

引用:王智先,孙非非,杜武勋,朱明丹,张少强. 杜武勋治疗围绝经期缺血性心脏病经验[J]. 湖南中医杂志,2022,38(1): 39-43.

## 杜武勋治疗围绝经期缺血性心脏病经验

王智先,孙非非,杜武勋,朱明丹,张少强

(天津中医药大学第二附属医院,天津,300150)

**[摘要]** 介绍杜武勋教授治疗围绝经期缺血性心脏病的经验。杜教授认为“气-形-神”与疾病密切相关,五脏六腑,非气不生,神静则宁,气郁则乱。其指出围绝经期缺血性心脏病发病“根于脾肾,变于肝”,气机失调、冲任亏虚是其主要病机,故以平衡气之升降出入、滋补肝肾冲任之亏虚为治疗本病的主要治则,用药遵循《内经》“木郁达之”“虚者补之”的要旨,以调畅气机法为基础,先顺其条达之性,开其郁遏之气,再针对病程的不同阶段分别以滋补肝肾、调和冲任之法治之,做到形神共调、动静互涵,临床疗效显著。

**[关键词]** 缺血性心脏病;围绝经期;“气-形-神”;名医经验;杜武勋

**[中图分类号]** R259.41 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.01.010

围绝经期是妇女从生育功能旺盛走向衰退的特殊时期,可表现为一系列神经、精神、内分泌和代谢系统的失衡。缺血性心脏病(ischemic heart disease, IHD)是以冠状动脉血流与心肌供需失衡,或因冠状动脉功能性改变导致心肌缺血缺氧甚至坏死而引起的心肌缺血性损伤的疾病,是动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型。围绝经期 IHD 是这一时期的临床综合征,伴随着激素水平的变化,心血管疾病的危险度随之上升,是严重危害围绝经期女性健康的主要因素。现代医学对 IHD 的治疗进展迅速,药物、介入及外科手术等方法日趋成熟,

但因其机制复杂,目前研究对其了解仍然有限,无法从根本上治愈冠心病。中医学中虽无 IHD 的病名记载,但从临床表现可将其归于“胸痹”“经断前后诸证”等病证范畴。多数医家认为本病属本虚标实之证,本虚以气血阴阳亏虚为本,标实为痰浊、瘀血及体内痰瘀蕴蓄日久所化之毒,痰、瘀、毒痹阻心脉,不通则痛,发为本病。

杜武勋教授是天津中医药大学第二附属医院主任医师、教授、博士研究生导师,国家中医药管理局中医心血管病重点专科/重点学科带头人,第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,

**基金项目:**国家中医药管理局中医内科学重点学科建设项目;国家中医药管理局重点专科建设项目、天津市中医药管理局;天津市自然科学基金项目(17JCZDJC34600);天津市卫生健康委员会中西医结合科研课题(2015123)

**第一作者:**王智先,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中医内科学

配伍,共奏益气养营、疏畅气机、活血化瘀、宁心安神之效。二诊时胸闷心悸改善,夜寐不谧,仍暖气。《内经》云:“五气为病,心为噫。”故王师加用旋覆花以降逆止噫,服药后症状明显改善。其治法充分体现“问者并行”的补通兼施之用。

### 参考文献

- [1] 林臻臻,郭成军,赵林,等. 替格瑞洛、氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛疗效与安全性的比较研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(2):219-222.
- [2] 吕何锦,黄美兴,刘震,等. 不稳定型心绞痛患者尿酸水平与血管内超声的相关性[J]. 中国老年学杂志,2020,40(3):

463-466.

- [3] TAN D, WU JR, ZHANG XM, et al. Sodium tanshinone II a sulfonate injection as adjuvant treatment for unstable angina pectoris: A meta-analysis of 17 randomized controlled trials[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2018, 24(2): 156-160.
- [4] 卿俊,雍苏南,张稳,等. 王行宽依据“损其心者,调其营卫”理论治疗心系疾病案举隅[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(1): 131, 143.
- [5] 伍瑶,范金茹,王行宽,等. 全国名中医王行宽肝心同治胸痹心痛的验方及经验传承[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(9): 1631-1634.

