DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.01.024

病证结合诊断标准的优势与展望

张云帆[1,2],赵迪[1,2],魏竞竞[2],苗丽娜[2],梁晓[2],张雪茹[2],陈云梦[2],张允岭[2]
(1.北京中医药大学研究生院,北京 100029;2.中国中医科学院西苑医院,北京 100091)

摘要:证候诊断标准融合中医学的知识体系与规则体系,是中医药标准化研究的重要组成部分。病证结合的诊断标准顺应现代医学发展方向,在信息学层面反映疾病核心病机的宏微观证候学特征,在方法学层面依托多元数理统计以提升辨识水平。根据病证结合诊断标准的研制现状,阐述其作为辨识体系具备符合中西医诊疗实际、聚焦证候"外虚"属性、促进微观辨证研究等优势。据此,提出在诊断标准研制中贯彻辨证诊断恒动观、探索症状分级策略、多学科协同研究、注重资源整合等建议,以期为病证结合的证候客观化研究提供思路。

关键词:病证结合;诊断标准;辨证论治;证候规范;优势与展望
中图分类号:R241;R255 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)01-0111-05

Advantage and Prospect of Diagnostic Criteria with Combination of Disease and syndrome

ZHANG Yunfan[1,2],ZHAO Di[1,2],WEI Jingjing[2],MIAO Lina[2],LIANG Xiao[2],ZHANG Xueru[2],CHEN Yunmeng[2],ZHANG Yunling[2]
(1. Graduate School,Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029,China;
2. Xiyuan Hospital,China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100091,China)

基金项目:国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202007);中国中医科学院中医药防治脑病传承创新团队(CI2021B006);中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01301)

作者简介:张云帆(1999-),男,山东淄博人,硕士在读,研究方向:中医药防治神经系统疾病。
通讯作者:张允岭(1963-),男,山东龙口人,主任医师、教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治脑病的临床与基础。E-mail:yunlingzhang2004@126.com。

[8] 中华中医药学会脑病分会,广东省中医药学会脑病专业委员会,广东省中西医结合学会卒中专业委员会.中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)[J].中国循证医学杂志,2020,20(8):901-912.
[9] BOHANNON R W,SMITH M B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity[J]. Phys Ther,1987,67(2):206-207.
[10] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:251-252.
[11] 毕胜,纪树荣,顾越,等. Fugl-Meyer上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(2):118-120.
[12] EZEMA C I,AKUSOBA P C,NWEKE M C,et al. Influence of post-stroke depression on functional independence in activities of daily living[J]. Ethiop J Health Sci,2019,29(1):841-846.
[13] 韩小磊,丁瑞丛,刘志华.化痰通窍方联合温针灸对脑卒中肌张力增高的影响[J].国医论坛,2023,38(2):32-35.
[14] 孙畅,张轶群,党海波,等.卒中后肌张力增高治疗的研究概况[J].中华针灸电子杂志,2022,11(4):165-167.
[15] 吴俣,胡燕杰,何紫艳,等.脑卒中患者偏瘫侧徒手指部感觉刺激前后上肢正中神经F波的变化研究[J].中华神经医学杂志,2023,22(3):274-278.
[16] 刘国明,郑毅,张绪峰.自拟补肝解痉汤治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪的临床观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(43):171-172.
[17] 李荣荣.针刺联合化痰通络解痉汤治疗脑卒中后痉挛性瘫痪临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(13):103-105.
[18] 何聪,刘征.针刺治疗缺血性脑卒中的机制研究进展[J].环球中医药,2023,16(2):343-347.
[19] 魏从兵,王丹,魏仁贤.体外冲击波联合针灸对脑卒中患者上肢屈肌痉挛状态的疗效观察[J].神经损伤与功能重建,2021,16(9):515-517,549.
[20] 万鸽,金荣疆.脑卒中后肌张力增高不同针刺部位研究进展[J].中国康复理论与实践,2019,25(2):205-207.
[21] 冯茜,周鸿飞.针刺阴阳经穴位治疗脑卒中后上肢肌张力增高疗效观察[J].山西中医,2019(8):37-38.
[22] 李平平,周鸿飞.基于数据挖掘探究脑卒中后上肢肌张力增高体针选穴规律[J].实用中医内科杂志,2021,35(10):133-136.
[23] 刘美伶,秦旖,赵艾昕,等.针刺治疗脑卒中后上肢痉挛穴位选择现状[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(105):416-418.
[24] 康健.针刺足运感区联合八髎穴温针灸治疗脑卒中后肾气不固型尿失禁临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(11):130-132.
[25] 朱欣芳,辛玉甫,孙守琦.开窍醒神补虚通络针刺疗法联合多种感觉刺激法治疗脑卒中后偏瘫临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(5):1001-1004.
[26] 杨思宇.针刺经筋结点联合PNF技术治疗卒中后下肢痉挛性瘫痪的临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2022.
[27] 占道伟,钱华,杨喜兵,等.针刺对急性缺血性脑卒中溶栓患者神经功能及血清炎性因子的影响[J].中国针灸,2023,43(5):489-492.

