

中医癫狂辨证与西医重性精神障碍诊断匹配性研究^{*}

罗 诚¹, 阮 冶¹, 杨俊伟¹, 姚 坚¹, 何小勇¹, 陈震霆²

(1. 云南省精神病医院, 云南昆明 650225; 2. 昆明冶金高等专科学校, 云南昆明 650224)

摘要: **目的** 研究中医癫狂辨证后运用《社区精神病人诊断与公共安全风险评估软件》进行诊断, 研究中医辨证与西医精神障碍的匹配情况。 **方法** 以 200 名中医癫狂或重型功能性精神障碍患者为招募研究对象, 患者中医癫狂诊断要求, 同时符合我国社区重性精神障碍诊断线索之一为纳入标准。两名精神科专业中医师按中医方法诊断为癫狂, 并参考《中医内科学》辨证方法, 然后当事人和知情人的进行软件问卷测试, 得到西医精神障碍的诊断结果。 **结果** ①200 名招募者完成有效测验 184 名, 完成率 92%。184 名中医癫狂诊断患者软件提示相应西医诊断: 精神分裂症占 54.89%, 双向障碍占 20.11%, 持续性妄想障碍占 14.13%, 抑郁症占 8.15%, 分裂情感障碍占 2.72%, 另有 6.67% 的患者不能得出重型功能性精神障碍西医诊断。②西医重性功能性精神障碍诊断下中医辨证: 痰气郁结型占 27.22%, 痰火内扰型 20%, 心脾两虚型 16.11%, 火盛伤阴型 11.11%, 瘀热互结型 6.67%, 其他补充证型占 14.44%, 无证型的占 6.67%。③各种重性功能性精神障碍的辨证, 精神分裂症以痰气郁结型为主, 持续性妄想障碍和分裂情感障碍以痰火内扰型更多, 双向障碍以火盛伤阴和痰火内扰型多见, 与其他证型存在统计学意义 ($P < 0.05$), 抑郁障碍以心脾两虚型常见但统计学意义不突出 ($P > 0.05$)。 **结论** 通过人工辨证和《社区精神病人诊断与公共安全风险评估软件》诊断, 认为中医癫狂和西医功能性重型精神障碍的概念总体上有一致性, 但癫狂概念范围更大, 同时有 20% 的西医重型精神障碍不能被癫狂覆盖, 概念之间具有差异性, 难以完全替代。

关键词: 癫狂; 中医辨证; 重性精神障碍; 诊断软件

中图分类号: R277.7 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2013)04-0055-04

癫狂是中医临床工作中一个重要而又特别的病种, 我国上世纪 80~90 年代的在学术上形成了辨证的常用证型和基本治疗方药, 由于西医理论在现实中的主导作用和认知解释优势, 使得这些证型在实践过程中未能得到广泛的认可和推广。由此, 我们从 2010 年期, 开始设计和利用《社区精神障碍诊断与公共安全风险评估软件》, 对癫狂进行中西医结合的诊断和辨证匹配性研究, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2010 年 10 月~2012 年 2 月, 招募 200 名癫狂或精神障碍患者, 有效完成重性精神障碍中西医结合辨证与软件诊断的人数 184 名, 占 92%。病例来源于到云南省精神病医院就诊病人和昆明市丰宁社区的在册精神病患者, 由患者本人和(或)知情人完成测试。纳入标准: ①中医符合《中医内科

学》癫狂诊断要点^[1], 西医符合 ICD-10 中器质性精神疾病、物质滥用、精神病性疾病、心境障碍 4 类精神障碍患者, 或均根据社区精神病线索发现有两项以上重性精神障碍线索^[2], 或既往有肇祸滋事史并社区医生初步认定的重性精神疾病患者; ②年龄 18 周岁~60 周岁, 所有测试者必须具备 6 年以上学习时间, 能够正常认读和基本理解汉字。排除标准: 对颅脑器质性疾病、躯体器质性精神障碍和精神活性物质所致精神障碍而存在本组症状的予以排除。184 名有效科研招募患者中, 男性 97 人, 女性 83 人; 年龄 15~65 岁, 平均 (38.1 ± 15.3) 岁。

1.2 方法

1.2.1 中医辨证方法

中医辨证有两名精神科专业中医人工完成, 精神科专业中医具有中医内科职业和主治医师以上职称。辨证原则和流程, 先按病情阴阳属性表现的

^{*} 基金项目: 昆明市卫生局项目(NO:20100211); 国家中医药管理局重点项目

收稿日期: 2013-06-23 修回日期: 2013-08-11

作者简介: 罗诚(1976~): 男, 湖南宁乡人, 主治医师, 主要从事中西医结合精神病学临床和研究工作。

归癫症或狂症,按《中医内科学·癫狂》辨证,优先将癫狂辨证分为痰气郁结、心脾两虚、痰火内扰、瘀热互结、火盛伤阴 5 型。对 5 型不能辨证解释的,再根据《中西医结合精神病学》中精神分裂症、心境障碍章节中辨证方法增加了其他常见临床补充证型^[3],如以上均仍未提到的列为少见其他型。

