

《古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷》治疗眩晕病用药规律研究

董建平¹ 吕仕超² 庞树朝²

(1.天津中医药大学研究生院,天津300193;2.天津中医药大学第一附属医院,天津300193)

摘要 目的:探索古今名医治疗眩晕病的用药规律,为眩晕病的临床辨治提供参考和思路。方法:选取《古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷》中记载各个医家治疗眩晕病的经验方剂,采用频次分析法、关联规则分析法、复杂系统熵聚类法和无监督的熵层次聚类分析法揭示其组方用药规律。结果:共选取33位古今医家的经验处方108首,涉及中药198种,药物使用频次居前10位的中药分别是:茯苓、半夏、菊花、陈皮、甘草、牡蛎、白芍、天麻、石决明、当归;关联规则分析出常用药物组合20个;聚类分析得出核心药物群5个。结论:古今名医治疗眩晕病以痰浊上蒙、风阳上扰证最为常见,化痰降浊、息风潜阳是其核心治法。

关键词 眩晕 治疗用药 古今名医临证金鉴 频次分析 关联规则 聚类分析

中图分类号 R255.3 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)10-0067-03

眩晕是临床常见的症状之一,按照发生部位常分为周围性眩晕和中枢性眩晕,多见于高血压病、颈椎病、动脉硬化、脑供血不足等疾病^[1]。现代医学对其病因及发病机制尚不完全清晰,其治疗大多以对症处理为主,远期疗效不肯定。中医药治疗眩晕方法丰富、临床疗效肯定,具有明显减少发作次数和副作用较少的优点,然而,临证各家对眩晕病机的认识尚未统一,临床辨治亦各有侧重。基于临床治疗经验的文献整理研究尚较少,中医药防治眩晕病的用药规律亟待总结。因此本研究以古今名医治疗眩晕病的验方为对象,运用数据挖掘技术分析中医药治疗眩晕病的用药规律及潜在证候,以期为临床治疗提供思路。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究选取《古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷》^[2]中各医家治疗眩晕病的经验处方108首。其编入各卷中的古今医家均为声名显赫的大家,如张景岳、叶天士、郑钦安、张锡纯、刘渡舟、颜德馨、孔伯华、路志正、丁光迪等,并详细记载了古今临床中医大家的临证经验。

1.2 数据处理

1.2.1 诊断标准及中医辨证分型标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]和《中医病证诊断疗效标

准》^[4]将诊断标准及证候分型标准制定如下。

诊断标准:(1)自身有旋转或晃动感,或目眩,或视物旋转感,或自觉头晕、昏沉及晕胀不适;(2)可伴恶心呕吐,眼球震颤,耳鸣耳聋,汗出,面色苍白等。(3)慢性起病逐渐加重,或急性起病,有反复发作。

中医证候分型标准:(1)风阳上扰证:眩晕耳鸣,头痛且胀,易怒,失眠多梦,或面红目赤,口苦。舌红、苔黄,脉弦滑。(2)痰浊上蒙证:头重如裹,视物旋转,胸闷作恶,呕吐痰涎。苔白腻,脉弦滑。(3)气血亏虚证:头晕目眩,面色淡白,神倦乏力,心悸少寐。舌淡、苔薄白,脉弱。(4)肝肾阴虚证:眩晕久发不已,视力减退,少寐健忘,心烦口干,耳鸣,神倦乏力,腰膝酸软。舌红、苔薄,脉弦细。

1.2.2 纳入标准和排除标准 **纳入标准:**(1)符合中医眩晕病的诊断标准;(2)处方具有完整的药物组成和明确的剂量;(3)疗效肯定的内服方剂。**排除标准:**(1)同一首验方的重复使用;(2)只阐述中医理论,缺乏具体方药;(3)以中成药制剂施治而愈。

1.3 数据录入与规范化 按照《中华人民共和国药典》^[5]对所选方剂中的中药名称进行统一规范,例如:“元参”统一命名为“玄参”、“丹皮”统一命名为“牡丹皮”、“杭菊”统一命名为“菊花”、“龟版”统一命名为

基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(81403334)

“龟甲”、“竹二青”统一命名为“竹茹”等。数据录入由2人独立完成,并对数据的一致性进行检验。

1.4 数据清洗 提取《古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷》中符合纳入标准的有效处方,建立眩晕病的中医药处方数据库。运用频次分析法、关联规则分析法归纳其药物使用频次及常用药物组合;通过复杂系统熵聚类法与无监督的熵层次聚类分析法挖掘其潜在的用药组合及新处方。

2 结果

2.1 单味中药的使用频次分析 本研究共纳入处方108首,涉及中药198种,药物使用总频次达1119次,高频药物(使用频次在15次以上)有19种,排序居前10位的中药分别是:茯苓(4.47%)、半夏(2.95%)、菊花(2.77%)、陈皮(2.05%)、甘草(2.05%)、牡蛎(1.97%)、白芍(1.97%)、天麻(1.88%)、石决明(1.88%)、当归(1.88%),具体见表1。

