

基于数据挖掘探讨艾儒棣教授治疗慢性湿疹（脾虚湿蕴证）的核心方剂及用药规律

马文怡 郝平生*

成都中医药大学，四川省成都市，610075；

摘要：目的：本研究拟利用古今医案云平台，探索艾儒棣教授治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹的辨证理念和用药组方特点、通过复杂网络算法筛选核心方剂总结艾儒棣教授核心思想，为核心方剂的临床运用提供科学依据。方法：收集 2018 年 1 月至 2023 年 7 月期间就诊于成都中医药大学附属医院艾儒棣教授门诊以脾虚湿蕴证慢性湿疹为诊断的患者病历，使用 Excel 2021 行数据规范化处理清洗，后将数据导入古今云医案平台（V2.3.5）行统计分析、聚类分析、复杂网络分析，挖掘艾儒棣教授治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹思想理念，筛选提取核心处方。结果：本研究共纳入符合要求的病例 514 例，排名前 20 的四诊综合症状为脉弦、苔黄、苔薄、苔腻、瘙痒等；排名前 10 的高频药物有牡丹皮、紫荆皮、马齿苋、南沙参等；处方药物以寒、平、微寒、温为主，五味以苦、甘、辛、酸、淡味药为多，中药归经以肝经、胃经、心经为主，药物聚类共五类，后综合复杂网络分析筛选分析出核心方剂。结论：艾儒棣教授治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹首重脾胃，强调根本；整体理念为扶正祛邪，重建平衡；强调天人合一，因地制宜，因人制宜；从整体入手，动态认知，动态管理；在辨证施治基础上，调理脏腑，调和阴阳。

关键词：慢性湿疹；艾儒棣教授；数据挖掘；核心方剂

DOI:10.69979/3029-2808.25.06.040

湿疹是由各种内外因素引起的以皮肤红斑、丘疹、瘙痒、渗出为主要临床表现的变态反应性炎症性皮肤病。据统计，湿疹在发达国家儿童中的流行率高达 30%、成人中的流行率约为 10%，占皮肤科门诊患者的 15%-20%，呈上升趋势^[1]。对欧洲、加拿大、丹麦慢性手部湿疹（chronichandeczema, CHE）的患病率调查表明，CHE 年患病率为 3.5-4.7%，是一种常见的皮肤病。本病可发生于各个年龄阶段，通常始于幼儿期，影响大约 30% 的儿童，在青少年和成人阶段可能会恶化加重，引起顽固性瘙痒、疼痛和感染等症状及并发不良心理反应，严重影响患者的生活质量，造成较大的社会经济负担^[2]。

艾儒棣教授为全国名老中医，从事皮肤科临床工作 40 余年，治学严谨，对治疗疑难、顽固性皮肤病有独特见解，对慢性湿疹的诊治颇有研究^[3]。又有名老中医经验传承历经多年实践，模式多元，新型传承模式如数据挖掘等手段优势日渐显现。为深入挖掘艾儒棣教授治疗慢性湿疹（脾虚湿蕴证）隐性临证经验及核心处方，本研究利用古今医案云平台的统计分析、聚类分析、复杂网络算法对艾老门诊符合条件的处方进行分析总结分析艾老临证经验，分析得出核心方剂^[4]，结合艾老辨治湿疹理论及临床试验，对核心方剂治疗慢性湿疹用药规律

进行探索。

1 资料

1.1 医案来源

本研究收集 2018 年 1 月至 2023 年 7 月期间就诊于成都中医药大学附属医院艾儒棣教授门诊以慢性湿疹（脾虚湿蕴证）为诊断的患者病历。

1.2 纳入标准

（1）符合西医诊断标准者；（2）符合中医诊断标准及中医证型诊断标准者；（3）门诊病历资料可靠并且完整记录患者的诊疗信息；（4）复诊次数大于等于 2 次者；（5）年龄在 18-65 岁范围内；

1.3 排除标准

（1）合并其他皮肤病者；（2）合并严重心脏、肝脏、肾脏血液等多系统疾病患者，或有恶性肿瘤等急重症的患者；（3）复诊次数小于 2 次者；（4）门诊病历资料诊疗信息不完整者；（5）治疗过程中出现严重不良反应者；（6）使用中成药、西药或其他治疗的患者；以上 6 条满足 1 条则予以排除。

