

· 临床论著 ·

基于因子分析与聚类分析对溃疡性结肠炎 中医证候规律的研究

李毅^{1,2} 樊新荣³ 刘力^{1,2} 刘艳¹ 王捷虹² 王小平¹

摘要 **目的** 观察溃疡性结肠炎中医证型分类及分布规律。**方法** 收集溃疡性结肠炎患者 441 例,采用自拟《溃疡性结肠炎的中医证候流行病学调查表》进行一般情况、中医证候、舌象等临床资料的调研,基于因子分析及聚类分析探讨溃疡性结肠炎中医证候规律。**结果** 本研究收集调查问卷的 58 个症状条目因子分析, *KMO* 统计量为 0.916, *Bartlett* 球型检验 $P < 0.0001$, 适于因子分析。应用最大似然估计法共提取出 13 个公因子, 筛选出具有意义的症状 46 项, 根据病性、病位证素归纳出基本中医证型分为 6 类。聚类分析显示证型分布比例为: 脾胃气虚证占 27.66% (122/441), 大肠湿热证占 26.30% (116/441), 脾肾阳虚证占 17.69% (78/441), 肝郁脾虚证占 15.65% (69/441), 阴虚肠燥证占 8.39% (37/441), 血瘀肠络证占 4.31% (19/441)。不同病情分期和临床类型的证型分布比例为: 大肠湿热证在活动期占 48.00% (108/225), 脾胃气虚证在缓解期占 41.20% (89/216), 大肠湿热证在初发型占 53.55% (83/155), 脾胃气虚证在慢性复发型占 45.11% (60/133), 脾肾阳虚证在慢性持续型占 40.52% (47/116), 其他证型分布相当。**结论** 溃疡性结肠炎基本中医证型为 6 类, 活动期以大肠湿热证为主, 缓解期以脾胃气虚证为主, 初发型以大肠湿热证为主, 慢性复发型以脾胃气虚证为主, 慢性持续型以脾肾阳虚证为主。

关键词 溃疡性结肠炎; 中医证候; 因子分析; 聚类分析

Study on the Chinese Medical Syndrome Types of Ulcerative Colitis Based on Factor Analysis and Cluster Analysis LI Yi^{1,2}, FAN Xin-rong³, LIU Li^{1,2}, LIU Yan¹, WANG Jie-hong², and WANG Xiao-ping¹ 1 Department of Internal Medicine, Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi (712046); 2 Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi (712000); 3 Party Committee Office, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100700)

ABSTRACT **Objective** To explore the characteristics of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome classification and the distribution pattern of syndrome types in ulcerative colitis. **Methods** Diagnostic information was collected from 441 cases of ulcerative colitis patients. The general situation, combined with clinical data of disease, TCM syndrome, tongue information were investigated using self-made "ulcerative colitis TCM syndrome epidemiology questionnaire", and analyzed by factor analysis and cluster analysis method. **Results** Factor analysis was used to analyze the 58 syndrome entries, and the *KMO* statistic was 0.916, *Bartlett* ball type test $P < 0.0001$. A total of 13 common factors were extracted and 46 significant symptoms were screened out by the maximum likelihood estimation method. According to the disease nature and location, the basic TCM syndromes of ulcerative colitis were divided into 6 categories. Cluster analysis showed that the proportion of syndrome types were as follows: the syndrome of Pi-Wei qi deficiency was 27.66% (122/441), the syndrome of large intestine dampness-heat was

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (No. 81173156); 陕西省科技厅研究资助项目 (No. 2013JQ4009); 陕西省教育厅研究资助项目 (No. 2014JK1200)

作者单位: 1. 陕西中医药大学内科学教研室 (西安 712046); 2. 陕西中医药大学附属医院消化内科 (西安 712000); 3. 中国中医科学院党委办公室 (北京 100700)

通讯作者: 刘力, Tel: 029-38183975, E-mail: liuyan791@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20170821.200

