

学校代码 10199

学 号 18206570121



长春中医药大学

CHANGCHUN UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

基于数据挖掘的刘铁军教授运用黄芪建中汤 组方规律研究

Study on mechanism of Using Data Mining Technology to Study
Professor Liu Tiejun Used Huangqi Jianzhong Decoction Law
Research

学位申请人	王万之
指导教师	刘铁军 教授
专业名称	中医内科学
研究方向	肝脾胃病
培养方式	全日制
学位类型	专业学位

二〇二一年六月

分类号_____

密级_____

UDC_____

编号_____

硕士学位论文

基于数据挖掘的刘铁军教授运用黄芪建中汤

组方规律研究

Study on mechanism of Using Data Mining Technology to Study

Professor Liu Tiejun Used Huangqi Jianzhong Decoction Law

Research

学位申请人：王万之

指导教师：刘铁军 教授

培养单位：中医学院

专业名称：中医内科学

研究方向：肝脾胃病

学位类型：专业学位

学位级别：硕士

论文提交日期：2021 年 6 月

学位授予单位：长春中医药大学

提交确认：作者签名

王万之

导师签名

刘铁军

长春中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名 王万之
2021 年 5 月 22 日

关于学位论文知识产权归属的声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下自选课题或导师承担的国家立项资助的计划课题的一部分，系本人在导师指导和资助下独立进行研究工作所取得的成果，知识产权归属权为长春中医药大学和本人导师所有。特此声明，本声明的一切法律责任由本人承担。

论文作者签名 王万之 指导教师签名 刘扶军
2021 年 5 月 22 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解长春中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留并向有关机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权长春中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

本学位论文属于(请在以下相应方框内打“√”)：

1. 保密口，在解密后适用本授权书。
2. 不保密 ☒。

论文作者签名 王万之 指导教师签名 刘扶军
2021 年 5 月 22 日

目 录

摘 要.....	I
ABSTRACT.....	III
引 言.....	1
第一部分 文献综述.....	2
第二部分 试验研究.....	10
一、研究材料与方法.....	10
1 材料与方法.....	10
2 数据库的建立.....	10
3 数据挖掘.....	11
二、研究结果.....	11
1 黄芪建中汤证治规律.....	12
2 黄芪建中汤常见西医疾病用药规律举隅.....	18
三、结果分析.....	19
1 黄芪建中汤一般情况分析.....	19
2 黄芪建中汤适应证.....	20
3 黄芪建中汤症状规律.....	21
4 黄芪建中汤药物规律.....	24
5 黄芪建中汤常见病症比较.....	27
四、小结.....	28
第三部分 讨论.....	30
1 研究结果讨论.....	30
2 导师运用张仲景建中法经验探讨.....	31
3 导师运用黄芪建中汤组方规律总结.....	32
结 论.....	34
本文创新点.....	35
参考文献.....	36
致 谢.....	38
在学期间科研成果.....	39

摘 要

目的：本研究旨在探讨刘铁军教授应用黄芪建中汤诊疗病证的临床组方及用药规律，总结导师思想经验和学术理论，进一步提高黄芪建中汤在临床应用中的疗效，扩大黄芪建中汤的治疗范围。

方法：本试验通过采集刘铁军教授于 2019 年 11 月至 2021 年 1 月在长春中医药大学附属医院国医堂运用黄芪建中汤诊治的患者，应用影像方式拍摄诊疗信息或直接保留病历原件或从医院计算机中心调取，最后共收集 300 例。将病案信息使用中医传承辅助平台（V2.5）系统中统计报表功能对病案的病人信息、症候、证型、治疗药物等形成统计表。再使用本软件中数据分析功能里的方剂分析模块，对导师使用黄芪建中汤相关用药进行挖掘；使用数据分析功能中的医案分析模块，对导师应用黄芪建中汤主治的症候、方证进行挖掘。最终的统计数据包含了症状、药物的频次统计，中西医的疾病统计，核心药物、症状组合，合方组合等等。

结果：

1. 病人基本信息统计：医案中男性患者 159 人，女性 141 人，男性患者稍多于女性患者，患者平均年龄为 49.6 岁，其中以 40-60 岁的中老年患者为主要组成。

2. 中医四诊与症状分析：其中舌质 5 种、苔象 6 种、脉象 7 种，频率最高的舌脉是舌淡苔白、脉虚；症状统计共有 144 种症状，出现频率最高的前 3 位症状分别是乏力、畏寒、恶风。

3. 疾病诊断统计：西医疾病共 40 种，以慢性非萎缩性胃炎和慢性结肠炎病例较多，占比达 37%；中医疾病 30 种，其中频数最高的 3 种依次是胃痛、泄泻、痞满。

4. 方药应用分析：300 例病案中共涉及中药 114 味，除黄芪建中汤本方药味外，最常用的依次为：大黄、当归、柴胡、陈皮、黄连、黄芩、党参、茯苓、栀子、川芎、半夏、石膏等。

结论：

1. 乏力、畏寒、恶风为导师应用黄芪建中汤的核心症状，病机总结为脾胃虚寒，正气不足。

2. 涉及西医疾病 40 种，中医疾病 30 种，可见导师应用黄芪建中汤重视辨证，异

病同治，故治疗范围广泛。

3. 导师常以黄芪建中汤合陈皮、大黄作为治疗慢性非萎缩性胃炎的核心药物；以黄芪建中汤合柴胡作为治疗慢性结肠炎的核心药物。

4. 总结导师应用黄芪建中汤常见合方：寒热错杂证合泻黄散，阴寒内盛证合附子理中汤，脾虚食阻证合保和丸，肝火犯胃则合左金丸治疗等等。

关键词：黄芪建中汤；建中法；脾胃虚寒；数据挖掘

Abstract

Objective: This study aims to explore the clinical prescriptions and medication rules of Professor Liu Tiejun's application of Huangqi Jianzhong Decoction in the diagnosis and treatment of diseases, summarize the ideological experience and academic theories of the tutors, and further improve the curative effect of Huangqi Jianzhong Decoction in clinical application, and expand Huangqi Jianzhong The therapeutic range of the soup.

Methods: This trial collected the patients who were diagnosed and treated with Huangqi Jianzhong Decoction by Professor Liu Tiejun in the National Medical Hall of the Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine from November 2019 to January 2021. The diagnosis and treatment information was taken by imaging method or the original case was directly retained or received from the hospital. Retrieved by the computer center, followed by strict control of case inclusion and exclusion criteria for screening and medical records collation, and finally a total of 300 cases were collected. The medical record information is used in the statistical report function of the TCM Inheritance Auxiliary Platform (V2.5) system to form a statistical table of patient information, symptoms, syndromes, and therapeutic drugs in the medical record. Then use the prescription analysis module in the data analysis function of this software to mine the relevant drugs used by the tutor using Huangqi Jianzhong Decoction; use the medical case analysis module in the data analysis function to analyze the symptoms and prescriptions of the tutor using Huangqi Jianzhong Decoction Excavate. The final statistical data includes the frequency statistics of symptoms and drugs, disease statistics of Chinese and Western medicine, core drugs, symptom combinations, new prescriptions and new drug combinations, and so on.

Result:

1. Basic patient information statistics: In the medical records, there are 159 male patients and 141 female patients. There are slightly more male patients than female patients. The average age of patients is 49.6 years old. Among them, middle-aged and elderly patients aged 40-60 are the main components.

2. Four diagnosis of traditional Chinese medicine and symptom analysis: Among them, there are 5 types of tongue quality, 6 types of coating appearances, and 7 types of pulse conditions. The most frequent tongue and pulse is pale tongue and white coating and weak pulse. There are 144 symptoms in the statistics of symptoms, the most frequently occurring before. The three symptoms were fatigue, chills, and bad wind.

3. Disease diagnosis statistics: There are 40 kinds of diseases in western medicine. Chronic non-atrophic gastritis and chronic colitis are more cases, accounting for 37%; there are 30 kinds of diseases in traditional Chinese medicine, among which the 3 most frequent ones are stomachache, diarrhea, Full of scumbags.

4. Analysis of prescriptions and medicines: There are 114 Chinese medicines involved in 300 medical records. In addition to Huangqi Jianzhong Decoction, the most commonly used ones are: rhubarb, angelica, Bupleurum, tangerine peel, coptis, scutellaria, codonopsis, poria, gardenia, chuanxiong, Pinellia, Gypsum etc.

Conclusion:

1. Fatigue, chills, and bad wind are the core symptoms of the instructor using Huangqi Jianzhong Decoction.

2. Involving 40 kinds of Western medicine diseases and 30 kinds of Chinese medicine diseases, it can be seen that the instructor applied Huangqi Jianzhong Decoction to pay attention to dialectics and treat different diseases at the same time, so the treatment range is wide.

3. Instructors often use Huangqi Jianzhong Decoction combined with dried tangerine peel and rhubarb as the core drugs for the treatment of chronic non-atrophic gastritis; Huangqi Jianzhong Decoction combined with Bupleurum as the core drugs for the treatment of chronic colitis.

4. Summarize the common prescriptions used by the tutors for Huangqi Jianzhong Decoction: cold-heat complex syndrome combined with Xiehuang San, Yin-cold internal syndrome combined with Fuzi Lizhong Decoction, spleen deficiency and food resistance syndrome combined with Baohe Pills, liver fire off the stomach combined with Zuojin Pills,

etc. Wait.

Keywords: Huangqi Jianzhong Decoction; Jianzhong Method; Deficiency of Spleen and Stomach; Data Mining.

引言

新世纪以来国家经济持续快速发展,社会结构进一步现代化,社会经济新形势改变了人们的生活习惯、饮食结构,同时出现很多不规范用药与乱服保健品,而且年轻人面临的社会压力增加影响精神情志,以上原因皆可导致人体中焦脾胃受损。脾胃虚弱日久,水谷精微不得运化,气血化生无源,气机升降失调,阴阳俱损,寒从中生,形成恶性循环,严重影响患者的生活质量、饮食、情绪及正常的作息。导师应用张仲景建中法,选黄芪建中汤方治疗本证疗效显著,因此,传承、发扬名老中医应用建中法治疗脾胃虚弱证的组方规律与用药经验具有非常重要的意义。

黄芪建中汤为医圣张仲景所创,《金匱要略》云:“虚劳里急,诸不足,黄芪建中汤主之”。吴谦《医宗金鉴》注:“黄芪建中汤,建立中外两虚,非单谓里急一证之治也。”因此本方应用广泛,凡虚劳里急、内伤诸症均可使用,导师基于仲景之法,临床运用黄芪建中汤治疗相关疾病,疗效显著。黄芪建中汤作为建中法的代表方剂,所谓建中,即建立中焦脾胃之气,亦即直补“后天之本”,是仲景学术思想的精华之一。建中法针对脾胃虚弱证为主要病机所致的机体、脏腑功能失调而立,是以建复中气为根本目的,使人体达到“正气存内,邪不可干”的状态,在临床应用中应予以重视。

本研究基于中医传承辅助平台(V2.5)软件的数据化挖掘技术,系统分析导师临床应用黄芪建中汤的组方用药模式,再结合科研论文和临床实践中对黄芪建中汤所属张仲景建中法进行深入探讨,总结黄芪建中汤治疗脾胃虚弱患者的应用范围,发挥张仲景建中法对于后天之本的重建作用。中医迈入新时代,运用数据化技术对名老中医医案进行分析,不仅使传统医学开始走向现代化,更是对传统医学的继承和发展,正如国学大师章太炎所说“中医之成绩,医案最著,欲求前人之经验心得,医案最有线索可寻,循此钻研,事半功倍”。

文献综述

1 黄芪建中汤的研究进展

黄芪建中汤出自《金匱要略》，为东汉年间有医生之称的著名医家张仲景所创，仲景在书中记载到：“虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之。”，其方药组成为小建中汤方加黄芪一味，小建中汤为里虚而设，黄芪益气固表治疗表虚，故黄芪建中汤兼顾表里，为治疗诸多虚证的重要方剂^[1]，被诸多医家所推崇。

