

基于数据挖掘的李佃贵教授治疗慢性 萎缩性胃炎用药规律

田雪娇¹, 王彦刚^{2*}, 李佃贵², 刘宇³

(1. 河北医科大学 研究生学院, 石家庄 050011; 2. 河北省中医院, 石家庄 050011;
3. 河北中医学院, 石家庄 050200)

[摘要] **目的:**运用中医传承辅助平台(V2.5)软件,分析探讨李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律。**方法:**收集李教授门诊治疗慢性萎缩性胃炎的治验处方,将方药信息录入中医传承辅助平台,采用关联规则、复杂系统熵聚类数据挖掘方法,分析处方用药及方剂配伍规律。**结果:**经分析得出,120首治验处方中出现频次在15次以上的药物有40味,主要有黄芩、半夏、柴胡、竹茹等;药性多苦、辛、寒,主归胃、脾、肝经;得出药物核心组合22个,新方10首。**结论:**通过中医传承辅助平台,探索出李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎,以清热利湿、化浊解毒为根本大法,构建祛湿、散瘀、通滞、化积、解毒、消痞“六位一体”的综合性治疗网络;用药方面,以辛苦降类药物为主,淡渗利湿药与芳香化浊药同用,擅用虫类药,巧用矿石介类药物,化浊解毒的同时给邪以出路,是李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎的五大特色。

[关键词] 中医传承辅助平台(V2.5);李佃贵教授;慢性萎缩性胃炎;用药规律

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)21-0191-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfx.2016210191

[网络出版地址] <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20160906.0905.014.html>

[网络出版时间] 2016-09-06 9:05

Medication Laws of Professor LI Dian-gui in Treating Chronic Atrophic Gastritis Based on Data Mining

TIAN Xue-jiao¹, WANG Yan-gang^{2*}, LI Dian-gui², LIU Yu³

(1. Graduate School of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050011, China;
2. Traditional Chinese Medicine Hospital of Hebei Provincial, Shijiazhuang 050011, China;
3. Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the medication laws of Professor LI Dian-gui in the treatment of chronic atrophic gastritis (CAG) based on Traditional Chinese Medicine (TCM) Inheritance System (V2.5). **Method:** The prescriptions from Professor Li in treating CAG were collected and recorded into TCM inheritance system (V2.5). Medication laws and combination regularities were explored and analyzed with the application of data mining methods such as association rules, and clustering algorithm. **Result:** The analysis showed that 120 prescriptions were involved in the study, and 40 herbs appeared for more than 15 times, mainly including Scutellariae Radix, Pinelliae Rhizoma, Bupleuri Radix, Bamboo Shavings. Most of them were bitter and pungent in flavor and cold in nature, mainly related to stomach, spleen and liver meridians. 22 key herbal combinations and 10 new prescriptions were discovered. **Conclusion:** With the help of TCM inheritance system, the main therapeutic principle of ‘Clearing Heat and Expelling Dampness, Resolving Turbidity and Removing Toxin’ was explored in the prescriptions from Professor Li Dian-gui in treating CAG, and the comprehensive treatment network was

[收稿日期] 20160401(013)

[第一作者] 田雪娇,在读硕士,从事中医内科学专业的研究,Tel:0311-87665821,E-mail:260210413@qq.com

[通讯作者] *王彦刚,博士,教授,主任医师,从事中医内科学工作,Tel:0311-69095007,E-mail:piwei001@163.com

established with the characteristics of eliminating dampness, blood stasis, stagnation, accumulation, heat and carbuncles. Drugs with characteristics of ‘acid opening and bitter downbearing’ were preferred by Professor Li, and the thoughts of ‘resolving dampness by bland percolation’ and ‘transforming dampness with aroma’ were also highlighted, together with the application of insect, mineral and shell drugs. At last, what should not be forgotten was the principle of “creating exits for devils”.

