

基于名医名家临证经验的前列腺增生症中医证候、 证素分布文献分析

吴梦婷¹, 王婷^{1,2}, 刘珊¹, 陈聪¹, 范琼尹¹, 苏泽琦^{1,2*}

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 国家中医药管理局 名医名方重点研究室, 北京 100029)

[摘要] **目的:** 基于名医名家临证经验,明确前列腺增生症(BPH)证候类型及证候要素分布规律,以期为指导临床实践及科学研究提供依据。**方法:** 确定名医名家名单,系统检索 1997 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日,中国知网(CNKI),中国生物医学文献服务系统(CBM)、重庆维普中文期刊数据库(QVIP)、万方数据库中名医名家诊治 BPH 相关文献,根据纳入标准及排除标准,对检索的相关文献阅读后,纳入合格文献。建立文献分析数据库,分析、整合中医证候及证候要素相关内容,应用 SPSS 20.0 软件进行统计,获得 BPH 中医证候类型及证候要素分布特点。**结果:** 该研究共纳入合格文献 141 篇,涉及 92 位名医名家,结合医家对 BPH 整体论述及医案列举,得到 BPH 常见证候类型为肾虚血瘀证、膀胱湿热证、肾阴虚证、肾阳虚证、肝郁气滞证等;病位证素主要为肾、膀胱、脾、肺、肝;病性证素主要为血瘀、气虚、热、阳虚、湿等。对医案中症状特点进行归纳整理,得到 BPH 常见症状为尿频、尿滴沥、尿急、夜尿增多、排尿困难等;舌质以淡红、红、暗红、瘀斑瘀点为主;舌苔以黄腻、薄白、薄黄、白腻为主;脉象以沉细、细涩、弦脉、弦滑为主。**结论:** 该研究基于名医名家临证经验,得出 BPH 病位在下焦,主要责之肾与膀胱,核心病机总属本虚标实,肾虚为本,瘀血、湿热、痰浊、气滞为标,且以复合证型多见。

[关键词] 前列腺增生; 证候; 证候要素; 文献研究

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)20-0173-08

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20191724

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20190515.2204.019.html>

[网络出版时间] 2019-05-16 15:41

Literatures on Distribution Features of Traditional Chinese Medicine Syndromes and Syndrome Elements of Benign Prostatic Hyperplasia Based on Experience of Famous Doctors

WU Meng-ting¹, WANG Ting^{1,2}, LIU Shan¹, CHEN Cong¹, FAN Qiong-yin¹, SU Ze-qi^{1,2*}

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. Key Laboratory of Famous Doctors and Famous Prescriptions of State Administration of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

[Abstract] **Objective:** Based on the experience of famous doctors, the pattern of syndromes of benign prostatic hyperplasia (BPH) and the distribution of syndrome elements are defined to provide a basis for guiding clinical practice and scientific research. **Method:** The name list of famous doctors was defined. Relevant literatures on famous doctors' diagnosis and treatment of BPH between January 1, 1997 and December 31, 2018, were systematically retrieved in CNKI, CBM, CQVIP, Wanfang database. According to the inclusion criteria and exclusion criteria, relevant literatures were read, and eligible literatures were included. A literature analysis database was established for analysis and integration of relevant content of traditional Chinese medicine (TCM)

[收稿日期] 20190305(001)

[基金项目] 北京中医药大学横向课题项目(2016110031004248)

[第一作者] 吴梦婷,在读硕士,从事中医药治疗生殖疾病的机制研究,E-mail:476494609@qq.com

[通信作者] *苏泽琦,博士,助理研究员,从事中西医结合基础与临床研究,E-mail:suzeqi@aliyun.com

syndromes and syndrome elements. SPSS 20.0 software was used for statistics and analysis of BPH TCM syndrome types and distribution characteristics of syndrome elements. **Result:** This study included a total of 141 eligible documents, involving 92 famous doctors. Based on the doctors' overall discussion of BPH and medical case examples, common types of BPH syndrome included kidney deficiency and blood stasis syndrome, bladder dampness syndrome, kidney Yin deficiency syndrome, kidney Yang deficiency Syndrome, liver Qi stagnation syndrome, main symptom factors of disease location included kidney, bladder, spleen, lung, liver, and main symptom factors of disease nature included blood stasis, Qi deficiency, heat, yang deficiency, and dampness. The characteristics of the symptoms in the medical case were collected and summarized, including frequent urinary symptoms, frequent urination, urinary drip, urgency, nocturia, difficulty in urinating, the tongue is mainly light red, red, dark red, and sputum, the tongue coating is mainly yellow, thin white, thin yellow and white greasy, and the pulse is mainly composed of deep, fine, string and slipping. **Conclusion:** Based on the experience of famous doctors, the core pathogenesis of BPH is deficient in origin and excessive in superficiality, the kidney deficiency is the root cause, the dampness heat is the symptom, and the compound syndrome is common.

