

中医防治冠心病

ZHONGYI FANGZHI
GUANXINBING

施晓玲 谷 燕 © 主编



 云南出版集团
 云南科技出版社

中医

防治

冠心病

ISBN 978-7-5587-4900-1




ISBN 978-7-5587-4900-1

定价：58.00元



施晓玲 谷 燕 ©主编

 云南出版集团
YNK 云南科技出版社

· 昆 明 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中医防治冠心病 / 施晓玲, 谷燕主编. -- 昆明:
云南科技出版社, 2023.5
ISBN 978-7-5587-4900-1

I. ①中… II. ①施… ②谷… III. ①冠心病—中医
治疗法 IV. ①R259.414

中国国家版本馆CIP数据核字(2023)第084700号

中医防治冠心病

ZHONGYI FANGZHI GUANXINBING

施晓玲 谷 燕 主编

出版人: 温 翔
策 划: 高 亢 胡凤丽
责任编辑: 唐 慧
封面设计: 长策文化
责任校对: 秦永红
责任印制: 蒋丽芬

书 号: ISBN 978-7-5587-4900-1
印 刷: 昆明木行印刷有限公司
开 本: 787mm × 1092mm 1/16
印 张: 12.5
字 数: 290 千字
版 次: 2023 年 5 月第 1 版
印 次: 2023 年 5 月第 1 次印刷
定 价: 58.00 元

出版发行: 云南出版集团 云南科技出版社
地 址: 昆明市环城西路 609 号
电 话: 0871-64190886

编委名单

主 编：施晓玲 谷 燕

副主编：张天武 危 红 郭建松 黄文艳
黄立罡 倪晋宝 刘殿华 罗松平
杨念航 王晓丽 苏 兰

编 委（按首拼顺序排列）：

董新选 冯志玲 龚晓萍 何珊珊
李建媛 罗媛月 苏其顺 瓦富梅
王 健 王晓娟 夏 娇 向 婷
熊 晏 杨翠红 杨德燕 杨柳青
杨 平 杨正萍 杨忠亚 赵 芳
周海燕 周廷锦

前 言

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指由于冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄、痉挛或阻塞导致心肌缺血、缺氧或坏死而引发的心脏病，简称冠心病，冠心病是常见的心血管系统疾病。随着我国社会经济的快速发展，人们不良的生活习惯，精神压力的加大，饮食结构改变，以及社会老龄化的到来，使冠心病发病率和病死率逐年上升，对人民群众的生命健康危害极大；此外，巨大的医疗负担也在消耗着国家的医疗资源。为此，我们亟需重视冠心病的发生、发展，尽早干预，规范诊疗，全方位、多学科综合治疗冠心病。临床及基础研究表明，采用正确的预防与治疗方法，控制冠心病患者的危险因素，可以在一定程度上限制病情发展，减少心血管事件的发生，显著改善患者预后及生存质量，极大降低冠心病所带来的死亡风险与经济负担。

中医药学历史悠久，学术理论扎实丰富，有着几千年的临床实践经验，积累了有效方药、治疗手段、名医名家理论经验，中医药治疗冠心病具有较好的临床疗效，众多老中医药专家、名中医都有自己鲜明的学术观点、独到的见解、丰富的辨治经验。不论是治疗康复，还是预防保健均涵盖。近年来，中医药在防治冠心病领域的诸多研究，取得了有目共睹的成效，值得我辈归纳总结、推广使用。

参与本书编著的作者都是临床一线工作者，他们拥有扎实的理论和丰富的临床经验。本书以临床实用、弘扬中医药特色治疗方法、与近代研究成果为核心为编写目标，详细论述了多位中医学大家的学术观点、防治方法、临床经验，并结合了现代循证医学与科研结果。本书可供中西、西医、中西医结合心血管科与内科医师临证参考。

