

思路与方法

关于血瘀证诊断研究的若干方法学问题

中国中医研究院西苑医院心血管病研究室 王 阶 陈可冀

对于血瘀证实质的研究,可以从动物实验研究入手,也可以从临床研究入手,后者同样具有重要的实际意义。但因血瘀证的辨证诊断存在一定问题,影响着对血瘀证实质研究结论的科学性。本文就这方面的方法学问题作一些探索。

血瘀证诊断研究的现状

一、古典辨证诊断

古代对血瘀证的辨证诊断主要有三个方面的内容。

1. 依据症状体征进行诊断。这是古典血瘀证诊断中的一个重要内容。它所依据的症状有固定性疼痛(锥痛、刺痛)、出血、月经失调(经行腹痛、色黑有块、闭经等)、发热或寒热交作(排除外感和内伤发热)、健忘、咳喘、烦躁、狂躁、惊狂、口燥渴、但欲漱水不欲咽、心悸怔忡、腹满、癥瘕等;体征方面则有舌质青紫、舌下脉粗张青黑、包块(癥瘕积聚)、面色紫黯或黧黑、肌肤甲错、少腹硬满急结、压痛、黑便、涩脉、瘀斑、脱发、发黄、细络(瘀血丝)、肢体麻木、肢体痿废不用等。

2. 结合病因进行诊断。认为寒凝、热郁、湿滞、气滞、情志、外伤、出血,以及阴阳虚损、血气不足、虚劳久病、饮食起居等因素都会导致血瘀,结合这些病因可以诊断。

3. 治疗性诊断。即对于某些临床无证可辨或是对症治疗不愈者,以及疑难性病、沉痾痼疾,采用活血化瘀治疗往往获效,因而反证其诊断。

古典血瘀证的辨证诊断奠定了血瘀证的基础,在今天仍有其现实意义。如中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会1982及1986年两次制定的血瘀证诊断标准,其主要依据和次要依据均来自古典诊断内容。当然,古典诊断还远远不能适应现代的要求。特别是古典诊断中的某些依据,如发热或寒热交作、心悸怔忡、脱发、发黄、咳嗽,以及病因中的湿滞、情志影响等,由于特异性不强,所以难免与他证混淆,导致

诊断的不明确。

二、现代诊断研究

血瘀证现代诊断研究随临床活血化瘀的兴起而十分活跃,它有两个最显著的特点。

1. 对症状体征等传统认识进行科学的机理阐释。一大批研究者从各种不同的病种研究了青紫舌、固定性疼痛、病理性肿块、皮肤粗糙、出血、血管异常、月经紊乱(色黑、有血块)、神经精神症状、麻木感和肢体废用、跌打损伤史、战伤史、手术史、经产史等。对这些古典诊断中较特异的依据进行了科学解释,如青紫舌,从肉眼观察到镜下观察,从甲皱循环到血液流变学,从心脏血管到其他系统,都作了系统的观察和研究,肯定了作为诊断主要依据的科学性。

2. 试图用客观、可靠、易于重复并具有可对照性的指标来研究血瘀证。所作的指标主要有:血液动力学检测、微循环检查(甲皱、舌尖、球结膜)、血液流变学检查(血液粘滞度、血液生化、血液凝固性、血小板诸指标)及其他检查(前列腺素及其代谢产物、胶原天然杀伤素、血浆纤维蛋白原结合素等)。这些指标可以作为血瘀证诊断的依据或参考。

从上面两个特点可以看出,古典辨证诊断中继承下来的症状体征受到了重视,利用现代科学知识验证和阐释症状体征,亦是血瘀证科学化的第一步,以客观指标补充血瘀证诊断的工作是向标准化迈进的重要过渡。

日本对血瘀证的辨证诊断也作过大量的研究,虽其对瘀的认识与国内不同,但诊断依据多沿袭中医古典内容。其研究方法的特点,一为重视腹诊;二为运用电子计算机进行有关资料的分析,从中筛选典型症状体征。这两种方法由于前者将腹诊作为必要条件,后者未能引入实验指标,故还不尽合理。另外,日本学者对血瘀证在实验诊断方面亦进行了一定的研究。

综上所述,可知血瘀证诊断的研究,成绩是肯定的,但因此期多属探索工作,故还存在如下四方面的问题:一是对症状体征的科学阐述还须继续努力;其

次是实验室和理化检查指标虽然较多,但多数缺乏系统和多次重复验证,一部分工作设计时未能严格按照统计学要求进行,许多指标做出之后便束之高阁,一部分指标作为理论上的探讨是有意义的,但由于不能切用于临床检验,仍旧对研究帮助不大,另外指标在普遍性、特殊性、特异性上,亦无系统全面的对照鉴别;三是诊断标准不少,但在定量化方面尚有差距;四是同证不同病其血瘀状态表现不同,这方面的研究尚未受到关注,各诊断标准中都未能列入。

