

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2021.24.001

学术探讨

症状标准化体系的提出及其理论渊源

赵宗耀, 刘骐瑞, 刘金, 陈剑北, 董硕, 陈家旭✉

北京中医药大学中医学院, 北京市朝阳区北三环东路11号, 100029

[摘要] 明确症状的本质是对人体生命活动异常所呈现出的一系列精神或物质、微观或宏观的表现及这些表现与时间、空间、客体关系的枚举, 而这些枚举相互独立、简单客观, 不应进行医学上的加工, 也不应具有抽象性和概括性。从症状的描述粒度、症状标准化的任务、症状的识别与分类标准三个方面梳理症状标准化的阶段性研究重点, 通过整理古籍并结合现代临床实际病案的症候, 将中医症候即“候”分为物理症状、精神症状、感觉症状、功能症状、倾向症状、触发症状六类, 在此基础上提出并形成症状标准化体系, 为中医症状标准化及诊断智能化提供方法学参考。

[关键词] 证候; 症状; 物理症状; 精神症状; 感觉症状; 功能症状; 倾向症状; 触发症状

中医证候标准化是一个亟待完成的基础性研究, 是中医现代化、智能化的必由之路。20 世纪 80 年代, 出于中医药知识传播, 国内外医药交流, 跨学科、跨行业沟通, 推广中医药科技成果, 出版中医药书刊和教材的需要^[1], 卫生部中医司及国家中医药管理局将中医证候标准化的研究列为重点科研课题, 并作为重大课题受国家主管部门资助^[2]。自此数十年来, 中医证候标准化越来越受到学术界的重视, 学者针对中医证候标准化进行了一系列的研究工作, 取得了一定进展并确立了部分基本规范, 但相关研究目前仍然缺乏系统性、客观性、科学性。中医证候标准化包含了证名标准化与候名标准化两个相对独立的部分。关于证名标准化的研究较多, 特别是在证候要素^[3]、证素^[4]、三基辨证^[5]等理论提出以来, 取得了阶段性进展, 有望率先实现这一部分的标准化。与此同时, 作为中医诊疗的原始资料, 候名的标准化研究却相对较少。2000 年以后, 随着计算机技术逐步应用到科研工作中, 出于数字化候名以进行采集、整理、分析等科研工作与临床诊疗的实际需要, 有研究者率先进行了候名的标准化工作, 但与临床实际结合起来, 发现目前的研究工作仍不能满足临床实践的需要^[6-7]。尤其近年来, 随着中医现代化与诊疗智能化的不断发

展, 候名标准化已经越来越明显地阻碍了中医学的发展。基于此, 本研究提出中医候名标准化体系即症状标准化体系, 试图系统解决候名标准化、数字化、证候诊断智能化过程中的问题, 最终目的是基于该体系构建标准症状数据库, 为中医智能诊疗的下游任务如症状智能纠歧、症状识别、智能问诊、诊疗知识图谱构建等提供理论与技术路径支持。

1 症状渊源与标准化任务

1.1 症状渊源

证候的“证”作名词, 是证据的意思, 是一系列复杂的生理病理变化的概括性证据与抽象性病理本质; “候”也是名词, 是“征兆”的意思, 是能被诊查感知的“证”在人体的表现与征兆^[8]。换言之, 证名是抽象性概括, 候名是统计性描述, 其内涵截然不同。因此, 应避免将“证候”合用而造成内涵混淆。此外, 候作为一种征兆和表现, 与广义症状的涵义相同, 是广义症状具有中医特色的同义词, 包括了狭义症状与体征。为与进行相关研究工作的学者采用一致的表达, 后续正文用“症状”(广义)一词代指“候”。

要实现症状的标准化, 则应首先明确症状的概念内涵以及其承载信息的种类、数量, 既要避免在标准化过程中丢失症状携带的部分信息, 也要防止将不属于症状的信息纳入到症状中来。从以往的研