1.1 黄芪建中汤历史源流

1.1.1 黄芪建中汤出处与方药浅析

依照金匱要略记载，黄芪建中汤主治虚劳证，其功效为温中补虚，缓急止痛^[2]。本方组成根据原书为：黄芪、桂枝、甘草、大枣、白芍、生姜、饴糖。其关键药味是黄芪，此药性甘温，归脾肺经，因升阳补虚、调养卫气、固表利尿的功效显著故为君药；桂枝也是同样重要的药物，其性辛温，归心肺、膀胱经，具有发汗解肌、温通阳气的功效；黄芪与桂枝同用，温中与解表并行，所以具有表虚里虚同治的作用。同时仲景在《伤寒杂病论》中提到了本方的加减运用，此方是小建中另加黄芪一两半组成。气短胸满可加生姜一两；腹满去大枣入茯苓一两半；便秘加积实等。可见仲景使用本方时也常加减变化，以应对不同的病情，可见黄芪建中汤的主治范围极广，有虚劳证侯的病情，均可通过加减应用以治疗之。

黄芪建中汤所治虚劳一证，追溯其源最早见于《黄帝内经》：“邪气盛则实，精气夺则虚”，简明扼要的表明所谓虚既是正气之虚，后世医家皆将其遵循为虚证的提纲。张仲景在继承《内经》关于虚证思想的基础上，结合自身临床实践经验，在《金匱要略》中首创虚劳之病名，更根据虚劳病的病因病机给出了针对性的方药，为后世对虚证的治疗奠定了基石。

结合黄芪建中汤原文，“虚劳”可以理解为正气虚损，机体虚弱；“里急”因血脉虚弱导致寒从中生，寒凝气虚所致腹中拘急。“诸不足”则指阴阳气血俱不足，又多以脾胃虚寒不能化生中气为本。治以黄芪建中汤取温中补虚之意，其取法于《素问》之“正气存内，邪不可干”，可见张仲景扶助正气^[3]之法也传承自《黄帝内经》。故仲景治疗虚劳一证，以补虚扶正为根本之法，而且多从中焦脾胃治疗，《素问》有云“人绝水谷

则死，脉无胃气亦死”表明脾胃后天之本，气血化生之源独一无二的地位，脾胃强健则气血化生有源，营卫调和阴平阳秘，正气充足邪不可犯，虚劳自除。

《黄帝内经》灵枢篇云：“阴阳俱不足……将以甘药”，仲景针对虚劳证阴阳气血皆不足一证，在小建中汤温中缓急的基础上，加入黄芪^[4]一味取为君药，化为黄芪建中汤。用黄芪甘温之性以补益中州，直补后天之本，使脾胃充实则气血充盈，脾健则饮食增而津血旺，阳气卫于外可解表虚，阴血于内填充经脉，而里虚得补。

综上所述，仲景所创黄芪建中汤取法于《内经》，同时紧密结合《伤寒》的辨证论治之法，创造性的提出者虚劳证病机关键为阴阳气血俱虚，而治疗关键在于甘温补脾、扶助正气，故用黄芪之甘加桂枝之温以益卫气而实表，利荣血而补虚；又有生姜宣发阳气、芍药酸甘敛阴。诸药合用补益脾胃中州，而无过甘之弊，气血阴阳同补，又组方精简、疗效广泛。

1.1.2 历代医家对黄芪建中汤的论述

有药王之称的唐代名医孙思邈在《备急千金要方》卷十九中，针对虚劳一证孙思邈提出了五劳六极七伤的症候表现，五劳指志劳、思劳、忧劳、心劳、疲劳对应五脏，又多由七情所伤而导致，如思虑无度伤人，幽怨悲哀伤人，大喜大乐伤人，勃然大怒伤人等等。六极指气极致短期喘息、血极致失眠健忘、筋极致手足抽搐、骨极致齿落足痿、肉极致肉消面黄、精极致耳目昏聩。七伤为肝伤善梦，脾伤善饮等，由此总结了各种脏腑经络受损以后表现出来的虚劳症状，以及导致虚劳的原因，极大的完善了虚劳的病因病机。而后更明确了本证的治法与方药，孙思邈在原文中提到：“补方通治五劳六极，七伤虚损。”而后列出小建中汤及黄芪建中汤等方剂，用小建中汤治疗因积劳虚损或大病不复导致的虚劳症状，更可重用黄芪，成黄芪建中汤，孙思邈谓其“治虚劳里急诸不足方”，可见黄芪建中汤可以治疗六极七伤在内的各型虚劳。

金元四大家之一的李东垣亦受张仲景重视脾胃思想之影响，学习了仲景治疗虚劳之法，即补虚以补脾胃为主时刻扶助正气，李东垣传承本思想临证治疗偏于温补脾胃之阳气，故后世称其为补土派。其在《脾胃论》之脾胃胜衰论中论述到：“若脉弦，气弱自汗，四肢发热，或大便泄泻，或皮毛枯槁，发脱落，从黄芪建中汤。”可见黄芪建中汤的核心在于黄芪益气固表，升提胃气的功效，而更值得注意的是，李东垣认为本方证还有四肢发热的症状，其病或烦躁闷乱，或四肢发热，此可理解为劳倦伤脾，脾胃不能化

生导致正气不足，则火邪乘之，即气虚生内热之象，虚热上扰心神则心烦，而四肢归属于脾胃，脾胃虚火内蕴则四肢发热，故虽有热像但病因在于正气不足、脾胃虚弱，李东垣以黄芪建中汤治之，正所谓“损者益之”实乃治本之法，可见李东垣治疗脾胃虚弱及内伤发热的理念与张仲景一脉相承，补中益气汤也取法于此。

若论对黄芪建中汤的方论之精妙，当属明代名医吴昆所著《医方考》：“…黄芪、甘草之甘，补中气也…此方以建中名者，建立中气…”指出黄芪、桂枝、芍药、甘草的药味组合为黄芪建中汤阴阳同补、营卫同调的核心，即用黄芪与甘草之甘以补虚，以桂枝合生姜以强卫，以芍药的酸甘之性滋养营阴。更详细地记述了本方证的病因及脉象，其中两个观点非常值得注意，首先吴昆明确了黄芪建中汤所治虚劳，包括阴虚、津液虚，病机为气虚不能固表，津随汗脱，津液不足则导致阴虚，并且进一步因营气不足导致身体疼痛。其次，提出本方的主治症状为汗出身痛，结合虚劳体质，可以得出黄芪建中汤的主治包括虚证感冒，进一步扩展了本方的主治范围。明代医家陶华所著《伤寒六书》就是在融合张仲景理论的基础上，活用黄芪、桂枝、芍药、甘草的药物组合于再造散之中，成为治疗虚人感冒的重要方剂。

清代尤怡在《金匱要略心典》写道“…不足者补之必以温，而充虚寒空，则黄芪尤有一专长也。”表现了黄芪建中汤病机的复杂多变与症状的广泛多样，更指出黄芪在本方的独特意义。太医吴谦在《删补名医方论》记载黄芪建中汤“治虚劳里急…诸不足诸证。”其中除了常见的脾胃内科病症，更包含了神志病、血症、男子病、妇科病，为近现代对黄芪建中汤的发掘研究提供了重要参考。

1.2 黄芪建中汤的现代临床应用

1.2.1 消化系统疾病

慢性胃炎根据其胃黏膜萎缩与否分为两种，属临床常见病，病因复杂且症状多样，其发病率在胃病中可居于首位。谢建军等^[5]在门诊观察 90 例慢性胃炎患者，西医组使用西药雷贝拉唑等治疗；研究组使用中药黄芪建中汤辨证治疗；结果显示中药组的有效率为 86.7%，西药组有效率 48.9%，效果明显。在常见症状如胃胀痛胃痛、嗝气反酸等方面，使用中药治疗 2 个月后症状改善率显著优于对照组。王永宁等^[6]选取 90 例慢性胃炎属虚寒证的患者，其中对照组使用阿莫西林、甲硝唑、胶体果胶铋的三联疗法；试验组根据症状辨证加减使用黄芪建中汤。经过一疗程，中药组的有效率为 91%，西药组

的有效率为 53%，中医组的总有效率显著高于西药组（ $P < 0.05$ ）。

消化性溃疡同样是黄芪建中汤善于治疗的常见消化疾病。李博宽等^[7]对 17 篇中文文献共计 1692 例病例进行 Meta 分析，将消化性溃疡患者分为中药治疗组与西药治疗组进行分析对比，其结果显示在收入病例中，中药治疗本病的总有效率、治愈率、复发率均优于西药组（结果有统计学意义），提示黄芪建中汤加减对比西医三联疗法在治疗消化性溃疡脾胃虚寒证的疗效上具有一定优势。王美林等^[8]通过对 83 例胃溃疡患者的临床研究，以中药黄芪建中汤治疗与西药三联治疗作为变量，观察疗后患者胃激素的变化情况，结果 4 周治疗后中药组的胃肠激素（SS、GAS）改善程度明显优于对照组，说明黄芪建中汤确有调节胃肠激素水平，抑制胃酸分泌的作用。丁彤等^[9]通过整理近年来关于黄芪建中汤在消化性溃疡方面的治疗机制，总结出黄芪建中汤在抗 PH、调整黏膜保护机制、增强免疫功能等方面有显著的作用，为本方治疗消化性溃疡提供了生理、药理方面的理论支撑。

胃食管反流病（GERD）指胃、食管、十二指肠内的食物反流上入食管所引起一系列的临床与病理变化。主要临床表现为反酸、烧心、胃脘胀痛等，在我国目前的发病率约为 5% 作用并呈上升趋势，应予以重视。李丽^[10]等对门诊的 160 例 GERD 患者进行临床观察，西药组使用拉唑类进行常规治疗，中药组使用汤药辨证加减治疗。治疗 4 周后测试患者一天内反流情况及 $\text{ph} < 4$ 总时间所占比率，结论为中药观察组在上述两项指标的改善率上强于对照组，也是有统计学意义的结果。中药组复发率仅为 5%，而西药组的复发率为 15%，可见在胃食管反流治疗上应该发挥中药特别是黄芪建中汤的优势作用。丁邦盛^[11]通过医学观察两组门诊患者共 126 例，治疗组使用黄芪建中汤合乌贼骨、浙贝母中药治疗，对照组使用西药奥美拉唑肠溶胶囊治疗，治疗后通过胃镜检查等手段观察临床疗效。四周后治疗组总有效率为 95%，对照组为 82%，有统计意义，故本方加减的中医疗法有见效快、不易复发的优点。

肠易激综合征（IBS）是一种在临床上相当常见的胃肠功能性疾患，在我国发病率大约有 10%，其主要临床表现一般为与排便情况有关腹痛伴大便形状改变、排便习惯改变。IBS 主要分为四型，以下主要论述腹泻型肠易激综合征。胡业建^[12]等对确诊为脾虚型的腹泻型肠易激综合征门诊患者 52 例进行临床观察，使用黄芪建中汤加味治疗 28 天并随访。结果为治愈 12 例，显效 20 例，有效 17 例，有 94% 的总有效率且无复发。可见

黄芪建中汤对于脾虚型腹泻型 IBS 方证相应, 疗效显著。屈红军^[13]等临床研究 102 例 IBS 患者, 对照组 51 例使用西药谷维素与蒙脱石散进行常规治疗, 观察组 51 例应用方剂加味黄芪建中汤进行中医治疗。治疗结束后, 观察组总有效率为 92% 明显高于对照组的 72%, 并且在回访的复发率上中药治疗比西药的低 22%。综上所述, 纯中药治疗 IBS 腹泻型之疗效是确切的, 特别是脾虚型 IBS 使用黄芪建中汤补益后天之本, 是脾胃运化有力, 则效如桴鼓。同时, 周爽^[14]临床研究 60 例病属功能性腹泻证属脾阳虚型的患者, 研究结论表明黄芪建中汤加味治疗本病在腹泻、便溏、腹胀等症状的缓解上明显优于西药组, 具有统计学意义。可见黄芪建中汤对于各类虚证腹泻均有疗效, 不仅仅拘泥于一病一证。

黄芪建中汤在各型肝炎中也有广泛应用, 张燕云^[15]等对 60 例慢乙肝患者进行为期 6 个月的临床观察, 将患者分为两组, 观察组病人予黄芪建中汤加减治疗, 对照组病人予恩替卡韦进行常规抗病毒。六个月后查肝功等项目得出结论, 应用中医治疗的患者 ALT、AST、TBIL 指标显著低于西药对照组 ($P < 0.05$), 在症状缓解方面中药组也优于对照组。可见黄芪建中汤对于慢乙肝确有疗效。唐文哲^[16]等对 82 例自免肝患者进行临床研究, 发现使用加减黄芪建中汤配合熊去氧胆酸治疗本病, 最终有效率为 95% 高于单纯西药治疗的 73% 有效率, 可见黄芪建中汤在辅助肝炎治疗上有确切疗效。

