

中药药理与临床系列丛书

防治心血管疾病的 中药药理与临床

FANGZHIXINXUEGUANJIBINGDE
ZHONGYAOYALIYU
LINCHUANG

王和权 编著



中医古籍出版社

FANGZHIXINXUEGUANJIBINGDEZHONGYAOYALIYULINCHUANG

中药药理与临床系列丛书

防治心血管疾病的 中药药理与临床

王和权 编著

林天东 主审
吴明

中医古籍出版社

责任编辑 刘从明

封面设计 陈娟

图书在版编目 (CIP) 数据

中药药理与临床系列丛书/王和权编. - 北京: 中医古籍出版社, 2006.1

ISBN 7-80174-404-7

I. 中… II. 王… III. 中药学: 药理学 IV. R285

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 134879 号

中药药理与临床系列丛书

防治心血管疾病的中药药理与临床

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内南小街 16 号 100700)

全国各地新华书店经销

北京市北中印刷厂印刷

850×1168 毫米 32 开 5.5 印张 135 千字

2006 年 1 月第一版 2006 年 1 月第一次印刷

印数: 0001~2500 册

ISBN 7-80174-404-7/R·403

本册定价: 9.00 元 (全套 45.00 元)

王和权简历

王和权，男，字加雄，号苓淮，1953年10月出生，临高县美台头南村人。现为中国管理科学院特约研究员，中华系列期刊《中华中西医杂志》常务编委，美国核心期刊《美国中华医学进展杂志》编委，海南省红十字会第三届理事，临高县政协常委，临高县红十字会门诊部主任。副研究员、副主任医师。

1975年中专毕业，1977年在广东省医药学院进修西医理论一年结业；1986年在广州中医药大学进修中医理论一年结业；1987年函授张仲景国医大学中医内科研究生班毕业，学制三年；1981年函授江苏常州市技术职工学校初级日语班一年结业；1983年函授江汉大学高级日语班一年结业；1985年先后参加夜读广东省科技情报研究所举办的日语翻译技巧班和日语口语班各学习3个月结业；1986年参加广州青文夜读学校法语初级班半年结业；1987年参加函授北京世界语学校初级世界语班一年半结业。同年晋升为中医主治医师。1999年12月通过远程教育经美国世界传统医学科学院研究生院，对本人学历、经历、成绩，结合SEL水平测试及所提交的传统医学博士学位论文，综合资格评鉴后，授予传统医学博士学位，此学位获美国国家研究生继续教育委员会认可。2001年考取中医内科副主任医师，2002年考取中医内科副研究员（为目前海南省中医药界与全省市县单位唯一考取的国家自然科学研究系列高级职称科研人员）。曾正式代表中国学者参加7次中医药国际学术会议；翻译4篇日本

医学论文在全国学术会交流；翻译 18 篇日本科技短文在《海南日报》发表；发表 25 篇学术论文，其中 7 篇中医论文被美国国会图书馆全文收录，8 篇发表在核心刊物。1 篇论文在德国科隆国际学术大会宣读，并获得宣读论文证书。2002 年 9 月代表海南省参加在北京人民大会堂召开的“中国首届科学家论坛”，成为海南省出席会议的唯一医学专家。

荣获过临高县首届科技进步二等奖及三等奖各一项，均排名第一；荣获省部级全国医药卫生优秀成果二等奖 2 项（四川科科学技术协会主办），均排名第一；荣获一次国际优秀论文奖，并奖给一枚合成金币。

1975 年中专毕业后到临高县卫生学校任专职教师 8 年；1983 年调入临高县人民医院从事临床工作 9 年；1992 年调任临高县中医院筹备组组长。1993 年 9 月“下海”后，先后成立海南通贤房地产有限公司、临高县信德塑料工业有限公司，均为法人代表。1999 年 7 月至今筹备、组建、承包临高县红十字会门诊部。

2005 年 6 月 18 日

前 言

中药药理学是近几十年来形成的一门新兴学科，是中药学的重要组成部分。是连结传统医学与现代医学的纽带，是沟通基础医学和临床医学的桥梁，是中药现代化发展的基础。运用现代医学知识和方法，研究中药的作用性质、机理以及体内产生疗效的过程或产生毒性的过程，从新的高度认识中药防治疾病的现代科学机理以及产生药效的物质基础，这不仅大大地丰富了中药学的内容，而且有助于中药理论的发展。

