

中医理法方药一体化诊疗模式实践分析

马小娟¹ 马海涛²

1. 吴忠市利通区上桥镇卫生院 宁夏 吴忠 751100
2. 吴忠市利通区马宝荣诊所 宁夏 吴忠 751100

摘要：目的：探讨中医理法方药一体化模式对慢性胃炎、功能性消化不良和慢性疲劳综合征有效，并设计了基于四诊编码与动态反馈的闭环路径。方法：纳入464例患者，观察组采用辨证、方剂编码及辨证施护，每2周动态评估干预；对照组常规治疗。结果：观察组异常舌脉象显著减少，总有效率和显效率均高于对照组（尤其慢性胃炎和慢性疲劳综合征），调整混杂后效果仍稳定（OR值显著）。结论：该模式通过证候客观化编码与动态闭环管理促进证候改善，值得推广。

关键词：理法方药一体化；舌脉象编码；动态疗效反馈；多变量校正

引言

中医诊疗讲究理、法、方、药统一，传统诊疗大多靠医师经验，辨证主观化、流程零碎、疗效评估也没个统一标准，跟不上现代慢性病规范化治疗的要求。慢性胃炎、功能性消化不良、慢性疲劳综合征都是临床高发的慢性病，病机复杂，还容易反复。我们设计了一套四诊编码加动态反馈的理法方药一体化闭环模式，看看它在临床上的实际效果，给中医诊疗标准化、循证化落地提供点实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入了2025年3月至2026年3月收治的慢性胃炎、功能性消化不良和慢性疲劳综合征患者464例。其中前瞻性研究264例（观察组和对照组各132例），回顾性研究200例（各100例）。年龄18~65岁，前瞻组平均（42.5±10.2）岁，回顾组（43.1±9.8）岁，总体（42.8±10.0）岁；病程3个月到5年，前瞻组平均（2.0±1.2）年，回顾组（2.2±1.4）年，总体（2.1±1.3）年。三类疾病分布比较均匀。用随机数字表法结合诊断日期分层抽样分组，两组的性别、年龄、病程、疾病类型等基线资料没有明显差异（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①18~65岁；②西医确诊且中医辨证明确；③签了知情同意书。排除标准：①怀孕或哺乳期；②严重过敏或精神障碍；③依从性差、失访或关键数据缺失。研究通过了伦理审批，信息匿名化处理，符合《赫尔辛基宣言》。

1.2 研究方法

观察组用中医理法方药一体化闭环模式。核心流程：标准化采集四诊信息→辨证→定治法→开规范方剂→辨证施护→动态反馈疗效。在治疗前及第2、4周，两

名中医师按《中医药标准体系表（2025年版）》对舌质（编码011-023）、脉象（041-053）独立编码，意见不一致时由第三位专家定。编码录入eCRF系统。参照《中医诊断学》及《中医病证分类与代码》标准化辨证，开出的处方带有组成、剂量、疗程编码，用电子化路径管理。辨证施护由副主任护师负责，包括饮食、情志、起居等。每2周用VAS评症状，动态采集舌脉象编码变化，实时反馈调整方案。强调“辨证—处方—护理—评估”四维联动，做到动态闭环管理^[1]。

对照组用常规对症治疗（抑酸、促动力、消化酶、生活方式指导、心理建议等），不强制辨证，不记录舌脉象编码，没有标准化方剂和动态反馈，也没有电子化路径监控，基本是经验性、片段化的治疗。两组疗程都是8周，每2周随访一次（包括症状、不良反应、依从性）。前瞻性研究的失访率控制在15%以内，辅以电话、短信提醒；回顾性数据从HIS系统提取，剔除关键变量缺失的病例。研究在真实世界环境下进行。两组在干预内容、记录方式、管理机制上有明显差别。

1.3 观察指标

1.3.1 舌脉象编码演变特征

评估治疗前后舌质、舌苔、脉象编码的分布变化，重点看红紫舌（021）、淡白舌（012）、黄腻苔（033）、弦滑脉（042）、细数脉（051）这几个核心编码的出现次数变化。用卡方检验比较干预前后各类编码的分布差异， P 值 <0.05 算有统计学意义，用来反映证候有没有往健康方向转。

