

# 中医证候诊断标准研制指南



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，河南中医药大学第一附属医院

**【摘要】** 中医证候诊断标准的科学建立是实现中医诊治标准化、规范化的基础环节。目前证候诊断标准建立的思路与方法尚不明确，关键技术尚不完善，研制规范尚未形成，制约了证候诊断标准的建立及推广应用。因此，本研究结合前期已建立的中医证候标准研制技术体系及有关证候标准，起草了《中医证候诊断标准研制指南》，并征求相关专家意见进行了修改完善。本指南可供制订中医临床各科证候诊断标准时参考，同时适用于各级中医（中西医结合）医疗、教学机构及科研院所专业人员开展与中医证候诊断标准相关的临床、教学、科学研究。

**【关键词】** 证候；诊断标准；指南

## Guideline on establishing diagnostic criteria of Chinese medicine syndromes

World Federation of Chinese Medicine Societies, Co-construction Collaborative Innovation Center for Chinese Medicine and Respiratory Diseases by Henan & Education Ministry of P. R. China, Henan University of Chinese Medicine, The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine

Corresponding author: LI Jiansheng, Email: li-js8@163.com

**【Abstract】** The scientific establishment of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome diagnostic criteria is the basic link to achieve standardization and normalization of TCM diagnosis and treatment. The ambiguous idea and method, incomplete key technology, and unformed development standard of the establishment of TCM syndrome diagnostic criteria restrict its development and application. Therefore, project team drafted the development guideline of TCM syndrome diagnostic criteria and modified it according to expert opinions, which was based on the technical system established previously. This guideline could be used as a reference for formulating diagnostic criteria. It is also applicable to clinical, teaching, and scientific research related to syndrome diagnostic criteria that professional personnel from various levels of TCM (integrated traditional Chinese and Western medicine) medical, teaching institutions, and research institutes participated.

**【Key words】** Traditional Chinese medicine syndrome; Diagnostic criteria; Guideline

标准化是中医药发展的基础性、全局性、战略性工作。建立符合中医学学术与临床规律的中医证候诊断标准是实现中医临床诊治标准化、规范化的基础环节，有利于保证和提高中医临床诊疗水平与研究质量。近年来，不断有学者提出中医证候诊断标准的研究思路与方法并建立了相关疾病的证候诊断标准<sup>[1-9]</sup>，在一定程度上推动了证候标准的研究及应用，有助于中医临床诊疗工作的规范，提高临床诊疗水平和效率。但由于建立中医证候诊断

标准尚缺乏统一的思路、方法以及关键技术，研制规范尚未形成广泛的共识，制约了相关标准的建立及其在中医药行业的推广应用。因此，亟需制订中医证候诊断标准研制指南，为规范制订中医证候诊断标准提供指导。

综合考量卫生政策法规、相关指导原则及现有的证候诊断标准研究相关内容<sup>[6-9]</sup>，结合前期已建立的中医证候标准研制技术体系及有关证候标准<sup>[10-23]</sup>，通过德尔菲法，世界中医药学会联合会（简称“世中联”）、河南中医药大学和河南中医药大学第一附属医院起草了《中医证候诊断标准研制指南》，并征求相关专家意见进行了修改完善，旨在为规范制订中医证候诊断标准提供指导，进而提高标准的准确性、权威性和代表性，进一步满足证候诊断标准在临床研究与基础研究等方面的实际需求。

DOI: 10.7507/1672-2531.202303134

基金项目：国家“高层次人才特殊支持计划”百千万工程领军人才（编号：W02060076）；国家中医药管理局中医药传承与创新“百千万”人才工程—岐黄工程首席科学家（编号：国中医药人教函〔2020〕219号）；国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目（编号：ZYYCXTD-C-202206）  
通信作者：李建生，Email: li-js8@163.com



