

重点选题“中医脾胃与治未病”·特约专栏

中医临床思维的革新与重症疑难病临床决策的优化——基于五行十态体质的“气运—体质—病证”三维模式构建与应用[▲]

谢 胜* 刘园园 黎丽群 彭柳莹 张丽敏 刘礼剑 谭金晶

(广西中医药大学第一附属医院中医治未病中心,广西南宁市 530023)



谢胜,硕士,博士研究生导师,博士后合作导师,主任医师、教授,国家岐黄学者、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,桂派中医大师,第二批广西名中医,广西中医药大学第一附属医院原院长。现任国家中医药管理局中医临床研究基地、国家中医药传承创新中心重点病种研究负责人,国家中医药管理局高水平中医药重点学科(中医养生学)负责人,国家中医药管理局中医优势专科(治未病科、脾胃病科)负责人,国家中医药管理局重点学科——中西医结合临床学科带头人,国家卫生健康委员会脾胃病临床重点专科带头人,广西中医脾胃病中医临床研究中心主任,广西中医药治未病研究中心主任。从事中医临床、教学与科研工作38年,在中医治未病、脾胃病及中西医协同急危重症救治领域取得突出成绩。主要成就:(1)率领团队创新提出以“时枢调衡”为核心的“四象脾土六气调神论”,建立四象脾土时间医学防治模型,构建“四象脾土和五脏”治未病模式体系,并在200余家医疗机构推广应用,推动中医治未病优势专科及中医养生学学科高水平发展;(2)率领团队创新构建“五行十态体质”体系,基于体质状态多维演化分析,深入重大疑难病证的体质—疾病相关性研究,推动疾病预测预防和精准治疗;(3)提出“以俞调枢”学术观点,创新“背俞指针疗法”等中医外治技术,创建“仲景经方内服联合中医外治疗法脾胃病诊疗模式”,极大地促进了我国脾胃病优势专科建设;(4)创新提出“基于‘中西医结合融通’从‘五痹’切入急危重症救治”观点,针对五脏衰制定“开宣十法”,为中西医协同救治急危重症提供了新路径;(5)研发院内制剂9项,获广西医疗机构中药民族药制剂备案号;开发中医治未病服务产品29项,获发明专利7项、实用新型专利4项、软件著作权2项,推动中医药成果转化与产业合作;(6)主持制定专家共识/诊疗规范4项,团体标准5个;参与制定诊疗规范、专家共识及技术标准64项,促进了行业标准化建设。承担国家自然科学基金项目5项,国家中医药传承创新中心建设项目、国家中医临床研究基地建设项目、国家中医药管理局科研课题4项,省部级重点研发项目2项,广西科技基地和人才专项2项;发表代表性论文354篇,其中在SCI收录期刊发表论文12篇,出版《四象脾土六气调神论》《五行藏象中医外治疗法》等专著5部,担任《中医养生学导论》《实用中医消化病学》副主编。获省部级科技奖励4项,包括广西科学技术进步奖一等奖1项和三等奖1项、中国民族医药学会科学技术奖一等奖2项。获得第六届“中国医师奖”、第五届“人民名医·卓越建树奖”及中华中医药学会优秀管理人才奖。先后担任中国民族医药学会脾胃病分会会长、中华中医药学会治未病分会副主任委员、中华中医药学会脾胃病分会副主任委员、世界中联消化病专业委员会副会长、《中国中西医结合消化杂志》副主编、中国医师协会中医师分会副会长、中华中医药学会标准化专业委员会委员等职务。

【提要】 传统中医主要依赖“病证结合”与“静态辨证”,在应对起病隐匿、传变迅速的重症疾病时,往往因“证候滞后”与“无证可辨”而难以实现“治未病”的早期干预。本文采用理论构建与病案验证相结合的研究方法,系统阐述以“五行十态体质”为“内时空”坐标的理论内核,构建包含“始生、病发、传变、欲解、就诊”五大时

▲基金项目:国家中医药管理局岐黄学者培养项目(国中医药人教函[2025]182号);广西重点研发计划项目(桂科AB23026099);国家中医药管理局高水平重点学科建设项目(zyyzdxk-2023167);国家中医优势专科建设单位项目[治未病科](国中医药医政函[2024]90号);桂派大师工作室建设项目(GZY2024004);广西中医药重点研究室建设项目-脾胃治未病重点研究室(桂中医药科教发[2023]9号)

*谢胜为通信作者及本期专栏主持人。

序节点的时空病机推演模型,并构建“气运-体质-病证”三维模式,通过典型重症疑难病病案进行推演与复盘分析,对比其与传统辨证方法的差异。该模式体现了天人合一的核心思想,实现了从“静态辨证”到“动态推演”的临床思维革新,能够更早预见病机传变趋势,更精准地识别关键病机节点,为“合病共治”提供个体化治疗方案,从而显著优化重症疑难病决策过程,提升干预的预见性与精准性。

【关键词】 五行十态体质;“气运-体质-病证”三维模式;时空病机推演;同体多态共病共治;重症疑难病

【中图分类号】 R2-03 【文献标识码】 A 【文章编号】 0253-4304(2025)12-1711-09

DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2025.12.02

Innovation in clinical thinking of Traditional Chinese Medicine and optimization of clinical decision-making for severe and complex diseases: a construction and application of “qi movement-constitution-disease pattern”

three-dimensional model based on the Five-Element Ten-State Constitution

XIE Sheng, LIU Yuanyuan, LI Liqun, PENG Liuying, ZHANG Limin, LIU Lijian, TAN Jinjing

(Center for Preventive Medicine of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530023, Guangxi, China)

【Abstract】 Traditional Chinese Medicine primarily relies on “disease-pattern combination” and “static pattern differentiation”. However, when confronting severe diseases characterized by insidious onset and rapid progression, it often struggles to achieve early intervention aligned with the principle of “preventive treatment” due to “delayed manifestation of patterns” and the “absence of discernible patterns”. This study employs a research methodology integrating theoretical construction and case validation to systematically elaborate on the theoretical core of the “Five-Element Ten-State Constitution” as an “internal spatiotemporal” coordinate. It constructs a spatiotemporal pathogenesis deduction model encompassing five temporal nodes as follows: onset, manifestation, transmission, resolution tendency, and consultation, and it constructs the three-dimensional model of “qi movement-constitution-disease pattern”, which is applied to deduce, and retrospectively analyze typical severe and complex cases, with comparisons made to traditional pattern differentiation methods. This model embodies the core principle of the unity of heaven and humanity, represents a shift in clinical thinking from “static pattern differentiation” to “dynamic deduction”, and enable earlier prediction of disease progression trends and more precise identification of key pathological junctures. It provides a foundation for personalized treatment strategies targeting “co-existing patterns”, thereby significantly optimizing the decision-making process for severe and complex diseases and enhancing the foresight and precision of interventions.

