

基于中医传承辅助平台探讨邓家刚教授治疗脾胃湿病的用药规律*

刘伟锋¹, 吴东阳^{2,3}, 范丽丽⁴, 王强¹, 施学丽⁵, 梁静妍¹, 郝二伟^{2,3**}

(1. 广西中医药大学附属国际壮医医院 南宁 530201; 2. 广西中医湿病方药理论与转化重点实验室 南宁 530200; 3. 广西中医药大学中药药效重点实验室 南宁 530200; 4. 广西中医药大学药学院 南宁 530200; 5. 广西中医药大学壮医药学院 南宁 530001)

摘要:目的 基于“中医传承辅助平台系统(V2.5)”探讨邓家刚教授治疗脾胃湿病的用药规律,为临床湿病治疗提供参考。方法 收集整理邓家刚教授门诊治疗脾胃湿病的经验处方,将符合标准的119张中药处方依次录入系统,通过中医传承辅助平台V2.5,运用频次统计、关联规则分析、改进互信息法等方法进行用药规律及特点的挖掘,来探索并分析出治疗脾胃湿病用药规律。结果 经分析得出,119张处方中,涉及病症以胃痛病(55例)、湿阻病(21例)、胃痞病(16例)居多,证型则以肝胃不和(45例,37.81%)、脾虚湿困证(18例,15.13%)、脾虚气滞证(14例,11.76%)为主,虚实证候以实证(73例,61.34%)所占比例最为之大;用药频率排名前十的为陈皮(67)、厚朴(64)、茯苓(59)、半夏(55)、郁金(53)、柴胡(53)、白芍(47)、石斛(46)、栀子(46)、党参(44)等;所用药物性味大多为辛、苦、寒,主归脾、胃、肝经,药物功效分类则以补虚药(22.21%)和理气药(12.90%)为多。常用的药物组合为:陈皮和茯苓(45)、半夏和陈皮(41)、白芍和柴胡(40)、柴胡和厚朴(35)、白芍和厚朴(34)等。结论 邓教授治疗脾胃湿病,始终以其“理湿勿忘通瘀滞”的思想为指导,灵活运用“反性配伍”和“寒温相合”的遣方用药方法,擅用理气化湿、疏肝健脾,兼以化痰行滞的方药,从而形成其治疗脾胃湿病的用药特色。

关键词: 中医传承辅助平台 脾胃湿病 理湿 用药规律

doi: 10.11842/wst.20210208001 中图分类号: R249 文献标识码: A

脾胃湿病属于中医一个系统类疾病,是指外感湿邪,或内伤七情,或调养失常等诸多因素,致脾失健运,水湿不化而变生的一系列与脾胃功能失职相关的病症。脾胃湿病多见于现代医学消化系统急慢性炎症,如胃溃疡、功能性胃肠炎、肠易激综合征等疾病。世界卫生组织相关数据显示,胃部的疾病在人群中的发病率高至80%,而且,以每年17.43%的速度增加;我国有1.2亿人胃肠病人,慢性胃炎的发病率为30%;功

能性消化不良作为最常见的一种功能性胃肠病,在欧美国家人群中的患病率达19%~41%,而我国为18%~45%;消化性溃疡则属于全球性多发病,据国外资料估计约10%的人一生中患过此病,约占胃镜检查患者的80%以上,且随年龄增长患病率逐渐增高^[1]。

“湿病”作为一个独立的病名概念最早见于《金匮要略·痉湿喝病脉证治第二》,该篇论述了痉病、湿病及喝病这三种内科杂病的发病原因及诊治方药,首开

收稿日期:2021-02-08

修回日期:2022-03-10

* 广西壮族自治区中医药局科研课题(GZZC2019013):健脾益胃方对CAG患者疗效及血清PG影响的临床研究,负责人:刘伟锋;广西壮族自治区中医药局科研课题(GZZC2020137):温针灸联合健脾益胃方对PU患者疗效及血清PG影响的临床研究,负责人:蒋玉萍;广西壮族自治区科技厅广西科技基地和人才专项(桂科AD19110165):中国-东盟传统药物研究国际联合实验室建设(二期),负责人:侯小涛。

** 通讯作者:郝二伟,博士,研究员,主要研究方向:中药基础理论与药效筛选研究。

中医以病证结合辨证五脏疾病之先河。邓家刚教授为中医内科主任医师,第六批全国老中医药专家经验继承工作指导老师,其从事中医经典著作《金匱要略》《临床中药学》等学科的教学、科研及临床长达四十多年,积累了丰富的治疗内科杂病的经验,创立了“邓氏理湿学派”,将研究的重点聚焦于中医的湿病方向,以藏象学说和脏腑辨证理论为指导,按五脏系统将湿邪内阻引不同脏腑功能所致之疾病或因脏腑功能失调引起湿阻某脏的疾病归属于相应脏腑系项下,构成“五脏湿病分类系统”,如心系湿病、肺系湿病、脾系湿病、肝系湿病、肾系湿病。“脾胃湿病”一词为邓家刚教授创立的“邓氏理湿学派”中“五脏湿病辨证防治体系”的核心概念之一,脾胃湿病为脾系湿病中脾脏湿病与胃腑湿病的统称,包括胃脘痛、胃痞病、腹痛、泄泻、痢疾、脾瘕、湿阻诸病,现代医学消化系统多种慢性炎症及功能性疾病和代谢性疾病均可据此辨证论治,从而形成邓氏理湿学派对中医湿病辨证防治的特色。