本书的编写参考了诸多冠心病有关著作及临床研究报告，未能逐一列举相关文献，特此致谢。

受限于本书作者的学术水平有限、知识认知的不足、撰写能力的局限，书中难免存在错误、知识陈旧、视野狭隘，恳请读者谅解，欢迎读者斧正。

编者



目录

第一章 概论 / 1

第一节 概述 / 1

- 一、冠心病的定义 / 1
- 二、流行病学 / 1
- 三、临床类型 / 2
- 四、预后 / 3

第二节 临床特征 / 4

- 一、慢性心肌缺血综合征 / 4
- 二、急性冠脉综合征 / 5

第二章 西医认识 / 7

第一节 总论 / 7

第二节 病理解剖和病理生理 / 8

第三节 危险因素 / 9

- 一、血脂异常 / 9
- 二、高血压 / 11
- 三、吸烟 / 11
- 四、糖尿病 / 12
- 五、缺少体力活动 / 12
- 六、肥胖 / 12
- 七、不可调整的易患因素 / 12
- 八、其他易患因素 / 13

第四节 发病机制 / 13

第五节 诊断要点 / 15

- 一、临床表现 / 15
- 二、辅助检查 / 15

第六节 临床分型 / 16

- 一、慢性心肌缺血综合征 / 16
- 二、急性冠脉综合征 / 21

三、冠心病猝死 / 27

第七节 常用治疗方法 / 27

一、稳定型心绞痛 / 27

二、不稳定型心绞痛 (UAP) / 29

三、ST 段抬高心肌梗死 (STEMI) / 31

四、非 ST 段抬高心肌梗死 (NSTEMI) / 37

五、缺血性心肌病 / 38

六、无症状性心肌缺血 (隐匿型冠状动脉粥样硬化性心脏病) / 39

七、冠心病猝死 / 39

第三章 冠心病中医特色治疗 / 41

第一节 中医认识 / 41

一、古典医籍中对冠心病的有关认识 / 41

二、中医学对冠心病与五脏关系的认识 / 42

三、中医学对冠心病病因的认识 / 43

四、中医学对冠心病病机的认识 / 45

五、中医学对冠心病辨证分型的认识 / 48

六、中医学对冠心病预后转归的认识 / 50

七、中医学对冠心病预防的认识 / 51

第二节 中医治疗难点分析 / 53

一、中医治疗冠心病的优势 / 53

二、中医治疗冠心病的不足之处 / 55

三、中医治疗冠心病的难点分析 / 56

四、中医药治疗冠心病的未来展望 / 57

第三节 中医常用治法评述 / 58

一、中医治疗冠心病的思路选择 / 58

二、中医治疗冠心病的常用治法总结 / 60

第四节 中医特色治法评述 / 67

一、外治疗法 / 67

二、保健疗法 / 81

三、膏方 / 84

四、其他治法 / 86

第五节 古代名方评述 / 91

一、常用古代名方介绍 / 91

二、常用古代名方运用 / 96

第六节 常用中药评述 / 97

一、常用中药的种类 / 97

- 二、常用中药的药理归类 / 98
- 三、常用单味中药 / 98
- 四、常用中药复方 / 101
- 五、评述 / 102
- 第七节 常用中成药、中药注射剂评述 / 102
 - 一、稳定型心绞痛 / 103
 - 二、不稳定型心绞痛 / 107
 - 三、急性心肌梗死 / 109
 - 四、冠心病心力衰竭 / 111

