

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.21.013

文献研究

基于数据挖掘的名医名家治疗溃疡性结肠炎辨证治疗规律研究

吴宇杰¹, 王停^{2,3}, 朱佩轩¹, 闫永煌¹, 杨涵⁴, 张文婷¹,
颜芳⁵, 乔诗清⁴, 张偲³, 苏泽琦³✉



1. 北京中医药大学中医学院, 北京市朝阳区北三环东路11号, 100029; 2. 北京中医药大学中药学院; 3. 北京中医药大学北京中医药研究院; 4. 北京中医药大学生命科学院; 5. 北京中医药大学东方医院

[摘要] **目的** 系统梳理我国四届国医大师和两届全国名中医治疗溃疡性结肠炎(UC)临证经验, 对其进行数据挖掘分析, 明确名医名家治疗UC的诊治思路和组方用药特色。**方法** 检索自系统建库至2023年3月31日收录于中国知网、万方数据知识服务平台、中文科技期刊数据库、中国生物医学文献数据库中的名医名家治疗UC相关文献, 筛选临证医案, 建立数据库, 并借助古今医案云平台V2.3.5, 运用频次分析、关联规则、聚类分析法等进行数据挖掘。**结果** 共纳入文献157篇, 包含临证医案数据115条。UC可归为大肠湿热证(频次75, 频率65.22%)、脾虚湿困证(23, 20.00%)、脾肾阳虚证(21, 18.26%)等14种证候类型论治; 病位主要在脾(85, 73.91%)与大肠(75, 65.22%), 且与肝(24, 20.87%)、肾(21, 18.26%)等密切相关, 病性以湿(83, 72.17%)、热(80, 69.57%)、气虚(65, 56.52%)尤为突出; 治疗涉及清热利湿法(75, 65.22%)、补脾益气法(25, 21.74%)、健脾化湿法(23, 20.00%)等30种治法, 与证候分布相对应, 用药涉及187味, 以清热药(37, 19.79%)和补虚药(27, 14.44%)使用最多, 药味甘(85, 45.45%)、苦(80, 42.78%)、辛(71, 37.97%)居多, 关联规则展示了以黄连、白芍、甘草为主, 与白术、茯苓、木香、当归共同形成的16个高频组合。**结论** 名医名家善从脏腑和气血辨治UC, 其中“脾虚为本、大肠湿热为标”为其病机关键, 在治疗时以“清热、健脾、利湿”为核心, 寓“调气和血、平调寒热”于其中。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 国医大师; 全国名中医; 数据挖掘; 证候特点; 用药特点; 名医经验

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病^[1], 临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重, 是一种需要长期管理的慢性消化系统疾病^[2]。目前临床常用的药物包括氨基水杨酸制剂、皮质类固醇激素、免疫抑制剂等, 但在长期使用过程中易出现患者耐受性降低及不同程度的药物依赖^[2-3]。近年来, 中医药对UC的治疗作用受到国内外专家学者的关注。国医大师和全国名中医是中医药领域的杰

出代表, 通过检索其治疗UC相关文献, 进行文献筛选整理、数据库的建立和数据挖掘, 以系统梳理其治疗UC的宝贵经验, 不仅可为UC的中医药临床诊治提供思路, 同时也能对名老中医学术经验传承起到一定的推动作用。

1 资料与方法

1.1 检索方法

对国家中医药管理局公示的我国第一届至第四届国医大师和第一、二届全国名中医(以下简称名医名家)名单进行整理, 国医大师120位, 全国名中医202位, 其中27位医家具有上述两种称号, 故名医名家共计295位, 分别以各医家姓名(如“路志正”“朱良春”)和“溃疡性结肠炎”或“结肠炎”为主题词(含标题、摘要、关键词), 逐一检

基金项目: 国家自然科学基金(82074243); 国家科技重大专项“重大新药创制”项目(2017ZX09301011); 北京市科技新星计划(20230484323)

✉ 通讯作者: suzeqi@aliyun.com

索建库至 2023 年 3 月 31 日收录于中国知网、万方数据知识服务平台、中文科技期刊数据库、中国生物医学文献数据库的名医名家治疗 UC 相关文献。如万方数据知识服务平台检索式为“[题名或关键词:(路志正) or 摘要:(路志正)] and ([题名或关键词:(溃疡性结肠炎) or 摘要:(溃疡性结肠炎)] or [题名或关键词:(结肠炎) or 摘要:(结肠炎)]”。