【Key words】 Five-Element Ten-State Constitution, Three-dimensional model of “qi movement-constitution-disease pattern”, Spatiotemporal pathogenesis deduction, Integrated treatment of multiple phenotypes and comorbidities in a single patient, Severe and complex diseases

随着疾病谱系向复杂疑难病症、重症及多系统共病演变,临床诊疗面临病机多元交织、动态传变的严峻挑战。中医作为以整体观和动态观为核心的医学体系,在应对此类疾病时具备独特理论优势,然而其实践效果受限于现有诊疗模式的固有瓶颈。当前中医临床主要依赖“病证结合”与“静态辨证”^[1-2],虽在常见病诊疗中取得一定成效,但在应对起病隐匿、传变迅速的重症疾病时,往往因“证候滞后”与“无证可辨”而陷入被动,难以实现“治未病”的早期干预。现有的体质学说虽为“体病相关”研究奠定了基础^[3-4],但其在揭示疾病动态演化规律、实现脏腑定位与传变预测方面仍存在不足。五运六气理论深刻阐述了

自然气候周期对人体病理的影响^[5],如《黄帝内经·素问·六微旨大论》所言“气交之分,人气从之,万物由之”,强调了人体与天地气化的整体关联^[6]。然而,现有的气运研究多侧重于疾病发生的宏观推测,与个体体质的整合尚欠深入,缺乏贯穿疾病全周期的动态推演能力^[7-9]。在重症疑难病决策领域,中医虽积累了丰富的经验,却长期缺乏标准化、可量化、可预见性的理论模型支持,诊疗过程高度依赖医者个人经验,制约了其在重症疑难病领域的深入应用。因此,亟须构建一个能够有机融合“体质内在稳定性”与“病机时空动态性”,并实现“时空病机推演”的理论模型,以贯通“时(气运)—体(体质)—病(病证)”三者,为

临床提供兼具前瞻性、精准性与个体化的决策工具。

本研究立足于前期建立的五行十态体质理论^[10-12]，旨在系统构建并验证时空病机推演模型，形成“气运—体质—病证”三维模式。该模式以《黄帝内经》的五行生克制化理论及气化理论为根基，基于人体“气立”与“神机”相互作用，将五行十态体质确立为刻画个体功能状态与传变倾向的“内时空”坐标，并构建“始生、病发、传变、欲解、就诊”五大时序节点，形成疾病全程演化的时空分析框架。本文通过理论构建与病案验证相结合的方法，深入探讨该模式在推动中医临床思维革新、重症疑难病预警与干预策略优化方面的价值，为中医迈向精准医疗提供范式。

1 以五行十态体质作为时空病机推演模型的“内时空”坐标

1.1 五行十态体质理论精要 五行十态体质理论以《黄帝内经》的五运六气学说为基础，将人体功能系统抽象概括为“木、火、土、金、水”五行结构^[11-12]。此结构并非静态的器官实体，而是动态的功能网络，其核心在于“生克制化”的相互关系。《黄帝内经·素问·六微旨大论》言“成败倚伏生乎动，动而不已，则变作矣”^[6]，深刻揭示了五行之气在运动中维持内部相对稳定，又不断更新发展的动态本质。这一网络构成了病机传变的根本逻辑框架：一脏之盛衰可通过相生、相克、相乘、相侮等关系，引发他脏之间“胜复郁发”的链式反应^[11-12]。正如《黄帝内经·素问·五运行大论》所述，“气有余，则制己所胜，而侮所不胜；其不及，则己所不胜，侮而乘之；己所胜，轻而侮之”^[6]，从而决定了疾病发生与演变的路径。

“十态”谱系则是在五行框架下，以“太过”与“不及”为纲，对五脏功能偏颇状态进行量化界定^[11-12]，其将体质从生理平衡到病理失衡的过程，描述为一个连续的谱系。例如，从“木不及”到“木太过”的变化，正如《黄帝内经·素问·气交变大论》中对五运“不及”与“太过”之年的详细描述——“岁木不及，燥乃大行”“岁木太过，风气流行，脾土受邪”^[6]。此类描述将自然气化规律映射于人体，使体质判定超越了单一症状的堆砌，成为可表征五脏气化强弱态势的量化模型，为预判病机趋向提供了精确的内在依据。

1.2 体质的“内时空”属性 五行十态体质不仅是功能状态的分类，更蕴含了深刻的“内时空”属性，它作为个体化的内在坐标系，预设了病机演变的时序与空间轨迹。

内时间性是指体质状态决定了疾病传变的速度与节律^[11]。《黄帝内经·素问·脏气法时论》阐明“至其所生而愈，至其所不胜而甚，至于所生而持，自得其位而起”^[6]，提示疾病转归与五行时令节律密切相关，而个体体质正是此节律的内在体现。五行十态体质则将这一规律个体化。例如，“木太过”体质者，其气机升发迅猛，一旦感邪或失调，病势常表现出“风性善行而数变”的特点，传变迅速；反之，“土不及”体质者，运化之力薄弱，病势多缠绵迁延，符合《黄帝内经·素问·六元正纪大论》所言之“太过者暴，不及者徐，暴者为病甚，徐者为病持”特征^[6]。体质由此定义了疾病在个体生命时间轴上演进的固有节律。