Abstract: Syndrome diagnosis standard is an integral part of TCM standardization research, integrating the knowledge and regulatory systems of TCM. The diagnostic criteria for the combination of disease and syndrome align with the developmental trends of modern medicine, reflecting the macroscopic and microscopic syndrome characteristics of the core pathogenesis of diseases at the level of informatics, and enhancing identification through the use of multivariate statistical methods at the methodological level. Based on the current state of these criteria, this paper explains that the system offers several benefits, such as aligning with the actual diagnosis and treatment practices of both traditional Chinese and Western medicine. It also emphasizes the attribute of 'outer emptiness' in syndromes and promotes research into micro - syndrome differentiation. Given the importance of these issues, this paper suggests several directions for future research on diagnostic criteria. These include embracing the dynamic concept of syndrome differentiation, exploring symptom grading strategies, engaging in multidisciplinary collaborative research, and focusing on the integration of program resources. The goal is to provide insights for the objective study of disease - syndrome combinations.

Keywords: combination of disease and syndrome; diagnostic criteria; treatment based on syndrome differentiation; syndrome standardization; advantages and prospects

证候诊断标准研究是中医药标准化建设的基本内容，也是中医学技术创新的重要体现[1]。辨证论治作为中医学认知疾病的特有模式，其准确性是临床疗效得以实现的根本保证。证候动态、非线性、多维空间的特点[2]使辨证的过程具备主观性和模糊性，虽然更有利于揭示与把握隐性知识[3]，却也为现代中医药临床实践的复制、解读与传播带来困境。病证结合、据病言证的研究模式将辨病与辨证有机结合，是中医学整体观、辨证观指导下开展个体化诊疗的主要路径[4]。构建辨识度高、方法学规范、行业认可的病证结合的诊断标准，是实现中医学诊断决策与疗效评价客观化的有效方式。本文主要探讨病证结合诊断标准的研制现状、辨识体系的优势及关键性问题展望，以期为病证结合的证候诊断客观化研究提供思路。

1 病证结合诊断标准的研制现状

1.1 *病证结合的含义* “病证结合”是中医学研究疾病的基本模式，分为“中医辨病辨证”和“西医辨病、中医辨证”两种，前者作为中医学传统的诊疗模式，肇始于《黄帝内经》、成型于《金匮要略》，伴随中医学诊疗实践趋于成熟，与单纯辨证诊治模式并立于传统中医学因机证治的理论之林。后者根源于近现代中西医结合诊疗实践，因西方医学基于病理学基础的病类诊断具备规范性的优势，逐渐为传统辨证论治体系所接纳。运用中医思维在西医疾病框架下重新审视疾病的核心病机[5]，是当前病证结合诊疗与科学研究的主体模式[6]，亦是本文病证结合诊断标准研究的主要探讨对象。

总体来讲，辨病有助于把握贯穿疾病全程的核心病机、动态转归及预后，辨证则关注疾病在特定阶段的主要矛盾和演变趋势，辨病与辨证相结合的诊疗模式进一步还原了中医学在整体观念指导下开展辨证论治的理论内涵，实现了同病同治、同病异治的统一[7]。

