

基于证素辨证的病证结合诊断体系构建

廖晓倩¹, 范星宇¹, 黄淑敏², 王梓仪¹, 方 格³, 胡志希^{1*}

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州 350003;

3. 湖南中医药高等专科学校, 湖南 株洲 412000)

【摘要】文章主要探讨了现代病证结合诊疗模式的现状、存在的问题以及基于证素辨证构建的现代病证结合诊断新体系。病证结合是现代中医药研究热点,但现阶段其发展遇到瓶颈,反致临床中医思维停滞不前甚至逐渐僵化。证素是辨证的最小单元,具有精准、量化等优势。该文以证素辨证为枢纽,连接现代疾病与中医证治,阐述了基于证素辨证的病证结合诊断体系的实施步骤,包括疾病的诊断、证素及主证的确立以及该体系的应用及应用价值,为构建现代病证结合诊疗体系提供新的可能性。随着此模式的深入研究与临床运用,有助于现代病证结合诊疗的客观化与精准化,同时对现代中医理论的探索提供了支持。

【关键词】证素辨证; 病证结合; 诊断体系

DOI 标识:doi:10.3969/j.issn.1008-0805.2024.13.33

【中图分类号】R241 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2024)13-3089-04

病证结合是中医学科及临床发展的必经之路,辨证论治是中医必须坚守的中医思维。但现阶段临床病证结合诊疗体系发展遇到瓶颈,致中医临床思维僵化,如医院医嘱系统中的方药模板,本意为方便临床医生取用,简化流程,而实际运用时却成了专病专方/专证专方,对中医本身以病机为核心的辨证体系进行冲击。

“证素”为证的要素,包括病位证素与病性证素,证素通过对证候的辨识而确定病理本质^[1]。本文以证素辨证为核心,构建现代病证结合诊疗新体系,通过获取疾病演变过程中病位、病性的变化规律,对疾病进行精准辨证与精准医疗。

1 病证结合诊疗模式的瓶颈与发展前景

病证结合并非新兴理论,中医自古以来即以辨病与辨证为纲目。传统的病证结合早在《黄帝内经》《伤寒杂病论》中便已确立,病的特殊本质贯穿于疾病始终,证是病在不同阶段的表现,其内涵包括病因、病位、病性、病势四个方面^[2]。近代汇通医派将西法断病与中医辨证结合,为后世中西医结合诊疗模式开辟了一条新道路^[3]。但目前中医学教材与著作,把疾病分为固定的证型,例举证治,有利于初学者入门,不利于学者把握疾病的病机演变,使临床思维僵化,临床技能难以提升。这是由于传统病证结合诊疗模式直接套用于西医理论下的疾病,虽循以往的经验能快速给予

疾病辨证分型,但中医与西医理论仍旧互相平行,无法互通,最终的干预方向,则难以摆脱以病取方/以证取方的束缚,同时所得结果也无法经过循证评价。如中药注射液是现代科技下的中医药成果,但常不被区分证型运用于临床^[4,5],其有效性掩盖了中医本身的特点,这是如今西医病理与中医辨证无法关联的结果。因此,病证结合诊疗模式亟需优化。理想的病证结合诊疗模式具有明确的定量诊断标准,能够探索现代疾病的病机演变规律,实现中医证候定量化和客观化。

2 证素辨证是实现精准诊疗的关键

新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医诊断学》中正式提出了“辨证要素”,简称“证素”^[6]。虽然是较新颖的中医理论,但在辨证时,证素的诊断一直是此思维过程的中间环节,即中医辨证本身就是证候→证素→证名的过程。证型由证素相互组合形成的,但证型是固定的,证素则可自由组合,在不断变化的病情中,疾病的病理本质也可从证素的轻重、主次、出现或消退之中体现^[1]。同时,现今很多疾病的证型难以规范,如心衰病的权威文献中的辨证分型总计 19 种,其中 10 种证型仅出现 1 次,还常出现类似“水停证”定义模糊的证型,单证型与复合证型相混杂^[7],辨证分型极为混乱。由此思考三个问题:①为什么会出现这种情况?②这种情况会造成什么后果?③有什么方法可以

