

基于文献分析的湿证诊断标准比较研究及 湿证疗效评价量表条目池构建^{*}

郭星池¹, 张会永^{2,3**}, 于 莉², 朱昱林⁴, 刘竞男⁴, 邵天赐¹, 陈智慧^{5**}

(1. 辽宁中医药大学第一临床学院 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院 沈阳 110032;

3. 中国医科大学附属第四医院 沈阳 110032; 4. 辽宁中医药大学研究生学院 沈阳 110847;

5. 辽宁中医药大学中西医结合学院 沈阳 110847)

摘 要:目的 对于临床研究中湿证的诊断标准进行分析比较并构建湿证条目池,为湿证相关量表的研制提供理论支持,进而为临床研究提供参考。方法 通过检索1960–2023年被中国知网、维普及万方数据库收录的文献,查找并筛选出湿证临床研究文献,对湿证诊断标准进行归纳分析。结果 从上述数据库中检索出文献7651篇,最终纳入52篇,结合教材筛选得出诊断标准9种,分别为《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997)、《证素辨证学》、《中医证候规范》、《中医证候鉴别诊断学》、《中医诊断学》(第五版、第六版、新世纪第二版、人卫版、全国高等中医药院校规划教材第十版)。诊断方式可以分为叙述法、主次症(或见症)分级诊断法、赋分法3种。症状组成共有36个,可分为蕴积肌腠组、痹阻经络骨节组、内蕴脏腑组和湿邪蒙窍组4组,《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997)被引用次数最多为22次,覆盖病种16个。结论 《中医临床诊疗术语证候部分》在临床研究中应用最广泛,2021年新版国标更适用于目前湿证诊断与临床研究。

关键词:湿证 量表 疗效评价 条目构建

DOI: 10.11842/wst.20240418006 CSTR: 32150.14.wst.20240418006 中图分类号: R255.8 文献标识码: A

湿证有外湿、内湿之分,是指由于感受湿邪或因脾之运化输布失调,导致体内水液代谢失常,停滞体内的证候^[1]。湿邪侵袭人体部位广泛,《黄帝内经·素问》曰“因于湿,首如裹”“湿盛则濡泄,甚则水闭臌肿”^[2]。临床以身体重困,头胀重如裹,肢体关节酸痛,屈伸不利;胸闷,脘腹痞闷,腹痛腹泻,恶心呕吐,纳呆;面色萎黄或晦垢,肌肤红斑、水疱瘙痒渗出;带下量多质稠,尿浊色白,舌苔滑腻,脉濡缓或细等为主要表现^[3]。临床中湿证患者数量庞大,且湿性黏滞,缠绵

难愈,致病广泛,见于多种慢性疾病如“慢性肾炎”“糖尿病”“多囊卵巢综合征”“慢性荨麻疹”等。目前,湿证的研究内容以病证结合偏多,并无统一标准。在临床研究中湿证、痰证以及痰湿证往往辨别不清,存在诊断不清晰的问题。本文通过分析临床研究使用的诊断标准,归纳总结湿证诊断标准,分析比较各湿证的诊断标准之优劣,为湿证临床研究中的诊断标准选择提供参考,为进一步形成湿证疗效评价量表提供理论依据。

收稿日期:2024-04-18

修回日期:2024-07-01

^{*} 国家自然科学基金委员会青年基金(81603504):基于最小重要差异值(MID)的冠心病病证结合疗效评价量表中医临床疗效判定阈值研究,负责人:陈智慧;辽宁省自然科学基金(2022-NLTS-13-05):医患报告结局(C-PRO)相结合的冠心病中医智能临床决策与疗效评价模式研究,负责人:陈智慧;沈阳市科学技术局2023年沈阳市中青年科技创新人才培养专项(RC230077):基于CNN等多种机器学习算法的瘀血互结证诊断量表及其量化诊断模型的研制与评价研究,负责人:陈智慧。

^{**} 通讯作者:张会永(ORCID:0009-0006-9358-6232),主任医师,教授,主要研究方向:中医古典方剂的文献整理研究、经典方剂的临床应用与实验研究;陈智慧(ORCID:0009-0000-4353-2785),副教授,主要研究方向:中西医结合临床。

1 资料与方法

1.1 文献来源

1960–2023年被中国知网、维普、万方数据库收录的期刊文献、学位论文、会议论文和标准。

1.2 纳入标准

①临床研究类文献；②文献中有明确湿证诊断标准并提及出处或引用相关标准。

1.3 排除标准

①动物实验类文献；②包含湿证兼证(如湿热证，寒湿证，痰湿证等)或部分脏腑湿证(如脾虚湿蕴证)诊断标准的文献；③引用诊断为病证结合诊断标准(如慢性肾炎，湿浊证)。

1.4 检索方式

以主题检索为检索路径，检索词为“湿证”“AND”“临床”，将检索结果去除重复后检索出文献7651篇。

1.5 文献整理

应用NoteExpress软件对文献进行整理，相关信息包括题目、年份、作者、摘要、关键词等。通过阅读摘要方式初步筛选排除不符合标准的文献。基于此再阅读全文筛选出符合标准的文献，在文献中找出原始诊断标准，在原始标准中摘抄有关湿证的诊断标准。以上工作由两名接受过培训的小组成员合作完成，存在争议部分由上级研究人员决定。

