

## ● 老中医经验 ●

引用:祝海毅,曹晋,陈勇,王洁,罗玲,任毅.罗玲治疗慢性阻塞性肺疾病用药规律的聚类分析[J].湖南中医杂志,2021,37(1):17-20.

# 罗玲治疗慢性阻塞性肺疾病用药规律的聚类分析

祝海毅<sup>1</sup>,曹晋<sup>2</sup>,陈勇<sup>1</sup>,王洁<sup>1</sup>,罗玲<sup>2</sup>,任毅<sup>2</sup>

(1. 贵州中医药大学,贵州 贵阳,550002;2. 重庆市中医院,重庆,400021)

**[摘要]** 目的:探讨罗玲主任医师治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)的用药规律。方法:选择2018年1月1日至2019年6月1日于重庆市中医院罗玲主任医师门诊就诊的151例COPD患者,收集其中药方剂信息,对其数据标准化后进行二次录入,并运用系统聚类分析方法对其中药应用情况进行分析。结果:151个方剂中共出现127味中药,使用频次共计2987次。使用频次在20次以上的中药共计31味,对31味核心中药使用系统聚类方法进行聚类分析,得出常用药对10对,3味药组合4个,多味药组合4个。结论:罗玲主任医师治疗COPD多以健脾化痰、活血化瘀、降气平喘等药物组合为主。

**[关键词]** 慢性阻塞性肺疾病;用药规律;聚类分析;名医经验;罗玲

**[中图分类号]**R259.63 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.005

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary diseases, COPD)是一种以持续气流受限为特征的可防、可治的慢性疾病,临床上主要表现为反复发作的咳嗽、咳痰、胸闷、气短等。中医古籍中无慢性阻塞性肺疾病病名的记载,但根据其临床主要症状将其归属于“肺胀”“喘证”“咳嗽”等范畴。目前,临床治疗COPD尚无特效药物,西医治疗多以抗感染、舒张支气管为主,但西药存在相关不良反应等问题,而中医药在协同治疗COPD及改善患者预后方面效果确切,可避免病情反复发作。罗玲主任医师是全国第五、第六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医内科临床工作三十余年,专长于肺系疾病,尤其在治疗COPD上有着丰富的经验。本文通过聚类分析等统计学方法探析罗玲治疗COPD的处方用药规律,以期提供更多中医药治疗COPD的思路和方法。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 选取2018年1月1日至2019年6月1日于重庆市中医院罗玲主任医师门诊就诊的COPD患者共151例,并详细记录患者的中医辨证及方药治疗信息。

**1.2 纳入标准** 1)符合《慢性阻塞性肺疾病基层

诊疗指南(2018年)》<sup>[1]</sup>中的有关标准;2)以中药复方为主要治疗方法的病例。

**1.3 排除标准** 1)中药处方具体药物及用量记录不全;2)合并支气管哮喘、肺间质纤维化、支气管扩张症、肺部肿瘤或肺结核等呼吸系统相关疾患病例。

**1.4 药物名称规范化** 将中药数据库进行数据规范化,制定统一标准,规范所用术语,以高等院校七版统编教材《中药学》<sup>[2]</sup>为基准,对医案中中药名称予以规范,如法半夏、姜半夏和京半夏,统称为半夏;麦冬和麦门冬,统称为麦冬。

**1.5 数据录入** 记录患者年龄、性别等一般信息,详细记录患者门诊中中医四诊和处方用药信息,以“1”代表使用某种中药的代码,以“0”代表未出现某种中药的代码。上述信息均利用Excel表格进行数据录入,所有数据由2人分别输入,将所采集的信息与原始病案进行二次核对。对两次录入的数据利用Excel表格的条件格式功能建立函数,将两次录入数据中不一致的内容进行标记,阅原始病案核对,将最终完成录入的数据,导入SPSS 22.0软件。

