

国家星火计划培训丛书



大众健康系列

名医学术经验集锦

科学技术部农村科技司 主编

心血管病 名医验案集

沈绍功 韩学杰 编著



台海出版社

大众健康系列 第三辑



ISBN 978-7-80141-596-7



9 787801 415967 >

定价：本册40.00元

心血管病 名医验案集

编 著：沈绍功 韩学杰
参编人员：韩学杰 高 峰 黄永生 王 阶
 韩丽华 李庆海 郑梅生 陈美华
 刘红旭 杨培君 包培荣 沈依功
 毛静远 李楚源 (排名不分先后)

台海出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管病名医验案集/沈绍功等编著.

北京:台海出版社,2007.11

(国家星火计划培训丛书·大众健康系列.第3辑)

ISBN 978-7-80141-596-7

I.心… II.沈… III.心脏血管疾病-医案-汇编 IV.R73

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第161553号

丛书名/国家星火计划培训丛书·大众健康系列

书名/心血管病名医验案集

责任编辑/吕莺

装帧设计/黄秋 胡云晓

组稿策划/北京中科健星医药科技研究院

印刷/北京东方明珠印刷有限公司

开本/880×1230 1/32 印张/10.625

印数/15000册 字数/300千字

发行/新华书店北京发行所发行

版次/2008年9月第1版 2008年9月第1次印刷

台海出版社(北京景山东街20号 邮编:100009 电话:010-68233095)

ISBN 978-7-80141-596-7 全五册定价:150.00元



沈绍功学术经验集

沈绍功 中国中医科学院主任医师，教授，博士生导师。1963年毕业于上海中医药大学六年制医疗系。上海大场枸橘篱沈氏女科第十九代传人。曾任中国中医科学院广安门医院急诊科主任，中国中医科学院基础理论研究所副所长，国家食品药品监督管理局药品评价中心专家，中华中医药学会药物评价专家，全

国老中医专家经验继承工作指导老师，国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组组长。

现任中华中医药学会心病分会主任委员，急诊分会副主任委员，《中国中医急诊杂志》副主编，中华医学会医疗事故鉴定专家。

“心痛气雾剂临床应用与实验研究”“心痛口服液临床与实验研究”分别获得国家中医药管理局全国中医药重大科技二等奖；“中医心病诊断疗效标准与用药规范”获得中华中医药学会优秀学术著作一等奖。

主编出版《胸痹心痛证治与研究》《痛证大成》《现代中医心病学》《今日中医内科·上卷》《中西医结合心血管病诊疗手册》《中医心病治法大全》《沈绍功中医方略论》，主审出版《沈绍功验案精选》等20部学术著作；在国家级期刊上发表《急性高热110例辨证论治对照观察》《辨证序列方药诊治冠心病心绞痛》《补心气和滋阴阴口服液治疗冠心病心绞痛3807例临床研究》《胸痹心痛诊治新识》《一切为了临床，疗效是硬道理》《冠心病中医取效误区及对策》《中医药现代化诠释及窥见》《中医辨证论治的实用化》等50余篇学术论文。

先后应邀赴美国、德国、新加坡、泰国、港台等近10个国家和



地区进行中医药学术交流和会诊治疗。曾作为大陆5名特邀专家之一出席在美国加州大学举办的第五界世界中医大会，在会上特别演讲“辨证序列方药诊治冠心病”并获“突出贡献”荣誉奖状。曾赴台湾为某位国民党元老诊治心脑血管病，其题词“仁术济世”留作墨宝。

作者的信念：学术上追求创新，事业上追求精品，成果上追求效益，学风上追求实干，待人上追求真诚，处事上追求和谐。

作者座右铭：全身心投入，一切为了患者的康复，一切为了民众的保健。



学术经验

常言道，中医的精髓是“辨证论治”。也就是说，中医防治疾病的核心或者模式是先辨别其证，再据证论治。

辨证的主要依据是靠四诊收集的第一手临证资料，而四诊的内涵主要靠患者的主观感觉，具有较大的随意性，加上病人尊重医生的心态以及医者主观臆想获得阳性资料的欲望。使其客观性大打折扣。另外临证时习惯于先订证后分类，再返回临床加以对应，而临床实际又十分复杂。患者的病变也不受主观分类的限制，可以多种夹杂。所以主观的分类都难以反映患者的实际病变，如果证类过多过细，则偏差性就更大，造成辨证的不规范、不确切、不客观。一则资料的较大随意性，二则分类的较大主观性。使辨证虽然重要，但却十分困难。

