基于数据挖掘技术分析黄桂忠治疗岭南地区颈性眩晕用药规律

钟棋洪，黄桂忠

广州中医药大学附属汕头中医院/汕头市中医医院，广东 汕头 515000

［摘要］**目的：**运用数据挖掘技术，深入分析黄桂忠教授治疗岭南地区颈性眩晕（CV）的用药规律。**方法：**收集黄桂忠教授门诊辨治为CV的有效病案和处方，利用EXCEL软件对病案中出现的病证、病症及处方高频中药进行频数、频率统计，运用SPSS Modeler18.0、SPSS Statistics26.0、Cytoscape3.9.1等软件对高频药物进行药物关联、聚类分析。**结果：**纳入病案203个，经剔除病案中复诊患者的相同证型，得到有效证型100个，涉及症状1 620个，处方203首，中药86味，使用频数排在前5位的药物分别为荷叶、升麻、苍术、白术、半夏。病案证型以痰湿中阻证居多，症状以头晕、头昏、舌苔白腻为主，高频药物药性以温、平为主，药味以辛、苦为主，主入脾、肝、胃、肺经。关联程度排在前5位的高频药对为荷叶-升麻，升麻-荷叶，苍术-荷叶，半夏-升麻，白术-苍术；聚类分析可聚为5类。**结论：**黄教授治疗CV，结合岭南地区发病特点以化湿升清法为主，灵活使用风药以升阳胜湿和宣通气机；对于CV兼有头痛失眠等症，用药清新，清利头目，可为临证提供一定参考。

［关键词］颈性眩晕；数据挖掘；痰湿中阻证；化湿升清；风药；岭南地区；黄桂忠
［中图分类号］R249；R274.9 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）09-0017-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.09.004

Analysis of Medication Rules of HUANG Guizhong in Treating Cervical Vertigo in Lingnan Region Based on Data Mining Techniques

ZHONG Qihong, HUANG Guizhong

Shantou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine/Shantou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shantou Guangdong 515000, China

Abstract: Objective: To utilize data mining techniques to deeply analyze Professor HUANG Guizhong's medication rules in treating cervical vertigo (CV) in the Lingnan region. **Methods:** Effective medical records and prescriptions for CV treated by Professor HUANG Guizhong were collected. EXCEL software was used to perform frequency and percentage statistics on the diseases, symptoms, and high-frequency Chinese medicines appearing in the medical records. SPSS Modeler 18.0, SPSS Statistics 26.0, and Cytoscape 3.9.1 were used for drug association and cluster analysis of high-frequency drugs. **Results:** A total of 203 medical records were included. After excluding duplicate records of patients with the same syndrome type, 100 effective syndrome types were obtained, involving 1 620 symptoms, 203 prescriptions, and 86 types of Chinese medicinals. The top five most frequently used medicine were Nelumbinis Folium, Cimicifugae Rhizoma, Atractylodis Rhizoma, Atractylodis Macrocephalae Rhizoma, and Pinelliae Rhizoma. The predominant syndrome type was phlegm-damp obstruction syndrome, with symptoms mainly including dizziness, vertigo, and greasy white tongue coating. The high-frequency medicines were primarily warm and neutral in nature, with pungent and bitter flavors, mainly entering the spleen, liver, stomach, and lung meridians.

［收稿日期］2024-10-14
［修回日期］2025-02-18
［作者简介］钟棋洪（1993-），男，在读硕士研究生，E-mail：1055192342@qq.com。
［通信作者］黄桂忠（1980-），男，主任医师，E-mail：14700010@qq.com。

The top five drug pairs in terms of association degree were Nelumbinis Folium-Cimicifugae Rhizoma, Cimicifugae Rhizoma-Nelumbinis Folium, Atractylodis Rhizoma-Nelumbinis Folium, Pinelliae Rhizoma-Cimicifugae Rhizoma, and Atractylodis Macrocephalae Rhizoma-Atractylodis Rhizoma. Cluster analysis resulted in five categories. **Conclusion**: Professor HUANG's treatment of CV, considering the characteristics of the Lingnan region, primarily employs the method of removing dampness and upbearing the clear, flexibly using wind medicines to raise yang, eliminate dampness, and diffuse and regulate qi movement. For CV accompanied by headaches and insomnia, the medication is refreshing and clears the head and eyes, providing a certain reference for clinical practice.

