

# 中风病中医评价量表问题浅析

王平平, 高颖, 马斌, 曹克刚, 辛喜艳

(北京中医药大学东直门医院神经内科, 北京 100700)

【关键词】 中风病; 中医评价量表; 问题分析

中图分类号: R255.2 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.06.001

随着人口老龄化、经济水平的快速发展及生活方式的变化, 中风病发病率呈逐年上升趋势, 已居我国城市和农村人口致残和死亡原因的第一位<sup>[1]</sup>。中医药治疗中风病疗效确切、历史悠久, 但中风病临床疗效的中医评价指标尚在起步阶段, 医学现代化的重要标志之一就是量化, 将经验描述发展为定量描述是医学进步的表现, 中医学、神经病学量化的问题尤为突出, 临床量表就是解决这类问题的良好工具。近年来随着中医证、症规范化研究的不断深入<sup>[2-3]</sup>, 在中医基础概念的指导下, 借鉴西医学量表及量表编制方法学, 中医诊断及评价量表的研究逐渐科学、规范。现就中风病中医临床评价量表在实际应用中的一些问题进行简要阐述。

## 1 中风病中医评价量表的概况

中风病诊断及临床疗效评价量表的研制在几代学者的不懈努力下不断深入和完善。中风的记载始见于《内经》, 有“偏枯”、“痹风”、“身偏不用”、“偏风”、“仆击”、“薄厥”、“大厥”等之称。古人对中风病临床疗效评价多根据临床症状和脉象判断邪之深浅, 病之轻重, 预后之好坏, 但缺乏统一的疗效标准。

中华中医药学会内科学会、卫生部中医急症中风病协作组于 1984 年制定了《中风病中医诊断、疗效评定标准》<sup>[4]</sup>(简称一代《标准》), 并于 1986 年在山东省泰安市经专家鉴定, 对意识、语言、肩关节、指关节、髋关节、趾关节、综合功能 7 个方面进行评分(总分 28 分), 根据积分的变化分为基本痊愈、显效、有效、无效、恶化 5 个等级, 对中风病整体状况进行评价, 这是中风病首次采用了量表的方式计量表达临床疗效。1988 年孟家眉等<sup>[5]</sup>以临床经验和专家意见为基础, 提出了“脑血管病中医辨证量表”, 将中风病的证候分为风证、火证、痰证、气虚证、血瘀证、阴虚阳亢证 6 个基本证候, 每个证候总分 30 分, >

7 分则证候成立; 该量表对中风病中医证候的定性和定量做了初步尝试, 成为今后的行业标准, 广泛用于临床研究。1996 年国家“八五”攻关课题组协同国家中医药管理局脑病急症科研协作组通过全面复习文献, 吸收现代医学研究成果, 应用科学的统计方法, 重新对中风病证候诊断标准进行了筛选及数据分析, 在吸收前两者经验的基础上颁布了《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》<sup>[6]</sup>(简称二代《标准》)及《中风病辨证诊断标准(试行)》<sup>[7]</sup>, 二代《标准》在疗效评价标准上较一代《标准》增加了面瘫、眼征两项评价内容, 共 9 个方面(总分 52 分), 疗效评定由原来的简单分数相减法改成治疗前后百分数折算法, 疗效评价级别从原来的 5 级改成基本恢复、显著进步、进步、稍进步、无变化及恶化(包括死亡)6 级, 成为目前通用的中风病临床疗效评价标准, 使中风病诊断及临床疗效评价有了规范化、量化的统一标准, 为提高中风病诊断、防治水平, 以及开展科学研究、促进国内外学术交流起到了极大的推动作用。

## 2 中风病评价量表存在的问题

任何量表的形成、成熟都不是一蹴而就的, 需要经过严谨的科学设计、正确的统计方法、严格的临床验证等多个环节。中风病中医量表虽经数代学者努力, 但在临床使用中, 在量表内容、条目权重、研究对象、适用范围等方面尚有一些亟待解决的问题。

2.1 中风病诊断量表用于临床疗效评价: 目前中风病临床和科研中疗效评价所使用的量表多与诊断量表一致, 诊断量表与评价量表条目具有一定的交叉, 其内涵上既有联系又有区别。诊断是指从医学角度对人们的精神和体质状态进行判断; 评价是一个运用标准对事物的准确性、实效性、经济性及满意度等方面进行评估的过程。诊断量表是以提高辨证一致性为目的; 评价量表是以客观测量和评价证候变化为目的。刘强<sup>[8]</sup>首次将中风病诊断量表和评价量表区分, 诊断量表用于对目标定性或无序分类, 评价量表用于对目标定量或有序分类, 并从量表功能、理论基础、数学模型、条目权重、条目性质、条目组成、研

基金项目: 国家科技重大专项基金项目(2009ZX09502-028)

