基于数据挖掘分析洪敏俐治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期用药规律

黄锦榕[1]，林叶倩[2] 指导：洪敏俐[1]

1. 福建中医药大学附属漳州中医院，福建 漳州 363000；2. 漳州市健峰医院，福建 漳州 363000

［摘要］**目的：**基于数据挖掘分析洪敏俐教授辨证治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的用药规律。**方法：**收集2019年7月—2024年6月洪敏俐教授治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中药处方，将处方信息规范化处理后录入中医传承辅助平台（V3.5）建立数据库，采用该系统的统计分析、方剂分析模块对中药使用频次、四气、五味、归经进行统计分析，对中药核心组合进行关联规则分析，并通过聚类分析提取核心组合处方。**结果：**共纳入548首处方，涉及药物193味，使用频次排在前10位的药物是茯苓、甘草、半夏、白术、陈皮、党参、大枣、桂枝、黄芪、黄芩。中药药性以温、平、寒性为主；中药药味以甘味、苦、辛味为主；中药归经以脾、肺、胃、心、肾、肝经为主。药物关联规则分析得出核心药物组合支持度排前5位依次为甘草-半夏、甘草-茯苓、甘草-白术、茯苓-白术、甘草-茯苓-白术，置信度排前4位的依次为“甘草，陈皮→茯苓”“茯苓，陈皮→甘草”“半夏，陈皮→甘草”“甘草，陈皮→半夏”，网络拓扑图显示主要的核心药物为桂枝、半夏、茯苓、陈皮、甘草、白术、大枣。k-means聚类分析得出6类核心处方：苓桂术甘汤合六君子汤加减、六君子汤加减、苓甘五味姜辛汤合半夏泻心汤加减、六味地黄丸加减、柴胡类方加减、金水六君煎加减。**结论：**洪敏俐教授治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者用药以补虚为主，标本兼顾，攻补兼施，寒温并用。

［关键词］慢性阻塞性肺疾病稳定期；数据挖掘；用药规律；洪敏俐

［中图分类号］R563 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）10-0008-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.10.002

Analysis on Medication Rules of HONG Minli in Treating Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Data Mining

HUANG Jinrong[1], *LIN Yeqian*[2] *Instructor: HONG Minli*[1]

1. Zhangzhou Traditional Chinese Medical Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Zhangzhou Fujian 363000, China; 2. Jianfeng Hospital of Zhangzhou, Zhangzhou Fujian 363000, China

Abstract: Objective: To analyze the medication rules of Professor HONG Minli in treating stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by syndrome differentiation based on data mining. **Methods:** Professor HONG Minli's Chinese medicine prescriptions for patients with stable COPD from July 2019 to June 2024 were collected and the prescription information was standardized and entered into the Traditional Chinese Medicine Inheritance Support System (V3.5) to establish a database. The modules of statistical analysis and prescription analysis in the system were used to analyze the use frequency, four qi, five flavors and meridian entries of Chinese medicinals. The core combinations of Chinese medicinals were given the association rules analysis, and the core combination prescriptions were extracted by the clustering analysis. **Results:** A total of 548 prescriptions were included, involving 193 Chinese medicinals. The top 10 Chinese medicinals were Poria, Glycyrrhizae Radix et Rhizoma, Pinelliae Rhizoma,

［收稿日期］2024-11-26
［修回日期］2025-04-01
［基金项目］福建中医药大学校管课题临床专项（XB2022138）；福建省名老中医药专家传承工作室建设项目（闽卫中医〔2023〕697号）；福建省2022年省级临床重点专科建设项目（闽卫医政函〔2022〕884号）
［作者简介］黄锦榕（1991-），女，主治医师，E-mail：1239732096@qq.com。
［通信作者］洪敏俐（1967-），女，主任医师，教授，博士研究生导师，E-mail：1501499678@qq.com。