本研究将邓家刚教授辨治脾胃湿病的临床病历资料纳入“中医传承辅助平台(V2.5)”软件数据库,经由数据挖掘等方法进行分析、总结,旨在传承其学术思想,指导脾胃湿病治疗的用药,同时为健脾益胃方等新药新方的开发提供思路。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究选取2016年9月至2018年9月期间,邓家刚教授于广西国际壮医院、广西中医药大学第一附属医院仁爱分院治疗脾胃湿病的门诊病例,筛选出符合条件的有效病例处方119张。

1.2 诊断标准

以国医大师路志正《中医湿病证治学》^[2]为诊断标准和依据,结合脾胃湿病的临床表现及四诊信息进行诊断。具有脾气虚衰,运化失职,水湿异常,湿困脾胃的脘腹痞满,纳呆呕恶,噎腐吞酸,口腻不渴,食欲不振,面黄浮肿,四肢沉重,便溏泄泻,神疲乏力,眩晕昏冒等胃痛、呕吐、痢疾、便血、泄泻、腹痛、便秘等脾胃湿病所见症状。

1.3 纳入标准

①有明确的病理表现,符合脾胃湿病的相关症状;②经过一定周期的治疗,症状得到消除或缓解;③

医案数据完整,包括一般资料、基本病情、治疗经过、主诉、症状、辨证、处方、剂量等。

1.4 排除标准

①单味中药处方;②同一患者复诊与初诊相同的处方;③与脾胃湿病无关的辨证用药处方;④外用处方;⑤医案不完整,无确切药物组成和剂量的处方。

1.5 处方录入与核对

对病名、证型及中药名称进行规范。根据《中医内科学》^[3]对病名进行统一,如“胃痛”“胃脘痛”统一为“胃痛”;根据《中医临床诊疗术语·证候部分》^[4]对证型名称进行统一,如“脾虚湿滞证”“脾虚湿阻证”统一为“脾虚湿困证”;“痰湿结滞证”“痰湿瘀滞证”统一为“痰湿结滞证”;“湿阻脾胃证”“湿困脾胃证”统一为“湿困脾胃证”等。

参考《中华人民共和国药典》^[5]《中华本草》^[6]《中药学》^[7]中药名,对入选的119张剂中所涉及到的中药名进行规范化处理,民族药、习称药名皆以标准名录入,如“猫须草”以“肾茶”录入;“红参”以“人参”录入;“白芨”以“白及”录入。炮制品和生品均以标准名录入,如“醋延胡索”以“延胡索”录入;“生牡蛎”以“牡蛎”录入。道地药材均去其药名中的道地产区简称,以其原药名录入,如“川木通”录为“木通”。

1.6 数据分析

采用中国中医科学院中药研究所研发的“中医传承辅助平台(V2.5)”,进行数据管理和挖掘,对方剂中药使用频次、性味归经、功效分类、基于关联规则的组方规律、基于复杂系统熵聚类的核心组合等进行统计与分析。

2 结果

2.1 一般资料

男性患者77例,占64.71%;女性患者42例,占35.29%;年龄在15-75岁,平均年龄(45.35±13.35)岁,其中31-40岁32例,占26.89%;41-50岁27例,占22.69%;51-60岁28例,占23.53%;61-70岁18例,占15.13%。

2.2 病证分析

共录入门诊病案119例,分别收录胃脘痛病(55例,46.22%)、湿阻病(21例,17.65%)、胃痞病(16例,13.45%)、便秘病(8例,6.72%)、腹痛(含腹胀)(4例,3.36%)、胁痛(3例,2.52%)、吐酸(含嘈杂)(3例,

表1 邓教授治疗脾胃湿病方证型分布情况

序号	证名	数量	占比(%)	序号	证名	数量	占比(%)
1	肝胃不和证	45	37.81	11	胃肠气滞证	2	1.68
2	脾虚湿困证	18	15.13	12	气滞湿阻证	2	1.68
3	脾虚气滞证	14	11.76	13	湿阻肠道证	1	0.84
4	痰热伤阴证	8	6.72	14	肝脾不和证	1	0.84
5	湿热困脾证	5	4.20	15	脾胃湿热证	1	0.84
6	痰湿结滞证	5	4.20	16	脾虚肝旺证	1	0.84
7	胃肠湿热证	4	3.36	17	气阴两伤证	1	0.84
8	湿热内蕴证	3	2.52	19	心脾两虚证	1	0.84
9	湿困脾胃证	4	3.36	20	脾虚湿热证	1	0.84
10	脾肾阳虚证	2	1.68				

表2 邓教授治疗脾胃湿病方使用频次>30次的药物

序号	中药名称	频次	序号	中药名称	频次
1	陈皮	67	11	枳壳	41
2	厚朴	64	12	砂仁	40
3	茯苓	59	13	白术	38
4	半夏	55	14	佛手	36
5	郁金	53	15	延胡索	35
6	柴胡	53	16	蒲公英	34
7	白芍	47	17	乌药	32
8	石斛	46	18	薏苡仁	32
9	栀子	46	19	桔梗	32
10	党参	44			

2.52%)、呃逆(1例,0.84%),另有兼病者,痹病兼胃脘痛病(3例,2.52%)、不寐病兼胃脘痛病(3例,2.52%)、郁病兼胃脘痛病(2例,1.68%);共分证型21种,排名前六的为肝胃(脾)不和(45例,37.81%)、脾虚湿困证(18例,15.13%)、脾虚气滞证(14例,11.76%)、痰热伤阴证(8例,6.72%)、湿热困脾证(5例,4.20%)、痰湿结滞证(5例,4.20%),证型分布比例见表1;由虚实分布统计可以看出邓教授所治疗的脾胃湿病,以实证居多,虚证次之,虚实夹杂最少,详见图1。