血瘀证诊断研究的设想

一、确定标准化的证候体系

从临床入手有组织、有计划地对临床症状和体征进行系统、完善的科学阐述,对实验室指标进行全面的调查和筛选,并反复验证,从而得出正确的结论。指标的调查、筛选、反复验证必须严格遵循统计学的要求。

研究人员对证候、实验室指标所作的工作已不少,但将证候与实验室检查同时进行系统研究的工作却不多。有鉴于此,我们近期调查了200例按上述诊断标准诊断为血瘀证的病人,调查指标包括舌质紫暗、固定性疼痛、病理肿块、少腹部硬满压痛等30多项症状体征,并同时进行了血液流变学17项指标的检查(冠心病还检查血红蛋白和血脂等指标)。病种涉及冠心病、心肌梗塞、脑血栓形成、脑出血、慢性肾炎、痛经、糖尿病、干燥综合征、心律失常、高血压、系统性红斑狼疮等。结果在症状体征中,出现频率较高的指标有:固定性疼痛(包括头痛、腰痛、胸痛、身痛、关节痛)占86%,青紫舌占70%,舌下脉曲张占62%,面部眼周暗黑占49%,肢体麻木占40%,有人工流产史占44%,有手术史占38%,少腹硬满按痛占38%。在血液流变学检查中,其指标异常的频率为:全血粘度55%,血浆比粘度48.5%,红细胞变形指数88.3%,血小板粘附率51%,体外血栓长度9.4%,血栓湿重70.5%,血栓干重86.5%,血小板扩大型52%,血栓弹力图反应时间59.5%,血栓最大幅度50.5%,最大弹力度46%(以上为与本实验室的正常值相对照)。

从调查结果来看,血瘀表现较多,经临床辨证血瘀程度较重的患者,实验室指标亦表现出较显著的异常,但相关程度如何,有待下一步的计算。我们还发现,在宏观指标中,主观症状出现的频率都不高,各种诊断标准中也很少列入,那么是否可以将它从标准化的证候体系中舍去呢?这应当综合考虑。如口渴、

但欲漱水不欲咽,主要在干燥综合征和糖尿病患者中出现,在古典诊断中较为重视。在一部分病者中,虽然象舌质紫暗等诊断依据并不明显,但血液流变学检查多显示异常,这类症状就应考虑加入诊断标准。因此,标准化的证候体系应当由症状、体征、客观指标三部分组成,至于凭多少症状、多少指标能达到诊断标准,尚需大规模调查后运用统计学处理分析方可得出。

在现阶段可凭此体系单独构成诊断,或互补构成诊断。如凭症状体征可以诊断,加入实验室检查则诊断更为明确。另外,应兼顾高层次和一般性,这种标准既能适用于高层次的教学和科研,又能照顾临床和基层,在缺乏条件,不能作实验室检查,仍可以按症状体征进行诊断。这样的标准化体系确立后,临床实验研究的结果才富有可比性,结论才可靠。

二、病与证的有机结合

由于临床上存在着异病同证和同病异证的情况,所以,研究血瘀证的实质必须结合病种进行。我们在工作中也发现,血瘀证因病种不同,症状体征和实验室检查都反映出差异。如舌质紫暗、舌下脉曲张、口唇齿龈暗红等是血瘀证共同的表现,但显示该病特异反应和指导临床用药的却是另外的体征。如冠心病,心绞痛是其特异症状;脑梗塞和脑出血,以肢体麻木、瘫痪为特征;干燥综合征则以口渴、但欲漱水为特征;妇科疾病以月经色黑有血块为特征。若凭舌质紫暗等共同表现用药,治疗则无差别,但结合病种用药则差异为大。冠心病以活血化瘀为主,脑梗塞以通络溶栓为主,干燥综合征以滋阴凉血活血为主,妇科病以养血活血为主。

另外,因病种的不同,血液流变学检查也表现出差异。根据我们所作的结果,血瘀大致可分为以下六种类型:全血粘度增高型(包括血浆粘度、血沉、压积等);血小板聚集、粘附异常型;血栓型(表现为体外血栓、血栓弹力图异常);微循环障碍型;混合型(2~3型相加的异常);综合型(绝大部分指标甚至是全部指标异常)。初步统计发现冠心病心绞痛多表现为全血粘度和血小板异常型血瘀;脑梗塞、脑出血则多表现为血栓型血瘀(也有混合型),有的病人全血粘度、血小板正常,但体外血栓形成和血栓弹力图却表现异常;心肌梗塞前和梗塞初多为各类指标增高的血瘀综合型,梗塞后血粘度则多降低。这些特异性与各病的病理机制是吻合的,由此说明了血液流变学检查的可靠性和预测意义。