[Key words] TCM Inheritance System (V2.5); Professor LI Dian-gui; chronic atrophic gastritis; medication laws

慢性萎缩性胃炎(CAG)是以胃黏膜上皮和腺体萎缩,数目减少,胃黏膜变薄,黏膜肌层增厚,或伴腺体肠上皮化生,或有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病。CAG与胃癌关系密切,若伴有中、重度不典型增生,或中、重度肠上皮化生则视为癌前病变。

李佃贵教授从医 40 余年,长期致力于中医脾胃病研究,在中医脾胃、肝胆等内科疑难杂症方面积累了丰富的临床经验。他在努力挖掘历代中医文献中有关“浊”和“毒”记述的基础上,结合现代临床特点,首次提出“浊毒学说”,并应用浊毒理论治疗 CAG,效果甚佳。对此,已有众多中医学者发表了数量可观的研究成果^[1-6]。但鲜有通过整理李佃贵教授处方对其用药规律、方剂配伍进行归纳总结的研究成果^[7-8]。据此,笔者选择了基于数据挖掘的方法,对李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎用药规律进行专题研究,并取得了初步成果,以期探讨出安全有效的用药方案,为 CAG 的防治提供新的思路。

1 资料与方法

1.1 处方来源及纳入标准 河北省中医院名医堂李佃贵教授门诊治疗慢性萎缩性胃炎患者的 120 首治验处方。

1.2 处方筛选 参照 2012 年中国慢性胃炎共识意见^[9],选择明确诊断为慢性萎缩性胃炎患者的治疗处方。剔除对象:合并心、肺、肾等其他严重原发疾病患者,数据收集不准确者。

1.3 分析软件 本研究采用“中医传承辅助平台系统(V2.5)”软件为研究平台,软件由中国中医科学院中药研究所提供。

1.4 处方的录入与核对 将上述筛选的方剂由专人录入中医传承辅助系统。考虑录入过程中可能出现的纰漏,在完成录入后,再由双人负责录入数据源的审核,以确保数据源的准确,而为数据挖掘结果的可靠性提供保障。

1.5 数据库的建立及规范化处理 将原始医案中的方药规范化,包括中药的别名、错别字。别名:参

考《中药学》,《中药大辞典》对药名及药性进行规范化处理,包括异名同源的统一、炮制不同但同效的统一等,例如葳蕤、玉竹等规范为玉竹,栝蒌根、天花粉等规范为天花粉,橘皮、陈皮规范为陈皮等。错别字川练子统一规范为川楝子,鼠粘子统一规范为黍粘子等。

1.6 数据分析 通过“中医传承辅助平台(V2.5)”软件的“统计报表系统”的“处方统计”功能以及“数据分析系统”的“处方分析”功能开展研究,主要研究包括药物频次统计、组方规律分析(包括聚类分析、提取组合、网络化展示等)^[10-17]。

2 结果

2.1 频数分析 符合纳入标准的方剂共有 120 条,共包含 154 味药物,进行“频次统计”。使用频次在 15 次以上的有 40 味中药,其中频次较高的包括黄芩、黄连、茵陈、败酱草、苦参、白花蛇舌草、半边莲、半枝莲等,具体药物见表 1。

表 1 药物使用情况(频次≥15)

Table 1 Use of antibiotics(frequency≥15)

中药名称	频数/次	中药名称	频数/次	中药名称	频数/次
黄芩	89	石膏	46	蒲公英	19
清半夏	88	厚朴	42	射干	19
柴胡	84	枳实	42	百合	18
竹茹	84	延胡索	41	白花蛇舌草	17
黄连	82	白芷	41	茯苓	17
陈皮	82	瓦楞子	39	半枝莲	17
败酱草	81	冬凌草	33	鸡骨草	17
茵陈	80	香橼	32	半边莲	16
青皮	79	苦参	28	绞股蓝	16
香附	71	首乌藤	28	板蓝根	16
苏梗	67	佛手	27	牡蛎	15
焦槟榔	57	鸡内金	27	薏苡仁	15
浙贝母	55	莱菔子	25		
海螵蛸	53	夏枯草	23		