表1 使用频次>15次的药物

序号	中药名称	频数(%)	序号	中药名称	频数(%)
1	茯苓	50 (4.47)	11	泽泻	20 (1.79)
2	半夏	33 (2.95)	12	白术	20 (1.79)
3	菊花	31 (2.77)	13	党参	20 (1.79)
4	陈皮	23 (2.05)	14	枳实	19 (1.70)
5	甘草	23 (2.05)	15	川芎	18 (1.61)
6	牡蛎	22 (1.97)	16	牛膝	18 (1.61)
7	白芍	22 (1.97)	17	钩藤	17 (1.52)
8	天麻	21 (1.88)	18	生地黄	16 (1.43)
9	石决明	21 (1.88)	19	磁石	16 (1.43)
10	当归	21 (1.88)			

2.2 基于关联规则的常用药物组合分析 将“支持度个数”设置为11(>10%,表示至少在11首方剂中出现),得出常用药物组合20组,涉及中药12种,见表2。

表2 治疗眩晕病常用药物组合

序号	药物组合	出现频度	序号	药物组合	出现频度
1	半夏 茯苓	22	11	半夏 泽泻	11
2	半夏 陈皮	15	12	半夏 天麻	11
3	陈皮 茯苓	14	13	党参 甘草	11
4	菊花 茯苓	14	14	党参 茯苓	11
5	茯苓 天麻	14	15	甘草 茯苓	11
6	陈皮 甘草	12	16	茯苓 泽泻	11
7	白术 茯苓	12	17	茯苓 钩藤	11
8	菊花 天麻	12	18	白芍 茯苓	11
9	半夏 陈皮 茯苓	12	19	茯苓 枳实	11
10	半夏 甘草	11	20	半夏 茯苓 天麻	11

2.3 基于复杂系统熵聚类的核心药物分析 以改进互信息法的分析为基础,按照相关系数与惩罚系数进行约束,通过无监督的熵层次聚类算法提取核心药物群5个,详见表3;并绘制网络可视图,见图1。

表3 基于熵层次聚类分析的核心药物群

序列号	核心药物	功效	潜在证候
C1	升麻 黄芪 柴胡 代赭石 知母 荷叶	益气升阳 清热降逆	清阳不升证
C2	钩藤 菊花 天麻 桑叶 牡丹皮 栀子	平抑肝阳 清热凉血	风阳上扰证
C3	吴茱萸 阿胶 香附 川楝子	温中暖肝 行气养血	阴盛寒阻证
C4	丹参 赤芍 制天南星 红花 苏木	活血化瘀 燥湿化痰	痰瘀互结证
C5	羚羊角 焦栀子 郁金 桑白皮	清热凉肝 息风解郁	肝热犯头证

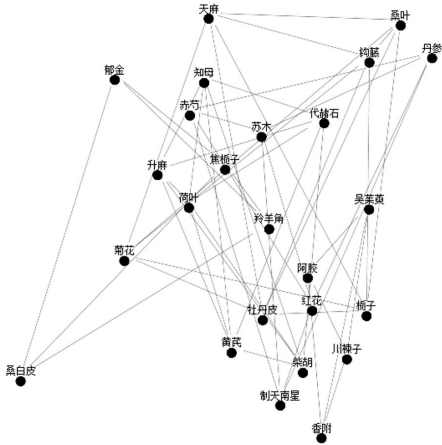


图1 核心药物群的网络可视图

3 讨论

眩晕常以自身旋转或晃动感、视物旋转、自觉头晕不适等症状为主要临床表现,按临床表现和发病特点可归属中医学“眩冒”等范畴,其病理因素涉及风、火、痰、瘀、虚,基本病机为本虚标实,本虚为气血阴阳亏虚;标实则以痰浊、血瘀、阳亢为主^[6]。治疗上多从中焦入手,认为脾胃乃后天之本,为全身气血运行之枢纽。如国医大师颜德馨^[7]认为,六气外袭、痰浊内停、瘀阻清窍是导致眩晕发作的主要病因病机,提倡“脾统四脏”学说,善从脾胃入手,治以益气升阳为主;另外,国医大师路志正亦认为“脾虚失运痰湿生”是眩晕病机的关键,倡导在健脾益气、燥湿化痰、升清降浊的同时灵活变通^[8]。与此同时,亦要根据不同证候的临床特点辨证施治,以提高疗效。

