

证的研究

心理测验与神经衰弱辨证分型关系的探讨

王静怡* 林海* 王晓燕* 刘冬霞* 查鹏洲*

摘要 对 345 例神经衰弱患者应用 SCL-90 症状自评量表和焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行心理评定,探索 3 量表测定值与中医辨证分型的关系。结合临床症征,以上述 3 个量表的测验值中,焦虑评分高于抑郁评分者作为实证。结合临床症征,抑郁评分高于焦虑评分者作为虚证。无明显虚实症征者作为轻证。结果:(1)实证 127 例,虚证 124 例,轻证 94 例。除轻证 SCL-90 的人际关系、抑郁、偏执 3 项外,与常模差异均有非常显著性($P<0.01$)。(2)虚、实、轻证的评分结果与假说相符,有统计学差异($P<0.01$)。提示用 3 量表对神经衰弱的中医辨证进行相关对照及量化评定有一定的可行性。结合病史、症征,认为将实证定为风痰阻络、虚证定为气阴两虚较为合适。轻证临床虚实表现不典型,故另立一型,以待研究。

主题词 神经衰弱/诊断 辨证分型 心理测定学

神经衰弱是最常见的神经症,由于其病因的复杂性,发病机理的整体性,使其成为中医诊疗具有优势的病种。虽然 1991 年中国中西医结合精神学会修订了神经症的中西医结合辨证分型,将神经症分为“肝郁化火、肝郁脾虚、心脾两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚”5 型,每型又分为躯体症状和精神症状 2 个部分。但是,神经症包括 8 种疾病,单纯用于神经衰弱似有不妥之处。所以有必要对神经衰弱的辨证分型进行探讨。

从 1996 年起,我们尝试应用 SCL-90 症状自评量表和焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对 345 例神经衰弱患者进行心理评定,探索上述量表测定值与中医辨证分型的关系,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例:采用中国精神病分类与诊断标准(CCMD-Ⅱ)中对神经衰弱的诊断标准^[1]。本组男 147 例,女 198 例,年龄 15~75 岁;平均 36.72 ± 12.04 岁。病程 3 个月~30 年。均为初中以上文化程度患者。

1.2 方法:诊断为神经衰弱的患者,先临床辨证,大致分成虚实 2 类,然后进行心理测验。主试者均为受过训练的神经科医师,填表前向患者交待清楚评分方法和要求,让患者在安静环境中独立完成。虚证的症征有:

少寐多梦,疲乏无力,忧伤易悲,少气懒言;头昏心悸,注意力下降,穷思竭虑,记忆力减退;潮热汗出,月经失调;早泄、阳痿。舌淡、胖或舌红少津,苔少、薄,脉沉、细、弱。实证的症征有:少寐多梦,焦虑不安,烦躁易怒,头重如裹,颈项强直;心慌恐惧,反复动作,多汗、尿频,月经失调;舌质淡暗,苔厚腻;脉弦滑。以上述 3 个量表的测验值中,SCL-90 中焦虑评分明显高于正常并高于自身抑郁评分,SAS 也增高,临床症征具备 6 项以上者,定为实证。SCL-90 中抑郁评分明显高于正常并高于自身焦虑评分,SDS 也增高,临床症征具备 6 项以上者,定为虚证。2 项间无明显差异,临床症状较轻,无明显虚实症征者,定为轻证。统计学采用 t 检验。

2 结果

附表示,结合临床辨证和心理测验评分,实证组 127 例,虚证组 124 例,轻证 94 例。虚、实证组 SCL-90 的躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、其它(主要是睡眠障碍)10 因子分及阳性项目数、阳性项目均分等与金华等^[2]1388 例常模组相比,差异均有非常显著性($P<0.01$)。SDS 评分与吴文源等^[3]1158 例常模组相比,SAS 评分与王春芳等^[4]1340 例常模组相比,差异均有非常显著性($P<0.01$)。轻证组除 SCL-90 的人际关系、抑郁、偏执 3 项外,其余与常模组比较差异均有非常显著性($P<0.01$)。虚、实证组的评分指数在 0.55~0.59 之间,轻证组的评分指数在 0.50 以下,表明诊断符合神经衰弱,可信度较好。实证的 SCL-90 焦虑评分明显高于抑郁评分,二者间差异有非常显著性($P<0.01$),SAS 标准分高于 50,SDS 评分也明显增高,二者间差异无显著性($P>0.05$)。虚证的 SCL-90 抑郁评分明显高于焦虑评分,二者间差异有非常显著性($P<0.01$),SDS 标准分也比 SAS 增高,二者间差异有非常显著性($P<0.01$),与 SCL-90 的结果一致。轻证的 SCL-90 的大多数因子评分虽明显高于常模组,但亦明显低于虚、实证组,故阳性项目数和阳性均分明显低于虚、实证组,差异有非常显著性($P<0.01$)。SAS、SDS 评分与虚、实证组相比较,差异有非常显著性($P<0.01$)。见附表。

基金项目:陕西省中医管理局资助课题(96-15)

* 西安市中医医院,陕西省西安市东大街 183 号(710001)