Atractylodis Macrocephalae Rhizoma, Citri Reticulatae Pericarpium, Codonopsis Radix, Jujubae Fructus, Cinnamomi Ramulus, Astragali Radix and Scutellariae Radix. The nature of Chinese medicinals were mainly warm, neutral and cold; the flavors were mainly sweet, bitter and pungent; the meridian entries were mainly the spleen, lung, stomach, heart, kidney and liver. The association rule analysis showed that the top five core medicinal combinations ranked by support were Glycyrrhizae Radix et Rhizoma-Pinelliae Rhizoma, Glycyrrhizae Radix et Rhizoma-Poria, Glycyrrhizae Radix et Rhizoma-Atractylodis Macrocephalae Rhizoma, Poria-Atractylodis Macrocephalae Rhizoma, and Glycyrrhizae Radix et Rhizoma-Poria-Atractylodis Macrocephalae Rhizoma. The top four in confidence levels were "Glycyrrhizae Radix et Rhizoma, Citri Reticulatae Pericarpium→Poria" "Poria, Citri Reticulatae Pericarpium→Glycyrrhizae Radix et Rhizoma" "Pinelliae Rhizoma, Citri Reticulatae Pericarpium→Glycyrrhizae Radix et Rhizoma" and "Glycyrrhizae Radix et Rhizoma, Citri Reticulatae Pericarpium→Pinelliae Rhizoma". The network topology showed that the main core medicinals were Cinnamomi Ramulus, Pinelliae Rhizoma, Poria, Citri Reticulatae Pericarpium, Glycyrrhizae Radix et Rhizoma, Atractylodis Macrocephalae Rhizoma, and Jujubae Fructus. K-means cluster analysis showed six core prescriptions, including modified Linggui Zhugan Decoction combined with Liujunzi Decoction, modified Liujunzi Decoction, modified Linggan Wuwei Jiangxin Decoction combined with Banxia Xiexin Decoction, modified Liuwei Dihuang Pills, modified Chaihu associated Decoction and modified Jinshui Liujun Decoction. **Conclusion**: Professor HONG Minli mainly treats patients with stable COPD by Chinese medicinals for tonifying deficiency, dealing with both the root and branch of the disease, using methods of attack and supplement, and using both cold and warm medicinals.

Keywords: Stable chronic obstructive pulmonary disease; Data mining; Medication rules; HONG Minli

慢性阻塞性肺疾病是一种常见的、可预防和治疗的慢性气道疾病，其特征是持续存在的气流受限和相应的呼吸系统症状，临床表现为慢性咳嗽、咳痰、气短或呼吸困难、胸闷、喘息等，是一种严重危害人类健康的常见病[1]。

洪敏俐教授为全国第七批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师，全国第三批优秀中医临床人才，福建省名中医，享受国务院政府特殊津贴。从事临床、教学、科研工作30余年，对慢性阻塞性肺疾病的证素特征、证候规律及中医药治疗慢性阻塞性肺疾病进行了系列研究[2-5]，其辨证精准、药物运用独到，在临床收效良好。本研究运用中医传承辅助平台(V3.5)对洪敏俐教授治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的中药处方中药物的使用频次、四气五味特性及药物之间的关联规则、处方规律进行数据挖掘，分析其用药规律，总结洪敏俐教授治疗慢性阻塞性肺疾病的遣方用药经验。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 依据中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[1]进行诊断。依据《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)》[6]进行辨证。

1.2 纳入标准 符合中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[1]对慢性阻塞性肺疾病的相关诊断，且疾病处于稳定期；年龄 >40岁，男女不限；随访判断为有效，疗效评价参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]；所有患者均知情同意。

1.3 排除标准 医案信息记录不完整或内容缺失无法完善的患者；合并有重要器官(心脑血管、造血系统、肝脏、肾脏等)的严重原发性疾病和精神疾病者；精神病患者；年龄在40岁以下；孕妇及哺乳期妇女。

1.4 病例收集 收集2019年7月—2024年6月在福建中医药大学附属漳州中医院肺病科洪敏俐教授门诊就诊的慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的医案资料。所有病例全部由洪敏俐教授亲自诊疗，由跟诊的徒弟及时记录，其主要内容包括：基本信息(姓名、性

