

明清时期脾胃湿热证的用药规律研究

翁晓红¹ 肖林榕² 杨雪梅² 杨春波³

(1. 福建省中医药研究院, 福州市五四路 282 号, 350003; 2. 福建中医学院; 3. 福建省第二人民医院)

[摘要] **目的** 揭示明清时期脾胃湿热证的用药模式及脾胃湿热方的配伍规律。**方法** 从 120 余部明清时期重要的古医籍中收集了明清医家治疗脾胃湿热证的方剂 591 条, 建立方剂和药物数据库, 采用现代数理统计方法与数据挖掘技术进行分析。**结果** 统计筛选出明清医家治疗脾胃湿热证的核心药物及脾胃湿热方中一些有意义的药-证相关模式。**结论** 脾胃湿热证理法方药经明清医家的继承与发展, 其内容更广泛, 学术观点更丰富, 有较大的理论探讨和应用参考价值。

[关键词] 明代; 清代; 脾胃湿热证; 用药规律

Regularity of Medication for Spleen-Stomach Damp-Heat Pattern in the Ming-Qing Dynasties

WENG Xiao-hong¹, XIAO Lin-rong², YANG Xue-mei², et al.

(1. Fujian Provincial Institute of Chinese Medicine, Fuzhou 350003; 2. Fujian College of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To study medication modality of spleen-stomach damp-heat pattern and composition regularity of spleen-stomach damp-heat formula in the Ming-Qing Dynasties. **Methods** Totally 591 formulas for spleen-stomach damp-heat pattern were collected from more than 120 medical books in the Ming-Qing Dynasties. Formula and medicinal database was established. Data analysis was done by mathematical statistics method and data-mining skill. **Results** Primary medicinals for spleen-stomach damp-heat pattern and some valuable herb-pattern modalities in the Ming-Qing Dynasties were found. **Conclusion** Principles, methods, formulas and medicinals for spleen-stomach damp-heat pattern become extensive in content, profuse in academic views and valuable in theory and application after carried on and developed by physicians in the Ming-Qing Dynasties.

Key Words Ming Dynasty; Qing Dynasty; Spleen-stomach damp-heat pattern; Medication regularity

脾胃湿热证是中医脾胃证候中一个常见的实性证候。中医学对脾胃湿热证的认识当追溯到秦汉时期, 而明清时期中医学理论与实践发展达到一个高峰, 也是脾胃学说发展与完善的时代。崛起于明代的温补学派充实和发展了脾胃学说, 创立于清代的温病学派全面推动和完善了脾胃学说^[1]。脾胃湿热理论经明清医家的继承与发展, 其内容更广泛, 学术观点更丰富, 有较大的理论探讨和应用参考价值。本研究以明清时期脾胃湿热方药作为切入点, 借助计算机技术, 运用现代统计学方法和数据挖掘技术, 客观地总结出明清医家辨治脾胃湿热证的用药规律, 以期为现代脾胃湿热证的临床与实验研究提供有价值的的数据与线索。

1 资料与方法

1.1 方剂收集

本研究数据的收集范围为明代至清代(公元 1368 ~ 1912 年) 医籍中属于内科范畴的有关脾胃湿热证的文献资料。所查找的医籍文献包括综合性医著、方书、专书、本草、类书、医案、医论、医话等 120 余部。凡属于脾胃湿热证内治范围的中医方药均可入选, 即丸、散、丹、汤、膏、酒等均可入选。基于本研究的需要, 结合中

医学理论, 根据发病途径和感邪的不同以及特殊的病变部位和临床表现, 将脾胃湿热证分为外感脾胃湿热证、内伤脾胃湿热证、脾胃湿热型黄疸和脾胃湿热型泻泄与痢疾 4 类。共收集了明清时期治疗脾胃湿热证方 591 条, 其中治疗外感脾胃湿热证方 144 条, 内伤脾胃湿热证方 210 条, 脾胃湿热型黄疸方 93 条, 脾胃湿热型泻泄和痢疾方 144 条。

1.2 数据库的建立

本研究使用 ACCESS 建立数据库, 包括方剂库和药物库。方剂库中, 对检索到的方剂记录以下指标: 方名、年代、文献出处、功效、主治、药物组成、剂型等 7 项, 共建字段 170 个, 获有效记录 591 条。药物库收录所涉及的 161 味中药的名称、分类、亚类、功效、性、味、归经、毒性等, 共建字段 14 个, 获有效记录 161 条。

