

专家论坛

论中医症状的规范研究

朱文锋*

朱文锋(1941~),男,现任湖南中医学院教授、博士生导师,中华中医药学会中医诊断专业委员会主任委员,湖南省中医药学会副会长。主要从事中医病证规范化研究,主持制定了中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》,全国中医药规划教材《中医诊断学》六版、七版主编,创建了中医心理学学科,研制成中医数字辨证机、WF 文锋-Ⅲ-中医诊疗系统,实现中医全病域计算机辅助诊疗。获省部级科技成果奖 13 项,省级教学成果一等奖 3 项。发表学术论文 190 余篇,出版专业著作 37 部,其中主编或独著 28 部。已培养博士研究生 21 名。

摘要 症状规范首先应明确症、症状、体征、证候等的概念。症状等病理信息的全面、准确,是正确辨证的基础。症状规范的内容包括症名选择恰当,症状各自独立,不使用诊断术语,利于反映病情本质,正确诠释症状,症状的轻重区分,客观指征的选择等。为了提高临床的诊断水平,应当开展症状辨证的定量研究,制定出统一的症状辨证量表,并且建立常见症状的鉴别诊疗学。

主题词 症状和体征 中医名词规范化

中医学所说的“证”,是对疾病现阶段机体整体反应状态的病理本质概括。“辨证”是根据中医学理论,对症状等病理信息进行分析,认识其病位、病性等本质,并作出证名诊断的思维认识过程^[1]。“症”是诊病、辨证的主要依据,通过症状的规范,有助于提高诊病、辨证的准确性。

1 “症”的概念与沿革^[2]

在中医学中,症、征、证、病等词常常混用。其实,证、症、征字,均本于證字。證,义为证据、证验,是中医学用以表述病状的规范字。

“症”,由證、証字演变而成。明末吴有性《温疫论正名》说:“如病證之證,后人省文作証,嗣后省‘言’加‘广’为症。……要之,古无瘟、痢、症二字,盖后人之自为变易耳。”可见至明末,或以症代證(证),如《症治答难》、《脉症治方》、《杂症汇考》、《诸症辨疑录》、《杂症仁端录》、《症因脉治》等;或症、證(证)并用,如陈士铎之书《辨證录》,并曰辨脉辨證、识證之变、辩论證候,

书中却又称太阳之症、阴症阳症、表症里症、虚症实症等。说明症系据古證(证)字之本义,而特指与病变有关的证据、证明。

1964 年国家颁布的汉字《简化字总表》将証字简化成证字,并使症、证成为并列的两个字。现代中医学对证、症二字的概念和使用,逐渐有了区分,“症”指疾病的现象,“證(证)”指当前病变的本质。张仲景《伤寒杂病论》所说的“观其脉證,知犯何逆,随證治之。”前面的證字显然指现在所说的“症”,后面的證字则是指现在所说的“证”。

“征”的繁体字为徵。徵,《说文》召也;《广韵》證也、明也、成也;《礼记·中庸》“虽善无徵,无徵不信”;《康熙字典》注“徵或为證”。可知徵与證相通。

《简化字总表》将症字作为一个规范字的同时,并将症字变成了两声字。一为症(證)zhèng,是繁体字證的简化字,指症候、症状;一为症(癥)zhēng,癥字从疒、从徵,而徵为征的繁体字。将“症(證)”称作“症状”,“征(徵)”称作“体征”,均见于西医学传入中国时翻译之伊始,现代中医文献中也普遍使用。症与症状,征与体征,如同疾、病与疾病,证、候与证候一样,其义相同,无本质区别。由于“徵”有证验、证明,象征、特征之义,其义与“證(症)”通,所以现代中医学所说的“症”字,可以包括症状和体征。

症、症状,一般指患者主观感觉不舒适的病态改变,如头痛、耳鸣、腹胀等。征、体征,一般指医师对病人检查时发现的客观表现,如舌绛、脉滑、面色苍白等。有些异常改变,如咳嗽、发热、水肿等,既是症状,又是体征,这也是症状、体征都可称为“症”的另一理由。

