

常见病临床药对新用丛书

冠心病 临床药对新用

GUANXINBING
LINCHUANG YAODUI
XINYONG

总主编 王庆国 主编 韩学杰 李成卫

中国医药科技出版社

*****常见病临床药对新用丛书*****

冠心病临床药对新用

总主编 王庆国

主 编 韩学杰 李成卫

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书在整理近现代医家临床报道的基础上,把有关冠心病的经典处方和新经验方中的药对系统地总结、提炼,按照病机、治法理论进行分类,详细介绍每个药对的【药对来源】、【配伍意义】、【用量用法】、【使用禁忌】、【古今名方】、【临床报道】、【名医验案】等内容,并结合作者的临床经验做简要点评,努力做到所示药对所出有自,所具有理,所用有准、有常、有变,内容全面、丰富、新颖,编排合理,便于快速检索,是实用性极强的中医治疗冠心病组方参考书。

图书在版编目(CIP)数据

冠心病临床药对新用/韩学杰,李成卫主编. —北京:
中国医药科技出版社, 2005. 10

(常见病临床药对新用丛书)

ISBN 7-5067-3253-X

I. 冠... II. ①韩... ②李... III. 冠心病-中
药配伍 IV. R289.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 096901 号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100088

电话 010-62244206

网址 www.mpsky.com.cn

规格 850×1168mm^{1/32}

印张 14^{3/4}

字数 362 千字

印数 1—4000

版次 2005 年 10 月第 1 版

印次 2005 年 10 月第 1 次印刷

印刷 世界知识印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 7-5067-3253-X/R·2703

定价 30.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

丛书编委会

总主编 王庆国

副总编 李成卫 王新月 韩学杰 张印生
赵进喜 李宇航 李澎涛 李红珠
吴俊喜 刘 洋 杨金生 连智华

本书编委会

主 编	韩学杰	李成卫		
副主编	张印生	连智华	乔通湖	
编 委	王晓燕	韩学杰	李成卫	李 雅
	乔通湖	张印生	刘子旺	梁振湖
	梁金坡	张承军	刘 洋	沈 宁
	连智华	杨怡坤	王石红	赵春梅
	孙毅坤	李 强	黄 文	王 仑
	贾海骅			

序

中医临床取效之道在于辨证的准确与用药的灵活。辨证尚缺乏更多的客观指标，要辨准证是十分困难的。为此，20世纪70年代我提出了“病证相配单元组合式分类辨证诊断法”。即将冠心病的中医证类分成6个单元：“心气虚损”、“心阴不足”、“心阳不振”、“痰浊闭塞”、“心血瘀阻”、“寒凝气滞”。每个单元确立必备的主症和参考的兼证，并以舌脉加以定类，如果症状与舌脉分离则以舌脉为凭，特别是要“舍症从舌”。然后根据临床实际，病证相配，加以单元组合。如“胸痹心痛·气阴两虚兼痰浊闭塞证”、“胸痹心悸·心阳不振兼痰浊闭塞、心血瘀阻证”。这套辨证分类法切合错综复杂的临床，比较实用，收到“辨证准”的效应。

临床治疗遣方用药要灵活。应根据虚实，选择各辨证单元相应的组方单元，在治法理论的指导下组成治疗方剂。组方单元可以是经典的方剂，也可以是经典方剂的核心配伍。而最小的方剂和配伍就是由两味药组成的药对。如桂枝、甘草是《伤寒论》桂枝甘草汤的组成，可以辛甘化阳、温通心脉；瓜蒌、薤白是瓜蒌薤白白酒汤的核心配伍；桂枝、芍药是桂枝汤的核心配伍，可调和营卫。《难经》云：“损其心者，调其营卫”。这些药对是古今中医临床治疗冠心病的常用药对，它们可以作为君药，是方剂中的核心配伍；也可以在病机和治法理论指导下作为辅助用药在方剂中配合其他药对使用。药对可以说是病机与治法理论的具体体现，是治疗遣方用药要灵活性的保障。