第四章 当代名、老中医学学术观点与辨治经验 / 114

- 第一节 周仲瑛学术观点与辨治经验 / 114
- 第二节 颜德馨学术观点与辨治经验 / 115
 - 一、病因病机的认识 / 115
 - 二、本虚标实，治宜益气活血 / 115
 - 三、运用“衡法”治疗冠心病心力衰竭经验 / 116
 - 四、运用膏方经验 / 116
- 第三节 曹洪欣学术观点与辨治经验 / 117
 - 一、温阳益心，活血化瘀 / 117
 - 二、滋阴降火，养心安神 / 118
 - 三、健脾养心，益气安神 / 118
 - 四、疏肝理气，宣痹止痛 / 119
 - 五、活血化瘀，通痹止痛 / 120
 - 六、化痰益心，理气宣痹 / 120
 - 七、清热化痰，宽胸散结 / 121
 - 八、结语 / 121
- 第四节 张学文学术观点与辨治经验 / 122
 - 一、发作期：责之痰瘀、妙用活血 / 122
 - 二、稳定期：调理情志、重在治本 / 123
- 第五节 王永炎学术观点与辨治经验 / 123
- 第六节 陈可冀学术观点与辨治经验 / 124
 - 一、补肾活血治疗中老年人冠心病应受重视 / 125
 - 二、化痰活血为冠心病最为普遍的治标之法 / 125
 - 三、温通活血对阳虚寒凝冠心病心绞痛的增效作用 / 126
 - 四、熄风活血为冠状动脉痉挛性心绞痛的有效治法 / 126
 - 五、三通两补法治疗心绞痛经验 / 126

- 六、祛浊利湿与活血化痰并重治疗心肌梗死经验 / 127
- 七、分型辨治冠心病心力衰竭经验 / 127
- 第七节 邓铁涛学术观点与辨治经验 / 128
 - 一、倡导从心脾入手治疗 / 128
 - 二、主张标本、阴阳分治冠心病心力衰竭 / 128
- 第八节 谢英彪应用药膳辨治经验 / 129
 - 一、心阳不足型 / 129
 - 二、气滞血瘀型 / 138
 - 三、痰瘀阻络型 / 150
 - 四、气阴两虚型 / 155
 - 五、阴虚阳亢型 / 165
- 第九节 顾宁学术观点与辨治经验 / 173
 - 一、从气虚血瘀论治冠心病学术观点 / 173
 - 二、创宁心痛颗粒方治疗冠心病不稳定型心绞痛经验 / 175
- 第十节 名医辨治经验荟萃 / 177
 - 一、黄春林主张辨病与辨证相结合 / 177
 - 二、施今墨阴虚立论治疗经验 / 177
 - 三、孟百三治疗气阴两虚胸痹经验 / 177
 - 四、奚凤霖主张心胃同治 / 177
 - 五、张问渠重视通腑治疗 / 178
 - 六、廖家楨分期治疗心肌梗死 / 178
 - 七、柯雪帆冠心通痹汤治疗经验 / 179
 - 八、赵锡武治水三法 / 179
 - 九、陈苏生侧重治气经验 / 179
 - 十、林钟香运用膏方经验 / 180

第五章 经验与体会 / 181

- 第一节 冠心病与胸痹目关及“阳微明弦”病机认识 / 181
- 第二节 益气活血法治疗冠心病心绞痛研究思路探析 / 183
 - 一、中医的病因病机 / 183
 - 二、宁心痛颗粒药物成分 / 184
 - 三、中医药治疗冠心病的多途径作用 / 184
 - 四、宁心痛颗粒的前期研究 / 184
 - 五、未来研究展望 / 185
- 第三节 冠心 V 号合剂干预急性心肌梗死后心室重构 I 作用的理论探讨 / 186

参考文献 / 192

第一章 概论

第一节 概述

一、冠心病的定义

冠状动脉粥样硬化性心脏病（coronary atherosclerotic heart disease）是指由于冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄、痉挛或阻塞，导致心肌缺血、缺氧或坏死而引发的心脏病，统称为冠状动脉性心脏病或冠状动脉疾病，简称冠心病，是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（coronary heart disease, CHD），含义广泛，除冠状动脉粥样硬化外，可以导致心肌缺血、缺氧的冠状动脉病变还有炎症（风湿性、梅毒性、川崎病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。“冠状动脉性心脏病或冠心病”一词事实上应包括所有这些情况所引起的心脏病变，但由于绝大多数（95%~99%）由冠状动脉粥样硬化引起，因此，临床上常用冠状动脉粥样硬化性心脏病来代替冠状动脉性心脏病，即本书所指的冠心病。