中药药理的研究，有助于医务人员能更准确、更合理地开方用药，进一步提高临床疗效。目前中医临床诊疗已趋向于中、西医双诊断，中药药理的研究资料已成为临床医生处方用药的重要依据。在诊治疾病时，除按传统的理法方药外，若能结合疾病而选用有针对性的药物，达到辨证施治和专病专药相结合的目的，可以提高临床治疗效果。如在治疗感冒时，在辨证论治的同时，可选用一些对感冒相关病毒和上呼吸道常见致病菌有抑杀作用的药物；在治疗病毒性肝炎时，可选用对肝炎病毒有抑制作用的中药；治疗胃、十二指肠溃疡或发炎时，可选用抗溃疡与杀灭幽门螺旋菌作用的中药。同时，中药药理的研究成就，对深化了解中药功能，扩展中药功效也具有积极的推动作用。例如：葛根的益智、扩张冠脉作用，黄连抗心律失常，夏枯草降血压，山楂强心、降血脂、抗心绞痛，枳实和青皮静脉给药的升压、抗休克作用等。

为了帮助广大中医、西医、中西医结合临床医生对中药药理的了解，掌握药理的作用机制，随心应手地运用于临床，提高疗效，故编写了“中药药理与临床系列丛书。”本丛书共分为5册，包括心血管疾病、肝胆病、肺脏病、肾脏病及胃肠疾病。分别重点论述有关本系统疾病的中药药理作用，并为拓宽读者视野、能科学合理选方用药，故亦简要阐述其他相关系统的药理作用及临床应用。

林天东

2004年6月

自序

凡是传染病得到满意控制的国家或地区，心血管疾病已成为危害人类健康和导致死亡的主要原因。为了降低心血管疾病的患病率，减少死亡率，广大医务工作者和有关研究人员进行了深入而广泛的研究。在循证医学模式指导下，应用中药药理防治心血管疾病，取得了可喜的成绩。

“心主血脉”，是指心具有推动血液在脉管中运行的功能，其次还包括心参与血液生成的作用。根据中医辨证施治的理论，心脏病证大致归纳为：心气（阳）虚、心阴（血）虚、心血瘀阻等。作者根据目前中药药理研究的作用及临床研究的效果，归纳编写为四大类：其一，强心药物，例如人参、党参、黄芪、刺五加、黄精、冬虫夏草、灵芝、山茱萸等；其二，抗心律失常药物，例如黄连、三七、西洋参、朱砂、甘草等；其三，扩张冠状动脉药物，例如丹参、桃仁、益母草、葛根、当归等；其四，降低血压的药物，例如夏枯草、黄芩、柴胡、珍珠母等。

本人在日常临床工作之余，细心收集资料，结合自己的临床体会编写本书，力求简明扼要，条理清楚，通俗易懂，实用性较强。可作为基层医生及住院医生、研究生临床参考书。

由于编者的学术水平和临床经验有限，疏漏之处在所难免，敬请广大读者批评指正。

王和权

2004年6月

目 录

总 论

第一章 心脏的解剖与生理简要	(1)
第一节 心脏与血管的解剖	(1)
一、心脏	(1)
二、血管	(1)
第二节 心脏的生理	(2)
第三节 影响心脏功能的主要因素	(2)
一、前负荷	(2)
二、后负荷	(2)
三、心肌收缩性	(3)
四、心率	(3)
五、心室收缩与舒张运动的协调性	(4)
六、心脏结构的完整性	(4)
第二章 心脏病的中医病因病机	(5)
第一节 中医对心脏的认识	(5)
第二节 心脏病病因病机	(5)
一、禀赋不足, 气血亏虚	(5)
二、七情过极, 气血耗逆	(6)
三、痰浊内生, 血脉受阻	(6)
四、瘀血内阻, 闭塞血脉	(6)
五、外邪内袭, 心脉受损	(7)
六、脏腑虚损, 心脉失养	(7)

