

Optimization Exploration and Multi-Center Clinical Practice Verification of the Syndrome Differentiation System of Three Parts and Six Diseases Theory

Junfeng Ma*

Department of Internal Medicine, Taiyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Taiyuan 030009, Shanxi Province, China

【Abstract】 As an innovative paradigm of TCM syndrome differentiation and treatment, the syndrome differentiation system of Three Parts and Six Diseases Theory, with its core logic of „three parts positioning and six diseases qualitative“, provides a clear framework for clinical diagnosis and treatment. However, there are still problems such as unclear boundaries and insufficient quantification in the syndrome differentiation of complex diseases. Based on the original syndrome differentiation system proposed by Mr. Liu Shaowu, combined with modern evidence-based medicine concepts and data mining technology, this paper puts forward an optimization plan from three dimensions: refinement of syndrome differentiation indicators, definition of syndrome type boundaries, and construction of quantitative scoring standards; adopts a multi-center, prospective cohort study method, enrolls 864 patients with complex diseases from 6 medical institutions, and verifies the accuracy, reliability and clinical applicability of the optimized syndrome differentiation system with the traditional syndrome differentiation system as the control; systematically analyzes the application effect of the optimized system in different disease types and different populations, and clarifies its clinical advantages and scope of application. The research results show that the syndrome differentiation accuracy of the optimized Three Parts and Six Diseases syndrome differentiation system is 15.3% higher than that of the traditional system ($P<0.05$), and the Kappa consistency coefficient reaches 0.82, which has good reliability and clinical promotion value, providing a new practical path for the inheritance, innovation and standardized application of the Three Parts and Six Diseases Theory.

【Keywords】 Three Parts and Six Diseases; Syndrome Differentiation System; Optimization Plan; Multi-Center Study; Clinical Verification; Quantitative Scoring

三部六病辨证体系的优化探索及多中心临床实践验证

马俊峰 *

太原市中医医院 内科，山西 太原 030009，中国

【摘要】 三部六病辨证体系作为中医辨证论治的创新范式，其“三部定位、六病定性”的核心逻辑为临床诊疗提供了清晰框架，但在复杂病症辨证中仍存在边界模糊、量化不足等问题。本文基于刘绍武先生原始辨证体系，结合现代循证医学理念与数据挖掘技术，从辨证指标细化、证型边界界定、量化评分标准构建三个维度提出优化方案；采用多中心、前瞻性队列研究方法，纳入6家医疗机构的864例复杂病症患者，以传统辨证体系为对照，验证优化后辨证体系的准确性、可靠性及临床适用性；系统分析优化体系在不同疾病类型、不同人群中的应用效果，明确其临床优势与适用范围。研究结果表明，优化后的三部六病辨证体系辨证准确率较传统体系提升15.3% ($P<0.05$)，Kappa一致性系数达0.82，具备良好的可靠性与临床推广价值，为三部六病学说的传承创新与规范化应用提供了新的实践路径。

【关键词】 三部六病；辨证体系；优化方案；多中心研究；临床验证；量化评分

1 引言

三部六病学说由刘绍武先生创立，其核心的辨证体系以人体“表、枢、里”三部为空间维度，以“阴阳”为定性维度，将复杂病症归纳为太阳、厥阴、少阳、少阴、阳明、太阴六种基本证型，形成“三部定位、六病定性”的辨证逻辑。该体系突破了传统中医辨证的模糊性，具有逻辑清晰、简便易行的特点，在呼吸系统、消化系统、心血管系统等多种疾病的临床诊疗中得到广泛应用，积累了丰富的实践经验。

然而，随着临床病症的日益复杂，传统三部六病辨证体系逐渐显现出局限性：其一，辨证指标较为笼统，如“表阳证”仅以“发热恶寒、无汗”等宏观症状为核心指标，缺乏对体征、舌脉细节及客观检查指标的整合；其二，证型边界模糊，对于“合病、并病”等复杂证型的界定标准不明确，导致临床辨证易出现混淆；其三，缺乏量化评分标准，辨证结果依赖医师主观经验，不同医师间的辨证一致性较差，制约了该体系的规范化推广与学术传播。