✉ 通讯作者: chenjiayu@hotmail.com

究来看,一般认为症状应包含人体的异常表现,这些异常表现既包括物质的也包括精神的,既包括宏观的也包括微观的,同时应包含这些异常表现出现的频率、持续时间、性质程度、加重缓解因素等信息^[9],现代医学的部分体格检查及实验室指标也应被纳入到中医症状的范畴^[10]。

对于症状是否应纳入具有诊断性质的信息,存在不同观点。部分学者认为从某种意义上来说,症状的确认本身就是一种辨证,至少可以说是一种前期辨证,所以应当包含诊断信息^[11]。而有学者则认为,症状应当避免使用诊断性信息,并且要相互独立^[12]。对于症状辨证学意义的研究应基于其与证名的对应关系,也就是症状与证名的统计学联系,这样才具有诊断意义,而症状本身不包含这一部分^[13]。实际上,如果症状包含诊断性信息,则是将对数据的加工方法与数据本身混为一谈,丧失症状本身的客观性以及对其处理的灵活性,因此,症状不应包含诊断性信息。

此外,不同医疗体系在诊察疾病时,都不同程度地持有整体的、联系的、运动的观点,以求在时间维度与空间维度都尽可能全面系统地获取人体的各种异常表现^[14]。因此,虽然症状是对人体异常表现的单纯描述,症状之间相互独立,但就症状本身而言,其在时空维度都与人体和外界环境有着本质的联系。这种联系表现为症状的出现、持续、消失,症状的转移、固定,症状的加重、缓解等一系列变化,这些内容应被纳入到症状的内涵之中。

综上所述,症状的概念是:对人体生命活动异常引起的一系列精神或物质、微观或宏观的表现及这些表现与时间、空间、客体关系的枚举。这些枚举相互独立,简单客观,不应进行任何医学上的加工,也不应具有抽象性和概括性。

1.2 症状标准化的任务与难点

症状的标准化与证的标准化虽然有着相关性,但其标准化本质完全不同。证的辨别是越抽象越好,而症状的识别是越具体越好,是从分子到细胞器、细胞、器官、系统、功能,乃至整个人体,在医疗体系可以认识与干预的层次去识别症状。因此,症状的标准化不可能像证的标准化那样提炼出高度抽象、全面系统的标准化理论。证的标准化是抽象性的、总结性的,而症状的标准化是具体性的、枚举性的,其最重要的任务,就是将同一层次不同表述的症状加以其所在层次的层次性规范,将不同层次的症状予以客观明确的区分。

症状标准化的难点之一是枚举粒度的选择。粒度是计算机科学中的一个概念,后逐渐引申到中医症状领域,指在同一维度下,数据的细化或综合程度的级别,细化程度越高粒度级就越小,细化程度越低粒度级就越大。而缺乏客观统一的枚举粒度,正是中医症状标准化难以实现的重要原因。例如一位巅顶刺痛的患者,至少具有以下四个症状:头痛、头刺痛、巅顶痛、巅顶刺痛,中医学依据其本身对人体异常表现的认识与治疗干预理论,识别了其中一个合适粒度的症状,并将其他不合适粒度或与已识别症状信息冗余较大的症状进行了选择性忽略。进一步而言,中医学传统意义上的症状,实际上是依据中医学理论,有选择性地从无限的症状中识别出的与中医理论契合度较高的一部分。因此,症状枚举粒度的选择,在客观科学的基本原则之外,还应兼顾与中医理论及人类认识水平的动态契合。针对这一问题,我们建议,暂时避免对症状粒度的客观化,使用现存中医症状的各种异常表现的描述粒度。因为即使是现存粒度的中医症状,其数量已十分庞大,而分类识别这些症状、规范区分不同症状的内涵,正是中医症状粒度客观化之前必须完成的基础工作。

