

# 邵静从气血津液辨治胸痹心痛病经验介绍

王湘雨 指导：邵静

河南中医药大学第一附属医院，河南 郑州 450000

**[摘要]** 介绍邵静教授从气血津液辨治胸痹心痛病的经验。邵静教授认为脉道痹阻、心失所养是胸痹心痛的病机关键，基本病机分虚实两个方面，虚以气虚居多，实以气滞、痰浊、血瘀为主。而在方药辨治上，主要有两方面：一者，详辨气、血、津液失常的不同病机，精研方药；二者，充分考虑病机复杂性，依标本缓急、兼夹转化具体情况，灵活施治。

**[关键词]** 胸痹心痛病；气血津液；脉道痹阻；心失所养；邵静

**[中图分类号]** R256.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2021) 12-0234-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2021.12.060

## Experience Introduction of SHAO Jing in Syndrome Differentiation and Treatment of Chest Impediment and Heart Pain from Perspective of Qi, Blood, Fluid and Humor

WANG Xiangyu Instructor; SHAO Jing

**Abstract:** This paper introduces the experience of professor SHAO Jing in syndrome differentiation and treatment of chest impediment and heart pain from perspective of qi, blood, fluid, and humor. SHAO Jing holds that the key pathogenesis lies in the heart vessel obstruction and the heart losing nourishment. The basic pathogenesis should be divided into two types, namely deficiency and excess; deficiency is mostly manifested by qi deficiency, and excess is mainly manifested by qi stagnation, phlegm turbidity, and blood stasis. As for prescription based on syndrome differentiation, on the one hand, we should distinguish the pathogenesis of abnormal qi, blood, fluid, and humor before prescription; on the other hand, we should give full consideration to the complexity of pathogenesis, take flexible treatment after weighing the primary and secondary aspects of the disease, and when any possible changes of the disease occur.

**Keywords:** Disease of chest impediment and heart pain; Qi, blood, fluid and humor; Heart vessel obstruction; Heart losing nourishment; SHAO Jing

邵静教授为河南中医药大学第一附属医院老年病科主任，主任医师，博士研究生导师，国家级专家，全国名老中医传承工作室主要负责人，从事临床医疗、科研、教学工作三十余年，擅长运用中医药防治老年心血管疾病。

胸痹是以胸闷、胸痛等为主要特征的一类病症，轻者仅感胸闷、气短、心慌，重者胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心，不得平卧，属临床常见病，多发病，是威胁人类生命的危重症之一，可见于现代医学的冠心病心绞痛、心肌梗死、心肌炎、

慢性阻塞性肺疾病、胃炎等疾病，但与心绞痛、心肌梗死关系最为密切<sup>[1]</sup>。胸痹心痛病是特指现代医学中的冠心病心绞痛，有着极高的发病率及死亡率<sup>[2]</sup>，目前，西医治疗主要有抗血小板、抗凝、调脂药物，但这些药物有很多的不良反应。中医治疗本病有其独特优势。

### 1 病因病机

痹者，闭也，不通则痛，《素问·痹病》亦云：“心痹者，脉不通。”对胸痹心痛病的认识最早始于《黄帝内经》，《素问·脏气法时论》云：“心病

**[收稿日期]** 2020-12-03

**[修回日期]** 2021-04-22

**[基金项目]** 第六批全国名老中医专家邵静教授传承工作室(国中医药人教发[2017]29号); 河南省中医药科学研究专项课题重点课题(2019ZY1009)

**[作者简介]** 王湘雨(1976-), 男, 医学硕士, 副主任医师, E-mail: wxy769400@163.com。

**[通信作者]** 邵静(1963-), 女, 教授, 主任医师, E-mail: shaojing1390@163.com。

者,胸中痛,胁支满,胁下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛。”指出了本病的发病部位。《灵枢·厥病》谓:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”指出了本病重症发作时的表现。胸痹心痛病发作时轻则胸中气塞、短气,重则胸痛,不得卧,心痛彻背。正式提出胸痹名称的医著是《金匱要略》。《金匱要略》对本病进行了专门的论述,把病因病机归纳为“阳微阴弦”,即上焦阳气不足,下焦阴寒气盛。

邵老师认为,脉道痹阻、心失所养是胸痹心痛病的病机关键。基本病机分虚实两个方面,虚以气虚居多,实以气滞、痰浊、血瘀为主。气血津液是构成人体的基本物质,也是维持人体生命活动的基本物质。胸痹心痛病病机无论气虚、气滞、血瘀还是痰浊,均属气血津液运行失常,邵老师提出辨治胸痹心痛病须基于气血津液理论。

