

本文引用: 王子焱, 欧阳青兰, 谭超. 基于数据挖掘的国医大师熊继柏治疗胸痹心痛方药规律研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(2): 189-196.

基于数据挖掘的国医大师熊继柏治疗 胸痹心痛方药规律研究

王子焱^{1,2}, 欧阳青兰², 谭超^{1,3*}

1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007; 2. 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410208;

3. 国医大师熊继柏传承工作室, 湖南 长沙 410007

〔摘要〕 **目的** 挖掘熊继柏教授治疗胸痹心痛的用药规律、用方经验及学术特色, 为胸痹心痛的临床治疗与新药开发提供参考与借鉴。**方法** 采集2017年1月1日至2020年12月31日熊继柏教授于湖南中医药大学第一附属医院诊疗胸痹心痛患者的处方419首, 录入中医传承计算平台V3.0, 运用软件统计证候、治则治法、方剂以及药物、四气、五味、归经、功效频次, 并进行药物聚类分析。**结果** 所用药物多为甘、苦药, 归经以肺经为主, 其次为心、脾、胃、肝、肾经; 使用最多的方剂是十味温胆汤, 其次为小陷胸汤、颠倒木金散、葛根姜黄散等方剂; 高频药物主要有法半夏、丹参、酸枣仁、陈皮、西洋参、枳实、竹茹、远志等; 组方规律分析得到常用药组合129个, 置信度>0.99的组合有17个, 其中置信度为1的组合有8个; 药物聚类得到5个核心药物组合, 方1功能益气养阴, 豁痰化瘀; 方2功能理气化痰, 和胃利胆; 方3功能豁痰化瘀, 养心安神; 方4功能清热化痰, 行气解郁; 方5功能清热化痰, 宁心安神。**结论** 熊继柏教授认为胸痹心痛的核心病机为心气不足, 痰瘀互结, 处方以十味温胆汤为基础方加减化裁, 其用药特色为寒温并用, 虚实同调; 审察病机, 因证选方; 分辨主次, 随症加减。

〔关键词〕 胸痹; 心痛; 冠心病; 心绞痛; 数据挖掘; 用药规律; 十味温胆汤; 颠倒木金散; 熊继柏

〔中图分类号〕 R256.22

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.02.003

Medication rules of TCM Master XIONG Jibo in treating chest bi-impediment and heartache by data mining

WANG Ziyang^{1,2}, OUYANG Qinglan², TAN Chao^{1,3*}

1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;

2. Graduate School of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;

3. Inherit Workroom of TCM Master XIONG Jibo's Experiences, Changsha, Hunan 410007, China

〔Abstract〕 **Objective** To investigate Professor XIONG Jibo's medication rules, prescription experience and academic characteristics in the treatment of chest bi-impediment and heartache by data mining, so as to provide reference for clinical treatment and new drug development. **Methods** A total of 419 formulas for chest bi-impediment and heartache patients diagnosed and treated by Professor XIONG Jibo in the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine from January 1, 2017 to December 31, 2020 were collected and entered into Chinese Medicine Inheritance Computing Platform (V3.0). Then, we obtained the syndromes, treatment principles and methods, formulas, and the four qi, five flavors, meridian tropisms, and efficacy of medicines. We also performed the drug cluster analysis. **Results** Most of the medicines were sweet and bitter and they mainly accessed to the lung channel, followed by the heart, spleen, stomach, liver and kidney channels. The most commonly used formulas were Shiwei Wendan Decoction, followed by Xiaoxianxiong Decoction, Diandao Mujin Powder, Gegen Jianghua Powder, and others.

〔收稿日期〕 2022-08-22

〔基金项目〕 湖南省中医药科研计划项目(2021134); 湖南中医药大学国内一流建设学科开放基金项目(2018ZYX41)。

〔第一作者〕 王子焱, 男, 博士研究生, 研究方向: 心血管疾病的防治研究。

〔通信作者〕 * 谭超, 女, 硕士, 副主任医师, E-mail: 1520595534@qq.com。

The high-frequency medicines were mainly Fabanxia (Rhizoma Pinelliae Preparatum), Danshen (Radix Salviae Miltiorrhizae), Suanzaoren (Semen Ziziphi Spinosae), Chenpi (Pericarpium Citri Reticulatae), Xiyangshen (Radix Panacis Quinquefolii), Zhishi (Fructus Aurantii Immaturus), Zhuru (Caulis Bambusae in Taenia), Yuanzhi (Radix Polygalae) and others. By analyzing the composition rule, 129 commonly used combinations were obtained, among which 17 with the confidence higher than 0.99, and 8 with the confidence of 1. Five core drug combinations were obtained by drug clustering, including Formula 1 (nourishing qi and yin, eliminating phlegm and resolving stasis), Formula 2 (regulating qi and resolving phlegm, and harmonizing stomach and gallbladder), Formula 3 (eliminating phlegm and resolving stasis, nourishing the heart and calming the nerves), Formula 4 (clearing heat and resolving phlegm, promoting qi and resolving depression), and Formula 5 (clearing heat and resolving phlegm, calming the heart and calming the nerves).

