

## • 理论研究 •

## 症状体征术语规范化研究面临的主要问题\*

王志国 王永炎<sup>#</sup>

(中国中医科学院中医临床基础医学研究所 北京 100700)

**摘要:** 症状体征术语规范化研究面临很多问题,主要包括:症状体征术语规范化研究的重要性和迫切性、研究的范围,中医症状与西医症状的关系,是否严格区分症状、体征、病名、理化检查名称,一般症状和高度概括性症状,症状体征与临床表现的关系,症状体征的数量,症状体征术语的影响因素,症状的表述与症状的实质、分类方法,术语概念应包含的要素等。这些都关系到症状体征术语规范化的走向以及能否立得住、被认可、易推广等重要问题,对未来诊疗信息化也具有深远影响。

**关键词:** 症状; 体征; 规范化

**中图分类号:** R241

**Key issues faced by research on standardization of terms of symptoms and signs\***WANG Zhi-guo, WANG Yong-yan<sup>#</sup>

(Institute of Chinese Basic Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700)

**Abstract:** The researches on standardization of terms of symptoms and signs are facing many issues, including the essentiality, imminence and range of the researches, relationship between TCM symptoms and those of Western medicine, whether to discriminate strictly names of physiochemical examination of symptoms and signs, relationship between common symptoms and generalized ones and between symptoms and clinical manifestations, number of symptoms and signs, influencing factors of terms of symptoms and signs, formulation, essence and classification methods of symptoms, and elements included in term concepts. These issues involve the tendency of standardization of terms of symptoms and signs and some key questions whether the standardization can be ratified, approved and easily spread. They also have far-reaching influence on future informationization of diagnosis and treatment.

**Key words:** symptoms; signs; standardization

症状体征术语是临床医学的基础,其规范化是诊疗规范化的前提。症状体征术语规范化涉及临床各科,其复杂程度显而易见。现将规范化过程中遇到的主要问题分述于下,以战略层面问题为主,也涉及部分技术问题,以供研讨。

**1 症状体征术语规范化研究的重要性和迫切性**

中医症状、体征是中医诊病、辨证过程中重要的和主要的依据,其准确性和规范性尤为重要,是行

业发展急需解决的关键性问题之一<sup>[1]</sup>。症状体征术语的规范化研究晚近愈加突显其重要的现实意义,这与信息化的程度有密切的关系。人类对疾病的诊治可初步分为5个阶段:①初级阶段。对疾病的认识从产生症状(不适)开始,病人有不正常的感觉或某些功能减弱、消失、增强或功能障碍。这一阶段对疾病的认识是初级的、肤浅的,病名或症状名处于“萌芽”阶段。整体数量不足今天的30%,并且水

王志国,男,博士,研究员,主任医师

<sup>#</sup> 通信作者:王永炎,男,中国工程院院士,教授,博士生导师

\* 科技部基础性工作专项资助项目(No. 2008FY230500)

平较低,其中不乏错误认识。这一时期所认识的症状和疾病的种类处于缓慢增长的状态,不存在规范化问题。②低水平的相对成熟阶段。这一阶段对疾病的认识水平明显提高,整体数量达到今天的60%,但其中部分认识仍有错误的或片面的可能。这一时期所认识的症状和疾病的种类处于较快增长的状态,数量增加明显,质量有所提高,但不同区域很少交流,人们还很少争论某一疾病或症状应该怎样“说”这样的事情,基本不存在规范化问题。③较为成熟的非信息化时代。这一阶段对疾病的认识多数较为客观准确,整体数量达到今天的80%以上,制订了多种诊断标准和规范,已经对规范化提出了一定的要求,但缺乏有效地执行与推广的手段,尚未十分关注名词术语的规范化。④初级信息化阶段。也就是我们现在所处的时代,信息化处于起步阶段,各行业发展水平参差不齐,全球范围内交流广泛增加,对术语的一致性要求提高到了前所未有的高度。学科划分明确,中西医互相撞击整合,需要进行疗效评价,学术交流。科研水平向纵深发展,技术标准成为引领行业的“龙头”,重视名词术语的规范和技术标准的研究。当某一领域的基本内容、框架、范畴相对确定之后,规范化、标准化才具有实际意义,当信息化提到日程之后,规范标准才显得迫切。⑤高级的信息化阶段。这一阶段是面向未来的时代,信息化水平发达,技术标准高度一致并且普及,诊疗水平向智能化发展。

