

中医药治疗缺血性中风痰湿证的用药规律研究

孙一凡¹, 张昌林¹, 毛慧¹, 李国铭^{1,2,3}, 赵敏^{1,2,3}, 廖映迪¹, 蓝嘉盈¹, 招远祺^{1,2,3}(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510006; 2. 广东省中医院脑病一科, 广东 广州 510120; 3. 省部共建中医湿证国家重点实验室/广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120)

摘要: **目的** 通过文献整理及数据挖掘总结中医药治疗缺血性中风痰湿证的临床用药规律。**方法** 分别检索中国期刊全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、万方数据库(WanFang Data)、维普数据库中关于中医药治疗缺血性中风痰湿证的临床研究文献。按照纳入、排除标准筛选后建立数据库, 利用频次统计、聚类分析、复杂网络分析等方法研究临床用药的频次、中药属性(性味、归经、功效)、常用配伍及核心处方等规律。**结果** 共纳入 117 篇文献, 包括 53 种处方, 涉及 5 063 例患者, 在痰湿主证基础上兼有风、火热、血瘀、气虚等证素。其中针对痰湿证素使用频次较高的药物为茯苓、半夏、甘草、白术、陈皮等; 性味以温、寒、平性及苦、甘、辛味为主, 归经以脾经、肝经以及胃经为主; 具有较强关联的药物组合为陈皮-茯苓、白术-茯苓、半夏-茯苓等; 核心处方以半夏白术天麻汤、星蒺承气汤、补阳还五汤为基础加减。**结论** 祛湿化痰类中药是治疗缺血性中风痰湿证的基础用药, 同时随证加减熄风、清热、活血、益气等药物有助于取得更理想疗效。

关键词: 缺血性中风; 痰湿证; 化痰祛湿; 数据挖掘; 用药规律

中图分类号: R255.2; R249; R289 **文献标志码:** A **文章编号:** 1003-9783(2021)10-1568-07

doi: 10.19378/j.issn.1003-9783.2021.10.023

Literature Research on Medication Rules of Traditional Chinese Medicine in Treatment of Ischemic Stroke with *Phlegm-Dampness Syndrome*

SUN Yifan¹, ZHANG Changlin¹, MAO Hui¹, LI Guoming^{1,2,3}, ZHAO Min^{1,2,3}, LIAO Yingdi¹, LAN Jiaying¹, ZHAO Yuanqi^{1,2,3}(1. The Second Clinical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China; 2. Encephalopathy Center of Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou 510120 Guangdong, China; 3. State Key Laboratory of Dampness Syndrome of Chinese Medicine, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510120 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To summarize the clinical medication rules of traditional Chinese medicine in treatment of ischemic stroke with *phlegm-dampness syndrome*, so as to provide reference for clinical syndrome differentiation and new drug development of apoplexy. **Methods** Clinical research literatures in treating apoplexy with *phlegm-dampness syndrome* were reviewed in China national knowledge infrastructure database (CNKI), China biology medicine disc (CBM), Wanfang digital database and Vip citation databases. The data of TCM prescriptions in included literatures were extracted and standardized. Methods of frequency statistics, cluster analysis and complex network analysis were used to study the frequency of clinical application of drugs, drug information (four natures, five flavors, and channel tropism), common drug combinations and core prescriptions. **Results** Totally, 117 qualified documents were included, involving 53 prescriptions. There were a total of 5 063 patients being treated. On the basis of the main syndrome of *phlegm-dampness*, those patients can have the syndrome elements

收稿日期: 2020-11-30

作者简介: 孙一凡, 男, 硕士研究生, 研究方向: 中医药治疗神经系统疾病。Email: 943099382@qq.com。通信作者: 招远祺, 男, 博士, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 脑血管疾病及其他神经内科疾病的中西医结合临床研究。Email: tcm2008@126.com。

