

· 论 坛 ·

# 中西医在临床检验诊断学的结合位点

梁文杰<sup>1</sup> 马国平<sup>2</sup> 徐红俊<sup>1</sup> 张楠<sup>1</sup> 杨帆<sup>1</sup>

医学的发展促使临床检验诊断学突飞猛进,时代的进步也对传统中医学提出了更高的要求。临床检验诊断学尽管源于西医,但在中医诊疗中的作用亦愈发凸显,二者关系日臻密切。本文从临床检验视角考量中西医结合形式,系统分析中西医在临床检验诊断学的结合位点。

1 互补性结合 临床检验诊断学具有微观性、实验性及定量性等显著特点<sup>[1]</sup>;而中医学具有宏观性、经验性及定性等特点,藉此中西医可在临床检验诊断学因互补而结合。

1.1 微观与宏观 临床检验诊断的微观性与中医病证诊断的宏观性可以互补性结合。临床检验诊断亦是一种望诊,只是利用显微镜及各种反应延伸了望诊的视野,传达传统望诊无以企及、隐于机体内部的细胞、分子等微观病证信息。

1.1.1 辨病 微观与宏观在辨病方面的结合,在中医诊疗实践中体现得淋漓尽致。通过临床检验获取微观信息已成为中西医临床的共识,临床检验已成为临床医生重要的诊疗手段。例如痢疾,传统中医以里急后重、便多便血及恶寒发热等宏观表现作为诊断要点,而临床检验辅以血象及镜检等微观指标,尤其通过细菌培养及 DNA 芯片技术可快速准确地显示病原体的遗传信息,使微观检测深及核酸层次。

1.1.2 辨证 微观与宏观在辨证方面的结合,促使微观辨证学的诞生<sup>[1,2]</sup>。微观辨证是中西医在临床检验诊断学的重要结合位点。微观辨证学吸收了以临床检验为代表的现代医学先进技术,深化和扩展了宏观辨证。依临床检验演绎而来的微观辨证在辨证标准、辨证分型及微观分类中均有重要作用。

在辨证标准与分型方面,如《白血病中医证型诊断标准》<sup>[3]</sup>,白血病分为 3 个临床证型:气阴两虚、毒热炽盛和瘀血痰结,每证均对应血象、骨髓像、超微结构、免疫分型及染色体等诸多微观指标,指出实验微观指标与辨证的有机结合是辨证分型要点。在证的微观分类方面,如陈雪功等<sup>[4]</sup>受陈可冀院士对微观辨证证型分类的启发,提出了“宏观证名加微观病性”的微观分类模式,如“血瘀证高流变性型”和“血瘀证低流变性型”、“脾阳虚低尿 17 羟类固醇型证”和“脾阳虚高尿 17 羟类固醇型证”等。于是传统的宏观中医证型结合微观实验指标,形成现代证型分类,而临床检验指标是其关键。

## 1.2 实验与经验

临床检验诊断的实验性与中医病证诊断的经验性可以互补性结合。中医学通过四诊合参司外揣内以达见微知著,往往以经验为先<sup>[5]</sup>;而临床检验诊断学通过质控的实验数据直接客观地反映机体证候信息。

1.2.1 辨病 实验与经验在辨病方面的结合,突出表现在实验数据为经验判断提供依据。医学的发展已使主观经验难以有力支撑复杂疾病的诊断,客观实验应运而生。通过实验获取诊断依据已成为中西医临床的共识,例如中医通过临床经验,可基本诊断肺癆,但临床检验可通过酶联免疫吸附试验检测结核杆菌抗体,甚而通过基因探针技术检测 DNA,从而为经验判断提供客观的实验依据。找到病原体是所有感染性疾病最有力最有价值的诊断依据。

