

# 基于数据挖掘探讨肝胃郁热型吞酸病用药规律

黄佳钦 曹云 符欣 常炳龙 何莹 林稼樱 张忠绵 张婧 李志红

(北京中医药大学东直门医院,北京,100700)

**摘要** 目的:基于数据挖掘技术探讨中药复方治疗肝胃郁热型吞酸的用药规律。方法:以中国方剂数据库为检索库,检索治疗“吞酸”的中药方剂,再根据方剂主治及功效筛选治疗肝胃郁热型吞酸的方剂,并采用 Excel、SPSS 20.0 软件进行频数及频率分析、因子分析。结果:中药复方治疗吞酸涉及复方 291 首,治疗肝胃郁热型吞酸涉及 69 首,中药 107 种,高频中药 25 味,陈皮、甘草、木香、砂仁、青皮和厚朴较为常用;在功效方面,理气药、化湿药、活血化瘀药、消食药及清热药选用次数均较多。五味以辛、苦为主;归经以脾经、胃经、肝经选用次数较多。因子分析最后提取了 7 组影响肝胃郁热型吞酸的药物组合因子;通过聚类分析,提取了 8 个常用的药对或药组。结论:该研究结果与田德禄教授应用“清降”法治疗吞酸的学术思想有许多相似之处。

**关键词** 中药复方;肝胃郁热;吞酸;用药规律;数据挖掘;聚类分析;因子分析;田德禄教授;“清降”理论

## Discussion on Medication Rule for Acid Reflux of Heat Stagnation in the Liver and Stomach Syndrome Based on Data Mining

Huang Jiaqin, Cao Yun, Fu Xin, Chang Binglong, He Ying, Lin Jiaying, Zhang Zhongmian, Zhang Jing, Li Zhihong  
(Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract Objective:** Based on data mining technology, to explore the medication rules of traditional Chinese medicine (TCM) compound treatment of acid reflux, which syndrome is heat stagnation in the liver and stomach. **Methods:** Taking the Chinese prescription database as the retrieval database, the traditional Chinese medicine (TCM) prescription for treating acid reflux was searched. The prescriptions for the treatment of heat stagnation in the liver and stomach was selected according to the efficacy, and Excel, SPSS 20.0 software was used for frequency analysis and factor analysis. **Results:** Chinese herbal compound treatment of acid reflux involved 291 prescriptions, which used for heat stagnation in the liver and stomach syndrome were 69, 107 kinds of Chinese medicine, 25 flavors of high frequency herbs, Pericarpium Citri Reticulatae, Radix Glycyrrhizae, Radix Aucklandiae, Fructus Amomi Villosi, Pericarpium Citri Reticulatae Viride and Cortex Magnoliae Officinalis were commonly used. In the aspect of efficacy, qi regulating herbs, resolving dampness herbs, activating blood and resolving stasis herbs, eliminating food herbs and clearing heat herbs were most commonly used. Herbs with pungent and bitter tastes were commonly used; the meridian of spleen, stomach and liver were most commonly chosen; 7 groups of affecting heat stagnation in the liver and stomach syndrome were extracted; 8 drug groups were obtained by cluster analysis. **Conclusion:** The results of this study have many similarities with Professor Tian Delu's application of the "clearing and descending" method to treat acid reflux.

**Key Words** Chinese herbal compound; Heat stagnation in the liver and stomach; Acid reflux; Medication rule; Data mining; Cluster analysis; Factor analysis; Professor Tian Delu; "Clearing and descending" theory

中图分类号:R256.23;R259 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.11.022

吞酸,亦称“吐酸”“咽酸”“噫酸”等,是指胃中酸水上泛,又称泛酸<sup>[1]</sup>。以胃气上逆为本,酸水上泛灼伤食道为标,通降不利而发病。本病对应于西医的反流性食管炎。反流性食管炎是多种因素共同影响的上消化道疾病,主要由于食管本身抗反流防御机制的下降,和反流物对食管黏膜攻击作用的结果<sup>[2]</sup>。中医药治疗反流性食管炎疗效明确,且不良反应小,大多数医家认为吞酸临床证型主要分为肝胃不和、肝胃郁热、脾虚气滞、肝郁脾虚等证型,以肝

