

规 律

引用:王骁腾,刘芳,刘晶晶,洪军.基于以方测证探究国医大师沈宝藩治疗冠心病的证素及用药规律[J].中医药导报,2026,32(2):188-191,233.

基于以方测证探究国医大师沈宝藩治疗冠心病的证素及用药规律*

王骁腾,刘芳,刘晶晶,洪军

(新疆医科大学附属中医医院,新疆 乌鲁木齐 830000)

[摘要] 目的:通过数据分析总结国医大师沈宝藩治疗冠心病的证素及用药规律。方法:使用R-4.1.2软件,采用聚类分析、关联规则分析和频数分析等方法,探究方药功效形成的证素分布及其与症状、处方用药的关联性。结果:主要证素为气虚、血瘀、阴虚、痰浊、气滞。证型包括气阴两虚证(42.6%)、气虚血瘀证(26.1%)、痰阻血瘀证(19.5%)和气滞血瘀证(11.8%)。常见症状如胸闷、胸痛、纳差、夜寐差、气短、口干多饮、肢体关节不适、心慌等与气阴两虚证、气虚血瘀证、痰阻血瘀证密切相关。常用中药包括川芎、丹参、当归、陈皮、红花、葛根、太子参、郁金、生地黄、炙甘草、瓜蒌皮、枳壳、炒麦芽、北沙参、黄芪。结论:沈宝藩治疗冠心病的主要证素为气虚、血瘀、阴虚、痰浊、气滞,主要证型为气阴两虚证和气虚血瘀证,用药以活血、祛痰、益气、滋阴为主,体现了“痰瘀同源”“痰瘀同病”“痰瘀同治”的学术思想。

[关键词] 冠心病;数据挖掘;证素;用药规律;沈宝藩

[中图分类号] R256.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2026)02-0188-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.02.032

Exploration of the Syndrome Elements and Medication Rules of National Master of Chinese Medicine SHEN Baofan in Treating Coronary Heart Disease Based on Syndrome Differentiation by Prescriptions

WANG Xiaoteng, LIU Fang, LIU Jingjing, HONG Jun

(Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Medical University,

Urumqi Xinjiang 830000, China)

[Abstract] Objective: To summarize the syndrome elements and medication rules of National Master of Chinese Medicine SHEN Baofan in the treatment of coronary heart disease (CHD) through data analysis. Methods: R-4.1.2 software was used to explore the distribution of syndrome elements formed by the efficacy of prescriptions and their correlation with symptoms and prescription medications by means of cluster analysis, association rule analysis and frequency analysis. Results: The main syndrome elements were Qi deficiency, blood stasis, Yin deficiency, phlegm-dampness, and Qi stagnation. The syndrome types included Qi-Yin deficiency syndrome (42.6%), Qi deficiency and blood stasis syndrome (26.1%), phlegm obstruction and blood stasis syndrome (19.5%) and Qi stagnation and blood stasis syndrome (11.8%). Common symptoms such as chest tightness, chest pain, poor appetite, poor night sleep, shortness of breath, dry mouth and polydipsia, limb and joint discomfort, and palpitation were closely related to Qi-Yin deficiency syndrome, Qi deficiency and blood stasis syndrome, and phlegm obstruction of blood stasis syndrome. The commonly used Chinese medicines included Chuanxiong (Chuanxiong Rhizoma), Danshen (Salviae Miltiorrhizae Radix), Danggui (Angelicae Sinensis Radix), Chenpi (Citri Reticulatae Pericarpium), Honghua (Carthami Flos), Gegen (Puerariae Radix), Taizishen (Pseudostellariae Radix), Yujin (Curcumae Radix), Shengdihuang (Rehmanniae Radix Exsiccata seu Recens), Zhigancao (Glycyrrhizae Radix cum Liquido Fricta), Gualoupi (Trichosanthis Pericarpium), Zhiqiao (Aurantii Fructus), Chaomaiya (Hordei Fructus Germinatus Frictus), Beishashen (Glehniae Radix) and Huangqi (Astragali Radix). Conclusion: The main syndrome

*基金项目:国家中医药管理局“国医大师沈宝藩传承工作室建设项目”(国中医药办人教函[2022]92号);国医大师沈宝藩工作室建设项目(新中民医药办科函[2018]4号);新疆医科大学附属中医医院院级课题(ZYY2020MY01)

通信作者:洪军,女,主任医师,研究方向为心脑血管疾病的中西医研究及名老中医经验传承研究

elements of SHEN Baofan's treatment of CHD are Qi deficiency, blood stasis, Yin deficiency, phlegm turbidity and Qi stagnation, and the main syndrome types are Qi-Yin deficiency syndrome and Qi deficiency and blood stasis syndrome. The medication is mainly based on activating blood circulation, eliminating phlegm, tonifying Qi and nourishing Yin, which reflects his academic thoughts of "phlegm and blood stasis are the same source", "phlegm and blood are the same disease", and "phlegm and blood are treated simultaneously".