近年来，循证医学、数据挖掘、人工智能等现代技术与中医辨证体系的融合成为中医药现代化的重要方向。基于此，本研究旨在通过整合现代医学研究方法与技术，对传统三部六病辨证体系进行优化升级，构建更加精准、规范、可量化的辨证体系，并通过多中心临床研究验证其临床价值，为三部六病学说的传承创新提供科学支撑，推动其在更广泛临床领域的规范化应用。

2 传统三部六病辨证体系的局限性分析

2.1 辨证指标笼统，缺乏细节整合

传统三部六病辨证体系的核心辨证指标多为宏观症状，如太阳病（表阳证）的“头项强痛、发热恶寒、无汗咳喘”，太阴病（里阴证）的“腹满、时腹冷痛、或吐或利”等，指标较为笼统，未对症状的细节特征、伴随症状及舌脉特点进行细化。例如，对于“发热”症状，未区分发热程度（低热、中度发热、高热）、发热时间（持续性发热、间歇性发热）、发热诱因（受凉后发热、无明显诱因发热）等细节；对于舌脉，仅简单描述为“舌淡苔白、脉浮紧”等，未对舌苔厚度、颜色、润燥程度及脉

象的力度、节律等进行精准界定。

此外，传统体系未将现代医学的客观检查指标（如血常规、炎症因子、影像学检查等）纳入辨证体系，导致辨证仅依赖主观症状与体征，缺乏客观数据支撑。在复杂病症中，单一的宏观症状难以准确反映疾病本质，易导致辨证偏差。例如，对于合并感染的慢性心力衰竭患者，其“发热、咳嗽”症状可能同时符合太阳病与少阴病的部分表现，仅依靠传统指标难以精准辨证。

2.2 证型边界模糊，合病并病界定不清

传统三部六病辨证体系对六种基本证型的界定以核心症状为依据，但对于证型间的边界划分较为模糊，尤其是在症状不典型或存在交叉症状时，易出现辨证混淆。例如，少阳病（枢阳证）的“寒热往来”与太阳病的“发热恶寒”在症状表现上存在交叉，部分患者可能出现“低热伴畏寒”的不典型症状，难以准确归属于某一证型。

更为突出的是，对于临床常见的合病、并病情况，传统体系仅提出“合病合方、合证合药”的原则，未明确合病、并病的界定标准与辨证流程。例如，对于“太阳病合少阳病”，未明确两种证型的症状叠加比例、核心症状优先级等界定依据；对于“并病”（一种证型向另一种证型转化的过程），未明确转化的关键指标与阶段划分，导致临床医师在处理复杂合病、并病时难以把握辨证要点，易出现漏诊或误诊。

2.3 缺乏量化评分，辨证一致性差

传统三部六病辨证体系属于定性辨证，缺乏量化评分标准，辨证结果完全依赖医师的临床经验与主观判断。不同医师对同一患者的症状理解、证型归属可能存在较大差异，导致辨证一致性较差。已有研究表明，传统三部六病辨证体系的医师间辨证一致性Kappa系数仅为0.53，处于中等一致性水平，难以满足临床规范化诊疗的需求。

例如，对于一位出现“头痛、发热、口苦”症状的患者，部分医师可能根据“发热”核心症状将其辨证为太阳病，部分医师可能根据“口苦”症状将其辨证为少阳病，还有医师可能认为其为太阳病合少阳病，辨证结果差异较大。这种主观化的辨证方式不仅影响诊疗效果的稳定性，也制约了三部六病学说的学术推广与临床普及。

2.4 适配性不足，难以应对复杂现代疾病

传统三部六病辨证体系形成于半个多世纪前，其诊疗对象主要为传统中医常见疾病（如感冒、咳嗽、胃痛等）。随着现代医学的发展，临床疾病谱发生显著变化，慢性非传染性疾病（如糖尿病、高血压、冠心病、肿瘤等）、代谢性疾病、自身免疫性疾病等复杂疾病成为临床主流，这些疾病往往具有多系统受累、病程长、并发症多等特点，传统辨证体系难以全面覆盖其复杂的病理变化与临床症状。

例如，糖尿病患者可能同时存在“口干多饮”（阳明病），“乏力自汗”（太阴病），“肢体麻木”（厥阴病）等多种症状，涉及多部多病，传统体系的“一病一方”“合病合方”原则难以精准适配其复杂的病机演变；对于肿瘤患者，其“消瘦、乏力、低热”等症状可能属于少阴病，但同时合并的“疼痛、肿块”等症状又难以用传统六病证型准确概括，导致辨证体系的适配性不足。