26.30% (116/441), the syndrome of Pi-Shen yang deficiency was 17.69% (78/441), the syndrome of Gan depression Pi deficiency was 15.65% (69/441), the syndrome of yin deficiency and intestinal dryness was 8.39% (37/441), and the syndrome of blood stasis and intestinal collaterals was 4.31% (19/441). In addition, the distribution of TCM syndromes in different stage and clinical type were analyzed, which the syndrome of large intestine dampness-heat accounted for 48.00% (108/225) during the activity period, the syndrome of Pi-Wei qi deficiency was 41.20% (89/216) in the remission stage, the syndrome of large intestine dampness-heat accounted for 53.55% (83/155) in first episode types, the syndrome of Pi-Wei qi deficiency accounted for 45.11% (60/133) in chronic recurrence types, the syndrome of Pi-Shen yang deficiency accounted for 40.52% (47/116) in chronic persistent types, and the other syndromes were similar in distribution. Conclusions The basic TCM syndromes of ulcerative colitis show 6 categories. Among them, the syndrome of UC in active stage was mainly large intestine dampness-heat, and the syndrome of Pi-Wei qi deficiency was the main type of UC remission stage. The first episode type of UC was mainly the syndrome of large intestine dampness heat, the chronic recurrence type was mainly the syndrome of Pi-Wei qi deficiency, and the chronic persistent type was mainly the syndrome of Pi-Shen yang deficiency.

KEYWORDS ulcerative colitis; Chinese medical syndrome type; factor analysis; cluster analysis

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 又称为慢性非特异性溃疡性结肠炎, 属非特异性炎症性肠病^[1], 临床以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要表现, 属于中医学“泄泻”“痢疾”“腹痛”等范畴^[2,3]。UC 辨证分型中大多数学者是根据经验来进行分类, 尚无统一规范, 认识也不统一^[4-6]。为了观察 UC 中医学证型分类及分布规律, 本研究采用临床流行病学的原则和方法进行收集临床病例, 应用因子分析与聚类分析的方法对大样本病例的四诊信息进行分析研究。

资料与方法

1 诊断标准 UC 诊断标准: 参照 2000 年中华医学会在成都会议修订的 UC 的诊断标准, 并经肠镜确诊^[7]。中医辨证分型诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]、《中医诊断学》^[9]、《中药新药临床研究指导原则》^[10], 结合专家咨询制定的证型诊断标准。UC 中医症状半定量分级计分标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]“症状分级量化表”, 共 58 个中医症状变量, 对于能够分级的症状划分为无、轻度、中度、重度, 用 0、1、2、3 分表示; 对难以分级的症状体征分为不出现、出现, 分别记为 0、1 分^[4-6]。

2 纳入标准 (1) 符合 UC 诊断标准和中医辨证分型诊断标准; (2) 年龄 18 ~ 70 周岁; (3) 汉族; (4) 无严重并发症; (5) 结肠镜检查 and 病理检查无癌变者; (6) 粪便检查未发现血吸虫卵或毛蚴阴性者。

3 排除标准 (1) 粪便和结肠镜检时所取分泌物培养分离出痢疾杆菌, 或可找到溶组织内阿米巴滋养体、包囊; (2) 不能除外结肠克罗恩病及缺血性结肠

炎、放射性结肠炎、肠结核等者; (3) 伴有精神疾病者, 严重神经功能缺损如失语、失认者。

4 一般资料 病例均来自 2011 年 1 月—2015 年 12 月陕西中医药大学附属医院 (209 例)、陕西中医药大学第二附属医院 (131 例)、陕西省中医院 (101 例) 的消化内科的住院或门诊患者, 共收到合格病例 441 份。具体一般情况见表 1。

5 样本量估计 为确保有效数学处理, 多因素分析需要观测数至少是变量数目的 5 ~ 10 倍^[11,12]。本研究变量是 58, 故需要样本量 $n = 58 \times (5 \sim 10) = 290 \sim 580$, 本研究选择 441 例患者, 符合样本量要求。

6 研究方法 依据 UC 诊断标准、中医辨证标准及临床流行病学调查要求, 设计《UC 中医证候流行病学临床调查表》, 主要内容包括一般情况、既往病史、家族史、体格检查、相关检查、中西诊断及 58 项中医症状条目池。现场采集资料严格按照临床设计方案, 通过稳定调查人员、统一调查表格、统一调查时间、统一诊断标准, 尽可能减少选择性偏倚和测量性偏倚^[4-6]。将中医四诊信息输入 Access 数据库, 整个过程采用双人双机独立录入数据, 并对数据进行核对及检查, 最后锁定数据库, 使用 SPSS 16.0 软件进行统计分析, 以 58 项中医症状作为因子分析的对象, 通过因子分析的 KMO 检验及 Bartlett 球型检验、提取因子 (因子数目的确定, 可按累计贡献率 > 70% 或特征值 > 1 的因子数目)、因子旋转 (选择载荷系数 > 0.3 的变量) 等步骤分析^[13,14], 以获得 UC 主要中医证型分类; 在因子分析的基础上对 441 个样本进行聚类分析, 以归纳出 UC 主要中医证型分布规律。