[**Key words**] prostatic hyperplasia; syndrome; syndrome elements; literature research

前列腺增生症(BPH)是引起中老年男性排尿障碍最为常见的一种良性疾病,临床以尿频、尿急、夜尿增多以及排尿困难、尿后滴沥等为主要表现^[1]。其患病率高,且随着年龄的增长而增加,60岁老年男性患病率>50%,80岁则高达83%^[2],严重影响了中老年男性身心健康和生活质量。目前,BPH的发病机制尚未被完全阐明,存在多种学说^[3-4],西医学以药物干预和外科手术为其主要治疗方案,但前者易引起勃起功能障碍,后者存在术后并发症等风险^[5-6],对其进行积极有效的治疗具有重大意义。近年来,各医家学者从临床疗效、动物实验、药物研发等多个角度对BPH进行研究分析,多项研究均表明中医药在改善患者临床症状和缩小前列腺体积等多个方面具有显著优势^[7-10]。而现阶段对于BPH中医证候分型及证候要素判别却没有统一的标准^[1,11],制约了名医经验的传承应用。为了明确BPH的中医证候及证候要素分布,更好的指导临床实践、传承名医临证经验,本研究创新研究思路,以名医名家临证经验为切入点,选取了包括三届国医大师、全国名中医、省部级名中医及各地方知名专家在内的名医名家,梳理他们对BPH的认识,获得基于名医临证经验的BPH中医证候及证候要素分布规律,以期为指导临床实践及科学研究提供依据。

1 资料与方法

1.1 拟定名医名家名单 本研究所选取名医名家来源于三届国医大师、全国名中医、省部级名中医以及各地方知名专家。

1.2 检索策略 根据名医名家名单,以“前列腺增

生症”为主题词,计算机系统检索中国学术期刊全文数据库(CNKI),中国生物医学文献数据库(CBM),重庆维普中文期刊数据库(CQVIP),万方数据库,自1997年1月1日至2018年12月31日,BPH中医临证经验相关文献。

1.3 纳入、排除标准 纳入标准,中医及中西医结合辨证治疗BPH的相关文献,包括专家经验介绍、临床诊治思路、临证用药、临床研究、医案列举等;文献中所涉及病例均须明确BPH诊断。排除标准,明确提出使用外科手术治疗及术后并发症等相关文献。

1.4 文献筛选与评价 将全部文献题录导入Note Express 3.2.0软件,进行合库查重,相同文献题录按1篇纳入。根据纳入与排除标准,逐一核查文献标题及摘要内容,剔除不合格文献。对经初步筛选后的文献进行全文下载并逐一阅读,进行二次筛选。其中对同一医家的临证经验、学术思想、用药规律等不同角度发表的文章,选择内容最为翔实的1篇,若两篇或多篇文献介绍的专家相同,则整合归纳核心思想,以1篇计。最终形成“BPH中医证候、证素分布特点研究数据库”。

1.5 名词术语规范方法

1.5.1 证候名称规范方法 根据中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》^[12]以及《中医药学名词》^[13]对文献中所涉及的证候类型进行规范。同时结合《中医诊断学》^[14]《中医证候鉴别诊断学》^[15]进行补充,最终使内涵相同但表述不同的中医证型进行名称的统一。如将表述为“肾阴虚证”“肾阴亏虚证”“肾阴不足证”“真阴亏虚证”

统一为“肾阴虚证”。

1.5.2 证候要素拆分方案 参照《证素辨证学》^[16]以及证素研究相关文献^[17-18],将文献中涉及的证候类型分解为基本要素,包括病位证素和病性证素两个部分。如“膀胱湿热”分解为病位证素“膀胱”;病性证素“湿”“热”。

