

# 基于古今医案数据挖掘的痉病中医证候分布特点研究

谭子虎<sup>1</sup> 陈丽珠<sup>2</sup>

(1.湖北中医药大学附属医院、湖北省中医院,湖北武汉 430061; 2.湖北中医药大学,湖北武汉 430061)

**摘要** 目的:探讨痉病中医证候的分布特点。方法:选取大型电子丛书《中华医典》作为古籍医案数据来源,中国知识资源总库(CNKI)、维普中文期刊数据库(VIP)、万方学术期全文数据库、中国生物医学文献服务系统(CBM)、中国中医药数据库检索系统、中国优秀博硕士学位论文全文数据库、Cochrane 图书馆、Pubmed、Embase 等作为现代医案数据来源,建立数据库,对古今医案痉病的证候运用 SPSS19.0 软件进行数理统计。结果:古今医案证候汇总中,证候类型归纳为 64 个,频次排在前五位的依次为邪壅经络(18.48%)、阴血亏虚动风(16.67%)、痰热动风(9.70%)、阳明腑证(4.85%)及热入营血证(4.85%)。结论:初步反映了痉病常见的证候及分布规律,为痉病中医辨证分型标准及中医临床诊疗指南的修订提供了参考和依据。

**关键词** 痉病 数据挖掘 医案 中医证候 文献计量

**中图分类号** R256.44 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)04-0065-03

痉病是以筋脉拘急抽搐、口噤不开,甚至角弓反张为主要临床表现的病证<sup>[1]</sup>。如《注解伤寒论》云:“痉者,强也,千金以强直为痉。经曰:颈项强急,口噤反张者痉。”痉病的临床表现与现代医学中低钙血症、高热惊厥、脑寄生虫病、脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑血管等疾病所表现出的某些症状相似,因此对痉病中医证候的研究可为上述疾病的诊疗提供借鉴与参考,有助于中医辨证施治。

## 1 资料与方法

### 1.1 医案来源

1.1.1 古籍医案 古籍医案来源于大型电子丛书《中华医典》5.0 版(湖南电子出版社)。

1.1.1.1 检索策略 以“痉”、“瘛”作为主题词进行检索。

1.1.1.2 纳入标准 (1)为痉病医案;(2)有临床表现,包括症状或体征描述;(3)有证候或者病机论述;(4)临床用药记录完备;(5)若记录有复诊,需阐明首诊有效。上述标准均符合者方可纳入。

### 1.1.2 现代资料与方法

1.1.2.1 现代医案来源数据库 中国知识资源总库(CNKI)、维普中文期刊数据库(VIP)、万方学术期全文数据库,中国生物医学文献服务系统(CBM),中国中医药数据库检索系统、中国优秀博硕士学位论文全文数据库、Cochrane 图书馆、Pubmed、Embase。

1.1.2.2 检索策略 中文文献:针对中医病名,采取主题词加自由词,分别在 CBM 和中国中医药数据库检索系统中检索痉病、痉证、瘛瘲和瘛,获得题录后在数据库中获取全文;针对西医病名,采取全文结合布尔逻辑检索,在各大数据库中检索,符合如下西医诊断或术语定义范畴:低钙血症、高钙血症、肝性脑病、感染、高热惊厥、脑寄生虫病、脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑血管、脑肿瘤、尿毒症、破伤风、手足搐搦、蛛网膜下腔出血、锥体外系、颈椎病,且文献中明确提出病属中医的“痉病”或“痉证”范畴的文献,并获取全文。英文文献:检索式为:“Convulsive”[All Fields] AND (“Medicine, Chinese Traditional”[Mesh] OR “Drugs, Chinese Herbal”[Mesh] OR “Medicine, East Asian Traditional”[Mesh])。以上均采用计算机检索,并手工检索相关期刊及灰色文献。

