

胃癌中医辨证准确度分析*

施俊, 秦志丰, 李勇进, 陆 烨, 张 璇,
王晓伟, 叶 敏, 矫健鹏, 裴 蓓, 魏品康

(上海长征医院, 上海 200003)

〔摘 要〕目的: 在统一辨证标准下, 分析胃癌中医辨证的准确度。方法: 参照同一标准, 术前一天 3 名主治医师同时分别对 184 例胃癌患者进行辨证, 互不干扰, 至少 2 名主治医师共同结论为最终证型, 运用卡方检验分析 3 名主治医师辨证准确度。结果: 184 例患者 3 名主治医师辨证结论相同的 45 例 (24. 46%), 2 名相同的 108 例 (58. 70%), 完全不同的 31 例 (16. 85%)。3 名主治医师辨证结论存在统计学差异, $P=0. 0002$ 。三者准确率分别为 60. 33%, 65. 76%, 64. 13%, 无统计学差异, $P=0. 5397$ 。结论: 在统一辨证标准情况下, 胃癌中医辨证仍存在主观差异。

〔关键词〕辨证; 胃癌; 准确度
中图分类号: R2-03 文献标志码: A 文章编号: 1000-2723(2011)06-0051-02

辨证论治是中医诊疗的核心, 而证型的确立是由医者在个人四诊合参的基础上, 根据自身临床经验主观判断而来的。虽然近年来国家制定发布了多种疾病的中医诊疗规范, 但是在实际操作中辨证仍旧依靠医者的主观判断。为探索在统一辨证标准情况下, 中医辨证的主观性与准确度的大小, 笔者以胃癌为例, 开展中医辨证准确性分析, 报道如下。

1 方法

1.1 辨证方法

所有患者皆为 2008 年 6 月~2010 年 1 月长征医院外科胃癌欲手术患者, 皆由术后病理证实胃癌诊断。3 名主治医师 (分别记为 Y1、Y2、Y3), 术前 1d 上午 8 点至床边同时辨证, 各自独立记录辨证相关症状、体征、舌脉象等, 并记录辨证结果。辨证过程中相互不干扰不沟通。由专人负责观察表格与辨证结果的保管。最终以少数服从多数的原则确定辨证结果, 将 3 人辨证结果与之比较。

事先告知辨证标准, 标准参照 1978 年全国第一届胃癌学术会议北京市胃癌协作组制定的分型方法与胃癌中医证型文献研究结果^[1-2]分为 6 型: 肝胃不和、瘀毒内阻、痰湿凝结、脾胃虚寒、胃热伤阴、气血双亏。并告知采用主症次症打分法, 具备

主症 2 项, 舌脉象基本符合, 或者主症 1 项, 次症 2 项, 舌脉象基本符合即可。具体分型标准如下: ①肝胃不和型: 主症为胃脘胀痛或窜及两胁; 嗳气频繁; 嘈杂泛酸, 次症为呃逆呕吐; 口苦口干; 大便不畅。舌质淡红, 苔薄白或薄黄, 脉沉或弦细; ②脾胃虚寒型: 主症为胃脘隐痛; 胃痛喜按喜温; 食后胀闷痞满; 纳呆少食; 便清腹泻, 次症为朝食暮吐, 暮食朝吐; 面色苍白; 肢冷神疲; 便溏浮肿。舌淡而胖, 苔白滑润, 脉沉缓; ③瘀毒内阻型: 主症为胃脘刺痛不移; 胃痛日久不愈; 大便潜血或黑便, 次症为心下痞硬; 吐血; 皮肤甲错。舌质暗紫, 可见瘀斑, 脉沉细涩; ④胃热伤阴型: 主症为胃脘灼热食后疼痛; 口干欲饮; 大便干燥, 次症为胃脘嘈杂; 五心烦热; 食欲不振。舌红少苔, 或苔黄少津, 脉弦细数; ⑤痰湿凝结型: 主症为胸闷痞满; 呕吐痰涎; 进食发噎; 痰核累累, 次症为腹胀便溏; 面黄虚肿; 口淡无味; 乏力纳呆。舌淡红, 苔滑腻; ⑥气血双亏型: 主症为神疲乏力; 面色无华; 头晕目眩; 次症为心悸气短; 虚烦不寐; 自汗盗汗; 畏寒肢冷。舌淡苔薄, 边有齿痕, 脉沉细无力。若自觉无任何辨证依据可记录为“无证可辨”, 纳入最终分析。