**1.6 统计学方法** 应用SPSS 22.0软件对数据进行统计学分析。对所有药物进行频数统计,并对使用频数较高的核心中药进行系统聚类分析(Hierar-

**基金项目:**第六批全国名中医带徒项目(国中医药人教发[2017]29号);重庆市中青年医学高端人才培养项目

**第一作者:**祝海毅,男,2017级硕士研究生,研究方向:中西医结合临床

**通讯作者:**任毅,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治心血管疾病,E-mail:yiren827722@163.com

chical cluster),以 Pearson 相关系数作为度量标准,计算出变量聚类的相关系数矩阵,并绘制树状图。

### 2 结 果

2.1 药物频数分析 151个中药处方中共使用中药127味,使用频次共计2987次。使用频数在20次以上的核心中药共计31味,累积使用2501次,占中药总使用频次的83.7%。(见表1)

2.2 药物聚类分析 对前31味核心药物进行系统聚类分析,可以看出罗师治疗COPD的遣方用药具有一定的规律,即以降气化痰、健脾利湿药物为主,兼以行气活血、补益肝肾药物(见图1)。聚类分析共得出药对组合(B1~B10)10对,3味药组合(C1~C4)4组,药物组合体(D1~D4)4组,并归纳其相应功效。(见表2、3、4)

表1 COPD核心中药

药物	频数(次)	累积(%)	药物	频数(次)	累积(%)
半夏	142	4.8	贝母	77	62.8
山药	140	9.4	补骨脂	71	65.2
厚朴	130	13.8	云芝	71	67.6
前胡	128	18.1	肉桂	69	69.9
紫苏子	128	22.4	五味子	65	72
太子参	127	26.6	大枣	52	73.8
蛤壳	120	30.6	茯苓	43	75.2
黄芩	120	34.7	菟丝子	41	76.6
泽兰	110	38.3	地龙	38	77.9
当归	109	42	沉香曲	34	79
沉香	104	45.5	蛤蚧	33	80.1
百合	93	48.6	射干	30	81.1
葶苈子	93	51.7	化橘红	28	82.1
陈皮	87	54.6	桔梗	28	83
百药煎	86	57.5	玄参	22	83.7
莱菔子	82	60.2			