症状标准化的难点之二是症状的分类识别标准。症状的粒度选择是枚举症状、选择症状,而症状的分类则是归纳症状、总结症状。只有明确中医症状的分类识别标准,才有可能化繁为简,统一内涵一致的不同表述,区分内涵各异的相近表述。初步研究发现,用以表达四诊信息的相对规范的症状词至少有 817 个,结合症状发生原因、部位、诱发加重等因素形成的复合症状至少有 4500 个^[15]。而由于中医学发展过程中不断融合了多个学科,存在不同时间、不同派别、不同地域特有的症状表述方式,加上表述时中文字词内涵不够规范,使得中医症状的数量非常庞大^[1]。如有研究表明,与腹泻同义或诊断意义相近的症状至少有 1864 种^[16]。学术界对于这一问题主要有两种方案:一种方案是收集、整理、统计现存症状,运用计算机技术建立数据库,或症状编码体系,试图避免中医症状的分类识别问题,将注意力集中到症状采集之后的辨证、治疗等方面。这类研究通常依据专家共识或现有规范如《中医药学名词》《中医诊断学》《中医症状鉴别诊断学》《中医临床常见症状术语规范》等潜在地进行症状的分类识别^[17-22]。另一种方案是对中医症状的分类识别标准本身的研究,其最终目的是找

到一个客观的症状分类识别标准。一部分学者试图厘清症状潜在的分类意义和中医临床科研对症状分类的需求,为症状的分类识别标准化奠定基础^[11,23];另一部分学者则直接提出了中医症状的分类识别理论体系,如三类分类法^[24]、六角度分类法^[25]、症状单元分类法^[26-27]、语义结构分类法^[28]、逻辑关系分类法^[29]、三类五性分类法^[30]、复合限定词分类法^[31]等。这些分类方法极具创新性,其中一些也具有较强的实用价值,但进一步研究可以发现,这些分类标准并没有解决症状的识别问题。换言之,这些分类标准在症状分类方面取得了进展,但对于识别症状内涵,从而有效合并表述各异的内涵症状、区分表述相近的异内涵症状,却缺乏指导性。基于此,我们提出症状标准化理论体系,用于症状分类与症状识别,以补充这一研究空白。

2 症状标准化体系的提出

2.1 中医症状的分类及各类型概念内涵

由前文所述,症状是对人体生命活动异常的枚举。这些症状在不同的抽象层次被不同的诊察方法在不同粒度下识别,症状之间在病理上关系密切,由核心病机引起,但在识别上彼此相互独立。此外,这些症状在时间上出现、持续、消失,在空间上转移、固定,与人体和外界环境发生各种信息、物质、能量的交换。我们通过整理古籍并结合现代临床实际病案的症状,将中医症状分为六类,并明确了每一类症状的概念内涵及分类识别标准,形成了“六异识候”症状标准化理论体系。六类症状如图1所示。

2.1.1 物理症状 物理症状是指在人体生命活动异常中,表现为某种客观物质的颜色、气味、质地

等物理性质改变的一类症状,如尿黄、腰部红疹等。物理症状变化较少,相对稳定,在时空维度趋于静止,在停止与人体、客体发生物质、能量、信息交换后,仍能相对稳定保持固有状态的一类症状,其描述方式为:物质+性质。中医学对人体的认识,强调形神一体,认为精神活动与人体的生理、病理关系密切。情志异常可以导致疾病,人体改变也可以影响情志。然而,必须要予以区分的是,形神一体观是中医学对人体认识的一种归纳、抽象、总结,是具有高度逻辑性和思辨性的,而症状是对人体异常的枚举,不应在症状采集和标准化阶段纳入诊断性的理论内容。因此,虽然大多物理症状的出现都有着其内在的病理逻辑,由精神活动导致,或者由内在的本质病理改变所引起,但就症状标准化而言,物理症状是独立的、局限的,不应与整个人体的病理改变联系起来,这种联系的确认,本质上是诊断学的内容,不应纳入对症状的分类识别之中。此外,一些诊断性的物理描述如肾结石、脑积水,也不应作为物理症状,但不具有诊断意义的物理描述如小腿骨折,则可以纳入。实际上,肾结石、脑积水等也不是一个症状,而是诊断。