1.6 资料处理及数据统计 根据“BPH 中医证候、证素分布特点研究数据库”,对纳入文献进行信息提取和数据录入。形成“名医名家诊治 BPH 证候、

证素文献分析表”,对表中全部数据进行复核后,导入 SPSS 20.0 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 文献检索 各数据库检索文章数分别为 CNKI 434 篇, CBM 2 495 篇, CQVIP 271 篇, 万方数据库 4 567 篇, 总计 7 767 篇。参照纳入标准及排除标准,对上述文献进行合库查重、阅读标题、摘要以及全文,筛选与评价后最终纳入文献 141 篇,见图 1。

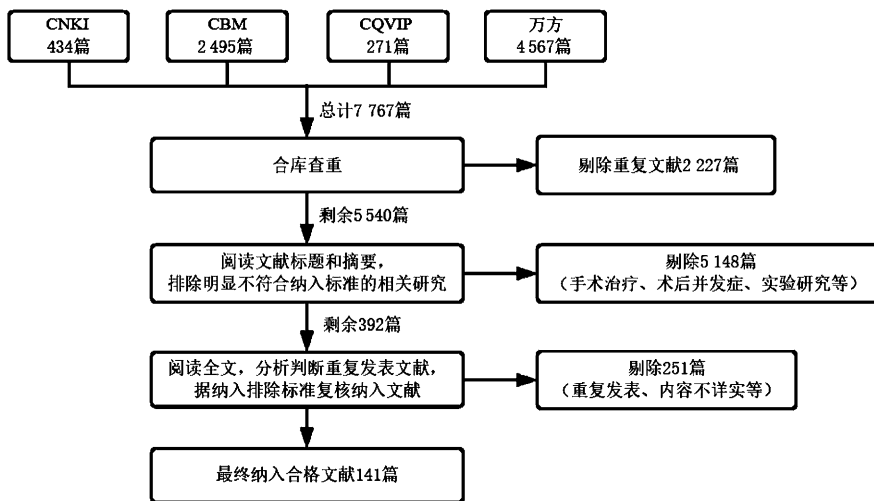


图 1 文献纳入排除流程

Fig.1 Flow chart of literature inclusion and exclusion

在最终纳入的 141 篇文献中,共涉及名医名家 92 人,其中包括国医大师 4 人、全国名老中医 23 人、省部级名中医 12 人及地方知名专家 53 人。其中有 66 位名医名家对 BPH 的学术思想、临证经验进行了整体论述,共涉及文献 109 篇;另有 26 位名医名家通过 BPH 的医案及经验方列举为切入点,对 BPH 的病因、病机、证候类型、治则及治法等进行分析,涉及文献 32 篇。

2.2 中医证候类型分布研究 本研究首先对 BPH 整体论述的 109 篇文献以及 BPH 医案列举的 32 篇文献分别进行分析,保留了各名医名家对证候的原始描述,前者共获得 70 种证候类型,累计频次 145 次,出现频率较高者依次为“气滞血瘀证”“湿热下注证”“膀胱湿热证”“肾阴虚证”;后者共获得 29 种证候类型,累计出现频次 43 次,出现频率较高者依次为“湿热下注证”“膀胱湿热证”“肾虚血瘀证”。其中,出现频次 ≥ 2 的证候类型见表 1,2。

综合上述两者共获得 BPH 证候类型 84 种。按前述证候名称规范方法,本研究对 109 篇 BPH 整体

论述的文献(涉及 70 种证候类型)和 32 篇 BPH 医案列举的文献(涉及的 29 种证候类型)进行规范,前者共获得 34 种证候类型,出现频次 150 次,频率较高者依次为“肾虚血瘀证”“膀胱湿热证”“肾阴虚证”“肾阳虚证”;后者共获得 22 种证候类型,出现频次 43 次,频率较高者依次为“膀胱湿热证”“膀胱湿热血瘀证”“肾虚血瘀证”“肝郁气滞证”,出现频次 ≥ 2 的证候类型见表 3,4。

2.3 证候要素分布研究 对名医名家整体论述 BPH 的 109 篇文献中病机分析及证候类型进行归纳统计,共提取证候要素 19 个,其中包括病位类证候要素 9 个,累计出现频次 186 次,频率较高者依次为“肾”“膀胱”“脾”“肺”“肝”;病性类证候要素 10 个,累计出现频次 320 次,频率较高者依次为“血瘀”“气虚”“热”“阳虚”“湿”。见表 5,6。

对名医名家医案列举的 32 篇文献进行整理,提取证候要素 17 个,其中包括病位类证候要素 8 个,累计出现频次 60 次,频率较高者依次为“膀胱”“肾”“脾”“肺”;病性类证候要素 10 个,累计出现频