气的失常主要包括两个方面,气虚和气机失调。气虚是指气的生成不足和消耗过度的病理状态。气虚型胸痹心痛病主要跟气的推动、温煦作用失常有关。《素问·平人气象论》曰:“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也。”宗气贯心脉而行气血,宗气不足,不能助心行血,就会引起血行瘀滞。《灵枢·刺节真邪》云:“宗气不下,脉中之血,凝而留止。”气虚推血无力,血滞不行,脉道痹阻,发为胸痹。《难经·二十二难》曰:“气主煦之。”各脏腑、经络等组织器官的生理活动都需要在气的温煦作用下进行,血得温则行,气可化水,血和津液等液态物质,需要在气的温煦作用下,才能正常循行。清代何梦瑶《医碥·气》中说:“阳气者,温暖之气也。”元代朱丹溪先提出“气有余便是火”的理论,明代张景岳据此提出“气不足便是寒”。《素问·举痛论》云:“帝曰:愿闻人之五脏卒痛,何气使然?岐伯对曰:经行不止,环周不休,寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”故气虚失煦,寒客血滞,脉道痹阻,发作胸痹。

气滞是气机失调的一种,即气机郁滞,在明代以前,多称为“郁”。《金匱钩玄·六郁》云:“郁者,结聚而不得发越也。”《医学正传·郁证》说:“丹溪曰:气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉。”气滞于机体局部,可使经脉之气阻滞不畅,血

运受碍,脉道不利,表现为闷、胀、痛,发为胸痹。

血瘀是血循行失常的一种病理表现,指血液运行迟缓,流行不畅,甚则瘀结停滞成积,是导致脉道痹阻的主要因素。痰浊是津液输布与排泄障碍的病理产物,痰性凝滞,易滞阳气,阻碍血运,形成脉道痹阻。

气、血、津液在生理功能上相互依存、相互制约,在病理上也相互影响。气、血、津液运行失常,可单独为病,导致胸痹,如胸痹心血瘀阻型、气滞心胸型、痰浊痹阻型;亦可相互转化,兼夹为病,发作胸痹。如气虚日久形成血瘀,临床辨为胸痹气虚血瘀型,症见胸痛劳累后易发作,伴气短心慌,声低懒言,舌淡暗,脉细涩等;气滞、痰阻是形成血瘀的主要原因,同时瘀血、痰浊有形之邪也是导致气滞的主要原因。病程迁延日久,兼夹转化,多辨见胸痹气滞血瘀证、痰瘀痹阻证等。

## 2 辨治用药经验

### 2.1 精研方药

详辨气、血、津液失常的不同病机,精研方药。临床治疗胸痹心痛病,邵老师以气血津液辨治为纲,详查舌、脉、症、因,根据气血津液失常之病机变化规律及特点,结合标本缓急治则,精究效药验方,随证组合化裁,反复验证,临床使用均能达到气血平和、血脉畅通、痹除痛消的效果。

胸痹见气虚症状的临床治疗常选黄芪、人参、炙甘草等大补气,通经利脉。《神农本草经》载:“黄芪甘温,补气升阳。”邵老师喜用黄芪,一为补气,黄芪补气作用最强,李时珍解释黄芪之名:“耆长也,黄耆色黄,为补药之长,故名黄耆。”黄芪善益元气,补诸虚不足,气足则行血有力,心脉通调。二为升阳,黄芪为甘温纯阳之药,可温煦阳气,散寒除痹。现代药理研究证明,黄芪具有改善心肌缺血、强心、正性肌力等作用<sup>[1]</sup>。

气滞为气的运行失常的一个方面。导致气滞的原因很多,常见的情志不舒、外邪侵袭、脏腑功能障碍等均可导致气滞;气虚运行无力可致气滞;痰、瘀血等有形之邪阻碍,亦可形成气滞。胸痹见气滞症状者,邵老师惯用佛手、郁金和甘松三药。首先是因为三药专行理气解郁止痛之功,常作为药对相伍协同;其次,三药均属性温之品,行气同时兼温阳驱寒除痹之效;再者,三药虽同具理气止痛

