

對中醫外感常見症狀術語標準化之初探

陳運泰¹、陳嘉允^{1,2}、陳稼洛¹、鄭宗琳²、張恒鴻^{3,4}、許堯欽⁵、
楊中賢⁶、林宏任⁶、羅綸謙^{1,2,4,*}

¹彰化基督教醫院中醫部，彰化，台灣

²彰化師範大學統計資訊研究所，彰化，台灣

³中國醫藥大學中醫學系與中醫暨針灸研究中心，台中，台灣

⁴台灣中醫診斷學會，桃園，台灣

⁵奇美醫學中心中醫部，台南，台灣

⁶中國醫藥大學中醫部，台中，台灣

(103年7月14日受理，104年1月27日接受刊載)

目的：本研究旨在透過共識的凝聚，對中醫外感常見症狀術語的涵義及臨床操作模式進行標準化，以提昇中醫症狀術語臨床運用的一致性。

方法：採取文獻整理和專家共識法擬定初步標準化內容，再以李克特量表的形式製成半開放式問卷，交寄中醫師填答與回饋，問卷回收後分析認同度，並以 Cronbach's alpha 指數檢測一致性。

結果：專家選定惡風、惡寒、自汗、痰、口渴、喘、咳嗽、咽喉痛、項強和頭痛等十項外感常見症狀，擬定其涵義及臨床操作模式，此共識內容在問卷填寫者間獲得很高的認同，並有顯著的一致性，顯示了良好的共識。

結論：本研究首度嘗試以調查認同度的方式整合中醫師對症狀術語的共識，雖僅為初步成果，仍為症狀術語的研究提供了新方向，未來可參考本方法持續對重要的症狀術語進行標準化，並擴大參與面，凝聚更高的共識，提高中診斷的信度和客觀性。

關鍵字：中醫學、診斷、症狀術語、標準化、認同度、一致性

前 言

探尋臨床療效、安全性乃至經濟效益的證據已成為中醫研究的主流^{1,2}。2000至2004年間，在中國發表的中醫隨機對照試驗（randomized control trial）就逾兩千篇³，唯數量雖大，品質卻堪虞，許多中醫的研究仍被認為有較明顯的偏差或方法

學的瑕疵^{3,4}，統合分析（Meta-analysis）的結論也不必然支持中醫^{5,6}。有人認為⁷，以現行生物醫學（conventional biomedicine）為中心的研究和評讀方法並不中肯，應發展能突顯中醫特色與價值的方法學，此論值得深思。但另一方面，研究品質不佳或仍反映中醫在部分科學特性上的不足，例如「客觀性」的欠缺就最常被論及^{5,8}。「客觀」確保資訊

* 聯絡人：羅綸謙，彰化基督教醫院中醫部，彰化市南校街135號，電話：04-7238595 分機1035，電子郵件信箱：126478@cch.org.tw

在溝通與測量時的一致，可謂科學研究的基石。醫學診斷的客觀尤為重要，傳統中醫因仰賴主觀訊息——包括醫師的感知和患者的主訴——作診斷，故頗難達到客觀^{5,8}，有鑑於此，近來以提升中醫診斷客觀性為目標的研究逐漸增多，如以脈診儀分析不同疾病脈波的特徵⁹⁻¹¹，即有助提升臨床脈診操作的一致性，舌診亦有儀器檢測和自動化判讀技術的開發，以之也延伸數個探討一致性的研究^{12,13}等，對中醫診斷的客觀化皆有裨益。相較於脈診和舌診，問診的客觀化議題雖不乏人探討¹⁴，如症狀定義的規範化、症狀的量化分級等¹⁵，但整體發展仍較緩慢，應有更積極的探索與嘗試。

症狀術語缺乏一致性定義、「一詞多義」或「多詞同義」等現象普遍存於中醫文獻中¹⁴，近代西方生物醫學又與中醫學共用症狀術語，亦會使術語的涵義發生改變。同一感受，古今各有慣用語彙；同一症狀術語，各人皆有各自的認知，顯然不利中醫客觀化的發展。過往醫家為解決上述紛歧，已在症狀的訓詁、註釋和沿革考據等領域留下大量珍貴資料¹⁴，當代以朱文鋒和王永炎等人為主的團隊，也分別就中醫症狀術語的特性和研究模式發表過一系列頗富啟發性的論述¹⁶⁻¹⁹，至於症狀術語規範化的研究和大型專著亦不少^{15,20}，其中尚包括中國官方制訂的術語標準等，只是成果雖豐，卻一直無法在臨床全面落實，原因何在？我們認為研究方法的限制或為關鍵之一。過去的方法侷限於文獻彙整和專家共識（expert consensus）的階段，卻未能考量當代臨床使用者的認知，缺少了橫向的連結。換言之，無論專家共識的品質再好，若無法取得同時空使用者的認同，仍難以取得一致性。

基於上述背景，本研究嘗試對常見中醫症狀術語的涵義和臨床操作模式提出標準化定義，並在文獻整理和專家共識外，輔以認同度的調查，盡可能凝聚同時空中醫師間的共識。也期本研究的初步經驗與成果能拋磚引玉，促進中醫界對症狀術語標準

化的重視。

研究方法

I、研究對象

中醫症狀術語：症狀是用以指稱病患主觀不適感的詞彙¹⁵，中醫症狀術語則是經過中醫學的詮釋、賦予臨床意義並且典籍化者。

症狀術語的研究內容，以涵義（meaning）、臨床操作模式、臨床意義、辭源、沿革、同義及相關詞等最為普遍，然如量化評估、現代醫學相對詞彙、民間慣用語彙及相應外文等亦具價值，其中因「涵義」及「臨床操作模式」為使用術語前的基本知識，與症狀的「有效性（effectivity）」最相關，故本研究擬以此二者為標準化的主要內容。

