

• 临床研究 •

温阳活血方治疗急性冠状动脉综合征
不稳定型心绞痛 42 例临床研究陈丽娟¹ 颜新^{2*} 韩天雄¹ 王昀¹ 颜麒麟¹ 季蓓¹
孔令越¹ 王瑱¹ 刘珺¹ 颜琮枝¹ 李露露² 颜德馨¹

1. 同济大学附属上海市第十人民医院中医科, 上海市延长中路 301 号, 200072; 2. 同济大学中医研究所)

基金项目: 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504800); “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI10B02-06); 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目; 上海市科委课题(10DZ1975600)

* 通讯作者: yanxin-yx@163.com, (021)65985370

[摘要] 目的 观察温阳活血方治疗急性冠状动脉综合征(ACS)不稳定型心绞痛的疗效并探讨其作用机制。方法 将 86 例 ACS 不稳定型心绞痛阳虚血瘀证患者随机分为治疗组 42 例及对照组 44 例。对照组给予西药常规治疗, 治疗组在西药常规治疗的同时加用温阳活血方。观察并记录两组患者治疗前和治疗后 1 周、2 周、3 周、4 周临床症状、体征、中医证候积分及实验室指标, 随访 1 个月。结果 治疗后两组临床症状水平和症状积分与治疗前比较均明显改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 且治疗组临床疗效优于对照组; 治疗后治疗组肌红蛋白水平较治疗前降低($P < 0.05$); 血栓素 B_2 (TXB₂)、6-酮-前列腺素 F_{1 α} (6-keto-PGF_{1 α}) 水平与治疗前比较改善明显($P < 0.05$), 且治疗组在降低 TXB₂ 水平及升高 6-keto-PGF_{1 α} 方面优于对照组($P < 0.05$)。治疗过程及随访中, 两组患者均未发现心率、心律、血压等的药物性异常变化及血常规、尿常规、肝功能、肾功能的变化($P > 0.05$)。结论 温阳活血方治疗 ACS 不稳定型心绞痛安全有效, 可明显改善患者的临床症状, 其治疗机制可能是通过调节血管内皮功能发挥作用。

[关键词] 急性冠状动脉综合征; 不稳定型心绞痛; 温阳活血方; 血管内皮功能

Clinical Study on Wenyang Huoxue Formula for Treating 42 Patients with Unstable Angina Pectoris of Acute Coronary SyndromeCHEN Lijuan¹, YAN Xin², HAN Tianxiong¹, WANG Jun¹, YAN Qianlin¹, JI Bei¹, KONG Lingyue¹, WANG Zhen¹, LIU Jun¹, YAN Qiongzhil¹, LI Lulu², YAN Dexin¹

(1. Shanghai the Tenth People's Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 200072; 2. Institute of Traditional Chinese Medicine, Tongji University)

ABSTRACT Objective To study the effect and mechanism of Wenyang Huoxue Formula (Formula for warming yang and activating blood circulation) on the unstable angina pectoris of acute coronary syndrome (ACS). **Methods** Eighty-six cases of unstable angina pectoris of ACS in TCM syndrome of yang deficiency with blood stasis were randomized into treatment group, 42 cases, and control group, 44 cases. Both groups were treated with standard management, and the treatment group was administered Wenyang Huoxue Formula additionally. The clinical symptoms and signs, scores of TCM syndromes and laboratory indexes were observed and recorded before treatment and 1 week, 2 weeks, 3 weeks, and 4 weeks after treatment, and 1 month's follow-up was given. **Results** After treatment, the clinical symptoms and symptom scores of both groups were significantly improved ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and the clinical curative effect of the treatment group was better than that of the control group. After treatment, the level of myohemoglobin in the treatment group was reduced ($P < 0.05$). The levels of thromboxane B₂ (TXB₂) and 6-keto-prostaglandin F_{1 α} (6-keto-PGF_{1 α}) in the treatment group were significantly improved compared with before treatment ($P < 0.05$), and the improvement of the treatment group was superior ($P < 0.05$). In the duration of treatment and follow-up, there were no drug-induced changes of heart rate and rhythm, blood pressure, abnormal changes in routine blood and urine examinations, and liver and kidney functions of the patients of the two groups. **Conclusion** Wenyang Huoxue Formula is safe and effective in treating unstable angina pectoris of ACS, and it improves the clinical symptoms significantly. Its therapeutic mechanism is possibly related to the regulation of angioendothelial function.