[Keywords] coronary heart disease; data mining; syndrome elements; medication rules; SHEN Baofan

冠心病,是指冠状动脉因粥样硬化或血管痉挛导致管腔狭窄或阻塞,进而影响心脏的血液供应,引发心肌缺氧。这种状况会导致胸痛、心跳不规律和呼吸困难等症状。在中医学理论中,这些症状被归类为“胸痹”“心痛”或“真心痛”^[1]。随着现代社会生活方式和饮食结构的改变,冠心病的患病人数日益增多,目前我国已达到1 139万人^[2],其病死率在全球范围内均呈现出上升趋势^[3-4]。该病常伴有心律失常和心功能降低,从而导致患者生活质量严重降低。现代医学治疗冠心病以药物治疗和血运重建为主^[5],但存在药物不良反应多,经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或冠状动脉旁路移植术(CABG)治疗后靶血管或桥血管再狭窄的风险^[6-7]。相比之下,中医药则有着整体观念和综合疗效的优势,强调整体出发,通过多靶点、多途径的调节作用,以达到治疗目的,因而在医疗领域备受瞩目。

证素是证型的基本构成要素^[8],能够概括疾病当前阶段的病理特征,通常通过症状、舌象和脉象等信息推断得出。名老中医的临证用药,可充分展现其对疾病的独到见解和诊疗思路,这有助于准确提炼证素,并促进其学术经验的传承。通过数据挖掘技术分析证素的分布规律,可以更为客观地揭示证型的构成特点。

沈宝藩教授为第三届国医大师,在中医和中西医结合领域从事诊疗工作60余年,兼具中西医知识,勇于实践,积累了丰富的临床、教学和科研经验,尤其在老年心脑血管疾病的诊治方面具有独特见解。沈宝藩教授认为,胸痹心痛的病理变化主要表现为本虚标实,虚实兼夹,本虚以正气虚弱为主,标实则主要表现为痰浊和血瘀,二者相互影响。痰浊阻塞脉道会导致血液停滞形成瘀血,而瘀血积聚则会使津液难以运行,进一步形成痰浊。因此,在治疗胸痹心痛时,应注重气血的畅通,将痰瘀同治法贯穿于治疗始终^[9]。他所提出的“痰瘀同源”“痰瘀同病”“痰瘀同治”的理论^[10-11],已在多年的临床实践中得到印证,并取得了显著效果。本研究旨在通过数据挖掘,探究冠心病的证素分布特征,提炼沈宝藩教授诊疗方案的核心要素,总结其辨证用药特点及规律,构建学术思想的理论框架,为中医药治疗心脑血管疾病的理论创新和临床实践提供可靠的循证依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源 研究样本来源于2022年2月至2024年8月期间,在新疆医科大学附属中医医院门诊就医,由国医大师沈宝藩教授亲自诊治的329例冠心病患者的病历处方。

1.2 病历筛选 参照2018年冠心病合理用药指南(第2版)^[12],

筛选出明确诊断为冠心病的病历处方。纳入标准:(1)冠心病作为第一诊断的病历;(2)病历资料完整,包括基本信息、临床症状及处方用药。排除标准:(1)病历资料不完整;(2)合并其他系统严重疾病;(3)未按医嘱用药;(4)中途更换药物;(5)因严重药物相关不良反应停药。经沈宝藩教授的两位学术传承人(均为副主任医师及以上职称)审定,依据纳入与排除标准,最终选取了329则病历作为研究对象。