之功,但各具特点。佛手长于理气,兼有化痰之功,《本草图经》载:“佛手辛、苦、温,归肝胃脾经,功舒肝理气,和中化痰。”其气清香而不烈,性温和而不峻。气滞兼痰阻者用之,消痹止痛之功更著。研究表明,佛手黄酮具有降血脂、保护血管内皮、抗动脉粥样硬化的作用;佛手柑内酯可以扩张冠状动脉,具有钙拮抗、解痉镇痛和抗血小板等作用,临床常用于治疗动脉硬化性心脏病、冠心病等血管狭窄痉挛症状;佛手中的不饱和脂肪酸可降低血脂,防治动脉粥样硬化,也具有较好的祛痰作用<sup>[4]</sup>。郁金、甘松除行气止痛外,尚善化痰。《新修本草》载郁金“行气解郁,活血止痛”。《雷公炮制药性解》载郁金,“其味辛、苦,性温,无毒。入心肺二经。夫肺主气,心主血,郁金两入,能行气血”。《本草经解》载:“郁金,主血积下气,破恶血。破恶血者,即味苦破血积之功。”研究表明,郁金的多糖成分有明显的抗凝血作用<sup>[5]</sup>。甘松化痰通脉的功能医籍也有明确记载。《医学衷中参西录》载:“甘松气香能通,故善助心脏之兴奋,其性善化痰活血脉,故能愈疼消癥,善治一切血症及风痹痿废也。”有研究表明,甘松对缺血心肌有明显的保护作用<sup>[6]</sup>。郁金、甘松两药相伍,善治以气滞为主及气滞血瘀型胸痹心痛。

脾、肺、肾、三焦功能失常导致津液输布与排泄障碍,逆聚为痰,阻滞心脉,血行不畅,发为胸痹。邵老师善用半夏除痰浊瘀阻,《雷公炮制药性解》载半夏“味辛平,性生寒熟温,入肺、脾、胃三经。除湿化痰涎,大和脾胃”。《本草经解》载半夏“气平味升,阳也。辛平,消痰祛湿”。

血瘀是血运行失常,气滞、痰阻、寒凝、邪热等原因使血液郁滞不畅或瘀积心脉,发为胸痹心痛病,是本病的主要病机之一。邵老师常选葛根、水蛭、地龙。三者均具活血化瘀之功。葛根,活血除痹的作用古籍早有记载,《本草经解》载:“诸痹皆起于气血不流通;葛根气味轻清,阳也,辛甘和散,气血活诸痹自愈也。”水蛭善通络破血瘀,《长沙药解》载水蛭“善破积血,能化坚癥”。《神农本草经》载水蛭“味咸、苦、平。微寒,主逐恶血,瘀血,破血瘀积聚”。研究表明,水蛭提取物有抗凝血、抑制血栓形成、抗血小板聚集作用<sup>[7]</sup>。地龙味咸,寒,善通利经络。两药相伍,破积、化痰、通

络、除痹。研究发现,地龙含有纤溶酶、蚓激酶、蚓胶原酶等多种酶,具有很强的凝血、抗血栓作用<sup>[8]</sup>。

**2.2 灵活施治** 充分考虑病机复杂性,依标本缓急、兼夹转化的具体情况,灵活施治。邵老师认为,辨治胸痹心痛病须从气血津液理论入手,而气血津液病机比较复杂。首先,牵涉脏腑多,如气虚涉及肺、脾、肾、心等脏,气滞涉及肝、肺、脾,而痰浊为津液代谢失常产物,由肺、脾、肾、三焦共主。其次,单纯气虚型、血瘀型、痰阻型胸痹临床较为少见,多相互兼夹,如痰瘀内阻型、气滞血瘀型等;且在疾病进展或治疗过程中容易转化,如痰浊痹阻型可转化为痰瘀气滞型。再者,本病属本虚标实之证,病程长,临床就诊时多为发作期,以标实为主,缓解期以本虚为主。故必须严密观察病情,灵活掌握,辨证论治,按虚实主次缓急而兼顾同治,注意补养扶正法应贯穿整个治疗过程,长期使用可取得较好的效果。

