

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.09.001

学术探讨

关于中医诊疗规范化的思考

刘旺华, 梁昊, 谢梦洲, 肖晓霞, 曹泽标, 陈昱文, 陈娉婷, 周小青*

(湖南中医药大学中医诊断学国家重点学科/数字中医药湖南省高校 2011 协同创新中心, 湖南省长沙市岳麓区含浦科教园区学士路 300 号, 410208)

摘要 中医学模糊、抽象、不具体的特点阻碍了学科的进一步发展。从重视主诉、名词术语的规范化、临床资料诊断贡献度、创新方证-药症关联模式、弥补经典理论的盲区、发现理论发展偏倚、处理好继承与创新、构建主诉辨证诊疗路径等方面促进中医诊疗的规范化发展, 不但可促进以上问题的解决, 对于提高中医临床诊疗水平、提升中医服务能力亦具有积极作用。

关键词 中医诊断学; 诊断规范化; 主诉辨证; 辨证模式

随着计算机信息技术在中医药学研究领域的应用和交叉渗透, “数字中医药”已成为解决中医模糊、抽象、不具体这一制约中医走向世界的瓶颈问题的新的研究模式, 也是推动中医药现代化、国际化、产业化的重要杠杆和驱动力。中医诊疗规范化是“数字中医药”的基础, 也是提高中医诊疗水平、实现人工智能诊疗的前提。结合目前中医诊疗现状, 我们认为, 中医诊疗规范化研究应从以下方面着手。

1 重视主诉指导辨证论治

中医药发展过程中所形成的诸多辨证方法概括起来可分为基础辨证和临床辨证两部分, 八纲辨证、六淫辨证、气血津液辨证、阴阳辨证属于基础辨证, 脏腑辨证、经络辨证、卫气营血辨证、三焦辨证属于临床辨证。两类辨证方法面对的患者状况(病理)是同样的, 可是认识角度、方法、观点、理论不同, 结论也会有差异。基础辨证方法因为辨证病位不清或者病性不明, 临床应用受到局限; 临床辨证在指导临床遣方用药方面较为实用, 但是卫气营血辨证、三焦辨证仍显粗犷, 而脏腑辨证相对于基础辨证虽较为具体, 但是对病种、证候层次、轻重的区别较少, 在指导遣方用药时存在指向性不

明的不足。如同样辨证为脾气虚(异病同证), 不同的患者治疗会有参苓白术散、补中益气汤、四君子汤、异功散、香砂六君子汤等不同选择。

主诉是患者就诊时最感痛苦的症状体征及其持续的时间, 反映了患者急需解决的问题, 故针对主诉治疗符合患者心理需求。同时主诉往往提示疾病的部位和性质, 对于辨别病位病性、指导治疗具有较强的指向性作用。因此, 主诉应受到临床医生的高度重视。由湖南中医药大学郭振球教授提出的主诉辨证是围绕主诉收集病情资料, 进行综合分析, 对疾病的类别、病因、病位、病性、病势等进行辨识的诊断方法。该方法掌握了疾病的主要症结, 符合针对关键问题进行诊察的临床诊疗思维。主诉辨证基本内容为: 抓住主诉, 开展有序的望、闻、问、切四诊, 以外揣法、整体观、病传论为三大原则, 推进询问病史、探讨病因、落实病位、阐明病机、分清病性、详悉病势、确定证名、依证立法、按法制方、验证疗效 10 个步骤^[1]。该辨证方法体现了中西医结合病证结合的思想, 使临床诊疗指向性更明确, 更能体现中医理法方药的统一性和针对性, 大大提高了诊疗效率。上述异病同证的问题如果用主诉辨证, 问题就迎刃而解了, 即腹泻为主者用健脾丸、参苓白术散, 气短乏力者用四君子汤, 不思饮食、脘腹胀痛者用香砂六君子汤、异功散等。

基金项目: 湖南中医药大学中医诊断学国家重点学科开放基金 (2014-25)