1.3 术语规范 按《中华人民共和国药典》^[13]进行中药名称规范化处理。

1.4 资料提取 (1)数据录入。将沈宝藩教授门诊收集的病历资料输入R-4.1.2软件,数据库涵盖患者基本信息、临床表现、舌苔脉象及处方用药等内容。由两名硕士研究生分别录入数据,并进行交叉验证以保证准确性。(2)证素提取。本研究采用数据挖掘技术,以《中药学》^[14]和《中华人民共和国药典》为参考标准,将处方中的中药按功效进行分类。例如:将当归和丹参归类为活血通络药,所对应的证素为血瘀;黄芪和党参归类为补气药,所对应的证素为气虚。这一分类过程由沈宝藩教授的学术继承人(均为副主任医师及以上职称)根据其学术思想和临证用药经验进行规范标准化整理。所有证素数据录入R-4.1.2软件中进行数据分析。设定药物类别判定标准为:当单张处方中出现同类药物 ≥ 2 味时,软件自动识别并标记相关证候要素。基于此量化分析方法,最终提取出329份处方所对应的全部证素。

1.5 统计学方法 在Excel中运用频数统计的方法,对证素、症状、舌脉及中药使用情况进行频数和频率的初步分析。进而利用R-4.1.2软件对所得数据进行整理与分析,并通过聚类分析方法探讨各证素之间的聚类关系。

2 结果

2.1 基线资料 本研究共入选患者329例,其中男性215例,女性114例,年龄为(60.45±8.42)岁,病程为(3.15±0.61)年。

2.2 证素的频数分析 对全部处方进行统计后,共提取出5个核心证素,累计出现698次。按出现频率由高到低排序,依次为气虚、血瘀、阴虚、痰浊和气滞。(见表1)

表1 证素的频数分析

证素	频数	频率/%
气虚	266	80.55
血瘀	189	57.45
阴虚	140	42.55
痰浊	64	19.45
气滞	39	11.85

2.2 证素的聚类分析 通过聚类分析方法,对这5种证素进行分类研究,结果可划分为2个类别:第一类包括气虚和阴虚,第二类包括血瘀、痰浊和气滞。基于这一聚类结果,进一步归纳出4种证型及其分布情况。其中,气阴两虚证的出现频率最高,占总数的42.6%,涉及140份处方;其次是气虚血瘀证,占比26.1%,对应86份处方;痰阻血瘀证占比19.5%,涉及64份处方;而气滞血瘀证的出现频率最低,仅为11.8%,对应39份处方。(见图1)

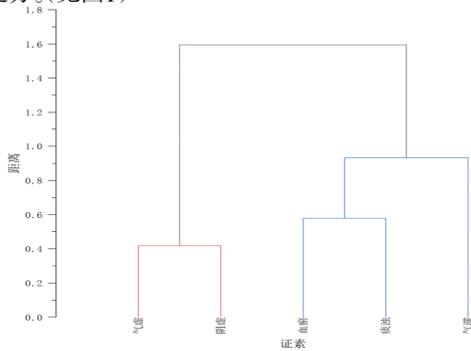


图1 证素的聚类分析

2.3 证型与症状的关联分析 根据表2的数据分析,胸闷、胸痛、纳差、夜寐差、气短、口干多饮、肢体关节不适及心慌等症状与气阴两虚证、气虚血瘀证与痰阻血瘀证三者之间存在明显的相关性。(见表2)

表2 证型与症状关联分析

主症	证型	支持度/%	置信度/%	频数
胸痛	痰阻血瘀	17.02	25.11	56
	气阴两虚	20.97	30.94	69
	气虚血瘀	18.84	27.80	62
胸闷	痰阻血瘀	18.84	22.96	62
	气阴两虚	32.52	39.63	107
	气虚血瘀	23.40	28.52	77
肢体关节不适	气阴两虚	11.55	46.91	38
	气虚血瘀	7.60	30.86	25
夜寐差	气阴两虚	22.49	64.35	74
心慌	气阴两虚	16.41	70.13	54
小便频数	痰阻血瘀	3.95	41.94	13
	气阴两虚	3.34	35.48	11
头晕头痛	气阴两虚	12.46	87.23	41
气短	气阴两虚	10.33	39.53	34
纳差	气虚血瘀	5.78	22.09	19
	气阴两虚	20.97	40.35	69
口干多饮	气虚血瘀	16.11	30.99	53
	气阴两虚	20.36	79.76	67
口干不欲饮	痰阻血瘀	5.47	69.23	18
腹胀	痰阻血瘀	3.34	28.95	11
反酸	气阴两虚	6.38	60.00	21
多汗	气阴两虚	4.86	55.17	16
大便溏泻	气阴两虚	3.65	50.00	12
大便干结	痰阻血瘀	3.34	20.37	11
	气阴两虚	6.38	38.89	21
	气虚血瘀	5.47	33.33	18