1.6 条目池构建

根据症状分类结果进行条目池标准化以及初步筛选，标准化原则为：①根据湿证术语规范文献将症状进行标准化处理，如“形体肥胖”规范为“肥胖”，“小便短少”规范为“小便不利”。②根据《中医临床诊疗术语证候部分》(GB/T16751.2—2021)中湿邪侵袭部位及特点将条目进行分类。③根据分析对条目进行必要的筛选。④条目应当易于自评，因此不纳入舌象、脉象部分。

2 结果

2.1 诊断标准制定情况

检索出共7651篇文献，经筛选分析后纳入52篇文献，筛选出9个诊断标准文献及书籍：《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997)被引22次、2008年出版《证素辨证学》被引20次、1990年出版《中医证候规范》被引1次、1987年出版《中医证候鉴别诊断学》被引3次、1984年出版《中医诊断学》(第五版，上海科学技术出版社出版)被引3次、2022年出版《中医诊断学》(新世纪第二版)被引4次、2016年出版《中医诊断学》(全国高等中医药院校规划教材第十版)被引3次；1995年出版《中医诊断学》(第六版)被引2次；2002年出版《中医诊断学》(人卫版)被引1次(见表1)。

2.2 诊断标准组成

诊断标准包括症状表现以及诊断方式。湿证的诊断标准根据诊断方式可以分为三种：①叙述法：对证候进行症状描述，采用这种形式的诊断标准有7个，《中医临床诊疗术语证候部分》(GB/T16751.2—1997)、《中医证候鉴别诊断学》和《中医诊断学》(第五版、第六版、新世纪第二版、人卫版和第十版)；②主次症(或见症)分级诊断法：将症状分为主症、次症(或见症)，主次症所占比重不同，采用这种方式的诊断标准有《中医证候规范》；③赋分法：根据证候主要表现进行赋分，通过计算出分值后进而达到诊断目的，使用这种方法的诊断标准只有《证素辨证学》(见表2)。

2.3 诊断标准症状分类

各诊断标准中对症状的描述不尽相同，为了避免影响统计结果，本研究将同一症状的不同描述进行归类(如关于饮食的描述有“纳呆”“饮食减少”“食欲不振”，整理后用“纳呆”描述)，最终归纳出湿证的症状描述共

表1 诊断标准制定或出版情况及引用频数

名称	出版时间	主编/主编单位	引用频数(次)
《中医证候鉴别诊断学》 ^[1]	1987	赵金铎	3 ^[11–13]
《中医证候规范》 ^[4]	1990	邓铁涛	1 ^[11]
《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997) ^[5]	1997	国家技术监督局	22 ^[11–12,14–33]
《证素辨证学》 ^[6]	2008	朱文锋	20 ^[19,34–52]
《中医诊断学》(第五版) ^[7]	1984	邓铁涛	3 ^[53–55]
《中医诊断学》(第六版) ^[8]	1995	朱文锋	2 ^[56–57]
《中医诊断学》(新世纪第二版) ^[9]	2002	朱文锋	4 ^[18–19,58–59]
《中医诊断学》(人卫版) ^[10]	2002	季绍良、成肇智	1 ^[11]
《中医诊断学》(全国高等中医药院校规划教材第十版) ^[3]	2016	李灿东	3 ^[15,60–61]

