

孙兰军临证经验实录

赵英强 主编



人民军医出版社



孙兰军 临证经验实录

主 审 孙兰军

主 编 赵英强

编 委 江海涛 汪 涛 李艳芬

王瑞华 李 欧



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

孙兰军临证经验实录 / 赵英强主编. --北京: 人民军医出版社, 2015.7

ISBN 978-7-5091-8469-1

I. ①孙… II. ①江… III. ①心脏血管疾病—中医学—临床医学—经验—中国—现代 IV. ①R259.4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第136006号

内容提要

本书系国家级名老中医孙兰军教授从医四十多年的学术经验总结。本书内容主要包括三部分: 上篇, 学术思想掇菁; 中篇, 医案精选传真; 下篇, 心血管病本草妙用。全书按照中医病名进行分类, 并且每案都详细记录症状体征、药味药量、病机分析及方解, 以更方便于读者查阅。本书内容科学、翔实, 具有较高的参考价值, 适合广大中医师阅读参考。

策划编辑: 焦健姿 文字编辑: 杨璞 责任审读: 周晓洲

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市100036信箱188分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927271

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 850mm × 1168mm 1/32

印张: 9.5 字数: 201千字

版、印次: 2015年7月第1版第1次印刷

印数: 0001—2800

定价: 28.50元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



名家传略



孙兰军，天津中医药大学第二附属医院主任医师，教授，博士生导师，内科首席专家，享受国务院政府特殊津贴，全国第四、五批老中医药专家学术经验继承指导老师，第二批全国名中医工作室指导老师。学术专长为中西医结合治疗心血管病，临床及科研并重。

孙教授1970年毕业于天津医科大学，曾师从医界前辈陈可冀院士、王鸿烈教授、田芬兰教授。从医40余年来，潜心研究、探索中西医结合治疗内科病的思路，并运用病证结合、以病论证的治疗原则研制出治疗冠心病、高脂血症、高血压病、心律失常及慢性心力衰竭等疾病的系列中药，并在临床中运用，取得良好效果。培养数十名硕士、博士研究生，桃李满天下。承担和参加国家“八五”“九五”“十五”攻关课题及“863”“973”课题、国家自然科学基金课题、国家中医药管理局课题10余项，并多次获得奖项。

目 录

孙兰军临证经验实录

学术思想撷菁

医案精选传真

心血管病本草妙用

上篇 学术思想撷菁

病证结合治疗心血管病 /001

注重瘀血理论在心血管病中的应用 /007

心血管病临证经验 /012

中篇 医案精选传真

心悸 /027

胸痹 /040

咳嗽 /072

眩晕 /080

喘证 /113

痞满 /117

失眠 /118

头痛 /120

感冒 /123

痞证 /124

脏燥 /126

湿疹 /127

淋证 /129

胃痛 /130

水肿 /132

不寐 /137

胃脘痛 /140

泄泻 /146



下篇 心血管病本草妙用

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 麻黄 /149 | 芦根 /172 | 砂仁 /191 |
| 桂枝 /151 | 淡竹叶 /173 | 豆蔻 /192 |
| 紫苏 /152 | 黄连 /173 | 茯苓 /193 |
| 荆芥 /153 | 大黄 /175 | 薏苡仁 /195 |
| 防风 /154 | 芒硝 /176 | 猪苓 /196 |
| 生姜 /155 | 火麻仁 /177 | 泽泻 /196 |
| 香薷 /155 | 甘遂 /178 | 车前子 /198 |
| 羌活 /156 | 独活 /178 | 蒿蓄 /200 |
| 白芷 /157 | 威灵仙 /179 | 石韦 /200 |
| 细辛 /158 | 乌头 /180 | 葶藶 /201 |
| 桑叶 /159 | 木瓜 /180 | 灯心草 /202 |
| 菊花 /160 | 蚕沙 /181 | 茵陈 /203 |
| 薄荷 /161 | 徐长卿 /181 | 虎杖 /203 |
| 葛根 /162 | 秦艽 /182 | 附子 /204 |
| 蝉蜕 /163 | 防己 /183 | 干姜 /206 |
| 蔓荆子 /164 | 豨莶草 /184 | 肉桂 /207 |
| 淡豆豉 /165 | 桑枝 /185 | 吴茱萸 /208 |
| 石膏 /166 | 香加皮 /185 | 花椒 /209 |
| 知母 /167 | 桑寄生 /186 | 葶苈 /211 |
| 栀子 /168 | 藿香 /187 | 葶澄茄 /212 |
| 天花粉 /169 | 佩兰 /188 | 陈皮 /212 |
| 夏枯草 /170 | 苍术 /189 | 青皮 /214 |
| 决明子 /171 | 厚朴 /190 | 枳实 /216 |