1.1.2.3 纳入标准 (1)文献中出现医案,且为痉病医案;(2)有临床表现,包括症状或体征描述;(3)有证候或者病机论述;(4)临床用药记录完备;(5)若记录有复诊,需阐明首诊有效。上述标准均符合者方可纳入。

1.1.3 古今文献排除标准 (1)非痉病医案;(2)临床表现记录缺失;(3)无痉病相关证候或病机论述;(4)方药缺失或不全;(5)复诊病例首诊无效或加重。上述标准符合任何一项者均予以排除。

基金项目:国家中医药管理局基金课题(国中医药法监[2014]238 号)

1.2 医案评价与筛选方法 针对检索出的每篇文献,进行题目、内容摘要、关键词的阅读。初筛:快速浏览文献信息,筛除明显不合格的文献(如非疫病、明显重复文献等);二次筛选:通读全文,根据文献纳入与排除标准,删除不合格的文献;三次筛选:根据上述评价标准,由另一方对纳入文献进行信息核对与质量评价,遇有分歧则协商判定,仍无法确定者请研究指导人员仲裁。

1.3 医案信息规范化处理方法 对文献资料中的信息进行必要的规范化处理。文献关于所涉及的信息记载或描述上的差异,为了便于分析,处理总则如下:(1)对一词多义者使其拆分成单义化,多词一义则用一词表达;(2)古籍中概念词难以确定词义均暂保留原词;(3)错别字根据规范用书予以更正;(4)古籍中所省略词给予拆分或补全;(5)其中证候或治法缺如者,参考症状、方药及病因病机等给予补全。

规范化处理主要工具书如下:病因、病机和治法参考中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》(GB/T 16751.2-1997)<sup>[2]</sup>和中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·治法部分》(GB/T 16751.3-1997)<sup>[3]</sup>。针对国标中未涉及的证候名称,再按照《中医药学名词》<sup>[4]</sup>《中医内科学》<sup>[5]</sup>《中医诊断学》<sup>[6]</sup>《中医证候规范》<sup>[7]</sup>进行证候名称的规范。

采用 Microsoft Office Excel 2007 建立疫病数据库。同一病案中同时出现多种证型,同时纳入。

1.4 统计学方法 研究采用 SPSS 19.0 软件进行频数统计分析。

## 2 结果

古籍内科医案 153 例,现代文献中内科有效医案共有 110 例,古今内科医案证候汇总,经规范化后归纳出 64 种证候类型,出现频次在 10 以上证候为痰热动风、湿热蕴结、阴虚动风、暑热动风、阳明腑证、热入营血等,累计频率高

达 71.52%。各证候频数和频率分析结果如下。见表 1。

由于证候种类较为繁杂,因风、寒、暑、湿、热皆为外邪,感受外邪,壅塞经络气血运行不利而致痉,化繁为简,将感受外邪而致痉归为一类,如风寒束表、湿热蕴结、暑热动风、风痰入络等证归纳为邪壅经络;由于血虚易生风,阴虚易动风,阴血亏虚不能濡养筋脉致痉,在此把肝血虚动风、气血两虚动风、肝阴虚动风等证总结为阴血亏虚动风。出现频次在 10 以上的有以下 9 种证候。见表 2。