1.2 *病证结合诊断标准的主要形态* 当前病证结合诊断标准可大致分为三种形态，即疾病单一证候诊断标准、疾病证候分类诊断标准、疾病证候要素诊断标准，依据标准制定的总体目标、研制团队、研究模式等不同，其在指导中医药临床诊疗中各自具备不同的优越性。

疾病单一证候诊断标准以疾病的某一临床常见证候为对象，其优势在于将视角聚焦于病证结合临床诊疗的关键证候问题，依托数理统计方法对现有诊断体系进行探索与优化[8]，如冠心病痰瘀互结证候[9]；此种标准形态也可应用于病证结合思路下的中医学创新病机理论探讨与标准化研究，通过构建相应的辨识体系，辅助原创理论的阐明与探索性临床研究的开展，如缺血性心脑血管病瘀毒互结病机理论与证候辨识体系研究[10]等。

疾病证候分类诊断标准涵盖疾病常见的基本证候，通常由学术组织或行政机构制定发布，旨在构建一份行业认可的疾病诊疗规范，在近年来多以“中西医结合诊疗指南/共识”的形式呈现[11-12]。除辨证分型外，标准通常还涉及疾病诊断标准、现代医学检查手段、中西医诊疗方案及预防策略、前沿领域的研究进展等。标准的制定工作常参照国内外指南或共识的研制流程，具备相对较高的证据等级，有助于发挥中西医优势互补在疾病全程管理中的重要作用。

疾病证候要素诊断标准通过将证候简化为要素与靶点，实现对证候复杂系统的降维升阶，用以开展病证结合的辨证方法研究[13]。证候要素属于内涵最小且独立的病机单元[14]，一定程度上降低了研制证候分类诊断体系所需的横断面数据量，有利于实现标准的量化诊断，通过“应证组合”的形式发挥个体化辨证的优势。深入研究复合证候要素的组合规律，以反映真实世界的证候学特征，对于推动证候要素诊断标准的临床应用具有重要意义，正逐渐被学术界所关注[15-16]。

1.3 *病证结合诊断标准文献学分析* 标准化是学科体系趋于成熟的标志[17]。近年来中医学的证候客观化研究在循证医学背景下备受关注，涌现出一系列病证结合的证候诊断标准范式与方法学探讨。笔者对近10年中医证候诊断标准研究的综述或述评进行简要梳理，以期进一步明晰其研制现状。

研究表明“以病统证、病证结合”的诊断模式在当前的标准研制中占据数量优势，是当下乃至未来中医学证候诊断标准研究的主体思路[18-20]。其中，张佳乐等[18]的研究数据显示高被引的两部标准为《中药新药临床研究指导原则(试行)》[21](以下简称《指导原则》)和《中医病证诊断疗效标准》[22]，证明二者在科研工作中具备良好的权威性和普适性。

标准涉及的病种类型方面，多项研究指出心血管与神经系统疾病是当前标准研究的焦点[19,23-24]，符合“心脑血管病的中西医结合防治关键技术及方案优化研究”的国家科技布局[25]，一定程度上反映出当前中医药标准化工作正建立在人民卫生

健康需求与国家政策导向的深入研判之上。

标准研制的具体路径方面，条目池作为标准制定的基础，其构建方法以文献分析挖掘为主，尚可结合专家咨询或临床流行病学调查以获取诊断信息[20,26-28]；在诊断模型的数据处理方面，多元数理分析和智能决策算法的参与进一步揭示了“病-证-症”的内部逻辑关系，降低了主观定性辨证可能带来的信息丢失，但仍需以传统病机理论为本，对其输出结果与真实世界证候特征的拟合关系进行验证[29-30]。

标准的评测方面，由于缺乏辨证的“金标准”，临床专家的经验诊断通常作为参照标准使用，值得探索如“以方测证”等诊断数据的科学校正方法[28-29]。此外，多位研究者报告了信效度评测在诊断量表研制过程中存在不同程度的缺失[20,23,26]，尤其体现在重测信度和反应度等指标。临床实践检验是评价标准客观性的根本依据，其过程尚需进一步规范与完善。

