

基于德尔菲法在寒湿凝滞证痛经的探索研究

罗秋梅, 黎凤仪*, 吴露洁

(广西中医药大学赛恩斯新医药学院, 广西 南宁 530222)

摘要: 目的 依据专家的经验探索来明确寒湿凝滞证原发性痛经的诊断标准。方法 通过三轮德尔菲法问卷调查, 利用 Excel 和 SPSS 25.0 软件对所得数据进行统计与评价, 内容包括积极性、权威程度、集中程度、协调程度。结果 三轮问卷回收率均为 100%; 专家权威程度平均值为 0.88; 14 个诊断指标中, 重要性评价较高的为 9 项, 占调查指标的 64.3%; 三轮协调系数分别为 0.217, 0.173 及 0.612, $P < 0.001$, 具有统计学意义。结论 寒湿凝滞证原发性痛经诊断标准包括经前经期小腹冷痛、得热痛减按之痛甚、形寒肢冷、经色紫黯、月经有瘀血块、月经量少、行而不畅、舌淡苔白腻、小便清长、脉沉紧。

关键词: 寒湿凝滞证; 原发性痛经; 德尔菲法; 诊断标准

中图分类号: R271.11+3 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2021.34.001

本文引用格式: 罗秋梅, 黎凤仪, 吴露洁. 基于德尔菲法在寒湿凝滞证痛经的探索研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(34): 1-2, 5.

Exploration and Research of the Delphi Method in the Cold Stagnation Dysmenorrhea

LUO Qiu-mei, LI Feng-yi*, WU Lu-jie

(Sains New Medical College, Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530222)

ABSTRACT: Objective To clarify the diagnostic criteria of primary dysmenorrhea with cold dampness stagnation syndrome based on the experience of experts. **Methods** Through three rounds of Delphi questionnaire, Excel and SPSS 25.0 software were used to analyze and evaluate the data, including the degree of positivity, authority, concentration and coordination. **Results** The recovery rate of the three rounds of questionnaires was 100%. The average degree of authority of experts is 0.88; among the 14 diagnostic indicators, 9 had higher importance evaluation, accounting for 64.3% of the survey indicators. The coordination coefficients of the three rounds were 0.217, 0.173 and 0.612, respectively, $P < 0.001$, with statistical significance. **Conclusion** The diagnostic criteria of primary dysmenorrhea with cold dampness stagnation syndrome include premenstrual abdominal cold pain, pain when it's hot and pressed, cold limbs, dark purple menstrual color, menstrual blood stasis, less menstrual volume, poor flow, pale tongue and greasy fur, clear and long urine, and tight pulse.

KEY WORDS: cold dampness stagnation syndrome; primary dysmenorrhea; Delphi method; diagnostic criteria

0 引言

痛经分为原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经指无盆腔器质性病变的痛经, 占痛经 90% 以上^[1]。寒湿凝滞证痛经好发于青年女性, 既往研究显示寒湿凝滞证是中重度原发性痛经的主要体质和危险体质^[2], 发病大多是由于受到寒气、湿气入侵, 寒气下结, 湿气不能顺畅排泄, 造成血瘀症状。中医诊疗痛经方式多样, 经验丰富, 但是如何使寒湿凝滞证痛经的诊断指标标准化、规范化, 并运用于临床, 这仍是目前面临的普遍问题。本研究应用德尔菲法, 依靠众多专家, 采用匿名和“背靠背”的方法, 既充分发挥每位专家的经验 and 学识, 又避免了专家个体的局限性。在定性分析与定量分析的基础上, 探究寒湿凝滞证痛经的诊断标准, 经过 3 次反馈专家意见逐渐趋同, 为诊断寒湿凝滞证痛经提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

每轮调查共 18 位专家, 平均年龄 47 岁, 平均工作年限 22 年。专家团队是由从事妇科疾病临床工作 10 年以上, 且目前仍从事妇科临床诊断工作; 本科以上学历, 副高及以上职称; 对痛经证候的量化研究熟知; 对本研究有足够的了解和积极性, 自愿参与本次研究的专家组成。

1.2 研究方法

1.2.1 问卷设计调查方法

通过查阅已有文献结合寒湿凝滞型原发性痛经的临床表现与既往的诊断标准初步拟定诊断指标。经过对调查结果的汇总分析及专家意见修订问卷。经过三轮咨询, 专家意见趋于一致, 结束研究。