2.4 用药规律分析

2.4.1 对329份处方的用药规律分析 结果显示,共计使用了106种不同的中药,平均每份处方包含约14味中药。出现频次排名前15的中药依次为:川芎、丹参、当归、陈皮、红花、葛根、太子参、郁金、生地黄、炙甘草、瓜蒌皮、枳壳、炒麦芽、北沙参和黄芪。(见图2)

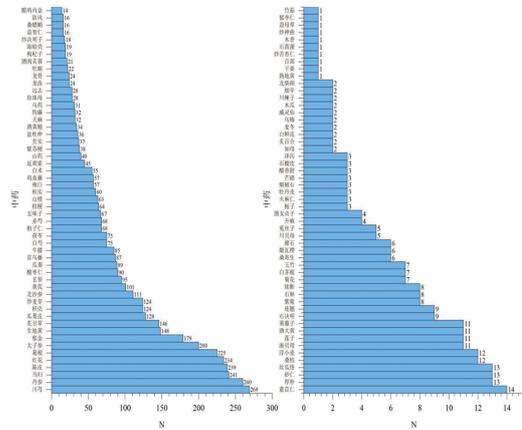


图2 药物分布图

2.4.2 4种证型用药规律分析 通过对不同证型的用药规律分析,总结出各证型的常用中药如下。气虚血瘀证:常用药物包括葛根、当归、丹参、川芎、红花、炙甘草、郁金、陈皮、黄芪和生地黄;气阴两虚证:常用药物为陈皮、丹参、川芎、太子参、当归、葛根、红花、生地黄、首乌藤和北沙参;气滞血瘀证:常用药物有川芎、红花、丹参、郁金、延胡索、陈皮、当归、葛根、瓜蒌皮和太子参;痰阻血瘀证:常用药物包括川芎、红花、丹参、薤白、当归、瓜蒌、陈皮、葛根、郁金和太子参。(见表3)

表3 不同中医证型常用药分布(前20位)

气虚血瘀证(处方=86)		气阴两虚证(处方=140)		气滞血瘀证(处方=39)		痰阻血瘀证(处方=64)	
中药	n 频率/%	中药	n 频率/%	中药	n 频率/%	中药	n 频率/%
葛根	75 87.21	陈皮	112 80.00	川芎	33 84.62	川芎	63 98.44
当归	70 81.40	丹参	103 73.57	红花	32 82.05	红花	59 92.19
丹参	70 81.40	川芎	103 73.57	丹参	31 79.49	丹参	56 87.50
川芎	70 81.40	太子参	102 72.86	郁金	29 74.36	薤白	55 85.94
红花	64 74.42	当归	93 66.43	延胡索	29 74.36	当归	51 79.69
炙甘草	64 74.42	葛根	84 60.00	陈皮	28 71.79	瓜蒌	46 71.88
郁金	57 66.28	红花	79 56.43	当归	27 69.23	陈皮	46 71.88
陈皮	53 61.63	生地黄	64 45.76	葛根	23 58.97	葛根	43 67.19
黄芪	48 55.81	首乌藤	63 45.00	瓜蒌皮	21 53.85	郁金	43 67.19
生地黄	48 55.81	北沙参	63 45.00	太子参	21 53.85	太子参	35 54.69
瓜蒌皮	44 51.16	酸枣仁	59 42.14	炒麦芽	17 43.59	黄芪	31 48.44
太子参	42 48.84	玄参	56 40.00	炙甘草	16 41.03	枳壳	29 45.31
炒麦芽	41 47.67	炒麦芽	51 36.43	枳壳	14 35.90	生地黄	29 45.31
白术	32 37.21	郁金	50 35.71	酸枣仁	12 30.77	炙甘草	25 39.06
枳壳	31 36.05	柏子仁	50 35.71	北沙参	12 30.77	桔梗	20 31.25
茯苓	29 33.72	枳壳	50 35.71	首乌藤	11 28.21	山楂	20 31.25
桔梗	24 27.91	牛膝	50 35.71	瓜蒌	11 28.21	瓜蒌皮	16 25.00
鸡血藤	24 27.91	瓜蒌皮	47 33.57	玄参	11 28.21	北沙参	16 25.00
玄参	22 25.58	白芍	46 32.86	茯苓	11 28.21	炒麦芽	15 23.44
北沙参	20 23.26	五味子	46 32.86	白芍	10 25.64	枳实	14 21.88

