·XXXX·

康复住院医师中医临床思维结构化水平与经典理论及辨证实践的关联分析

李小云　王留根　李庆富　邓苏丹
郑州大学第一附属医院康复医学科，郑州 450040
通信作者：王留根，Email：kfwlg@126.com

【摘要】 目的　分析康复住院医师经典理论学习、辨证实践频率与中医临床思维结构化水平的关系，并检验结构化水平的中介作用。**方法**　采用便利抽样法，选取2021年1月至2024年12月期间于郑州大学第一附属医院参加住院医师规范化培训的118名康复专业住院医师作为研究对象。使用一般资料问卷、中医临床思维能力评价问卷、经典理论学习自评量表和辨证实践频率自评量表进行横断面调查。通过SPSS 27.0软件进行描述性和Pearson相关分析，使用Process 4.2宏程序结合Bootstrap法检验中医临床思维结构化水平的中介效应。**结果**　康复住院医师中医临床思维结构化水平总分为（84.56 ± 5.10）分，处于中等水平；经典理论学习总分为（86.25 ± 6.84）分，达到较高水平；辨证实践频率总分为（81.88 ± 5.01）分，处于中等偏上水平。Pearson相关分析显示，经典理论学习与辨证实践频率呈正相关（r=0.563，P<0.01），与中医临床思维结构化水平呈正相关（r=0.603，P<0.01）；中医临床思维结构化水平与辨证实践频率呈正相关（r=0.623，P<0.01）。中介效应检验表明，中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率之间起部分中介作用，间接效应值为0.197（P<0.001），占总效应的比例为47.72%。**结论**　经典理论学习与辨证实践频率存在正向关联，且这种关联在一定程度上与住院医师中医临床思维的结构化水平有关。因此，在康复医学人才培养中，建议注重经典理论知识的系统传授，增加辨证实践机会，并关注中医临床思维的结构化培养。

【关键词】 康复住院医师；　中医临床思维；　结构化水平；　经典理论学习；　辨证实践频率
【中图分类号】 R-0；R-4
基金项目：中国康复医学会项目（KFKT-2023-031）
DOI：10.3760/cma.j.cn116021-20260201-02343

Correlation analysis of structured level of traditional Chinese medicine clinical thinking, classical theory learning, and syndrome differentiation practice among rehabilitation resident physicians

Li Xiaoyun, Wang Liugen, Li Qingfu, Deng Sudan
Department of Rehabilitation Medicine, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450040, China
Corresponding author: Wang Liugen, Email: kfwlg@126.com

【Abstract】 Objective　To analyze the relationships among classical theory learning, frequency of syndrome differentiation practice, and the structured level of traditional Chinese medicine (TCM) clinical thinking among rehabilitation resident physicians, and examine the mediating role of the structured level. **Methods**　A convenience sampling method was used to select 118 rehabilitation residents who participated in standardized residency training at The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University from January 2021 to December 2024. A cross-sectional survey was conducted using a General Information Questionnaire, a TCM Clinical Thinking Ability Evaluation Questionnaire, a Classical Theory Learning Self-Rating Scale, and a Syndrome Differentiation Practice Frequency Self-Rating Scale. Descriptive analysis and Pearson correlation analysis were performed using SPSS 27.0. The mediating effect of the structured level of TCM clinical thinking was tested using the PROCESS macro 4.2 combined with the bootstrap method. **Results** The total score for the structured level of TCM clinical thinking among rehabilitation residents was (84.56 ± 5.10), indicating a moderate level. The total score for classical theory learning was (86.25 ± 6.84), reaching a relatively high level. The total score for syndrome differentiation practice frequency was (81.88 ± 5.01), reflecting an upper-moderate level. Pearson correlation analysis showed that classical theory learning was