文献学分析能够深刻剖析一类研究的总体发展趋势与不足。上述学者的研究结果提示病证结合诊断标准具备深厚的研究潜力，探索其规范的研制及评价方法、深化诊断标准的中医学理论内涵、以优势病种为核心拓展标准化研究布局等，或将成为未来证候客观化研究的重要任务。

2 病证结合诊断标准的优势

2.1 *辨病与辨证结合，符合中西医结合诊疗实际* 当前医疗形势下，中医学诊疗技术的普及与专业知识传播欠佳的矛盾愈发突出，中医学理论基础在当下社会的通识教育中仍存有缺失[31]，使得“辨证”的学习成本较高，一定程度上依赖疾病诊断作为辅助。脱离疾病的证候诊断在医疗行为中欠规范的问题日趋严重，如“六味地黄丸”等中成药因缺乏适应证而被滥用[32]。辨证论治经由“以病统证”的诊断模式过渡，降低了诊断标准的实施难度，拓宽应用范围以规范中医药诊疗工作，亦有助于提升中医学辨证诊断在文化层面的接受度和影响力。

其次，西方医学研究模式要求不断深入探索疾病的“核心靶点”，并寻求针对性的诊疗策略，由此衍生出一系列疾病结局指标，与符合中医学辨证论治特色的“证候积分”等相结合，将构筑病证结合、医患共同报告的中西医结合诊断与疗效评价体系[33]，以符合中医学辨治特色的循证评价方法，进一步提高中医药的核心竞争力[34]。

此外，证候辨识标准的研制有赖大样本的、中西医协同参与的流行病学研究作为支撑[35]。以明确的疾病诊断为依据，有利于在真实世界开展深入的证候学观察，通过诊断性试验与“以方测证”研究，为证候诊断体系提供坚实的临床医学证据。

2.2 *据病言证，推动证候研究由“内实”向“外虚”的深度聚焦* 中医学辨证论治是与时俱进的诊疗方法体系，以《黄帝内经》脏腑经络辨证为根基，至东汉《伤寒论》之六经辨证、中清《温热论》之卫气营血辨证，再至近现代证候要素辨证、药证关系研究，无不是中医学者在特定历史条件下，立足中医学传统理论与临证诊疗实践，进行经验重建的思想结晶[36]。

证候为疾病发展某一阶段的病理概括，其本质和表现皆与疾病属性密不可分。王永炎院士提出证候“内实外虚”的特征，即中医学者由症状复杂各异的疾病中抽象出共性规律，并以一组具备内在联系的症状群的组合构成证候的“内实”，而贴近疾病本质的个性规律和独立的个案表现则属“外虚”[37]。在病证结合的诊断模式中，据病言证可以聚焦证候“外虚”的部分，如证候在特定疾病中的独特症状，并使之成为证候辨识的关键。如头痛病气虚证之头痛绵绵，月经类病气虚证之月经量多色淡。

由此可见，头痛、月经先期等疾病的“诊断性症状”本属于病类诊断的依据，但由于形成核心病机的病因及病机机转不同，核心症状在不同证候中的时间、空间、性质、病程等方面存在不均衡的分布规律，在其某一维度做合理限定后仍可作为证候诊断依据，有学者称之为“病证结合证候诊断的时空性”[38]。近年来病证结合诊断标准的研制逐渐关注这一现象，例如将“溃疡久不愈合、平坦塌陷”作为慢性溃疡气虚毒滞证诊断标准[39]。病证结合研究聚焦证候的“外虚”层面，旨在揭示其与疾病的潜在关联，在有效提升证候辨识水平的同时，促使辨证过程向整体观指导下的个体化诊疗回归。