1.2.2 统计指标量化方法

采用 Likert 5 级评分法对各诊断指标的重要性评价进行量化; 专家对各诊断指标的熟悉程度及判断依据进行量化。判断依据评分: 理论分析为 1.0; 实践经验为 0.8; 国内外同行的了解为 0.6; 直觉为 0.4^[3], 见表 1。

表 1 指标量化评分标准

量化指标	量化评分标准				
重要性评价	很重要	重要	一般	不重要	很不重要
	5	4	3	2	1
熟悉程度	很熟悉	熟悉	一般	不熟悉	很不熟悉
	1.0	0.8	0.6	0.4	0.2
判断依据	理论分析	实践经验	国内外同行的了解	直觉	
	1.0	0.8	0.6	0.4	

1.2.3 主要指标与统计方法

采用 Excel 和 SPSS 25.0 软件进行均分、满分频率、变异系数 (CV)、协调系数的统计分析。指标的筛选标准为: 重要性赋值均数 > 3.50 , 变异系数 $< 25\%$, 同时结合专家意见进行最终取舍^[4]。

2 结果

2.1 专家的积极程度

专家的积极程度用发放问卷与回收问卷之比表示。三轮调查发放问卷数均为 18 份, 收回 18 份, 回收率 100%。回收率高说明专家的积极性高, 意见可见度高, 数据的统计分析也更具有有效性。

2.2 权威程度

专家的权威程度用判断依据得分和熟悉程度得分的均值

基金项目: 2020 年度广西高校青年教师科研基础能力提升项目 (2020KY59014)。

作者简介: 罗秋梅 (1985-), 女, 讲师 / 主管护师, 研究生学历, 研究方向: 护理学教育研究。

通信作者*: 黎凤仪, 女, 讲师 / 主治医师, 硕士研究生, 研究方向: 中医学。

表示,平均值为 0.88($Cr>0.8$),见表 2。权威系数高说明专家对本研究项目具有较高的理论和实践水平。

表 2 三轮咨询问卷专家权威程度

轮次	判断系数 (Ca)	熟悉程度 (Cs)	权威系数 (Cr)
第一轮	0.767	1.000	0.883
第二轮	0.767	1.000	0.883
第三轮	0.778	1.000	0.889

2.3 专家意见的集中程度

专家对诊断指标的重要性评价集中程度用均分和满分比来表示,这两项得分越高,证明该指标的重要性越高。从第一轮问卷调查结果可见,共有指标 31 项,重要性平均得分在 3.5 分以下者共 12 项,同时项目的满分比亦较低,得分低说明该项指标不常见。其中“四肢困重”、“面色青白”两项指标 CV 大于 25%,亦予以舍去;第二轮问卷调查结果中重要性评价较高者共 17 项,但“小腹胀痛或窜痛”、“舌紫暗”、“舌边有瘀斑瘀点”三项指标满分比较低,与重要性评价得分不符合,提示专家在此 3 项指标上存在较大争议;第三轮调查问卷中指标共 14 项,重要性均分在 3.5 分以上者共 9 项,占总条目的

64.3%,见表 3。

2.4 专家意见的协调程度

2.4.1 专家意见的变异系数

变异系数说明专家意见的波动程度,一般认为变异系数小于 25% 反映专家意见的协调程度较好,意见较为一致。专家对于各项诊断指标重要性评价的波动程度见表 3 的 CV 栏。

2.4.2 专家意见的协调系数 (W)

协调系数反映各专家对于各诊断指标的重要性评价是否一致,是反映专家意见协调程度的一项指标。协调系数在 0-1 之间,第二轮调查协调系数为 0.173<0.300,故进行第三轮问卷调查,第三轮调查结果显示协调系数为 0.612>0.300,经显著性检验后,发现差异具有统计学意义 (P 均 <0.001),说明专家意见一致性较好,协调程度较好(见表 4)。

表 4 专家意见的协调程度

项目	第一轮	第二轮	第三轮
问题个数	31	17	14
协调系数 Kendall's Wa	0.217	0.173	0.612
卡方	117.051	49.845	143.120
渐近显著性	0.000	0.000	0.000