positively correlated with syndrome differentiation practice frequency (r=0.563, P<0.01) and the structured level of TCM clinical thinking (r=0.603, P<0.01). The structured level of TCM clinical thinking was positively correlated with syndrome differentiation practice frequency (r=0.623, P<0.01). Mediation analysis indicated that the structured level of TCM clinical thinking partially mediated the relationship between classical theory learning and syndrome differentiation practice frequency, with an indirect effect value of 0.197 (P<0.001), accounting for 47.72% of the total effect. **Conclusions** A positive correlation exists between classical theory learning and syndrome differentiation practice frequency, and this correlation is, to some extent, related to the structured level of TCM clinical thinking among resident physicians. Accordingly, within the context of rehabilitation medicine education, it is recommended to prioritize the systematic teaching of classical theoretical knowledge, increase opportunities for syndrome differentiation practice, and pay attention to the structured cultivation of TCM clinical thinking.

【**Key words**】 Rehabilitation resident; Traditional Chinese medicine clinical thinking; Structured level; Classical theory learning; Syndrome differentiation practice frequency

Fund program: Project of the Chinese Association of Rehabilitation Medicine (KFKT-2023-031)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260201-02343

中医临床思维是指从业人员运用中医理论、技能和经验进行诊断、辨证、治疗及预后判断的思维过程，是中医临床实践的核心[1-2]。而中医临床思维的结构化水平，则体现了这种思维过程的系统性、逻辑性和条理性，直接影响着临床诊疗决策的准确性和有效性。康复医学作为中医学的重要应用领域之一，其核心在于运用中医理论与方法，帮助患者恢复肢体功能、改善生活质量，这对康复科医师的中医临床思维能力提出了更高的要求[3-4]。康复住院医师是康复医学的未来骨干，其临床思维培养是住培教学的重点[5]。然而，当前康复住培中，学科交叉多、临床任务重、教学模式单一等因素，导致部分住院医师理论基础薄弱、临床思维混乱、辨证与实践脱节。经典理论作为中医学的根基，蕴含着中医的核心思想和诊疗智慧，是培养中医临床思维的重要源泉[6]。辨证实践是将理论转化为临床能力的关键环节，反复实践可深化理论理解、优化思维模式[7]。值得指出的是，我国康复医学科住院医师大多为西医背景，本科或研究生阶段接受的中医课程学时有限，也缺少系统的中医临床轮训。因此，如何在有限资源下提升其中医经典素养、辨证实践能力和思维结构化水平，是康复住培面临的现实问题。本研究通过实证分析三者之间的统计关系，旨在为这一特殊群体的中医能力培养提供数据支持与路径参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究采用便利抽样法，选取 2021 年 1 月至 2024 年 12 月期间于郑州大学第一附属医院康复医学科实习的康复专业住院医师为研究对象。纳入标准：符合国家康复医学专业规范化培训相关要求，正式进入住培阶段的学员；自愿参与本研究，并签署知情同意书；能够独立完成问卷填写，沟通交流能力正常；在康复医学科轮转时间≥3 个月，具备一定的中医临床实践基础。排除标准：非康复专业住院医师；在康复医学科轮转期间因请假、休学等原因导致临床实习时间不足 3 个月者；存在认知功能障碍、精神疾病等无法正常完成调查者；拒绝参与本研究或中途退出者。

1.2 康复医学科中医教学背景

根据国家康复医学住院医师规范化培训内容与标准，中医科不作为强制轮转科室，也未统一设置中医理论课程。本研究依托的郑州大学第一附属医院康复医学科，在内部教学安排中增设了中医相关内容，包括每周安排 1 次中医经典理论讲座（每次 2 学时），每 2 周组织 1 次中医辨证案例讨论（每次 1.5 学时），由 1 名具有中医背景的副主任医师和 2 名高年资主治医师承担教学。学员在科期间平均接受中医理论教学约 16 学时，临床带教中鼓励运用中医方法进行辨证与康复干预。上述安排为本研究中经典理论学习与辨证实践的实施基础。