胃郁热最常见<sup>[3]</sup>。但对中药复方治疗该病的用药规律缺乏系统的归纳总结,故本文通过搜集中国方剂数据库中的方剂专题服务库中治疗“吞酸”的方剂,再从中筛选治疗肝胃郁热型吞酸的方剂,并进行归纳与整理,运用数据挖掘相关技术,进而总结出历代医家治疗肝胃郁热型吞酸的用药规律,进而为中医临床辨治吞酸提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 方剂来源 中国方剂数据库提供的方剂专题

基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目;北京中医药“薪火传承 3+3 工程”建设项目;吴阶平医学基金会临床科研专项资助项目(320.6750.17233)

作者简介:黄佳钦(1993.10—),男,硕士研究生,胃肠肝胆疾病研究,E-mail:huangjiaqin1993@qq.com

通信作者:李志红(1966.10—),男,博士,主任医师,胃肠肝胆疾病研究,E-mail:lzhls1966@126.com

服务数据中治疗肝胃郁热型吞酸的相关中药复方。

1.2 中药复方检索策略 在方剂专题服务数据库中以“吞酸”为检索词进行全文检索。

1.3 纳入标准 参照方剂相关原始医学文献,纳入治疗肝胃郁热型吞酸的中药复方。

1.4 排除标准 1) 药物组成重复的方剂;2) 仅有方名,无具体药物记载的方剂;3) 药物组成不明确的方剂。

1.5 数据的规范与数据库的建立

1.5.1 数据库的建立 1) 采用 Excel 软件;2) 将检索的方剂信息录入 Excel 软件,建立中药复方治疗肝胃郁热型吞酸病的方剂数据库;3) 数据录入后由双人 2 次进行数据审核以避免人为失误,保证数据准确性。

1.5.2 数据的规范 参照全国高等中医院校“十二五”规划教材《中药学》对中药药名进行规范,如天花粉、瓜蒌根统称为天花粉,白芍、芍药统称为白芍,并且对中药按照功效进行归类,如将白术、党参、人参、甘草归为补气药,将附子、干姜、肉桂、吴茱萸为温里药等。

1.6 数据处理与分析 通过 Excel 软件建立中药复方治疗肝胃郁热型吞酸的方剂数据库,并运用 Excel 软件进行频数、频率分析,采用 SPSS 20.0 进行因子分析、聚类分析。

## 2 结果

通过检索与筛选,最终确定 69 首中药复方,对中药复方进行整理,建立治疗肝胃郁热型吞酸的中药复方文献数据库。

### 2.1 频数、频率分析

2.1.1 高频中药频数、频率分析 数据库共涉及药味 107 味,排除频数在频数 10 以下的中药,共剩高频中药 25 味,按照频数由高到低的顺序对高频中药进行排序,频数、频率分析结果见表 1。

2.1.2 高频中药功效频数、频率分析 对中药功效频数、频率的统计参照全国高等中医院校“十二五”规划教材《中药学》,按中药主要功效对其进行归类,如陈皮、木香属理气药,砂仁、厚朴属化湿药,结果如表 2 可知,理气药、化湿药、活血化瘀药、消食药及清热药均较为常用。

2.1.3 中药归经频数、频率分析 中药共涉及归经 12 条,归经频数为 2 069 次,如统计陈皮归经频数,参照“十二五”规划教材《中药学》,陈皮归经为脾、肺,故肺、脾频数在原基础上各增加 1,以此类推。由分析结果得知,高频中药归经前三位为脾经、胃经、肝经,频数均 >250。

表 1 高频中药频数、频率表

序号	中药	频数 (次)	频率 (%)	序号	中药	频数 (次)	频率 (%)
1	陈皮	39	56.52	14	枳壳	14	20.29
2	甘草	36	52.17	15	白术	13	18.84
3	木香	29	42.03	16	苍术	13	18.84
4	砂仁	25	36.23	17	黄连	13	18.84
5	青皮	25	36.23	18	柴胡	13	18.84
6	厚朴	24	34.78	19	麦芽	12	17.39
7	半夏	22	31.88	20	吴茱萸	12	17.39
8	神曲	20	28.99	21	山楂	11	15.94
9	香附	20	28.99	22	枳实	11	15.94
10	茯苓	19	27.54	23	三棱	10	14.49
11	槟榔	16	23.19	24	莪术	10	14.49
12	白芍	16	23.19	25	川芎	10	14.49
13	沉香	14	20.29				