1.3 分析方法

采用现代数理统计方法与数据挖掘技术相结合。统计学分析包括频数分析和 Logistical 多元逐步回归分析; 数据挖掘技术主要指药-证关联规则挖掘。然后结合明清医家对脾胃湿热证的认识, 运用中医药理论对分析结果进行讨论。

2 结果

2.1 频数分析结果

共收集了明清时期治疗脾胃湿热证方 591 条, 涉

及用药 161 味, 药物出现总频次为 4 999 次。其中, 利水渗湿药、补虚药、清热药、理气药、芳香化湿药的使用频率明显高于其他种类的药物, 是构成明清医家治疗脾胃湿热证组方的五类主要药物; 明清医家多使用性味苦寒、辛寒、辛温、甘平、甘温的药物, 酸涩、寒热偏亢的药物则较少使用。其中苦寒如黄连等清热燥湿, 辛寒如石膏等清泻阳明胃热, 辛温如藿香、厚朴等芳香化湿, 甘平如茯苓、猪苓等淡渗利湿, 甘温如白术等健脾益气; 药物归经定位以脾、胃为主; 使用频次居前 10 位的药物是茯苓、黄连、橘皮、泽泻、白术、厚朴、猪苓、黄芩、甘草和苍术, 是明清医家治疗脾胃湿热证的核心药物。

2.2 Logistic 逐步回归分析结果

根据Logistic 统计, 筛选出明清医家治疗脾胃湿热各病证的主药, 并定量地表达这些药物对相应病证的重要性。例举如下: 治疗内伤脾胃湿热证的主药: 茯苓 (0.484)、白术 (0.484)、橘皮 (0.440)、黄连 (0.323)、厚朴 (0.227)、人参 (0.211)、半夏 (0.163); 治疗外感脾胃湿热证的主药: 香薷 (1.727)、滑石 (0.485)、葛根 (0.324)、石膏 (0.272)、黄连 (0.252)、杏仁 (0.244)、黄芩 (0.221); 治疗脾胃湿热型泻泄和痢疾的主药: 木香 (1.823)、黄连 (0.667)、藿香 (0.567)、白芍 (0.547)、槟榔 (0.401)、神曲 (0.391)、山楂 (0.365)、黄柏 (0.352); 治疗脾胃湿热型黄疸的主药: 茵陈蒿 (0.618)、栀子 (0.535)、猪苓 (0.444)、滑石 (0.357)、木通 (0.327)、甘草 (0.312)、泽泻 (0.230)、大黄 (0.182)。

药物后面括号内的数值是标准化回归系数, 其大小表示不同药物对相应病证的影响程度, 可以直接反映不同药物对相应病证的作用强弱。如上, 我们将与治疗内伤脾胃湿热证密切相关的药物按标准化回归系数大小顺序排列, 这个顺序表示, 茯苓、白术对治疗内伤脾胃湿热证最为重要, 其他依次是橘皮、黄连、厚朴、人参、半夏。余者同理。从而使不同药物对相应病证的影响程度具有可比性。

2.3 关联规则分析结果

通过关联规则挖掘, 发现了明清脾胃湿热方中一些有意义的药-证相关模式, 如治疗内伤脾胃湿热证的高频药对和药组: 橘皮与半夏, 黄连与半夏, 茯苓、橘皮与半夏等; 治疗外感脾胃湿热证的高频药对和药组: 白术与人参, 人参与黄芩, 人参与栀子, 香薷与栀子, 白术、人参与黄芩, 白术、人参、葛根与麦冬等; 治疗脾胃湿热型泻泄和痢疾的高频药对: 黄芩与白芍, 黄连与木香, 黄连与白芍等; 治疗脾胃湿热型黄疸的高频药对和药组: 茵陈蒿与枳实, 茵陈蒿与茯苓, 茵陈蒿与泽泻, 茵陈蒿与猪苓, 茯苓、茵陈蒿与枳实, 泽泻、茵陈蒿与枳

实, 泽泻、猪苓与茵陈蒿, 茯苓、泽泻、猪苓与茵陈蒿等。

以上药对和药组从组成来看, 均出现在一些具有代表性的经方、名方之中, 如半夏泻心汤、小陷胸汤、黄连汤、二陈汤、香薷饮、清暑益气汤、香连丸、芍药汤、茵陈五苓散等; 从功效来看, 包括了祛邪、扶正、扶正祛邪三大类。相当数量的药对和药组包含利水渗湿、益气健脾、清热燥湿、理气解表相伍的特点, 这与脾胃湿热证的病因病机和临床证候特点基本一致。