本研究對症狀術語「涵義」¹⁴及「臨床操作模式」之設定如表一。

II、研究方法

(I) 籌組專家委員會

本研究由彰化基督教醫院中醫部統籌，邀集專家組成委員會。

專家界定標準為：1. 中醫師：國家考試合格，中醫臨床經驗超過十年以上，或於教學醫院中醫教學經驗達五年以上者。2. 相關領域專業人士：具部定助理教授資格以上之大學教師。

(II) 專家共識會議

委員會形成後定期舉行共識會議。每次會議需有半數以上委員出席，並視議題邀請其他領域之專家與會。會議首將討論參考書目，書目選定後，將其中相關內容建立症狀術語資料庫。接著討論欲標準化之症狀。中醫的症狀術語繁多，難以短期盡數論及，一般可以臨床常用、易混淆（如一詞多義或多詞一義）或相似詞等為主要挑選原

表一 本研究對症狀術語「涵義」及「臨床操作模式」之設定

項目	定義	說明
涵義	即為該症狀術語所代表的感受或表現，採敘述性語句呈現，內容力求表達該症狀的關鍵特徵，但不涉及特定字詞 ¹⁸ 的確立。	問診收集「有效、必要且完整」的症狀，決定中醫辨證的正確性。以有效性為例，若問診使用誘導式詢問或忽略症狀發生時序與疾病的關聯，都可能問到無效的症狀 ²¹ 。此外，問診者使用中醫師症狀術語前也應對症狀術語的涵義有正確認知，否則同樣會問到無效的症狀。
臨床操作模式	即確立症狀有效性的操作，指在對症狀涵義有正確認知的前提下，進行提問、判斷和釐清的臨床技巧 ²¹ ，同樣也不涉及字詞的確立。	症狀為患者主觀感受，不同患者除了對某症狀的認知不盡相同（包括在質和量上的認知），表述方式也會有很大差異。醫師臨床操作問診時，除了患者主動提起的症狀外，多需透過提問患者才會回答，並且要判斷患者回答所指是否即為某症狀，往往仍需更多鑑別詢問才能釐清，這些鑑別點都將呈現在臨床操作模式。

則，將交付委員決定。

症狀選定後，彙整術語資料庫中的相關內容交寄委員。共識會議時，委員將陳述應用選定症狀術語的經驗與意見，並提出對涵義與臨床操作模式的構思，經歸納總結成為專家共識。

(III) 形成問卷

專家達成之共識內容，以李克特量表（Likert scale）的形式製成半開放式問卷。

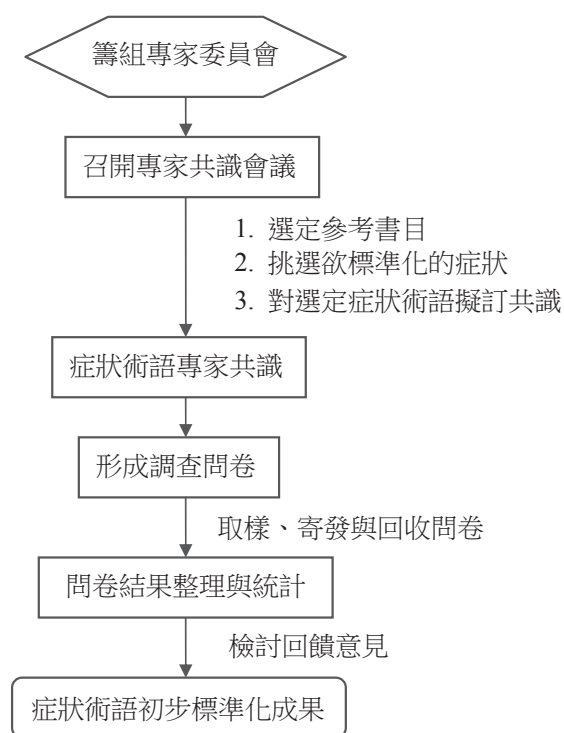
李克特量表為 Rensis Likert 所建立的一種心理反應量表，常在問卷中使用，是目前調查研究（survey research）中使用最廣泛的量表。當受訪者回答此類問卷的項目時，他們將具體的反應出自己對該項陳述的認同度²²。

(IV) 取樣，寄發及回收問卷

本研究初步擬採立意取樣（purposively sampling），先了解任職於教學醫院的中醫師對專家共識內容的認同度。問卷將採紙本郵寄或電子郵件的方式發放，回收後進行問卷資料整理及分析。

III、研究過程

請參圖一。



圖一 研究流程

IV、統計方法

本研究擬將李克特量表的選項，從「非常不合適」到「非常合適」等依序設定為 1 至 5 分²²，

以 Excel 軟體將回收問卷之結果按上述原則建立問卷資料庫，採 SPSS 19.0 統計學軟體進行平均分數、Cronbach's alpha 和變異數等分析。

(I) 認同度

受訪醫師對專家共識的認同度，將以每題的平均分數和填答「合適（含非常合適）」的比例代表，以平均分數大於 4 分和填答合適（含非常合適）的比例大於 0.8 表示認同度良好。由於此問卷的內容即為專家共識的結果，再者專家共識亦非本研究認定的最終標準，我們更欲了解的是專家與受訪醫師之間見解的異同，以尋求進一步整合的可能，故在沒有標準藍本的情況下，本研究擬將傳統的問卷效度檢定從略²³。唯我們以填答合適（含非常合適）的比例作為呈現認同度的一個面相，仍援引自專家效度的常見檢定方法，亦即內容效度指數（Content validity index, CVI）的概念^{23,24}。