1.2 纳入标准

1) 名医名家治疗 UC 的医案、方药分析、理论探讨、临床试验以及基础研究相关文献; 2) 文献所含医案或验方信息完整, 治疗方法以中药汤剂内服为主的, 提取相关信息纳入数据库, 一则医案或一个验方作为一条数据, 一条数据仅纳入一个基础方, 对于有医案记录的验方, 仅将医案纳入数据库。

1.3 排除标准

1) 查阅对比文献中作者姓单位与公示名单中的医家姓单位等相关信息, 排除与名医名家同名的作者发表的文献; 2) 排除内容几乎一致, 而以会议论文、学位论文和期刊论文等不同形式重复发表的文献; 3) 排除综述类二次引用文献。

1.4 数据库的建立及规范

根据医家治疗 UC 的文献特点, 使用 Microsoft Excel 2021 建立数据分析模板进行文献信息提取和整理。

参照《中医临床诊疗术语 第 2 部分: 证候》^[4]对证候类型进行规范, 如“大肠郁滞证”“肠道湿热证”“肠腑湿热证”均规范为“大肠湿热证”; 肝脾不和类分别规范为“肝郁脾虚证”“肝旺脾虚证”“肝热脾虚证”, 其中“肝旺脾虚证”涵盖“肝气乘脾证”“肝木侮土证”“脾虚肝旺证”。

参照《证素辨证学》^[5], 根据主要证候及兼次证候提取证候要素, 如“大肠湿热证”提取病位证素“大肠”, 病性证素“湿”“热”。

参照《中医临床诊疗术语 第 3 部分: 治法》^[6]规范治法名称, 如“清化肠腑”“清热祛湿”均规范为“清热利湿”。

参照 2020 年版《中华人民共和国药典: 一部》^[7]、《中药学》^[8]对中药名称、功效分类、性味归经进行规范, 如“淡附片”“淡附子”“制附子”均规范为“附子”, “地榆炭”“乌梅炭”分别规范为“地榆”“乌梅”, 将“大热”归于“热”性, “微温”归于“温”性, “微寒”归于“凉”性^[9],

“微苦”“微甘”“微涩”分别归于“苦”“甘”“涩”味。

1.5 数据挖掘方法

本研究基于古今医案云平台 V2.3.5 进行数据挖掘分析。首先运用频次分析统计名医名家数据的证候、治法、用药频次及中药功效、性味归经分布情况, 以频次结合频率描述结果(频率=频次/数据全集 $\times 100\%$, 证候、治法及中药频次分析均以纳入的全部数据为总体, 中药功效性味归经分析以结果所得的全部中药为总体), 进一步通过关联分析及聚类分析法明确 UC 用药配伍规律。在本研究中关联规则主要用于分析 2 味和 3 味中药组合中的药味关系, 根据研究目的及挖掘结果设置合适的分析参数, 在“有角药”版本下设置支持度 $\geq 30\%$ 以获得高频中药组合(“角药”即 3 味药的组合, “支持度”为关联规则分析中的“频率”, 此处以全部数据为总体), 另设置支持度 20%, 置信度 85% 以获得组合关联规则(置信度为关联规则中 $A \rightarrow B$, A 出现时, B 出现的概率, 置信度 100% 为最佳, 关联规则分析需同时结合支持度和置信度进行, 支持度较低时, 高置信度组合数量虽多, 但不具有整体代表性, 支持度较高时, 高置信度的组合较少, 故结合数据总体数量、分析结果及研究目的选定此参数)。聚类分析主要用于呈现更多药味之间的关系, 采用欧氏距离-类平均法对频率 $\geq 20\%$ 的中药进行层次聚类分析, 根据结果呈现选定一距离范围作切割线将其分为多类组合, 通过上述方法共同呈现证治规律。