2.1.2 精神症状 精神症状是指人体生命活动异常中,主要表现为精神异常的一类症状。其描述方式为:异常精神活动,如急躁、易怒等。如物理症状的论述,在症状学角度,精神症状相对独立,不考虑人体病理改变这一造成精神症状的本质原因,而只是单纯地对精神异常的一种识别、枚举。另外值得注意的是,精神症状应与其他症状有所区分,如心烦是精神症状,心痛是感觉症状,心悸是功能症状。同时,应在进一步研究的基础上规范化精神症状的内涵及种类,如心烦、烦躁、烦闷、郁闷等中医常用表达,其内涵是否具有 consistency,准确的表达是什么,这些都是需要进一步研究的内容。

2.1.3 感觉症状 感觉症状是指在多种原因作用下,以人体绝对感觉异常与相对感觉异常为主要表现的一类症状,包括感觉的出现、消失、增强、减弱等。其描述方式为:部位+感觉。感觉症状产生的本质是信息从人体向精神的流动,因此不能脱离人体而存在。此外,一些症状如小便灼热,并不属于物理症状而是感觉症状。小便灼热实际上是人体排尿时的感觉,因此本质是尿道灼热感。而尿温高,如果其对中医认识疾病有帮助,则可以作为物理症状纳入。

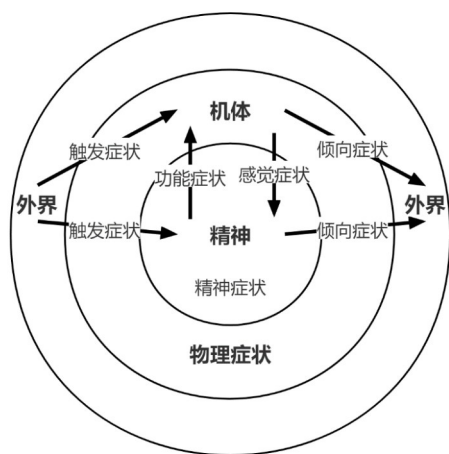


图1 中医症状分类示意图

2.1.4 功能症状 功能症状是指在多种原因作用下,以人体生理功能减弱、消失,或病理功能出现为主要表现的一类症状。其描述方式为:功能+变化。功能症状产生的本质是信息从精神向人体流动,并取得了异常反馈。需要注意的是,感觉症状与功能症状的区别主要有两方面:一方面,感觉症状的信息流动方向指向精神,而功能症状的信息流动方向是指向人体;另一方面,功能症状一定是以某一主动的功能异常为分类标准,而感觉症状虽然往往也涉及部分隐秘的被动功能异常,但并不明显。如肢麻,其描述方式为部位+感觉,而且也是没有争议的感觉症状,但肢麻一定伴随着如神经功能、血液循环功能等人体功能的异常才能发生,而这些异常是被动隐秘的,因此肢麻归为感觉症状。

2.1.5 倾向症状 倾向症状是指在多种原因作用下,以人体倾向的增强、改变、减弱、消失等为主要表现的一类症状。其描述方式为:倾向词+客体(可由感觉症状+客体+触发结果抽象而来)。值得注意的是,虽然症状应避免抽象化、诊断化,但对倾向症状的客体是必须进行抽象化的。如口渴欲饮冰水、口渴喜饮冰可乐、口渴不欲饮温水,在本质上都仅表达了欲冷饮这一内涵,不必具体到某一特定液体。因此,倾向症状具有客体抽象性。此外,如胃痛按之觉缓、欲饮冰水、喜登高长啸等都是倾向症状,应标准化为欲按、欲饮、欲冷、欲登高长啸。上述三个例子分别代表三种不同倾向症状的标准化方式:胃痛按之觉缓,其提供的诊断信息与胃痛喜按在本质上是一致的,是在胃痛这一异常的作用下表现出来的欲按的倾向,因此是欲按;倾向症状欲饮冰水,包含多个含义,首先有欲饮、欲不饮,其次才有欲冷、欲热。因此在标准化时必须将这些内涵交叉的常用表达加以区分,将欲冷饮标准化为欲饮、欲冷;登高长啸,作为一种特殊表达,其内涵与诊断意义仍不明确,难以准确抽象概括,因此暂时保留其独特的具体描述方式。