2.2 药物归经、药性分布 对治疗慢性萎缩性胃炎的 120 首方剂中 154 种药物的归经频次进行统计,使用频次前 3 位的分别是胃、脾、肝。四气频次进行统计,使用频次第 1 位的是寒性药 904 次,温、平、凉

分别为 704,322,94 次。五味频次进行统计,使用频次前 2 位的分别是苦 1 220 次、辛 1 191 次,甘、咸、酸分别为 554,126,103 次。见表 2。

表 2 药物归经分布

Table 2 Distribution of meridians

No.	归经	频数/次	No.	归经	频数/次	No.	归经	频数/次
1	胃	1225	5	胆	504	9	肾	160
2	脾	981	6	大肠	480	10	膀胱	104
3	肝	974	7	心	441	11	三焦	80
4	肺	867	8	小肠	177	12	心包	6

表 3 处方中使用频次 >65 次的药物组合(置信度 ≥ 0.95)

Table 3 Frequency of drug combination in prescriptions >65 (confidence coefficient ≥ 0.95)

用药模式	频数/次	用药模式	频数/次	用药模式	频数/次
黄芩, 黄连	82	清半夏, 茵陈	72	清半夏, 竹茹, 茵陈	70
清半夏, 竹茹	81	竹茹, 黄连	72	黄芩, 黄连, 柴胡	70
清半夏, 黄芩	81	竹茹, 柴胡	72	清半夏, 竹茹, 黄芩, 茵陈	70
竹茹, 陈皮	81	清半夏, 黄芩, 茵陈	72	清半夏, 竹茹, 黄连, 茵陈	70
清半夏, 陈皮	80	清半夏, 黄连, 茵陈	72	清半夏, 竹茹, 黄芩, 黄连, 茵陈	70
黄芩, 茵陈	80	竹茹, 黄芩, 黄连	72	清半夏, 青皮	69
黄连, 茵陈	80	清半夏, 黄芩, 黄连, 茵陈	72	清半夏, 败酱草	69
黄芩, 黄连, 茵陈	80	竹茹, 茵陈	71	陈皮, 黄连	69
清半夏, 竹茹, 陈皮	79	柴胡, 香附	71	黄芩, 败酱草	69
竹茹, 黄芩	77	青皮, 香附	71	清半夏, 陈皮, 黄连	69
清半夏, 柴胡	76	清半夏, 竹茹, 黄连	71	清半夏, 陈皮, 柴胡	69
黄芩, 柴胡	76	清半夏, 黄芩, 柴胡	71	竹茹, 陈皮, 黄连	69
清半夏, 竹茹, 黄芩	76	竹茹, 黄芩, 茵陈	71	竹茹, 陈皮, 柴胡	69
陈皮, 黄芩	75	竹茹, 黄连, 茵陈	71	陈皮, 黄芩, 黄连	69
清半夏, 陈皮, 黄芩	75	柴胡, 青皮, 香附	71	清半夏, 竹茹, 陈皮, 黄连	69
清半夏, 黄连	74	清半夏, 竹茹, 黄芩, 黄连	71	清半夏, 陈皮, 黄芩, 黄连	69
柴胡, 青皮	74	竹茹, 黄芩, 黄连, 茵陈	71	竹茹, 陈皮, 黄芩, 黄连	69
清半夏, 黄芩, 黄连	74	陈皮, 柴胡	70	清半夏, 竹茹, 陈皮, 黄芩, 黄连	69
竹茹, 陈皮, 黄芩	74	黄连, 柴胡	70		
清半夏, 竹茹, 陈皮, 黄芩	74	清半夏, 竹茹, 柴胡	70		