黄玲玲^[17]将诊断为功能性便秘的 60 例患者平分两组, 中药组应用黄芪建中汤辨证加减治疗, 对照组使用聚乙二醇散治疗, 4 周后中药组有效率 93.33% 高于对照组的 86%, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。可以看出辨证使用黄芪建中汤治疗功能性便秘是安全有效的。

刘益国^[18]对 80 例临床诊断为糖尿病胃轻瘫 (DGP) 的患者进行临床观察, 40 例治疗组使用黄芪建中汤辨证加减配合莫沙必利片治疗, 40 例对照组仅以等量西药治疗, 4 周后中药组的早饱、恶心等症状改善程度优于对照组, 在胃排空时间统计中治疗组亦优于对照组 ($P < 0.05$), 可见莫沙必利片联合黄芪建中汤使用确可加强临床疗效。

慢性结肠炎是一种慢性、反复性的由多种原因导致的结肠慢性炎症, 属中医 “泄泻” 的范畴。张毅超^[19]将 123 例慢性结肠炎患者随机分两组, 治疗组 63 例给予平胃散合黄芪建中汤辨证加减治疗, 对照组 60 例以结肠炎丸、谷维素、思密达联合治疗。以腹泻、腹痛症状消失, 结肠镜检查正常为治愈标准, 4 周后治疗组治愈率达 50.79%, 总

有效率达 92.18%, 慢性高于对照组, 说明黄芪建中汤合平胃散治疗慢性结肠炎疗效显著。

1.2.2 循环系统疾病

宋红等^[20]辨证应用黄芪建中汤合方中药治疗 72 例各型冠心病心绞痛患者, 经 2 至 3 个疗程药物治疗后, 结合症状与心电图检查, 患者症状明显改善, 心电图 ST 段大部分回到正常水平, 显效 52 例, 总有效率 90.2%。

周冠华^[21]等将慢心衰住院患者 84 例进行临床分组对照研究。一半对照组常规西药治疗, 一半中药组在西药基础上加用黄芪建中汤加减治疗, 治疗后中药组的症状改善显著优于西药组, 观察组中医证候总有效率 95.24% 亦高于西药组 78.57%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$) 同时观察组心因性再住院率也优于西药组, 综上所述黄芪建中汤确有缓解慢性心衰症状与优化临床疗效的作用。

1.2.3 免疫系统疾病

高金良^[22]通过实验研究加味黄芪建中汤 (加青风藤、鸡矢藤、秦艽、薏苡仁等) 对类风湿关节炎 (RA) 大鼠的临床疗效发现, 本方可以明显改善其跛行、行动不利等症状, 缓解其关节肿胀程度, 而对于大鼠血液的理化检查发现黄芪建中汤加味治疗, 可明显调节大鼠类风湿相关细胞因子的表达, 表明加味黄芪建中汤对于治疗 RA 有重要临床应用。

杨威英等^[23]观察加味黄芪建中汤治疗 60 例慢性疲劳综合征 (CFS) 的疗效, 将患者分为两组, 治疗组以黄芪建中汤辨证治疗, 对照组以归脾丸中成药治疗, 治疗 4 周后, 治疗组总有效率与症状积分改善情况均高于对照组 ($P < 0.05$)。本病没有明确的西药治疗方案, 而黄芪建中汤治疗有效率为 90%, 具有临床推广价值。

1.2.4 儿科疾病

辨证应用黄芪建中汤在治疗多种儿科方面, 也有显著疗效。凌钦亮^[24]对 81 例小儿疳证脾虚型患儿进行分组治疗, 治疗组使用黄芪建中汤治疗, 对照组以补充营养为主。经过两周治疗后, 治疗组的总有效率 (97.6%) 优于对照组 (87.5%) 有统计学意义。丁峰^[25]将小儿腹泻患儿 90 例均分, 给予常规的方案为对照组, 中药组在此基础上予黄芪建中汤加减治疗, 72h 后中药治疗组总有效率明显高于对照组, 表明黄芪建中汤对于小儿腹泻治疗确有帮助。

1.2.5 妇科疾病

张莹^[26]应用黄芪建中汤配合左氧氟沙星治疗 49 例慢性盆腔炎，总有效率达 93.88% 明显高于单纯应用抗菌素的对照组（75.51%），故黄芪建中汤对本病确有疗效。梁颖芯^[27]临床治疗虚寒型痛经用黄芪建中汤为主方以补虚散寒，再结合症状辨证加味治疗，均取得良效。张会颜^[28]使用经方黄芪建中汤加党参、当归辨证加味治疗月经过少（气血虚弱证），治疗 48 例患者，其中痊愈 12 例，好转 28 例，总有效率 83.3%。综上所述，黄芪建中汤温中补虚，散寒止痛，对于虚寒性妇科疾病疗效显著。

2 张仲景建中法的研究进展

建中法起源自《伤寒杂病论》，为张仲景所创。所谓建中法就是通过温建中焦阳气，化生营卫，以养五脏，故名“建中”^[29]。本法在广义上是属于中医“八法”中之补法、温法的范畴，但经过千年发展已是一门独立的治疗大法。主治病机关键是以脾胃虚弱为主，通过建中补虚、和里缓急，达到建复中气的目的。大小建中汤与黄芪建中汤皆是在此法基础上衍生而来，因此原书中虽未直接提及建中法，但此法广受后世医家推崇，如金元四大家之一的李东垣便是深受建中法的影响。

追本溯源，建中法起源于《黄帝内经》^[30]。“人无胃气则死”、“五藏者皆禀气于胃，胃者五藏之本也”等经典理论皆出自《黄帝内经》，反复强调了脾胃独一无二的重要地位，人体的气血全赖脾胃化生。针对脾胃虚损《素问》提出“虚者补之”的治疗大法。《阴阳应象大论》亦云“甘生脾”《藏气法时论》则指出“脾欲缓，急食甘以缓之”再次确立甘温补脾的用药方针。张仲景在《黄帝内经》重视胃气的学术思想指导下，于《金匮要略》中提“四季脾旺不受邪”一说，既是对内经正气存内，邪不可干的未病先防思想的进一步发展，也是对病情传变规律中既病防变的一次总结。所以在深刻认识到脾胃后天之本的重要性以后，在发现五脏病机终不离脾胃这一规律后，仲景立建中之法，为后世医法带来了极其深远的影响。

唐代有药王之称的医学大家孙思邈便对建中法有较为深入地研究，《千金要方》中有很多建中汤类的衍生方剂，如：坚中汤、当归建中汤等等。提到对于建中法的继承发展，就离不开撰写《脾胃论》的李东垣，其著名的“内伤脾胃，百病皆生”之观点，就是对建中法最好的总结，并在此基础上完善了脾胃学说。李杲留下的千古名方补中益气汤便是深受仲景建中汤与建中之法的影响，主温补，主脾胃。清代医学家叶桂对于中焦脾胃之气的养护也十分重视，有“上下交损，当治其中”的名言，其治疗疾病之时更是

推崇建中之法,《临证指南医案》之中仅仅咳、吐血、虚劳三病中就应用建中类方近 30 次,进一步扩大了建中法的临床应用范围,进一步发展了脾胃学说。

近现代以来,随着对张仲景《伤寒杂病论》的研究日益深入,以及对治未病需求的日益增加,张仲景建中法的理论价值越来越被重视。随着现代应用建中汤类方的临床研究与医案论文的层出不穷,更在多种临床动物实验中取得了确切的疗效,例如大量使用黄芪建中汤治疗虚寒性消化系统疾病的临床报道,以及黄芪建中汤对脾虚模型大鼠的胃肠功能与微循环的改善等等^[31]。由此可见建中法在现代中医体系中依然具有重大的研究价值。

3 中医传承辅助平台的应用进展

几千年来中医一直在不断的继承与发展,但古代受时代条件限制,对于医学的传承多以师徒父子口口相传而来,常常不成体系;著书立说也有遗失篡改之弊端,同时受简帛等载体的篇幅影响往往不够细致;医学的传承发展可以说是非常艰难。进入二十一世纪以来,中医的发展也进入了新时代,迫切需要能够跟上信息化时代的软件工具,进一步将古籍、医案、名老中医经验等进行归纳分析整理,在此时代背景下,中国中医科学院与自动化研究所共同研发的中医传承辅助系统(TCMISS)软件^[32]应运而生。

中医传承辅助平台软件(V2.5)着眼于中医药学之传承、发展、创新几个核心的问题,智能化、数据化、网络化的进化技术,结合传统中医的特点规律,建立核心为数据,特色为传承的中医传承辅助平台^[33]。TCMISS 开发以来,已逐步推广于中医药研究的各个领域,有效满足了中医传承和发展的需求,丰富了中医药研究模式。同时也为名医临床经验研究、临证处方用药规律研究、经典文献医案整理与分析、新方新药研发等诸多方面的研究提供了有效工具。

王汉^[34]运用数据挖掘的方式,基于 TCMISS 对刘铁军教授使用中医下法诊治的 300 例患者进行分析挖掘,发现刘铁军教授应用下法治疗肝硬化与慢乙肝的病例最多,同时刘教授组方用药多变灵活,结合不同症状涉及中药 136 味深得辨证论治精髓,其中大黄为核心药物使用频率占总病例的 70%,可以得出刘教授下法的用药核心思想,提高中医药治疗肝脏疾病的临床疗效,丰富中医肝病的治疗理论和学术水平。

试验研究

基于数据挖掘的刘铁军教授运用黄芪建中汤组方规律研究

一、研究材料与方法

1 材料与方法

1.1 数据来源

本研究通过直接拍照保存使用黄芪建中汤诊治患者的诊疗信息，或在计算机中心调取长春中医药大学附属医院刘铁军教授运用黄芪建中汤诊治的患者信息，最终共收集医案总数为 300 例，采集时间为 2019 年 11 月至 2021 年 01 月，将采集医案详细整理，依纳入标准与排除标准严加筛选。

2 数据库的建立

2.1 纳入标准

(1) 医案有主诉、症状、四诊、中西医诊断、方药等完整的初诊记录。

(2) 处方中以黄芪建中汤为主方。即方药中至少含有黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣、甘草。

2.2 排除标准

(1) 医案初诊信息记录不完整者。

2.3 数据规范

为规范文中的数据、单位、名词，方剂药物名称部分以《中华人民共和国药典》、《中药学》、《方剂学》教材为标准；西医诊断与中医诊断和实验室检分别按照《内科学》、《中医内科学》、《诊断学》十三五规划教材进行名词规范；以《中医临床诊疗术语》做为参照标准规定中医临床症状与中医证型等术语。

2.4 分析软件

“中医传承辅助系统（V2.5）”软件由中国中医科学院中药研究所提供。

2.5 质量控制

病例的规范化收集过程由专业人士负责采集，必须熟读《伤寒论》、《金匱要略》，对张仲景建中法理论有一定的了解，主要工作人员为附属医院研究生，对于项目及流程熟悉。由附属医院陈鑫医师等认真审核录入数据，并根据情况优化数据采集方案、数据

模型管理、数据挖掘计划等，同时可以解答出现的问题并提高质量以保证课题顺利完成，以达到质量控制的目的。

2.6 数据录入

由专人负责数据录入，将患者诊疗信息中的各个项目（包括：姓名、性别、年龄、就诊日期、临床表现、舌苔、脉象、中医诊断、西医诊断、处方用药及剂量等）逐项收录入“中医传承辅助平台（V2.5）”软件中，完成黄芪建中汤医案统计数据库。