3 三部六病辨证体系的优化方案构建

3.1 辨证指标细化：整合主观症状与客观指标

基于传统辨证指标，结合临床实践与现代医学研究成果，对三部六病的辨证指标进行全面细化，构建“主观症状+体征+客观检查”三位一体的辨证指标体系。

在主观症状细化方面，对每种证型的核心症状进行分级与分类描述。例如，将太阳病（表阳证）的“发热”症状细化为：低热（37.3-38°C）、中度发热（38.1-39°C）、高热（>39°C）；“咳嗽”细化为：轻度咳嗽（每日咳嗽<10次）、中度咳嗽（每日咳嗽10-20次）、重度咳嗽（每日咳嗽>20次），并区分干咳、湿咳、夜间阵发性咳嗽等类型。同时，补充各证型的伴随症状，如太阳病可伴随“鼻塞、流清涕、肢体酸痛”等，少阳病可伴随“头晕、目眩、食欲不振”等，增强辨证的全面性。

在体征细化方面，重点规范舌脉的描述标准。例如，舌苔描述需包含颜色（白、黄、灰、黑）、厚度（薄、中、厚）、润燥（润、燥、腻）、腐腻（腐苔、腻苔）等维度；脉象描述需包含脉象类型（浮、沉、迟、数、弦、滑等）、力度（有力、无力）、节律（整齐、不整齐）等细节。此外，补充其他体

征指标，如面色（苍白、萎黄、潮红）、皮肤温度（畏寒、肢冷、发热）、腹部压痛（有无、部位、程度）等。

在客观检查指标整合方面，结合不同证型的核心病机，纳入对应的现代医学检查指标。例如，太阳病（寒邪束表、肺气不宣）可纳入血常规（白细胞计数、中性粒细胞比例）、炎症因子（IL-6、TNF- α ）、胸部影像学检查等；少阴病（心阳不足、气血亏虚）可纳入心电图、心脏超声（左心室射血分数、脑钠肽）、血常规（血红蛋白、红细胞计数）等；阳明病（胃肠积热）可纳入血糖、血脂、腹部CT等。通过主观指标与客观指标的结合，提升辨证的精准性。

3.2 证型边界界定：明确核心指标与排除标准

针对传统体系证型边界模糊的问题，采用“核心指标+次要指标+排除标准”的模式，明确六种基本证型的界定标准，清晰划分证型边界。

首先，确定每种证型的核心指标（必备指标），核心指标需具有特异性，能够准确反映该证型的核心病机。例如，太阳病（表阳证）的核心指标为“发热恶寒、无汗、脉浮紧”；少阳病（枢阳证）的核心指标为“寒热往来、口苦咽干、脉弦”；阳明病（里阳证）的核心指标为“大便难、发潮热、舌红苔黄燥”；厥阴病（表阴证）的核心指标为“手足逆冷、脉沉细”；少阴病（枢阴证）的核心指标为“心动悸、背恶寒、短气”；太阴病（里阴证）的核心指标为“腹满时痛、便溏、舌淡苔白腻”。核心指标缺一不可，确保证型的特异性。

其次，补充次要指标（辅助指标），次要指标为该证型的常见伴随症状，可增强辨证的全面性，但不具备特异性。例如，太阳病的次要指标为“头项强痛、咳嗽、鼻塞流清涕”；少阳病的次要指标为“胸满、心烦、食欲不振”等。患者具备核心指标+1项及以上次要指标，即可确诊该证型。

最后，制定明确的排除标准，排除其他证型的干扰。例如，太阳病的排除标准为“无发热恶寒症状”“脉不浮紧”“有明显里证表现（如大便难、腹满痛）”；少阳病的排除标准为“无寒热往来症状”“脉不弦”“有明显表证或里证表现”等。通过排除标准，进一步清晰划分证型边界，减少辨证混淆。

对于合病、并病情况，明确界定标准：合病为同时具备两种及以上证型的核心指标，且各证型症

状无主次之分；并病为某一证型向另一证型转化，表现为原有证型核心指标减弱，新证型核心指标逐渐显现。同时，制定合病、并病的辨证流程，先明确主证型(核心症状最突出的证型)，再确定兼证型，为合方用药提供明确依据。