各 论

第一章 强心药	(8)		
附子	(8)	川芎	(48)
人参	(10)	郁金	(50)
黄芪	(13)	青皮	(51)
党参	(16)	枳实	(53)
冬虫夏草	(17)	生地黄	(54)
灵芝	(19)	水牛角	(56)
刺五加	(21)	牛黄	(57)
何首乌	(23)	羚羊角	(58)
黄精	(24)	野菊花	(59)
山茱萸	(26)	天麻	(61)
麦门冬	(27)	天南星	(62)
沙棘	(29)	罗布麻	(64)
酸枣仁	(30)	满山红	(66)
柏子仁	(31)	洋金花	(67)
刺蒺藜	(32)	牡蛎	(68)
桃仁	(34)	昆布	(70)
红花	(36)	香附	(71)
牡丹皮	(37)	细辛	(72)
血竭	(39)	生姜	(74)
毛冬青	(40)	麻黄	(75)
水蛭	(41)	桂枝	(77)
蟾酥	(43)	苦参	(79)
全蝎	(44)	钩藤	(79)
麝香	(46)	葛根	(79)

赤芍	(79)	肉桂	(79)
益母草	(79)	小蓟	(80)
瓜蒌	(79)	大蓟	(80)
第二章 抗心律失常药	(81)		
三七	(81)	熊胆	(101)
延胡索	(83)	羌活	(103)
黄连	(84)	附子	(104)
黄柏	(86)	刺五加	(104)
苦参	(87)	酸枣仁	(104)
西洋参	(89)	血竭	(105)
甘草	(91)	天南星	(105)
朱砂	(93)	洋金花	(105)
琥珀	(94)	麻黄	(105)
钩藤	(95)	瓜蒌	(105)
半夏	(97)	淫羊藿	(105)
地龙	(99)	石决明	(105)
前胡	(100)		
第三章 扩张冠状动脉药	(106)		
葛根	(106)	山楂	(120)
丹参	(108)	当归	(121)
赤芍	(110)	鸡血藤	(123)
蒲黄	(111)	绞股蓝	(125)
益母草	(113)	淫羊藿	(126)
薤白	(114)	肉桂	(127)
瓜蒌	(116)	菊花	(129)
降香	(117)	石决明	(130)
陈皮	(118)	木贼	(132)

人参·····	(133)	牡丹皮·····	(133)
刺五加·····	(133)	血竭·····	(134)
何首乌·····	(133)	毛冬青·····	(134)
黄精·····	(133)	麝香·····	(134)
刺蒺藜·····	(133)		
第四章 降低血压药 ·····	(135)		
夏枯草·····	(135)	麦门冬·····	(158)
珍珠母·····	(136)	毛冬青·····	(158)
决明子·····	(138)	蟾酥·····	(158)
栀子·····	(139)	全蝎·····	(159)
黄芩·····	(141)	麝香·····	(159)
柴胡·····	(142)	川芎·····	(159)
防风·····	(144)	枳实·····	(159)
藁本·····	(145)	生地黄·····	(159)
莱菔子·····	(146)	水牛角·····	(159)
熟地·····	(147)	牛黄·····	(159)
小蓟·····	(148)	羚羊角·····	(160)
大蓟·····	(149)	野菊花·····	(160)
槐花·····	(151)	天麻·····	(160)
远志·····	(152)	天南星·····	(160)
磁石·····	(153)	罗布麻·····	(160)
土鳖虫·····	(154)	满山红·····	(160)
姜黄·····	(156)	洋金花·····	(160)
款冬花·····	(157)	牡蛎·····	(161)
黄芪·····	(158)	细辛·····	(161)
党参·····	(158)	生姜·····	(161)
冬虫夏草·····	(158)	延胡索·····	(161)
灵芝·····	(158)	黄连·····	(161)

黄柏····· (161)	益母草····· (162)
苦参····· (161)	薤白····· (163)
半夏····· (162)	陈皮····· (163)
地龙····· (162)	山楂····· (163)
前胡····· (162)	当归····· (163)
熊胆····· (162)	绞股蓝····· (163)
葛根····· (162)	淫羊藿····· (163)
丹参····· (162)	菊花····· (163)

总 论

第一章 心脏的解剖与生理简要

第一节 心脏与血管的解剖

一、心脏

1. 心脏的位置

心脏位于胸腔内左右两肺之间，2/3 在胸腔左侧，1/3 位于胸腔右侧。前方与胸骨体及 3~6 肋软骨相邻，后方与第 5~8 胸椎相接近，斜置于横膈之上。心脏的长轴从右后上向左前下倾斜约 45°角。其正常形态，位置可因体型或体位的不同有所改变。