3 数据挖掘

以中医传承辅助平台（V2.5）软件为数据挖掘的技术手段，应用传承软件的“统计报表”功能对病例的基本信息、舌脉、症状、方剂、药物等进行统计；应用传承软件中“数据分析”之“方剂分析”功能，对方剂用药模式进行挖掘；“数据分析”之“医案分析”功能，对患者方证规律进行分析。全面对录入的数据进行统计分析，包括：主次症状、主次药物具体频次的统计，药症规律、核心症状、核心药物的探讨，与具体方剂的加减药物规律、药物方剂内在规律分析，并进一步推导出黄芪建中汤核心药物组合，黄芪建中汤合方组合规律等，将最终结果进行网格化可视化展示。得到数据后，将黄芪建中汤治疗病例的症状集合、药物集合依照频率由高到低顺序排列，依照古希腊黄金分割率分级数据，北京中医药大学林依璇等^[35]运用本方法进行数据挖掘分析。本研究将症状、药物频数依次相加，结果大于集合总数黄金分割 61.8%者为导师运用黄芪建中汤主要症状及药物，得出结果经过导师检验符合临床实践。

二、研究结果

1 黄芪建中汤证治规律

共计 300 例应用黄芪建中汤化裁方治疗病例，其中男性患者 159 例，女性患者 141 例，患者年龄分布在 18—82 岁不等；其中西医疾病 40 种，中医疾病 30 种；总计出现 144 种症状，观察到 5 种舌象，6 种苔象，7 种脉象；应用不同药物 114 味。

1.1 病人一般规律

300 例黄芪建中汤医案中，男性患者为 159 例，女性为 141 例；患者年龄分布在 18—82 岁之间，患者平均年龄 49.6 岁，具体为 0-20 岁者 2 例，21—40 岁者 98 例，41—60 岁者 152 例，61—80 岁者 45 例，81 岁以上者 3 例。具体见表 1

表格 1 患者年龄性别统计表

年龄(岁)	男性人数(人)	女性人数(人)	总数(人)
<20	1	1	2
21~40	54	44	98
41~60	77	75	152
61~80	25	20	45
≥81	2	1	3
总计	159	141	300

1.2 疾病谱

1.2.1 西医疾病谱

统计 300 例黄芪建中汤病例后显示西医疾病共计 40 种, 根据现代医学疾病分类法, 包含 11 个疾病类别: 消化系统疾病、神经精神系统疾病、呼吸系统疾病、传染疾病、妇科疾病、肿瘤疾病、皮肤疾病、免疫系统疾病、耳鼻喉疾病, 男科疾病等, 具体展示为表 2。而慢性非萎缩性胃炎和慢性结肠炎依次为出现频次最高的两种西医疾病。

表格 2 黄芪建中汤西医疾病谱

西医疾病类别	西医病名(例数)	病种数	总例数
消化系统疾病	慢性非萎缩性胃炎 61, 慢性结肠炎 50, 慢性萎缩性胃炎 24, 胆汁反流性胃炎 17, 功能性消化不良 15, 肠易激综合征 9, 胆囊炎 6, 便秘 6, 十二指肠溃疡 6, 胆囊结石 4, 功能性胃肠病 4, 胃溃疡 4, 溃疡性结肠炎 3, 胃下垂 2	14	211
神经精神系统疾病	植物神经功能紊乱 9, 偏头痛 4, 睡眠障碍 3, 焦虑症 2, 抑郁症 2,	5	20
呼吸系统疾病	普通感冒 6, 上呼吸道感染 6, 慢性支气管炎 2	3	14
传染疾病	慢性乙型病毒性肝炎 6, 乙肝肝硬化 3, 慢性丙型病毒性肝炎 3,	3	12
妇科疾病	痛经 8, 更年期综合征 2, 阴道炎 2	3	12
肿瘤疾病	肝癌 8	1	8
其他	亚健康状态 5, 肝癌切除术后 1, 直肠癌切除术后 1	3	7
皮肤疾病	痤疮 4, 荨麻疹 2	2	6

免疫系统疾病	类风湿性关节炎 2, 干燥综合征 2, 雷诺综合征 1	3	5
耳鼻喉疾病	过敏性鼻炎 3, 神经性耳鸣 1	2	4
男科疾病	性功能障碍 1	1	1

1.2.2 中医疾病谱

数据统计结果示共有 30 种中医疾病, 大致分为 10 类, 如表 3 所示。依照总例数进行排序: 脾胃系病证、肝胆系病证、肺系病证、阴阳气血津液病证、妇科病证、心系病证、皮肤病证、五官病证、肢体经络病证、男科病证。频次最高的前 10 种中医疾病为: 胃痛、泄泻、痞满、腹痛、胁痛、感冒、奔豚病、感冒、经行腹痛、虚劳。

表格 3 黄芪建中汤中医疾病谱

中医疾病类别	中医病名 (例数)	病种数	总例数
脾胃系病证	胃痛 78, 泄泻 51, 痞满 36, 腹痛 17, 奔豚病 8, 便秘 6, 呃逆 2	7	198
肝胆系病证	胁痛 15, 积聚 6, 黄疸 6, 鼓胀 2	4	29
肺系病证	感冒 8, 咳嗽 8, 哮喘 4	3	20
阴阳气血津液病证	虚劳 7, 汗证 6, 燥证 2	3	15
妇科病证	经行腹痛 8, 脏躁 2, 白带 2	3	12
心系病证	头痛 4, 不寐 3, 郁证 2, 癫狂 2	4	11
皮肤病证	粉刺 4, 风疹 2	2	6
五官病证	鼻塞 3, 耳鸣 1	2	4
肢体经络疾病	痹症 3	1	3
男科病证	阳痿 1	1	1

1.3 症状结果

1.3.1 症状频次结果

如表 4 所示, 刘铁军教授运用黄芪建中汤的 300 例病例中, 共有 144 种症状, 共计 3468 症次, 平均每个病例包含 11.56 个症状, 平均每个症状出现 24.08 次, 将症次大于 24 的症状作为黄芪建中汤基本症状, 共有 48 个基本症状, 合计 2836 症次, 占总症次 81.7%。根据黄金分割率, 将 48 个黄芪建中汤基本症状按频次高至低排序, 其中乏力、

畏寒、恶风、胃痛、喜温喜按、受凉加重、心烦、大便不成形、暖气、纳差、大便黏腻、气短、自汗、胸闷、手足凉、便秘、头痛等 17 个症次合计刚好接近总症次的 61.8%，故作为主要症状，共有 17 个主要症状，共 1722 症次，占基本症状的 49.6%，另 31 个症状作为次要症状。

表格 4 黄芪建中汤症状频次表

症证类型	症状（频次）	症状数、总频次
主要症状	乏力 240，畏寒 239，恶风 186，胃痛 150，喜温喜按 116，受凉加重 106，心烦 82，大便不成形 82，暖气 68，纳差 62，大便黏腻 61，气短 60，自汗 56，胸闷 56，手足凉 54，便秘 52，头痛 52	17，1722
次要症状	烧心 51，胃胀 50，四肢酸痛 48，腹泻 47，头晕 46，腹痛 44，小便黄 44，心慌 42，面色萎黄 42，胁痛 42，口干 42，腹胀 40，恶心 39，易怒 38，反酸 38，不寐 38，溏结不调 37，不欲饮食 36，胸闷气短 34，口苦 30，暖腐吞酸 29，肋肋胀痛 28，消瘦 28，善太息 27，纳呆 26，咳痰 26，发热 26，喜热饮 24，呕吐 24，咳嗽 24，口中异味 24	31，1114
其他症状	心悸 23，大便溏 22，多梦 22，大便稀溏 22，小便不利 20，呃逆 18，肠鸣矢气 18，耳鸣 16，胆怯易惊 16，冷痛 15，痞满 14，咽干 14，食后加重 14，胁胀 14，痛经 14，胀痛 12，嘈杂 12，少气 12，身体困倦 12，酸痛 11，喘息 10，气上冲 10，干呕 10，腰膝酸软 10，眠差 10，神疲 9，泄泻 9，四肢麻木 9，焦虑 8，便秘 8，情志不畅 8，心烦易怒 8，汗出 7，大便稀 7，牙龈出血 6，身目黄染 6，多食易饥 6，齿衄 6，口臭 6，排便困难 6，惊恐 6，大便溏薄 6，大便稀水样 5，胸胁胀闷 5，腹痛即泻 4，烘热汗出 4，大便次数多 4，腰酸 4，腹胀如鼓 4，肋肋不适 4，寒热往来 4，不思饮食 4，鼻塞 4，胃脘隐痛 4，腹中雷鸣 4，口干 4，完谷不化 4，大便干结 4，泻后痛减 4，面部痤疮 3，流涕 3，易感冒 2，大便腥臭 2，肛门	96，632

灼热 2, 浮肿 2, 面色萎白 2, 周身瘙痒 2, 月经血块 2, 身热 2, 关节痛 2, 痰多色白 2, 双手肿胀 2, 胁肋刺痛 2, 食少 2, 夜间盗汗 2, 乳房胀 2, 瘙痒 2, 肢体活动不利 2, 带下色白 2, 月经先后无定期 2, 盗汗 2, 手足不温 2, 小便清 2, 气喘 2, 大便臭 2, 咽痒 2, 五心烦热 2, 干咳 2, 里急后重 2, 肛门下坠感 2, 刺痛 1, 阳痿 1, 手指冷痛 1, 带下量多 1, 面色晄白 1, 早泄 1

1.3.2 舌脉频次结果

将舌诊分为两个部分, 舌质共有 5 种, 按频次高低依序为: 舌淡 172, 舌红 50, 舌淡红 46, 舌暗 19, 舌暗红 13。苔象共有 6 种, 按频次高低排序分布为: 苔白 154, 苔黄 40, 苔白腻 37, 苔薄黄 35, 苔黄腻 19, 苔黄燥 15。

脉象方面共有 7 种脉象, 按频次高低排序分布为: 脉虚 129, 脉浮 73, 脉弦 32, 脉浮数 23, 脉沉细 19, 脉滑 18, 脉弦细 6。

1.3.3 症状聚类结果

基于改进的互信息法和复杂系统熵聚类进行数据分析, 分析症状之间的关系。透过专业知识的判断和不同参数提取数据的预读, 将相关系数设置为 8, 惩罚系数设置为 3, 得到 16 组症状核心组合。在核心组合的基础上, 基于无监督的熵层次聚, 进一步演化得出 8 组新症状组合, 具体见表 5、6。

表格 5 黄芪建中汤症状核心组合

序号	核心组合	序号	核心组合
1	口干_喜热饮_大便溏	9	口干_喜热饮_大便稀水样
2	消瘦_神疲乏力_胁痛	10	口苦_胁痛_小便黄_耳鸣
3	腹胀_肠鸣矢气_便秘	11	腹胀_便秘_头痛
4	胸闷_纳差_易怒	12	易怒_口苦_咽干
5	心烦_苔黄_烧心	13	口中异味_苔黄_小便黄
6	多梦_胆怯易惊_苔白腻	14	心悸_胆怯易惊_气上冲
7	手足凉_恶心_腹泻	15	小便不利_手足凉_腹泻_腹痛
8	不欲饮食_胁痛_胃痛	16	胁痛_胃痛_反酸

表格 6 黄芪建中汤新症状组合

序号	新症状组合
1	口干_喜热饮_大便溏_大便稀水样
2	消瘦_神疲乏力_胁痛_口苦_小便黄_耳鸣
3	腹胀_肠鸣矢气_便秘_头痛
4	胸闷_纳差_易怒_口苦_咽干
5	心烦_苔黄_烧心_口中异味_小便黄
6	多梦_胆怯易惊_苔白腻_心悸_气上冲
7	手足凉_恶心_小便不利_腹泻_腹痛
8	不欲饮食_胁痛_胃痛_反酸

1.4 药物结果

1.4.1 药物频次结果

如表 7 所示，导师应用黄芪建中汤的 300 例病案中，累计出现 114 味药物，共计用药 3976 次，平均每个病例包含 13.2 味药，每味药平均出现 34.6 次，将药物频次大于 35 的药物作为常用药物，共有 26 味药物，合计 3095 次，占总药物频次 77.8%。根据黄金分割率，将 26 味常用药物按频次由高至低排序，其中黄芪、桂枝、白芍、大枣、生姜、甘草、大黄等 7 味药物频次合计占比最为接近 61.8%，故作为黄芪建中汤主要药物，共有 7 味主要药物，合计 1871 次，占常用药物的 47.1%，将常用药物中其他 19 味药物作为次要药物。