基金项目: 省部共建中医湿证国家重点实验室(SZ2020ZZ23); 广东省中医药局科研项目(20202069)。

such as *wind*, *heat*, *blood stasis*, and *qi deficiency*. Among them, the frequency of medication for *phlegm-dampness* syndrome in the top five is *Poria cocos*, *Pinelliae rhizoma*, *licorice*, *Atractylodes macrocephala* and dried *Citri reticulatae pericarpium*. The main properties and flavors of commonly used Chinese medicines were *warm*, *cold*, *mild* in nature, and bitter, sweet and pungent in flavor. Their main channel tropisms belong to *spleen*, *liver* and *stomach*. The closely related drug combinations are *Citri reticulatae pericarpium-Poria cocos*, *Atractylodes macrocephala-Poria cocos*, *Pinelliae rhizome-Poria cocos*, etc. The core prescription was based on the addition and subtraction of *Banxia Baizhu Tianma Tang*, *Xing Lou Chengqi Tang*, *Buyang Huanwu Tang*. **Conclusion** Herbs that can clear *dampness* and reduce *phlegm* were basic herbs in treating apoplexy with *phlegm-dampness* syndrome. Meanwhile, herbs of calming the *liver* to stop the *wind*, clearing *heat*, removing *blood stasis* and tonifying *deficiency* were modified with syndromes to achieve better effect. Our research provides some reference for the treatment and drug development for apoplexy with *phlegm-dampness* syndrome.

Keywords: Ischemic stroke; *phlegm-dampness* syndrome; removing *dampness* and dispelling *phlegm*; data mining; medication rule

中风病属西医学“脑卒中”的范畴,是一种常见的脑血管疾病,临床表现为急性局限性神经功能缺损症状^[1]。该病具有高发病率、高致残率、高致死率以及高复发率的特点,目前已居我国疾病死亡原因的首位^[2]。随着人口老龄化以及风险因素的积累,在全球范围内,卒中的终生风险已由 1990 年的 22.8% 增加到了 2016 年的 24.9%,未来的疾病负担仍可能进一步加重。因此,针对脑卒中的有效防治成为医药研究的重点^[3]。

传统中医学对于中风病的认识和治疗具有悠久历史。中风病病位在脑,与五脏密切相关,其发生多因风、火、痰、瘀、气、虚等诸多因素导致脏腑阴阳失调,气血逆乱^[4]。其中,痰湿证在中风病辨治理论体系中占有举足轻重的地位。《素问·通评虚实论》中就提出“凡治消瘴、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆,肥贵人则高粱之疾也”。现代流行病学研究^[5]也表明,高脂血症、糖尿病、肥胖、吸烟、饮酒等均为卒中的高危致病因素。因此,针对中风病痰湿证的治疗具有重要意义。随着历代医家对中风病痰湿证辨治的不断探索,以及临床研究的不断深入,中医药在治疗中风病痰湿证方面具有独特优势。然而,临床上中药处方灵活多变,祛湿、化痰等方药种类较多。为了更加精准地用药,提高临床疗效,本研究拟基于文献资料,系统整理现代研究中关于缺血性中风痰湿证治疗的常用方剂及药物组成,分析其用药规律。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 中风病西医诊断标准参照《中国急性

缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[6]中急性缺血性脑卒中的诊断标准;中风病中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[7];痰湿证辨证标准参照《缺血性中风证候诊断量表》^[8]进行证候诊断。

1.2 文献检索策略 检索数据库包括中国期刊全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、万方数据库(WanFang Data)、维普数据库。中文检索词:“脑梗死”“中风”“卒中”“脑卒中”“脑梗塞”“缺血性脑卒中”“缺血性中风”以及“痰湿”“痰湿证”“化痰祛湿”。采用主题词与自由词相结合的检索策略,检索各数据库自建库至 2020 年 4 月 10 日的所有文献。

1.3 纳入、排除标准 本研究纳入的中医药治疗中风病痰湿证的临床研究文献,要求疾病和证候的诊断符合上述诊断标准;研究类型包括临床随机对照试验、临床观察性研究、典型医案;治疗方药以口服汤剂为主,包括中药复方、单味中药等;中药处方完整,临床疗效明确(有效率 80%以上)。文献排除标准包括:(1)动物实验类、综述类、经验总结类文献;(2)以针灸、护理、熏洗等为主的非口服中药治疗的文献;(3)临床疗效不确切;(4)中药处方不完整。