* 通讯作者: 1470128077@qq.com

2 名词术语规范化

症状名、证名、治法名均有一定的语法规则,研究其语法规则对于全面梳理名词库、统一名称、避免重复、分解复合症状、证名、治法具有实际意义。由于语言文字的丰富性,同一个症状可以见到多种表述方法,但是计算机无法识别其中的差异,如果赋予不同的代码,则势必增加计算机辨识的误差,这时必须将相同意义的词整合为一个词条,比如“口渴”“口干”“口燥”整合成“口渴”,“困倦”“倦怠”“困倦嗜卧”“倦怠嗜卧”“神疲”整合成“困倦”,“默默不欲饮食”“不欲食”“食欲不振”“纳差”“纳呆”“纳少”整合成“食欲不振”,“腹满”“腹胀”整合成“腹胀”,“脘痞”“胃脘胀闷”整合成“胃脘胀”。由于受文言文的影响,中医语言注意韵律和对仗,这时候会将两个或者两个以上症状合并到一起形成组合症,比如神疲乏力可以分解为神疲和乏力,口燥咽干可以分解为口燥和咽干,口眼歪斜可以分解为口僻(歪)和眼斜。还有偏义词,如头项强痛偏在“项强痛”,胸胁苦满偏在“胁苦满”。将以上名称统一后可以更好地实现逻辑化的信息编码语言,这是中医诊疗人工智能系统的基础,对于促进中医诊断规范化亦具有重要的意义。

3 临床资料诊断贡献度

临床常可见组合症,而构建症状库时,症状能分离的必须分离,比如头晕目眩可以分成头晕和目眩,头身困重可以分为头重和身体困重,呕恶可以分成呕吐和恶心,恶寒发热可以分成恶寒和发热。有些症状的出现往往具有连带性,成为症状对、症状组,这时就应注意同质与非同质症状组合,比如潮热和颧红、发热与口渴、舌红与苔黄、神疲乏力与少气懒言、尿频与尿急,属于同质组合;倦怠(气虚)与形寒肢冷(寒)属于不完全同质组合;舌苔腻(湿)与脉数(热)属于不同质组合。在计算症状对、症状组贡献度时应注意组合元素之间是叠加关系($1+1=2$)、增益关系($1+1>2$)还是减损关系($1+1<2$),同时应注意临床上常见的症状对(组)、证素对的整理研究,建立相应数据库,根据症状对出现频次和轻重进行计量分析,探讨症状对(组)对证素、证的诊断贡献度。

4 症、法、方、药对应研究

通过文献回顾性研究、流行病学横断面研究、专家问卷调查等方法,采用相关分析、多元回归分

析、关联分析、神经网络等数理统计方法研究方剂、药物、药对与症状、症状对、证素、证型、治法的对应关系。比如活血通络与活血化瘀的方剂及药物的不同,活血通络是通过活血疏通经络,适用于经络痹阻所致的肌肤麻木、关节疼痛、口眼歪斜、半身不遂、肢体痿废;活血化瘀通过活血驱逐瘀血,适用于外伤、疮疡局部肿痛、胸胁刺痛、痛经等,而这种细微的差别往往容易被临床医生忽视,初学者也难以把握。所以通过统计学方法建立症状与治法、治法与用药之间的关联关系,对于指导临床诊疗水平具有重要意义。此外,剂量配比与功效的关系、佐助与佐制对于治法增效与制约的量化关系也是中医诊疗规范和中医数字化、精确化研究的重要课题,值得深入研究。

5 继承与创新的关系

5.1 创新离不开理论与实践的支撑

在进行辨证理论创新时必须要有理论与实践的支撑,且须具有临床实际应用价值,不能脱离临床,背离经典理论,标新立异。比如证素名词方面,为创立病位而创立病位、为创立病性而创立病性是不可取的,如肌肤、皮毛、爪甲、耳、口、唇、鼻、舌、齿、咽等体表解剖部位不适合做病位证素,冒雨、冰冻、灼伤、电击、虫咬、创伤、发怒等疾病病因或诱因不适合做病性证素。证素是对疾病病位、病性等病理本质的抽象,其对象应该是深层次的、理性的,而不是显现于外的表象。

5.2 认识经典理论的盲区

完善中医诊断学分类标准须注意分类标准的齐同性,比如脑的解剖、功能、病因病机、证候、证型单元已剥离,但是相关教材仍将健忘、失眠、多梦等属于大脑功能变化的症状归属于心病证候中,这主要是作为奇恒之腑的脑没有对应的经络,而中医用药注重药物归经,因此,在病因病机、证候、治法等方面就慢慢淡化了脑的概念,而将其功能症状归属于主神明的心。再如三焦虽然有所属经络,然而涵盖范围广又不具体,因此,五脏在人体的重要地位掩盖了三焦的重要性,常可见心气虚、脾气虚,而不见三焦气虚的提法,所以临床也没有针对三焦的治法,相关理论的缺失需引起注意。