2.3 *依托现代科学手段，促进证候研究向微观深入* 中西医结合研究的关键路径之一是借助现代科技手段阐释中医学证候观、疾病观的科学内涵，由经验科学过渡到实证科学，并指导临床实践。虽然反对以西医研究思路解构中医理论的声音普遍存在，但不得否认对于证候生物学本质的研究是推动文化与思维传播、提升中医学国际影响力的重要途径，其在近现代亦取得不可磨灭的成果。缘于20世纪六七十年代由陈可冀院士带领下开展的血瘀证证候研究，《冠心病血瘀证诊断标准》[40]应运而生，标准中涉及冠状动脉狭窄、冠状动脉血栓、心腔内附壁血栓等疾病辅助检查，实现了中西医结合病证诊断模式的优化，凭借其较高的诊断效能在临床应用广泛，并荣获国际认可。

在现代医疗防治重大疾病的要求下，血液、影像甚至分子生物学检查的普及使一系列隐匿发病或隐匿进展的“无症状性疾病”进入医学视野，为“症-舌-脉”的传统证候辨识体系带来挑战，如部分高脂血症、乙肝病毒阳性或腔隙性脑梗死等。微观辨证是中西医结合研究下中医学四诊理论的延伸，如田德禄教授提倡在病证结合研究中以胃镜检查作为舌诊的延伸，通过镜下黏膜形态辅助判断病位在气在血与病性之虚实[41]。借助微观指标来预测疾病的发展趋势亦符合中医学辨病势、辨预后的传统辨证思维。如急性缺血性脑卒中超敏C反应蛋白（high sensitive C-reactive protein，hs-CRP）、白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）等炎症因子的早期变化规律与疾病严重程度及预后转归相关，其作为证候辨识依据具备一定的可行性[42]。以系统生物学整体思想为指导认识疾病的核心病机，揭示证候微观世界与宏观症状群之间的复杂联系，将为病证结合诊断标准的微观辨识体系开拓新的研究方向。

3 病证结合诊断标准的展望

3.1 *以病证诊断恒动观为中西结合的切入点，助力标准由证候向证型回归* 《说文解字》云：“候”者，春飨所射侯也；“型”者，铸器之法也。证候为阴阳动态变化的信息群，医者以证为四诊之投标，借原象思维、整体观念对信息群去伪存真，判断疾病的运动趋势[43]。证型是静态的概念，诊断标准的“症-舌-脉”模式通常参考患者刻下症即“横断面式”的症状体征，倾向于“证型”的概念，证候客观化研究“削足适履”特点为部分中医学者质疑的原因即在于此[44]。

21世纪的现代医学研究逐步深入至分子水平,其强调分型分期的个体诊断,致力于探索疾病微观病理过程与宏观病情变化趋势的动态关系。如多发性硬化根据病情的动态进展模式,可划分为"复发-缓解型""继发-进展型"等,这与中医学恒动观相吻合,可能为辨证标准的症状学表达方式带来新思路,即引入"致病特点""病势病态"的概念,借助"突发""进展""反复""缠绵难愈"等描述症状的变化趋势,赋予诊断条目动态属性以反映证候学本质。如胃食管反流病肝胃不和证诊断标准以"情绪不畅则加重"反映木郁乘土,气机上逆的核心病机[45];急性冠脉综合征瘀毒互结诊断标准中采用"心绞痛反复发作"反映因瘀化毒,瘀毒胶结,缓积骤发的属性[46]。冠心病热结血脉证诊断标准通过"近期胸痛(闷)加重"反映邪热与痰瘀实邪结聚营血,病情变动或进展加重的动态证候特征[47]。病证结合作为兼收并蓄的医学研究模式,或可借助"动态演变"为桥梁实现中西医优势互补,使证候诊断标准回归恒动的中医辨证思维。

3.2 围绕疾病特点,探索诊断信息分级量化的表达方式 由定性到定量是循证医学背景下优化中医学形象思维辨证主观性的有效途径,然而目前主要局限于对诊断模型进行量化,鲜有对症状的分级或量化研究。对症状体征进行半定量或定量的描述是构建量化模型的重要步骤,然其实现过程仍存在诸多亟待解决的问题[48]。