二、流行病学

冠心病多发生于40岁以上，男性多于女性，且以脑力劳动者居多，是西方发达国家的流行病，其年死亡数可占到总死亡数的1/3左右。但由于加强对本病二级的预防和采取有效的干预措施，1968年后冠心病病死率开始下降，1976—1985年下降了48%。

我国冠心病发病率和病死率近40年来有升高的趋势。据1976年我国12个城市的统计，本病病死率为29.6/10万人，其中北京、天津两个直辖市最高。据我国卫生部（现卫计委）全国统计年报资料显示，1984—1988年，我国城市冠心病病死率升高13.5%，为41.88/10万人；农村升高22.8%，为19.17/10万人。1996年，城市冠心病病死率为64.25/10万人，在8年内升高53.4%；农村为26.92/10万人，升高40.4%。2000年，城市冠心病病死率为71.3/10万人，农村为31.6/10万人，仍在继续升高。我国冠心病患病率城市高于农村，但病死率农村高于城市。

此外，自2005年始，急性心肌梗死病死率呈快速上升趋势，农村超出城市，而且当前STEMI与NSTEMI比例也有变化（见图1.1）。

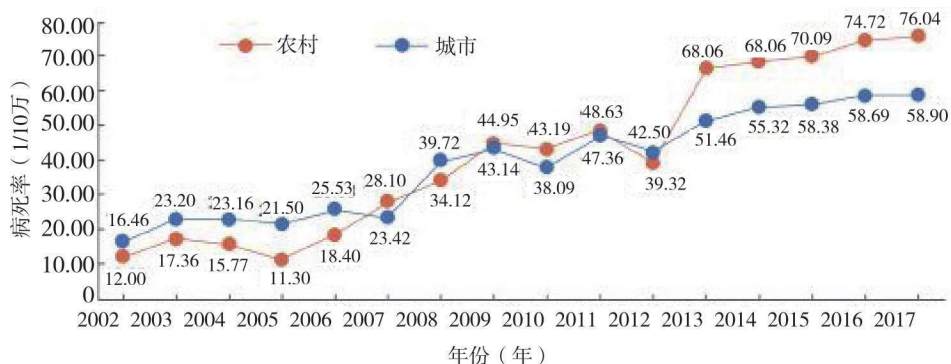


图 1.1 2002—2017年中国城乡居民急性心肌梗死病死率变化趋势

一项对北京地区77943例心梗住院患者的研究显示，2007—2012年，STEMI年龄标准化住院率略有下降，而NSTEMI住院率增加了3倍。其中，女性NSTEMI比例超出STEMI。

2001年以来，我国STEMI患者急诊PCI明显增多，溶栓下降，但总再灌注治疗率未提高。其他指南推荐药物使用率增加，院内病死率有下降趋势。

居民对心梗认知还有待提高，China PEACE研究显示，仅43.0%的患者认为胸痛或胸部不适与心脏相关。而持续性胸痛及大汗是我国心梗患者最典型的临床表现。

缩短诊疗时间也很重要。CAMI注册研究显示，接受急诊介入治疗的STEMI患者从症状发作到介入治疗的平均时间为5.5h，明显长于其他国家。

此外该研究还显示，仅13.1%的STEMI患者到院至溶栓时间满足指南建议的 $\leq 30\text{min}$ 的要求；仅32.6%的STEMI患者满足指南建议的入院至球囊扩张时间 $\leq 90\text{min}$ 的要求。

心梗患者出院生活方式管理也是个问题。一项对2001—2011年1.6万余份心梗病历分析的结果显示，大多数出院患者未收到饮食、运动、控制体重、定期复查血脂及戒烟的五项建议。