表2 诊断内容及方式

名称	证候名称及内容	诊断方式
《中医临床诊疗术语证候部分》(GB/T16751.2—1997)	湿(浊困)阻证/湿邪阻滞证:身体重困,关节、肌肉酸痛,屈伸不利,腹胀腹泻,食欲不振,苔滑脉濡	—
《中医证候鉴别诊断学》	湿证:头胀而痛,首如裹,胸闷呕恶,脘腹胀满,口不作渴,四肢懈怠,身重不舒,或关节酸痛重着,屈伸不利,纳呆,便溏,苔腻,脉濡	—
《中医证候规范》	湿困脾胃证:主症:脘闷腹胀,头重身肢困倦,口粘淡或甜腻,饮食减少。主舌:舌质淡红而润,舌苔白厚腻。 主脉:脉缓无力。或见症:面色淡黄垢浊,头胀重如裹,怠倦思卧,肢节痠痛,胸闷,身肢浮肿,口渴不欲饮或喜热饮,口干无味,恶心欲吐,呕吐,肠鸣,大便溏泄,大便粘滞不爽,小便频数,小便短涩,小便不利,小便白浊,小便黄浊,妇女带下白浊。或见舌:舌质淡红而胖润,舌淡白润,舌苔白滑或垢浊,苔白淡黄滑或腻,苔灰白滑或腻。或见脉:脉濡,脉濡滑,脉濡缓,脉细	(1)符合典型表现者。(2)主症四个,或见症任何两个,并见主舌、主脉者。(3)主症四个,或见症三个,并见本证任何舌象、脉象者。(4)主症四个,或见症中“身肢浮肿,恶心欲吐,呕吐,大便溏泄,大便粘滞不爽,妇女带下白浊量多”等任何一个症状,并见本证任何舌象、脉象者。(5)任何三个主症,以及不少于四个或见症,并见本证任何舌象、脉象者
《中医诊断学》(第五版)	湿淫证:伤湿,则头胀而痛,胸前作闷,口不作渴,身重而痛,发热体倦,小便清长,舌苔白滑,脉濡或缓。冒湿,则首如裹,遍体不舒,四肢懈怠,脉来濡弱。湿伤关节,则关节痠痛重着,屈伸不利	—
《中医诊断学》(第六版)	湿证:头重如裹,胸闷院痞,口腻不渴,纳谷不馨甚至恶心欲呕,肢体困重甚或酸痛,困倦思睡,或见大便稀溏,小便浑浊。妇女可见带下量多。面色晦垢,舌苔滑腻,脉多濡缓	—
《中医诊断学》(新世纪第二版)	湿淫证:头昏沉如裹,嗜睡,身体困重,胸闷院痞,口腻不渴,纳呆,恶心,肢体关节、肌肉酸痛,大便稀,小便浑浊。或为局部渗漏湿液,或皮肤出现湿疹、瘙痒,妇女可见带下量多。面色晦垢,舌苔滑腻,脉濡缓或细等	—
《中医诊断学》(人卫版)	内湿证:脘痞腹胀,恶心呕吐,食少纳呆,口淡不渴或渴不欲饮,肠鸣泄泻,肢重体困,嗜卧思睡,小便短少,或下肢微肿,痰涎、白带质稠浊而量多,舌苔白腻,脉濡缓,病势缠绵,病程较长	—
《中医诊断学》(第十版)	湿淫证:头重如裹,肢体困重,倦怠嗜睡,或伴恶寒发热,或肢体关节、肌肉酸痛,或为局部渗漏湿液,或皮肤湿疹、瘙痒;胸闷院痞,口腻不渴,纳呆恶心,腹胀腹痛,大便稀溏,小便混浊;妇女可见带下量多;面色晦垢,舌苔滑腻,脉濡、缓或细	—
《证素辨证学》	形体肥胖,嗜睡,口黏腻,灰油腻,身热不扬,肢体关节、肌肉酸重疼痛,身黄、目黄,新起腹泻,新病尿频,带下量多,皮肤湿烂、流脂水。相关症:恶心欲呕、纳呆,口甜,口不渴,汗出不彻,关节肿,渐入昏迷,头重,新起大便稀、如水样、如蛋汤、如黄糜、如鱼脑、有黏液、有脓血、腥秽腐臭,排尿涩痛、新起小便淋漓、小便浑浊,带下色黄气臭、色白夹血、色白气腥,阴部瘙痒、湿疹、湿烂,面色晦垢,舌边齿印、舌苔润滑,脉滑、脉濡、脉怠缓	根据证素量表提供的计量权值与症状轻重进行计算,得出结果与阈值相对比

注:表格内所有文字描述均引用原文内容。

有36个。其中身体四肢重困出现次数最多,为9次;其次为纳呆、腹泻,均为8次;恶心、头胀重如裹、口不渴和肢体关节肌肉酸痛均为7次;其余症状为脘痞、胸闷、腹胀等,均少于7次。湿证浸淫的部位以及内蕴脏腑表现出不同症状。本研究根据《中医临床诊疗术语证候部分》(GB/T16751.2—2021)分为蕴积肌腠组、痹阻经络骨节组、内蕴脏腑组和湿邪蒙窍组四类(见表3)。

2.4 诊断标准囊括病种

将临床研究中使用诊断标准进行诊断的病种进行统计,其中使用《证素辨证学》诊断的病种范围最广有19种,其次为《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997)包含16种,《中医诊断学》(新世纪第二版)包含4种,《中医诊断学》(第五版)和《中医诊断学》(全国高等中医药院校

表3 诊断方式症状及频数分布表

分组	症状(频数)
蕴积肌腠组	湿疹(3)、身肢浮肿(3)、身热不扬(3)、小便短少(3)、形体肥胖(1)、汗出不彻(1)、身黄/目黄(1)
痹阻经络骨节组	肢体关节肌肉酸痛(7)、屈伸不利(3)
内蕴脏腑组	身体四肢重困(9)、纳呆(8)、腹泻(8)、恶心(7)、口不渴(7)、脘痞(6)、胸闷(5)、口黏/口腻/口淡/口甜/无味(5)、腹胀(5)、面色萎黄或晦垢(5)、带下量多(5)、小便混浊(5)、带下稠浊(4)、尿频(2)、腹痛(2)、呕吐(2)、渴不多饮(2)、小便清长(1)、阴部瘙痒(1)、渴喜热饮(1)、肠鸣(1)、厌油腻(1)、口干(1)
湿邪蒙窍组	头胀重如裹(7)、嗜睡(5)、渐入昏迷(1)、痰涎量多(1)