* 基金项目: 上海长征医院“三重三优”优秀青年后备人才基金项目
收稿日期: 2011-05-12 修回日期: 2011-08-16
作者简介: 施俊 (1976~), 男, 上海人, 讲师, 研究方向: 中西医结合防治消化道肿瘤。

1.2 统计学处理

采用 CHISS2004 统计软件包。计量资料采用卡方检验。

2 结果

3 名主治医师辨证结果见表 1，存在统计学差异， $\chi^2=37.0183$ ， $P=0.0002$ 。其中 3 者辨证结果相同的 45 例（24.46%），2 者相同的 108 例（58.70%），都不同的 31 例（16.85%）。以至少 2 者相同的辨证结果作为最终结果，分别比较，结果与准确率见表 2，未发现统计学差异， $\chi^2=1.2336$ ， $P=0.5397$ 。

表 1 184 例胃癌 3 人辨证分析

证型	Y1	Y2	Y3
肝胃不和	27	42	49
痰湿凝结	45	63	56
瘀毒内阻	26	15	23
脾胃虚寒	33	29	28
胃热伤阴	31	9	11
气血双亏	20	19	16
无证可辨	2	7	1
合计	184	184	184

表 2 胃癌中医辨证准确度分析

医师代号	例数		合计	准确率 (%)
	合计	不符合		
Y1	111	73	184	60.33
Y2	121	63	184	65.76
Y3	118	66	184	64.13

3 讨论

辨证论治是中医学的特点，也是中医临证的关键，中医理法方药都建立在正确辨证的基础之上，因此准确辨证、合理施治成为中医保证疗效的核心^[3]，也成为中医证型研究的关键所在。而证的判定是由医者通过四诊合参根据临床经验做出的判断，不可避免的在医者通过望、闻、切诊获取客观信息时，或需要对“证”进行判定时存在主观因

素，同时问诊过程中，患者提供信息时同样存在主观因素^[4]，因此，主观因素必然对辨证结果带来极大影响。近年来，针对特定疾病，众多医者力图通过分析客观指标与证型的关系来减少主观因素的影响^[5-7]，同时陆续颁布了国标、行标、专家、研究部门、医疗单位等多种规范标准，而在这些规范发布以后，这种主观影响减少到多少，是本研究关注的重点。从 3 名主治医师对 184 例胃癌患者辨证结果存在统计学差异来看，在统一辨证标准情况下，仍无法完全避免医者对同一患者群的辨证差异。分析原因除主观因素以外，兼夹证的存在也是原因之一。三者结果相同的即典型病例只占 24.46%，其余患者或多或少存在兼夹症状或体征，即非典型患者，此时受到主观因素作用，医者多根据自身临床经验给予证型判断，造成了最终辨证结果的差异。但是从准确率分析来看，准确率多在 60.33%~65.76% 之间，并未见统计学差异，提示虽然主观因素存在影响，但是准确率差异不大，通过多人辨证的方法可提高准确率，在临床中为采取有效治疗措施提供正确的证型诊断，在基础研究中可有效避免证型判定的主观性。

[参考文献]

[1] 孙大志, 许玲, 姜林娣, 等. 中医药治疗胃癌临床研究文献质量的调查评价 [J]. 中国临床医学. 2003, 10: 833-835.

[2] 许玲, 孙大志, 施俊, 等. 胃癌中医证型分类的文献研究 [J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12: 1457-1459.

[3] 王彦刚, 李佃贵. 多途径多角度辨证提高临床决策准确性——从“胃凉证”辨证谈起 [J]. 医学与哲学 (临床决策论坛版), 2006, 27 (8): 78

[4] 刘洋, 刘惠杰. 证产生的主观因素探讨 [J]. 世界中医药, 2008, 3 (5): 261-262.

[5] 刘艳, 程良斌. 中医辨证与疗效评价体系客观标准化的思考 [J]. 江西中医药, 2006, 37 (5): 13-15.

[6] 李华飞, 张志芳. 肺癌的客观检测指标与辨证分型相关性研究概述 [J]. 湖南中医药大学学报, 2009, 29 (6): 78-80.

[7] 邹襄谷, 陈国通, 陈比特, 等. 老年高血压病中医辨证分型的客观化研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6 (11): 1261-1262

(编辑: 李 平)