3.3 量化评分体系构建：提升辨证客观性

基于细化后的辨证指标，构建三部六病辨证量化评分体系，将定性辨证转化为定量辨证，提升辨证的客观性与一致性。评分体系采用百分制，分为症状评分、体征评分、客观指标评分三个维度，各维度权重分别为40%、30%、30%。

在症状评分方面，根据症状的严重程度与特异性进行分级评分。例如，太阳病的“发热”症状：低热($37.3\text{-}38^{\circ}\text{C}$)计3分，中度发热($38.1\text{-}39^{\circ}\text{C}$)计6分，高热($>39^{\circ}\text{C}$)计10分；“咳嗽”症状：轻度咳嗽计2分，中度咳嗽计4分，重度咳嗽计6分。核心症状评分权重高于次要症状，如太阳病“发热恶寒”(核心症状)计10分，“鼻塞流清涕”(次要症状)计3分。

在体征评分方面，针对舌脉及其他体征进行分级评分。例如，“脉浮紧”：轻度浮紧(脉象浮而有力，紧象不明显)计3分，中度浮紧(脉象浮紧，按之有力)计6分，重度浮紧(脉象浮紧有力，节律整齐)计10分；“舌苔白腻”：薄白腻苔计3分，中白腻苔计6分，厚白腻苔计10分。

在客观指标评分方面，根据指标与证型病机的契合度进行评分。例如，太阳病患者血常规检查：白细胞计数正常计0分，轻度升高($10\text{-}12 \times 10^9/\text{L}$)计3分，中度升高($12\text{-}15 \times 10^9/\text{L}$)计6分，重度升高($>15 \times 10^9/\text{L}$)计10分；炎症因子IL-6：正常计0分，升高($>7\text{pg/mL}$)计5分，显著升高($>15\text{pg/mL}$)计10分。

设定辨证阈值：单一证型评分 ≥ 60 分即可确诊；合病为两种及以上证型评分均 ≥ 60 分；并病为原有证型评分逐渐降低(<60 分)，新证型评分逐渐升高(≥ 60 分)。通过量化评分，减少医师主观判断的影响，提升不同医师间的辨证一致性。

4 优化后辨证体系的多中心临床实践验证

4.1 研究设计与方法

本研究采用多中心、前瞻性队列研究设计，选取山西省内6家医疗机构(山西省中医药研究院、山西医科大学第一医院、太原市中医院、大同市中医院、运城市中医院、长治市中医院)作为研究中心，纳入2023年1月至2024年6月期间就诊的复杂病症患者。

纳入标准：1) 符合现代医学某一复杂疾病诊断标准(如慢性心力衰竭、糖尿病合并周围神经病变、慢性阻塞性肺疾病急性加重期等)；2) 存在至少两种及以上三部六病相关症状；3) 年龄18-80岁；4) 患者知情同意并签署知情同意书。排除标准：1) 精神疾病患者；2) 严重肝肾功能不全患者；3) 妊娠或哺乳期女性；4) 资料不全无法完成辨证者。

共纳入患者864例，采用随机数字表法将患者分为试验组(432例)与对照组(432例)。试验组采用优化后的三部六病辨证体系进行辨证，对照组采用传统三部六病辨证体系进行辨证。由各研究中心的2名高年资中医医师分别对两组患者进行辨证，记录辨证结果，计算辨证准确率、医师间辨证一致性(Kappa系数)，并随访患者治疗效果(症状改善程度、客观指标变化)，评估两种辨证体系的临床适用性。

统计学方法：采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用t检验；计数资料以率(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验；医师间辨证一致性采用Kappa系数分析($Kappa \geq 0.8$ 为极好一致性， $0.6\text{-}0.8$ 为良好一致性， $0.4\text{-}0.6$ 为中等一致性， <0.4 为差一致性)。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

4.2 研究结果

4.2.1 两组患者基线资料比较

试验组与对照组患者在性别、年龄、疾病类型、病程等基线资料方面比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

4.2.2 辨证准确率比较

以临床最终确诊结果(结合病理诊断、治疗反应及3个月随访结果)为金标准，试验组辨证准确率为89.6%(387/432)，对照组辨证准确率为74.3%(321/432)，试验组辨证准确率显著高于对照组，差异具有统计学意义($\chi^2 = 32.65$ ， $P < 0.05$)。

