

· 学术探讨 ·

构建中医临床科研信息一体化平台
需要解决的症状规范问题刘保延¹ 张启明^{2*}

(1 中国中医科学院,北京市东城区东直门南小街 16 号,100700;

2 中国中医科学院中医临床基础医学研究所)

基金项目:国家科技重大专项(2009ZX10005-019)

*通讯作者: zhang_917@126.com, (010) 64014411 转 3311

[摘要] 构建中医临床科研信息一体化平台需要症状的规范。基于历代医案数据库的统计结果,认为对于区分不同疾病状态具有借鉴作用的生命现象才是症状;症状具有独立性和内涵最小性;症状的名称有概念词组、描述词组和派生词组 3 种类型;症状的 6 种特有属性和 4 种偶有属性是症状定义的必要内容;症状的发生部位、性质和加重缓解因素是中医赖以辨证的症状的临床特征;治疗前后对比是中医判定症状轻重变化的主要方式;围绕主诉或最痛苦症状的临床特征及其伴随症状的采集是规避冗余信息的方法。

[关键词] 症状规范;临床科研信息一体化;中医诊断

中医学既往一直采用“从临床中来,到临床中去”的发展模式,即不断从临床实践中总结经验,又不断到临床实践中验证,所获得的经验或知识常常是个别的、零散的。在信息技术高度发展的今天,人们迫切需要将临床实践与科学研究有机结合,建立起可供业内共享的临床科研信息一体化平台。症状是中医认识疾病、辨识证候和评价疗效的重要依据,症状的规范应是构建该平台的首要问题。我们基于已经构建的中医历代医案数据库^[1],在中医症状的概念、命名、定义、临床特征、轻重变化的判定等方面做了尝试。

1 中医症状的概念

新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医诊断学》认为,症状是指患者的异常感觉,或医生感知的异常征象。但是哭闹不止、痛苦面容、呻吟等异常征象通常不被当作症状,小便自利、不渴、舌苔薄白等正常征象却常用于中医证候的辨识。老年人目昏、心情紧张时瞳神散大等生命现象都是健康人体在不同生命状态下的正常改变,不具有诊断意义。

为此我们将区分不同疾病状态具有借鉴作用的生命现象称为症状^[2]。哭闹不止、痛苦面容、呻吟或可表征患者处于疾病状态,但不能用于病种的诊断和证候的辨识,故不作为症状;小便自利、不渴、舌苔薄白常用来区分不同的证型,故常作为症状。相对

于疾病状态下出现的症状,正常生命现象具有持续时间长,程度轻,发作频率低,多能找到对应的特殊生理阶段,常有明确的诱发因素 5 个特点^[3]。

2 中医症状之间的关系

《中医诊断学》^[4]记载了 1373 条症状信息,《中医症状鉴别诊断学》^[5]记载了 623 个症状,《中医药学名词》^[6]记载了 456 个症状。那么中医有多少症状?这是一个很难回答的问题。因为中医关于症状之间的关系尚未建立统一的认识。例如:①头痛、前额痛、前额刺痛、前额阵发性刺痛、前额阵发性刺痛入夜加重是对同一症状的不同精度的描述,还是不同的症状?②小便短赤是一个症状,还是尿短与小便黄赤两个症状的简称?③舌强、舌瘫、舌卷或舌歪时必然导致语言謇涩,但语言謇涩时未必出现舌强、舌瘫、舌卷或舌歪,是一个症状还是多个症状?④便秘是一个症状还是大便干结、排便困难、大便次数少 3 个症状的集合?⑤遍身浮肿、面部浮肿、四肢浮肿、足背浮肿等不同部位的浮肿是一个症状还是多个症状?

为此我们提出了不依赖于其他症状而出现于不同疾病状态中的独立症状,并根据症状的部位和性质提出症状单元假说,即内涵最小的独立症状^[2]。在不至于引起混乱的情况下,将症状单元简称为症状。见图 1。

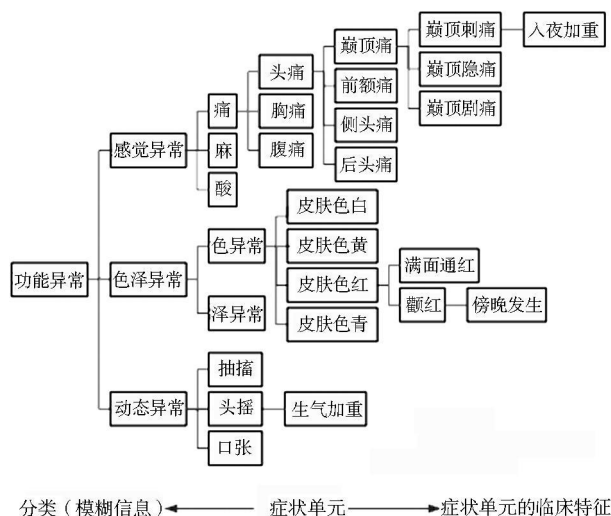


图1 症状单元与症状单元的分类或临床特征的关系

3 中医症状的命名

中医常采用自然语言命名生命现象。由于不同时代和不同地域的人们语言习惯不同,对于同一生命现象,常存在多种名称。如“便溏、大便稀、泄泻、拉肚子”都是“大便质稀”的名称。据统计,关于“小便利”,在历代中医医案中竟有642种不同的描述。

