

从辨证思维探讨中医证候量表存在的问题及对策

严石林 陶 怡 曾跃琴 史年刚 李炜弘*

(成都中医药大学基础医学院, 四川省成都市十二桥路 37 号, 610075)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81173169); 教育部新世纪优秀人才支持计划资助项目(NCET-11-1057)

* 通讯作者: ysl5356@163.com, 18980900578

[摘要] 认为运用证候量表进行临床研究, 能够总结证候的基本特征和共性规律, 对证候的客观化、标准化、现代化有着重要意义。同时也发现, 证候量表存在先入为主的经验框架、症状体征真假难辨、兼夹证候及相关要素容易遗漏、个体化诊疗特点易于削弱等问题, 在一定程度上影响证候研究的真实性、可靠性, 并提出三点对策。

[关键词] 辨证思维; 证候量表; 临床研究方法

近几十年来, 为实现中医证规范化、客观化、标准化, 纷纷使用证候量表开展临床研究。证候量表是以中医理论为指导, 参照国际量表制作经验和方法, 结合中医辨证思想和特色编制而成, 称为中医证候辨证量表^[1]。除少部分用于传统证候研究外, 绝大多数按照病证结合方式、经四诊采集信息、半量化或量化编制而成。如王阶等^[2]关于冠心病心绞痛病证结合的证候诊断量表的制订思路与方法, 杨洪艳^[3]对绝经综合征疗效评定量表构建思路和循证研究探讨, 郭全等^[4]对原发性高血压肝阳上亢证评定量表的初步编制, 牟新等^[5]对糖尿病肾病中医证候量表的条目初筛, 郑秀丽等^[6]基于头脑风暴法和德尔菲法的慢性乙型肝炎中医证候信息采集量表研制初探, 王天芳等^[7]对疲劳自评量表的理论构建及其研制等。虽然证候量表研究取得了可喜的成绩, 普遍认为是中医证候较好的研究方法之一^[8], 但从中医辨证思维的角度, 对已使用的证候量表存在问题进行深入、细致分析和思考也势在必行, 以便寻找对策, 提高证候量表应用水平。

1 存在问题

1.1 先入为主的经验框架

从现代期刊文献中可以发现, 多数证候量表的条目来源于历代中医典籍、文献调研、教材整理、国家标准、行业标准、专家咨询^[9], 是许多著名专家、学者对该证候诊断标准的典型、共性规律的经验总结, 有着判断证候性质的意义。但这样形成的量表, 难免带有片面、主观、先入为主的缺陷, 并成为一种经验框架, 约束医生的临床辨证思维。为避免此类错误, 近期在前人研究成果的基础上, 有人提出用数据挖掘的方法, 采用四诊合参, 全方位、多中心搜集的

病例信息, 通过聚类处理等先进手段, 挖掘症状体征在证候中的组成分布与贡献率, 动态地确定证候量表的条目^[10]。此类量表遵照循证医学的理念, 运用有限范围内的临床流行病学调查和数学运算, 可删除或增添、选择或修改量表的条目, 在一定程度上避免人为因素的影响, 比过去的量表有所改进和提高。但仍然脱胎于文献调研、专家咨询的量表条目, 大部分或主要条目保留了先入为主的经验性框架烙印。由此可以认为, 用并不完善、先入为主而带有经验性框架的证候量表, 进行新的证候调查研究, 其结果一方面仅仅是完善或证实原有证候诊断标准的正确性、可靠性, 不可能有较大的突破、创新和发展; 另一方面, 对于简单、典型、符合共性规律的证候, 使用这类经验框架性量表进行比对, 可以保证诊断的准确性和可靠性。但对于症状体征缺少或潜证、复杂或变化的证候, 用如此一成不变的经验框架性量表, 不结合个体特征进行病机分析, 容易导致辨证错误。

1.2 症状体征真假难辨

目前临床科研时大多数采用证候量表规定的条目与患者的表现逐项对比, 进行有、无判断, 并按零、轻、中、重等程度不同的半定量记分统计, 加权求和, 当分值达到规定阈值时, 即可诊断为该证候^[11]。这样的方式辨证, 运用了流行病学调查方法, 有一定的数理运算, 基本上可实现证候诊断的客观化、标准化, 具有可重复性, 符合现代医学的诊疗模式。此外, 操作简单易行, 不要求研究者具备高深的中医理论, 便于普及和推广。但是该方法最大的缺陷是省去了复杂、灵活的中医临床辨证思维和对辨证要素的病机分析, 未跳出“对号入座”的简单、粗糙的诊断模式。因量表中的每个症状体征对证候诊断的贡献

不是唯一的,而是具有多重属性。它既可反应证候本质,又有出现假象的时候。例如“发热”,其由实热、湿热可以引起,而气虚、血虚、阴虚也可出现,与热证性质完全相反的寒证(如阳虚)也可见到发热的症状。但在证候量表使用中,通常把“发热”视为热证的唯一表现,不能辨别其症状的真假属性。因此,在一般病证中,症状体征反映证候本质时,通过证候量表获得的辨证结论真实、可信。在大量慢性、疑难病证中,当症状体征以虚假面貌出现时,证候量表所获取的信息失真,辨证必将导致重大失误,这是证候量表难以逾越的障碍。

