

徐凤芹以血脉为纲辨治特定类型心绞痛经验*

张诗雨^{1,2}, 张艳虹¹, 翁家俊^{1,3}, 环璐瑶^{1,4}, 李的微^{1,5}

(1.中国中医科学院西苑医院,北京 100091;
2.中国中医科学院研究生院(西苑),北京 100091;
3.北京大学医学部中西医结合系,北京 100191;
4.北京中医药大学,北京 100029;
5.山西中医药大学,山西 晋中 030619)

[摘要] 总结徐凤芹以“血脉”为纲,并在此基础上病证结合辨治临床特定类型心绞痛的经验。徐凤芹认为“血脉”是提掣特定类型心绞痛辨治的纲领,详细论述了“血脉为纲”理论的内在含义,并结合临床实际,精选三类特定类型心绞痛(自发性心绞痛、餐后心绞痛、术后反复心绞痛),总结对上述类型心绞痛的论治思路及遣方心得,对当前相关诊疗指南的分型进行解读及补充。其理法方药由“血脉为纲”理论提掣,以“治血”“通脉”贯穿始终。

[关键词] 心绞痛;血脉为纲;名医经验;徐凤芹

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]**

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.20251210.001

心绞痛(angina pectoris, AP)是因心肌暂时性缺血引起心前区疼痛的临床综合征。近年来,随着对AP的深入研究,国内外指南多将其分述为稳定型心绞痛与不稳定型心绞痛,并将不稳定型心绞痛与非ST段抬高性心肌梗死合并为非ST段抬高性急性冠脉综合征^[1-2]。徐凤芹教授(以下尊称徐教授),女,主任医师,博士研究生导师,岐黄学者,首都名中医,师承国医大师陈可冀院士,从事中西医结合临床、科研、教学工作四十年,擅长中西医结合诊疗心血管疾病及老年病,临证重视气血辨治,强调病证结合。对于寻求中医治疗的AP患者群体,公认的指南分类固然是诊断的基石,但在病史采集的过程中,徐教授发现许多患者具有AP诊断指南以外的共同点,可通过中医理论进行解释,运用中医方药能获得良效。经过多年临床深耕,徐教授总结出3种具有中医特色的特定类型AP:自发性AP,多于清晨静息状态下发作;餐后AP,常发作为饱食之后;术后反复AP,卒然发作,缠绵难愈。徐教授在以血脉为纲治疗AP的理论基础上,辅以“病证结合”的辨证观念,将西医疾病诊断与中医辨证有机结合,针对特定类型AP的治疗加以衍生。笔者有幸跟诊,随诊期间收获颇多,现将徐教授以血脉为纲辨治特定类型AP的经验总结如下。

1 以“血脉”为纲认识AP基础病机

绝大多数AP由冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary

heart disease, CHD)引发^[3]。近年来,CHD的病理核心已从以“斑块”为重到以“血管”为重,动脉粥样硬化性心血管疾病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)的说法较其更为普及,定义范围从冠脉病变扩大到了包括周围血管的病变,更加强调整体观念,与中医局部与整体相结合的观念不谋而合。徐教授传承陈可冀院士“活血化瘀”治疗CHD的总体大法,重视气血辨证,延续“调气和血”贯穿始终的治疗理念,并以“调气”为基础,发展出了以“血脉”为纲治疗AP的创新理论。现将此理论从两方面进行解析。

1.1 从“血” 病理之血瘀阻心脉是AP的基本病因,从“血”论治是徐教授治疗心系疾病的根基。气行则血行,气滞或气虚等则致血瘀,血瘀证的发展过程中贯穿着气血的失调。《仁斋直指方·血荣气卫气论》言“盖气者,血之帅也……气有一息之不运,则血有一息之不行”,可见血不独生,赖气以生,治血必调气,气和则血宁。《医宗必读》曰:“有因气病而及血者,先治其气;因血病而及气者,先治其血。”在临证中当统观全局,巧立药方,灵活掌握调气活血之法。在现代研究中,血瘀证与血液循环和微循环障碍、血液高凝状态、血小板活化及黏附聚集、血栓形成等病理生理改变相关,疾病类型以心血管疾病为主^[4]。由活血化瘀名方血府逐瘀汤化裁而来的“气血并治方”,已被发现在抗血栓、抗血小板、保护内皮功能等多