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 木香 /217 | 延胡索 /240 | 竹茹 /271 |
| 香附 /219 | 郁金 /241 | 前胡 /273 |
| 乌药 /219 | 姜黄 /243 | 杏仁 /274 |
| 佛手 /220 | 乳香 /245 | 紫苏子 /276 |
| 沉香 /220 | 没药 /245 | 紫菀 /277 |
| 檀香 /221 | 丹参 /246 | 枇杷叶 /278 |
| 薤白 /222 | 红花 /248 | 桑白皮 /279 |
| 川楝子 /224 | 桃仁 /250 | 葶苈子 /280 |
| 玫瑰花 /224 | 益母草 /251 | 酸枣仁 /281 |
| 绿萼梅 /225 | 牛膝 /252 | 柏子仁 /282 |
| 大腹皮 /225 | 五灵脂 /254 | 首乌藤 /283 |
| 柿蒂 /226 | 土鳖虫 /255 | 合欢皮 /284 |
| 山楂 /227 | 骨碎补 /256 | 远志 /285 |
| 麦芽 /228 | 血竭 /256 | 石决明 /286 |
| 莱菔子 /229 | 莪术 /257 | 牡蛎 /287 |
| 小蓟 /230 | 三棱 /258 | 代赭石 /289 |
| 大蓟 /231 | 水蛭 /259 | 蒺藜 /290 |
| 三七 /232 | 穿山甲 /262 | 天麻 /291 |
| 茜草 /234 | 半夏 /262 | 全蝎 /293 |
| 蒲黄 /235 | 天南星 /265 | 人参 /293 |
| 仙鹤草 /237 | 浙贝母 /266 | 黄芪 /295 |
| 艾叶 /238 | 瓜蒌 /267 | 淫羊藿 /297 |
| 川芎 /239 | 桔梗 /269 | |

上篇 学术思想掇菁



病证结合治疗心血管病

在不同时代和文化背景下，中医学和西医学分别从不同的角度，采用不同的方式方法研究并探索了人类生命活动的客观规律。其中，中医学着重强调宏观和整体，西医学则注重微观和局部，二者存在着优势互补的可能。孙兰军教授擅长中西医结合治疗心血管病，并在临床治疗过程中采用病证结合、以病统证的方法，获得良好疗效。

（一）病证结合理论

“病”是以西医学的病理学内容为核心的疾病分类体系以及以此为基础的诊断模式。而中医学的“证”是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括，包括了病变的部位、原因、性质以及邪正关系，反映了疾病发展过程中某一阶段病理变化的本质，是以病机为核心的疾病分类体系以及以此为基础的诊断模式。中医注重宏观整体辨证，西医注重微观局部辨病，病证