表格 7 黄芪建中汤药物频次

药物类型	药物（频次）	药物数，总频次
主要药物	黄芪 300，桂枝 300，白芍 300，大枣 300，甘草 262，生姜 254， 大黄 155	7，1871
次要药物	当归 116，柴胡 112，陈皮 111，黄连 96，黄芩 85，党参 79，茯 苓 78，栀子 68，川芎 64，半夏 48，石膏 46，枳实 46，升麻 44， 炒白术 44，防风 42，厚朴 38，神曲 36，生地黄 36，龙胆草 35	19，1224
其他药物	生白术 34，香附 30，吴茱萸 30，枳壳 30，甘松 29，连翘 28， 牡丹皮 28，泽泻 28，莱菔子 28，佩兰 28，山楂 28，附子 24，	88，881

干姜 23, 海螵蛸 22, 姜半夏 22, 通草 22, 葛根 21, 水蛭 20,
瓦楞子 20, 甲珠 16, 车前子 16, 竹茹 16, 砂仁 15, 三棱 14,
桔梗 14, 莪术 14, 荆芥穗炭 12, 薏苡仁 12, 细辛 11, 红花 10,
牡蛎 10, 麦冬 10, 牛膝 10, 龙骨 9, 白及 8, 苍术 8, 熟地黄 8,
白芷 8, 芒硝 8, 桑白皮 8, 桃仁 8, 山药 8, 肉豆蔻 8, 木香 7,
山茱萸 6, 赤芍 6, 天花粉 5, 麻黄根 5, 知母 4, 肉桂 4, 茵陈
4, 薄荷 4, 乌药 4, 槟榔 4, 白扁豆 4, 麦芽 4, 石菖蒲 3, 莲子
心 3, 虻虫 3, 黄柏 3, 荆芥 2, 火麻仁 2, 远志 2, 百部 2, 丁
香 2, 淡豆豉 2, 五味子 2, 浮小麦 2, 旋覆花 2, 紫苑 2, 羌活
2, 白前 2, 代赭石 2, 煅牡蛎 2, 白头翁 2, 大腹皮 2, 玄参 2,
丹参 2, 独活 2, 前胡 2, 沉香 2, 柿蒂 2, 胆南星 2, 藁本 2,
秦皮 1, 肉苁蓉 1, 合欢花 1, 合欢皮 1

1.4.2 药物聚类结果

依据黄芪建中汤方剂数量, 透过经验判断和预读不同参数提取数据的结果, 选择相
关系数为 8, 惩罚系数为 3, 基于复杂系统熵聚类, 演化得到潜在药物核心组合 12 个。
在核心组合提取的基础上, 通过无监督的熵层次聚类算法, 进一步聚类后挖掘得到 6 个
新处方组合, 具体如表 8、9 所示。

表格 8 黄芪建中汤药物核心组合

序号	核心组合	序号	核心组合
1	吴茱萸_龙胆草_海螵蛸	7	吴茱萸_龙胆草_柴胡
2	石膏_栀子_陈皮	8	栀子_陈皮_炙甘草
3	半夏_大黄_枳实	9	半夏_大黄_神曲
4	当归_生地黄_通草	10	当归_生地黄_升麻_牡丹皮
5	甘草_白术_桔梗	11	石膏_甘草_防风_佩兰
6	党参_炒白术_附子_生姜	12	党参_炒白术_干姜_生姜

表格 9 黄芪建中汤合方组合

序列号	合方组合
1	吴茱萸_龙胆草_海螵蛸_柴胡

2.2 慢性结肠炎

将支持度设置为 20%、30%、40%，置信度 60%，得出 3 组不同支持度的常用药物组合，见图 5—7

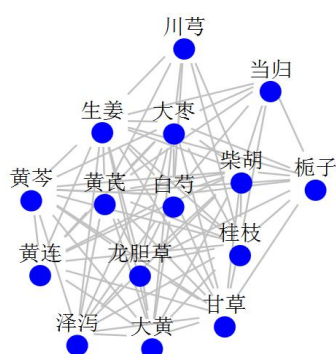


图 5

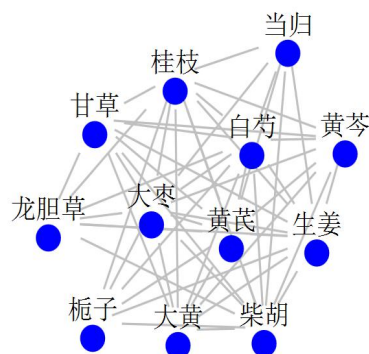


图 6

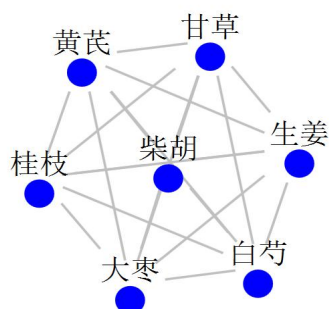


图 7

三、结果分析

1 黄芪建中汤一般情况分析

数据挖掘结果表明黄芪建中汤患者男女比例为 1: 0.9，男性患者略多于女性患者，患者年龄在 41—60 岁范围内较多，接下来为 21—40 岁及 61—80 岁两个年龄段，患者平均年龄 49.1 岁。黄芪建中汤主要病机为中焦虚损，气血阴阳俱不足，《上古天真论》曰男子六八则阳气衰竭，女子七七则任脉虚天葵竭，故中老年人阴阳气血虚弱，正气不足，卫气不固，脾胃虚弱故易表现为虚弱之候。

2 黄芪建中汤适应证

依照中西医疾病统计结果，300 例黄芪建中汤病例共出现 30 种中医疾病、40 种西医疾病，治疗疾病种类繁多。西医主要涉及消化系统疾病（慢性非萎缩性胃炎、慢性结

肠炎等)、神经精神系统疾病(植物神经功能紊乱等)、呼吸系统疾病、传染疾病、妇科疾病、肿瘤疾病、皮肤疾病、免疫系统疾病、耳鼻喉疾病,男科疾病等 11 类疾病类别。其中明显集中于消化系统疾病,占总数 63.3%。除此之外,黄芪建中汤频次较高的西医疾病中亦见慢性结肠炎及植物神经功能紊乱等,其共同特点就是病情迁延难愈,反复发作,损耗正气,皆属里证。

中医疾病谱则明显集中于脾胃系病证,同时各个消化系统疾病中应用范围广泛。脾胃疾病主要包括胃痛、泄泻、痞满、腹痛、奔豚病等,肝胆系疾病主要包含胁痛、积聚、黄疸等,肺系疾病则包含咳嗽、感冒等,与西医疾病类别大致吻合。其中频次最高的前 10 种中医疾病可对应西医疾病。以胃痛、痞满对应慢性非萎缩性胃炎、慢性萎缩性胃炎、胆汁反流性胃炎等;胁痛可对应胆囊炎、慢性乙型病毒性肝炎,慢性丙型病毒性肝炎等;以腹痛、泄泻对应慢性结肠炎、十二指肠溃疡、肠易激综合征等;咳嗽、感冒对应西医普通感冒、慢性支气管炎等;经行腹痛对应痛经;奔豚病对应植物神经功能紊乱。

3 黄芪建中汤症状规律

3.1 症状分析

黄芪建中汤频次统计结果显示,刘铁军教授运用黄芪建中汤共出现 144 种症状,平均每个病例包含 11.56 个症状,每个症状出现 24.08 次,其中包含 17 个主要症状,31 个次要症状,及 96 个其它症状。

3.1.1 主要症状

在 48 个常见症状中提取出 17 个主要症状,依次为:乏力、畏寒、恶风、胃痛、喜温喜按、受凉加重、心烦、大便不成形、暖气、纳差、大便黏腻、气短、自汗、胸闷、手足凉、便秘、头痛,多表现为正气不足,脾胃虚寒,营卫不和,阴阳两虚的症状。

3.1.2 次要症状

导师运用黄芪建中汤 31 个次要症状分别可见:烧心、口干、口中异味、喜热饮、面色萎黄等之寒热错杂症候;可见易怒、头晕、口苦、胁痛、不欲饮食等的肝郁脾虚症候;有胃胀、腹胀、腹痛、糖结不调等脾虚气滞症候;有反酸、恶心、善太息、消瘦、纳呆等表现为肝胃不和的症候;有胸闷气短、爱腐吞酸、呕吐、不寐等脾虚食积的症候表现。

结合黄芪建中汤主要症状，黄芪建中汤证主要病因为脾胃虚弱、气血阴阳俱虚，正气不足，外邪侵袭；病机则可总结为本虚标实，正虚邪盛。

3.2 舌脉象频次分析

黄芪建中汤舌象以舌淡、舌红、舌淡红排名前三，三者合计 268 次，占总数 89.33%。舌质淡主虚寒证；舌淡红主阴阳气血虚弱证；舌质红主津液不足证、主热证；符合黄芪建中汤脾胃虚寒、阴阳两虚、或寒热错杂之特点。苔象总计 6 种，以苔白为主，共出现 154 次，占总数的 51.33%，苔白主虚证、里寒证符合黄芪建中汤的病机特点。

脉象方面共有 7 种脉象，排名前三的为脉虚，脉浮，脉弦，虚脉主虚证，浮主表证，弦主气滞证、肝脾不调证等等，符合正气不足，外邪侵犯，脾胃虚弱的特点。

3.3 症状聚类分析

根据黄芪建中汤聚类结果，黄芪建中汤新症状组合可大致分为 8 项，具体见表 6。

序号 1、7 属于脾胃虚损，中焦虚寒，脾虚不能运化水湿，寒湿内盛下注，为虚实夹杂之证。脾胃虚弱不能运化水液运达四末，津不能上呈于口，又因虚寒为本，故口干、喜热饮；脾胃虚寒，中阳不足，寒从中生，寒湿停滞，寒主收引凝滞主痛，故见腹痛；脾虚湿阻，湿邪重浊趋下，困于脾土下注大肠，水谷清浊不分，升降失司，故见腹泻、大便稀溏甚至如稀水样；脾阳不足，不能温煦、运化水液，水液运行失调故见小便不利；脾胃虚寒，阳气不达四末故见手足凉；脾胃消化食物积于阳气，阳虚水谷不化故见恶心。可见上述症状虽然表现为寒湿证候，但其根本为脾胃阳虚导致的寒从中生，或外感寒湿。

序号 2、4 属于肝郁脾虚，气郁化火证。脾胃虚弱失于健运，不能推动气机，导致肝郁气结，气郁日久化火，故表现为肝火与脾虚并见，虚实夹杂。脾胃居于中焦，主运化水谷精微以营养全身，为气血化生之源，气机升降之枢纽，脾气虚弱气血不生，故见消瘦、纳差、胸闷、神疲乏力的症状表现；肝郁日久，脾虚气滞，余气化火，肝火上攻则发生胁痛；肝主疏泄，不得疏泄则性急易怒；实火耗气伤津，煎灼津液则咽干，循经上犯兼夹胆汁则口苦；脾虚水停，湿热蕴结下注则小便黄；少阳胆经入耳中，肝火及胆，循经上犯则耳鸣。综上所述，或因肝胆郁滞，肝木乘脾；或为脾虚湿困，土壅木郁；二者关系密切。

序号 3 为脾虚失运，脾胃运化及升降功能失调，导致气机阻滞，升降失司。脾胃是人体气机升降的枢纽，脾主升清胃主降浊，脾胃虚损则导致枢机不利，气滞中焦不能推

动水谷精微，久之则气血痰食等积滞中焦，故见腹胀；气为血之帅，气机运行不畅则血瘀停留各处，停滞于脑，则可见头痛；气行不畅，窜行各处，行于肠间则见肠鸣矢气；脾胃互为表里，脾虚不行胃气不通，脾胃统御大肠，大肠传导失职，糟粕内停不能下行故发生便秘。可见脾胃虚弱也可导致气滞证候，临床不可不查，特别是脾虚便秘更是临床十分常见的病症，亦属黄芪建中汤的主治范围。

序号 5 为本虚标实，胃火炽盛之证。脾胃虚弱不能抵御外邪，不能运化水谷，水液化湿，谷物积滞，湿滞久则化热，可形成湿热；或者遇饮食不节嗜食辛辣或酒浆，致使脾胃积热，脾虚生湿又使湿热互结发为本证。正如《灵枢》所云：“风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。”故脾胃实火与湿热困阻中焦，灼烧经络，则发为烧心；火热之邪困扰心神，正所谓无热不做烦，故心烦；湿热蕴结胃肠，饮食津液不行，宿食与湿热之气随胃气上冲，熏蒸舌面故苔黄兼见口中异味；湿热耗气伤津，热盛津少则见小便黄。由此观之，本组症状说明烧心等脾胃湿热证证候与脾胃虚弱关系密切，二者相互交织。