(II) 一致性檢定

過去探討一致性程度的研究多採 Cohen's kappa，唯此法僅適用於計算兩位判讀者間的一致性。而 Fleiss（1971）提出的 Fleiss' kappa 可適用於多位判讀者共同判讀的情況，卻無法用於涉及程度輕重的有序資料。由 Krippendorff（1970）提出的信賴係數 Krippendorff's alpha 可用於多位判讀者且有輕重之分的資料，並能容許遺失值的產生，有效解決兩種 kappa 分別遇到的困難。唯上述任一種 kappa 的測度，在本研究都牽涉到極繁重的計算量，且這些 kappa 的一致性在多題多尺度問卷上的使用，亦無相關文獻記載。而 Krippendorff's alpha 係數雖具彈性，在本計劃的一致性探討中，亦無法被直接使用²³。

故基於問卷題目較多，問卷回應等級多元等考量，本研究終選以 Cronbach's alpha 作為一致性之測度，取 Cronbach's alpha 大於 0.8 表示具良好一致性。

Cronbach's alpha 屬內部一致性的一種，亦最

適用於李克特量表，此法由 Cronbach 於 1951 年所創，以 α 指數來代表量表內部的一致性信度， α 指數越高，代表量表內部的一致性越佳。一般而言，一份良好的問卷至少應具有 0.8 以上的信度指數值，才較具使用價值²²。

(III) 不一致的程度

每題受訪醫師填答不一致的狀況，將以變異數呈現。

結 果

I、專家委員會及共識結果

(I) 專家委員會

委員會共延攬 20 名成員。除符合前述標準外，委員相關背景特徵概述如下：執業於醫學中心者 14 名、區域醫院 4 名、基層診所 2 名；專長部分，多數委員除具中醫診斷學教學之專長外，亦分別具有內、針、傷、婦或兒等科之專業。

(II) 參考書目

問診與症狀術語的研究屬診斷學範疇，故委員共識以中醫診斷相關專著為主要參考書目，同時注重接軌國際和西方醫學。選定書目如表二。

(III) 症狀術語

委員共識首以「臨床常見」為挑選原則。「八綱」作為臨床最普遍的辨證方式，當中「辨表裏」或說「辨外感內傷」不僅實用，更反映中醫對外感的獨特認識與重視，故首以外感為經。隨後委員決議再以臨床易入手且常用的問診方式「十問歌」為緯，取二者交集，最終選出惡風、惡寒、自汗、痰、口渴、喘、咳嗽、咽喉痛、項強和頭痛等十項外感疾患中的常見症狀。

關於討論及共識的重點，僅以「惡寒」為例說明之。

會議中專家對惡風、畏寒、惡寒等三項術語有過熱烈討論。文獻整理時，我們即發現惡寒涵義的兩項特徵，一是寒冷的感覺，二是用物理性

表二 經共識後選定之書目

編號	作者	書名
1	馬建中	《中醫診斷學》 ²⁶
2	朱文鋒	《中醫診斷學》 ²⁷
3	姚乃禮	《中醫症狀鑑別診斷學》 ²⁸
4	李經緯	《中醫大辭典》 ²⁹
5	陸壽康	《中醫症狀治療學》 ¹⁵
6	鄧鐵濤	《中醫診斷學》 ³⁰
7	Renouf Pub. Co. Ltd (COR)	《WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region》 ³¹

的方式無法有效緩解，如馬氏所言²⁶：「病人感覺寒冷，雖不當風亦覺寒冷，身發熱亦不願去衣被，甚至加衣被或向火取暖仍覺寒冷的，稱為『惡寒』」。然而李氏²⁹則表示：「畏惡風寒即指怕冷的感覺... 惡寒、惡風、畏寒表現相似，故... 用畏惡風寒概括之，並統稱為惡寒。」同為代表性文獻，認識卻大相逕庭，實有整合之必要。專家最終共識臨床惡風、畏寒和惡寒等雖多有混用，實則三者程度並不同，在涵義的特徵上需作出區別。諸如類似問題的釐清，在中醫學仍頗具意義。

再者由於患者僅能理解怕冷、畏寒、或發抖

等詞彙而非惡寒，故若患者主訴怕冷，醫師必須進一步詢問怕冷的程度輕重、是否發抖、加衣覆被或近溫是否有助緩解等，並詢問是否合併發熱等其他症狀，才能釐清是否為「惡寒」，這些重點都將呈現在臨床操作模式。

另專家會議中若有不易達成共識的議題，本研究會採用取公約數的方式，保留較為廣義的涵義。

十項症狀之涵義與臨床操作模式的共識結果如表三。

表三 十項外感疾患常見症狀術語之專家共識

序號	中醫症狀術語	涵義	臨床操作模式
1	惡風	吹風覺身體難耐不適感，避風可緩解。	詢問患者是否因風直接吹拂體表而有厭惡感，下意識欲穿衣或換位置避之。若無風吹拂時症狀是否緩解無厭惡感。並詢問好發時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。
2	惡寒	雖不當風亦覺寒冷、身體難耐不適感。	詢問患者是否覺身冷而有厭惡感欲穿衣，雖穿多衣物仍覺身冷，並詢問好發時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。