2.1.6 触发症状 触发症状是指在前5种症状或客体作用下产生的各种症状,这些症状的出现以其他5类症状为基础,因此不能独立存在。其描述方式为:其他症状+客体+触发结果。触发症状首先应与倾向症状区分开来。如腹痛按之缓解、腹部包块推之不移,二者表述方式均为其他症状+客体+触发结果,但腹痛按之缓解并非触发症状,而是倾向症状,腹部包块推之不移才是触发症状,二者的本质区别在于触发症状的其他症状包括物理症状、

精神症状,功能症状,感觉症状以及倾向症状,而倾向症状的其他症状仅限于感觉症状。此外,触发症状的客体也包括时间与空间的改变,如身热+夜+发、头晕+体位改变+发即属于此类。其中身热、头晕是描述公式中的其他症状;夜、体位改变是描述公式中的客体;发即发作,是描述公式中的触发结果。

触发症状与倾向症状可以在其描述方式中省略“其他症状”部分,这与传统症状标准化思路有所不同。如关节痛欲添衣加被、腹冷欲饮热水、结节热敷消散,无论其他症状是关节痛、腹冷还是结节,欲热和热敷消散都提示病机有阳虚或者寒实的部分。因此,省略描述方式中的“其他症状/人体”可以将具有独立诊断意义的信息从复合描述中独立出来,有助于症状标准化。再如头晕、头痛、肢麻日久,实际上是三个感觉症状加上三个触发症状,分别是头晕、头痛、肢麻,头晕久发、头痛久发、肢麻久发。可以看出,症状之间出现大量信息冗余,而久发这一“客体+触发结果”的描述方式,实际上不需要指出具体的“其他症状/人体”,即可表示病程日久这一诊断含义。因此,在实际标准化过程中,往往省略触发症状与倾向症状的其他症状部分。

2.2 常见症状的标准化示范

现基于上述理论进行常见症状的标准化示范:从古今医案云平台、中医药杏林园数据库、中医智库、《中医临床诊疗术语·证候部分》^[32]、《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[33]中随机提取出病案874条,共提取出未标准化的症状4856个。由于标准化工作与数据清洗工作高度重合,因此本研究并未单独进行数据清洗。按照设计,初步筛选出较为标准的症状1906个,为后续症状智能标准化奠定原始数据积累。这1906个症状内涵相对清晰、表述较为统一,包含了病案描述的绝大部分病情信息;同时尽可能进行传统症状内涵的确认与分解,试图在标准化过程中尽可能分解独立传统中医症状的概念内涵,从而增强症状的诊断特异性。如将食少标准化为食量减,不欲饮食标准化为食欲减,纳呆标准化为饥饿感减、食欲减,进食无味、纳谷不馨标准化为食味减,纳差标准化为饥饿感减、食欲减、食量减等。但1906个症状仅为初步筛选得出,并未深入研究不同症状表述的共同中医内涵,后续将基于本研究所提出的标准化理论体系逐一研究,形成标准症状数据库。

在筛选出的 1906 个症状中, 仅出现 1 次的症状 897 个, 占症状总数的 47.06%; 出现次数 ≥ 50 的症状 80 个, 占全部症状的 4.32%。现针对临床较为常见且既往标准化研究中较难区分的 21 个症状, 将其标准化结果展示如表 1。