表 1 基于 109 篇 BPH 整体论述文献的证候名称规范前证候类型分布 ($n \geq 2$)

Table 1 Distribution of pre-symptom types based on syndrome name of 109 articles of BPH ($n \geq 2$)

证候类型	频次/ n	频率/%
气滞血瘀证	10	15.15
湿热下注证	8	12.12
膀胱湿热证	7	10.61
肾阴虚证	7	10.61
肾虚血瘀证	6	9.09
肾阳虚证	6	9.09
中气不足证	6	9.09
脾肾阳虚证	5	7.58
气虚血瘀证	4	6.06
湿热瘀阻证	4	6.06
肾阴亏虚证	4	6.06
肾阴不足证	3	4.55
气阴两虚证	3	4.55
肾气亏虚证	3	4.55
肾阳不足证	3	4.55
肾阳虚衰证	3	4.55
肺热失宣证	2	3.03
肺热壅盛证	2	3.03
肝气郁滞证	2	3.03
肝郁气滞证	2	3.03
湿热证	2	3.03
实热证	2	3.03
阴虚火旺证	2	3.03
瘀血阻滞证	2	3.03
中气下陷证	2	3.03

次 82 次, 频率较高者依次为“血瘀”“气虚”“热”“湿”。见表 7, 8。

2.4 基于医案列举中 BPH 症状特点研究 对 32 篇名医名家医案列举文献中的症状进行归纳统计(共涉及医案 39 例), 将医案中症状分为泌尿系症状及全身症状两大类, 前者出现频次较高者依次为“尿频”“尿滴沥”“尿急”“夜尿增多”“排尿困难”; 后者出现频次较高者依次为“小腹胀满”“大便干结”“神疲乏力”“腰膝酸软”“失眠”, 分别选取出现频次 ≥ 5 的症状, 见表 9。同时对文献中患者的舌质、舌苔及脉象进行归纳统计, 舌质以“淡红”“红”“暗红”为主; 舌苔以“黄腻”“薄白”“薄黄”为主; 脉象以“沉细”“细涩”“弦脉”为主, 见表 10。

表 2 基于 32 篇 BPH 医案列举文献的证候名称规范前证候类型分布 ($n \geq 2$)

Table 2 Distribution of pre-symptom types based on syndrome name of 32 BPH medical records ($n \geq 2$)

证候类型	频次/ n	频率/%
湿热下注证	4	15.38
膀胱湿热证	3	11.54
肾虚血瘀证	3	11.54
脾肾亏虚证	2	7.69
脾肾气虚证	2	7.69
气滞血瘀证	2	7.69
湿热内蕴证	2	7.69
湿热瘀阻证	2	7.69
瘀血阻滞证	2	7.69
中气下陷证	2	7.69

表 3 基于 109 篇 BPH 整体论述文献的证候名称规范后证候类型分布 ($n \geq 2$)

Table 3 Distribution of syndrome types based on syndrome name of 109 articles of BPH ($n \geq 2$)

证候类型	频次/ n	频率/%
肾虚血瘀证	16	24.24
膀胱湿热证	16	24.24
肾阴虚证	16	24.24
肾阳虚证	14	21.21
脾气亏虚证	9	13.64
肝郁气滞证	8	12.12
肺热壅盛证	6	9.09
脾气下陷证	6	9.09
脾肾阳虚证	6	9.09
肾气亏虚证	6	9.09
肝郁血瘀证	5	7.58
湿热阻滞精室证	4	6.06
精室瘀阻证	3	4.55
膀胱湿热血瘀证	3	4.55
脾肾气虚证	3	4.55
气郁肺证	3	4.55
膀胱蕴热证	2	3.03
脾虚湿热证	2	3.03

3 讨论

3.1 BPH 中医证候、证候要素分布规律的认识 BPH 作为中医学优势病种, 历代医家将其归为“精癯”“癯闭”等论治, 积累了宝贵的经验。近年来,

表 4 基于 32 篇 BPH 医案列举文献的证候名称规范后证候类型分布 ($n \geq 2$)

Table 4 Distribution of syndrome types based on syndrome name of 32 BPH medical records ($n \geq 2$)