表三 十項外感疾患常見症狀術語之專家共識（續）

序號	中醫症狀術語	涵義	臨床操作模式
3	自汗	清醒時汗出異常。	詢問患者平日出汗狀況，目前汗出部位、汗的質、量、味、色。並詳問發作頻率、發作時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。通常與勞動、氣候炎熱，服用發汗藥物等因素無關。
4	痰	有狹義和廣義之分，狹義的痰指呼吸道的分泌物；廣義的痰則停留在身體的經絡與臟腑各處。	（針對狹義的痰）詢問患者的痰是否可咳出，並詳問痰的質、量、味、色，以及發作時間、持續時間、誘發因子、緩解因子、伴隨症狀等。
5	口渴	口乾想喝水。	詢問患者平日飲水量、飲水次數、飲水溫度、飲水後是否較不口渴。並詢問口渴是否有特定時間、加重因子、緩解因子。
6	喘	呼吸頻率較快或呼吸型態異常。	詢問患者平日呼吸型態、目前呼吸是否較快、呼吸不順暢或呼吸困難，並詢問發病新久、發作頻率、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。並詢問患者可能致喘的相關疾病如心血管疾病、呼吸疾病。
7	咳嗽	突然的用力且有聲響的由咽喉排出肺部空氣，常伴咯痰特徵的一種症狀，“咳”是指有聲無痰，“嗽”是指有痰無聲，“咳嗽”是指有聲有痰。	可聽患者咳嗽的聲音大小、頻率、是否有痰聲等，若患者無自咳，可請患者咳出聲。詢問患者咳嗽時間已多久、平日咳嗽狀況、發作程度、發作時間（好發時間）、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等並詢問目前使用藥物。
8	咽喉痛	是指咽喉部位的疼痛而言，或稱喉嚨痛、咽嗑痛。	咽喉泛指口咽部和喉咽部。首先確認不適感發生在咽喉部，可儘量請患者指出自覺不適的部位，並詢問過去相關病史、病程的久暫、發病時間、疼痛的型態、程度、好發時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、以及伴隨症狀等等。
9	項強	指項部有肌肉強直感，可伴隨俯仰及轉動不利。	首先確認不適感在項部（指肩背以上，枕骨粗隆以下的部位），可請患者指出自覺僵硬的位置與範圍，注意有否牽連至頸項以外的區域，並詢問過去相關傷病史、病程的久暫、發病時間、僵硬的程度、好發時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、以及伴隨症狀等。
10	頭痛	頭部的疼痛感。	首先確認疼痛發生在頭部，並請患者儘量指明疼痛的部位及是否會轉移，接著詢問過去相關傷病史、頭痛病程的久暫、發病時間、疼痛的型態、程度、好發時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、以及伴隨症狀等等。頭痛需要和眩暈做鑑別。

II、抽樣及問卷之製作、寄發與回收

立意抽樣之院所如表四。本研究之問卷範例可考參表五。

問卷發放時間始於 2013 年 06 月 01 日，於

2013 年 09 月 30 日截止回收。共計發出 81 份，回收 78 份，回收率 96%，然回收問卷中若出現遺漏值者則視為無效問卷，最終的有效問卷為 62 份。

表四 立意抽樣之院所

編號	院所
1	台北慈濟醫院中醫部
2	台北市立聯合醫院陽明院區中醫科
3	衛生福利部台北醫院中醫科
4	長庚紀念醫院中醫部
5	台中榮民總醫院中醫科
6	中山醫學大學附設醫院中西整合醫療科
7	彰化基督教醫院中醫部
8	大林慈濟醫院中醫部
9	奇美醫院中醫部

表五 問卷範例

症狀一、惡風	非常 不合適	不合適	普通	合適	非常 合適
1.1 涵義：吹風覺身體難耐不適感，避風可緩解。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 臨床操作模式：詢問患者是否因風直接吹拂體表而有厭惡感，下意識欲穿衣或換位置避之。若無風吹拂時症狀是否緩解無厭惡感。並詢問好發時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 建議：					

III、問卷結果分析

有效問卷的詳細填答狀況如表六。

於總數二十個題目（十項症狀）中，多數題

目的平均分數都超過 4 分，在 4 分以下之題目計有八題，分別為：惡寒的涵義（3.85）、惡寒的臨床操作模式（3.98）、自汗的涵義與臨床操作

表六 問卷填答的統計結果

序 號	題 目	平均分數	填答合適（含非常合適）之比例	變異數	原始遺漏值
Q1-1	惡風 - 涵義	4.00	0.85	0.32	0
Q1-2	惡風 - 臨床操作模式	4.02	0.85	0.37	2
Q2-1	惡寒 - 涵義	3.85	0.76	0.45	1
Q2-2	惡寒 - 臨床操作模式	3.98	0.83	0.37	3
Q3-1	自汗 - 涵義	3.71	0.72	0.72	1
Q3-2	自汗 - 臨床操作模式	3.97	0.85	0.45	0
Q4-1	痰 - 涵義	4.15	0.89	0.48	1
Q4-2	痰 - 臨床操作模式	3.93	0.79	0.54	2
Q5-1	口渴 - 涵義	4.00	0.85	0.35	5
Q5-2	口渴 - 臨床操作模式	3.89	0.82	0.45	6
Q6-1	喘 - 涵義	3.74	0.69	0.64	5
Q6-2	喘 - 臨床操作模式	3.97	0.82	0.48	5
Q7-1	咳嗽 - 涵義	4.00	0.89	0.45	6
Q7-2	咳嗽 - 臨床操作模式	4.11	0.93	0.23	5
Q8-1	咽喉痛 - 涵義	4.11	0.90	0.29	5
Q8-2	咽喉痛 - 臨床操作模式	4.01	0.82	0.43	6
Q9-1	項強 - 涵義	4.08	0.92	0.23	5
Q9-2	項強 - 臨床操作模式	4.11	0.97	0.16	6
Q10-1	頭痛 - 涵義	4.08	0.91	0.40	8
Q10-2	頭痛 - 臨床操作模式	4.11	0.91	0.26	5

