栏目特约 江中集团

血管性痴呆肝阳上亢证的临床辨证体征

★ 王新新[1] 齐向华[2] 彭伟[2] 马永刚[1] (1.山东中医药大学 2004 级硕士研究生 济南 250014;2.山东中医药大学附属医院 济南 250011)

摘要:在对文献及现代中医诊断学整理的基础上,对中医体征进行分类整理,制定了血管性痴呆中医体征调查表;应用临床流行病学方法,通过对 264 例血管性痴呆病人临床病例的调查,填写体征调查表,并进行统计学分析,得出与血管性痴呆肝阳上亢证诊断关联性较大的几个临床体征。

关键词:血管性痴呆;肝阳上亢;中医体征;临床研究

中图分类号:R 749.1 **文献标识码**:A

体征是指医生在诊察疾病过程中,通过体检和客观检查发现的异常表现,这些异常表现对于疾病的诊断与治疗具有十分重要的意义。所谓的中医体征是指在中医临床过程中通过对患者望、闻、切三诊的查体所获得的客观征象,这些客观征象能够指导我们的临床辨证,可以说如果没有体征,中医的辨证论治就无从谈起。

血管性痴呆有不同于其他疾病的特点,即很难通过问诊获得病情的详细资料,有了体征诊断就能弥补症状诊断上的不足,从而顺利的进行辨证论治,更好地发挥中医学的优势,为提高临床疗效提供支持。

1 临床资料

1.1 研究对象

山东中医药大学附属医院、山东大学齐鲁医院、山东大学第二医院及千佛山医院 2006 年 7 月～2006 年 12 月间符合血管性痴呆诊断的住院患者共计 264 例,年龄均在 45～80 岁。

1.2 诊断标准

血管性痴呆的临床诊断必须具备下列 3 条:

(1)痴呆。经临床检查和神经心理学评价确定先前较高认知功能水平有明显下降,包括:① 记忆障碍;② 认知领域两项或两项以上障碍(定向力、注意力、语言、空间能力、执行能力、运动控制和行为);③ 上述两种损害严重到足以影响病人的日常生活活动能力,而不是由于中风本身的躯体影响所致;④ 排除干扰神经心理学评价的意识障碍、谵妄、神经症、严重失语或明显的感觉运动障碍,以及能引起记忆和认知缺损的全身系统疾病或其它脑病如阿尔茨海默病(AD)等。

(2)脑血管病。① 神经系统检查证明有脑血管病(不管是否有中风病史)引起的局灶性体征,如偏瘫、中枢性面瘫、病理征、感觉障碍、偏盲、构音障碍等;② 有时无局灶性体征,但有影像学检查(CT 或 MRI)证实的脑血管病证据也可考虑,如多发的大血管梗死或单个的关键部位的梗死(角回、下丘脑、基底前脑或 PCA、ACA 区等),以及多发基底节和脑白质腔隙性梗塞,或广泛的脑室周围白质损害,或上述病变共存。

(3)上述两种损害有因果关系,即具备下述一项或两项:① 在明确的中风后 3 个月内发生痴呆;② 突然认知功能衰退,或波动样、阶梯样进行性认知功能损害。

1.3 血管性痴呆的中医辨证分型

采用 1997 年田金洲等制订的血管性痴呆中医辨证量表(SDSVD)进行血管性痴呆中医辨证[2]。证型分别是肾精亏虚证、痰浊阻窍证、瘀血阻络证、肝阳上亢证、火热内盛证、腑滞浊留证、气血亏虚证。各证候满分为 30 分,7 分为该证候诊断成立。

1.4 纳入排除标准

1.4.1 纳入标准 (1)符合血管性痴呆诊断标准;(2)年龄

[5]吴大真,刘学春,董静.现代名中医糖尿病治疗绝技[M].北京:科学技术文献出版社,2003.185～187,282,185,170

[6]陆纪宏.试论中医辨治高脂血症[J].辽宁中医杂志,1991(2):1

[7]杨玉芳.活血化瘀与喘证方药研究[M].北京:中国中医药出版社,1994.85

[8]金英.略谈糖尿病阴虚与痰湿瘀血的关系[J].贵阳中医学院学报,1999(2):5

[9]程汉桥.糖尿病从痰湿论治的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(4):48～49

[10]杨辰华.从痰湿论治糖尿病胰岛素抵抗的体会[J].四川中医,2005,23(1):10～11

(收稿日期:2006-12-29)

江西中医药 http://www.ajutcm.com

45～80岁;(3)男女均可,女性应是无生育能力的绝经期后妇女(至少绝经1年以上);(4)意识清楚;(5)简易精神状态检查(MMSE)评分≤26分;(6)Hachinski缺血量表(HIS)评分≥7分;(7)认知损害出现前有腔隙性脑梗死病史;(8)对研究人员的观察和评价有良好的依从性;(9)有一定文化程度,既往能阅读简单的报纸文章和写简单的小文章。

1.4.2 排除标准 (1)阿尔茨海默病或其他原因的痴呆;(2)Hachinski缺血量表(HIS)评分=5,6分或≤4分;(3)抑郁症或其他精神障碍;(4)有癫痫病史、脑炎、头部损伤病史或能引起痴呆的其他疾病;(5)嗜酒、吸毒或其他精神性药物滥用者;(6)意识障碍、明显失语、失用或其他严重躯体疾病不能配合者;(7)脑出血、蛛网膜下腔出血、大面积脑梗死、Binswanger病患者。

2 研究方法

编制血管性痴呆中医体征调查表:参照《四诊抉微》、《中国民间局部诊法》、《观甲诊病》、《中医腹诊学》、《中医诊断学》中之体征,结合导师临床经验,编制中医体征调查表。临床流行病学调查:对符合诊断标准的血管性痴呆病人进行全面、系统、细致的中医临床查体,填写中医体征调查表。