1.4 数据处理与统计分析 由 2 名研究者独立进行文献筛选和资料提取,提取内容包括文献的题名、研究类型、中医证候、方名、药物组成、研究结果等信息,建立中医药治疗中风病痰湿证数据库。中药名、中药分类以及性味归经均按照《中药大辞典》^[9]和 2015 年版《中华人民共和国药典》^[10]进行规范,如将“云苓”统一为“茯苓”,“土白术”统一为

“白术”，“蚯蚓”统一为“地龙”，“怀牛膝”和“川牛膝”统一为“牛膝”等。采用 SPSS 25.0 统计软件对药物频次、剂量、药性、归经、功效等进行频次分析；采用古今医案云平台 V1.5 对治疗中风病痰湿证的中药进行关联分析、聚类分析以及复杂网络分析。

2 结果

2.1 文献纳入情况 通过中国知网、万方、维普、

CBM 数据库分别检索到相关文献为 798、792、506、1 014 篇。查重后根据纳入、排除标准进行筛选，最终获得文献 117 篇，涉及处方 37 首，另有自拟经验方 16 首，合计治疗患者 5 063 例。纳入研究在辨证为中风痰湿证型的基础上，兼有风、热、气虚、血瘀等证，其中以痰热腑实居多，具体见表 1。

表 1 中风病痰湿证(或兼风、热、气虚、血瘀)的临床常用方

Table 1 Common clinical treatment prescriptions for stroke with *phlegm-dampness syndrome* (or with *wind, heat, qi deficiency, blood stasis*)

中药处方	证型	病例数/例	百分比/%	中药处方	证型	病例数/例	百分比/%
星蒺承气汤	痰热腑实	1 118	22.08	二陈汤	痰湿中阻	70	1.38
桃核承气汤	痰热腑实	272	5.37	清热化痰通络方	痰热阻络	66	1.30
益气祛瘀涤痰汤	气虚血瘀痰浊	240	4.74	当归芍药散	气虚血瘀，痰瘀互结	60	1.19
半夏白术天麻汤	风痰阻络	223	4.40	导痰汤	痰浊上扰	60	1.19
黄连温胆汤	痰热内扰	169	3.34	通腑泻浊汤	痰热腑实	60	1.19
涤痰汤	痰湿蒙神	166	3.28	醒脑清汤	痰热腑实	60	1.19
化痰通络汤	痰湿瘀阻	154	3.04	通络愈风汤	血瘀痰阻	55	1.09
星蒺通腑汤	痰热腑实	150	2.96	醒神汤	痰湿蒙神	51	1.01
通腑泻热汤	痰热腑实	140	2.77	通腑泄浊活血方	痰热腑实	50	0.99
大承气汤	痰热腑实	135	2.67	真方白丸子	风痰入络	41	0.81
参苓白术散	痰湿证	105	2.07	中风防治灵 I 号	痰热腑实	40	0.79
四联汤	痰、湿、瘀互阻	102	2.01	祛痰瘀清热方	痰热瘀滞	36	0.71
通腑化痰汤	痰热腑实	100	1.97	中风防治灵 II 号	痰湿蒙神	36	0.71
化痰解毒通腑方	痰热腑实	98	1.93	通腑泄热化痰合剂	痰热腑实	33	0.65
大柴胡汤	痰热腑实	98	1.93	化痰通络饮	痰瘀阻络	32	0.63
清脑益元汤	痰热腑实	93	1.83	化痰通腑降浊汤	痰热腑实	31	0.61
大黄通腑汤	痰热腑实	80	1.58	温胆汤	痰热内扰	31	0.61
益肾通脉方	肾虚血瘀痰阻	80	1.58	仙方活命饮	气郁痰阻	30	0.59
天麻钩藤饮	风火痰阻	74	1.46	自拟方	略	624	12.30