1.2.2 辨证 实验与经验在辨证方面的结合,突出表现在证的本质研究及辨证参考依据中。在证的本质研究中,临床检验从蛋白、分子甚至基因水平探究中医证候本质,阐明证的物质基础及其病理机制。例如在对中医温病湿热证证本质的研究中,李华锋等<sup>[6]</sup>从正反两个方面论证肝脏核转录因子  $\kappa\text{B}$  (NF- $\kappa\text{B}$ ) 表达增强是温病湿热证共同的致病机制之一。其次临床检验指标是重要的辨证分型参考指标。例如杨婵娟等<sup>[7]</sup>采用基因芯片技术及随机方差模型,发现慢乙型肝炎郁脾虚证和脾胃湿热证两个证型间存在差异表达基因,并有望成为中医辨证分型的基因表达谱依据。虽然现阶段临床检验在辨证中多为参考指标,但近年日

基金项目:河北省高等教育学会“十二五”规划课题(No.GJXH2013-204);中华医学会医学教育分会课题(No.2012-LC-53);河北中医学院教育科学研究课题(No.14yb-10)

作者单位:1.河北中医学院中西医结合学院(石家庄 050200);  
2.河北医科大学第一医院心内科(石家庄 050031)

通讯作者:梁文杰, Tel: 0311-89926290, E-mail: lwj712004@126.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.06.0645

益增多的相关研究使其辨证价值渐趋明晰。

1.3 定量与定性 临床检验诊断的定量与中医病证诊断的定性可以互补性结合。中医辨病辨证多为定性,而定量是临床检验诊断的显著特点。其定量性可以弥补中医病证诊断缺乏定量标准的不足。

1.3.1 辨病 定量与定性在辨病方面的结合日臻成熟,尤其是具有医学决定水平的数值。越来越多的临床检验定量指标为中医诊疗提供数据支持,例如贫血,面色苍白、头晕乏力及嗜睡纳差等传统定性诊断指标已不能适应不同肤色人群及中医国际化,而临床检验的定量指标 Hb 量值是公认的贫血确诊指标,并对于贫血的分级和分型不可或缺。有些指标已写入中医诊断标准<sup>[8]</sup>,如抗链球菌溶血素“O”大于 500 单位及血沉加快是风湿痹诊断标准的依据之一。以实验数据为诊断依据已然成为中医临床常态行为。

1.3.2 辨证 定量与定性在辨证方面的结合亦可圈可点,临床检验将为中医辨证的量化和标准化发挥作用。有些已写入中医辨证标准,如在《白血病中医证型诊断标准》<sup>[3]</sup>中,外周血 WBC 量值、Hb 量值、PLT 量值、白血病细胞量值及骨髓原幼细胞量值,已成为白血病辨证分型参考依据。

## 2 相符性结合

临床检验诊断学有早期性、动态性及多点性等特点<sup>[5]</sup>;而中医学有“治未病”、恒动性及整体性等观念;同时二者研究内容有交叉性。藉此中西医可在临床检验诊断学因相符而结合。

### 2.1 早期性与“治未病”观念

临床检验诊断的早期性与中医“治未病”观念可以相符性结合。中医“不治已病治未病”的观念强调未病先防,既病防变,而临床检验提供了早期诊断手段,其早期性符合中医“治未病”观念并弥补有时“无证可辨”的不足。

2.1.1 辨病 例如心系亚健康状态<sup>[9]</sup>,即处于健康与心血管疾病间的低质状态或早期血管病变状态,或称疾病前驱状态(pre-disease phase),属“未病”范畴,未病之论奠定了亚健康状态的中医学理论基础,而“治未病”思想是中医干预亚健康的重要治则<sup>[10]</sup>。检验医学将是解决判定疾病前驱状态的主要途径,如血脂及血流变异常可用于判定心系亚健康状态。

2.1.2 辨证 例如潜证,潜证已有病理改变,亦是发病过程某一阶段病理状态的概括<sup>[1]</sup>,但隐而不显,伏而未发,属未病范畴,如病毒携带者。发现潜证对于“治未病”有决定意义,而证候的隐匿性使宏观的辨证论治受到局限,临床检验可以通过细胞、分子乃至

