

# 痰瘀论治冠心病

罗智博<sup>1</sup>, 杨关林<sup>2</sup>, 陈旭<sup>2</sup>, 李思琦<sup>2</sup>

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳, 110032; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**痰浊、瘀血均为人体的病理产物, 近年来关于二者关系很多医家都予以阐述。通过痰瘀理论以论痰瘀与冠心病关系, 主要包括以下几个方面: 理论发展、基础研究、西医进展、辨证要点、治疗原则、治疗方药等几方面进行阐述。

**关键词:**痰瘀同源; 痰瘀辨证; 痰瘀同治; 冠心病

**中图分类号:** R541.4

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2009)04-0710-04

## Treated Coronary Heart Disease on Phlegm and Blood Stasis Theory

LUO Zhibo<sup>1</sup>, YANG Guanlin<sup>2</sup>, CHEN Xu<sup>2</sup>, LISIqi<sup>2</sup>

(1. Liaoning University of TCM, Shenyang 110032 Liaoning China)

(2. Affiliated Hospital of Liaoning University of TCM, Shenyang 110032 Liaoning China)

**Abstract** Pathological product of the human body, phlegm and blood stasis has been elaborated by a lot of doctors in recent years. Through the phlegm and blood stasis theory, discusses the relationship between phlegm and blood stasis and coronary heart disease. It is mainly about six aspects: theoretical development, basic research, western medicine progress, main symptoms of syndrome, treatment principle and treatment medicine and formula.

**Key words** phlegm and blood stasis; treatment according to syndrome differentiation; coronary heart disease

根据多年临床经验和资料总结, 笔者认为中医关于痰瘀导致冠心病的认识及发展大致可分为 3 期即: 萌芽期、发展期、成熟期。

### 1 论痰瘀导致冠心病理论的形成与发展

#### 1.1 萌芽期

以《内经》和《金匱要略》为代表, 其根源最早见于《内经》。《灵枢·百病始生》“若内伤于忧怒, 则气上逆, 气上逆则输不通, 湿气不行, 凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 著而不去, 而积皆成矣。”《灵枢·经脉》“手少阴气绝则脉不通, 脉不通则血不流”; 《灵枢·百病始生》“血蕴里而不散, 津液涩渗, 著而不去而成积”——体现痰瘀相因。在《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》中提到“阳微阴弦”是胸痹的主要病机, 制定了辛温通阳、豁痰宽胸、开痹散结的治疗大法, 并创制了迄今仍是临床治疗胸痹的主要代表方剂——栝蒌薤白半夏汤。当时理论研究尚未成熟, 但临床上用栝蒌薤白白酒汤治疗胸痹心痛, 其方沿用至今经久不衰, 确切而有效的应用为许多后世医家提出痰瘀相关理论以启迪, 并引以为鉴。

#### 1.2 发展期

以《丹溪心法》为代表, 书中指出: “痰挟瘀血遂成窠囊”。明代秦景明《证因脉治》云: “心痹之因……痰凝血

滞”。清代龚信《古今医鉴》云: “心痹痛者……素有顽痰死血”。这一时期关于痰瘀理论的基础研究以取得一定进展, 很多古代医家认为痰浊是水液代谢失调的病理产物; 瘀血是血液代谢失调的病理产物。两者虽然是不同的病理产物, 但源同而流异, 都是人体血运失常的病理反映<sup>[1]</sup>。并且提出在胸痹的发生、发展中二者联系紧密, 可见痰、瘀两者既是病理产物又是病理因素且互为因果。如清·曹仁伯就采用了痰瘀同治之法来治疗胸痹, 他在《继志堂医案》中直接提出: “胸膈彻背, 是名胸痹, 此痛不唯痰浊, 且有瘀血交阻膈, 方用瓜蒌、薤白、桃仁、红花。”笔者从医数年亦认为豁痰与化瘀同时应用治疗冠心病往往收效显著。