1.3 研究工具

1.3.1 一般资料问卷

由研究小组自行设计，用于收集住院医师的基本信息，包括性别、年龄、最高学历、当前住培年级、实际轮转月数以及既往在校期间接受的中医学相关课程总学时数。

1.3.2 中医临床思维结构化水平问卷

采用高彬[8]编制的中医临床思维能力评价问卷。该问卷共计 90 个条目，涵盖宏观知识问卷（14 项）、中观知识问卷（22 项）、微观知识问卷

（25项）及中医相关思维能力问卷（29项）4个知识结构与能力维度分问卷。采用Likert 5点计分（1="非常不符合"，5="非常符合"）。各维度得分相加为问卷总分，本研究将原始总分转换为百分制，得分范围0~100分。得分越高，表明其中医临床思维的结构化、系统化水平越强。该问卷在原始研究中的Cronbach's α系数为0.910，在本研究样本中Cronbach's α系数为0.915。

1.3.3 经典理论学习自评量表

参考中医知识水平评价的结构框架[9]，结合康复医学住培大纲要求与临床教学实际，自行编制经典理论学习自评量表。量表构建过程如下：首先，通过文献回顾与小组讨论形成初始条目池，共包含30个条目；其次，邀请5名具有副高级以上职称的中医教学与康复医学教学专家对条目进行内容效度评价，采用4级评分法（1="不相关"，4="非常相关"），计算条目水平内容效度指数（I-CVI），保留I-CVI≥0.78的条目；最后，经专家讨论合并相似条目、删除表述不清条目，形成包含4个维度、共20个条目的正式量表。条目设置依据：中医理论基础认知维度反映住院医师对中医基本理论的掌握程度；经典典籍熟悉度维度反映对《黄帝内经》《伤寒杂病论》等经典的阅读与理解；康复特色理论掌握维度反映中医理论在康复医学中的具体应用；中医文化认同维度反映对中医思维方式的认同与接受。计分方式：采用Likert 5点计分法（1="非常不符合"至5="非常符合"），总分范围20~100分，得分越高表明经典理论学习越扎实。效度检验：内容效度检验结果显示，20个条目的I-CVI范围为0.80~1.00，全体一致内容效度指数（S-CVI/UA）为0.85，平均内容效度指数（S-CVI/Ave）为0.86。信度检验：在本研究样本中，该量表的内部一致性Cronbach's α系数为0.887。

1.3.4 辨证实践频率自评量表

采用中医临床技能考核的常见评价项目[10]，结合临床教学实际，自行编制辨证实践频率自评量表。量表构建过程如下：首先，基于临床教学实践中常见的辨证实践行为，形成初始条目库，共包含28个条目；其次，经5名具有5年以上临床带教经验的康复医学与中医学专家进行内容效度评价，采用4级评分法计算I-CVI，保留I-CVI≥0.78的条目；最后，经专家讨论筛选，确定包含4个核心环节、共20个条目的正式量表。条目设置依据：疾病诊断实践反映住院医师在临床中运用中医方法进行疾病诊断的频率；治疗方法选用实践反映选择中医治疗方法的频率；药物配伍思考实践反映在处方时考虑药物配伍的频率；操作手法与选穴应用实践反映在临床操作中运用中医手法的频率。计分方式：采用Likert 5点频率评分（1="从未"至5="总是"），总分范围20~100分，得分越高表明辨证实践越频繁。效度检验：内容效度检验结果显示，20个条目的I-CVI范围为0.80~1.00，S-CVI/UA为0.80，S-CVI/Ave为0.84。信度检验：在本研究中，该量表的Cronbach's α系数为0.851。

1.4 调查方法

正式调查前，对调查人员进行统一培训，明确问卷内容、调查流程及注意事项。现场发放问卷，说明研究目的和填写要求，知情同意后由本人独立填写。问卷回收后，当场审核，对漏填、错填问卷及时与研究对象沟通修正，确保问卷有效性。本研究共发放问卷125份，回收有效问卷118份，有效回收率为94.40%。

