

## 证 的 研 究

## 冠心病病证结合方证对应临床研究

张兰凤<sup>1</sup> 王 阶<sup>1</sup> 袁敬柏<sup>1</sup> 王永炎<sup>2</sup> 杨保林<sup>1</sup> 荆 鲁<sup>1</sup> 许 军<sup>1</sup> 刘剑刚<sup>1</sup>

**摘要** 目的:探讨方剂与证候的关系,阐明方剂疗效的基础,在病证结合基础上,观察方证对应的临床疗效。方法:选择 63 例冠心病心绞痛患者,血瘀证 31 例,以区组随机法分为两组,方证对应治疗组给予血府逐瘀口服液,方证不对应治疗组给予生脉Ⅱ号口服液。冠心病心绞痛气阴两虚证 32 例,亦以区组随机法分为两组,方证对应治疗组给予生脉Ⅱ号口服液,方证不对应治疗组给予血府逐瘀口服液。结果:方证对应治疗不仅能改善临床证候,对客观指标也有改善作用,效果优于方证不对应治疗。结论:临床疗效取决于方证对应程度,方证对应的临床疗效可能与方与证的作用靶点有关。

**主题词** 冠状动脉疾病/中医药疗法 @ 病证结合 @ 方证对应

方剂与证候的关系是中医临床及基础研究的重大科学问题。为探讨方剂与证候的关系,阐明方剂疗效的基础,在病证结合的基础上,以冠心病心绞痛血瘀证及气阴两虚证为切入点,以血府逐瘀口服液与生脉Ⅱ号口服液为干预方法,通过随机双盲双模拟平行临床试验,探索方证对应的科学内涵。现将临床研究结果报告如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准:冠心病心绞痛诊断采用 WHO1979 年制定的冠心病分类与诊断标准<sup>[1]</sup>;心绞痛症状分级采用 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会制定的《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》<sup>[2]</sup>;血瘀证诊断采用中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会 1986 年广州会议制订的血瘀证诊断标准<sup>[3]</sup>,气阴两虚证诊断采用《中药新药临床研究指导原则》胸痹气阴两虚证诊断标准<sup>[4]</sup>。

1.2 纳入标准:西医诊断符合冠心病劳力性心绞痛诊断,中医辨证为血瘀证或气阴两虚证,年龄为 40~70 岁的门诊或住院患者。

1.3 排除标准:(1)急性心肌梗塞、急性心功能不全、

合并严重高血压且血压控制欠佳者;(2)重度心律失常者(持续性快速房颤、房扑,频发室早,室速);(3)合并糖尿病酮症酸中毒;(4)合并肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者;(5)过敏体质者;(6)不符合上述有关疾病诊断与证候诊断标准,智力障碍,精神、神志障碍,不能正确回答问卷者。

1.4 临床资料:2002 年 6~11 月西苑医院门诊及住院患者共 63 例,其中冠心病心绞痛血瘀证 31 例,以区组随机法分为方证对应治疗组(I 组)和方证不对应治疗组(Ⅱ组),冠心病心绞痛气阴两虚证 32 例,亦以区组随机法分为方证对应治疗组(Ⅲ组)和方证不对应治疗组(Ⅳ组)。I 组 16 例,男性 9 例,女性 7 例,年龄  $64.3 \pm 8.50$  岁,心绞痛轻度 13 例,中度 3 例;Ⅱ组 15 例,男性 8 例,女性 7 例,年龄  $67.2 \pm 7.68$  岁,心绞痛轻度 13 例,中度 2 例;Ⅲ组 16 例,男性 5 例,女性 11 例,年龄  $64.0 \pm 7.57$  岁,心绞痛轻度 12 例,中度 4 例;Ⅳ组 16 例,男性 10 例,女性 6 例,年龄  $61.0 \pm 6.55$  岁,心绞痛轻度 13 例,中度 3 例。4 组在性别、年龄、心绞痛程度方面差异均无显著性( $P > 0.05$ ),有可比性。

