

带下病组方用药规律分析

于莹¹ 张功² 黄海量² 韩涛^{2*}

(1. 山东中医药大学 2014 级硕士研究生, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学, 山东 济南 250355)

摘要:目的 分析近 30 年 CBM、CNKI、VIP、Wan fang data 等国内中文数据库中收录治疗带下处方的组方规律。**方法** 搜集并筛选现代临床文献中主治带下病的处方, 使用中医传承辅助系统软件进行数据录入及处理, 对筛选治疗带下的处方进行药物频次及关联规则分析, 提取高频药物及高关联规则的药物组合。**结果** 筛选出符合纳入标准的处方 126 首, 共涉及 182 味药物, 提取 7 味常用药物(支持度 20%, 置信度 0.6)和两味核心药物组合(支持度 25%, 置信度 0.6)。**结论** 治疗带下病应以健脾益气、清热利湿为主要治法, 根据兼证配伍疏肝、化痰、活血、升阳、温肾等药物。

关键词: 中药复方; 带下; 中医传承辅助系统; 组方用药规律

中图分类号: R 287 **文献标识码:** A **文章编号:** 2096-1340(2016)03-0101-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2016.03.038

带下病是以带下量明显增多, 色质、气味发生异常或伴有全身、局部症状而命名^[1], 多见于现代医学的阴道、宫颈等炎症疾病。带下病是临床常见病、多发病, 缠绵反复、不易速愈, 为日常生活带来了诸多困扰。中医治疗该病具有极大优势, 且现代临床上治疗带下病的处方颇多, 分析并总结处方中的组方用药规律, 对提高中医临床疗效具有重要的意义。本文运用中医传承辅助系统软件(V2.5)对临床治疗带下病的组方用药规律进行系统分析, 并获取了一定的成果。

1 资料与方法

1.1 处方来源 检索 1985 年 1 月~2014 年 12 月中国生物医学文献数据库(CBM)、中国期刊全文数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据库等国内中文数据库中临床随机对照或半随机对照、队列研究及病例对照研究中治疗带下病的中药复方。

1.2 纳入标准 有明确带下病诊断标准; 方剂组成药物完全公开且组方完整的文献。

1.3 排除标准 将含有西药、中西结合用药、中成药、重复发表的文献等删除。

1.4 处方录入及核对 符合纳入标准的 126 首处

方录入到“中医传承辅助系统”中。针对处方中所出现药物名称按《中药大辞典》《中国药典》中记载的药名进行统一规范, 如方中“乌贼骨”, 统一录入为“海螵蛸”; 方中“破故纸”, 统一录入为“补骨脂”; 方中“仙灵脾”, 统一录入为“淫羊藿”等, 为确保数据挖掘结果的准确性和真实性, 完成录入后再由双人负责录入审核。

1.5 数据分析

1.5.1 数据提取 运用“中医传承辅助平台系统(V2.5)”中“数据分析”模块, 在中医疾病中输入“带下病”提取所录入的数据信息。

1.5.2 药物频次分析 对治疗带下病所有处方中所用药物进行“频次分析”, 且按照药物从高到低排序, 对高频药物进行列表。

1.5.3 药物关联规则分析 运用软件“组方规律”模块进行分析, 将支持度设置 15%, 置信度 0.6, 对治疗带下病处方的用药模式及用药规律进行分析及网络展示^[2-5]。