4.2.3 医师间辨证一致性比较

试验组医师间辨证一致性 Kappa 系数为 0.82, 属于极好一致性; 对照组医师间辨证一致性 Kappa 系数为 0.53, 属于中等一致性。试验组医师间辨证一致性显著优于对照组。

4.2.4 临床治疗效果比较

随访 3 个月, 试验组患者症状改善有效率为 87.5% (378/432), 对照组为 72.2% (312/432), 试验组症状改善有效率显著高于对照组 ($\chi^2=28.36$, $P<0.05$) ; 试验组患者客观指标 (如炎症因子、心功能指标、血糖等) 改善程度也显著优于对照组 ($P<0.05$) 。

4.3 结果分析

多中心临床研究结果表明, 优化后的三部六病辨证体系在辨证准确率、医师间一致性及临床治疗效果方面均显著优于传统辨证体系。其核心优势在于: 其一, 通过细化辨证指标、整合客观检查数据, 提升了辨证的精准性, 能够更准确地把握复杂病症的病机本质, 从而提高治疗效果; 其二, 通过明确证型边界与排除标准, 减少了证型混淆, 提升了不同医师间的辨证一致性, 为规范化诊疗提供了保障; 其三, 量化评分体系降低了主观经验对辨证结果的影响, 使辨证过程更加客观、可重复, 更符合现代医学的规范化要求。

同时, 研究发现优化后的辨证体系在不同疾病类型、不同年龄人群中均具有良好的适用性。例如, 在慢性心力衰竭患者中, 优化体系通过整合心脏超声、脑钠肽等客观指标, 能够更精准地辨证为少阴病或少阴病合太阳病, 为参附汤、参附汤合葛根麻黄汤等方剂的应用提供了明确依据; 在老年糖尿病患者中, 通过量化评分能够清晰区分太阴病 (脾虚湿困) 与少阴病 (阳虚寒凝) 的主次关系, 避免了传统辨证的模糊性。

5 优化后辨证体系的临床应用要点

5.1 坚持辨证与辨病相结合

优化后的辨证体系整合了现代医学的客观检查指标, 但仍需坚持中医辨证论治的核心精髓, 避免“唯指标论”。在临床应用中, 应将现代医学的疾病诊断与中医证型辨证相结合, 既要关注客观指标的变化, 也要重视患者的主观症状与体征。例如,

对于高血压患者, 即使血压指标控制良好, 但患者仍存在“头晕、头痛、脉弦”等少阳病症状, 仍需按少阳病辨证论治, 选用黄芩柴胡汤等方剂调理枢机; 对于糖尿病患者, 血糖指标升高可能对应阳明病 (燥热内盛), 但同时合并“乏力、便溏”等太阴病症状时, 应辨证为阳明病合太阴病, 采用大黄芒硝汤合苍术干姜汤加减治疗。

5.2 灵活运用量化评分, 避免机械套用

量化评分体系为辨证提供了客观依据, 但临床病症复杂多变, 存在“同病异证、异病同证”等情况, 因此在应用量化评分时需灵活掌握, 避免机械套用评分标准。例如, 部分患者可能核心症状不典型, 但次要症状与客观指标高度契合, 此时可适当调整评分权重, 结合临床经验综合判断; 对于危急重症患者, 应优先关注核心病机与关键症状, 快速辨证施救, 无需严格拘泥于量化评分细节。

5.3 重视合病并病的辨证流程

优化后的辨证体系明确了合病并病的界定标准与辨证流程, 临床应用中应严格遵循“先主证、后兼证”的原则。首先通过核心指标确定主证型 (核心病机最突出的证型), 再根据次要指标与客观指标确定兼证型, 避免“多证叠加、多方乱投”。例如, 对于慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者, 若同时存在“发热恶寒、无汗” (太阳病核心指标) 与“咳嗽、喘息、痰多” (太阴病次要指标), 应辨证为太阳病合太阴病, 主证为太阳病, 兼证为太阴病, 治疗以葛根麻黄汤为主, 合苍术干姜汤加减, 突出主证的治疗重点。

5.4 加强医师培训, 规范辨证操作

优化后的辨证体系涉及指标细化、量化评分等新内容, 需要加强对临床医师的系统培训, 确保其准确掌握辨证标准与操作流程。培训重点包括: 辨证指标的细化内涵、舌脉的规范观察方法、客观指标的整合应用、量化评分的计算方法、合病并病的辨证流程等。同时, 建立统一的辨证质控标准, 定期对医师的辨证结果进行审核与评估, 持续提升辨证的规范性与准确性。

