

非对称临床表现的中医辨证思考

何泽民^{*}, 何勇强²

(1. 邵阳学院医院, 湖南省邵阳市大祥区七里坪, 422000; 2. 湖南中医药大学第二中医临床学院)

摘要 非对称临床表现是疾病发展的特殊状态, 它以症状与证、症状与体征、症状与检验、症状与病位、病情与病程等多种非对称临床表现形式存在, 其产生的原因主要来自疾病、患者和医师。正确对待非对称临床表现, 有利于提高诊疗水平, 减少误诊误治。

关键词 非对称临床表现; 中医辨证; 误诊; 误治

疾病临床表现与本质是对立统一关系, 通常情况下, 每位特定患者其症状、体征、理化检查结果和病史等各种表现之间是一致的, 通过综合分析这些信息, 就可以获得合理的诊断。但由于专业知识及临床思维的局限, 往往将常见病、多发病固有的典型的临床特征作为诊疗辨证的出发点, 这些典型临床特征一般是相互一致、相互对称, 在诊断辨证上是相互支持的。从这种思路出发, 一些不典型性临床特征诸如在临床表现、实验室结果或病史之间的不一致性, 甚至会有矛盾或缺如, 即存在非对称临床表现。这种非对称临床表现是对医师的严峻挑战, 如果不引起高度重视, 就容易导致误诊和漏诊, 从而产生误治。

1 非对称临床表现的常见类型

1.1 症状与证非对称临床表现

症状是机体疾病表现出来的异常状态, 是医者从患者处感知的各种异常表现。证是机体在疾病发展某一阶段的病理概括, 包括病位、病因、病性、病势及邪正关系等, 反映该病理变化的本质, 表现为可被观察到的症状等。多数情况下, 症状与证之间具有一致性, 譬如, 实证可见有实症, 如阳明腑实证可见大热、大汗、大渴、便秘和脉沉实等; 虚证可呈现虚象, 如肾阴虚可见腰膝酸软、眩晕耳鸣、五心烦热、舌红少津、少苔、脉细数等。但疾病表现往往错综复杂, 正如《黄帝内经》所述“大实有羸状”, “至虚有盛候”。实证可见虚象, 虚证亦可见实症, 甚至虚实夹杂、寒热并存。如某患者失眠多梦, 头昏目眩, 咽部似梗, 胸部痞闷,

纳食不香, 倦怠乏力, 舌质红、苔薄白, 脉弦细, 这是肝郁痰凝之实证中具有“纳食不香, 倦怠乏力”的虚症; 如患者腹胀, 呃逆, 声响且频, 心烦纳差, 大便 3 日未解, 口不渴, 舌淡红、边有齿印, 苔白, 脉弦细, 此为腑气不通、胃气上逆之实证中兼“舌边有齿印”的虚症; 患者呃逆 3 年, 夜间常因呃逆致醒, 胸腹满闷, 头晕, 双眼松弛, 纳差, 形体消瘦, 少气懒言, 苔薄白, 脉沉细弱。此为中气不足、脾气下陷证兼具“胸腹满闷”之实症。症状与证表现为非对称临床表现也很常见。

1.2 症状、体征与理化检查非对称临床表现

实验室检查能相对真实地反映患者的健康或病情, 检查结果与疾病之间存在客观而明确的关系。有些病症状、体征较严重, 如痛风患者关节红、肿、热、痛较剧烈, 甚至关节活动受限, 但是尿酸检查却可以无明显异常^[1]。肝、肾功能严重破坏, 丙氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、肌酐、尿素氮、尿酸远远超过正常范围, 但肝病和肾病的症状表现并不一定严重。而在一些骨髓瘤患者, 其症状可能较轻, 但是其实验室结果可能比较严重。肺病可以并存血虚、消渴等, 但未必有咳嗽、咯痰、三多一少等症状。时行感冒症状可以较重, 但胸部影像学结果可以较轻。老年消渴患者常易出现低血糖性脑病, 意识模糊、抽搐、偏瘫等严重症状, 但头颅 CT 检查多未见异常^[2]。一些癌症患者骨转移时临床症状较轻, 但是影像学检查骨性破坏严重。而疼痛等症状严重, 甚至需要服用强力镇痛药物, 即使影像学表现骨破坏较轻, 也要考虑转移癌等恶性病变的可能。非典型性脊柱结核中多发性骨破坏类型, 在影像学上表现为严重的多灶性骨破坏, 但是患者症状体征均较轻^[3]。腰椎间盘突出

* 通讯作者: hzm7687@163.com, 13973901889

突出症患者症状体征严重,但 CT 仅显示椎间盘轻微异常,一般认为,腰椎间盘突出症状与椎间盘突出程度呈正相关关系,但也与突出物在椎管内的位置、CT 检查时突出的椎间盘部分还纳、致痛物质的化学炎症有关,即使突出小,也可以表现出很严重的症状和体征^[4]。瘰病症状较严重但实验室检查也多无阳性结果。