表 3 三轮调查的专家对指标重要程度评价

指标名称	第一轮			第二轮			第三轮		
	均分 ($\bar{x} \pm s$)	满分比 (%)	CV(%)	均分 ($\bar{x} \pm s$)	满分比 (%)	CV(%)	均分 ($\bar{x} \pm s$)	满分比 (%)	CV(%)
头痛	2.78 ± 1.47	22.22	53.07						
胸痛	3.28 ± 1.33	22.22	40.43						
背(腰骶部痛) ^{***}	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.28 ± 0.73	38.89	17.08	2.61 ± 0.83	0.00	31.63
眩晕	3.22 ± 1.23	11.11	38.09						
乏力	3.11 ± 1.1	0.00	35.36						
小腹胀痛或窜痛 [*]	4.39 ± 0.49	38.89	11.11	3.89 ± 0.66	16.67	16.90			
平时腹痛经期加剧 ^{**}	4.33 ± 0.47	33.33	10.88	4.50 ± 0.76	61.11	16.97	3.28 ± 0.8	5.56	24.50
经前经期小腹冷痛 ^{**}	4.22 ± 0.42	22.22	9.85	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.44 ± 0.5	44.44	11.18
腹痛喜按喜揉	3.44 ± 0.9	11.11	26.01						
得热痛减按之痛甚 ^{**}	4.22 ± 0.42	22.22	9.85	4.06 ± 0.85	22.22	20.91	4.56 ± 0.6	61.11	13.13
脘腹痞闷 ^{**}	4.11 ± 0.46	16.67	11.14	4.06 ± 0.91	27.78	22.47	3.00 ± 1.05	0.00	35.14
经前乳肋胀痛	3.22 ± 1.27	5.56	39.47						
形寒肢冷 ^{**}	4.50 ± 0.5	50.00	11.11	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.61 ± 0.49	61.11	10.57
畏冷关节疼痛 ^{**}	3.83 ± 0.5	5.56	13.04	4.11 ± 0.94	33.33	22.77	3.17 ± 1.01	16.67	32.01
四肢困重	3.50 ± 1.38	22.22	39.56						
腰腿酸软	3.17 ± 1.26	16.67	39.74						
经色紫黯 ^{**}	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.67 ± 0.47	66.67	10.10
经质清稀	3.28 ± 1.45	16.67	44.10						
月经有淤血块 ^{**}	4.28 ± 0.56	33.33	13.05	4.22 ± 0.92	38.89	21.70	4.67 ± 0.47	66.67	10.10
血块排除后痛减 ^{**}	4.06 ± 0.52	16.67	12.92	4.28 ± 0.93	44.44	21.77	3.11 ± 0.57	0.00	18.21
月经推后	3.00 ± 1.33	11.11	44.44						
月经量少,行而不畅 ^{**}	4.33 ± 0.47	33.33	10.88	4.50 ± 0.76	61.11	16.97	4.56 ± 0.68	66.67	15.04
小便清长 ^{**}	4.28 ± 0.73	44.44	17.08	4.50 ± 0.6	55.56	13.35	4.00 ± 0.75	27.78	18.63
面色青白	3.61 ± 1.21	22.22	33.46						
胸闷不舒	3.33 ± 1.25	11.11	37.42						
烦躁易怒	3.17 ± 1.38	16.67	43.72						
舌淡苔白腻 ^{**}	4.50 ± 0.5	50.00	11.11	4.50 ± 0.5	50.00	11.11	4.61 ± 0.49	61.11	10.57
舌紫暗 [*]	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	3.78 ± 0.97	27.78	25.81			
舌边有瘀斑瘀点 [*]	4.44 ± 0.6	50.00	13.46	3.94 ± 1.03	27.78	26.01			
舌下脉络曲张	3.33 ± 1.7	33.33	50.99						
脉沉紧 ^{**}	4.44 ± 0.68	55.56	15.41	4.56 ± 0.5	55.56	10.91	4.67 ± 0.47	66.67	10.10

注: ^{*}代表第二轮指标, ^{**}代表第三轮指标。

(下转第 5 页)

且患者住院期间的严重并发症、心源性休克及病死率的发生明显低于老年组,提示中青年 STEMI 患者住院期间心血管不良事件发生率低于老年患者,可能与以下因素有关:(1) 青年患者合并其他慢性病少,机体抵抗力强,而老年患者机体功能老化,脏器功能储备低下,容易发生恶性心律失常、心力衰竭甚至死亡^[7];(2) 冠状动脉病变严重程度:中青年 STEMI 患者冠状动脉病变严重程度低于老年患者,病变较为局限,这也是导致老年患者住院期间心血管不良事件发生率高于中青年患者的原因^[8]。