表 1 临床常见症状标准转化及症状类型示例表

原症状	标准化症状	症状类型
少气	呼吸缓; 呼吸短	功能症状
心烦意乱	心烦	精神症状
脉浮	浮脉	物理症状
气粗	呼吸急; 呼吸长	功能症状
喘	呼吸急; 呼吸长; 呼吸困难	功能症状
气短	呼吸急; 呼吸短	功能症状
哮	呼吸急; 呼吸长; 哮鸣音	功能症状
气少	呼吸缓; 呼吸短	功能症状
呃气	胃中气体上逆声短而频	功能症状
暖气	胃中气体上逆声长而缓	功能症状
渴	口渴	感觉症状
欲近衣被	欲热	倾向症状
欲冷饮	欲饮; 欲冷	倾向症状
喜暖畏冷	欲热	倾向症状
小便短赤	尿色黄; 尿量少	物理症状
小便不利	排尿不利	功能症状
小便淋痛	排尿频; 排尿不利; 排尿痛	功能症状、感觉症状
血尿	血尿	物理症状
溲清	尿量多; 尿色白	物理症状
大便溱薄	便溱	物理症状
痛则汗出	身汗; 汗痛出	功能症状、触发症状

3 结语

随着计算机技术的飞速发展, 目前的症状标准化研究已经进入了一个新的阶段。症状实体识别、症状归一化、症状纠歧、症状生成等任务都可以智能化自动完成, 这极大地推动了症状标准化的研究工作, 使得海量中医语料处理以及大规模症状数据库构建成为可能。然而, 由于缺少症状的标准化映射路径, 导致上述工作进展缓慢。症状标准化即“六异识候”作为一种创新性的同时满足症状分类与识别的标准化理论体系, 其意义正是在于提供了一种潜在的症状标准化映射路径, 为相关下游任务提供了数据支持, 进而为中医诊断智能化奠定理论基础, 也为中医症状的标准化工作提供方法学参考。“六异识候”与传统认识的根本差异在于, 通过对症状实质的分析, 确立了不同症状类型的表达形式与信息内涵, 因此可以进行传统症状的分解、纠歧等工作, 建立内涵独立、描述客观统一的大规模数据库。本理论仍有不足之处, 目前虽然完成了

症状的分类与识别标准化, 但症状的粒度问题与分级问题仍没有解决; 同时本研究虽然提出症状分类与识别的标准化理论, 但并未书面确立相应标准化规范, 不便于推广应用。下一步将确立、完善相关标准规范, 基于海量中医语料进行标准化症状数据库构建工作, 通过自然语言技术从中医诊断智能化的角度进一步研究相关问题。

参考文献

[1]陈剑明,王天芳,张声生,等. 中医症状规范化研究现状的思考[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6): 2358-2361.

[2]秦玉龙. 从信息学的角度论中医证候规范化研究[J]. 天津中医药, 2003, 20(6): 35-38.

[3]张志斌,王永炎. 辨证方法新体系的建立[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1): 1-3.

[4]朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38-39.

[5]赵宗耀,陈家旭. “三基辨证”体系的提出及其理论渊源[J]. 中医杂志, 2020, 61(8): 664-668.

[6]刘旺华,朱文锋. 中医症状规范化若干问题的思考[J]. 中医杂志, 2007, 48(6): 555-556.

[7]石玉琳,胡晓娟,许家佗. 中医病证智能化诊断与分类研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(6): 763-768.

[8]赵宗耀,陈家旭,陈剑北. 浅论《诸病源候论》中“候”的内涵[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(9): 1239-1241.

[9]梁茂新,洪治平. 中医症状量化的方法初探:附虚证 30 症的量化法[J]. 中国医药学报, 1994, 9(3): 37-39.

[10]王阶,姚魁武. 中医证候规范方法学研究探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(8): 570-572.

[11]谢蓉,王燕萍,彭丹虹,等. 中医症状规范化研究[J]. 河南中医, 2017, 37(7): 1144-1146.

[12]黄碧群. 中医症状标准化的必要性[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(3): 429-432.

[13]王天芳,王庆国,薛晓琳,等. 中医症状规范化研究的现状与思路[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 19-22.

[14]杨梅,鲁法庭,连博,等. 中医症状规范化研究的现状及思路[J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(1): 26-30.

[15]王忆勤,李福凤,汤伟昌,等. 中医四诊信息采集与分析方法探讨[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(11): 1397-1404.

[16]王忆勤. 中医诊断学研究思路与方法 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008: 45.

