

血瘀证目征与血瘀证诊断标准的比较研究

李国贤¹ 鄢毅¹ 袁景珊¹ 李晴¹ 李冰芳²

内容提要 通过 6 种标准对 781 例患者的诊断研究, 提示在诊断阳性率、敏感度、特异度、假阳性率、假阴性率和总和积分值等方面, 中国血瘀证诊断标准和国际血瘀证诊断标准最优, 血瘀证目征和日本瘀血证诊断标准次之, 国际瘀血诊断标准试行方案和中山氏瘀血压痛点更次之。各种标准各有其独特优点, 应相互取长补短, 同时, 探讨了导致各种标准不足之处的原因, 并提出合理建议。

关键词 血瘀证目征 血瘀证诊断标准

Comparative Study of Diagnostic Standards of Eye-Signs in Blood Stasis Syndrome and of Blood Stasis Syndrome Li Guo-xian, Yan Yi, Yuan Jing-shan, et al First Affiliated Hospital and Specialists Clinics, Jiangxi Medical College, Nanchang (330006)

By virtue of a diagnostic study of 781 cases on the basis of six standards, it was shown that for the effectiveness in diagnostic positive rate, sensitivity, specificity, false positive rate, false negative rate and comprehensive scoring, the International Diagnostic Standards for Blood Stasis Syndrome (BSS) and Chinese Diagnostic Standards for BSS were the best ones, BSS Eye-Signs and Japanese BSS Diagnostic Standards were the second, trial program of International Stasis Diagnostic Standards and Zhongshan's BSS tenderness points came the third. Each standard has its unique advantage and therefore, we should take the other's advantage to offset one's weakness. The causes of their weakness have been discussed and the rational recommendation for their application has been proposed.

Key words Blood Stasis Syndrome, eye signs, diagnostic standards of blood stasis syndrome

随着活血化瘀研究的深入, 国际上不仅发现多种血瘀证新体征, 而且提出多种血瘀证诊断标准⁽¹⁾。本研究旨在探讨血瘀证目征与中山氏瘀血压痛点、日本瘀血证诊断标准、国际瘀血诊断标准试行方案、中国血瘀证诊断标准、国际血瘀证诊断标准的相互关系。

资料与方法

1 标准与临床资料

1.1 诊断标准和积分值

1.1.1 血瘀证目征标准(简称目征标准), 共包括 7 项。凡积分在 20~29 分、30~39 分和 40 分以上者, 分别为血瘀证轻、中和重度⁽²⁾。

1.1.2 日本瘀血证诊断标准(简称日本标准)

1. 江西医学院第一附属医院(南昌 330006); 2. 江西医学院专家门诊部

准), 包括 17 项。凡积分在 20~29 分、30~39 分和 40 分以上者, 分别为瘀血证轻、中和重度^(3,4)。

1.1.3 中山氏瘀血压痛点(简称中山标准)是日本宫崎绫子等介绍的⁽⁵⁾。

1.1.4 国际瘀血诊断标准试行方案(简称国际标准(日)), 包括必要项目(瘀血腹证)和一般项目(11 项与实验室检查)⁽⁵⁾。

1.1.5 中国血瘀证诊断标准(简称中国标准), 包括主要依据、其他依据和实验室依据⁽⁵⁾。

1.1.6 国际血瘀证诊断标准(简称国际标准), 包括 12 项⁽⁵⁾。设每项(按症状轻重不同)为 5 分或 10 分, 凡积分在 10~19 分、20~29 分和 30 分以上者, 分别为血瘀证轻、中和重度。

1.2 临床资料

在临床上随机选择 781 例患者, 按国际血瘀证诊断标准分为血瘀证组与非血瘀证组。

1.2.1 血瘀证组 621 例, 男 412 例, 女 209 例, 平均年龄 56.84 岁。其中循环系统疾病 186 例(29.95%)、消化系统疾病 97 例(15.62%)、呼吸系统疾病 67 例(10.78%)、造血系统疾病 59 例(9.5%)、泌尿系统疾病 43 例(6.92%)、结缔组织疾病 52 例(8.37%)、神经系统疾病 64 例(10.30%)、肿瘤 42 例(6.76%)、外伤 11 例(1.80%)。