3.1 常用药物组合分析 基于关联规则分析得出常用药物组合20个,其中茯苓、半夏出现频次位前,茯苓甘淡,善健脾利湿以助半夏化痰之力;半夏辛温,功能燥湿化痰、降逆止呕,《金匱要略》中小半夏加茯苓汤正是以此二药合用治疗心悸、心下痞以及膈间有水等;李东垣曾指出“足太阴痰厥头

晕非半夏不能疗;眼黑头眩,虚风内作非天麻不能除。”半夏性燥体滑、能散能走,善治头眩痰厥、咳逆头痛;天麻疏散气、通血脉、直入肝经,善治诸风掉眩、眼黑头眩;天麻与菊花相配功能平肝阳、息肝风、散风热、通经络以达平肝息风、祛风通络之效。据以药测证理念可知,古今名医治疗眩晕病以痰浊上蒙、风阳上扰证最为常见,化痰降浊、息风潜阳应是其核心治法。

3.2 核心药物分析 运用聚类分析法获得5个核心药物群,C1益气升阳兼清热降逆,适用于头晕、活动后加重、神疲乏力、心烦少寐伴舌淡苔白、脉细弱者;C2平抑肝阳,清热凉血,适用于眩晕耳鸣、头痛且胀、面红目赤、口苦咽干、心烦易怒伴舌红苔少脉弦者;C3温中暖肝,行气养血,适用于头晕而痛、神疲肢冷、呕吐痰涎、脘腹疼痛、大便稀薄伴舌淡苔白滑脉沉迟者;C4活血化痰、燥湿化痰,适于头晕头痛、视物旋转、失眠健忘、心悸胸闷、疲倦无力伴舌暗脉弦滑者;C5为苦寒之剂,功能清热凉肝、息风解郁、利水平喘,适用于头晕目赤、视物旋转、肺热咳喘、情志不舒伴舌红脉弦细者。

3.3 潜在证候分析 目前眩晕病的临床证候分型仍较单一,从证候分布来看,鲍氏等^[9]归纳整理4541例眩晕病例得出,肝肾阴虚型占比最高(39.20%),其次是痰浊内蕴型(34.90%)、气血亏虚型(10.55%)、肾精不足型(8.30%)和痰瘀互结型(2.55%);刘氏等^[10]统计分析256例眩晕患者证候资料显示,痰浊上扰型多达122例占47.7%、阴虚阳亢型83例占32.4%、气虚清阳不升型51例占19.9%;另外,沈氏等^[11]从证候的演变研究,认为本病早期多为风阳上扰,中期以痰浊上蒙、气血亏虚为主,后期则发展为肝肾亏虚。然而,眩晕病的发病涉及神经、耳鼻喉和内科等众多领域;人们的生活方式和起居规律也在不断地变化,现有的证候分型恐不能满足临床辨治的需要。因此,本研究通过聚类分析获得了清阳不升证、肝阳上亢证、阴盛寒阻证、痰瘀互结证、肝热上扰证5个潜在证型,如中焦虚寒,浊阴上逆,干犯清窍,阻遏精气上荣而致眩晕,此为阴盛寒阻证,应治以温中暖肝、行气养血。此外,眩晕以中老年人最为多见,如《内经》所述:“年四十,而阴气自半也。”再加上老年人肝肾亏虚,脾胃运化无力,易生痰瘀,迁延不愈,而终成痰瘀互结证,需施以活血化痰,燥湿化痰。

本研究采用数据挖掘及聚类分析的方法对《古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷》中治疗眩晕病的经验处方进行分析,揭示了其组方用药的潜在规律,对

眩晕病临床辨治方案的优化进行了有益探索,但由于样本量有限、分析角度不全面等问题,仍有待进一步深入探讨。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010,43(5):369.
- [2] 单书健,陈子华.古今名医临证金鉴[M].北京:中国中医药出版社,2011:7.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:24.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1995:23.
- [5] 国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].北京:中国医药科技出版社,2010:1.
- [6] 张怀亮,李丹.眩晕中医证素的文献研究[J].中医临床研究,2015,7(10):72.
- [7] 杨志敏,严夏,刘泽银,等.颜德馨教授治疗眩晕经验介绍[J].新中医,2002,34(6):9.
- [8] 刘建,路志正运用调理脾胃法治疗眩晕举隅[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(11):1457.
- [9] 鲍晨汝,邵义泽.眩晕中医证候分型文献分析[J].河北中医,2015,37(3):433.
- [10] 刘红梅,司维,鲁岳,等.眩晕的中医证候相关因素分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2015,17(12):2553.
- [11] 沈绍祥,丁有钦.756例眩晕证病例分析及证治规律探讨[J].广州中医药大学学报,1996,13(3):9.

第一作者:董建平(1990—),男,硕士研究生,研究方向为中医药防治老年性疾病。

通讯作者:庞树朝,医学博士,主治医师。da shu198601@163.com

收稿日期:2017-06-12

编辑:吕慰秋

