

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.05.006

气滞证诊断方法研究成果与思路探析

黄蓉, 张培彤✉

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 回顾不同书籍中气滞证诊断的相关内容, 分析不同病位气滞证诊断及病证结合气滞证量化分级诊断的研究现状, 总结气滞证诊断方法研究取得的成果与存在的问题。认为现阶段气滞证具有较明确的证型内涵, 诊断方法研究已取得一定成果, 但气滞证量化诊断研究仍处于初步探索阶段; 提出基于病证结合模式建立气滞证量化分级诊断方法, 主要包括筛选相关因素范围、确立证候诊断条目及赋权、确立证候诊断阈值三个关键步骤, 以期提高气滞证辨证的规范化、客观化及可分级量化。

[关键词] 气滞证; 诊断方法; 量化诊断

气滞证是中医证型中十分重要且常见的证型之一, 广泛存在于多种疾病的不同阶段。现有大量关于气滞证的基础^[1]或临床研究^[2-3], 但由于对气滞证尚缺乏规范且公认的诊断标准, 影响了部分研究的应用与推广。因此, 建立公认、规范的气滞证诊断标准是进行相关研究的前提, 亦有助于临床上进行准确的辨证论治。本文通过分析20世纪80年代以来气滞证的诊断方法、量化分级诊断研究现状, 总结气滞证诊断研究的不足, 探讨其发展方向, 以期气滞证规范化诊断研究提供思路和方法上的借鉴。

1 不同书籍中气滞证的诊断标准

从20世纪50年代开始我国的中医证型诊断研究逐步兴起^[4], 至80、90年代学者们展开对证型诊断的规范化研究^[5-6], 21世纪以来证型诊断研究已取得了诸多成果。不同时期的专家根据个人临床经验、结合中医典籍制定了气滞证的诊断内容。与此同时, 国家市场监督管理总局、国家技术监督局等权威机构对气滞证的诊断做出了规范和修订, 受到了研究者的关注^[7]。本文对不同时期具有代表性的文献中气滞证诊断相关内容进行总结。

1.1 20世纪80—90年代

1987年赵金铎主编出版的《中医证候鉴别诊断学》^[5]对气滞证的症状及诊断内容进行了较为详

细的描述, 明确了气滞证的证型特点, 并对不同症状的性质特征进行了描述。1989年冷方南主编的《中医证候辨治轨范》^[6]对气滞证的临床表现进行了主症、次症区分, 并在后文中提出主症+次症+舌脉的诊断模式。1993年程绍恩主编的《中医证候诊断治疗学》^[8]定义了气滞证的主症、副症和舌脉, 该书中的“副症”等同于其他书籍中的“次症”, 故同样是主症+次症+舌脉的诊断方式, 不同之处在于诊断内容更为详尽, 且结合了不同脏腑病位的顺序对副症进行描述, 如情志抑郁等肝气滞证的表现, 胃脘、腹部胀痛等胃肠气滞证的表现等, 但由于症状繁多, 且命名缺乏规范, 副症中不同脏腑病位气滞证的区别性描述略显混乱。1997年由国家技术监督局发布的《中医临床诊疗术语: 证候部分》^[9]对气滞证的定义及诊断做了规范化阐述, 该标准同时对不同病位的气滞证表现亦进行了详细阐述, 且诊断内容更为精练。

经过分析认为, 《中医证候辨治轨范》^[6]、《中医证候诊断治疗学》^[8]规定了不同症状的主次性, 一定程度上提升了气滞证临床诊断的规范性、准确度, 但存在症状的名称描述不规范、症状过于繁冗、条理性较差的问题。此外, 还出现了一些与气滞证定义和内涵不符的症状体征, 例如“面部时时发热”“小便不利”等, 考虑可能与编者在诊断标准中加入了各自对气滞证的经验性理解与认知有关。而国家标准《中医临床诊疗术语: 证候部

基金项目: 国家自然科学基金(81673797)