住院花费方面，据2010—2014年我国基本医疗保险参保住院患者抽样数据库显示，我国城镇急性心肌梗死患者的中位住院费用为3.1万元，住院时间为9d。

其中，接受冠状动脉介入治疗患者的中位住院费用为5.2万元，明显高于接受溶栓治疗（2.0万元）和保守治疗（1.3万元）的患者。

三、临床类型

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，1979年，世界卫生组织（WHO）将本病分为：①隐匿型或无症状性心肌缺血；②心绞痛；③心肌梗死；④缺血性心肌病；⑤猝死。近年来，为适应冠心病诊疗理念的不断更新和便于治疗策略的制定，临床上提出了两种综合症的分类。

1. 慢性心肌缺血综合征 (chronic myocardial is chemia syndrome)

又被称为稳定性冠心病, 包括隐匿型冠心病 (occult coronary heart disease)、稳定型心绞痛 (stable angina pectoris) 和缺血性心肌病 (ischemic cardiomyopathy) 等。

2. 急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome)

包括非ST段抬高ACS和ST段抬高型ACS两大类。前者包括不稳定型心绞痛 (unstable angina, UA)、非ST段抬高型心肌梗死 (non-ST-segment elevation myocardial pectoris infarction, NSTEMI), 后者主要是ST段抬高心肌梗死 (ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI)。

四、预后

1. 稳定型心绞痛

经治疗后症状可缓解或消失, 充分的侧支循环建立后可长时间不发作疼痛。决定预后的主要因素为冠状动脉病变范围和心功能。左冠状动脉主干病变最为严重, 左主干狭窄患者第一年的生存率为70%, 三支血管病变及心功能减退的患者 (LVEFv25%) 的生存率与左主干狭窄相同。

2. 隐匿型冠心病

预后与冠心病病变的范围、程度相关, 而与有无症状无关。

3. 缺血性心肌病

预后不佳, 5年病死率为50%~84%, 心脏明显扩大, 特别是进行性心脏增大, 严重心律失常和射血分数明显降低为预后不佳的预测因素。死亡原因主要是进行性充血性心力衰竭、心肌梗死和严重心律失常。

4. 不稳定型心绞痛

约30%的患者在发病3个月内发生心肌梗死, 猝死较少见, 其近期病死率低于NSTEMI或STEMI。但UAP或NSTEMI的远期病死率和非致死性事件的发生率高于STEMI, 这可能与其冠状动脉病变更严重有关。

5. STEMI 的预后与患者的临床状况密切相关

高龄、Killip分级II~IV级、既往心肌梗死史、心房颤动、前壁心肌梗死、肺部啰音、收缩压<100mmHg、心率>100次/分、糖尿病、cTnI明显升高、合并机械性并发症等是STEMI患者死亡风险增加的独立危险因素。溶栓治疗失败、伴有右室梗死和血流动力学异常的下壁STEMI患者病死率增高。STEMI再灌注治疗后梗死相关冠状动脉再通与否是影响MI急性期良好预后和长期预后的重要独立因素。

第二节 临床特征

一、慢性心肌缺血综合征

慢性心肌缺血综合征最具代表性的病种，是稳定型心绞痛。心绞痛（angina pectoris）是由于冠状动脉供血不足，心肌急剧地、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。

心绞痛可分为若干类型。目前多采用WHO分型和Braunwald分型。前者是按心绞痛的发作性质进行分型，后者则是按心绞痛的发作状况进行分型，分型是为了便于理解心绞痛的不同发病机制以指导治疗和方便临床使用。

（一）WHO 心绞痛分型

1. 劳力性心绞痛（exertional angina pectoris）

它是由运动或其他心肌需氧量增加情况所诱发的心绞痛。包括三种类型：①稳定型劳力性心绞痛；②初发型劳力性心绞痛；③恶化型劳力性心绞痛。

2. 自发性心绞痛（spontaneous angina pectoris）

与劳力性相比，疼痛持续时间一般较长，程度较重，且不易为硝酸甘油所缓解。包括四种类型：①卧位型心绞痛；②变异型心绞痛；③中间综合征；④梗死后心绞痛。

3. 混合性心绞痛（mixed angina pectoris）

劳力性和自发性心绞痛同时并存。

（二）Braunwald 心绞痛分型

心绞痛可分为：①稳定型心绞痛（stable angina pectoris, SAP）；②不稳定型心绞痛（Unstable Angina, UA）；③变异型心绞痛（variant angina pectoris）。