#### 1.3 成熟期

随着现代医学的飞速发展, 尤其在病理、生理等方面的研究逐步深入, 中医“痰”、“瘀”理论日臻成熟, 可以说此期为成熟期。这一时期在病因、病机、病理性质、临床分型、治疗等多方面均有阐述。如邓铁涛<sup>[2]</sup>认为痰是瘀的初期阶段, 瘀系痰浊的进一步发展, 并提出了“痰瘀相关”理论用以指导临床。今人已从临床到实验证实中医所讲之无形之痰证、瘀证, 与高脂、高黏滞血症有极相似之处。联系到胆固醇在血管壁内膜下沉积, 可相当于中医“痰”的病证; 心脏动脉粥样硬化斑块发展, 血流缓慢, 进而阻滞, 即产生中医所谓“瘀”。胆固醇与动脉粥样硬化斑块形成相当于中医痰瘀相关, 然而这些问题有待于进一步研究。现代名医董建华院士认为胸痹的基本病机是“胸阳不振阴邪上承或痰浊闭阻导致气血运行不畅”。有理由认为沉积在血管中

收稿日期: 2008-11-17

作者简介: 罗智博(1967-), 男(满族), 辽宁铁岭人, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中西医结合治疗心血管病。

的脂类,就是中医的无形之痰,而其进一步发展的高黏滞血症、微循环障碍,即中医之“痰阻血瘀”证,均会促进心绞痛、心肌梗死的形成。临床实践证明采用化痰祛瘀的方法有很好的降脂抗黏,防治心绞痛发作的作用。

## 2 从基础研究进展论痰瘀理论与冠心病相关

### 2.1 中医论痰瘀理论与冠心病

现代生活方式的改变在一定程度上加剧了胸痹的发生与发展,虽然现代医学能及时而有效取得一定疗效,但往往致残率却相当高;同时有相当多患者生活质量并未提高。这要求从多方面考虑,社会经济,社会心理都起到了举足轻重的地位。笔者认为应从以下几点加以注意。

(1) 饮食失调,高脂高钠饮食加剧,肥胖者、血压增高者广泛,过食肥甘厚味,嗜好烟酒,以致脾胃损伤,运化失健,聚湿成痰,痰瘀聚积,痰浊留恋日久,痰阻血瘀,脉络痹阻,而心脉不通。

(2) 情志失节,现代生活节奏的加快,工作压力大,各种社会因素导致精神紧张。忧思伤脾,健运失职,津液不输,聚而成痰;郁而伤肝,肝失疏泄,郁而化火,灼津成痰。进一步导致血行不畅,致痰瘀交阻,心脉闭塞不通。

(3) 再者人过中年,肾气自半,精血渐衰。机体代谢失调,津液不化,生为痰浊,因痰致瘀,痰瘀相因。正如岳美中老先生说:“年高者,代谢失调。血行缓慢瘀滞,易成痰浊、血瘀”。

近 30 年发展以来,结合现代医学对冠心病生理、病理的认识,认为本病的发生与痰瘀至为密切,在病机方面强调痰瘀证的作用,在临床治疗方面化痰法、活血化瘀法在冠心病的治疗上取得了较好效果,但还有很多不尽人意之处。从不同的角度论述了痰瘀相关是冠心病主要病机的思想,对指导冠心病的治疗有着重要的现实意义。本病病位在心,与肝、脾、肺关系密切。肝主疏泄,疏泄不利,则气血津液流通障碍,生痰饮瘀血;肺主宣降,脾主健运,若肺气不能宣布津液,脾虚不能健运水谷,致使痰浊内生,痰浊滞于血脉,阻碍营血流通。冠心病的病理特征为脏腑虚损,功能失调,形成气滞、血瘀、痰浊本虚标实之征。气滞、血瘀、痰浊是冠心病的主要病邪,三者之间常互为因果,交互为病,而这三者的产生均与脏腑虚损、功能失调有关。