1.3 症状与体征非对称临床表现

体征是医生给患者检查时发现的具有诊断意义的异常征候,而症状则是患者自身对病变的直接感受,所以采集病史时,首先应咨询和记录患者的真实症状,再进行详细查体,获得客观体征。通常情况下,患者无论自觉症状轻重,一般都可伴有相应的体征,这是二者的统一性。但症状轻重与体征是否明显不一定一致,临床上也存在症状轻而体征明显或严重,如腰椎间盘突出症在恢复期腰腿疼痛并不严重,但直腿抬高试验可表现为强阳性,沿坐骨神经分布的相关穴位可有明显压痛;又如肌萎缩型脊髓侧索硬化症患者感觉障碍较轻,但肌萎缩或者肌力减退严重。病毒性肝炎患者食欲下降、乏力、恶心、呕吐、腹痛等症状较重,但其体征如可触及肝脏大小、质地和触痛等不一定严重,有些病毒性肝炎患者甚至无任何体征。冠心病的五型中心绞痛型、心肌梗死型都可以出现较重的心绞痛症状,但是一般早期无明确的阳性体征,较重者可有心脏向左下扩大,第一心音减弱,有心律失常时可发现早搏、房颤等。

1.4 症状、体征与病位非对称临床表现

疾病症状、体征与发病部位存在一定的对应关系,绝大多数都会在发病的脏腑及附近出现相应的症状、体征,如胆囊炎和阑尾炎大都有胆囊和阑尾对应的腹部出现疼痛和压痛。但疾病并非全都如此,胸痹心痛患者可以有上腹疼痛、恶心呕吐,不能进食,面色晦暗,口唇青紫,但无胸痛、心悸、气短症状,主要表现为胃脘痛症状,而心病症状并不明显^[5]。患者纳差、腹胀半年,加重伴不能平卧半个月,胃镜显示,慢性充血性糜烂性胃炎,住院治疗半个月,时轻时重,之后按痞满服中西药物效果欠佳,随后并有胸闷、双下肢水肿,X线胸片示心脏影明显扩大,心电图示顺时针向转位,ST-T异常,此为胃痛继发心肌病^[6]。而以胸膈闷痛不止,周身汗出,恶心呕吐,四肢厥冷,不省人事为主症的胸痹心痛患者可兼具有便秘,左下腹可扪及条索状包块^[7]。中风可以只出现上臂麻木不仁、活动功能下降而无明显脑部症状。胆系疾病可继发

出现心前区闷痛或绞痛,每次可持续数小时,常有心悸、心律不齐,多因吃油腻食物或情绪激动而诱发,口服硝酸甘油或速效救心丸不易缓解,而用阿托品可缓解。肺癌骨转移比较多见,肱骨上端为好发部位,常出现肩部疼痛及活动障碍,以肩周炎症状表现出来^[8]。带状疱疹早期多出现皮下灼痛,但患者皮肤上不一定可查见透亮的疱疹疹点,往往要经过1~2天才可发现疱疹疹点。

1.5 病情与病程非对称性临床表现

病程是患病所持续的时间,体现疾病病势的缓急。病程长如数月或数年多提示为慢性病变,如久咳、肺胀、良性肿瘤等,而病程短如几天或数周内,则多提示为病势较急的病情,如肺痈、中风、创伤等。通常由于病程长容易使全身健康状况逐渐变差,身体长期消耗或者衰竭等。但是病程长短与病情轻重也有不对称现象,虽然病程长,但由于患者心态好,治疗及时到位,病情表现相对较轻,有一些慢性病如消渴、肺癆或者恶性程度较低的肿瘤就是如此,或者病程短但因心态不佳,治疗延误或不当,病情迅速转差甚至恶化,多提示合并一些严重消耗性疾病或者恶性肿瘤,这种非对称临床表现相对容易鉴别。但是如果医生临床忽视对病情的全面了解,对发病原因、治疗经过、病情演变估计不足,甚至没有详细询问病史,而一味地偏重于实验室检查,就很容易误入歧途。

2 非对称临床表现形成的原因

人体形态结构、生理功能、病理变化、心理状态和社会适应是十分复杂的,疾病的发生和演变具有复杂性、多样性和动态性,其临床表现也存在复杂多样和动态变化特点,而绝非只是典型的、单一的和刻板的表现。非对称临床表现形成既有疾病的原因,又有患者和医师的原因。

疾病的原因很可能与神经系统对病变的敏感性和器官功能的代偿有关。对于不同的患者或同一疾病在不同阶段,有的疾病的表现非常明显和典型,而有的则很隐匿和不典型,这都是疾病自然过程中的自然存在,它不随人的主观意志转移或消失。疾病的发生和存在也不是孤立的,同一患者可以先后或同时患多个疾病,后来发生的疾病或变症可以是本系统的,也可以是其他系统的。就疾病性质而言有良性和恶性之别,其病变发展的速度和转归也不一样,不同的疾病有其不同的自然演变过程,治疗的干预可使其演变更加多元化。就患者原因而言,自觉症状主要来源于患者自我感受,医生很难通过