2.3 用药频次

本组119个处方共用药153味,其中有21味使用频次高于30次,排名前十的为陈皮(67)、厚朴(64)、茯苓(59)、半夏(55)、郁金(53)、柴胡(53)、白芍(47)、石斛(46)、栀子(46)、党参(44)等(表2、图2)。

2.4 药物功效分类

以《中药学》^[1]功效分类为标准,按主要功效分类,本组119个处方所用的中药,使用频次较高依次为:补虚药(22.21%)、理气药(12.90%)、清热药(11.92%)、利水渗湿药(8.75%)、化湿药(8.09%);按具体功效分类,

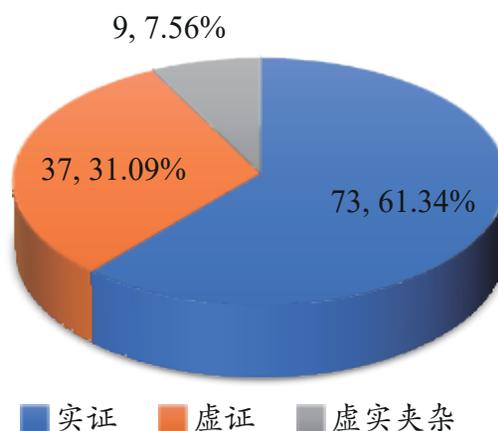


图1 证型虚实分布比例

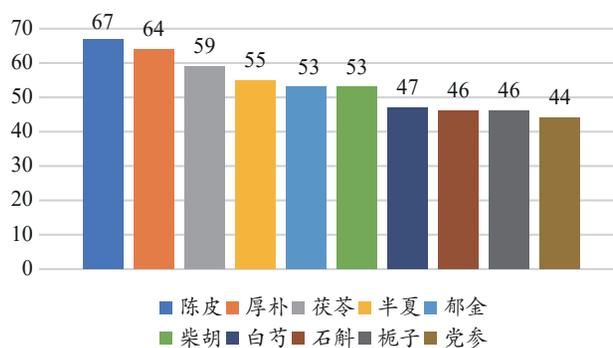


图2 邓教授治疗脾胃湿病方使用频次排名前10的药物

使用频次排名前5的功效类别依次为:补气药(240)、理气药(252)、化湿药(158)、活血化瘀药(124),具体情况见表3、图3。

2.5 药物归经

药物归经分析可知,本组119个处方所用中药的归经涉及10条经络,尤以脾经(851)、胃经(679)、肝经(640)、肺经(603)四经为多,肾经(424)和心经(363)

表3 邓教授治疗脾胃湿病方药物主要功效分类

序号	类别	功效分类	频次	比例	各大类药所占比例
1	补益药	补气药	240	12.28%	22.21%
		补阴药	142	7.27%	
		补阳药	44	2.25%	
		补血药	8	0.41%	
2	理气药	理气药	252	12.90%	12.90%
3	清热药	清热泻火药	72	3.68%	11.92%
		清热燥湿药	45	2.30%	
		清热解毒药	64	3.28%	
		清热凉血药	31	1.59%	
		清虚热药	21	1.07%	
4	利水渗湿药	利水消肿药	108	5.53%	8.75%
		利湿退黄药	14	0.72%	
		利尿通淋药	49	2.51%	
5	化湿药	化湿药	158	8.09%	8.09%