## 2 治疗及观察方法

2.1 药物制备:所有治疗用药及安慰剂均由西苑医院制剂室加工生产。血府逐瘀口服液按《医林改错》原方配比投料,每支含生药 12g,批号为 20020405。生脉Ⅱ号口服液按红参 3g、麦冬 9g、五味子 6g 投料,每支含生药 6g,批号为 20020420。血府逐瘀口服液安慰剂与生脉Ⅱ号口服液安慰剂均以大麦加工而成,通过加苦味剂、色素分别调成与血府逐瘀口服液及生脉Ⅱ号口服液外观、用法用量相同的制剂,所有药物由专人编号,制剂室设盲包装。

2.2 给药方法:I 组给予血府逐瘀口服液,每次 10ml,每日 3 次,同时服生脉Ⅱ号口服液安慰剂 10ml,每日 3 次。Ⅱ组给予生脉Ⅱ号口服液,每次 10ml,每日 3 次,同时服血府逐瘀口服液安慰剂 10ml,每日 3 次。Ⅲ组给予生脉Ⅱ号口服液,每次 10ml,每日 3 次,同时服血府逐瘀口服液安慰剂 10ml,每日 3 次。Ⅳ组给予血府逐瘀口服液,每次 10ml,每日 3 次,同时服生脉Ⅱ号口服液安慰剂 10ml,每日 3 次。治疗 4 周,所有病

基金项目:国家重点基础研究发展规划项目(G1999054408)

1 中国中医研究院西苑医院老年病科、心血管科,北京海淀区西苑操场 1 号(100091)

2 中国中医研究院

收稿日期:2003-07-03;修回日期:2003-12-23

表 1 各组心绞痛疗效比较[例(%)]

| 组别         | 例数 | 显效       | 有效        | 无效        | 总有效         |
|------------|----|----------|-----------|-----------|-------------|
| I 组        | 16 | 4(25.00) | 9(56.25)  | 3(18.75)  | 13(81.25)*△ |
| II 组       | 15 | 0        | 4(26.67)  | 11(73.33) | 4(26.67)    |
| III 组      | 16 | 2(12.50) | 9(56.25)  | 5(31.25)  | 11(68.75)#  |
| IV 组       | 16 | 2(12.50) | 3(18.75)  | 11(68.75) | 5(31.25)    |
| I 组+IV 组   | 32 | 6(18.75) | 12(37.50) | 14(43.75) | 18(56.25)   |
| II 组+III 组 | 31 | 2(6.45)  | 13(41.94) | 16(51.61) | 15(48.39)   |

\* 与 II 组比较,  $P < 0.01$ ; △与 I 组+IV 组比较,  $P < 0.05$ ; #与 II 组+III 组比较,  $P < 0.05$

表 2 各组证候疗效比较[例(%)]

| 组别        | 例数 | 显效       | 有效        | 无效        | 总有效        |
|-----------|----|----------|-----------|-----------|------------|
| I 组       | 16 | 4(25.00) | 8(50.00)  | 4(25.00)  | 12(75.00)* |
| II 组      | 15 | 0        | 4(26.67)  | 11(73.33) | 4(26.67)   |
| III 组     | 16 | 3(18.75) | 9(56.25)  | 4(25.00)  | 12(75.00)△ |
| IV 组      | 16 | 0        | 5(31.25)  | 11(68.75) | 5(31.25)   |
| I 组+III 组 | 32 | 7(21.88) | 17(53.12) | 8(25.00)  | 24(75.00)▲ |
| II 组+IV 组 | 31 | 0        | 9(29.03)  | 22(70.97) | 9(29.03)   |

\* 与 II 组比较,  $P < 0.05$ ; △与 IV 组比较,  $P < 0.05$ ; ▲与 II 组+IV 组比较,  $P < 0.01$

例在观察初期不对原有的西药进行调整。

## 2.3 观察指标及随访计划

2.3.1 心绞痛情况及硝酸甘油消耗量:观察心绞痛疼痛部位、性质、发作持续的时间、每日发作的次数、诱发原因及硝酸甘油用量和缓解时间。

2.3.2 中医证候:观察血瘀证症状与气阴两虚证症状。积分法为:主症无为 0 分,轻为 2 分,中为 4 分,重为 6 分;次症无为 0 分,轻为 1 分,中为 2 分,重为 3 分。脉象:血瘀证脉结代或沉弦或涩,有为 4 分,无为 0 分;气阴两虚证脉细数或无力,有为 4 分,无为 0 分。