这部由韩学杰、李成卫两位博士主编的《冠心病临床药对新用》，收集名医名案临证精华和用药经验，无疑对中医学术的

发展，对中医疗效的提升，对丰富中医教学的内容，均会发挥较大的促进作用。故怀欣喜之情，贺本著面世，愿百尺竿头，再攀高峰，是为序。

沈绍功

2005年8月8日于崇厚堂

前 言

《素问·至真要大论》与《神农本草经》对方剂结构先后提出了“君臣佐使”这一基本法度。这一法度代代相传，沿用至今。然而构成中药复方的基础，在于药物配伍之后性能作用的变化。对于这个问题《神农本草经》提出“单行、相须、相使、相畏、相恶、相反、相杀”等概念，首次提出了配伍宜忌的理论。关于药物两两相配的专著，相传有《雷公药对》、北齐徐之才著《药对》（已佚）、清代严洁著《得配本草》。20世纪80年代初，吕景山根据施今墨的经验，编成《施今墨对药临床经验集》。仔细分析《伤寒论》与《金匱要略》中的方剂，可见其中存在着许多“药对”是后世方剂组成中的基本要素，如桂枝汤中的桂枝配芍药、白虎汤中的知母配石膏等等。

药对，是中医辨证论治针对性与创新性的最佳体现。它是最小的固定药物组合，是构成方剂的基本单位。药对可以源于经典方剂的核心配伍，并在临床中用于方剂的随证加减；也可以是对新知识、新经验的提炼，并可以根据病机、治法理论组成新的方剂。所以说，药对是中医辨证论治的核心与灵魂。

在中医临床理法方药的操作过程中，药对处于方和药之间。它的组成需严谨，并经过临床验证；它的应用需有理有据，有常有变。为此，本丛书在整理近现代医家临床报道的基础上，把经典处方和新经验方中的药对系统地总结、提炼，按照病机、治法理论进行分类，详细介绍每个药对的【药对来源】、【配伍意义】、【用量用法】、【使用禁忌】、【古今名方】、【临床报道】、【名医验案】等内容，并结合作者的临床经验做简要点评，努力做到所示药对所出有自，所具有理，所用有准、有常、有变，内

容全面、丰富、新颖，编排合理，便于快速检索，是实用性极强的中医治疗常见病的组方参考书。

本丛书各分册选择的病种，为临床多发、常见、中医治疗有优势的病种。但长期以来，这些疾病的临床与科研中，也存在疾病与方药机械对应的缺陷，停留在专病专方或一方一法为主的框架内，辨证论治特色不全，疗效被局限。如治疗冠心病，过于强调活血化瘀，忽略了老年患者脾肾亏虚的因素；治疗高血压病，片面追求中药现代的降压药理作用，疏忽了组方的“君臣佐使”，更丢弃了“辨证论治”；或只重“肝阳”和“内风”，一味追求“平肝熄风”，忽视其他证类的表现，更丢弃了“法随证变”的古训；或只框于“天麻钩藤饮”几首代表方中的加减化裁，没能跳出旧框，“重起炉灶”，更无新方的创建。这些都是进一步提高这些疾病的中医治疗疗效水准的路障。本丛书以药对为切入点，以病机和治法为框架，在药物、药对、方剂、医案（方系）四个层次系统介绍这些疾病的中医药治疗，旨在发挥、加强中医辨证论治的优势，提高中医治疗的疗效，最终造福人民。

王庆国

2005年8月

目 录

第一章 冠心病药对概述	(1)
第一节 冠心病药对的来源	(3)
一、古代胸痹、真心痛等病的药对方	(4)
二、古代胸痹、真心痛等病方剂的核心配伍	(5)
三、现代新组药对	(6)
四、中医辨证通用药对	(6)
第二节 冠心病药对的组成	(7)
一、组成原则	(7)
二、组成形式	(9)
第三节 冠心病药对的基本作用及其影响因素	(13)
一、基本作用	(14)
二、影响因素	(16)
第四节 冠心病药对的临床应用	(18)
一、单独应用	(18)
二、联合应用	(19)
三、配合应用	(20)
第二章 冠心病药对	(22)
第一节 化痰类药对	(24)
瓜蒌 薤白	(29)
瓜蒌 半夏	(46)
瓜蒌 枳壳	(59)
半夏 陈皮	(63)
陈皮 竹茹	(70)
陈皮 枳壳	(75)