序号 6 属脾虚痰阻，上扰心神证。脾脏运化功能失常，导致水液代谢障碍，以致水津停滞而成痰饮。痰饮凝结，饮多留积于肠胃与胸胁；痰则随气之运动升降，内入脏腑，外泛皮肉，无处不到。脾喜燥恶湿，痰饮困与脾胃又会加重脾气的虚弱，痰饮日久又可化热，湿热痰饮交结，气机升降无常，则导致气上冲；水饮上凌心肺，痰浊蒙蔽心神，皆会扰乱神志，正所谓“百病多由痰作祟”常可出现心悸、胆怯易惊、多梦等神志症状；痰湿为阴邪，性寒黏滞，脾土被困，寒痰水湿上呈于舌故见苔白腻。仲景云：病痰饮者，当以温药和之。其中就含有温补脾胃之意，可见中焦脾胃虚寒与痰饮证密不可分。

序号 8 则为胃气虚弱，肝气犯胃证。正常情况下肝主疏泄与脾主运化相合合作，共同完成水谷精微的消化和气血的输布，胆汁是维持水谷精微运化的重要物质，脾胃升降运化功能又有助于肝的疏泄，两者相互促进。但当七情不畅肝木不舒，肝气犯胃，胆气横伐，木郁乘土，导致脾胃之气衰弱；而胃气匮乏，肝气相对亢胜，木乘脾胃，又引起肝气犯胃。脾胃虚弱不能腐熟水谷，故纳差不欲饮食；肝郁气滞，攻窜不定，袭击肝胆经络则胁痛，侵袭中焦则胃痛；胆汁与胃液全赖脾之运化和肝之疏泻，气机升降枢纽失常则二者随气上逆，发为反酸。

其中序号 1、2、3、5、7、8 与西医的消化系统疾病有关，属于中医范畴的肝胆、脾胃、大小肠疾病，其涉及脏腑非常广泛，序号 1、7 属于肠道疾病；序号 2、8 属于肝

胆疾病；序号 3、5 属于脾胃疾病。序号 4、6 与神经、精神疾病相关，根据中医脏腑学说，则归属于心系疾病的范畴。

本次症状聚类的结果与黄芪建中汤方的症状频次结果进行对比其结论大致类似。根据表 6 的新症状聚类结果可见：

(1) 每项组合基本都有消瘦、纳差、腹泻、不欲饮食等脾胃虚弱的症状，该类症状的主要原因为正气不足、劳倦过度、饮食不节、忧思日久等，其病机多为内伤外因损伤脾胃，脾胃后天之本虚弱，不能运化气血濡养营卫，也不能温煦腐熟水谷营养全身，饮食困阻中焦，气机升降失常，因此产生以上诸多症状。

(2) 除去脾胃虚弱以外，更见由此引起的一系列寒热错杂，虚实夹杂等衍生证候，均由脾胃虚弱引起。脾虚则生湿，或困阻中阳化为寒湿，或与邪热交织化为湿热，导致手足凉、烧心等等寒热之象，脾属土肝属木二者关系密切，互助互用，故脾虚常会导致肝郁、胆郁的胁痛口苦等症；正所谓肺为储痰之器，脾为生痰之源，所以脾胃与痰饮也直接相关，况且怪病多生于痰，更是导致了诸多变症，故上扰心神累及心脏，出现神志疾病。

(3) 脾胃虚损为此类聚类症状群组的主要病因，病机关键则为气血阴阳俱虚，正不胜邪。其与《伤寒论》原文所述的黄芪建中汤证的病因病机大体一致。综上所述，黄芪建中汤证的主要症状范围以乏力、畏风寒、胃痛怕凉等脾胃虚寒症状为主，但临床使用黄芪建中汤应注重辨证施治，不在主症与次症范围的症状亦属于黄芪建中汤方证的范围，如仲景所属虚劳里急诸不足皆可应用黄芪建中汤以治本，这也是方证应用“有是证用是方”的精髓所在。

4 黄芪建中汤药物规律

4.1 药物频次分析

根据药物频次分析结果，除黄芪、桂枝、白芍、大枣、甘草、生姜外，刘师又常辅以另外 108 味药物，平均每个病例包含 13.2 味药，结果符合刘师处方用药标本兼顾重视合方的临床特点。

4.1.1 主要药物

导师运用黄芪建中汤治疗疾病时共使用 114 味药物，根据黄金分割比例原则，共有 7 味为主要药物，按频次高低依序是：黄芪、桂枝、白芍、大枣、甘草、生姜、大黄，

即在《金匱》黄茺建中汤原方的基础上减饴糖加大黄一味。

在补虚为主的黄茺建中汤中加入大黄一味，正是导师刘铁军教授学术思想的独到之处，导师对于运用下法治疗脾胃病与肝胆病已有一系列成熟的学术思想，而大黄一味更是导师运用下法的核心药物。内经有正气内存则邪不可干的说法，可见邪气入体皆因体虚，而正气虚弱之人往往夹杂实邪，虚实夹杂之象在临床比比皆是，叶天士亦强调先安未受邪之地这一既病防变思想。分析黄茺建中汤证病机，脾胃虚弱则气机不运，日久必将郁结三焦，正气不足则邪气入侵，日久必将邪气入里化热。故将黄茺、桂枝、大黄三者配伍更体现了刘师将仲景建中法与中医下法结合应用于临床，以大黄通腑泄浊，取其通调脏腑气机和祛正虚外感之邪的作用，乃虚实兼顾、既病防变之道，绝非仅仅为了祛除燥屎，而是逐邪勿拘结粪之理。

导师运用大黄时特别注意计量，以常用大黄 3g 取其祛邪而不伤正气之意。结合黄茺建中汤中、西医疾病谱可以发现多集中于消化系统即中医范畴的肝脾胃病，现代研究表明大黄能够改善胃部血流血液循环，调节胃肠蠕动功能，恢复胆道运动功能，促进机体新陈代谢，对于消化系统疾病的治疗有很大帮助，同时也是传统中医理论中的下法与现代医学“肠肝循环”理论有机结合。

4.1.2 次要药物

导师应用黄茺建中汤共有 19 味次要药物，次要药物可作为主要药物的补充药物以增强疗效，即黄茺建中汤主要药物的加味用药。19 味次要药按频次总和降序排列依次为：当归、柴胡、陈皮、黄连、黄芩、党参、茯苓、栀子、川芎、半夏、石膏、枳实、升麻、炒白术、防风、厚朴、神曲、生地黄、龙胆草。其中枳实、厚朴与黄茺建中汤 6 味主药配伍，为黄茺建中汤合小承气汤的经典合方，目的在于补脾温中益气、通调三焦气机，虚实兼顾以防闭门留寇；柴胡、川芎、陈皮为柴胡疏肝散的药物组成，其为导师常用对方组合，柴胡疏肝散疏肝解郁、调和肝脾，黄茺建中汤温中散寒、补脾益气，针对脾胃虚寒，土虚木乘的病机，相互为用；党参、白术、茯苓为四君子汤之意，与黄茺建中汤合用，可进一步巩固其强健脾胃之气的功效；黄连、黄芩为导师临床常用对药，因脾虚津液不行或为湿邪，湿邪易挟裹它邪，化为湿热又困阻中焦，故常用黄连与黄芩取泻心汤之意，去除湿热以解脾困；栀子、石膏、防风为泻黄散，泻黄即为清泻脾胃伏火之意，皆因导师在临床中发现脾虚不能抵御外邪，邪气蕴结中焦化热伤津，而成虚寒实热

的寒热错杂证，当以石膏清胃火，以桂枝温胃寒；石膏、升麻取清胃散之意，邪热侵入阳明，煎灼阴液热迫血行，故以清胃散清热凉血；半夏、神曲取朱丹溪保和丸之意，脾虚不能运化腐熟水谷，饮食停滞中焦，故以保和丸消食化滞；龙胆草、栀子、生地黄为龙胆泻肝汤的主要药物，导师临床治疗肝病患者常发现肝胆湿热患者因湿热困脾，将导致脾虚，故将龙胆泻肝汤与黄芪建中汤合用，正所谓治肝不忘补脾；黄芩、当归、半夏为仲景经典名方奔豚汤的组成药物，导师认为脾胃与情志密切相关，情志失调气机上逆发为奔豚，故常以奔豚汤和黄芪建中汤治之。

就药效归类而言，主要分为养血药、理气药、清热燥湿药、补气药、利水渗湿药、清热泻火药、活血药、化痰药、解表药、消食药、清热凉血药等 11 种类型。其中养血药为：当归，理气药为：柴胡、陈皮、枳实，清热燥湿药：黄连、黄芩、龙胆草，补气药：党参、白术，利水渗湿药：茯苓，清热泻火药：栀子、石膏，活血药：川芎，化痰药：半夏、厚朴，解表药：升麻、防风，消食药：神曲，清热凉血药：生地黄。

导师认为正气不足，脾胃虚寒为黄芪建中汤的主要病因病机，邪之所凑其气必虚，营卫不和则出现发热恶风寒等表证之候，当以解表药治之；中焦虚寒，胃气虚弱，出现腹痛腹泻等症状，则可加党参、白术等补益胃气；脾胃为气机升降枢纽，脾虚气滞则导致腹胀乏力等症状，可佐以枳实、陈皮等行气散结；气有余便化火，当实火上炎出现烧心口干症状时便以石膏、栀子等药清泻胃火；火邪夹湿，则用龙胆草等清热祛湿；脾胃为气血化生之源，脾虚不能化生血液则导致血虚血瘀，出现头晕心悸等症状，当以当归、川芎等治疗；正所谓脾为生痰之源，脾虚痰阻则可见恶心呕吐等症状，当用半夏、厚朴等健脾化痰。以上结果符合导师临床治疗重视经典，辨证合方，随证加味的用药特点。

4.2 药物聚类分析

根据黄芪建中汤药物聚类结果，共有 6 项合方组合，如表 9 所示。

序号 1 为左金丸合龙胆泻肝汤丸加减，两方合用加强疏肝利胆、降气合胃之效，主要针对肝郁脾虚、胆气伐胃不、湿热困阻者，症见口干口苦，反酸暖气，胁肋疼痛，胃胀纳差等，临床多用于消化系统疾患者。

序号 2 为凉膈散加减，本方主要针对正气不足，邪气入里化热，邪热久积煎灼中焦而阳明腑者，症见烧心口干、胃痛反酸、胸闷气短等，故以凉膈散直折阳明胃火，苦寒清热。临床多用于治疗萎缩性胃炎、反流性胃炎等患者。

序号 3 为保和丸与小承气汤加减，两方合用能健脾消食，和胃理气，除痞散积，适用于脾虚不能运化水谷，食湿停滞脾胃导致的心下痞满，噯腐吞酸，纳差乏力等症状。临床多用于消化系统疾病。

序号 4 为清胃散合增液汤加减，两方合用针对胃火炽盛，耗气伤津导致的烧心口干，胃中嘈杂，大便秘结，以泻火补阴。

序号 5 为泻黄散合枳实消痞丸加减，主要用于治疗脾虚湿阻化热所导致的脾胃中焦湿热证，常用于治疗脾胃与肠道疾病。

序号 6 为附子理中汤加减，本方加生姜一味，干姜生姜同用更增温中散寒之力，又以附子温补正气，应用于脾胃虚寒较甚损伤肾阳，胃痛剧烈、呕吐、腹泻等严重消化道疾病。

其中序号 1、2、3、4、5、6 的药物组成全部直接与消化系统疾病相关，涉及胃、胆囊、肝脏、肠道等多个消化器官，可见导师运用黄芪建中汤治疗脾胃虚弱型消化系统疾病时常与龙胆泻肝汤、左金丸、凉膈散、清胃散、泻黄散、枳实消痞丸、枳实导滞丸、柴胡疏肝散、小承气汤、附子理中汤等方合用。对比症状聚类组合主要涉及消化系统疾病的结论基本吻合。