表4 诊断标准囊括病种及频数

诊断标准	病种数量(种)	病种名称	频数
《证素辨证学》	19	便秘	1
		慢性胃炎	1
		2型糖尿病合并高尿酸血症	1
		脓毒症肺损伤	1
		多囊卵巢综合征	2
		原发性高血压	1
		慢性肾脏病	1
		肺癌脑转移	1
		原发免疫性血小板减少症	1
		桥本甲状腺炎	1
		慢性荨麻疹	1
		失眠伴焦虑状态	1
		糖尿病肾病	1
		糖脂代谢病	1
		消化性溃疡	1
		妊娠期糖尿病	1
		慢性萎缩性胃炎	1
		下呼吸道感染	1
		肠易激综合征	1
《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准 GB/T16751.2—1997)	16	结直肠腺瘤	1
		ANCA相关性血管炎	1
		胰腺癌	2
		高血压病合并靶器官损害	1
		呼吸系统医院感染	1
		桥本甲状腺炎	1
		急性痛风性关节炎	1
		原发性支气管肺癌	1
		2型糖尿病	2
		不寐	1
		耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染	1
		慢性肾脏病	1
		慢性胃炎	3
		高血压性肾损害(肾功能衰竭期)	3
		慢性肾功能不全	1
		缺血性糖尿病足溃疡	1
《中医证候规范》	1	原发性支气管肺癌	1
《中医证候鉴别诊断学》	2	慢性肾脏病	2
		原发性支气管肺癌	1

下转续表

续表

诊断标准	病种数量(种)	病种名称	频数
《中医诊断学》(第五版)	3	慢性肾病	1
		多发性硬化	1
		慢性乙型肝炎	1
《中医诊断学》(第六版)	2	造影剂肾病	1
		慢性肾脏病	1
《中医诊断学》(新世纪第二版)	4	呼吸系统医院感染	1
		桥本甲状腺炎	1
		慢加急性肝衰竭	1
		大肠癌	1
《中医诊断学》(人卫版)	1	原发性支气管肺癌	1
《中医诊断学》(全国高等中医药院校规划教材第十版)	3	社区获得性肺炎	1
		ANCA相关性血管炎肺受累	1
		原发性干燥综合征	1

规划教材第十版)均包含3种,《中医证候鉴别诊断学》和《中医诊断学》第六版均包含2种,《中医证候规范》《中医证候诊断治疗学》和《中医诊断学》(人卫版)均包含1种(见表4)。

2.5 条目池构建

经过条目规范化及条目筛选后得出30个条目,内蕴脏腑组中湿邪阻滞气机类“身体四肢重困”出现9次,占比100%，“口不渴”出现7次,占比78%;内蕴脏腑组“纳呆”“便溏”均出现8次,占比89%，“恶心”出现7次,占比78%;痹阻经络骨节组中“肢体关节肌肉酸痛”出现7次,占比78%;湿邪蒙窍组中“头重”出现7次,占比78%。

3 讨论

3.1 诊断标准分析

3.1.1 引用情况

《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—1997)以下称[《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)]被引用次数最多,为22次,涵盖16个病种,涉及肿瘤、风湿免疫疾病、内分泌系统疾病、呼吸系统疾病和泌尿系统疾病等,其次为《证素辨证学》被引用20次,涵盖病种19个,涉及肿瘤、皮肤科疾病和内科中消化系统疾病、内分泌系统疾病、泌尿系统疾病以及血液系统疾病等。二者出现频次和涵盖病种数量相差不大,涉及范围大致相同。《中医诊断学》被引用13次,因各版本不同分别罗列。次数最少为《中医证候鉴别诊断学》和《中医证候规

范》,均被引用1次。

3.1.2 诊断方式

目前使用的诊断标准主要分为三种方式,分别为叙述法、主次症(或见症)分级诊断法和赋分法。这三种诊断方式均由症状和诊断方式两部分组成,有7个诊断标准采用叙述法,在临床研究中被使用38次;有1个诊断标准《证素辨证学》采用赋分法,被使用20次;有1个诊断标准《中医证候规范》采用主次症(或见症)分级诊断法,被使用1次。由此可见叙述法是目前临床研究的诊断方式中普遍使用的诊断方法,通过列举湿证症状,直接阐明湿证临床特点,适用于湿证临床诊断。叙述法的诊断方式中《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)使用次数最多。赋分法使用次数也相对较多,但其属于半定量诊断,不如叙述法应用广泛,缺乏普适性^[62]。主次症(或见症)分级诊断法应用则相对较少。

3.1.3 内容比较

根据湿证病机可以将症状分为4组:蕴积肌腠组、痹阻经络骨节组、内蕴脏腑组和湿邪蒙窍组。从1984年《中医诊断学》(第五版)到1995年出版的《中医诊断学》(第六版)之间共4种诊断标准中,湿证证候仅包含湿邪痹阻经络骨节、内蕴脏腑和上蒙清窍的证候特点。1984年的《中医诊断学》(第五版)主要描述湿阻关节,上扰清窍,分为湿淫、冒湿和湿伤关节三类论述,忽视湿邪内蕴脏腑特点;1987年的《中医证候鉴别诊断学》则基本涵盖湿邪痹阻经络骨节、内蕴脏腑(湿困脾胃)和上蒙清窍的证候特点;1990年出版的《中医证候规范》中仅论述湿困脾胃证,以湿邪内蕴脏腑为