Keywords: Cervical vertigo; Data mining; Phlegm-damp obstruction syndrome; Remove dampness and upbear the clear; Wind medicine; Lingnan region; HUANG Guizhong

颈性眩晕(CV)是一种常见的颈椎退行性疾病，其主要症状为头晕，伴不同程度的耳鸣、失眠、恶心、呕吐、头痛等。CV发病机制存在一定争议，巴拉尼协会共识认为，由于颈椎骨质增生，椎动脉周围的交感神经受刺激，引起后循环动脉收缩，后循环缺血所致[1]。近年来因电子设备使用增加，人们长时间低头，CV的患病率逐年增加，且该病有反复发作和难以根治的特点。目前西医常规予扩血管、抗眩晕等药物治疗及理疗为主，疗效不甚理想[2]。中医学将CV归属为眩晕病范畴。岭南医学融合了古中医治疗原则和地域特色，形成了独特的理论体系，尤其在眩晕病方面具有丰富的认识和理论，因此总结岭南医家的用药经验对岭南医学传承和发展有着重要意义。导师黄桂忠为广州中医药大学教授，汕头市中医医院运动医学科主任医师，从事骨伤教学和临床工作20余载。黄教授精研中医经典，推崇脾胃学说，重视因地制宜理念，在治疗CV病证方面屡获奇效。本研究借助数据挖掘技术，对黄桂忠教授治疗CV的用药思路进行分析并总结规律，以期为中医药治疗CV提供一定参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源 病案资料来源于广州中医药大学附属汕头中医院门诊病历系统中2022年7月—2024年7月黄桂忠教授骨科和名医门诊治疗CV的相关病历。

1.2 纳入标准 符合《中医内科学》[3]中眩晕的诊断标准；符合《眩晕诊治专家共识》[4]中CV的诊断标准；病案中至少有1次复诊，且症状较前好转。

1.3 排除标准 病案涉及症状、证型和处方记录不详者；处方含有外用药物或中成药；脑血管病变或其他非颈椎疾病引起的眩晕。

1.4 数据录入 将病案证型、症状、涉及药物等信息录入Excel 2016，并建立数据库，为确保录入信息的准确性，由2名研究者同时执行和录入，并且单独由第3名研究者进行数据审核。

1.5 病案中证型、症状和中药名的录入与规范处理 研究中涉及的症状根据《中医症状鉴别诊断学》[5]进行规范化处理，中医证型和疗效标准参照《中医内科学》[6]《中医病证诊断疗效标准》[7]进行规范化整理。依据《中华人民共和国药典：一部》[8]对纳入的处方中药名称进行合理规范，如将“烫狗脊”统一为“狗脊”，将“广东合欢花”统一为“合欢花”，将“党参段”统一规范为“党参”等，药典中没有的药物则保留原名。

1.6 统计学方法 考虑到对于黄教授门诊复诊的患者，其治疗前后证型一般不变，处方会较前有所调整，本研究对同一患者(以病历号为准)在不同病案的相同证型予以剔除，余相应症状、处方的统计予以保留。对病案涉及的中医证型、症状出现频次、频率进行统计，并对处方中高频药物的性、味、归经进行频数统计。运用SPSS Modeler 18.0软件Apriori算法对高频药物进行关联规则分析，运用Cytoscape 3.9.1软件绘画关联规则网络图，运用SPSS Statistics 26.0软件杰卡德算法对高频药物进行聚类分析，最后用图表形式展现上述分析结果。

2 结果

2.1 证型、症状频数统计 见表1。本研究最终共筛选出有效病案203个，共涉及患者100名，有效证型100次。其中痰湿中阻证69次(占69%)，肝肾亏

虚证13次(占13%)，痰瘀阻络证12次(占12%)，气血不足证6次(占6%)。203个病案中，症状总频次为1 620次，涉及35种症状，显示频次大于112次的为头晕(184次)、头昏(166次)、舌苔白腻(152次)、头痛(142次)、不寐(112次)等。

表1　病案证型、症状统计表

证型	频次	频率(%)	症状	频次	频率(%)	症状	频次	频率(%)
痰湿中阻	69	69	头晕	184	11.36	恶心	80	4.94
肝肾亏虚	13	13	头昏	166	10.25	大便溏	78	4.81
痰瘀阻络	12	12	舌苔白腻	152	9.38	食欲不振	66	4.07
气血不足	6	6	头痛	142	8.77	颈项痛	60	3.70
			不寐	112	6.91	四肢麻木	46	2.84