2.3.3 安全性评价:观察患者在治疗期间有无胃肠道反应、出血倾向、口干、头晕等症状;监测心率、心律、血压;治疗前后进行血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖、心电图检查。

2.3.4 疗效指标:心电图、全血粘度、血浆粘度、血小板粘附性、血小板聚集性、内皮素(ET)、一氧化氮(NO)与组织型纤溶酶原激活物(t-PA)。

2.3.5 随访计划:入选前详细询问病史,进行全面体格检查,在治疗 2 周及 4 周时随访,并在治疗 4 周时复查相应的实验室检查。

2.4 统计学处理:等级资料用秩和检验,计量资料用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

2.5 疗效评定标准:心绞痛疗效标准及心电图疗效参照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》<sup>[2]</sup>。证候疗效采用尼莫地方法,即减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。显效:证候全部消失,积分为 0 或治疗前后证候积分减分率 $\geq 66.6\%$ 者;

有效:治疗前后证候减分率 $\geq 33.3\%$ 而 $< 66.6\%$ 者;无效:治疗前后证候减分率 $< 33.3\%$ 者;加重:治疗后症状积分超过治疗前者。

## 3 治疗结果

3.1 各组心绞痛疗效比较:表 1 示, I 组心绞痛总有效率明显高于 II 组,差异有显著性( $P < 0.05$ ); III 组总有效率高 IV 组,但差异无显著性( $P > 0.05$ )。血府逐瘀口服液治疗组(I 组+IV 组)总有效率明显低于 I 组,生脉 II 号口服液治疗组(II 组+III 组)总有效率明显低于 III 组,差异均有显著性( $P < 0.05$ )。

3.2 各组证候疗效比较:表 2 示, I 组疗效明显高于 II 组, III 组疗效明显高于 IV 组,经秩和检验,差异均有显著性( $P$  均 $< 0.05$ )。方证对应治疗总有效率明显高于方证不对应治疗( $P < 0.01$ )。

3.3 心电图疗效比较: I 组与 IV 组治疗前后心电图无明显变化, II 组与 III 组治疗后有 1 例加重。

3.4 硝酸甘油消耗量比较:表 3 示, I 组治疗后与治疗前比较,硝酸甘油消耗量明显减少,差异有显著性( $P < 0.01$ ), II 组治疗后与治疗前比较无明显变化; III 组治疗后与治疗前比较也明显减少( $P < 0.05$ ), IV 组治疗后比治疗前减少,但无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 3 各治疗组治疗前后硝酸甘油消耗量比较(片/周,  $\bar{x} \pm s$ )

| 分组    | 例数 | 治疗前             | 治疗后               |
|-------|----|-----------------|-------------------|
| I 组   | 13 | 4.23 $\pm$ 2.12 | 1.61 $\pm$ 1.50** |
| II 组  | 12 | 3.41 $\pm$ 1.62 | 3.25 $\pm$ 2.41   |
| III 组 | 11 | 3.81 $\pm$ 1.88 | 1.81 $\pm$ 1.77*  |
| IV 组  | 12 | 3.75 $\pm$ 1.95 | 3.08 $\pm$ 2.19   |

与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$

表 4 各治疗组血液流变学变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 |     | 例数 | 全血粘度<br>(mPa. s) | 血浆粘度<br>(mPa. s) | 红细胞聚集性<br>(%) | 红细胞变形性<br>(%) | 血小板粘附率<br>(%) |
|----|-----|----|------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| Ⅰ组 | 治疗前 | 16 | 5.14±0.79        | 1.75±0.03        | 17.02±3.24    | 35.70±2.77    | 29.66±2.94    |
|    | 治疗后 | 16 | 4.52±0.72*       | 1.72±0.04        | 13.40±1.63**  | 32.81±5.26    | 26.83±3.56*   |
| Ⅱ组 | 治疗前 | 15 | 4.79±0.55        | 1.74±0.04        | 15.80±1.78    | 34.41±3.83    | 28.88±3.11    |
|    | 治疗后 | 15 | 4.86±0.98        | 1.73±0.03        | 14.73±1.86    | 34.76±3.88    | 27.55±2.29    |
| Ⅲ组 | 治疗前 | 16 | 4.83±0.69        | 1.73±0.05        | 15.16±1.65    | 34.89±3.54    | 28.30±2.86    |
|    | 治疗后 | 16 | 4.63±0.68        | 1.72±0.04        | 13.81±2.27    | 33.70±3.98    | 28.43±2.63    |
| Ⅳ组 | 治疗前 | 16 | 4.65±1.08        | 1.75±0.04        | 13.92±2.96    | 32.75±4.91    | 29.51±2.46    |
|    | 治疗后 | 16 | 5.08±0.58        | 1.75±0.04        | 14.54±2.33    | 32.58±5.17    | 27.28±3.25    |