表 2 中药功效频数、频率表

序号	功效	频数 (次)	频率 (%)	序号	功效	频数 (次)	频率 (%)
1	理气药	170	25.34	6	消食药	50	7.45
2	化湿药	82	12.22	7	清热药	41	6.11
3	补气药	56	8.35	8	温化寒痰药	24	3.58
4	活血化瘀药	56	8.35	9	补血药	22	3.28
5	温里药	52	7.75	10	利水消肿药	19	2.83

2.1.4 高频中药五味频数、频率分析 中药五味频数为 1 197 次,如统计厚朴五味频数,参照“十二五”规划教材《中药学》,厚朴五味属性为苦、辛,故苦味、辛味频数在原基础上各增加 1,以此类推,结果可知高频中药五味前二位为辛、苦。

2.2 聚类分析结果 对出现频数 10 以上的中药进行聚类分析,分析结果及药物组合提取结果见图 1、表 3。

表 3 聚类分析药物组合提取结果

序号	药对	序号	药对
1	神曲、山楂、麦芽	5	厚朴、枳壳、沉香
2	枳实、白术	6	三棱、莪术
3	陈皮、茯苓、半夏、甘草	7	木香、青皮、槟榔
4	柴胡、白芍、香附、川芎、砂仁	8	黄连、吴茱萸、苍术

2.3 因子分析结果 选择出现频数  $\geq 10$  的单味中药进行因子分析,结果见表 4。从表 4 结果可知,球形度检验的 KMO 值为  $0.600 > 0.5$ ,  $P < 0.05$ ,说明可进行因子分析。根据特征根大于 1 的情况最后提取了 7 个公因子,累积贡献率达 69.137%。根据载荷系数大于 0.5 的原则,最终提取了 6 组影响失眠治疗的药物组合因子及体现的治法见表 5。注:a:基于相关;Sig 为 Bartlett 的球形度检验的 P 值( $P < 0.05$  为差异有统计学意义)。

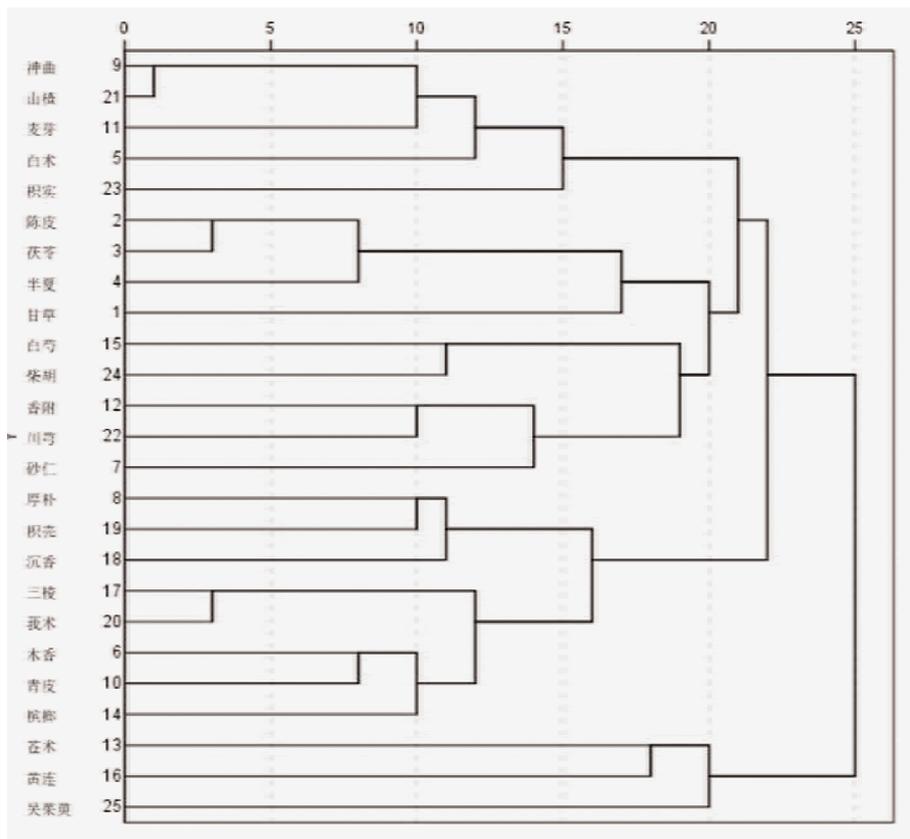


图1 高频中药聚类分析树状图

表4 KMO 和 Bartlett 的检验

取样足够度的 Kaiser-Meyer-Olkin 度量。	0.600
Bartlett 的球形度检验	近似卡方
	873.033
	df
	300
	Sig.
	0.000