结合实质上是将西医疾病病理概念体系与中医辨证论治概念体系相结合，以研究疾病的发生、发展规律。病证结合是中西医两种医学体系交叉融合的切入点。

“病”“证”是两种医学的核心内容，是不同思维方式认识生命、健康与疾病的知识形态。人体是一种较高级、较复杂的整体，不可能割裂开来，头痛医头、脚痛医脚，单纯西医以疾病论是缺乏科学态度的，现代医学的多达一理论就充分证实了中医差异化、个体化治疗的优势，所以中医的辨证论治配合西医的疾病论结合才是最科学的。我们可以通过西医的病理学、诊断学确定病名，再运用中医的辨证论治确定证型、治则及治法。

病证结合多体现在治疗方法的结合，临床工作中在西医辨病和中医辨证基础上，采用中医辨证论治和中西医结合治疗方案进行治疗。根据疾病的特点、病情轻重等，在疾病发展的不同阶段，或侧重于西医辨病用药，或侧重于中医辨证论治，或中西药同用，在一定程度上优势互补、各展其长。病证结合是中西医两种医学体系的结合，是继承、发展中医药，促进中医药现代化的重要途径，为建立适合疾病的多元评价体系创造了可能。

孙教授用病证结合理论研究心脏相关疾病提出，同样是心力衰竭，心肌病和冠状动脉硬化性心脏病（冠心病）引起者无论是临床表现还是病理生理，都存在着较大区别；即使同是由心肌病引起，扩张型和肥厚型心肌病又有所不同；同样是冠心病，心肌梗死和缺血性心肌病又不能一概而论。在强调“异”的时候，还应注意到各种心力衰竭在病理生理环节上的



“同”，如心脏重塑和心肌细胞凋亡等。这种有异有同，为心力衰竭病证结合全方位研究提供了必要性和可能性背景。

同时，病证结合是通过现代医学病的中医症状学、证候学、证和检测指标相关性研究，探索病与证之间的内在规律；随着中医临床医学的迅速发展，在以病的诊断指标作为“金标准”的基础上，研究中医辨证论治显得越来越重要。

（二）病证结合在高血压治疗中的应用

1. 病证结合在高血压治疗中的优势

（1）改善生活质量：高血压病常出现头晕、头痛、耳鸣、失眠、胸闷、心悸气短、健忘、腰酸乏力等一系列症状，严重影响患者的生活质量。此时用中药改善症状非常必要。但如果不理解西医的诊断、治疗体系及高血压指南要求，只是一味地用中药对症下药，往往又会忽视了疾病自身的发展、预后、转归，不能按照指南要求在第一时间降压达标，就会出现进一步的靶器官损害（如心、脑、肾等）和相关合并症的出现（如糖尿病、冠心病等），进而出现相应症状，如伴左心衰竭时会出现呼吸困难、气短、胸闷、发绀（嘴唇或指甲、皮肤发紫）等，使患者的生活质量进一步下降；但如果单纯用西药治疗，虽然血压控制在正常范围，却不能缓解患者的不适症状，因为长期高血压的患者，大部分已经适应了“高血压”的状况，头痛症状并不是很明显，一旦用西药快速使血压降至正常或接近正常水平，反而不能适应“血压正常”的状况了，出现脑供血不足所致的头痛症状，这时就需要配合中药治疗，缓慢降低血压，使患者逐步适应，达到明显改善症状、缓解病情的目的。



所以中西医结合个性化治疗高血压，不单着眼于血压的下降，更着眼于患者生活质量的提高。

(2) 降压平稳和缓：西药治疗高血压，常常有为达到目标血压而频繁加减药量等情况，故常常出现血压波动幅度较大的现象。而中药降压作用缓和，稳定血压效果较好，如葛根、杜仲、野菊花、夏枯草（须注意观察肾功能）、玉米须、钩藤等，尤其适用于早期、轻度高血压患者。较重的高血压病中西药联合应用，也可防止血压出现较大波动。

(3) 多靶点调节：孙教授在临床及科研中证实，中药通过多层次、多环节、多靶点的综合调理，可使高血压患者在改善症状、减轻或逆转终末器官损害、防止严重并发症等有着一定的优势。

