

医生因素在中医证型辨识过程中作用分析

刘孟宇 吕爱平* 彭 锦 吴夏秋

(中国中医科学院中医临床基础医学研究所, 北京市东直门内南小街 16 号, 100700)

* 通讯作者: lap64067611@126.com, (010) 64067611

[摘要] **目的** 探讨医生因素在中医辨证过程中对辨识结果的影响。 **方法** 两位中医专业副主任医师分别对采集的 338 份育龄妇女体质调查问卷进行中医辨证分型, 并在间隔 1 周后重新辨识。采用 Kappa 值作为判断一致性的指标比较两位医生第 1 次的辨识结果和每位医生自身前后辨识结果的一致性。 **结果** 对比每个证型每位专家前后 2 次辨识的一致性, 对阴虚的判定 Kappa 值最高, 均在 0.8 以上; 对气血偏虚的 Kappa 值偏低, 分别是 0.56 和 0.70。两位医生之间第 1 次辨识结果显示, 对于虚证的辨识两者具有良好的一致率 (Kappa 值 0.75~0.80), 对于实证的辨识一致率较低 (Kappa 值 0.52~0.66)。 **结论** 中医辨别的逻辑思维关系在不同医生的认识上有很好的共识性, 但不同的医生会对辨识结果有不同的认识。

[关键词] 医生; 中医辨证; 一致性

中医辨证是建立在中医理论的基础上, 把四诊 (望、闻、问、切) 所收集的资料、症状和体征, 通过分析综合, 辨清疾病的病因、性质、部位, 以及邪正之间的关系, 概括判断为某种性质的证的过程。本研究通过分析不同医生相同时间和相同医生不同时间对育龄期妇女的体质调查问卷的辨识结果, 对特定群体进行体质辨识的有效方式, 以医生主观因素在辨识中的作用为主要考察目的, 来研究不同医生对体质辨识结果的一致性。

1 材料和方法

1.1 一般资料

选取北京市丰台区计划生育委员会已婚并有生育意愿的育龄妇女进行《育龄妇女体质问卷》调查。纳入统计分析的是 2007 年 9 月~2008 年 3 月的调查问卷, 问卷已通过伦理专家鉴定委员会伦理论证, 被调查者均签署知情同意书。本研究共辨识调查问卷 338 份, 符合纳入标准, 年龄 22~46 岁, 平均 30.55 岁。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 已婚妇女; 年龄 20~49 岁; 签署知情同意书。排除标准: 处于妊娠期或哺乳期者; 有明显的重大疾病者。

1.3 问卷设计

问卷共设置 28 个问题, 主要根据《中医诊断学》^[1] 及《中医体质学》^[2], 针对常见证型、各证型的主要症状以及育龄妇女的生理特点编制问卷问题, 证型包括阴阳平衡型、气血偏虚型、阳虚型、阴虚型、气滞型、痰湿型、血瘀型 7 种证型, 每种证型下包含

涉及 5 个左右主要症状的问题, 每个问题都有“从不”、“有时”、“经常”3 个选项。

1.4 问卷辨识方法

338 份问卷由两位有丰富临床经验的中医专业副主任医师 (以下简称专家 1、专家 2) 分别进行主观辨识, 间隔 1 周后对上述问卷再进行第 2 次辨识, 医生根据症状出现的多少情况进行辨证分型, 各型可以出现交叉。

1.5 辨证结果一致性检验

采用 Kappa (K) 值^[3] 作为判断一致性的指标, 评价 2 位中医专家对同一组育龄妇女体质问卷证型辨识结果, 分为中医专家自身前后 2 次辨识结果和两位专家第 1 次辨识结果一致性的比较。统计学分析应用 SPSS 13.0 统计软件, 采用四格表分析法计算 Kappa 统计量, K 值的参考评价原则如下^[4]: <0: 一致性程度极差; 0~0.2: 一致性程度微弱; 0.21~0.4: 一致性程度弱; 0.41~0.6: 一致性程度适中; 0.61~0.8: 一致性程度显著; 0.81~1.0: 一致性程度最佳。

2 结果

2.1 中医证型辨识结果

根据调查表内容, 对每个被调查者进行辨证, 纳入样本为 338 例, 每例可以同时被辨识为若干个证型。表 1 示, 两位专家对同一患者辨证结果有差异, 说明医生本身因素会导致辨证结果的不同。

2.2 辨证结果的一致性判断

表 2 示, 对比每个证型每位专家前后 2 次辨证的一致性, K 值均 >0.5, 说明专家的 2 次辨证一致

表 1 两位专家对 338 例患者两次辨证结果(例)