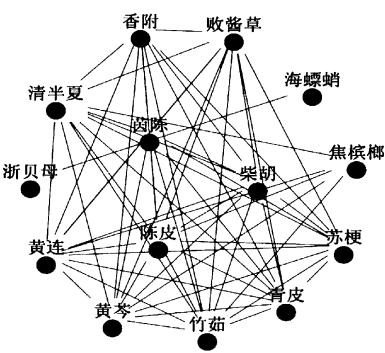


图 1 药物组合关联规则的网络展示(支持度为 50%)

Fig. 1 Network show of drug combination's association rules (support degree 50%)

据的预读,设置相关度为 12,惩罚度为 3,进行聚类分析,得到方剂中两两药物间的关联度,将关联系数

2.3 基于关联规则的组方规律分析 应用关联规则挖掘方法,将支持度个数设置为 30%,置信度为 0.95 条件下进行研究,得到常用药物组合共 99 个,按药物组合出现频次从大到小的顺序排序,见表 3。为进一步提取核心药物,将支持度为 50%,置信度为 0.6,分析所得药对和药物组合的用药规则,见表 4,网络展示见图 1。

2.4 基于熵聚类的方剂组方规律分析

2.4.1 基于改进的互信息法的药物间关联度分析 依据方剂数量,结合经验判断和不同参数提取数

0.305 以上的药对列表,见表 5。

2.4.2 基于复杂系统熵聚类的药物核心组合分析 以改进的互信息法的药物关联度分析结果为基础,结合相关度与惩罚度约束,基于复杂系统熵聚类,演化出 3~5 味药核心组合,见表 6。

2.4.3 基于无监督的熵层次聚类的新处方分析 在以上核心组合提取的基础上,运用无监督熵层次聚类算法,得到 10 首新处方,见表 7。

3 讨论

“浊毒学说”认为浊毒既是一种对人体脏腑经络及气血阴阳均能造成严重损害的致病因素,同时也是多种原因导致脏腑功能紊乱、气血运行失常,机体内产生的代谢产物不能及时正常排出而蕴积体内化生的病理产物^[18]。李佃贵教授认为 CAG 病位在

表 4 处方中药物组合关联规则(置信度 > 0.6)

Table 4 Association rules of drug combination in prescriptions (confidence coefficient > 0.6)

药物模式	置信度
黄连-> 茵陈	0.975 610
浙贝母-> 海螵蛸	0.963 636
焦槟榔-> 黄芩	0.947 368
黄芩-> 黄连	0.921 348
清半夏-> 黄芩	0.920 455
竹茹-> 黄芩	0.916 667
柴胡-> 黄芩	0.904 762
黄芩-> 茵陈	0.898 876
柴胡-> 青皮	0.880 952
败酱草-> 黄芩	0.851 852
竹茹, 黄连-> 茵陈	0.986 111
陈皮, 败酱草-> 竹茹	0.984 615
黄连, 败酱草-> 茵陈	0.984 127
陈皮, 苏梗-> 竹茹	0.982 143
黄芩, 黄连-> 茵陈	0.975 610
黄连, 柴胡-> 茵陈	0.971 429
柴胡, 香附-> 苏梗	0.943 662
黄芩, 香附-> 黄连	0.936 508
陈皮, 柴胡-> 黄芩	0.928 571
败酱草, 青皮-> 柴胡	0.920 635
竹茹, 香附-> 黄芩	0.919 355
香附, 苏梗-> 黄芩	0.880 597
清半夏, 竹茹-> 茵陈	0.864 198
败酱草, 柴胡-> 茵陈	0.800 000
柴胡, 苏梗-> 败酱草	0.776 119
清半夏, 竹茹, 黄连-> 茵陈	0.985 915
竹茹, 陈皮, 败酱草-> 清半夏	0.984 375
竹茹, 黄芩, 香附-> 清半夏	0.982 456
清半夏, 竹茹, 焦槟榔-> 黄芩	0.980 769
清半夏, 竹茹, 黄芩-> 茵陈	0.921 053
清半夏, 竹茹, 黄芩-> 败酱草	0.776 316