## 1 指南研制流程

### 1.1 前期准备

**1.1.1 明确研究目的** 明确研制何种模式的证候诊断标准,明确建立的证候诊断标准适用于哪些目标人群。

#### 1.1.2 成立研究小组

**1.1.2.1 指导组** 由本领域内高层次专家组成,负责共识总体方向把控和重大内容决策。

**1.1.2.2 专家组** 以中医临床专家为主,由中西医临床、循证医学、流行病学、统计学等专家组成,专家需具有中级以上专业技术职称和10年以上工作经验,能够推动、指导项目工作。

**1.1.2.3 工作组** 负责日常研究任务和相关会议的召集、工作的协调。

### 1.2 文献研究

**1.2.1 研究目的** 统计并筛选疾病的证候及其症状条目,同时结合第一轮专家咨询(专家问卷内容及方法见1.3)制订临床调查表。

#### 1.2.2 研究要点

**1.2.2.1 文献检索策略** 选择检索数据库,构建检索式。中文数据库包括:CNKI、WanFang Data、CBM、VIP等;英文数据库包括:PubMed、Cochrane Library、EMbase、Web of Science等。根据研究需要,可增加其他数据库。

**1.2.2.2 文献筛选** 明确文献的纳入与排除标准,规范文献的评价与筛选方法。

**1.2.2.3 信息提取** 提取文献中涉及的证候及四诊信息,建立文献数据库。

**1.2.2.4 术语规范** 将内涵相同但表述不同的中医证候、症状名称等进行规范<sup>[24-30]</sup>。

**1.2.2.5 统计分析** 应用综合统计分析及必要的数据挖掘技术,探索疾病临床常见证候的分布规律及其症状分布特征。

### 1.3 专家咨询

**1.3.1 研究目的** 推荐进行两轮以上问卷调查:第一轮咨询主要目的是初步筛选证候及其症状条目,为形成临床调查表提供依据;第二轮及以上问卷咨询主要目的是实现证候及其症状重要程度的判别,结合临床调查结果确定常见证候及其主/次症等。

#### 1.3.2 研究要点

**1.3.2.1 问卷形式与内容** 宜采用匿名调查方式;采取半开放式问卷形式,内容应涉及前言、填表说明、咨询条目。

**1.3.2.2 问卷发放** 可通过当面呈送、邮寄纸质问

卷的形式,或通过专业网站、手机APP、邮件等电子形式。

**1.3.2.3 专家遴选** 遵循代表性、权威性、地域性相结合的原则遴选专家,专家遴选条件是:①具有高级技术职称;②在中医或中西医结合领域具有一定的学术影响力和代表性,10年以上工作经验;③正在或曾经长期从事相关研究;④专家地域分布具有较广泛的代表性。