基因的检测捕捉健康外衣下的病理元素,从而发挥辨证的主导作用。

2.2 动态性与恒动观念 临床检验诊断的动态性与中医恒动观念可以相符性结合。中医强调在运动、变化与发展中分析健康与疾病,而看似静态的检验指标在人体的变化是动态的,亦强调在发展变化中寻求规律。检验指标的动态性符合中医病证的动态属性。

2.2.1 辨病 临床检验连续的瞬时检测即构成了动态检查,中医临床广泛应用。如口服葡萄糖耐量试验对血糖进行连续检测对于诊断消渴前期的空腹血糖受损、糖耐量受损乃至最终的糖尿病具有重要意义。动态检查成为中医病证疗效评定的重要内容,如在黄疸的疗效评定中,治愈、好转与未愈 3 个级别均需反复检查胆红素、转氨酶等指标。

2.2.2 辨证 证候随着疾病的演变而时刻运动变化着,适宜的检验指标反映疾病证候的变化,例如 miRNA(miRNA)是一类非编码小 RNA 分子,在冠心病的发生发展中发挥重要调控功能,而 miRNA 表达的特异性和时序性与证候的动态时空特征极其相似,将 miRNA 引入冠心病中医证候的研究<sup>[11,12]</sup>,对于冠心病中医证候动态时空的定性和定量具有重要意义。

2.3 多点性与整体观念 临床检验诊断的多点性与中医整体观念可以相符性结合。整体观念是中医的特点和优势点,是探究复杂性思维方式的先行思想,而西医也逐步认知人体是一个有机的、相互联系的整体。中西医均无法脱开整体与局部统一的现代医学模式<sup>[5]</sup>。

2.3.1 辨病 临床检验的多点检查与中医整体观念相符。医学的发展使临床检验最初的单点检测逐步发展为多点检测,包括不同部位样品的组合检测 and 同一部位样品的多元检测,检测的组合性、多元性和全面性逐渐形成检验诊断的整体性。如蛋白质组学技术研究一个细胞或一个基因组所表达的全部蛋白质,是从整体的角度分析细胞内动态变化的蛋白质组分及其生命活动规律<sup>[13]</sup>,体现了中医的整体观念。

2.3.2 辨证 临床检验微观整体性与中医宏观整体性相符。基因组具有整体性,蛋白质组亦具有整体性,这种微观的整体性与中医宏观的整体性不谋而合。如蛋白质指纹图谱技术(PFP)可检测与某一证候形成相关的一系列蛋白及其特征,从微观整体的角度揭示疾病证候的发生发展规律,构建证候的鉴别诊断模型。郝一鸣等<sup>[14]</sup>筛选出慢性肾功能衰竭中医湿证的尿液蛋白标志物(4 个差异蛋白峰),构建慢性肾

功能衰竭中医湿证诊断模型,分类湿证和非湿证的正确率 84.7%、灵敏度 92.2%、特异性 73.3%。

2.4 研究内容的交叉性 中医望诊与检验诊断的研究内容有交叉性。望诊为中医四诊之首,运用视觉观察测知病情;而临床检验诊断学的理学检查同样利用视觉。如中医望诊的望排出物与检验诊断的体液等理学检查异曲同工,相通乃至一致。

3 发展性结合 无论中医西医,孜孜以求无限复杂的人体是终极目标。临床检验诊断学的微观性、实验性、定量性及早期性为西医诊断、同时也为中医病证诊断注入发展元素。发展是宇宙和人类的永恒旋律。人体感官感知力有相对主观性和有限性,而临床检验佐助中医诊疗的客观化、科学化与标准化,并顺应了中医发展的需要,时时发挥不可替代的作用。如在现行中医病证诊断疗效标准中,普遍涉及检验诊断<sup>[15,16]</sup>。“诊断依据”标准中,9 个中医学科 100% 涉及检验诊断;397 个中医病种中 144 个(36.3%)涉及;实验项目以血液细胞分析、细菌培养和血沉最多。而“疗效评定”标准中,9 个中医学科亦 100% 涉及;397 个中医病种中 70 个(17.6%)涉及。相关研究如火如荼,已有《中医微观辨证学临证要略》<sup>[17]</sup>问世。检验诊断是细胞、分子、蛋白、miRNA 甚至基因层次的望诊,临床检验诊断学与中医学的发展性结合,有利于逐步阐明证的病理本质,有利于微观辨证学的发展及微观辨证论治体系的形成。