表 1 溃疡性结肠炎患病一般情况

项目	[例(%)]
性别	
男	252(57.14)
女	189(42.86)
病情分期	
活动期	225(51.02)
缓解期	216(48.98)
病程	
1 年内	141(31.97)
1~5 年	195(44.22)
6~10 年	61(13.83)
10 年以上	44(9.98)
临床类型	
初发型	155(35.15)
慢性复发型	133(30.16)
慢性持续型	116(26.30)
急性暴发型	37(8.39)
病情程度	
轻度	243(55.10)
中度	157(35.60)
重度	41(9.30)
病变范围	
直肠及远段结肠	322(73.02)
广泛结肠及全结肠	119(26.98)
镜下严重程度分级	
无	23(5.22)
I 级	78(17.69)
II 级	120(27.21)
III 级	134(30.39)
IV 级	86(19.50)
组织学严重程度分级	
I 级	35(7.94)
II 级	264(59.86)
III 级	142(32.20)

结 果

1 UC 证候类型因子分析

1.1 KMO 检验及 Bartlett 球型检验(表 2) 适用检验是在分析前,KMO 统计量为 0.916,偏相关性弱,Bartlett 球型检验,拒绝单位相关阵的原假设,P=0.000<0.0001,适于因子分析。

表 2 KMO 检验及 Bartlett 球型检验

KMO 检验统计量	0.916
Bartlett 球型检验	Approx. Chi-Square 20 196.617
	df 880.0
	Sig. 0.000

1.2 提取因子(图 1) 共可提取出 13 个公因子,累计方差贡献率为 74.316%。

1.3 因子旋转(表 3) 被提取的具有意义的症状有 46 项,得出 13 个公因子所包含的变量及其载荷

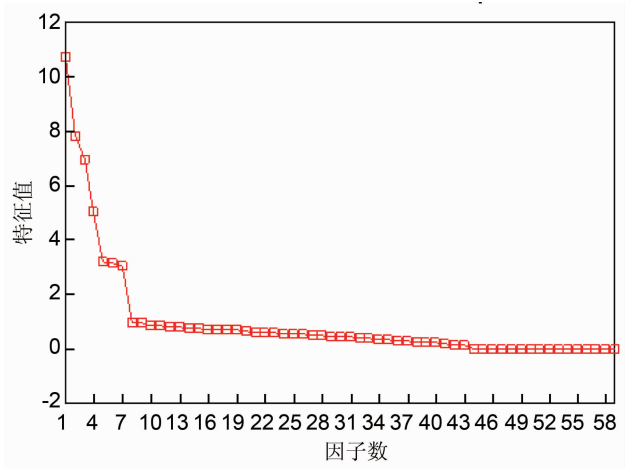


图 1 441 例溃疡性结肠炎患者因子碎石图

系数。根据病性证素及病位证素划分,可将 F1 与 F9 合并为脾胃气虚证;F2 与 F8 合并为大肠湿热证;F3 与 F6 合并为肝郁脾虚证;F5 与 F12 及 F13 合并为脾肾阳虚证;F4 与 F10 合并为阴虚肠燥证;F7 与 F11 合并为血瘀肠络证。