1.5 统计学方法

本研究采用SPSS 27.0进行数据处理。计量资料先行Shapiro-Wilk正态性检验，符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差（ ± s）描述。使用Pearson相关分析探讨中医临床思维结构化水平、经典理论学习与辨证实践频率之间的关系。采用Process 4.2（Model 4）宏程序，设定Bootstrap样本量为5000，分析和检验中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率之间的中介效应。以95%置信区间（95% *CI*）作为中介效应显著的判断标准。所有统计检验均为双侧，检验水准 a=0.05。

2 结果

2.1 研究对象的一般资料

118名有效参与者中，男性52人（44.07%），女性66人（55.93%）。平均年龄（25.32 ± 1.45）岁。学历方面，硕士研究生89人（75.42%），本科毕业生29人（24.58%）。住培年级分布情况，第一年35人（29.66%），第二年46人（38.98%），第三年37人（31.36%）。所有学员在本科或研究生阶段均修读过中医学相关课程，平均学时（68.50 ± 22.30）学时。康复医学科平均轮转时长为（4.20 ± 1.10）个月。

2.2 中医临床思维结构化水平与经典理论学习、辨证实践频率得分情况

中医临床思维结构化水平原始总分为（380.65 ± 23.179），百分制转化后总分为（84.56 ± 5.10），处于中等水平，条目均分为（4.23 ± 0.26）；百分制转化后各维度得分由高到低依次为：微观知识维度（84.80 ± 5.59）、思维能力维度（84.67 ± 5.59）、宏观知识维度（84.38 ± 5.15）、中观知识维度（84.37 ± 5.38）。

经典理论学习自评总分为(86.25 ± 6.84),达到较高水平;各维度得分由高到低依次为:理论基础认知(21.57 ± 1.86)、经典典籍熟悉度(21.55 ± 1.97)、康复特色理论掌握(21.52 ± 1.90)、中医文化认同(21.51 ± 2.15)。辨证实践频率自评总分为(81.88 ± 5.01),属中等偏上水平;各维度得分由高到低依次为:疾病诊断实践(20.49 ± 1.62)、药物配伍思考(20.49 ± 1.58)、治法选用实践(20.45 ± 1.45)、操作选穴应用(20.44 ± 1.56)。

2.3 中医临床思维结构化水平、经典理论学习与辨证实践频率的相关性分析

正态性检验(Shapiro-Wilk 检验)结果显示:经典理论学习得分(W=0.982, P=0.112)、中医临床思维结构化水平得分(W=0.976, P=0.085)及辨证实践频率得分(W=0.974, P=0.073)均近似服从正态分布(P均>0.05),满足 Pearson 相关分析对数据正态性的前提假设。Pearson 相关分析显示,康复住院医师中医经典理论学习总分与辨证实践频率总分及各维度得分呈显著正相关(r=0.563, P<0.01);经典理论学习总分与中医临床思维结构化水平总分呈显著正相关(r=0.603, P<0.01);中医临床思维结构化水平总分与辨证实践频率总分亦呈显著正相关(r=0.623, P<0.01)(表1)。

2.4 中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率之间的中介效应检验

路径分析结果显示,经典理论学习对中医临床思维结构化水平有显著正向预测作用(β=0.449, P<0.001);经典理论学习对辨证实践频率有显著正向预测作用(β=0.216, P=0.001),中医临床思维结构化水平对辨证实践频率有显著正向预测作用(β=0.438, P<0.001)(表2)。

采用 Bootstrap 法检验中介效应,模型显示,经典理论学习对辨证实践频率的直接效应(c')为0.216,中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率的中介效应(ab)为经典理论学习到中医临床思维结构化水平的路径系数(a=0.449)与中医临床思维结构化水平到辨证实践频率的路径系数(b=0.438)的乘积,即 ab=0.197(95%CI=0.110–0.295),经典理论学习对中医临床思维结构化水平的总效应值(c)=直接效应+中介效应=0.413,中介效应占总效应的47.72%,表明中医临床思维结构化水平在康复住院医师中医经典理论学习与辨证实践频率间具有部分中介效应,经典理论学习可能通过中医临床思维结构化水平的间接作用影响辨证实践频率(表3、图1)。且经典理论学习(VIF=2.068, Tolerance=0.484)、中医临床思维结构化水平(VIF=1.572, Tolerance=0.636),VIF 均<5,容差均>0.2,提示自变量间不存在共线性。