2 结果

2.1 检索、纳入结果

经检索, 共得到文献 912 篇, 采用 Note Express 3.6.0 软件合库查重并逐一阅读后, 最终纳入合格文献 157 篇, 累计 115 条数据。其中张小萍 13 条, 田振国 10 条, 李佃贵、刘启泉、徐景藩各 7 条, 王庆国 6 条, 单兆伟、何晓晖各 5 条, 田德禄 4 条, 蔡淦、路志正、杨春波、周学文各 3 条, 冯五金、黄煌、李乾构、李玉奇、王琦、王行宽、周仲瑛、朱良春各 2 条, 白长川、陈绍宏、陈新宇、邓铁涛、段富津、何任、李振华、连建伟、廖志峰、刘沈林、马骏、毛德西、牛兴东、任继学、王常琦、王坤根、王晞星、王新陆、危北海、严世芸、颜德馨、张发荣、张士卿各 1 条。

2.2 基于名医名家经验的 UC 证候分析

经统计, 名医名家诊治 UC 涉及 14 种证候类型, 总频次为 172 次, 对其主证进行分析, 结合文献记述名医名家学术思想及临床指南^[10-11] 归纳列举, 出现频次>2 的证候类型主要有活动期易见的大肠湿热证 (出现频次 75 次, 频率 65.22%), 缓解期常见的脾虚湿困证 (23, 20.00%)、脾胃气虚证 (13, 11.30%), 以及随病程进展导致的脾肾阳虚证 (21, 18.26%)、脾阳不足证 (4, 3.48%) 及肝脾不和类的肝郁脾虚证 (14, 12.17%)、肝旺脾虚证 (6, 5.22%)、肝热脾虚证 (2, 1.74%)。UC 病因病机复杂, 常多个证候类型共同出现, 如大肠湿热证常与肝、脾、肾兼证相兼为病, 为进一步明确其证候规律, 我们对证候要素进行了提取, 共获得 UC 核心证候要素 17 个, 包括病位证素 6 个 (总频次 220 次): 脾 (85, 73.91%)、大肠 (75, 65.22%)、肝 (24, 20.87%)、肾 (21, 18.26%)、胃 (14, 12.17%)、肺 (1, 0.87%), 病性证素 11 个 (总频次 282 次): 湿 (83, 72.17%)、热 (80, 69.57%)、气虚 (65, 56.52%)、阳虚 (25, 21.74%)、气滞 (19, 16.52%)、血虚 (4, 3.48%)、血瘀 (2, 1.74%)、失和 (1, 0.87%)、阴虚 (1, 0.87%)、风 (1, 0.87%)、寒 (1, 0.87%)。

2.3 基于名医名家经验的 UC 治法分析

名医名家治疗 UC 共涉及 30 种治法, 总频次为 259 次, 主要以清热利湿法 (75, 65.22%) 治标, 补脾益气法 (25, 21.74%)、健脾化湿法 (23, 20.00%)、温补脾肾法 (20, 17.39%)、疏肝健脾法 (15, 13.04%)、抑肝扶脾法 (6, 5.22%) 治本, 亦有医家强调气血论治而运用理气行滞法 (21, 18.26%)、调和气血法 (16, 13.91%)、活血化瘀法 (9, 7.83%)、活血行滞法 (5, 4.35%), 对症采用涩肠止泻法 (9, 7.83%)、固摄止血法 (3, 2.61%)、凉血止痢法 (2, 1.74%) 等, 自创“浊毒理论”运用化湿降浊法 (4, 3.48%)、排脓解毒法 (1, 0.87%) 等。

2.4 基于名医名家经验的 UC 用药规律分析

2.4.1 用药频次分析 名医名家治疗 UC 涉及 187 味中药, 总频次为 1690 次, 使用频率≥20% 的中药有 22 味, 包括甘草、白芍、黄连、白术、木香、茯苓等, 见表 1。

2.4.2 中药功效分类及性味归经分析 对名医名家治疗 UC 涉及的 187 味中药按功效分类统计, 每味中药仅归入一类, 故功效分类总频次为 187 次,

表 1 基于 115 条名医名家治疗 UC 数据的用药频次分析 (频率≥20%)

Table 1 Frequency analysis of medication usage (with a frequency ≥20%) based on data from 115 renowned doctors treating ulcerative colitis