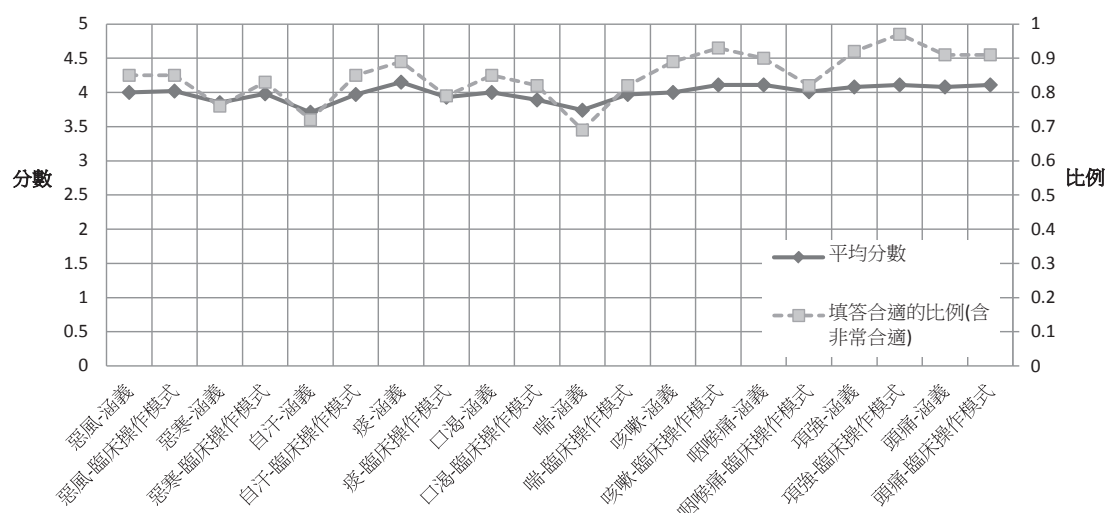
模式（3.71、3.97）、痰的臨床操作模式（3.93）、口渴的臨床操作模式（3.89）、喘的涵義和臨床操作模式（3.74、3.97）等。

受訪醫師認為合適（含非常合適）的比例超過八成的題目有 16 題，低於八成的題目分別是：惡寒的涵義（0.76）、自汗的涵義（0.72）、痰的臨床操作模式（0.79）和喘的涵義（0.69）等，與上述平均分數低於 4 分之題目重疊，後續會將兩

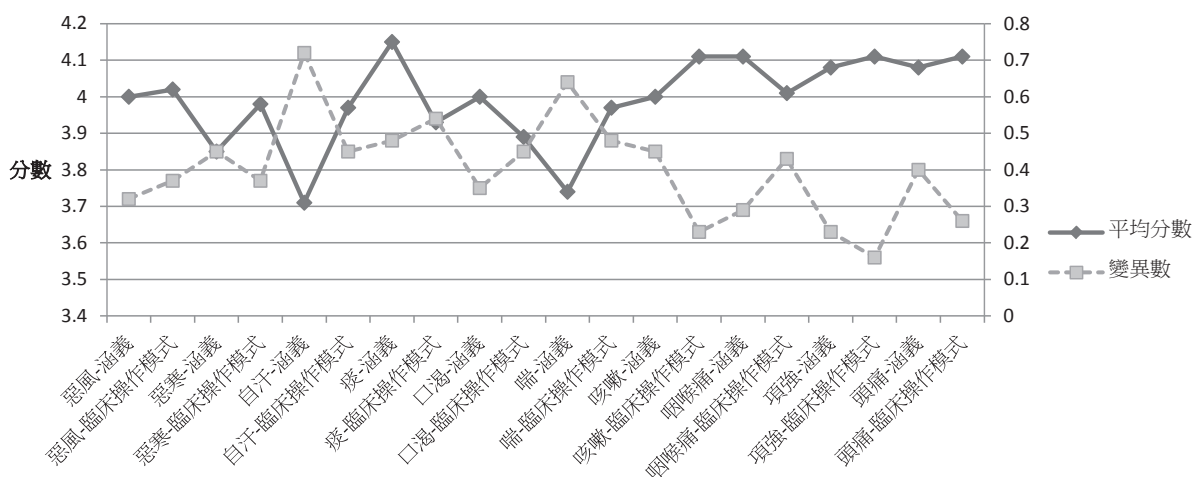
者合併討論。平均分數與填答合適（含非常合適）之比例的關係如圖二。

本研究問卷由於題意明確，可預期信度較高，實際上以標準化項目為準的 Cronbach's Alpha 值為 0.949，驗證了這個推測，也顯示問卷結果有良好的一致性。

