

·第四次中华中医药科技成果论坛论文·

颅脑损伤相关疾病中医病名的规范性刍议

范小璇, 赵晓平, 梁格婷, 方永军, 柏鲁宁, 侯文

(陕西中医学院附属医院外四科, 中西医结合神经外科研究室, 咸阳 712000)

摘要: 颅脑损伤相关疾病是现代社会的常见病和多发病, 因其致死致残率高而倍受关注, 中医药因其在并发症和恢复期不可替代的疗效而被临床广泛应用, 并成为近年来深入研究的热点。但是, 目前中医药对于颅脑损伤相关疾病的治疗仍以各家临床体会为著, 交流困难, 深入研究更难, 究其原因笔者发现, 颅脑损伤相关疾病没有统一的中医命名是主要的原因之一。为此, 笔者进行了相关的研究, 从中医对颅脑损伤认识的现状、颅脑损伤中医命名的尴尬、“外伤性脑病”作为颅脑损伤相关疾病中医病名的合理性、“外伤性脑病”急性期辨证分型的探讨4个方面进行了总结分析, 提出了“外伤性脑病”作为颅脑损伤相关疾病中医命名的观点, 与各位专家学者共同探讨, 期望为颅脑损伤的中医药治疗研究和学术交流提供理论依据。

关键词: 颅脑损伤; 中医命名; 外伤性脑病

颅脑损伤是现代社会的常见病和多发病, 也是青少年致死致残的首要疾病, 在治疗上备受各界的重视, 中医药因其不可替代的临床疗效而被广泛应用, 但多为各家之言。在规范和标准成为推动行业发展的今天, 颅脑损伤相关疾病因其没有标准化的中医病名而难以进行学术交流和深入研究。为此, 推动颅脑损伤相关疾病中医病名的规范化和标准化, 明确其内涵, 为颅脑损伤相关疾病的中医药治疗具有巨大的意义。

中医对颅脑损伤认识的现状

1. 中医对“脑”和“髓海”的认识 早在春秋战国时期, 对“脑”就有了一定的认识, 在《管子·水地篇》就有了“脑”的记述。《说文解字》云:“脑本作囀, 头髓也”。《素问·五脏生成》云:“诸髓者, 皆属于脑”。《素问·奇病论》云:“髓者, 以脑为主”。《灵枢·经脉》曰:“人始生, 先成精, 精成而脑髓生”。《素问·五脏生成篇》:“诸髓者, 皆属于脑”。《素问·刺禁论》:“刺中心, 一日死……刺头, 中脑户, 入脑立死”, 《三因极一病证方论·头痛证治》:“头者, 诸阳之会, 上丹产于泥丸宫, 百神所聚”。《本草纲目》:“脑为元神之府”。《本草备要》:“人之记性, 皆在脑中, 小儿善忘者, 脑未满也, 老人健忘者, 脑渐空也”。《医林改错·脑髓说》中指出:“灵机记性在脑者, 因饮食生气血, 长肌肉, 精汁之清者, 化而为髓, 由脊骨上行入脑, 名曰脑髓”。《存存斋医话稿》:“脑散动觉之气, 厥用在筋, 第脑距身远, 不乃引筋以达百肢, 复得颈节脊髓, 连脑为一, 因遍及也。脑之皮分内外层, 内柔而外坚, 既以保全体气, 又以肇始诸筋。筋自脑出者, 六偶, 独一偶愈颈至脑下, 垂胃口之前, 余悉在顶内, 导气于五官, 或令之动, 或令之觉。又从脊髓出筋三十偶, 各有细脉傍分, 无肤不及”。《医学衷中参西录》云:“人之脑髓空者……甚或猝然昏厥, 知觉运动俱废, 因脑髓之质, 原为神经之本源也”。《说文解字》云:“海, 天池也, 以纳百川者”。《灵枢·海论》云:“脑为髓之海, 其输上在于其盖, 下在风府”, “髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒, 目无所见, 懈怠安卧”。《证治准绳》云:“盖髓海真气之所聚, 卒不受邪, 受邪死不治”。《医林改错·脑髓说》中指出:“盛脑髓者, 名曰髓海”。