别及年龄）、病程、肺功能、四诊信息、辨证、治法、方药等。

1.5 医案采集、数据处理 确保本次研究获取数据的准确性、客观性、完整性，在本研究开始前，对相关人员进行培训，并由统一培训后的研究人员对原始医案进行采集，最后经由洪敏俐教授审核。参照《中华人民共和国药典：一部》（2020版）[8]对本次研究所涉及到的中药名进行规范化处理，同一药物经过不同方法炮制，但药物性味归经及功能相近的中药，如白术、炒白术等均以白术录入，若炮制方法使药物性味归经及功效发生较大变化的，则作为不同的药物分别录入，如生地黄、熟地黄等。

1.6 数据录入 将经规范化处理后的慢性阻塞性肺疾病稳定期患者完整医案，由专人按中医传承辅助平台（V3.5）提供的数据模板依次录入EXCEL表格中，建立数据库，并由另外一人进行数据核对，存在疑问或争议的部分，由洪敏俐教授参照原始医案进行校正，以保证录入数据的客观性和准确性。核对无误后，选择“数据导入模板”，将数据上传至中医传承辅助平台（V3.5），形成洪敏俐教授论治慢性阻塞性肺疾病稳定期的医案数据库。

1.7 数据分析 基于中医传承辅助平台（V3.5）对录入的中药数据进行统计和挖掘分析[9-10]。利用中医传承辅助平台（V3.5）数据分析的“统计分析”模块统计中药的四气、五味、归经；利用“方剂分析”模块统计中药的药物频次、关联规则以及聚类分析。其中关联规则模块：关联规则是在大量数据中发现各项之间的联系，借此探究因果关系，以寻找方剂中高频药物组合，从而发掘分析名老中医临床治疗中的常用药对。参考平台中的默认值，设置“置信度”（即A药出现时，B药随之出现的可能性）为“0.9”，本次研究设置“支持度个数”（即A药及B药的药物组合在总体方剂中出现的次数）为“137”，设置完成后依次点击“用药模式”“规则分析”“网络拓扑”等模块，可导出洪敏俐教授论治慢性阻塞性肺疾病稳定期的核心药物组合，以探索洪敏俐教授论治慢性阻塞性肺疾病稳定期的用药规律和经验。聚类分析是基于k均值聚类算法，运用聚类分析与回归模拟相结合，得到核心药物组合，进而得到新方组合的一种方法。该方法将k均值聚类算法与回归模型相结合，归纳出散在资料中的有用信息，可以发掘出中药处方的用药规律、潜在药物组合，设置聚类个数为6，并最终形成洪敏俐教授论治慢性阻塞性肺疾病稳定期的核心类方。最后将中药的四气、五味、归经、药物频次、药物关联结果、网络拓扑图、聚类分析结果等导出并进行人机结合分析。

2 结果

2.1 药物频次统计 本次所纳入慢性阻塞性肺疾病稳定期患者548首中药处方，涉及中药共193味，使用频次共6 664次，其中使用频率＞25%的中药依次为茯苓、甘草、半夏、白术、陈皮、党参、大枣、桂枝、黄芪、黄芩、柴胡、熟地黄、山茱萸、生姜、山药，累计使用频次为3 463次，占总频次51.97%，为洪敏俐教授论治慢性阻塞性肺疾病稳定期的核心药物组成。其中使用频率 ＞10%以上的有34味中药，见表1。

表1 药物频次统计（频率≥10%）

序号	药物	频次	频率（%）	序号	药物	频次	频率（%）
1	茯苓	411	75.00	18	泽泻	113	20.62
2	甘草	397	72.45	19	瓜蒌	109	19.89
3	半夏	378	68.98	20	防风	93	16.97
4	白术	309	56.39	21	牡丹皮	92	16.79
5	陈皮	230	41.97	22	五味子	86	15.69
6	党参	216	39.42	23	附子	85	15.51
7	大枣	206	37.59	24	赤芍	80	14.60
8	桂枝	186	33.94	25	桔梗	77	14.05
9	黄芪	182	33.21	26	厚朴	74	13.50
10	黄芩	171	31.20	27	麦冬	72	13.14
11	柴胡	170	31.02	28	枳实	71	12.96
12	熟地黄	165	30.11	29	太子参	64	11.68
13	山茱萸	153	27.92	30	干姜	62	11.31
14	生姜	146	26.64	31	丹参	61	11.13
15	山药	143	26.09	32	黄精	57	10.40
16	当归	127	23.18	33	薏苡仁	56	10.22
17	白芍	119	21.72	34	麻黄	55	10.04

