕, 脉沉细等表现。B 组男 7 例, 女 4 例; 平均年龄( $66.8 \pm 3.6$ )岁; 均存在面红目赤, 口苦咽干, 神志不清, 舌质红、舌苔黄腻, 脉弦滑有力等表现。C 组男 26 例, 女 19 例; 平均年龄( $65.9 \pm 3.7$ )岁; 均存在头晕目眩, 痰多而粘, 舌质暗淡、舌苔薄白或白腻, 脉弦滑等表现。D 组男 2 例, 女 2 例; 平均年龄( $62.8 \pm 3.5$ )岁; 均存在眩晕耳鸣, 手足心热, 咽干口燥, 舌质红瘦、少(无)苔, 脉弦细数等表现。E 组男 7 例, 女 6 例; 平均年龄( $64.4 \pm 4.0$ )岁; 均存在头痛目眩, 咯痰或痰多, 腹胀便干便秘, 舌质暗红、苔黄腻, 脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大等表现。2 组基本资料经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 2 研究方法

5 组患者入院即可予以中医辨证分型, 后均予以头颅 CT 影像检查, 采用飞利浦 MX4000 型双排螺旋 CT 扫描仪完成检验。参数设置: 电压: 120kV, 电流: 300 mA, 层厚: 1 cm, 层距: 1 cm。给予 Perfusion CT3.0 专用软件处理图像, 传输入医师计算机后备份。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 将所有受试对象按其中医辨证分型结果分组,

[收稿日期] 2015-03-20

[作者简介] 祁方宇(1978-), 男, 主治医师, 主要从事影像诊断临床研究工作。

行头颅 CT 扫描检测后详细记录影像学表现, 并归纳整合。

3.2 统计学方法 使用统计学软件 SPSS14.0 分析数据, 计数资料以百分率表示, 5 组间比较采取多重 R×C 表 $\chi^2$  检验。

#### 4 研究结果

4.1 各组 CT 显示病症分布情况分析 见表 1。A 组、D 组 2 组患者病灶多集中于脑干处, 发生率分别为 34.8% 和 75.0%; B 组、E 组 2 组患者病灶则多集中于基底节处, 发生率分别为 54.5% 和 46.2%; C 组患者病灶多集中于内囊处, 发生率为 48.9%。5 组间比较, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=29.525, P < 0.05$ )。

表 1 各组 CT 显示病症分布情况分析 例(%)

组别	n	内囊	丘脑	脑干	脑叶	小脑	基底节
A	23	4(17.4)	0	8(34.8)	1(4.4)	3(13.0)	7(30.4)
B	11	2(18.2)	2(18.2)	1(9.1)	0	0	6(54.5)
C	45	22(48.9)	1(2.2)	0	4(8.9)	3(6.7)	15(33.3)
D	4	1(25.0)	0	3(75.0)	0	0	0
E	13	3(23.1)	1(7.7)	0	1(7.7)	2(15.4)	6(46.2)

4.2 各组 CT 显示病灶大小分布情况分析 见表 2。除 E 组患者 CT 显示病灶为大片状外, A、B、C、D 各组患者病灶均以局灶性及腔隙性大小为主, 5 组间比较, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=23.425, P < 0.05$ )。

表 2 各组 CT 显示病灶大小分布情况分析 例(%)

组别	n	大片状	局灶性	腔隙性
A	23	3(13.0)	15(65.2)	5(21.7)
B	11	1(9.0)	5(45.5)	5(45.5)
C	45	6(13.3)	19(42.2)	20(44.4)
D	4	0	3(75.0)	1(25.0)
E	13	8(61.5)	2(15.4)	3(23.1)

#### 5 讨论

脑梗死作为临床致死率较高的脑血管疾病, 具有起病急、病情发展迅速、治疗难度大、预后差、后遗症发生风险高等特点, 严重威胁患者生命健康安全。本研究为探讨脑梗死的中医辨证分型同 CT 扫描影像学表现间的相关性, 选取 96 例 CI 患者为受试对象, 并根据中医辨证分型结果分为 A、B、C、D、E 5 组, 代表气虚血瘀型、肝阳暴亢型、风痰阻络型、阴虚风动型和痰热腑实型等 CI 中医分型。发现 A、D 2 组患者在颅脑 CT 影像显示下, 其脑梗死病灶多集中于脑干区域, 且以 D 组患者尤甚, 其纳入研究的 4 例患者中有 3 例病灶均于此处分布, 发生率达到 75.0%; 而 B、E 2 组患者病灶则多集中于基底节处, 发生率分别为 54.5% 和 46.2%, 仅 C 组一型的病灶多

发于内囊区域。

张永全等<sup>[9]</sup>也在其报告中指出, 虚证组中包含的气虚血瘀型、阴虚风动型患者病灶多发于脑干处, 火热组中包含的痰热腑实型、肝阳暴亢型患者病灶集中于基底节区域, 而风痰阻络则以内囊处为主要病灶盘踞点。许倩倩等<sup>[6]</sup>也在其报告中得到类似结论, 其认为, CT 及 MRI 等多项影像学检查项目可作为中医学“望闻问切”四标准中“望”的延伸, 其相较于传统观形辨质而言, 能更准确、直观、透彻地显示病灶的实际大小、具体位置、分布情况等信息, 为诊断者的判断提供有力依据。医者在辨证分型时参考影像学检测结果, 可提高其诊断准确性, 利于患者节省诊疗时间, 提高治疗效率。刘强等<sup>[7]</sup>虽也认同 CT 影像学检查可作为中医辨证分型的辅助参考指标, 但其报道中指出, 本研究涉及到的五种分型类型患者在 CT 检测图像中显示, 其病灶大小比较, 差异均无统计学意义, 均多以单发、小片状病灶为主要表现形式。对这一差异, 笔者分析, 可能与同样本纳入数量及受试者个人差异等相关, 可在扩大样本容量并缩小主观差异后再次研究探讨, 以获得更为准确的研究结果。

综上所述, 脑梗死的中医辨证分型同 CT 检查影像表现间存在相关性, 临床可将其作为中医辨证分型的重要参考指标之一, 对缩短患者诊断用时、提高诊疗效果及准确性等具有积极意义。

#### [参考文献]

- [1] 尹国有. 中风病辨证与成方治疗[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2006.
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 《中华心血管病杂志》编辑委员会, 中国循环杂志编辑委员会. 急性脑梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(2): 710.
- [3] 陈家旭, 邹小娟. 中医诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [4] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [5] 张永全, 邢军, 张惠玉, 等. 急性脑梗塞的中医辨证分型与头颅 CT、MRI 的研究[J]. 贵阳中医学院学报, 2011, 33(5): 45-48.
- [6] 许倩倩. 脑卒中的中医辨证分型与 MTHFR 多态性相关性研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2012.
- [7] 刘强, 江勋源. 磁共振弥散加权成像在急性缺血性脑卒中不同中医证型中的应用研究[J]. 山西医药杂志: 下半月版, 2010, 39(18): 819-821.

(责任编辑: 刘淑婷)