Keywords acute coronary syndrome (ACS); unstable angina pectoris; Wenyang Huoxue Formula (Formula for warming yang and activating blood circulation); angioendothelial function

冠心病是当今致残与致死的常见病,急性冠状动脉综合征(ACS)为冠心病急症,病情复杂多变,治疗难度较大。温阳活血方是国医大师颜德馨教授在 70 余年的临床实践基础上研制而成。为进一步客观评价温阳活血方治疗 ACS 的临床疗效,我们采用随机、对照临床试验方法对 86 例患者的治疗结果进行评价,对其治疗机制进行初步探讨,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定。

西医诊断标准根据《不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》^[2]制定。

中医辨证分型标准参照文献^[1]中阳虚血瘀型标准。

1.2 纳入标准

西医诊断 ACS 不稳定型心绞痛者;中医辨证为胸痹阳虚血瘀证者;年龄 18~80 岁;签署知情同意书者。

1.3 排除标准

严重心力衰竭患者(射血分数 $<35\%$)、严重高血压未控制者;妊娠及哺乳期妇女,过敏体质者;准备施行 PTCA 或支架术者;胰岛素依赖性糖尿病患者;严重的肝肾功能损害及造血系统严重原发病、精神病患者;严重心律失常(快速心房颤动、心房扑动、阵发性室性心动过速)患者;近 2 周参加其他临床试验者。

1.4 剔除及脱落标准

未按规定服药,无法判定疗效或资料不全等影响疗效或安全性判定者。

1.5 一般资料

收集上海市第十人民医院中医科 2009 年 1 月至 2010 年 10 月住院患者 86 例。按随机数字表分成两组,中药温阳活血组(治疗组)42 例和常规西药组(对照组)44 例。治疗组中男 19 例,女 23 例;年龄 45~79 岁,平均 (70.07 ± 8.46) 岁;病程 1~10 年 34 例, >10 年 8 例,平均病程 (6.95 ± 6.73) 年;冠心病 32 例,高血压 27 例,脑梗死 12 例,糖尿病 7 例,甲状腺功能亢进 2 例,高脂血症 24 例,肾病 2 例,肿瘤 2 例。对照组中男 21 例,女 23 例,年龄 42~76 岁,平均 (68.75 ± 9.85) 岁;病程 1~10 年 35 例, >10 年 9 例,平均病程 (7.39 ± 6.84) 年;冠心病 32 例,高血压 29 例,脑梗死 13 例,糖尿病 12 例,高脂

血症 27 例,肾病 2 例,肿瘤 5 例。两组患者在性别、年龄、病程、发病诱因及合并疾病等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者均给予西药常规治疗:拜阿司匹灵片(德国拜耳公司,注册证号 H20080331)每次 100mg,每日 1 次;倍他乐克片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H32025390)每次 50mg,每日 1 次;新亚丹消片(上海新亚药业闵行有限公司,国药准字 H10960266)每次 20mg,每日 2 次;立普妥片(辉瑞制药有限公司,国药准字 H20070310)每次 20mg,每日 1 次。治疗组在常规西药治疗的同时,加用温阳活血方:(制)附子 5g,蒲黄 9g,赤芍 15g,白芍 15g,当归 9g,枳壳 6g,桔梗 6g,炙甘草 3g。气虚明显,气短、乏力者,加黄芪 15g,党参 15g;瘀阻心脉,胸痛剧烈者,加三七(粉),每次 2g 冲服,或加降香 3g;痰壅气滞,胸痛及背者,加瓜蒌 15g,薤白 9g,石菖蒲 9g;气阴两虚,口干苔少者,加麦冬 9g,五味子 5g。煎成 100ml 真空包装 2 袋,分 2 次早晚服。

两组患者均观察用药 4 周,随访 1 个月。

2.2 观察指标及方法

观察患者治疗前和治疗后 1 周、2 周、3 周、4 周的临床症状及相关的辅助检查结果。主要包括:①患者的一般资料、既往治疗情况。②临床症状、体征、中医证候等,并分别于入组前、治疗后第 1、2、3、4 周进行心绞痛证候、中医血瘀证证候、中医胸痹证证候量化测评^[1],症状积分为各单一证候积分之和。③实验室检查,包括:肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌红蛋白、肌钙蛋白、心电图、血栓素 B_2 (TXB₂) 和 6-酮-前列腺素 $F_{1\alpha}$ (6-keto-PGF_{1 α})等相关检查指标,治疗前后各 1 次。④安全性指标:包括一般体检项目、血常规、尿常规、肝功能、肾功能治疗前后各检查 1 次。