*基金项目:国家自然科学基金项目(82204923);西苑医院“提升高水平中医医院临床研究和成果转化能力十点建设”资助项目(XYZX0101-45);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(国中医药人教函[2022]75号);中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者项目(02045006);中国中医科学院科技创新工程(CI2021A01406)

通信作者:张艳虹,女,副主任医师,研究方向为中西医结合诊治心血管病及老年病

个环节具有抗动脉粥样硬化作用^[5-6]。

1.2 从“脉”脉道瘀阻或不充是发为AP的直接缘由,治“脉”的重要性不可小觑。《素问·上古天真论篇》认为养身防病的关键在于“气脉常通”,气令脉充,脉束气于内。在心系疾病的范畴中,“气”主要包括营气和心气。AP可归于中医学“胸痹”“卒心痛”“厥心痛”等范畴,传统认为其病位在心,而较少重视脉的定位。《素问·五脏别论篇》指出脉为奇恒之府,一方面脉“壅遏营气,令无所避”,在功能上具有“脏”的特点;另一方面在解剖上为中空管腔状,以通利为用,在形态上具有“腑”的特点^[7]。当机体受邪,营气欠充,脉作为独立的奇恒之府,亦将出现血瘀的情形,可归于“脉痹”范畴,且“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”。又因“心在体合脉”,脉是与心密切相关的五体之一,心气的充沛主导脉道的舒缩和通利,故病位当以心为主,以脉为辅。在现代影像学检查的辅助下,脉道不利是更直观、更可视化了的病机,尤其AP患者出现多支病变、支架术后再狭窄等复杂情形时,挖掘舒脉、通脉、充脉等治法大有裨益。

2 以“血脉”为纲,“病证结合”辨治特定类型AP

“病证结合”理论由陈可冀院士提出,辨病有利于掌握整个病理过程的基本矛盾,辨证则有助患者个体化及整体状态的调节。徐教授指出,在特定类型AP的辨治中,亦应寓辨AP的“病”于辨特定类型的“证”之中,寓血脉为纲于各类治法之中,既重视病证关联,亦重视方证关联、药证关联等,实现“法随证立,方从法出,方以药成”^[8-9]。徐教授在AP的辨病基础上进行辨证,将“治血”“通脉”贯穿始终,提出从肝风论治自发性AP、从脾虚论治餐后AP、从瘀毒论治术后反复AP三个方向,据证选方,灵活用药,效若桴鼓。

2.1 “疏肝养血,理气舒脉”论治凌晨自发性AP 徐教授经临床发现,寻求中医治疗的自发性AP患者常自述多于清晨05:00:00—07:00:00或情绪波动时发作,当责之于肝。从中医理论解,自发性AP为脉缩阻血、因瘀致虚所致,加以肝郁血虚、肝风内动之候。清晨肝气抒发不畅,抑或是情绪郁结肝气不舒,则阻碍血行以致血瘀,阻塞脉络使局部血运障碍,影响新血化生,又致血虚不濡进而化风,造成脉道痉挛,发为心痛。治宜祛风通络,柔肝止痛,方用柴胡疏肝散合芍药甘草汤加减,常予柴胡12 g、白芍30 g、麸炒枳壳10 g、香附10 g、川芎12 g、生甘草10 g。柴胡疏肝散出自《景岳全书》,原方主治“胁肋疼痛,寒热往来”。秦伯未在《谦斋医学讲稿》中论该方:“本方即四逆散加川芎、香附和血理气,治疗胁痛,寒热往来,专以疏肝为目的。用柴胡、枳壳、香附理气为主,白芍、川芎和血为佐,再用甘草以缓之。系疏肝正法,可谓善于运用古方。”^[10]从气血入手疏肝止痛,又倍白芍旨在柔肝止痛,寓芍药甘草汤之意,以“肝苦急,急食甘以缓之,以酸泻之”为法立法,方中白芍酸寒,养血敛阴,柔肝止痛,合甘草缓急止痛,二药为伍,酸甘化阴,共奏养血滋阴、平抑肝木、敛肝柔肝、缓急止痛之功。徐教授学贯古今,认为用经方亦要结合现代研究。有药理研究认为白芍具备扩张冠状动脉血管、提高舒张期血压水平、改善心脏供血状况及抗缺氧的作用^[11]。在自发性AP肝郁较重者中,重用白芍用量疗效显著。