變異數計算之結果如圖三，大體和平均分數呈負相關，換言之，若該題目的認同程度越低，



圖二 平均分數與填答合適 (含非常合適) 之比例的關係



圖三 平均分數與變異數之關係

其填答的不一致性會較顯著。

討論

文字能蘊涵最豐富的意象，卻不若圖像擅長呈現細節，科學及部分哲學研究在進行量測或定義時，多會採用符號或數字取代較不精確的文字³²；常語「言不盡意」、「得意忘言」，諸多感受也無法由文字來傳達，漢字又往往一字兼具數詞

性，如惡寒的惡可當名詞、動詞、形容詞，甚至副詞用，詞性一改，詞彙的意思就可能改變¹⁸。部分症狀術語涵義的歧異，可透過訓詁、考據，或了解典籍及醫家的主客觀背景來釐清¹⁷，然而對所有症狀術語都要求以最原始的涵義作為絕對標準，難度也確實很高。本研究希望盡可能吸收前人的研究成果，釐清症狀術語的原始涵義和歷代的演變，如果不能，則透過專家及當代共識的凝聚，重新訂立該症狀術語的現代涵義。

本研究結果顯示受訪醫師對專家擬訂的共識內容有良好的認同度，唯有八個題目平均分數低於4分，分別為：惡寒的涵義和臨床操作模式、自汗的涵義和臨床操作模式、痰的臨床操作模式、口渴的臨床操作模式、喘的涵義和臨床操作模式等，以下試參考回饋意見探討可能原因：

(1) 惡寒的涵義與臨床操作模式，本研究分別擬作：「雖不當風亦覺寒冷、身體難耐不適感」及「詢問患者是否覺身冷而有厭惡感欲穿衣，雖穿多衣物仍覺身冷，並詢問好發時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。」分析回饋意見，此題認同度較低原因應在惡寒和畏寒的鑑別仍不足，前已述及，惡寒與畏寒應有別，歸納文獻，惡寒的涵義可概括為「寒冷的感覺」及「用物理性的方式無法有效緩解」等兩項特徵，出自將涵義和臨床操作模式視為整體的考量，本研究將第二項特徵移至臨床操作模式強調，或因而導致完整性較不足，日後將直接在涵義中呈現「物理性的方式無法有效緩解」的相關特徵。

(2) 自汗的涵義與臨床操作模式，本研究分別擬作：「清醒時汗出異常」及「詢問患者平日出汗狀況，目前汗出部位、汗的質、量、味、色。並詳問發作頻率、發作時間、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。通常與勞動、氣候炎熱，服用發汗藥物等因素無關」。有回饋意見認為「異常」一詞可商，汗少或不汗出亦屬異常，應改為「超過平時量」或「過多」等較妥。有意見則表示自汗與活動應有相關，以上兩點都值得採納。也有意見針對「清醒時」一語，表示陽虛證自汗的患者未必是清醒，這是比較細緻的問題，參考文獻對自汗涵義的陳述可歸納為「汗出的時間」及「汗出的情況」等兩項特徵²⁷。部分文獻強調自汗為日間汗出，是為了與夜間汗出的盜汗作鑑別²¹，然而我們考量到即便在日間，亦有患者是清醒時汗出無異，但午睡或休息時即汗出者，故嘗試改以清醒和入睡作為分

界，《中醫大辭典》²⁹就認為自汗：「指清醒時不因勞動而常自出汗」。《中醫症狀治療學》¹⁵也提到：「宋以後，則以為清醒時汗出異常為自汗，睡眠時汗出異常為盜汗。」針對意識不清患者的汗出過量，究竟需歸入自汗或盜汗，有待日後更深入的探討。

(3) 痰的臨床操作模式，本研究擬作：「（針對狹義的痰）詢問患者的痰是否可咳出，並詳問痰的質、量、味、色，以及發作時間、持續時間、誘發因子、緩解因子、伴隨症狀等」。多數意見皆表示在痰的涵義曾論及痰在中醫有廣義和狹義之別，臨床操作模式則僅針對狹義的痰，完整性有所不足，日後亦將對廣義的痰補述。

(4) 口渴的臨床操作模式，本研究擬為：「詢問患者平日飲水量、飲水次數、飲水溫度、飲水後是否較不口渴。並詢問口渴是否有特定時間、加重因子、緩解因子」。回饋意見一致認為應強化口渴與口乾的鑑別。實則針對本研究對口渴所擬的涵義：「口乾想喝水」，許多意見也反應口渴不必口乾。口渴在參考文獻中有指「感受」也有指「需求」（或欲望）^{15,28,29}者。作為感受，口渴和口乾的分別不大，生活中也常將口渴和口乾相混用，《說文解字》釋渴「盡也」，段玉裁更注「古水竭字多用渴」，換言之渴本即「乾涸」的意思，至於作為需求，口渴「想喝水」的意涵自無疑義。古今的認知如何整合，同需更多討論。

(5) 喘的涵義，本研究擬作：「呼吸頻率較快或呼吸型態異常」。回饋意見多表示應將「呼吸困難」納入涵義中。回顧參考文獻，多數皆提及喘有「呼吸急促」之特徵，有文獻更認為是主要特徵，如《中醫大辭典》²⁹：「（喘），指呼吸急促。《說文解字》：『喘，疾息也。』...即表示呼吸次數比正常人快速急迫。」本研究持同樣觀點，但嘗試以「呼吸頻率較快」之陳述來取代「呼吸急促」，希望以更客觀的方式突顯呼吸的變化。另外部分文獻也確實認為喘是「呼吸困難」^{26,27}，