2.2 用药频次统计 对录入数据库的治疗中风痰湿证中药处方进行药物频次统计，总用药频次为 1 059 次，按频次高低进行排序，使用频次排前 20 位的药物见表 2。其中，排前 10 位的分别为大黄、胆南星、瓜蒌、半夏、石菖蒲、枳实、茯苓、甘草、地龙、芒硝。对中风病痰湿证及兼有风、热、气虚、血瘀等证的中药处方进行分组统计(见表 3)，结果显示痰湿为主证者，用药频次前 5 位分别为茯苓、半夏、甘草、白术、陈皮；痰湿兼有血瘀者，用药频次前 5 位分别为半夏、天麻、白术、红花、甘草；痰湿兼有火热者，临床表现伴有腑实，用药频次前 5 位分别为大黄、瓜蒌、胆南星、枳实、芒硝；痰湿兼有气虚血瘀者，用药频次前 5 位分别为黄芪、当归、石菖蒲、地龙、川芎；痰湿兼有风证者，用药频次

前 5 位分别为天麻、半夏、茯苓、栀子、钩藤。可以看出，治疗中风病痰湿证的药物以健脾祛湿、燥湿化痰药为主，同时根据患者实际情况辨证加减清热泻火、活血化瘀、益气、平肝熄风等药物，体现了中风病痰湿证辨证论治及整体观的思想。

2.3 四气、五味、归经统计 结果见图 1。中风病痰湿证治疗用药以温性、寒性、平性的中药居多。温性药物使用频次最高达 288 次，体现了“病痰饮者，当以温药和之”的理论思想。此外，中风病痰湿证兼有热象者，多佐以寒性药物治疗。中风病痰湿证治疗用药以苦、甘、辛味为主，其中苦味药物使用频次最高达 558 次，甘味药物使用频次为 390 次。苦味药居多，体现其“能泄、能燥、能坚”，与燥湿化痰的原则相符；甘味药“能补、能和、能缓”，具

表 2 中风病痰湿证(或兼风、热、气虚、血瘀)的临床常用中药

Table 2 Situation of commonly used Traditional Chinese Medicine (TCM) in clinical treatment of stroke with *phlegm-dampness* syndrome(or with *wind*, *heat*, *qi* deficiency and *blood stasis*)

序号	中药	频次/次	百分比/%	序号	中药	频次/次	百分比/%
1	大黄	69	6.51	11	丹参	30	2.83
2	胆南星	59	5.57	12	陈皮	30	2.83
3	瓜蒌	51	4.81	13	郁金	26	2.46
4	半夏	48	4.53	14	川芎	25	2.36
5	石菖蒲	42	3.97	15	赤芍	25	2.36
6	枳实	40	3.78	16	天麻	23	2.17
7	茯苓	37	3.49	17	白术	22	2.08
8	甘草	36	3.40	18	当归	21	1.98
9	地龙	34	3.21	19	桃仁	19	1.79
10	芒硝	33	3.11	20	水蛭	19	1.79

表 3 中风病痰湿证证素组合临床常用中药分布

Table 3 Commonly used traditional Chinese medicine in clinical treatment of element combination of stroke with *phlegm-dampness* syndrome

证型(纳入文献数)	中药	频次/次	最小剂量/g	最大剂量/g
痰湿(17 篇)	茯苓	16	10	30
	半夏	12	9	15
	甘草	11	5	15
	白术	11	9	20
	陈皮	11	10	15
痰瘀(7 篇)	半夏	7	6	15
	天麻	5	10	35
	白术	5	12	15
	红花	5	10	10
	甘草	4	6	15
痰热(73 篇)	大黄	65	3	20
	瓜蒌	50	10	40
	胆南星	47	6	15
	枳实	34	6	20
	芒硝	33	9	30
痰湿兼气虚、血瘀(13 篇)	黄芪	13	20	60
	当归	12	12	15
	石菖蒲	12	9	10
	地龙	11	9	15
	川芎	11	12	15
风痰(6 篇)	天麻	6	10	32
	半夏	4	9	16
	茯苓	4	15	20
	栀子	3	8	10
	钩藤	3	10	15