临证时,兼气虚者,如胸闷短气、乏力自汗等,可加用炙黄芪、太子参补气固表;兼血瘀重者,如固定性胸痛或心前区不适、舌暗有瘀斑等,可取“血府逐瘀汤”之义进行加减;兼肝风内动明显者,如眠差易惊、手足震颤者,可酌加龙骨30 g、牡蛎30 g或珍珠母30 g镇静安神;白芍或可导致腹泻^[12],若患者兼大便稀溏或腹泻,则不可使用大剂量白芍。

2.2 “和中补血,益气充脉”论治餐后AP 餐后AP多于餐后20~30 min出现心前区疼痛,发作规律较为特殊。BALIGA R R等^[13]曾提出,CHD患者本已存在冠状动脉供血不足,餐后全身血液会向消化系统进行重新分配,致使心肌缺血、缺氧加重,从而发生AP。随着AP分类学的发展,近年来此概念已鲜少被提及,但临幊上仍可见患者描述类似症状。《素问·太阴阳明篇》载“脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利”,又因“脉以胃气为本”“中焦受气取汁”“奉化赤”,徐教授认为若脾虚不能运化水谷精微,一方面导致气虚,长此以往造成脉的滞涩不通,另一方面又可导致营血化生不利、血液不充,从血、脉两方面致使血瘀形成,进而影响心气的充盈。餐后AP极大影响患者生活质量,故在嘱患者少食多餐、餐食清淡易消化、餐后减少活动量的同时,应从中医辨证入手,给予相对应的药物治疗。CHD心脾同治法首见于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》,其载:“胸痹,心中痞,气结在胸,胸满胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之。”^[14]此处之人参汤,即为从健脾论治胸痹。徐教授效金匮经方之法,益气活血,补脾益胃,方用归脾汤合保元汤加减,基础组方为:炙黄芪30 g、党参30 g、炒白术12 g、陈皮12 g、桂枝6 g。保元汤出自《博爱心鉴》,主治虚损劳怯,元气不足,有补气温阳、滋阴益气、扶弱补虚之用;归脾汤原载于《济生方》,心脾两治,重在健脾,脾旺则气血生化有源。徐教授巧用以上两首经典方剂化裁,通过补脾胃达补血通脉之效。人参、黄芪大补元气,扶助心气,助营化血,助脉行血;以桂枝易保元汤原方中的肉桂,减其辛热,留其通阳行瘀之功;炒白术补脾益气,陈皮行气化浊,使之补而不滞。现代研究^[15]发现,保元汤对心血管系统功能具有改善作用,能够在心率不变的情况下,使心脏每搏射血分数显著增加,改善CHD患者的心泵功能。亦有研究发现,基于归脾汤研制的归脾丸可明显改善大鼠心肌缺血状态^[16],加味归脾汤治疗气血两虚型CHD患者可取得显著疗效^[17]。

临证时,通常可佐连翘以防一众补气药导致气郁化火。对于伴有周身乏力,自觉活动耐力下降者,应增加炙黄芪用量;如伴有尿频等固摄不力之征,酌情添加金樱子、酒女贞子、墨旱莲等以增补肾固精之效;如气虚不行导致血瘀,则应攻补兼施,予当归、丹参、鸡血藤补气和血。