日常使用喘和呼吸困難兩詞彙時也有大幅重疊，但嚴格講呼吸困難涵蓋的層面較廣，嗆到或咽中梗塞感都能令患者感到呼吸困難，故本研究未採納此陳述，而改以較客觀的「呼吸型態異常」來取代，指的是呼吸時出現張口抬肩、鼻翼煽動等呼吸輔助肌的運用，又或有氣粗聲高、動則喘劇、不能平臥等表現。

(6) 至於喘的臨床操作模式，我們擬作：「詢問患者平日呼吸型態、目前呼吸是否較快、呼吸不順暢或呼吸困難，並詢問發病新久、發作頻率、持續時間、誘發因子、加重因子、緩解因子、伴隨症狀等。並詢問患者可能致喘的相關疾病如心血管疾病、呼吸疾病。」透過整理回饋意見以及上述對喘涵義的討論，應在臨床操作模式具體描述呼吸型態的異常^{15,27}，以利醫師判斷和鑑別。

總體來說，受訪醫師的回饋都相當中肯，針對的議題也多屬預期。透過回饋，我們也觀察到對於部分的症狀，現代中醫師的認知已和傳統文獻出現了落差，正如前言述及的。本研究的標準化僅是初步嘗試，未來需要持續的溝通與整合，本研究也擬將所有意見納入專家會議中討論，做為修訂標準化內容的參考。

本研究回收之問卷，不少題目出現漏答的情況，平均每題為 3.85 人，以頭痛的涵義一題遺漏最多，計有 8 人。問卷漏答的常見原因，除了填答時不慎遺漏外，亦有不明瞭題意而放棄回答或因各式原因而拒答者²²，由於本研究採匿名問卷，難以對受訪者詢問真實原因。唯進一步查驗，發現遺漏值較高的題目有集中在問卷後半的趨勢，則漏答原因可能與問卷版面設計不夠完善且缺少提醒機制有關，以致於受訪者以為問卷已結束，而未填寫下一頁或下一個題目，將於日後改善，唯此亦僅屬推論，仍不排除其他可能原因。

本研究的限制概述如下：

(1) 樣本數偏小。台灣中醫師約五千多名，本研究最後以 62 份問卷進行認同度的分析，代表性

仍有侷限，未來將進行更大樣本數的研究。

(2) 研擬共識的專家以教學醫院的中醫師為主。過去台灣中醫師的養成背景較多元，但大致可分作醫學院和檢特考兩大系統，二者在學習和檢定的過程與方式皆有一定程度的出入，本研究擬初步獲得醫學院教育養成的中醫師之共識，再於未來邀集檢特考系統的中醫師共同參與。

(3) 問卷發放對象侷限於教學醫院之中醫師。理由仍如上述，亦期未來能有進一步的研究，將檢特考系統中醫師之意見和回饋一併納入分析，更大規模的整合共識。

(4) 本研究未對問卷填寫醫師的背景作群集分析 (clustering analysis)，將於未來進一步探討醫師背景對問卷填答結果的影響。

結 論

透過文獻整理和專家共識擬定的初步標準化內容，在問卷填寫者間有很高的認同度，並有顯著一致性。未來可參考本方法持續對其他症狀術語進行標準化，並擴大參與面，凝聚更高的共識，解決中醫問診時對症狀術語認知不一致的問題。

誌 謝

本研究承行政院衛生福利部中醫藥司（計畫 CCMP101-RD-035、CCMP102-RD-035）經費補助，特此致謝。本研究也要感謝中國醫藥大學獲教育部邁向頂尖大學計畫惠予賜助。同時要感謝數位審稿委員的寶貴建議，讓本文有機會更臻完善。最後則要謝謝所有參與本研究之專家學者，以及填寫問卷、給予回饋之中醫師。

參考文獻

1. Rotblatt M, Ziment I, eds. Evidence-Based Herbal

- Medicine. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc, 2002.
- Gray M、唐金陵，實證醫學：臨床照護決策，初版，合記圖書出版社，臺北，pp. 271-280，2007。
 - 李廷謙、王剛、王蕾等，我國中醫藥臨床研究的現狀和評價，中國循證醫學雜誌，5:431-437，2005。
 - Wang G, Mao B, Xiong ZY, Fan T, *et al.* The quality of reporting of randomized controlled trials of traditional Chinese medicine: a survey of 13 randomly selected journals from mainland China. *Clin. Ther.*, 29:1456-1467, 2007.
 - Manheimer E., Wieland S., Kimbrough E., *et al.* Evidence from the Cochrane collaboration for traditional Chinese medicine therapies. *J. Altern. Complement. Med.*, 15:1001-1014, 2009.
 - 葉志橋、歐陽學農、余宗陽、陳曦，系統評價 / Meta 分析在中醫藥臨床研究中的應用，光明中醫，25:206-207，2010。
 - Xue CC, Zhang AL, Greenwood KM, *et al.* Traditional Chinese medicine: an update on clinical evidence. *J. Altern. Complement. Med.*, 16:301-312, 2010.
 - Kylie A, O'Brien KA, Birch S. A review of the reliability of traditional East Asian medicine diagnoses. *J. Altern. Complement. Med.*, 15:353-366, 2009.
 - Chen FJ, Wang HS, Huang CY, Chen YS. Pulse analysis in bipolar disordered and nonpsychotic human subjects. *Am. J. Chin. Med.*, 40:455-465, 2012.
 - 龔彥穎、郭博昭、楊靜修、黃怡超，更年期證型與自律神經相關性研究，中醫藥雜誌，23:1-15，2012。
 - Liou JM, Huang CM, Chiu CC, *et al.* Differences in pulse spectrum analysis between atopic dermatitis and nonatopic healthy children. *J. Altern. Complement. Med.*, 17:325-328, 2011.
 - Lo LC, Chiang JY, Cheng TL, Shieh PS. Visual agreement analyses of traditional Chinese medicine: a multiple-dimensional scaling approach. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*, 2012:516473.
 - Lo LC, Chen YF, Chen WJ, Cheng TL, Chiang JY. The study on the agreement between automatic tongue diagnosis system and traditional Chinese medicine practitioners. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*, 2012:505063, 2012.
 - 許朝霞、王憶勤、劉國萍、李福鳳、燕海霞、郭睿，中醫問診客觀化研究進展，時珍國醫國藥，20:2546-2548，2009。
 - 陸壽康，中醫症狀治療學，初版，人民衛生出版社，北京，2007。
 - 張啟明、王義國、張磊、于東林、王永炎，內涵最小的獨立症狀，北京中醫藥大學學報，33:5-10，2010。
 - 張志強、王永炎、蓋國忠，論中醫症狀名稱規範五原則，北京中醫藥大學學報，33:595-596，2010。
 - 張志強、王永炎、蓋國忠，中醫症狀術語的表述類型及特徵管窺，北京中醫藥大學學報，34:521-522，2011。
 - 張志強、王永炎、蓋國忠，論中醫症狀術語規範中的“症狀各自獨立”，北京中醫藥大學學報，34:797-799，2011。
 - 張會永、張杰、馬曉燕、張寧蘇、齊文誠、李德新，中醫內科學症狀術語規範化研究，遼寧中醫雜誌，38:1032-1033，2011。
 - 廖祥琳、楊中賢，問診的臨床操作技巧—症狀的動態變化與時序，台灣中醫醫學雜誌，11:11-22，2013。