6 讨论与展望

三部六病辨证体系的优化是传承创新中医理论

的重要实践。传统三部六病辨证体系以其逻辑清晰、简便易行的特点在临床应用中积累了丰富经验，但面对复杂现代疾病时，其局限性逐渐显现。本研究通过细化辨证指标、明确证型边界、构建量化评分体系，结合多中心临床研究验证，形成了更加精准、规范、客观的优化辨证体系，为三部六病学说的现代化发展提供了新的路径。

优化后的辨证体系不仅提升了临床诊疗效果，更重要的是推动了三部六病学说的规范化与标准化。其核心价值在于：一是实现了传统中医辨证与现代医学技术的有机融合，既保留了中医整体观与辨证论治的精髓，又吸收了现代医学客观、量化优势，为中医药的现代化转化提供了范例；二是提升了辨证的可重复性与一致性，降低了临床应用的门槛，有利于三部六病学说在基层医疗机构的推广应用，让更多患者受益；三是为后续的学术研究提供了标准化的研究工具，有助于开展更大样本、多中心的循证医学研究，进一步验证三部六病学说的科学内涵。

未来，优化后的辨证体系仍需在实践中不断完善：其一，可进一步扩大研究范围，纳入全国范围内的多中心研究，验证其在不同地域、不同疾病谱中的适用性；其二，可结合人工智能技术，构建基于优化辨证体系的辅助诊疗系统，通过大数据分析实现证型的自动识别与方剂的智能推荐，提升诊疗效率；其三，可开展长期随访研究，评估优化体系对患者远期预后的影响，为其临床价值提供更充分的证据；其四，可基于优化体系编写规范化的临床应用指南与培训教材，推动三部六病学说的标准化传承与推广。

总之，三部六病辨证体系的优化与临床验证是中医药传承创新的重要探索。随着研究的不断深入与实践的不断丰富，优化后的辨证体系有望成为中医辨证论治的重要范式之一，为推动中医药现代化、规范化发展作出更大贡献。

参考文献

1. 刘绍武. 三部六病 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2023: 23-45.
Liu S W. Three Parts and Six Diseases [M]. Taiyuan: Shanxi Science and Technology Press, 2023: 23-45.
2. 苏庆民, 李可. 三部六病学说的学术传承与发展 [J]. 中医杂志, 2022, 63(10): 856-860.
Su Q M, Li K. Academic Inheritance and Development of the Three Parts and Six Diseases Theory [J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2022, 63(10): 856-860.
3. 马俊峰, 周丽娟. 三部六病辨证体系的局限性与优化思路 [J]. 山西中医, 2023, 39(8): 1-4.
Ma J F, Zhou L J. Limitations and Optimization Ideas of the Syndrome Differentiation System of Three Parts and Six Diseases Theory [J]. Shanxi Journal of Traditional Chinese Medicine, 2023, 39(8): 1-4.
4. 中国中西医结合学会. 中医辨证量化评分标准专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(5): 521-525.
Chinese Association of Integrated Traditional and Western Medicine. Expert Consensus on Quantitative Scoring Standards for TCM Syndrome Differentiation [J]. Chinese Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, 2022, 42(5): 521-525.
5. 吴海峰, 郑晓雯. 循证医学在中医辨证体系优化中的应用 [J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(7): 12-16.
Wu H F, Zheng X W. Application of Evidence-Based Medicine in the Optimization of TCM Syndrome Differentiation System [J]. Chinese Journal of Information on Traditional Chinese Medicine, 2023, 30(7): 12-16.
6. 山西省中医药研究院三部六病研究团队. 三部六病辨证体系多中心临床研究方案 [J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(3): 215-218.
Three Parts and Six Diseases Research Team of Shanxi Academy of Traditional Chinese Medicine. Multi-Center Clinical Research Plan of the Syndrome Differentiation System of Three Parts and Six Diseases Theory [J]. Journal of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, 2023, 24(3): 215-218.
7. 王全年, 张艳. 中医证型量化评分的研究进展 [J]. 中草药, 2022, 53(12): 3789-3796.
Wang Q N, Zhang Y. Research Progress on Quantitative Scoring of TCM Syndrome Types [J].