2. 中医对损伤的认识 伤, 《说文·人部》:“创也。从人, 殤省声”。《孝经·开宗明义章》:“不敢毁伤”。邢昺疏:“伤, 谓损伤”。《说文解字约注》卷十五:“今俗谓体肤受破损有痕迹者皆曰伤”。《礼记·月令孟秋》载:“命理瞻伤、察创、视折、审断, 决狱讼必端平”。汉代蔡邕曾有明确注释:“皮曰伤, 肉曰创, 骨曰折, 骨肉皆绝曰断”。《外台秘要·卷二十九》曰:“此病有两种, 一者外损, 一者内伤”。《深师方》曰:“病从高坠下伤内, 血在腹聚不出”。《中藏经·论杂病必死候第四十八》曰:“病坠损, 内伤, 脉小弱者死”, 至《刘涓子鬼遗方》正式提出“内伤”的病名。

3. 中医对颅脑损伤的认识 《灵枢·邪气脏腑病形》云:“若有所坠堕, 恶血留内而不去”。《仙授理伤续断秘方》云:“凡脑骨伤碎, 轻轻用手搏令平正”, 又如“凡脑骨伤碎, 在头骨上, 则可治; 在太阳穴, 乃是命处, 断然不可治矣”。《保婴撮要·卷十六》专列“脑骨伤损”, 指出“脑骨伤损者, 用轻手搏令端正, 剪去其发”;

《证治准绳》云：“凡脑骨伤，碎在鞭处，可治。若伤太阳穴不可治”。“脑震伤”为解放初上海骨伤科名家石筱山、石幼山所创^[1]，魏氏伤科秘方“脑震伤散”，该散后更名为“脑震伤片”^[2]，在2012年国家中医药管理局发布的第3批《24个专业104个病种中医诊疗方案（试行）》提出“脑髓震荡”的病名。

颅脑损伤中医命名的尴尬

在我国现行的《中医病证分类与代码》国家标准中，将颅脑损伤相关的疾病分类至“骨伤科病”，与之相关的病名有“头部内伤病（BGU010）”“损伤出血病（BGU040）”“损伤疼痛病（BGU040）”“损伤晕厥病（BGU070）”“损伤眩晕病（BGU100）”和“创伤病（BGC000）”。就目前医疗的现状而言，颅脑损伤的治疗多在独立的中西医结合外科进行，与骨伤科分离已经很久，习惯的将颅脑损伤归为“骨伤科病”使临床医务工作者所不能接受的，就是在没有独立外科的中医医疗机构，该病的诊治也在急诊科或者脑病科进行，因此就出现了对该病的分诊尴尬，其为第一；颅脑损伤疾病一旦出现，其临床表现因伤情的不同差异很大，重型损伤后出现了五脏六腑的病变，多数人将其诊断为“头部内伤病”，但是其损伤出现后常伴有耳道、鼻道的出血（颅底骨折导致的脑脊液漏），是否又应该诊断为“损伤出血病”；患者损伤时常出现晕厥等意识丧失的问题，似乎又应该诊断为“损伤晕厥病”，同时，一些情况下患者出现了短暂的昏厥，又立即清醒，这一情况西医多属于脑震荡，中医又好像应该属于“脑髓震荡”的范畴；患者受伤后出现昏迷-清醒-再昏迷，多属于西医中的硬膜外血肿，这不知是否该诊断为“损伤晕厥病”；患者受伤后出现了立即昏迷并长期昏迷不醒（弥漫性轴索损伤、脑干损伤等），甚至植物生存状态，好像应该诊断为“损伤晕厥病”，患者受伤后因头部以外其它部位的创伤引起休克而出现了晕厥，这也非常常见，经过短时间的抗休克治疗后患者既神志回复，逐渐清醒，这种状态好像也应该诊断为“损伤晕厥病”，患者受伤后一时的应激而出现的昏厥，短暂休息或情绪平复后患者既清醒，全身检查并未出现器质性病变，好像也应该诊断为“损伤晕厥病”。这一“损伤晕厥病”的治疗方法无论从中医还是西医都大相径庭，产生了治疗和理解上的歧义，学术交流更无法进行。就颅脑损伤而言，损伤后出现单纯以眩晕为主要症状的疾病临床非常少见，眩晕常作为一个伴发症状而出现，这种情况诊断不诊断“损伤眩晕病”都不恰当，如果诊断，眩晕只是伴随症状，如果不诊断，损伤后出现眩晕是主要的临床表现之一。“创伤病”的病名更不适合于颅脑损伤的诊断，其内涵太大，可以认为一切因创伤所致的疾病，或者说与创伤有关的疾病都可以诊断为“创伤病”，但是头部创伤和其它部位的创伤临床表现和治疗都不相同，这样的病名也就自然失去了其诊断的意义。