1.2.2 非血瘀证组 160 例, 男 106 例, 女 54 例, 平均年龄 41.12 岁。其中循环系统疾病 10 例(6.25%)、消化系统疾病 10 例(6.25%)、呼吸系统疾病 47 例(29.38%)、造血系统疾病 30 例(18.75%)、泌尿系统疾病 28 例(17.50%)、结缔组织病 18 例(11.25%)、神经系统疾病 17 例(10.62%)。

2 方法

781 例患者分别用前述 6 种标准进行诊断, 并分别计算各标准诊断血瘀证的阳性率, 然后相互进行比较(按 χ^2 检验)。另用目征标准、日本标准和国际标准对诊断为血瘀证的患者进行病情分度, 然后对各标准的重、中和轻度, 分别进行统计学多组配对分析及回归分析。用回归分析法计算 6 种标准的以下各指标: 敏感度 $[a/(a+b)]$, a 是患者的阳性检出数, b 是患者阴性检出数, $(a+b)$ 是患者的总数; 特异度 $[d/(c+d)]$, d 是非血瘀证患者的阴性检出数, c 是非血瘀证患者的阳性检出数, $(c+d)$ 是非血瘀证患者的总数; 假阳性率 $[c/(c+d)]$; 假阴性率 $[b/(a+b)]$; 然后分别用 χ^2 检验比较各指标的组间差异^(6~8)。设各指标(敏感度、特异度、假阳性率和假阴性率)均按高、较高和较低, 分别记 3、2 和 1 分, 求出各种诊断标准的总和积分。

结 果

1 诊断结果分析 χ^2 检验提示, 非血瘀证/血瘀证按中山标准(245/536)和国际标准(日)(285/496)诊断, 结果与目征标准(147/

634)、中国标准(160/621)、国际标准(160/621)、日本标准(173/608)比较, 有非常显著差异($P < 0.001$)。

2 阳性率分析 χ^2 检验提示, 目征标准(81.18%)、国际标准(79.51%)、中国标准(79.37%)和日本标准(77.85%)阳性率高于中山标准(68.63%)和国际标准(日)(63.51%) ($P < 0.05 \sim 0.01$)。

3 病情分度分析 各标准血瘀证重、中和轻度分别如下: 目征标准(634 例)141、181 和 312 例, 日本标准(608 例)133、124 和 351 例, 国际标准(621 例)159、195 和 267 例。统计学多组配对分析提示: 在重度, 3 种标准没有明显差异($P > 0.05$); 在中度和轻度, 3 种标准均有非常显著性差异($P < 0.0001$)。

4 病情分度与积分关系分析 直线回归分析提示, 3 种标准的血瘀证分度与积分均呈正相关。目征标准 $r = 0.9852$ 、日本标准 $r = 0.9888$ 、国际标准 $r = 0.882$, P 值均 < 0.0001 。

5 各指标分析

5.1 敏感度 国际标准(621/621)、中国标准(620/621)、目征标准(615/621)和日本标准(605/621), 优于中山标准(497/621)和国际标准(日)(495/621), 具有统计学意义($P < 0.05 \sim 0.01$)。

5.2 特异度 国际标准(160/160) > 中国标准(159/160) > 日本标准(157/160)、国际标准(日)(157/160) > 目征标准(141/160) > 中山标准(121/160), 但无统计学意义($P > 0.05$)。

5.3 假阳性率 中山标准(39/160) > 目征标准(19/160) > 日本标准(3/160)、国际标准(日)(1/160)、中国标准(1/160)和国际标准(0/160), 具有统计学意义($P < 0.05 \sim 0.001$)。

5.4 假阴性率 国际标准(日)(126/621)、中山标准(124/621) > 日本标准(16/621)、目征标准(6/621)、中国标准(1/621)和国际标准(0/621), 具有显著性差异($P < 0.001$); 日本标准(16/621) > 目征标准(6/621), 具有统计学意义($P < 0.05$)。

6 总和积分值分析 国际标准、中国标准、目征标准、日本标准、中山标准和国际标准(日)的敏感度、特异度、假阳性率和假阴性率总和积分值分别为: 12、12、11、11、7 和 9 分。以国际标准和日本标准最优, 目征标准和日本标准次之, 中山标准和国际标准(日)再次之。

讨 论

目征标准是李国贤在中国传统医学的基础上发现的血瘀证一项新体征, 也可用于血瘀证的诊断与疗效观察⁽²⁾。本研究结果提示, 其在诊断结果、阳性率、敏感度、特异度、假阴性率、病情分度与积分关系等方面, 与中国标准和国际标准无明显差异($P > 0.05$), 而在假阳性率和总和积分值方面略次于中国标准和国际标准, 提示目征标准近似中国和国际标准。