3 讨论

将所有药物使用频次由高到低排列, 并结合统计学析方原则, 分析出明清医家治疗脾胃湿热证的核心药物, 合为一剂为: 茯苓、黄连、橘皮、泽泻、白术、厚朴、猪苓、黄芩、甘草、苍术、半夏、滑石、人参、茵陈蒿、木香。我们认为, 上述组方可以作为临床论治脾胃湿热证的基本方。观此药方, 大体由 5 个经方加减而成, 即茵陈五苓散、半夏泻心汤、平胃散、香连丸和六一散。茵陈五苓散出自《金匱要略》, 渗湿利水、健脾化气之五苓散加茵陈蒿, 有利湿退黄之功效, 主治湿热黄疸之湿重于热、小便不利者。半夏泻心汤出自《伤寒论》, 药物性味多苦辛平, 主治心下痞满、呕吐、肠鸣下利、舌苔薄黄而腻、脉弦数。平胃散出自《太平惠民和剂局方》, 以燥湿运脾、行气和胃为功, 临床运用以脘腹胀满、舌苔白腻而厚为辨证要点, 证属湿热, 宜加黄芩、黄连以燥湿清热。香连丸亦出自《太平惠民和剂局方》, 主治湿热痢疾、胸膈痞满。六一散是金·刘完素创制的一首清暑利湿的名方, 载于《伤寒直格》, 主治暑邪夹湿之身热烦渴、小便不利或泻泄。以上诸药相伍, 可收清热利湿、燥湿行气、运脾和胃之功效, 可谓多方兼顾、标本同治, 正合古今医家论治脾胃湿热证之主旨。

从我们的统计结果看, 明清时期治疗脾胃湿热证的用药主要集中在利水渗湿、补益、清热、理气几个方面。以药测证, 可见明清医家的辨治特色是抓住脾胃湿热证邪、虚、滞的病机关键, 以祛湿清热、理气健脾作为防治脾胃湿热证的正法, 并根据不同的证候特点和发病部位, 辨证各异, 治疗和选药各有侧重。如Logistic 统计结果所提示, 明清治疗内伤脾胃湿热证用药以利湿、健脾补虚居多, 故其辨证主导思想是湿热兼脾虚。外感脾胃湿热证用药以祛湿、解表为主, 体现了外感湿热病邪的辨证主导思想。其中, 香薷散表湿、石膏清胃热、杏仁宣肺气, 在其他 3 个证型中则少用, 为特色用药。而脾胃湿热型泻泄和痢疾方以祛邪行滞为主导, 辨证思路是湿热兼气滞。以木香、黄连、藿香、白芍为主药, 是古今医家临床较为公认的治疗脾胃湿热型泻泄和痢疾的常用药物, 明清医家起到了承前启后的作用。针对脾

胃湿热型黄疸, 力主祛邪, 以茵陈蒿为首选药, 栀子也是常用之品, 并配合苦寒攻下逐邪之大黄, 体现了湿邪与瘀热蕴结、湿热俱盛的辨证思路。

关联规则所挖掘的数据提示, 变化复杂的明清脾胃湿热方其基本结构主要有以下几种模式: (1) 基于利水渗湿药构建。如诸利水渗湿药共同作用, 针对水湿内停, 湿多热少, 代表方如五苓散、茵陈五苓散。利水渗湿药与行气药配伍, 主要针对气机阻滞, 水湿内停。利水渗湿药与清热利湿药配伍, 治疗湿热内盛, 如清热渗湿汤、茵陈蒿汤等。(2) 基于健脾益气药构建。有运脾配合化湿理气的平胃散系列, 有健脾益气配伍清暑解表的清暑益气汤系列。(3) 基于清热燥湿药构建。清热燥湿药与行气药配伍, 如黄连配木香治疗湿热下痢。清热燥

湿药与化痰止咳药配伍, 像黄连配半夏, 主要针对湿热痰浊内阻, 如小陷胸汤。

我们认为, 脾胃为枢、灵活辨治是防治脾胃湿热证的基本原则, 祛湿清热、理气健脾是防治脾胃湿热证的基本方法。即一方面要顺应脾胃之性, 加强脾升胃降的枢纽之职; 另一方面, 组方用药上应从脾胃着手, 以调理脾胃病变中心为治疗关键, 达到“灌中央以溉四旁”的目的。然脾胃湿热证病由多端, 其病机复杂多变, 应审证求因, 灵活辨治, 以期治有所则, 不出大端。

参考文献

[1] 危北海. 中医脾胃学说应用研究. 北京: 北京出版社, 1993: 30, 40.