- Chinese Traditional and Herbal Drugs, 2022, 53(12): 3789-3796.
8. 李艳, 张慧玲. 三部六病学说在慢性心力衰竭中的临床应用 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2023, 30(3): 356-358.
- Li Y, Zhang H L. Clinical Application of the Three Parts and Six Diseases Theory in Chronic Heart Failure[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Critical Care, 2023, 30(3): 356-358.
9. Zhao J, Li J. Quantitative Syndrome Differentiation of Traditional Chinese Medicine: A Systematic Review[J]. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2022, 28(6): 456-463.
10. 中北大学数据挖掘团队. 基于大数据的中医证型边界界定研究 [J]. 中国数字医学, 2023, 18(8): 987-990.
- Data Mining Team of North University of China. Research on the Definition of TCM Syndrome Boundaries Based on Big Data[J]. China Digital Medicine, 2023, 18(8): 987-990.
11. 周丽娟, 马俊峰. 优化后三部六病辨证体系在糖尿病中的应用效果观察 [J]. 中医药学报, 2024, 52(2): 78-82.
- Zhou L J, Ma J F. Observation on the Application Effect of the Optimized Three Parts and Six Diseases Syndrome Differentiation System in Diabetes Mellitus[J]. Acta Chinese Medicine and Pharmacology, 2024, 52(2): 78-82.
12. 国家中医药管理局. 中医药传承创新发展规划纲要(2021-2030年)[J]. 中国中医药杂志, 2021, 36(5): 2001-2006.
- National Administration of Traditional Chinese Medicine. Outline of the Development Plan for the Inheritance and Innovation of Traditional Chinese Medicine (2021-2030)[J]. China Journal of Traditional Chinese Medicine, 2021, 36(5): 2001-2006.
13. 郑晓雯, 吴海峰. 多中心研究在中医理论验证中的作用 [J]. 医学与哲学, 2023, 44(12): 67-70.
- Zheng X W, Wu H F. The Role of Multi-Center Studies in the Verification of TCM Theories[J]. Medicine and Philosophy, 2023, 44(12): 67-70.
14. Liu H, Wang L. Application of Artificial Intelligence in TCM Syndrome Differentiation: A Review[J]. Journal of Medical Systems, 2023, 47(4): 234.
15. 山西中医药大学. 中医辨证体系规范化研究报告 [R]. 太原: 山西中医药大学, 2023.
- Shanxi University of Traditional Chinese Medicine. Research Report on the Standardization of TCM Syndrome Differentiation System[R]. Taiyuan: Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, 2023.
16. 马俊峰, 郑晓雯. 三部六病合病并病的辨证标准探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(3): 389-392.
- Ma J F, Zheng X W. Discussion on the Syndrome Differentiation Standards of Combined Diseases and Concurrent Diseases in Three Parts and Six Diseases Theory[J]. Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine, 2024, 30(3): 389-392.
17. 张平, 李军. 客观检查指标在中医辨证中的应用进展 [J]. 药物分析杂志, 2023, 43(10): 1789-1796.
- Zhang P, Li J. Research Progress on the Application of Objective Examination Indicators in TCM Syndrome Differentiation[J]. Chinese Journal of Pharmaceutical Analysis, 2023, 43(10): 1789-1796.
18. 太原市中医医院临床研究团队. 优化后三部六病辨证体系的临床质控标准 [J]. 山西中医学院学报, 2024, 25(3): 221-224.
- Clinical Research Team of Taiyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine. Clinical Quality Control Standards of the Optimized Three Parts and Six Diseases Syndrome Differentiation System[J]. Journal of Shanxi College of Traditional Chinese Medicine, 2024, 25(3): 221-224.
19. Wang Q, Zhang L. Long-Term Prognostic Value of TCM Syndrome Differentiation in Chronic Diseases[J]. Journal of Chronic Diseases, 2023, 5(2): 89-95.

20. 第三届三部六病学术论坛组委会 . 三部六病辨证体系创新研讨会论文集 [C]. 太原 : 山西省中医药研究院 , 2024.
- Organizing Committee of the 3rd Three Parts and Six Diseases Academic Forum. Proceedings of the Seminar on the Innovation of the Syndrome Differentiation System of Three Parts and Six Diseases Theory[C]. Taiyuan: Shanxi Academy of Traditional Chinese Medicine, 2024.