✉ 通讯作者: 1339379275@qq.com

分》^[9] 中症状描述更为简洁易懂。不过依据上述书籍中的诊断方法, 均无法对患者气滞证的轻重程度进行评估。

1.2 21 世纪以来至今

21 世纪以来, 中医证型诊断有了很大发展, 气滞证的诊断内容愈加完善, 症状名称日益规范。2002 年发布的《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10] 中无单篇内容专门论述气滞证的诊断, 但气滞证的诊断出现在了各类疾病的辨证分型中, 包括原发性肝癌、消化性溃疡等病, 即以病证结合的模式阐述了气滞证的诊断内容, 并在各个病证中提出了症状程度分级量化方法。据研究者^[7] 统计, 众多关于气滞证的诊断标准中, 该书籍的被引用频次最高, 被广泛应用于气滞证的临床研究、实验研究中, 可能提示基于病证结合的气滞证诊断方法更受学者认同。近年用于各高校的教材《中医诊断学》^[11-12] 中气滞证的诊断内容则与 1997 年版《中医临床诊疗术语: 证候部分》^[9] 中内容接近, 但同样存在无法对患者气滞证的轻重程度进行量化、诊断内容不全面等问题。2021 年, 《中医临床诊疗术语: 第 2 部分 证候》^[13] 进行了修订, 相比于 1997 年版不仅内容更详细, 同时增加了情志、二便等因素; 关于症状的描述也更简洁明了, 更规范, 被广泛参考使用, 但仍无法对气滞证量化诊断。

综上所述, 从 20 世纪 80 年代发展至今, 气滞证已具有较明确的证型内涵; 主症+次症+舌脉的诊断模式对不同症状在证型诊断中所占的权重进行了粗略的划分, 使气滞证诊断的规范性有所提高。但仍存在以下问题: 1) 部分书籍对症状的描述欠规范, 或晦涩难懂, 如《中医证候诊断治疗学》中“攻冲作痛”等; 或繁复冗赘, 如《中医证候诊断治疗学》中“气室呼吸不畅”等; 且诊断内容中可能掺杂了编者的主观因素, 不同书籍中出现了一些与气滞证内涵不符的症状, 导致诊断内容有失严谨, 难以被广泛认可。2) 大多书籍中仅阐述了气滞证的定义和基本症状, 未制定气滞证具体的诊断细则和流程, 以至于临床辨证时医者只能参考书籍中条目进行主观判断, 辨证结果差异性较大。3) 上述书籍中缺少关于气滞证的量化诊断内容, 没有具体的量化诊断细则, 各书籍中的诊断方法无法客观、准确地评估患者气滞证的轻重程度。因此, 目前气滞证的临床疗效评价研究仍缺乏规范的参照标准, 气滞证诊断的规范化、客观化以及可分级量化的研究深度仍有待提升。4) 多数书籍中气滞证的

诊断内容与情志不遂密切相关, 而肝主疏泄、调畅情志与气机, 致使临床上“气滞证”易与“肝气郁滞证”混为一谈。但气滞证的原因除情志不遂外, 外邪侵袭、病理产物阻滞均可导致气机阻滞, 而肝气郁滞证则指肝失疏泄, 气滞于肝, 具有肝脏功能失调、肝经阻滞等引起的表现, 气滞证应包括肝气郁滞证等, 需对两者加以区分。不同书籍中气滞证诊断内容详见表 1。

2 不同病位气滞证诊断方法

人体不同部位及不同脏腑经络出现气机阻滞时, 其临床表现有所不同, 探究不同部位气滞证的诊断方法是气滞证诊断研究的进一步细化。目前较全面论述不同病位气滞证诊断的文献较少, 现列举具有代表性的量化诊断、分层诊断研究以及具有权威性的国家标准进行探讨。