由于信息化时代的来临,建立了大量的数据库,使海量数据的检索和查询成为可能,如果名词术语不统一,检索和查询结果就不一致。例如“发热”和“发烧”如果同时使用,那么检索含有“发热”的内容时,含有“发烧”的内容就会遗漏;再如“身疼”与“身痛”同时使用,若查询其中一种,另一种就不会显示;又如中药的别名也是这种情况。信息化要求术语精确到一个字、一个字母、一个标点,这就是迫切研究症状体征术语规范化的目的所在。

## 2 症状体征术语规范研究的范围

中国医学界可分为中医、西医、中西医结合三大范围。中医又可分为古、今两方面,随着时代的变迁、病种的变化、西医的涌入、信息时代的到来,中医的学术内涵正在发生变革,症状体征术语也在补充更新。古今中西,临床各科,不同学科疾病症状体征有明显的差异,各科分别研究相应规范会导致总体范围扩大化,每个学科都不可避免地包含一些内科症状体征,追求大而全。并努力寻找一些边缘的、沾

一点边的症状体征术语。各科术语规范会有很多重复内容,不同学科同一术语概念也会一尽相同,因此出现很多“交集”最终导致新的不规范。另一方面,不同学科又有很多相同的症状体征,尤其是全身症状、生命指征(体温、呼吸、脉搏、血压)等,临床各科的基础是内科,而且还有大型医院的中医科及社区的全科医生,他们在诊疗过程中对症状体征术语的使用以共性(大内科)为主,这与不断细化的分科是相反的。当然,统一规范的难度和工作量是空前的,既要找到共性,又要体现个性,需要协调共识,包容歧见。当今时代既有分科细化,又倡导学科交叉、融会贯通。因此,确定症状体征术语规范的研究范围也是一个重要问题。

## 3 中医症状与西医症状的关系

人类对疾病的诊治从症状学的角度观察体悟可概要分为两种模式:一种是以西医为代表的,能够直接或间接“看得见,摸得着”,以实物为证据,以解剖学、病理学为基础的“实证医学”;二是以中医为代表的整体医学,以自然哲学为基础,比类取象,重视临床人体试验,将鲜活的经验长期积累优化的“经验医学”。二者所使用的术语显然差别是很大的,从理念到关注的侧重点均有不同,例如中医很关注舌脉,西医则不然;西医注重影像与理化检查,而中医由于产生的年代等原因,无实验室检查,而注重症状学的描述,体现形象思维的原创具有“象与体”结合的特征,为核心病机的确识提供证据。当然两者也有共同之处,主要是外在的表现与描述,例如发热、头痛等。这就关系到症状体征术语是中西医各搞一套,还是统一结合起来?这又进一步涉及到中医特色与学术传承问题。

## 4 是否严格区分症状、体征、病名、理化检查名称

症状体征不加区分的情况十分普遍。中医广义的症状包括体征,统称为“病状”。《常见症状中医鉴别诊疗学》将“症”的概念表述为“疾病中所表现的各种现象,即为‘症’,统称‘病状’。因此,“病状”的概念是广义的,主要包括“症状”和“体征”两部分。“症状”指病人主观可以体会到的痛苦或不适等异常感觉,如疼痛、耳鸣、恶心、腹胀等。“体征”指医生可以客观检查到的异常改变,如舌苔黄、脉涩、腹内包块等,也指通过仪器设备检测所得到的病理指征,如血压高、大便中有虫卵、血红蛋白低等。有些异常改变,病人自己能主观感觉到,医生也能客观检查到,所以既是症状,又是体征,如气喘、发热、下肢浮肿等<sup>[2]</sup>。国家标准《中医临床诊疗术语·疾

病部分》列有49个常见的“症状性名称”,其中一半以上出自《内经》,如发热、自汗、盗汗、头痛、眩晕、失眠、健忘、心悸、呕吐、胁痛、泄泻、瘫痪、水肿等,现在看来这些实际都是“症”,以往曾将其称为“病”,现在仍作为病名使用。上述情况没有严格区分症状、体征、病名,甚至包括了理化检查内容。

西医也存在同样的情况。《临床症状体征鉴别诊断学》<sup>[3]</sup>将低钠血症、低钙血症等水和电解质代谢紊乱也作为一章,白细胞增多症、红细胞增多症等作为血液系统症状体征进行鉴别诊断。《临床症状鉴别诊断丛书·呼吸疾病症状鉴别诊断学》<sup>[4]</sup>更是将影像学和综合征纳入其中。