竹茹 枳实	(83)
远志 菖蒲	(89)
菖蒲 郁金	(104)
第二节 活血化瘀类药对	(111)
丹参 檀香	(114)
丹参 丹皮	(129)
丹参 赤芍	(134)
丹参 三七	(142)
丹参 葛根	(152)
丹参 益母草	(165)
丹参 党参	(170)
三七 人参	(179)
川芎 丹参	(189)
川芎 当归	(204)
当归 赤芍	(214)
桃仁 红花	(220)
蒲黄 五灵脂	(231)
莪术 三棱	(241)
第三节 调肝理气类药对	(245)
柴胡 白芍	(247)
柴胡 枳壳	(254)
柴胡 青皮	(258)
柴胡 郁金	(263)
柴胡 黄芩	(267)
第四节 温阳通痹类药对	(274)
桂枝 甘草	(275)
桂枝 瓜蒌	(281)
桂枝 枳实	(286)

桂枝 茯苓	(291)
桂枝 白芍	(301)
人参 干姜	(310)
人参 附子	(314)
附子 干姜	(327)
附子 肉桂	(337)
第五节 清心泻火类药对	(345)
栀子 丹皮	(346)
黄连 半夏	(349)
黄连 附子	(358)
黄连 肉桂	(362)
黄连 吴茱萸	(366)
第六节 益气和养阴类药对	(368)
人参 黄芪	(369)
黄芪 当归	(386)
黄芪 丹参	(392)
黄芪 葛根	(397)
人参 麦门冬	(400)
沙参 麦冬	(415)
生地 麦冬	(425)
生地 玄参	(434)
第七节 补益肝肾固本类药对	(436)
当归 白芍	(437)
女贞子 旱莲草	(446)
何首乌 人参	(456)
续断 桑寄生	(459)

第一章 冠心病药对概述

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease) 简称冠状动脉性心脏病或冠心病 (coronary heart disease, CHD), 有时又被称为冠状动脉病 (coronary artery disease, CAD) 或缺血性心脏病 (ischemic heart disease), 是指由于冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄或阻塞导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。为动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型。

冠状动脉性心脏病或冠心病这一简称, 目前虽被普遍应用, 但它未表达出动脉粥样硬化这一病因, 而有更广泛的含义。因为, 可以导致心肌缺血、缺氧的冠状动脉病, 除冠状动脉粥样硬化外, 还有炎症 (风湿性、梅毒性和血管闭塞性脉管炎等)、痉挛、栓塞、结缔组织疾病、创伤和先天性畸形等多种, 冠状动脉性心脏病一词事实上应包括所有这些情况所引起的心脏病变。由于绝大多数 (95% ~ 99%) 是由冠状动脉粥样硬化引起, 因此用冠状动脉性心脏病或冠心病一词来代替冠状动脉粥样硬化性心脏病, 虽然不甚确切, 在临床上还是可行的。至于将冠状动脉病或冠状动脉粥样硬化 (coronary atherosclerosis) 列为冠状动脉粥样硬化性心脏病的同义词, 其实也不确切。因为冠状动脉虽然有病, 发生了粥样硬化, 但可能还未引起心肌缺血、缺氧, 或临床上已显示出冠状动脉病变, 但还没有心肌缺血、缺氧的证据时, 只能认为病人患了冠状动脉病或冠状动脉粥样硬化, 而不能认为已患冠状动脉粥样硬化性心脏病。此外, 缺血性心脏病一词, 其含义应更为广泛。