通信作者: 高颖, Email: gaoying973@126.com

作者简介: 王平平(1975-), 女(汉族), 山西省人, 博士研究生, 主治医师。

发关键及验证方法 8 个方面阐述了两者的不同。

2.2 中风病中医评价量表条目的权重:目前通用的量表条目赋权法多为以下 3 种方法:①等权法:将所有量表条目权重都视为 1,而不予区别的赋权方法;②专家经验赋权法(等差法或等比法):由参加评估的专家依据自身临床经验按指标的重要性直接赋值或按等差(如 4:3:2:1)、等比(如 16:8:4:2)给分;③基于临床数据的数学模型赋权法:以临床医学和统计学为理论基础,将临床指标通过相应的数学模型运算赋权。

显然,不同的疗效评价条目在疗效判定的过程中地位是不同的,不同的条目应该有着不同的权重。遗憾的是,目前所通行的各个中风病疗效评价量表赋值多采用的是等权法、专家经验赋权法,这种简单的分级一方面忽视了不同症状在证候变化评价中实际的临床意义,因而影响了量表的效度;另一方面,这种主观的、经验的直接推导由于缺乏客观依据的支持,其测评结果的客观性、准确性、科学性、可重复性值得商榷。二代《标准》的条目权重虽然采取的是专家经验赋权和统计学相结合的方法,但该量表将中风病的证候诊断和疗效评价融为一体,研制方法的科学性、规范性值得商榷。

2.3 中风病中医评价量表应将中经络、中脏腑分开:中风病的病情有轻重之分,病位有深浅之别,正如《金匱要略》所说:“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不胜;邪入于腑,即不识人;邪入于脏,舌即难言,口吐涎。”中医评价量表内容的采集主要是通过望、闻、问、切进行四诊信息的收集,除了医师的观察外,注重患者的主观感受,需要患者在一定程度上给予配合。中经络与中脏腑一方面临床表现显著不同<sup>[9]</sup>;另一方面如果二者使用同一量表,后者问诊内容的缺失势必会影响到量表的信度和效度,导致疗效判定结果的偏倚。

2.4 中风病中医量表的全面性:评价量表要求其条目尽可能全面涉及测量目标的各个方面,以期能全面、科学、准确地评价临床疗效。以实验科学为基础的西医学在疗效评价上注重神经解剖学的改变,针对神经损伤的复杂性、多样性制定了不同的专科量表,如针对意识障碍的格拉斯哥昏迷评分(GCS),针对失语的北京医科大学附属北大医院神经心理研究室的汉语失语成套测验(ABC),针对面瘫的 House-Brackmann 面神经分级系统等,力求对神经功能损伤细化、量化、客观化,以规范评价临床疗效。证候是一个复杂系统,中风病有典型的“动态时空”的证候

演变规律,一套普适性疗效评价量表是否能全面概括疾病不同阶段证候演变规律,仍需进一步探讨。

2.5 中风病中医评价量表与预后的关系:临床上通用的神经科西医学量表多与预后呈明确的正相关或负相关。如美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)得分越高,表示神经功能缺损程度越严重;Barthel 指数(BI)评分越高,表示生活独立能力越强;改良 Rankin 量表(MRs)评分越高,提示预后越差。

辨证论治是中医的特色和精髓,证候是中医治疗的核心,医师根据望、闻、问、切获得患者的四诊信息,据证遣方,通过干预证候达到改善症状或治疗疾病的目的。证候的改善并不等同于疾病的好转,证候转化与预后究竟是什么关系尚不清楚,但可以肯定的是,这种证候的变化与预后的关系并非简单的直线关系。同一疾病,不同患者在病程不同阶段的拐点可能不同,目前尚无设计严谨的大样本临床数据支持,缺乏较全面和深入的讨论。

### 3 结 语

目前国内外大型脑血管病临床试验疗效评价量表多采用公认的西医学量表,这种建立在现代医学对疾病认识基础上的量表,既不符合中医基础理论,也不能体现中医在临床治疗的长处和特色。如何在充分重视中医基础理论,结合其临床治疗特点、优势的同时,吸取现代医学的精华,引进临床流行病学、循证医学、统计学、量表编制学等现代临床科研方法学进行严格的试验设计和统计分析,进一步完善中风病中医临床疗效评价量表的不足,对完善动态评估中风病疗效评价体系具有深远的临床意义。

### 参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 154-160.
- [2] 湛剑飞, 关少侠, 丁萍, 等. 中风急性证候研究与问题探讨. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(3): 169-171.
- [3] 湛剑飞, 关少侠, 马雅玲, 等. 急性脑梗死始发状态证候量值与神经内分泌免疫网络功能指标水平的相关性探讨. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(2): 81-83.
- [4] 王永炎. 中风病中医诊断、疗效评定标准. 中国医药学报, 1986, 1(2): 56-57.
- [5] 孟家眉, 梁宝华, 张树麟. 脑血管病临床辨证规范化定量化初探. 中国中西医结合杂志, 1988, 8(3): 173-175.
- [6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行). 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [7] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行). 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 64-66.
- [8] 刘强. 以证候判断为目标的量表编制及其方法学探讨. 北京: 北京中医药大学, 2008.
- [9] 顾卫, 谭峰, 吴海科, 等. 急性脑梗死辨证分型与细胞因子的关系. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(5): 302-304.

(收稿日期: 2010-08-13)

(本文编辑: 李银平)