**1.3.2.4 统计分析** 分析专家积极程度(积极系数)、专家意见集中程度(均值、满分比)、专家意见协调程度(变异系数、专家意见协调系数)与专家权威程度。

### 1.4 临床调查

**1.4.1 研究目的** 通过前瞻性临床调查收集临床信息,综合运用统计分析方法及数据挖掘技术,确定疾病常见证候及其主/次症分布。

#### 1.4.2 研究要点

**1.4.2.1 制订调查表** 基于文献研究结合第一轮专家咨询,初步形成调查表。可以首先开展预调查,判断初步形成的临床调查表格式设计是否合理,条目有无歧义,待进一步完善形成正式的临床调查表。

调查表应包括患者一般情况、既往健康状况、西医及中医病名诊断、中医辨证、症状及必要的实验室指标等信息。其中症状内涵的界定、规范与量化或半量化分级需明确。

**1.4.2.2 计算样本量** 合理设计临床调查所需样本量,一般设定为变量的5~10倍,可根据实际情况适当调整。

**1.4.2.3 调查方式** 常采用横断面调查。推荐选择具有研究条件的不同地域、不同级别的研究单位。推荐选择诉情能力较强的患者群体,以保障高效沟通。

**1.4.2.4 界定调查人群** 明确西医诊断标准及中医辨证参考标准;明确病例纳入与排除标准。

**1.4.2.5 质量控制** ①建立自查、检查、监查、稽查四级质量管理体系;②研究开始前需对所有参与研究的人员进行统一培训,培训完成后应进行考核,考核结果与培训过程记录存档。

**1.4.2.6 统计分析** 结合统计分析方法(如统计描述、因子分析、聚类分析、Logistic回归等)、数据挖掘技术(如神经网络、隐结构等)分析常见证候分类及其主/次症,揭示常见证候与症状(群)间的关系。

### 1.5 建立证候诊断标准

基于以上研究已明确的常见证候及其主/次症,采用适宜的证候诊断标准呈现形式,结合专家

表 1 证候诊断标准验证的评价指标

评价指标*	公式	说明
灵敏度	$\frac{TP}{TP + FN}$	将实际为某一证候的患者正确诊断为该证候的能力
特异度	$\frac{TN}{FP + TN}$	将实际非某一证候的患者正确诊断为非此证候的能力
准确度	$\frac{TP + TN}{TP + FN + FP + TN}$	证候试验诊断结果与专家辨证结果相符合程度
阳性预测值	$\frac{TP}{TP + FP}$	实际某一证候中经试验诊断为该证候的患者所占的比例与非该证候的患者所占的比例
阴性预测值	$\frac{TN}{FN + TN}$	
阳性似然比	$\frac{TN / (TP + FN)}{FP / (FP + TN)}$	是指在诊断试验中患者出现某种证候结果(如阳性或阴性)的概率与非患者出现相应结果的概率之比
阴性似然比	$\frac{FN / (TP + FN)}{TN / (FP + TN)}$	
ROC曲线下面积	-	以曲线图示的方式将灵敏度和特异度结合在一起,反映诊断试验的准确性大小

注: TP: 真阳性; FN: 假阴性; TN: 真阴性; FP: 假阳性; ROC: 受试者工作特征曲线; \*: 灵敏度、特异度、准确度、预测值越大则试验性诊断标准准确度越高; 阳性预测值  $\geq 10$  则表示标准有高的诊断价值, 阴性预测值  $\leq 0.10$  则表示标准有高的诊断价值; ROC曲线下面积通常取值在0.5~1之间, <0.7时表示诊断价值较低, 在0.7~0.9之间时表示诊断价值中等, >0.9时表示诊断价值较高; -: 不涉及。

表 2 常见证候判定的常用方法技术

共性关键技术	推荐参数	条件
1. 统计分析方法	① 描述性统计 ② 聚类分析	频率 $\geq 10\%$ 类间相似系数 2种方法结合
2. 数据挖掘技术	① 神经网络 ② 隐结构	Valid percent值、聚类系数乘积 阈值 具备①、②中的1种
3. 德尔菲法		均数 $\geq 4.00$ 且变异系数 $< 20\%$ 必须具备

注: 以上统计分析及数据挖掘方法仅供参考, 为推荐常用技术但不局限于此; 由于具体研究疾病及证候特点不同, 某些统计分析及数据挖掘的参数设置应进行相应调整。

评议及专家工作组讨论, 建立证候诊断标准。

## 1.6 验证流程

1.6.1 验证目的 验证证候诊断标准的临床诊断效能。

1.6.2 验证要点

1.6.2.1 调查方法 采用前瞻性临床研究, 分为参考标准组和试验标准组对建立的证候诊断标准的真实性和临床应用价值进行评价。

1.6.2.2 调查范围 提供明确的西医诊断标准及中医证候诊断参考标准, 明确病例纳入与排除标准。参考标准组将专家辨证作为对照, 推荐由3名高级专科以上医师进行辨证; 试验标准组由临床医师根据制订的证候诊断标准进行辨证。

1.6.2.3 样本量的估算 推荐根据诊断试验样本量计算公式<sup>[31]</sup>:  $n = u_a^2 \times p(1-p) / \delta^2$ , 一般  $\alpha=0.05$ ,  $\delta=0.1$ , 即  $u_a = 1.96$ , 设定被评价诊断试验灵敏度为80%, 依据前期得出的常见证候计算样本量。