表5 条目池及条目频数和占比

分组	序号	条目池	频数	在标准中出现频数占比
蕴积肌腠组	1	湿疹	3	33%
	2	身肢浮肿	3	33%
	3	身热不扬	3	33%
	4	小便不利	3	33%
	5	肥胖	1	11%
	6	汗出不彻	1	11%
	7	身黄/目黄	1	11%
痹阻经络骨节组	8	肢体关节肌肉酸痛	7	78%
	9	屈伸不利	3	33%
内蕴脏腑组	10	身体四肢重困	9	100%
	11	口不渴	7	78%
	12	胸闷	5	56%
	13	渴不欲饮	2	22%
	14	厌油腻	1	11%
	15	纳呆	8	89%
	16	便溏	8	89%
	17	恶心	7	78%
	18	脘痞	6	67%
	19	口黏腻/口淡/口甜	5	56%
	20	腹胀	5	56%
	21	面色萎黄/面垢	5	56%
	22	腹痛	2	22%
	23	呕吐	2	22%
	24	带下量多	5	56%
	25	小便混浊	5	56%
	26	带下稠浊	4	44%
	27	尿频	2	22%
湿邪蒙窍组	28	头重	7	78%
	29	嗜睡	5	56%
	30	痰涎量多	1	11%

着眼点,未提及湿证痹阻关节和上扰清窍特点。到1995年《中医诊断学》(第六版)进一步完善了湿邪下注所致泌别失司的证候特点。直到2002年出版的《中医诊断学》(新世纪第二版)中则完善了湿邪侵淫肌腠这一证候特点,自此之后的诊断标准证候内容均被以上6组包含,最新的第十版内容与之基本相同。《证素诊断学》涵盖湿邪特点更加全面,在相关症中提及湿邪蕴积所产生湿热、湿毒症状。而《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)并没有完全涵盖之前诊断标准的证候特点,仅包括湿邪痹阻经络骨节、内蕴脏腑(湿困脾胃)。

3.1.4 证候分析

身体四肢困重是因湿邪弥漫,困阻气机所致的气

血不畅。湿邪致病甚广,在外可侵袭皮肤、肌肉、关节和经络;在内可弥漫三焦,上扰心肺、中困脾胃、下伤肝肾。湿邪久稽,浸淫肌肤,玄府失于宣通则发为湿疹、身肢浮肿、身热不扬;湿邪停滞筋络,筋骨失养,痹阻不通则会肢体关节肌肉酸痛、屈伸不利;湿邪内蕴脏腑位置不同,其特点也有所不同,《素问·至真要大论》曰:“诸湿肿满,皆属于脾。”湿邪困阻脾阳,运化无力,水湿内停则会出现纳呆、腹泻、恶心等症状,《素问·太阴阳明论》曰:“伤于湿者,下先受之。”^[12]湿性趋下重浊,泌别失司则带下量多、小便混浊等;头胀重如裹、嗜睡等症状是因湿邪上犯,上扰清窍甚则蒙蔽心神所致。在各诊断标准中,身体四肢重困,头胀重如裹,纳呆,腹泻,恶心出现多次;其次为脘痞,胸闷,腹

胀,带下量多,小便混浊等,因此,湿证为湿邪困阻气机为主,以身体四肢重困为主要特征,同时伴随湿邪侵犯皮肤、关节、经络和脏腑等的基本证候。

在同一诊断标准和各诊断标准中存在口渴不渴、渴喜热饮、渴不欲饮和渴不多饮的相互对立症状,《中医证候鉴别诊断学》提出湿证常因脏腑功能以及素体禀赋差异导致转归不同。若湿邪弥漫未影响津液输布则不觉口渴;若湿邪困阻阳气,气不化津,则会出现渴喜热饮;若湿邪阻滞致使津液不能上蒸于口则会出现渴不多饮甚至渴不欲饮。因此,从表面上看症状对立,但其病机本质相同,均为湿邪内蕴所致。

近年来国内外学者尝试利用现代分子机制解释湿邪致病性质,湿邪困阻气机和停聚不化与水通道蛋白调控异常及转运蛋白功能失调密切相关,谭远忠等^[63]在临床研究发现水通道蛋白8(AQP8)调控异常与体内水液平衡紊乱有关,陈肖霖^[64]等总结发现有机离子转运蛋白SLC21A和SLC22A可能影响机体湿浊转运功能;其重浊特性与NO水平及脂质代谢相关,有动物实验研究发现^[65],高湿环境导致大鼠血浆NO这一血管扩张剂水平降低,进而导致血液循环不畅,张萍等^[66]在临床中通过代谢组学研究发现代谢综合征湿证患者发病机制可能与糖脂代谢有关;湿邪黏滞缠绵的机制与T淋巴细胞免疫功能紊乱有关,在临床研究发现^[67],湿阻证患者T淋巴细胞亚群的CD3、CD4显著降低,CD8显著升高,可溶性白细胞介素Ⅱ受体(SIL-2R)显著增高,进而影响机体吸收营养,能量代谢不足。有动物实验研究发现湿困脾胃证大鼠大肠杆菌数量增多,肠道黏膜内谷氨酰胺(Gln)和分泌型免疫球蛋白(sIgA)含量降低,造成肠道微环境紊乱^[68]。通过总结分析目前临床研究中对于湿证患者临床指标分析,以期临床确定便于检测的微观理化指标。

3.1.5 新旧国标差异

《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)中对湿证诊断内容包括:侵袭肌肉关节出现的关节肌肉酸痛,屈伸不利;因阻滞气机所致的身体重困;湿邪犯脾所致腹胀腹泻,食欲不振。2021年国家市场监督管理总局发布《中医临床诊疗术语证候部分》(中华人民共和国国家标准GB/T16751.2—2021)(以下称新版国标),新版国标不仅进一步完善了湿证的证候特点,还根据病因的不同将湿证分为外湿证和内湿证分类描述,全面清晰地阐述湿邪外袭肌腠、经络、骨节、官窍,