2 方法

2.1 数据处理与数据库建立

筛选收集近6年就诊于成都中医药大学附属医院艾儒棣教授门诊的湿疹患者病例，录入 Excel 模板中，所有信息皆根据电子病历中记载为准。数据的录入由两人完成，交叉录入及核对信息。数据处理标准参照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》2020 年修订版、《中医外科学》十三五规划教材（第十版）进行标准化处理。在数据整理过程中，部分术语无法与规范中的术语相匹配，此时为使本次数据挖掘贴近艾儒棣教授现实临床经验，采取自定义原则整理规范术语。将规范化处理后且符合纳入标准的脾虚湿蕴证慢性湿疹 514 例患者的信息分别录入模版 Excel 2021 工作表中，并上传至古今云医案平台（V2.3.5）。

2.2 数据统计分析

基于平台内嵌的智能分析模块，对医案数据开展多维度特征量化解析：对导入平台的医案进行人口学特征（性别、年龄分布）、临床表征（中药聚类）、中医病证以及中药的统计分析，根据中药属性对所有药物进行四气、五味、归经、功效的统计及复杂网络分析。

3 结果

3.1 一般资料

共纳入符合要求的处方 514 例，其中，女性患者 270 例，男性患者 244 例；年龄最小者 19 岁，最大者 65 岁，平均 44.06 ± 13.69 岁。

3.2 四诊综合信息分析

慢性湿疹（脾虚湿蕴证）处方共涉及 83 个四诊综合症状，总频次为 5038 次，将高频症状（频次 ≥ 15 ）纳入分析，如图。排名前 20 的症状为脉弦、苔黄、苔薄、苔腻、瘙痒、舌质暗、皮肤丘疹、边有齿痕、皮肤红斑、脉滑、皮肤干燥、便溏、舌尖红、皮肤肥厚、脉细、渗液、舌质淡红、便干、失眠、小便黄。详见图 1。

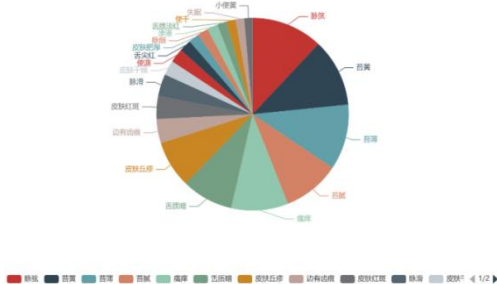


图 1 频次排名前 20 四诊综合分布图

3.3 高频药物及剂量分析

进一步对慢性湿疹（脾虚湿蕴证）处方进行用药分析，如表 1 示。

表 1 慢性湿疹（脾虚湿蕴证）高频药物及剂量分析（频次 ≥ 20 次）

中药统计分析	频次	百分比	平均剂量	最小剂量	最大剂量	标准差
牡丹皮	485	94.36 %	13.89	5	15	2.15
紫荆皮	466	90.66 %	16.83	10	30	3.6
马齿苋	463	90.08 %	18.49	10	30	2.69
南沙参	457	88.91 %	25.22	10	30	6.02
甘草	419	81.52 %	4.65	2	10	1.54
地肤子	371	72.18 %	25.79	10	30	5.86
地骨皮	347	67.51 %	15.7	10	20	3.04
白术	341	66.34 %	21.79	5	30	7.11
龙骨	333	64.79 %	17.84	10	20	2.74
土茯苓	332	64.59 %	27.05	10	30	5.19
苦参	316	61.48 %	9.59	3	20	1.78
野菊花	306	59.53 %	8.22	1	15	2.32
酒黄芩	261	50.78 %	14.44	10	15	1.57
珍珠母	225	43.77 %	18.4	10	20	2.6
檀香	224	43.58 %	2.74	1	3	0.62
重楼	212	41.25 %	9.59	5	15	2.14
蜜桑白皮	209	40.66 %	14.21	5	20	2.06
白鲜皮	199	38.72 %	9.72	3	15	1.24