3 讨 论

3.1 发病机制 根据表1的数据分析,主要证素为气虚、血瘀、阴虚、痰浊和气滞,其中气虚和血瘀的频率最高,合计占比65.18%。阴虚和痰浊分别占20.06%和9.17%,而气滞占比最低,为5.59%。这一分布表明,气虚和血瘀是临床中最常见的证素,同时也反映了沈教授对冠心病病因病机的核心观点,即气虚血瘀是主要病机,而阴虚、痰浊和气滞则为次要或兼夹因素。从图1的聚类分析结果可见,证素被归纳为4种证型:气阴两虚证(42.6%)、气虚血瘀证(26.1%)、痰阻血瘀证(19.5%)和气滞血瘀证(11.8%)。这一分析表明,气阴两虚证和气虚血瘀证是冠心病的主要证型,进一步证实了气虚与血瘀在疾病发生和发展中的主导地位。

《黄帝内经》中提到“年逾四十,阴气自半矣”,揭示了人体随着年龄增长而出现的生理变化。冠心病患者多为中老年人,脏腑功能渐衰,气血亏虚,心失所养,运血乏力,而致瘀血内生,痹阻心脉。同时,津液输布失调形成痰浊,痰瘀互结,进一步瘀阻心脉,最终引发胸痹。此类患者通常病史较长,心痛反复发作,难以痊愈。邪气久留体内,进一步耗伤正气,使虚证更加显著。由此可见,冠心病的本质为本虚标实,正气虚弱为其根本,痰瘀互结为其表象^[5]。

人体的五脏功能与气血津液的生成、输送及调节密切相关。沈宝藩教授认为,随着年龄的增长,人体五脏的功能逐渐减弱,气血津液的生成、血液循环的调节及水液输送功能也随之减弱。气血运行不畅容易导致血瘀,而水液输送失调则容易引发痰湿。痰与瘀相互影响,互为因果,痰浊阻塞脉道会导致血液循环不畅而形成瘀血,瘀血停滞在脉道中又会影响到津液的输送,进而聚集成痰湿。历代医家对痰瘀在发病中的内在联系也有相关论述。张仲景在治疗此病时非常重视痰浊,从瓜蒌薤白白酒汤^[6]、瓜蒌薤白半夏汤^[7]等方剂中可以看出,痰浊的产生可能是由于瘀血内停,津液运行不畅,停滞不去所致。由此可见,瘀血的形成过程往往伴随着痰浊的产生,而痰凝不散也会进一步加重血瘀。沈宝藩教授通过对冠心病患者舌象、脉象的长期观察,发现冠心病与血瘀、痰浊之间存在密切联系^[8],并提出了“痰瘀同病”的观点,主张采用“痰瘀同治”的方法进行治疗,自拟了心痛宁方、加味心痛宁方、养心通络汤等方剂,以促进经络通畅,气血调达。其观点逐渐发展为“痰瘀同源”“痰瘀同病”“痰瘀同治”的完整理论体系,形成了独特的辨证论治方法,为冠心病的治疗提供了关键的理论基础与实际指导意义。此前,庄震刊等^[9]研究证实,冠心病患者的证型分布前三位为脾肾两虚、心肾不足、气滞血瘀,认为气虚是冠心病的核心病机,认为治疗需以补气养心为主,兼以活血祛瘀化痰。本研究结果观点与其一致。

3.2 用药经验 从图1可见,处方证素主要聚集成4类:气阴两虚、气虚血瘀、痰阻血瘀及气滞血瘀。通过对各证型与症状的关联规则分析,可以识别出冠心病不同证型的典型症状。除了常见的胸闷和胸痛外,气阴两虚证常伴有心悸、头晕、头痛、口渴、多汗、食欲不振和睡眠障碍;气虚血瘀证则多见呼吸短促、关节不适、食欲减退和便秘;痰阻血瘀证可能表现为口干但不欲饮水、腹部胀满和便秘。这些发现有助于明确辨证的