2.2　药物频次统计　共纳入有效病案203个，涉及处方203首，总体药物记录共2 495条，共记载86味中药。设置出现频次＞39次的高频药物共有30味，经统计共使用2 105次，占比84.36%。其中使用频数排名前5位的药物分别为荷叶、升麻、苍术、白术、半夏。见表2。

表2　药物频次统计表(频次＞39次)

序号	中药	频数(次)	百分比(%)	序号	中药	频数(次)	百分比(%)
1	荷叶	128	6.08	16	茯苓	62	2.95
2	升麻	121	5.75	17	桑寄生	62	2.95
3	苍术	120	5.70	18	砂仁	62	2.95
4	白术	109	5.18	19	葛根	61	2.90
5	半夏	102	5.18	20	当归	60	2.85
6	防风	98	4.84	21	僵蚕	53	2.52
7	党参	84	3.99	22	柴胡	50	2.38
8	木香	79	3.75	23	狗脊	49	2.33
9	佩兰	76	3.61	24	薏苡仁	47	2.23
10	蔓荆子	74	3.52	25	青皮	46	2.19
11	牛膝	72	3.42	26	薄荷	45	2.14
12	藁本	71	3.37	27	郁金	45	2.14
13	黄芪	71	3.37	28	佛手	43	2.04
14	羌活	71	3.37	29	合欢花	43	2.04
15	独活	62	2.95	30	莪术	39	1.85

2.3　药物性、味、归经统计　见表3～4、图1～3。药物中四气以温、平为主；五味以辛、苦为主，辅以甘味；归经以脾、肝、胃、肺经为主。

2.4　高频药物关联规则分析结果　见表5。设置最小置信度为0.8，最低支持度为0.4，最大前项数为2，共得到65个关联规则，并按支持度进行排序，提取前30的关联规则。关联规则网络图提示“升麻-苍术-半夏-白术-荷叶-防风”为黄教授配伍应用核心药物组合。药物频数居前5的药物依次为荷叶、升麻、苍术、白术、半夏。见图4。

表3　药物性味统计表

药味	频次	频率(%)	药性	频次	频率(%)
辛	1 297	41.28	温	858	40.76
苦	1 049	33.39	平	671	31.88
甘	519	16.52	微寒	245	11.64
酸	115	3.66	微温	123	5.84
淡	109	3.47	凉	163	7.74
咸	53	1.69	寒	45	2.14

表4　药物归经统计表

归经	频次	频率(%)	归经	频次	频率(%)
脾	1 362	31.38	膀胱	216	4.98
肝	839	19.33	胆	96	2.21
胃	734	16.91	三焦	79	1.82
肺	563	12.97	大肠	79	1.82
心	301	6.93	肾	72	1.66