收稿日期:2024-03-04; 修订日期:2024-09-18

基金项目:广东省重点领域研发计划项目(2020B01111100001);国家自然科学基金(82274412);

湖南省自然科学基金(2020JJ4062;2020JJ5408)

作者简介:廖晓倩(1998-),女(汉族),湖南常德人,湖南中医药大学在读博士研究生,硕士学位,主要从事四诊客观化与计量诊断研究及心血管疾病证本质与诊治规律研究工作。

*通讯作者简介:胡志希(1962-),男(汉族),湖南娄底人,湖南中医药大学教授,博士研究生导师,博士学位,主要从事四诊客观化与计量诊断研究及心血管疾病证本质与诊治规律研究工作。

改善,如何改善?对此笔者认为:西医传入中国后,中医曾一度面临被“废止”的险境,为了寻求更多的生存空间,中医不得不走向科学化的道路,急于落实,便开始将现代疾病与中医疾病大致对应,将中医疾病的常见证型与现代疾病的症状对比,在此期间,获得了大量成果,但不同的医家对于证型的判断不一,很多临床疾病本身也是错综复杂,便出现了文献、临床的辨证标准不一,证型混乱情况。长此以往,中医现代化的道路必将停滞不前,在现有病证结合模式下成长的青年中医,会逐渐失去中医临床思维,以往的医理精华难以继承;同时临床研究在混乱的辨证分型中进行,研究间异质性大,结果难以复现,消耗珍贵的临床资源,新的理论难以发展。对此现状,使用证素辨证作为临床病证结合的桥梁,可能是一条可行的道路。首先,证素对应的症状明确,心衰末期,患者可能出现多种证素的兼夹,但临床证名混乱,如痰饮诸证有痰饮阻肺、痰浊、水饮内停、水气凌心、痰阻心脉、痰浊水饮内停、饮停心肺证等,各病理因素难以界定^[8],《证素辨证学》对湿、痰、饮、水等证素相应的症状有明确的赋值,根据总权值之和进行证素有无的诊断以及轻重的区分,能够缓解目前辨证分型混乱的问题。其次,通过证素辨证进行临床研究,有助于现代疾病病理过程的中医病机挖掘,如金丹^[9]对确诊为慢性心力衰竭的患者的症状、体征对应证素,将贡献度相加,以所得的贡献度之和作为该证素的积分,从而观察心功能分级与中医证素分布的关系,发现阴虚病变程度不随心功能加重而加重等病机演变规律。现代中医研究大多以西医微观指标解释中医,证素临床研究可以从中医角度看待疾病本身病机演变,实现对中医以病机为核心的辨证体系的现代化。最后,每一证素都有其对应的治法,“方证相应”是中医选方用药的法则,而临床证型相同时,可能会选用不同的方剂,如心功能Ⅱ级时气虚血瘀证与心功能Ⅳ级时的选方或剂量必然不同,因此需要能够定量的辨证方法来指导药物的运用,这也是临床中医生看病的重难点。

3 基于证素辨证的病证结合诊断体系的实施

3.1 疾病的诊断

病的诊断按照西医疾病诊断标准进行详细的诊断,基于病理学的分类体系更多地关注病理变化的共性规律,强调疾病的自然史、病因和病理变化。如糖尿病应当通过发病年龄、起病特点和特殊用药史、已知疾病及基本检测,必要时胰岛自身抗体及基因检测,可区分为1型糖尿病、单基因糖尿病、继发性糖尿病、妊娠期糖尿病、未定型糖尿病和2型糖尿病共6种类型^[10]。同时根据患者身体功能、理化指标及病程长短,分为不同阶段,如心力衰竭可以分为前心衰阶段、

前临床心衰阶段、临床心衰阶段、难治性终末期心衰阶段4个阶段^[11];膝关节炎临床分为发作期、缓解期、康复期3个阶段^[12]等。现代医学以疾病为核心,以现代解剖学、生理学、病理学等为基础,以理化检查为依据^[13],同一疾病具有相同的生理病理改变,显示病的共性。