辨证证型	第一次辨证		第二次辨证	
	专家 1	专家 2	专家 1	专家 2
气血偏虚	143	145	94	165
气滞	60	46	60	53
痰湿	129	98	146	115
血瘀	112	156	109	134
阳虚	92	78	79	60
阴虚	183	170	189	163

性程度高。对阴虚的判定一致率最高,均>0.8;对气血偏虚的一致率偏低,分别是0.56和0.70。从结果分析辨识的一致率大多>0.70,说明医生根据调查表结果对中医证型的判定把握度比较高。

两位医生之间第一次辨识结果显示,K 值亦均大于0.5,对虚证的认识比较一致,气血偏虚型一致率0.75,阳虚一致率0.76,阴虚一致率0.80;对实证的认识气滞型、痰湿型、血瘀型的一致率分别是0.66、0.52、0.65。说明医生对虚证辨识比实证有更高的认同度。

表 2 中医辨识结果一致率(K 值)

辨证分型	专家 1 两次辨识	专家 2 两次辨识	共同判定(第 1 次)
气血偏虚	0.56	0.70	0.75
气滞	0.74	0.70	0.66
痰湿	0.86	0.79	0.52
血瘀	0.72	0.77	0.66
阳虚	0.71	0.76	0.76
阴虚	0.84	0.81	0.80

3 讨论

辨证论治是中医学的特色。其中,辨证是关键环节,辨证准确与否将直接影响治法、方药选择的科学性^[5]。就整个疾病的发展过程来说,往往并不是一次辨证就能完成的^[6]。

本研究结果显示,医生对中医证型的判断,无论虚证实证,或某种常见证型都有很好的符合率,说明中医辨别的逻辑思维关系在不同医生的认识上有很好的共识性。但不同的医生会对辨识结果有不同的认识,甚至出现较大的偏差,例如研究中对痰湿的辨识,虽然医生前后辨识一致性在0.79和0.86,但是两位医生之间的符合率只有0.52,有明显的差异。这种结果与中医的特点有关系,中医的辨证需要医生根据四诊结果进行把握,主观性因素比较多,与医生的学识、文化背景、思维方式等的不同都有直接的关系,这就导致了对同一患者的认识在不同时间会有差异,而不同医生由于选取的指标和主观认识的不

同,辨识结果可能会有很大的差异。不同医生对同一患者的不同认识将导致辨识结果的分歧,并可能直接影响治疗原则和治疗用药。

本研究中由于调查问卷都有固定的问题,信息量大,需要被调查者快速作答,可能会让被调查者把一些正出现的偶然症状当成主要症状,从而模糊判断;对一些中医术语的理解不够可能会导致问题选择的偏差,甚至将对于医生是相反判断的问题同时选择,造成医生判断证型的不一致。被调查者的性格、心理也会对调查有所影响。有些被调查者比较敏感,对自己关心程度比较高,自觉不适或症状就会多些,可能答了很多但并不一定是主要症状,甚至是很轻微、偶尔出现的症状,罗列出来导致难以分辨,出现误差,甚至有的人认为自己具有全部的症状表现,造成主次不明,给医生的辨识造成困难;另外有些人会忽略很多已经存在的状态,遗漏了部分症状。医生辨证常用经验分析、推理分析等方法,这种经验、直觉的思维判断方式都会影响辨识结果的一致性^[7]。

因此,中医辨证分型应分层考虑,第一层从阴阳、虚实、表里、寒热八纲辨证作总体把握,八纲辨证是中医辨证的基本方法,各种辨证的总纲,也是从各种辨证方法的个性中概括出的共性,在诊断疾病过程中,起到执简驭繁,提纲挈领作用。这样就抓住了主要矛盾;第二层从病位、病性再做区分,这时需要增加辨识信息,在调查问卷设计中也可尝试分层设计问题,分层采集信息,可能会提高辨证综合分型的准确性。

参考文献

[1]朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2004:95-130.

[2]王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:94-98.

[3]Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales [J]. Educ Psychol Meas, 1960, 20(1) :37-46.

[4]Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data [J]. Biometrics, 1977, 33(1) :159-174.

[5]洪净. 中医辨证的思维模式和方法研究[J]. 中医杂志, 2003, 44(1) :8-10.

[6]何明. 关于中医辨证论治思维方法的认识论思考[J]. 贵阳中医学院学报, 2005, 27(1) :14-17.

[7]李灿东. 从方法论谈中西医理论特色[J]. 福建中医学院学报, 2000, 10(4) :37.

(收稿日期:2010-06-12;修回日期:2010-09-02)

[编辑:邓 媛]