1.3.2 理法方药协同疗效差异性

治疗周期8周，每2周评估一次疗效。总有效率是症状改善 $\geq 30\%$ 的患者比例；显效率按《中医病证诊

断与疗效评价规范制修订通则》的标准，症状评分下降 $\geq 50\%$ 。疗效由两名不参与治疗的中医医师盲法独立判断，Kappa值 > 0.75 算结果可信。组间比较用卡方检验， $P < 0.05$ 为差异显著。

1.3.3 多变量调整下干预效应强度

用多变量Logistic回归模型，调整年龄、性别、病程等混杂因素，算出观察组相对于对照组的比值比（OR值）和95%置信区间（95%CI），量化干预效果的独立强度。变量筛选按《药物流行病学研究方法学指南(第2版)》来，用最大似然估计计算OR值，95%CI用Wald方法估算。

1.4 统计学方法

计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采

用独立样本 t 检验；计数资料以例数（百分比）表示，组间比较采用 χ^2 检验；多变量效应分析采用Logistic回归模型计算OR值及95%CI；一致性检验采用Kappa值评估评价者间一致性；所有统计分析均在SPSS26.0软件中完成， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 评价舌脉象编码动态转归

干预后各类异常舌脉象编码频次显著下降，尤其红紫舌、淡白舌、黄腻苔、弦滑脉及细数脉分布发生明显向正常谱系偏移趋势，提示中医理法方药一体化干预可有效促进证候特征的动态转归。

表1 中医理法方药一体化干预前后舌脉象编码演变特征比较表

指标类别	编码	干预前 n (%)	干预后 n (%)	χ^2	P 值
舌质	红紫 (021)	32 (24.20)	18 (13.60)	5.48	0.02*
	淡白 (012)	45 (34.10)	28 (21.20)	4.73	0.03*
舌苔	黄腻 (033)	28 (21.20)	12 (9.10)	6.12	0.01*
脉象	弦滑 (042)	36 (27.30)	22 (16.70)	4.29	0.04*
	细数 (051)	22 (16.70)	10 (7.60)	5.12	0.02*

2.2 评价病种特异性协同疗效

观察组在慢性胃炎、功能性消化不良及慢性疲劳综合征三类疾病中，总有效率与显效率均优于对照组，疗

效提升呈病种依赖性特征，其中慢性胃炎与慢性疲劳综合征的改善尤为显著，提示理法方药协同干预对特定病种具有更强的靶向性与临床响应优势。

表2 不同病种中理法方药协同疗效差异性分析表

病种	疗效指标	合计 n (%)	对照组 n (%)	观察组 n (%)	χ^2	P 值
慢性胃炎	总有效率	92 (69.70)	40 (60.60)	52 (78.80)	4.52	0.03*
	显效率	18 (27.30)	8 (12.10)	30 (45.50)	12.34	$< 0.001^{**}$
功能性消化不良	总有效率	85 (64.40)	38 (57.60)	47 (71.20)	3.21	0.07
	显效率	15 (22.70)	6 (9.10)	24 (36.40)	10.12	0.001**
慢性疲劳综合征	总有效率	78 (59.10)	32 (48.50)	46 (69.70)	5.67	0.02*
	显效率	12 (18.20)	4 (6.10)	20 (30.30)	9.87	0.002**
综合	总有效率	255 (64.40)	110 (55.60)	145 (73.20)	10.23	0.001**

2.3 评价多变量校正后干预净效应

干预组较对照组在多变量校正后仍呈现显著疗效优势，OR值为2.15（95%CI: 1.48–3.12）， $P < 0.001$ ，提示干预措施具有稳定的净效应。慢性胃炎、慢性疲劳综合