表5 因子分析药物组合提取结果

序号	药物组合因子	治法
1	神曲、麦芽、枳实	消食导滞
2	茯苓、木香、青皮、苍术、三棱	理气活血，健脾祛湿
3	陈皮、甘草	燥湿理气
4	厚朴、沉香、枳壳	理气宽中，行滞消胀
5	砂仁、香附、川芎	行气活血
6	半夏、柴胡	疏肝清热，和胃降逆
7	黄连、吴茱萸	清肝泻火，降逆止呕

### 3 讨论

吞酸,中医认为本病病位在食管和胃,与肝、胆、脾等脏腑密切相关<sup>[4-5]</sup>。历代医家对于吞酸的病因病机有不同的认识,主要有肝胃郁热、胆热犯胃、气郁痰阻、瘀血阻络、中虚气逆、脾虚湿热等<sup>[6]</sup>。

本研究基于数据挖掘对肝胃郁热吞酸进行用药规律探讨,结果显示:药物五味、归经可见,肝胃郁热型吞酸病位主要在肝、胃、脾。脾属脏,主运化水谷精微,主升清。胃属腑,胃为阳土,主受纳、腐熟水

谷,以降为顺<sup>[7]</sup>。脾胃同居中焦,交通上下,灌溉四旁,为全身气机升降的枢纽,脾气不升则气壅不畅,胃气不降则化无由。《诸病源候论·噫醋候》中记载“脾胃……不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噯而吞酸,气息醋臭”<sup>[8]</sup>,提出饮食不节,饥饱失调,或过食肥甘厚腻,脾胃受损,食滞内停,气机升降失调,脾不升清,导致胃气上逆、浊气不降,继则为病。《金匱要略》曰:“见肝之病,知肝传脾”<sup>[9]</sup>,《血证论》又云:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化”<sup>[10]</sup>,故肝者,主疏泄、调气机,而脾之运化升清、胃之和降有赖于肝气之条达。郁怒伤肝,致肝气郁结,乘胃克脾,则脾气不升,胃气壅滞,亦可发为本病。本病初起主要病机为肝胃失和、继而肝胃郁热,病久入络则致气滞血瘀,又可蕴结成毒、成痰,病性属实、属热居多<sup>[11]</sup>。中药五味分析可见以辛、苦为主。辛者,能散能行,多用于气滞、血瘀、郁火之证,如陈皮、木香、青皮、神曲、枳实等,此类药多有理气和胃、活血化瘀之功;苦者,能泄能燥,多用于火热、湿盛、热结等证,如黄连、黄芩、大黄等,此类药多有清热燥湿解毒之功<sup>[12]</sup>,由中药五味分析可知,中药大致可分为两类,一类以“降逆”为主,功效为降逆和胃、消食宽中,一类以“清泄”为主,功效为清热燥湿,活血解毒。

根据对中药功效频率、频数的分析可见,理气药、化湿药、活血化瘀药、消食药及清热药均较为常用,由此可见,历代医家认为肝胃郁热型吞酸病性属实属热,主因饮食不节,饥饱失调,或过食肥甘,伐伤胃气,气机阻滞;抑或是气郁恼怒伤肝,肝失疏泄而郁结,横逆犯胃,致肝胃气滞。故本病初起以气滞居多,气机不畅,郁久化热,耗伤阴液,津枯血燥而致瘀,气病及血。另有因虚而致实者,禀赋不足,素体亏虚或是久病迁延,耗伤正气,均可引起脾虚运化失司,湿浊内生,阻滞气机,进而产生气滞、血瘀、郁火、食滞等病理因素<sup>[4]</sup>。故肝胃郁热型吞酸病理因素多与气滞、湿阻、血瘀、食滞及郁热相关,治则上多用疏肝和胃、消食导滞、清热化湿之法。

由表3与表5,综合2个药对分析结果可见,古今治疗肝胃郁热型吞酸的中药主要涉及气滞、郁火、痰湿、血瘀、食滞等病理因素,治疗上多用疏肝行气、消食导滞、清解郁热、燥湿化痰、活血化瘀等方法。

综上,历代医家认为肝胃郁热型吞酸病位主要在肝、胃、脾,病性多实,病理因素多为气滞、瘀血、痰湿、食滞等,多选用消食药、理气药、活血化瘀药、化湿药及清热药以消食导滞、理气活血、清热化湿。