日本标准是日本寺泽捷年提出的瘀血诊断标准^(3,4)。本研究结果提示, 在多方面指标与目征标准无明显差别($P > 0.05$), 而与目征标准一样, 仅次于中国和国际标准。

中山标准是日本宫崎绫子等介绍的“中山氏瘀血压痛点”。其位置在脾经血海穴及其上方的箕门穴之间而略近于血海穴。该压痛点的反应与瘀血腹证相平, 准确率达 80% 以上。间中喜雄称此穴为第二血海, 小池三良助指出瘀血的穴位亦可作为瘀血的诊断点⁽⁵⁾。本研究提示该标准较次, 尤在假阳性率和假阴性率均明显高于其他标准($P < 0.05 \sim 0.001$)。

国际标准(日)是日本小川新提出的国际瘀血诊断标准试行方案⁽⁵⁾。本研究提示, 该标准比中山标准优, 而次于其他标准。

中国标准是中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会 1982 年提出, 并于 1986 年 11 月第二届全国活血化瘀研究学术会议修订的瘀血证诊断标准。该标准在阳性率、敏感度、特异度、假阳性率、假阴性率、总和积分值等方面与国际标准无明显差异($P > 0.05$)。

国际标准是 1988 年血瘀证研究国际会议制定的⁽⁵⁾。本研究提示, 中国标准和国际标准为最优标准。

从本研究结果分析, 似乎国际标准(日)和中山标准最次。但这并不意味着二者就没有长处, 还是有不少项目值得学习和借鉴。

国际标准(日)包括必要项目和一般项目。在后者的具体项目中有许多独到之处。如在“皮肤甲错、粗糙、色素异常(颜面及全部体表)”, 指出了皮肤异常不仅在颜面, 而且在全身体表各处均可出现。第 4 项“病理性肿块: 包括内脏肿大、新生物、炎性或非炎性包块、组织增生变性”, 对中国传统医学中的“癥积”给予了现代医学的解释。第 5 项血管异常的第(5)条“手足(少阴)脉象: 涩、弦、结、无脉”, 指出了手部脉涩在其他场合也可出现, 而足部后胫骨动脉的沉、弱、伏、无脉等, 多与瘀血腹证一致, 故应检查足脉(少阴脉)。第 7 项“月经紊乱(女)、排尿异常(男)”, 指出瘀血时不但女性出现血道症, 而且男性也会出现排尿异常等前列腺病。在实验室检查的第(6)条“骨盆腰椎的 X 线异常所见”, 指出在实验室最早出现异常的是骨盆的 X 线像。

中山氏瘀血压痛点不仅阳性率与瘀血腹证相一致, 而且检测方便, 具有与目征标准简捷的类似优点, 故也是可取的。

从本研究结果分析, 中国标准和国际标准是目前最优的。但就其实用性、准确性、可行性和完整性仍有美中不足, 故建议在修定时, 能吸收其他标准之长处, 并体现血瘀证的重要体征——舌象、脉象、腹证、腭征、目征、中山氏压痛点等。同时此两标准均未提出积分的方法, 为方便比较和观察血瘀证的病情, 建议给予补充。

国际标准(日)的假阴性率高, 阳性率和敏感度低, 可能是由于标准规定了瘀血腹证是诊断瘀血证的必要项目之故。

目征标准的假阳性率较高, 可能是患者有反复眼部感染所致, 应采取鉴别措施。

日本标准的假阴性率比目征标准稍高($P < 0.05$), 可能是由于标准中没有癥积(病理性肿块)、偏瘫麻木和瘀血狂躁的项目之故。

建议中山标准能配合其他诊断标准, 或其他标准中加入中山氏瘀血压痛点这个体征。

参 考 文 献

1. 翁维良. 深入开展血瘀证与活血化瘀研究. 实用中西医结合杂志 1991; 4(3): 131.
2. 李国贤. 血瘀证——日征的研究. 中西医结合杂志 1988; 8(10): 630.
3. 寺泽捷年. 瘀血の诊断基准及び临床治疗. 汉方研究 1983; 6: 191.
4. 陈可冀, 张之南, 梁子钧, 等. 血瘀证与活血化瘀研究. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1990: 621.
5. 张向渠, 刘智壺, 李国贤, 等. 论活血化瘀. 第1版. 北京: 中国环境科学出版社, 1989: 152, 188.
6. 汤旦林. 调查研究的设计. 中华医学杂志 1982; 62(4): 243.
7. 李国贤. 中日血瘀证诊断标准的比较研究. 中西医结合杂志(日文版) 1990; 1(1): 51.
8. 周燕荣, 王润华, 王昌玲. 医学检验统计学. 第1版. 重庆: 科学技术文献出版社重庆分社, 1987: 62.