3.2 证素及主证的确立

证素辨证的分类体系更侧重于患者个体化症状和体征,以及这些症状和体征的变化规律。证素的判定依照朱文锋教授《证素辨证学》^[14]中“证候辨证素量表”,不同的证候对于证素具有不同的诊断权值,主诉/重症予1.5倍加权,普通症1倍,轻症按0.7倍计量。将患者的症状、体征收集完成后,确定各证素的总权值,分为不成立(总权值<[14]70)、Ⅰ级([14]70≤总权值<[20]100)、Ⅱ级([21]101≤总权值<[30]150)、Ⅲ级四个等级(总权值≥[30]150)。(注:[]内为简化计量权值,[]后为计算机计量权值),取超过阈值的证素进行组合得出患者证型。如薛崇祥以《证素辨证学》为蓝本,将每一症状体征所对应的证素的不同权值列出,制成“证素计算表”,取20作为简化计量阈值,且频数分布前5位证素确定为证素诊断^[11];郭秋月、王骥远^[13,14]以阈值法和症状要素积分法进行证素辨证,得出疾病的病性病位;张楠君^[15]将所采集的信息采用《证候辨证素量表》中所提供的对应权重,进行加权求和(含减负值),确定各证素的总权值,以70作为通用阈值,证素总权值超过70则该证素存在并记录。

随着研究的不断深入,中医辨证诊断量表的研制对证素辨证的临床应用产生了重要的意义。量表在医学领域中的作用十分重要,它作为一种标准化的、可量化的测量工具,帮助医生们量化难以用具体数据描述的信息。证素是构建辨证诊断量表的基础,量表中的条目和指标往往基于证素。通过对证素的定义、量化和组合,可以建立量表中的各个项目或维度,这些维度可能包含一系列症状、体征或其他临床信息,它们与特定的证素相关联,以帮助医生进行辨证诊断。中医辨证诊断量表根据临床调查结果,进行统计学分析,选定灵敏度高、独立性好、特异度强的证素条目,并确立症状条目对证候要素的贡献值及证候的诊断阈值,实现证候要素与对应症状条目之间的量化,构建辨证诊断量表^[16]。如李欣源^[17]制定《慢性心衰证素辨证调查问卷》进行临床病例调查,采集心力衰竭C期患者心功能分级、病程、目前诊断、辨证证型(证素)、心脏基础疾病以及心脏彩超中的EF、LVDD、BNP以及nt-proBNP等,对数据进行统计学分析、科学性评价,得出心力衰竭C期患者最常见的病性证素为血瘀、气虚、水饮、阴虚、阳虚、痰浊,以双证素组合最多见,其中“气虚

+ 阴虚”“气虚 + 血瘀”“痰阻 + 血瘀”最为常见;尹萌辰^[15,19]根据“证素辨证学”相关原理,建立了一项包括个 5 证候要素和 25 项条目建立骨肉瘤中医证候要素诊断量表;刘晓琳^[21]证素诊断标准参照《中华人民共和国国家标准—中医临床诊疗术语证候部分》^[21]《中药新药临床研究指导原则》^[22]《证素辨证学》,使用多种统计学方法对条目进行筛选和赋分,通过 ROC 曲线确定阈值,从而建立了自身免疫性甲状腺炎中医证素诊断量表。

证素辨证是中医经历八纲、六经、脏腑、三焦等辨证方法后的产物。这些方法各自从不同角度认知“证”,在临床上常常依赖医师对某一辨证体系的理解与运用。证素辨证则成为这些方法的基石,使医生不再受限于特定的辨证体系,提高了辨证的准确性,更好地体现了疾病的个性。

3.3 病-证素结合诊断体系的应用价值

近年来,医学逐渐向个性化医疗转变,考虑到个体的基因、生活方式和环境因素,这意味着治疗更加针对化,更能够适应每个人的特殊情况,中医在此过程中显示出巨大优势。病-证素结合体系以证素辨证为核心,旨在构建现代病证结合诊疗模式,有助于实现精准诊疗。