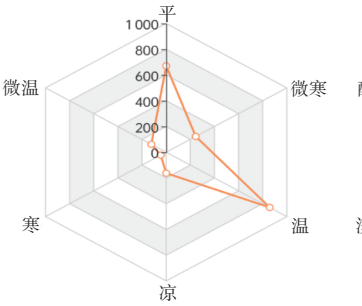


图1　药物四气统计雷达图

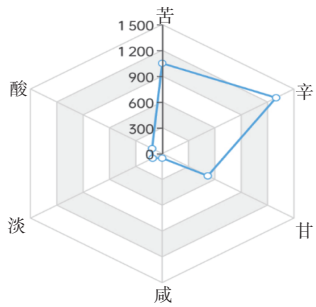


图2　药物五味统计雷达图

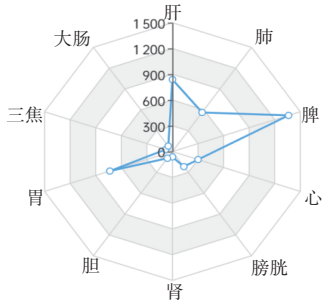


图3　药物归经统计雷达图

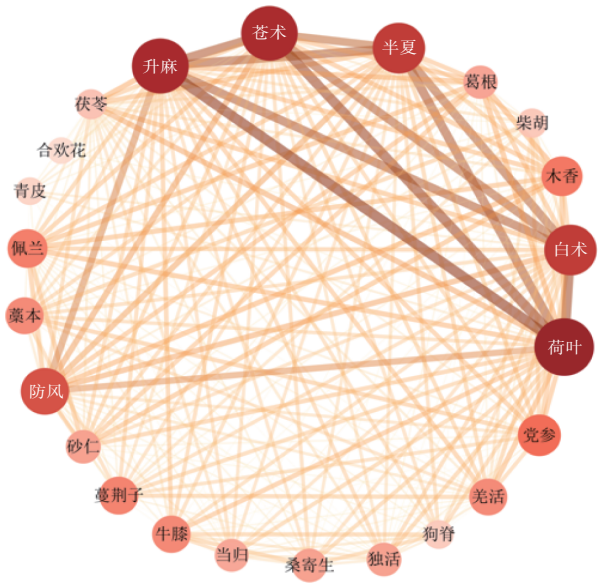
表5　高频药物的关联规则分析表

序号	前项	后项	支持度(%)	置信度(%)
1	荷叶	升麻	81.28	80.00
2	升麻	荷叶	75.86	85.71
3	苍术	荷叶	74.88	82.89
4	半夏	升麻	74.88	80.26
5	白术	苍术	69.95	80.28
6	白术	升麻	69.95	81.69
7	白术	荷叶	69.95	87.32
8	升麻+荷叶	白术	65.02	80.30
9	苍术+荷叶	升麻	62.07	80.16
10	白术+荷叶	苍术	61.08	80.65
11	白术+荷叶	升麻	61.08	85.48
12	半夏+升麻	白术	60.10	80.33
13	半夏+升麻	荷叶	60.10	84.43
14	半夏+荷叶	白术	58.13	80.51
15	半夏+荷叶	升麻	58.13	87.29
16	苍术+升麻	荷叶	57.64	86.32
17	防风	升麻	57.14	87.07
18	白术+升麻	半夏	57.14	84.48
19	白术+升麻	荷叶	57.14	91.38
20	白术+苍术	升麻	56.16	80.70
21	白术+苍术	荷叶	56.16	87.72
22	苍术+半夏	升麻	55.17	83.04
23	苍术+半夏	荷叶	55.17	80.36
24	白术+半夏	升麻	54.68	88.29
25	白术+半夏	荷叶	54.68	85.59
26	防风+升麻	半夏	49.75	80.20
27	防风+升麻	荷叶	49.75	84.16
28	茯苓	升麻	48.77	84.85
29	茯苓	荷叶	48.77	83.84
30	葛根	荷叶	48.00	81.25

2.5　高频药物聚类分析结果　见图5。当截距为20时，高频药物可以聚为5类。第1类：藁本、柴胡、防风、蔓荆子、羌活；第2类：木香、葛根、砂仁、佩兰、党参、升麻、荷叶、半夏、苍术、白术、茯苓；第3类：狗脊、桑寄生、牛膝、当归、独活；第4类：黄芪、莪术、薏苡仁、青皮、僵蚕；第5类：佛手、薄荷、郁金、合欢花。

3　讨论

CV病位在脑和清窍，在中医学中以眩晕论治。前人认为，眩晕发病存在虚实两端，实者为风、火、痰、瘀阻于清窍；虚者为髓海不足或气血亏虚致清窍失养。张仲景在《伤寒杂病论》首次提出痰饮为眩晕的诱因，苓桂术甘汤主之。周慎斋《慎斋遗书·头晕》言："头为诸阳之首，病患头晕，清阳不