脾、胃、肝, 病因可以归为饮食不节(洁), 情志不畅, 或禀赋不足, 素体脾虚。病机主要在于脾胃功能失调, 气机壅滞, 水反为湿, 谷反为滞, 积湿成浊, 积滞化热, 郁热内生, 蕴热入血而为毒^[19], 形成湿、瘀、滞、积、毒、痈, 六者混杂交结而成浊毒, 浊毒壅盛而灼伤胃黏膜, 最终导致本病的形成。治疗上主要采用化浊解毒法, 构建祛湿、散瘀、通滞、化积、解毒、消痈“六位一体”的综合性治疗网络^[7]。

通过平台分析的结果可以看出, 用药模式基本反映了李佃贵教授对慢性萎缩性胃炎的病机和常见证候的认识, 同时也反映了李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律。

3.1 浊毒致病以“湿”、“瘀”、“滞”、“积”、“毒”、“痈”为病机 平台分析结果显示, 高频次药物包括黄芩、黄连、茵陈、败酱草、清半夏、竹茹、陈皮、香附、苏梗、焦槟榔、白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、绞股蓝、

表 5 基于改进的互信息法的药物间关联度分析

Table 5 Correlation analysis between drugs based on improved mutual information method

药对	关联系数	药对	关联系数
竹茹、连翘	0.053 181	枳实、大黄	0.035 947
竹茹、泽泻	0.050 767	竹茹、黄连	0.035 946
竹茹、全蝎	0.048 956	竹茹、乌药	0.034 950
竹茹、防风	0.048 956	竹茹、桑叶	0.034 950
竹茹、川芎	0.045 805	茵陈、仙鹤草	0.033 898
陈皮、泽泻	0.044 285	竹茹、黄芩	0.032 968
竹茹、茵陈	0.044 231	竹茹、虎杖	0.032 748
竹茹、百合	0.044 163	黄芩、焦槟榔	0.032 593
竹茹、当归	0.043 822	竹茹、茯苓	0.032 028
竹茹、仙鹤草	0.043 769	清半夏、茯苓	0.031 772
厚朴、半枝莲	0.040 946	茵陈、乌药	0.030 803
陈皮、茯苓	0.040 437	白芍、射干	0.030 698
竹茹、苦参	0.038 575	川芎、射干	0.030 698
川芎、夏枯草	0.038 141	全蝎、五味子	0.030 569
黄连、绞股蓝	0.037 643	全蝎、灯芯草	0.030 569
枳实、绞股蓝	0.036 029	全蝎、没药	0.030 569

冬凌草等。药物主要入脾、胃、肝经, 以寒性, 苦、辛味药物为主。高频词药物组合包括“黄芩、黄连”, “清半夏、竹茹”, “竹茹、陈皮”, “黄连、茵陈”, “清半夏、柴胡”, “柴胡、青皮”, “黄芩、败酱草”等。置信度为 0.6 的关联规则包括“黄连-> 茵陈”、“柴胡-> 黄芩”、“竹茹, 黄连-> 茵陈”、“竹茹, 香附-> 黄芩”、“清半夏, 竹茹, 焦槟榔-> 黄芩”等。其中主要包括化浊解毒类、活血化瘀类、疏肝理气类、消积导滞类、消痈散结类药物, 这也与“浊毒”为湿、瘀、滞、积、毒、痈混杂交结而成的病机相符^[7]。比如①黄芩、黄连、茵陈, 味苦、性寒。《本草经疏》有云: “黄芩, 其性清肃, 所以除邪。味苦所以燥湿, 阴寒所以胜热, 故主诸热。诸热者, 邪热与遍热也, 黄疸、肠僻、泄痢, 皆湿热胜之病也, 析其本, 则诸病自瘳矣。”亦云: “茵陈苦寒, 能燥湿除热, 湿热去, 则诸证自退矣, 乃除湿散热结之要药也。”脾胃大家李杲在《药类法象》中记载: “黄连, 泻心火, 除脾胃中湿热, 治烦躁恶心, 郁热在中焦, 兀兀欲吐。治心不痞满必用药也。”故三药同用, 以除脾胃、肝胆浊毒之邪。②白花蛇舌草味苦、淡, 性寒, 主要功效是清热解毒、消痈散结、利尿除湿; 半边莲味甘性平, 具有清热解毒, 利尿消肿的功效; 半枝莲味辛、苦, 性寒, 可以清热解毒、散瘀止血、利尿消肿; 绞股蓝味苦、微甘, 性寒, 无毒, 归肺、脾、肾经, 具有清热解毒, 健脾益气, 化痰止咳之功效。现代医学研究表明这 4 味中药均具有抗肿瘤的功效^[20], 与李佃贵教授用其化浊解毒