Conclusion According to Professor XIONG Jibo, the core pathogenesis of chest bi-impediment and heartache is lack of heart qi, phlegm and blood stasis, and the formula should be the modified Shiwei Wendan Decoction. Both cold and warm medicines should be combined and deficiency and excess should be regulated simultaneously. Moreover, he identified the formula based on patterns after examining the pathogenesis, and it should be modified following symptoms based on identifying the primary and secondary.

[**Keywords**] chest bi-impediment; heartache; coronary heart disease; angina pectoris; data mining; medication rules; Shiwei Wendan Decoction; Diandao Mujin Powder; XIONG Jibo

胸痹心痛是以胸部闷痛,甚则胸痛彻背,喘息不得卧为主症的疾病^[1],与现代医学之冠心病心绞痛、心肌梗死密切相关。当今我国冠心病死亡率逐年上升,且心血管病位居城乡居民疾病死亡原因首位,严重威胁城乡居民的生命安全^[2]。中医药治疗本病疗效显著,对于缓解患者症状、降低住院率、改善预后具有重要作用^[3-4]。

熊继柏,第三届国医大师,中国中医科学院学部委员,第四、第五、第六、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南省首届名中医,湖南中医药大学教授,主任医师,博士研究生导师,湖南中医药大学第一附属医院特聘学术顾问、终身教授。熊继柏教授 13 岁习医,16 岁行医,从事中医临床 60 余年,从事中医高等教育 30 余年,通晓经典,活用方药,辨证施治,是国内外著名的中医专家,善治各种内科杂病、妇科、儿科病证,以及各种疑难杂症^[5]。数据挖掘技术为更好地实现名老中医学学术经验的传承提供了重要的技术支撑^[6],故笔者运用中医传承计算平台 V3.0 软件对熊继柏教授诊治胸痹心痛的处方进行挖掘,以期总结和传承熊继柏教授治疗胸痹心痛的经验。

1 资料

1.1 处方来源

采集 2017 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日湖南中医药大学第一附属医院熊继柏教授门诊 6905 例患者,从熊继柏教授诊治的患者病历中筛选符合纳入、排除标准的胸痹心痛首诊病历,共纳入处方 419 首。

1.2 诊断标准

中医诊断标准参照《中医内科学·胸痹》^[1]:(1)胸闷胸痛一般持续数分钟至十余分钟,经休息或服药后可缓解。疼痛可至肩背、前臂、胃脘部等,甚至可沿手少阴经、手厥阴经循行部位窜及中指或小指。呈发作性或持续不解。常伴有心悸、气短、自汗甚至喘息不得卧。(2)突然发病,时作时止,反复发作。(3)多见于中年以上患者,常因操劳过度、抑郁恼怒或多饮暴食、感受寒冷而诱发,亦有安静时发病者。

西医诊断标准参照《稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[7]中对于稳定性心绞痛的诊断标准。(1)部位:心肌缺血引起的胸部不适通常位于胸骨体之后,可波及心前区,有手掌大小范围,甚至横贯前胸,界限不清楚。常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指,或至颈、咽或下颌部。(2)性质:胸痛常为压迫、发闷、紧缩或胸口沉重感,有时被描述为颈部扼制或胸骨后烧灼感,但不像针刺或刀扎样锐性痛。(3)持续时间:通常持续数分钟至十余分钟,大多数情况下 3~5 min,很少超过 30 min。(4)诱因:与劳累或情绪激动相关,是心绞痛的重要特征。含服硝酸酯类药物常可在数分钟内使心绞痛缓解。(5)辅助检查:有心电图、冠状动脉 CT 检查、心脏冠脉造影等改变支持稳定性冠心病诊断。

1.3 纳入标准

(1)符合胸痹心痛的中医、西医诊断标准;(2)患者复诊时反馈有效;(3)病历资料完整,包括姓名、性别等一般信息,病史、诊断、证型及方药等处方用药信息准确完整。(4)严格按照熊继柏教授处方服药的患者病历。需同时具备上述 4 项标准。

1.4 排除标准

(1)胸痹心痛、冠心病诊断为次要诊断;(2)病历记录不完整者;(3)患者同时伴有恶性心律失常,合并心力衰竭;(4)患者同时合并脑、肺、肝、肾等危急重症;(5)患者及其家属拒绝病案资料的收集。上述 5 项,具有其中 1 项或以上即认为符合排除标准。

1.5 数据标准化

将处方资料录入中医传承计算平台 V3.0 导出的“数据模板及其示例”Excel 表格中,并参照《中药学》^[8]和《中华人民共和国药典》^[9],将处方中的部分特殊药物名称改为通用药物名称,如“枣皮”统一为“山茱萸”,“炒瓜壳”统一为“瓜蒌皮”。全过程采用双人双机分别进行录入和核对,以最大限度避免规范过程中数据错漏。

1.6 统计方法

对纳入处方所用的方剂频次,中药四气、五味、归经、功效进行统计。采用中国中医科学院中药研究所提供的中医传承计算平台 V3.0 软件对方处方中药物进行关联规则、核心药物组合、聚类分析(*K-means* 算法与回归模型相结合)。