[17]周任材,林端宜. 中医症状术语体系数据库优化建设[J]. 情报探索, 2012(9): 77-79.

[18]梁礼铿,黎敬波. 基于最大概率法探讨中医症状信息提取与标准化[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(5):

- 2159-2162.
- [19]张盼,邓文萍,毛树松. 中医临床信息分类与代码体系构建研究[J]. 医学信息学杂志,2020,41(6):24-27.
- [20]孙静. 中医症状本体构建及其应用示范研究[D]. 武汉:湖北中医药大学,2016.
- [21]王晶晶. 中医症状概念同义关系分析及内涵分类方法研究[D]. 北京:北京交通大学,2020.
- [22]王琼,刘亮亮,张晓如,等. 基于模式自动获取中医临床症状术语[J]. 中国数字医学,2018,13(3):44-46.
- [23]梁建庆,何建成. 基于数字化系统的中医问诊诊断客观化研究[J]. 中华中医药杂志,2014,29(5):1534-1538.
- [24]董燕,崔蒙. 中医临床术语系统的“症状体征”分类探讨[J]. 中华医学图书情报杂志,2015,24(10):77-80.
- [25]骆真. 中医症状的分类研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.
- [26]张启明,王义国,白舒霞,等. 四诊信息中的症状单元[J]. 北京中医药大学学报,2008,31(11):725-727.
- [27]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):5-10.
- [28]崔锡章. 论中医症状的语言规律及对规范化的影响[J]. 中华中医药杂志,2006,21(11):646-649.
- [29]邹爱云,张启明. 中医症状间的9种关系[J]. 北京中医药大学学报,2013,36(4):224-226.
- [30]王亨飞,杨在纲. 浅议“症的分类”在辨证中的重要性[J]. 甘肃中医,2004,17(10):3-4.
- [31]吕晓颖,李敬华,贾李蓉,等. 浅议症状元素与复杂症状术语的处理方法[J]. 世界中医药,2012,7(5):371-373.
- [32]国家技术监督局. 中医临床诊疗术语:证候部分[S]. 北京:中国标准出版社,1997.
- [33]中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南:西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008.

The Proposal of the Symptom Standardization System and its Theoretical Origin

ZHAO Zongyao, LIU Qirui, LIU Jin, CHEN Jianbei, DONG Shuo, CHEN Jiaxu

School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029

ABSTRACT This study clarified that the nature of symptoms is an enumeration of a series of mental or material, micro or macro manifestations caused by abnormal human life activities and the relationship between these manifestations and time, space, and objects. These descriptions are independent of each other, simple and objective, and should not be subjected to any medical processing, nor should they be abstracted and generalized. From the three aspects including symptom description granularity, symptom standardization tasks, and symptom identification and classification standards, the phased research focus of symptom standardization is clarified, and the symptom standardization system is proposed, including physical symptoms, mental symptoms, sensory symptoms, functional symptoms, tendency symptoms, and triggering symptoms based on ancient books and modern clinical experience. It provides an innovative methodological reference for the standardization of traditional Chinese medicine symptoms and the intelligent diagnosis.

Keywords patterns; symptoms; physical symptoms; mental symptoms; sensory symptoms; functional symptoms; tendency symptoms; trigger symptoms

(收稿日期: 2021-04-04; 修回日期: 2021-08-18)

[编辑: 崔京艳]

广告

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本, 每本100元, 2002、2003年合订本每本105元, 2004年合订本115元, 2005年合订本125元, 2007—2010年合订本每年140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元, 2014(缺21期)—2017年(缺3、5、15、18期)每册15元, 2018年每册20元(缺5、7、9期), 2020年每册20元(缺7、8、9期), 2021年每册20元。2011—2013年合订本, 每年4本, 全年280元, 2014、2015、2016、2017年合订本(每年4本, 缺2017年上半年合订本), 全年400元。2018、2019、2020年合订本(4本), 600元。2021年上半年合订本(2本), 300元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信(zyzgzzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010)64089195。