目前在中医药大力发展的研究的背景下，相关医疗机构都在找适合颅脑损伤的命名，采用“头部内伤病”命名者居多，黑龙江中医药大学附属第二医院、山东中医药大学第二附属医院、中山市中医医院、甘肃省中医院、广东省第二中医医院等诸多医疗机构均采用了这一病名，但是这一病名仍然存在诸多弊端，作为中医病名并不妥当。“头部内伤”一名，在不同教材中指代不同病种，包括“颅脑损伤”“脑损伤”“脑震荡”“脑挫裂伤”等不同范围、不同级别的病类；“脑海损伤”既为“脑损伤”的中医病名，又为其某一类型“脑挫裂伤”的中医病名；同样“脑髓损伤”既指“脑损伤”，又指“脑挫裂伤”^[3]。“内伤”语出《素问·疏五过论》，其中含义有二：一为病因之一，泛指内损脏气的致病因素，如七情不节，饮食饥饱、劳倦，房事过度等；二为病名，又叫内损，多由跌打、坠堕、碰撞、用力举重、旋转闪挫等外伤所致。一般有伤气、伤血、伤脏腑之分；《中医基础理论》^[4]中指出：“所谓内伤病是指因人的情志或行为不循常度，直接伤及脏腑而发病的致病因素，包括七情、过劳、过逸、饮食失宜等”。以上解释让人很纠结，为什么作为病因的“内伤”所致的疾病不是“内伤病”，而作为病名的“内伤”所指疾病却为跌打、坠堕、碰撞等外伤所致？在上述医疗单位的《头部内伤病中医诊疗方案》中均指出“头部内伤见于头皮损伤、颅骨骨折、脑损伤、脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿和脑干损伤等，是由外伤所致。受伤后出现头痛、恶心呕吐、躁动不安、意识障碍、昏迷不醒等位主要表现的头部损伤性疾病”。这里更是明确提出了“头部内伤病”是由“外伤所致”，与“内伤病因”无关。笔者不禁要问：到底是内伤还是外伤？看来要理清这一概念和命名并不是一件容易的事情，在信息时代，信息的简化易懂是时代的要求，病名的规范、标准且通俗易懂是解决颅脑损伤中医病名尴尬局面、推动中医治疗颅脑损伤的研究和学术交流的迫切需要。

“外伤性脑病”作为颅脑损伤相关疾病中医病名的合理性

在我国现行的《中医病证分类与代码》国家标准和卫生部2011年发布的《疾病分类与代码（修订版）》中并无“外伤性脑病”的病名。通过中国知网查询，“外伤性脑病”这一名词最早出现在1997年廉和平的文章《通补

法治疗外伤性脑病3则》^[5]中：“外伤性脑病是因暴力作用于颅脑，造成脑的实质性或功能性损伤，临床上表现为神志异常和功能障碍”，1998年洪杰斐在《外伤性脑病治疗八法》^[6]和《外伤性脑病治法述要》^[7]中均提及这一概念，但是并未对“外伤性脑病”的内涵及相关病证进行详细的论文，也未提出“外伤性脑病”作为颅脑损伤的中医病名。王国林在中国科协2002年年会上发表的《外伤性脑病的法医学检验》^[8]一文中提出“外伤性脑病与脑病的主要区别为是否头面部有外伤史。伤后可出现不同程度的精神症状，与‘拳斗家精神病’相似，其病理学所见相符，故系外力作用头面部、直接或继发并发所引起”。此文中“外伤性脑病”的概念与前3者并不统一。笔者于2008年首次提出将颅脑损伤这一疾病中医命名为“外伤性脑病”观点^[9]，并初步对命名的理由、病因、病机、病位做了相关阐述，之后靳宪芳等在《从七情论治外伤性脑病30例临床观察》^[10]、钟球在《外伤性脑病的中医护理》^[11]、陈小灿在《创伤性颅脑损伤后遗抑郁证的辨证施护》^[12]中均沿用了这一概念。