(收稿日期:2021-01-28)

天津市名中医,从事中西医结合治疗心血管疾病的临床、教学、科研工作三十五载,勤读经典,精于临床,善取各家之长,勇于创新,尤其是在心血管疾病的诊疗中将辨病与辨证相结合,具有丰富的临证经验。现就杜教授运用中医药治疗围绝经期 IHD 的经验总结如下。

## 1 正本溯源——理清胸痞之因机治要

围绝经期妇女由于先天禀赋、孕产、疾病、饮食、起居、社会环境、精神等方面因素,未能顺应天运和情志等变化,而出现的一系列脏腑经络气血失调的临床症状。在这一病理状态下,形体虚实发生改变,人之情绪变化也表现出诸多不稳定性,由形体异常而影响到神之异常者,即形衰则神惫。正如《灵枢·天年》所谓:“五脏皆虚,神气皆去,形骸独居而终矣”,形、气、神一方受损,必累及另一方,其临床表现各异。杜教授经过长期临床实践,发现本病最显著的特点是患者主观感受胸闷,表现为胸膈部憋闷胀满感、前胸压迫感、肩背部紧缩感等,触之无形、按之柔软、压之不痛,多发病缓慢、病程长,反复发作、难以缓解,常伴有焦虑抑郁等不良情绪。冠脉造影显示冠状动脉正常或接近正常(狭窄<50%),表现多样且不典型,极易被误诊为冠心病。但其发病机制与冠心病不同,且也不同于传统意义上“胸痹”的临床表现,若一概以“胸痹”命名,则易使该病处于西医无药可医、中医无病可辨的窘境,故临证时需严格区分冠心病性胸痹与非冠心病性胸痹,方能有的放矢、精准用药。杜教授将以此类自觉症状为主要表现的疾病归为“胸痞”。

对于胸中痞满不适的症状,虽有“胸痞”的病名,但名称驳杂,又称“胸中窒”“胸中气塞”“上焦约”“三焦约”等,尚未统一,多数医家将其与“心痛”“胸痹”等病证归为一类,且无严格的界限。如《医宗金鉴·杂病心法要诀》云:“胸痹之病轻者即今之胸满,重者即今日之心痛也,虚者应为胸痞。”在《伤寒杂病论》之后的一千多年里,胸痞的含义一直在“胸痹”与“心下痞”之间摇摆不定,未能将“胸痞”与“心下痞”及“胸痹”鉴别开来,而是共同论治。至宋代时,医家陈言才将“胸痞”作为一个单独的病名提出,其著作《三因极一病证方论·卷之四·胸痞证治》中载:“胸痞证者,胃中不和,心下坚硬,干呕,恶寒,汗出,暖气不除;亦有因伤寒身冷,医方下之,遂成胸痞”,对胸痞的病因病机做了深刻

的分析。他认为“胸痞”与“胸痹”大异,究其病因乃胸中阳虚不运,以致胸脘痹痛,甚至呼吸不利,此乃上焦清阳失展,气机不运之故。历代医家大都遵行痞为无痛之说,《伤寒论》中云:“但满而不痛者,此为痞”,《杂病源流犀烛·胸膈脊背乳病源流》载:“大约胸满不痛者为痞,满而痛者为结胸。”《临证指南医案》对“胸痹”与“胸痞”在成因上进行了区分:“胸痹与胸痞不同。胸痞有暴寒郁结于胸者,有火郁于中者,有寒热互郁者,有气实填胸而痞者,有气衰而成虚痞者,亦有肺胃津液枯涩,因燥而痞者,亦有上焦湿浊弥漫而痞者。若夫胸痹,则但因胸中阳虚不运,久而成痹”,明朝秦景明在《症因脉治·胸痛论》中更是首次明确提出:“若胸中满塞而不痛,又名胸痞。”至此胸痞的定义大概确定,并与胸痹从痛与不痛上鉴别开来,为历代医家所推崇,被视为医家圭臬<sup>[1]</sup>。但杜教授在临证过程中发现,有些患者胸痛表现并不明显,两者在症状上轻重有别,在病机证治方面亦不相同,不可一概而论,相关内容应当循名责实,系统地进行整理和发掘。围绝经期女性常会出现负性情绪倾向,表现为持续性情绪低落、抑郁寡欢、心烦易怒、睡眠障碍等症状,因此情志因素致病也是围绝经期女性各种不适症状加重的关键环节,正如《灵枢·口问》云:“忧思则心系急,心系急则气道约,约则不利。”心主血藏神,肝藏血舍魂,胸痞乃胸闷之候,病在肝、肾,影响气血。临证时,杜教授常选用开心散等理气解郁,加以适当心理疏导,移情易性,畅情志而解胸闷之急。