总之,从临床检验诊断学考量中西医结合位点,临床检验诊断学与中医学在辨病与辨证中可互补性结合(微观与宏观、实验与经验、定量与定性),相符性结合(早期性与治未病观念、动态性与恒动观念、多点性与整体观念、研究内容的交叉性)及发展性结合。检验诊断纳入中医诊断体系之中,可弥补由外揣内之不足,从而获知传统中医诊法难以获知的极其丰富的疾病信息及可靠的辨证依据,使中医病证诊断更加客观和标准,并促进高等中医药背景的临床检验诊断学学科建设。由于与中西医均密切联系,临床检验诊断学本身即中西医结合位点,其既不姓中,也不姓西,完全可以成为中医临床的臂膀,为中医发展服务。

#### 参 考 文 献

[1] 梁文杰,方朝义,丁英钧,等. 实验诊断学在中医微观辨

证中的价值评析[J].中国中西医结合杂志,2012,32(4):543-546.

[2] 郭振球. 主诉辨治法与微观辨证及其学科群的和谐发展[J].南京中医药大学学报,2009,25(3):161-163.

[3] 中华中医药学会内科学会血液病专业委员会. 白血病中医证型诊断标准[J].上海中医药杂志,2002,36(12):9.

[4] 陈雪功,张红梅,周雪梅.对“微观辨证”和“微观辨证论治体系”的思考[J].安徽中医学院学报,2010,29(2):1-3.

[5] 梁文杰,方朝义,张凤华,等.实验诊断学与中西医结合理念[J].中国中西医结合杂志,2011,31(8):1132-1135.

[6] 李华锋,刘叶,罗炳德,等.肝炎病毒温病湿热证模型小鼠肝脏 NF- $\kappa$ B 表达的研究[J].新中医,2012,44(7):152-154.

[7] 杨婵娟,刘宏伟,王丽春,等.慢性乙型肝炎肝郁脾虚证和脾胃湿热证患者的差异表达基因研究初探[J].中国中西医结合杂志,2012,32(8):1032-1037.

[8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:29.

[9] 曲淼,张明雪,何丽云.中医心系亚健康状态研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2013,15(7):1630-1632.

[10] 朱方石,王小宁.基于古代文献对亚健康状态中医认识观的探讨[J].时珍国医国药,2014,25(2):411-412.

[11] Fabian MR, Sonenberg N, Filipowicz W. Regulation of mRNA translation and stability by microRNAs[J]. Annu Rev Biochem, 2010, 79: 351-379.

[12] 王阶,虞桂. microRNA 与冠心病中医证候研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(11):1562-1565.

[13] 郎笑梅,徐珊.痰瘀证的血清蛋白质指纹图谱的临床研究[J].浙江中医药大学学报,2010,34(3):314-315.

[14] 郝一鸣,洪名超,王文静,等.基于表面增强激光解析离子化飞行时间质谱技术的慢性肾衰竭中医湿证尿液中相关蛋白研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(11):3496-3499.

[15] 马国平,王博,李红方,等.西医诊断技术在中医病证诊断疗效标准中的应用分析[J].中国全科医学,2012,15(10A):3310-3313.

[16] 梁文杰,方朝义,沈莉,等.实验诊断在现行《中医病证诊断疗效标准》中的应用分析[J].河北中医药学报,2011,26(2):47-48.

[17] 解建国.中医微观辨证学临证要略[M].上海:上海科学技术出版社,2009:1-4.

(收稿:2014-07-14 修回:2015-03-09)