中药	频次 (%)	中药	频次 (%)
甘草	77 (66.96)	黄芩	37 (32.17)
白芍	75 (65.22)	黄芪	33 (28.70)
黄连	74 (64.35)	山药	26 (22.61)
白术	72 (62.61)	陈皮	26 (22.61)
木香	58 (50.43)	白头翁	26 (22.61)
茯苓	52 (45.22)	枳壳	25 (21.74)
当归	42 (36.52)	败酱草	25 (21.74)
薏苡仁	40 (34.78)	葛根	24 (20.87)
党参	39 (33.91)	山楂	24 (20.87)
地榆	38 (33.04)	防风	23 (20.00)
仙鹤草	38 (33.04)	赤芍	23 (20.00)

排位前 5 的功效类别为清热类 (37, 19.79%)、补虚类 (27, 14.44%)、收涩类 (16, 8.56%)、理气类 (14, 7.49%)、止血类 (13, 6.95%), 对每一类别细化后合并统计, 排位前 5 的为清热解毒药 (19, 10.16%)、理气药 (14, 7.49%)、补气药 (11, 5.88%)、发散风寒药 (9, 4.81%)、化湿药 (9, 4.81%)。中药药性、药味及归经分析结果见表 2, 由表可见药性分布中, 寒凉药占 40.65%, 温热药占 39.57%。

2.4.3 基于关联规则的用药规律分析 运用关联规则分析名医名家治疗 UC 全部数据所含的处方, 得到以黄连、白芍、甘草为主, 与白术、茯苓、木

表 2 基于 115 条名医名家治疗 UC 数据的 187 味中药性味归经分析

Table 2 Analysis of the taste and meridian classification of 187 traditional Chinese medicines based on data from 115 renowned doctors treating ulcerative colitis

性味归经	类别	频次 (%)	性味归经	类别	频次 (%)
药性	温	69 (36.90)	归经	肝	87 (46.52)
	寒	41 (21.93)		脾	80 (42.78)
	平	37 (19.79)		胃	78 (41.71)
	凉	35 (18.72)		肺	72 (38.50)
	热	5 (2.67)		大肠	48 (25.67)
药味	甘	85 (45.45)		肾	48 (25.67)
	苦	80 (42.78)		心	42 (22.46)
	辛	71 (37.97)		膀胱	17 (9.09)
	涩	27 (14.44)		胆	15 (8.02)
	酸	18 (9.63)		小肠	9 (4.81)
	咸	12 (6.42)		心包	5 (2.67)
	淡	7 (3.74)		三焦	3 (1.60)

表3 基于115条名医名家治疗UC数据的高频中药组合（支持度≥30%）

Table 3 Summary of high-frequency traditional Chinese medicine combinations (with a support rate ≥30%) based on data from 115 renowned doctors treating ulcerative colitis

组合	共现频次 (次)	支持度 (%)	组合	共现频次 (次)	支持度 (%)
白芍、甘草	59	51.30	木香、甘草	43	37.39
黄连、白芍	49	42.61	木香、黄连	41	35.62
白术、白芍	47	40.87	白术、木香	38	33.04
黄连、甘草	47	40.87	甘草、白芍、木香	36	31.30
甘草、白术	47	40.87	甘草、白芍、黄连	36	31.30
木香、白芍	44	38.26	当归、白芍	35	30.43
白术、黄连	44	38.26	茯苓、黄连	35	30.43
白术、茯苓	43	37.39	甘草、白芍、白术	35	30.43

香、当归共同形成的16个高频（支持度≥30%）中药组合，见表3，另得到6条关联规则，见表4。

表4 基于115条名医名家治疗UC数据的中药核心组合关联规则分析（支持度≥20%，置信度≥85%）

Table 4 Analysis of the association rules for core traditional Chinese medicine combinations (with a support rate ≥20% and a confidence rate ≥85%) based on data from 115 renowned doctors treating ulcerative colitis

序号	关联规则	置信度 (%)	共现频次 (次)	支持度 (%)
1	葛根→黄连	95.83	23	20.00
2	甘草、黄芩→白芍	95.83	23	20.00
3	山药→白术	92.31	24	20.87
4	陈皮→白术	88.46	23	20.00
5	白芍、茯苓→白术	88.46	23	20.00
6	当归、黄连→白芍	87.10	27	23.48