有补脾益气之功。中风病痰湿证用药归经前 5 位依次是脾(498 次)、肝(495 次)、胃(443 次)、肺(413 次)、心(311 次)。

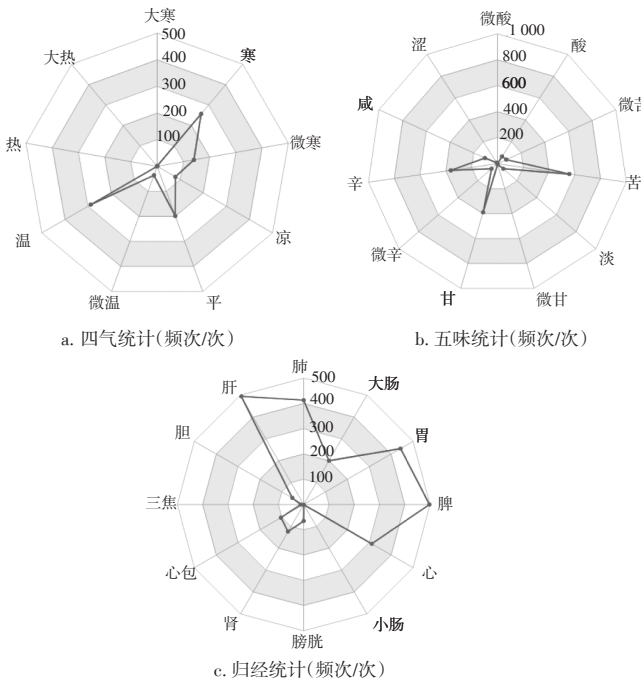


图 1 中风病痰湿证处方中药的四气、五味、归经统计图

Figure 1 The statistical chart of four *qi*, five flavors and meridian tropism of TCM prescriptions for stroke with *phlegm-dampness* syndrome

2.4 基于关联规则的组方规律分析 关联规则是数据挖掘中的一种重要的分析技术，其目的是找出数据集中隐含的关联性。通过关联分析，可以发现中风病痰湿证及兼有风、热、气虚、血瘀等证中药处方数据中的中药配伍组合关系。置信度的含义为关联规则(A 药-B 药)中 A 药出现时，B 药同时出现的概率；支持度表示 A、B 药同时出现的概率或频次；提升度则反映了两药的相关性。通过关联分析可以直观地展示药物之间的关联强弱。

按支持度高低排序，选取各证素组合前 5 位的配伍中药，具体见表 4。结果发现，对于痰湿主证中有较强关联的药物组合为陈皮-茯苓、白术-茯苓、半夏-茯苓等，支持度均大于 0.60；对于痰湿兼有血瘀证素中有较强关联的药物组合为红花-半夏、白术-半夏、天麻-半夏等，支持度均大于 0.70；对于痰湿兼有火热证素中有较强关联的药物组合为瓜蒌-大黄、胆南星-大黄、胆南星-瓜蒌等，支持度均大于 0.50；对于痰湿兼有气虚血瘀证素中有较强关联的药物组合为石菖蒲-黄芪、当归-黄芪、赤芍-黄芪等，支持度均大于 0.80；对于痰湿兼有风者，有较强关

联的中药组合为茯苓-天麻、半夏-天麻、钩藤-天麻，支持度均大于 0.50。

表 4 中风病痰湿证证素组合临床常用配伍模式
Table 4 Commonly used medicine suits in clinical treatment of element combination of stroke with *phlegm-dampness* syndrome

证型(n=纳入文献数)	关联规则(A 药-B 药)	频次/次	置信度	支持度	提升度
痰湿(n=17)	陈皮-茯苓	11	1.00	0.65	1.06
	白术-茯苓	11	1.00	0.65	1.06
	半夏-茯苓	11	0.92	0.65	0.98
	半夏-陈皮-茯苓	10	1.00	0.59	1.06
	甘草-茯苓	10	0.91	0.59	0.97
痰瘀(n=7)	红花-半夏	5	1.00	0.71	1.00
	白术-半夏	5	1.00	0.71	1.00
	天麻-半夏	5	1.00	0.71	1.00
	白术-天麻	5	1.00	0.71	1.41
	天麻-白术	5	1.00	0.71	1.41
痰热(n=73)	瓜蒌-大黄	49	0.98	0.67	1.10
	大黄-瓜蒌	49	0.75	0.67	1.11
	胆南星-大黄	45	0.96	0.62	1.08
	胆南星-瓜蒌	42	0.89	0.58	1.31
	瓜蒌-胆南星	42	0.84	0.58	1.31
痰湿兼气虚、血瘀(n=13)	石菖蒲-黄芪	12	1.00	0.92	1.00
	当归-黄芪	12	1.00	0.92	1.00
	黄芪-石菖蒲	12	0.92	0.92	1.00
	黄芪-当归	12	0.92	0.92	1.00
	赤芍-黄芪	11	1.00	0.85	1.00
风痰(n=6)	茯苓-天麻	4	1.00	0.67	1.00
	半夏-天麻	4	1.00	0.67	1.00
	钩藤-天麻	3	1.00	0.50	1.00
	栀子-天麻	3	1.00	0.50	1.00
	栀子-茯苓	3	1.00	0.50	1.49