表1 中医临床思维结构化水平、经典理论学习与辨证实践频率的相关性分析结果(r值)

变量	1	1.1	1.2	1.3	1.4	2	2.1	2.2	2.3	2.4	3	3.1	3.2	3.3	3.4
1	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1.1	0.934[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1.2	0.933[a]	0.838[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1.3	0.952[a]	0.851[a]	0.850[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1.4	0.939[a]	0.830[a]	0.822[a]	0.873[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	0.603[a]	0.564[a]	0.592[a]	0.553[a]	0.560[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2.1	0.489[a]	0.469[a]	0.464[a]	0.444[a]	0.464[a]	0.845[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–	–
2.2	0.552[a]	0.504[a]	0.552[a]	0.496[a]	0.523[a]	0.848[a]	0.617[a]	1.00	–	–	–	–	–	–	–
2.3	0.482[a]	0.468[a]	0.450[a]	0.435[a]	0.462[a]	0.842[a]	0.630[a]	0.641[a]	1.00	–	–	–	–	–	–
2.4	0.512[a]	0.456[a]	0.534[a]	0.485[a]	0.449[a]	0.856[a]	0.653[a]	0.621[a]	0.599[a]	1.00	–	–	–	–	–
3	0.623[a]	0.556[a]	0.605[a]	0.593[a]	0.588[a]	0.563[a]	0.458[a]	0.414[a]	0.516[a]	0.514[a]	1.00	–	–	–	–
3.1	0.500[a]	0.474[a]	0.489[a]	0.445[a]	0.475[a]	0.570[a]	0.452[a]	0.460[a]	0.501[a]	0.509[a]	0.836[a]	1.00	–	–	–
3.2	0.541[a]	0.478[a]	0.518[a]	0.496[a]	0.540[a]	0.459[a]	0.391[a]	0.336[a]	0.418[a]	0.403[a]	0.788[a]	0.553[a]	1.00	–	–
3.3	0.428[a]	0.369[a]	0.403[a]	0.445[a]	0.391[a]	0.327[a]	0.263[a]	0.233[a]	0.347[a]	0.276[a]	0.778[a]	0.538[a]	0.463[a]	1.00	–
3.4	0.543[a]	0.473[a]	0.543[a]	0.529[a]	0.496[a]	0.457[a]	0.371[a]	0.302[a]	0.394[a]	0.466[a]	0.819[a]	0.585[a]	0.557[a]	0.497[a]	1.00

注:各序号表示如下,1 中医临床思维结构化水平总分;1.1 宏观知识;1.2 中观知识;1.3 微观知识;1.4 思维能力;2 经典理论学习总分;2.1 理论基础认知;2.2 经典典籍熟悉度;2.3 康复特色理论掌握;2.4 中医文化认同;3 辨证实践频率总分;3.1 疾病诊断实践;3.2 治法选用实践;3.3 药物配伍思考;3.4 操作选穴应用;a 表示 P<0.01;"–"表示没有数据。

表2 中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率之间的影响路径分析

路径	非标准化系数	标准化系数	标准误	t值	P值
经典理论学习→中医临床思维结构化水平	0.449	0.603	0.055	8.15	<0.001
经典理论学习→辨证实践频率	0.216	0.295	0.064	3.38	0.001
中医临床思维结构化水平→辨证实践频率	0.438	0.446	0.086	5.11	<0.001

表3　中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率的中介模型效应值

项目	效应值	标准误	*P*值	Bootstrap 95%*CI*		效应占比(%)
				下限	上限	
总效应	0.413	0.056	<0.001	0.301	0.523	100.00
直接效应	0.216	0.064	0.001	0.089	0.342	52.28
间接效应	0.197	0.047	<0.001	0.110	0.295	47.72