动脉粥样硬化斑块破裂可导致急性心肌梗死的发生,而血脂异常在其中起着重要作用,有研究显示,LDL-C 每降低 1mmol/L 可使心血管不良事件的发生率减少 20~25%^[9]。2019 欧洲血脂异常管理指南对冠心病高危人群的血脂控制目标值为低于 1.8mmol/L,极高危人群目标值低于 1.4mmol/L。本研究结果显示,中青年组患者 TC、TG 高于老年组,且患有高脂血症的比例高于老年组,提示中青年 STEMI 患者的生活方式不健康,如高脂肪饮食、肥胖、吸烟、体力活动不足等,应加强对年轻患者的血脂管理及宣教,早发现、早干预、早治疗、早预防。向晶等研究表明^[10],BNP 水平越高,患者年龄越大,左室舒张末内径大、室间隔搏动幅度越小,心力衰竭比例越高,提示预后不良结局发生率随之升高。本研究显示,中青年组患者入院时 NT-proBNP 低于老年人,考虑原因可能为老年群体年龄较高,存在的心脏病史长,心脏储备功能则会不足,当发生急性心肌梗死时,心肌收缩功能会下降,加上老年患者反应差、症状不典型、延误治疗,易出现心功能不全或心力衰竭加重。另,本研究显示,中青年 STEMI 患者多为单支血管病变,老年人多为三支血管病变,提示老年 AMI 患者冠脉病变较重,与既往研究一致^[11]。

综上所述,中青年 AMI 患者与男性、吸烟、血脂异常等密切相关,多为单支血管病变,积极治疗后,并发症少,住院期间预后较好,临床应有针对性地进行预防和治疗。对未发生

STEMI 的中青年患者,应嘱其戒烟、控制体重、健康饮食,养成良好的生活习惯,对于已发生 STEMI 的患者,做好心血管疾病的二级预防。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会. 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2019,47(10):766.
- [2] CHUA S K,HUNG H F,SHYU K G,et al. Acute ST-elevation myocardial infarction in young patients:15 years of experience in a single center[J]. Clin Cardiol,2010,33(3):140-148.
- [3] 初慧中. 急性心肌梗死患者性别差异的临床比较分析[J]. 中国当代医药,2017,24(36):36-38.
- [4] Lloyd A,Steele L,Fotheringham J, et al. Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers[J]. Heart(British Cardiac Society),2017,103(8):586-591.
- [5] 陈国钦,李健豪,张稳柱,等. 区域性协同胸痛中心对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的救治时间及短期预后的影响[J]. 中国介入心脏病学杂志,2017,25(10):579-583.
- [6] 王素玲,贾永平,何丽娇. GRACE 评分联合血清 I-p-PLA2,NT-proBNP 水平监测在急性心肌梗死患者 PCI 术后 MACE 事件预测中的应用[J]. 河北医学,2019,25(5):737-742.
- [7] HUANG J,QIAN H Y,LI Z Z,et al. Comparison of clinical features and outcomes of patients with acute myocardial infarction younger than 35 years with those older than 65 years[J]. Am J Med Sci,2013,346(1):52-55.
- [8] 李爱歆,金梅花,岳晓钟,等. ST 段抬高型心肌梗死在中青年男性患者中的发病特点分析[J]. 中国实验诊断学,2017,21(3):500-503.
- [9] ZHONG Z,HOU J,ZHANG Q,et al. Assessment of the LDL-C/HDL-C ratio as a predictor of one year clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes after percutaneous coronary intervention and drug-eluting stent implantation[J]. Lipids Health Dis,2019,18(1):40.
- [10] 向晶,沈健,黄龙祥,等. 入院 BNP 水平对 STEMI 患者长期预后的预测价值[J]. 重庆医学,2020,49(20):3419-3426.
- [11] 涂代苗,阙晨星,马向红. 不同年龄段急性心肌梗死患者冠脉病变情况及临床特征分析[J]. 天津医药,2020,48(5):434-438.