2.4.4 基于聚类分析的用药规律研究 通过层次聚类分析获得聚类分析图，见图1，共将中药聚为9类，分别为：1) 黄连；2) 木香；3) 甘草、白芍；4) 白术、茯苓；5) 党参；6) 当归、枳壳、黄芩、葛根；7) 地榆、白头翁；8) 薏苡仁、败酱草、仙鹤草、赤芍；9) 黄芪、山楂、山药、陈皮、防风。

2.5 名医名家治疗UC验方

部分名医名家在长期的临床实践中形成了具有特色的治疗UC经验方，通过直观地比较经验方与数据挖掘总体规律之间的相同与不同，以其相同之处体现研究结果的可信性，使研究更为完善，以其不同之处展现出医家的个性特点，也是对UC治疗经验的一种补充，达到最终为UC临床诊治提供参考的目的。因国医大师是名医名家中最高水平代表，其经验更为丰富，以少量的验方与挖掘结果比较更能凸显研究意义，同时为了呈现医家经验真实

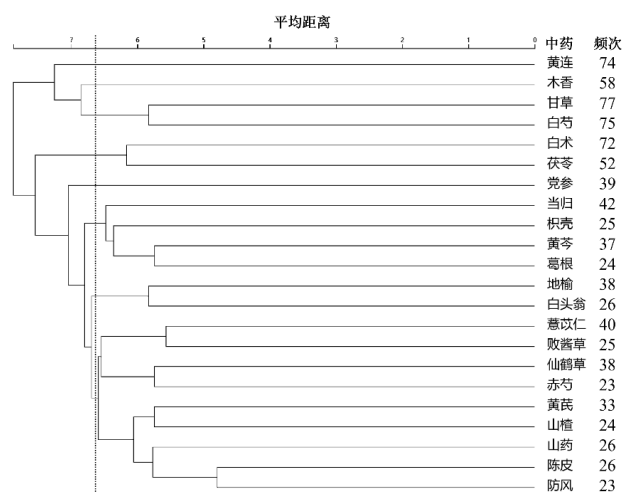


图1 基于115条名医名家治疗UC数据的22味中药（使用频率≥20%）层次聚类图

Figure 1 Hierarchical clustering diagram of 22 traditional Chinese medicines (with a usage frequency ≥20%) based on data from 115 renowned doctors treating ulcerative colitis

的内涵，按文献原始记述对其治疗UC验方^[12-21]进行汇总，见附件（请扫描本文二维码获取）。

3 讨论

UC是一种活动期与缓解期交替发作的慢性消化系统疾病，现代医学多根据其分期、分级制定不同的治疗方案。专家共识根据其反复发作、迁延难愈的特点，认为其多属中医“久痢”等范畴，因中医药治疗本病具有临床疗效好、复发率低等特点^[10]，故本研究对现代名医名家诊治UC的宝贵经验系统梳理并总结如下。

3.1 UC核心病机的认识

基于名医名家经验的UC证候数据结果可见，UC发生发展涉及14种证候类型，主要证候有“大肠湿热证”“脾虚湿困证”“脾肾阳虚证”“肝郁脾虚证”等，体现了其虚实夹杂及转化演变复杂的病

机特点,其中以“大肠湿热证”最为常见,证候整体分析中“湿”“热”亦为主要病性证素,其次为“气虚”,反映出本病多属本虚标实,湿热为主要病理因素,气虚为发病之基础,气虚不摄,则可见泄泻、便血等症。从病位证素发现 UC 病位主要在“脾”与“大肠”,脾气亏虚,则运化水湿功能失常,出现脾虚湿困证,湿、热等病理因素蕴结肠道,损伤肠络,则为大肠湿热证,见便脓血的典型症状。进一步分析“阳虚”病性可知,其可能与 UC 患者久病劳损或失治误治,水湿内停过久导致脾阳不足证,甚者伤及肾阳则见脾肾阳虚证有关。研究还显示“肝”“气滞”亦为辨证的重要证候要素,其与 UC 反复发作导致患者情志失调密切相关,如《景岳全书·泄泻》^[22]中指出:“凡遇怒气便做泄泻者……此肝脾二脏之病也,盖以肝木克土,脾气受伤而然”。故研究认为 UC 发生发展过程整体呈现虚实夹杂、本虚标实的证候特点,发病之本在于脾气亏虚,发病之标则为大肠湿热,二者皆为病机关键。掌握 UC 病位、病性、核心病机、发病特点等关键信息,有助于其临床辨证论治。