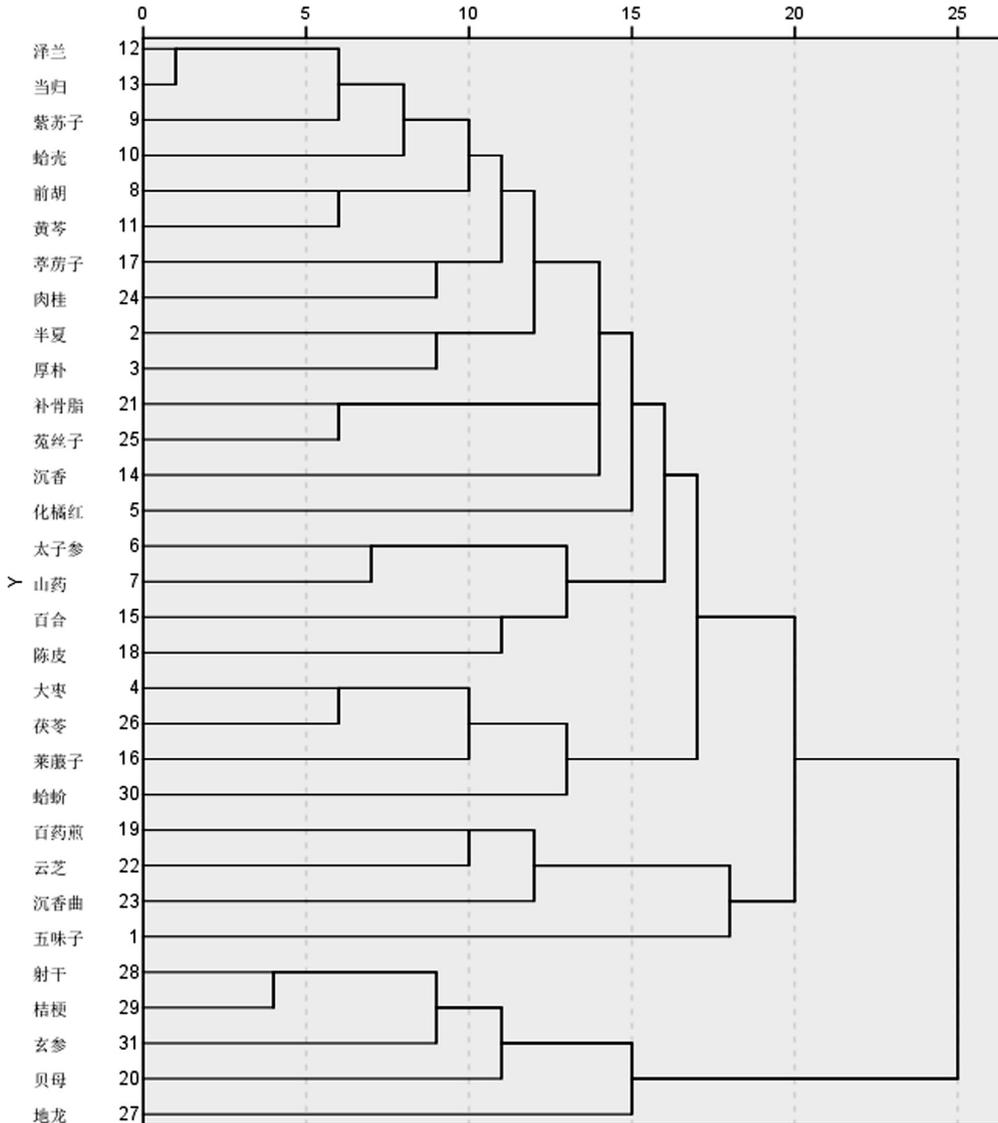


图1 聚类分析树状图

表 2 药对组合体聚类结果

编号	药对	功效
B1	泽兰、当归	活血化瘀利水
B2	前胡、黄芩	降气燥湿化痰
B3	葶苈子、肉桂	降气温肾纳气
B4	半夏、厚朴	行气散结
B5	补骨脂、菟丝子	补益肝肾
B6	太子参、山药	健脾益气
B7	百合、陈皮	润肺化痰
B8	大枣、茯苓	健脾利湿
B9	百药煎、云芝	补益肝肾
B10	射干、桔梗	消痰利咽

表 3 3 味药组合体聚类结果

编号	3 味药组合体	功效
C1	泽兰、当归、紫苏子	降气活血化瘀
C2	大枣、茯苓、莱菔子	降气健脾化痰
C3	百药煎、云芝、沉香曲	润肺化痰纳气
C4	射干、桔梗、玄参	清热化痰利咽

表 4 多味药组合体聚类结果

编号	多味药组合体	功效
D1	泽兰、当归、紫苏子、蛤壳、前胡、黄芩、葶苈子、肉桂、半夏、厚朴、补骨脂、菟丝子、沉香、化橘红	行气活血、健脾化痰、补益肝肾
D2	太子参、山药、百合、陈皮	益气健脾、燥湿化痰
D3	大枣、茯苓、莱菔子、蛤蚧	健脾利水、温肾纳气
D4	射干、桔梗、玄参、贝母	消痰利咽、化痰散结

### 3 讨 论

随着我国人口老龄化进程加剧、环境污染加重、吸烟人口数量增加, COPD 的发病率呈逐年上升趋势。有研究表明,以 COPD 为主要疾病组成的慢性呼吸系统疾病在农村致死性疾病中居第一位,在城市中居第四位<sup>[3]</sup>。COPD 发病率、病死率较高,西医治疗 COPD 的方案预后欠佳,而中医药在调节患者免疫功能、改善肺功能、改善微循环、抑制炎症细胞反应、改善营养状况等多方面疗效显著<sup>[4]</sup>,故中医药治疗 COPD 是许多临床医师进一步探索的方向<sup>[5]</sup>。数据挖掘是伴随着数据库技术发展而出现的、人们事先未知的、但又是潜在有用的信息和知识的非平凡过程<sup>[6]</sup>。本文通过数据挖掘技术分析罗师治疗 COPD 的遣方用药,揭示罗师治疗 COPD 选方的一般规律,对其所选用方剂的研究也有进一步促进作用。