表 1 古今医案证候类型分布

证型	频数(次)	频率(%)	累计频率(%)	证型	频数(次)	频率(%)	累计频率(%)
痰热动风	32	9.70	9.70	风火热毒	2	0.61	90.30
湿热蕴结	19	5.76	15.45	肺郁水停	2	0.61	90.91
阴虚动风	17	5.15	20.61	阴毒证	1	0.30	91.21
暑热动风	17	5.15	25.76	血虚寒凝	1	0.30	91.52
阳明腑证	16	4.85	30.61	心热阴虚	1	0.30	91.82
热入营血	16	4.85	35.45	邪犯清窍	1	0.30	92.12
肝风内动	16	4.85	40.30	胃阴虚	1	0.30	92.42
气血两虚动风	15	4.55	44.85	胃阳虚	1	0.30	92.73
痰蒙清窍	14	4.24	49.09	胃热阴虚	1	0.30	93.03
热盛动风	14	4.24	53.33	胃气亏虚	1	0.30	93.33
风寒束表	14	4.24	57.58	痰食互结	1	0.30	93.64
肝阳化风	12	3.64	61.21	痰湿阻络	1	0.30	93.94
肝血虚动风	12	3.64	64.85	痰湿蒙闭心窍	1	0.30	94.24
肝阴虚动风	11	3.33	68.18	暑湿内蕴	1	0.30	94.55
风痰入络	11	3.33	71.52	肾阳虚证	1	0.30	94.85
风毒入络	9	2.73	74.24	热厥证	1	0.30	95.15
肝旺脾虚	6	1.82	76.06	热闭心包	1	0.30	95.45
营卫不和	5	1.52	77.58	热毒伤阴	1	0.30	95.76
亡阳证	5	1.52	79.09	气阴两虚	1	0.30	96.06
阴血亏虚	4	1.21	80.30	气虚证	1	0.30	96.36
风湿袭表	4	1.21	81.52	气虚湿困	1	0.30	96.67
阳虚证	3	0.91	82.42	脾胃气虚	1	0.30	96.97
痰瘀互[搏]结	3	0.91	83.33	脾肾阳虚	1	0.30	97.27
热盛伤阴	3	0.91	84.24	寒热错杂	1	0.30	97.58
寒邪束表	3	0.91	85.15	肝郁气滞	1	0.30	97.88
寒湿阻滞	3	0.91	86.06	肝阳上亢	1	0.30	98.18
血虚动风	2	0.61	86.67	肝肾阴虚	1	0.30	98.48
心胆气虚	2	0.61	87.27	肝胆郁热	1	0.30	98.79
暑湿证	2	0.61	87.88	风中经络	1	0.30	99.09
气滞血瘀	2	0.61	88.48	风湿化热	1	0.30	99.39
脾阳虚证	2	0.61	89.09	毒入营血	1	0.30	99.70
风热外袭	2	0.61	89.70	表里俱热	1	0.30	100.00

表 2 古今医案证候类型分布

序号	证型	频数(次)	频率(%)	累计频率(%)
1	邪壅经络	61	18.48%	18.48%
2	阴血亏虚动风	55	16.67%	35.15%
3	痰热动风	32	9.70%	44.85%
4	阳明腑证	16	4.85%	49.70%
5	热入营血	16	4.85%	54.55%
6	肝风内动	16	4.85%	59.39%
7	热盛动风	14	4.24%	63.64%
8	痰蒙清窍	14	4.24%	67.88%
9	肝阳化风	12	3.64%	71.52%

以上数据表明:古今医案证候汇总中,证候类型共有 64 个,其中邪壅经络(18.48%)、阴血亏虚动风(16.67%)、痰热动风(9.70%)、阳明腑证(4.85%)及热入营血证(4.85%)等 5 个证候出现次数较多,临床较为常见。

### 3 讨论

数据挖掘(又称数据库中知识发现)是从海量的、不完全的、有噪声的、模糊的、随机的数据中提取隐含在其中的、人们所未知的、潜在有用的知识和信息的过程。其所探寻的是一种客观存在的、但隐藏在数据中暂时未被发现的知识<sup>[8]</sup>。近年来,随着统计学、模糊数学等诸多学科理论与方法的不断交融渗透,中医证候研究的方法亦日趋增多,其中数据挖掘技术为本研究的资料分析提供了新的方法<sup>[9]</sup>。证候是祖国医学认识疾病和遣方用药的重要依据,是实现中医药现代化和推动中医药基础理论取得突破的关键性问题之一<sup>[10]</sup>。痉病证候的研究是本文的目的,证候的规范化是主要过程,我们重视痉病中医理论,在总结既往研究成果的基础上,开拓思维,应用先进的科学技术手段和严密的数理统计分析方法,直观的描述并揭示总体现象的数量规律性。该法被广泛地应用于中医药数据分析当中,本研究运用数理统计法对痉病证候进行频次、频率、累积频率分析。在纳入研究的古籍内科医案 158 例及现代内科有效医案 115 例中,古今内科医案证候汇总,经规范化后涉及 64 种,出现频次在 10 次以上的依次为邪壅经络、阴血亏虚动风、痰热动风、阳明腑证、热入营血、肝风内动、热盛动风、痰蒙清窍及肝阳化风证,累计频率高达 71.52%。以上研究结果基本上反映了痉病的病机和证候类型特点。