倡导“单元组合辨证分类法”，就可实现辨证的实用化、客观化，达到辨证准确的目的。

受物质由化学元素组成的启发，如 H_2O 组成水， H_2O_2 组成过氧化氢，但其化学元素均为H和O，先确定几个辨证单元，然后根据临床出现的病变加以组合，作出证候分类。其排列按轻重主次的顺序，有一个算一个。这种组合式的辨证分类法可以客观反映临床病变的实际，比较符合错综繁杂多变的临床实际，相对做到辨证的准确性。

以冠心病为例，其本虚确立3个单元，即“心气虚损”、“心阴不足”、“心阳不振”；其标实也确立了3个单元，即“痰浊闭塞”、“心血瘀阻”、“寒凝气滞”。单元要精简，不能繁杂，更不能类似，单元不确切，模棱两可，那么组合出来的证类必定模糊不确切，辨证就会失真。主症也要精简，主症是单元的必备症，不可几个单元均有，那样就缺乏针对性，单元不确切，组合就无精确可言，辨证也会失真。

单一的主症临床并不多见，为弥补其不足，常以主症为核心加



以兼证来辨别。一主症见两项，兼症见一项，组合起来便可确立证候分类。但主症和兼症都不能太多，以3~4项为宜，否则必然繁杂，给证类的确立带来麻烦。

舌脉在四诊中更具客观化，尤其是舌象，可以“一望而得”。所以应将舌脉作为四诊中的金标准，应当“舍症从脉”更应“舍症从舌”。

心气虚损证

舌脉：苔薄白，舌质淡，脉沉细，或结代。

主症：隐痛阵作，气短乏力，神疲自汗。

兼症：面色少华，纳差脘胀。

心阴不足证

舌脉：苔净质红，脉象细数，或见代促。

主症：隐痛忧思，五心烦热，口干梦多。

兼症：眩晕耳鸣，惊惕潮热。

心阳不振证

舌脉：苔薄白，质淡胖，脉沉细，尺部弱或结代。

主症：闷痛时作，形寒心惕，面白肢凉。

兼症：精神倦怠，汗多肿胀。

痰浊闭塞证

舌脉：苔黄腻，或白滑，脉滑数。

主症：闷痛痞满，口粘乏味，纳呆脘胀。

兼症：头重身困，恶心呕吐，痰多体胖。

心血瘀阻证

舌脉：舌紫暗，或瘀斑，舌下脉络显露，脉涩或结代。

主症：刺痛定处，面晦唇青，怔忡不宁。

兼症：爪甲青紫，发枯肤糙。

寒凝气滞证

舌脉：苔薄白腻，脉象弦紧或代。

主症：遇寒则痛，彻背掣肩，手足欠温。

兼症：胁胀急躁，畏寒口淡。



中医的“辨证学”其最关键的组成便是“证候学”，发挥中医的辨证优势，最根本的就是发挥“证候学”优势。可是这个中医特有的优势，却被当今的中医临床疏忽和淡化了。众多的中医临床报告，一味追求客观指标，特别去迎合西医的病理生理变化，详尽总结中医药缓解心绞痛的止痛率、心功能、血液流变学、脂质代谢等的改善率。这些指标固然必要，但只字不提“证候学”的变化，没有“证候学”的观察，使辨证论治的优势“伤筋动骨”，其无穷的后患就是直接影响中医诊治冠心病的疗效再提高。

造成“证候学”疏忽和淡化的原因有二：一是“证候学”缺乏客观指标，缺乏规范，更少量化，临床观察的难度较大，精确度不够。二是临证中如果遇到“无证可辨”的疾病或者“证同治不同”的验例，那么“证候学”的观察难度就更大了。