2.3 心电图疗效评定标准

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判定标准”制定^[3]。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计分析软件进行数据处理。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。符合正态分布的数据,计量资料组内前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验。计数资料两分类指

标采用四格表分析,多分类无序资料采用 $R \times C$ 列联表 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后症状量化测评比较

3.1.1 心绞痛症状及积分比较 表1示,治疗前两组患者心绞痛症状及积分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组心绞痛症状及积分与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组在降低心绞痛发作次数、持续时间、疼痛程

度、硝酸甘油用量及症状积分方面优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.1.2 胸痹症状及积分比较 表2示,治疗前两组患者胸痹症状及其积分差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组胸痹症状及积分与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组在减轻心悸、畏寒肢冷、气短乏力、面白唇淡及胸痹积分方面优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.1.3 血瘀证症状及积分比较 表3示,治疗前两

表1 两组患者治疗前及治疗后不同时间心绞痛症状与积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	发作次数 (次/周)	持续时间 (min/次)	疼痛程度 (分)	硝酸甘油用量 (片)	心绞痛积分 (分)
对照组	治疗前	44	3.71±1.21	3.71±1.12	3.71±1.20	3.08±1.71	14.46±4.33
	治疗后1周	44	3.41±1.03**	2.84±1.09**	3.12±1.26**	2.65±1.59**	11.68±3.96**
	治疗后2周	44	3.17±1.09**	2.82±1.17**	2.72±1.31**	2.34±1.76**	10.81±4.28**
	治疗后3周	44	2.72±1.14**	2.80±1.08**	2.71±1.30**	2.35±1.59**	10.73±4.16**
	治疗后4周	44	2.33±0.98**	2.71±1.14**	2.80±1.46**	2.20±1.63**	10.54±4.78**
治疗组	治疗前	42	3.92±1.27	3.53±1.25	3.74±1.20	2.25±1.45	12.95±3.95
	治疗后1周	42	3.03±1.10**	3.05±1.10**	2.93±1.01**	2.03±1.36*▲	11.45±3.17**
	治疗后2周	42	3.02±1.18**	2.62±0.94**	2.32±0.79**▲	2.02±1.25**	10.21±2.94**
	治疗后3周	42	3.14±1.18**	2.33±0.98**▲▲	2.01±0.82**▲▲	1.76±1.37**	8.81±3.33**▲
	治疗后4周	42	2.92±1.26**▲	2.02±0.82**▲▲	1.95±0.70**▲▲	1.25±1.46**▲▲	7.88±3.23**▲▲

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后同时间比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$;硝酸甘油每片含量为0.5mg

表2 两组患者治疗前及治疗后不同时间胸痹症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胸痛	胸闷	心悸	畏寒肢冷	气短乏力	面白唇淡	胸痹积分
对照组	治疗前	44	5.14±2.09	5.51±1.83	2.26±0.77	2.91±1.73	3.06±1.77	3.54±6.56	21.43±7.03
	治疗后1周	44	4.24±2.02**	4.52±2.06**	2.13±0.70*	2.83±1.72*	2.84±1.81**	2.43±1.65**	18.85±6.95**
	治疗后2周	44	3.94±1.85**	4.34±1.94**	2.06±0.76*	2.62±1.54**	2.62±1.67**	2.32±1.74**	17.71±6.79**
	治疗后3周	44	3.53±1.67**	3.91±1.60**	1.92±0.72*	2.52±1.44**	2.64±1.53**	2.27±1.68**	16.54±5.58**
	治疗后4周	44	3.35±1.96**	3.85±1.64**	1.90±0.83*	2.30±1.54**	2.52±1.62**	2.12±1.77**	15.95±6.40**
治疗组	治疗前	42	5.44±2.12	5.33±1.97	2.21±0.80	2.67±1.55	2.67±1.79	2.42±1.90	20.63±7.33
	治疗后1周	42	4.62±1.90**	4.52±1.68**	2.04±0.85**	2.05±1.29**▲	2.22±1.66**	2.44±1.90	17.52±6.31**
	治疗后2周	42	3.95±1.55**	4.51±1.68**	1.85±0.95**	1.73±1.13**▲▲	1.83±1.42**▲	1.74±1.32**	14.81±5.81**▲
	治疗后3周	42	3.41±1.42**	3.53±1.31**	1.67±0.91**▲	1.69±1.04**▲▲	1.65±1.31**▲▲	1.53±1.23**▲	13.25±5.36**▲▲
	治疗后4周	42	2.68±1.78**	3.37±1.11**	1.34±0.81**▲▲	1.41±0.99**▲▲	1.58±1.27**▲▲	1.47±1.19**▲	11.71±4.57**▲▲