## 2 核心病机——气机失调、冲任亏虚、形与神病

形、气、神统一是《内经》阐述的重要观点,是中医学对生命、健康、疾病本质的整体把握,形、气、神高度和谐统一是人之根本,是生命自身组织的最佳优化状态。人体维持相对稳定、和谐的秩序是气血阴阳协调的基础。“人禀天地阴阳之气以生,借血肉以成其形,一气周流于其中以成其神,形神兼备,乃为全体”<sup>[2]</sup>,此即张介宾称之为“藏居于内,形见于外”之内在的“藏象承制”活动,“形气神合一”则“五脏安定,血脉和利,精神乃居”(《素问·阴阳应象大论》),方可达到“阴平阳秘”之健康状态。形体是生命的外化和物质基础;气是生命物质,是构成生命的本原和联系形、神两者的纽带;神是生命活动的主宰。气充则“形与神俱”,反之,气不足则形

弱神疲,三者之间是相互影响、相互联系的一个整体,即形气神三位一体。生理上,形为神宅,形以载神,神以养形,形体、气机、神机三者相互依存。刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中言:“是以精中生气,气中生神,神能御其形也,由是精为神气之本。形体之充固,则众邪难伤”,既指出形体充固之重要,又注重“神能御形”的功能,病理时则形体、气机、神机俱伤,从而产生病机。《灵枢》中指出:“形与气相任则寿,不相任则夭”,《素问病机气宜保命集·原道》则记载:“人受天地之气,以化生性命也。是以形者生之舍也,气者生之元也,神者生之制也。形以气充,气耗形病,神依气纳,气纳神存。”“形”和“神”是辩证统一的,二者之间相互依存、互为因果,是作用与反作用的关系<sup>[3]</sup>,因此形、气、神致病学说对于临床辨识和治疗疾病具有重要意义。

**2.1 肝郁血虚,气损及形** 人体生命系统中,形、气、神是相互融合的整体,三者各守其位,各司其职,相互依存并相互协调,共同维持机体生命活动的平衡稳定。疾病状态下,由于各种内外因素的作用,这种平衡状态受到破坏,机体不能发挥正常的生理功能,形体、气机、神机俱受损,从而发病。中医学将人体作为有机整体看待,将系统内外失衡而作为病态表现,是着重于整体描述,而不局限于局部及微观的改变,是注重人自身、人与环境及人与社会的统一性,强调时空形神的多维联系,并以阴阳的状态来作高度概括。疾病是阴阳气血失调的结果,中医在整体观及审证求因的辨证指导下,注重顺应时变及生机转化,通过整体调控使人体恢复平衡,或调神或调气,通过“生克乘侮”及“亢害承制”调控机体生生之气,以此来改变形体局部和微观的病理改变,以维持人体内环境的稳态。当形神出现病变或形神不和时,在辨证论治原则指导下根据其形体的损伤、神的衰减推测病理过程,可以调节气以及气化失常的状态,进一步影响形神,以中药药性之偏颇来平衡和修复人体阴阳,使人生生不息,以达到治疗疾病的目的。

女子七七之后,肾气渐衰,精血亏虚,天癸将竭,冲任脉虚衰,肾精亏虚,血虚肝郁是围绝经期综合征的主要病机。因此,围绝经期缺血性心脏病责之于肝郁气滞,水不涵木。肝肾同居下焦,肾藏阴精,又主命门相火,肝藏阴血为刚,乙属肝属木,癸

属肾属水,故此又有“水木同府”之说。肝肾肾精同化于水谷精微,在生理活动中可以互相转化,肝肾之阴可以相互滋养,即肾精可以化生肝血,肝血可以化养肾精,二者相互相成,在病理上互为因果。肾精肝血日益不足,肝木虚损,运行无力而郁滞,肝失条达,血气不足,无以濡养脏腑,则阴阳失衡,脏腑功能失调而致胸闷。肝为刚脏,最易动荡,情绪激动则勃然大怒,所欲不遂则抑郁不乐、胸闷气短、善叹息,动则潮热汗出、不悲自泣、暗自哀恻等。人体发生躯体器质性疾病后,会导致机体出现焦虑、抑郁等负性情绪反应,即形损及神;同时神为形之主,负性情绪反应又会进一步加重脏腑功能失调以及气、血、津液的不足与失序,即神损及形,一损俱损,引起阴阳亏虚。