证候类型	频次/ n	频率/%
膀胱湿热证	9	34.62
膀胱湿热血瘀证	5	19.23
肾虚血瘀证	4	15.38
肝郁气滞证	3	11.54
精室瘀阻证	2	7.69
脾气下陷证	2	7.69
脾肾两虚证	2	7.69
脾肾气虚证	2	7.69

表 5 基于 109 篇 BPH 整体论述的文献中提取病位类证候要素分布情况 ($n \geq 1$)

Table 5 Distribution of disease location factors of BPH syndrome types based on 109 articles ($n \geq 1$)

病位证素	频次/ n	频率/%
肾	56	84.85
膀胱	41	62.12
脾	27	40.91
肺	25	37.88
肝	23	34.85
精室	6	9.09
三焦	6	9.09
心	1	1.52
胃	1	1.52

全国高等中医药教材建设研究会及中国中西医结合学会男科专业委员会分别对 BPH 中医证候分型进行了阐述,对比最新《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》^[1]及《中医外科学》^[11],本研究发现两者相同证候类型仅有“气滞血瘀证”,而不同的证候类型,前者包括“湿热下注证”“脾肾气虚证”“肾阴亏虚证”“肾阳不足证”;后者则包括“肾气亏虚证”“中气下陷证”“湿热蕴结证”“肾虚血瘀证”“肾虚湿热证”“湿热瘀阻证”“脾肾两虚证”。两者在中医证候分型上存在的差异,无疑为临床应用过程中带来不便。

在本次文献研究过程中,本研究发现,92 位医家对 BPH 中医证候类型的描述多达 84 种,这是由于国医大师及名中医等专家对于同一证候有不同的理解,且阐述方式也不尽相同,则出现了“一证多名”的现象,从而导致在临床实践及科学研究中常

表 6 基于 109 篇 BPH 整体论述的文献中提取病性类证候要素分布情况 ($n \geq 1$)

Table 6 Distribution of disease nature factors of BPH syndrome types based on 109 articles ($n \geq 1$)

病性证素	频次/ n	频率/%
血瘀	62	93.94
气虚	48	72.73
热	39	59.09
阳虚	37	56.06
湿	36	54.55
气滞	33	50.00
痰	29	43.94
阴虚	26	39.39
气陷	7	10.61
寒	3	4.55

表 7 基于 32 篇 BPH 医案列举的文献中提取病位类证候要素分布情况 ($n \geq 1$)

Table 7 Distribution of disease location factors of BPH syndrome types based on 32 medical records ($n \geq 1$)

病位证素	频次/ n	频率/%
膀胱	16	61.54
肾	15	57.69
脾	10	38.46
肺	7	26.92
肝	4	15.38
精室	3	11.54
胃	3	11.54
三焦	2	7.69

常存在证候错漏、交叉等问题,比如“肾阴虚证”“肾阴亏虚证”“肾阴不足证”三者内涵皆为“肾阴虚”,却因表述不同使证候名称存在差异。此外,一些常用的证候类型描述不能全面涵盖和准确揭示疾病本质,故名医名家在临证中常自行组合成名,如“气虚血瘀证”,常因脾肾气虚,血行瘀滞所致,根据病机实则归为“脾气亏虚证”与“肾虚血瘀证”,但临证时医家归纳为“气虚血瘀证”论治。上述两种原因均导致 BPH 中医证候较为繁杂。

针对冗杂的证候类型,本研究通过深度剖析 BPH 病因、病机,明确其证候内涵,将包含 66 位医家论述 BPH 的学术思想、临证经验等 109 篇文献中涉及的证候名称加以规范,最终获得规范后的中医证候类型 34 种,与此同时,本研究还对 26 位医家论治 BPH 的临证医案及经验方等 32 篇文献中证候类

表 8 基于 32 篇 BPH 医案列举的文献中提取病性类证候要素分布情况 (n ≥ 1)

Table 8 Distribution of disease nature factors of BPH syndrome types based on 32 medical records (n ≥ 1)

病性证素	频次/n	频率/%
血瘀	18	69.23
气虚	14	53.85
热	13	50.00
湿	12	46.15
痰	6	23.08
阳虚	6	23.08
阴虚	5	19.23
气滞	4	15.38
气陷	3	11.54
寒	1	3.85

表 9 基于 32 篇 BPH 医案列举的文献中症状情况分布 (n ≥ 5)

Table 9 Distribution of symptoms based on 32 medical records (n ≥ 5)