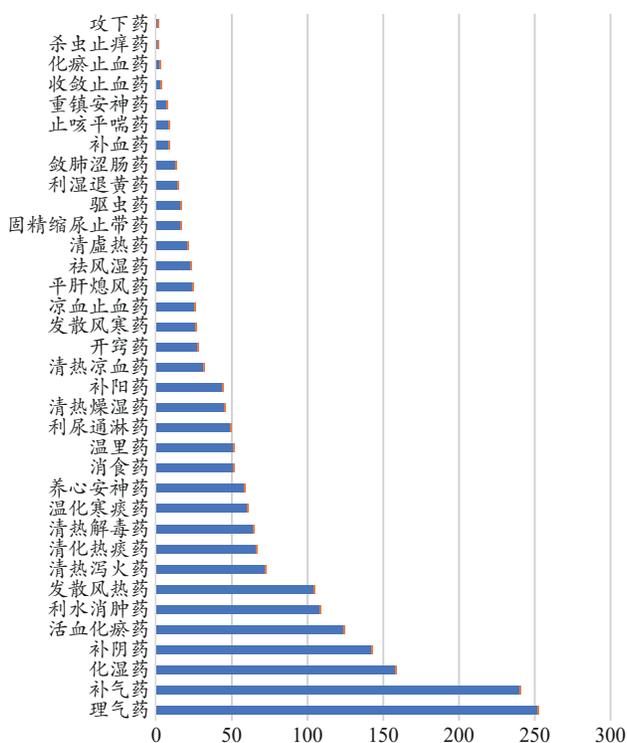


图3 邓教授治疗脾胃湿病方药物功效分类

次之,再次为胆经(204)、大肠经(165)、膀胱经(101)、小肠经(51),具体情况见图4。

2.6 药物四气五味

本组119个处方所用中药的“四气”以温性药(614)频次最高,其次为寒性(502),再次为平性(301),而热性药物的使用频次最低;“五味”则次苦味

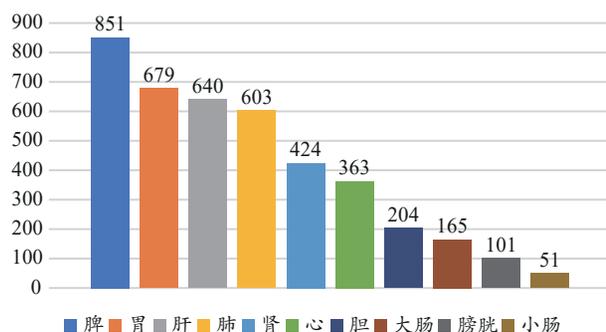


图4 邓教授治疗脾胃湿病方药物归经使用频次统计

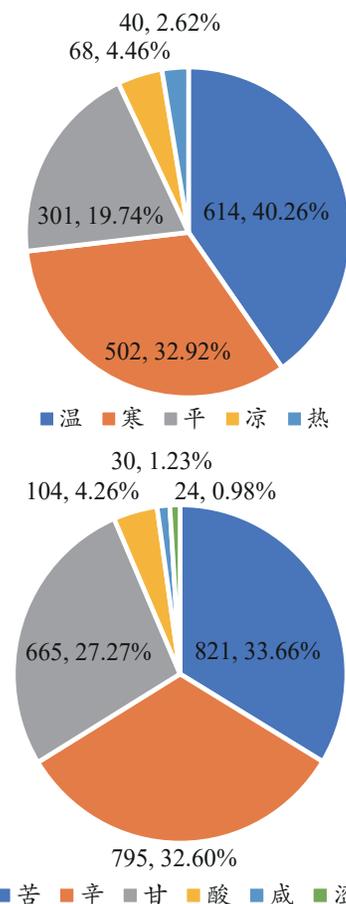


图5 邓教授治疗脾胃湿病方中药物的四气五味

(821)、辛味(795)和甘味(665),远高于其他药味(图5)。

2.7 基于关联规则分析的组方规律

应用关联规则分析方法,使用软件根据样本量将支持度设置为32,置信度为0.85,将药物组合按出现的频次由高到低进行排序,去除含甘草药对(甘草和百味,以调和药性为主要用法,故不纳入药对的分析讨论),常用的药物组合为:陈皮和茯苓(45)、半夏和

表4 邓教授治疗脾胃湿病方药物组方规律分析表

序号	药物模式	出现频度	序号	药物模式	出现频度
1	陈皮,茯苓	45	11	郁金,厚朴	32
2	半夏,陈皮	41	12	厚朴,茯苓	32
3	白芍,柴胡	40	13	白芍,柴胡,枳壳	32
4	柴胡,厚朴	35	14	石斛,柴胡	31
5	白芍,厚朴	34	15	陈皮,砂仁	31
6	柴胡,枳壳	34	16	石斛,厚朴	30
7	陈皮,党参	34	17	半夏,栀子	30
8	白芍,枳壳	33	18	陈皮,郁金	30
9	陈皮,厚朴	33	19	白术,茯苓	30
10	厚朴,枳壳	32			

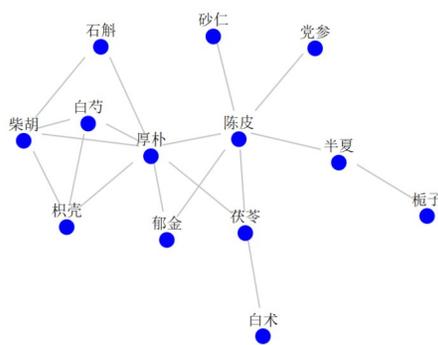


图6 邓教授治疗脾胃湿病方药物组合关联规则网络图

表5 邓教授治疗脾胃湿病方药物组合关联规则

序号	规则	置信度	序号	规则	置信度
1	白芍,枳壳->柴胡	0.96969697	11	枳壳->白芍,柴胡	0.780487805
2	柴胡,枳壳->白芍	0.941176471	12	砂仁->陈皮	0.775
3	白芍->柴胡	0.85106383	13	党参->陈皮	0.772727273
4	枳壳->柴胡	0.829268293	14	茯苓->陈皮	0.762711864
5	枳壳->白芍	0.804878049	15	柴胡->白芍	0.754716981
6	白芍,柴胡->枳壳	0.8	16	半夏->陈皮	0.745454545
7	白术->茯苓	0.789473684	17	白芍->厚朴	0.723404255
8	枳壳->厚朴	0.780487805	18	白芍->枳壳	0.70212766

表6 邓教授治疗脾胃湿病方药物核心组合

序号	核心组合	序号	核心组合
1	白芍_陈皮_半夏	9	陈皮_乌药_半夏
2	党参_枳壳_白术	10	党参_薏苡仁_白术
3	败酱草_苍术_干姜	11	败酱草_补骨脂_土茯苓
4	枳壳_柴胡_白术	12	薏苡仁_柴胡_白术_茯苓
5	青蒿_紫苏梗_蝉蜕	13	青蒿_紫苏梗_首乌藤
6	黄芩_黄连_当归	14	吴茱萸_黄连_伸筋草
7	桑寄生_黄芪_黄精	15	桑寄生_桑枝_姜黄
8	白扁豆_薏苡仁_白术	16	白扁豆_薏苡仁_栀子