5.3 发现理论发展偏倚

要善于发现中医理论中定义与未定义现象,创新和完善中医基础理论。如水肿与心的关系,现行教材中一般认为水的代谢与肺、脾、肾相关,其实

临床水肿与心关系亦非常密切。“心水”首见于张仲景《金匱要略》中，以心肾阳虚导致水气凌心、血水瘀阻为主要病机，常见短气、喘促、下肢或全身浮肿、不能平卧、烦躁等症状，是临床上的危重病证之一。有此理论渊源和依据，应该加强相关认识，重视心对于水液代谢的作用，加强其临床指导意义。此外，水肿与瘀血关系也很密切，如缺血性中风脑梗死形成脑水肿和血液循环障碍，其中脑水肿属于“隐性水肿”范畴^[2]，当属瘀血阻络，气不行津，津液停聚而形成“水停”，即所谓“血不利则为水”（《金匱要略·水气病脉证并治》）。

5.4 创新关联模式

从生理上梳理脏器的名称、解剖位置、功能、内涵及其与中医藏象的名称、功能的对应关系，比如脑的解剖位置、功能、临床症状、证候应该从心剥离出来，形成中医脑病自身独立的体系。随着中医学自身和科学技术的发展，诊察病情的手段不断进步，一些工具或者仪器延伸了感官功能。可以借助这些工具或者仪器检测到更多或者更清晰、更直接的病理变化，这些病理变化资料对于诊察病情也很有帮助，可以看作是中医诊断学的发展。从病理上梳理这些症状、病理改变与中医证素、证型的关联程度，对于提高中医诊断水平具有非常重要的意义。如脓与痰、瘀的关联，分泌物与湿的关联，血液流变学浓、稠、黏、聚与瘀血的关联，组织增生、纤维化与血瘀的关联，萎缩与亏虚的关联，非感染性炎症如子宫肌瘤、癭瘤、瘰癧与痰、瘀的关联，细胞外基质与脾土的关联，干细胞与肾的关联，心力衰竭与心阳虚的关联^[3-5]。构建这些关联程度将极大提高中医处方、用药的准确性。

6 构建主诉辨证诊疗路径

主诉往往反映了疾病的根本矛盾，也提示了病种，比如以巅顶痛为主诉，辨证为寒凝肝脉证者，病、证都已明了，就可以确定治法、处方，选用吴茱萸汤。如果单纯辨证论治而病种（主诉）不明，则会遇到选择暖肝煎、天台乌药散、吴茱萸汤的疑惑。因此，主诉辨证体现了病证结合的思想，而病证有机结合的优势在于治疗的指向性更为清晰。

临床辨证论治应以“主诉辨证”为中心点确立诊疗路径、程序和步骤，明确诊疗的具体过程。“主诉辨证”又可分为单一主诉辨证和复合主诉辨证。复合主诉辨证要考虑多症状之间的主次关系并进行风险评估，指导医生避免漏诊，优先解决主要

症状所指向的问题，急则治其标，缓则治其本；同时要注意倾听患者的具体需求，解决最影响患者生存质量的痛苦和不适。

制定主诉辨证的诊疗路径，要按照规范的诊疗路径设计病情资料采集系统，为临床医师诊疗提供便捷、规范、详实的病情资料采集范式。一般程序是从最先开始的主诉出现，再到“抓住主症问深全”，到“再问主症紧相连”的症状，逐步完善四诊资料，边查边辨，边辨边查，去伪存真，去粗取精，逐步发现疾病本质，缩小对病、证种类的判断范围，最后确定病种和证型，指导遣方用药。“抓住主症问深全”应该针对主症的部位、性质、程度、缓急、发作时间、加重或缓解因素进行了解。“再问主症紧相连”时应该根据主症的特点有选择性地询问，并与其他三诊进行互相参合，避免过于机械化，否则往往无法抓住关键问题，没有针对性。如遇到哮喘患者，通过发作时间了解是在发作期还是缓解期，发作期者多实，则应首辨寒热性质，区分冷哮还是热哮，了解寒热症状；缓解期多虚，问题则应集中于落实病位属肺虚、脾虚还是肾虚。针对主诉构建相应的规范的主诉辨证诊疗路径可为计量诊疗、计算机人工智能判别奠定基础。