2.3 “解毒活血,通调脉络”论治术后反复AP 经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention,PCI)作为治疗CHD的一种机械性介入治疗手段,在临幊上有着较为普遍的应用^[18-19]。当下各类新型支架相较于早期裸金属支架可较好抑制平滑肌增生,但PCI术后仍然可能再次出现AP,其原因可大致归为手术部位外大血管发生病变、小微血管循环不良、冠脉支架内出现再次狭窄等^[20-21]。徐教授认为,PCI术后反

复AP应当责于瘀热互结酿成毒邪，壅阻脉络。《圣济总录》言：“毒热内壅，则变生为瘀血。”活血化瘀名家王清任云：“温毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必凝。”以上两位医家均论述了毒邪煎熬可将血炼为瘀。达到PCI手术指征的患者往往重要冠脉分支狭窄程度已超过75%，瘀血本重，故术后反复AP患者病机以瘀为常、毒为变，两者相互作用，阻碍心脉功能正常运转。一旦受到外部诱因的影响，则容易引发病情急剧恶化，表现为突发且反复的AP。治宜清热活血解毒，方用川枢清瘀方加减。川枢清瘀方由徐教授基于“瘀毒”理论创制而成，全方仅用栀子、川芎、赤芍、丹参、黄芪、广藿香六味。《本草求真》载“栀子止治热郁之血耳”，栀子为君，其药性大寒，色赤象火，能凉血解毒，平热厥心痛，使邪热屈曲下行；川芎为臣，味辛温，助血流行。栀子、川芎君臣相伍，借《本草备要》“古方多用栀子为君，热药为之向导，则邪易伏”之意，活血解毒、散瘀止痛之力佳。赤芍能清血分实热，散瘀血留滞；丹参为祛瘀生新，清心除烦之良品；黄芪补气助血行，走经络而益营；广藿香禀清正芳香之气、除上中二焦邪滞，化中宫之湿浊以和合五脏。以上四味合而为佐，协君臣行而不散，补而不滞，全方药少力专，寒温并用，攻补兼施，共奏益气活血解毒、化瘀通络之功。

此外，瘀、毒两者相互化生，互为因果，搏结日久，迁延难愈，故此类患者常有病程长、年龄高的特点，在瘀毒之外兼具体质多虚，形成“瘀毒虚”三位一体的病理机制。清热活血解毒之余，久病者当不忘益气温阳和血，合补中益气汤等补气方剂进行加减。在临证中，发作疼痛较剧、舌下络脉如串珠样者，可加地龙、蜈蚣等加强活血化瘀效果；若患者热毒深重，可配以黄连、知母以增强解热解毒之功；若患者心慌明显，可配伍延胡索及甘松等；如后期出现明显阴血亏虚之象，可配伍当归活血补血。临幊上还多见患者PCI术后心情焦虑^[22]，以至于夜不安寐，可在上方基础上合用柴胡剂及酸枣仁汤。

3 验案举隅

患者，男，75岁，2020年8月10日初诊。主诉：阵发性胸前区疼痛15年，加重5 d。患者自诉15年前无明显诱因出现活动后胸前区疼痛，于当地诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”，予抗血小板药物等二级预防治疗，规律口服药物至今，近年来仍觉活动量减小，5 d前出现凌晨静息状态下心绞痛发作。刻下症见：心绞痛静息状态下不定时发作，无明显诱因，多于凌晨出现，伴两胁不舒感，眠欠安，易醒，易做噩梦，夜尿一晚3次，口干，纳可，大便干。舌暗，苔少，脉弦。既往高血压病史。西医诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病；2. 高血压。中医诊断：胸痹心痛（肝郁血瘀证）。当属特定类型心绞痛之凌晨自发性心绞痛，治以祛风通络，柔肝止痛，辅重镇安神，方用柴胡疏肝散合芍药甘草汤加减。药物组成：柴胡12 g，白芍30 g，麸炒枳壳10 g，炮桃仁12 g，红花12 g，川芎12 g，当归30 g，生地黄20 g，姜黄12 g，羌活12 g，生龙骨（先煎）30 g，生牡蛎（先煎）30 g，生甘草6 g，夏枯草12 g，三七粉2.03 g/袋。7剂，水煎服，1剂/d，早晚温服。另嘱常规口服二级预防药物苯磺酸氨氯地平片，1次/d，1片/次（5 mg/片）；阿托伐他汀钙片每晚1次，1片/次（10 mg/片）。同时嘱患者放松心情，避免劳累，注意休