### 3 病案举例

李某,男,65岁,2020年4月16日初诊。主诉:间断胸闷气短、心慌胸痛2年余,加重1个月。患者形体肥胖,2年前开始出现发作性胸闷气短心慌,左前胸疼痛,有时范围可扩大至左肩及左上臂,劳累、情绪激动后易发作,休息几分钟可缓解。当地医院行冠脉造影,提示左前降支狭窄70%,回旋支狭窄30%。血液检验提示血脂明显升高。诊断:冠心病,不稳定性心绞痛,心功能Ⅱ级,高脂血症。给予阿司匹林、瑞舒伐他汀及扩冠药物等治疗,但患者未规律服用。2年来上诉症状反复发作,口服速效救心丸、七十二味珍珠丸症状可缓解。1个月前症状开始频繁发作,每天2~4次,且症状较前加重,有时疼痛剧烈,持续3~5 min方可缓解,遂求诊。心电图提示前壁-高侧壁T波改变。症见:不规律左胸及左肩部疼痛,憋闷心慌,动则益甚,伴倦怠乏力,声息低微,多汗,痰多,烦躁,肢体沉重,双下肢轻度水肿,纳差,夜寐差,舌质紫暗,苔厚腻,脉弦涩。辨为胸痹心痛病,辨证属老年气虚行血无力,痰瘀内阻心脉。治以益气化痰、活血通络。处方:黄芪、党参、葛根、佛手、地龙、郁金、白术、法半夏各15 g,檀香9 g,甘松、水蛭、薤白各10 g,冬瓜皮、茯苓皮、浮小麦各30 g,丹参、酸枣仁各20 g。7剂,

每天1剂，水煎，取汁400 mL，分早、晚2次空腹温服。

4月23日二诊：胸闷气短症状减轻，胸痛发作频次较前明显减少，症状有所减轻，双下肢水肿消失，多汗症状较前好转。仍觉心慌、烦躁、入睡困难。舌质暗、苔厚腻，脉弦涩。守上方去浮小麦、茯苓皮、冬瓜皮，加柏子仁、生龙骨、生牡蛎、合欢皮各15 g。7剂，煎服方法同前。

4月30日三诊：胸闷、气短、胸痛、心慌等状况明显减轻，睡眠情况较前改善，近日胃脘胀满疼痛，不思饮食。守上方去柏子仁、合欢皮，加砂仁9 g，7剂，煎服方法同前。

5月7日四诊：诸症状基本消失，病情基本稳定，守三诊方继服14剂，嘱以饮食调摄事宜。随访症状未再发作。

按：邵老师治疗胸痹心痛病以气血津液辨治为法，本案患者素体肥胖，年老久病，正气不足，脏气虚衰。气虚行血无力，气机不畅，日久血行受阻则瘀血内停，滞塞脉道，脾虚无力运化水湿，痰浊内生，气滞、血瘀、痰浊相互搏结，痹阻心脉，发为胸痹，见胸痛憋闷心慌。此为本虚标实之证，以气虚为本，以气滞、血瘀、痰浊为标。气虚则倦怠乏力，声息低微，不能固摄而自汗出，肺气虚宣肃失司，气逆于上则见胸闷气短，脾虚水液不归正化，聚湿生痰，痰浊内生，上贮于肺，则痰多咳嗽，水聚于下见双下肢水肿，综见舌质暗，苔厚腻，脉弦涩。此为气虚痰瘀互结证，先以活血祛

瘀，行气化痰为主，辅以补气扶正固本。以葛根、水蛭、郁金、地龙、丹参活血化瘀通络，法半夏、白术、冬瓜皮、茯苓皮化痰利水；佛手、甘松、檀香、薤白行气以助化痰消瘀，酸枣仁养心安神除烦助睡眠，浮小麦补虚止汗，黄芪、党参补气固本。诸药相伍，使气虚得补，瘀血痰浊得化，气血冲和，血脉通畅而胸痹自除。

#### [参考文献]

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 7版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 135.
- [2] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Coronary Heart Disease—United States, 2006–2010[J]. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011, 60(40): 1377–1381.
- [3] 汪娟. 黄芪总皂苷药理作用研究进展[J]. 医疗装备, 2018, 31(14): 202–203.
- [4] 赵永艳, 胡瀚文, 彭腾, 等. 佛手的化学成分药理作用及开发应用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(11): 2734–2736.
- [5] 潘小姣, 杨秀芬, 陈丽萍, 等. 桂郁金多糖抗凝血及纤溶活性研究[J]. 医药导报, 2013, 32(2): 163–165.
- [6] 李艳忙, 乔晶, 赵静, 等. 中药甘松的现代研究进展[C]//中华中医药学会中药化学分会第九届学术年会论文集(第一册). 2014: 135–139.
- [7] 潘雪, 马端鑫, 李燕, 等. 水蛭药理研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(14): 24–25.
- [8] 黄庆, 李志武, 马志国, 等. 地龙的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(13): 220–226.

(责任编辑: 刘淑婷)