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后同时间比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$

表3 两组患者治疗前及治疗后不同时间血瘀证症状与积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胸痛	舌质紫暗瘀斑	口唇齿龈紫暗	舌下脉络曲张	脉涩或结代	血瘀证积分
对照组	治疗前	44	5.44±2.08	3.73±0.83	3.46±1.27	3.36±1.63	2.08±1.77	18.36±6.32
	治疗后1周	44	4.33±2.20**	3.63±0.93**	3.34±1.24	3.24±1.50	2.06±1.34	17.18±5.21**
	治疗后2周	44	3.93±1.87**	3.34±1.04**	3.21±1.24**	3.09±1.43*	1.98±1.45	16.19±4.92**
	治疗后3周	44	3.72±1.84**	3.02±1.10**	2.98±1.18**	2.62±1.41**	1.64±1.51*	13.92±5.28**
	治疗后4周	44	3.71±1.83**	3.11±1.10**	2.71±1.22**	2.44±1.55**	1.33±1.60**	12.75±5.80**
治疗组	治疗前	42	5.53±1.86	3.84±1.10	3.36±0.97	3.26±1.68	1.32±1.67	17.68±7.51
	治疗后1周	42	4.52±1.78**	3.12±1.41**	3.03±1.01**	2.73±1.57**▲	1.08±1.47**	14.55±6.51**▲▲
	治疗后2周	42	3.84±1.49**	2.71±1.23**▲	2.65±0.94**▲	2.36±1.46**▲▲	0.86±1.31**	11.36±5.05**▲▲
	治疗后3周	42	3.67±1.52**	2.24±1.23**▲▲	2.27±0.55**▲▲	1.78±1.32**▲▲	0.47±0.98**	8.37±4.24**▲▲
	治疗后4周	42	3.13±1.55**	1.76±1.29**▲▲	1.98±0.70**▲▲	1.13±1.28**▲▲	0.34±0.93**	6.26±3.65**▲▲

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后同时间比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$

组患者血瘀证症状及其积分差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后两组患者血瘀证症状及其积分与治疗前比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组在降低舌质紫暗瘀斑、口唇齿龈紫暗、舌下脉络曲张及血瘀证积分方面优于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.2 两组患者心电图疗效比较

表 4 示,治疗前后两组患者心电图 12 导联中 ST 段下降导联数 (NST) 及 ST 段压低数值总和 (Σ ST) 比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 4 两组患者治疗前后心电图疗效比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	NST(个)	Σ ST(mm)
对照组	治疗前	44	4.47 $\pm$ 1.32	0.31 $\pm$ 0.10
	治疗后	44	2.13 $\pm$ 1.07	0.15 $\pm$ 0.08
治疗组	治疗前	42	4.38 $\pm$ 1.29	0.31 $\pm$ 0.10
	治疗后	42	2.08 $\pm$ 1.05	0.15 $\pm$ 0.08

3.3 两组患者治疗前后肌红蛋白、肌钙蛋白和 CK-MB 水平比较

表 5 示,治疗前两组患者肌红蛋白、肌钙蛋白和 CK-MB 水平差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后对照组肌红蛋白、肌钙蛋白和 CK-MB 水平与治疗前比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗组肌钙蛋白和 CK-MB 水平与治疗前比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),而肌红蛋白水平较治疗前降低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组治疗后各指标比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 5 两组患者治疗前后肌红蛋白、肌钙蛋白及 CK-MB 水平比较 (ng/ml, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	肌红蛋白	肌钙蛋白	CK-MB
对照组	治疗前	44	41.92 $\pm$ 15.86	0.02 $\pm$ 0.07	6.02 $\pm$ 3.74
	治疗后	44	41.25 $\pm$ 17.60	0.01 $\pm$ 0.02	6.31 $\pm$ 2.86
治疗组	治疗前	42	49.84 $\pm$ 13.15	0.01 $\pm$ 0.01	5.05 $\pm$ 3.53
	治疗后	42	31.63 $\pm$ 10.22*	0.01 $\pm$ 0.02	4.92 $\pm$ 3.00

