

# 中医证候分类的科学基础

吕爱平

(中国中医研究院基础理论研究所 北京 100700)

证候是指人体生理病理的整体功能状态，临床上常指对个体整体功能状态的判断结果。证候分类是对不同个体生理病理整体功能状态进行分类的一种方法，是中医辨证论治的主要依据。千百年来，证候理论一直指导着中医的临床，证候分类方法也一直是中医临床治疗疾病的主要辨证基础。然而，中医证候理论和证候分类的科学基础也一直没有获得长足的进步，有的甚至受到质疑，其主要原因是我们仍然没有应用到合适的方法和途径，取得合适的公认的科学数据来支持中医证候理论，来保证中医证候理论的可持续发展。

## 一、主观症状的客观地位

主观症状指通过询问所得到的与疾病相关的信息，疾病泛指有可用标准指标（客观为主）所能确立的不健康状态，包括亚健康、疾病、综合证等。中医四诊的信息，虽然有包含舌、脉、闻的客观信息，但多数是依据问诊而得到的主观信息；即使有舍症从脉的说法，但毕竟是少数。因此，主观症状在中医证候分类中起着决定性的作用。现代疾病医学诊断治疗的信息主要来自物理、化学诊断，是属于相对可以量化、可见的客观信息，包括病理诊断信息，这些信息，在疾病分类学中起决定性作用。

主观症状在疾病发生发展过程中的作用，目前现代医学的认识很不够。多数情况下认为是一些病理变化的主观反应，是从属于客观病理变化的反映，或者说是治疗效果的从属反映；例如，在具备肝脏炎症的病人，有无腰痛，有无出汗等主观症状并不影响疾病分类学的诊断和治疗；一个肝炎患者在治疗后是否出现大便的改变也不影响治疗方案的调整。虽然现代医学已经开始十分重视以主观症状相关的生命质量，但仍然是作为被动反应来看待，并没有把这些作为调整疾病诊断和治疗的依据。

临床主观症状在疾病个体化中的作用，中医一直非常重视，并且是中医辨证论治的基础。经历过长达几千年的历史，中医辨证论治的临床效果不容忽视。即使辨证论治理论存在这样或那样的问题，但其以主观症状作为诊断治疗的依据的核心内容应当不应该受到怀疑。众多的对一种疾病的分证治疗的临床研究报告说明以主观症状为主的分类诊断治疗效果比仅以客观指标为基础的诊断治疗效果要好<sup>[1]</sup>。

因此，主观症状对疾病客观变化的影响事实是可以肯定的，问题是，这种影响的科学基础是什么？如何寻找这种规律？用中医学术语来说，就是：证候分类的科学依据是什么？辨证标准的制订方法和途径是什么？

## 二、证候分类的客观依据

中医临床实践过程中，已经在自觉或不自觉参照疾病分类学的标准和依据；也充分认识到疾病分类学在临床工作中的重要性，但问题是：始终没能找到一种结合的途径。疾病分类学也在充分利用以主观症状为主要指标的生活质量疗效评价体系，问题是：反映生命质量的许多主观症状在疾病分类诊断治疗过程中的作用仍不十分清楚。证候分类学和疾病分类学都在自觉或不自觉将对方的有关优势应用到各自的分类中，但都没有形成一整套分类学标准：证候疾病分类学标准，或疾病证候分类学标准。

疾病分类学制订的标准信息的来源是明确的，主要从客观诊断结果入手，产生标准的途径也是明确的，从病因病理病位和疗效评价等入手，具有可靠的重复性，并根据临床误诊和应用结果，重新修订标准。证候分类学制订的标准信息的来源是明确的，主要从主观诊断结果入手，产生标准的途径也是明确的，从个人经验总结和个人对经验的主观判断等入手，因而，可重复性较差，难于根据临床应用结果，重新修订标准。