1.6.2.4 制订验证临床调查表 根据所建立的常见证候诊断标准制订中医证候诊断调查表。调查表中应包括证候诊断备选项、症状(舌象、脉象)备选项。

1.6.2.5 统计分析 宜采用灵敏度、特异度、准确度、阳性预测值、阴性预测值、阳性似然比、阴性似然比及受试者工作特征(receiver operating characteristic, ROC)曲线下面积等指标进行诊断准确性评价(表1), 考核诊断标准的临床诊断效能。

## 1.7 中医证候诊断标准研制流程图

成立专家小组, 明确研究模式。基于文献研究结合第一轮专家咨询制订临床调查表; 开展系统的临床研究, 结合第二轮专家咨询的结果拟定证候诊断标准; 对初步形成的证候诊断标准进行验证; 最终形成证候诊断标准。包括证候分类与特征、常见证候确定、主/次症划分、标准建立的依据和形式、标准的验证5个关键环节。具体研制流程见图1。

## 2 研制过程中的关键内容

常见证候的确定、主/次症划分、证候诊断标准呈现形式是证候诊断标准研制过程中的关键内容。

### 2.1 常见证候的确定

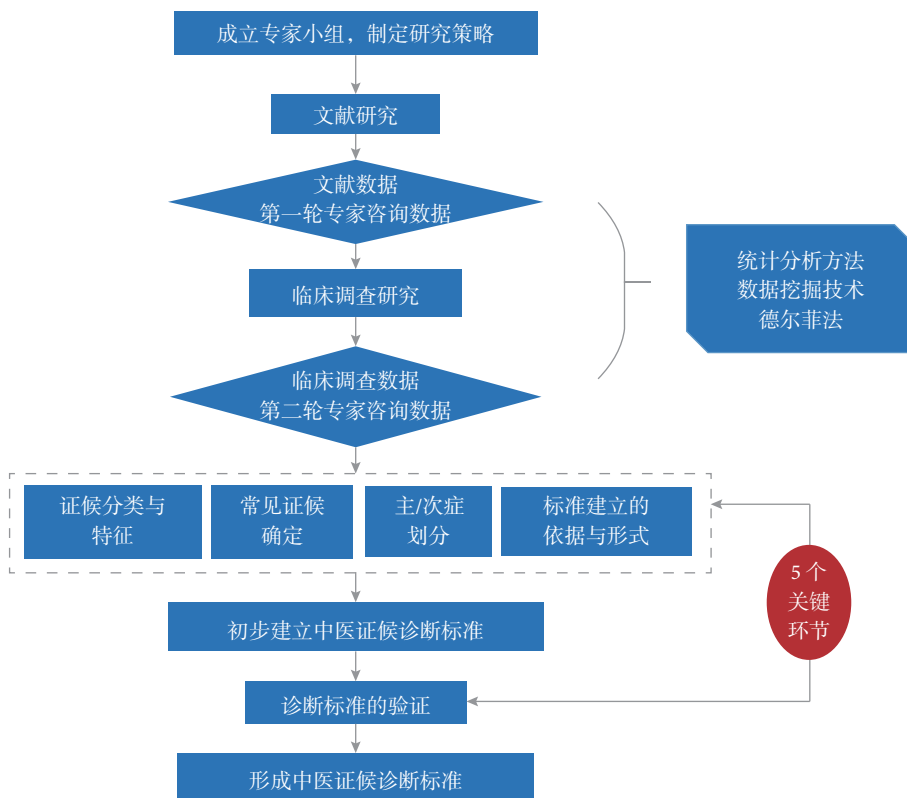


图1 中医证候诊断标准研制流程

表3 证候主/次症判定的常用方法技术

共性关键技术	推荐参数	条件	
1. 统计分析方法	① 描述性统计 ② 因子分析 ③ 主成分分析 ④ Logistic回归 ⑤ 结构方程	主症: 频率 ≥ 50%; 次症: 30% ≤ 频率 < 50% 主症: 载荷系数 ≥ 0.5; 次症: 0.3 ≤ 载荷系数 < 0.5 贡献度 主症: OR值 ≥ 3; 次症: 1 ≤ OR值 < 3 载荷系数	在①的基础上结合②~⑤中的1种
2. 数据挖掘技术	① 神经网络 ② 隐结构	主症: 0.5 ≤ Wij < 1; 次症: 0.3 ≤ Wij < 0.5 阈值	具备①、②中的1种
3. 德尔菲法		主症: 均数 ≥ 4.00且变异系数 < 20%; 次症: 均数 ≥ 3.00且变异系数 < 30%	必须具备

