

基于中医传承辅助系统挖掘《伤寒杂病论》心悸用药规律及现代医案研究

郑 剑¹ 孙 梦² 刘佳明¹ 苗嘉琦² 王佳音^{3*}

1. 黑龙江中医药大学附属第三医院 黑龙江 哈尔滨 150000

2. 黑龙江中医药大学 黑龙江 哈尔滨 150000

3. 哈尔滨职业技术学院 黑龙江 哈尔滨 150000

摘 要:目的:以中医传承辅助系统为基础挖掘分析《伤寒杂病论》心悸用药规律及对现代医案进行研究。方法:以《伤寒论》和《金匱要略》作为统计依据,从书中的条文和记载的中药组方中筛选相关资料。运用具体主题术语与关键检索词结合的方式,以“伤寒杂病论”为主题词,“心悸”“心下悸”“怔忡”及“惊悸”为关键词,在主要中文数据库如中国知网、万方数据库、维普数据库等进行高级检索,文献筛选时间节点为1993年至今,根据纳入标准,对检索结果进行筛选。总结《伤寒杂病论》中心悸用药规律并对现代医案进行研究。结果:共录入处方15个,涉及药物计26味,相关用药频次计78次,使用频次大于6的药物5味;从药性分析看,温性居多;药味方面以甘、辛、苦居多;药物归属脏腑主要以脾肺胃居多。共录入医案65个,涉及药物计117味,用药频次计717次,使用频次大于10的药物21味;从药性分析看,温性居多;药味方面以辛、苦居多;药物归属脏腑以脾心肺居多;共总结72个症状,出现频次大于10的症状12种;证候出现频次以心阳虚、水饮内停、肝胆气滞居多;治则治法以温补心阳、益气养阴、疏肝理气居多。结论:对《伤寒杂病论》与现代医案治疗心悸的研究发现,得出以“本气自病,阳虚则悸”、“血气同类,阴亏而悸”、“土虚不制,水饮凌心”的主要病理机制,为后治疗心悸的过程中有启发及指导作用。

关键词:心悸;伤寒杂病论;用药规律;现代医案;系统挖掘

引 言:

心悸指病人自觉出现心前区悸动,惕惕不安,甚至不能自主的一类病症,常因情志劳累等因素诱发。西医学中以心悸为主诉由各种原因引起的心功能不全、心律失常、神经官能综合征等特征的病人,都属中医心悸论治范畴。心悸作为病名首次出现在《伤寒杂病论》中,文章中提到的“心动悸”“心中悸”和“心下悸”等词,以及《黄帝内经》中提到的“心掣”“心动”“心下鼓”和“心澹澹大动”等,均可归为“心悸”范畴。本研究基于中医传承辅助系统挖掘《伤寒杂病论》中心悸用药规律及现代医案研究,以期为临床治疗提供借鉴与指导。

1 资料与方法

1.1 处方来源

以《伤寒论》和《金匱要略》作依据进行统计,选取书中所有涉及心悸条文及条文后所记载的中药组方。

1.2 医案文献来源

采用具体主题词与关键词相结合方式,以“伤寒杂病论”为主题词,以“心悸”“心下悸”“怔忡”及“惊悸”等为关键词,在中国知网、万方数据库、维普数据库主要中文数据库中进行高级检索,文献筛选时间节点为1993年至今。收集的信息包括证型、症状、舌脉象、方剂名称、药物组成及对应治法等。

1.3 医案纳入标准

(1) 医案需要具有明确的方剂名称,可以用原方加减命名。(2) 研究只选取个案,对于多样本的临床观察的报道,只选取其中含典型医案作举例。(3) 仅选择初诊应用经方且有较好疗效的医案。

1.4 医案排除标准

(1) 医案中处方使用后明确无效者。(2) 重复收集的医案。(3) 临床表现为非心悸症及与心悸证候无关的医案。

1.5 数据录入及处理

将符合纳入标准的《伤寒杂病论》中的药方及医案组方录入Microsoft Excel表格中建立数据库。为防止录入错误的信息,在录入完成后,由两人对所录内容检查,以确保数据挖掘结论的准确性。以《中华人民共

和《中华人民共和国药典》（2020版）为标准，对中药名称参考《中华本草》进行规范化整理，依据《中药学》对药物进行分类，并在药物功效及性味归经分析时，剔除《中华本草》及《中华人民共和国药典》中未纳入有效药名的药物。