一方面“证候学”的优势不容置疑，另一方面临证操作相当困难。我们提倡试行“计量评分观察法”。

按照证候（舌脉、主症、兼症）程度不同，出现状态有别，是否靠药物缓解，以及是否影响生活和工作，从0分到4分可评为5级。比如证候明显经常持续出现，有时靠药物还不能明显缓解，影响生活和工作者评为4分；证候较明显，经常出现，靠药物基本缓解，一般不影响生活和工作者评为3分；证候时现时无，靠药物可以缓解，不影响生活和工作者评为2分；证候偶然出现，不需服药可自行缓解，不影响生活和工作者评为1分；证候消失或无证候者评为0分。疗前疗后分别统计证候的分值，再按如下公式计算： $[(\text{疗前总分} - \text{疗后总分}) / \text{疗前总分}] \times 100\%$ ，如计分为0或分差 $\geq 70\%$ 者评为显效；分差 $50\% \sim 70\%$ 者评为有效；分差 $\leq 50\%$ 者评为无效；疗后增分者评为加重。取决于中医学的自身特点，“证候学”的研究即不能“脱离病而言证”，也不能“言证而不言病”，应当病证结合，但要注意“略于病而重于证”，要注意“证候学”的客观化、规范化、计量化。

中医辨证是个复杂工程，尤其是在尚未客观化、规范化、标准化的今天更是如此，辨证要准谈何容易！上述想法，只是一种探索，一



种尝试。辨证要准，从理论上，从临床上都是值得研究的课题。

论治是辨证的归宿，治病的终端。其由3个层次组成：最高层次是基本原则，简称“治则”，其要有8则：早期治疗，治病求本，轻重缓急，扶正祛邪，因势利导，以平为期，三因制宜，配以调护；中间层次是“汗、吐、下、和、温、清、补、消”8个治疗大法；最近层次是具体治法，如解表发汗法、清热泻火法，补气温阳法等。

虽然，以证立法，以法论治是谓常规，但是为提高疗效着眼，论治仍应灵活，切忌刻板，论治宜活，愚见如下：

1. 虚证治疗健脾不如调肾

补虚之法，历来有健脾与补肾之争。其同者均从“本”治，健脾者抓后天之本，补肾抓先天之本。其异者，健脾者实质是调补气血，补肾者实质是调整阴阳。

脾土属中焦，是脏腑生理活动的中枢，中焦运化正常，则承上启下，升清降浊，脏腑的生理活动就能平衡，正气由虚转旺，邪不可干。所以健脾派力主调理中焦脾土。但是补气养血之品，一者性温，易有热性炎上之虑，过量常服，可致口燥咽干，甚则鼻衄躁烦；二者味腻，常有碍胃减纳之弊，过量常服，多致食纳下降，得不偿失。

肾脏属下焦，在五脏六腑中惟独肾具双性，既阴又阳，既水又火，是人体生命活动的原动力。脏腑的生理活动，包括脾土的运化，全赖肾气的蒸发。肾阴不足，影响“肾藏精”的功能，使生长发育，生殖繁育失调，缺乏物质基础；肾阳衰弱，影响“肾为气根”的功能，使脾土的运化，人体的热能下降，缺乏生命动力。

由于阴阳互根，阴损可及阳，阳损可及阴，故补肾时遵循张景岳之训：善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。也就是说，在温补肾阳时稍选配滋阴之品，如枸杞子、女贞子、旱莲草、杜仲、寄生辈。在滋补肾阴时稍选配温润之品，如蛇床子、补骨脂、菟丝子、肉苁蓉、巴戟类。