表 3 各因子的变量构成及证素分析

因子	四诊指标(因子载荷系数)	病性证素	病位证素
F1	神疲懒言 0.529,头晕 0.450,便溏 0.652,纳差 0.518,食后腹胀 0.538,腹部隐痛 0.667,脉濡缓 0.472	气虚	脾
F2	肛门灼热 0.471,脉滑数 0.767,舌质红 0.602,腹部灼痛 0.534,里急后重 0.546	湿热	肠
F3	与情志有关 0.651,胸胁胀闷 0.460,腹痛则泻、泻后痛泻 0.777	气滞	肝
F4	脉细数 0.846,五心烦热 0.649,午后潮热 0.430,腹部隐隐灼痛 0.493,虚坐努责 0.386	阴虚	肾
F5	畏寒肢冷 0.573,腹部冷痛 0.857,腹痛喜温喜按 0.667,苔白滑 0.724,舌淡胖边齿痕 0.511,五更泻 0.804,遇劳或寒加重 0.544	阳虚	肾
F6	脉弦 0.512,矢气较频 0.475,腹部胀痛 0.602	气滞	肝
F7	腹部刺痛 0.800,腹部固定痛 0.434,面色晦暗 0.582	血瘀	肠
F8	头身困重 0.568,口腻 0.464,黏液脓血便 0.341,苔黄腻 0.762	湿热	脾
F9	舌淡 0.615,苔白微腻 0.526	气虚	脾
F10	口燥咽干 0.331,舌红少苔 0.635	阴虚	胃
F11	舌瘀点瘀斑 0.840,舌质紫暗 0.711	血瘀	肠
F12	脉沉细或弱 0.748,滑脱不禁 0.632	阳虚	肾
F13	腰膝酸软 0.430	阳虚	肾

2 证候分布聚类分析(表 4) 在因子分析的基础上 441 个样本进行聚类分析,发现聚成 6 类时其均值分布最为合理:为脾胃气虚证、大肠湿热证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴虚肠燥证和血瘀肠络证,其中脾胃气虚证和大肠湿热证最为常见。

表 5 不同病情分期、临床类型的中医证型分布 [例(%)]

		大肠湿热证 (116 例)	脾胃气虚证 (122 例)	脾肾阳虚证 (78 例)	肝郁脾虚证 (69 例)	阴虚肠燥证 (37 例)	血瘀肠络证 (19 例)	合计 (441 例)
病情分期	活动期	108(48.00)	33(14.67)	21(9.33)	37(16.44)	17(7.56)	9(4.00)	225
	缓解期	8(3.70)	89(41.20)	57(26.39)	32(14.81)	20(9.26)	10(4.63)	216
临床类型	初发型	83(53.55)	22(14.19)	9(5.81)	20(12.90)	12(7.74)	9(5.81)	155
	慢性复发型	20(15.04)	60(45.11)	17(12.78)	20(15.04)	13(9.77)	3(2.26)	133
	慢性持续型	1(0.86)	29(25.00)	47(40.52)	21(18.10)	11(9.48)	7(6.03)	116
	急性暴发型	5(13.51)	11(29.73)	5(13.51)	8(21.62)	1(2.70)	0(0.00)	37

表 4 证型分类的因子构成及分布

类别	构成因子	辨证类型	例数	构成比 (%)
第一类	F2、F8	大肠湿热证	116	26.30
第二类	F1、F9	脾胃气虚证	122	27.66
第三类	F5、F12、F13	脾肾阳虚证	78	17.69
第四类	F3、F6	肝郁脾虚证	69	15.65
第五类	F4、F10	阴虚肠燥证	37	8.39
第六类	F11、F7	血瘀肠络证	19	4.31

3 不同病情分期、临床类型的中医证型分布 (表 5) 活动期以大肠湿热证为主,缓解期以脾胃气虚证为主,其他证型在活动期与缓解期的分布相当。初发型以大肠湿热证为主,慢性复发型以脾胃气虚证为主,慢性持续型以脾肾阳虚证为主;其他证型在初发型、慢性复发型、慢性持续型的分布相当。

讨 论

UC 具有病程长、反复发作的特点,且无特效治疗方法^[15],但中医辨证治疗本病有一定的优势。临床上辨证论治是提高疗效的主要原因之一,抓住“证候”这一关键环节开展研究,然而 UC 众多证候要素关系错综复杂,辨证分型不一致,如王幼等^[16]将 UC 辨证分为肝郁脾湿型、湿郁化热型及脾肾阳虚型 3 类型,李万铮^[17]将其临床 UC 患者分为肝脾湿热型、肝郁脾虚型、脾虚挟湿型、脾阳虚型、脾肾阳虚型 5 类证型。辨证者的思路和出发点不一样,所分证型参差不齐,少则 3 型,多则 8 型,缺乏规范化和可比性,影响临床疗效的提高^[4]。因此,要规范 UC 辨证分型,通过前瞻性的科学设计,开展大样本流行病学调查,将“因子分析”、“聚类分析”等现代多元统计方法引入中医证候研究中,以期提高中医辨证科学性。

