

学术争鸣 ·

中医症状规范化若干问题的思考

刘旺华 朱文锋

(湖南中医药大学中医诊断研究所, 长沙市韶山中路113号, 410007)

[摘要] 中医的症状是诊病、辨证的主要依据, 症状规范是制订完善的诊断标准、评价临床疗效、推断预后等的前提。症状名称、内涵、外延、性质、程度的不规范是严重制约中医病证规范化的障碍。症状的规范化可从症名的规范, 相关症状分离、独立, 分离症状与病机, 提出反应病情的症名, 明确症状的内涵、外延, 区别症状轻重主次的诊断价值, 纳入实验室检测指标, 作为四诊资料的延伸, 明确其辨证意义, 计量刻画症状对病、证素、证的诊断贡献度, 避免使用定向诱导症状名等方面进行研究。

[关键词] 症状; 规范化; 证; 证素

中医的症状是诊病、辨证的主要依据, 症状规范是制订完善的诊断标准、评价临床疗效、推断预后等的前提。症状名称、内涵、外延、性质、程度的不规范是严重制约中医病证规范化的障碍, 症状的规范是提高中医诊疗水平的重要条件。因此, 研究和探讨中医症状的规范化问题已成为当今中医现代化、规范化的热点。

1 症状规范化的对象

“症”是包括症状和体征在内的所有临床表现。症状、体征是机体有病变时的各种单个的(不是指有内在联系的一组)表现, 是判断病种、进行辨证的主要依据, 是疾病的外在现象, 而不是病变的本质。症状一般是指患者通过感官主观感觉到的不适或某些病态改变, 如恶寒、头晕、头重如裹、眼花、耳鸣、心悸、恶心、腹胀、腰膝酸软等, 强调主观性, 此即狭义之症状。体征一般是指医师通过感官或借助器具对患者进行检查而得到的客观表现, 如方颅、凶陷、目黄、面色苍白、舌质青紫、舌下络脉迂曲、苔白、脉细涩、腹部膨隆、血红蛋白低等, 强调客观性。症状和体征有时候又不可能截然分开, 有些异常改变, 如身黄、流涕、咳嗽、发热、水肿等, 患者能主观感觉到, 医生也能客观检查到, 既可以说是症状, 又可以说是体征, 其类别的归属关键看行为主体。当然二者的区别并不是我们所要讨论的, 重要的是二者皆属于中医的广义症状, 都是临床诊病、辨证的主要依据, 都属于症状规范化的对象, 是病证规范化的前提。

2 症名要规范

同一种临床表现, 其称谓可能有多种, 如倦怠可称困倦、四肢倦怠、肢体疲倦、倦怠嗜卧、神疲嗜睡、困倦易睡、疲乏、不耐疲劳等等。处理的办法是应从实际含义相同的症状名中选定最恰当、最符合语言习惯者作为正名, 其余作为别名或同义词, 可供研究文献古籍使

用, 临床则应统一使用正名, 不能有多种描述。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、多睡眠等为同义词, 选口渴为正名, 则口干、口燥、咽干、口咽干燥等为别名。

3 症状应分离、独立

由于古汉语讲究简短、对仗, 常常将临床一些有一定关联的症状连在一起, 凑成四个字(或其它字数)一句话, 如胸胁苦满、口苦咽干、心烦喜呕、腰膝酸软、头身困重、胸腹胀闷、身目发黄、神疲乏力、带下清冷、舌苔黄腻、脉象弦数、恶心呕吐(呕恶)、头晕目眩(眩晕)、小便短黄等症, 均是两种或两种以上症状的组合, 各自有各自的意义, 临床也不见得会同时出现, 因此, 不能将其合称为一症, 否则生搬硬套, 为了套用该症名, 将临床并未出现的一半也扯进来, 带来错误信息, 误导诊疗。如果用计算机辅助诊疗, 则往往输入干扰信息, 难以正确处理。如只有头晕而无眼花就不应该提眩晕, 如只有腰酸而无膝酸软就不应该提腰膝酸软。

4 症状应与病机分离

如所谓阴虚潮热、绝汗、舌边瘀斑等, 皆属有诊断性含义的症名, 其中“阴虚”、“绝”、“瘀”均属病理机制或诊断性术语, 应改为描述性症名, 建议称午后低热、汗清稀、冷汗、舌边斑点等。

5 症名应有利于鉴别诊断

对症名尚未能充分反映病情者, 需进一步明确其性质、程度, 以利辨证或诊病。如胸痛有胀痛、闷痛、刺痛、剧痛喜温之不同, 其病因有气滞、痰凝、血瘀、寒凝之别, 胸痛是诊断胸痹的重要辨证依据, 但必须与疼痛性质结合, 才更具辨证意义。不欲食因病程的不同, 临床意义也不同, 新病不欲食的临床意义不大, 久不欲食则常提示脾胃虚弱, 如不明确病程长短, 则无法判断病情的虚实。肢厥是诊断厥病的主要依据, 其病因有属寒、属热、气闭之不同, 因而有寒厥、热厥、气厥等之辨,