本病多发生于 40 岁以上, 男性多于女性, 且以脑力劳动者居多, 是工业发达国家的流行病, 已成为欧美国家最多见的心脏

病病种。作为亚洲国家，本病在我国不如欧美国家多见，但也和有些发展中国家一样，近年有增多趋势。1976 年我国 12 个城市的统计，本病死亡率为 29.6/10 万人口，其中以北京、天津两市最高。20 世纪 70 年代中期，北京、上海、广州三市本病人口死亡率分别为 21.7/10 万人口、15.7/10 万人口和 4.1/10 万人口，80 年代中期分别增至 62.0/10 万人口、37.4/10 万人口和 19.8/10 万人口，其趋势是北方高于南方。由于在大规模普查中诊断冠心病有技术上的困难，结果不十分可靠，但 70 年代全国 22 个省、市、自治区和部队调查 40 岁以上人群患病率为 6.46%，较 50 年代北京和上海的 2.45% ~ 3.18% 高 1 倍以上，可能有参考意义。于 90 年代结束的 WHO 监测 47 国 35 ~ 64 岁年龄段冠心病事件发病率的 MONICA 方案显示，我国北京处于倒数第二（男性）和第三（女性）位，然而却高于末位的日本，值得注意。

由于冠状动脉病变的部位、范围和程度的不同，本病有不同的临床特点，一般可分为 5 型：

1. 隐匿型或无症状性冠心病：无症状，但有心肌缺血的心电图改变或放射性核素心肌显象改变。心肌无组织形态改变。

2. 心绞痛：有发作性胸骨后疼痛，为一时性心肌供血不足所引起。心肌多无组织形态改变。

3. 心肌梗死：症状严重，为冠状动脉阻塞、心肌急性缺血性坏死所引起。

4. 缺血性心肌病：长期心肌缺血所导致的心肌逐渐纤维化，过去称为心肌纤维化或心肌硬化。表现为心脏增大、心力衰竭和（或）心律失常。

5. 猝死：突发心脏骤停而死亡，多为心脏局部发生电生理紊乱或起搏、传导功能发生障碍引起严重心律失常所致。

近年文献中常提到急性冠状动脉综合征（acute coronary syndrome）一词，认为是由于冠脉内粥样斑块破裂、表面破损或出

现裂纹，继而出血和血栓形成，引起冠脉不完全或完全性阻塞所致。其临床表现可为不稳定型心绞痛、急性心肌梗死或心源性猝死，约占所有冠心病病人的 30%。容易破裂的斑块为不稳定斑块或称软斑块，其覆盖的纤维帽中平滑肌细胞少，胶原含量少，因而较薄；其脂质池也较大，所含脂质较多，因而较软；其外形不规则呈偏心性分布；当血压升高血流冲击或动脉痉挛时，纤维帽与正常内膜交界处易于破裂。纤维帽钙化时，其顺应性降低也易破裂。破裂后 1 次性大的血栓形成完全阻塞冠脉引起急性心肌梗死；斑块小而反复破裂形成血栓，但未完全阻塞冠脉则引起不稳定型心绞痛，最终可导致完全阻塞而发生心肌梗死。

第一节 冠心病药对的来源

所谓“药对”，简单地说，即配对应用的两味中药，它是中药配伍中的最小单位。前人将两味中药配伍应用后产生的不同效应与反应，归纳于“七情和合”中。其中相须、相使、相畏、相杀是有利的，经常应用的；而相反、相恶是不利的，作为配伍禁忌看待，原则上是不能同用的。随着中医药事业的不断向前发展，中药配伍应用已超出了“七情”的范围，逐步形成了一整套理论，有从中药性能本身出发，有从适应不同病证采取的治法出发等，这样的配伍更为细致具体，更能适应临证的需要。因此，我们所要论述的药对，不是随机取用两味药物的凑合，而是针对一定病证、提高临床疗效出发，从历代医药家用药经验中提炼出来、经过临床应用被证明确实行之有效、有一定的理论依据和一定组合法度的两种药物的配对。

心绞痛和心肌梗死，中医学称之为“厥心痛”、“真心痛”（《内经》）和“胸痹”（《金匱要略》）。认为是“心”气不足，“心”阳不振，以致寒凝气滞，瘀血和痰浊阻碍“心”脉，影响

气血运行所致。冠心病药对，是由古今医家创造的、应用于冠心病处方治疗的药对。就来源而言，冠心病药对大致有4类：古代胸痹、真心痛等病的药对方，古代胸痹、真心痛等病的方剂的核心配伍，现代新组药对以及中医辨证通用药对。