泌尿系症状	频次/n	频率/%	其他症状	频次/n	频率/%
尿频	33	84.62	小腹胀满	18	46.15
尿滴沥	31	79.49	大便干结	13	33.33
尿急	30	76.92	神疲乏力	13	33.33
夜尿增多	27	69.23	腰膝酸软	12	30.77
排尿困难	25	64.10	失眠	10	25.64
尿不尽感	20	51.28	畏寒肢冷	9	23.08
排尿踌躇	16	41.03	会阴不适	8	20.51
尿无力	14	35.90	口干	5	12.82
尿线变细	12	30.77	纳差	5	12.82
尿涩痛	7	17.95			

型进行了规范,最终获得规范后的中医证候类型 22 种,综合上述两者结果,共获得 BPH 中医证候类型 39 种,以“肾虚血瘀证”“膀胱湿热证”“肾阴虚证”“肾阳虚证”“肝郁气滞证”等较为常见。对比整体论述及医案列举,本研究发现,相较于整体论述中位列第一的“肾虚血瘀证”“膀胱湿热证”“肾阴虚证”(均为 24.24%),医案列举中以“膀胱湿热证”(34.62%)最为常见,这是由于 BPH 急性期以“膀胱湿热证”较为多见,中医治疗具有明显优势,故医案中常选取此类型为临床有效案例加以讨论。而对比上述二者结果可以看出,其证候类别虽有差异,但反映的病机本质相同,均揭示了 BPH 总属本虚标实,急性期以“膀胱湿热证”多见,慢性期以“肾虚血

表 10 基于 32 篇 BPH 医案列举的文献中舌象及脉象情况分布 (n ≥ 1)

Table 10 Distribution of tongue and pulse condition based on 32 medical records (n ≥ 1)

舌质	频次/n	频率/%	舌苔	频次/n	频率/%	脉象	频次/n	频率/%
淡红	10	25.64	黄腻	14	35.90	沉细	10	25.64
红	9	23.08	薄白	10	25.64	细涩	9	23.08
暗红	6	15.38	薄黄	6	15.38	弦脉	6	15.38
瘀斑瘀点	5	12.82	白腻	5	12.82	弦滑	5	12.82
齿痕	3	7.69	白滑	1	2.56	细弱	4	10.26
紫	3	7.69	黄厚	1	2.56	沉弦	3	7.69
淡胖	2	5.13				沉脉	1	2.56
淡白	1	2.56				沉弱	1	2.56
						滑数	1	2.56
						弦涩	1	2.56
						弦数	1	2.56

瘀证”“肾阴虚证”等为特点。

针对证候类型仅反映疾病发生演变过程中某一阶段的本质,而不能反映疾病复杂多样的情况,“证候要素”越来越广泛应用于中医证候的相关研究中。本研究发现,基于名医名家临证经验,对 BPH 整体论述的相关文献中病机分析及证候类型进行拆分、归纳与统计后,得到 BPH 常见的病位证素依次为“肾”“膀胱”“脾”“肺”“肝”,病性证素依次为“血瘀”“气虚”“热”“阳虚”“湿”,其中病位证素“肾”“膀胱”和病性证素“血瘀”“气虚”出现频率均高于 60%。与此同时对临证医案进行证候要素的提取,得到 BPH 常见病位证素依次为“膀胱”“肾”“脾”“肺”“肝”,病性证素依次为“血瘀”“气虚”“热”“湿”“痰”,其中病位证素“膀胱”“肾”和病性证素“血瘀”“气虚”出现频率均高于 50%。对比上述二者证候要素分布特点,发现 BPH 病位证素及病性证素在整体论述及医案列举中差别不大,病位主要责之“肾”与“膀胱”,病性主要为“血瘀”和“气虚”。

根据证候类型及证素分布特点,本研究可以看出,名医名家认为 BPH 最常见的证候类型为“肾虚血瘀证”“膀胱湿热证”“肾阴虚证”,因 BPH 为中老年慢性疾病,其病程较长,年老肾气亏虚,气化不利,血行不畅,瘀血阻滞,形成“肾虚血瘀证”;或由于湿热下注,蕴结于膀胱,导致膀胱气化失司,形成“膀胱湿热证”;或由于肾阴亏虚,虚火自炎,阳无以