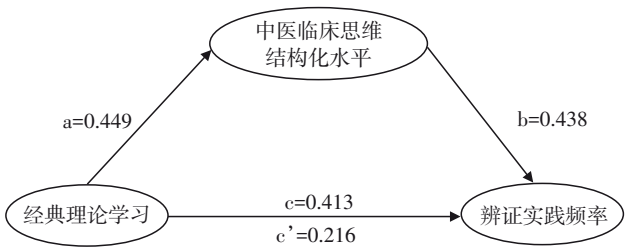


图1　经典理论学习、中医临床思维结构化水平与辨证实践频率的作用模型

3　讨论

3.1　康复住院医师中医临床思维结构化水平、经典理论学习与辨证实践频率的现状分析

在国家推动中医药传承创新并融入康复医学的背景下[11]，康复住院医师的临床思维结构化水平，直接影响中医康复的疗效与特色。本研究结果显示，康复住院医师中医临床思维结构化水平总分为(84.56 ± 5.10)，处于中等水平，高于卢姮[12]研究中参与常规教学模式的康复科医师得分(75.93 ± 7.91)，但低于通过Sandwich教学法干预后的得分(89.77 ± 6.84)。这表明当前住培体系对中医临床思维的培养已产生基础性效果。各维度中，“微观知识”得分最高，“宏观知识”最低。这提示教学存在“细节化”倾向：偏重具体病症辨识和手法操作，对整体观念等宏观理论的统领性运用强调不足[13-15]。这种“重术轻道”的潜在倾向，可能导致住院医师虽能熟练处理常见症候，却在面对复杂、多系统功能的康复问题时，缺乏从整体入手的系统性思维。在经典理论学习方面，住院医师自评总分达到(86.25 ± 6.84)，处于较高水平，高于王娇娇[9]研究中康复科实施干预前医护人员得分(81.40 ± 6.10)各维度得分均衡，说明住院医师普遍认同经典理论的基础价值[16]。然而，理论自评分数虽高，思维结构化得分却为中等，说明“知”与“行”之间存在转化障碍。住院医师可能熟知“阴阳平衡”、“气血调和”等概念，但未能将其灵活、结构化地应用于对患者康复进程的动态分析与干预中。此外，辨证实践频率总分属中等偏上水平，高于范淑华[10]研究中进行常规教学的中医儿科研究生得分(74.98 ± 6.98)，但低于采用PBL教学法干预后得分(84.37 ± 5.71)，其中“疾病诊断实践”与“药物配伍思考”频率较高，而“操作选穴应用”相对略低，提示住院医师在临床中更注重诊断与用药环节，而治法选用与操作选穴的实践频率略低，可能与临床带教侧重及操作机会有关。

3.2　经典理论学习与辨证实践频率的相关性分析

Pearson相关分析显示，经典理论学习与辨证实践频率呈显著正相关，表明经典理论学习越扎实的住院医师，其辨证实践频率越高。中医经典是辨证实践的理论基础，《伤寒杂病论》等典籍为临床提供了核心指导[17]。扎实的经典理论知识能够帮助住院医师在临床中快速准确地识别病症、分析病机，增强其参与辨证实践的信心与能力，从而更主动地参与临床实践[18]；反之，经典理论学习薄弱的住院医师，在临床实践中往往因缺乏清晰的思维框架与方法支撑，难以准确分析病例、制定合理的治疗方案，甚至可能因误诊误治引发医疗风险，这使得他们在实践中逐渐丧失信心，参与辨证实践的频率也随之降低。因此，经典理论学习可能是辨证实践的重要基础，对实践开展具有积极的推动作用。