2 结果

2.1 四气、五味、归经统计

对方处方中使用药物的四气、五味、归经频数进行统计,发现使用的中药四气以寒、温为主,频率分别为 34.20%、31.52%,五味以甘味药和苦味药为主,分别占 32.06%、31.56%。详见表 1。归经以归肺经、心经、脾经、胃经的中药为主,频率分别为 18.83%、18.78%、16.38%、14.77%。详见表 2。

表 1 中药四气、五味统计

四气	频次/次	频率/%	五味	频次/次	频率/%
寒	1941	34.20	甘	2805	32.06
温	1789	31.52	苦	2761	31.56
平	1441	25.39	辛	2251	25.73
凉	500	8.81	酸	729	8.33
			咸	202	2.31

表 2 中药归经统计

归经	频次/次	频率/%	归经	频次/次	频率/%
肺	3045	18.83	胆	1100	6.80
心	3038	18.78	大肠	503	3.11
脾	2649	16.38	膀胱	212	1.31
胃	2389	14.77	三焦	146	0.90
肝	1726	10.67	小肠	52	0.32

2.2 药物功效统计

统计处方中出现的中药功效,频次排名前 10 的常见药物类别分别为补虚类 890 次,理气类 825 次,化痰止咳平喘类 698 次,安神类 681 次,清热类 668 次,活血化瘀类 655 次,利水渗湿类 409 次,平肝息风类 252 次,解表类 236 次,祛风湿类 124 次。其中,使用较多的药物是补虚类药物,占有所有药物的 15.68%。详见表 3。

表 3 药物功效频次统计

药物功效	频次/次	频率/%	药物功效	频次/次	频率/%
补虚类	890	15.68	祛风湿类	124	2.19
理气类	825	14.54	化湿类	76	1.34
化痰止咳平喘类	698	12.30	收涩类	72	1.27
安神类	681	12.00	止血类	47	0.83
清热类	668	11.77	开窍类	16	0.28
活血化瘀类	655	11.54	消食类	15	0.26
利水渗湿类	409	7.21	泻下类	6	0.11
平肝息风类	252	4.44	温里类	5	0.09
解表类	236	4.16			

2.3 方剂统计

统计所有处方中出现的方剂,使用频次≥8 次的方剂有 15 首,其中,使用最多的方剂为十味温胆汤,占 64.44%,其次为小陷胸汤、颠倒木金散、葛根姜黄散,分别占比 29.83%、22.67%、15.99%。详见表 4。

2.4 用药频次统计

对所有处方中出现的药物进行统计,并按使用频次从高到低进行排序,使用频次>30 次的药物有 32 味,其中法半夏、丹参、酸枣仁使用频次较高。详见表 5。

2.5 药物剂量统计

对中药使用频次>300 次的剂量进行统计,法半夏、竹茹、陈皮的常用剂量为 10 g,丹参的常用剂量为 15 g,酸枣仁的常用剂量为 30 g,西洋参的常用剂量为 8 g,枳实的常用剂量为 6 g。详见表 6。

2.6 组方规律分析

运用关联规则分析方法,设置支持度个数为 251,置信度为 0.95,得到常用药组合 129 个,其中使用频次前 4 的组合从高到低依次为法半夏-丹参(296 次)、法半夏-陈皮(296 次)、陈皮-竹茹(293 次)、法半夏-枳实(293 次)。详见表 7。所得出的药物组合进行用药规则分析,置信度≥0.99 的组合有 17 个,其中,置信度为 1 的组合有 8 个,药物关联规则以枳实、竹茹、丹参、陈皮、酸枣仁、远志、西洋参、法半夏、炙甘草相互间关联性最高。详见表 8。同时网络化展示药物组合关联规则。详见图 1。

表 4 高频方剂(频次≥8 次)统计

序号	方剂	频次/次	频率/%	序号	方剂	频次/次	频率/%
1	十味温胆汤	270	64.44	9	天王补心丹	14	3.34
2	小陷胸汤	125	29.83	10	黄芪龙牡散	14	3.34
3	颠倒木金散	95	22.67	11	连朴饮	14	3.34
4	葛根姜黄散	67	15.99	12	桑贝小陷胸汤	12	2.86
5	生脉散	26	6.21	13	桑贝散	10	2.39
6	温胆汤	23	5.49	14	甘麦大枣汤	8	1.91
7	丹参饮	17	4.06	15	黄芩温胆汤	8	1.91
8	黄连温胆汤	15	3.58				

表 5 高频药物(频次≥30 次)统计

药物	频次/次	频率/%	药物	频次/次	频率/%
法半夏	357	85.20	木香	120	28.64
丹参	335	79.95	郁金	114	27.21
酸枣仁	322	76.85	片姜黄	82	19.57
陈皮	319	76.13	生甘草	72	17.18
西洋参	319	76.13	威灵仙	62	14.80
枳实	315	75.18	柏子仁	54	12.89
竹茹	306	73.03	浙贝母	49	11.69
远志	298	71.12	三七	47	11.22
炙甘草	280	66.83	黄芪	45	10.74
茯苓	230	54.89	砂仁	45	10.74
黄连	205	48.93	麦冬	45	10.74
瓜蒌皮	175	41.77	五味子	41	9.79
天麻	152	36.28	牡蛎	39	9.31
龙骨	147	35.08	桑白皮	33	7.88
葛根	137	32.70	桔梗	32	7.64
茯神	130	31.03	黄柏	30	7.16