化,水液不能下注,形成“肾阴虚证”。BPH 虽然表现出血瘀、湿热、阴虚、气虚、阳虚、气滞等不同证候,但皆可由外感六淫、饮食失宜、情志所伤、体虚劳倦、房劳过度,或是他脏受损等因素导致其发生。对于病位证素,基于病证结合,名医名家认为 BPH 病位在下焦,主要责之肾与膀胱,但也有医家从上焦、中焦论治。在对比证候类型及证候要素时不难发现,其中位列第一的病性证素为“血瘀”,相比最常见的证候类型表面上看似有所差异,但实则更加清晰地反映出前列腺增生此乃有形之邪,血瘀作为基本病理因素及病理产物贯穿始终。近年来一项临床 BPH 横断面调查对 540 例 BPH 患者进行中医证候频数分析,得出最常见证候为“肾阳虚证”(256 例)、“瘀阻水道证”(238 例)、“肾阴虚证”(173 例)、“湿热下注证”(140 例),并以复合证型、虚实夹杂证多见^[19],与本文献研究所显现出 BPH 核心病机地认识相一致。

3.2 BPH 中医证候、证候要素分布规律的思考

辨证论治是中医认识和治疗疾病的基本原则,是中医理论精髓,而证候作为辨证的结果和论治的依据,对其准确把握,具有重要意义。证候的规范化是研究证候的一个重要方面,是对证候本质研究的前提和基础,证候名称应尽可能地包含证候内涵,涵盖病位、病性、病因病机等,比如“气滞血瘀证”,其病位无法明确定义,此时通过剖析病因病机可将其规范为“肝郁气滞证”“肾虚血瘀证”。但值得注意的是,在对证候名称表述不规范的证型进行规范合并过程中,可能会造成主观偏倚,比如“湿热下注证”,可由湿热蕴结于下焦,下注膀胱,形成“膀胱湿热证”,或由湿热侵袭,蕴结于精室,形成“湿热阻滞精室证”,故需要根据病机阐述,对字句的把握明确证候。与此同时,切记不可一味追求证候统一,由于有些证候类型不能涵盖及揭示疾病本质,若一味的将证候合并会导致遗漏关键因素,比如根据《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》^[1]中涉及的 8 个证候类型,若以此为标准将名医名家的证候分型整合成这 8 类,难免会有所损失及错漏。

然而,证候类型仅反映疾病的宏观状态,由于机体的复杂性,证候不是单一出现,往往兼夹并存,且各医家学者所认识的角度不同,分型必然存在差异,临证时往往多见“相兼证候”及“合并证候”,这时内涵相对单一的证候不能完全反映患者的临床实际情况,故本着化繁为简的原则,引入“证候要素”概念,利于指导临床、提高疗效。将证候拆分为若干病位

及病性证素,使其分解为基本要素单元,这样不仅能以简驭繁地把握灵活复杂、动态的证候,同时能清晰反映疾病发生、发展的本质^[20]。本研究过程中,除上述获得的 39 种不同证候外,还有 6 种证候类型,如实热证、痰湿瘀滞证等,因其内涵叙述不清,故单独列出,但在提取证候要素时,上述证候所包含的病性及病位证素全部都被纳入统计过程,更加准确的反映文献的真实情况,这也是证候类型与证候要素分布略有不同的原因之一。

运用“证素辨证”,克服了以往古今诸法混用,以及概念欠确切、内容不完整等弊端^[21],对于证候要素的提取及分析,不仅能使证候类型数目减少,且分布更加集中,有利于对 BPH 核心病机认识,为核心治法确立提供依据。对于本研究证候类型结果分析,出现频率最高的“肾阴虚证”,所包含的病性证素“阴虚”仅位列第 8 位(共 10 个),这是由于在整理统计时,比如“气虚”,存在“肾气虚”“脾气虚”“脾肾气虚”等多证候类型,而“阴虚”仅见于“肾阴虚”,故归纳整合后“阴虚”证素出现频率占比降低。故证候要素虽为最小单元,对其准确把握易于指导临床辨证,但临证过程中仍存在局限性,由于病位及病性证素组合方式多样,应用过程中易造成偏误,如病位证素“肾”“脾”与病性证素“阳虚”“气虚”等均可交叉组合,形成“肾气亏虚证”“脾气亏虚证”“肾阳虚证”“脾阳虚证”,也可形成“脾肾气虚证”“脾肾阳虚证”。所以,对于证候类型及证候要素,不可单一参考某一方面,需要综合考虑,缺一不可。