2.2 中药四气五味、归经频次统计 中药四气出现频次最高的是温性药物，其余依次是平性、寒性；中药药味出现频次最高为甘味，其次为苦味、辛味；中药归经频次以脾、肺经最高，其次为胃、心、肾、肝经，见表2、表3。

2.3 药物关联规则分析 按照药物组合出现的支持度个数由高到低进行排序，得到得出“核心药物组

合”16组，见表4。点击“关联规则”模块中“规则分析”按钮，设置置信度＞0.9的药物关联规则分析得到11条规则，按照置信度由高到低进行排序，见表5。点击“网络拓扑”按钮，得到中药与中药之间的网络拓扑图，见图1。

2.4　聚类分析　点击进入“数据分析”系统，选择“聚类分析”，借助k-means算法，回归模拟出6个核心组合处新方，见表6；获得的方剂聚类分析结果，见图2。

表2　药物四气、五味频次统计

四气	频次(次)	频率(%)	五味	频次(次)	频率(%)
温	2 953	45.24	甘	3 881	41.05
平	1 657	25.38	苦	2 520	26.66
寒	1 552	23.77	辛	2 408	25.47
热	210	3.22	酸	510	5.39
凉	156	2.39	咸	135	1.43

表3　药物归经频次统计

序号	归经	频次(次)	频率(%)	序号	归经	频次(次)	频率(%)
1	脾	4 079	22.29	7	大肠	581	3.17
2	肺	3 946	21.56	8	膀胱	523	2.86
3	胃	2 410	13.17	9	胆	497	2.72
4	心	2 220	12.13	10	小肠	223	1.22
5	肾	2 005	10.96	11	三焦	27	0.15
6	肝	1 772	9.68	12	心包	17	0.09

表4　核心药物组合

序号	药物组合	支持度个数	序号	药物组合	支持度个数
1	甘草-半夏	258	9	甘草-陈皮	167
2	甘草-茯苓	249	10	半夏-陈皮	167
3	甘草-白术	224	11	甘草-茯苓-陈皮	162
4	茯苓-白术	214	12	甘草-大枣	158
5	甘草-茯苓-白术	193	13	甘草-半夏-陈皮	158
6	半夏-白术	187	14	半夏-大枣	151
7	甘草-半夏-白术	173	15	甘草-半夏-大枣	142
8	茯苓-陈皮	169	16	甘草-桂枝	138

表5　药物关联规则分析

序号	药物组合	置信度	序号	药物组合	置信度
1	甘草，陈皮→茯苓	0.97	7	半夏，白术→甘草	0.93
2	茯苓，陈皮→甘草	0.96	8	陈皮→甘草	0.93
3	半夏，陈皮→甘草	0.95	9	陈皮→半夏	0.93
4	甘草，陈皮→半夏	0.95	10	大枣→甘草	0.92
5	陈皮→茯苓	0.94	11	茯苓，白术→甘草	0.90
6	半夏，大枣→甘草	0.94			

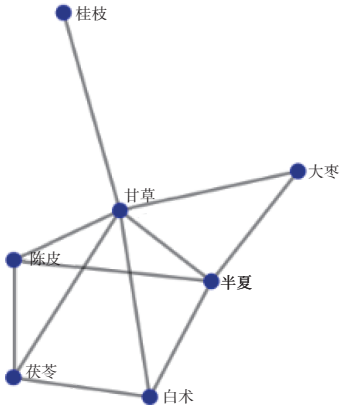


图1　核心药物网络关系图

表6　聚类分析(聚类个数为6)

组合	核心类方
1	甘草，白术，半夏，茯苓，桂枝，黄芪，党参，陈皮
2	甘草，茯苓，白术，半夏，党参，大枣，陈皮，砂仁
3	茯苓，半夏，甘草，干姜，白术，黄连，五味子，黄芩
4	熟地黄，山茱萸，茯苓，山药，牡丹皮，泽泻，当归，枸杞子
5	半夏，甘草，茯苓，柴胡，黄芩，大枣，白术，生姜
6	当归，茯苓，半夏，桃仁，熟地黄，白术，陈皮，甘草