(收稿日期: 2006-03-15; 修回日期: 2006-06-22)

中药荆花胃康胶丸加西药治疗难治性消化性溃疡 35 例

尹 景 霞

(天津城市建设学院医院内科, 天津市西青区津静公路 26 号, 300384)

消化性溃疡是临床上常见的慢性消化系统疾病。临床上经一般内科西药治疗无效或治愈后易复发的消化性溃疡为难治性溃疡。其特点是病程长、易复发、迁延不愈、经内科西药治疗效果差。笔者自 2003 年 3 月~2006 年 1 月应用中药荆花胃康胶丸加用西药奥美拉唑、甲硝唑、克拉霉素联合药物治疗, 收到满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

65 例均为门诊被选病例。随机分为两组, 治疗组 35 例, 其中男性 22 例, 女性 13 例; 年龄 20~58 岁, 病程 1~30 年, 平均 11 年; 经胃镜检查: 胃溃疡 13 例, 十二指肠球部溃疡 16 例, 多发性溃疡 4 例, 复合性溃疡 2 例; 胃黏膜活组织检查幽门螺杆菌 (Hp) 阳性者占 67.3%。对照组 30 例, 其中男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 22~60 岁, 病程 6 个月~28 年, 平均 10 年; 经胃镜检查: 胃溃疡 10 例, 十二指肠球部溃疡 15 例, 多发性溃疡 3 例, 复合性溃疡 2 例; 胃黏膜活组织检查 Hp 阳性者占 62.5%。两组在年龄、性别、疾病、胃镜检查方面, 经统计学处理差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

中药荆花胃康胶丸每次 160mg, 每日 2 次, 餐前服药。疗程为 30 天。西药奥美拉唑每次 20mg, 每日 1 次, 早餐前 30 分钟服药, 甲硝唑每次 400mg, 每日 2 次, 阿莫西林每次 1000mg, 每日 2 次, 疗程为 7 天。服药前 3 天每天观察记录 1 次, 以后每周继续观察记录 2 次, 包括消化道症状、体征。治疗前后检查血、尿、便常规及肝肾功能。疗程结束时及治疗后 6 个月~1 年观察消化道症状、体征及由同一医生复查胃镜及 Hp 检测。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

按卫生部《新药(西药)临床指导原则》标准判定: (1) 溃疡

愈合: 治愈: 溃疡愈合处于瘢痕期 (S 期), 胃肠道症状消失 (上腹部疼痛、嗝气、反酸、上腹部烧灼感); 有效: 胃肠道症状基本缓解, 溃疡愈合面积缩小 $\geq 50\%$ (H 期); 无效: 胃肠道症状无改善或加重, 溃疡愈合面积缩小 $< 50\%$ (A 期)。(2) Hp 根除判断: 胃黏膜活组织检查 Hp 转为阴性结果。

3.2 结果

(1) 两组消化性溃疡疗效比较: 治疗组 35 例, 治愈 20 例, 有效 12 例, 无效 3 例, 总有效率 91.43%; 对照组 30 例, 分别为 12 例、9 例、9 例及 70%。两组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。(2) 两组根除 Hp 疗效比较: 治疗组 35 例, 治愈 31 例, 无效 4 例, 总有效率 88.6%; 对照组 30 例, 分别为 19 例、11 例及 63.3%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

中药荆花胃康胶丸为土荆芥、水团花提取的挥发油组成的复方制剂。具有理气散寒、活血化瘀的功效。可以迅速缓解腹部疼痛, 杀灭 Hp, 持久保护胃黏膜, 抑制胃酸分泌。如果加用西药三联疗法配合应用效果更为理想。西药质子泵抑制剂奥美拉唑是胃酸抑制剂, 主要作用胃壁细胞, 选择性抑制胃酸分泌, 从而抑制胃内的 Hp, 促进溃疡愈合, 迅速缓解症状, 达到治愈消化性溃疡的目的。甲硝唑是治疗厌氧菌的首选药物, 对胃内致病的厌氧菌感染有较强的抗 Hp 活性的作用。阿莫西林在胃肠道中吸收, 而组织液中药物浓度高, 穿透细胞壁能力强。主要作用于 Hp 的糖苷酶, 抑制其细胞壁的合成, 致使细菌破裂溶解。但单用对 Hp 的根除率 $< 20\%$ 。因此两种抗生素联用时还可减少其耐药性, 增加其杀菌的效果。结果表明, 对中西药联合治疗难治性消化性溃疡, 加速了溃疡的愈合且大大降低了溃疡的复发率, 对根除 Hp 感染有确切疗效。

按卫生部《新药(西药)临床指导原则》标准判定: (1) 溃疡