比如中成药养血清脑颗粒就是通过上调和下调多种基因协同发挥作用，其改善和减轻左室肥厚的机制可能与LTBP-2（无活性TGF- β 结合蛋白）基因表达下调有关。因此，孙教授在西药基础上常合并使用相关中成药及汤剂治疗。

(4) 靶器官保护：治疗高血压，降压是一个很重要的目标，但是不能仅仅局限于降压，更重要的是在降压的同时，预防心、脑、肾等靶器官的损害。因为靶器官受损引发的心力衰竭、肾衰竭等往往比高血压本身更为致命。

除一些西药有保护靶器官的作用外，中药在对某些受损器官的逆转以及并发症的防治方面也有一定作用。例如活血祛瘀中药丹参、田七、赤芍、牡丹皮等协同降压的同时，还可降低血液黏稠度，有预防及治疗中风的效果；又如黄芪可强心利尿，降压和降低尿蛋白，改善肾功能等；复方制剂中成药养血



清脑颗粒能改善长期高血压导致的左室肥厚，降低心肌间质胶原蛋白含量，降低心肌 I、III 型胶原的比值，组织形态学观察表明养血清脑颗粒能改善心肌微循环环境，减轻心肌损伤；牛黄降压丸可降低左心室肥厚程度，减轻肾小动脉硬化，对糖脂代谢、中枢神经递质有一定的影响。

所以孙教授用中药治疗高血压，通常从患者的具体病证出发，采用辨证论治的方法，以中药复方，调整体内环境，改善血管内皮功能，使心、脑、肾、血管得到保护。

(5) “治未病”思想——治疗前移：孙教授作为心血管疾病治疗的领军人物，始终站在医学前沿，她认为尽管目前心血管疾病诊断和治疗技术发展迅速，但绝大多数疾病缺少根治性手段，所以应将心脑血管疾病的早期预防放在首位。2010年1月2日，发现和干预中国高血压隐匿危险因素协作组（即EARLY协作组）正式启动，以关注、干预和预防为宗旨，致力于高血压隐匿危险因素的研究，寻找有效的干预方案，而这正与中医“治未病”思想吻合。

目前认为，血压从110/75mmHg起，人群血压水平升高与心血管病危险呈连续性正相关。临床上经常碰到有些患者在辅助检查时发现主动脉已经增宽、左心室肥大、心脏舒张功能异常，还有些患者出现头痛、头胀、头发沉、脖子发硬、走路像踩棉花等症状，但血压在120/80mmHg以上、140/90mmHg以下，还不能诊断为高血压，而属于高血压前期（我国定为正常高值）。在高血压前期药物治疗方面，西药的相关研究很少，而中医药通过辨证论治、整体调节可以取得很好的疗效。

(6) 中药与西药合用——“减毒增效”：高血压患者多

为老年患者，或同时伴有其他疾病，可能同时服用几种药物，药物相互作用就成为影响降压疗效和安全性、影响用药依存性和连贯性的重要因素。心力衰竭患者常用的地高辛，糖尿病患者服用的阿卡波糖，以及临床常用的西咪替丁、抗真菌药物等，易和许多降压药物产生不良相互作用，或影响药物代谢。

在临床中采用中西药联用，可以减轻或消除不良反应，达到“减毒增效”的目的。如钙拮抗药可造成浮肿，同时给予健脾利湿的中药白术、茯苓、猪苓、车前子等加以克服，使其浮肿消退；血管紧张素转化酶抑制剂可导致咳嗽，选用中药桑叶、桑白皮、百部、前胡、陈皮、蝉蜕、佛耳草、川贝母等疏风宣肺止咳，针对患者兼有咽痛等症状，还可以加用马勃、玄参等清热利咽。