与本组治疗前比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

表 5 各组 ET、NO、t-PA 变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    |     | 例数 | ET(pg/ml)   | NO(μmol/L)   | t-PA(IU/ml)  |
|-------|-----|----|-------------|--------------|--------------|
| I 组   | 治疗前 | 16 | 84.58±28.46 | 59.80±23.41  | 0.389±0.127  |
|       | 治疗后 | 16 | 79.16±34.70 | 74.00±17.31* | 0.476±0.159* |
| II 组  | 治疗前 | 15 | 77.49±16.55 | 53.58±14.95  | 0.389±0.246  |
|       | 治疗后 | 15 | 72.02±13.90 | 57.76±19.78  | 0.499±0.255* |
| III 组 | 治疗前 | 16 | 83.78±38.93 | 68.28±20.30  | 0.384±0.878  |
|       | 治疗后 | 16 | 92.05±41.29 | 69.17±17.98  | 0.453±0.121  |
| IV 组  | 治疗前 | 16 | 73.64±22.40 | 67.87±20.23  | 0.382±0.120  |
|       | 治疗后 | 16 | 76.21±20.13 | 68.18±16.97  | 0.402±0.134  |

与本组治疗前比较, \*  $P < 0.05$

3.5 血液流变学指标变化比较:表 4 示, I 组全血粘度、红细胞聚集性、血小板粘附率治疗前后经  $t$  检验差异有显著性( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 血浆粘度、红细胞变形性、血小板聚集性治疗前后经  $t$  检验差异无显著性。II、III、IV 组治疗前后血液流变学各项指标经  $t$  检验差异无显著性( $P > 0.05$ )。

3.6 ET、NO、t-PA 变化比较:表 5 示, 4 组治疗前后 ET 经  $t$  检验差异均无显著性( $P > 0.05$ )。I 组治疗前后 NO、t-PA 差异有显著性( $P < 0.05$ ), II 组 t-PA 治疗前后比较差异有显著性( $P < 0.05$ ), 其余两组治疗前后比较差异均无显著性( $P > 0.05$ )。

3.7 安全性评价:治疗过程中未出现胃肠道反应及口干、头晕等不良反应。定期随访心率、心律、血压未见药物性异常变化;血常规、尿常规、肝功能、肾功能、治疗前后无药物性异常变化。

#### 4 讨论

临床疗效取决于方证对应程度。方证对应时证候疗效与心绞痛疗效优于方证不对应时。心绞痛疗效活血化瘀组优于益气养阴组, 提示病证存在相关性, 方证对应是基础。同时表明单独以病名诊断、处方用药疗效低于以病为纲、辨证论治、对证治疗的疗效。因此, 病证结合、方证对应、理法方药一致是提高中医临床疗效的关键。

客观指标改善与方证对应有一定关系。一般认为,

冠心病患者血液呈明显粘、凝、聚状态, 主要表现在血小板聚集性增加、全血及血浆粘度增加、血沉加快、红细胞电泳时间延长、血细胞压积增加、红细胞聚集性增加。本研究显示, 血府逐瘀口服液能改善冠心病血瘀证患者全血粘度、红细胞聚集性、血小板粘附性, 而对冠心病气阴两虚证患者血液流变学未见明显改变。生脉 II 号口服液能改善冠心病气阴两虚证患者的红细胞聚集性, 对冠心病血瘀证患者血液流变学无明显影响。因此, 推测方证对应治疗时, 血府逐瘀口服液能针对冠心病血瘀证相关病理靶点, 同时也提示方证对应时, 冠心病气阴两虚证、血瘀证的治疗通过不同的作用靶点改善血液流变学指标。