注：图中药物频数越高，则圆圈的大小越大，粗细线条越粗，则药物间关联程度越高。

图4　高频药物关联规则网络图

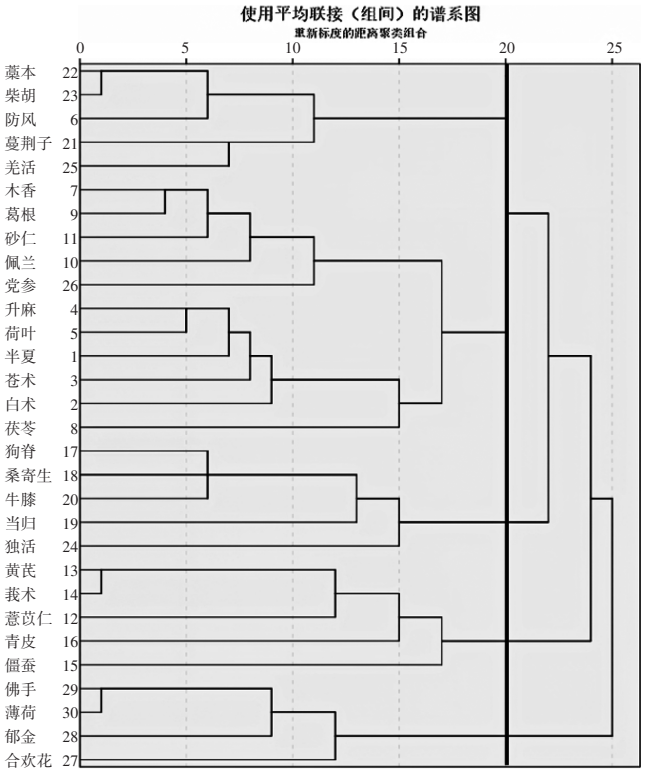


图5　高频药物聚类分析图

升也。”认为眩晕病可由脾气亏虚，清阳无以上荣清窍所致。

通过对黄教授治疗CV病案进行数据挖掘发现，岭南地区发病证型以痰湿中阻证居多，其次为肝肾亏虚证和痰瘀阻络证。由排名前10的症状可知，CV的症状以头晕、头昏表现为主，又兼有头痛、不寐、颈项痛等症，此外，舌苔白腻、恶心、大便溏、食欲不振等湿阻脾胃表现亦夹杂其中，笔者认为，这和岭南地区痰湿致病居多有关[9]。舌苔白腻是湿阻脾胃的典型表现之一，湿浊上泛于舌，使舌苔呈现白色且厚腻，结合岭南地区地处沿海经纬地带，气候潮湿特点，其民易感受湿邪，湿滞脾胃气机，故多存在食欲不振表现，或胃气上逆，从而引发恶心之感。饮食上又多嗜食肥甘、生冷之品，饮食积滞，脾胃运化受损，则水湿不能正常代谢，下注大肠，易大便溏泻。《素问·经脉别论》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精……水精四布，五经并行。”脾气具有“升发”和“散精”的特性。若湿滞脾胃，或脾胃不足，则脾气无法升发清阳和布散气血精微物质上荣脑窍，导致眩晕。

《黄帝内经》云：“清阳出上窍，浊阴出下窍。”《淮南子·天文训》：“清阳者，薄靡而为天；重浊者，凝滞而为地。”黄教授认为，脾胃和清窍关系密切，脾胃为气机升降枢纽，有升清降浊的作用，脑为诸阳之会，又为清空之府，人之清阳得升，则神志清灵；反之则浊阴不降，秽浊之气上犯头面，占据清阳之位。清阳和浊阴，一升一降，各归其位，故眩晕虽言和清阳不升有关，实则病机在于痰浊中阻，脾胃升降失司。结合处方高频药物分析可知，黄教授处方药物四气以温、平为主，五味以辛、苦为主，辅以甘味，归经以脾、肝、胃、肺经为主。“病痰饮者，当以温药和之”，痰湿为阴邪，温性药物可以振奋中焦阳气，防止脾胃气机为湿所困，又可温化痰饮。对高频中药分析可知，苍术、白术、半夏、木香性温，味苦，可健脾燥湿化痰，木香又擅理气醒脾。《黄帝内经》言“治中焦如衡，非平不安”。平者，有运用性平之药以入中焦脾胃，助于化湿降浊之意。茯苓、葛根、佩兰性平，归脾胃经，茯苓、佩兰可健脾祛湿化浊，葛根又擅长健脾升清止泻，恢复脾胃运化功能。眩晕之症，虽以脾虚痰阻致病居多，发作上又和风邪扰动有关。《黄帝内经》有“诸风掉眩，皆属于肝”“风气通于肝”之说，《四圣心源》有“水寒土湿，不能生长木气，则木郁而风生”的描述，土为湿困，则木郁化风，风气妄作，气机逆乱，清窍不利作眩。中医理念认为，眩晕发病以阴不制阳、肝风内动常见，多以滋阴潜阳、镇肝熄风之法，风药又过辛燥，有伤阴煽火之弊，用之甚少[10]。黄教授则认为，风药辛散可祛散风邪，风药温燥之性又可升清扬浊。防风、羌活、独活、柴胡为常用风药，多归肝、肺经，其味辛散可条达木郁，又可助肺气通调水道，行散湿邪。可见，苦辛相合，妙在气机通畅，然恐味过发散，甘能补、能缓，常配以味甘之党参，可缓和药性，又补益脾胃。