1.2.2 精神障碍诊断软件工具

《社区精神障碍诊断与公共安全风险评估软件》的医学诊断功能,是根据 ICD-10^[4]、《中国精神障碍分类与诊断标准》^[5]基础上编辑制作而成。软件分为当事人检查核心版本和知情人版本两套检查系统,整个软件主要内容有:①基本信息注册与登录系统;②疾病单元和人格、暴力攻击风险、社会支持系统的问卷;③诊断和公共安全风险评估系统程序;④精神医学防治指导,精神医学科普内容由参考《社区与家庭精神医学》^[6]。

1.2.3 软件诊断及人工辨证实施

①在研究前详细告知患者及知情人、监护人研究内容、方法,征得同意后进行测试检查。②由 2 名专业精神科中医主治医师职称完成中医癫狂诊断和辨证分型,核实西医诊断线索。③对于本软件由当事人、知情人都在简单说明后独立进行计算机诊断软件的问答测试,精神障碍人群的测评由当事人和知情人各自独立完成。完成软件测试后 3 天内由 2 名专业精神科中医主治医师核实计算机测试问题和再次确认中医辨证。④精神科中医医师在事先组织统一为时 32 课时的具体培训,复习 ICD-10 和 CCMD-3,复习《中医内科学》及《中西医结合精神病学》诊断辨证内容,对 10 例患者做一致性检验,

Kappa 值在 0.87~1.0 之间($P<0.05$)。⑤被访者诊断及辨证过程一共需要 40~90min,可以在 3d 内分次完成。

1.3 统计方法

使用 SPSS13.0 软件进行统计处理及分析原始资料后按实际情况加权整理^[7],主要采用频数、F、卡方检验及逻辑相关检验进行项目分析。

2 结果

2.1 中医癫狂辨证与西医功能性精神障碍的匹配情况

184 名中医癫狂诊断下的功能性精神障碍患者,相应西医诊断精神分裂症占 54.89%,双向障碍(中医多称为躁狂,下同)占 20.11%,持续性妄想障碍占 14.13%,抑郁症占 8.15%,分裂情感障碍占 2.72%,另有 6.67%的患者难以找到相应的严格西医诊断。西医功能性重性精神障碍诊断符合中医证型为:痰气郁结型占 27.22%,痰火内扰型 20%,心脾两虚型 16.11%,火盛伤阴型 11.11%,瘀热互结型 6.67%,另外不符合以上 5 型的但符合《中西医结合教材精神病学》的补充证型占 14.44%,暂时不能找到匹配辨证的占 6.67%。各种重性功能精神障碍按癫狂辨证,精神分裂症以痰气郁结型为主,持续性妄想障碍和分裂情感障碍以痰火内扰型更多,双向障碍以火盛伤阴和痰火内扰型多见,与其他证型差异存在统计学意义($P<0.05$),抑郁障碍以心脾两虚型常见但差异统计学意义不突出($P>0.05$ 见表 1)。持续性妄想能符合癫狂诊断但与证型吻合率最低,能符合中医内科学癫狂证型的仅占 69.23%。

表 1 中医癫狂辨证与对应西医功能性精神障碍的匹配情况

n(%)

中医辨证	精神分裂症	持续性妄想障碍	分裂情感障碍	双向障碍	抑郁障碍	诊断合计	其他	总计
痰气郁结型	42(41.58)*	3(11.54)	0(0)	1(2.70)	3(20)	49(27.22)	4	53(28.8)
心脾两虚型	14(13.86)	6(23.08)	1(20)	3(8.11)	5(33.33)	29(16.11)	3	32(17.39)
痰火内扰型	12(11.88)	9(34.62)*	3(60)	11(29.73)*	1(6.67)	36(20.00)	1	37(20.11)
瘀热互结型	8(7.92)	0(0.00)	1(20)	2(5.41)	1(6.67)	12(6.67)	2	14(7.609)
火盛伤阴型	8(7.92)	0(0.00)	0(0)	12(32.43)*	0(0.00)	20(11.11)	0	20(10.87)
补充证型	13(12.87)	3(11.54)	0(0)	6(16.22)	4(26.67)	26(14.44)	2	28(15.22)
以上证型合计	97(96.04)	21(80.77)	5(100)	35(94.59)	14(93.33)	172(95.56)	12	184(100)
其他型	4(3.96)	5(19.23)	0(0)	2(5.41)	1(6.67)	12(6.67)		
总计构成比	101(54.89)	26(14.13)	5(2.72)	37(20.11)	15(8.15)	184(100)		