内空间性，是指体质预设了病邪侵袭的始发部位(靶脏)和核心传变路径^[11]。《黄帝内经·灵枢经·阴阳二十五人》根据五行特性对体质进行分类，并关联其发病倾向^[13]，可将此视为内空间性的早期论述。五行十态体质理论即是在此基础上进一步精确化。例如，“金不及”基础体质，肺脏功能本弱，成为病邪首犯之“靶脏”，如《黄帝内经·素问·气交变大论》所言“岁金不及，炎火乃行，生气乃用，长气专胜，庶物以茂，燥烁以行……民病肩背脊重，鼽嚏血便注下……其谷坚芒”^[6]；其传变则易遵循五行规律，如金虚不能制木，导致肝木反侮，形成“肺病及肝”的路径。又如“土不及”体质，病位核心在脾，易为肝木所乘，传变方向常为“脾病及肝”或“土虚水泛及肾”，如《黄帝内经·素问·气交变大论》所言“岁土不及，风乃大行……民病飧泄霍乱，体重腹痛，筋骨繇复，肌肉眊酸，善怒”^[6]。

综上所述，五行十态体质构成了病机演变的“初始条件”和“内在驱动力”。作为“初始条件”，其源于先天禀赋，如《黄帝内经·素问·宝命全形论》所强调的“人以天地之气生，四时之法成”^[6]，个体始生之时的气运格局奠定了其一生的体质基调，决定了何种脏腑在气交之变中首当其冲。作为“内在驱动力”，体质内部的五行偏颇态势，会依据“生克制化”“胜复郁发”“淫胜郁复”的规律，持续驱动病机沿着特定时空路径发展演变^[11]，正如《黄帝内经·素问·至真要大论》所言“有胜则复，无胜则否，胜至则复……复已而胜，不复则害”^[6]。因此，五行十态体质本质上是个体化、内源性的病机演变“时空地图”与“导航仪”，其描绘了疾病在个体脏腑经络可能发生的位置、方向、速度与节律，为临床“可预见性”干预提供了关键的理论基石。

2 核心范式——时空病机推演模型的构建与运作

2.1 时空病机的概念界定与五大时序节点 时空病机是基于中医“天人相应”整体观提出的创新理论范式,其核心在于将疾病的发生与发展视为一个融合时间与空间双重维度的动态演化过程。时间维度涵盖疾病的不同阶段(未病、欲病、已病、传变)、传变速率,以及年周期、季节性周期、节律性周期变化;个体空间维度则包括病邪侵袭的始发病位(靶脏)、病机传变的层次与路径(由表入里、由腑及脏)等。时空病机这一概念的提出,是对《黄帝内经》中“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也”(《黄帝内经·素问·至真要大论》)及“气交之分,人气从之,万物由之”(《黄帝内经·素问·六微旨大论》)等思想的深化与系统化,强调了人体疾病与自然时空变化的整体关联性与动态演变性^[6]。《黄帝内经·素问·八正神明论》言“先知日之寒温,月之虚盛,以候气之浮沉,而调之于身”^[6],也强调医者应顺应自然节律来调理人体。

时空病机推演模型以五大时序节点作为疾病演化的时间轴心与空间锚点,构建了完整的疾病时空链条:“始生之时(基础体质)→病发之时→传变之时→欲解之时→就诊之时”^[11]。(1)始生之时,即个体出生时刻,其五运六气格局奠定了个体五行十态的基础体质,此为先天禀赋,是疾病易感性与传变趋向的“初始条件”。(2)病发之时,即疾病开始显现的时刻,此时的气运格局作为后天时空扰动,与基础体质交互作用,共同决定了疾病的始发病机与临床表现。(3)传变之时,即疾病发生转折或加重的关键阶段,其传变方向与速度深受基础体质、当前气运及已病病机三者叠加影响。(4)欲解之时,即疾病可能出现缓解或向愈的时机,与脏腑功能的五行旺时、相生之气的来复,以及当前气运对病机的克制作用密切相关。(5)就诊之时,即患者前来求诊的当下时刻,是前述所有时空节点信息的综合体现,也是临床就诊时干预决策的直接依据。上述五大时序节点将疾病从先天潜质到后天发生、发展、转归乃至诊疗干预的全过程串联起来,为动态病机分析提供了清晰的时间框架与空间定位。

2.2 时空病机推演模型的输入、规则与输出

2.2.1 输入层(多源信息集成):输入层负责汇集来自个体、环境及疾病状态的多维度信息^[11]。(1)个体五行十态基础体质(先天坐标)。通过分析个体出生

时的干支历日期,结合五运六气理论(包括岁运、主运、客运、司天、在泉、主气、客气)综合判定其先天体质类型(木太过、土不及等),此为病机演变的稳定内在因素。(2)各时点的五运六气格局(后天时空扰动)。获取病发、传变、欲解及就诊等特定时点的气运信息,并分析其对人体生理病理的外在影响,这是病机演变的动态外部驱动。(3)当前证候与现代医学指标。整合中医四诊信息(症状、舌象、脉象等),以及现代医学检验、影像学等客观指标,共同构成对当前病理状态的即时描述。

2.2.2 规则引擎(动态运算核心):规则引擎是模型进行动态病机推演的核心算法集,主要基于中医经典理论构建,其包含3组规则^[11]。(1)生克制化乘侮。此为病机在五脏系统间传变的核心逻辑算法。依据《黄帝内经·素问·五运行大论》“气有余,则制己所胜,而侮所不胜;其不及,则己所不胜,侮而乘之”的规律^[6],推演脏腑病变的相互影响路径。(2)胜复郁发。此组规则用于解释病机的突变、伏邪发作等复杂现象。《黄帝内经·素问·至真要大论》所云“有胜之气,其必来复也”,即阐述了五行偏胜后的自我调节;《黄帝内经·素问·六元正纪大论》所言“郁极乃发”则说明了气机郁滞到极点后的爆发特性^[6]。(3)淫胜郁复。五行太过之气制其所胜,则其所不胜之子来复,如木太过乘克土,土之子金来复。也可为“客主加临”失常的深度演变^[11]。当外来淫邪(客气)过胜,压制主气,即为“淫胜”;主气受制,功能郁遏,形成“郁”态。此“气交失守”若持续,将迫使主气“从化”于病势(阳脏从阴化寒),或待其“郁极乃发”,触发“复气”进行抗争,此过程贯穿了从客主失调到内在气机自我调控的完整病机链条。