关键点,进而更有效地指导临床治疗。

图2展示了使用频率最高的15味中药,包括川芎、丹参、当归、陈皮、红花、葛根、太子参、郁金、生地黄、炙甘草、瓜蒌皮、枳壳、炒麦芽、北沙参和黄芪。这些药物与沈教授治疗冠心病的经验方高度一致。例如,其经验方“养心通络汤”由当归、丹参、红花、川芎、黄芪、葛根、生地黄、瓜蒌、薤白等组成^[9]。其中,当归、丹参、红花、川芎具有养血活血、通络的功效;黄芪、葛根、生地黄则益气养阴;瓜蒌、薤白宣痹化痰、通络。诸药合用,旨在祛瘀化痰、益气养阴。表3进一步表明,尽管不同证型的中药选择存在差异,但均以活血化痰药、补气药、养阴药和行气药为主,体现了针对冠心病气虚血瘀病机的治疗理念。沈宝藩教授认为,气虚血瘀为冠心病的核心病机,在临床治疗常从活血、祛瘀、益气、养阴4个方面入手,并在经验方的基础上根据具体证型灵活调整。例如:气虚明显者可加黄芪、党参、白术等;阴虚显著者可加太子参、麦冬、玄参、沙参、生地黄等;血瘀疼痛剧烈者可选用蒲黄、五灵脂、乳香等;痰湿甚者加茯苓、半夏、石菖蒲、远志等;痰热甚者重用瓜蒌,加郁金、竹茹等。也有研究^[21]总结唐蜀华治疗冠心病的用药规律,其使用的排名居前10位的中药依次为丹参、川芎、赤芍、红花、刺五加、瓜蒌皮、绞股蓝、炙黄芪、麦冬、五味子。何金丽等^[22]对于冠心病临床用药规律研究结果显示,前3味依次为甘草、瓜蒌、薤白。上述研究与本研究用药相比存在一定重合。

沈宝藩教授主张,冠心病的治疗应以“痰瘀同治”为核心,并需辨明标本虚实。冠心病病程迁延,易耗损正气,常表现为本虚标实之象。在急性发作期,治疗时应注重攻邪而不伤正,中病即止;当病情平稳后,则需辅以扶正固本之法。针对久病体虚者,治疗重点应放在扶助正气上,依据具体证型灵活选用温阳益气或滋阴补血类药物,并配合具有益气养血通络功效的活血药物,化痰药物则多选用健脾化痰或清润化痰之品。活血药物包括凉血祛瘀、破血消瘀、温经活血、益气通络、养血活血等类别;祛痰药则包括涤痰开窍、清化热痰、温化寒痰、润燥化痰、健脾化痰等类别。在临床应用时需根据具体证候辨证选用。此外,沈宝藩教授特别重视理气药物的配伍使用,认为合理运用理气药可显著增强化痰祛瘀的疗效。这一观点源于“气为血帅”的理论基础,气机运行正常则血行通畅,而气滞或气虚均可导致津液代谢障碍,进而形成痰湿。痰瘀二者既可相互转化,又可相互胶结,因此在治疗痰瘀互结证时,调理气机显得尤为重要。通过疏通气机,可促进瘀血消散、痰湿化解,从而显著提升临床疗效。

参考文献

- [1] 李逸豪,张一颖,杜昱,等.冠心病古方药证特点分析[J].中华中医药学刊,2022,40(6):74-76.
- [2] 国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2023概要[J].中国循环杂志,2024,39(7):625-660.
- [3] VIRANI S S, ALONSO A, BENJAMIN E J, et al. Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2020, 141(9):e139-e596.

(下转第233页)