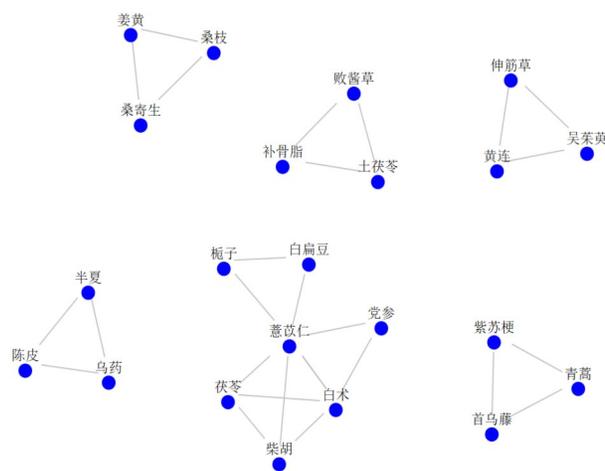


图7 邓教授治疗脾胃湿病方药物核心组合

陈皮(41)、白芍和柴胡(40)、柴胡和厚朴(35)、白芍和厚朴(34)、柴胡和枳壳(34)等。本组119个处方药物的组方规律分析见表4。药物组合关联规则详见表5,药物组合关联规则网络见图6

2.8 药物核心组合分析

以改进的互信息法的药物间关联度分析结果为基础,设置相关度为8,惩罚度为2,基于复杂系统熵聚类,演化出3-5味药核心组合16个,如枳壳_柴胡_白术、陈皮_乌药_半夏、薏苡仁_柴胡_白术_茯苓、吴茱萸_黄连_伸筋草等(表6、图7)。

3 讨论

3.1 一般资料分析

本组脾胃湿病具有明显的年龄和性别特点,从患者年龄来看,以中老年患病居多。《素问·经脉别论》^[8]:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于

四时五藏阴阳,揆度以为常也。”中老年人正气渐衰,气血不足,脏腑失于濡养而功能减退,故而肺通调水道的作用不能发挥,水道不通,水湿代谢异常,所以容易导致痰饮、浮肿等病症;脾气衰弱,运化水谷功能衰退,故而无法消化水谷,易致飧泻;同时肾脏阳气亏虚,水液失于温煦和气化,则致水肿、五更泻等。此外,脾胃湿病具有男性患病率比女性高的特点。原因在于,男性多从事劳动强度较大的工作,多汗湿衣,或水中作业,复感湿邪,侵袭经脉,气血运行不畅而发腹痛,或客于脾胃,发为呕吐、泄泻等;暴饮暴食,嗜好浓茶烟酒,肥甘厚腻,损伤脾气,从而导致胃脘疼痛,痞满纳差,或呕吐泛酸,泄泻。

3.2 病证分析

本组脾胃湿病以胃脘痛病(55例)、湿阻病(21例)和胃痞病(16例)居多,病机上大抵可概括为外邪、积滞、痰湿、气滞、体虚。在证候上则主要以肝胃不和证(45例,37.81%)、脾虚湿困证(18例,15.13%)和脾虚气滞证(14例,11.76%)三种病证为主。脾胃湿病发病初期多为实证,多由外感湿邪、饮食失度、情志过极所引发,而脾胃湿病后期则久病体虚,脾胃虚弱,由实证转为虚证。脾虚则气机升降无力、水液输布异常,痰湿瘀血等实性病理产物随之产生,临床可见虚实夹杂的病理征象,故在用药上须标本兼顾,治标则疏肝理气,燥湿利水;固本则补中益气,健脾和胃。

3.3 邓教授治疗脾胃湿病用药规律分析(表8)

3.3.1 五脏生湿,脾胃为主

邓教授认为,五脏皆能生湿,尤以脾胃为关键。肺、脾、肾、三焦、膀胱之气化共同完成正常水液的代谢平衡,其中脾是水之堤防^[9]。清·石寿棠《医原·百病提纲论》^[10]曰:“内湿起于肺、脾、肾,脾为重,肾为尤重;

盖肺为通调水津之源,脾为散输水津之本,肾又为通调散输之枢纽。”《温病条辨》^[11]曰:“脾主湿土之质,为受湿之区,故中焦湿证最多。”脾失健运,脾不散精,聚而成湿;肺失宣肃,水精不布,停而生湿;肾失气化,水无所主,水湿自生;心失温煦,血脉不利,瘀而生湿;肝失条达,枢机不畅,气滞湿阻^[12],可见,五脏失司则湿从内生,五脏和合则湿邪得化。但因脾胃在湿的生成及演变转归中处于核心在位,无论是内外之湿,均可伤及脾胃,脾胃湿病在湿病当中占有重要的地位^[13]。本组脾胃湿病的所用药物归经,居前五位的是脾经(999)、胃经(823)、肺经(731)、肝经(719)和肾经(479),从而提示,在治疗脾胃湿病时既要以脾胃为中心,又要辨证论治,分清主次,适当顾及其他脏腑,才能使五脏协调,湿邪得化。

3.3.2 苦燥甘润,标本兼顾

邓教授治疗脾胃湿病,多以苦温燥湿,健中助运之法,以达标本兼治之功,所用药物多苦味(902)、辛味(870)、甘味(802);四气则以温(665)最多,其次为寒(560),再次为平(402)。“湿为阴邪,非温不化”,故治湿多用温药;而温热燥烈之药多耗气伤阴,又当投甘寒之品以制温热药过偏之性。再者,湿有寒湿,有湿热,湿热之证当以苦寒之品,寒以清热,苦以燥湿,故寒凉之药亦为多用。邓教授认为,中药之平性药性,是中药药性的一种特殊类型,具有“体平用偏、双向适用、条件显性”之特性^[14],故喜用平性之品,俾其随证配伍,遇寒则寒,遇热则热,既可防温热以伤津,又可止寒凉以伐胃。就药味而言,多用苦、辛之品,如厚朴、陈皮、苍术、枳壳、郁金、乌药之类,苦能坚阴燥湿,辛能行滞散邪,《金匱》有言:“血不利则为水”,湿阻气滞,瘀滞成湿,互为因果,故治湿用苦辛之品,也为时