3.2 UC 治则治法分析

UC 治疗上以清热利湿法使用最多,其紧扣 UC 核心病机,多用于针对发病之标大肠湿热,而大肠湿热所致便脓血常为疾病发作的典型症状,故体现了 UC 治疗中遵循急则治其标的原则。与之对应的则是缓则治其本原则,UC 中以脏腑辨治为主,重视疾病演变过程中的阴阳、虚实、寒热、气血转化,常用健脾化湿、温补脾肾、疏肝健脾、调和气血、理气行滞等方法。国医大师路志正^[14]、李玉奇^[23]、周仲瑛^[24]、徐景藩^[25]等在临证中便表现出对调和气血的重视,应刘完素所言“调气则后重自除,行血则便脓自愈”^[26];而针对“久泻咎于脾虚,久泻病在气机”的理论基础^[12],医家多采用调和肝脾大法,如疏肝健脾法、疏肝理脾法、抑肝扶脾法等,因国家标准^[6]中其定义有所不同,如疏肝健脾为调理肝气、健运脾气,适用于肝郁脾虚证;疏肝理脾为调理肝脾气机,适用于肝脾不和证;抑肝扶脾为泻肝理气、健运脾气,适用于肝旺脾虚证,为准确体现医家思想,将上述调和肝脾的不同治法进行了独立规范,以便深入学习。除内服中药外,医家还多配合灌肠、坐浴、贴敷、针灸、推拿等中医特色疗法以及饮食身心调理等进行综合治疗,如徐景藩^[27]创立“菖榆煎”灌肠液对久泻顽疾采取煎剂浓缩液保留灌肠法;杨春波^[15]创立

调气舒络方对里急后重明显、肛门坠胀者行煎汤坐浴疗法;李佃贵^[21]分发作期和缓解期辨证组方,将中药研粗末以陈醋及姜汁调膏,贴敷于腹部,并用红外线微波照射,促进皮肤对药物的吸收,在临床应用每获良效。

3.3 名医名家治疗 UC 用药及组方特色

3.3.1 清补同用、气血并重、寒热共施、巧用炮制

名医名家治疗 UC 以清热药、补虚药为主,并常配合使用收涩药、理气药、止血药。在药味选择上,以白芍、甘草组合使用最多,取芍药甘草汤之意,发挥缓急止痛之效。黄连、白芍组合频次次之,刘完素有言:“古方以黄连为治痢之最,盖治痢惟宜辛苦寒药,辛能发散,开通郁结,苦能燥湿,寒能胜热,使气宣平而已。诸苦寒药多泄,惟黄连、黄柏性冷而燥,能降火去湿,而止泻痢,故治痢以之为君”^[28];《医学启源》言补血药白芍具有“安脾经、治腹痛、收胃气、止泻利、和血、固腠理、泻肝、补脾胃”^[29]之功,上述药味的高频应用恰中 UC 核心病机。同时名医名家亦重视调和气血药物的使用,常使用补气之白术,补血之当归,理气之木香,止血之地榆、仙鹤草,配合渗湿之茯苓、薏苡仁,清热之黄芩、败酱草,升阳止泻之葛根等共同治疗 UC,在路志正的乌梅败酱方中可以看到这些药物的运用^[14]。另外,由验方汇总可见,医家以干姜、桂枝、补骨脂等温补脾肾;配合山药、厚朴、豆蔻等增健脾化湿之功。前面分析知 UC 病性以湿热为主,在治疗时所选药物以温性为主,总体用药温热类与寒凉类相当,在清利湿热的同时,防止凉遏湿热,药味甘、苦并用,甘味入脾,能补能缓,体现出对中焦脾、胃的调治。在研究中,我们还发现名医名家在治疗 UC 时喜用中药炒炭,如地榆炭、乌梅炭等,药物炒炭后不仅缓和了药性,更有助于增强止血、止痛、止痢之效。以上分析展现了名医名家治疗 UC “清热利湿、调气和血、肝脾同调、收涩止痢”的基本思路。