症状体征类专著不严格区分症状、体征、病名、理化检查名称的原因在于:①此类专著为求大而全,普遍有扩大化趋势,超出应用范围(具体范围有时很难确定),甚至“包罗万象”;②此类专著不是从规范化、标准化角度进行编撰,其规范性不作为重点,难以保障,专著尚且如此,其他文献中的症状体征术语的界限就更模糊不清了。症状和体征的确切定义十分重要,这关系到哪些术语应包含其中,哪些术语应排除在外以及术语的分类问题。

#### 5 一般症状和高度概括性症状

一般症状是指病人主观可以体会到的痛苦或不适等异常感觉,符合症状的一般概念,如“头痛”“恶心”等。高度概括症状是指经过凝炼或包括多项内容类似“成语”样的症状术语,如“共济失调”作为神经系统症状,“呼吸衰竭”作为呼吸系统症状<sup>[3]</sup>、Broca失语,中医的“谵语”“郑声”等。高度概括症状可能包含多个一般症状,如呼吸衰竭可能包括呼吸困难、神志不清、紫绀等;郑声是指神识不清,语言重复,时断时续,语声低微模糊的症状。严格地说,高度概括症状已超出症状概念的范畴,不懂医学的患者不会直接说出高度概括症状。这里要强调的是“高度概括症状”是否视为症状,综合征是否视为症状的问题。

#### 6 症状体征与临床表现的关系

临床表现与症状关系十分密切。临床表现可能包括症状出现的时间、先后、顺序,同一症状的色、质、量、味等动态变化。临床表现主要由症状体征构成,反映疾病发生、发展、变化的趋势或规律。临床表现不等于症状体征,从临床表现中提取出症状体征是较为繁琐的,主要症状易提但有时难以确认,次要和伴随症状可多可少,因学者认识或因文献不同而异,无章可循。例如,感冒属暑湿伤表证的临床表

现为:身热、微恶风、汗少、肢体酸重或疼痛、头昏重胀痛、咳嗽痰黏、鼻流浊涕、心烦口渴、或口中黏腻,渴不多饮、胸闷脘痞、泛恶、腹胀、大便或溏、小便短赤、舌苔薄黄而腻、脉濡数<sup>[6]</sup>。要从中提取出症状体征需进行认真分割与考量,比如“身热”与“发热”,“泛恶”与“恶心”是否等同?“微恶风”与“恶风”程度不同,是否作为一个症状?类似这样的具体问题,比比皆是,不胜枚举。

#### 7 关于症状体征的数量

症状体征概念的界定直接关系到症状体征的数量,越严格数量就越少。一个症状的不同程度是否作为不同症状而计入数量也是一个问题。另外,新病种层出不穷致使症状的表现和症状的组合多样化、复杂化。机体是一个具有复杂功能系统及生命活动的整体。在疾病过程中,由于致病因素的性质、特点及作用方式的不同,机体功能状况和所受损害的具体情况不同,及个体差异性,构成了千差万别的疾病表现和多种多样的演变形式。前苏联学者E·N·恰佐夫指出,基础科学的发展,大量最新检查方法的研究与应用,不仅增加了疾病种类,而且大大增强了临床症状的阵容。有人计算,近几十年来新发现的疾病就有上万种之多,仅遗传病至今已发现4000余种,还不包括地区性和特殊的疾病。几十万种疾病同上百万个症状这个泱泱巨数,给临床医师正确认识疾病带来困难,而且随着经济和科学技术的日新月异的发展,人类生态环境、劳动方式、生活条件的改变,还会不断产生和发现一些新的病种。自20世纪70年代以来,全球相继出现30多种新传染病,平均每年出现1.5种。如1981年源于非洲的艾滋病,1995年苏丹的埃博拉出血热,2003年4月16日WHO宣布重症急性呼吸系统综合征(SARS)是21世纪第一种严重的新的传染性疾病。这一切更使症状的表现和症状的组合多样化、复杂化。

症状的数量,可以说“症状”者数之可十,推之可百,数之可千,推之可万,万之大不可胜数,然其要一也,那就是症状要素。

#### 8 症状体征术语的影响因素

症状体征的影响因素很多,包括:性别、肤色、种族、地域、气候、环境、年龄、情志、文化、营养、饮食、习惯、个体差异、宗教信仰以及多种疾病间的相互影响等,使症状体征的临床表现千差万别。