收稿日期:2000-05-30

附表 各组 SCL-90、SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

项 目	常模组	实证组	虚证组	轻证组
躯体化	1.37±0.48(1388)	2.04±1.14(127)*△	2.24±0.65(124)*△	1.66±0.49(94)*
强 迫	1.62±0.58(1388)	2.74±0.75(127)*△	2.84±0.76(124)*△	1.86±0.50(94)*
人际关系	1.65±0.61(1388)	2.45±0.74(127)*△	2.51±0.77(124)*△	1.51±0.42(94)
抑 郁	1.50±0.59(1388)	2.45±0.73(127)*△	2.88±0.61(124)*#△	1.55±0.28(94)
焦 虑	1.39±0.13(1388)	2.92±0.67(127)*△	2.38±0.62(124)*#△	1.48±0.25(94)*
敌对性	1.46±0.55(1388)	2.35±0.76(127)*△	2.37±0.72(124)*△	1.65±0.50(94)*
恐 怖	1.23±0.41(1388)	2.13±0.84(127)*△	1.93±0.74(124)*△	1.33±0.44(94)*
偏 执	1.43±0.57(1388)	2.17±0.72(127)*△	2.30±0.79(124)*△	1.38±0.43(94)
精神病性	1.20±0.42(1388)	2.22±0.62(127)*△	2.25±0.65(124)*△	1.38±0.35(94)*
其 他		2.68±0.65(127)△	2.59±0.76(124)△	2.01±0.47(94)
阳性项目数	24.92±18.41(1388)	59.57±15.69(127)*△	59.80±14.85(124)*△	33.48±13.05(94)*
阳性均分		3.17±0.81(127)△	3.01±0.78(124)△	2.59±0.71(94)
SAS 标准分	37.22±0.58(1158)	56.37±12.57(1158)*	55.05±10.84(1158)*△	44.96±9.69(1158)*
SDS 标准分	41.48±10.57(1340)	58.50±11.68(1340)*	58.87±8.67(1340)*△	48.80±11.44(1340)*

与常模组比较,* $P<0.01$;与实证同项比较,# $P<0.01$;与轻证组比较,△ $P<0.01$;表中数据后括号内为例数

3 讨论

SCL-90 和 SAS、SDS 量表用于神经衰弱的诊断和疗效观察已为许多学者应用,证明其有较好的临床效果^[5]。本观察尝试用 3 量表对神经衰弱的中医辨证进行相关对照及量化评定,结果表明有一定的可行性。

神经衰弱实证的表现,其情感体验丰富、高涨,具有多动、烦躁、紧张、易怒、不安等特征,故焦虑因子分明显增高。虚证的表现,其情感体验低落,具有少动、郁闷、忧伤、健忘等特征,故抑郁因子分明显增高。说明神经衰弱的辨证分型与 3 量表各相关因子的分布特点具有较好的一致性,有临床应用价值。因神经衰弱病程均在 3 个月以上,缠绵难愈;实证又具有头重如裹,项背强几几,多汗等湿证的表现;同时,其情绪的多变具有风的特点,病位虽在脑,但在脑之络脉,而未入脏腑。我们认为,结合舌脉,证型定为风痰阻络较为合适。脑为元神之府,长期主司失调,致五脏虚损,神经衰弱的少寐多梦,疲乏无力,少气懒言等为一派气虚征象,而忧伤易悲,潮热汗出,心悸等又有阴虚的表现,结合舌脉,我们认为证型定为气阴两虚较为合适。

轻证者临床症状少,症状轻,其 SCL-90 的阳性项目数及阳性项目均分都明显低于虚、实证,临床虚实表现不典型,故另立一型,以待研究。在实际临床诊疗中,我们亦将其大致归入虚实 2 证中,按虚实证的方案治疗,取得了较为满意的疗效(将另文探讨)。当然,神经衰弱不只存在 2 型辨证,可见仁见智。但从虚实辨证入手,与心理测验对照,对辨证进行规范化和量化,是中医诊治神经衰弱研究可尝试的途径,值得深入探讨。

虚、实证中除自身特点的抑郁、焦虑分外,分值最

高的项目是强迫因子分。二者在临床表现上有所区别,风痰阻络型强迫行为、冲动较多,气阴两虚型强迫观念、穷思竭虑较多。

无论虚、实证,睡眠障碍因子分(其他项)均明显增高,轻证中是分值最高的因子,反映了睡眠障碍往往是患者就诊的主要痛苦,也是多年来神经衰弱的治疗研究多着重于睡眠障碍的原因所在。但是我们认为,睡眠障碍只是患者心理和生理功能紊乱的主要症状之一,其素质、躯体、心理、社会和环境等诸多因素,患者往往并不自知,医生仅凭临床患者自诉症状和舌脉辨证,尚嫌信息量太少,难以进行深入细致的因人因病施治。将辨证和心理测验相结合,可以全方位的反映患者疾病的特点,真正用整体观念来辨证地看待疾病,虚则补之,实则泻之,达到整体调整、治愈疾病的目的。

参考文献

- 1 沈渔邨主编. 精神病学. 北京:人民卫生出版社,1994:696.
- 2 金华,吴文源,张明圆,等. 中国正常人 SCL-90 评定结果的初步分析. 中国神经精神疾病杂志,1986,(12)5:260-262.
- 3 吴文源. 焦虑自评量表(SAS). 上海精神医学,1990,(新 2)增刊:44.
- 4 王春芳,蔡则环,徐清,等. 抑郁自评量表-SDS 对 1340 例正常人评定分析. 中国神经精神疾病杂志,1986,12(6):267-268.
- 5 吴文源,金华,张明圆,等. 症状自评量表在神经症评定中的应用. 中华神经精神科杂志,1986,19(5):291-293.

著名中医学家董建华院士逝世

全国著名中医学家、教育家、中国工程院院士董建华教授,因病医治无效,于 2001 年 1 月 26 日在北京逝世,享年 83 岁。他是第五届全国政协委员,第六、七、八届全国人大常委,中医杂志顾问。他精通中医内、妇、儿科,尤其擅长治疗温热病、脾胃病。董建华院士病重期间,卫生部副部长、国家中医药管理局局长余靖同志及其他领导曾前往探望。