

• 思路与方法学 •

脑血管病临床辨证规范化定量化初探

首都医学院宣武医院神经内科 孟家眉 梁宝华

北京同仁医院神经内科 张树懿

北京中医医院针灸科病房

中医辨证的定量化、规范化一直是继承和发展中医事业者的深切愿望。因为，在中医基本理论指导下进行辨证论治是中医的核心。在临床工作如何能更全面、更规范地辨证就显得十分必要。

在脑血管病的临床研究中，理论上的一致性被辨证缺乏规范化而搞乱了。不同单位报告的病例，虽有统一的辨证分型的标准，也常常出现很大的差异，这是容易理解的。因为，每一位患者都呈现大量的舌、脉、症所见，临床医生们以往的实践经验不同，极易出现对一位患者，甲医生据某几个见症辨为血瘀，乙医生据另外几个见症辨为痰浊。这样就造成了无法统一辨证也无法进行纵向观察病变的演变规律，无法在医疗单位或经治医师间进行对比，难以进一步发挥辨证论治的优越性。因此，我们在自己临床观察的基础上初步制定了一个辨证量表，征询了几位中医专家的意见，进行了 100 例的预试验。初步证明这个设想是可行的。对急性期的患者都可较为规范地定性、半定量地分辨正虚和邪实的特征，可以作为病机研讨及临床论治的客观基础。

现将我们的工作情况汇报如下，希望能起到抛砖引玉的作用。

一、脑血管病中医辨证量表

(一) 气虚证(总分 30 分；以下症状后括号内为该症状积分)

1. 舌体：肿大(4)；肿大边多齿痕(6)。

2. 出汗：进餐或稍热饮则汗出(2)；动则汗出(3)；安静时则汗出(5)。

3. 体态和声音：少气懒言(2)；气短乏力、动则尤甚(3)；倦怠嗜卧(5)。

4. 面色：晄白(2)；晄白虚浮(3)。

5. 心悸：活动较多时心悸(1)；轻微活动即心悸(2)；安静中即心悸(3)。

其他：咳痰声弱或无力咳痰(1)；咳或大笑时则遗尿或尿后余沥(2)；便先干后溏或便溏每日两次以上者(2)；舌苔白腻(2)；脉沉细无力或虚弱无力或结代(1)。

(二) 血瘀证(总分 30 分)

1. 舌下静脉充盈、青紫(4)；舌紫暗或青紫舌或瘀点(7)；舌质见瘀斑(10)。

2. 唇色：紫暗(3)；紫暗且面色晦暗(6)。

3. 头痛：痛处不移(3)；如针刺或炸裂感，痛处不移(6)。

4. 脉象：沉弦细(1)；沉弦迟(2)；脉涩(3)。

5. 其他：瘫肢疼痛固定不移(2)；睑下青黑(3)。

(三) 阴虚阳亢证(总分 30 分)

1. 舌体舌质：瘦小(3)；瘦而红(4)；瘦而红干(6)；瘦而红干多裂(8)。

2. 舌苔：苔少或见剥脱苔(2)；舌光无苔(4)。

3. 情绪：遇事易怒，但可控制(1)；烦急易怒，不易控制(2)；烦躁不安(3)。

4. 脉象：弦细(2)；弦细数(3)。

5. 其他：午后颧红或面部烘热或手足心热喜置凉处或五心烦热(2)；盗汗(2)；口唇干、便干、尿少(2)；目干涩或视物模糊(2)；时作头痛或眩晕或耳鸣(2)；入睡困难或白天嗜睡(2)。

(四) 风证(总分 30 分)

1. 病程：起病较急由轻到重 72 小时症状达到高峰(2)；起病较急由轻到重 48 小时症状达到高峰(4)；起病突然由轻到重 24 小时症状达到高峰(6)；发病时症状即达高峰(8)。

2. 舌体：颤抖(2)；偏歪且颤抖(4)。

3. 肢体：不自主地抖动或抽动(3)；突然颈项强直或肢体拘急(4)。

4. 眩晕：头晕(2)；眩晕不能张目，张目则天地翻复(4)。

5. 其他：舌质尖边红或舌红或红绛(1)；舌苔薄白或薄黄或白厚或黄厚(1)；脉象弦(3)；目珠振动或目珠游动(3)；目珠偏斜或目不能瞬(2)。

(五) 痰证(总分 30 分)

1. 舌苔：苔腻(6)；苔厚腻或厚腻而黄(8)。

2. 舌体：肿大(2)；肿大多齿痕(3)。

3. 痰涎：口多粘涎(2)；喉中痰鸣(3)；痰多且

粘(4)。

4. 呕吐: 时时恶心作呕(2); 呕吐痰涎(4)。

5. 神情: 表情淡漠、寡言少语(2); 神情呆滞、反应迟钝(4)。

6. 头痛: 头昏沉(不清醒感)(2); 头昏沉而闷痛(3)

7. 其他: 脉弦滑或滑数或沉滑或濡(2); 体胖(2)。

(六) 火热证(总分30分)