临证应用补肾法，一般以杞菊地黄汤为基本方，再佐1~2温润之品。其中生地滋肾阴为君，以黄精易芋肉伍杞果滋肝肾之阴，山药滋脾肾之阴为臣。4味相得益彰，肝脾肾阴俱补；泽泻、云苓淡渗利湿，滋而不滞为佐；丹皮、菊花温而不炎为使；伍蛇床子、菟丝子等以阳中求阴，如果纯属阳衰证则再入几味温润之品，如仙灵脾、补骨脂、肉苁蓉、巴戟天、桂枝等。成为有效的补虚基本方。由于补肾必调阴阳，这比健脾更全面，且可克服补气养血之品炎上和碍胃的两个弊端。故治疗虚证多用补肾为主，为更确切表达，改称“调肾法”为宜，调整肾之阴阳。

2. 实证治疗的6要

实证归纳有淫、痰、饮、湿、滞、瘀、食、虫8端，其治有6要：

①先调中焦：《素问·平人气象论》曰“胃气为本”，脾胃运化至关重要，运化失常，影响消化吸收，百病丛生。脾胃实邪首推痰湿食阻，其治由4法组成：祛痰（莱菔子、竹茹、云苓）；开胃（焦三仙、生内金）；醒脾（木香、砂仁、枳壳、陈皮）；清热（痰湿食阻最易蕴热，投入连翘、公英、黄芩、栀子）。

②给邪出路：使实邪排出体外。出路有4条：通过微汗由肌表出，如用防风、桔梗、蝉衣等，但忌大汗，以防伤心阳和卫气；通过缓泻从腑行出，如用全瓜蒌、草决明、制大黄、白菊花和全当归等。但忌峻下，以防伤正；通过淡渗从溲尿出，如用车前草、泽泻、石韦、生苡仁、白花蛇舌草，尿中排邪量大且安全；通过凉血从营血出，可用生地、丹皮、赤芍、生栀子、桃仁等。

③疏通为先：疏通利于祛邪，其法有4：透窍、闭窍之邪必须透之，用川芎、石菖蒲；理气专通气滞之邪，用柴胡、郁金；活血专疏阻血之邪，用泽兰、王不留行；温通专散寒凝之邪，用桂枝、川椒。

④注意引经：使药到病所，增强祛邪之力。引经别分部与分脏两类。



分部引经：上行者用升麻、桑枝、葛根、羌活、柴胡、蝉衣、菖蒲，用量宜轻；下行者用川牛膝、独活、木瓜、车前草、泽泻、生苡仁，用量宜重。

分脏引经：

入心用川黄连、远志、琥珀、竹叶；

入肝药用川楝子、薄荷、橘核、柴胡；

入脾药用砂仁、干姜、法半夏；

入肺药用桔梗、陈皮、桑白皮；

入肾药用黄柏、肉桂、川牛膝。

⑤重视反佐：祛邪之品常有偏性，反佐者可缓其烈，防止偏差。如用热药时，寒性反佐，选加公英、连翘、栀子、白花蛇舌草、黄柏、苦参；用寒药时，热性反佐，选加肉桂、乌药、干姜、仙灵脾、高良姜。

⑥中病即止：祛邪药久服常易伤正，故应中病即止，防止伤正。其法有3：取效即止，不宜久用长服；投药时避免攻伐太过之品，如半夏、苍术之燥性，附片、肉桂之热性，龙胆草、白头翁之寒性，虫类药之毒性；以和胃收功善后，如保和丸餐后服3g。

3. 虚实夹杂的活治

虚与实是人体正气同病邪对抗消长的病理表现。虚主要是正气虚衰不足，常因素体虚弱或因病致精气内耗，使正气不能与病邪抗争而出现虚的病变，所谓“精气夺则虚”（《素问·通评虚实论》）。

实主要是病邪亢盛而正气未衰，邪正相搏而出现实的病变，所谓“邪气盛则实”（《素问·通评虚实论》）。虚实可以互相转化，正气虚损，功能衰退，常致血、瘀、水、饮、食等互结停滞；病邪久留或攻伐太过，又可损伤正气，由实致虚，都会出现虚实交错的病变。如中老年冠心病患者，虽然心区憋闷作痛，但常伴气短乏力，腰膝酸软的气虚肾亏症状，临证常是气虚血瘀、气虚痰阻或肾亏痰瘀等虚实交错的病变。