病与证的相结合研究是使证和治有机结合的有效

途径,有可能发展成为微观辨证。随着各类活血化瘀药物药理作用机制的阐明,将来还可以依据参考血液流变检查指标而用药,这不失为中医科学用药的一条途径。

三、寻找血瘀证具有的普遍性和特殊性指标

舌质紫暗、舌下脉曲张、固定性疼痛等,可以说是血瘀证具有的普遍性指标,无论何种类型的血瘀多易出现这些症状体征,而肢体偏瘫、月经色黑有块、口燥渴,则属较特异的症状体征。在实验指标中,全血粘度、血栓形成以及血小板聚集、释放、粘附的异常,还有微循环的障碍等,都是具有普遍性的指标,这些指标在诊断中如何定量,值得深入研究。另外,需在为数众多的实验检查中筛选出特异性强的指标来,成为临床血瘀证诊断的常规指标。

四、开展血瘀证诊断的量化研究

1. 半定量方法在诊断中有一定的可行性。在现阶段,作为向计量诊断的过渡,半定量方法在诊断中有一定的可行性。比如,中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会1986年在广州制订的诊断标准,判断标准按主要依据、次要依据和实验室依据进行,就可以将主要依据定为10分,次要依据定为5分,实验室依据定为9分;还可以增加一些参考依据,如健忘、烦躁、口燥渴等,可定为3分。按此标准,以20分为界限,超过20分就可以诊断血瘀证。通过得分累计,各种依据越多,得分越高,说明血瘀的程度越重,诊断

就越明确。但各项指标的分值高低如何合理确定,有待临床试用改进。

2. 采用多因素统计分析进行计量诊断的研究。计量诊断用于血瘀证诊断的研究,含义有二:一是临床表现出来的症状体征应当予以定量的描述;二是各种实验室的定量数据应采用多因素统计分析确定其贡献度。我国诊断标准尚未引进定量化研究,而日本的诊断标准也未同时引入实验室依据。鉴于此,下一步的工作应考虑采用多因素统计分析,对临床症状体征和实验室指标进行计量诊断的研究。

诊断标准的定量化研究,似可采用下述方法:一是经过有组织的大规模调查血瘀证各种临床症状并进行实验室检查后,将资料输入电脑;二是采用多元线性逐步回归(其模型为 $Y=a+b_1x_1+b_2x_2+b_3x_3+\dots+b_px_p$),即可求得各个自变量(症状体征、客观指标)对于因变量(血瘀证)的回归系数,将此回归系数经过标准化处理后即为标准化的回归系数,直接比较标准化回归系数的大小,就可以得出各个指标对于证的贡献度,从而明确了每个因素的显著程度,作用大小。此外,多元线性逐步回归还可进行预测,即根据求出的回归方程,可以预测新病人符合血瘀证的概率为多少,定出一个诊断的数值,达到此数时,就可以构成诊断。

以上从临床角度谈了一些探索性的意见,我们希望通过临床的研究,在阐释血瘀证的实质方面有所突破。

苏合香丸治疗颌下腺结石症

辽宁省阜新市中心医院 王凤阳

笔者于1984年4月吃早饭时,突觉右颌下肿胀,触之可及杏核大肿块,渐觉增大,至下午又自行消退。以后多在咀嚼食物或食酸性水果时,右颌下突然出现肿块,大小不等,稍伴有胀感,时经数小时或1~2天可自行消退,因无特殊不适感觉,故未予注意。1985年2月经我院口腔科摄片,见右颌下有约4×4毫米结石一块,诊为颌下腺结石症,动员手术,因惧之而未允。

9月13日下午,自觉右颌下不适,遂服苏合香丸一粒,至半夜时分,觉右颌下胀痛而醒,触之有核桃大肿块,晨起又服一粒,至上午10时许肿块已达鸡卵大,并且张口受限,颈项转动时胀痛加剧,心中烦躁坐立不宁。下午3时许,忽从下门齿后排出约2×2×4毫米、3×3×4毫米结石二块,色淡黄,随之颌

下肿块顿减,心情舒畅。过约10分钟,又排出2×2×2毫米结石一块,5时许,全部症状消失,至1988年8月未犯。

按:颌下腺为唾液分泌之通道,咀嚼食物时,特别是食酸性水果时,唾液分泌量骤然增加,但因结石阻于颌下腺,致使唾液分泌受阻,不能顺利排出,淤阻于内,不通则痛,故颌下突然出现肿块,或伴有胀痛。平时唾液分泌量减少,涎腺排泄通顺,故肿块经数小时甚或数日而自行消退。苏合香丸载于《太平惠民和剂局方》,有温通开窍、行气化痰之功效,为治疗中风昏厥、不省人事、口眼歪斜、半身不遂之要药,虽无化石排石之功,然余取其芳香开窍、通利气机之力,使涎腺得通,唾液能得以顺利排出,结石亦随而出,此即“顺水推舟”之意也。