核心中药关联规则分析前5的依次为荷叶–升麻、升麻–荷叶、苍术–荷叶、半夏–升麻、白术–苍术。荷叶、升麻、苍术、白术、半夏组合亦在高频用药频次排名前5，为黄教授验方“双术汤”。升麻、苍术、荷叶出自清震汤，原方为金代医家刘河间用于治疗雷头风之症。现代医家多取该方升清化浊之力，配以半夏、白术，广泛运用于头痛、眩晕等疾病。清窍位于人之上部，属阳，痰浊上犯，阳为邪阻，清空机窍不宣，故治以化湿升清法以宣通清阳。方中苍术辛散气雄，《本草从新》称苍术能“燥胃强脾，发汗除湿，升发胃中阳气”，其辛散之力可祛除体内湿邪，健脾燥湿，又善推动清阳上行头目。升麻味辛，李东垣《脾胃论》谓之“引胃气上腾而复其本位，便是行春升之令”，其升举清阳之力常在脾胃气虚，阳气下陷证候中加以运用。荷叶味苦，性平，归肝、脾、胃经，可清暑化湿，升发清阳，以向上托举之势，象征其升发力量，《滇南本草》言其“上清头目之风热，止眩晕，清痰，泄气，止呕，头闷疼”，与升麻、苍术共奏健脾化湿，升举脾胃清气之效。湿聚成痰，上泛元神之府，致清窍闭塞，故患者常有眩晕、头痛表现。半夏、白术配伍常见于半夏白术天麻汤，用于平复上逆痰浊之气。黄教授认为，痰浊根源责之肺、脾二脏，肺为贮痰之器，脾为生痰之源。半夏性温而燥，其味辛烈，辛能散能行，可助肺气宣发和布散津液，促进水湿代谢；其温燥之性又可燥湿化痰。白术味苦、甘，性温，可益气健脾燥湿，使痰生无源，与诸味辛散药物配伍则补中有散，升散而无耗气之弊。核心关联规则网络图提示“升麻–苍术–半夏–白术–荷叶–防风”为

黄教授配伍应用的核心药物组合。防风为黄教授常用风药，与苍术、白术相伍，有李东垣升阳除湿防风汤之意。黄教授重用防风原因有三，一为“风能胜湿”，风药具升发之性，常在中焦湿盛引起的眩晕病中加以配伍应用[11]。岭南地区因其地域和气候潮湿特点，湿邪困阻脾阳常出现便溏、舌苔白腻等症，防风以其向上升发之性，使湿邪向外消散，临证中与淡渗利湿药配伍，有“上下分消其湿”之意。二为“风药能疏散气机”，脾土为湿邪所困，土湿木抑，肝郁风动致眩，防风其辛散之性，可条达肝气，克制风邪。彼如痛泻要方，借防风之温散以条达肝郁和宣通气机，助以扶持土气。三为风邪乃百病之长，多夹痰上扰，蒙蔽清窍，防风辛散有助于胜湿化痰以宣通清阳。

结合聚类分析结果，第1类为藁本、柴胡、防风、蔓荆子、羌活。该组合均为风药，药辛温或辛凉，常运用于内、外风扰动引起的眩晕。其中柴胡、防风、羌活出自升阳益胃汤，为李东垣用于治疗脾虚气陷，脾胃阴火内生之方。黄教授取其味薄气轻，具升阳以散郁火之效，以治疗内风扰动。《素问·标本病传论篇》云：“遇太阴未退位，即少阳未得降……伏之化郁……民病掉眩。”因脾胃湿滞，气机不畅，可影响肝主疏泄功能，土塞木壅，使肝气易于郁结，化风内扰。“肝欲散，急食辛以散之”，柴胡、防风、羌活以其辛散之性，可助疏散肝郁。CV亦有外风致病者，临证治法与外邪致病的病证相同，治以疏风散邪[12]。清汪昂《医方集解》：“巅高之上，唯风可到。”头为诸阳之会，风邪上受，易袭人之阳位，发为眩晕。蔓荆子可清利头目，祛风止痛。“伤于湿者，头如裹”，或风湿相搏，困扰头部，致头部气机壅塞，不通则痛，发为头痛。藁本性温，味辛，善走表，可祛风胜湿止痛。二者配伍，对外邪引发的头晕、头痛病证均有良好效果。