(收稿: 1994-06-08 修回: 1994-08-20)

中西医结合治疗体表淋巴结核 50 例

杨彩香¹ 吴占春²

1985~1993年12月, 我们采用中西医结合快速短程化疗治疗体表淋巴结核50例, 并与采用西医快速短程化疗治疗对照, 现报道如下。

临床资料 病例选择为初治或已经抗痨治疗不满1个月者, 均为单纯性体表淋巴结核, 不伴随其他脏器疾患。患者按性别、年龄、病程、部位、淋巴结大小分为治疗组与对照组。治疗组50例, 男19例, 女31例, 年龄16~50岁, 平均28.6岁; 病程1~2个月36例, 2~4个月14例。病灶分布于颈部47例, 颈部并腋下2例, 颈部并腹股沟1例。淋巴结直径: <5 cm 38例, ≥5 cm 12例。对照组50例, 男18例, 女32例, 年龄17~48岁, 平均29.2岁; 病程1~2个月37例, 2~4个月13例。病灶分布于颈部48例, 颈部并腋下2例。淋巴结直径: <5 cm 39例, ≥5 cm 11例。实验室检查: 结核菌的纯蛋白衍化物(PPD)试验结果: 治疗组强阳性40例, 弱阳性8例, 阴性2例。对照组强阳性39例, 弱阳性9例, 阴性2例。用活检穿刺针在肿大淋巴结处穿刺, 抽取淋巴组织行病理切片, 两组患者均为结核性肉芽组织或干酪样坏死组织。

治疗方法 治疗组强化治疗阶段, 采用异烟肼0.4 g, 卡那霉素1 g, 加入5%葡萄糖250 ml 静脉滴注, 每日1次; 利福平0.6 g, 每日晚1次空腹服, 吡嗪酰胺0.5 g, 每日3次饭后服, 同时服用中药(全蝎1 g, 蜈蚣1 g, 温火烤干研末分成3等份)每日3次, 饭后服。以上用药均为2个月。巩固治疗阶段4

个月, 前2个月采用异烟肼0.4 g, 利福平0.6 g, 乙胺丁醇1 g, 每日晚1次空腹服; 后2个月用异烟肼、利福平, 剂量及用法同上。对照组治疗方法除未用中药外其他疗法均同治疗组。

结 果 疗效标准: 痊愈: 淋巴结肿大完全消退, PPD 试验阴性; 显效: 淋巴结较原来缩小2/3, PPD 试验阴性; 有效: 淋巴结较原来缩小1/3, PPD 试验弱阳性; 无效: 淋巴结无变化, PPD 试验阳性。治疗组痊愈19例, 占38%; 显效20例, 占40%; 有效11例, 占22%。对照组: 显效8例, 占16%; 有效36例, 占72%; 无效6例, 占12%。两组痊愈率及显效率比较有显著性差异($P < 0.01$)。中西医结合治疗体表淋巴结核疗效显著优于单纯西医疗法。

对治疗组痊愈的19例患者进行1.5~4年随访, 结果无复发, 实验室检查: PPD 试验均为阴性。

体 会 中药治疗淋巴结核着重祛腐、提脓生肌。有研究证明蜈蚣所含毒腺能分泌蚁酸、溶血毒素等多种物质, 可改善局部血液循环, 增加机体免疫力。蜈蚣、全蝎共同作用, 具有消肿止痛, 活血化瘀作用。大多数抗痨药物具有杀菌或抑菌作用。因此, 中西药同用增加了互补作用, 从而提高了治疗效果。我们体会采用中西医结合疗法对初治早期淋巴结核效果甚佳, 因早期淋巴结包膜未破, 病灶很少侵犯周围组织及周围淋巴结。因此本法疗效高, 疗程短、复发率低, 方法简便, 无毒副作用, 易于推广。

(收稿: 1994-10-30 修回: 1995-03-10)

1. 山东省烟台市北海医院(山东 265701); 2. 山东省龙口市中医院