其他手段了解清楚,因此,患者的主观及客观因素直接影响了临床资料的完整性和准确性。每个人的体质状况及对疾病的耐受能力是不同的,虽然是同样的疾病,但患者自身的感受体验并不一样,平时身体健康者常对一般疾病表现出不在乎的态度,在陈述病史时会三言两语简单了事,而体质较弱又对自身健康十分担心的人,则表现出对疾病的高度关注,对病情的描述常带有主观成分,往往将症状描述得更严重,但检查时却缺乏应有的体征。医师若粗心大意,临时不能耐心倾听患者的诉说,不能全面仔细地进行体检,不能敏锐捕捉疾病发展过程中的细微变化,不能取得患者的信任,就无法获取准确完整的疾病信息。

3 正确对待非对称临床表现

非对称临床表现在一定程度上增大了诊疗辨证难度,是对诊疗辨证的严峻考验。这要求医者必须具备高尚的医德医风、扎实的中西医基础理论和实践技能、丰富的临床经验、科学的临床思维方法,既要熟悉疾病的各种典型表现,又要掌握疾病的非对称临床表现,力求做到望、闻、问、切四诊合参,并充分运用现代理化检查,司外揣内,知常达变,见微知著,举一反三,克服非对称临床表现对诊断辨证的束缚,保持正确诊断辨证的思想路线,避免因此而产生的误诊和漏诊。

3.1 提高对非对称临床表现的认识

疾病的症状、体征和理化检查结果表现为一致是一种常态,而在疾病的发展过程中,非对称临床表现则是一种特殊状态,尤其是发生变症或多病相继并发、相兼等复杂的背景下,更容易出现非对称临床表现,因此,应保持诊疗辨证时对非对称临床表现的高度警惕性。

3.2 注重诊疗辨证的整体观

要采用可能的方法和手段,详尽地询问病史,有针对性地复查体征,系统地进行理化检查,从而

全面地获取疾病的症状、体征和理化结果等信息,四诊合参与实验结果比较,切忌片面诊断和辨证。

3.3 保持辨证思维的活跃性

克服辨证思维僵化和思维定势的消极影响,消除刻舟求剑的心理,积极开展发散思维或逆向思维,多分析可能存在的原因,并积极寻找合乎逻辑的答案,使辨证思维不断适应变化的病情,做到病变则诊断辨证亦变。

3.4 注意处理疾病的各种关系

要协调处理好显性病与隐匿病、器质病和功能病、良性病与恶性病、心理病与实体病、旧病与新病之间的关系,注意彼此之间的甄别。

3.5 提倡专业协作

个人的临床思维能力总是有限的,必须加强与同事之间的协作,及时向专家请教或请相关专业人员会诊,对于不对称临床表现的深入分析,将有助于提高诊疗辨证水平。

参考文献

- [1] 杨磊,周嘉强. 血清尿酸在男性痛风急性发作时的变化及其相关因素分析 [J]. 中华医学杂志, 2012, 92 (11): 783-784.
- [2] 拓西平,白洁. 老年人低血糖症 [J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(5): 1101-1104.
- [3] 瞿东滨,金大地. 非典型脊柱结核的影像学特征 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2008, 18(8): 605-608.
- [4] 李玉茂,赵勇,蔡奋忠,等. 临床表现与 CT 结果不一致的腰椎间盘突出症的原因分析及对策 [J]. 颈腰痛杂志, 2008, 29(5): 463-465.
- [5] 刘亚草. 别把心肌梗死误诊为胃脘痛 [J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(19): 2648.
- [6] 李科威. 中医误诊概念与防范技术 [J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(1): 4-5.
- [7] 李国鼎. 从病案谈中医误诊原因及对策 [J]. 中国临床医生, 2006, 34(2): 61.
- [8] 朱保华. 肩周炎误诊的反思 [J]. 光明中医, 2001, 16(1): 46-47.

TCM Syndrome Differentiation of Asymmetric Clinical Manifestations

HE Zemin¹, HE Yongqiang²

(1. Shaoyang University Hospital, Hunan Province 422000; 2. Hunan University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Asymmetric clinical manifestations are a special state of disease progression. Asymmetric clinical manifestations show the asymmetry of symptom and syndrome, symptom and sign, symptom and examination, symptom and disease location and disease condition and duration. The main reason comes from disease, patients and physicians. The correct treatment of asymmetric clinical manifestations can improve diagnosis and treatment level and reduce misdiagnosis and mistreatment.

Keywords asymmetric clinical manifestations; TCM syndrome differentiation; misdiagnosis; mistreatment

(收稿日期: 2014-02-04; 修回日期: 2014-03-24)

编辑: 黄 健