**2.2 冲任失调,形神俱病** 女性以气血为本,在生理上有经、带、胎、产之特点,同时又屡伤于血,使机体处于“有余于气,不足于血”的生理失衡状态。再加上女性围绝经期生理、病理特点以及身心特点等,“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴日渐衰老,正是“任脉虚,太冲脉衰少”之时,气血失调,冲任虚损,精血亏损,心血不充,不能濡养心脉,心脉失养;或肾阳虚而心阳衰微,帅血无力,肾为先天之本,元气之根,其藏精,肾气渐衰,如肾阴不足、失于滋养,或肾阳不足、阳不制阴,出现阴阳亏虚则精少,精亏则血虚,不能濡养心脉而出现胸闷气短、静而少言、倦怠乏力之病症。先天既衰,故致后天脾运化不及,痰湿内聚,痰阻气机,血行不畅,加之气血化生不足,心脉失养,则胸闷时作。“女子以肝为先天”(《临证指南医案·卷九》),肝主疏泄而藏血,为一身气血情志调节之枢纽,易于拂郁,“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏”(《薛氏医案》)。《血证论》云:“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”《读医随笔》中亦指出:“肝者,贯阴阳,统气血”;“肝气舒,心气畅,血流通……邪无所客矣”,可见肝气条达、疏泄有常对于心主血、主脉之功的重要性,情志的调节也寓于其正常疏泄之中。反之,肝郁气滞、气行不畅,则生瘀血、致痰凝,导致痰瘀交阻,壅滞血脉。围绝经期女性在此时期多因情志不遂、肝气郁结日久难解而致肝之疏泄失司,又加精血亏虚而脉络不充,由气及血,致血脉瘀阻,气血运行不畅,心络不和,即发胸痞。随着疾病的迁延不愈,在疾病发展中逐渐呈阴阳消长

之变,或阴损及阳,或阳损及阴,或气阴两虚之候,表现出气短胸闷、眼花眩晕、汗出潮热、腰膝酸软、畏寒怕凉等症状,本病由实向虚转化,病情由轻至重。

### 3 审证求因——调气以系形神

人体是一个自组织系统,与自然、社会和谐统一,形健神旺、神清形健才能维持“阴平阳秘”的状态。形、气、神之间存在着相互依存、相互为用的关系,发病时则形、气、神三者均病,影响机体的调节机制。因此疾病的发生,从本质而言是各种病因的作用下打破了机体的形、气、神自调节机制<sup>[4]</sup>。辨识病机,要思考形、气、神平衡统一,全面把握疾病发生的内在机制,要“守形”“守气”“守神”。明·张介宾云:“医必以神,乃现无形;病必以神,血气乃行。”医者必依靠“治神”调节体内脏腑经络、气血阴阳间的失衡,以使其相适应,并设立治法,选方用药,切中病机,“审其阴阳,以别刚柔,阳病治阴,阴病治阳,定其血气,各守其乡”(《素问·阴阳应象大论》),改善或消除患者的整体异常反应状态,以调和脏腑,通畅气血,和畅气机,健旺神机。历代医家对本病的发病机制进行了不断深入的研究,分别从脏腑辨证、气血辨证、经络辨证等方面提出了“肾-天癸-冲任”的理论,认为肾气不足、冲任亏虚、天癸将竭、肾阴肾阳虚衰、阴阳平衡失调是此阶段女性共同的发病基础,气血不足、肾阴阳两虚是其发病关键。然其内在病机无外乎张景岳所言“五脏相移,精气相错”,治疗重心在于“平其所复,扶其不甚”,畅达气血,使脏腑气血相适应而恢复其“阴平阳秘”的生理平衡状态,此为治疗之本。胸痞证候虽然复杂多变,但基本病机是正气不足,阴阳气血失调,上焦气机壅滞,升降失常,胸中阳气遏郁,不得宣发所致,造成形、气、神失调而病发。气血津液的正常生化输布是神产生的物质基础,神机健旺又是脏腑功能正常的前提。而气机是形、神二者之间的纽带,精、气、血、津液的生化输布依赖气的升降出入来实现,气机升降又是脏腑功能活动正常的保证。