或饮食、劳逸所伤,脏腑气化失司导致水湿内停泛滥,湿浊蕴蓄的证候特点^[69]。外湿证证候包括湿郁卫表,浸渍肌腠,痹阻筋骨、关节和经络,蒙蔽清窍,困阻气分、中焦和三焦;内湿证证候包括湿邪困滞气机,蕴积肌肤,困阻脾胃、脾阳和肠道。湿邪定位更精细,分类更加严谨,因而笔者选择新版国标中的湿证证候组成进行分组。

3.2 条目池初步构建

3.2.1 条目筛选

(1)“渴喜热饮”:在频数较低的症状中“渴喜热饮”这一症状是因湿邪困阻阳气,气不化津,致使水湿或寒湿内蕴,此症状中有湿邪偏寒特性。

(2)“口干”:因湿邪内蕴使津液不能上蒸,与“口不渴”症状病机相同,仅在程度上有差别,因此将二者删除。

(3)“肠鸣”:出现1次,“肠鸣”为胃肠蠕动所产生气过水声,《杂病源流犀烛》^[70]曰:“肠鸣,大肠气虚病也。”《证治准绳·杂病》^[71]总结肠鸣病因有五:“一曰脾虚,二曰中气不足,三曰邪在大肠,四曰土郁,五曰热胜。”其病因病机并不完全因于湿邪,不是湿证的典型症状,因此将其删除。

(4)“小便清长”:多偏于寒性,《素问·至真要大论》^[2]曰:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒。”

(5)“阴部瘙痒”:《中医妇科学》中总结阴痒病因病机分为外阴失养,肝经湿热下注或湿热生虫、虫蚀阴中^[72]。其主要病机仅湿热下注时致使阴痒,偏于湿热之性,因而将二者删除。

(6)“渐入昏迷”:出现频次较低且和“嗜睡”病机相同,仅在程度上有差别,因此将其删除。

3.2.2 初始条目

经过规范化及筛选后形成初始条目^[73]:

(1)蕴积肌腠组:“湿疹”“身肢浮肿”“身热不扬”“小便不利”“肥胖”“汗出不彻”“身黄/目黄”。

(2)痹阻经络骨节组:“肢体关节肌肉酸痛”“屈伸不利”。

(3)内蕴脏腑组:①湿邪阻滞气机类,“身体四肢重困”“口不渴”“胸闷”“渴不欲饮”“厌油腻”;②湿困脾胃类,“纳呆”“便溏”“恶心”“脘痞”“口黏腻/口淡/口甜”“腹胀”“面色萎黄/面垢”“腹痛”“呕吐”;③湿邪下注类,“带下病”“小便混浊”“带下稠浊”“尿频”。

(4)湿邪蒙窍组:“头重”“嗜睡”“痰涎量多”。

4 结论

本研究总结的各个诊断标准在临床中均被采用,最常用的诊断方法是叙述法。《证素辨证学》和《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)在引用频次和涉及病种数量方面差别不大,但《中医临床诊疗术语证

候部分》(1997年版)叙述法的诊断方式更加简明方便。因此在现阶段湿证诊断研究工作中《中医临床诊疗术语证候部分》较为实用,而新版国标因其定位精细和分类严谨,对于临床研究更具有指导意义。