表8 邓教授治疗脾胃湿病的治则治法

序号	治则	治法	临床意义
1	五脏同治	调和五脏,化湿和中	五脏生湿,脾胃为主,临床治疗脾胃湿病,既要以脾胃为中心,又要辨证论治,分清主次,适当顾及其他脏腑,方使五脏安和,湿邪得化。
2	标本兼顾	苦辛治标,甘温固本	治脾胃湿病既当苦温燥湿以治标,又当补中利水而固本,用厚朴、陈皮、苍术、枳壳等理气健脾而燥湿;用白术、党参、白扁豆等补中利水而不滋腻;用柴胡、郁金、乌药等发散除表湿,行气解湿阻,行血疗血瘀。
3	除湿利水	疏肝理气,健脾祛湿	肝失疏泄与脾脏生湿存在相关性,临床当用肝脾论治,疏肝降逆、疏肝扶脾、疏肝和胃之法,多选陈皮配半夏,枳壳配白术等药对配伍。
4	扶正祛邪	补益脾胃,理气化瘀	脾胃湿病本虚标实,宜疏不宜堵,补气健脾兼以理气、化痰、利水、化湿;湿阻与血瘀并存,因湿致瘀,因瘀致湿,临床常见,在治疗脾胃湿病时,当多用活血化瘀药。
5	阴阳互济	反性配伍,收散平和,寒温和合	药性相反中药配伍使用,使药物之间经过拮抗、制约、协调诸途径而达到增强疗效,扩大治疗范围,适应复杂病情及解读纠偏等相反相成治疗效果,包括寒热配伍、补泻配伍、升降配伍、散收配伍、润燥配伍等。治肝胃不和证以四逆散变方收散配伍;治胃痛泛酸新方左金丸加味寒热配伍。

常之法;脾喜甘,脾弱失运,施以白术、党参、白扁豆等甘温之品,补气健脾,俟脾气健旺,运化复常,则水湿自去。

3.3.3 疏肝理脾,水湿自去

邓教授认为,肝主疏泄,脾主运化,肝失条达,木郁土壅,脾运化失司,水湿内生^[15],故肝失疏泄与脾脏生湿密切相关,治疗脾胃湿病,不仅着眼于健脾,而且要特别重视疏肝。从本组 119 个处方中,所用高频药物如陈皮(67)、厚朴(64)、茯苓(59)、半夏(55)、郁金(53)、柴胡(53)、白芍(47)等多有疏肝理脾之效。陈皮具有理气健脾,燥湿化痰的功效,可治脾胃气滞证和痰湿壅滞证。《本草备要》^[16]中载:“(陈皮)为脾、肺气分之药。脾为气母,肺为气禽。凡补药涩药,必佐陈皮以利气。调中快膈,导滞消痰,大法治痰,以健脾顺气为主。”厚朴芳香化湿,为消除胀满之要药,既可燥湿消痰而治痰饮咳嗽,又可理气除满而治湿阻气滞、脘腹胀满。郁金,活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄,《本草汇言》^[17]曰:“郁金清气化痰散瘀血之药也,其性轻扬,能散郁滞,顺逆气,上达高巅,善行下焦,为心肺肝胃,气血火痰郁遏不行者最验。”柴胡善于疏泄肝气而解郁结,湿病证治中,以“和”法从肝论治脾胃湿病^[18-19],作为疏肝解郁之要药柴胡最为多用。

3.3.4 本虚标实,宜通瘀滞

邓教授认为,脾胃湿病具有本虚标实的病机特点。《内经》云:诸湿肿满,皆属于脾。”脾主运化,若先天禀赋不足,素体本虚,加之过劳体倦内伤,或久病耗伤气血,从而导致脾气虚衰,运化水谷功能障碍,致使水湿内生,而见正虚(脾虚)邪实(湿胜)之象。所以脾胃湿病,其虽有实证之标,然其病之本在脾胃虚弱。因此,治疗脾胃湿病,多用健脾益气之补虚药(22.21%),如甘草、白术、茯苓等,以扶正固本,其助脾脏运化水湿。此外,湿为阴邪,其性重着黏滞,易使气机阻滞,气机不畅则水湿不得运行布化,从而使得水湿内停加重。正如张景岳云:“凡治肿者,必先治水,治水者必先治气,若气不能化,则水必不化。”^[20]故治水湿为患,常用理气药舒畅气机兼以苦温化湿,如陈皮、厚朴、枳实等。“脾喜燥而恶湿,土爰暖而喜芳香”,化湿药性味辛香温燥,善于燥化湿邪、醒脾和胃、调畅气机而使脾胃功能得以正常发挥,治疗脾胃湿病当其所用,如广藿香、厚朴、苍术、砂仁等。“理湿勿忘通瘀滞”,这是邓教授理湿学术思想的重要观点。邓教授