1.3 兼夹证候及相关要素容易遗漏

证候量表是调查前设计完成,已具备固定格式。临床调查时只是根据量表拟定的条目对患者(或健康人)进行询问,并在量表中做出记载。对于量表所规定的各种症状体征,除因调查人员水平低、不认真、不仔细,或因量表中的专业术语与患者描述不相同,或因患者对症状体征的忽略而有遗漏外,大多数情况下能收集该证所需的辨证资料,但在下列情况下则可出现症状体征的丢失。

1.3.1 非常见或变异的症状体征 每个证候量表症状体征数量有限,研究者会通过文献调研、数据挖掘,综合筛选出现频率较高或较多的作为量表条目。因此,一般量表拟定的是典型症状体征,非常见症状体征或发生变异的症状体征或个别阴性体征,量表未予纳入。如脾阳虚证,常见表现为腹胀、腹泻,脾阳虚推动无力而出现便秘时,通常会被忽略;脾阳虚常见迟脉,而细、微、弱三脉主病与之相似,量表不一定列入,临床出现时,量表难以记录;缓脉可见于正常人,脾阳虚患者偶尔见到,会因量表中无此脉象而不予记录,上述情况均会因量表资料搜集不全面而导致辨证失误,影响疗效。

1.3.2 相兼证的症状体征 量表设计是针对某一证候,其条目绝大多数是该证候的性质相似的症状体征,与此性质不同的症状很少纳入。如风寒表证的量表中一般难于见到口渴、苔黄、尿黄、便干、舌红、脉数等性质偏热的症状。然而风寒化热的寒包火证患者,却常见这类热象。使用量表调查时,相兼证会因条目未曾设计而遗漏,导致辨证不准确。

1.3.3 他脏的症状体征 为防止证候之间相互干扰,量表设计时尽量排除其他证候的条目。如进行慢性肾炎肾阳虚证的研究,证候量表一般只列入单独、典型该病肾阳虚证的有关症状条目,代表其他脏

腑的症状条目一概不予列入。根据久病及肾的规律,大多数慢性、危重病后期,肾阳虚证很少单独出现,常与心、肝、脾、肺的阳虚证同见,或既有肾病又有肝、肺、心、脾病的其他证型。一个慢性肾炎肾阳虚证的证候量表不能包罗万象,什么症状体征都能囊括,量表调查时,必然导致他脏症状体征的遗失。

1.3.4 其他密切相关的辨证要素 证候量表通常以证候临床表现为主体,有关患者的发生、发展、治疗经过、体质、时间、季节、环境等重要信息,证候量表中自然不会列入。然而上述项目在辨证中意义重大,缺少这些要素的证候量表不可能得出正确的辨证结论。

1.4 个体化诊疗特点易于削弱

中医治病主要不是着眼于“病”的异同,而是取决于“证”的本质。异病同治、同病异治的关键在于病机的异同^[12]。因此,辨证的精髓是对组成证候的每一个症状体征的病机逐一辨识,并最终综合出该证的病机而做出证名诊断。

证候量表的使用主要是针对症状体征的有无和表现程度的轻重,但却陷入了片面追求症状体征出现频率的高低和对证候诊断的贡献度的误区,由此带来的后果是不辨别症状体征的真假,不分析引起症状体征的病机。因此,该方法在诊断过程中因使用循证医学、数理分析等现代研究方法,操作简便、规范,容易重复,也总结出证候的基本规律和共性特征,但却舍去了患者个体特征,舍去了中医诊疗核心——临床辨证思维,丢掉了证候本质——病机的认识,削弱了中医个体化的诊疗特点,影响辨证论治水平的发挥。

2 对策

证候量表的优势是能综合、归纳出证候的基本特征和共性规律,有利于开展与证候相关的科研工作,还有利于加快证候标准化、客观化、现代化的研究的进程。并能指导初学者和西学中的医师进行辨证论治,适用于一般或典型证候的诊治,也便于对某一病证不甚了解的临床医生提高辨证论治水平。

对于立足宏观、疾病整体机能的外在反应,具有非特异性的症状体征而言,证候量表的使用,容易丢失中医的临床辨证思维、病机分析、个体化的诊疗特点,难运用于临床辨识复杂、疑难病证。居于上述原因,特提出下列对策。

2.1 量表条目设计

为减少非典型症状、兼夹证、他脏及相关的辨证

要素等的丢失,在证候量表设计中,除进行文献调研、专家咨询外,应采用全息四诊调查,进行症状、证候的规范及量化^[13],制定全病域中医证候辨证量表^[14],尽可能保证辨证信息的全面、完整。