2.5 中药聚类分析 采用最长距离算法对用药频数≥20 次的 18 味中药进行聚类分析，结果见图 2。结果表明，按欧氏距离=8 进行分类，可将上述药物分为 3 类，第 1 类为陈皮、茯苓、半夏、白术、天麻、甘草、丹参、枳实；第 2 类为当归、川芎、赤芍、郁金、石菖蒲、地龙；第 3 类为瓜蒌、大黄、胆南星、芒硝。

2.6 中风病痰湿证的核心方药组成 通过复杂网络分析，选取边权重≥2 500 的中药，获得中风病痰湿证(或兼风、热、气虚、血瘀证素)所使用的核心方药组成，具体见图 3。其药物组成包括半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、甘草、石菖蒲、郁金、胆南星、瓜蒌、大黄、芒硝、川芎、赤芍、丹参、桃仁、当归、地龙、水蛭。从方剂组成分析，其所用

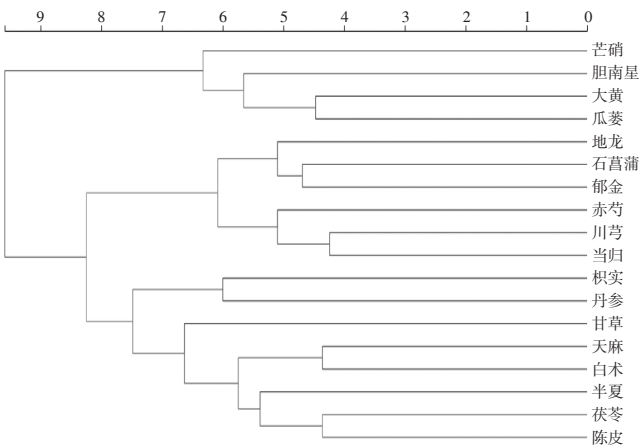


图 2 中风病痰湿证处方中药的聚类分析
Figure 2 Cluster analysis of TCM prescriptions for stroke with *phlegm-dampness* syndrome

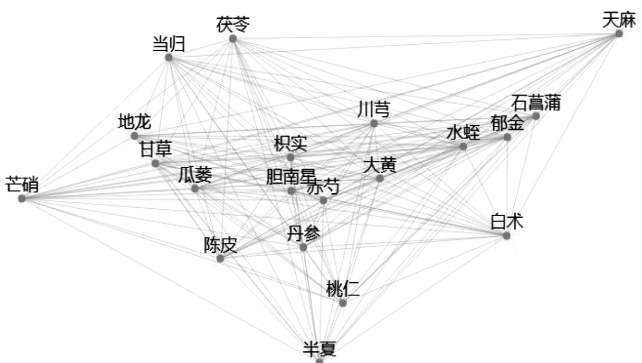


图 3 中风病痰湿证处方中药的复杂网络分析
Figure 3 Complex network analysis of TCM prescriptions for stroke with *phlegm-dampness* syndrome

的核心方药组成为半夏白术天麻汤、星蒌承气汤及补阳还五汤加减。

3 讨论

中风病的发生、发展与痰湿密切相关^[11]。《素问》有云：“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，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也”，协调的脏腑功能是维持人体气血津液正常代谢的重要保障。随着人们生活水平的提高，出现过食肥甘厚味、喜食生冷、嗜烟酒及运动量减少等不良生活习惯，或素体肥胖，以致脾胃损伤，失于健运，水谷精微酿湿生痰。痰湿停留体内，阻滞气机，致脏腑气机升降失常，经络运行阻滞不畅^[12]，上蒙清窍，内闭经络，遂致中风。痰湿不仅是中风病脏腑功能失调、气血津液代谢失常的病理产物，同时也进一步阻碍脏腑功能和气血津液运行，从而影响疾病转归。