3.3.1 病-证素结合诊断体系有助于诊疗的客观化与精准化

通过定义患者的疾病类型、所处阶段,可知患者疾病的横向进程,然后定量诊断这一阶段的中医证素,量化的证素得出患者的中医证型,主要证素集合为主要证型,次要证素与主要证型共同构成了患者的比阶段证型,此为患者疾病的纵向差异。治疗选用针对此阶段主证的方剂,配合药对对次要证素进行干预。量化后的证素除了能帮助分辨主证之外,还能针对性指导选方用药,例如绝经后妇女骨量丢失,在骨量减少、骨质疏松、严重骨质疏松三个阶段,均是以肾虚证为主要证型^[15],不同阶段呈现不同症状,必然选择不同的方药,通过阶段、量化肾虚证的程度成为选方用药的最佳方式。同时,针对当前病理分期阶段,选用具有特异性药理作用的药物辅助治疗,对于理化检查中特定指标进行中药干预(图 1)。如银杏叶提取物可降低慢阻肺急性加重期患者血清 IL-8 和 TNF- α 浓度,抑制炎症细胞生成,对慢阻肺急性加重期气道炎症具有明显的抑制作用^[23],则对于此阶段见血清 IL-8 和 TNF- α 升高的患者可以考虑使用银杏叶进行加减。

3.3.2 病-证素结合诊断体系有助于现代中医理论的探索

现代医学理论传入国内的时间虽然相对较短,但它们对医学领域产生了深远影响,一些现代疾病虽然可以大致与古代病名匹配,但仍没有很明确的诊治体

系。如心衰曾有“心胀”“心痹”等病名,但未曾有详细的病机解释,导致中医临床指南、教材、专家共识等文献中没有统一的辨证体系^[8]。临床病-证素结合诊断可以挖掘疾病的病机演变,例如对心衰的证素研究进行统计,发现心功能 II 级的患者,病位因素主要在心、肺,病性因素以气虚、血瘀为主;心功能 III 级的患者,病位因素主要在心、肺,病性因素以气虚、血瘀、痰为主;心功能 IV 级的患者,病位因素主要在心、肺、肾,病性因素以阳虚、气虚、血瘀、阴虚、痰、湿为主^[7],这些结果相比以往的教材,通过数据提示了在心功能 II ~ III 级时,从肺论治可能具有良好的效果,同时对于病性证素在不同时期的演变也有了临床证据的积累。基于病-证素结合诊断的研究为现代中医理论探索提供了实证支持,这些发现不仅在临床实践中具有指导意义,也为进一步深化对现代疾病的中医治疗提供了理论基础。

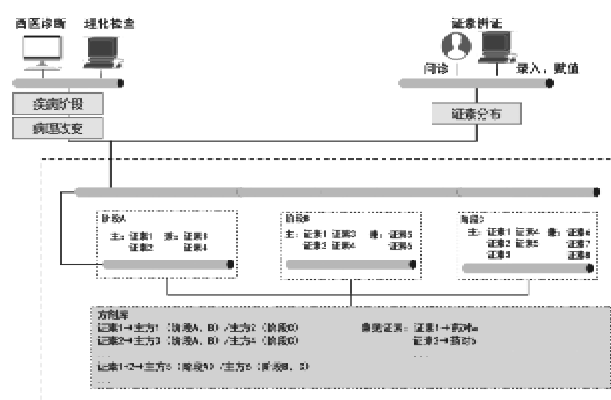


图 1 病证结合治疗新体系干预示意图

4 讨论

中医药现代化是大势所趋,也是现代每个中医人的责任。本文针对中医临床运用面临的瓶颈,根据疾病与证型的横纵属性,提出了以证素辨证连接病、证的研究策略,初步确定了病证结合治疗新体系的研究内容,构建了基于证素辨证的病证结合治疗体系的框架,将中医传统理论与现代医学有机融合,为当代临床实践带来了新的思维路径与解决方案。以此体系为参考,通过横向纵向分析患者病情,系统定义了疾病类型、阶段与中医证素,从而实现了更个性化、更针对性的治疗方案。并且该体系指导了临床实践的改进:通过量化分析中医证素,为医生提供了更为清晰的治疗指引和药物选择建议,使医生能更科学地干预患者病情。此外,该体系有助于深入分析现代病理机制,能够深入研究的现代疾病的演变规律,揭示病因、病机的本质,得出主线病机演变,为临床提供更深层次的病因治疗思路。最重要的是,不仅有利于中医的现代发展,更是对于临床中医思维的延续有着重要的意义。将传统