ET 与 NO 是由血管内皮细胞释放的因子, ET 有缩血管作用, NO 有扩血管、抑制血管平滑肌细胞增殖、对抗血小板聚集和粘附, 防止血栓形成和改善微血管灌注等作用, 在冠心病病理生理中有重要意义。本研究显示, 各治疗组治疗前后 ET 的变化无统计学意义。血府逐瘀口服液能升高冠心病血瘀证患者血清 NO 水平, 对冠心病气阴两虚证患者血清 NO 水平无影响, 生脉 II 号口服液对冠心病血瘀证与气阴两虚证患者血清 NO 水平均无影响。

t-PA 是血液纤溶与凝血的重要指标。血府逐瘀口服液能提高冠心病血瘀证患者 t-PA 活性, 对冠心病

(下转第 472 页)

疾病及老年退行性脑病的防治方面将会发挥积极的作用。

## 参考文献

- 1 杨文红,肖树雄.16批复方丹参片中丹参酮ⅡA的含量测定结果分析.中国新医药,2003,2(7):73-74.
- 2 黄坤龙,吴垠,陆惠文.复方丹参片质量标准问题探讨.中国药事,2002,16(7):434-435.
- 3 杨东升,林蔚兰,欧阳惠芳,等.复方丹参片中间体的质量控制研究.中国中药杂志,2002,27(3):187-188.
- 4 曾令杰,陈矛,邓乔华,等.复方丹参片指纹图谱的质量评价研究.广东药学院学报,2002,18(3):182-184.
- 5 邢俊波,方白玉.复方丹参制剂中活性成分的HPLC同时定量分析.中国中药杂志,2003,28(1):36-38.
- 6 孙毅坤,邱峰,周富荣.复方丹参片质量标准的研究及其质量考察.中国药事,2000,14(6):383-385.
- 7 高秀梅,王怡,张萌,等.复方丹参片抗大鼠心肌缺血作用研究.天津中医药,2003,20(1):23-25.
- 8 张昱,王锦之,黄启福,等.复方丹参片对大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用.河南中医医学杂志,1997,12(6):15-17.
- 9 杨为民,皮耀萍,吴婉玲.复方血竭胶囊对血瘀大鼠血液流变学的影响.中国实验方剂学杂志,2003,9(5):24-25.
- 10 屈彩琴,杨幼新,张远.复方丹参片对大鼠实验性血栓形成的影响.河北中医,1999,21(4):253.
- 11 付晓春,王敏伟,黄连解毒汤的抗血栓作用研究.沈阳药科大学学报,2001,18(6):425-427.
- 12 武玉鹏,贾力莉,杨艳华,等.复方丹参片对实验性脑缺血的保护作用.山西职工医学院学报,2000,10(2):3-4.
- 13 付晓春,王敏伟,彭亮.黄连解毒胶囊防治脑缺血的药理学.沈阳药科大学学报,2003,20(1):41-44.
- 14 任映,郭菁,宋崇顺,等.健脑宁对脑中动脉造型大鼠血液流变学指标的影响及机理研究.中国实验方剂学杂志,2003,9(5):39-41.
- 15 闫玉仙,叶路,孙建波.复方丹参制剂对小鼠红细胞免疫粘附功能的影响.国医论坛,1995(6):45-46.
- 16 丘瑞香,罗致强,罗汉川,等.心脉通胶囊对冠心病心肌缺血患者抗脂质过氧化损伤的临床研究.中国中西医结合杂志,1997,17(5):342-344.
- 17 梁铁军,张才攀,张伟,等.通心络胶囊对不稳定型心绞痛患者血浆内皮素和降钙素基因相关肽的影响.中国中西医结合杂志,2002,22(6):435-436.
- 18 元登,娜日斯,白洁茹,蒙药萨乌日勒与复方丹参片治疗缺血性中风186例疗效分析.中国民族医药杂志,2000,6(增刊):25-26.
- 19 郭云庚,周大美,郑珠馨,等.地奥心血康治疗缺血性脑血管疾病.

新药与临床,1994,13(3):158-160.