2. 病证结合治疗高血压的方法

(1) 辨证论治：孙教授认为高血压属于中医“风眩”范围，多由风、火、痰、虚引发，其中以肝阳上亢型为核心，常用辨证分型及方剂如下。

肝阳上亢：以血压升高兼见眩晕，伴头目胀痛、面红耳赤、烦躁易怒、舌红苔黄、脉弦数为辨证要点。天麻钩藤饮加减。

痰浊中阻：以血压升高兼见头晕头胀、沉重如裹、胸闷多痰、肢体沉重麻木、苔腻、脉滑为辨证要点。半夏白术天麻汤加减。

肝肾阴虚：以血压升高兼见眩晕，伴头痛耳鸣、腰膝酸软、舌红少苔、脉细数为辨证要点。杞菊地黄丸加减。

瘀血阻滞：以血压升高兼见头晕，伴头痛如刺、痛有定处、



胸闷心悸、舌质紫黯、脉细涩为辨证要点。血府逐瘀汤加减。

(2) 辨病治疗：对于临界、1级高血压，加用平肝健脾、养心安神的中药治疗，能通过降低其交感神经兴奋性，起到镇静与改善睡眠作用，同时能利尿通便，整体改善患者生活质量。对于2级、3级高血压，加用平肝潜阳、温肾利水的中药在某些程度上可以减少西药用量，减轻不良反应，减少或延缓并发症的发生。



注重瘀血理论在心血管病中的应用

瘀血、久病入络等理论在心血管病诊治中一直广泛应用。20世纪90年代末，随着络病理论的新拓展，其在病机概念上有了进一步深化和更新。孙兰军教授在临床实践中注重应用“瘀”“络”理论阐述常见心血管病的病因病机。

(一) 冠心病

1. 从“瘀”论述 孙教授从医以来，一直关注冠心病的中医病因病机特点及诊疗方法，逐渐认识到“血瘀”是冠心病的主要病理因素，并贯穿于冠心病的发病始终。随着中西医结合医学的发展，也有学者提出从“络病”论治、从“瘀血”论治、从“风”论治、从“热毒”论治等，丰富了冠心病的论治法则。孙教授在此基础上对冠心病的病因有了更全面的理解。

在临床工作中，她发现血瘀证在冠心病发病中的核心地位是毋庸置疑的，并且随着循证医学理念在中医学中的逐渐渗



透，也为活血化瘀法治疗冠心病提供了翔实的证据。有资料记载，针对冠心病患者的证候分布特点研究中发现血瘀证、气虚证最为多见；心绞痛和急性心肌梗死患者各中医证候构成比之间以气虚型、血瘀型为最基本的证候组合，这些研究结果与孙教授的观点不谋而合。血瘀证在冠心病的发病中是关键性病理因素，但不是唯一的。

近年来，随着生活水平的提高，人们生活方式的改变，孙教授在临床中体会到痰瘀互结在冠心病发病中的地位越来越不可忽视。痰指痰浊，是人体津液不归正途的病理性产物；瘀指瘀血，是人体血运不畅或离经之血着而不去的病理表征。痰和瘀是两种不同的病理产物和致病因素。在某种状态下相互为患，既可以因瘀致痰，也可因痰致瘀，痰瘀互结，形成新的病理因素。而冠心病的病机特点属本虚标实，虚则气虚、阳虚、气阴两虚；实则气滞、血瘀、痰浊、寒凝。孙教授指导及参与的一些研究也表明，痰瘀同治可以改善实验性动脉粥样硬化家兔的血液流变学、抑制脂质过氧化反应和保护血管内皮细胞。她提出冠心病病机虽然属于本虚标实，但急性发病入院时多以标实为主，主要病理本质是痰、瘀或痰瘀互结。急性心肌梗死患者有的是在超急期入院，有的是在急性期，而有的已经在恢复期，所以中医证候不尽相同，中药用药也应有所侧重、区别对待。目前有专家进行前瞻性的急性心肌梗死急性期中医证候分布规律研究，进一步细化了冠心病的病机演变和分布特点，优化冠心病的不同类型、不同阶段的辨证论治，也与孙教授的设想相一致。