根据文献分析及条目筛选,本文最终形成湿证初始条目池,作为接下来构建湿证疗效评价量表基础。

参考文献

- 赵金铎. 中医证候鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 83-86.
- 田代华. 黄帝内经素问. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- 李灿东. 中医诊断学. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 141.
- 邓铁涛. 中医证候规范. 广州: 广东科技出版社, 1990: 145-147.
- 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语. 证候部分. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- 朱文锋. 证素辨证学. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- 邓铁涛. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 95.
- 朱文锋. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 131.
- 朱文锋. 中医诊断学. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 160-161.
- 季绍良, 成肇智. 中医诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 129-130.
- 陈恂. 原发性支气管肺癌中医实证性证候特点的研究. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- 滕嘉嘉. 基于气血水理论的CKD2-4期中证证候特点研究. 济南: 山东中医药大学, 2013.
- 江丽汗·阿黑哈提. 慢性肾病中医证型的临床观察. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2010.
- 刘书君, 程怡, 黄佩娣, 等. 结直肠腺瘤湿证量化诊断方法的探索性研究. 中医杂志, 2023, 64(20): 2071-2076.
- 李雪, 焦以庆, 刘建, 等. ANCA相关性血管炎肺受累患者的中医症状、证候特点及病因病机初探. 北京中医药, 2021, 40(7): 685-689.
- 刘槟, 吴超勇, 张培彤. 胰腺癌湿证量化诊断标准探索性研究. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6778-6781.
- 郭瑞. 高血压病合并靶器官损害患者中医证候特征及与靶器官损害客观指标的相关性研究. 天津: 天津中医药大学, 2020.
- 张胜男. 广安门医院ICU呼吸系统医院感染中医易患因素分析及相关性研究. 北京: 北京中医药大学, 2020.
- 李硕苗. 基于聚类分析的桥本甲状腺炎患者中医证素分布规律. 昆明: 云南中医药大学, 2020.
- 刘槟. 胰腺癌患者湿证证候特征及其量化诊断标准的初步研究. 北京: 中国中医科学院, 2019.
- 张响婕. 中药健脾降浊内外合治急性痛风性关节炎的临床研究. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- 宋元明, 王国英, 张宝军, 等. 2型糖尿病731例患者中医证型分布研究. 中医学报, 2016, 31(2): 192-194.
- 郑霖勃. 不寐证候要素的提取及组合规律的研究. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- 夏非, 洪燕英, 宫品书, 等. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染临床发病特点与中医证候分布规律探析. 北京中医药, 2014, 33(12): 891-893.
- 徐远, 段军, 王艳梅, 等. 超重肥胖2型糖尿病病证规律探讨. 中华中医药杂志, 2013, 28(8): 2423-2425.
- 王忆勤, 郎庆波, 李果刚, 等. 慢性胃炎中医湿证证候诊断标准研究. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(11): 975-979.
- 郭兆安. 祛湿降浊法干预高血压性肾损害(肾功能衰竭期)的研究. 济南: 山东中医药大学, 2006.
- 马廷键. 慢性肾功能不全湿浊内蕴证与肌酐、尿素氮和二氧化碳结合力相关性的临床研究. 济南: 山东中医药大学, 2005.
- 王忆勤, 郎庆波, 李果刚, 等. 应用临床流行病学方法完善慢性胃炎湿证辨证标准的研究//中国中西医结合学会四诊研究专业委员会. 第七次全国中西医结合四诊研究学术会议论文汇编. 2004: 8.
- 王忆勤, 郎庆波, 孟虹, 等. 慢性胃炎湿证临床症状、体征及舌脉象客观指标的相关性研究. 中医杂志, 2003, 44(6): 449-452.
- 齐霁. 缺血性糖尿病足溃疡的中医证候研究. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- 郭兆安. 高血压性肾损害(肾衰竭期)湿浊内蕴证的临床研究. 中国中西医结合肾病杂志, 2007, 8(11): 664-666.
- 刁亚军. 连黄降浊颗粒治疗高血压性肾损害(肾功能衰竭期)的临床及实验研究. 济南: 山东中医药大学, 2007.
- 陈茜. 基于证素辨证探讨湿秘的临床特点及中医病理机制. 福州: 福建中医药大学, 2023.
- 兰萌. 基于证素辨证的慢性胃炎面部望诊色形特征研究. 福州: 福建中医药大学, 2023.
- 王晓鹏. 2型糖尿病合并高尿酸血症的中医证素分布规律研究. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2023.
- 程心铭. 脓毒症肺损伤患者中医证素分布规律及其与PCT、Lac、D-二聚体、T淋巴细胞亚群的相关性分析. 福州: 福建中医药大学, 2022.
- 郭午榕. 多囊卵巢综合征的证素分布规律及其与人体成分的相关性研究. 福州: 福建中医药大学, 2022.
- 傅凯莉. 原发性高血压中、低危组患者的中医证素分布规律及相关因素分析. 福州: 福建中医药大学, 2022.
- 孟繁章. 基于数据挖掘技术的赵进喜教授辨治慢性肾脏病水肿用药经验研究. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- 陈继欣. 基于证素辨证学回顾性分析肺癌脑转移患者中医证素特点. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- 谢淑红. 原发免疫性血小板减少症中医证素分析初探. 广州: 广州