1.6 数据分析

通过中医传承辅助平台（V2.5）的数据分析系统，总结并归纳《伤寒杂病论》中治疗心悸的用药规律及传承学术经验。以 Microsoft Excel 表格形式建立《伤寒杂病论》数据库及现代医案库并通过数据上传功能导入中医传承辅助平台，通过数据分析功能分别得出证候统计图，治法治则统计图，药物频次、四气、五味、归经等，并将所得结果导出。运用“方剂分析”板块、“医案分析”板块，通过设定不同的支持度及置信度进行关联及聚类分析。

2 结果

2.1 处方筛选结果

纳入条文 19 条，涉及处方 15 个。

2.1.1 处方药物频次分析：对《伤寒杂病论》中治疗心悸的 15 个处方药物使用频次进行“方剂分析”示：中药计 26 味，用药总频次计 78 次。使用频次大于 6 的中药有 5 味，用药频次大于 6 的相关药物列表如表 1。

表 1：处方使用药物频次统计表

编号	药物	频次
1	炙甘草	11
2	桂枝	9
3	生姜	8
4	大枣	6
5	茯苓	6

2.1.2 处方药物四气五味分析：对《伤寒杂病论》中治疗心悸的 15 个处方药物四气五味进行“方剂分析”示：在四气占比中，其使用温性药物频次最高（37%），次为寒性药物（17%）与平性药物（11%），最次为热性药物（2%）；在五味占比中，其使用甘性药物（37%）最高，次为辛性药物（30%）与苦性药物（21%），最次为酸性药物（4%）、咸性药物（4%）与涩性药物（3%）。

2.1.3 处方药物规则分析：对《伤寒杂病论》中治疗心悸的 15 个处方药物进行“规则分析”，将支持度个数设为 3（即药物模式在处方出现频次数 ≥ 3 ）。根据用药模式频率进行递减。同时将置信度设为 0.8（即药物组合在 15 个处方中出现频次 $\geq 80\%$ ）。

2.2 文献筛选结果

纳入文献 44 篇，涉及现代医案 65 个。

2.2.1 现代医案数据症状分析：对筛选的 65 个现代医案进行“症状分析”，共总结出 72 个症状，根据出现频率进行降序排列，筛选频次 ≥ 10 的症状，得表 2。

表 2：关于“心悸”的现代医案中症状频率统计表

序号	症状	频率	序号	症状	频率
1	心悸	46	7	苔薄白	18
2	胸闷	35	8	脉沉	18
3	苔薄	27	9	脉弦	16
4	乏力	26	10	头晕	12
5	气短	24	11	心烦	10
6	苔白	21	12	神疲	10

2.2.2 现代医案症状规律分析：对筛选的 65 个现代医案进行“症状规律分析”，将支持度个数设为 12，根据症状模式中出现频率进行递减，包括 15 条组合数据，71 种症状。将置信度设定为 0.7，对关联规则根据置信度进行递减，包括关联规则 16 条。

2.2.3 现代医案数据证候统计：对筛选的 65 个现代医案进行“证候统计”，总结出 37 类证候类型，频次最多的为“心阳气虚证”，其次为“水饮内停证”、“肝胆气滞证”等。根据出现频率进行降序排列，筛选出出现频次 ≥ 3 次的证候类型。

2.2.4 现代医案数据治则治法统计：对筛选的 65 个现代医案进行“治则治法统计”，共总结出 58 种治则治法，出现频次最多为“温补心阳”，其次按照顺序分别为“益气滋阴”“疏肝理气”“调理阴阳”“温阳利水”“温阳化饮”，与“证候统计”得到的频次结果相符合。根据出现频率进行降序排列，筛选出频次 ≥ 4 次的治则治法。

3 讨论

3.1 本气自病，阳虚则悸

心为君主之官，生之本，神之舍也。《金匱要略》^[1]言：“寸口脉动而弱，动则为惊，弱则为悸。”君火宣明则惊悸不发，心火不足则气虚而悸，心悸之源，本气虚故也。

证候类型中出现频次最多的为“心阳亏虚证”，以“温补心阳”为首要治疗原则。心为阳中之太阳，其充在血脉，阳动则血行，通于经络，荣于脏腑，以奉生身。若心中阳气不足，失于温煦，血行不畅，瘀滞阻塞，