《中医常见证诊断标准》^[14-15] 制定了肝胃气滞证、胃肠气滞证等的诊断内容, 并规定了不同症状的计量值, 如肝郁气滞证中: “情志有关=2; 胁胀=3; 暖气=1……”, 该研究对证型量化诊断具有一定指导意义, 但没有各病位气滞证的诊断阈值, 造成了定量诊断的不便; 同时“肝胃气滞证”“胃肠气滞证”中多个病位兼夹, 致使证型诊断条目内容繁多, 临床辨证时容易混淆。课题组前期基于病位+病性证素建立的证型分层诊断模式^[16] 明确了肝、胃、大肠气滞证的诊断方法, 其内容均为符合气滞证诊断前提下, 同时具有相关脏腑功能失调的某些症状, 如肝气滞证“符合气滞证诊断, 加胁肋或少腹胀闷、窜痛, 情绪抑郁, 善太息, 妇女乳房胀痛, 男子睾丸胀痛, 任意 1 项者”, 该诊断方法较为简洁, 但对于其他病位气滞证的论述不够全面。2021 年版《中医临床诊疗术语: 第 2 部分 证候》^[13] 中对不同部位气滞证的论述较全面, 对五脏、六腑及其他部位气滞证内容均进行了详细的阐述, 如肝郁气滞证、膀胱气滞证、气滞耳窍证等, 但该标准中缺乏各病位气滞证具体的诊断细则, 且无量化方法。

综上所述, 目前相关研究存在的主要问题有: 1) 不同部位气滞证的诊断方法内容不够统一、全面, 不同文献划分部位不同, 如部分文献论述了心、肝气滞证等, 部分文献中则论述了小肠、少腹气滞证等。2) 证型名称不规范, 多个病位复合证型的诊断条目繁多, 不便于临床操作及鉴别诊断。因此, 可在建立气滞证量化分级方法前提下, 进一

表 1 不同书籍中气滞证诊断内容汇总

Table 1 Diagnostic Method of Qi Stagnation Syndrome in Different Books

书籍与出版年	诊断内容
1987 年赵金铎《中医证候鉴别诊断学》 ^[5]	局部的胀、闷、痞、痛，其胀闷、疼痛时轻时重，部位多不固定，常见攻痛或窜痛；痞胀时没时现，时聚时散，可随暖气或矢气而减轻，且与精神因素有关，苔薄，脉弦等。
1989 年冷方南《中医证候辨治轨范》 ^[6]	主症：疼痛胀闷（脘腹、胸胁、乳房、腰背等），时轻时重，位不固定，常呈窜痛或攻痛，随情绪波动而增减。次症：暖气叹息，痞块聚散无常，得暖气或矢气而减轻，肩肘腿膝交替疼痛，行经少腹窜痛。舌脉：舌苔薄，脉弦。
1993 年程绍恩《中医证候诊断治疗学》 ^[8]	主症：胀闷疼痛。副症：头胀痛……面部时时发热；胃脘、腹部胀痛等；或大便不爽欲便不得等；胸中气滞，攻冲作痛等；或心前区憋闷、绞痛……气室呼吸不畅；腰痛胀满等；妇人经前或经行时腹部胀甚于痛……舌脉：舌色正常或稍暗，苔白或黄，脉沉、弦、涩，或结代。
1997 年《中医临床诊疗术语·证候部分》 ^[9]	某些脏腑或局部气机阻滞，以胸胁脘腹胀闷疼痛，时轻时重，走窜不定，胀痛常随太息、暖气、肠鸣、矢气而减，脉弦等为常见症的证候。
2002 年郑筱萸《中药新药临床研究指导原则（试行）》 ^[10]	1) 主症：胃脘胀痛，两胁胀闷，遇情志不遂则加重，暖气或矢气则舒，善怒，喜太息。次症：胸闷食少，泛吐酸水，舌苔薄白，脉弦。2) 右胁闷胀窜痛，胸闷，喜太息，情志抑郁，易怒，右肋肋下痞块。
2016 年李灿东《中医诊断学》 ^[12]	胸胁脘腹等处胀闷疼痛，症状时轻时重，部位不固定，胀痛常随情绪变化而增减，或随暖气、矢气、太息等减轻，脉象多弦，舌象无明显变化。
2021 年《中医临床诊疗术语：第 2 部分 证候》 ^[13]	因气机郁结，阻滞经络或脏腑官窍所致。临床以头颈肩背或胸胁脘腹等处闷胀，或攻窜作痛，常随紧张、抑郁等情绪加重，或得太息、暖气、肠鸣、矢气而减轻，脉弦，可伴见大便时秘或泻，小便不利，耳鸣、耳聋，嘶哑、呃逆等为特征的证候。