息，保证充足睡眠。

2诊：2020年8月17日。患者诉服药后凌晨发作心绞痛改善，睡眠转佳，近日未做噩梦，起夜较前减少，每夜1~2次，可睡至凌晨5点醒。口干好转。大便仍质干。舌暗，苔白腻，脉沉。效不更方，继予前方14剂，1剂/d，煎服法同前。口服西药更为氯沙坦钾片1次/d，1片/次（50 mg/片）。

3诊：2020年8月31日。患者诉偶有咽部烧灼不适感，自服硝酸甘油后可缓解。舌暗，苔白腻，脉沉。将上方中三七粉剂量更为1.03 g/袋，去生龙骨、生牡蛎，加黄连10 g、肉桂3 g。14剂，1剂/d，煎服法同前。

4诊：2020年9月14日。患者诉咽部烧灼不适感较前发作频率降低，自服硝酸甘油后可缓解。睡眠较前有所改善，仍易醒。二便调。舌红，苔薄黄腻，脉沉弦。去3诊方中生甘草，加珍珠母30 g（先煎）。14剂，1剂/d，煎服法同前。

2020年9月28日门诊复诊，患者诉未出现心前区不适及咽部烧灼感。

按语：本例患者为老年男性，根据其病史，AP的疾病诊断明确；根据相关症状、体征，亦符合凌晨自发性AP的疾病类型。基于以“血脉”为纲、病证结合的观点，病机属气滞血瘀脉、血虚不濡化风所致。据此辨病辨证后，再结合其他伴随症状及舌脉辨证，如情绪不佳易做噩梦，脉弦等，均符合肝郁血虚风动之象。故治疗以疏肝养血、理气舒脉为法，予芍药甘草汤加减，方中白芍养血柔肝止痛，生甘草补脾养血益气、调和诸药，柴胡疏肝行气止痛，枳壳、川芎、姜黄、桃仁、红花、当归活血行气，生地黄清热凉血、养阴生津，羌活除风中血脉之病，生龙骨、生牡蛎平肝潜阳、镇静安神，夏枯草清肝泻火、散结化瘀，三七粉散瘀定痛。2诊时患者夜间噩梦已好转，心绞痛的发作也较前减轻，前方确有验效，故不更方。3诊时患者已未诉睡眠相关问题，仍偶见咽部灼烧感，因用硝酸酯类药物可缓解，能够侧证为心绞痛发作症状，故去生龙骨、生牡蛎，新加黄连10 g、肉桂3 g寓交泰丸之意，泻心火，助肾阳。4诊时咽部灼烧感较前好转，出现易醒之症状，且舌脉由舌暗、苔白腻、脉沉转为舌红、苔薄黄腻、脉沉弦，较前新添热象，故去生甘草，加珍珠母30 g平肝潜阳、安神定惊。末次就诊时，患者未诉以上症状。该验案根据“血脉”为纲认识冠心病心绞痛基本病机，再以主要之病结合伴随之症，明确辨治思路，用方均重用白芍，取得良效。

4 小 结

AP作为临床常见病、多发病，多年来一直是临床的热点问题。徐教授临证数十载，发现其发病以血脉为纲，且常有合并特定兼症，可以从中医角度进行论治。治疗上通过养血舒脉、补血充脉、和血调脉等巧立处方，病证结合加减药味，疗效颇佳。