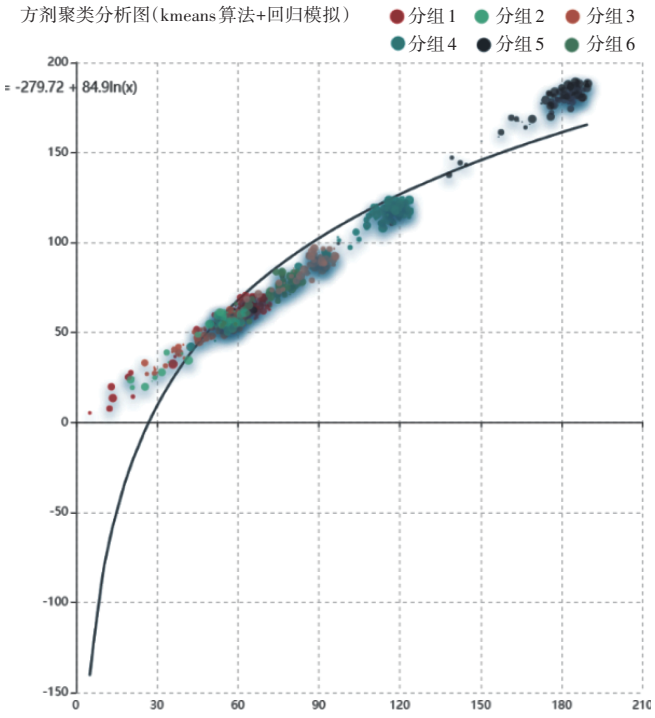


图2　方剂聚类分析图(K-means算法＋回归模拟)

3　讨论

慢性阻塞性肺疾病属中医咳嗽、喘证、肺胀、痰饮等范畴，病机主要为肺脏感邪，迁延失治，痰瘀稽留，损伤正气，肺、脾、肾虚损，正虚卫外不

固，外邪易反复侵袭，诱使本病发作，病理变化为本虚标实，稳定期以本虚为主[7]。洪敏俐教授认为，本病的病因病机乃年老久病肺虚不能主气，加之外邪犯肺或烟毒熏灼，肺之宣肃失司，不能布津，水液停蓄成痰，痰阻气道引发咳喘。肺脏久病及母，致脾失健运，痰饮内生，上贮于肺，肺气壅塞更甚。肺病日久及肾，肾虚则不能纳气，气不归元，又肾虚致水气不化，水饮内停，凌心射肺则加剧咳喘症状。因此，洪敏俐教授认为，肺脾肾虚损、痰饮内停是慢性阻塞性肺疾病重要的病机，治疗上常以培土生金、金水相生之法。

3.1 中药使用频次、性味归经分析 使用频次排前15位的中药依次为茯苓、甘草、半夏、白术、陈皮、党参、大枣、桂枝、黄芪、黄芩、柴胡、熟地黄、山茱萸、生姜、山药，实为二陈汤、四君子汤、六君子汤、苓桂术甘汤、六味地黄丸、金水六君煎、柴胡类方等经典方剂的主要组成药物，其中，二陈汤燥湿理气化痰，四君子汤益气健脾，二者合为六君子汤补气健脾、燥湿化痰，若为中阳不足，水饮上犯，则合苓桂术甘汤温阳化饮、健脾利湿；黄芪作为补肺健脾之要药，具有健脾补中、益卫固表的功效，同时具有利水消肿的作用，能够补气行水，使水气从小便而去，因此，可用于肺脾虚损、痰饮内停者。金水六君煎则适用于肺肾虚寒、水泛为痰者，通过归地滋阴血与二陈化痰湿的双重作用以养阴化痰，标本同治。肺气耗伤，不能转输精微下滋肾阴，或肾阴亏虚，肺金失润，终可致肺肾阴虚，可予六味地黄丸滋肾益肺、金水相生，加麦冬、五味子为七味都气丸补肾纳气；若肾阳不足者，加肉桂、附子合为肾气丸以温肾蠲饮。若久病瘀血内生，痰瘀互结，则常合当归、丹参养血活血、牡丹皮凉血活血化瘀。柴胡类方适用于邪郁少阳、枢机不利者，具有和解少阳、畅达气机之功。此外，山药既可健脾益气，又可滋肾涩精，为脾肾双补之佳品；生姜温肺止咳、温中止呕；大枣、甘草调和药性，兼以扶正。诸药合用，共奏健脾益气、燥湿化痰、补肾纳气、活血化瘀之功，使脾健痰消，肾纳气足，瘀血得化，气机得畅，则诸症自除。