2 结果

2.1 药物的频次分析 针对治疗带下病的 126 首处方中所涉及 182 味药物, 进行药物的频次统计, 用药频次在 10 以上有 36 味药物(见表 1)。

* 通讯作者: 韩涛(1962-), 男, 教授, 博士, 博士研究生导师, 主要从事方剂临床应用及疗效客观化研究。E-mail: ht526@sina.com

表 1 带下方剂中药物频次>10 的药物

序号	药物	频次
1	甘草	54
2	黄柏	53
3	白术	52
4	茯苓	52
5	薏苡仁	51
6	山药	44
7	苍术	38
8	党参	34
9	柴胡	33
10	当归	31
11	车前子	30
12	黄芪	27
13	海螵蛸	27
14	陈皮	25
15	白芍	24
16	败酱草	23
17	赤芍	22
18	泽泻	21
19	土茯苓	20
20	芡实	20
21	白果	18
22	蒲公英	18
23	牡丹皮	17
24	椿根皮	16
25	牛膝	16
26	丹参	16
27	附子	14
28	白芷	13
29	香附	13
30	大血藤	12
31	延胡索	11
32	鸡冠花	11
33	金银花	11
34	桃仁	10
35	升麻	10
36	菟丝子	10

2.2 基于关联规则的方剂组方规律分析

2.2.1 组方分析 依据关联规则对录入系统中的数据进行挖掘,在“组方规律”中将支持度个数(此数值表示至少在 13 首方剂中同时出现)设置 19,支持度为 15 % ,“置信度”设置为 0.6,并将药物从大到小排序列表(见表 2)。分析所得药物组合的用药规则(见表 3)。将支持度分别设置为

10 %、15 %、20 %、25 % 时,置信度为 0.9,获取网络展示(见图 1)。

表 2 带下处方中支持度个数为 19 条件下药物组合频次

序号	药物组合	频次
1	白术,茯苓	31
2	党参,白术	27
3	白术,甘草	27
4	甘草,茯苓	26
5	黄柏,薏苡仁	26
6	白术,山药	25
7	苍术,薏苡仁	24
8	黄柏,苍术	24
9	党参,甘草	23
10	山药,茯苓	23
11	黄柏,茯苓	23
12	白术,薏苡仁	22
13	甘草,薏苡仁	21
14	甘草,柴胡	21
15	党参,山药	20
16	陈皮,白术	20
17	黄柏,甘草	20
18	陈皮,甘草	20
19	甘草,苍术	20
20	山药,薏苡仁	20
21	茯苓,薏苡仁	20
22	白术,柴胡	19

2.2.2 药物组合的关联规则 所用药对的用药规则中出现“->”左侧药物时,右侧的药物的概率,故分析出药物组合的用药规则(见表 3)。

表 3 治疗带下方剂中药物组合关联规则
(支持度 15 %,置信度 0.6)

序号	关联规则	置信度
1	党参->白术	0.794117647
2	党参->甘草	0.676470588
3	陈皮->白术	0.8
4	陈皮->甘草	0.8
5	柴胡->甘草	0.636363636
6	苍术->薏苡仁	0.631578947
7	苍术->黄柏	0.631578947