表 6 常用药物(频次>300 次)的剂量统计

药物	剂量/g	频率/%	药物	剂量/g	频率/%
法半夏	10	80.43	西洋参	8	33.89
法半夏	6	4.53	西洋参	10	22.91
法半夏	5	0.24	西洋参	6	14.32
丹参	15	33.17	西洋参	9	4.06
丹参	20	19.09	西洋参	5	0.48
丹参	10	15.04	西洋参	12	0.24
丹参	30	12.65	西洋参	3	0.24
酸枣仁	30	57.76	枳实	6	45.58
酸枣仁	20	11.69	枳实	10	22.43
酸枣仁	15	6.44	枳实	3	4.06
酸枣仁	10	0.72	枳实	5	2.63
酸枣仁	40	0.24	枳实	8	0.48
陈皮	10	71.60	竹茹	10	72.55
陈皮	6	4.06	竹茹	5	0.24
陈皮	20	0.48	竹茹	6	0.24

2.7 药物核心组合分析

采用无监督学习的 *K-means* 算法,对纳入处方

进行聚类分析,设置聚类个数为 5,得到 5 个药物核心组合。详见表 9、图 2。并进行回归模拟,可见 5 个核心药物组合的聚类分析结果。详见图 3。由表 9 可知 5 个核心药物组合均由十味温胆汤化裁而来。由图 3 可知核心组合 1、2、5 距离回归曲线最近,比较集中;组 3、4 的聚类回归曲线相对较远,比较分散,表明组 1、2、5 药物组成更加接近此类别核心药物组成。

3 讨论

3.1 寒温并用,虚实同调

熊继柏教授论治胸痹心痛,遵循《金匱要略》“阳微阴弦”之理论^[10],认为“阳微”乃上焦阳气不足,胸阳不振,“阴弦”为阴寒太盛,痰浊、瘀血、水饮等阴邪内停,阳虚邪盛,邪正搏结,发为胸痹心痛之病。心气不足,无力推动血行,导致津液、血液运行不畅,津液留布周身而发为痰饮,此即“血不利则为水”(《金匱要略·水气病脉证并治》),血行不利而发为血瘀,久而痰瘀互结;痰浊瘀血瘀阻于心脉,而心体受累更甚,加剧心气不足。故处方以寒温并用,虚实同调,益气养心与豁痰化瘀并举。从用药频次统计上看,法半夏、丹参为使用频次最高的两味中药,法半夏辛温,燥湿化痰;丹参味苦微寒,活血祛瘀,通经止痛,清心除烦;从四气、五味、归经统计上看,使用中药四气最多的为寒、温,五味使用频次最多甘味药、苦味药、辛味药。熊继柏教授临证,遵循“三因制宜”^[11],潇湘楚地多雨多湿,饮食偏辛辣,患者易感受湿热之邪,痰瘀同样易从化而生痰热,故寒温并用,以燥湿化痰,清心活血祛瘀。《灵枢·终始》云:“阴阳俱不足……可将以甘药。”甘味之药能补、能和、能缓,调以甘药是补虚的基本法则,同时甘凉之品润养心血,酸甘之品滋敛心阴以养心体,辛甘化阳以助养心阳推动行血。苦味之药能泻、能燥、能坚,与甘味之药合用,攻补兼施,虚实同调。从归经频次分布中可发现,

表 7 常用药物关联规则分析

序号	用药模式	频次/次	序号	用药模式	频次/次
1	法半夏,丹参	296	21	陈皮,酸枣仁,竹茹	275
2	法半夏,陈皮	296	22	法半夏,陈皮,枳实	275
3	陈皮,竹茹	293	23	酸枣仁,远志	275
4	法半夏,枳实	293	24	西洋参,陈皮	274
5	法半夏,竹茹	291	25	丹参,陈皮	272
6	陈皮,枳实	285	26	法半夏,陈皮,枳实,竹茹	271
7	法半夏,酸枣仁	284	27	法半夏,远志	271
8	陈皮,酸枣仁	284	28	法半夏,酸枣仁,竹茹	270
9	法半夏,陈皮,竹茹	284	29	陈皮,远志	270
10	丹参,西洋参	282	30	西洋参,竹茹	269
11	枳实,竹茹	282	31	法半夏,陈皮,酸枣仁,竹茹	269
12	法半夏,西洋参	280	32	酸枣仁,枳实	269
13	丹参,酸枣仁	280	33	丹参,酸枣仁,远志	268
14	丹参,远志	278	34	丹参,枳实	268
15	西洋参,远志	277	35	丹参,西洋参,远志	268
16	陈皮,枳实,竹茹	277	36	竹茹,远志	267
17	法半夏,陈皮,酸枣仁	277	37	陈皮,酸枣仁,枳实	267
18	西洋参,酸枣仁	277	38	丹参,西洋参,酸枣仁	267
19	法半夏,枳实,竹茹	276	39	丹参,竹茹	265
20	酸枣仁,竹茹	276	40	西洋参,酸枣仁,远志	265