疾病过程中,具有内在联系的一组症状和体征,如发热恶寒,头身痛,无汗,脉浮紧,舌苔薄白等,可将其称为“证候”。赵恩俭《中医证候诊断治疗学》^[3]所编近 60 种常见证候,实际都是症状。因此,证候是患者症状、体征以及气候环境、精神因素等有关病理信息的总合。

2 症状的临床意义

根据从现象到本质的认识论原理,医生首先只能认识病变的现象——症(症状),通过辨别症状,然后才

基金项目:国家重点基础研究发展(973)计划(2003CB517101)

* 湖南中医学院,长沙市韶山中路 113 号(410007)

收稿日期:2005-04-25;修回日期:2005-05-31

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

逐步了解病变的原因——审症求因,认识病变的本质——区分病种、确定证名。因此,准确地发现症状,对症状进行分析辨别,探讨其所反映的病理本质,对于诊断来说具有极为重要的意义。就是说,任何病、证都必然会反映出一定的“症”,而诊病、辨证都是以“症”作为主要线索进行分析思考的,通过“症”便可认识病变内在的本质。

对于疾病的命名,古人不一定都能根据其内在本质而确定,尤其是内脏的病变,往往将表现于外的主要症状当作病名,如麻疹、白喉、不寐、肥胖病、厌食、遗精、带下病、臀红、夜啼、迎风流泪、脱肛等。在中医书籍中,发热、盗汗、头痛、嗜睡、耳聋、耳鸣、失音、咳嗽、咳血、胸痛、心悸、心痛、呕吐、胃脘痛、胁痛、黄疸、腹痛、泄泻、便血、腰痛、带下、水肿等,实际都是症状,但以往一直将其作为“病”看待,足以说明“症”在中医诊疗中的重要地位。

“辨证”是中医学独具特色的诊断思维方法,中医学尤其重视症状对辨证的诊断意义。比如气候干燥或潮湿、恶寒等,西医认为,其对疾病诊断没有特殊意义,因而并未将其作为病情资料,临床不加询问,更没有对恶寒的新久、轻重,是四肢凉或是全身冷,恶寒与发热的关系等进行研究。中医则认为这些是辨证、诊病的重要依据,如湿阻、着痹等病必有天气潮湿,气候干燥多导致外燥,恶寒重发热轻为表寒证,发热重恶寒轻属表热证。因而中医学特别重视自觉症状的辨别与区分,如仔细区分疼痛的性质,有胀痛、刺痛、闷痛、隐痛、空痛、酸痛、灼痛、冷痛、喜按、拒按等,这些对辨别病情的寒、热、虚、实、气滞、血瘀等,具有重要意义。

为了寻找、掌握病证诊断的依据,中医学高度重视对各种症状的发现,如自觉手足心发热提示阴虚内热;气下坠感、呵欠,是气虚清阳不升的指征;外感新病的有汗或无汗是辨别表疏与表实的关键;耳轰鸣按之尤甚者属实,经常耳鸣按之减轻者属虚;痰色的白、黄、绿等,对于辨别病性的寒热有一定的意义。

3 症状全面准确是辨证的前提

由于中医辨证是“以症为据”,因而症状等病理信息的准确、全面与规范,是准确辨证的前提。

中医采集的病理信息不够精确,大都是患者的主观感觉和医生直观发现的体征,不是依靠个别精确资料作为判断的根据,更没有什么“金标准”,这是其不足。然而中医辨证强调对病情资料的全面收集和对各种模糊信息的综合分析,从各个方面体现机体的整体反应状态,用多个不够精细的模糊信息整合成总的病理状况,并作出综合判断,则是其优点。中医辨证并非

根据某个症状就能作出诊断,所谓“但见一症便是,不必悉具”,唯独只《伤寒论》中有此一说,它只不过是突出“往来寒热”是辨别少阳半表半里证的特征性表现,并不是说其他病情资料对辨证没有意义而可舍弃,并不是否定全面、综合的思维特点而寻求“但见一症”的金指标。