22. Hulley SB., Cummings SR., *et al.* *Designing Clinical Research*. Lippincott Williams & Wilkins, 3rd edition, pp. 248-249, 2007.
23. 鄭宗琳、羅綸謙、蔣依吾，醫學統計方法及技術應用，初版，五南圖書出版社，臺北，pp. 372-376，pp. 377-415，2014。
24. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res. Nurs. Health*, 29:489-497, 2006.
25. 史靜瑋、莫顯昆、孫振球，量表編製中內容效度指數的使用，中南大學學報（醫學版），37:152-155，2012。
26. 馬建中，中醫診斷學，初版，正中書局，臺北，1993。
27. 朱文鋒，中醫診斷學，初版，人民衛生出版社，北京，1999。
28. 姚乃禮，中醫症狀鑒別診斷學，第二版，人民衛生出版社，北京，2000。
29. 李經緯、余瀛鼇，蔡景峰、張志斌、區永欣、鄧鐵濤、歐明，中醫大辭典，第二版，人民衛生出版社，北京，2004。
30. 鄧鐵濤，高等中醫藥院校教學參考叢書 - 中醫診斷學，第二版，人民衛生出版社，北京，2008。
31. Renouf Pub. Co. Ltd (COR). WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region. Renouf Pub Co. Ltd., 2007.
32. Rray M，以實證為基礎的健康照護與公共衛生，第三版，ELSEVIER TAIWAN LLC，臺北，2011。

Terminology Standardization for Common Symptoms of Exogenous Febrile Disease in Traditional Chinese Medicine: A Preliminary Study

Yun-Tai Chen¹, Chia-Yun Chen^{1,2}, Jia-Ming Chen¹, Tsung-Lin Cheng²,
Hen-Hong Chang^{3,4}, Yao-Chin Hsu⁵, Chung-Hsien Yang⁶, Hung-Jen
Lin⁶, Lun-Chien Lo^{1,4,*}

¹*Department of Traditional Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan*

²*Graduate Institute of Statistics and Information Science, National Changhua University of
Education, Changhua, Taiwan*

³*School of Chinese Medicine and Research Center for Chinese Medicine & Acupuncture, China
Medical University, Taichung, Taiwan*

⁴*Formosa Association of Clinical Diagnosis in Traditional Chinese Medicine, Taoyuan, Taiwan*

⁵*Department of Traditional Chinese Medicine, Chi Mei Hospital, Tainan, Taiwan*

⁶*Department of Traditional Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

(Received 14th July 2014, accepted 27th January 2015)

Purpose: Symptoms with highly agreed definitions are essential for establishment of an objective traditional Chinese medicine (TCM) system. This study was intended to standardize definitions of ten symptoms of exogenous febrile disease in TCM. We attempted to build a preliminary consensus of definitions of these symptoms within the group of TCM physicians in Taiwan.

Methods: We adapted methods of literature collection and panel meeting to build a preliminary consensus of definitions of these symptoms. The result was transformed to questionnaire in the form of Likert scale. Then we used purposive sampling to select TCM physicians work in teaching hospital and delivered questionnaire to them. After return of questionnaires, average value and Cronbach's alpha were calculated for testing the agreement and consistency, respectively.

Results: The standardization of meaning and operational procedure of ten symptoms were performed, they were aversion to wind, aversion to cold, spontaneous sweating, sputum, thirsty, dyspnea, cough, sore throat, stiffness of the neck and headache.

Conclusion: The result revealed that survey respondents were in high agreement with the preliminary consensus built by experts. The consistency also had statistical significance. For increasing the reliability and objectivity of TCM diagnosis, definitions of other symptoms should keep be standardized, and methodology of this study was recommended to the following researcher.

Key words: Traditional Chinese medicine, diagnosis, symptom terminology, standardization, consistency, agreement