#### 9 症状的表述与症状的实质

症状的表述是指出自病人之口的对不正常感受

的表达叙述。由于受病人的年龄、性别、体质、生活环境、营养状况、心理状态、文化程度、表达能力以及“方言”“土语”等影响,同一症状的表述千差万别。症状的实质是某一症状本身真实的性质,是经过医生或借助仪器、某种方法检测和确定的疾病的本质。症状的表述与症状的实质如同现象和本质,多数情况下是一致的,但也有少数不一致的情况。如果将“方言”“土语”也纳入症状行列,就很难规范,医生应能将“方言”“土语”不确切的表达转化成专业症状体征术语。

#### 10 症状体征分类方法

症状体征的分类方法很多,按性质、部位、系统、学科、等级、中医四诊的分类皆有所见。每种分类都有长短,按性质分类有利于抓住纲要,如:疼痛类、发热类等;按部位分类有利于统一各科,便于查询,如:全身症状、头部症状等;按系统分类有利于阐述系统内部症状体征的相互联系及与疾病的关系,与按部位分类相比如同系统解剖学与局部解剖学的关系;按学科分类有利于体现不同学科的各自特点,也是临床各科常用的分类方法;按中医四诊分类,是中医特色,有利于中医诊查和病历书写;按等级分类是指根据症状再派生出“子症状”,将症状分为2级,派生出的“子症状”为2级症状,其余的为1级症状。1、2级症状之间的关系相似于根目录与子目录的关系,如:腹痛是1级症状,右下腹痛是2级症状,这种分类有利于查询和提纲挈领。症状体征分类是必要的,不同的分类体现了不同的角度和需求,正如好的软件能够用鼠标、快捷键甚至语音等多种途径实现同一操作一样,症状体征分类也应通过数据库实现多样化。

#### 11 症状体征术语概念应包含的要素

症状体征术语的规范应给出每条术语的概念,而症状体征术语概念应包含的要素是一个重要问题,这关系到所制定的标准的风格、体例及标准化程度是否一致。如,头痛的概念:头痛是临床上最常见的症状之一,涉及到各个科室,尤其在神经系统疾病中多见,其病因十分复杂。发病率高,人群中几乎90%的人一生中都有头痛发作,有人称头痛是仅次于感冒的常见病,其实头痛是一种症状,而不是一种疾病。头痛一般是指前面在眉毛以上,后面在枕下

部以上即头颅上半部这一范围的疼痛<sup>[5]</sup>;头痛很难有一个确切的概念,根据划定的范围,头痛是指颅外或颅内疾病刺激对疼痛敏感的结构,造成头颅上半部(眉毛、耳轮上部、枕外隆突连线以上)的疼痛。对疼痛敏感的头颅结构包括头皮、皮下组织、帽状腱膜、骨膜、颅内的动脉、静脉、静脉窦、脑膜、三叉神经、舌咽神经、迷走神经及其神经节、颈2~3神经<sup>[3]</sup>。有些文献不给出确切定义,可能为防止被挑剔或质疑。概念详细些固然很好,使读者了解更多深层次内容。但有些术语包含非常多的内容和含义,如“发热”有多种热型,发生在多种疾病,多个部位,多个学科,病因病理多种多样,其概念很难一言概之。症状概念中应包含哪些要素,比如原因、机理、部位、表现、出现在哪些疾病中等,也是一个保持一致性的问题。

其他,如一义多词、一词多义、症状独立与最小化、症状术语去除诊断象征、文学色彩、感情色彩等与科技术语的简洁单义性相违背的问题等,均属技术层面的具体问题,也不容忽视。

以上问题如果不能正确对待和解决,所制定的标准很可能造成新的混乱,质量也难以保证,最终导致耗费人力物力。因此提出和解决这些问题对于症状体征术语的规范化及未来诊疗信息化都具有一定的现实意义。

#### 参考文献:

- [1] 王志国,王永炎.制定《中医临床诊疗术语·症状体征部分》国家标准的重要性和迫切性[J].北京中医药大学学报,2007,30(11):729.
- [2] 朱文锋.常见症状中医鉴别诊疗学[M].北京:人民卫生出版社,2002:5.
- [3] 吴钟琪,卢永德.临床症状鉴别及诊疗[M].北京:人民军医出版社,2006:184.
- [4] 陈清兰,胡成平.临床症状鉴别诊断丛书:呼吸疾病症状鉴别诊断学[M].北京:科学出版社,2009:345-589.
- [5] 贾民谊.症状鉴别诊断学[M].天津:天津科学技术出版社,2000:48.
- [6] 周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:67.

(收稿日期:2012-02-24)