表 6 基于复杂系统熵聚类的药物核心组合

Table 6 Core of drugs based on complex system entropy clustering combination

No.	核心组合	No.	核心组合
1	竹茹, 绞股蓝, 陈皮	12	竹茹, 板蓝根, 金银花, 陈皮
2	牡蛎, 寒水石, 丹参	13	牡蛎, 寒水石, 石决明
3	牡蛎, 龙骨, 丹参	14	牡蛎, 龙骨, 石决明
4	香橼, 海螵蛸, 佛手	15	香橼, 佛手, 浙贝母, 冬凌草
5	神曲, 延胡索, 白芷	16	延胡索, 白芷, 焦槟榔, 山楂
6	莲子心, 龙骨, 桔梗	17	莲子心, 龙骨, 丹参
7	枳实, 莱菔子, 香附	18	莱菔子, 泽泻, 香附
8	竹茹, 白花蛇舌草, 金银花, 陈皮	19	竹茹, 白花蛇舌草, 陈皮, 厚朴
9	木香, 海螵蛸, 瓦楞子, 葛根	20	海螵蛸, 石膏, 瓦楞子, 石决明
10	黄芩, 黄连, 莱菔子, 泽泻	21	黄芩, 黄连, 莱菔子, 茯苓
11	白芍, 黄芩, 川芎, 黄连, 鸡内金	22	黄芩, 川芎, 黄连, 茯苓, 鸡内金

表 7 基于熵层次聚类的新处方

Table 7 New prescription based on entropy of hierarchical clustering

No.	新方组合
1	竹茹, 绞股蓝, 陈皮, 板蓝根, 金银花
2	牡蛎, 寒水石, 丹参, 石决明
3	牡蛎, 龙骨, 丹参, 石决明
4	香橼, 海螵蛸, 佛手, 浙贝母, 冬凌草
5	神曲, 延胡索, 白芷, 焦槟榔, 山楂
6	莲子心, 龙骨, 桔梗, 丹参
7	枳实, 莱菔子, 香附, 泽泻
8	竹茹, 白花蛇舌草, 金银花, 陈皮, 厚朴
9	木香, 海螵蛸, 瓦楞子, 葛根, 生石膏, 石决明
10	黄芩, 黄连, 莱菔子, 泽泻, 茯苓

治疗癌前疾病慢性萎缩性胃炎之法相符。

3.2 特色用药

3.2.1 用药以辛开苦降类药物为主 从药性统计来看, 寒性药使用频率最高; 从药味统计来看, 苦味药、辛味药使用频率最高, 体现出治疗用药以寒性、苦、辛味药物为主。李佃贵教授认为浊为湿之聚, 毒为热之盛, 治疗以“清热利湿, 化浊解毒”贯穿始终。苦寒药多具有清热、解毒之功, 恰与“浊毒”之性相对应, 如白花蛇舌草、半边莲、半枝莲等。浊毒致病亦常由气滞、血瘀导致, 而辛味药多具有行气、活血之功, 如枳实、厚朴、香附等。且由于辛味药物具有发散、行气的作用, 苦味药物具有降泄、通下的功效, 二者一宣一降, 调畅气机, 可以改善胃肠动力, 故治疗用药常以辛开苦降类药物为主。