这三种分型表面上看是有区别的，但实际上又是相容的。WHO分型中除稳定型劳力性心绞痛外均为不稳定型心绞痛，此广义不稳定型心绞痛即为Braunwald分型不稳定型心绞痛。

1. 稳定型心绞痛

即稳定型劳力性心绞痛，亦称普通型心绞痛，是最常见的心绞痛。这是指由心肌缺血、缺氧引起的典型心绞痛发作，其临床表现在1~3个月内相对稳定，即每日和每周疼痛发作次数大致相同，诱发疼痛的劳力和情绪激动程度相同，每次发作疼痛的性质和疼痛部位无改变，疼痛时限相仿，用硝酸甘油后也在相近时间内发生疗效。其临床表现：典型稳定型心绞痛发作是劳力时突然发生的位于胸骨体上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，亦可能波及大部分心前区，可放射至左肩、左上肢前内侧，达环指和小指，范围有手掌大小，偶可伴有濒死的恐惧感觉，严重者还可出汗，往往迫使患者立即停止活动直至症状缓解。疼痛历时1~5min，很少超过15min；

休息或含用硝酸甘油片，症状在1~2min内（很少超过5min）消失。常在身体劳累、情绪激动、受寒、饱食、吸烟时发生，贫血、心动过速或休克亦可诱发。不典型的心绞痛，疼痛可位于胸骨下段、左心前区或上腹部，放射至颈、下颌、左肩胛部或右前胸，疼痛可很轻或仅有左前胸不适或发闷感。

心绞痛没有特异的体征，发作时，患者可表情焦虑，皮肤苍白、发冷或出汗，血压可略增高或降低，心率以增快居多，可闻及第三心音或第四心音，心尖区可有收缩期杂音（二尖瓣乳头肌功能失调所致）等。

根据诱发心绞痛的体力活动量，加拿大心血管病学会（CCS）将劳力性心绞痛的严重程度分为四级：①Ⅰ级：日常活动时无症状。较日常活动重的体力活动，如平地小跑步、快速或持重物上三楼、上陡坡等引起心绞痛。②Ⅱ级：日常活动稍受限制。一般体力活动，如常速步行1.5~2km、上三楼、上坡等即引起心绞痛。③Ⅲ级：日常活动明显受限。较日常活动轻的体力活动，如常速步行0.5~1km、上二楼、上小坡等即引起心绞痛。④Ⅳ级：轻微体力活动（如在室内缓行）即引起心绞痛，严重者休息时亦发生心绞痛。

2. 隐匿型冠状动脉粥样硬化性心脏病

隐匿型冠心病（latent coronary heart disease）是无临床症状，但有心肌缺血客观证据（心电活动、心肌血流灌注及心肌代谢等异常）的冠心病，亦称无症状性冠心病。其心肌缺血的心电图表现可见于静息时，或在增加心脏负荷时才出现，常为动态心电图记录所发现，又被称为无症状性心肌缺血（symptomless myocardial ischemia, SMI）。这些患者经过冠状动脉造影或尸检，几乎均证实冠状动脉有明显狭窄病变。本病有3种临床类型：①完全的SMI即既往无冠心病病史，也无冠心病症状，但存在无症状心肌缺血；②心肌梗死后仍有SMI发作；③心绞痛患者伴发SMI，此类患者临床最多见。

3. 缺血性心肌病

缺血性心肌病（ischemic cardiomyopathy, ICM）属于冠心病的一种特殊类型或晚期阶段，是指由于长期心肌缺血导致心肌局限性或弥漫性纤维化，从而产生心脏收缩和（或）舒张功能受损，引起心脏扩大或僵硬、充血性心力衰竭、心律失常等一系列临床表现的综合征，其临床表现与特发性扩张型心肌病相似。