注：1)、2) 分别节选自书中消化性溃疡和原发性肝癌气滞证内容。

步探讨不同病位维度的量化分级诊断方法。

3 病证结合的气滞证量化诊断方法

正如不同脏腑病位的气滞证具有不同的表现一样，不同疾病气滞证患者临床表现亦有所不同。故不同疾病的气滞证诊断条目可不同；而同一诊断条目在不同疾病气滞证诊断中所占的权重也不同；因此基于病证结合模式建立气滞证的量化分级诊断方法，不仅能充分概括疾病本身的特异性症状，还可对患者的气滞证进行量化分级评估，提高辨证的准确性、规范性。前期研究^[17]将中医证候量化诊断研究方法概括为筛选相关因素范围、确立证候诊断条目及赋权、确立证候诊断阈值3个关键步骤，现基于此结合具有代表性的研究成果，以探讨病证结合气滞证量化诊断研究方法。

3.1 筛选相关因素范围

目前文献调研法^[18]、临床观察法^[19]、专家咨询法^[20]等方法已被用于气滞证相关的中医四诊信息筛选的研究中，这些方法或单独使用，或两种以上方法相结合使用。例如，杨雯晴等^[21]通过文献分析、专家咨询法、临床观察相结合的方式，建立了高血压气滞证的诊断候选条目池。该研究将文

献资料、患者临床资料、专家经验和知识三方面的信息进行了综合分析，以此建立的中医证型诊断候选条目池内容覆盖面更广、更全面，可信度较高。

3.2 确立诊断条目及赋权

目前不同疾病气滞证诊断条目的确立及赋权使用的统计学方法可大致概括为有监督学习方法和无监督学习方法两大类。

3.2.1 有监督学习方法 有监督学习方法是指可以由包含预期输出的训练资料中学到或创建一个模式，并可以此模式推测出新的实例^[22]。一项研究^[23]采用logistic回归分析方法确立了胃脘痛肝胃气滞证的诊断条目及权重值，运用OR值反映证型与诊断条目的关联强度。但是，OR值的大小依赖于特定的统计模型，受特征（诊断条目）数等的影响，其数值反映的是诊断条目与证型的相对权重，故而无法实际反映诊断条目与证型的关联性大小，并且会因为模型欠拟合或者过拟合影响预测准确度。另有研究^[19]使用误差反向传播神经网络法建立了冠状动脉临界病变气滞证诊断模型，其诊断条目包括心烦易怒、口苦、善太息、大便黏等。神经网络法能够直接对患者大量的四诊信息及证型信息做出预测，可得出该疾病不同证型的较为普适性的

诊断模型。但作为黑盒统计模型,神经网络法计算的权重值不具有可解释性,无法确定诊断条目在某一证型诊断中的具体赋分值,因此无法进一步明确得出某证型的诊断阈值。此外,该诊断模型中部分症状与气滞证内涵不符,如“大便黏”“口苦”,这可能与该研究中参考的证素诊断标准缺乏规范有关。而另一项研究^[20]使用有监督学习的隐变量分析法确立了抑郁症肝郁证的诊断指标权重值。隐变量分析法同时考虑了变量间的直接作用和隐变量的间接作用,引入合适隐变量概率分布模式可以提升统计模型的拟合能力,得到更清晰可靠的统计结论。但是隐变量的概率分布模式需要在统计前先验指定,不合适的隐变量概率分布模式会降低统计结果的清晰性和可靠性。该研究运用隐变量分析法,挑选了适合隐变量概率分布对症状的权重进行了分析,得到了清晰可靠的统计结果。