古人对于痉病很早以前就有相当认识,《五十二病方》最早出现痉病相关记载<sup>[11]</sup>,后《黄帝内经》则提出了外邪致痉的理论。在《金匱要略方论本义·痉病总论》所说:“脉者人之正气正血所行之道路也,杂错乎邪风、邪湿、邪寒,则脉行之道路必阻塞壅滞,而拘急蜷挛之证见矣。”又如《温病条辨·痉因质疑》曰:“六气皆能致痉”(此六气乃风寒暑湿燥火)。若感受外邪,壅滞经络,阻碍气血津液的运行,筋脉失于濡养而拘急发痉。此乃邪壅经络也。隋·巢元方《诸病源候论》称本证为风痉,强调发病的原因是“风邪伤于太阳经,复感寒湿”。温热之邪侵袭,当外邪内传于里,郁在阳明时,热盛灼津,筋脉失养亦可发生痉证;若外邪侵入营血,燔灼肝经,热盛动风;若外邪深入下焦,劫灼真阴则虚风内动。而唐·孙思邈似已经认识到发痉与热入下焦,损伤真阴有关,虽言不明,亦可认为后世温病学家提出“热盛动

风致痉”理论奠定了基础。金元·朱丹溪对痉证提出新看法,认为其病因并非外来风邪,而是由于气血亏虚所致,切不可作风治而专用“风药”。明·张景岳在《金匱要略》“伤亡津液”致痉的启发下,汲取前人的精华,并结合自己的临证体会,强调了“内伤致痉”理论:“常有不因误治,而凡属阴虚血少之辈,不能养营筋脉以致搐挛僵仆者,皆是此证。”

综上所述,临床实践是检验理论学说是否合理的唯一标准。本研究通过对古今医案辨证论治基础数据的挖掘与分析,将古代各大医家的认识加以提炼,为痉病中医的临床辨证论治及痉病中医临床诊疗指南修订提供参考和借鉴。可见,痉病证候主要包括邪壅经络、阴血亏虚动风、痰热动风、阳明腑证及热入营血证等,痉病的辨证规律与古代各大医家所载经典理论相一致,并且得到了临床实践的检验,从而被各代医家充分的继承和发扬,并绵延至今。同时也证实了本研究方法的可行性。该研究结果尚有待于与其他数学方法建模的结果参考进行综合分析,为最终修订《痉病中医临床诊疗指南》提供依据。

### 参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 135.
- [2] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [3] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·治法部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [4] 全国科学技术名词审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京: 科学出版社, 2005.
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003.
- [6] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [7] 邓铁涛. 中医证候规范[M]. 广州: 广东科技出版社, 1990.
- [8] 刘兴方, 韩学杰. 数据挖掘技术在医案研究中的应用与讨论[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(9): 247.
- [9] 张怡, 王笑民. 肺癌病机证候研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3325.
- [10] 郭蕾, 张启明, 王永炎, 等. 证候规范化研究的思路和方法探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(3): 258.
- [11] 陈士玉. 《黄帝内经》神经、精神疾病研究[D]. 辽宁中医药大学, 2012.

第一作者: 谭子虎(1964—), 男, 医学博士, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向为中医药防治心脑血管疾病。

通讯作者: 陈丽珠, 硕士研究生. 498742567@qq.com

收稿日期: 2016-01-06

编辑: 吕慰秋