笔者发现在病机方面:痰浊血瘀、闭阻心脉是冠心病的主要病机。心绞痛的辨证治疗中:痰瘀互结型心绞痛占 3 主要部分,而其他类型次之。并且曹洪新<sup>[3]</sup>通过大量的临床观察得到痰瘀互结者占 2/3。其认为冠心病的病机为本虚标实,本虚以心阳虚为主;标实除血瘀、痰浊、气滞外、痰瘀互结也与冠心病直接相关。在病理因素方面:由上所述可见痰瘀是主要的病理因素,二者相互影响,互为因果,最终导致恶性循环。徐尧军<sup>[4]</sup>认为气滞血瘀为“因痰致瘀”;血瘀日久,气机不畅,津液不得并行可化生痰浊为“瘀久化痰”。故常以痰瘀并存,痰瘀互结,痰阻血瘀证型出现;李洁<sup>[5]</sup>从精血同源,痰瘀相关的传统理论为据,论证了痰瘀互生既是病理产物,又是致病因素,始终贯穿于冠心病的整个发展过程。

### 2.2 西医研究论痰瘀理论与冠心病

#### 2.2.1 血脂改变及血液流变学 随着中医基础研究不断

发展,对痰瘀辨证的客观基础研究不断深入,相关研究表明,冠心病痰瘀证与血管活性物质的释放、心血管组织分泌的激素、某些组织细胞活动时释放的血管活性物质相关。这些物质可调节影响局部或全身的血液循环,在冠心病发生、发展中起着重要作用,冠心病血瘀证和痰证病人血流变改变。共同特点即全血黏度增高、血浆比黏度增高、红细胞聚集性增强、血沉加快,血液处于“黏、聚”状态<sup>[6]</sup>。

(1) 自由基损伤会导致高脂血症,而高脂血症又能形成典型的痰证。自由基选择性地抑制血管前列腺素合成酶,激活血小板环氧化酶,TXA<sub>2</sub> 合成增强,PGI<sub>2</sub> 生成减少。故血中 PGI<sub>2</sub> - TXA<sub>2</sub> 的改变,在痰证和瘀证中相似<sup>[7]</sup>。自由基损伤又是瘀血产生的缘由之一,自由基致脂质氧化引起类似中医之痰浊内生,痰浊沉积,阻滞经脉,进一步导致致血瘀,血瘀反作用又会致痰浊生成,如此相因,恶性循环成为冠心病发病的重要病机。

(2) 血脂的改变与痰证密切相关,总胆固醇、低密度脂蛋白增高,高密度脂蛋白降低,上述 3 点是痰瘀型冠心病患者的主要表现;同时痰瘀证又是以血浆成分增多、血细胞成分增高、高脂蛋白血症为主要特点。通过实验结果表明,痰瘀型血脂异常最为明显,表现为总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)以及它们之间的比例 DC - C / HDL - C、TC - HDL - C / HDL - C 最高,而 HDL - C 则最低<sup>[8]</sup>。对确诊冠心病老年患者(行冠脉造影术)进行痰瘀辨证。检测血清脂蛋白谱和血清总胆固醇含量血瘀型、痰瘀型、气滞血瘀型显著多于无夹证型和痰浊型。SLPG 异常指数顺序是痰瘀型 > 气滞血瘀型 > 血瘀型 > 痰浊型 > 无夹证型<sup>[9]</sup>。

(3) 冠状动脉粥样硬化与痰瘀辨证。笔者发现痰瘀证冠心病患者其病情程度与冠状动脉硬化程度呈正相关,冠状动脉粥样硬化相当于中医之痰证,痰浊闭阻,瘀血阻滞,痰重则瘀重,瘀重则痰重,即狭窄程度越重痰瘀证越重。例如将心绞痛确诊的患者与冠心病及心绞痛阴性者对比,测 CA G 检查前血 h sCRP、DD、F<sub>h</sub> Lp(a) 水平,应用 CA G 的 Gen sin i 积分方法评价。CHD 患者经中医痰瘀辨证后分为非痰非瘀、痰凝心脉、痰瘀痹阻证,分析与 h sCRP、DD、F<sub>h</sub> Lp(a) 水平及 Gen sin i 积分的相关性。结果阳性者 h sCRP、DD 指标水平均显著高于 CA G 检查阴性者而 F<sub>h</sub> Lp(a) 水平与 CA G 检查阴性者无显著差异。血 h sCRP、DD、F<sub>h</sub> Lp(a) 水平从非痰非瘀、痰凝心脉到痰瘀痹阻证逐渐增高,Gen sin i 积分亦逐渐增高。可知血 h sCRP、DD、F<sub>h</sub> Lp(a) 水平可为冠心病痰瘀辨证分型提供依据,冠心病痰瘀辨证分型严重程度也与冠脉狭窄程度和病变支数呈正相关<sup>[10]</sup>。