2.2.3 输出层(前瞻性研判):输出层基于输入信息和规则运算,生成对临床决策具有指导意义的前瞻性结论。(1)病机演化树的构建。从当前状态出发,推演出未来可能出现的多种核心病机状态及其发生概率。以五行十态的“金太过”基础体质为例,构建病机演变树(见图1)。(2)关键传变节点与高风险证候的识别。标识出疾病传变过程中需要重点干预的“时间窗口”(某节气前后等)和“病机关口”(邪陷心包、气机暴脱等),实现精准布防。(3)个体化治则与方药的预判。基于对核心病机与传变趋势的判断,为“合病共治”提供精准的靶向性治疗原则和方药预选方案,体现“异病同体、异病同治”的个体化诊疗思想。

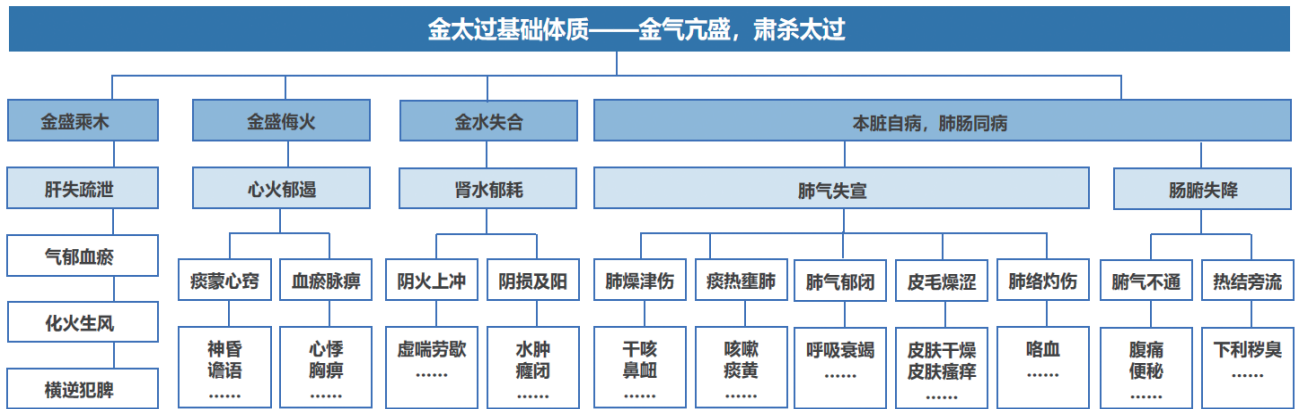


图1 以五行十态“金太过”基础体质为例的病机演化树

总之,时空病机推演模型将传统中医个体化诊疗的“艺术”与现代系统思维、数据驱动的“科学”初步结合,为中医应对复杂性疾病,尤其是在重症疑难病的预警与决策方面,提供了新的范式与工具。

3 思维革新——从应对当下辨证论治到时空驾驭

3.1 从“静态辨证”到“动态推演”——构建具有预见性的“气运—体质—病证”三维模式 传统辨证论治主要依赖医者通过望、闻、问、切四诊捕捉患者就诊时的即时信息进行综合分析^[14]。这种方法虽为中医诊疗之基石,但在应对复杂性疾病,尤其是具有隐匿起病、快速传变特点的重症时,存在明显局限。其本质是“静态辨证”,过度依赖症状体征的显现,易陷入两种困境:一是“无证可辨”,在疾病早期,体内病机已动而外在征象未显时,缺乏有效干预依据^[15];二是“证型滞后”,当典型的证候表现出来时,疾病可能已进入传变阶段,错失早期干预良机^[16]。这种对“当下”信息的过度依赖,削弱了中医“治未病”的预见性优势。

时空病机推演革新旨在突破上述瓶颈,其基于五行十态体质理论与五运六气学说,构建了一个能够体现“体质定向—气运感传—节点引爆”动态变化的时空病机推演模型。此模型将人体置于时空气运的大背景下,实现从静态观察到动态预见的跨越:(1)体质定向。五行十态体质作为个体的先天禀赋,标识了其内在的生理偏颇和病理倾向性,为病机演变提供了稳定的“初始条件”和“靶向定位”^[11]。例如,“木太过”基础体质者,其肝脏功能先天处于亢奋态势,气机升发之性过强,构成了易化风、易动血的体质背景。(2)气运感传。运行不息的五运六气是作用于人

体的外部时空能量场,通过“同气相求”“异气相制”等规律,对特定体质个体产生“感传”效应,激发或抑制其内在病理倾向^[17-18]。如《黄帝内经·素问·六微旨大论》所言“上下之位,气交之中,人之居也”^[6],说明人生活在气交之中,必然受其影响。(3)节点引爆。当特定体质与当令的气运格局产生强烈共振时,“同者胜之”“异者衰之”便可能“引爆”伏邪,导致疾病的发生或急剧传变^[11]。这个“节点”是可以根据气运规律与体质特点进行预判的。由此提出“气运—体质—病证”三维模式,即融合了时空气运(五运六气)、五行十态基础体质及其动态演化、病机病证,以动态指导疾病风险预警及治疗的临床决策。