以类风湿性关节炎的症状为例，在现代医学为主的MEDLINE文献中，类风湿性关节炎的症状出现率依次为：疼痛、晨僵、握力下降、骨质疏松，主要是客观病理变化的客观反应；但在中医文献中，除重视类风湿性关节炎的共性症状外，侧重观察疾病与环境因素的关联症状，如整体功能状态，神色等，通过非特异的病因病理所导致

的，但可能客观反映患者整体、动态的变化，这些是中医证候分类的基础。

一般认为，一种特定的疾病，其病理变化的基本规律是一致的，所以治疗学也是一致的。但是，这种以疾病分类学为基础的治疗学往往都是强调有效率，从来不强调有效与无效之间有无某种必然的联系，没有从这种关系中找到一种调整治疗方案、提高疗效的途径和方法。这种必然联系的信息必须从同一种疾病所表现出来的多种不同反应来考虑：主要是临床症状表现，特别是那些看来与疾病无必然联系的全身性症状，或者说与疾病相关但性质不同的症状来考虑。这种主观症状与客观指标（包括诊断的和疗效评价的指标）的关联关系，事实上就是中医证候分类的科学基础。证候分类标准的实质是发现一组组合症状，该组合症状与疾病的发生、发展、药物作用密切相关。

根据对149例慢性胃炎病人证候逐个进行定量化观察结果，表明脾胃虚弱证以食少、胃脘胀满、大便不调、神疲气短出现率最高，随着症状的加重，木糖排泄率逐渐下降；肝胃不和证以两胁胀痛、性情急躁、呃逆嗳气、烧心吞酸出现率较高，并且随症状的加重，胰功肽逐渐降低。说明脾胃虚弱证以吸收功能低下为主，肝胃不和证以水化功能失调为主。肝胃不和证多发于慢性胃病早、中期，脾虚证多见于中、后期。观察还发现临床辨证为中度证型的病人与胃粘膜活检病理论诊断为中度慢性炎症的一致率为79.7%，说明证候定量化有一定的病理依据<sup>[2]</sup>。对183例慢性胃肠病观察的基础上，把它辨为六种证型，用打分法进行分级，建立数学模型，用模糊综合评判法对辨证分型分级进行综合评判，为中医辨证论治的量化研究提供了一种方法<sup>[3]</sup>。将1192例心脑血管病患者分为痰证组和非痰证组，用逐步判别分析法建立心脑血管病痰证宏观辨证的判别方程。结果表明：痰证主要辨证指标为咯痰、舌苔腻、脉滑；次要指标为喉中痰鸣、胸腹痞闷、嗜睡、肥胖、口干不饮、恶心呕吐。宏观辨证的回代检验结果表明，该辨证标准的敏感度为0.908，特异度为0.983，准确度为0.949。结果提示：该辨证标准符合中医临床实际，有较高的敏感度、特异度和准确度，具有临床实用意义<sup>[4]</sup>。

我们以往的研究对慢性胃炎患者HP感染率与症状组合的关系进行了探索，结果表明：在一定的组合条件下的组合（含全身症状、消化道症状等）有助于提高HP感染的判别率，而不恰当的组合，反而降低HP感染的判别率；事实上这种症状的组合是辨证论治标准的基础<sup>[5]</sup>。另外，我们在药物治疗良性前列腺增生的临床试验研究过程中，对中医证候分类与药物疗效的相关性进行了分析。结果表明：良性前列腺增生的症状组合具有一定模式特征，表现为：整体功能低下或整体机能偏于亢进；中药的适应症状群为慢性前列腺炎偏重于整体功能低下者；对照组的西药则基本相反，整体机能偏于亢进；虽然中、西药总体疗效区别不明显，然而二者改善的患者症状组合有明显区分，即不同症状的病人适合于不同方式的治疗。