5 黄芪建中汤常见疾病比较

本研究治疗慢性非萎缩性胃炎时选取 20%、30%、40%、50% 的 4 种支持度，治疗慢性结肠炎选取 20%、30%、40% 的 3 种支持度，主要目的为确保提取出常用核心组合同时能体现不同药物组合间个性特征，又把握不同组合中的共性特点。从图可以看出，将支持度设置为 20% 时，图表药物数量最多，能较为全面的显示出黄芪建中汤方在临床治疗慢性非萎缩性胃炎与慢性结肠炎时的加减应用情况，随后，伴随着支持度的不断提高，黄芪建中汤方在治疗这两种疾病的核心药物数量不断减少，其频率较高的核心组合也逐渐开始显现。

黄芪建中汤在治疗慢性非萎缩性胃炎时，将支持度设置在 20% 时出现 22 味药，其中可见清胃散、泻黄散、保和丸、泻心汤、半夏泻心汤、柴胡疏肝散、四君子汤、黄芪建中汤等诸多方剂的雏形，药物组成为补气药、清热药、化湿药、理气药、消食药等多种功效药物，病位主要为中焦脾胃；当支持度上升至 30% 时，主要见于清热药、理气药、化湿药、补气药、解表药，可见中焦虚寒可导致脾虚肝郁、湿热内蕴；当支持度 40% 时，

不见柴胡此疏肝之品，亦不见黄连苦寒之药，可推测出对于中焦虚寒之脾胃病，行气燥湿并非核心治疗方案；当支持度达 50%时，剩下黄芪、桂枝、白芍、大枣、生姜、甘草、陈皮、大黄等 8 味药，即黄芪建中汤合陈皮、大黄，诸药温中补虚，理气通腑，此为导师治疗慢性非萎缩性胃炎黄芪建中汤证运用的核心用药；就本聚类统计表明，黄芪建中汤治疗慢性非萎缩性胃炎时，虽然症状错综复杂，但核心病机仍然为正气不足，脾胃虚寒所致，病情演化，在已有脾胃虚寒的基础上，脾胃功能停滞，不能运化水谷不能升降气机，加之外邪侵袭继而表现出食积、气滞、湿阻、热结等诸候，皆为邪气积聚，正不胜邪所致，故核心方药仍然为黄芪建中汤，只不过随证加味变化治疗，故在原方基础上加陈皮以理气解郁，加大黄以通腑祛邪。

黄芪建中汤治疗慢性结肠炎时，在支持度为 20%时，共有 15 味药，其药物组成其中可见柴胡疏肝散、龙胆泻肝汤、血府逐瘀汤、大黄黄连泻心汤、当归芍药散的影子，本病病位主要聚集于肠道，与脾、肝两脏有关。支持度上升至 30%以后，药物作用仍集中于肝脾，多用疏肝理气，祛湿化瘀药；当支持度为 40%时，核心药物为黄芪建中汤合柴胡一味，导师针对慢性结肠炎患者主张重视疏肝理气，虚实同治；当下生活工作压力巨大，加之本病迁延反复，症状难以痊愈，脾胃虚弱，导致患者情志抑郁，肝气不疏，故脾虚肝郁，脾气升降失常，大肠传导失司；故导师常以补脾疏肝合用，肝舒气达则脾胃升降功能自然恢复，大肠传导无碍，泄泻自愈。根据以上规律可以看出，黄芪建中汤治疗慢性结肠炎时，仍然以扶助正气为本，提高对疫毒邪气的抵抗能力，针对其核心病机为脾虚肝郁，正虚邪胜，辅以疏肝解郁理气，符合中医学的调动人体正气抗邪从而达到祛除疾病的特点，结合本病虚实夹杂的特点扶正驱邪，使肝木得以疏泄，脾胃升清降浊，腑气通畅。

就关联规律分析总结，黄芪建中汤在治疗不同疾病的方法上归属于异病同治理论，在辨证精准的基础上，根据黄芪建中汤原方与不同的方剂之间、不同的药物之间的组合、配伍，可以治疗不同的疾病，如上文所举例的慢性非萎缩性胃炎和慢性结肠炎，前者病位于胃、后者病位于肠，都属于消化系统疾病且都与脾脏密切相关，但在中医学的角度里，仍隶属不同部位，但其核心病机皆为正气不足，皆以黄芪建中汤扶正补虚，再根据不同疾病特征，对症合方用药，皆取得良好效果。

四、小结

1 黄芪建中汤

1.1 原文赏析

“虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之。”（汉·张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》）

“若脉弦，气弱自汗，四肢发热，或大便泄泻，或皮毛枯槁，发脱落，从黄芪建中汤。”（金·李东垣《脾胃论·脾胃盛衰论》）

1.2 黄芪建中汤方

黄芪 50g 桂枝 20g 白芍 20g 甘草 10g 大枣 10g 生姜 10g

1.3 病机简释

中气虚寒，阴阳气血俱虚。

1.4 黄芪建中汤证

里急腹痛，喜温喜按，形体消瘦，面色萎黄，喘促短气，容易汗出，纳差，大便溏薄，舌质淡红或暗，脉虚无力。

1.5 加减应用举例

若泛吐清水较重者，合苓桂术甘汤（汉·张仲景《金匮要略》），以温胃化饮；

若兼见畏寒，手足厥冷，呕吐剧烈等阴寒内盛者，合附子理中汤（宋·陈言《三因极一病证方论》），以温中散寒；

若兼见脘腹胀满，肢体沉重，倦怠嗜卧等湿滞脾胃者，合健脾丸（清·《医方集解》），以健脾燥湿；

若兼见腰膝酸软，头晕目眩，形寒肢冷等肾阳虚证者，合肾气丸（汉·张仲景《金匮要略》），以温阳补肾。

1.6 典型病例

李某，男，44 岁，技术员。2017 年 2 月 26 日初诊。患者自述平素工作压力较大，暴饮暴食十余年，平素反酸烧心自服“铝碳酸镁片”，未见明显好转。近 1 年内出现胃脘部疼痛加重，未怕凉，倦怠乏力，烧心反酸，于当地医院行胃镜示：慢性非萎缩性胃炎伴糜烂，经多方求治，症状虽有缓解，仍时发时止。3 天前，不慎于食，又因事动怒，以致引发痼疾。症见：胃脘部疼痛，畏风寒，喜温喜按，倦怠乏力，反酸，烧心，口干，牙痛，眠差，小便黄，矢气频，大便干，日 1 次，舌淡苔黄，脉浮数。

中医诊断：胃脘痛（寒热错杂证）

西医诊断：慢性糜烂性胃炎

予黄芪建中汤合清胃散加海螵蛸 30g、大黄 3g，处方 7 剂。服药后患者胃脘部疼痛减轻，反酸、烧心、牙痛均有缓解，但胃脘部仍有怕凉、大便干、矢气频，故予上方海螵蛸减至 15g，处方 7 剂，患者胃脘部隐痛、怕凉明显好转，矢气明显减少，反酸、烧心、牙痛基本消失，精神及食欲佳，大便成形，日 1 次。续服上方加减 7 剂，诸症悉退，嘱其日后规律饮食，切忌食不果腹，暴饮暴食。

本病例中，患者平素劳倦太过，三餐无律，久之损伤脾胃，脾胃虚弱，气血生化乏源，温养无力而生虚寒，发为胃痛，故以黄芪建中汤温中补虚、缓急止痛，使中气强健，气血生化有源。脾胃为气机升降枢纽，输送全身之气机，脾胃虚弱气机停滞日久化热，火热之邪煎灼胃络，又困于阳明发为实火，故见烧心、牙痛、反酸等症，故以清胃散清热泻火，疏利经络，又加海螵蛸以制酸止痛，大黄通达腑气使邪有出处，达到寒热相宜，升降并调，虚实同治。

讨 论

1 研究结果讨论

1.1 医案信息挖掘讨论

在刘铁军教授使用黄芪建中汤临床治疗的 300 例患者中，男性 159 例，女性 141 例，男性患者数量较多，可以考虑与男性三餐饮食不节、工作压力较大等因素相关，导致脾胃受损，气血化生不足。患者平均年龄 49.6 岁，以中老年患者为主，可见本证多因病邪迁延日久损伤脾胃正气或先天禀赋不足、后天饮食劳倦导致脾胃虚弱易感病邪所致，故常于中老年人群中发病。在西医疾病谱中共有 40 种疾病，涉及 11 个疾病类别，消化系统疾病数为 211 例，占比达 70.33%，病种数为 14 种，可见导师应用黄芪建中汤治疗消化系统疾病为主且病症复杂多变，中医疾病大致可以与西药疾病对应，其中导师应用本方治疗最多的疾病为慢性非萎缩性胃炎与慢性结肠炎，分属中医胃疼、泄泻范畴。

1.2 症状频次统计讨论

症状频次统计结果表明乏力出现 240 次，畏寒出现 239 次，是唯二出现超过 200 次的症状，可见其为黄芪建中汤证的核心症状，充分体现了本证脾胃虚寒的特点，同时在主要症状中出现了大量虚寒证的典型症状，如胃痛喜温喜按伴受凉加重，手足凉，恶风等等。导师常说虚寒与实寒不同，脾胃虚弱失于温煦不能运化阳气，阳气不足则阴气偏胜，寒从中生，且因正气不足又更易感外邪，故虚寒常伴兼夹之证，结合症状统计分析可以看出常见的有：兼见心烦、烧心的寒热错杂证；兼见胃胀、胸闷气短的脾虚气滞证；兼见噎腐吞酸、大便黏腻的脾虚食积证；兼见头晕、恶心的脾虚痰阻证等等。可见黄芪建中汤的临床应用广泛，导师临床强调精准辨证，而后针对主次证候选择合方，做到标本兼顾、虚实同治，疗效自然显著。

1.3 用药频次统计讨论

对于导师用药频次进行分析总结，显示导师用药灵活广泛，300 例病例中共涉及中药 114 味，除去黄芪建中汤本方组成药物，出现频次最高的药物为：大黄、当归、柴胡、陈皮、黄连、黄芩、党参、茯苓等其频数均大于 50；接下来为：半夏、石膏、枳实、升麻、神曲、龙胆草等其频数均大于 35。导师所配伍的药物中，泻下、补血、疏肝、理气、清热、燥湿等中药均有所体现，其中大黄最为突出可见导师对“六腑以通为用，以降为

顺”理论的重视，同时针对脾虚不能化生血液的血虚证、脾虚木乘的肝郁证、脾虚气滞化火的郁热证等等变证临床亦非常重视，针对不同症状对症用药，突出体现导师临床对于药证理论的深刻把握。在 114 味中药中可见众多经典方剂的身影如：当归补血汤、柴胡疏肝散、凉膈散、泻黄散、小承气汤、大黄黄连泻心汤、附子理中汤、保和丸等等。充分体现了导师取法于经典，切实应用经典名方，通过辨证论治以求方证相对的学术思想。

1.4 新症、合方分析讨论

新症与合方可简单理解为导师应用黄芪建中汤治疗时，除本方及本方主症外的常见症状和常用合方药物。结合表 6 与表 9，可以看出 8 种新症的共同点为或由脾胃虚弱导致，或可进一步导致脾胃虚弱，更可相互交织进一步损伤脾胃正气。将新症与核心合方进行结合，可见有肝火上犯证者，用龙胆草合柴胡等取龙胆泻肝汤之意以清肝泻热；脾胃伏火证者，用石膏合栀子等取泻黄散之意以清泻胃火；胆火犯胃证者，则用黄连合吴茱萸加海螵蛸取左金丸之意以利胆和胃；气滞食阻证者，则用枳实合神曲取保和丸之意以行气导滞；脾虚痰阻证者，则以半夏配陈皮取温胆汤之意以理气化痰；阴寒内盛证者，则用附子、干姜取附子理中汤之意以温中散寒。总体来看，新症与合方基本相互对应，体现导师在方证相应的同时，谨守病因病机，注重脏腑内在联系的治疗理念。

1.5 治疗常见疾病分析讨论

导师应用黄芪建中汤治疗慢性非萎缩性胃炎与慢性结肠炎最为常见，导师结合多年临床经验，总结了慢性非萎缩性胃炎脾胃虚寒证易导致脾胃失运，气滞湿阻，腑气不通，邪气聚集的特点，故以陈皮与大黄作为核心加味药物，以陈皮理气除湿，以少量大黄通腑逐邪；总结了慢性结肠炎在脾胃虚寒证的基础上，常出现肝郁脾虚的表现，同时易出现情志不畅，故配伍柴胡一味，疏肝解郁，肝脾同治，疗效显著。