认为湿邪黏滞重浊,易致血行不畅,或湿邪阻络,经脉不利,从而形成血瘀,导致一系列因湿致瘀的病理变化;同时,瘀血致病,气机阻滞,气化失司,水液代谢异常,亦可因瘀致湿。临床上,湿阻与血瘀并存是湿病的一大特点^[21],因湿致瘀,因瘀致湿,数见不鲜,形成恶性循环而使湿病胶着难解。因此,治疗脾胃湿病应在理湿的同时,多伍用郁金、牡丹皮、赤芍、三七、丹参等活血化瘀药,目的在于通瘀滞而助除湿。

3.3.5 反性配伍,中正求平

中医认为,疾病的发生是人体阴阳失调的结果,因此,治疗疾病,务必“谨察阴阳所在而调之,以平为期”(《素问·至真要大论》)。邓教授认为,疾病是一个复杂的病变过程,在一个疾病周期中,总是平衡与失衡相互交替的,不论是外感还是内伤疾病,绝对的寒证或绝对的热证,绝对的实证或绝对的虚证,是极为少见的,尤其是慢性病症,更是寒热虚实兼见,如脾胃湿病之脾虚湿热证,则是典型的本虚标实的例证,故临床施治时,当以相反相成之思路遣药处方,方为得法。为此,邓教授系统分析了历代医家治疗复杂病证的经典方药,总结出寒温和合,反性配伍的配伍规律和组方方法,在治疗脾胃湿病时,常施以寒热配伍,如败酱草配伍苍术、干姜以治大肠湿热之腹痛;润燥配伍,如白芍配伍陈皮、半夏以治湿阻气滞之胃脘胀痛;补泻配伍,如党参、白术配伍土茯苓、萆薢以治脾虚湿阻之泄泻等。

3.3.6 洞察七情,喜用药对。

邓教授认为,遵《神农本草经》提出的药之七情和合,为医者当熟知药性,在临床用药时,方能灵活配伍,创新药对。经运用关联规则分析本组 119 个处方用药,得出陈皮和茯苓(45)、白芍和柴胡(40)、半夏和陈皮(41)等 19 个常用药对。参考《中国药对大全》^[22]、《经方药对》^[23]、《常用中药配对与禁忌》^[24]、《药对论》^[25]等书籍,并查阅药智网中药方剂数据库知,陈皮和砂仁、半夏和陈皮、白术和茯苓、柴胡和厚朴、柴胡和白芍、枳壳和厚朴等为经典药对,而陈皮和党参、白芍和厚朴、郁金和厚朴、石斛和柴胡、半夏和栀子等为新药对。党参性味甘平,长于补脾益肺,并有养血生津的功效;陈皮辛能发散,苦可降泄,长于行脾胃之气,又有健脾燥湿之效,二者相伍,可使补脾益气而无瘀滞之虞。白芍和厚朴:白芍酸能敛阴,又归肝脾,故能敛阴和营,柔肝止痛,调经养血;而厚朴苦能燥湿以除

痰,辛可行气而消胀,与白芍配伍,收中有散,可增白芍疏肝理脾之功,而白芍微寒敛阴亦可防厚朴温燥伤阴之弊。郁金和厚朴:郁金为活血化瘀药,其行散降泄,入血分行血凉血,入气分行气解郁;厚朴为化湿药,既具燥湿消痰之效,又有理气降逆之功。“气行则血行,气滞则血瘀”,故而厚朴与郁金同用,可增郁金活血化瘀之功;而湿阻与血瘀常并存,因而郁金活血行气亦可助厚朴化湿消痰。石斛和柴胡:柴胡药性升散,易劫肝阴;而石斛养阴生津,可补柴胡伤阴之弊,使之独留疏肝之用。半夏和栀子:栀子性味苦寒清降,能清三焦火邪热毒,导三焦湿热从小便而去;半夏辛温而燥,长于燥脾湿而化痰浊,温脏腑而化寒痰,降

胃气而止吐呕。二药药性寒温互补,药味辛苦相宜,内燥外导,除湿化痰之力愈彰。

4 结论

邓教授认为:五脏皆能生湿,以肺脾肾三脏为主,尤以脾为根本;脾胃为气机升降之枢纽,湿邪内袭,易犯脾胃,脾失健运,湿从内生再困脾胃,循环往复;提倡从肝脾论治,常用疏肝降逆、疏肝扶脾、疏肝和胃之法;用药提倡反性配伍,其调治脾胃湿病,擅于运用理气化湿、疏肝健脾、兼以养阴行滞的方药,尤其注重其所倡导的反性配伍用药法度的应用,提倡反性配伍和“理湿勿忘通瘀滞”的思想。