中医学诊断信息分级的概念源于疗效评价体系,因其更关注症状的改善程度,即"有多少"的问题[49],如《指导原则》将症状进行"无-轻-中-重"的四分类并赋分。然而,中医学的症状体征涵盖程度、性质、空间、时间等多维的辨证信息,在不同疾病的症状表达难以实现统一。如在《指导原则》中,"眩晕"症状可见按照严重程度分为"头晕眼花,时作时止-视物旋转,不能行走-眩晕欲仆,不能站立",或按照发作频率分为"偶尔出现-经常出现,尚可忍受-频繁出现,难以忍受"等。

病证结合诊断模式以疾病为研究对象,基于"病-证-症"的关系对症状信息进行降维。如根据"眩晕"在目标疾病中属于慢性或发作性的前庭症状,制定对应的诊断信息分级策略,即前者以程度为分级依据,后者则关注发作频率。此外,对于"面色萎黄""口唇紫黯"等体征,则可借助面诊仪等现代科技手段,进一步完善四诊信息的量化策略[50-51]。

针对症状诊断信息的表达方式,开展分级或量化研究具备诸多优势:(1)能更精确地呈现症状轻重、凸显"主诉主症"的概念,其作为患者最感苦楚的症状组合,往往是辨证重要的参考因素。(2)症状分级有助于在证候诊断中厘清"头昏沉""情绪低落""小便黄"等界定模糊、临床常见症状的病理生理差异。(3)以等级资料甚至计量资料代替二分类方法,将在数理统计层面尽可能保留数据的原始性,有助于提高标准的诊断效能。

3.3 多学科、多区域协同研究,提升证候辨识体系的循证水平 在中医学研究向高水平高层次转变的当下,探索严谨规范的病证结合辨识体系研制思路至关重要。近年来围绕诊断标准构建的方法学探讨方兴未艾,逐渐形成以文献回顾、专家共识、临床调查为核心路径的标准构建流程[52]。

病证结合诊断标准以临床诊疗实践为导向,在当前研制过程中以临床医学专家的参与为主。然而有关微观指标体系与证候关系的科学阐释需要中医学基础研究专家研讨,每个部分的数理统计分析需统计学专家指导,各模块整合及整体设计的科学性有赖方法学专家给予评价等;上述各学科专家在标准发布与临床转化前应再次参与论证,以回答标准支持度、适用范围、诊断条目释义等关键问题。

诊断标准的适用范围与研究模式相辅相成,辨病辨证诊断标准旨在通过规范中医学诊疗技术,促进医疗质量的区域均衡发展。证候及其演变规律与地域、环境、气候等紧密相连[53],标准共识环节的专家遴选应注重区域代表性原则,充分考虑不同地区的诊疗实践;临床观察应重视多中心、大样本的横断面研究,甚至纵向研究,以期尽可能揭示证候特征及其演变的普遍规律,提升诊断标准的普适性。

3.4 注重资源整合,优化辨识体系研究的顶层设计 开展高水平的中医学辨识体系研究,其多学科、多中心的方案实施必将消耗人财物力。在协同研究中重视资源整合优化配置,将在节约成本的同时创造更大的社会效益,或将为未来病证结合诊断标准的研制提供指导。

例如,病证结合诊断标准的构建可以与探索性临床研究相结合,在筛选纳入对象时记录相应的诊断信息数据,用以明确目标证候的大致比例、获取和筛选诊断条目、构建量化诊断模型或者检验既定标准的信效度指标。再如,因病证结合的研究模式本身具有较为精确的疾病与证候诊断范畴,不同团队针对同一病证的临床研究工作将具备较高的同质性。参考系统评价的研究方法,在数据共享的基础上对各团队的研究结果进行汇总,运用统计学方法对数据进行元分析,对诊断标准进行再优化、再评价,将有利于实现高成本效益、高时间效率的知识整合与科学决策。

4 小结

病证结合诊断标准融合了中医学整体观、辨证观的意象思维与西医学唯物论、还原论的逻辑思维,在中医学证候诊断客观化的研究中展现出广阔的发展前景与创新潜力。标准制定者应当关注病证结合、动静态结合、宏微观结合、定性定量结合、系统性与描述性研究结合,把握病机、病位、病势和动态变化的症状群、证候群,构建蕴含辨证论治思想精髓且符合现代医学诊疗模式的病证结合的诊断标准,完善辨病辨证论治的方法学体系,更好地服务于中西医结合临床与科研工作。