无独有偶,通过长期的临床实践,我们发现本病的发生与饮食不当、情志不遂关系最为密切,随着生活水平的不断提高,物质资源的日益丰富,今时之人多过食肥甘厚味、辛辣炙煨之品,脾胃损伤,湿热内生;生活节奏加快,生活压力及工作压力也日益加剧,易导致肝气郁结,日久郁而化火、气滞血瘀,久而瘀毒互结。田德禄教授系北京中医药大学东直门医院消化科首席教授,为第四批、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。临证中推崇董建华教授“从胃论治”之“通降理论”。对吞酸,田老结合当代脾胃疾病多实、多郁、多热(火)的特点,提出应用“清降法”治疗吞酸的学术思想,取得了较好的疗效<sup>[13]</sup>。田老认为吞酸之病,多责之于胃气上逆,以肝胃不和、肝胃郁热者较多。在选方上,田老多以香苏散为基础方,该方出自《宋·太平惠民和剂局方》,内有香附、紫苏叶、甘草、陈皮,功可散寒解表,理气消滞<sup>[14]</sup>。田老以此方为基础,更强调从肝胃论治,故保留原方通降之性,易苏叶为苏梗,变解表为行气宽中,去方中炙甘草,以防止甘温碍胃,加炒枳实、生薏苡仁、焦三仙、连翘等组成实痞通,将本方变为理气宽中、化痰消食的方子<sup>[15]</sup>。此外,田老针对胃主受纳,以降为顺,且吞酸病理因素多包含气滞、食滞等,提出运用具有“降”作用的药物以降逆和

胃,消食导滞,并将具有“降”作用的药物按照其改善胃脘痞满症状强弱的不同分为3类:一线药:主要有枳实、苏梗、陈皮、刀豆子、旋覆花、代赭石等;二线药:主要有秦艽、威灵仙等;三线药:主要为黑丑、白丑。针对吞酸多存在郁热、湿毒等有形实邪,田老提出两类以“清”为核心的药物,一类为清热燥湿之品,常用药物有黄连、黄芩、黄柏、大黄等,第二类则为清热解毒药,如连翘、蒲公英、虎杖等<sup>[16]</sup>。

同时,《黄帝内经》云:“诸呕吐酸,皆属于热”<sup>[17]</sup>,故针对吞酸之病多由肝胃郁热,胃失和降引起,田老又提出“制酸三合汤”:1)其首为本研究聚类分析所得药对8及因子分析所得药对7,为左金丸加减,取黄连之苦降,吴茱萸之辛开,专治肝经气分“火热郁结”之吞酸;2)乌贝散,取乌贼骨入肝活血,川贝母泄肝经郁热,并可化痰,专治肝经痰瘀之热。3)失笑散,专入肝经活血化瘀,专治久病入络,瘀血内结之吞酸<sup>[18]</sup>。除此之外,本研究结果与田老临床组方用药规律存在相似之处,聚类分析所得药对1及因子析所得药对1为焦三仙加减,此为田老常用助运消食之品<sup>[19]</sup>;聚类分析所得药对2为枳术丸加减,田老认为此方具有改善胃肠动力之功效<sup>[16]</sup>;聚类分析所得药对4及因子分析所得药对6为小柴胡汤加减,对于肝胃郁热或者肝胃湿热型吞酸,田老常采用小柴胡汤合实痞通以清肝泄热,理气和胃<sup>[13]</sup>。因此,田老对于吞酸的用药也基本涵盖了本研究所涉及的诸多层面,长期的临床实践也证明辨证运用以上药对治疗吞酸,疗效颇佳。

综上所述,本研究运用因子分析及聚类分析等研究方法,对古今医家治疗肝胃郁热型吞酸的用药规律进行了探讨,证明了应用数据挖掘技术对中药复方治疗肝胃郁热型吞酸的临床经验整理有一定意义,其结果可为临床诊治疗肝胃郁热型吞酸提供参考依据,同时提示了数据挖掘技术对于总结历代医家用药经验具有一定的优势,但本研究也存在诸多不足。首先,在方剂搜索过程中,存在两首同名方剂药物组成不同,或是两首不同名方剂,其组成却一致的情况,因此可能会对数据挖掘分析造成偏倚,进而影响研究结论的准确性。其次,本次研究主要选择了频率分析、因子分析及聚类分析等方法,对于出现频率较高数据的分析效果较好,但对于出现频率较低的数据信息分析存在缺陷。而且作为数据挖掘技术得到的结论尚需进一步的临床实践及更深入的相关古籍文献研究得以验证,希望本次研究能为临床治疗肝胃郁热型吞酸及科研思路提供一定的参考。