笔者认为，“外伤性脑病”是作为颅脑损伤中医病名的最恰当选择，其内涵是：“外伤性脑病”是指由于跌打、坠堕、碰撞、爆炸、刀伤等外力所致，受伤后出现头痛、恶心呕吐、躁动不安、意识障碍、昏迷不醒等为主要表现的头部损伤性疾病，病因为外伤，病位在脑。这一概念简单而直观，很容易理解，不但解决了“外伤”病因所致“内伤”疾病的纠结，同时将病位仅局限在脑，排除了身体其它部位的损伤性疾病，使损伤晕厥、损伤疼痛、损伤出血、损伤眩晕、创伤病等不同病名下涵盖的同一疾病和同一病名下包括的不同疾病在交流是尴尬迎刃而解。这也与《外科学》^[13]中描述“颅脑损伤多见于交通、工矿等事故，自然灾害、爆炸、火器伤、坠落、跌倒以及各种锐器、钝器对头部的伤害；常与身体其他部位的损伤复合存在”的概念也比较一致，更有利于研究。

“外伤性脑病”急性期辨证分型的探讨

“外伤性脑病”的临床辨证分型一直是争议较大的问题，杨万章等^[14]对颅脑损伤中医辨证分型进行了研究，他们将颅脑损伤的辨证分型分为急性期和恢复期两个期分别进行分型。在急性期各种闭合性或开放性颅脑损伤，无论有否神昏，其病机特点为气滞、血瘀、痰凝、水停。神昏者是因颅脑卒受打击，气机逆乱，阴阳气不相顺接，清窍被蒙所致；无论络破血溢，抑或血脉壅塞，离经之血或脉内滞塞之血都为瘀血；血脉不利则为水，水湿停积，成为饮邪；饮聚而为痰，聚于胃，关于肺，上蒙清窍，神明失司。痰气交阻，则气机郁滞，升降失调。痰气、瘀血，水湿、水瘀，互为因果，致局部与全身气机逆乱。急性期以实证为主，但流血过多的也可致气血亏虚，表现气息低微，四肢厥逆而为虚证。据此，将急性期分为①元气败脱，痰湿蒙神型；②痰热蒙窍，腑气不通型；③瘀血阻滞，痰气交阻型；④湿热内蕴，痰阻水停型；⑤气虚血瘀，湿浊蒙窍型；⑥兼证。共6型。黄建龙等^[15]和韦相兰等^[16]研究表明，颅脑损伤急性期以基本病机的血瘀为启动因子，随后将发生一系列重要而复杂的演变，以脑气不通证、瘀停清窍证、痰热蒙窍证、痰瘀蒙窍证、痰瘀蒙窍兼热结腑实证以及元神暴脱证6证交错发展为特点。

笔者认为，颅脑损伤后由于病情变化的差异性非常大，辨证分型按照不同阶段进行辨证分型较为合理，这一点与杨万章等^[14]的观点是一致的。但是笔者认为，在患者急性期特别是发病初期其病机特点主要是气机和血运失调、阴阳失衡，由于患者由一个阴平阳秘的正常人因外力致伤而病，无形成痰与饮的形成机制，因此痰凝与水停病机并不明显。根据临床表现分为以下4型比较合理：①元神外脱证：患者受伤后立即出现神志昏愤，瞳孔变化，气短息微，面色苍白，目合口开，身冷汗出，撒手遗尿，舌淡，脉虚数或细微等表现。特重型颅脑损伤、脑干损伤、弥漫性轴索损伤等均属于这一分型的范畴。②瘀阻清窍证：患者受伤后出现神志不清，烦躁不安，意识时清时蒙，胡言乱语，面色苍白，恶心呕吐，皮肤瘀斑，舌质紫暗，脉细涩等临床表现。脑内血肿、脑挫裂伤、急性硬膜下血肿、硬膜外血肿等均属于这一分型范畴。③瘀阻络证：患者受伤后出现伤后头痛，痛处固定，痛如锥刺，头部青紫、瘀肿，心烦不寐，舌质紫暗有瘀点，脉弦涩等临床表现。外伤性蛛网膜下腔出血、颅底骨折等均属于这一临床分型。④外伤瘀滞证：患者受伤后出现头痛，头皮损伤、出血，头皮肿胀疼痛，瘀斑等临床表现。头皮裂伤、头皮下血肿等均属于这一临床分型。

在现实医疗过程中，重型颅脑损伤急性期的救治主要以现代医学手段为主，特别是手术治疗，有较为理想的临床效果，急性期中医介入的可能性并不大，中医药的应用以后期为主，那么临床分型的意义何在？

笔者认为，后期中医药的应用虽然起到了一定的作用，但是很大程度上由于介入的治疗时间较晚而未能充分发挥中医药的作用，甚至耽误了治疗；同时黄芪注射液^[17]、醒脑静注射液^[18]、丹红注射液^[19]等新型中药剂型