注: 以上统计分析及数据挖掘方法仅供参考, 为推荐常用技术但不局限于此; 由于具体研究疾病及证候特点不同, 某些统计分析及数据挖掘的参数设置应进行相应调整。

**2.1.1 判定原则** 常见证候的判定应满足以下原则: ① 真实性, 能真实反映疾病病机及其整个病程变化的规律; ② 代表性, 即所确定的常见证候在临床中具有很高的发生频率; ③ 可行性, 据此制订的证候诊断标准具有可操作性和推广性。

**2.1.2 判定方法** 常见证候的判定涉及统计分析方法、数据挖掘技术、德尔菲法 3 类技术。具体形成的推荐意见见表 2。判定标准: 3 类技术的结果共同出现的设定为常见证候, 2 类技术中同为常见证候的须结合临床实际并通过专家组讨论形成共识。具体流程见 1.3、1.4。值得注意的是, 常见证候仅针对病证结合模式下, 某一疾病的证候诊断分

类; 对于亚健康或多种疾病状态下, 单一证候诊断标准的制订仅供参考; 常见证候可单独出现, 也可多证并见而出现复合证候。

**2.2 主/次症的判定**

主/次症的判定涉及统计分析方法、数据挖掘技术、德尔菲法 3 类技术。具体形成的推荐意见见表 3。判定方法: ① 主症: 3 类技术结果同为主症; 只有 2 类技术为主症的, 应结合临床实际并通过专家组讨论形成共识。② 次症: 3 类技术结果同为次症; 只有 2 类技术为次症, 或其中 1 类技术为主症的须结合临床实际并通过专家组讨论形成共识。具体流程见 1.3、1.4。

表 4 形成证候诊断标准依据的常用方法技术

共性关键技术	推荐参数	条件
1.数据挖掘技术	关联规则	支持度 ≥ 80%，置信度 ≥ 10%，提升度 > 1
	贝叶斯网络	条件概率 ≥ 0.5
2.研制专家组讨论	一致性 > 70%	必须具备

注：以上数据挖掘技术供参考，为推荐常用但不局限于此；由于具体研究疾病及证候特点不同，某些数据挖掘技术的参数设置应进行相应调整。

表 5 以慢性阻塞性肺疾病痰热壅肺证、肺脾气虚证为例的诊断条件组合法

证候	诊断条件	诊断标准
痰热壅肺证	① 咳嗽或喘息气急 ② 痰多色黄或白黏，咯痰不爽 ③ 发热或口渴喜冷饮 ④ 大便秘结 ⑤ 舌质红、舌苔黄或黄腻，或脉数或滑数	具备①、②2项，加③、④、⑤中的2项
肺脾气虚证	① 咳嗽或喘息、气短，动则加重 ② 神疲、乏力或自汗，动则加重 ③ 恶风，易感冒 ④ 纳呆或食少 ⑤ 胃脘胀满或腹胀或便溏 ⑥ 舌体胖大或有齿痕，或舌苔薄白或白腻，或脉沉细或沉缓或细弱	具备①、②、③中的2项，加④、⑤、⑥中的2项

表 6 以病毒性肝炎中湿热内蕴证为例的诊断条件组合法

证候	湿热内蕴证
临床表现	纳呆，呕恶，厌油腻，右胁疼痛，口干口苦，肢体困重，脘腹痞满，乏力，大便溏或黏滞不爽，尿黄或赤，或身目发黄，或发热，舌红，苔黄腻，脉弦滑数
主症	① 纳呆或呕恶；② 右胁疼痛；③ 舌红，苔黄腻
次症	① 脘腹痞满或肢体困重；② 口干口苦；③ 脉弦滑数
辨证标准	① 具备所有主症者，即属本证；② 具备主症2项及次症2项者，即属本证