中医理论与现代医学相结合,提升了中医临床水平,为在现代医学领域中发挥更广泛的应用提供了坚实基础。

在实际研究中,需要根据疾病特性对此模式进行优化,选择合适的疾病分类标准和阶段分期,每一步尽量保证循证证据的支持。随着此模式的深入研究与临床运用,能够帮助病证结合诊疗更加科学化、精准化,有机会成为中医药现代化的重要方法。

参考文献:

- [1] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 4.
- [2] 欧阳锦. 证病结合用药式[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 1.
- [3] 陈可冀, 蒋跃敏, 陈元华. 病证结合治疗观的过去与现在[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 437.
- [4] 苏瑞真, 郑思超, 黄运英. 参芪扶正注射液联合 DCF 化疗方案对胃癌患者造血功能和 T 细胞亚群的影响[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(1): 226.
- [5] 肖芳, 万峰, 艾小燕, 等. 益母草注射液应用于人工流产多中心真实世界研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(6): 665.
- [6] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 229.
- [7] 廖晓伟, 范星宇, 黄淑敏, 等. 基于证素辨证的心力衰竭精准辨证模式探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(7): 1119.
- [8] 于清华, 刘淑荣, 陈松柏, 等. 心衰中医辨证存在的问题与对策[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(8): 2936.
- [9] 金丹. 慢性心力衰竭中医证素规律的研究[D]. 福建中医药大学硕士学位论文, 2015.
- [10] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会, 国家代谢性疾病临床医学研究中心. 糖尿病分型诊断中国专家共识[J]. 中华糖尿病杂志, 2022, 14(2): 120.
- [11] 薛崇祥, 陈颖, 董慧静, 等. 长期靶向治疗肺腺癌患者的中医证素特点[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(9): 4401.
- [12] 陈卫宾. 膝关节炎中医诊疗指南(2020 年版)[J]. 中医正骨, 2020, 32(10): 1.
- [13] 王骁远, 耿艳娜, 谭凌健, 等. 糖尿病轻度认知障碍的影响因素及中医证素研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(9): 1075.
- [14] 郭秋月, 陈清光, 韩煦, 等. 基于证素分布探讨健脾化方对糖尿病合并轻度认知功能障碍的影响[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(8): 1905.
- [15] 张楠君, 唐雪春, 王丽, 等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期合并失眠证素分布特点研究[J]. 中医学报, 2023, 38(5): 1088.
- [16] 卢家轩, 周压君, 温成平. 基于病证结合及证候要素构建中医辨证诊断量表的研究思路与方法[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(4): 364.
- [17] 李欣源. 基于结构方程模型慢性心衰证素辨证量化研究[D]. 广州中医药大学硕士学位论文, 2021.
- [18] 尹萌辰, 王洪伟, 孙正望, 等. 骨肉瘤中医证候要素诊断量表的临床应用[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(6): 2820.
- [19] 尹萌辰, 王洪伟, 孙正望, 等. 骨肉瘤中医证候要素诊断量表的构建[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(10): 5938.
- [20] 刘晓琳, 高天舒. 自身免疫性甲状腺炎中医证素诊断量表的研制与验证[J]. 环球中医药, 2022, 15(4): 591.
- [21] 国家中医药管理局医政司. 中医临床诊疗术语证候部分 GB/T16751.2-1997[S]. 1997.
- [22] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 230.
- [23] 刘总, 刘馨, 许国岩. 银杏叶提取物对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者白细胞介素-8 和肿瘤坏死因子- α 的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2011, 32(6): 462.

(责任编辑: 吴慧康)