2.2 症状真假鉴别

单一的症状体征不具备辨证意义,相互关联症状体征的集合才有辨证价值。例如,单一的“发热”、“口渴”等症状其寒热真假难辨,若与虚热诸症集合则性质主热;与虚寒诸症集合则性质主寒。为鉴别症状的真假,建议将证候量表与证素辨证结合使用。证素辨证由朱文锋教授提出^[15],我们结合临床运用作了修改^[16]。两种方法结合,先用证候量表提取病因、病性、病位、病势四大辨证要素,并根据四大要素的有机综合,完成证候诊断。用如此方式使用证候量表,既有症状体征的有机集合,可鉴别其真假,又有简要的病机分析,比单纯使用证候量表有所进步。

2.3 辨证思维应用

由于中医学属于非线性科学,基于规则或精确的数学模型、数理分析方法都难以完全反映辨证思维的复杂性。因而要综合运用多种信息挖掘、分析处理技术,如 Meta 分析、多元分析、基于假设的真相维护系统(ATMS)、模式识别、粗集分析、决策树、遗传算法、神经自动机模型、神经网络、贝叶斯网络等,尽可能使辨证思维有所体现和发挥,结合新的科学技术出现,从实践中进一步探索解决方法。

具实而言,上述对策远远不能填补证候量表存在的不足,要使证候量表代替传统的辨证思维还有很长的路要走。但是正视证候量表研究中的缺点,不是否定,而是努力帮助选择更加适合突出中医自身特色的现代化研究手段和方法,克服前进中的缺点。我们相信,提高证候量表应用水平的目的一定能实现。

参考文献

- [1]朱文锋,樊新荣,姜瑞雪,等.用评定量表法进行中医辨证研究[J].湖南中医学院学报,2006,26(2):17-21.
- [2]王阶,李军,杨戈,等.冠心病心绞痛病证结合的证候诊断量表的制订思路与方法[J].世界科学技术—中医药现代化,2007,9(3):13-17.
- [3]杨洪艳.绝经期综合征疗效评定量表构建思路和循证研究探讨[J].循证医学,2007,7(3):172-192.
- [4]郭全,陈泽奇.原发性高血压肝阳上亢证评定量表的初步编制及考评[J].中国临床康复,2006,10(43):20-22.
- [5]牟新,赵进喜,刘文洪.糖尿病肾病中医证候量表的条目初筛[J].中西医结合肾病杂志,2011,12(1):17-49.
- [6]郑秀丽,冯全生,贾睿,等.基于头脑风暴法和德尔菲法的慢性乙肝中医证候信息采集量表研制初探[J].亚太传统医药,2010,6(6):132-133.
- [7]王天芳,薛晓琳.疲劳自评量表的理论构建及其研制[J].北京中医药大学学报,2007,30(4):221-223.
- [8]陈家旭.中医四诊信息和证候量表研制中的关键问题[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(10):1053-1054.
- [9]刘丽星,张哲,杜蕊,等.中医证候量表的研究现状[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(9):28-30.
- [10]张晓红,梁茂新.基于数据挖掘的小儿肺炎中医辨证动态量表的生成方法[J].世界科学技术—中医药现代化,2008,10(1):27-34.
- [11]戴霞.中医证候量表条目量化的方法学初探[J].辽宁中医杂志,2010,37(8):1477-1478.
- [12]李德新,刘燕池.中医基础理论[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:58.
- [13]郭铭隆,陈家旭.中医学量表设计中的证候规范化思考[J].安徽中医学院学报,2008,27(6):8-10.
- [14]朱文锋.制定全病域中医辨证量表的设计思路[J].辽宁中医杂志,2005,32(6):521-522.
- [15]朱文锋.构建“证素辨证”新体系的意义[J].浙江中医药大学学报,2006,30(2):135-136.
- [16]严石林,雍小嘉,陶怡,等.构建新的证素辨证设想路[J].中华中医药杂志,2011,26(12):2782-2784.

(收稿日期:2013-09-04;修回日期:2013-09-28)

[编辑:黄健]

欢迎邮购医学光盘

四大经典 VCD《黄帝内经》《伤寒论》《金匱要略》《温病学》全套 2500 元,其中《金匱要略》单套 800 元,其余每套 600 元。四大基础 VCD《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》全套 2700 元,单套 700 元。

“全国名老中医专家临床经验高级讲习班”自 1999 年以来举办多期,得到了 60 多位全国名老中医和专家的积极响应和大力支持。授课内容为全国名老中医和专家个人几十年临床经验的宝贵结晶。现已制作成光盘,可作为中医医疗、教育和研究机构收藏以及开展继续教育的培训教材,也可供中医医务工作者临床自学。第一期 1500 元(22DVD),第二期 1500 元(20 DVD),第三期 1130 元(16 DVD),第四期 980 元(16 DVD),第五期 1330 元(23 DVD),第六期 1050 元(16 DVD),第七期 710 元(13 DVD),第八期 700 元(11 DVD),第九期 850 元(10 DVD),第十期 680 元(10 DVD),第十一期 540 元(10 DVD)。总价 10970 元。

汇款地址:北京东直门内南小街 16 号中医杂志社;收款人:北京医海林音像书店收,邮编:100700,联系人:张伟平,(010)64014411-3036;叶晨,(010)64013182。