则表现为心悸动不安伴见神疲、气短等症状的出现。根据对药物四气五味分析表明,辛甘温占主要气味。气味辛甘发散为阳,味薄者善上行入心经。辛味药能行气血,散寒瘀,亦能通能化,免郁而成悸。益气之药,气醇味甘,甘味药能补益和中,缓急补虚,以补其阴阳气血,同时健运脾胃,以滋化源。甘补辛散入心经助心阳温煦,免于惊悸。温能助阳益气养血,推动心经的气血运行,使气血通畅而达到水饮、瘀血自化的作用。甘温合用益气补阳、合养气血,补心之气血、阳气。辛温合用通阳宣痹消水饮、瘀血。

3.2 血气同类,阴亏而悸

《伤寒论》^[2]中有对心悸有多种表述,多见于太阳病过汗变证或素体阴液不足而致。《灵枢》^[3]言:“营卫者,精气也,血者,神气也,故血之与气,异名同类焉。故夺血者无汗,夺汗者无血”。人之所主者心,心之所主者血,心在液为汗,过汗伤阴,血不养心,神浮而悸;津能载气,气随汗脱,阴阳两虚,可见炙甘草汤“脉结代、心动悸”之症。

涉及的处方及高频次药物、药对中以温阳益气药为主,但同时滋阴药也列于高频次药物中,如龙骨、牡蛎、白芍等。《景岳全书》^[4]言:“善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭”。仲景在治疗心悸的过程中,常用方剂炙甘草汤中,既包含温性的桂枝和生姜,同时也包括生地黄、麦冬等滋阴药物,形成阴阳双补的治疗方式,体现了“阳中求阴”的思想。同时人参补气生津,茯苓补脾利湿、推动输布津液,半夏降逆和胃以通降胃气以助津液上承,合用以甘温化气,同时滋阴生津。滋阴不忘通阳,温阳慎防化燥,在治疗心悸的过程中滋阴与温阳并治,避免过量用寒凉滋腻药所致气机壅滞,同

时也配伍滋阴药制约温药之燥。

3.3 土虚不制,水饮凌心

除太阳病之变证,茯苓甘草汤证亦可见心下悸,因脾胃素虚,水停胃脘上逆,凌心而作悸。《金匮要略》言:“凡食少饮多,水停心下,甚者则悸,微者短气。”正虚者,邪必凑之。心阳不足,水火不能相济,肾水则上泛而乘心,若脾土备化,自能制水,若食少(土不及)饮多(水太过),微者短气,甚者则悸。若心阳为阴寒之邪所犯,即《金匮要略》“阳微阴弦”之机,症见“胸痹而痛”。

在心悸的治疗中脾经的药物用量及频次占比最大。从经络上讲,脾经脉上通于心,其支者,注入心中;主脾所生病者,心烦、心下急痛。从脏腑功能上讲,《备急千金药方》^[5]言:“心劳病者,补脾以益之,脾旺则感于心”。脾与心密切相关,心属火,脾属土,母子相生,脾土健运则心火得养,心阳温煦使脾土得运。《灵枢·决气》言“中焦受气取汁,变化而赤是谓血”,脾为孤脏,中央土以灌四傍,脾主统血,心主血脉,二者共同维持血液的正常运行,脾主运化,化源不足时则心气血亏虚,导致心神失养、气血不充,发为心悸。脾虚生湿,脾脏运化水饮功能失调,心阳不足,脾土失于温煦,则运化失职,水湿内停;平素脾气不足或者寒饮碍脾则脾阳受损,水饮入胃却难以运化,停聚日久化为痰饮,痰湿内生,饮停心下,上逆冲心,上扰心神,致而心悸。同时在治疗心悸的药物中也能体现出心脾同治的用药特点,如茯苓归心脾肾经,在健脾渗湿的同时兼顾宁心安神;人参归心脾肺经,补益脏腑气血同时宁神益智;炙甘草归心脾经,补益心气、健脾和中。

结 语:

本研究使用中医传承辅助系统挖掘《伤寒杂病论》心悸用药规律及现代有关心悸的医案进行研究,主要总结了药物使用频次、性味、归经以及现代医案中心悸相关症状、证候、治则治法等规律,将古籍处方及现代医案对照参考,得出以“本气自病,阳虚则悸”、“血气同类,阴亏而悸”、“土虚不制,水饮凌心”的主要病理机制,为后治疗心悸的过程中有启发及指导作用,为临床治疗心悸的辨证及用药上提供了证据及参考支持。

参考文献:

- [1] 张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2000:547.
- [2] 张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2020.
- [3] 王洪图主编.内经[M].北京:人民卫生出版社,2020.11:748.
- [4] 张介宾.景岳全书.下[M].北京:中国中医药出版社,2017:1196.
- [5] 孙思邈.备急千金要方[M].北京:中国医药科技出版社,2011.8:228.