案例体现:以“木太过”基础体质者为例,其先天肝脏功能亢奋,气机升发太过,构成了易化风、易动血的体质背景。在基础状态下,或仅见性情急躁、脉弦等木气偏亢之象。若逢“火运太过”之年,如戊寅年,司天之气为少阳相火,在泉之气为厥阴风木。火运助木,风火相煽,形成强烈的“气运感传”,引动内在木火之势。据此通过时空病机推演模型可推演出,此个体在特定时段如春夏季、厥阴风木主气之时存在“肝阳化风,肝风内动”而发为中风的风险,其病机链清晰呈现为“木亢→火助→风动”的传变路径。基于此动态预见,临床干预不必等待“眩晕、头痛、肢体麻木”等肝阳上亢证候完全显现,即可在其“未中风”之时,提前应用“益气养阴,滋阴潜阳”之法介入,方选炙甘草汤或三甲复脉汤加减,旨在涵木熄风、敛阴和阳,从而有效降低肝风内动、上扰清窍之中风风险。这种“先机而治”的策略,深度拓展了《金匮要略》“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的治未病思想^[19],彰显了“气运—体质—病证”三维模式在病势预警与前瞻性截断中的关键价值。

3.2 从“治已病”到“治未病”——实现病势的截断扭转 传统诊疗模式常将重心置于“既病”之后的“方证对应”，虽能取得疗效，但对于疾病如何传变、何时传变缺乏系统性的预警和全局性的防控策略，属于相对被动的“尾随式”治疗。“气运—体质—病证”三维模式将“治未病”理念贯穿于疾病“未病—欲病—已病—传变”的全周期，实现“因时预警、因体预判、因病预防”的主动防控。其核心在于利用时空病机推演模型，识别出病势传变的关键路径和节点，实施早期截断。

案例体现：以“土不及”体质的急性胰腺炎患者为例，患者先天胃土失和降，运化无力，为病机之本。发病时肝木乘虚克伐中土，致中焦气机壅滞，湿热互结，发为脘腹剧痛，此即“土不及，木乘克”之始动环节。利用时空病机推演模型可推演出，在病势进展中，生克乘侮驱动“金气来复”以形成金木相薄，反致肺失宣降，出现胸闷喘促，进而“木之子”火气来复，木火刑金，导致“急性肺损伤”。阳明燥金、厥阴风木、少阳相火气运加临，加剧“土虚木乘”病势。据此，治当“通腑泻火，清化痰热，宣肺疏肝，运脾化痰”，以早期截断传变。方选大柴胡汤、上焦宣痹汤、旋覆花汤、温胆汤、泻白散。其中，大柴胡汤通腑泻火；合上焦宣痹汤以开宣肺郁、通达上焦气机，合旋覆花汤以降逆化痰、活血通络，共调气机；佐以温胆汤清胆和胃、化痰宁神，泻白散清泻肺热、导火下行。诸方协同，不仅治已病之胰腺炎症，更通过体质与气运整合，共同截断“土虚→木乘→金复→木郁→火复”传变链，实现了病势的截断扭转。

3.3 从“单一病证结合”到“气运—体质—病证”三维整合——实现精准化“共病共治” “病证结合”模式是现代中医临床的主流范式，其试图融合现代医学的疾病诊断与中医的证候分型。然而，此模式在实践中常不自觉地割裂了“病”“证”“体”三者，且往往忽视了时空气运环境对“人”和“病”的整体性、动态性调控作用。其个体化更多体现在“证”的层面，而非贯穿生命全周期的、动态的“人”。“气运—体质—病证”三维模式将诊疗决策建立在一个更宏阔的系统分析框架之上：“什么人(五行十态基础体质)”在“什么时空环境下(五运六气)”得了“什么病(病机传变)”。这实现了从“病证结合”的二维平面，到“气运—体质—病证”的三维立体演变，是实现真正意义上动态个体化医疗的关键。

案例体现：在临床实践中，面对同时患有高血压病、2型糖尿病、冠心病及慢性肾功能不全的复杂共

病患者，传统“病证结合”诊疗模式常陷入“分病论治”的困境，即针对“胸痹-痰瘀互结”“消渴-气阴两虚”“水肿-脾肾阳虚”等不同诊断分别开处方，易导致用药重叠或相互掣肘。通过时空病机推演模型，首先解构其先天体质为“水不及”的病机演变及脏腑功能病理靶向：肾水亏虚，则土乘之，脾土壅滞，湿浊内蕴，阻碍中焦；土胜则木气来复，肝木亢逆，风阳上扰，加重血压波动；木胜克土，反侮肺金，致金气又复之，肺失清肃，治节失常，水道失调；金虚不能制木，木火刑金，子病及母，终致心包火旺，痰火扰心，加重胸痹、神烦。据此核心传变链“水虚→土壅→木亢→金郁→火旺”，治当“滋水泻火、清金制木、运土宁心”。方选防己地黄汤以滋水泻火、凉血熄风；合大补肺汤以清金益气、通调水道；佐以柴前梅连汤清肝调中、透达郁火。此方案并非针对病种的简单方药叠加，而是基于对个体“水不及”体质内核与时空气运影响的深度把握，从整体上调节其失衡的功能网络，有力验证了“异病同体、异病同机、异病同治、共病共治”的临床可行性。

综上所述，从“静态辨证”到“动态推演”，从“治已病”到“治未病”，从“单一病证结合”到“共病共治”，这一系列思维革新，实现了对病机传变的前瞻性推演与关键节点的精准干预，显著提升了重症疑难病诊疗的预见性、精准性与系统性，为推动中医临床迈向模型引导的精准医疗范式奠定了理论基础。

4 临床价值——重症疑难病决策的优化

4.1 重症疑难病决策对“气运—体质—病证”三维模式的迫切需求 重症医学领域，尤其是涉及消化系统、循环系统及多器官功能障碍综合征等疑难重症时，患者具有病情危重、传变迅速及临床信息不全，以及因意识障碍而导致问诊困难、在危重状态下舌脉失真或受干预措施影响等突出特点。传统中医依赖“方证对应”与“静态辨证”的诊疗模式，在此类复杂情境下，其因即时、完整的四诊信息获取困难，难以把握疾病的核心病机与演变趋势，从而错失干预良机。因此，迫切需要一种具备前瞻预见性(预判病势)、动态精准性(识别关键病机)与决策果断性(指导早期干预)的诊疗新模式。通过将气运格局、个体体质、病机病证三大维度的信息进行结构化整合与动态推演，恰好为突破这一临床瓶颈提供了强有力的理论工具与实践框架。