因子分析是处理降维的一种多元统计方法,能将错综复杂的变量信息降维总结为数量较少的几个因子,中医证候则是不可直接观测的,它隐藏在四诊信息背后,根据四诊信息来进行分析以达到辨证,这与因子分析有相似之处,用因子分析方法寻找中医四诊信息

背后的支配它们的公因子(证候)^[14]。本研究在因子分析方法将 UC 分为 6 种证型,F2 及 F8 可代表大肠湿热证,F1 及 F9 可代表脾胃气虚证,F5、F12 及 F13 可代表脾肾阳虚证,F3 及 F6 可代表肝郁脾虚证,F4 及 F10 可代表阴虚肠燥证,F11 及 F7 可代表血瘀肠络证。采用聚类分析出该病的证型分布比例,依次为脾胃气虚证 27.66%、大肠湿热证 26.30%、脾肾阳虚证 17.69%、肝郁脾虚证 15.65%、阴虚肠燥证 8.39%、血瘀肠络证 4.31%,以脾胃气虚证、大肠湿热证最为常见。活动期以大肠湿热证为主,缓解期以脾胃气虚证为主,初发型以大肠湿热证为主,慢性复发型以脾胃气虚证为主,慢性持续型以脾肾阳虚证为主。本团队有文献研究证型频次结果示大肠湿热证所占比例最大,为 27.39%,脾胃虚弱证占 19.20%,肝郁脾虚证占 13.46%,脾肾阳虚证占 13.18%,寒热错杂证占 6.17%,血瘀肠络证占 5.29%,阴虚肠燥证占 5.12%^[18],与本研究稍有不同。本研究病例来源仅限于陕西省,虽地域较局限性,但运用因子分析、聚类分析等多元统计方法较为客观地分析出 UC 中医证型分类及证型分布规律,是克服证候非线性、多重共线性等的研究,克服了传统辨证方法的主观性或随意性^[19,20],为该病中医辨证分型客观化提供了一种新的方法和思路,为中医证候的客观化、规范化研究奠定了一定的基础。

参 考 文 献

[1] Tew GW, Hackney JA, Gibbons D, et al. Association between response to Etrolizumab and expression of integrin α E and Granzyme A in colon biopsies of patients with ulcerative colitis [J]. Gastroenterology, 2016, 150(2): 477-487.

[2] 王建云,王新月,孙慧怡,等. 溃疡性结肠炎患者血清及结肠组织 α 1-抗胰蛋白酶水平与肺功能损害相关性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(1): 20-26.

[3] 孙慧怡,王新月,吴健,等. 溃疡性结肠炎肺功能损害和肺与大肠的表里关联性[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(5): 591-594.

- [4] 李毅, 刘艳, 刘力, 等. 溃疡性结肠炎症状学聚类研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(4): 1027-1029.
- [5] 李毅, 刘艳, 刘力, 等. 溃疡性结肠炎中医症状学主成分分析[J]. 中医药导报, 2016, 25(7): 32-35.
- [6] 李毅, 刘艳, 刘力, 等. 基于多元统计方法对溃疡性结肠炎辨证标准的研究[J]. 中医药导报, 2016, 22(12): 42-47.
- [7] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(4): 236-239.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 107-110.
- [9] 朱文锋主编. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 176-208.
- [10] 国家中医药管理局. 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: 129-133.
- [11] 曾光主编. 现代流行病学方法与应用[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1994: 13-32.
- [12] 蒋知俭主编. 医学统计学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 253-256.
- [13] 李毅. 消化性溃疡中医辨证规律及辨证治疗的临床研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2009.
- [14] 李毅, 张小萍. 消化性溃疡中医证候的因子分析[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(12): 3379-3380.
- [15] 樊慧丽, 陈玉梅. 溃疡性结肠炎的发病机制和治疗进展[J]. 中国全科医学, 2012, 15(1B): 228-230.
- [16] 王幼, 孟昭彦, 王春霞, 等. 溃疡性结肠炎的中医辨证治疗[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(12): 401.
- [17] 李万铮. 辨证治疗慢性结肠炎体会[J]. 四川中医, 1999, 17(6): 13-14.
- [18] 李毅, 刘艳, 刘力, 等. 溃疡性结肠炎的中医辨证分型统计分析[J]. 中医药导报, 2016, 25(11): 94-95, 98.
- [19] 孟庆扬, 马建伟, 董静, 等. 基于因子与聚类分析的 2 型糖尿病合并血脂异常中医证素特点及辨证分型研究[J]. 解放军医药杂志, 2015, 27(9): 30-33.
- [20] 孙敬雯, 渠乐, 陈苗苗, 等. 新疆汉、维、哈族高脂血症患者中医证候特点研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(8): 929-932.