3.2.2 淡渗利湿药与芳香化浊药同用以化浊 在

药物使用频率及关联度分析中不难发现, 有两类药物较常使用, 且关联度较高, 一类如茯苓、白术、薏苡仁、泽泻等, 皆为淡渗利湿药; 一类如厚朴、陈皮、木香、砂仁、藿香、佩兰等, 皆为芳香化浊药。“湿为浊之渐, 浊为湿之极”^[21], 湿邪盛则为浊, 治疗应首先从利湿入手, 故用药中常使用甘淡利湿类药物, 一则和胃健脾, 脾气健运则湿邪无以生; 二则淡渗利湿, 使体内湿邪由小便而走, 给邪以出路。同时单纯淡渗利湿的化浊效果较弱, 若配伍芳香类药则化浊效果甚佳。脾喜燥恶湿, 爱暖而喜芳香, 芳香药物善入脾胃经, 芳香化湿, 消除湿浊, 有利于恢复脾胃的运化功能^[7]。

3.2.3 擅用虫类药物以攻毒 经熵聚类的方剂组方规律分析可见, 虫类药的使用频率也较高, 如全蝎、蜈蚣、土鳖虫等。李佃贵教授认为本病的形成多与浊毒内蕴, 日久毒陷有关。浊毒胶结致病, 进而阻碍气机, 聚湿生痰, 入络成瘀。而虫类药恰有较强的攻毒散结之力, 吴鞠通有言: “以食血之虫, 飞者走络中气血, 走者走络中血分, 可谓无微不入, 无坚不破。”且现代医学研究发现虫类药多具有抗肿瘤的功效, 恰可用于治疗本病^[8]。

3.2.4 巧用矿石介类药物 新方组合的 10 首方剂中, 有一半以上的方剂均含有矿石介类药物, 此类药物多性味咸寒而质重。李佃贵教授用此类药物主要从以下 3 方面考虑: ①本病多致脾胃升降失常, 胃气上逆, 出现恶心、呕吐、暖气等症状。而矿石类药物质重, 性沉降, 以镇逆气, 可助胃气下行, 调畅脾胃气机, 脾升胃降。如代赭石味苦性寒, 可重镇降逆, 《本经逢原》云: “赭石之重, 以镇逆气。”《医学衷中

参西录》：“胃之所以不降，有因热者，宜降之以赭石……冲气不摄上冲、胃气不降者，宜降以赭石。”

②本病患者常见烧心、反酸等症状，而矿石介类药物多含有大量的碳酸钙，具有较好的中和胃酸，制酸止痛功效。如瓦楞子味咸，性平，归肺、胃、肝经，具有消痰化痰，软坚散结，制酸止痛的功效。现代研究发现瓦楞子碳酸钙含量为 93%，具有较好的中和胃酸，保护胃黏膜的作用。③矿石介类药物多具有收湿敛疮的功效，可用于修复受损的胃黏膜，促进黏膜糜烂、溃疡愈合。如海螵蛸，味咸、涩，具有固精止带、收敛止血、制酸止痛、收湿敛疮的功能。既能中和胃酸，抑酸止痛，同时可以保护胃黏膜，修复受损胃黏膜。

3.2.5 化浊解毒的同时给邪以出路 从新方 7，新方 10 可以看出，两方均由两部分组成，一为黄芩、黄连、枳实、莱菔子等药，清热利湿与降气消积同用，以通腑泄热，使浊毒之邪由肠道而走；二为茯苓、泽泻等药，淡渗利湿，通利小便，使浊毒之邪由小便而走。二者结合，给浊毒之邪以出路。