第2类为木香、葛根、砂仁、佩兰、党参、升麻、荷叶、半夏、苍术、白术、茯苓。大多归脾胃经，为健脾化湿之品，人气机之升降出入，全赖脾胃之斡旋，“脾胃一败，则百病皆生”，黄教授深谙此理，临证治疗多顾及脾胃，少用性沉质重之品。其中升麻、苍术、荷叶、半夏、白术有双术汤之意，可鼓舞脾胃阳气上升，砂仁、茯苓、党参、白术有参苓白术散之意，可益气健脾祛湿，有固本清源之效，与双术汤配伍以畅达中焦、化湿升清，相得益彰。《四圣心源》云：“土虚湿困，清浊倒作。”痰湿阻于脾胃，中气轮转失承，清升浊降易位。正所谓“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀。”脾气虚陷，不能升清，水湿下注，常有便溏症状。茯苓淡渗利湿，湿从小便而去。葛根味辛甘，助于升清止泻。浊气不降，反而上逆，滞于中焦，可出现食欲不振、呕吐等症。砂仁，味辛，行气调中止呕，化湿开胃。佩兰芳香醒脾化湿。党参、白术补中气，以促进中焦气血之生化，上荣清窍。然若一味补中，恐致胃气壅塞，不利于中气之运转，佐以木香理脾胃之气滞，可使诸药补而不滞，脾胃气机通畅。

第3类为狗脊、桑寄生、牛膝、当归、独活。该组合有独活寄生汤之意，现代医学常用于治疗肝肾不足引起的颈肩痹痛[13]。“肝主筋，肾主骨”，肝肾不足的CV患者容易筋骨失养、正气亏虚，肢体经络易感受风、寒、湿侵袭，加重颈部关节退变。关节退变因素又可致椎基底动脉血供不足加重，引发眩晕[14]。肝藏血，肾藏精，若肝肾之气不足则无以化生精血濡养头目，引起脑窍失养作眩。正如《灵枢·海论》所言“髓海不足，则脑转耳鸣”，独活寄生汤以平补肝肾之性可助肝肾化生精血物质充养脑窍。有研究指出，独活寄生汤在改善CV患者眩晕、颈痛等中医症状积分及经颅多谱勒超声(TCD)血液流速方面优于药物西比灵治疗，且治疗总有效率更高[15]。桑寄生、狗脊味苦、甘，可补肝肾、祛风湿、强筋骨，狗脊偏温之性又可温肾助阳以推动气血运行，使肾精化生有源。独活味辛、苦，祛风胜湿之力优，与狗脊配伍对CV患者受寒湿邪袭引起的颈部疼痛等症效果更佳。当归补血活血，肝血足则筋骨强健，利于减轻颈椎关节退变。对于风湿侵袭，气血凝滞作痛，或湿邪留连，关节痹痛者，牛膝除补肝肾，强筋骨外，还可活血利水通经，有一定逐瘀化湿通络功效。

第4类为黄芪、莪术、薏苡仁、青皮、僵蚕。CV因易于反复发作、病程缠绵特点，邪气深伏、久病入络，形成血瘀病理产物，其中血瘀又喜与痰湿相互胶结，阻于脑窍和肢体经络，使其气血运行不畅，失于荣养，出现眩晕、肢体麻木等症。血水互结，莪术擅于破血行气，能直击痰瘀阻滞之要害。青皮疏肝破气，与莪术相伍，则破气化瘀之效强，

以逐瘀通窍。薏苡仁利水渗湿，可消散水湿之邪。水湿得除，则痰浊无源。久病延虚，且攻邪过多易伤正气，黄芪可益气扶正，“气为血之帅”，黄芪补气能推动血行，防止痰瘀互结加重。古人云“眩晕乃中风之渐”，眩晕若不加以妥善调理，恐有发展为缺血性中风之疑。僵蚕味咸、辛，性平，有祛风解痉、化痰散结、活血通络之效。《本草思辨录》云：“僵蚕劫痰湿而散肝风。”广泛运用于痰浊阻络之眩晕[16]，僵蚕中的多肽类或氨基酸类成分可抑制凝血酶的活性，干扰凝血因子的功能，减轻脑缺血引起的眩晕症状[17]。