3.5 药物四气、五味、归经分析

慢性湿疹（脾虚湿蕴证）处方药物以寒、平、微寒、温为主，以苦、甘、辛、酸、淡味药为多，中药归经以肝经、胃经、心经为主，其次为肺经、脾经、肾经等。

3.4 药物聚类分析

将慢性湿疹（脾虚湿蕴证）排名前 20 的中药进行聚类分析，结果显示，当聚类数在 14-16 时，除去聚类数中的单只聚类后，类 1 檀香、黄芩片组成，类 2 苦参、甘草、紫荆皮、南沙参、牡丹皮、马齿苋组成，类 3 由蜜桑白皮、白鲜皮组成，类 4 由龙骨、野菊花组成，类 5 由地肤子、地骨皮、白术、土茯苓组成，如图 2。

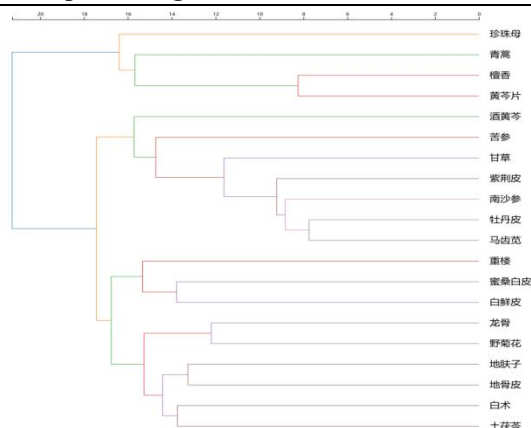


图2 慢性湿疹（脾虚湿蕴证）中药（频次排名前20）聚类分析图谱

3.5 复杂网络分析

将参数设置 Layer=3; degree coefficient=1。通过调整边权重，从结构复杂的网络抽取核心的网络，提取艾儒棣教授治疗慢性湿疹（脾虚湿蕴证）的核心药物及处方组合，最终选定边权重 260-290，共 12 味药物组成固定处方，结合前期药物剂量分析，拟定处方（核心方剂）：牡丹皮 14g，地骨皮 16g，紫荆皮 17g，南沙参 25g，白术 22g，马齿苋 19g，地肤子 26g，苦参 10g，野菊花 8g，土茯苓 27g，龙骨 18g，甘草 5g。

4 讨论

此次研究共纳入 514 例艾儒棣教授门诊脾虚湿蕴证患者病例，其中女性患者 270 例，男性患者 244 例，女性患者多于男性患者。既往研究表明，湿疹疾病中男女发病率通常无明显差异，但在某些特定类型的湿疹如手部湿疹上女性发病率略高于男性，研究结果与本研究统计结果大致相符。

将排名前 20 的脾虚湿蕴证慢性湿疹四诊综合症状进行归类。皮肤症状有：瘙痒、渗液、皮肤丘疹等；舌象表现有：舌质淡红、舌尖红、舌质暗等；脉象表现有：脉细、脉弦、脉滑；其余症状：便干、便溏、失眠、小便黄。艾儒棣教授基于天人合一观念，从天、地、人三者对立统一角度解构脾虚湿蕴证湿疹发病机理：四川地处盆地，而盆地中部地势低，湿气聚集，氤氲难散，聚湿生湿，湿气袭体，积聚伤脾，内湿亦生，内外相合，蕴结肌肤而发为湿疹，又有湿性黏滞，故病情缠绵难愈，反复发作。

根据中药药性统计结果提示，药性主要表现为寒、平、微寒和温。寒属阴，能泻火清热、凉血解毒；微寒

较寒的程度稍轻，清热之力相对较弱，但对人体阳气的损伤相对较小；平性药物寒性偏性不明显，能达调和作用；温属阳，能温里散寒、补火助阳。《神农本草经》言：“疗寒以热药，疗热以寒药。”艾儒棣教授在治疗湿疹疾病时使用寒性药物，一则能清除痰湿郁热之邪，蕴含的“未病先防，既病防变”思想，在治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹时使用寒性药物，可预防湿郁化热之虞。艾老用药寒温并行，阴阳兼顾，以纠正湿疹疾病中存在的阴阳偏盛偏衰。

中药药味统计分析结果表明，苦味、甘味和辛味是位列前三位的药味^[5]。《素问·宣明五气》言：“辛入肺，苦入心，甘入脾。”辛、甘为阳，苦为阴。苦能泄、能燥。艾儒棣教授认为慢性湿疹湿邪壅盛，日久化热，苦能清热；苦与温相须为用，可燥湿温化寒痰；苦又入心，也可清心火。《素问·至真要大论》载：“诸痛痒疮，皆属于心”。如酒黄芩、野菊花之类。甘能补、能和、能缓，且入脾，对与慢性湿疹后期脾虚肌肤失于濡养而粗糙肥厚之状有濡润缓解之效，如蜜桑白皮、土茯苓之类。辛能散、能行，辛味药的辛散特性表现为具备发散解表与疏通气机的双重效能，如牡丹皮、檀香等。