本研究通过文献分析,初步探究了中医药治疗中风病痰湿证的用药规律。对于中风病痰湿单一因素,用药以茯苓、半夏、甘草、白术、陈皮居多。善治痰湿者,必健中焦脾胃。茯苓性平味甘,利水渗湿,兼以扶正健脾。半夏性温味辛,燥湿化痰,消痞散结,善治脏腑内生痰湿。甘草具有补脾益气之功效,如《本草从新》言:“甘草可补脾胃不足”,通过补脾健脾的“治本”之法以助化解痰湿。白术味苦而甘,燥湿实脾,又能缓脾生津。陈皮苦温燥湿,理气健脾,为治痰之要药。诸药共奏健脾利湿化痰之功效,得到相关药理研究证据^[13-17]的支持。中风病病机复杂,病变可涉及多个脏腑,其发生发展是一个动态演变的过程。痰湿作为其中重要的病理因素贯穿始终,但也常夹杂其他证素同时出现。在中风病急性期以痰、血瘀、风证、火热证为主,恢复期则以痰、血瘀居多,到中风后遗症期,气虚证逐渐突显,同时还有痰、血瘀等证候表现^[18]。因此,对于中风病痰湿证者,临证时应以祛湿化痰为主要治法,必要时应结合患者风、火热、血瘀、气虚等证素表现,辅以熄风、清热、活血、益气等治法,往往能达到更理想的治疗效果。

中风病痰湿证用药从药物四气来看,以温、寒、平为主。“病痰饮者,当以温药和之”,痰湿为阴邪,得温则宣化,因此在中风病痰湿证中多投以温药,行水化饮,饮消津布。痰湿内聚,久郁化热,故对于中风病痰湿兼有火热者,主张“热者寒之”,佐用寒性药物,清热泻火。平性药物药性缓和,加之老年中风患者,多有本虚,需慎用峻猛之药,故兼以平性药物平补平泻。从药物五味来看,以苦、甘、辛为主。苦味药“能泄、能燥、能坚”,善燥脾湿而化痰浊。甘味药“能补、能和、能缓”,补益气血阴阳,和中渗利。此外,严氏《济生方·痰饮论治》有云:“顺气为先,分导次之,气顺则津液流通,痰饮运下,自小便中出”,故用辛味药,发散行气,气机通调,水湿痰浊易化。此外,辛甘合用,更能行水化湿而不耗气伤阴,补中与祛湿兼得。从药物归经来看,以脾、肝、胃经为主。脾主运化,喜燥而恶湿,胃主腐熟,脾胃功能失调,影响气血精微输布,容易聚湿生痰,故常有“脾为生痰之源”的说法。因此,对于中风病痰湿证患者,多选归脾胃经的药物。中风病猝然昏仆,半身不遂等症状与《素问·至真要大论》中记载的“诸风掉眩,皆属于肝”相符。肝属木,易生风动血,上扰清窍,脑脉闭阻,遂为卒中。故从肝经选药,调理

肝脏,有利于气血恢复正常运行,改善中风症状。诸药之性味归经,切中中风病痰湿证病机,体现了中医个体化治疗的优势。

对中风病痰湿证用药聚类分析发现,其主要分为祛湿化痰、活血化瘀、清热泻火 3 类,并且在关联规则中也发现化痰药常与理气药、利水渗湿药、活血药、清热药配伍使用。第 1 类药物的主要功效是健脾和胃、祛湿化痰,“脾为生痰之源”,痰湿内阻的形成与脾失健运有很大关系,因此在化痰药的基础上配伍健脾之茯苓、白术、甘草等,促进脾脏运化水湿,痰湿得化,则诸症得减。痰湿闭阻,血行凝滞,日久成瘀,渐致痰瘀互结之症,因此方剂中多配伍活血化瘀类药物,如当归、川芎、赤芍、地龙等,共奏活血祛瘀,通经活络之效。此外,痰湿停留日久易与热结,与临床上观察到的中风患者证候演变过程相符^[19],亦如《诸病源候论》所云:“热痰者,谓饮水浆结积所生也”。因此,对于痰湿兼有火热者,往往配伍瓜蒌、大黄、胆南星等以清热泻火涤痰。