西医诊病强调疾病的特征性病理改变,依靠有特异性的精确资料作为判断的根据,而对反映机体整体状况的主观感觉、一般病情资料重视不够,不注重综合分析。比如气候、情志的影响,恶寒发热,有汗无汗,失眠眩晕,胸闷腹胀,饮食、口味、食欲,大便的干稀秘泻,小便的清黄长短,面色的红白紫暗,舌苔的润燥厚薄,脉象的浮沉滑涩等,并非金指标,西医认为对诊病无特殊价值,而中医正是据此而作为辨别寒热虚实、痰湿瘀滞等的重要依据。

全面准确地收集症状,有利于全面分辨病情性质。只有症状等病理信息的全面收集,才能体现出“证”是疾病中机体整体动态反应的状况。一般说病情资料越完整、全面,辨证就越准确。因此,中医诊断首先要完整地收集病情资料,尤其是问诊所获取的病情资料丰富,不能忽视,舌诊、脉诊在中医诊断中最具特色,要注意挖掘,如脉诊不能只判断迟或数、浮或沉等,而是要对脉位、脉率、脉形、脉势、脉律等有全面的了解。

症状的确认本身就是一种辨证,如能确定该病情表现属于往来寒热、壮热、五心烦热,或者是盗汗、自汗,或为胃脘嘈杂、消谷善饥,大便溏结不调、五更泄、里急后重,循衣摸床,苔黄腻,脉涩等,则其辨证可以分别提示属于半表半里证、阳明经证、阴虚内热证,阴虚、阳气虚,胃阴虚、胃火,肝郁脾虚、脾肾阳虚、肠道气滞,邪入心包,湿热、血瘀等的可能性较大。

为使症状规范,近代中医学家已作了许多研究,如秦伯未《中医临证备要》,赵金铎《中医症状鉴别诊断学》^[1],赵恩俭《中医证候诊断治疗学》^[3]等,可作为症状规范的重要资料。

4 症状规范的内容

由于病情表现的多样性、复杂性,以及中国文字的丰富多彩,使之中医学对症状的描述极其生动、精彩,不少症状为模糊性语言;证名不规范,存在一证多名、多证一名的现象;症状的内涵、外延欠明确,症状间的质、量差别不明显。

对症状进行规范化处理,有助于提高诊断的准确性。证名不规范,内涵欠明确,症状表述模糊,症状诊断意义的认识差异等,应该予以克服。症状规范主要包括以下内容。

第一,症名要求规范。将实际含义相同的症,选定最恰当者作为正名,其余作为别名,尤其是可作为主症的症名,更应当使用规范症名,如选嗜睡为正名,则多寐、多眠睡等为同义词。同一症状,如四肢倦怠、不耐疲劳、倦怠、肢体疲倦等,不能有多种描述。

第二,症状要各自独立。对似是而非的症状,应当加以区分,不得混同。如约定将经常怕冷称为畏冷(寒),新起怕冷称为恶寒。呕恶、眩晕、口苦咽干、舌苔黄腻、脉弦数等,均是 2 种或 2 种以上表现,不宜合称为 1 症,否则难以正确反映病情,如只有头晕而无眼花就无法判定是否。

第三,不使用诊断术语。如所谓阴虚潮热、绝汗、舌边瘀斑等,“阴虚”、“绝”、“瘀”均属诊断性术语,应改为描述性症名,称午后低热、冷汗、舌边紫斑等。

第四,有利于反映病情本质。如新病不欲食的临床意义不大,久不欲食则常提示脾胃虚弱;新病气喘与久病气喘,其意义有在肺、在肾、属实、属虚之别。寒厥、热厥以肢厥为主症,当与反映寒热本质的胸腹冷热结合则更具辨证意义,因此,可将肢厥分为肢厥身灼、肢厥身凉。

第五,正确诠释症状。每一症名要有明确的定义,诠释其内涵、外延。如不欲食是指不想进食,或食之无味,食量减少,又称食欲不振、纳谷不香;纳少是指实际进食量减少,常由不欲食所导致;纳呆是指无饥饿、无要求进食之感,可食可不食,甚至厌恶进食。