- 20 张克敏,李明奎.归龙通脉饮治疗动脉硬化性脑梗塞132例临床观察.山西中医学院学报,2001,2(1):21-24.
- 21 黄闽杰,苏齐.三联中成药口服治疗老年血管性痴呆.吉林中医药,2003,23(1):18.
- 22 宁晚英.六味地黄丸和复方丹参片治疗轻中度高血压22例疗效观察.湖南中医杂志,1997,13(4):8,12.
- 23 袁庆丰,毛振元.复方丹参两种不同剂型治疗中毒性心肌损害的临床对比观察.右江医学,2001,29(1):53-54.
- 24 戴妙庆.甘利欣胶囊与复方丹参片治疗慢性活动性乙型肝炎40例.河南中医,2000,20(3):38.
- 25 周月华.复方丹参片治疗早期肝硬化体会.江西中医学院学报,2000,9,12(3):7.
- 26 倪秀英,郑荣.复方丹参片治疗Ⅱ型慢性精神分裂症效果观察.海峡药学,2001,13(4):31.
- 27 庄建华,薛蓉蓉.复方丹参片在抗精神病药物对心脏影响中的作用.国医论坛,2000,15(2):40-41.
- 28 龙巧燕,王蓉.复方丹参片治疗老年性白内障术后炎症反应50例.中国民间疗法,2003,11(5):44.
- 29 牛新锋,刘恒轩,徐爱香.潘生丁与复方丹参片治疗过敏性紫癜60例.现代中西医结合杂志,2000,9(20):2032.
- 30 于久权,王金陵.复方丹参片治疗慢性盆腔炎临床观察.浙江中西医结合杂志,1995,5(3):12-13.
- 31 凌玲.中药治疗酒精性肝硬化68例.陕西中医,1998,19(7):296.
- 32 王凤山.复方丹参片外用治疗软组织损伤.新中医,1995,(9):9.
- 33 俞文魁.复方丹参片引起局限性过敏1例.江西中医药,1996年增刊:123-124.
- 34 倪佳,倪旭.复方丹参片致显著窦性心动过缓1例.临床心血管病杂志,1996,12(6):378.
- 35 吴晓青,王桂清,孟昭刚.长期服用复方丹参片对血钾的影响.中国老年学杂志,1998,18(2):54-55.
- 36 林佳,徐丽珍,李琰,等.不同产地丹参中丹参酮ⅡA的含量比较.中国中药杂志,2002,27(2):153-154.
- 37 王宁生.冰片佐使则有功之实验研究.中医杂志,1994,35(1):46-47.
- 38 王洁,张均田.总丹酚酸的抗脑缺血和抑制谷氨酸释放作用.中国药理学与毒理学杂志,1999,13(3):197-199.
- 39 冯征,张均田.丹酚酸B对β-淀粉蛋白介导原代培养皮层神经元毒性的保护作用.药学报,2000,35(12):881-884.
- 40 李龙宜,茹应强,殷光甫,等.丹参酮治疗阿尔茨海默病样大鼠的作用机制.中华老年心脑血管病杂志,2003,5(5):342-345.

(上接第446页)

气阴两虚证患者无影响,生脉Ⅱ号口服液对冠心病气阴两虚证患者t-PA活性无影响。

方证对应疗效及药物在体内的作用方式与作用靶点有关。方证对应可以改善临床证候,但不一定能改善某些病理指征,主要取决于药物在体内的作用方式与作用靶点。某方与某证相对应,则方与证之间应有一个或多个契合点,这些契合点与临床证候相关,同时与病或某些病理指征有关,如此,该方在改善临床证候的同时,也可以改善某些病理指征。若方证对应的契合点与病理指征无关或不直接相关,则该方对病理指征的改善就不明显。这需要明确证候与病及病理指征之间的

关系。若方证不对应,临床证候的改善则不明显。因此,寻找方对证及方对病的契合点,明确方对证的作用方式及病证的内在联系,提高临床疗效,仍然是中医及中西医结合临床需要探索的重大课题。

## 参考文献

- 1 国际心脏病学会协会及世界卫生组织命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准.中华内科杂志,1981,20(4):254.
- 2 第二届全国活血化瘀研究学术会议.血瘀证诊断标准.中西医结合杂志,1987,7(3):129.
- 3 陈可冀,廖家桢,肖镇祥.心脑血管疾病研究.上海:上海科学技术出版社,1988:311-313.
- 4 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则.第1辑.1993:41-45.