(4) 临床流行病学调查方法观察冠心病患者的中医证型分布。冠心病痰瘀辨证与血糖、胰岛素、血脂、血液流变学指标的相关性。结果发现血脂异常是痰凝心脉证的物质基础,血液流变学指标异常是痰瘀痹阻证的物质基础,胰岛素抵抗存在于冠心病的各证型,且按非痰非瘀证→痰凝心脉证→痰瘀痹阻证的顺序有逐渐加重的趋势<sup>[11]</sup>。

2.2.2 心脏构型改变 通过冠脉造影对比发现,痰瘀互结型比气虚型、血瘀型的冠脉病变程度重,多表现为多支、重度狭窄以及 LEVF 异常,并伴有心肌梗死<sup>[12]</sup>。通过超声

心动图观察到, 痰瘀交阻型冠心病的心脏左房和左室的内径、EPSS(二尖瓣前叶至室间隔距离)可能轻度扩大, 室隔或左室后壁运动障碍, 较气滞血瘀型重, 但比气虚阳衰型和心脉瘀阻型轻<sup>[13]</sup>。

2.2.3 方药实验研究 (1)改善血管内皮。自发现内皮细胞释放内皮依赖性舒张因子(EDRF)以来, 对血管内皮功能研究的已成为心血管领域的热点。现已证明冠状动脉疾病的发生、发展与内皮功能障碍密切相关, 逆转失调的内皮功能是心血管疾病治疗的新趋势<sup>[14-15]</sup>。临床观察祛瘀化痰方药对其血管内皮伊文氏兰通透深度及通透量的影响以及对内皮舒张因子-NO生成量的影响, 同时对血浆和红细胞膜过氧化脂质, 血 6-deto-PGF1 $\alpha$  和 TXB<sub>2</sub> 水平进行了测定。祛瘀化痰方药能显著降低高脂血症状态下血管内皮通透性, 同时可能具有保护内皮细胞一氧化氮生成酶(NOS)活性的作用, 显著降低血浆及红细胞膜中的MDA含量, 保持血浆 6-keto-PGF1 $\alpha$  的正常水平及 6-keto-PGF1 $\alpha$ /TXB<sub>2</sub> 平衡、相关性<sup>[16]</sup>。

(2)血液流变学。活血化痰药具有改善血液循环, 特别是微循环, 促进病理恢复; 防止血栓及动脉粥样硬化的形成; 同时还具有扩张外周血管、增加血流量、降低血管阻力的作用。尤其是在改善心肌血氧供应, 减少心肌耗氧, 扩血管, 降阻力。通过一系列基因水平上的实验, 发现具有化痰祛瘀作用的“脂泰胶囊”能逆转 c-sis c-myc 原癌基因 mRNA 表达增强及 P53 抑癌基因 mRNA 表达减弱, 通过调控这两个基因的表达而抑制动脉粥样硬化的形成。通过对比实验发现, “脂泰胶囊”能使胸主动脉 NO 合酶 mRNA 表达增强, 明显升高实验家兔胸主动脉 NO 合酶活性, 同时减弱胸主动脉内皮素 mRNA 表达, 从而维持 NO 合酶的正常活性及 NO 的正常水平以实现抗动脉粥样硬化的形成和发展<sup>[17-18]</sup>。

活血化痰及化痰药都具有减轻炎症反应的功效。如实验观察地奥心血康对心肌缺血再灌注损伤犬的心功能和心肌细胞膜有明显的保护作用, 其很强的清除羟自由基的功能是实现这种保护效应的重要机制<sup>[19]</sup>。

活血化痰药能稳定斑块, 预防急性心血管病的发生。临床试验观察丹参、赤芍川芎、三七、桃仁和酒大黄对 ApoE 基因缺陷小鼠动脉粥样硬化斑块稳定性的影响, 提示活血中药可能干预 ApoE 基因缺陷小鼠动脉粥样硬化斑块的形态结构<sup>[27]</sup>。痰瘀同治法治疗冠心病心绞痛可减少心绞痛发生的次数, 降低发生程度, 改善冠心病相关的中医症状, 提高患者生活质量<sup>[20]</sup>。