第六,症状的轻重区分。症状的主、次、轻、重,其诊断价值不相等,因此,对症状应尽可能进行程度分级。少数症状已有程度描述,如微热、壮热,口微渴、口大渴、口渴引饮,脉迟、脉缓、脉数、脉疾等。对多数未作程度刻画的症状,一般可按无、轻、中、重区分。

第七,客观指征选择。临床上的某些体征等,应尽可能使之客观、量化,以避免主观因素的干扰,使病理信息尽量真实。如舌诊仪、脉象仪、色差计等的运用,有助于舌象、脉象、面色等的判别。可适当选择一些体格检查及实验室指标,如肺部干湿性啰音、心脏杂音、胸腔或心包积液,超声、心功能、肺功能、阻抗血流图、X 线征等检测手段,对四诊进行补充,为中医辨证服务。

5 症状的定量诊断与治疗

由于症状是辨证的主要依据,因此,症状规范更主要的内容,是要明确每一症状的诊断意义,进行辨证量化的研究^[6]。

长期以来对症状的辨识,主要采取文字描述、直接定性的方法,如自汗为阳虚,盗汗为阴虚,白苔主表证、寒证,寒热往来有定时主疟疾,诸湿肿满皆属于脾等,

属模糊定性判断,过于绝对、简单。现在通用的主症次症组合、分级半定量判别方法,如“肝血亏虚证”的辨证标准^[7],在(1)眩晕,(2)面、唇、甲淡白,(3)两目干涩或视物模糊,(4)肢体麻木,(5)月经量少、色淡甚或经闭,(6)舌淡白、脉弦细。6 项中具有(1)、(2)、(3)任何 2 项兼其他 1 项,记分超过 6 分者,诊断即可成立。似有进步,但仍有很大的主观性,这是“以证套证”,违背了辨证思维的规律,临床颇难套准。

中、西医学诊断的思维原理和方式有很大差别,病和证的概念及认识角度均有不同,因而中医症状辨证量表的制定,不能照搬西医诊“病”的研究思路。症状辨证量表,要以临床准确辨证为目标,要符合中医学的理论和辨证原理、思维规律,必须是以症为据,从症辨证。

西医学不太重视机体整体的反应状况,而专注疾病的特征性改变,因而没有必要、也不可能制定出对任何病都起作用的统一诊断标准。中医辨证是从整体上对病体的邪正状况、病变本质作出判别,因而适合从整体上统一制定各种病理信息的诊断标准。所以,症状辨证量表必须体现整体辨证、综合评判的特色,才能适用于全病域的辨证,“千证一表(症状辨证量表)”,用以“通诊百病”,而不是孤立的某某证诊断标准,也不是各证诊断标准的简单汇总。这样研究出来的量表,才能被中医界接受,才能指导临床、促进诊断水平的提高,方具实用价值。

症状不仅具有辨证的意义,并且是诊病的依据,对对症治疗也是中医学整个诊疗体系的重要组成部分。因此,应当建立常见症状的鉴别诊疗学^[8],即每一主症可见于那些病和/或证,其诊断与鉴别的依据应当加以明确,要认真整理、归纳和收集、挖掘、创造针对症进行治疗的有效常用方、常用药、针灸、外治等疗法,以提高临床治疗的效果。

参考文献

- 1 海霞,朱文锋教授谈证素辨证新体系.中国中医药报,2004,4(5):5 版.
- 2 朱文锋.证、症、征等词的概念与应用.科技术语研究,2003,5(4):20.
- 3 赵恩俭主编.中医证候诊断治疗学.天津:天津科技出版社,1984:71~430.
- 4 秦伯未,李岩.中医临证备要.北京:人民卫生出版社,1963:1~269.
- 5 赵金铎主编.中医症状鉴别诊断学.北京:人民卫生出版社,1985:11~271.
- 6 洪净.中医辨证的思维模式和方法研究.中医杂志,2003,44(1):8~10.
- 7 金益强主编.中医肝脏象现代研究与临床.北京:中国中医药出版社,2002:240.
- 8 朱文锋主编.常见症状中医鉴别诊疗学.北京:人民卫生出版社,2002:10~13.