## 参考文献

- [1] 白兴华. 胃食管反流病的中医诊治思考[J]. 上海中医药杂志, 2019,53(1):11-14.
- [2] 朱宝宇, 宋德锋, 施春雨, 等. 胃食管反流病发病机制研究进展[J]. 中国实验诊断学, 2015, 19(2):344-346.
- [3] 师宁, 丁霞, 杭海燕, 等. 反流性食管炎中医证候分布特点的研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(4):1174-1176.
- [4] 杨旭, 潘飞辰, 李平, 等. 沈洪治疗胃食管反流病临证经验[J]. 河北中医, 2015, 37(5):653-655.
- [5] 陶琳, 张声生. 调肝理脾理论运用胃食管反流病现状和思考[J]. 世界中医药, 2015, 10(5):671-675.
- [6] 张声生. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5):321-326.
- [7] 唐旭东, 马祥雪. 传承董建华“通降论”学术思想, 创建脾胃病辨证新八纲[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(11):893-896.
- [8] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011:87-88.
- [9] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017:3-4.
- [10] 唐宗海. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:63-64.
- [11] 张霞. 调肝泄热和胃方治疗反流性食管炎肝胃郁热证的临床研究[J]. 山西中医学院学报, 2002, 3(2):24-26.
- [12] 钟麟生. 中药学[M]. 3版. 北京: 中国中医药出版社, 2012:27-29.
- [13] 李志红. 田德禄教授应用“清降法”治疗脾胃疾病的经验[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2011, 18(6):34-36.
- [14] 宋·太平惠民和剂局. 太平惠民和剂局方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009:48.
- [15] 马卫国, 胡晓玲, 李志红. 田德禄教授化裁运用香苏散临床经验[J]. 现代中医临床, 2017, 24(1):53-55.
- [16] 李志红. 运用田德禄教授“清降”理论治疗功能性消化不良的经验[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2013, 20(2):45-46.
- [17] 郭霁春. 黄帝内经素问校注[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009:977-978.
- [18] 李晓林. 田德禄教授治疗胃食管反流病经验[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2011, 18(6):30-31.
- [19] 张广. 田德禄教授治疗胃食管反流病用药规律聚类分析[J]. 现代中医临床, 2014, 21(6):13-15.
- (2018-12-17 收稿 责任编辑: 苍宁)
- (上接第 2924 页)
- [16] 黄鹤, 张念志. 张念志教授运用益气活血化痰法治疗肺胀[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(2):229-231.
- [17] 龙寿洪. 益气活血化痰法治疗肺胀的疗效[J]. 中国社区医师, 2017, 33(7):104, 106.
- [18] 陈康桂. 肖波辨治慢性阻塞性肺疾病经验[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(11):1331-1332.
- [19] 李玲. 益气活血化痰法对 COPD 稳定期脾肺气虚证患者疗效观察及对大鼠气道炎症指标的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [20] 吴春艳, 张智, 刘子宸. 葛根素对油酸致急性肺损伤大鼠的保护作用[J]. 中国医药, 2013, 8(12):1700-1702.
- [21] 余舒鹏. 沈其霖教授从肺脾肾论治慢性阻塞性肺疾病稳定期临床经验研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2017.
- [22] 汪辉. 补肺纳肾法治疗慢性阻塞性肺疾病的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [23] 肖俊杰. 补肺益肾、祛痰化痰方联合西医疗法治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病 49 例[J]. 中医研究, 2017, 30(2):34-36.
- [24] 田立岩, 曹桂秋, 刘桂桃. 补肺活血胶囊治疗矽肺的效果[J]. 广东医学, 2014, 35(11):1778-1779.
- [25] 曹玉冰. 黄芪甲苷的药理作用及其机制的研究进展[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(5):954-960.
- [26] 张瑜. 中药黄芪的心血管药理作用及临床应用研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(74):47.
- [27] 曹金一, 刘京晶, 黄文华, 等. 补骨脂药理作用与临床应用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2008, 24(6):89-92.
- [28] 阮金兰, 赵钟祥, 曾庆忠, 等. 赤芍化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中国药理学通报, 2003, 19(9):965-970.
- (2018-07-09 收稿 责任编辑: 杨觉雄)