注:* $P<0.05$ 。

2.2 西医诊断与中医证型内部相关性

精神分裂症与痰气郁结、痰热互结可能相关,持续性障碍与痰火内扰和心脾两虚可能存在一定关联,存在统计学意义($P<0.05$),双向障碍以火盛伤阴关联性强,有显著统计学意义($P<0.01$),同时与痰火内扰型有关,抑郁障碍以除心脾两虚外更多因素是癫狂辨证之外的证型有关,统计学意义不突出($P<0.05$ 见表2)。

表2 重症性精神障碍与中医癫狂辨证的相关性(OR)

中医辨证	精神分裂症	持续性妄想障碍	分裂情感障碍	双向障碍	抑郁障碍
痰气郁结型	1.444*	0.401	0.000	0.094	0.694
心脾两虚型	0.797	1.327*	1.15	0.466	1.917*
痰火内扰型	0.591	1.721*	2.984**	1.478*	0.332
痰热互结型	1.041*	0.000	2.629**	0.710	0.876
火盛伤阴型	0.729	0.000	0.000	2.984**	0.000
补充证型	0.846	0.758	0.000	1.066	1.752*

注:相关分析,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 讨论

癫狂病名,追溯缘由从《灵枢·癫狂》开始。然而历史的癫狂病名经历了漫长的发展,其中间病名的内涵也有所出入,最早的内涵可能包含现代医学中的重型精神障碍之外,还有癫痫、惊厥等强调性的描述^[8]。至明代孙一奎在《医旨集宜》就列有《癫狂病辩》将3种情况进行分开辨析,王肯堂《证治准绳》对相关精神疾病做了详细的分类^[9]。癫狂病名内部也是时分时合,直至今日仍未能完全统一,大多教科书为“癫狂”而专业性参考书分为“癫”和“狂”两种病名加以论述。目前大多数教科书和专业参考书,沿用“西医的‘精神分裂症抑郁型’和抑郁症参考‘癫’进行辨证论治,‘精神分裂症与躁狂型精神病’参考‘狂’病进行辨证论治”这一观点^[10]。

本研究通过中医人工辨证与西医使用诊断软件和诊断标准进行中西医病名和辨证上的匹配性研究,总体而言,现在中西医在重型精神障碍的诊断可以相互匹配进行,但也不排除少数病例成了特殊情况。184名中医癫狂诊断下的功能性精神障碍患者,细分到相应西医诊断,其中精神分裂症占54.89%,双向障碍占20.11%,持续性妄想障碍占14.13%,抑郁症占8.15%,分裂情感障碍占2.72%,另有6.67%的患者难以找到相应的严格西医诊断。

西医功能性重症性精神障碍诊断下符合中医辨证为,痰气郁结型占27.22%,痰火内扰型20%,心脾两虚型16.11%,火盛伤阴型11.11%,痰热互结型6.67%,另外不符合以上五型辨证的占21.11%。各种疾病的辩证有一定的差异(见结果)。研究发现部分细节问题与现有理论有差异:(1)病名方面:中医癫狂比西医重型功能性精神障碍概念范围更大,超出了我们西医生理解的精神分裂症及抑郁、躁狂(西医双向障碍)概念,同时又有约20%的西医生认为的重型精神障碍不能被中医癫狂所覆盖,两组概念有一致性同时又具有差异性,难以完全替代。(2)精神分裂症的中医辨证与病机:从结果可以看出,与目前理论“痰”的发病机制相吻合,或是与气郁或与火盛相互致病。但同可以发现与气血、心脾的虚弱状态和血瘀并无明显相关性。(3)双向障碍与中医狂证理论中火盛伤阴、痰火内扰型有关,然而火盛伤阴可能在病理机制中更加有关联性,伤阴更可能是双向障碍反复发作的源头所在。(4)抑郁症在中医的意义与西医有所不同,抑郁主要与情绪有关,基础在于气郁与心脾不足,与狂证气过盛形成气火有余相反,而与中医癫证以“痰”为起点的病机不同,心脾两虚可能仍不失致病原因,但真正的病机可能在癫狂五种辨证病机之外,说明他的性质有别于癫狂的现有理论,参考癫狂辨证难以有效地治疗。(5)持续性妄想障碍作为一种常见的又有别于精神分裂症的精神病,“痰热”同样是本病的病理要素,但有约30%的病人难以用现有辨证分类,甚至临床医生认为无证可辨,是中医认识不足的地方。