参考文献

[1] 张伯礼,郭义,张玄,等. 张伯礼院士:标准是创新的重要体现[J]. 中医临床研究,2015,7(12):11.
[2] 王永炎. 完善中医辨证方法体系的建议[J]. 中医杂志,2004,45(10):729-731.
[3] 蓝旭,赵俊男,张颖,等. 隐性知识在中医药学术传承中的应用现状与思考[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2019,21(3):361-365.
[4] 高颖. 基于中医整体观构建脑卒中病证结合诊疗方案的思路[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(1):4-8.
[5] 仝小林,何莉莎,赵林华. 论"态靶因果"中医临床辨治方略[J]. 中医杂志,2015,56(17):1441-1444.
[6] 陈可冀. 病证结合治疗观与临床实践[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(8):1016-1017.

[7] 王永炎,张华敏,张志强,等. 认知病证诊断标准与共识疗效的意义[J]. 中医杂志,2016,57(17):1441 - 1444.
[8] 《青少年抑郁障碍中西医结合防治指南》编写组,中华中医药学会心身医学分会,中华医学会心身医学分会. 青少年抑郁障碍中西医结合防治指南[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(6):874 - 888.
[9] 胡镜清,王传池,段飞,等. 冠心病痰瘀互结证宏观诊断标准研究[J]. 中国中西医结合杂志,2016,36(10):1164 - 1168.
[10] 鞠建庆,梁晓,高洁,等. 缺血性心脑血管病瘀毒互结证诊断标准的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(4):577 - 580.
[11] 中华中医药学会,北京中医药大学东直门医院,北京中医药大学. 糖尿病肾脏疾病中西医结合诊疗指南[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(4):580 - 592.
[12] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 慢性脑缺血中西医结合诊治专家共识[J]. 中国中西医结合杂志,2024,44(3):273 - 281.
[13] 张志斌,王永炎,吕爱平,等. 论证候要素与证候靶点应证组合辨证[J]. 中医杂志,2006,47(7):483 - 485.
[14] 王天芳,杜彩凤,王庆国,等. 基于证候要素及病证结合建立证候诊断标准的思路[J]. 中西医结合学报,2009,7(10):901 - 906.
[15] 官玥玥,陈正权,胡向海,等. 急性缺血性中风中医证候要素及证候分布特点研究[J]. 中国中医急症,2022,31(10):1745 - 1748.
[16] 高慧,王庆盛,夏雨墨,等. 不同年龄阶段冠心病患者的中医证候要素分布特征分析[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化,2023,25(9):3071 - 3078.
[17] 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.
[18] 张佳乐,张逸雯,王孟秋,等. 中医证候诊断标准研制现状与思考[J]. 中华中医药杂志,2024,39(1):33 - 38.
[19] 春柳,谢洋,赵虎雷,等. 基于文献的中医证候诊断规范研制现状分析[J]. 中医杂志,2021,62(2):169 - 172.
[20] 孙玉娇,陈璇,尹朱丹. 中医诊断量表的研究现状及文献分析[J]. 中医药导报,2017,23(16):111 - 114.
[21] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
[22] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994.
[23] 胡海殷,季昭臣,李楠,等. 中医证候诊断标准研究现状及方法分析[J]. 中华中医药杂志,2021,36(12):7442 - 7446.
[24] 邓力,蒋志良,吴瑞华,等. 中医诊断量表研究进展[J]. 光明中医,2022,37(11):2062 - 2065.
[25] 方子寒,王芳,韩岚,等. “中医药重大科学问题和工程技术难题(2019—2021 年)”在国家科技布局中的应用[J]. 中国中药杂志,2023,48(5):1137 - 1144.