3.3.2 紧扣病机、灵活配伍、善用经方、独创验方

研究结果中以黄连、白芍、甘草为主,与白术、茯苓、木香、当归形成的高频组合中所含药对“木香、黄连”为中医典籍中治疗“痢疾”经典名方香连丸。中药核心组合关联规则中,葛根、黄连正源于经典名方葛根黄芩黄连汤,另有甘草、黄芩、白芍组合及当归、黄连、白芍组合源于芍药汤,山药、白术源于参苓白术散,陈皮、白术源于痛泻要方。聚类分析结果也展示了上述规律,还补

充体现了白头翁汤、薏苡附子败酱散等名方的运用。

4 总结与展望

本研究通过系统梳理名医名家治疗 UC 的临证经验,发现名医名家善从脏腑和气血辨治 UC,认为“脾虚为本、大肠湿热为标”为其病机关键,在治疗时以“清热、健脾、利湿”为核心,寓“调气和血、平调寒热”于其中,根据患者分期、分证进行综合调治多取得良好疗效,对于认识本病及指导临证遣方用药具有重要价值。但在此次文献筛选整理过程中,我们也发现现有医案存在诊断记录不明确、关键信息缺失、文字描述规范性不足等问题,故部分公开报道的临床有效医案未被纳入最终统计分析;而对于未明确说明证候类型或单一证候类型不能全面反映疾病本质或准确对应该方剂核心治法的情况,我们均逐一对其兼次证进行了补充描述,并对证候要素进行了分类统计以能真实反映疾病整体特征,尽可能予以保留。

对名医名家临证经验的系统总结是中医药传承创新的关键环节,面对全球 UC 发病率不断上升的现状,作为中医药优势病种,在未来的临床实践和基础研究中,应当注重继承宝贵的名医临证经验,聚力突破诊疗和研究瓶颈,为 UC 的临床诊治提供中医方案。

参考文献

- [1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 105-111, 120.
- [2]张玉洁,梁洁,吴开春. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J]. 中华消化杂志, 2018, 38(5): 312-314.
- [3]吴笑,夏俊东,方珂,等. 溃疡性结肠炎中西医治疗临床研究进展[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(2): 118-121.
- [4]国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语 第2部分:证候[S]. 北京:国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会, 2021.
- [5]朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- [6]国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语 第3部分:治法[S]. 北京:国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会, 2023.
- [7]国家药典委员会. 中华人民共和国药典:一部[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2020.
- [8]王建,王诗源. 中药学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2015.
- [9]孙启明. 中药药性术语凉性与微寒的统一规范问题[J]. 中药通报, 1988, 13(10): 51-52.
- [10]中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4155-4160.
- [11]中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3585-3589.
- [12]邱志济,朱建平,马璇卿. 朱良春治疗慢性结肠炎临床经验 and 特色:著名老中医学家朱良春临床经验系列之十九[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(7): 399-400.
- [13]周天羽,张扬,宫照东,等. 清肠愈疡汤治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(6): 416-417, 419.
- [14]杨凤珍. 路志正乌梅败酱汤的临床运用解读[J]. 国际中医中药杂志, 2010, 32(5): 449.
- [15]王文荣. 杨春波主任治疗溃疡性结肠炎学术特点和经验总结[J]. 福建中医药, 2011, 42(2): 20-21.
- [16]郑凯,沈洪. 国医大师徐景藩教授论治溃疡性结肠炎学术思想[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(8): 2326-2328.
- [17]刘艳华,任宝崑,初洪波,等. 任继学教授辨治溃疡性结肠炎大瘕泄的经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(17): 64-66.
- [18]赵琰. 王庆国教授学术思想、临床经验总结及其治疗脾胃病的用药规律研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2016.
- [19]王雪茜. 王庆国教授学术思想及其运用双辛鼻鼈汤治疗过敏性鼻炎的特色经验[D]. 北京:北京中医药大学, 2016.
- [20]温淑婷. 基于网络药理学探讨胶七散对溃疡性结肠炎肠黏膜损伤修复的机制[D]. 广州:广州中医药大学, 2019.
- [21]王庆泽,李雪可,刘建平,等. 国医大师李佃贵基于浊毒学说分期辨治溃疡性结肠炎[J]. 吉林中医药, 2021, 41(2): 179-182.
- [22]张介宾. 景岳全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1994: 287.
- [23]汤立东,王垂杰,王辉,等. 李玉奇治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(2): 224-226.
- [24]王长松. 周仲瑛教授临床应用苍耳草经验[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(11): 2588-2590.
- [25]崔松香,卢海霞,陆为民. 国医大师徐景藩从脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(10): 5763-5766.
- [26]刘完素. 素问病机气宜保命集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 81.
- [27]宁丽琴,严晶,谭唱. 国医大师徐景藩灌肠法治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(A3): 20259, 20262.
- [28]黄官绣. 本草求真[M]. 北京:人民卫生出版社, 1987: 180.
- [29]张元素. 医学启源[M]. 北京:人民卫生出版社, 1978: 196.