3.2.2 无监督学习方法 无监督学习方法是指可以由不包含预期输出的训练资料中学到或创建一个模式,并依此模式推测出新的实例^[22]。有研究者^[24]基于熵的复杂系统划分方法计算了短暂性脑缺血发作络气郁滞证的诊断条目及赋分值。该研究将某症状与证型中其他症状之间的关联度作为该症状在证型诊断中的贡献值,基于无监督的聚类方法进行统计运算。但是,症状与证型中其他症状之间的关联度无法准确说明症状对证型诊断的贡献值大小,故研究结论可能不完全符合临床实际情况。

无监督学习方法虽能更好地表现样本的分布,但是在训练中没有和诊断结果进行信息交互,相较于有监督的学习方法,对结果的判断能力更弱。而有监督学习方法直接学习判断证型,可以更好地反映诊断条目的权重。此外,在对诊断条目进行赋权时还应考虑症状轻重程度的量化评估,如李东涛等^[18]构建冠心病气滞证量化评价模型前,使用 100 mm 刻度法及症状轻重程度分级赋分法对症状进行量化评估,与仅统计症状频次高低来判断诊断条目的权重值相比较,该研究方法计算出的权重值可能更符合临床实际,但该研究后续未计算证型的诊断阈值及程度分级方法。

3.3 确立诊断阈值

目前确立不同疾病气滞证诊断阈值常用的方法包括 ROC 曲线法^[20]等。ROC 曲线可直观反映某诊断方法的敏感性和特异性,以此得出最佳诊断临界值。此外,有研究者^[25]使用频数归一化法确立了乳腺增生病肝郁气滞证诊断阈值。该研究采用的频

数归一化法仅统计了症状的频率,没有通过相关数理统计工具等对症状的概率做出分析估计。而频率只有在样本量接近无穷大时才等于概率,故得出症状频率分布后,还需使用最大似然估计、贝叶斯估计等统计学方法对概率进行估计,才能用来判断患者的证型。因此该研究结果仍无法准确地反映患者的证型。

4 讨论

综上所述,目前基于病证结合的气滞证量化分级诊断研究虽取得了一定成果,但仍处于初步探索阶段,且存在以下问题:1) 部分研究中证型命名缺乏规范,容易引起歧义,如“络气郁滞证”。2) 部分病证结合的量化诊断研究内容不全面,例如计算了条目的权重赋分值,而无证型诊断阈值;或没有确立证型的不同轻重程度分级诊断方法。3) 由于部分研究参考的诊断标准不客观、公认度不高,导致气滞证的量化诊断指标中出现一些与气滞证内涵不相符合的症状,致使研究结果存在偏差。4) 部分研究使用的统计学方法存在缺陷,由此建立的量化诊断方法可能与临床实际情况不符。5) 现有多种统计学方法用于量化诊断研究,不同统计学方法是否会引起研究结果的差异,有待进一步探究。

针对上述问题,现对基于病证结合的证型量化分级诊断研究提出以下建议和设想:1) 首先要参照现有权威的书籍或标准对证型以及症状的名称进行规范,如对复合症状进行拆分,含义相似的症状进行合并等。2) 综合对比现有研究中不同统计学方法的异同点及优缺点,筛选出实用性高、统计结果真实可靠的方法。在筛选出各个研究步骤对应的统计学方法后,由此制定一套完整规范的证型量化分级诊断研究思路与方法,避免不同研究方法造成的结果偏差。3) 目前采用的大多数复合证型往往内涵重复,彼此之间界限模糊,致使复合证型的分级量化诊断研究结果的临床实用性不高。而内涵最小的单个证素定义、界限清晰,不易混淆,不同的单证亦可组合形成复合证型。故应以单证为单元进行证型量化分级诊断研究,得出的诊断条目更为精简,便于临床操作。

参考文献

- [1] 汤水华,李思汉,林翔英,等.理气通便方对功能性便秘气滞证大鼠脑肠肽的影响[J].北京中医药大学学报,2021,44(7):615-624.
- [2] 张兰兰.七制香附颗粒加减治疗月经后期(气滞证)的