资料整理与统计。将全部资料输入EXCEL表,建立辨证体征数据库,用统计软件进行统计处理。logistic回归模型的建立采用逐步回归的非条件性logistic回归分析。

3 研究内容及结果

按照上述临床病例选择标准,符合《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)》有关肝阳上亢证辨证标准者为肝阳上亢证组,符合其他证型辨证标准者归入非肝阳上亢证组。共调查264例患者,其中瘀血阻络证组40例,非瘀血阻络证组224例。因中医体征调查表之观察指标共有383项,所需样本量太大,故结合专业知识,选取各证型共有的、出现频数高的辨证体征指标进行统计分析,共选取六类9项体征,把每一类未纳入之体征归为其他,定义面色为ms,耳形为ex,眼色为ys,目形为mx,唇色为cs,颈部为jb(见表1,括号内数据表示各体征在264例调查病例中出现的次数),证型为zx(符合肝阳上亢证为1,非肝阳上亢证为0);用SAS8.1统计软件之非条件性logistic逐步回归分析进行统计处理。

表1 各证型共有辨证体征频数表

Ms	01=印堂红赤(62)	02=面色晦暗(95)	03=其他
Ex	01=耳轮色晦暗(95)	02=其他	
Ys	01=目暗浊(48)	02=其他	
Mx	01=目窠肿(53)	02=眼周色黑(85)	03=其他
Cs	01=唇色紫暗(50)	02=唇色红干(90)	03=其他
jb	01=人迎脉动甚(42)	02=其他	

所得血管性痴呆肝阳上亢证之诊断模型为:

Logit(P)= -1.626 3+2.443 2 ms01(0.572 1)+3.324 3 ms02(0.881 3)+3.202 0 ys01(0.682 2)+4.998 8 mx02(1.290 1)+1.929 0 cs 02(0.505 1)+4.382 2 jb01(0.885 4)

模型有效性经卡方检验卡方值为98.227 0,$P<0.000\ 1$,模型成立。常数项、ms01、ms02、ys01、mx02、cs02、jb01的偏回归系数分别为-1.626 3、2.443 2、3.324 3、3.202 0、4.998 8、1.929 0、4.382 2,P均$<0.000\ 1$,故模型成立。

因此,ms01(印堂红赤)、ms02(面色晦暗)、ys01(目暗浊)、mx02(眼周色黑)、cs02(唇色红干)、jb01(人迎脉动甚)六项体征对肝阳上亢证的定性诊断有意义。

4 结论

我们通过临床观察并进行了统计学处理,得出以下几个中医体征与肝阳上亢证的诊断具有直接相关性:

(1)人迎脉动甚。"人迎"是中医古脉法的一个诊脉部位,即"颈动脉"搏动处[1]。从古代文献的记载来看,多从人迎穴乃足阳明胃经之穴位,主张人迎脉候胃,主六腑之气。而"肝病者,令人善怒……气逆则头痛"提示肝阳上亢证有"亢 与"上冒"的临床特点[2]。故冲气引动胃气上逆,表现于外可见人迎脉搏动明显。

(2)口唇红干。肝阳上亢其主要病机就是:热病煎灼津液,阴津匮乏,而津液不足,无以上承于口,口唇失却滋润,故见唇干。火热之邪充斥体内,故可见唇红。

(3)印堂红赤。热邪充斥,循经上扰,亢盛之阳反映于面,可见印堂色红。再者,阴虚无以敛阳,阳气浮越于上,也可见印堂红赤。

(4)面色晦暗。肝阳上亢的病机是在肝肾阴虚的基础上发展而来的,而肾阴不足的患者,会出现面色的晦暗不荣、少泽。《诊宗三昧》:"苍黑属肝与肾。"因此,在临床若出现面色晦暗者,要考虑与肝阳上亢的可能性。

(5)眼周色黑。即目胞上下颜色晦暗,失去光泽。"眼胞颜色晦暗,多属肾虚。"[3]而肝阳上亢的一个主要病机就是肝肾阴亏,所以,眼周色黑可以作为肝阳上亢的体征之一。当然,按照五轮学说,目胞属肉轮,在脏内应于脾,脾主肌肉。在临床中要根据实际情况,灵活辨证。

(6)目暗浊。是指白睛暗浊,黑睛色滞,毫无精彩,正如《银海精微》认为:"肝肾之气充足,则眼目精彩光明;肝肾之气亏乏,则昏朦眩晕。"[3]正因为肝肾不足是肝阳上亢的一个重要病因,而目暗浊肝肾不足的表现,从而该体征就可以作为肝阳上亢的体征之一。

综上,人迎脉动甚、口唇红干、印堂红赤、面色晦暗、眼周色黑、目暗浊可以做为肝阳上亢证诊断的几个相关体征,但是临床上不能单单拘泥于此,当结合其他体征,灵活处理。

正因为体征诊断与症状诊断相比有明显的优势,而且相对症状来说更客观,容易操作,有利于提高临床工作者的诊断水平,有利于中医辨证客观化,有利于中医诊断走向现代化,有利于中医走向国际化,所以可以从中医体征的研究入手,以更好地探索证候标准化的途径和方法。

参考文献

[1]张志枫,王志国."人迎脉"在颈补证[J].医古文知识,2002,(4):26

[2]胡随瑜.经颅多普勒超声扫描术对肝阳上亢证患者辨证诊断的初步评价[J].湖南大学学报,1997,22(2):133

[3]麻仲学.中国医学诊法大全[M].济南:山东科学技术出版社,1989.7,23

(收稿日期:2006-12-29)

江西中医药 http://www.ajutcm.com