总之，主诉辨证是中医学与时俱进发展的新成果，改变了以往重辨证轻辨病的传统辨证论治模式，以中西医结合为切入点，更能体现中西医结合病证结合的优势。构建和完善主诉辨证体系，围绕症、法、方、药等各方面进行规范化，是解决中医模糊、抽象、不具体等问题的关键，也是推进中医现代化、标准化、信息化，实现人工智能诊疗的基础，对于提高中医诊疗水平、提升中医服务能力、提高中医药产业化水平亦具有积极的促进作用。

参考文献

- [1] 郭振球. 内科证治新论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 9.
- [2] 常富业, 张云岭, 王永炎. 浅谈中风病急性期脑水肿之玄府郁滞、浊毒损脑病机假说 [J]. 江苏中医药, 2008, 40(6): 12-14.
- [3] 刘旺华, 李花, 周小青. 论神经细胞外基质与中医脾土相关及其对脑缺血保护的启示 [J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(3): 5-6.
- [4] 王康锋, 张洪斌, 张立娟. 中医肾精理论与神经干细胞关系探讨 [J]. 新中医, 2005, 37(12): 76-77.
- [5] 程丑夫, 张炜宁. 心衰的中医病证归属浅析 [J]. 山东中医药大学学报, 1998, 22(2): 107-108.

(下转第 733 页)

之效。

李东垣认为,脾气不升,湿气下流,寄于肾间,占据相火之位,导致命门气化失常,湿浊相火相熔,为害下焦。本例患者耳窍滞塞,一方面为湿热上蒙清窍,同时肾开窍于耳,邪患日久,下元不足而见此症,故与桑寄生、川断、芡实、川牛膝、益智仁固下焦肾元,椿根皮、黄柏清妄动之相火。脾阳不升、湿邪困遏之证使用通利小便之品尤其慎重,一则渗利而下行,影响升阳药物的效力,如补中益气汤之去茯苓;二则利尿之品多性凉阴柔,有助湿之嫌,唯湿邪较深,或感地之湿,需自下而上

引而去之,方才使用。故本案仅予一味车前子,中病即止。治疗后期,总当以扶正健脾而收功。

参考文献

- [1] 李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 李东垣.兰室秘藏[M].北京:人民卫生出版社,2005: 47-48.
- [3] 冯玲.路志正脾胃学术思想探微:新时代内伤脾胃的致病因素[J].中华中医药杂志,2010,25(5):693-696.
- [4] 路志正.医林集腋[M].北京:人民卫生出版社,2009: 3.

Characteristics of LU Zhizheng in Applying Ascending Yang and Removing Dampness

ZHOU Yuping

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053)

ABSTRACT Chinese medicine master LU Zhizheng holds that, ascending Yang and removing dampness can ascend Yang Qi, relieve Yang stagnation, recover rising and falling of Qi, improve Yin and Yang, thereby removing lowery evil deriving from both outside and inside. He also corresponds herbs of ascending Yang and removing dampness to four seasons, and compares the different herb nature to clemency and clearness of spring, fierce hotness of summer, piercing cold and dryness of autumn, violent cold of winter. He differentiates application according to different patients, regions, time and syndromes. At the same time, he emphasizes compatibility of prescription according to contrast from vital energy to evil Qi.

Keywords ascend yang and remove dampness; experience of famous doctor; LU Zhizheng

(收稿日期: 2015-06-11; 修回日期: 2015-11-08)

编辑: 侯建春

(上接第 723 页)

Reflection on the Standardization of Chinese Medical Diagnosis and Treatment

LIU Wanghua, LIANG Hao, XIE Mengzhou, XIAO Xiaoxia, CAO Zebiao, CHEN Yuwen, CHEN Pinting, ZHOU Xiaoqing

(National Key Discipline of Chinese Medicine Diagnostics, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan Province 410208)

ABSTRACT Chinese medicine is obscure, abstract and non-concrete, which hinders the further development of the subject. The authors propose promoting the development of standardization of Chinese medicine diagnosis and treatment from the following aspects: emphasizing chief complaint, standardization of terms, diagnostic contribution of clinical data, innovating prescription-syndrome and herb-symptom correlation mode, making up for the blind zone of classical theories, finding the bias of theoretical development, handling the relation between inheritance and innovation well, as well as constructing the diagnosis and treatment route of chief complaint syndrome differentiation. These methods can not only solve the above problems, but also have positive effect on improving the Chinese medicine diagnosis and treatment level, as well as promoting the Chinese medical service ability.

Keywords Chinese medicine diagnostics; standardization of diagnosis; chief complaint syndrome differentiation; syndrome differentiation mode

(收稿日期: 2015-09-30; 修回日期: 2015-12-14)

编辑: 崔京艳