二、急性冠脉综合征

急性冠脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）指冠心病中急性发作的临床类型，包括ST段抬高心肌梗死、非ST段抬高心肌梗死和不稳定型心绞痛。

1. 不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死（NSTEMI）

不稳定型心绞痛（Unstable Angina, UA）指介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的临床状态，包括除稳定型劳力性心绞痛外的初发型、恶化型劳力性心绞痛和各型自发性心绞痛，它是在粥样硬化病变的基础上，发生了冠状动脉内膜下出血、斑块破裂、破损处血小板与纤维蛋白凝集形成血栓、冠状动脉痉挛以及远端小血管栓塞引起的急性或亚急性心肌供氧减少所致，是ACS中的常见类型。若UA伴有血清心肌坏死标

志物明显升高，则为非ST段抬高心肌梗死（NSTEMI）。

NSTEMI的临床表现一般具有以下三个特征：①静息时或夜间发生心绞痛持续20min以上。②新近发生的心绞痛（病程在2个月内）且程度严重。③近期心绞痛逐渐加重（包括发作的频率、持续时间、严重程度和疼痛放射到新的部位）。发作时可有出汗、皮肤苍白、湿冷、恶心、呕吐、心动过速、呼吸困难、出现第三或第四心音等表现。而原来可以缓解心绞痛的措施此时变得无效或不完全有效。

2. ST 段抬高心肌梗死（STEMI）

心肌梗死是在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久的急性缺血所致的部分心肌急性坏死。临床表现主要为胸痛，急性循环功能障碍，反映心肌急性缺血、损伤和坏死的一系列特征性心电图演变以及血清心肌酶和心肌肌钙蛋白的变化。

第二章 西医认识

第一节 总论

冠状动脉粥样硬化性心脏病（coronary atherosclerotic heart disease, CHD）简称冠状动脉性心脏病或冠心病（coronary heart disease, CHD），有时又被称为缺血性心脏病（ischemic heart disease, IHD）或冠状动脉病（coronary artery disease, CAD）。指由于冠状动脉粥样硬化使血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下降病变的最常见类型。由于具有共同的病理生理机制，均为冠状动脉疾病导致心肌缺血缺氧，近年又将冠状动脉微血管功能障碍或者冠状动脉痉挛也纳入冠心病的范畴，被称为非阻塞性冠心病（non-obstructive coronary artery disease），事实上这两种情况可和冠状动脉粥样硬化病变并存于同一患者。

除冠状动脉粥样硬化外，可以导致心肌缺血、缺氧的冠状动脉病变还有炎症（风湿性、梅毒性、川崎病和血管闭塞性脉管炎等）、痉挛、栓塞、自发性夹层、结缔组织疾病、创伤和先天性畸形等多种。但由于绝大多数（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，且被普遍使用。本书所指的是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。

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。20世纪80年代以来，在流行病学研究中，急性冠心病事件的诊断标准均以世界卫生组织（WHO）的MONICA方案为依据进行诊断，以急性心肌梗死和冠心病猝死计算冠状动脉事件的发病率，以急性心肌梗死、冠心病猝死和慢性冠心病死亡计算冠心病的病死率。由于冠心病的发病与社会经济和地理环境有关，因此世界各国冠心病的发病率存在明显差异。1999年，WHO的MONICA研究报告显示，世界各国10年平均冠心病事件的发生率，男性最高的为芬兰（835/1万人），最低的中国（81/1万人）；女性最高的为英国（265/1万人），最低的为西班牙（35/1万人），但在发展中国家冠心病的发病呈下降趋势。

冠心病是西方发达国家的主要死因，其年死亡数可占到总死亡数的1/3左右。但由于加强对本病二级的预防，2013年《柳叶刀》研究数据显示，1990年全球与中国冠心病病死率分别为131.3/10万人与55.7/10万人；2010年由于干预措施得力，冠心病病死率自1968年后首次出现下降，为105.7/10万人与70.1/10万人，20年间全球冠心病病死率下