3.3　中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率的中介效应分析

本研究通过中介模型提示，中医临床思维结构化水平在经典理论学习与辨证实践频率之间可能起部分中介作用，中介效应占比达47.72%。这表明经典理论学习影响辨证实践有两条路径：一是直接提供理论支撑，增强实践意愿；二是促进结构化思维的形成，帮助整合知识与经验，优化辨证策略，间接提高实践频率和质量[19]。中医临床思维的结构化水平是连接经典理论与临床实践的关键桥梁。经典学习不仅是知识积累，更是思维塑造。系统学习可帮助住院医师建立“整体观念、辨证论治”的思维框架，形成清晰的逻辑路径，降低决策难度，提升实践效率，促进更积极地参与辨证实践[20]。同时，辨证实践的积累又能进一步深化对经典理论的理解，反向促进中医临床思维结构化水平的提升，形成“理论学习–思维提升–实践强化”的良性循环。

本研究中，“结构化思维”指住院医师能将阴阳、表里、寒热、虚实等基本范畴，按病因、病位、病性、病势等逻辑层次进行系统化组织和运用的能力。具体在辨证步骤中，结构化思维体现在：在信息采集阶段，能够按“望闻问切”顺序分类整理症状与体征；在病机分析阶段，能够区分主次矛盾，如辨别标与本、急与缓；在治法选择阶段，能够依据“法随证立”的原则，形成从辨证到治则、再到方药或手法的逻辑链条。从形成机制看，结构化思维并非与

生俱来，而是在反复的经典理论学习与临床案例复盘过程中逐步建构的。本研究初步识别出两种可能的层次，一是“表层结构化”，表现为能够按固定模板完成辨证记录；二是“深层结构化”，表现为能够根据病情动态调整辨证框架。未来研究可进一步区分这两种类型，并探讨其与临床疗效的关系。

本研究存在以下局限性：第一，在研究设计与因果推断方面，本研究采用横断面设计，仅能揭示变量间的统计关联，无法确证因果关系；中介效应分析仅用于探索变量间路径关系，不宜过度解读为因果链条。第二，在抽样方法与样本代表性方面，本研究采用便利抽样法，仅依托单中心选取本院康复住培医师，该方式易导致样本选择偏倚，对中医学习兴趣较高者应答意愿更强，可能高估量表得分；样本代表性有限，研究结论难以外推至全国康复住培医师群体。第三，在研究对象构成方面，第一年住院医师占29.66%，其在康复医学科轮转时间较短，中医临床实践基础相对薄弱，可能对结果产生一定影响。第四，在住培课程体系方面，根据国家康复医学住培标准，中医科不作为轮转科室，亦未纳入中医学内容，本研究所涉中医经典学习与辨证实践主要依托康复医学科内部教学安排，而非住培统一课程体系，故结论推广至其他基地时需谨慎。第五，在测量工具方面，经典学习自评量表和辨证实践频率自评量表为自编工具，虽已完成内容效度检验并报告信度，但尚未进行结构效度检验，其测量学属性有待后续研究进一步验证。

4 结语

康复住院医师的经典理论学习、中医临床思维结构化水平与辨证实践频率三者密切关联，结构化水平起部分中介作用。因此，建议在康复人才培养中统筹经典理论教学、思维结构化训练与辨证实践能力培养，构建“理论—思维—实践”三位一体的教学体系，提升中医临床综合能力。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 李小云：研究设计与实施、论文撰写、分析数据、统计学分析；王留根：实施研究、采集数据；李庆富：对文章的知识性内容做批判性审阅；邓苏丹：研究设计与实施、统计学分析、研究指导、经费支持

参考文献

[1] Wu Y, Zhu Y, Zhao Y, et al. Perception of traditional Chinese medicine (TCM) among Chinese medical and non-medical students taking the all-English-taught TCM course [J]. Natl Med J Ind, 2025, 38: 221-225. DOI: 10.25259/nmji_21_2023.

[2] 董艳，周文爽. 基于柯氏评估模型分析中医本科实习生中医临床思维效果[J]. 中医药管理杂志，2025，33(22)：195-197. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9203.2025.22.071.