2 导师运用张仲景建中法经验探讨

2.1 传承经典，博采众家

建中法出自《伤寒杂病论》，是张仲景取法于《内经》阴阳学说，并结合自身临床经验所创。李东垣所创“内伤脾胃，百病由生”之说就是基于张仲景载于《金匮要略》的脾胃学说，更在建中法治疗内伤杂病思想上进一步发展，将温补脾胃一法发挥到极致，留下千古名方补中益气汤。至清代叶天士又提“理阳气当推建中”之说，形成了完整的

中医脾胃学说理论体系。导师临床崇尚“读经典，颂名方”，对于脾胃学说研究更为深入，导师认为经典在于传承，中医理论正是在不断的传承之中创新，回归经典是提高中医药治病疗效的不二法门。

2.2 养护脾胃，贯穿始终

人以胃气为本的观点首载于内经，更进一步提出“五脏六腑皆禀气于胃”，“人无胃气则死”之说，体现了脾胃独一无二的重要作用。故张仲景临证治疗虚劳为代表的的气血阴阳虚弱疾病是以养护脾胃为本，皆因内伤诸病日久，饮食情志失调导致脾胃虚弱不能化生，故气血阴阳生化无源，继而影响本身疾病的恢复，交织往复。因而阴阳气血俱虚所致的繁杂病证更是以建立中气为本，故导师在治疗疾病过程中注重养护后天之本，使气血化生有源，阴阳得以平复。

2.3 正虚邪侵，正邪兼顾

结合中医经典与当下生活环境，导师认为建中法在新时代仍有巨大潜力，首先表现在其广泛的应用范围，结合现代人的生活方式饮食不节、起居无常，导致脾胃正气耗伤，气血不足，阴阳失调此类体质极其多见。此类患者极易感受外感病邪，同时体内气、血、痰、食积滞化为内邪，无论内外皆由正虚导致，故应正邪兼顾，以建中法扶正之前，方能驱邪外出，达到正气存内，邪不可干。

3 导师运用黄芪建中汤组方规律总结

3.1 审症求因，治病求本

脾胃虚寒证患者病因复杂、症状多变，或因先天禀赋不足，或因外感邪气损伤中焦，或因七情失调、饮食不节、劳倦过度等，多种病因皆可导致脾胃虚弱、脾阳不足，继而寒从中生发展为脾胃虚寒之证，表现出乏力、畏寒等症状，当以黄芪建中汤益气补脾、温中散寒。因此，导师临床应用黄芪建中汤时尤其重视对病因病机的分析。

3.2 方证相应，异病同治

导师临床擅长应用经方，而经方理论的精髓在于“有是证，用是方”。结合黄芪建中汤疾病统计表，导师应用本方治疗疾病范围广泛，以慢性非萎缩性胃炎与慢性结肠炎最为多见，两者在西医学角度上属于不同器官，在中医学的角度里隶属不同腑器，但其核心病机皆为正气不足，予黄芪建中汤扶正补虚，再根据不同疾病特征，对症合方用药，进一步扩大了本方的主治范围。

3.3 善用合方，全面治疗

导师使用黄芪建中汤时合以不同类型的方剂，且方剂数量较多，涉及功效各异，总结为 3 方面：既病防变，寒热同调，虚实兼顾。如：肝病当先实脾，故治疗肝病时常以柴胡疏肝散合黄芪建中汤以疏肝健脾，既病防变；若脾胃虚寒内有伏火，临床表现为寒热错杂证则常以黄芪建中汤合泻黄散补虚清热，寒热同调；正虚邪胜，脾胃虚弱腑气不通，邪气结于下焦则用黄芪建中汤合小承气汤扶正驱邪，虚实兼顾。

结 论

导师刘铁军教授，在张仲景建中法理论的影响下，继承历代医家经验学说，结合自身丰富的临床经验总结出：

1. 乏力、畏寒、恶风为导师应用黄芪建中汤的核心症状，病机总结为脾胃虚寒，正气不足。
2. 在收集的 300 例病案中，共计西医疾病 40 种，涉及 11 个疾病类别；中医方面共有 30 种中医疾病，对于脾、肝、肺、心等均有涉及；可见导师应用黄芪建中汤重视辨证，异病同治，故治疗范围广泛。
3. 导师常以黄芪建中汤合陈皮、大黄治疗慢性非萎缩性胃炎，在温中补虚的基础上以陈皮燥湿理气，少佐大黄通腑泄浊，使腑气得通、胃气得降，临床疗效显著。又以黄芪建中汤合柴胡治疗慢性结肠炎，在温补中焦脾胃的基础上，结合当下时代特征，用柴胡疏肝解郁、调畅气机，肝脾同调，效如桴鼓。
4. 总结导师应用黄芪建中汤常见合方：在脾胃虚寒证基础上，兼见烧心、口中异味为典型表现的寒热错杂证合泻黄散治疗；兼见手足凉、大便稀溏为典型表现的阴寒内盛证合附子理中汤治疗；兼见不欲饮食、胃胀、暖气为典型表现的脾虚食阻证合保和丸治疗；若脾胃虚弱兼见肝火犯胃，出现反酸、口苦等表现则合左金丸治疗；肝郁脾虚证合柴胡疏肝散治疗；若脾虚不运出现腹胀、便秘等腑气不通的表现则合小承气汤治疗；可见导师合方运用黄芪建中汤灵活多变，寒热同调，虚实兼顾。

本文创新点

导师刘铁军教授在张仲景建中法的基础上，对黄芪建中汤的临床应用颇有心得，现以刘铁军教授运用黄芪建中汤诊治相关疾病的临床医案为切入点，通过“中医传统辅助平台 V2.5”软件进行数据化分析统计，总结导师应用黄芪建中汤的关键症状与核心病机，研究导师临床运用黄芪建中汤治疗慢性非萎缩性胃炎、慢性结肠炎等常见疾病的用药规律。

参考文献

- [1]钟耀文. 黄芪建中汤临床应用的规律探析[D]. 南京中医药大学, 2011.
- [2]彭涛, 胡久略, 王付. 黄芪建中汤临床应用及实验研究进展[J]. 河南中医, 2004(11):80-82.
- [3]邹艳春. 《黄帝内经》“顾护正气”思想与临证治疗关系的研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2012.
- [4]徐重明, 汪自源. 黄芪建中汤方论浅析[J]. 实用中医内科杂志, 2006(03):238.
- [5]谢建军, 程宏辉, 周旭东. 黄芪建中汤辨证用于慢性萎缩性胃炎的疗效评价[J]. 中医临床研究, 2020, 12(25):70-72.
- [6]王永宁, 石杰. 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(04):67-68.
- [7]李博宽, 李金田, 李娟等. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡有效性与安全性的系统评价与 Meta 分析[J]. 中医杂志, 2020, 61(20):1794-1802.
- [8]王美林, 李丹琪. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效及血清胃泌素、生长抑素水平的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2017, 15(06):798-799.
- [9]丁彤, 杜斌. 黄芪建中汤治疗消化性溃疡机制的研究进展[J]. 中医药导报, 2015, 21(12):100-102.
- [10]李丽, 杨元素. 黄芪建中汤联合奥美拉唑治疗胃食管反流病的临床观察[J]. 实用医院临床杂志, 2018, 15(03):61-64.
- [11]丁邦盛. 乌贝散合黄芪建中汤治疗反流性食管炎 63 例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(10):1461-1462.
- [12]胡业建, 李甜英, 梁健等. 加味黄芪建中汤治疗脾胃虚弱型腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. 山西中医, 2015, 31(11):41+43.
- [13]屈红军, 吉文龙, 杨君等. 加味黄芪建中汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效[J]. 西藏医药, 2018, 39(04):141-142.
- [14]周爽. 黄芪建中汤加味治疗功能性腹泻（脾阳气虚型）临床观察[D]. 成都中医药大学, 2018.
- [15]张燕云, 梁景露. 黄芪建中汤治疗慢性乙型病毒性肝炎临床效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(06):40-41.
- [16]唐文哲, 林芳荣, 王忠玲. 黄芪建中汤加减联合熊去氧胆酸治疗自身免疫性肝炎临床疗效及对肝纤维化的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2019, 22(02):187-190.
- [17]黄玲玲. 黄芪建中汤加减治疗功能性便秘疗效观察[J]. 山西中医, 2020, 36(09):49+56.
- [18]刘益国. 黄芪建中汤联合莫沙比利片治疗糖尿病胃轻瘫[J]. 河南中医, 2015, 35(06):1219-1221.

- [19]张毅超. 平胃散合黄芪建中汤加减治疗慢性结肠炎 63 例[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(05):9.
- [20]宋红, 郑小伟, 王颖. 黄芪建中汤合桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛 72 例[J]. 中医杂志, 2009, 50(08):718.
- [21]周冠华, 陈竞伟. 黄芪建中汤治疗慢性心力衰竭临床观察[J]. 四川中医, 2019, 37(06):62-65.
- [22]高金良. 加味黄芪建中汤对类风湿关节炎大鼠相关细胞因子及免疫球蛋白的影响[D]. 长春中医药大学, 2014.
- [23]杨威英, 梁超. 加味黄芪建中汤治疗气虚体质型慢性疲劳综合征 30 例临床观察[J]. 四川中医, 2016, 34(03):132-134.
- [24]凌钦亮. 黄芪建中汤治疗小儿疳证的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2011.
- [25]丁峰. 黄芪建中汤加减治疗小儿腹泻的临床疗效分析[J]. 光明中医, 2017, 32(05):678-679.
- [26]张莹. 加味黄芪建中汤联合抗菌素治疗慢性盆腔炎的近、远期疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(09):8-9.
- [27]梁颖芯. 黄芪建中汤加减治疗虚寒型痛经临床应用[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(10):70.
- [28]张会颜. 黄芪建中汤加减治疗气血虚弱型月经过少 48 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17):28-29.
- [29]郭彤彤, 周荻书, 刘宝虎. 《伤寒杂病论》建中法解读[J]. 河南中医, 2018, 38(12):1783-1786.
- [30]尹伟. 仲景“建中法”的研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2012.
- [31]杨朝安. 《金匱要略》建中法理论与应用之研究[D]. 北京中医药大学, 2011.
- [32]卢朋, 李健, 唐仕欢等. 中医传承辅助系统软件开发与应用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(09):1-4.
- [33]唐仕欢, 申丹, 卢朋等. 中医传承辅助平台应用评述[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(02):329-331.
- [34]王汉. 基于数据挖掘技术总结刘铁军教授运用中医下法治疗肝病学术思想及用药规律的研究[D]. 长春中医药大学, 2018.
- [35]林依璇. 基于数据挖掘的王庆国运用柴胡类方组方规律研究[D]. 北京中医药大学, 2018.

致 谢

本论文是在导师刘铁军教授悉心指导下完成的。本文从立题、开题到成稿，耗费了恩师巨大的心血。导师在我三年的硕士学习期间给予了无微不至的关怀和悉心的教导，学生的点滴进步都凝聚着恩师的心血，使我倍受感激，令我终生难忘。导师严谨的治学态度、敏锐的思维、孜孜不倦的工作精神永远是我学习的榜样。

三年的学习期间，得到长春中医药大学附属医院肝脾胃科所有老师的热心帮助，在此一并表示诚挚的感谢！

在这里学习的三年中，我的同门，同学给予了我许多无私的帮助，在此一并表示感谢！

在我学业完成之际，谨向所有给予我关心、支持和帮助的老师、同学和朋友致以崇高的敬意和衷心的感谢！

最后感谢百忙之中参与本论文开题、评阅和答辩的专家们！

在学期间主要研究成果

发表论文

1. 刘铁军教授治疗慢性胃炎寒热错杂证经验举隅[J].养生保健指南,2020,(32):62.

个人简介

基本情况

姓 名：王万之

性 别：男

出生日期：1992.6.1

籍 贯：辽宁省盘锦市

政治面貌：共青团员

民 族：汉族

专 业：中医内科学（肝脾胃病方向）

学习经历

2011.09-2016.06 长春中医药大学 中医学 学士

2018.09-2021.06 长春中医药大学 中医内科学（肝脾胃病方向） 硕士