但必须与更能反映寒热本质的胸腹冷热结合才更具辨证意义,因此,可将肢厥分为肢厥身凉、肢厥身灼、肢厥身温等等。新病气喘与久病气喘其诊断意义有在肺、在肾,属实、属虚之别。对似是而非的症状,应当加以区分,不得混同,如同为怕冷,有病程长短不同、有病性虚实之异、有病位表里不同。可约定将病程长、病性属阳虚、病位在里的怕冷称为畏寒;新起病程短、病性属实、病位在表的怕冷称为恶寒;又因“有一分表证就有一分恶寒”,则恶寒常提示病位在表,故病位在里之中寒虽为新起病程短、病性属实,其怕冷当与恶寒有别,应另命名以示区别,目前尚无此提法出现,在最新的七版《中医诊断学》中寒痰阻肺证、寒滞肝脉证、寒滞胃肠证,从病位表里来讲,应皆属里证范畴,其中怕冷症状仍是以“恶寒”来描述的,令不少学生感到困惑。

6 症状的内涵、外延应明确

作为统一规范的症名,应具备有明确内涵及外延的定义,各症状应彼此相互独立,避免相互重叠、交叉、包含。如不欲食是指不想进食,或食之无味,因而食量减少,强调进食欲望不强,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,强调进食量的结果;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。

7 区别症状轻重主次的诊断价值

主症和次症对病、证、证素的诊断贡献度大小不相等,因此,应对症状尽可能进行程度分级,一般可按无、轻、中、重区分。少数症状已有模糊程度描述,如隐痛、剧痛,耳聋、耳闭,微热、低热、壮热、大汗、微汗、口微渴、口大渴、脉迟、脉缓、脉数、脉疾等,但多数症状未作刻画,应尽量使之完善。以夜尿为例,可以依据其次数或尿量进行规范,夜间不小便为无夜尿,每夜小便1次或尿量200ml为夜尿轻,每夜2~3次或尿量500ml为夜尿中,每夜4次或尿量800ml以上为夜尿重。

8 纳入实验室检测指标,作为四诊资料的延伸,明确其辨证意义

为了提高中医诊断的准确性,除注意精神、面色、形体、动态、舌象、脉象以及问诊、闻诊等内容的全面诊察外,可适当选择一些体格检查及实验室指标,如肺部干湿啰音、心脏杂音、肠鸣音、胸背叩击音、胸部X线片所示胸腔或心包积液、B超所示肝硬化、血气分析包括二氧化碳分压和氧分压、血液流变性、生化分析所示血脂、血红蛋白等,通过大量流行病学调查,明确其与中医病证的关联性,为中医辨证论治提供有益支持。

9 症状对病、证素、证的诊断贡献度要进行计量刻画

每一症状对病、证素、证的诊断意义,并不是一个症对一种病、证素或一个证的简单关系,而是一个症状

对多种病、证素、证具有不同的诊断价值,辨证中证素有病位、病性两类,各有约30项,共计约60项^[1],就是说要在60个维度上对每一个症状进行辨别,为了提高临床辨证和辨病的诊断水平,应当明确每一症状对不同证素、证的诊断贡献度,即应当将各症与病、证之间的诊断关系进行计量刻画。自汗主气虚,盗汗主阴虚,黄苔主里证、热证,寒热往来有定时主疟疾,诸湿肿满皆属于脾等,虽十分明确,但过于绝对、简单,现在通用的主症次症组合、分级半定量方法,虽有进步,仍有很大的主观性,应全面、统一制定症状的计量诊断标准。症状的诊断价值,应该考虑其所在病、证临床表现中的主次关系及其轻重程度,主症的贡献度要大,次症贡献度要小,如果诊断阈值(诊断标准中各症总得分)为n,其中症状轻重程度以中等为标准,主症的贡献度应占60%,次症贡献度占40%,症状轻或重还要乘以相应的系数,症状轻者可乘以0.7,症状重者可乘以1.5。这些数据是暂时的设想,具体数值的设定应参考临床流行病学调查、名老中医经验、古今文献,运用数据挖掘和信息运算等现代科学技术,反复经计算机调试,进行大量回代检验,方可确定。

10 避免使用定向诱导症状名

以心烦喜呕、胸胁苦满、默默不欲饮食三症为例,历版中医诊断教材或其他与诊断相关书籍中,这三个症状的描述方式仅见于半表半里证(或少阳证)中,从未见于其它病证中,看似很有特异性,属于特征性症状,如果以这种描述方式出现,很容易诱导得出半表半里证(或少阳证)的诊断。其实不然,仔细分析症状实质即可明了。为呕吐困扰的患者,心情焦虑烦躁也是很自然的,未必就是半表半里证(或少阳证),譬如早孕反应,孕妇为妊娠呕吐所烦扰,常不由自主反复呕吐,厌食油腻,甚至闻食即呕,心情烦忧;胸胁苦满是指患者以胸胁胀满为痛苦,实质上是胸胁胀闷,而胸胁胀闷可能提示肝气郁滞;食欲减退的患者精神不振,面部表情不活跃,不喜多言,沉默不语,临床上亦很常见,可能见于胃气虚或脾气虚等,而在这两个证中我们就可以把它表述成食欲减退(或食少、纳呆)外加神疲,如果描述为默默不欲饮食,其诊断意义完全不同。可见症状描述的方式直接影响诊病辨证的结果。这实际上还是症名要规范的问题,同一种表现应该要有统一规范的症名,此外独立的症状应该分离,不应该组合成某些似是而非的现存不规范症名,避免引起歧义。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家标准. 中医临床诊疗术语/证候部分. 北京: 中国标准出版社, 1997: 1~9.