1. 面目呼吸口中气味: 面红目赤、口唇干红(3); 面红目赤、口唇干红、气促而口臭(4)。

2. 舌质: 舌质红(3); 舌质红绛(5)。

3. 舌苔: 薄黄(2); 黄腻(3); 黄厚干或焦黄(5)。

4. 神情: 神情活跃、多言多语(1); 急躁多怒或烦躁不安(2); 谵语(3); 神昏谵语(4)。

5. 口中感觉: 口干粘喜饮(2) 口干舌燥喜冷饮(3)。

6. 尿: 尿黄(1); 尿黄少(2); 尿如浓茶色量少(3)。

7. 大便: 便干便难(2); 数日一次如羊屎(3); 大便秘结(4)。

8. 脉象: 弦滑数大, 90次/分以上(2)。

二、制定本量表的原则

(一) 遵循中医认为脑血管病是本虚标实的理论认识, 把辨证分为六项(气虚、阴虚阳亢、血瘀、风证、痰证、火热证)主要的辨判对象。

(二) 辨证项目对各证是不同的, 选择的是对公认为该项证的确认有意义的。

(三) 给分时对辨认该证有特征意义者给分高。例如: 舌见瘀斑(10分), 舌体瘦红干多裂(8分), 苔厚腻(8), 单见此一项即可分别确定血瘀、阴虚、痰浊的存在。有辨证意义但特征性不强, 给分较低。难于确定其正虚或邪实性质者不列入。

(四) 同一项目中, 分级给分应确实反映轻重的程度, 临床上难以分辨, 其判定难以规定客观标准者不列入。

(五) 核算平衡各证的积分, 统一成为最高30分。6分以下不定, 7~14分为轻型, 15~22分为中型, 23~30分为重型。

三、100例预试验结果

全部病例诊断均经CT证实, 其中脑出血40例, 包括蛛网膜下腔出血11例, 脑缺血60例, 包括椎一基底动脉供血不全7例。病程3天以内者65例, 4~10天者32例, 10天以上者3例。按上文所述量表辨证分型, 列于表1、表2。

四、几点说明

1. 用一个量表, 使临床观察中那些无法用实验室数据来客观衡量的项目可以用数字表示其程度(计

表1 100例脑血管病辨证分型分级表

见 证	共 计	轻 (7~14分)	中 (15~22分)	重 (23~30分)
气 虚	74	53	20	1
血 瘀	41	35	6	0
阴虚阳亢	18	16	2	0
风 证	85	64	23	0
痰 证	52	43	9	0
火 热 证	28	31	7	0
无证可辨	0	0	0	0

表2 100例脑血管病综合见证统计表

综合见证例数	各 种 证 型	出血 (例)	缺血 (例)
一个证 (6)	风证	2	2
	阴虚阳亢	1	0
	痰证	1	0
二个证 (32)	气虚、风证并见	6	7
	风证、热证并见	5	0
	气虚、痰证并见	0	3
	风证、痰证并见	0	2
	风证、血瘀并见	0	2
	气虚、血瘀并见	0	2
	痰证、热证并见	0	2
	阴虚阳亢、风证并见	0	1
	气虚、热证并见	1	0
	血瘀、痰证并见	0	1
三个证 (35)	气虚、血瘀、风证并见	2	5
	气虚、风证、痰证并见	3	6
	气虚、痰证、热证并见	0	4
	风证、痰证、热证并见	0	2
	风证、血瘀、热证并见	1	2
	气虚、风证、热证并见	2	1
	风证、血瘀、痰证并见	1	1
	阴虚、风证、痰证并见	0	1
	气虚、阴虚、血瘀并见	0	1
	气虚、血瘀、痰证并见	0	1
	阴虚、风证、热证并见	1	0
	气虚、阴虚、风证并见	1	0
	气虚、血瘀、风证、痰证并见	1	5
四个证 (20)	气虚、血瘀、风证、热证并见	3	1
	气虚、风证、痰证、热证并见	3	2
	气虚、阴虚、血瘀、风证并见	1	1
	血瘀、风证、痰证、热证并见	0	2
	气虚、阴虚、风证、热证并见	0	1
	气虚、阴虚、风证、痰证、热证并见	1	2
五个证	气虚、阴虚、血瘀、痰证、风证并见	2	0
	气虚、血瘀、风证、痰证、热证并见	2	0
	气虚、血瘀、风证、痰证、热证并见	2	0

分), 使之得到比较全面、客观的反映, 这在医学界已

经流行多年，并得到普遍公认。诸如痴呆、抑郁等的客观评定，都有多种多样的量表检测。国际量表设计的原则是具有：(1)特异性。(2)可靠性(即可重复性)。(3)敏感性。(4)可行性(要简洁)。(5)规范性(即可交流性)。(6)可计量性(即等级可分辨性)。我们引用了这样的设计原则，遵循传统的中医学理论，设计的这个脑血管病辨证量表，经100例预试验，100%可以辨证。初步看来是可行的。显然这个辨证方法比单纯罗列正虚或邪实见证的辨证方法，从定性的客观化和可以粗略定量而言，无疑进了一步。有必要沿这个方向作更多的努力，使之逐步完善。