表 8 组方规律分析

序号	药物模式	置信度
1	酸枣仁,竹茹,远志->陈皮	1.00
2	法半夏,酸枣仁,枳实,竹茹->陈皮	1.00
3	法半夏,丹参,酸枣仁,远志->陈皮	1.00
4	法半夏,酸枣仁,竹茹->陈皮	1.00
5	丹参,酸枣仁,竹茹->陈皮	1.00
6	酸枣仁,竹茹->陈皮	1.00
7	酸枣仁,枳实,竹茹->陈皮	1.00
8	西洋参,酸枣仁,竹茹->陈皮	1.00
9	丹参,西洋参,竹茹->远志	0.99
10	法半夏,丹参,竹茹->陈皮	0.99
11	法半夏,丹参,竹茹,远志->陈皮	0.99
12	法半夏,酸枣仁,枳实->陈皮	0.99
13	丹参,竹茹,远志->陈皮	0.99
14	丹参,西洋参,竹茹->陈皮	0.99
15	法半夏,陈皮,枳实->竹茹	0.99
16	酸枣仁,枳实->陈皮	0.99
17	丹参,竹茹->陈皮	0.99

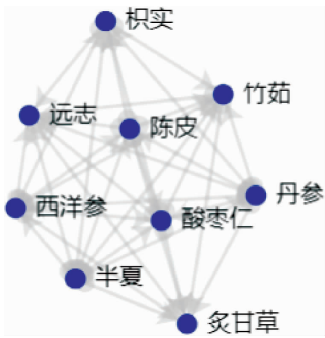


图 1 药物关联规则网络化展示
注:支持个数 251。

表 9 药物核心组合

序号	核心组合	频次/次
1	西洋参,远志,酸枣仁,丹参,法半夏,炙甘草	74
2	法半夏,茯苓,陈皮,竹茹,枳实,炙甘草	57
3	法半夏,枳实,竹茹,陈皮,酸枣仁,丹参	185
4	丹参,法半夏,木香,郁金,枳实,黄连	81
5	酸枣仁,法半夏,龙骨,陈皮,甘草,竹茹	22

归肺经、心经、脾经、胃经的药物较多。心肺功能相互为用。肺主气,通调水道,朝百脉,助心主治节,肺气虚弱,累及于心,心气不足,日久则心阳不振;肺通调水道功能失司,水津代谢异常则生痰,血液运行不畅则生瘀血,痰瘀同为阴邪,互结为患易痹阻胸阳;脾为生痰之源,中焦脾胃运化水湿失常,则聚湿生痰,痰为阴邪阻碍气机且易损胸阳。处方中药物功效

频次较多的分别是补虚类、理气类、化痰止咳平喘类、安神类、清热类、活血化瘀类。补虚类、安神类药物配伍,补养心气,振奋胸阳;化痰止咳平喘类药物清化上焦之痰浊;理气类、活血化瘀类中药助血行,化痰祛瘀;痰瘀阻滞于胸中,郁久易化热伤津,故常加入清热药清化痰热。

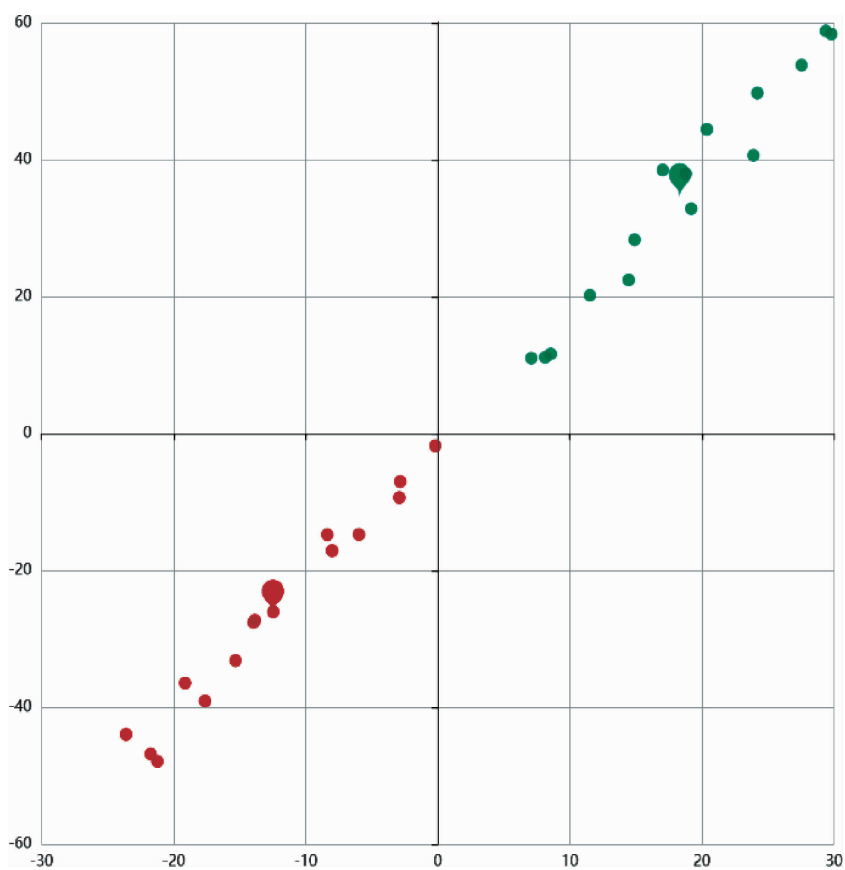


图 2 方剂聚类分析图(K-means 算法+聚类)