4.2 “气运—体质—病证”三维模式在重症疑难病决策中的核心价值体现

4.2.1 风险分层与早期预警——从“被动响应”到“主动布防”：该模式基于个体的五行十态基础体质，确定个体内在的脏腑功能薄弱环节（靶脏腑），再结合当令的“五运六气”格局，分析气运对体质偏颇的影响。通过分析基础体质与后天气运格局的叠加影响，预判该个体在遭受重症疑难病打击时最易受损的生理系统与最可能的病机传变趋势，从而实现风险分层与早期预警。

4.2.2 传变路径预判与截断治疗——从“尾随救治”到“迎头痛击”：依据《黄帝内经》“胜复郁发”等气化规律，该模式能够推演出现有病机状态下，疾病下一步最可能的传变链条。通过在传变的关键节点（病机关口）前实施针对性干预，实现“截断扭转”，避免病势深入。

4.2.3 “同体多态共病”的统筹治疗——从“分病论治”到“共病共治”：该模式能够解析重症疑难病患者身上同时出现的多种危重征象，即“同体多态共病”，揭示这些表象之下统一的、源于核心体质与当前气运交互作用的根本病机，从而制定统领全局的治疗方案，实现“共病共治”。

4.2.4 预后判断与动态调方——从“经验调整”到“模式应用”：该模式将五行十态体质状态的动态演变与节气流转带来的气运周期变化相结合，进行综合分析并动态评估，据此预判正气的来复趋势或潜在的复发风险，并指导方药的实时、精准调整。

4.3 临床应用 以慢性肾衰竭（慢性肾脏病3期）合并急性肾损伤患者为例，利用“气运-体质-病证”三维模式进行临床诊疗决策分析。

4.3.1 病例资料：患者，男性，46岁（出生日期1976年10月12日），因反复腰酸乏力2年余、胸闷气喘1d于2022年10月31日入院。患者自述2年多前开始无明显诱因下出现反复腰酸、乏力症状，未接受系统诊治。入院前1d，患者上述症状加重，并新出现气促、胸闷气喘，活动后明显，不能平卧，同时伴有胸痛，咳嗽时疼痛加剧；伴发阵发性咳嗽，咳白色黏稠痰，且偶有咯血，咯血量不多，呈鲜红色；伴有少尿，尿量200 mL/24 h。患者既往有支气管扩张、2型糖尿病、高血压病、冠心病等病史。规律进行降压降糖治疗，血压血糖控制良好。曾于2018年行冠脉造影术+主动脉球囊反搏术+支架植入术（左前降支植入药物洗脱支架4枚），2021年再次行冠脉造影术+冠脉药物球囊扩张术。

入院时查体为体温36℃，脉搏106次/min，呼吸频率20次/min，血压118/81 mmHg（入院前有降压治疗）；身高172 cm，体重130 kg，超力体型；神志清楚，精神差，慢性病容；颈静脉充盈；两肺呼吸音粗，双下肺闻及湿性啰音；心界向左下扩大，各瓣膜听诊区未闻及杂音；腹部膨隆，无压痛反跳痛，肠鸣音活跃，7~8次/min；双下肢重度凹陷性水肿，色素沉着，双下肢静脉曲张，右下肢明显。入院实验室检查为血常规显示白细胞计数 $16.54 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比89.6%，血红蛋白148 g/L；C反应蛋白348.86 mg/L；降钙素原15.20 ng/mL；脑利钠肽前体 $>35\ 000$ pg/mL；肾功能显示尿素18.02 mmol/L，肌酐183 $\mu\text{mol/L}$ ，尿酸560 $\mu\text{mol/L}$ ；肝功能显示总胆红素38.5 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素35.6 $\mu\text{mol/L}$ ，白蛋白17.7 g/L，碱性磷酸酶193 U/L，胆碱酯酶3 468 U/L；凝血功能显示凝血酶原时间17.5 s，D-二聚体7.69 mg/L；心肌酶指标显示 α -羟丁酸脱氢酶195 U/L，乳酸脱氢酶253 U/L，肌钙蛋白T 49.54 ng/L。心脏超声提示全心增大并左、右室壁整体收缩运动普遍减弱（存在慢性缺血性心肌病的可能），左室壁厚度正常高值；三尖瓣中度反流，二尖瓣轻度反流；肺动脉增宽；左室收缩及舒张功能下降，右室收缩功能下降。胸部CT提示两肺下叶病变，可疑感染性病变（存在真菌感染的可能），需要排除合并肺出血的可能；右肺上叶前段少许炎症；右肺中叶纤维增殖灶；两侧少量胸腔积液；冠状动脉硬化，冠状动脉支架植入术后改变。入院诊断：（1）慢性肾衰竭（慢性肾脏病3期）合并急性肾损伤；（2）慢性心力衰竭急性发作（心功能IV级）；（3）咯血查因；（4）冠状动脉粥样硬化性心脏病；（5）2型糖尿病（存在糖尿病肾病的可能）；（6）高血压病2级（很高危组）。

患者入院后在肾病科给予护肾、降血压、降血糖、改善循环、利尿等西医治疗，患者症状未改善，仍存在气促、气喘、端坐呼吸、咳嗽、咳痰、咯血、双下肢重度凹陷性水肿等表现，尿量1 200 mL/24 h（使用利尿剂的情况下）。2022年11月2日复查相关指标为血常规显示白细胞计数 $24.61 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比87.40%，血红蛋白137 g/L；C反应蛋白321.46 mg/L；肾功能显示尿素18.02 mmol/L，肌酐183 $\mu\text{mol/L}$ ；24 h尿蛋白定量2 007.65 mg。2022年11月4日，患者因严重超重、重度水肿而无法置管行血液净化治疗，故邀我科会诊。查体后见舌胖大暗，脉弦滑数，患者五行十态基础体质“金不及”结合就诊时壬寅年四运五气，演化为后天“金太过”体质状态分析，核心病机推演为“金虚木乘，火刑肺金，痰火壅滞，子病及母，水