[3] Feng S, Wu X, Dai X, et al. Comparative effectiveness of multiple different non-pharmacologic interventions for post-stroke constipation: a Bayesian network meta-analysis [J]. Front Neurol, 2025, 16: 1591620. DOI: 10.3389/fneur.2025.1591620.

[4] Han Z, Chen J, Yu C, et al. A hybrid approach for exploring real-world linear causality under multicollinearity based on ischemic post-stroke case series treated with integrated traditional Chinese and modern medicine therapies [J]. J Evid Based Med, 2025, 18(4): e70070. DOI: 10.1111/jebm.70070.

[5] 王爱娟，王勤俭，王朱苗，等. 基于中医临床思维能力提升的康复技术应用探索[J]. 中医药管理杂志，2025，33(9)：103-105.

[6] 杨颖，李鲜，王丽辉，等. “读、辩、悟、践”四字教学法在中医重症经典教学中的实践探讨[J]. 时珍国医国药，2025，36(2)：340-343. DOI: 10.70976/j.1008-0805.SZGYGY-2025-0224.

[7] 熊鑫，高占华，赵玉堂，等. 中医思维指导下辨证论治能力培养的教学实践[J]. 承德医学院学报，2025，42(3)：256-258.

[8] 高彬. 中医学专业学生中医思维能力评价问卷的编制[D]. 济南：山东中医药大学，2016.

[9] 王娇娇，许西子，吴梦，等. 基于中医学理论的特色康复管理研究与实践[J]. 中医药管理杂志，2025，33(4)：239-241. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9203.2025.4.zyyglzz202504092.

[10] 范淑华，相恒杰，黄文龙. 基于临床教学案例库的PBL教学法在中医儿科研究生教学中的应用[J]. 中国继续医学教育，2025，17(10)：82-86. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2025.10.017.

[11] 古柱亮，谢韶东，何芬. “三师同堂”教学模式在中医康复规范化培训中的应用研究[J]. 中国康复医学杂志，2026，41(1)：141-143. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2026.01.021.

[12] 卢姬，郑萍，李春凤，等. Sandwich教学法在康复科医师中医临床思维能力培养中的应用[J]. 中医药管理杂志，2025，33(17)：59-62.

[13] Sireerat K, Seki N, Akiyama M, et al. Critical thinking disposition among Thai dental students [J]. J Dent Educ, 2022, 86(8): 968-975. DOI: 10.1002/jdd.12913.

[14] 齐晶晶，朱欣欣，刘志芳，等. 案例教学法联合微格教学法模式应用于康复科护士带教中的效果[J]. 现代医院，2025，25(3)：480-482.

[15] 齐晶晶，刘延锦，刘腊梅，等. 微格教学结合Seminar教学模式在专科护士培训中应用的成效研究[J]. 卫生职业教育，2025，43(12)：36-39. DOI: 10.20037/j.issn.1671-1246.2025.12.10.

[16] 沈婷，刘晨萍，祁方，等. “中医经典理论”在本科生实习阶段的教学方法探讨[J]. 中医药管理杂志，2020，28(3)：32-33.

[17] 聂钊源，冯崇廉，崔志忠，等. 多元化教学结合师承模式的探索：基于伤寒论教学[J]. 中国中医药现代远程教育，2025，23(19)：50-53. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2025.19.015.

[18] 张俐敏，温煜杰，黄益清，等. 中医各家学说病案导入式双主教学与临床思维模式培养探析[J]. 中国中医药现代远程教育，2025，23(5)：31-34. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2025.05.011.

[19] 楼军飞，郭丽. 中医住院医师规范化培训中临床思维培养的重要性[J]. 中医药管理杂志，2022，30(8)：109-110.

[20] 洪曹栋，尹嘉，王婧，等. 中医住院医师规范化培训中医临床思维培养模式的调查[J]. 中医药管理杂志，2024，32(24)：51-53.

（收稿日期：2026-02-01）
（本文编辑：唐宗顺）