### 3 临床研究论痰瘀与冠心病

#### 3.1 冠心病痰瘀互结临床表现

依据多年临床经验和总结多位医家观点, 自认为在临床上, 冠心病患者痰瘀互结者常见 3 种情况。

3.1.1 痰瘀各自的证候均比较明显 症见胸痛明显、心悸气短、胸闷、头晕乏力、脘腹痞满、咳吐黏痰、纳呆恶心、形体肥胖、舌质紫黯或有瘀斑、苔厚腻或浊、舌下络脉曲张、脉弦滑等。

3.1.2 以痰证为主而瘀证不显 症见胸闷重而心痛微, 痰多气短, 形体肥胖, 咯吐痰涎, 舌体胖大边有齿痕, 苔浊腻

或白滑, 脉滑等。

3.1.3 以瘀证为主而痰证不显 症见心胸疼痛, 痛有定处, 入夜为重, 心痛彻背, 背痛彻心, 可由劳累、情志因素加重, 舌质黯, 有瘀斑, 脉弦涩等。

其他医家分类: 王效菊等<sup>[21]</sup>认为痰瘀互结型又可分为寒痰瘀血型 and 热痰瘀血型两种。寒痰瘀血型, 除上述症状外, 兼见避寒喜暖, 胸闷胸痛遇寒加剧, 或有腹胀、便溏等症。热痰瘀血型除上述症状外, 兼见咳嗽痰色黄、黏稠、口苦黏腻、苔黄或黄腻、脉滑数。

临床上对于第 1 种情况, 易于辨识, 而对于后两种情况, 往往容易被忽视和遗漏, 往往此时笔者临床多对第 2 种情况加用活血化痰药, 或对第 3 种情况加用化痰药, 经过多年临床观察, 联合用药比单独用药会收到意想不到的功效。在另一方面也可佐证痰或瘀往往同时存在, 在一定程度上也体现中医未病先防, 既病防变之思想。清代王清任在《医林改错》中所列举的几种血症症状, 如按一般瘀血辨证有许多并不能反映出明显血症症状, 但根据痰瘀的依存关系, 辨证立法处方, 用化痰法治疗而获满意疗效, 亦是典型的例证。因此, 痰瘀的分、合问题是临床客观存在的事实, 这是事物发展的两个不同方面, 论合不是否定分, 只因痰瘀有许多同一性, 而且有一定的临床意义, 强调痰瘀依存互根有其独特意义。

#### 3.2 论冠心病的辨证治疗

3.2.1 从本虚标实论治冠心病 冠心病属“本虚标实”证, 众医家对“本虚”的理解及治疗各不相同。祖国医学认为本病由气血瘀滞或痰瘀交阻, 痹阻胸阳所致。治疗时心绞痛发作期以宣痹通阳, 活血祛瘀为主; 缓解期以补气养阴为主, 佐以活血祛瘀。活血祛瘀的同时不忘补气乃是其成功的所在。温心阳者应该合桂枝、干姜、甘草等; 补气者在痰瘀同治的基础上加黄芪、党参等; 补气养阴者加用黄芪、党参、麦冬等。补益心气、涤痰化痰为治则的运用。

众医家各有所长: 罗树卿等<sup>[22]</sup>采用益气涤痰化痰汤(含生黄芪、茯苓、陈皮、当归、制半夏、胆南星、郁金、枳实、石菖蒲、桃仁、红花、川芎、甘草), 治疗老年肥胖者冠心病心绞痛, 并与加味血府逐瘀汤治疗作对照。心绞痛总有效率分别为 92.19% 和 67.14% ( $P < 0.01$ ), 心电图改善有效率分别为 67.65% 和 47.46%。王杏林<sup>[23]</sup>采用补气阴祛痰瘀的方法治疗冠心病心绞痛, 并用口服潘生丁治疗作对照, 结果显示, 心绞痛、心电图、甲皱微循环、血脂的改善及总有效率均明显优于对照, 膈药治疗可调节患者血液流变性, 起到标本兼治作用。为了探讨益气、通阳、化痰法治疗冠心病心绞痛的临床疗效, 高桦林<sup>[24]</sup>用冠心通(人参、麦冬、五味子、瓜蒌皮、薤白、红花等)治疗心绞痛痰瘀交阻型, 结果总有效率达到 91.3%; 杨立志等<sup>[25]</sup>运用瓜蒌薤白桂枝汤加味治疗冠心病心绞痛, 总有效率为 90.2%。