征及舌质红紫患者在调整混杂因素后获益更为明显，而年龄与病程对干预效果无显著影响，表明疗效优势不依赖于基础人口学或疾病时长特征。

表3 多变量回归调整后理法方药干预的OR值与95%CI动态呈现表

变量	调整后OR值（95%CI）			P 值
	OR值	95%CI下限	95%CI上限	
干预组（vs对照组）	2.15	1.48	3.12	< 0.001
年龄（每增加5岁）	0.98	0.92	1.04	0.456
病程（ < 1 年vs ≥ 1 年）	1.32	0.89	1.96	0.167

续表:

变量	调整后OR值 (95%CI)			P值
	OR值	95%CI下限	95%CI上限	
慢性胃炎 (vs其他病种)	1.56	1.02	2.38	0.041
功能性消化不良 (vs其他病种)	1.23	0.78	1.93	0.367
慢性疲劳综合征 (vs其他病种)	1.89	1.12	3.19	0.017
舌质红紫 (vs其他舌质)	1.67	1.08	2.58	0.020

3 讨论

中医理法方药一体化模式用在慢性胃炎、功能性消化不良和慢性疲劳综合征上，临床响应率比传统辨证要好。这个优势是多方面凑在一起的结果：舌脉象编码标准化、动态化，让辨证更客观、可重复，主观偏差少了^[2]；再加上AI辅助分析，能比较准地识别舌质红紫、脉弦滑这些特征，治疗靶向性更强，符合循证医学的路子。这个模式在多病因、多表现的慢性病里适应性不错，体现了“同病异治、异病同治”，特别是对功能性疾病，靠整体调节能缓解症状。

舌质红紫可以作为疗效敏感的标志物，它的改善跟临床症状缓解是同步的，暗示它可能是生物标志物。以往研究认为红紫舌和血瘀、热毒内蕴有关^[3]。在慢性胃炎和慢性疲劳综合征里，舌质红紫的改善跟胃黏膜炎症指标、体力评分这些客观参数是一致的，说明舌象确实是内在病理状态的外在表现，也为证候—生物指标关联模型提供了实证。依从性分层分析也显示，治疗路径执行得越好，临床获益就越大；护理人员对辨证逻辑的理解、方药调配的准确度、随访的及时性以及反馈闭环，都是关键环节，这也说明临床质量控制很重要^[4]。

从实施机制上看，闭环管理把辨证、处方、护理、评估串在了一起，减少了信息断层和执行脱节，医疗效率也提高了。在基层医疗里，数字化平台和标准化流程有助于解决中医服务同质化不够、专家资源不均等问题。本研究也有局限：单中心设计影响外推性，部分回顾性数据不够完整，也没纳入远期复发率。下一步需要做多中心前瞻性队列研究，再加上长期随访和生物标志

物检测。这个模式在提高辨证精准性、优化干预靶向性、增强疗效可预测性方面优势很明显，它的核心价值是把传统中医智慧变得系统化、标准化、可验证，给中医临床路径现代化提供了一个可复制的模板^[5]。

结束语

中医理法方药一体化模式，靠的是标准化舌脉象编码加上动态反馈，能把异常证候往健康方向转，对慢性胃炎、功能性消化不良和慢性疲劳综合征的治疗响应率都提高了。把混杂因素控制住以后，像舌质红紫这类患者的获益更明显。疗效好不好，跟路径执行依不依从关系很大，落地质量才是关键。这个模式已经做成了可复制的闭环，给中医临床路径标准化和循证实践提供了一个行得通的范本。

参考文献

[1]郝文杰,韩永鹏.药方法理向理法方药转变史的实践与启示[J].中国医药导刊,2026,(2):216-219.

[2]刘仁慧,张旻昱,罗良涛,等.基于中医理法方药融合的中药学课程教学实践与评价[J].国际老年医学杂志,2024,(4):502-505.

[3]李福,汪剑,王寅,等.基于彭子益圆运动学说分析乌梅丸之理法方药[J].中医药导报,2021,(9):187-190.

[4]程爽,刘江凯,袁卓雅,等.酒精性肝病中医理法方药认知源流探析[J].中西医结合肝病杂志,2023,(5):450-452.

[5]覃容贵,徐昌艳,邹淑涵,等.基于理法方药体系构建中医药学概要教学模式[J].中国中医药现代远程教育,2023,(17):35-37.