表 7 以冠心病血瘀证为例的积分计量诊断法

指标类型	指标内容	指标赋分
主要指标	1. 胸痛位置固定	10
	2. 舌质色紫或暗	10
	3. 舌有瘀斑、瘀点	10
	4. 冠脉造影显示至少一支冠状动脉狭窄 ≥ 75%	9
	5. 超声或造影显示有冠状动脉血栓或心腔内附壁血栓	8
次要指标	1. 胸痛夜间加重	6
	2. 口唇或齿龈紫暗	7
	3. 舌下静脉曲张或色紫暗	7
	4. 冠脉造影显示至少一支冠状动脉狭窄 ≥ 50%，但 < 75%	6
	5. 部分凝血活酶时间 (APTT) 或凝血酶原时间 (PT) 缩短	5
辅助指标	1. 面色黧黑	2
	2. 脉涩	4
	3. 冠脉CTA或冠脉造影显示血管明显钙化或弥漫病变	3
	4. 纤维蛋白原升高	3

注：符合冠心病诊断标准，科研工作需满足：冠状动脉造影显示至少一支冠状动脉狭窄 ≥ 50%；冠心病血瘀证积分 ≥ 19分可诊断为血瘀证，积分高低可用于评价冠心病血瘀证的程度；冠心病血瘀证诊断必须包含主要指标、次要指标中至少1项宏观指标，单纯理化指标不能诊断。

### 2.3 证候诊断标准呈现形式

在确定常见证候及其主/次症后，证候诊断标准的呈现形式宜采用诊断条件组合法或计量(分)诊断法。① 诊断条件组合法：包括两种形式，一是根据症状(群)组合及其对证候诊断的贡献度形成证候诊断标准依据(具体形成推荐意见见表4)，结合专家组讨论结果形成诊断标准，具体形式以

《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)》<sup>[4]</sup>中痰热壅肺证、肺脾气虚证为例(表5)；二是根据主/次症组合的判别结合专家意见形成证候诊断标准，例如《病毒性肝炎中医辨证标准》<sup>[6]</sup>中湿热内蕴证的诊断条件组合(表6)。② 积分计量诊断法：根据症状对证候的贡献度赋予一定分值，并将所有症状的权值相加，以累计积分达到设定阈值为

标准。具体形式可参照《冠心病血瘀证诊断标准》<sup>[8]</sup>(表7)、《中风病辨证诊断标准(试行)》<sup>[23]</sup>。

#### 指南制订工作组成员

**首席专家:** 李建生(河南中医药大学)。

**执笔人:** 李建生(河南中医药大学)、谢洋(河南中医药大学第一附属医院)、春柳(河南中医药大学第一附属医院)、王至婉(河南中医药大学第一附属医院)。

**指南专家组(排名不分先后):** 王天芳(北京中医药大学)、王显(北京中医药大学东直门医院)、王明航(河南中医药大学第一附属医院)、车志英(河南中医药大学)、毛静远(天津中医药大学第一附属医院)、曲森(首都医科大学附属北京中医医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘成海(上海中医药大学肝病研究所)、刘金民(北京中医药大学东方医院)、许家佗(上海中医药大学)、孙文军(北京中医药大学第三附属医院)、李平(中日友好医院)、李灿东(福建中医药大学)、赵宏(中国中医科学院广安门医院)、陈家旭(北京中医药大学)、何庆勇(中国中医科学院广安门医院)、余学庆(河南中医药大学第一附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张哲(辽宁中医药大学附属医院)、张霄潇(中华中医药学会)、孟庆刚(北京中医药大学)、胡义扬(上海中医药大学肝病研究所)、侯政昆(广州中医药大学第一附属医院)、姚魁武(中国中医科学院)、郭晓燕(上海中医药大学附属龙华医院)、彭清华(湖南中医药大学)、韩学杰(中国中医科学院)、程龙(国家卫生健康委卫生发展研究中心)、廖星(中国中医科学院)。