2.2.3 药物组合的网络展示 将支持度分别设置为 10 %、15 %、20 % 和 25 % ,置信度 0.6,对治疗带下病处方进行网络展示。

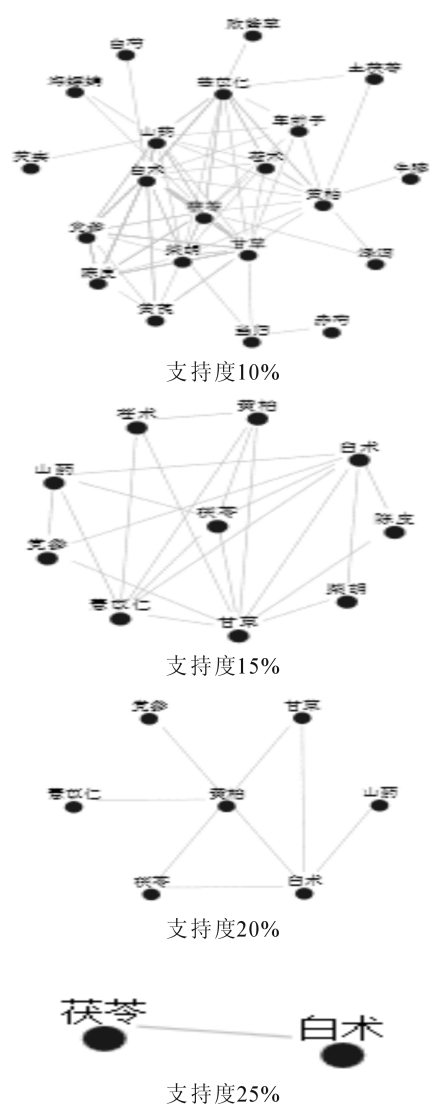


图1 治疗带下病常用药物组合的网络图

3 讨论

3.1 带下病的治疗原则 带下病的病因病机多为脾气亏虚、湿邪壅盛、肝郁气滞、血热瘀毒等损伤带脉、任脉所导致,而脾虚、湿热为带下病的基本病机^[6]。根据系统对药物频次的分析,得出治疗带下病药物多以健脾益气、利水渗湿、清热解毒、收涩止带、疏肝调气之品,因此治疗带下病应以健脾益气、清热利湿为主,再根据不同的临床兼证,配伍疏肝、化瘀、升阳、温肾、活血等功效的药物,从而达到整体辨证施治的目的。

3.2 带下病的常用药物与核心药组 根据系统对药物关联规则的分析,筛选出10味常用药物:茯苓、薏苡仁、白术、党参、山药、甘草、陈皮、柴胡、苍术、黄柏等,而此恰巧与最高用药频次前10味药物相同;将支持度提高到25%,则最终筛选出茯苓、白术这两味核心药组,茯苓利水渗湿、健脾宁心,

不仅可以清阳以化浊阴,而且还可阳有余而下合于阴,因此其在上之功则所谓“通调水道,下输膀胱”其在下之功则所谓“水精四布,五经并行”,因此其绝非治水,实附于治水;合用燥湿利水、益气健脾之要药白术,不仅可有效祛除湿热之邪,同时也加强脾胃气血生化之源的作用,对带下病具有较高的疗效,且为临床常用药组的配伍组合。

3.3 带下病的配伍应用 通过系统对用药频次、药组关联的分析,最终得出两味核心药组,临床应用两味核心药组基础上:兼见肝郁脾虚者,可重用茯苓、白术,同配伍疏肝理气之品,如青皮、香附、陈皮、玫瑰花等,增强肝气疏泄调达之性,从而使得脾气运化水湿的功能增强,达到气化则湿化之效,水湿自会消除;兼见气滞血瘀者,则配伍化瘀、活血、行气之品,如延胡索、莪术、牛膝、桃仁、香附等,因“经带血同源”,则活血药可以推动机体气机运行,达到内可逐血分,外可透卫分之气;兼见脾肾阳虚者,则配伍升阳、温肾之品,如巴戟天、菟丝子、补骨脂一方面湿遇阳则化,另一方面可以从顾护机体的元气之根着手,补养肾气以安水之下源;兼见湿浊壅盛者,则配伍燥湿、清热、升提之品,如黄芩、黄柏、白芷、车前子、升麻、五味子等之外,还可加入固脱止带、滋阴养营等药物以加强补虚束带之功。因此高频药物及核心药组的用药模式为临床治疗带下病提供可靠的组方依据^[5]。

参考文献

[1] 张亚利,郝兰枝. 浅谈带下病的辨证治疗[J]. 中医学报,2013,28(2):263-264.

[2] 杨洪军,赵亚丽,唐仕欢,等. 基于熵方法分析中风病方剂中药物之间的关联度[J]. 中国中医基础医学杂志,2005,11(9):706.

[3] 赵鑫,崔向宁. 基于中医传承辅助系统的治疗慢性心力衰竭方剂组方规律分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(1):8-11.

[4] 唐仕欢,陈建新,杨洪军,等. 基于复杂系统熵聚类方法的中药新药处方发现研究思路[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2009,11(2):225.

[5] 黄海量. 基于中医传承辅助系统的治疗健忘方剂组方规律分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2015,21(1):213.

[6] 杨家林. 带下病病机及证治[J]. 四川中医,1986,4(3):7-8.

(收稿日期:2015-05-18 编辑:文颖娟)