参考文献

- 1 陈志强,杨美林. 中西医结合内科学 新世纪第3版. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- 2 路志正. 中医湿病证治学(第3版). 北京: 科学出版社, 2015.
- 3 张伯礼,吴勉华. 中医内科学. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- 4 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分. 北京: 中国标准出版社, 1997:1-40.
- 5 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部). 北京: 中国医药科技出版社, 2015.
- 6 国家中医药管理局《中华本草》编委会. 中华本草. 上海: 上海科学技术出版社, 1999.
- 7 高学敏. 中药学. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- 8 人民卫生出版社. 黄帝内经. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- 9 李艳. 湿的实质探讨. 云南中医学院学报, 2000, 23(3):32.
- 10 石寿棠. 医原. 南京: 江苏科学技术出版社, 1983.
- 11 吴塘. 温病条辨. 北京: 中国医药科技出版社, 2013.
- 12 施学丽, 范丽丽, 邓家刚. 试论五脏皆能生湿之机理. 江苏中医药, 2019, 51(2):5-7.
- 13 刘羽, 张高亮, 邓玉霞, 等. 王辉武从湿论治脾胃病经验. 实用中医药杂志, 2019, 35(10):1274-1275.
- 14 邓家刚. 试论平性药“体平用偏”的药性特征. 世界中医药, 2007(5): 302-303.
- 15 施学丽, 郭超峰, 范丽丽, 等. 肝失疏泄与五脏生湿关系的机理辨析. 广西中医药, 2019, 42(1):33-35.
- 16 汪昂. 本草备要. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- 17 倪朱谟. 本草汇言. 北京: 中医古籍出版社, 2005.
- 18 孟梦, 周强, 赵鲁卿, 等. “和”法治疗脾胃病临证策略初探. 北京中医药, 2018, 37(7):628-630.
- 19 刘超, 叶柏. 从肝论治脾胃病的体会. 江苏中医药, 2017, 49(11): 54-55.
- 20 张介宾. 景岳全书. 北京: 中国中医药出版社, 1994.
- 21 夏树. 试论湿与瘀的关系. 北京中医药大学学报, 1994(4):11-12.
- 22 胥庆华. 中药药对大全. 北京: 中国中医药出版社, 1996.
- 23 王付. 经方药对. 北京: 学苑出版社, 2007.
- 24 谭同来, 刘庆林. 常用中药配对与禁忌. 台北: 品冠文化出版社, 2010.
- 25 陈维华, 徐国龙, 张明淮等. 药对论. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1984.

Discussion on the Medication Rule of Professor Deng Jiagang in the Treatment of Damp Disease of Spleen and Stomach Based on Traditional Chinese Medicine Inheritance Auxiliary Platform

Liu Weifeng¹, Wu Dongyang^{2,3}, Fan Lili⁴, Wang Qiang¹, Shi Xueli⁵, Liang Jingyan¹, Hao Erwei^{2,3}

(1. International Zhuang Medical Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530201, China; 2. Guangxi Key Laboratory of TCM Damp Disease Formulas Theory Study and Transformation, Nanning 530200, China; 3. Guangxi Key Laboratory for Efficacy Study on Chinese Materia Medica, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530200, China; 4. Faculty of Pharmacy, Guangxi University of

Chinese Medicine, Nanning 530200, China ;5.Zhuang Medical College, Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001, China)

Abstract: Objective To explore the medication rule of Professor Deng Jiagang in the treatment of damp disease of spleen and stomach based on "traditional Chinese Medicine Inheritance auxiliary platform system (v2.5)", so as to provide reference for clinical treatment of damp disease of spleen and stomach. Methods We collected and sorted out Professor Deng Jiagang's outpatient prescriptions for the treatment of damp disease of spleen and stomach, input 119 Traditional Chinese medicine (TCM) prescriptions that meet the standard into the system in turn, and used frequency statistics, association rule analysis, improved mutual information method and other methods to explore and analyze the medication rules for the treatment of damp disease of spleen and stomach through "traditional Chinese Medicine Inheritance auxiliary platform system (v2.5)". Results Among the 119 prescriptions, most of the diseases involved were epigastric-pain disease (55 cases), dampness-retention disease (21 cases) and stomach-bloating disease (16 cases). The main syndromes involved in these prescriptions were liver-stomach disharmony syndrome (45 cases, 37.81%), spleen deficiency with dampness encumbrance syndrome (18 cases, 15.13%), spleen deficiency and qi stagnation syndrome (14 cases, 11.76%), and in terms of deficiency and excess syndromes, excess syndromes (73 cases, 61.34%) accounted for the largest proportion. The top 10 herbs used in frequency were *Citri Reticulatae Pericarpium* (67), *Magnoliae Officinalis Cortex* (64), *Poria* (59), *Pinelliae Rhizoma* (55), *Curcumae Radix* (53), *Bupleuri Radix* (53), *Paeoniae Radix Alba* (47), *Caulis Dendrobii* (46), *Gardenia Fructus* (46), *Codonopsis Radix* (44), etc. Most of the herbs used were pungent, bitter and cold, and they mainly attributed to spleen, stomach and liver meridians. In terms of drug efficacy classification, most of these drugs were herbal medicines for tonifying (22.21%) and herbal medicines for regulating *qi* (12.90%). The commonly used herb combinations were *Citri Reticulatae Pericarpium* and *Poria* (45), *Pinelliae Rhizoma* and *Citri Reticulatae Pericarpium* (41), *Paeoniae Radix Alba* and *Bupleuri Radix* (40), *Bupleuri Radix* and *Magnolia officinalis Cortex* (35), *Paeoniae Radix Alba* and *Magnoliae officinalis Cortex* (34), etc. Conclusion Based on the analysis of Professor Deng's medication rules in the treatment of damp disease of spleen and stomach, it is concluded that he always takes "do not forget to remove stagnation of blood stasis in regulating dampness" as the guiding ideology, flexibly uses the methods of compatibility of drugs with opposite properties and cold-warm formula in medication and making prescriptions. And he is good at using the prescriptions and TCMs of regulating *qi* and removing dampness, soothing liver and strengthening spleen, and nourishing *yin* and promoting stagnation. Based on the above treatment experience, the medication characteristics in the treatment of damp disease of spleen and stomach were formed.

Keywords: Traditional Chinese Medicine Inheritance Auxiliary Platform, Damp disease of spleen and stomach, Regulate dampness, Medication rule

(责任编辑:周阿剑、刘玥辰, 责任译审:周阿剑, 审稿人:王瑀、张志华)