在分型治疗方面, 举例如下: (1)痰瘀同病分为血瘀偏重、痰湿偏重、痰热偏重、痰瘀交阻久致气虚 4 型, 以心痛宁为主方, 化裁应用<sup>[26]</sup>。

(2)痰瘀同病分为寒痰瘀血、热痰瘀血 2 型, 分别用栝楼薤白半夏汤合桃红四物汤加减, 清金化痰汤合活络效灵丹加减<sup>[27]</sup>。

(3) 痰瘀同病分为气虚血瘀、痰浊阻滞型用补阳还五汤合栝楼薤白半夏汤加减; 气阴两虚、痰瘀痹阻型用生脉散合丹参饮加味; 心阳亏虚、痰瘀同病型用栝楼薤白桂枝汤加味; 痰热瘀血、阻滞心脉型用黄连温胆汤合丹参饮加减<sup>[28]</sup>。

3.2.2 从痰瘀论治冠心病 已从生理水液精微上言“痰瘀同源”, 从病因上言痰病致瘀、瘀病致痰互为因果, 病理上“痰瘀互结”言痰瘀相互依存、相互转化共同消长, 治疗学上痰瘀同治法是治疗冠心病的常用法则, 即用药大多以化痰祛瘀同用。依据病情之轻重, 病势之缓急, 还可采用痰瘀互治或痰瘀分治, 随症变化而变化, 如《血证论》谓: “须知痰水之壅, 由瘀血使然, 但去瘀血则痰水自消”。痰瘀互结证是冠心病的常见证候, 因而提出痰瘀互结是冠心病发病的重要病理因素。

痰瘀同治法能有效减少心绞痛发生的次数, 降低发生程度, 改善冠心病中医症状, 提高生活质量。临床大多以张仲景所创的栝楼薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤诸方为基础, 因此可以说仲景实是痰瘀合治之鼻祖。如吴佩琴<sup>[37]</sup>辨治冠心病痰瘀痹阻型用豁痰通阳、活血化瘀为法, 方用栝楼薤白半夏汤合丹参饮加减, 疗效满意; 朱士高等<sup>[29]</sup>用栝楼薤白寄生汤治疗痰瘀闭阻型冠心病心绞痛, 效果满意。另降浊通脉汤、通瘀化痰汤、保心方一类痰瘀同治方临床应用也取得很好疗效。

#### 4 体 会

首次以痰瘀同治法治疗冠心病以来, 医家们对冠心病痰瘀证依据现代客观指标, 进行了深入而广泛的研究与探讨, 在取得了可喜的进展。同时, 更要以真正的达到治疗疾病、改善患者生活质量为目标, 基于古典医经理论, 结合现代医学, 不断的开拓创新。因此, 痰瘀论治冠心病有着广阔的发展前景, 但还有很长的路要走, 我们有理由相信, 其将为中医药诊疗本症另辟蹊径, 贡献力量。

#### 参考文献

- [1] 田养年. 从痰瘀论治冠心病 [J]. 辽宁中医杂志, 1983, 10(4): 25
- [2] 邓铁涛. 冠心病的辨证论治 [J]. 中华内科杂志, 1977, 2(1): 40
- [3] 曹洪欣, 张华敏. 痰瘀互结与冠心病发病机理辨析 [J]. 中医药学刊, 2001, 19(6): 544-545
- [4] 徐尧军. 痰瘀并治法治疗冠心病心绞痛 [J]. 天津中医学院学报, 1996(3): 16
- [5] 李洁, 解品启, 王英震. 冠心病心绞痛从痰瘀论治 [J]. 陕西中医, 2001, 22(2): 96-97
- [6] 方显明. 冠心病痰证病人的血液流变性探讨 [J]. 中医研究, 1990, 3(2): 268
- [7] 周群, 王铁楣. 动脉粥样硬化和胆结石异病同治的实验研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(7): 417-420
- [8] 何剑平, 李小敏. 冠心病中医辨证与血脂蛋白关系的探讨