通过复杂网络分析,获得中风病痰湿证(或兼风、热、气虚、血瘀证素)治疗所使用的核心方药组成,包括半夏白术天麻汤、星蒌承气汤、补阳还五汤加减。《医学新悟》中提到:“湿痰壅遏者,非天麻、半夏不除是也,半夏白术天麻汤主之”,该方具有健脾祛湿,熄风化痰的功效。研究^[20]显示,半夏白术天麻汤可有效改善痰湿中阻型中风病患者的神经功能。星蒌承气汤具有清热化痰开窍之功,对痰热闭阻及痰热腑实的中风尤为对症,一项系统评价^[21]表明,其可提高缺血性脑卒中痰热腑实证患者的日常生活能力,降低神经功能缺损评分以及 NIHSS 评分,并可改善血流动力学指标和机体炎性反应。清代王清任在《医林改错》中记载:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,提出中风病是由气虚致血瘀的病机,并创补阳还五汤。因此,对于痰湿证兼有气虚血瘀的患者,往往还需佐以益气活血化痰药^[22],取黄芪、当归益气养血,川芎、赤芍、丹参、桃仁、地龙等活血化瘀通络。

综上所述,本研究一定程度上揭示了中医药治疗中风病痰湿证的用药规律,可为临床用药及相关药物研发提供一定参考。但本研究属于回顾性文献研究,纳入文献数据有限且缺少对文献证据质量的评价,因此可能带来一定研究偏倚。另外,因文献研究设计问题,未能收集处方药物的君、臣、佐、使关系。因此,仍需开展大规模、前瞻性的结合中风

病分型的临床试验,并结合现代科学技术开展相关药物的药理药效研究,以期为中医药治疗中风病提供更为确凿的证据。

参考文献:

- [1] 中国中西医结合学会神经专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.
- [2] GBD 2016 NEUROLOGY COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(5): 459-480.
- [3] VIRANI S S, ALONSO A, BENJAMIN E J, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the american heart association[J]. Circulation, 2020, 141(9): e139-e151.
- [4] 滕晶. 中风病病因病机理论探析[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(5): 962-963.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑血管病一级预防指南2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 684-709.
- [6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [7] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [8] 高颖, 马斌, 刘强, 等. 缺血性中风证候要素诊断量表编制及方法学探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2097-2101.
- [9] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005.
- [10] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典: 一部[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015.
- [11] 沈王明, 李志强. 从痰论治中风探析[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(7): 1675-1677.
- [12] 刘淑芳. 浅谈痰湿型中风的证治[J]. 中医杂志, 2006, 47(8): 637.
- [13] 崔鹤蓉, 王睿林, 郭文博, 等. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 西北药学杂志, 2019, 34(5): 694-700.
- [14] 左军, 牟景光, 胡晓阳. 半夏化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(9): 26-29.
- [15] 李冀, 李想, 曹明明, 等. 甘草药理作用及药对配伍比例研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(7): 83-87.
- [16] 顾思浩, 孔维崧, 张彤, 等. 白术的化学成分与药理作用及复方临床应用进展[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(1): 69-73.
- [17] 宋保兰. 陈皮药理作用[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(8): 132-133, 160.
- [18] 杨利, 黄燕, 蔡业峰, 等. 1418例中风患者痰瘀证候分布和演变规律探析[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(6): 459-460.
- [19] 黄燕, 赵敏, 蔡业峰, 等. 4077例缺血性中风患者中医证候要素分布特点及规律[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(7): 759-761.
- [20] 宋立辉. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型急性缺血性脑卒中25例[J]. 光明中医, 2017, 32(10): 1428-1429.
- [21] 姚钰宁, 周波, 付高爽, 等. 星蒺承气汤加减治疗急性缺血性脑卒中痰热腑实证效果的系统评价[J]. 北京中医药, 2020, 39(1): 50-55.
- [22] 王建伟, 郭蓉娟, 王嘉麟, 等. 中风病气虚血瘀证用药规律文献研究[J]. 中医杂志, 2018, 59(1): 69-73.

(编辑: 邹元平)