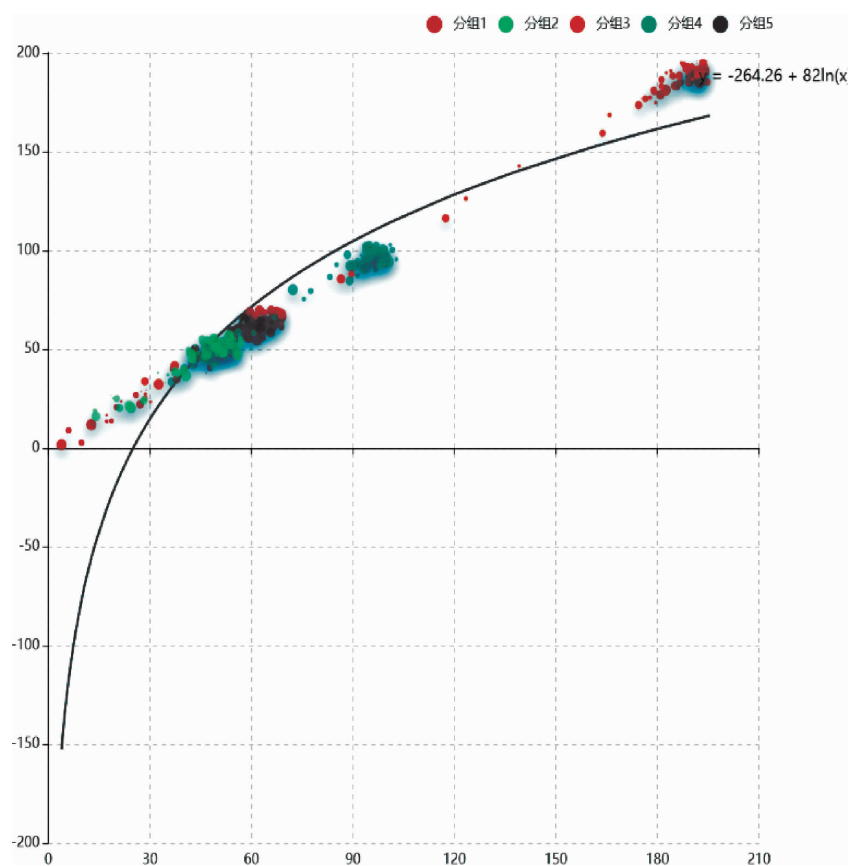


图 3 方剂聚类分析图(K-means 算法+回归模拟)

注:5 种颜色代表 5 个分组,各分组点数的数量代表核心组合出现的方剂频次数量,越靠近回归曲线,表示越与此类别的核心药物接近。

3.2 审察病机,因证选方

熊继柏教授诊病,先四诊合参全面诊察病位、病性,分析疾病病机,确定证型,最终因证选方^[12]。针对胸痹心痛之病,熊继柏教授常用自拟十味温胆汤^[13],由《张氏医通》十味温胆汤加减化裁组成。熟地黄滋腻、五味子酸涩有碍胸阳输布,故去之。胸痹心痛病患者,胸阳多为痰浊瘀血痹阻,故加入活血化瘀、推陈致新之丹参;痰浊瘀血日久,极易化热伤阴,心之气阴被痰热煎灼而心体受损更甚,故易人参为西洋参,气阴双补以补心阴,丹参、西洋参共用,益气养阴,凉血活血,共为君药。竹茹、枳实、法半夏、甘草、陈皮,即为温胆汤,理气化痰,和胃利胆,共为臣药。佐以酸枣仁,配伍西洋参,增强益气养阴安神之效;配合远志,一能入心经以安心神,二可化痰浊以通血脉。甘草调和诸药,益心气而和中,如心气不足较甚,则用炙甘草增强益气温阳之效。诸药合用,共奏益气养心,豁痰化瘀之效。用药频次统计上,可发现使用频次前10位的中药分别为法半夏、丹参、酸枣仁、陈皮、西洋参、枳实、竹茹、远志、炙甘草、茯苓,均为十味温胆汤之药物组成。从组方规律分析可知,当设置支持度个数为251(支持度60%)时,核心药物为枳实、竹茹、丹参、炙甘草、法半夏、西洋参、远志、陈皮、酸枣仁,此为十味温胆汤。综上可知,胸痹心痛病论治之主方为十味温胆汤。