症状名称不规范必将影响中医学术的交流与发展。因此,我们根据科技术语的命名规则,即单义性、简明性、约定性、系统性和国际性,确定了中医症状的概念词组、描述词组和派生词组^[7]。症状的概念词组是用以代表症状内涵的正式的或规范的词组。症状的描述词组是指与症状的概念词组内涵一致但不同于概念词组的各种表达方式。如大便干燥、便干、燥屎、大便硬等都是症状大便干的描述词组。症状的派生词组是指由概念词组派生出的内涵更大的词组。如偏头隐痛、巅顶刺痛、后头剧痛等均是头痛的派生词组。

4 中医症状的定义

定义一般由被定义项、定义项和定义联项3部分组成。《中医诊断学》^[4]中的症状定义存在如下问题:①仅有定义项,没有被定义项。如“右胁下肿块,质软,表面光滑,边缘钝,有压痛”没有给出内涵明确便于记录和交换的被定义项。②定义项用晦涩含混的语言而不是确切的科技术语。如“目无神是指视物昏暗,目无精彩,浮光暴露”。③定义项中直接或间接地包含了被定义项,犯了“同语反复”或“循环定义”的逻辑错误。如“胸闷是指自觉胸部痞塞满闷”,“耳鸣是指自觉耳内鸣响”。④定义项与被定义项的外延不相应相称。如“白带是指带下色白量多,质稀

如涕,淋漓不绝而无臭味”定义过窄,“麻木指肌肤感觉减退,甚至消失的症状”定义过宽。⑤定义项没有包括足够必要的、能凸显被定义项的特征。如“食欲减退指病人进食的欲望减退,甚至不想进食的症状”与“厌食指厌恶食物,甚至恶闻食臭的症状”难以区分。⑥通过自身还有待确切定义的词来下定义。“体重超过正常标准的20%者,一般可视为肥胖”,但教材没有就标准体重给出明确定义。

没有症状内涵的明确定义,就不可能借助症状建立起严谨的中医诊断和疗效评价体系。为此我们基于逻辑学知识,认为中医症状是实体概念而不是属性概念,应从6种特有属性,即观察者、观察工具、观察对象、观察角度、观察结果、症状对应的正常生命现象,和4种偶有属性,即症状的派生部位、派生性质、限定因素、伴随症状,对中医症状进行定义。如头痛是患者(观察者)借助痛觉感受器(观察工具)感知的发生在头部(观察对象)的各种疼痛(观察角度、观察结果)。头痛常发生于巅顶、后头、眉棱骨、前额、太阳穴、偏头(派生部位);疼痛特点有部位固定或走窜不定,热如火燎的灼痛,沉重如裹的重痛,伴见冷感的冷痛,伴见抽掣感的掣痛,伴见空虚感的空痛,伴见撑胀感的胀痛,伴见锥刺感的刺痛,伴见绳捆感的闷痛,伴见跳动感的跳痛(派生性质);发作形式有昼夜无休的持续性发作,或时作时止、发无定时的阵发性发作(派生性质);发作程度可有痛势难忍的剧痛,或疼痛轻微、若隐若现、尚可忍受的隐痛(派生性质);影响因素有夜间加重、遇风寒加重等(限定因素);常伴有后项的板强感(伴随症状)。

5 中医症状的临床特征

新世纪全国高等中医药院校规划教材如《中医诊断学》、《中医内科学》等常提示,中医辨证的依据是一组临床症状,似乎中医的证候与西医学的综合征并无二致,于是中医证候常被英译为综合征(syndrome)。事实上,中医证候的辨识:①与症状的部位有关,如腰部症状多提示肾病,胁部症状多提示肝病;②与症状的性质有关,如感觉刺痛多提示瘀血,感觉胀痛多提示气滞,排泄物质稀者多虚寒,排泄物质稠者多实热;③与症状的加重缓解因素有关,如生气加重多见于肝气郁结,矢气缓解多见于胃肠气滞。因此,如果将症状的发生部位、性质和加重缓解因素称为症状的临床特征,那么中医辨证的依据就不是症状的组合,而是症状的临床特征。症状的临床特征一方面体现了中医辨证的规律,另一方面弥补了