在本研究开展过程中,本研究不仅纳入了各医家相对完整论述 BPH 的文献,对于篇数相对较少的临证医案类文献也将其纳入文献分析过程。在以往的文献研究中,由于临证医案、个案类文献不能全面涵盖 BPH 核心病机,揭示其主要治则治法等问题,故在文献筛选时通常将医案类文献予以剔除。但是医案作为中医学的重要组成部分,是名医临床经验、理论水平及学术创新的集中体现,学习医案有助于加深对中医学理法方药的理解,提高辨证论治的水平,并可了解医家独特的经验,对本研究综合、全面地认识 BPH 具有重要意义。通过对医案中患者症状特点和证候类型的相关性进行归纳分析,本研究得出 BPH 以小便频数、急迫、灼热、涩痛,舌红苔黄腻,脉滑数为主多由于湿热侵袭,蕴结膀胱导致膀胱湿热证;若小便淋漓不畅,或尿细如线,甚则点滴难出,腰膝酸软,舌紫或有瘀斑瘀点,脉细涩多属于肾虚血瘀证;若排尿无力,小便频数,夜间尤甚,神疲乏

力,畏寒肢冷,腰膝酸软,舌淡苔白,脉沉细乃肾虚证;尿频、排尿中断、腰膝酸软、口干、大便干结、舌红少苔,脉细数多属于肾阴虚证。对医案的整理归纳及深度剖析,充分体现了本研究来源于各医家临床实践,是对临床实践的真实反馈。

3.3 总结与展望 本研究首次基于名医名家临证经验,系统梳理了BPH中医证候及证候要素分布规律,在研究实施过程中,本研究在名医名家名单确立、名医名家文献筛选、证候及证候要素规范方案等方面均进行了一定的探索与创新,为西医疾病的中医证候规范化研究提供了示范。与此同时,本研究发现开展多中心、大样本的横断面调查,对患者既往就诊四诊信息的全面收集,对疾病核心病机的把握以及对主要证候、证素的正确判定均是正确认识疾病、确立清晰诊治思路的重要环节。在今后的研究中应当加以关注并运用,以期全面、系统认识本病发生发展规律,指导临床诊治提供有益借鉴。

[参考文献]

[1] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J]. 中华男科学杂志, 2017, 23(3): 280-285.

[2] Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, et al. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction(BPH guidelines) [J]. Eur Urol, 2004, 46(5): 547-554.

[3] 王健,任海林. 对前列腺增生病因的再认识[J]. 西部医学, 2016, 28(2): 155-157.

[4] 王云亮,蒋玉清,郭跃先. 慢性炎症在前列腺增生症发病机制中的作用[J]. 河北医药, 2018, 40(2): 280-284.

[5] 王梦芝. 良性前列腺增生症的药物治疗进展[J]. 当代医学, 2010, 16(14): 24-26.

[6] 魏强. 良性前列腺增生症的治疗[J]. 临床药物治疗杂志, 2007, 5(2): 18-22.

[7] 陈广辉,陈兵,孙大林,等. 良性前列腺增生症中医研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(7): 1033-1036.

[8] 赵凡,张春和,李焱风. 中医药治疗良性前列腺增生症临床研究近况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(6): 64-67.

[9] 刘绍龔,白明,纪晓宁,等. 益母草总碱对小鼠前列腺增生模型的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(21): 177-180.

[10] 刘宾,王付,黄明宜. 抵当汤临床及实验研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 281-284.

[11] 李曰庆. 中医外科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2017: 275-278.

[12] 国家技术监督局. GB/T16751. 2-1997. 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 1997.

[13] 中医药名词审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京:科学出版社, 2005: 410-463.

[14] 朱文峰. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002: 172-203.

[15] 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 118-455.

[16] 朱文峰. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 36-48.

[17] 张志斌,王永炎. 辨证方法新体系的建立[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1): 1-3.

[18] 朱文峰. 中医辨证体系及“证”的规范化研究[J]. 天津中医, 2002, 19(5): 1-4.

[19] 张春和,李焱风,秦国政,等. 540例良性前列腺增生症患者中医证候分布规律研究[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 45-47.

[20] 苏泽琦,贾梦迪,潘静琳,等. 慢性萎缩性胃炎中医证候、证素分布特点文献研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(12): 1636-1639.

[21] 朱文峰. 创立以证素为核心的辨证新体系[J]. 湖南中医药大学学报, 2004, 24(6): 38-39.

[责任编辑 张丰丰]