Research on Syndrome and Treatment Rules of Famous Doctors in Treating Ulcerative Colitis Based on Data Mining

WU Yujie¹, WANG Ting^{2,3}, ZHU Peixuan¹, YAN Yonghuang¹, YANG Han⁴, ZHANG Wenting¹, YAN Fang⁵, QIAO Shiqing⁴, ZHANG Cai³, SU Zeqi³

1. School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029; 2. School of Chinese Materia Medica, Beijing University of Chinese Medicine; 3. Beijing Research Institute of Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine; 4. School of Life Sciences, Beijing University of Chinese Medicine; 5. Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Objective To systematically review the clinical experience of four sessions of Masters of Traditional Chinese Medicine and two sessions of National Famous Chinese Medicine Practitioners in treating ulcerative colitis (UC). Data mining and analysis were conducted to clarify the diagnosis and treatment ideas and characteristics of prescription used by these famous doctors in treating UC. **Methods** Relevant literature on the treatment of UC by renowned doctors was retrieved from the establishment of the database until March 31, 2023. The literature was collected from databases such as China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang Data Knowledge Service Platform, Chinese Science and Technology Periodicals Database, and China Biomedical Literature Database. The data mining techniques including frequency analysis, association rules, and cluster analysis were conducted using the Ancient and Modern Medical Case Cloud Platform V2.3.5. **Results** A total of 157 literatures were included in this study, including 115 clinical case data. The study found that UC can be categorized into 14 types of syndrome patterns for treatment, including large intestine dampness-heat syndrome (75, 65.22%), syndrome of dampness stagnancy due to spleen deficiency (23, 20.00%), spleen-kidney yang deficiency syndrome (21, 18.26%). The main affected organs were the spleen (85, 73.91%) and large intestine (75, 65.22%), and they were closely related to liver (24, 20.87%) and the kidney (21, 18.26%). The predominant pathogenic factors were dampness (83, 72.17%), heat (80, 69.57%) and qi deficiency (65, 56.52%). The treatment involved 30 kinds of treatment methods, including heat-clearing and dampness-draining method (75, 65.22%), spleen-tonifying and qi-boosting method (25, 21.74%) and spleen-invigorating and dampness-transforming method (23, 20.00%). The medication involved 187 ingredients, with the most commonly used being heat-clearing herbs (37, 19.79%) and tonifying herbs (27, 14.44%). The tastes of the herbs were mostly sweet (85, 45.45%), bitter (80, 42.78%), and pungent (71, 37.97%). The association rules revealed 16 high-frequency combinations mainly composed of Huanglian (黄连), Baishao (白芍) and Gancan (甘草) along with Baizhu (白术), Fuling (茯苓), Muxiang (木香) and Danggui (当归). **Conclusion** Famous doctors are skilled in diagnosing and treating UC based on the differentiation of the zang-fu organs and qi-blood. The key pathological mechanism is “spleen deficiency as the root, and large intestine damp-heat as the manifestation”. The core treatment approach is “heat-clearing, spleen-tonifying, and dampness-draining”, with the inclusion of “regulating qi and blood, and balancing cold and heat”.

Keywords ulcerative colitis; Master of Traditional Chinese Medicine; National Famous Chinese Medicine Practitioners; data mining; characteristics of syndrome; characteristics of medication; experience of famous doctors

(收稿日期: 2023-02-13; 修回日期: 2023-08-20)

[编辑: 柴倩云]