可见，在临床治疗中，洪敏俐教授在辨治慢性阻塞性肺疾病稳定期患者时，以调补肺脾肾为主，健脾补肺，脾气有养，则土自生金；补益肺肾，金水相生，以复肺司呼吸之功。同时，亦重视痰饮、瘀血等病理产物的祛除，整体处方用药以补虚为主，兼化痰祛瘀，标本兼治。

药性以温性为主，其次是平性、寒性；温性药多偏向于补，且能化痰饮，如白术、大枣、桂枝、黄芪等温补肺脾，熟地黄、山茱萸补益肝肾，半夏、陈皮、生姜等以温肺化饮。平性药物，既可益气和中，又能调和药性，有助于缓益脏腑精气，如茯苓、党参、山药、甘草等健脾益肺；而痰、饮、瘀等邪气日久易于化热，或外感风热邪气，或外感风寒失治而传于少阳，均可能导致热象的出现，通过寒性药物如瓜蒌清化痰热，黄芩、柴胡则能透表邪，清里热，和解表里，连翘疏风清热解毒等。在药味上，以甘为主，其次为苦、辛。甘味药能补能和能缓，多为补益药，洪敏俐教授认为，慢性阻塞性肺疾病稳定期患者以肺脾气虚为本，故治疗上应以茯苓、甘草、白术、党参、山药、黄芪等甘味药物补中益气、培土生金；苦味者，能燥能泄，具有清泄、降泄、通泄之功，洪敏俐教授常以柴胡、黄芩清泄少阳郁热，苦杏仁降泄肺气，瓜蒌清热化痰，桔梗宣肺祛痰，丹参、桃仁活血化瘀。辛能散能行，慢性阻塞性肺疾病患者多见年老或久病体虚，卫气抗邪无力，易反复感邪发病，故洪敏俐教授常以辛味药物如桂枝、生姜等发散在表之邪气；对于痰饮内停者，则常用半夏、陈皮等燥湿化痰；针对夹瘀者，常以当归活血化瘀。

药物归经主要为脾、肺、胃、心、肾、肝经。肺虚治节失职，易致心营不畅，常用药中桂枝、茯苓、当归等温通心脉、宁心安神。叶天士认为，“脾宜升则健，胃宜降则和”，胃主通降，胃气降，则心、肺之气皆降，可见洪敏俐教授在临床上注重肺胃同治；肝主疏泄，条达气机，肝肺有经络相连，肝自左而升，肺主右降，两脏共同调节全身气机升降，肺脏受损则可导致气机逆乱，升降失常，出现喘咳；且有研究表明，慢性阻塞性肺疾病存在焦虑抑郁障碍[11]，可见洪敏俐教授亦常用肝经药物以调理气机、疏肝解郁；而其余归经亦有涉及，体现了洪敏俐教授辨治慢性阻塞性肺疾病稳定期注重肺、脾、肾三脏的同时，亦注重五脏六腑之间的相互关系，重视整体调理。

3.2 药物关联规则分析 基于关联规则分析，核心

药物组合支持度排前5位依次为甘草-半夏、甘草-茯苓、甘草-白术、茯苓-白术、甘草-茯苓-白术，置信度排前4位依次为“甘草，陈皮→茯苓”“茯苓，陈皮→甘草”“半夏，陈皮→甘草”“甘草，陈皮→半夏”，以及“桂枝、半夏、茯苓、陈皮、甘草、白术、大枣”的复杂配伍，均有健脾益气、利水渗湿、温阳化饮的作用。慢性阻塞性肺疾病患者肺脏久病，子病及母，脾脏亦伤，形成肺脾气虚的病理机制，若脾气亏虚则运化无权，水液代谢失常形成痰饮，而痰饮又会进一步阻滞气机，上贮于肺，使得肺气壅塞更甚。因此治疗时应从补脾出发，健脾补肺，培土生金，如《石室秘录》所云：“治肺之法，正治甚难，当转治以脾。脾气有养，则土自生金。”