虚实夹杂，正虚邪实的病变，除常用的“攻补兼施”，“标



本兼治”的法则外，还应当采用“先祛邪，后扶正，祛邪时防其伤正，扶正时防其恋邪”的原则。

例如：气虚常有停水，此时宜先投五皮饮利水，再用香砂六君补气。利水时免用攻伐的黑白丑、冬葵子、木通等。补气时佐以淡渗的生苡仁、车前草、泽泻、冬瓜皮等。再如，阴虚常兼痰浊，此时宜先投温胆汤祛痰浊，再用六味地黄丸滋阴。祛痰时免用燥湿伤阴的苍术、半夏、寇仁、厚朴等，滋阴时免用滋腻的熟地、玉竹、麦冬、天冬等，再佐醒脾的木香、陈皮、砂仁等。

4. 间治取效

气虚补气，血亏养血，气滞疏肝，血瘀活血，此乃直接治疗。然论治之活，在于间接治疗，常为医者疏忽。间接治疗涉及面广，可以开阔思路，丰富治法而且行之有效。首先可以应用气血阴阳的互相关系实施间治，比如气虚者，依据血为气母的关系在补气药中佐以养血之品当归、生地、阿胶等，其补气之力常可倍增；血亏者，依据气为血帅的关系，在养血药中佐以补气之品生芪、党参、仙鹤草等，其养血之功骤增。壮水制阳，阴中求阳，在温阳药中，佐以滋阴的杞果、女贞子、生地等；益火敛阴，阳中求阴，在滋阴药中佐以温阳的蛇床子、补骨脂、鹿角霜等，其温阳或滋阴之效必将更加明显。还如利用肝脾关系，见肝旺时投扶土药炒白术、云苓、生苡仁、扁豆衣、黄精等扶土以抑木；肝虚时投柔肝药当归、芍药、木香、薄荷、首乌等柔肝以健脾。利用肺合大肠的关系，便秘时投清肺药全瓜蒌、白菊花、炙杷叶、葶苈子、桑白皮等，清肺以润肠；肺阴不足时投通便药草决明、桃仁、莱菔子、制大黄、女贞子等通便以润肺；还可投泻肝药生栀子、黄芩、夏枯草、知母等泻肝以润金；利用心合小肠的关系，心火亢盛时，投利尿药车前草、白花蛇舌草、泽兰等利尿以清心；利用脾肾同本的关系，脾虚时投益火温肾药仙灵脾、生杜仲、肉桂、补骨脂等益火以生土；利用肝肾同源的关系，当肝阴、肝血不足时，投滋肾药杞果、女贞子、生地、黄精、桑椹



等滋肾以柔肝，这些滋肾药还可宁心安神、交通心肾；心血不足，心神不宁时也可配伍；肺气虚时可根据土生金的关系，投补土的党参、白术、云苓、大枣、扁豆等培土以生金。这些间治还可连用，例如治疗肺结核气虚汗多的患者，利用培土生金法，用四君子汤，再利用益火生土法配以金匮肾气汤，比单纯直接治疗投百合固金汤效果会大不一样。

5. 冠心病诊治应当辨证序列

自20世纪70年代开始，医界同仁对冠心病的中医诊治进行了深入的探索，积累了丰富的经验和资料，出现了不少有效的可喜苗头。以冠心病心绞痛为例，采用《金匮要略》的“阳微阴弦”即“本虚标实”来归纳其病机，认为心、脾、肾的功能低下或失调是其本虚的病理基础，气滞、血瘀、痰浊是其标实之因，阻遏胸阳，闭塞心络，痹而致痛。如《素问·痹论》所言“心痹者，脉不通”。基于共识，常以益气养阴，补肾固本，活血化瘀，理气解郁、芳香温通、豁痰逐饮等立法，采用汤剂、颗粒冲剂、片剂、胶囊、口服液、滴丸、喷雾剂、注射针以及外敷膏等多种剂型为治法，取得中医药缓解心绞痛总有效率达80%~95%，心悸等证候总缓解率达85%~95%，硝酸甘油停减率达65%~85%，心电图缺血改善率在40%~60%的疗效水平。中医药还能增强患者体质，提高运动耐力，改善生活质量，改善血液流变性，增强左心室功能，并降低心肌耗氧量。这些研究成果应当重视，并充分加以肯定。