气上凌”，治疗以宣肺通络、清金泻火、降逆化痰、补肺养阴、利水消肿为法，给予千金苇茎汤、竹叶石膏汤、上焦宣痹汤、泻白散、旋覆花汤、大补肺汤、温胆汤、桔梗汤加减治疗。处方为芦根 50 g，冬瓜子 30 g，煇桃仁 20 g，瓜蒌皮 15 g，淡竹叶 10 g，生石膏 100 g（先煎），知母 30 g，天花粉 20 g，醋郁金 15 g，淡豆豉 30 g，射干 10 g，通草 10 g，桑白皮 20 g，地骨皮 40 g（先煎），旋覆花 30 g（包煎），茜草 20 g，丹参 30 g，麦冬 40 g，五味子 10 g，地黄 30 g，牡丹皮 30 g，泽泻 30 g，枳实 15 g，姜竹茹 30 g，紫菀 20 g，川贝母 10 g，败酱草 30 g，大腹皮 20 g，桔梗 20 g，甘草 10 g，大豆黄卷 20 g。每日一剂，水煎服，分早、晚温服。2022 年 11 月 8 日随诊时，患者胸闷气促症状明显缓解，能平卧，咳嗽、咯血减少；尿量明显增多，尿量由 1 500~2 000 mL/24 h（使用利尿剂的情况下）增至 4 000~5 000 mL/24 h。复查相关指标提示白细胞计数降至 $11.75 \times 10^9/L$ ，C 反应蛋白降至 142.73 mg/L，降钙素原 0.816 ng/mL，血肌酐降至 $116 \mu\text{mol/L}$ ，血钾波动在 4.5~5.0 mmol/L。

4.3.2 基于时空病机推演模型的“气运—体质—病证”三维推演：(1) 体（体质维度）。患者基础体质为“金不及”，肺金素虚，宣降失司，气机壅滞，水津不布，伏邪内蕴。(2) 时（气运维度）。我科会诊时值壬寅年（2022 年 11 月 4 日），表现为金太过气运格局^[11]，与体质“金不及”交互影响，导致肺气郁闭。(3) 病（病机病证维度）。核心病机推演为“金虚木乘，火刑肺金，痰火壅滞，子病及母，水气上凌”。肺金虚弱，肝木横逆，气机升降失常，故见喘促、胸痛；木火刑金，痰火壅滞，肺络受损，故见咳嗽、咯血；母病及子，肾失开阖，水湿泛滥，故见水肿、少尿；心营耗伤，神明受扰，故见胸闷、气促。病机链条清晰，体现了五行生克乘侮与胜复郁发的动态规律，形成“同体多态共病”之候。

4.3.3 决策对比与优化：(1) 传统思路。本例患者以“喘促、胸闷、咳嗽、咯血、水肿”为主症，涉及肺、心、肾等多系统受累，属中医“喘证”“水肿”“咯血”范畴。传统病机分析多从脏腑辨证入手，认为其核心在于“痰热壅肺”“水气凌心”“肾虚水泛”。治则常以清热化痰、宣肺平喘、利水消肿、凉血止血为主，如千金苇茎汤、麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤等方加减。此法虽能缓解症状，但忽视患者基础“金不及”体质与后天“金太过”气运格局叠加影响，难以全面把握病机动态演变与多脏关联，截断“金郁水停”之传变链，易致病情反复。(2) 时空病机推演模型的三维模式思路。患者出生日期为 1976 年 10 月 12 日，禀赋丙辰年四运五气格局，五行十态基础体质判定为“金不及”。金主宣降，为水之上源，金虚则肺失宣发肃降，水津

不布，气机壅滞。先天“金不及”体质，决定了其肺金功能本弱，易为肝木所乘，形成“金虚木乘”之基。我科会诊时间为 2022 年 11 月 4 日，壬寅年四运五气，“金太过”气运格局与基础体质“金不及”叠加影响，导致肺金虚弱，肝木横逆，气机升降失常，故见喘促、胸痛；木火刑金，痰火壅滞，肺络受损，故见咳嗽、咯血；母病及子，肾失开阖，水湿泛滥，故见水肿、少尿；心营耗伤，神明受扰，故见胸闷、气促。病机链条清晰，体现了五行生克乘侮与胜复郁发的动态规律，形成“同体多态共病”之候，即在“金不及”基础体质叠加后天“金太过”体质状态背景下，病势同时累及肾、肺、心等多脏腑，表现为“同体多态共病”。

治疗上，处方以千金苇茎汤、竹叶石膏汤、上焦宣痹汤、泻白散、旋覆花汤、大补肺汤、温胆汤、桔梗汤加减，旨在宣肺通络、清金泻火、降逆化痰、补肺养阴、利水消肿。本方以千金苇茎汤、竹叶石膏汤、泻白散共为君方君药，直击核心病机。千金苇茎汤针对“痰热壅肺，肺络瘀阻”，清肺化痰、逐瘀排脓，体现“结者散之”之旨；竹叶石膏汤清热生津、益气和胃，针对“火刑肺金，气阴两伤”，清泄肺中伏火、滋养肺胃之阴，体现“热者寒之”；泻白散清泄肺中伏火、导热下行。三方可共同清泄肺金郁热、涤痰通络、保存气阴。以上焦宣痹汤、旋覆花汤为臣方臣药，协同调畅气机。上焦宣痹汤轻宣上焦肺气之郁闭，通络开痹，体现“金郁泄之”；旋覆花汤降逆化痰、通络止血，针对痰气交阻、络脉不通。二者一宣一降，共调气机。以大补肺汤、温胆汤为佐方佐药，佐助肺脾。大补肺汤补肺气、养肺阴，扶正以助祛邪，体现“虚则补之”；温胆汤化痰和胃、理气宁神，针对痰热内扰、胃失和降，体现“子病及母，当先实母”之策。以桔梗汤为使方使药，调畅气机、载药归经。桔梗汤宣肺利咽、解毒排脓，载诸药上行达肺，并能调和诸药性。全方合用，既针对当下突出的证候表现，也兼顾了基础体质“金不及”，同时统筹了疾病病机传变，以截断扭转。