2. 在预试验过程中，我们另外设计了一个观察记录表，按望、闻、问、切排列，除列入了量表中要求观察评分的项目外，也列入了中医常规应当观察而在量表中未曾采用的见证。共79项，一一观察记录。这样从辨证过程而言，比我们通常做的要复杂一些，每辨一例需30~40分钟。我们认为要想客观反映病人整体正邪抗争的情况，这是必须的。不能以偏盖全。

3. 预试验的结果(见表2)，病人的见证十分复杂。本组100例中见4个证以上的就有27例，见3个证的有35例之多，而且是多种形式的复合。这是符合脑血管病的客观情况的。我们应在错综复杂的情况下逐步深入探讨病机，根据各证得分有高低不同，而分别采用不同的治疗原则。例如，益气、活血、祛痰、熄风法，活血通络熄风法等等。

4. 预试验后总结时，我们发现这个量表还需要不断修改和完善。如嗜睡症属气虚或痰浊的鉴别问题，二便失禁及平素常有肉跳等证的归属及打分问题，舌下静脉曲张的评定标准，各证的主要脉象等问题，都分别给予了修改和补充。

5. 我们将在这个基础上扩大验证，并作纵向研究，观察脑血管病患者见证的演变规律，努力探研中医辨证施治的优越性。我们热切希望搞其他临床研究的同行，搞出一批类似的、适用于不同疾病的客观辨证量表，综合起来成为一个统一的、整体的中医定性、定量的辨证方案。

桂枝茯苓丸加味治疗多囊肝2例

湖南省中医药研究院 何耀荣

例1 严××，男，54岁，干部。发现右上腹肿块4年余。1984年11月因肿块增大，胁痛、腹胀痞满不适等，赴上海某医院诊为多囊肝，并于同年11月16日行肝囊肿开窗引流术，术中证实肝脏满布大小不等囊肿。住院月余，症状缓解后带药出院。出院2个月后，腹胀胁痛再次发作，伴头昏、恶心、便溏、心烦失眠，在当地经中西药治疗年余均罔效，1986年10月12日来我院要求中药治疗。患者呈慢性病容，形体消瘦，面色无华，眼眶黧黑，发枯不荣，皮肤粗糙，右上腹膨隆，压痛拒按，右胁胀痛，甚时刺痛，下肢轻度浮肿，舌质紫暗，苔黄中心厚腻，脉弦细而涩。肝功能各项检查正常，B超示肝脏有多个液暗区。遂投以桂枝茯苓丸(汤)加味：桂枝10g，茯苓20g，牡丹皮15g，白芍、桃仁、刺猬皮各12g，红参5g(蒸兑)，麝香2分(冲兑)，柴胡7g。水煎服，日1剂。并配用肌苷、肝乐、维生素等护肝西药。服上药10剂后，上述诸症减轻，守前方加丹参，藜香易麝香，党参易红参，西药及服法同前。又进20剂后，诸症已衰其大半，腹胀、胁痛大减，右上腹肿块日渐缩小，压痛减轻，又于原方加白术、青皮，去党参，西药以齐墩果酸片易肌苷，余照服。服药3月后，诸症基本消除，于1987年4月赴上海某医院复查，B超及各项肝功能检

查均未见异常，判为临床治愈。随访至今，无复发。

例2 吴××，男，56岁，农民。患多囊肝合并多囊肾10年余，因病情日益加剧于1986年11月6日来我院就诊。呈慢性病容，表情苦楚，形体消瘦，面色萎黄，下肢浮肿，右上腹胀满疼痛，纳差，精神不振，倦怠乏力，形寒肢冷，腰酸痛，劳动则症状加重，右肾区稍膨隆，压痛明显，拒按，时常伴有头昏头痛，耳鸣心悸，失眠多梦，性欲减退，遗精频作，便溏，并经常感冒等；舌质偏红，苔白中心稍黄而润，脉沉涩无力。B超检查提示左肝叶有20余个大小不等之液暗区，大者约7×12mm，小者如黄豆大；右肾区有6个液暗区，大者约5×11mm，小者3×7mm。西医诊断多囊肝合并多囊肾。中药以桂枝茯苓丸(汤)加味：桂枝、桃仁、泽泻各10g，茯苓20g，白芍、淫羊藿各12g，牡丹皮、白术各15g，麝香2分(兑服)，红参5g(蒸兑)。水煎服，日1剂。配合肝乐、齐墩果酸片护肝西药。服前方10剂后，诸症减轻，二诊守方减麝香、红参，加刺猬皮、白术、柴胡，又进20剂。三诊时，胁痛腰痛均明显减轻，右肾区膨隆压痛消失，尚能参加轻微劳动。又嘱继服上方1月，1987年元月底复查，B超及肝功正常，临床痊愈，嘱服桂附八味丸等1月以善后效，随访至今无复发。