- 中医药大学,2021.
- 43 周婧媛. 成都中医药大学附属医院慢性荨麻疹患者中医证素分布及相关因素分析. 成都: 成都中医药大学,2020.
 - 44 张志坤. 失眠伴焦虑状态患者中医证素分布及组合规律研究. 济南: 山东中医药大学,2020.
 - 45 代广玉. 证素学探究糖尿病肾病Ⅲ、Ⅳ期辨证分型及其临床特点分析. 北京: 中国中医科学院,2020.
 - 46 麦小琴. 多囊卵巢综合征人体测量学特征及与中医证素的相关性分析. 成都: 成都中医药大学,2019.
 - 47 李敏谦. 糖脂代谢病中医证候分布规律及诊断量表研究. 广州: 广东药科大学,2019.
 - 48 周娴. 消化性溃疡中医证素分布规律及其与胃镜像的相关性研究. 长沙: 湖南中医药大学,2018.
 - 49 张晓林. 基于证素辨证的妊娠期糖尿病中医证型调查. 郑州: 河南中医药大学, 2017.
 - 50 李宇. 慢性萎缩性胃炎癌前病变“痰”“湿”证候的证素特点研究. 福州: 福建中医药大学,2016.
 - 51 毛思颖, 曹海明, 龚圣雯, 等. 下呼吸道感染患者中医证素分布特征与炎症指标的关系研究. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(32):3538–3540+3551.
 - 52 汪滢. 肠易激综合征患者证素湿与胃肠激素的相关性分析. 南京: 南京中医药大学,2015.
 - 53 齐振强. 慢性肾脏病证素特征及黄芪丹参有效单体干预缺血损伤肾小球内皮细胞血管生成的机制研究. 济南: 山东中医药大学,2019.
 - 54 周凤仪. 60例多发性硬化的临床特点及中医证候特征的回顾性研究. 广州: 广州中医药大学, 2013.
 - 55 张诗军, 陈泽雄, 林佑武, 等. 化湿中药对慢性乙型肝炎湿证患者激活和功能T淋巴细胞亚群水平的影响. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(12):1078–1081.
 - 56 楼金霞. 造影剂肾病的相关危险因素及中医证候要素分析. 杭州: 浙江中医药大学, 2017.
 - 57 杨震. 慢性肾脏病1–3期中医证型分布规律的研究. 济南: 山东中医药大学,2012.
 - 58 徐立华, 谭善忠, 赵磊, 等. 乙肝病毒相关慢加急性肝衰竭中医证候分布特点的临床研究. 江苏中医药, 2013, 45(12):22–23.
 - 59 谭平. 大肠癌化疗前后中医证候变化的临床研究. 北京: 北京中医药大学, 2017.
 - 60 张榕榕. 糖尿病患者社区获得性肺炎克雷伯菌血流感染的临床特征分析. 武汉: 湖北中医药大学, 2023.
 - 61 李丽. 原发性干燥综合征中燥证湿证的临床分布研究. 上海: 上海中医药大学, 2019.
 - 62 于东林, 胡镜清. 关于中医证候诊断标准研究的思考. 中华中医药杂志, 2021, 36(7):4110–4113.
 - 63 谭远忠, 魏文斌, 刘华, 等. 运脾化湿中药对肠易激综合征脾胃湿阻证患者AQP8表达的影响研究. 中药材, 2009, 32(9):1487–1490.
 - 64 陈肖霖, 张诗军. 湿浊转运的分子机理研究进展. 中华中医药学刊, 2013, 31(1):43–45.
 - 65 秦鉴, 金明华, 吴国珍, 等. 高湿环境对大鼠血液流变学、一氧化氮及内皮素的影响. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(3):211–212.
 - 66 张萍, 李缘缘, 邵岩飞, 等. 代谢综合征痰证与湿证患者的血清代谢组学比较研究. 中华中医药杂志, 2021, 36(3):1627–1632.
 - 67 王斌, 严灿. 湿阻证患者免疫调节功能改变的临床研究. 新中医, 2005, 37(8):15–16.
 - 68 周艳霞, 黄秀深, 秦玉花, 等. 平胃散对湿困脾胃证模型大鼠肠道生物屏障调控的实验研究. 四川中医, 2009, 27(10):16–17.
 - 69 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语. 证候部分. 北京: 中国标准出版社, 2021.
 - 70 沈金鳌. 杂病源流犀烛. 李占永, 李晓林校注. 北京: 中国中医药出版社, 1994:43.
 - 71 王肯堂. 证治准绳. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 433–434.
 - 72 谈勇. 中医妇科学. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 262–264.
 - 73 李倩, 吴文珍, 杨小波. 中医湿证症状术语的规范刻画研究. 世界科学技术: 中医药现代化, 2023, 25(7):2281–2286.

Comparison of Diagnostic Criteria for Dampness Syndrome and Construction of Item Pool for Wet Syndrome Efficacy Evaluation Scale Based on Literature Analysis

GUO Xingchi¹, ZHANG Huiyong^{2,3}, YU Li², ZHU Yulin⁴, LIU Jingnan⁴, SHAO Tianci¹, CHEN Zhihui⁵

(1. First Clinical College of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China; 2. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China; 3. The Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110032, China; 4. Graduate School of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China; 5. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine College of Integrated Chinese and Western Medicine, Shenyang 110847, China)

Abstract: Objective To analyze and compare the diagnostic criteria of dampness syndrome in clinical studies and construct a dampness syndrome entry pool, so as to provide theoretical support for the development of dampness-related

scales, and then provide reference for clinical research. **Methods** By searching the literature collected by CNKI, VIP and Wanfang data database from 1960 to 2023, the clinical research literature of dampness syndrome was searched and screened, and the diagnostic criteria of dampness syndrome were summarized and analyzed. **Results** A total of 7651 articles were retrieved from the above database, and 52 articles were finally included. 9 diagnostic criteria were obtained by combining the screening of teaching materials. They are *The National Standard of Chinese Medicine Clinical Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine* (GB/T16751.2-1997), *Syndrome element differentiation*, *Traditional Chinese Medicine Syndrome Standards*, *Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Diagnosis*, *Diagnostics of Traditional Chinese Medicine* (Fifth edition, sixth edition, second edition of the new century, People's Health Commission edition, and tenth edition of the National Higher Traditional Chinese Medicine College Planning Textbook). The diagnostic methods can be divided into three kinds: narrative method, primary and secondary disease (or see disease) classification diagnosis method, and assigning method. There are a total of 36 symptom components, which can be divided into four groups: the accumulation of muscle and striae group, the obstruction of meridians and joints group, the internal accumulation of organs group, and the dampness and obstruction of orifices group. *The National Standard of Chinese Medicine Clinical Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine* (GB/T16751.2-1997) has been cited for a maximum of 22 times, covering 16 diseases. **Conclusion** *The National Standard of Chinese Medicine Clinical Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine* is the most widely used in clinical research, and the new version of national standard in 2021 is more suitable for the current diagnosis and clinical research of dampness syndrome.

Keywords: Dampness syndrome, Scale, Curative effect evaluation, Item construction

(责任编辑: 李青)