3.3 分辨主次,随症加减

熊继柏教授临证所遇患者具有特殊症状,且病机复杂,单方无法显效时,善于合方使用^[14],多以经方、时方为主。《医宗金鉴·杂病心法要诀》云:“胸痛气血热饮痰,颠倒木金血气安。”对胸闷痛兼气滞血瘀的患者,常在十味温胆汤基础上合用颠倒木金散,其组方为木香、郁金。方中郁金行气解郁,活血止痛,木香辛散温通,行气止痛,药相须配伍,使气行郁解,痰瘀得消。若气滞血瘀较甚,表现为胸有刺痛,口唇紫暗,舌有瘀点瘀斑,舌下络脉迂曲,脉有涩象时,常再加入调气止痛之檀香,行气调中之砂仁,即为丹参饮,增强活血化瘀之功。如患者痰热较甚,见胸痛、口苦、舌苔黄腻,脉滑数,则加用小陷胸汤,方中黄连与瓜蒌合用可倍增清热化痰之力,法半夏长于化痰,治痰涎甚验,散结化痰于胸中也,三药合用,清热化痰、宽胸散结,则痰热自除。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》云:“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气。”可知胸痹心痛之病多有胸背痛。督脉为阳脉之海,胸阳不振,累及督脉,阳虚而督脉所循行之处经筋拘挛疼痛,故对于胸痹心痛兼颈、背疼痛的患

者,常合用葛根姜黄散。葛根姜黄散由葛根、片姜黄、威灵仙组成,葛根解痉缓急、活血通痹为君,合片姜黄活血通络止痛为臣,佐以威灵仙,其走窜之力强,祛风除湿,通络止痛。诸药合用,共奏解肌祛风除湿,活血通络止痛之功^[15]。同时葛根姜黄散与颠倒木金散合用,活血通络止痛之力更强,故对于气滞血瘀,且兼夹症较多的患者,熊继柏教授善将十味温胆汤、颠倒木金散、葛根姜黄散3方合用增效。如患者胸阳虚衰,心气不足较甚,表现为自汗,则合用黄芪龙牡散。方中黄芪益气固表敛汗,龙齿、牡蛎合用重镇安神,固表敛汗,三药合用,可固浮越之心阳,敛汗而护心液。如患者肝经有热,表现为口苦,则加黄芩,即黄芩温胆汤;伴有心烦失眠、舌尖偏红者适宜黄连温胆汤;如患者伴肝阳偏亢,症见头晕、易怒、脉弦,则合用天麻、钩藤、茯神,即天钩温胆汤^[16];如患者久病导致阳损及阴,且累及先天,表现为心肾阴虚,则换用滋阴补血,养心安神之天王补心丹。从方剂统计上看,方剂使用前10位分别有十味温胆汤、小陷胸汤、颠倒木金散、葛根姜黄散、生脉散、温胆汤、丹参饮、黄连温胆汤、天王补心丹、黄芪龙牡散。且用药频次统计中,频次>30次的药物中,可见黄连、瓜蒌皮、天麻、龙骨、葛根、木香、郁金、茯神、天麻、片姜黄,符合熊继柏教授之用药加减思路。

同时,熊继柏教授临证亦通过加减药量以适用于不同症状表现。法半夏剂量范围为5~10 g,丹参剂量范围为15~30 g,酸枣仁剂量范围为10~40 g,陈皮剂量范围为6~20 g,西洋参剂量范围为3~12 g,枳实剂量范围为3~10 g,竹茹剂量范围为5~10 g,法半夏、竹茹、陈皮的常用剂量为10 g,丹参的常用剂量为15 g,酸枣仁的常用剂量为30 g,西洋参的常用剂量为8 g,枳实的常用剂量为6 g。以上体现出熊继柏教授临证根据患者的情况,辨别主症与兼症,判断疾病轻重缓急,综合各方面的因素,进行药量加减化裁,且药物剂量规范合理,安全性较高。

3.4 核心处方分析

聚类分析得到5个药物核心组合。其中,方1以西洋参、酸枣仁益气养阴,丹参、法半夏豁痰化瘀,远志安神益智,炙甘草调和诸药,兼养心营。全方共奏益气养阴、豁痰化瘀之效,兼以安神。适用于胸痹心痛后期,痰瘀留滞化热,气阴被伤而心阴不足,神明失养,表现为胸闷胸痛不甚,兼有口干、心烦、不寐之患者。方2为温胆汤原方,理气化痰,和胃利胆。多适用于痰浊内扰而血瘀不甚之患者。方3为温胆汤易甘草为丹参,易茯苓为酸枣仁,去甘草之温阳

益气,加强活血化痰之效,且去茯苓之淡渗,加酸枣仁养心安神。全方共奏豁痰化瘀、养心安神之效。适用于痰浊、瘀血较甚之患者出现心阴血损伤而心神不安,表现为胸闷胸痛兼有不寐。方4为颠倒木金散和温胆汤加减化裁而成,方中以丹参、法半夏豁痰化瘀,木香、枳实理气化痰,更有郁金行气解郁,活血止痛,再加黄连清热燥湿,以化痰热。全方清热化痰,行气解郁。适用于痰、瘀、郁内结,郁而化热之患者。方5中法半夏、竹茹清化痰热,陈皮理气健脾,酸枣仁养心安神,与重镇安神之龙骨相伍,宁心安神之效倍增,甘草调和诸药,兼补养心之气营。全方共奏清热化痰、宁心安神之效。适用于胸痹心痛兼有心悸之患者。方1、2、5药物组成更加接近核心药物组成,表明其与临床实际使用情况较为契合;方3、4的聚类离第3、4个类方相对较远,比较分散,因其聚类方剂数量较多,加减化裁较多所致。