本文通过数据挖掘发现多种药物配伍规律,包括药对及多味中药的配伍。药对是由两味药成对相配,是临床当中最常用的且又相对固定的药物配对组合,具有协同增效或减毒作用,其组成虽简单,但却具备

中药配伍的特点。药对作为药物配伍中的雏型,是探讨组方规律、启迪组方思维最重要的部分之一。表 2 分析显示,在聚类分析形成的 10 个药对中, B1 为活血化瘀利水药对; B2、B3 为降气、燥湿化痰、温肾纳气药对; B4 为行气散结药对; B5、B9 为补益肝肾药对; B6、B8 为健脾益气利湿药对; B7 为润肺化痰药对; B10 为消痰利咽药对。3 味药物组合体比药对范围稍大,它是治疗上关系密切的药物组合体。本研究 3 味药物组合体中, C1 为降气活血化瘀组合体; C2 为降气健脾化痰组合体; C3 为润肺化痰纳气组合体; C4 为清热化痰利咽组合体。3 味药组合体中 C2-C4 药物的功效与健脾化痰、降气相关,显示健脾化痰是罗师治疗 COPD 的一种重要治法,实践证明,运用健脾化痰、降气、活血化瘀中药治疗本病可取得较好疗效。笔者查阅多名名中医经验发现,其与罗师处方用药思路一致。如洪敏俐教授等针对 COPD 之肺肾气阴两虚证,使用补益脾肺、健脾益气养阴、活血化瘀之品<sup>[7]</sup>;傅汝梅主任医师自拟傅氏清肺化痰汤治疗痰热壅滞型 COPD,处方中除了根据辨证给予清热解毒药以外,同时也兼以健脾渗湿、止咳降逆平喘等治法,其思路与罗师亦有一定的相似之处<sup>[8]</sup>。

罗师认为 COPD 属中医学“肺胀”范畴,其病因病机主要责之于“虚、痰、瘀”,其中以本虚为主,包括肺脾两虚、肺肾两虚、肺脾肾三脏皆虚,此观点与康玲玉等<sup>[9]</sup>、刘江彦等<sup>[10]</sup>的经验相近。而虚实夹杂,邪实主要表现为痰浊及瘀血,故治疗上,罗师采用补虚平喘、祛痰、活血化瘀之法,多可取得满意疗效<sup>[11]</sup>。本研究聚类分析结果表明,罗师治疗 COPD 所含药物组合分别为行气活血、健脾化痰、补益肝肾类,益气健脾、燥湿化痰类,健脾利水、温肾纳气类,消痰利咽、清热化痰散结类药物的组合。该药物组合一定程度上体现了罗师治疗 COPD 的用药思维。诸多学者与罗师观点一致,如陈振翼等<sup>[12]</sup>认为痰浊壅肺证在 COPD 发病过程中最为常见,故治疗上化裁瓜蒌薤白半夏汤、二陈汤合三拗汤而成宽胸理肺汤。傅汝梅则认为 COPD 病机乃不外乎于虚、痰等<sup>[8]</sup>。吴红彦认为痰瘀伏肺、气道壅塞为本病的重要病机之一,因此化痰祛瘀是其首要治法。其方选苓桂三子汤健脾渗湿、降气化痰、止咳平喘、逐瘀破结<sup>[13]</sup>。

综上所述,中医药治疗疾病讲究整体观念、辨证论治,然而治疗过程中的选方用药仍有迹可循,且合用某种单药或药对常对于治疗疾病有明显的协同作用,故通过数据挖掘技术,可以有效发掘罗师治疗 COPD 的用药规律,可为广大临床医师提供治疗思路。

引用:卢锦莹,朱莹.朱莹运用升降理论治疗脾胃病经验[J].湖南中医杂志,2021,37(1):20-22.