但是，当今冠心病的中医诊治存有3个明显的缺陷：一是临床研究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，证候学的观察缺如或不全，优势被埋没；二是有的产品疗效被广告宣传夸张，缺乏长远性而昙花一现，已严重损害中医药的声誉和科学性，市售的心病中成药不按辨证论治，难以发挥疗效优势，甚至产生副作用；三是没有分阶段、多途径、多剂型、多产品的序列配套，不能形成中医特有的整体治疗方案，有的产品虽然有效，但是药源缺乏或昂贵稀有，难以批量生产和推广应用。



为了扬长补短，20世纪80年代初我们提出“冠心病诊治应当辩证序列”的新观点、新思路，并制订了“辩证序列方药诊治冠心病”的整体方案，方案的构成有3个要素：首先，突出辩证论治原则，并遵循“急则治标，缓则治本”的古训，速效止痛治标，以理气、活血、祛痰为治，分辨寒热，“寒者热之”，“热者寒之”，采用舌下喷雾剂剂型；长效治病图本，以补气养阴为治，分辨气虚阴虚，“虚者补之”，采用口服液剂型。其次，强调疗效，剂型，产品上的序列配套，形成整体治疗。再次，研制的方药要疗效确切，安全稳定，经得起重复验证并能商品化生产和流通。

为实施此方案，经过10余年的团结协作、努力拼搏，我们分别研究了心痛舒喷雾剂和补心气口服液，滋阴阴口服液，均获得卫生部颁发的新药证书和准字号生产批文。分别由广东华南药业和湖北福人药业生产面市，并被收入国家基本药物目录和中药保护品种，补心气口服液和滋阴阴口服液还被列入国家医保目录并先后获得国家中医药管理局全国中医药重大科技进步二等奖。

心痛舒喷雾剂（丹皮为君药），1985年课题攻关，临床验证303例、485例次；1995年报批新药，验证717例，1770例次；止痛率、证候有效率、心电图缺血改善率均相同；补心气口服液（补气祛痰新组方），滋阴阴口服液（养阴化瘀新组方）1988年报批新药临床验证883例，1992年西医院为主扩大验证2612例，1995年考察时效、证效、量效再验证312例，其止痛有效率，证候缓解率、舌脉复常率，硝酸甘油停减率，心电图缺血改善率均相同。

舌下喷雾剂吸收快，用药省，速效止痛，使用方便。长效治病采用口服液剂型，既保留传统煎煮又采用现代提纯相结合，吸收好，适合长期服用治病，选药又普通，药源稳定，价值便宜。全部采用地道药材，组方新颖，跳出传统补气活血框框，补气与祛痰结合（主药生芪薤白），滋阴与化瘀结合（主药麦冬赤芍），大样本，多层次的反复验证，临床疗效相同，重复性强而且辨证，剂型、产品配套，形成中医诊治冠心病的整体方案，使新思路、新方案得以实施，提高了临床



疗效，特具临床价值。

6. 冠心病提倡从痰论治

中医诊治冠心病相当有疗效优势。以往的重点均放在“瘀血”、“气虚血瘀”或寒凝上，而疏忽了“痰浊”。20世纪改革开放以来，随着人们生活水平的提高，工作节奏的加快，饮食结构的改变，脂肪的过量摄入，以及气候环境的恶化与污染，冠心病的中医证候谱发生了重大变化，“瘀血”少了，“痰浊”多了。我们曾做过1260例冠心病证候学的流调，发现“瘀血”证类仅占17%，而“痰浊”证类却占63%，法随证变，冠心病应当提倡从痰论治。