4 结语

使用中医传承计算平台 V3.0 对熊继柏教授诊疗胸痹心痛的处方进行挖掘,共纳入处方 419 首,发现胸痹心痛的核心病机为心气不足、痰瘀互结,且熊继柏教授以益气养心、豁痰化瘀为治疗准则,以十味温胆汤为基础方加减化裁论治胸痹心痛,且临证用药多寒温并用,虚实同调;患者病情复杂,症状繁多时,善于审察病机,分辨主次,因证选方,随症加减。国医大师张静生认为气阴两虚兼血瘀为冠心病之基本病机,故以益气养阴、活血化痰为基本治法,以丹参生脉饮为基础方加减化裁治疗冠心病^[7]。国医大师雷忠义认为痰瘀毒互结为胸痹心痛核心病机,故以活血化痰、宣痹化痰、清热解毒为基本治法,自拟丹曲方加减治疗胸痹心痛^[8]。国医大师朱良春认为“痰、瘀、风、虚”是冠心病的主要病机,临证时在辨证用药的基础上,善用虫药通络,立益气化痰通络法、祛风止痛通络法、益气化痰通络法等治法治疗冠心病^[9]。与其他名老中医经验相比,熊继柏教授在把握核心病机的基础上,全面诊察病位、病性,分析病机,抓住主病主证,再因证立法,依法选方,随方遣药,而非守一方、一法通治百病,体现了熊继柏教授坚持辨证论治,以常测变,广泛施治的临证基本法则。然而受限于病案数量,在本次数据挖掘过程中并未对胸痹心痛的各证型进行挖掘,且单一的中医证型难以概括患者病因病机情况,在今后的数据挖掘分析中应当改进数据挖掘方式,对患者证型进行细

化,提高数据挖掘的准确度,以更好地继承和发扬熊继柏教授的临床经验。

参考文献

- [1] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:163.
- [2] 中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告 2020 概要[J].中国循环杂志,2021,36(6):521-545.
- [3] HAO P P, JIANG F, CHENG J, et al. Traditional Chinese medicine for cardiovascular disease[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2017, 69(24): 2952-2966.
- [4] ZHANG K J, ZHENG Q, ZHU P C, et al. Traditional Chinese medicine for coronary heart disease: Clinical evidence and possible mechanisms[J]. Frontiers in Pharmacology, 2019, 10: 844.
- [5] 谭超,刘朝圣.国医大师熊继柏辨治疑难病案举隅[J].湖南中医药大学学报,2019,39(7):805-808.
- [6] 雷黄伟,徐佳君,杨朝阳,等.基于数据驱动的名老中医学术经验智能化传承研究[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(7):1111-1113,1144.
- [7] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,等.稳定性冠心病诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2018,46(9):680-694.
- [8] 钟赣生.中药学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [9] 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.
- [10] 谢雪姣,刘玲燕.熊继柏教授十味温胆汤治疗胸痹心痛临床研究[J].实用中医内科杂志,2012,26(13):1-2.
- [11] 刘扬,何清湖,易法银,等.国医大师熊继柏论临证思路[J].中华中医药杂志,2019,34(8):3515-3517.
- [12] 刘扬,何清湖,丁颖,等.国医大师熊继柏论辨证论治[J].中华中医药杂志,2019,34(4):1498-1501.
- [13] 姚军,赵亭亭,袁玥,等.国医大师熊继柏应用温胆汤经验[J].中国中医药信息杂志,2021,28(5):113-116.
- [14] 陈超,刘更生.熊继柏运用温胆汤经验探微[J].中医杂志,2020,61(15):1311-1313,1321.
- [15] 吴玉泓,郝民琦,李晓玲,等.葛根姜黄散治疗颈椎病方证对应的临床运用:国医大师熊继柏学术思想与临床经验研究[J].湖南中医药大学学报,2020,40(8):918-921.
- [16] 尹周安,孙桂香,刘朝圣,等.国医大师熊继柏临床组方用方的思路与经验[J].中华中医药杂志,2019,34(7):3031-3034.
- [17] 侯思怡,冷锦红,杨关林,等.国医大师张静生教授应用丹参生脉饮治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病经验总结与用药分析[J].中华中医药学刊,2022,40(8):170-172.
- [18] 谢华宁,高小龙,范虹,等.国医大师雷忠义从痰瘀毒论治胸痹心痛经验[J].现代中医药,2022,42(4):114-118.
- [19] 何淑佩,尹克春.国医大师朱良春通络法治疗冠心病经验[J].四川中医,2021,39(10):8-10.

(本文编辑 贺慧娥)