3.3 聚类分析 通过聚类分析得出6类核心类方，第1类药物为甘草、白术、半夏、茯苓、桂枝、黄芪、党参、陈皮，为苓桂术甘汤合六君子汤加减，具有健脾益气、温阳化饮的功效，适用于肺脾气虚、痰饮内停者。第2类药物为甘草、茯苓、白术、半夏、党参、大枣、陈皮、砂仁，为六君子汤加减，具有健脾益气、燥湿化痰的功效，适用于肺脾两虚、痰湿内阻者。第3类药物为茯苓、半夏、甘草、干姜、白术、黄连、五味子、黄芩，为苓甘五味姜辛汤合半夏泻心汤加减可温肺化饮、调畅气机，适用于肺脾气虚、寒饮内停、气机不畅者。第4类药物为熟地黄、山茱萸、茯苓、山药、牡丹皮、泽泻、当归、枸杞子为六味地黄丸加减，重在滋阴补肾，佐以当归补血活血，枸杞子加则滋补肝肾，适用于肺肾阴虚、阴虚火旺者。第5类药物为半夏、甘草、茯苓、柴胡、黄芩、大枣、白术、生姜为柴胡类方加减，具有疏肝解郁、调畅气机、调和脾胃之功，适用于治疗伴有情绪郁结、焦虑紧张的慢性阻塞性肺疾病肝郁脾虚者。第6类药物为当归、茯苓、半夏、桃仁、熟地黄、白术、陈皮、甘草为金水六君煎加减，具有滋肾养肺、健脾化痰之功，佐以白术健脾益气、燥湿利水，桃仁活血祛瘀，临床上适用于肺肾阴虚、痰湿内盛者。以上组方以调补肺肾、补气健脾化痰、温阳化饮、疏肝解郁、调畅气机、活血化瘀为法，从本虚出发，标本兼顾。

4 小结

本研究运用数据挖掘的方法，对洪敏俐教授在治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的用药组方规律进行较为客观的探究。洪敏俐教授在治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期时，其用药从本虚出发，标本兼顾，攻补兼施，寒温并用。在治疗过程中，洪敏俐教授主要通过调补肺、脾、肾，并兼顾化痰瘀、调气机。本研究客观地展现了洪敏俐教授的用药特点、规律，以期为临床辨治慢性阻塞性肺疾病稳定期提供用药思路。

[参考文献]

[1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组，中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志，2021，44(3)：170-205.

[2] 洪敏俐. 慢性阻塞性肺疾病稳定期证素分布、兼杂特征及愈肺宁方对慢性阻塞性肺疾病稳定期证素的影响[D]. 福州：福建中医药大学，2018：17-49.

[3] 洪敏俐，郭媛媛，黄锦榕，等. 慢性阻塞性肺疾病不同表型中医证型分布规律探讨[J]. 中华中医药杂志，2018，33(3)：1194-1197.

[4] 黄小华，洪敏俐，黄锦榕，等. 补气健脾化痰方治疗肺脾气虚兼痰浊型慢阻肺稳定期30例[J]. 福建中医药，2019，50(6)：8-9，12.

[5] 黄锦榕，洪春霖，黄小华，等. 肺胀2号方治疗肺肾气阴两虚型慢阻肺稳定期30例[J]. 福建中医药，2018，49(2)：7-8，11.

[6] 李建生，李素云，余学庆. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J]. 中医杂志，2012，53(1)：80-84.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：54-58.

[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，2020：1-161.

[9] 卢朋，李健，唐仕欢，等. 中医传承辅助系统软件开发与应用[J]. 中国实验方剂学杂志，2012，18(9)：1-4.

[10] 唐仕欢，杨洪军. 中医组方用药规律研究进展述评[J]. 中国实验方剂学杂志，2013，19(5)：359-363.

[11] 简可雯，张秋华，陈依柔，等. 慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁障碍的研究进展[J]. 国际呼吸杂志，2018，38(2)：142-146.

（责任编辑：刘淑婷）