的开发使中医药的早期应用成为可能,因此临床分型它的主要意义之一是急性期的辨证分型有助于中医药介入时间窗的确定,为中医药治疗颅脑损伤的合理介入充分发挥作用奠定基础。

有研究认为^[20],颅脑损伤中医证型及演变规律有如下几方面的特征:重型颅脑损伤患者伤后第1天以瘀停清窍证多见,伤后第3-14天以瘀停清窍痰证、痰瘀蒙窍证、痰热蒙窍证和痰瘀蒙窍兼热结腑实4证交错、缠绵发展为特点。伤后第3周开始,虽仍有瘀停清窍证,但病情开始明显减轻并迅速向愈或转为虚证。杨万章等^[14]也认为恢复期虽仍有瘀血停于清窍,但病情转为虚证或虚实夹杂病机可为髓不足,肾精亏虚或气虚血瘀。笔者临床研究发现,急性期证型不同的患者其临床证型的衍变和转归有一定的规律(另文详述,本文不再赘述),掌握这一分型规律更有利于治疗,因此临床分型的另一重要意义是急性期临床分型有助于对于证型衍变和转归的分析,为后期有效的中医药治疗奠定基础。

综上所述,“外伤性脑病”作为颅脑损伤相关疾病中医命名比较合理,能为中医治疗颅脑损伤相关疾病的研究和学术交流排除障碍。“外伤性脑病”非急性期中医证型特点、分布及演变规律笔者将另文论述,本文不再赘述。

参 考 文 献

- [1] 上海中医学院中医文献研究所.石筱山、石幼山治伤经验及验方选.上海:上海中医学院出版社,1993:36
- [2] 李国衡.魏指薪治伤手法与导引.上海:上海科学技术出版社,1982:262
- [3] 陈雷雷,黄良文,胡鹏,等.颅脑损伤中医病名探析.辽宁中医药大学学报,2010,12(11):91-93
- [4] 吴敦序.中医基础理论.上海:上海科学技术出版社,2000:129
- [5] 康和平.通补法治疗外伤性脑病3则.新中医,1997,29(5):45-46
- [6] 洪杰斐.外伤性脑病治疗八法.中医药研究,1998,14(2):51-53
- [7] 洪杰斐.外伤性脑病治法述要.湖北中医杂志,1998,20(4):42-43
- [8] 王国林.外伤性脑病的法医学检验.中国科协2002年学术年会汇编,2002:1117-1118
- [9] 赵晓平,范小璇.中医药治疗颅脑损伤的探讨.陕西中医学院学报,2008,31(5):5-7
- [10] 靳宪芳,李先强.从七情论治外伤性脑病30例临床观察.山东中医药大学学报,2009,33(3):220-221
- [11] 钟球.外伤性脑病的中医护理.中国中医急症,2011,20(12):2060-2061
- [12] 陈小灿.创伤性颅脑损伤后遗抑郁症的辨证施护.中国中医急症,2012,21(5):852
- [13] 吴在德,吴肇汉.外科学.北京:人民卫生出版社,2004:257
- [14] 杨万章,张志兰,刘金,等.颅脑损伤的中医辨证分型研究.中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(10):1243-1245
- [15] 黄建龙,李云辉,林中平,等.120例重型颅脑损伤急性期中医证型及演变规律临床研究.中医研究,2005,18(9):19-22
- [16] 韦相兰,黄李平,李凯,等.颅脑损伤的中医药治疗进展.中国中医急症,2011,20(1):106-108
- [17] 李迎国,杨喜民,唐宗椿,等.黄芪注射液对急性重型颅脑损伤患者血清神经元特异性烯醇化酶、髓鞘碱性蛋白和S100蛋白B含量的影响.中国中西医结合急救杂志,2007,14(6):337-338
- [18] 刘洪章,马志伟,刘毅,等.醒脑静注射液对急性脑损伤患者MDA, SOD, TNF- α , IL-8的影响.中国实验方剂学杂志,2011,17(13):225-226
- [19] 王从政,蔡淑芳.丹红注射液对大鼠脑外伤后AQP4表达及神经元凋亡的影响.中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(10):1229-1231
- [20] 黄建龙,李云辉,林中平,等.120例重型颅脑损伤急性期中医证型及演变规律临床研究.中医研究,2005,18(9):19-22