中药归经分布结果表明，大部分药物归于肝经，其次为心经、胃经^[6]。《素问·六微旨大论》言：“故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有”。艾儒棣教授认为，从中医藏象理论来看，肝脏主疏泄，畅达气机，协调人体升降出入运动平衡。使用归于肝经的药物能通过调畅气机协助脾脏升清降浊，疏泄水谷，祛湿泽肤利于脾湿排泄，减少慢性湿疹皮肤丘疹生成，缓解皮肤干燥、粗糙肥厚等症状。肝主藏血，若肝藏血功能受损，气血运行受阻，形成瘀血，肌肤肥厚粗糙。肝主疏泄与藏血功能相辅相成，肝的疏泄可帮助维持血液循环，故使用肝经药物，能舒达血行，防止瘀血。

药物使用频次是统计本次研究纳入的所有艾儒棣教授治疗慢性湿疹（脾虚湿蕴证）医案中单味中药使用次数的一项重要指标，也是分析用药规律的关键依据之一。从统计学角度而言，药物使用频次的高低直接反映其在治疗方案中的临床价值大小，通过这种量化指标能够精准揭示方剂配伍规律的内在特征，对临床用药具有重要的指导意义。

通过参数及边权重设置及艾儒棣教授经验综合分析，定牡丹皮、地骨皮、紫荆皮、南沙参、白术、马齿

苋、地肤子、苦参、野菊花、土茯苓、龙骨、甘草这12味药物为核心方剂,行君臣佐使及药物功效分析如下。该核心方剂中君药为南沙参与白术。南沙参益胃生津,通过滋养胃阴助力脾之运化,白术健脾燥湿、利水,二者相须,主导恢复脾胃正常运化水湿的功能。臣药包含马齿苋、牡丹皮、地骨皮和紫荆皮;马齿苋、牡丹皮清热凉血,缓解解湿蕴化热与气血不畅,地骨皮佐助清热且制约白术温性,紫荆皮活血通经、消肿解毒,辅助君药。佐药有土茯苓、龙骨、野菊花、苦参、地肤子,土茯苓除湿解毒,龙骨重镇安神、收敛固涩,野菊花清热解毒、疏风散热,苦参清热燥湿、杀虫止痒,地肤子清热利湿、祛风止痒。使药甘草补脾益气、清热、调和诸药。

综上所述,艾儒棣教授治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹首重脾胃,强调根本;整体理念为扶正祛邪,重建平衡;强调天人合一,因地制宜,因人制宜;从整体入手,动态认知,动态管理;在辨证施治基础上,调理脏腑,调和阴阳。

参考文献

[1]李广瑞,杨嗣福,欧阳恒.湿疹治疗的难点及中医对策[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2010,(4):25

3-255.

[2]刘微微,松雪,阮娜,等.湿疹的病因及护理现状综述[J].中医临床研究,2016,(30):42-43.

[3]宋玮,张钟艺,张雪珥,等.艾儒棣运用皮类中药治疗顽固性皮肤瘙痒经验[J].中华中医药杂志,2024,39(07):3481-3484.

[4]马海龙,李志武,徐玲,等.基于古今医案云平台探讨李乃庚教授治疗小儿慢性咳嗽的用药规律[J].中医儿科杂志,2025,21(02):45-50.

[5]彭亚倩,唐辉,韩彦琪,等.中药五味药性理论的现代研究进展[J].药物评价研究,2023,46(09):2014-2023.

[6]王雪纯,李秀敏,苗明三.基于数据挖掘的中药归经特点分析[J].世界中医药,2024,19(01):62-68.

基金项目:成都中医药大学“杏林学者”学科人才计划(CCZD2022005)

作者简介:马文怡(1996.6),女,汉族,四川省成都市,在读博士研究生,从事中医药治疗皮肤病的临床研究

通讯作者:郝平生(1976.1),男,汉族,四川省成都市,教授,从事中医药治疗皮肤病的临床研究