(收稿: 2016-09-20 修回: 2017-08-17)

责任编辑: 白霞

· 书 讯 ·

《中华文化与中医学丛书》出版

1992 年, 陈可冀院士主编了国内外首套《中华文化与中医学丛书》, 从儒学、道学、佛学、周易、甲骨文、文物考古、兵学、古典文学、民俗学、饮食医养和象数等文化视角诠释和探讨中医药的理论与实践之奥秘, 对学术界和社会产生了积极影响, 成为本领域研究的奠基之作。时隔 20 年, 回首此套丛书, 仍有其学术价值和现实意义。2017 年 5 月, 这套丛书再次修订, “盛装登场”, 进一步探隐溯源中华文化与中医学之间的联系, 力争在整理中发展、在继承中创新。我们分享给读者, 希望更深刻地理解之。

中医学与数千年中华文化血脉相连。中医学是一门临床实践性极强的科学技术, 它既源于历代医疗实践, 也和数千年中华文化血脉相连。古有“上医医国”(《国语·晋语》)和“不为宰相, 则为良医”(《宋史·崔与之传》)之说。汗牛充栋的文史典籍中, 包含有大量的医药文明成果; 卷帙浩瀚的医药文献里, 也蕴藏着丰厚的中华文化精髓。如“天行健, 君子以自强不息”(《周易·乾卦》)和“君子以思患而预防之”(《周易·既济·象》), 这在中医药学中则体现为积极主动的生命观和防范未然的理念; “人法地, 地法天, 天法道, 道法自然”(《道德经》第 25 章), 在中医药学中则演化为天人相应、顺势而为的治疗观和养生保健理念。“仁智者寿”(《孔子家语·五仪解》)的命题, 在中医药学中则变化为“学不因老而废”(《老老恒言·书室》)、养性以延命、动静相结合的老年养生观。

临床诊疗健身与道与佛的不解之缘。在中医学临床应用领域, 骨折筋伤后功能锻炼之竹筒“搓滚舒筋”法来自道门, 历史名方如补益肝肾的七宝美髯丹也出于道士之手。现代妇科名方四物汤载于唐代蔺道人的《仙授理伤续断秘方》, 最初为治疗“重伤, 肠内有瘀血者”; 传统产后调理方佛手散(川芎、当归)与生化汤, 乃源自佛门。更不用说易筋经、五禽戏、六字诀、八段锦、太极拳等各种导引健身功法与道与佛的不解之缘。

中医学之于传统文化, 虽吸收并蓄, 但并非全盘接受, 而是有所扬弃和发挥。近年来, 坊间常热议“辟谷”, 虽为道教背景, 但“中医并不主张辟谷”, 而是提倡“饮食有节”“谷肉果菜, 食养尽之”。

古代“医家十要”与“病家十要”并重。当代外科学泰斗裘法祖院士曾说, “德不近佛者不可为医, 才不近仙者不可为医”。古代医者多兼具儒家情怀、道家风骨和菩萨心肠。佛教的“大慈大悲”“普渡众生”, 道教的“轮回”“因果报应”, 都在中国传统医德规范中有所体现。

当下医患关系紧张, 社会舆论多责之于医生, 而古代医家却很重视患者行为对疗效及医患关系的影响, 主张对病家行为做出规范。明代龚廷贤的《万病回春》在“医家十要”后列出“病家十要”, 提出病人不信巫医邪说、遵医嘱按时服药、有病早治以及饮食、情绪、起居等自我调理不可偏废, 乃至家属的主动配合, 均与疗效密切相关。这些见识与早期儒家文化在人伦关系上讲究权力与义务对等的观念一脉相承, 对现代改善医患关系颇具启迪意义。

(转载自《医师报》2017 年 9 月 14 日第 9 版)