第5类为佛手、薄荷、郁金、合欢花。眩晕症状出现容易引发患者焦虑抑郁、睡眠不佳表现，而睡眠不佳又可加重眩晕，构成恶性循环。现代医家有肝郁致眩之说，丰富了肝郁致病的病机[18]。肝主疏泄，可调畅全身气机以促进气血运行，若情志焦虑抑郁等因素致肝气郁结，则肝主疏泄失司，气血运行不畅，无以荣养脑窍引起眩晕；肝郁化火，扰动心神又可致失眠，郁火循经上扰头目，兼引起头痛。薄荷味辛，性凉，其轻清上行之性，能清利头目，兼清泄肝经郁热，防止火热之邪上扰。佛手味辛、苦、酸，可疏肝理气、燥湿化痰，对于痰湿体质的失眠患者尤为适宜。合欢花味甘，性平，归心、肝经，可解郁安神。郁金味辛苦，性寒，能活血行气、清心解郁。诸药相辅相成，既安神定志，又调畅气机，肝郁得舒。

本研究通过数据挖掘技术探索黄桂忠教授治疗CV的用药经验。高频中药关联规则分析可知，黄教授因地制宜，总以脾胃为枢，重视化湿升清法，又创新结合李东垣升阳之法，以风药清轻托举和疏散之性，以复脾胃升降气机，符合岭南地区眩晕病的用药特点。证型统计和聚类分析结果发现，黄教授临床辨证属痰湿中阻证居多，对痰瘀阻络、肝肾不足之证，又条分缕析，辨证施治。对CV兼有头痛、失眠等症，黄教授用药清新，借风药之宣通以疏散头目风邪，又配合轻宣解郁之品以安神助眠。本研究亦有一定不足之处，未对处方中药用量进行挖掘、分析，且研究为回顾性研究，未对处方远期疗效进行随访，今后将完善研究以探讨黄教授治疗CV药物剂量规律，希望本研究能为传承黄桂忠教授治疗CV学术经验提供一定依据。

［参考文献］

[1] 辛洪奎，孙永海，姜树军，等. 巴拉尼协会《颈性头晕立场》解读[J]. 北京医学，2024，46(8)：684-687.
[2] 周峻，熊振成，李文浩，等. 颈性眩晕的中西医研究进展[J]. 时珍国医国药，2019，30(4)：951-954.
[3] 吴勉华，王新月. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2012.
[4] 中华医学会神经病学分会，中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志，2010，43(5)：369-374.
[5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，2000.
[6] 陈红风. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2025：411-417.
[7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：108.
[8] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典：一部[M]. 2020年版. 北京：中国医药科技出版社，2020：113-394.
[9] 杨道炬，何浩，梁惠陶，等. 广州地区成年居民中医体质类型调查研究[J]. 新中医，2013，45(9)：47-49.
[10] 于莉，李楠，于思雨，等. 基于文献研究的眩晕中医 证型分布特征及病机特点探析[J/OL]. 中华中医药学刊，1-10[2025-02-15]. http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.r.20230321.1615.002.html.
[11] 王建东，黄小波. 化湿升清法治疗眩晕临床体会[J]. 中国中医急症，2017，26(8)：1496-1497.
[12] 邱凯莉，王敬卿. 从风论治眩晕撷要[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2020，18(17)：2916-2919.
[13] 孙瑞，杨宇，赵彦宇，等. 独活寄生汤治疗痹症研究进展[J]. 陕西中医，2024，45(3)：420-423.
[14] 马宏忠，杨利学，刘策，等. 独活寄生汤治疗神经根型颈椎病作用机制和临床应用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2024，26(3)：130-135.
[15] 李刚. 独活寄生汤对颈性眩晕脑血流影响的临床研究[J]. 中华全科医学，2011，9(12)：1908-1910.
[16] 仲海红，陈炯华，徐进友. 虫类药在后循环缺血性卒中治疗中的作用研究[J]. 陕西中医，2019，40(9)：1307-1309.
[17] 代琪，李康曦，叶俏波，等. 僵蚕化学成分、药理作用及毒理学研究进展[J]. 中国药物评价，2023，40(5)：402-408.
[18] 王璐璐，顾锡镇. “肝郁致眩晕”辨析[J]. 中国中医急症，2019，28(5)：863-865.

（责任编辑：钟志敏）