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$

3.4 两组患者治疗前后 TXB₂ 和 6-keto-PGF_{1 α} 比较

表 6 示,治疗前两组患者 TXB₂、6-keto-PGF_{1 α} 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后对照组 TXB₂、6-keto-PGF_{1 α} 水平与治疗前比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后治疗组 TXB₂、6-keto-PGF_{1 α} 水平与治疗前比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),且治疗组在降低 TXB₂ 水平及升高 6-keto-PGF_{1 α} 水平方面优于对照组 ($P<0.05$)。

3.5 安全性及不良事件评价

治疗过程中,治疗组及对照组均未见明显不适反应,随访心率、心律、血压未见药物性异常变化;治疗后血常规、尿常规、肝功能、肾功能水平等方面与治疗前比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 6 两组患者治疗前后 TXB₂ 和 6-keto-PGF_{1 α} 比较 (pg/ml, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	TXB ₂	6-keto-PGF _{1α}
对照组	治疗前	44	69.49 $\pm$ 25.36	47.89 $\pm$ 15.12
	治疗后	44	67.32 $\pm$ 34.48	48.04 $\pm$ 26.72
治疗组	治疗前	42	70.05 $\pm$ 34.30	49.72 $\pm$ 19.27
	治疗后	42	65.51 $\pm$ 28.38*▲	56.30 $\pm$ 21.22*▲

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ▲ $P<0.05$

4 讨论

ACS 属于中医学“胸痹”、“心痛”、“真心痛”范畴。中医学认为,ACS 是一种本虚标实、虚实夹杂的疾病,气滞、血瘀、痰浊、寒凝、正气不足是其主要发病因素,其病位在心,但心与肺、肝、脾、肾关系密切,五脏功能失调会影响到心主血脉之功能,导致气血运行不畅,不通则痛。《金匱要略》云:“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。”所谓“阳微”,是指上焦阳虚;“阴弦”是指阴寒太甚。上焦阳虚,则必有心气悸动,温煦不力,心不主血再加阴寒凝滞血脉,必有瘀血产生。《医门法律》云:“胸痹总因阳虚,故阴得乘之。”阐明了本病与脏腑虚损、气血阴阳不足有关。国医大师颜德馨教授认为本病的基本病机是阳虚血瘀,治疗原则主要为温阳、调气、化痰^[4]。

温阳活血方中,(制)附子为君,当归、赤芍、白芍、蒲黄为臣,共行温阳活血之功效;佐以枳壳、桔梗兼顾气分,开宣气机,取“气行则血行”之意;伍炙甘草调和诸药,同时可制附子之毒。全方共奏温阳活血、理气化痰之功,集中体现了颜德馨教授 ACS 之阳虚血瘀,治疗上取气血平衡之观点。

本研究根据中医辨证分型标准,通过观察中医临床症状、体征、中医证候等。分别对心绞痛证候、中医血瘀证证候、中医胸痹证证候进行量化测评。从单一中医证候的改善程度及各证型症状积分来看,治疗组总体疗效明显优于对照组。基于现代医学对 ACS 的认识,其病理生理机制是冠状动脉粥样斑块破裂、血栓形成。内皮功能障碍(ED)贯穿于动脉粥样硬化及冠心病发生发展的全过程,尤其在斑块破裂过程中起重要作用。逆转失调的内皮功能是

治疗心血管疾病的有效途径。前列环素(PGI₂)产生于血管内皮细胞,能扩张血管,抑制血小板聚集^[5];血栓素 A₂(TXA₂)产生于血小板,能收缩血管,促进血小板的聚集^[6],减少冠状动脉血流量,可导致心肌缺血。TXA₂和 PGI₂在血液中可迅速降解为 TXB₂和 6-keto-PGF_{1α}。本研究检测血液中的稳定代谢产物 TXB₂和 6-keto-PGF_{1α},结果表明,温阳活血方能升高 6-keto-PGF_{1α},降低 TXB₂。提示温阳活血方通过逆转失调的阳虚血瘀型 ACS 血管内皮功能,从而防治 ACS。在安全性方面,本研究在治疗过程及随访中,均未发现治疗组患者心率、心律、血压的药物性异常变化及血常规、尿常规、肝功能、肾功能的改变,提示温阳活血方是治疗 ACS 的一种安全有效的药物。

参考文献

[1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:

中国医药科技出版社,2002:171-173.