目前，冠心病的病因病机学说得到进一步的发展和完善。



有学者提出“瘀毒理论”，认为在冠心病形成和发展中，络虚失养为其本，火热为其始动因素，并贯穿始终，痰、瘀为其病理产物，火、痰、瘀蕴蓄不解，化毒为害，瘀毒胶结，滞阻络脉为基本病机，这无疑丰富了冠心病的病因学说，也促进了临床活血解毒、益气养阴兼活血解毒、理气活血解毒、清热解毒等理法方药的开发和挖掘。孙教授对“瘀毒理论”给予很多关注，并根据临床辨证加用活血解毒等中药治疗。

但无论是痰瘀互结，还是瘀毒理论，血瘀总是冠心病的主要病理因素，所以在冠心病的治疗中应注重从“瘀”论述。

2. 从络论治 孙教授认为，现代医学将动脉粥样硬化斑块导致冠状动脉管腔固定性狭窄（狭窄直径 $>50\%$ ）作为引起稳定型心绞痛最为常见的原因，这与络病中的络脉郁滞、络脉瘀阻尤相吻合。气血津液相依而行，气运行正常则血液与津液运行正常，气运不畅则津凝为痰、血滞为瘀。痰浊瘀血痹阻血脉，不通则痛，发为胸痹心痛。这体现了中西医从不同角度对冠心病的理解。

冠心病心绞痛在中医学属于“胸痹心痛”“真心痛”的范畴。从络论治胸痹心痛，早有文献记述，《素问·缪刺论》曰：“邪客于足少阴之络，令人卒心痛。”《诸病源候论·久心痛候》曰：“其久心痛者，是心之别络，为风之冷热所乘痛也……”明确指出胸痹心痛属于络病和久病入络的观点。《医学入门》也指出：“厥心痛，因内外邪犯心之包络，或他脏犯心之支络。”这些论述均从病位上说明了心之络脉滞涩，心失所养是导致胸痹心痛发作的直接原因。而关于络脉与心生理上的联系在《黄帝内经》中早有记载，《灵枢·经脉》言：“脾足太阴之脉



……其支者复从胃出别上膈注心中”“小肠手太阳之脉……入缺盆络心”“肾足少阴之脉……其支者从肺出络心，注胸中”“厥阴心包经之络起于胸中”。其他如手、足少阳之脉、督脉等，皆有支络循胸，布膻中，而心包络、胃之大络则与心脏生理直接相关。这些都为从络论治冠心病提供了文献依据。所以，孙教授认为冠心病从络论治是有中医理论依据的。

（二）慢性心力衰竭

孙教授在治疗慢性心力衰竭时也常常从“瘀”论述。

1. 血瘀致心力衰竭 《黄帝内经》认为，饮食、情志失调、六淫、外伤等均可导致血瘀。如《素问·五脏生成》曰：“是故多食咸，则脉凝泣而变色。”《灵枢·百病始生》曰：“内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六俞不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去。”《灵枢·痈疽》曰：“寒邪客于经络之中，则血泣，血泣则不通。”《素问·缪刺论》曰：“人有所堕坠，恶血留内”。

血瘀导致疾病很多，如心悸、心痛、水肿、喘证等。《黄帝内经》曰：“脉涩则心痛”。《素问·痹论》曰：“心痹者……烦则心下鼓，暴上气而喘。”《灵枢·经脉》曰：“心主手少阴厥阴心包络之脉……是动则病……甚则胸胁支满，心中澹澹大动。”《灵枢·百病始生》曰：“是故虚邪之中人也，始于皮肤……留而不去，传舍于肠胃之外，募原之间，留著于脉，稽留而不去，息而成积，或著孙脉，或著络脉。”《金匱要略·水气病脉证并治》曰：“少阳脉卑，少阴脉细，妇人则经水不通；经为血，血不利则为水，名曰血分。”隋代《诸病源候