[26] 郑昊,黄嘉华,潘美均,等. 近 5 年中医诊断量表文献分析[J]. 河南中医,2020,40(11):1703 - 1708.
[27] 李先涛,周旋,方格,等. 中医证候诊断量表研究现况[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(1):18 - 21.
[28] 朱杉杉,刘强,孔静敏,等. 中医证候诊断量表编制中的问题与思考[J]. 中医学报,2021,36(10):2138 - 2141.
[29] 赵晖,李淳,李志更. 证候诊断标准研究的关键问题探讨[J]. 中华中医药杂志,2017,32(8):3561 - 3565.
[30] 刘槟,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.
[31] 张树剑. 中医文化通识教育与大众传播的探索与思考[J]. 中医药文化,2014,9(1):15 - 16.
[32] 任若瑜. 中医院不同科室中成药使用情况分析与管理[J]. 中医药管理杂志,2024,32(1):60 - 63.
[33] 董国菊. 建立中西医病证结合、医患共同报告、1 + N 模式慢性心力衰竭疗效评价体系的思路与方法[J]. 中医杂志,2023,64(19):1975 - 1980.
[34] 邱瑞瑾,关之玥,张心怡,等. 中医临床疗效评价核心指标遴选的关键问题及解决途径[J]. 中国循证医学杂志,2024,24(4):466 - 471.
[35] 贾振华,吴相锋,吴以岭. 中医证候规范化研究的回顾与发展趋势[J]. 中医杂志,2007,48(8):751 - 754.
[36] 王永炎. 中医药学原创思维是华夏哲理,原创优势是辨证论治临床经验重建[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(2):294 - 296.
[37] 郭蕾,王永炎,张志斌. 关于证候概念的诠释[J]. 北京中医药大学学报,2003,26(2):5 - 8.
[38] 赵晖,王筠,李淳,等. 中医证候量表研制中的关键问题及其思考[J]. 中国中医药信息杂志,2017,24(6):6 - 9.
[39] 吴圣贤,杜雅薇,马莲,等. 慢性溃疡气虚毒滞证诊断标准[J]. 中医杂志,2021,62(19):1746 - 1748.
[40] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会,陈可冀,史大卓,等. 冠心病血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志,2016,36(10):1162.
[41] 张忠绵,郭志玲,刘大铭,等. 田德禄辨治慢性萎缩性胃炎之经验[J]. 江苏中医药,2022,54(9):26 - 29.
[42] 马越涛,刘丽萍,王拥军. 缺血性卒中后血浆超敏 C - 反应蛋白和白介素 - 6 的早期动态变化与临床表现的关系探讨[J]. 中国卒中杂志,2011,6(4):268 - 274.
[43] 任继学. 悬壶漫录[M]. 北京:北京科学技术出版社,1990:1 - 3.
[44] 朱文锋. 论中医“证”的实质与辨证方法[J]. 湖南中医学院学报,2001,21(3):34 - 35.
[45] 李军祥,陈誩,李岩. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):221 - 226.
[46] 田文得,鞠建庆,高洁,等. 急性冠脉综合征瘀毒互结证诊断标准研究[J]. 中国中西医结合杂志,2024,44(5):543 - 547.
[47] 张佳乐. 冠心病热结血脉证临床诊断标准研究[D]. 北京:中国中医科学院,2022.
[48] 陈昱文,曹泽标,周小青,等. 中医症状量化方法及其临床应用述评[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(3):82 - 86.
[49] 冯贞贞,李建生. 中医证候疗效评价量表研制现状[J]. 中医学报,2022,37(12):2628 - 2635.
[50] 张世祺,孙宇衡,咸楠星,等. 中医四诊客观化与智能化研究进展[J]. 中医药导报,2023,29(6):170 - 174.
[51] 孙艳秋,燕燕,李思思. 中医智能诊疗机器人的临床应用研究[J]. 中华中医药学刊,2024,42(3):19 - 23.
[52] 世界中医药学会联合会,呼吸疾病中医药防治省部共建协同创新中心,河南中医药大学,等. 中医证候诊断标准研制指南[J]. 中国循证医学杂志,2023,23(9):993 - 998.
[53] 崔雨婷,江丽杰,许伟明. 中医证候演变规律研究述评[J]. 中华中医药杂志,2022,37(3):1245 - 1250.