[2]中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(4):295.

[3]陈可冀.心脑血管疾病研究[M].上海:上海科学技术出版社,1988:318-319.

[4]王昀,颜麒麟,孔令越,等.颜德馨教授应用温阳法治疗心血管疾病经验介绍[J].新中医,2005,37(12):17-18.

[5]Tada M, Kuzuya T, Inoue M, et al. Elevation of thromboxane B₂ levels in patients with classic and variant angina Pectoris [J]. Circulation, 1981, 64(6): 1107-1115.

[6]Sereneri GG, Masotti G, Poggesi L, et al. Reduced prostacyclin production in patients with different manifestations of ischemic heart disease [J]. Am J Cardiol, 1982, 49(5): 1464-1451.

(收稿日期:2011-03-29;修回日期:2011-10-30)

[编辑:叶晨]

欢迎邮购《一选方治验实录》

在浩瀚的中医典籍中,有方名的古方数以十万计。为了汰芜存菁,借鉴古今医家的经验,为现代临床服务,作者在长期从事中医方药文献研究和临床诊疗工作的基础上,在完成“中医古方筛选方案和利用研究”课题研究的基础上,经过深入发掘,编纂完成《一选方治验实录》(上下册)。本书以有验案资证作为筛选古方的重要条件,结合古方其他价值特征,从近 10 万首方剂中,筛选出 583 首古方及其相关验案 5500 余则。这些优选出的古方,既不乏传世名方,也有相当一部分以往未被方剂学教材或方剂选本收录过的“新面孔”。从 10 万首方中最终优选出 500 余首方,其比例约为 200 选 1;又鉴于治验记录是本书的主要内容,故名为《一选方治验实录》。

全书分上、下两册,上册收录汉唐方(张仲景方、晋唐方),下册收录宋元明清方(宋元方、明清方),编次以方为纲,医案为目,每一方剂又分方源记载和治验实录(分为中医病证医案、西医病症医案)两部分。书末附有方名索引、中医病证索引、西医病症索引和引用书目,方便读者检索。

本书汇集古今文献,资料丰富,拥有本书,就如同跟随古今名医侍诊,通过品读古方所附的具体病例,领悟出该方的适应证和用法秘诀,可大大提高中医治病的疗效。本书是中医各科临床医生提高临床疗效必备的案头书,又可为各中药生产厂家研发新药提供借鉴。

《一选方治验实录》(上下册),为 16 开精装本,1584 页,已由人民卫生出版社于 2011 年 1 月出版。上册定价 99 元,下册定价 108 元,全套 207 元。邮购汇款地址:北京市东直门南小街 16 号中医杂志社医海林音像书店;邮政编码:100700;联系电话:(010)64013162,(010)64014411 转 3053。请在汇款附言中注明所购书名、上下册或全套及数量,邮购单册需加邮费 10 元,全套及 2 册以上免邮费。欢迎邮购。

欢迎订阅 2012 年《中医杂志》

《中医杂志》是由中华中医药学会和中国中医科学院联合主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主,兼顾普及”的办方针,是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级医药期刊,是中国中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊。2009 年被中国期刊协会评为“新中国 60 年有影响力的期刊”。2011 年获国家新闻出版政府奖期刊奖提名奖,并且是唯一获此荣誉的中医类期刊。被国内外多种检索系统收录。《中医杂志》英文版 2010 年起被列为美国《科学引文索引(扩展库)》(SCI-E)来源期刊。本刊主要栏目中“当代名医”和“临证心得”分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验;“临床研究”、“临床报道”介绍中医药治疗的新方法、新成果;“临床解惑”回答读者遇到的各类疑难问题。此外,还辟有学术探讨、思路与方法、方法学与临床评价、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目,可掌握最新信息与治疗方法,成为学习中医药、研究中医药,不断提高临床及研究水平的良师益友。

2012 年《中医杂志》为半月刊,每月 2 日和 17 日出版。每期 9.80 元,为大 16 开本。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续(邮发代号:2-698),也可以与本刊读者服务部联系邮购,邮购免邮费。电话:010-64014411 转 3036/3041。国外发行:中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱,邮编:100044,代号:M140)。

本社地址:北京市东直门内南小街 16 号,邮编:100700,电话:010-64035632。网址:<http://www.jcm.net.cn>