**指南国际审查专家(排名不分先后):** 冯立(新西兰中医学院)、吕爱平(香港浸会大学中医药学院)、刘焯京(澳洲全国中医药针灸学会联合会)、吴其标(澳门科技大学中医药学院)、陈业孟(美国纽约中医学院)、陈涛(英国约克大学)。

**声明** 本研究不存在任何利益冲突。

#### 参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- 2 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- 3 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·证候部分. 北京: 标准出版社, 1997.
- 4 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 中医病证部分. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- 5 中华中医药学会发布. 中医内科常见病诊疗指南: 西医疾病部分. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- 6 中华中医药学会肝胆病分会. 病毒性肝炎中医辨证标准(2017版). 中西医结合肝病杂志, 2017, 27(3): 193-194.
- 7 中华中医药学会. 冠状动脉粥样硬化性心脏病痰瘀互结证临床诊断标准. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- 8 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. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(10): 1162.
- 9 陈卫衡, 何伟, 童培建, 等. 股骨头坏死中医辨证标准(2019年版). 中医正骨, 2019, 31(6): 1-2.
- 10 李建生, 余学庆, 胡金亮, 等. 中医证候标准建立的思路与方法. 河南中医学院学报, 2004, 19(6): 4-6.
- 11 李建生, 余学庆, 王至婉. 病证结合模式下证候诊断标准建立的关键环节. 中医杂志, 2013, 54(15): 1261-1264.
- 12 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 社区获得性肺炎中医证候诊断标准(2011版). 中医杂志, 2011, 52(24): 2158-2159.
- 13 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版). 中医杂志, 2012, 53(2): 177-178.
- 14 中华中医药学会肺系病专业委员会. 慢性呼吸衰竭中医证候诊断标准(2012版). 中医杂志, 2012, 53(11): 981-983.
- 15 中华中医药学会肺系病专业委员会. 慢性肺原性心脏病中医证候诊断标准(2012版). 中医杂志, 2012, 53(12): 1075-1077.
- 16 中华中医药学会肺系病专业委员会. 弥漫性间质性肺疾病的中医证候诊断标准(2012版). 中医杂志, 2012, 53(13): 1163-1165.
- 17 中华中医药学会肺系病专业委员会. 普通感冒中医证候诊断标准(2013版). 中医杂志, 2014, 55(4): 350-351.
- 18 中华中医药学会肺系病专业委员会. 急性气管-支气管炎的中医证候诊断标准(2013版). 中医杂志, 2014, 55(3): 259-261.
- 19 中华中医药学会肺系病专业委员会, 中国民族医药学会肺病分会. 支气管哮喘中医证候诊断标准(2016版). 中医杂志, 2016, 57(22): 1978-1980.
- 20 中华中医药学会肺系病分会, 中华中医药学会内科分会, 中国民族医药学会肺病分会. 支气管扩张症中医证候诊断标准(2019版). 中医杂志, 2020, 61(15): 1377-1380.
- 21 中华中医药学会肺系病分会, 中华中医药学会内科分会, 中国民族医药学会肺病分会. 特发性肺纤维化中医证候诊断标准(2019版). 中医杂志, 2020, 61(18): 1653-1656.
- 22 中华中医药学会内科分会, 李建生, 冯贞贞, 等. 新型冠状病毒肺炎中医证候诊断标准(试行). 中医杂志, 2021, 62(1): 86-90.
- 23 国家中医药管理局脑病急症科. 中风病辨证诊断标准(试行). 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 64-66.
- 24 世界中医药学会联合会. 中医基本名词术语中英对照国际标准. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- 25 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第2部分: 证候. 2022.
- 26 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 中医病证分类与代码. 2022.
- 27 全国科学技术名词审定委员会. 中医药学名词. 北京: 科学出版社, 2005.
- 28 全国科学技术名词审定委员会. 中医药学名词·内科学妇科学儿科学. 北京: 科学出版社, 2011.
- 29 朱文锋. 证素辨证学. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- 30 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- 31 刘续宝, 王素萍. 临床流行病学与循证医学. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 132.

收稿日期: 2023-03-21 修回日期: 2023-06-09

本文编辑: 熊鹰