2. 心脏的结构

心脏由左、右心房和心室，合共四个心腔，以及左右房室瓣和半月瓣共四个瓣膜组成。

二、血管

血管是循环系统的周围结构，为运动血液的管道，包括动脉、毛细血管和静脉。动脉将血液从心脏输向组织，管壁含有较多的肌纤维和弹力纤维，具有一定的张力和弹力，又称“阻力血管”。毛细血管将小动脉、小静脉相连，在组织中呈网状分布，

管壁仅由一层内皮细胞和少量纤维组织构成，血液在此可直接与组织进行物质交换，故毛细血管又称“功能血管”。静脉将血液从组织汇入心脏，管壁较薄，管腔较大，能容纳很大的血量，又称“容量血管”。

第二节 心脏的生理

心脏的生理功能类似一个小泵或唧筒，能自动地、节律地发生兴奋和收缩，以推动血液的循环。心脏的生理功能以心肌的生理特性为基础。心肌的生理特性包括以生物电为基础的电生理特性（兴奋性、自律性、传导性）和收缩性。心肌的电生理特征表现心脏的兴奋功能，形成心脏内兴奋的发生传播，并引发收缩。收缩性表现为心脏的机械活动，形成心脏的射血功能。

第三节 影响心脏功能的主要因素

一、前负荷

心脏前负荷即收缩之前遇到的负荷，是指回心血量，或心室舒张末期容量，心室舒张末期心肌纤维周边长度（初长度），在心肌收缩性允许的范围内，心搏量主要由回心血量所决定，即心搏量与回心血量成正比，回心血量愈多，左心室心肌纤维就愈伸长，于是心肌收缩力加强，心搏量增多，反之则心搏量则降低，它说明了前负荷与心排球量的关系。

二、后负荷

后负荷系心室射血时所面对的阻抗，即心室肌开始收缩后才

遇到的负荷，故称后负荷，也称压力负荷或收缩期负荷。后负荷是由心外因素参与的另一心脏功能调节因素，其大小取决于下列因素：①血管的弹性或扩张性；②总外周阻力；③血液的粘稠度；④血容量。

三、心肌收缩性

心脏收缩性用心肌收缩力表示之，后者是指与心室负荷无关的心肌本身的收缩力，心肌或整个心脏与骨骼肌不同，它不仅具有收缩性，而且还有自律性、应激性（兴奋性）及传导性。它不依赖于外来神经而可自动产生兴奋，由一处起搏点产生的电激动，它可通过特殊的传导系统迅速传遍整个心脏。心肌的收缩性是心肌的固有特性之一，收缩力的大小不仅受心肌所处的负荷条件的影响，同时也受肌肉自身代谢活动和收缩结构所处状态的影响。收缩的强弱可用既定负荷下，等张收缩期心肌纤维缩短的最大速度。换言之，心肌纤维初长度相同，收缩力较大者表示其收缩性较强，收缩性减弱是发生心功能不全的最常见原因。

四、心率

心率的变化可影响每搏输出量（搏出量或心搏量）及每分钟输出量。在一定限度范围内，心率增快增加心排血量，因为心排血量 = 心搏量 × 心率，但如心率过快，超过所谓临界心率，虽然每分钟心脏搏动次数增加，但搏出量却减少，故心排血量降低。同时因心率增快，心肌耗氧增加，也影响到心肌的收缩性。反之，如心率太慢，心排血量亦减少，因为心脏舒张期过长，心室的充盈早已接近最大限度，再增加心脏舒张时间，也不能相应提高搏出量。因此，心率过快或过缓均影响心排血量，此时纠正心律失常是改善心功能的关键。

五、心室收缩与舒张运动的协调性

心室收缩时，室壁运动的协调一致，是获得最大心搏量的重要保证。心肌缺血引起代谢障碍或发生心肌梗塞时，心室壁运动失调，就会使心搏量降低，从而使心排血量减少，并增加非缺血区心肌的负荷和耗氧量，对心功能的影响较大。

六、心脏结构的完整性

心脏结构有异常，如急性心肌梗塞时的室间隔穿孔，或乳头肌及腱索断裂所致的二尖瓣关闭不全，以及风心病引起的瓣膜损害等，都会引起血液通过异常途径的分流或瓣膜口的返流，或因瓣膜口狭窄使心室充盈受限或心室射血受阻，均可使心排血量减少。