(上接第 2 页)

3 讨论

近年来通过对中国各大省市大面积抽样调查,数据显示我国原发性痛经发生率约为 33.19%,其中青少年女性高达 72.4%。某调查显示,2011 年某高校女大学生中,原发性痛经发生率已达 43.6%,患病人群多为青春前期或未婚未育妇女^[5]。其中寒湿凝滞型痛经多见。寒湿凝滞型原发性痛经本质在于“寒湿凝滞于胞宫,气血运行不畅,经血流受阻,不通则痛”^[6]。衡量中医疗效的标准之一是临床效果,而提高临床效果的基础是正确的辨证分型。快速、科学的对患者进行诊断,对之后动态评估病情及制定个性化干预方案意义重大,标准化、规范化的诊断标准显得尤为重要。

课题组应用德尔菲法,经三轮专家调查,专家意见趋同,认为寒湿凝滞型痛经的诊断指标为“经前经期小腹冷痛、得热痛减按之痛甚、形寒肢冷、经色紫黯、月经有淤血块、月经量少,行而不畅、舌淡苔白腻、小便清长、脉沉紧”。此研究结果与《中医妇科病症诊断疗效标准》中寒湿凝滞型痛经的诊断标准基本一致,略有不同。以《中药(新药)临床研究指导原则》中“中药(新药)治疗痛经临床研究指导原则”为准,参考《中医诊断学》、《中医病证诊疗标准与方剂选用》、《中医证候规范》中相关的证候论述而制定证型诊断参考标准可见寒湿凝滞型痛经主症:经前或经期小腹冷痛;得热痛减。次症:畏寒怕冷;手足欠温;月经后期,量少;经色黯而有瘀块;带下量多;舌苔白或腻;脉弦或沉紧^[7]。由于个体的年龄、体质等的不同,其痛经的临床表现亦不同,所以课题组对本次的研究项目,在诊断指标上对比于以往的研究进行了进一步的细化拆分,内容包括“疼痛、畏冷程度、经色、经质、经量、舌象、脉象”。按照以上内容编制诊疗评估单,具有较高的条理性,同时对指标的量化使得评分明确。如此一来,可以针对每一项内容进行清晰的判断,避免因内容混杂导致的诊断不清,或因顺序混乱导致漏诊,使得诊断结果不准确。此外有文献表明经过两轮专家咨询后,得出寒凝血瘀证的主症表现为“经前或经期

小腹冷痛、得热则减按之痛甚、经色紫暗量少少有块、畏冷身痛、舌淡苔白腻”。次症表现为“脘腹痞闷、四肢困重、脉沉紧”^[8]。

因此,我们得出的结论与众多临床专家的诊疗经验相符合,与多数的文献研究结果一致。此法中各位专家独立发表意见,有效避免了权威人士意见对他人评判的影响,依据专家的经验探索明确寒湿凝滞型痛经的诊断标准,结果较为客观,各项指标具有较好的可靠性,因而可以作为评价寒湿凝滞型痛经的有效工具,实用性强。

4 小结

本研究应用德尔菲法,对专家进行了有关原发性痛经寒湿凝滞证诊断标准的问卷调查。结果显示,专家权威系数高,对此项研究的积极性高,专家对各项诊断指标的意见集中程度、协调程度较好。德尔菲法定性与定量分析结合,其调查结果具有数量统计特性。由此可见,原发性痛经寒湿凝滞证诊断标准较为客观,符合临床实际。寒湿凝滞证原发性痛经多发,对诊断指标进行量化与规范,利于对寒湿凝滞证原发性痛经进行更加快速、有效、科学、准确的诊疗,以有效的应对诊疗需求扩大的境况。

参考文献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛,等. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:351.
- [2] 白沐平,杨原芳,老锦雄,等. 重灸八髎穴治疗寒湿凝滞型中重度原发性痛经的疗效观察[J]. 中国中医急症,2018,27(11):2026-2028.
- [3] 江述荣,李涛,张海峰,等. 痴呆心理社会干预质量指标的德尔菲法研究[J]. 中国心理卫生杂志,2018,32(5):363-368.
- [4] 曹婷婷,芦桂芝,王晓慧,等. 基于德尔菲和优序图法构建 ICU 医院感染风险评估评价指标体系[J]. 护理学杂志,2016,31(5):44-47.
- [5] 杨骏,熊俊,袁婷,等. 针灸与西药治疗原发性痛经疗效比较的 Meta 分析[J]. 上海针灸杂志,2020,39(10):1339-1350.
- [6] 何丽,代明明,周璇,等. 艾箱灸结合三伏贴治疗寒湿凝滞型原发性痛经的临床研究[J]. 针灸推拿学,2019,6(6):44.
- [7] 罗娟. 原发性痛经中医体质与证型相关性初探[D]. 四川:成都中医药大学,2013:1-55.
- [8] 朱美文,郎苗苗,倪建俐. 痛经中医证候的德尔菲法专家咨询研究[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(10):1399-1402.