一、古代胸痹、真心痛等病的药对方

胸痹源于《金匱要略》，真心痛源于《内经》，二者实有相通之处，皆指心胸疼痛，甚则胸痛彻背、背痛彻心、短气喘息一类的病证。在治法组方理论的指导下，古代医家针对胸痹、真心痛病因病机，组织了一些确有疗效的药对方。这些药对方，只由两味药物组成，精而不杂，效专力宏，有的至今作为药对应用于冠心病的治疗。古代医家认为，本病的病因病机较为复杂，总以阳气不足、胸阳不振为致病的基础；而寒邪内侵，饮食肥甘，情志失调，年老体虚等，导致阴寒内盛、痰浊内生、气机不利、血脉瘀阻，则是形成该病的重要条件。故本虚标实是本病的显著特点。正因为本病具有上述病理特点，故其临床表现常是各种致病要素的综合反映。常见的症状有心胸闷痛、刺痛或隐痛，甚则胸痛彻背，心悸气短，喘息痰多，畏寒肢冷，神疲乏力，舌紫黯，脉沉细涩或结代等。针对该病的这些特点，治疗当以温阳、益气以扶其本，散寒、化痰、行气、化瘀以治其标。至于其他变证，则应随证施治，灵活掌握。

温阳散寒常用桂枝、干姜、附子、吴茱萸、高良姜等药；补益心气常用人参、黄芪、五味子、柏子仁、炙甘草等药；祛痰化浊常用瓜蒌、半夏、陈皮、杏仁、远志、菖蒲、皂荚及苍术、薏苡仁等药；行气宽胸止痛常用枳壳、枳实、厚朴、槟榔、沉香、延胡索、片姜黄等药；活血化瘀常用当归、赤芍、川芎、五灵脂、蓬莪术等药。若胸中有热者，又常加用黄连、栀子、大黄之类。其中，由同类药配伍成方者，如温阳散寒之姜附丸（附子、

干姜¹)、桂心丸(桂心、乌头)、雄黄散(雄黄、巴豆);化痰散结开窍之皂荚丸(皂荚、杏仁)、远志汤(远志、菖蒲);养血之心肝双解饮(白芍、当归);除湿之藁本汤(藁本、苍术)等。也有不同类药物相互配伍者,如温阳散寒与活血化瘀药合用者,有二温散(附子、蓬莪术)、立应散(高良姜、五灵脂)、应痛散(高良姜、赤芍药)、灵砂丹(灵砂、五灵脂)等;温阳散寒与化痰除湿药同用者,有山杏煎(山杏仁、吴茱萸)、石菖蒲丸(石菖蒲、桂心)、瓜蒌散(瓜蒌、桂心)、薏苡附子散(薏苡仁、附子)等;温阳散寒与行气药相伍者,有失笑散(槟榔、高良姜)、桂心散(枳实、桂心)、槟榔散(槟榔、桂心)等;温阳散寒与补气药同用者,有人参汤(人参、吴茱萸)等;益气与行气药配合者,有诃黎勒散(诃黎勒、人参)等;行气与化痰药配伍者,有陈橘皮散(陈橘皮、枳壳)、瓜蒌丸(瓜蒌、枳壳)等;行气与化瘀药同方者,有蓬莪术散(蓬莪术、木香)、槟榔散(槟榔、五灵脂)等;尚有寒热并用、上下分消者,如一笑散(干姜、山栀子)、二珍散(芫花、高良姜)、附子六一汤(附子、黄连)、栀子汤(栀子、附子)、芫花汤(芫花、大黄)等。古人组方之灵巧,实可为后人之效法,学者若能细思之,自当有所觉悟也。

二、古代胸痹、真心痛等病方剂的核心配伍

现代中医临床常用药对中,大部分来源于古代治疗胸痹、真心痛等病方剂的核心配伍。如《金匱要略》瓜蒌薤白白酒汤的核心配伍瓜蒌-薤白,瓜蒌善开胸中痰结,导痰浊下行;薤白味辛而性滑,辛通胸中之阳,滑除阴寒之结。二者相辅相助,利气通阳、散结消痰,合为治胸阳不振、痰浊交结所致胸痹的常用药

1 该方剂的组成或核心配伍,全书同。