痰浊是冠心病的重要病因。从痰论治冠心病是重要的治法。其文献记载源于《内经》。《素问·至真要大论》提到：“民病饮积心痛”，《灵枢·五味》载有：“心病者，宜食麦、羊肉、杏、薤”。这里的薤指薤白，是一味温通祛痰，治疗冠心病的效药。《金匱要略》专设“痰饮”篇，创建祛痰温通的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤，沿用至今仍具疗效。唐宋时期从痰论治的方剂甚丰，如《千金方》立“前胡汤”治“胸中逆气，心痛彻背”，方中以前胡、半夏、生姜祛痰，配桂心温通，人参扶正。《太平圣惠方》创“胸痹痰逆心膈不利方”，既有瓜蒌薤白半夏汤方意，又增入生姜、枳实温化痰浊之力。进入明清两代，更重视痰浊的病因，而且主张分辨虚实和伍用化痰，如《张氏医通》把“痰积胸痹”分为实痰、虚痰两类，主张“一病两治”。《继自堂医案》认为此病不惟痰浊且有瘀血交阻隔间，当用痰瘀同治法。”

结合现代的病生理观点再来认识痰浊同冠心病发病的密切关联。冠心病常以饮食失节为重要原因，饮食失节主要损伤脾胃健运，从而壅热生痰，另外脾胃乃生痰之源，失健的后果也能聚津生痰，故《金匱要略心典》曰：“阳痹之处，必有痰浊阻其间。”长期的劳逸失度，养尊处优，好逸少动者，可以形成痰浊体质，其血液往往处于“粘浓凝聚”状态。体重超标，血粘和肥胖均是冠心病的易患因素。七情过激也是产生痰浊的主因，这类人群急躁冲



动，喜怒无常，被称作“A型性格”，其冠心病发病率可增加2倍以上。痰浊形成跟季节地域也有关系，长夏主湿，南方多雨，均可滋生痰浊，而冠心病的发病率高龄之一可出现在7、8、9三个月的阴雨多湿季节。再从病理基础来探讨，现代血液生化研究表明：血清甘油三酯、低密度脂蛋白、胆固醇明显增高，高密度脂蛋白降低可造成脂质沉积在血管壁的内膜下，引发冠脉血管内膜的内皮细胞凋亡破环导致内膜增厚硬化，血栓瘀堵，血管内径狭窄，供血不足而引发冠心病，痰浊证类的冠心病患者正符合这种病理改变。

从文献、病因、病理和临床都表明冠心病与痰浊密切相关，提倡从痰论治有根有据，符合证候谱的改变，是提高中医诊治冠心病疗效水平的重要途径。

冠心病有效的祛痰方剂共6首：《金匱要略》的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤和枳实薤白桂枝汤；《伤寒论》的小陷胸汤；《三因极一病证方论》的温胆汤；《太平圣惠方》的瓜蒌枳实半夏汤。

有效祛痰中药共18味：全瓜蒌、薤白、竹茹、天竺黄、枳壳、桔梗、半夏、浙贝、海藻、昆布、莱菔子、石菖蒲、郁金、陈皮、云苓、苍术、泽泻、茵陈。

冠心病从痰论治要抓住“痰浊闭塞”的6个主证：痰膩脉滑，胸闷胀痛，口粘纳呆，头重肢困，形胖痰多，并参考“三高”（高血脂、高血糖、高血压），其中尤以苔膩为重，但见苔膩便是，他证不必悉具。

冠心病从痰论治的主方为温胆汤和三参饮化裁，主药有7味：竹茹、枳壳、云苓、陈皮、党参（血糖高者换人参或太子参）、丹参、苦参。

为提高效应辅3助：一助痰形立法分辨寒热。热痰苔黄痰粘，选加黄连、天竺黄、浙贝；寒痰苔白痰稀，选加桂枝、法半夏、生姜；有形之痰重在消导，选加莱菔子、葶苈子、生山楂、海藻；无形之痰重在透豁，选加石菖蒲、郁金、桔梗、蝉衣。二助根据痰性，伍用3法：气虚必生痰浊，伍补气药，选加仙鹤草、扁豆衣、生黄芪；气滞