精神科诊断无论中西医,对症状的观察和判断都是诊断的主要途径,观察的内容在于患者的社会功能和日常表现是否与大多数正常人一致,是否与病前的状态表现一致,是否与同等社会文化背景一致^[11]。而这些症状信息的获得,主要以当事人的自身体验和主观叙述,他人对患者行为、言语的理解和解释为主要途径^[12],这些都可以运用量表、软件等工具进行记录为临床和科研服务,这些工具对临床决策发挥着积极的意义^[13]。但对于精神科中医的辨证,目前仍缺乏可以相对规范的量表或者软件,我们认为中医或是西医在本类疾病上都是以观察方法为主,诊断工具的开发将中西医开始对话,这研究中使用的软件可以为中医工具研究提供一条思路。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:165.
- [2] 卫生部. 重性精神疾病管理治疗工作规范[EB/OL]. [2013-06-23]. http://www.gov.cn/gzdt/2012-04/12/content_2112111.htm.
- [3] 张宏耕. 中西医结合精神病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005.
- [4] 世界卫生组织. 国际疾病与相关问题分类(ICD-10) 精神障碍分册[M]. 10 版. 北京:人民卫生出版社,1993:59-182.
- [5] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001:75.
- [6] 罗诚. 社区与家庭精神医学[M]. 北京:金盾出版社,2013:127.
- [7] 倪宗瓚. 医学统计学 [M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2000:71-79.
- [8] 谢华. 黄帝内经释译 [M]. 北京:中医古籍出版社,2002:554.
- [9] 王永炎,沈邵功. 今日中医内科学[M] 北京:人民卫生出版社,2000:251.
- [10] 王永炎. 中医内科学 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1997:149,154.
- [11] 江开达. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:14.
- [12] Gelder M, Harrison P, Cowen P. 刘协和, 李涛译著. 牛津精神病学[M]. 5 版. 成都:四川人民出版社,2010:3.
- [13] Hales. R. E. 张明园译. 精神病学教科书[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:278.

(编辑:迟越)

Study on Matching of Dementedness' tcm Syndrome Differentiation and Severe Mental Disorder's Diagnosis in Western Medicine

LUO Cheng¹, RUAN Ye¹, YANG Jun-wei¹, YAO Jian¹, HE Xiao-yong¹, CHEN Zhen-ting²

(1. Yunnan Psychiatric Hospital, Kunming Yunnan 650225 China; 2. Kunming Metallurgy College, Kunming Yunnan 650224, China)

ABSTRACT: **Objective** To investigate the matching of dementedness' TCM syndrome differentiation and severe mental disorders' diagnosis in western medicine with The Software on The Diagnosis and Public Safety Risks Evaluation of Psychiatric Patients in Community after TCM syndrome differentiation. **Methods** 200 demented patients or severe mental disorders who meet the criteria of TCM and has one description of community severe psychiatric disorders index is recruited. Two psychiatrists of TCM practitioners diagnose them and differentiate their disease according the clinical manifestation and tongues and pulses with reference to internal TCM, then testing of the software questionnaire to the persons concerned and persons in the know. **Results** ①184 of 200 recruits had completed effective test and the completion rate is 92%. The result of software testing to 184 demented patients after the diagnosis of TCD shows following percentage: schizophrenia 54. 89%, bipolar disorder 20. 11%, persistent delusional disorder 14. 13%, depression 8. 15%, schizoaffective disorder 2. 72%, and the other 6. 67% are not severe FMDs. Dementedness' tcm syndrome differentiation to the FMDs shows the following percentage: stagnation of phlegm and QI 27. 22%, interior disturbance of the phlegm-heat 20%, insufficiency of heart and spleen 16. 11%, Fire Yin 11. 11%, Stagnated heat 6. 67%, the rest syndrome type 14. 44%, and no syndrome 6. 67%. ②TCM syndrome differentiation of severe mental disorders, schizophrenia represents stagnation of phlegm and QI, most patients of persistent delusional disorder and schizoaffective disorder show interior disturbance of the phlegm-heat, bipolar disorder people have the characteristics of either Fire Yin or interior disturbance of the phlegm-heat, above disease have statistical significance ($P < 0.05$), but the patients of depression have less statistical significance although they have the disease of insufficiency of heart and spleen ($P > 0.05$). **Conclusion** By the comparison between personal TCM syndrome differentiation and the diagnosis of The Software on The Diagnosis and Public Safety Risks Evaluation of Psychiatric Patients in Community, we are sure that dementedness' tcm syndrome differentiation is in large matching to severe mental disorder in western medicine, but the scope of concept of dementedness is larger than that of severe mental disorder and the 20% patients of severe mental disorder are not demented. Thus these two concepts are different and cannot replace each other.

KEY WORDS: dementedness; tcm syndrome differentiation; severe mental disorder; the diagnosis software