治疗后，本例患者胸闷气促缓解、能平卧，咳嗽、咯血减少，尿量增多，实验室指标改善，印证了该模式在预见传变、精准干预方面的优势，充分体现了“异病同体、异病同机、异病同治、同体多态共病合治”的临床价值。

5 创新性、局限性与未来展望

本研究的理论创新性主要体现在将传统体质理论与五运六气理论进行系统性融合，构建了具有动态推演能力的时空病机推演模型，形成了“气运—体

质一病证”三维模式。该模式通过“始生、病发、传变、欲解、就诊”五个时序节点的确立,形成了贯穿疾病全程的时空分析框架,使“天人相应”这一核心思想具备了可操作的实践路径。在重症疑难病诊疗领域,该模式突破了传统辨证的静态局限,将“治未病”理念转化为可量化推演的临床决策工具,为中医应对复杂重症提供了新的方法论支持。通过“气运—体质—病证”三个维度的有机整合,实现了从单一病证分析向整体动态把握的转变,推动了个体化诊疗向更高层次发展。

然而,该模式的进一步完善和推广仍面临若干挑战。在理论层面,模式规则的精细化需要大样本临床数据的持续验证与优化,目前基于典型病案的验证虽显示出该模式具有良好前景,但其普适性仍需要在更广泛的疾病谱系中进行检验。在应用层面,模式对使用者的知识结构提出了较高要求,既要精通传统气运推算方法,又须具备系统的中医临床思维,这在一定程度上限制了其普及推广。在学科融合方面,如何将模式推演结果与现代医学的微观指标建立有效关联,实现宏观辨证与微观病理的跨尺度对接,仍是需要深入探索的重要课题。

展望未来,可通过以下途径使本模式具有广阔的发展空间:通过多中心临床研究积累高级别循证证据,建立相应的诊疗规范与评价体系;跨学科合作将为本研究注入新的活力,与系统生物学、复杂科学等前沿领域的深度交融,不仅有助于揭示模型的现代科学内涵,也将为中医药的国际化传播开辟新的路径。

6 小 结

本研究构建了以五行十态体质为理论内核的时空病机推演模型,实现了中医临床思维从静态辨证向动态推演的重要转变。该模型通过整合先天体质、当前气运与疾病传变规律,建立“气运—体质—病证”三维模式,为复杂重症疑难病诊疗提供了创新方法论。该模式在重症预警、病势截断及多系统共病统筹治疗方面具有显著优势,有效提升了中医在危重病领域的诊疗能力。这一范式不仅深化了“治未病”理论在重症疑难病临床的实践内涵,也为实现个体化动态医疗提供了可行路径,推动了中医诊疗从经验驱动向三维模式引导的现代化转型,为构建中医特色精准医学体系奠定了理论基础。

参 考 文 献

- [1] 郑 健. 病证结合的中医临床思维[J]. 中医学, 2021, 10(2): 246-250.
- [2] 苏有琼, 田 原, 田春洪, 等. 国医大师张震关于中医证候的“两态三三构型”规律临床运用体会[J]. 上海医药, 2025, 46(2): 39-41.
- [3] 吴涛涛, 王 琦, 李 岩, 等. 基于体病相关探讨临床预测模型的构建[J]. 中医杂志, 2022, 63(16): 1507-1510, 1531.
- [4] 王 琦. 从发病学看体病相关的新视角[J]. 天津中医药, 2019, 36(1): 7-12.
- [5] 吴长汶, 朱 龙, 周常恩, 等. 五运六气在疾病风险预警中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 2729-2733.
- [6] 佚名. 黄帝内经·素问[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2012: 1-328.
- [7] 李坤辰, 张洪钧. 基于北京医疗大数据的五运六气大周期对体质与发病影响的探讨[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(12): 6793-6798.
- [8] 姚飞翔, 邵玉萍, 江 毅, 等. 湖北地区3217名大学生出生时五运六气格局、中医体质及体质健康水平的关联性分析[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(4): 1955-1965.
- [9] 董思颖, 高惠贤, 张子菱, 等. 五运六气与湿热体质的相关性探讨[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(6): 3011-3014.
- [10] 刘园园, 谢 胜, 张丽敏, 等. 基于红外热成像技术探索金太过型体质状态热图模型的构建与应用价值[J/OL]. 辽宁中医药大学学报. (2025-08-21) [2025-10-07]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1543.r.20250821.0846.002>.
- [11] 谢 胜, 刘园园, 彭柳莹, 等. “五行十态体质”构建与体质状态多维演化规律探讨[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(10): 6-14.
- [12] 谢 胜, 刘园园. 中医运气学“五行十态”体质特征[J]. 中医学报, 2016, 31(10): 1518-1521.
- [13] 佚名. 黄帝内经·灵枢[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1-513.
- [14] 屈馨宁, 刘宏潇. 基于机器学习的中医个体化辨证模式及智慧诊疗模型构建思路[J/OL]. 中华中医药学刊, (2025-09-17) [2025-10-07]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250917.1015.002>.
- [15] 奚胜艳, 钱林超, 丁红平, 等. 基于中医状态辨治理论探讨新型冠状病毒肺炎的防治[J]. 厦门大学学报(自然科学版), 2020, 59(3): 304-309.
- [16] 吴宏帅, 方小敏, 常 诚. 基于 Logistic 回归分析血管性认知障碍中医证型与认知域及危险因素的相关性[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(6): 814-819.
- [17] 薛进旭, 毛慧芳, 李东顶, 等. 《黄帝内经》“同气相求”观探微[J]. 甘肃中医药大学学报, 2024, 41(3): 20-23.
- [18] 郑晓红. 《黄帝内经》五运六气气化理论与天人合一[J]. 中医杂志, 2019, 60(12): 1008-1014.
- [19] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1-108.

(收稿日期: 2025-09-14 修回日期: 2025-11-17)