**3.1 调理气机,平治权衡** 气血是维持脏腑正常生理功能活动的物质基础,它们的生成及转化又是脏腑生理功能联合作用的结果。人身气血,贵通而不贵滞,气血达到一种平衡、协调、通畅、有序的平和状态,就能保持身心舒畅,人体安和。《丹

溪心法·六郁》曰:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉”,故调理气机对围绝经期缺血性心脏病患者尤为重要。气机不畅则胸胁胀闷、时时太息,气机郁滞,日久化火,则生急躁易怒、胸闷胁胀、头痛目赤、口苦等症。杜教授针对本病的病机,努力探索人体气血阴阳与围绝经期缺血性心脏病的关系,联系肝脏生理病理特点,创造性地提出“调和平衡观”和“条畅气机,恢复气机平衡”治疗法则<sup>[5]</sup>。以“疏其气血,令其调达,而至和平”为指导,临证时重视斡旋气机,木升金降,左右升降有序,一气周流,而胸中痞满自消,此亦《素问·玉版论》中“阴阳反他,治在权衡相夺”之意,体现了“女子以肝为先天”的思想,肝气条达,气血冲和,“故能形与神俱”,则可健康长寿。治疗时,不可在不辨证的基础上顽守胸痞病而专于活血化瘀,否则难以达到理想疗效<sup>[6]</sup>。胸痞的治疗应着眼于全身气机周流,应顺其势调其中枢、四傍以图旋转之功,诚如《金匱要略》云:“大气一转,其气乃散。”处方当遵循“补不足,损有余”之要旨,以“气机”乃胸痞一症治疗关键,实者治之应流转左右升降,使胸腹如天地交而成泰,以调和气血为切入点,仿逍遥散而立疏肝消痞汤(柴胡 10 g、当归 15 g、白芍 10 g、生地黄 15 g、川芎 15 g、茯苓 20 g、白术 15 g、郁金 10 g、木香 10 g、厚朴 10 g)。肝郁化火者,治疗当宗“火郁者发之”之经旨,在理气解郁的基础上清肝泻火,采用金铃子散、失笑散、丹栀逍遥散以发散之;虚者治以补脾养心、调心安神,以补中益气汤合甘麦大枣汤加减;对兼有胃纳不佳者,可酌情加入焦山楂、焦麦芽、焦神曲、木香等健脾开胃之品。

**3.2 滋补肝肾,调和冲任** 形神是人体生命的基础,神依附于形而存在,形盛则神旺,形衰则神衰,形谢则神灭。《黄帝内经》十分重视情志因素、精神心理(神)与躯体生理(形)的相互影响,“形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去”。绝经前后女性数伤阴血,肾气渐衰,经血日趋不足,肾水亏虚、肝木郁结,致“任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭”,脏腑、气血、阴阳亏虚,遂发经断前后诸证。肾精亏虚、天癸衰竭、冲任不通、形神不和为根本原因。若肾水不足不能上济于心,心火独亢,热扰心神,神明不安,则心肾不交;若素体阴虚,或多产房劳致伤肾耗精,或数脱于血致精血不足,复加忧思失

眠,营阴暗耗,肾阴益亏,脏腑失养而出现胸闷心烦、健忘多梦、手足心热、潮热汗出、舌燥咽痛等一系列症状;阴虚内热,扰乱心神,故沉默寡言,欲卧不能卧,欲行不能行;精亏血少不能上荣于脑,则出现头晕目眩、耳鸣等;素体肾阳亏虚,或过用寒凉及过度贪凉,可致命门火衰而不能温煦脾阳,使脾失健运,水湿内停,湿聚成痰,酿成痰湿,上犯心胸,清阳不展,气机不畅,心脉痹阻,造成形神不和,遂成胸闷等症。在治疗上当辨证论治,将滋补肝肾、形神共治贯穿治疗的始终,临证以二仙汤合百合地黄汤加减治疗围绝经期缺血性心脏病。二仙汤由仙茅、淫羊藿、巴戟天、知母、当归、黄柏等药物组成,具有补肾填精、调理冲任之功效。方中仙茅、淫羊藿、巴戟天补肾填精,调理冲任,聚精养神,精足神明而形安;黄柏、知母泻肾火、滋肾阴,清心而安神;当归温润养血,调理冲任。全方将壮阳药与滋阴泻火药同用,阴阳双补,以适应阴阳俱虚于下,而又有虚火上炎的复杂证候。百合地黄汤为汉代张仲景所创,方中百合色白入肺,养肺阴而清气热;生地黄色黑入肾,益心营而清血热,养精充志,形充则神全;二方共奏温补肾阳、滋阴降火之功,使水火相济,气血相合,冲任平衡,可获佳效。