- [9] 张煜, 梁东辉. 老年冠心病痰瘀辨证与血清脂蛋白谱检测的探讨 [J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(3): 155-157
- [10] 陈玉婷, 胡娟娟. 冠心病痰瘀辨证与相关生化指标关系探讨 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2005, 15(3): 144-146
- [11] 王东生. 冠心病痰瘀证的微观辨证研究 [J]. 中医杂志, 2007, 48(9): 831-833
- [12] 李锋, 李秀云, 王长海, 等. 速效救心丸治疗冠心病临床研究 [J]. 中国中医急症, 1996, 5(3): 113-114
- [13] 袁丽萍. 98例不同证型冠心病的超声心动图改变观察 [J]. 云南中医学院学报, 1999, 22(2): 21-22
- [14] Shama N, Andrews TC. Endothelial function as a therapeutic target in coronary artery disease [J]. Curr Atheroscler Rep, 2000, 2(4): 303-307
- [15] Cooke J.P. The endothelium: A new target for therapy [J]. Vasc Med, 2000, 5(1): 49-53
- [16] 周暇青, 宋剑南, 王宇辉, 等. 痰瘀同治对实验性高脂血症大鼠血管内皮的保护作用 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1997, 4(3): 26-28
- [17] 薛士滨, 宋剑南, 周瑕菁, 等. 痰瘀同治方药脂泰胶囊抗动脉粥样硬化的机理: 对 c-sis c-myc P53 基因表达的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(12): 29-31
- [18] 李亚俊, 宋剑南, 周瑕菁, 等. 脂泰胶囊对实验性动脉粥样硬化家兔内皮素及一氧化氮合酶基因表达的影响 [J]. 中国动脉硬化杂志, 1999, 7(1): 4-8
- [19] 张键, 刘喜春, 赵丹, 李扬, 等. 地奥心血康对心肌缺血再灌注损伤的抗脂质过氧化作用的研究 [J]. 中国病理生理杂志, 2004, 20(5): 887-890
- [20] 文川, 徐浩, 黄启福, 等. ApoE 缺陷小鼠动脉粥样硬化斑块的影响 [J]. 中国病理生理杂志, 2005, 21(5): 864-867
- [21] 王效菊, 朱广仁. 冠心病从痰瘀论治的临床体会 [J]. 天津中医学院学报, 1996(2): 10
- [22] 罗树卿. 痰瘀互结型冠心病的研究进展 [J]. 天津中医学院学报, 1995(1): 42-46
- [23] 王杏林. 补气阴祛痰瘀法治疗冠心病心绞痛 51 例临床观察 [J]. 中国民族民间医药杂志, 2006(4): 223-224
- [24] 高桦林. 冠心通治疗痰瘀交阻型心绞痛 46 例 [J]. 陕西中医, 2007, 28(10): 1277-1278
- [25] 杨立志, 冯德印. 瓜蒌薤白桂枝汤加味治疗冠心病心绞痛 148 例临床观察 [J]. 中国保健, 2007, 15(14): 141
- [26] 王晓峰. “痰瘀同治”在冠心病心绞痛治疗中的应用 [J]. 新疆中医药, 1993(1): 15
- [27] 王效菊, 朱广仁. 冠心病从痰瘀论治的临床体会 [J]. 天津中医学院学报, 1996, 15(2): 10-11
- [28] 李洁, 解品启, 王英震. 冠心病心绞痛从痰论治 [J]. 陕西中医, 2001, 22(2): 96-97
- [29] 朱士高, 张校芝. 瓜蒌薤白寄生汤治疗痰瘀闭阻型冠心病心绞痛效果观察 [J]. 齐鲁医学杂志, 2006, 21(5): 446

本刊电子邮箱: zhzyyxk@vip.163.com