总之，运用中医传承辅助平台（V2.5）软件分析李佃贵教授治疗慢性萎缩性胃炎用药规律，初步得到药物使用频次、核心组合及多个新处方，为笔者从不同角度更加全面地发掘并继承李佃贵教授的学术思想提供了新的方向。

【参考文献】

[1] 周盼盼,王彦刚.基于方证相应的慢性萎缩性胃炎炎浊毒内蕴证用药规律研究[J].中草药,2014,45(19):2873-2877.

[2] 李佃贵,张金丽,石海亮,等.以浊毒立论防治胃癌癌前期病变[J].中国全科医学,2008,11(6):1096-1097.

[3] 李佃贵,杜艳茹,郭敏,等.化浊解毒方治疗胃癌前病变临床疗效及对微量元素的影响[J].中药材,2011,34(1):158-160.

[4] 李佃贵,杜艳茹,郭敏,等.化浊解毒方对慢性萎缩性胃炎胃癌前病变患者胃液成分及肿瘤标记物的影响[J].中国中西医结合杂志,2011,31(4):496-499.

[5] 高绍芳,何华,米惠茹,等.化浊解毒方药结合针刺治疗慢性萎缩性胃炎 40 例临床观察[J].中医杂志,2013,54(10):839-842.

[6] 侯玉茹,李佃贵,王彦刚,等.化浊解毒方对 60 例慢性萎缩性胃炎患者胃排空影响临床观察[J].医学研

究与教育,2011,28(5):33-37.

[7] 王彦刚,刘宇.化浊解毒法治疗慢性萎缩性胃炎用药聚类分析[J].世界华人消化杂志,2015,23(14):2274-2279.

[8] 刘宇,王彦刚.基于频数分析王彦刚教授运用化浊解毒法治疗慢性萎缩性胃炎经验研究[J].河北中医学报,2015,30(3):34-36.

[9] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5-16.

[10] 卢朋,李健,唐仕欢,等.中医传承辅助系统软件开发与应用[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(9):1-4.

[11] 唐仕欢,陈建新,杨洪军,等.基于复杂熵聚类方法的中药新处方发现研究思路[J].世界科学技术—中医药现代化,2009,11(2):225-228.

[12] 原萍萍.基于文献的中药复方治疗小儿神经性尿频用药规律研究[J].中国中医药信息杂志,2015,22(3):48-50.

[13] 王利,张天嵩,潘宝峰,等.基于数据挖掘的中药复方治疗中晚期非小细胞肺癌用药规律研究[J].中国中医药信息杂志,2015,22(5):37-40.

[14] 赵艳青,滕晶.基于中医传承辅助平台系统的血管性痴呆组方用药规律分析[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(6):739-741.

[15] 石衍梅,李洁,张庆蕊,等.基于中医传承辅助平台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,2016,22(2):191-194.

[16] 阎小燕,安勇,邵建珍.基于中医传承辅助平台的尹常健教授治疗肝硬化用药规律分析[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(20):225-230.

[17] 吕静静,王彦刚.基于中医传承辅助系统的复发性口腔溃疡治疗方剂的组方用药规律分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(5):231-234.

[18] 王彦刚,杜艳茹.李佃贵特色调理脾胃病[M].北京:人民军医出版社,2011:1-3.

[19] 田雪娇,王彦刚.李佃贵教授浊毒学说论胆汁反流性胃炎经验介绍[J].新中医,2016,48(5):230-232.

[20] 孙卫民,于昆,薛大方,等.十四种治疗肿瘤常用中药元素含量的测定及聚类分析[J].中国中医药杂志,2009,24(2):251-255.

[21] 徐伟超,贾蕊,李欣,等.浊毒病机理论微探[J].新中医,2015,47(9):1-3.

【责任编辑 邹晓翠】