(上接第32页)

从处方药物的四气、五味及归经分析,四气中使用频次较高的为温性药,其次为凉性药,由此可以看出邵教授喜用温、凉药,温凉之药不易伤正,这体现了扶正祛邪的思想。又因“病痰饮者当以温药和之”,故邵教授临证多用温和之陈皮、青皮疏肝健脾、化痰止咳,同时又辅以寒凉之品如柴胡、前胡以平衡药性,体现了其寒温并用的思想。五味中使用频次最高的为苦味药,苦能泄、能燥、能坚,具有清泄、降泄、通泄、燥湿、坚阴之效。其次是辛味药,“辛”能散、能行,有发散、行气、行血等作用。药物归经中归肺、肝经的用药最多,脾、胃、胆经次之,此与邵教授“咳嗽治疗之道,重在疏肝兼以理肺”的思想一致。

综上所述,邵教授治疗咳嗽时,主要采用疏肝理气、平肝顺气、柔肝敛气的治疗原则,其临证治疗咳嗽时还常配伍祛痰、润肺、活血等药物,灵活运用。根据上述治法治则,通过数据挖掘结果还可看出其在药物配伍上强调了要处理好升降、润燥、气

#### 4 小 结

目前关于胸痞的临床表现论述不尽相同,其辨证、组方等也灵活性较大、主观性强,尚无统一的辨证、诊断及疗效评价标准。由于胸痞病因繁异,病程缠绵,临证时必须重视围绝经期女性的生理变化特点,从整体出发,辨证论治,从形气神三位一体进行系统调节,通过药物七情和合、四气五味之偏性而使脏腑气血阴阳之偏胜偏衰相适应,帮助患者恢复机体稳态,达到“神者生之制也,气者生之充也,形者生之舍也”的协调统一。

#### 参考文献

- [1] 李宇铭. 论《伤寒论》痞证只属闭塞不通[J]. 陕西中医, 2011, 32(10): 1418-1418.
- [2] 刘燕平, 黄岑汉. 论治未病与神形共养的养生之道[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(9): 766-768.
- [3] 常静玲, 高颖, 孙塑伦. “形神合一”理论指导下的脑卒中后失语康复治疗与评价[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(9): 2523-2527.
- [4] 蒋璐, 杜武勋, 王智先, 等. 基于中医形、气、神理论探讨中医药愈病机理[J]. 中医杂志, 2015, 56(6): 451-454.
- [5] 王智先, 杜武勋, 许艳伶, 等. 围绝经期高血压辨治探讨[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(4): 219-220.
- [6] 周丽丽, 姚耿坤, 何志凌. 从肝肾论治围绝经期胸痹病证[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(7): 863.

(收稿日期: 2021-01-14)

血之间辨证关系的理念,即注意调畅气机,使“升、降、出、入”有常。复杂系统熵聚类方法对建立“疗效确切、方法便捷”的中药新药创制新模式和新方法具有重要意义<sup>[6]</sup>。通过复杂系统熵聚类方法得到的7个新处方,有望成为从肝论治咳嗽中药新药研发的候选处方,可为进一步开发新药奠定基础。

#### 参考文献

- [1] 邵长荣工作室. 邵长荣学术经验撷英[M]. 上海:上海中医药大学出版社, 2004.
- [2] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2012: 1.
- [3] 国家中医药管理局医政司. 24个专业105个病种中医诊疗方案(合订本试行版)[M]. 北京:国家中医药管理局, 2012: 71-78.
- [4] 高学敏. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000.
- [5] 孟凯, 张惠勇, 薛鸿浩, 等. 邵长荣治疗痰热壅肺型COPD用药规律研究[J]. 山东中医杂志, 2016, 35(3): 182-185.
- [6] 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): 225-228.

(收稿日期: 2021-05-11)