症状单元不能概括中医症状全部内容的不足。

6 中医症状变化的判定

主诉症状常是患者的异常感觉,也是中医疗效评价的重要依据。鉴于主诉症状的主观性,人们常借用心理测量量表技术将症状人为地分为轻、中、重等不同级别。医生根据患者的描述和量表的规定给出症状轻重程度的判定,其优点在于判定标准相同,判定结果能进行患者间的比较,便于统计。但是容易发现量表的信度、效度和反应度都不是很高。原因在于患者可以直接告知的是其某一症状比上次就诊时加重了还是减轻了,亦即症状的轻重变化常通过治疗前后对比获得,而不是通过制定评价标准,通过将患者的现状与评价标准比较而获得,后者更是为了临床研究的需要。将 3932 条近代名医复诊医案建立结构化数据库,统计分析发现,症状的加重或减轻变化常常是从一个或多个不同的观察角度综合判定的。如关于腹痛的减轻有 7 种判定方法:①疼痛程度。由治疗前的腹部剧痛,痛难忍受,不能行走,到治疗后的腹部疼痛减轻大半,能忍受,可以行走。②疼痛范围。由治疗前的全腹疼痛,到治疗后的仅脐周疼痛。③疼痛频次。由治疗前的阵发性腹痛频发,到治疗后的腹痛间隔时间延长。④与影响因素的关系。由治疗前的腹痛不能进食,到治疗后的腹痛消失,胃纳正常;由治疗前的腹痛频发,到治疗后的仅饮食欠慎、饥饿、劳累、排便或天凉时腹痛小作。

7 冗余信息的规避

临床病历的书写有一定格式,按这种格式书写的病历不仅是医学实践活动的记录,还具有法律效应。传统中医也有类似的格式,如张景岳的“十问歌”：“一问寒热二问汗，三问头身四问便。五问饮食六胸腹，七聋八渴俱当辨……”。一般认为，只有采用望、闻、问、切 4 种方法全面采集临床信息，才能保证辨证的准确性。但假如在临床上真要这样做，一方面常由于医生的暗示作用，采集到虚假信息。如医生询问感觉疲乏吗？处于疾病状态的患者会很容易给出肯定的回答。另一方面严格按照望、闻、问、切采集的临床信息许多都是对辨证无益的冗余信息，且由于时间关系，临床上（如门诊）难以实施。事实上，一个典型的临床诊断过程可能是：首先确定患者的主诉或最痛苦的症状，如头痛；其次采集主诉的临床特征，如前额、后头、巅顶等头痛发生的部位，刺痛、胀痛、窜痛、隐痛等头痛的性质，感受风寒引发、入夜加重等头痛的影响因素，借以给出可能的证型；

最后了解饮食、睡眠、二便、经带、舌苔、脉象，甚至是诊治经过、时节、地域等信息作为验证和鉴别诊断。

在构建艾滋病、病毒性肝炎、结核病临床科研信息一体化平台的过程中，我们将症状的概念词组、描述词组和派生词组建立知识库，使得用户即使是应用不规范的症状名称，软件平台也能够识别并提示规范的概念词组；将症状的定义形成知识库，方便用户随时查询；建立了患者的主诉或最痛苦症状的临床特征和判定轻重变化的各种可能的判定角度知识库，使用户通过点击方式就能够全面地采集到主诉的临床特征并给出轻重判定的依据。这样的平台软件有望克服目前临床病历书写格式的不足，且能采集到中医辨证必要的信息。

参考文献

- [1] 张启明,王永炎,张志斌,等. 中医历代医案数据库的建立与统计方法[J]. 山东中医药大学学报, 2005, 29(4): 298—299.
- [2] 张启明,王义国,张磊,等. 内涵最小的独立症状[J]. 北京中医药大学学报, 2010, 33(1): 5—12.
- [3] 张伟,张磊,王义国,等. 症状单元对应的正常生命现象[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(1): 23—26.
- [4] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 25—141.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 19—184.
- [6] 全国科学技术审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京: 科学出版社, 2005.
- [7] 于东林,张磊,张伟,等. 中医症状单元的概念词组、描述词组和派生词组[J]. 中国科技术语, 2010, 12(3): 47—50.

(收稿日期: 2011—06—14; 修回日期: 2011—07—07)

[编辑: 黄 健]

《名医之窗》征稿暨诚聘主编、副主编、编委的通知

《名医之窗》主要登载各地名医及从事医学教学、临床、科研工作者在医学领域中所取得的新理论、新成果、新经验、新技术、新方法。主要栏目有: 1. 名医论坛; 2. 名医业绩; 3. 名医访谈; 4. 名医经验; 5. 专利(成果)推广; 6. 针灸推拿; 7. 验方秘方; 8. 医案分析; 9. 临证创新(新理论、新成果、新经验、新技术、新方法); 10. 临床研究等。文稿撰写要求: 1. 文题须简明确切,并能反映文章的内容; 2. 文稿的作者应对全文的内容负责,杜绝抄袭、造假行为; 3. 注明作者(联系人)详细的联系方式,如电话、地址、邮编,以便读者通过书中刊载的联系方式,快捷地与作者取得联系。来稿一经录用,将按著作权法发放稿酬。诚聘特约主编、副主编、编委,有意者请将简要履历寄至研究中心,并注明。

欢迎投稿、来稿必复,凡投稿超过 20 天未接到稿件处理通知者,请与本研究中心联系。电子邮件投稿: a82038887@126.com, 或挂号寄至: 江苏省南京市鼓楼邮局 389 信箱,南京聚杰医药科技研究中心汪文和收,邮编: 210008。电话: (025) 82038887, 13770595368。将组织“中医药文化学术调研团”赴香港考察,每团限额 20 名,额满即行,欢迎来电来函报名或在来稿中注明。