- 临床观察[D]. 长春:长春中医药大学,2021.
- [3]颜凤蛟. 慢性胃病气虚血瘀证、气滞证、湿热证的代谢组学研究[D]. 南京:南京中医药大学,2014.
- [4]梁茂新. 中医证研究的困惑与对策[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:2-4.
- [5]赵金铎. 中医证候鉴别诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:24-27.
- [6]冷方南. 中医证候辨治轨范[M]. 北京:人民卫生出版社,1989:12-13.
- [7]崔博涵,张会永,于莉,等. 中医气滞证诊断标准的比较与分析[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(1):73-77.
- [8]程绍恩. 中医证候诊断治疗学[M]. 北京:科学技术出版社,1993:159-162.
- [9]国家技术监督局. 中医临床诊疗术语:证候部分[S]. 北京:中国标准出版社,1997.
- [10]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.
- [11]朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:168.
- [12]李灿东. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:146-147.
- [13]国家技术监督局. 中医临床诊疗术语:第2部分 证候[S]. 北京:中国标准出版社,2021.
- [14]朱文锋. 中医常见证诊断标准(上)[J]. 湖南中医药大学学报,2008,28(5):3-8,20.
- [15]朱文锋,袁肇凯,周小青,等. 中医常见证诊断标准(下)[J]. 湖南中医药大学学报,2008,28(6):3-10.
- [16]王笑丹,张培彤. 中医证候分层诊断模式及标准初探[J]. 中华中医药杂志,2017,32(3):1209-1213.
- [17]刘槿,张培彤. 建立中医证候量化诊断标准关键步骤的方法学评述[J]. 中医杂志,2020,61(24):2204-2208.
- [18]李东涛,李洁,王剑,等. 冠心病常见中医定性证候轻重程度量化评价[J]. 中西医结合学报,2010,8(8):750-756.
- [19]刘超,高嘉良,董艳,等. 基于BP神经网络的冠状动脉临界病变患者证候要素及其常见组合中医辨证诊断模型研究[J]. 中国中医药信息杂志,2021,28(3):104-110.
- [20]吴崇胜. 抑郁症中医证候诊断标准研究[D]. 北京:北京中医药大学,2006.
- [21]杨雯晴,李运伦,解君,等. 高血压病常见中医证型量化诊断标准的探索性研究[J]. 中华中医药杂志,2016,31(5):2008-2012.
- [22]MOHRI M, ROSTAMIZADEH A, TALWALKAR A. Foundations of machine learning [M]. Cambridge, Massachusetts:The MIT Press, 2012:23-52.
- [23]陈建设,陈文垠. 胃脘痛证候量化诊断的logistic回归分析[J]. 中医研究,2009,22(9):26-28.
- [24]袁国强,李叶双,吴以岭,等. 短暂性脑缺血发作中医证候量化诊断标准研究[J]. 上海中医药大学学报,2007,21(3):23-27.
- [25]司徒红林,林毅,欧爱华,等. 乳腺增生病中医证候分布规律及证候分级阈值初探[J]. 辽宁中医杂志,2007,34(11):1545-1547.

Research Achievements and Ideas on Diagnostic Methods of *Qi* Stagnation Syndrome

HUANG Rong, ZHANG Peitong

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT This paper summarized the achievements and existing problems of researches on the diagnosis methods of *qi* stagnation syndrome, by reviewing the related content in different books, and analyzing the research status of the diagnosis of *qi* stagnation syndrome at different disease locations as well as the disease-syndrome combined quantitative and graded diagnosis of *qi* stagnation syndrome. At present, *qi* stagnation has a clear connotation of the syndrome type, and the research on diagnostic methods has made some achievements, but the quantitative diagnosis of *qi* stagnation syndrome is still in the preliminary exploration stage. It is proposed to establish the quantitative and graded diagnosis method of *qi* stagnation syndrome based on disease-syndrome combined model, mainly including three key steps, which are screening the scope of relevant factors, defining the diagnosis items and the weights of the syndrome, and establishing the diagnostic threshold of syndrome, so as to improve the standardization, objectification and graded quantification of the differentiation of *qi* stagnation syndrome.

Keywords *qi* stagnation syndrome; diagnostic methods; quantitative diagnosis

(收稿日期: 2022-04-22; 修回日期: 2022-12-18)

[编辑: 焦爽]