- 别诊断中的应用价值分析[J].中国现代药物应用,2023,17(8):59-61.
- [13] HUGOT J P, CHAMAILLARD M, ZOUALI H, et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease[J]. Nature,2001,411(6837):599-603.
- [14] CADWELL K, LIU J Y, BROWN S L, et al. A key role for autophagy and the autophagy gene Atg16l1 in mouse and human intestinal Paneth cells[J]. Nature,2008,456(7219):259-263.
- [15] LIU J Z, VAN SOMMEREN S, HUANG H L, et al. Association analyses identify 38 susceptibility loci for inflammatory bowel disease and highlight shared genetic risk across populations[J]. Nat Genet,2015,47(9):979-986.
- [16] JOSTINS L, RIPKE S, WEERSMA R K, et al. Host-microbe interactions have shaped the genetic architecture of inflammatory bowel disease[J]. Nature,2012,491(7422):119-124.
- [17] 曹芝君,陆君涛.炎症性肠病肠外表现的发病机制和处理原则[J].内科理论与实践,2025,20(2):112-119.
- [18] 杨维肖,李毅,李荣荣,等.四君子汤治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].中医药导报,2021,27(2):92-96,100.
- [19] 高倩茹.参苓白术散基于肠道菌群改善炎症性肠病药效机制研究[D].武汉:湖北中医药大学,2024.
- [20] 叶天士.本草经解[M].张森,伍悦,点校.北京:学苑出版社,2011.
- [21] 李辽飞,王小嘉,张玉峰.痛泻要方治疗消化系统疾病的临床运用及作用机制研究进展[J].世界中西医结合杂志,2024,19(9):1905-1908.
- [22] 苏晓路,董弛,张静,等.溃疡性结肠炎临床病理特点及鉴别诊断[J].生物医学转化,2022,3(2):66-74.
- [23] 杨雄,汤晓娟,任舒力,等.基于“暴注下迫,皆属于热”探讨名中医何永恒从热论治炎症性肠病临床经验[J].陕西中医,2025,46(2):241-244,249.
- [24] 刘如秀.刘志明医案精解[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [25] ROGLER G. Chronic ulcerative colitis and colorectal cancer[J]. Cancer Lett,2014,345(2):235-241.
- [26] 刘洋,赵平武,何运胜,等.克罗恩病中西医治疗的研究进展[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(5):667-671.
- (收稿日期:2025-03-31 编辑:罗英姣)

(上接第191页)

- [4] 国家卫生健康委员会.2022中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2023.
- [5] VIRANI S S, NEWBY L K, ARNOLD S V, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: A report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J].Circulation,2023,148(9):e9-e119.
- [6] ULLRICH H, OLSCHIEWSKI M, MÜNZEL T, et al. Coronary instent restenosis: Predictors and treatment[J]. Dtsch Arztebl Int,2021,118(38):637-644.
- [7] STEFANINI G G, ALFONSO F, BARBATO E, et al. Management of myocardial revascularization failure: An expert consensus document of the EAPCI[J]. Euro Intervention: journal of Euro PCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology,2020.
- [8] 朱文锋.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008:230-259.
- [9] 王晓峰,王先敏,胡晓灵,等.沈宝藩临证经验集[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [10] 王晓峰.沈宝藩教授痰瘀同治法治疗冠心病脑中风的经验[J].陕西中医,1995,16(9):405-406.
- [11] 任炜炜,杨莉,黄晶晶,等.国医大师沈宝藩教授“痰瘀同治、心脑同治”经验述要[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(24):4600-4602.
- [12] 国家卫生计生委合理用药专家委员会,中国药师协会.冠心病合理用药指南[J].中国医学前沿杂志(电子版),2018,10(6):19-108.
- [13] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:一部[S].北京:中国医药科技出版社,2020.
- [14] 高学敏.中药学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2017.
- [15] 李崇钗,张明雪.冠心病痰瘀互结证中医证治研究[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(1):132-135.
- [16] 陈枝凡,陈钰璘,聂莎,等.瓜蒌薤白白酒汤调节肠道菌群及其代谢物改善小鼠动脉粥样硬化的实验研究[J].中国比较医学杂志,2024,34(7):10-19.
- [17] 丁小朋,王雷,范飞,等.瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病痰浊内阻证[J].吉林中医药,2025,45(1):76-79.
- [18] 阿提卡·吾布力哈斯木,胡晓灵.沈宝藩临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社,2000.
- [19] 庄震坤,李颖,陈宏昱,等.基于数据挖掘探究冠心病的证型、证素分布及用药规律[J].广州中医药大学学报,2022,39(10):2219-2225.
- [20] 省格丽,刘芳,万智,等.养心通络汤治疗气阴两虚、血瘀痰阻型慢性稳定性冠心病[J].世界中医药,2020,15(8):1162-1166.
- [21] 白宇,陈晓虎,韩捷,等.基于数据挖掘探讨唐蜀华教授治疗冠心病的用药规律[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(5):857-863.
- [22] 何金丽,雷作汉,刘国安.基于数据挖掘刘国安教授治疗冠心病临床用药规律[J].西部中医药,2023,36(2):62-65.
- (收稿日期:2025-04-09 编辑:李海洋)