已有学者提出：一种疾病，其基本病理可以是一致的，但其临床症状和基因表达谱可以存在较大差别不同，呈现出显著的个体化<sup>[6]</sup>。因此，从基因表达谱的系统分析，主观症状与基因组信息的相关性分析来探索主观症状集合（中医证候类型）与基因表达的相关关系，从而发现主观症状与疾病发生、发展、诊断、治疗的关系，提高防治该疾病的科学水平是目前的重要研究任务。近年来，国家自然科学基金对该领域投入了较大资金，相信在不远的将来，会产生出一些令人信服的结果。但是，由于基因组学研究中的诸多不确立性（基因数量、表达方式、研究方法）等，使得疾病个体化的基因表达谱研究仍仍处于初步阶段。类似的情况同样也存在与主观症状组合（中医证候类型）与蛋白质组学的关联关系研究中。

### 三、证候分类的客观标准

可以认为，主观症状在疾病的全过程中是有客观地位的，是能影响疾病发生、发展、诊断、治疗的，但是，这种影响一定是有规律可循的，同时，该规律一旦产生，一定成为能治疗医学实践的理论。问题的关键是：什么是证候分类的客观标准？寻找该标准的途径是什么？

证候分类科学、临床有指导作用，在传统中医学层面上是唯一的指导性理论；但

是，标准的制订是在建立应用传统分析方法总结经验的基础上，同时，总结的方法没有随现代科学进步而变化，没有利用现代统计方法，因而，相对于现在标准的要求来说，该标准的完善性差，统一性差，不容易推广。证候分类标准的传统形成过程可以概括为：从临床经验出发，在积累经验的基础上，经过分析和理论总结，形成标准。该标准的完善性一定受到传统经验积累、分析方法的限制，因此必须随着经验积累方法和分析方法的进步而进行不断完善，同时，标准也一定要随着社会环境、健康环境变化而不断完善；结合中医学对临床症状的看法，利用现代流行病学方法、疗效评价方法、基因表达谱研究方法等多种方法，开展主观症状在疾病个体化发生发展、诊断治疗过程中的作用，将对医学是一个革命性的突破<sup>[7,8]</sup>。

中医药治疗疾病的经验是在试错和结合以往经验中产生。因此，对证候分类的标准一定是建立在试错和以往经验的基础上。试错和经验一定与中药产生必然联系，这也使得中医证候分类标准的研究与中药的治疗效果分析密不可分。也就是说：证候分类的科学基础一定程度上是建立在中药处方疗效观察的基础上（方剂—证候对应的科学基础）。所以，脱离方剂谈证候分类或证候理论是不完全的。辨证论治理论的充实过程，事实上包含中药方剂配伍理论研究、中药疗效分析等诸多过程。我们以往的结果表明：不同属性（寒和热）的中药处方对同一模型动物的影响是不同的，说明方证对应理论在方剂作用原理层面上存在比较充分的科学依据<sup>[9]</sup>因此，证候分类的标准应该随着临床经验的收集办法改进而完善。临床经验的整理方法已从原来的个体化、参照式的收集整理转到现在的比较规范的临床试验设计，为证候分类标准的重新制订提供了可靠的工作方法。但必须指出，随着临床试验设计方法的改进，证候标准的改进工作将持续下去，这才是中医证候理论发展的可持续发展原动力。

#### 参考文献

1. 汪晓芳, 陈可远, 王伟, 陈可冀. 精制血府胶囊治疗冠心病心绞痛的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1998; 18: 399-402
2. 柯清林, 赵荣莱, 危北海. 慢性胃炎中医证型的分级量化研究. 中医杂志, 1992; 33(11): 47-50

3. 张德舜, 余贵清, 冷晓东. 慢性胃肠病中医辨证分型分级及其量化与评判. 中医研究, 1993; 6(3): 19-21
4. 李小兵, 方永奇, 洪永敦, 李艳慧. 心脑血管病痰证宏观辨证的计量化研究. 中国中医基础医学杂志, 2000; , 6(5): 44-47
5. Li S, Lu AP, Zhang L, Li YD. Anti-Helicobacter pylori immunoglobulin G and IgA antibody responses and the value of clinical presentations in diagnosis of H. pylori infection in patients with precancerous lesions. World Journal of Gastroenterology 2003; 9(4):755-9