参考文献

- [1] 中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等.稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)[J].中华全科医师杂志，2021，20(3):265~273.
- [2] 中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委

- 员会,李毅,等.非ST段抬高型急性冠脉综合征诊断和治疗指南(2024)[J].中华心血管病杂志,2024,52(6):615-646.
- [3] 中华医学学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,袁祖贻,等.缺血伴非阻塞性冠状动脉疾病诊断及管理中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2022,50(12):1148-1160.
- [4] 世界中医药学会联合会.国际血瘀证诊断指南(2021-12-16)[J].世界中医药,2022,17(1):31-36.
- [5] 马祺鑫,艾碧琛,肖碧跃,等.血脉理论下血瘀证的论治思路[J].河北中医,2024,46(6):1013-1017.
- [6] 李小华,关金玲,刘金波.气血并治方对动脉粥样硬化的疗效及ApoA I、ApoB的变化研究[J].中华中医药学刊,2022,40(3):90-93.
- [7] 徐放,于峥,敖丽英.《内经》“心主血脉”理论对心脑血管病防治的指导意义[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(7):494-496.
- [8] 陈可冀,蒋跃绒,谢元华.病证结合治疗观的过去与现在[J].中国中西医结合杂志,2011,31(4):437-443.
- [9] 张笑霄,王擎擎,段锦龙,等.临界性高血压“审症为先,辨体为参,病证结合”的辨治策略探讨[J].中医杂志,2024,65(12):1224-1229.
- [10] 秦伯未.谦斋医学讲稿[M].新1版.上海:上海科学技术出版社,1978.
- [11] 李静,曹兰秀,郑文.白芍常用药对配伍探析[J].中医学报,2024,39(6):1214-1219.
- [12] 张燕丽,田园,付起凤,等.白芍的化学成分和药理作用研究进展[J].中医药学报,2021,49(2):104-109.
- [13] BALIGA R R, ROSEN S D, CAMICI P G, et al. Regional myocardial blood flow redistribution as a cause of postprandial angina pectoris[J]. Circulation, 1998, 97(12): 1144-1149.
- [14] 张仲景.金匮要略[M].于志贤,张智基,点校.北京:中医古籍出版社,1997.
- [15] 秦书彦,吕树志,赵海洋.自拟心衰保元汤辅助治疗慢性心力衰竭患者的临床效果及对血清MyD88和Galectin-3的影响[J].河南医学研究,2024,33(9):1686-1690.
- [16] 吴江立,贾玉涛,代成,等.归脾汤对慢性心肌缺血大鼠氧化应激和凋亡作用的研究[J].河北中医药学报,2024,39(1):1-3,13.
- [17] 汤燕醒.加味归脾汤治疗气血两虚型冠心病40例疗效观察[J].中国实用医药,2017,12(19):112-114.
- [18] 曹干,张晶,方震,等.生物可吸收支架在冠心病介入治疗中的应用[J].中国老年保健医学,2024,22(2):105-109.
- [19] HER A Y, SHIN E S. Drug-coated balloon treatment for de novo coronary lesions: Current status and future perspectives[J]. Korean Circ J, 2024, 54(9):519-533.
- [20] BYRNE R A, ROSSELLO X, COUGHLAN J J, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes[J]. Eur Heart J, 2023, 44(38):3720-3826.
- [21] 刘伟涛,周浩斌,洗高鹏,等.冠心病患者支架置入术后支架内再狭窄的危险评分[J].中华老年心脑血管病杂志,2021,23(11):1162-1165.
- [22] 陈利浩,李思琦,姜佳慧,等.经皮冠状动脉介入治疗术后新发焦虑抑郁机制的研究进展[J].中国医药科学,2025,15(2):28-31.

(收稿日期:2025-01-16 编辑:罗英姣)