# 朱莹运用升降理论治疗脾胃病经验

卢锦莹<sup>1</sup>,朱莹<sup>2</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

**[摘要]** 介绍朱莹教授运用升降理论治疗脾胃病经验。朱教授治疗脾胃病多从“气机升降失常、升清降浊失职”入手,通过调节脾胃气机升降,运用健脾理气、化痰祛湿之法,顺应脾胃的生理特性,遵循辨证辨病、中西药健运、生活情志养护 3 个步骤。诊疗思路清晰,切中病机,用药精准,疗效显著。并附验案 1 则,以资佐证。

**[关键词]** 脾胃病;升降理论;名医经验;朱莹

**[中图分类号]**R259.73 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.006

升降理论始于《黄帝内经》,后世医家张仲景、李东垣、叶天士等均有所阐发,现已成为指导辨证的重要思维法门。《素问·六微旨大论》载:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危……无器不有。”气机升降是自然界的一般规律体现,人与天地相应,阴阳之气的升降出入,成为人生命活动的基础表现形式。《叶天士医案》载:“脾宜升则健,胃宜降则和,太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴始安。”脾主升,胃主降,升者升清阳,降者降浊阴,是以脾胃的升降出入是人体气机气化功能的重要体现。

朱莹教授系全国第二批优秀中医临床人才,从事中医学教学、科研及临床工作三十余年,熟读中

医经典,博采众长,学验俱丰,对脾胃病的诊治有独到的见解,临床疗效俱佳。朱教授认为脾胃气机升降关乎全身,多从调理气机升降方面遣方用药。笔者(第一作者)有幸跟随朱教授学习,受益匪浅,现将其临床运用升降理论的经验略述一二。

## 1 脾胃气机升降源流

张仲景之《伤寒论》以六经之法辨脉辨证,并运用升降理论治疗疾病。如辛开苦降、寒热平调之半夏泻心汤,降气化痰、益气和胃之旋覆代赭汤,又如痞证之三泻心汤治法转变的条文中,均寓理于用,旨在复脾胃升降之枢。李东垣重视脾胃升降之说,其升降浮沉理论源于《内经》《伤寒杂病论》,认为

**第一作者:**卢锦莹,男,2018 级硕士研究生,研究方向:中医药防治消化系统疾病

**通讯作者:**朱莹,女,医学博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医内科学,E-mail:zhuying089@126.com

## 参考文献

[1] 王辰,迟春花,陈荣昌,等.慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)[J].中华全科医师杂志,2018,17(11):856-870.

[2] 高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007:1-524.

[3] 许扬,张鹏俊,杨汀,等.我国基层慢性阻塞性肺疾病防治现状研究[J].中国全科医学,2016,19(34):4153-4158.

[4] 郑肇良,周文雄,林月华,等.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病特色与优势研究概述[J].新中医,2010,42(4):109-111.

[5] 吴银根.慢性阻塞性肺疾病(COPD)中医辨证治疗要点[C]//中国中西医结合呼吸病专业委员会.第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集.北京:中国中西医结合呼吸病专业委员会,2010:16.

[6] 董俊龙.关联规则和聚类分析在方剂配伍规律研究中的应用[D].沈阳:东北大学,2010:3.

[7] 柯庚申,黄锦榕,杨朝阳,等.肺胀 2 号方对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾气阴两虚型患者中医证素的影响[J].新中医,

2018,50(12):79-82.

[8] 林承霞,范良,卢保强,等.傅氏清肺化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证临床研究[J].河南中医,2018,38(9):1387-1390.

[9] 康玲玉,柏正平,刘敏,等.柏正平从虚、痰、瘀论治慢性阻塞性肺疾病稳定期经验[J].湖南中医杂志,2016,32(3):11-12.

[10] 刘江彦,张建芬,王国琛.慢性阻塞性肺疾病稳定期特点分析[J].湖南中医杂志,2012,28(6):90-91,94.

[11] 刘勇,付玲,张磊,等.《重庆市中医院百年薪火传承集》——罗玲[M].重庆:重庆出版社,2016:259-261.

[12] 陈振翼,方邦江,闫绍,等.宽胸理肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰浊壅肺证)患者的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(7):1133-1135.

[13] 王爱琳,吴红彦,马春林.苓桂三子汤治疗痰瘀互结型慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].时珍国医国药,2019,30(7):1651-1653.

(收稿日期:2020-02-10)