

赵英强教授肝脾论治心病学术经验总结与发挥

作 者： 路美娟

指导老师： 赵英强

完成日期： 二〇二一年 12 月

目录

摘要	1
关键词	2
Abstract	3
引言	6
一、 赵英强教授肝脾论治心病理论渊源	8
1.1 中医学整体观念	8
1.1.1 五脏一体观	8
1.1.2 “天人一体”的整体观	9
1.2 精气学说是整体观的基础	10
1.2.1 万物之生， 皆禀元气	10
1.2.2 气是信息媒介	11
1.3 基于五行学说的疾病认识观和方法论	11
1.3.1 五行学说	11
1.3.2 五行藏象体系	12
1.3.3 五行藏象学说中的生克制化乘侮关系	13
1.3.3.1 以五行相生为基础阐述五脏之间的资生关系	14
1.3.3.2 以五行相克为基础阐述五脏之间的制约关系	14
1.3.3.3 五行制化胜复关系维持五脏之间的协调平衡	15
1.3.3.4 五行生克制化说明五脏病变相互影响	15
1.3.4 五行制化在中药中的应用	16
1.4 脏腑辨证	16
1.4.1 以“肝脾论治”为核心的脏腑辨证观点	17
1.4.2 五行观念渗透下的脏腑辨证理念	17
1.4.2.1 确定五脏病变部位	17
1.4.2.2 判断病情顺逆	18
二、 赵英强教授基于五脏生克制化的心病诊治理论	18
2.1 基于阴阳、五行、藏象学说指导下的心病辨证观点	18
2.1.1 心与肝的辨证关系	19

2.1.1.1	气血运行是心肝相关的理论基础	19
2.1.1.2	随神往来谓之魂	19
2.1.1.3	基于五行学说说明心肝辨证理论	20
2.1.2	心与脾的辨证关系	20
2.1.2.1	与心脾相关的血液生成、运行理论基础	20
2.1.2.2	心有所忆谓之意	21
2.1.2.3	基于五行学说说明心脾辨证关系	21
2.2	五行生克制化理论指导下的心病治法治则	21
2.2.1	不稳定心绞痛再认识	22
2.2.2	以疏肝健脾为核心的子母补泻理论治疗原则	23
2.2.2.1	赵英强教授独到的子母补泻理论观点	23
2.2.2.2	应用五脏相生规律确定肝脾论治理论治法治则	24
2.2.3	赵英强教授基于五脏辨证基础的用药原则	25
2.2.3	内经治未病思想的继承与发挥	26
2.2.3.1	未病先防	26
2.2.3.2	已病防变	27
三、	赵英强教授心病诊治理论经典学术理论支撑	28
3.1	历代医家对五行学说研究	28
3.1.1	张仲景脏腑辨证及治未病思想	28
3.1.2	张元素药物归经理论	29
3.2	肝脾论治心病进展	29
四、	赵英强教授临证经典医案举隅	30
4.1	痰瘀互结证	31
4.1.1	医案举隅——瓜蒌薤白半夏汤	31
4.1.2	痰瘀互结证型药法分析	32
4.2	气虚血瘀证	33
4.2.1	医案举隅——归脾汤	33
4.2.2	气虚血瘀证型药法分析	34
4.3	气滞血瘀证	34

4.3.1 医案举隅——血府逐瘀汤加减	34
4.3.2 气滞血瘀证药法分析	36
4.4 心阴不足证	36
4.3.1 医案举隅——生脉散合天王补心丹	36
4.3.2 心阴不足证药法分析	38
参考文献	39
五、临床研究	39
5.1 临床资料	39
5.1.1 病例来源	39
5.1.2 诊断标准	39
5.1.2.1 西医诊断标准	39
5.1.2.2 中医诊断标准	40
5.1.3 病例纳入标准	40
5.1.4 病例排除标准	40
5.1.5 剔除、脱落及终止试验标准	40
5.2 研究内容及方法	41
5.2.1 随机分组	41
5.2.2 临床方案	41
5.2.3 观察指标	42
5.2.3.1 疗效性指标	42
5.2.3.2 安全性指标	42
5.2.4 疗效评定标准	42
5.2.4.1 不稳定型心绞痛临床症状疗效评定标准	43
5.2.4.2 心电图疗效评定标准	43
5.2.4.3 心功能改善情况评定标准	43
5.2.4.4 安全性评价标准	44
5.2.5 统计学分析方法	44
5.3 结果	44
5.3.1 一般资料分析	44

5.3.2 疗效指标	48
5.3.2.1 四组患者的临床总有效率比较	48
5.3.2.2 四组患者治疗前后中医证候总积分比较	48
5.3.2.3 四组患者治疗前后单项构成分布情况比较	49
5.3.2.4 四组患者治疗前后心功能改善情况比较	50
5.3.2.5 四组患者治疗前后平均心率改善情况比较	51
5.3.2.6 四组患者治疗前后心电图改善情况比较	51
5.4 讨论	52
5.4.1 疏肝健脾方组方分析	52
5.4.2 临床疗效	53
5.4.3 安全性评价	53
5.4.4 不足与展望	55
5.4.5 创新点	55
5.5 综述	55
不稳定型心绞痛的发病机制及治疗进展	55
参考文献	61
附表 1	64

摘要

赵英强教授对心病病因、病机的认识，立足于五脏一体观，认为在心的主导下，五脏六腑构成了一个生理上相互联系，病理上相互影响的有机整体，且心系统与肝系统、脾系统关系密切，由此基于五行学说（五行之间动态演变）、脏腑辨证创立“肝脾辨证”思想。赵英强教授将心与肝脾之间的辨证关系作为心系疾病中医辨证基础，即以心肝、心脾、肝脾不同侧重角度为切入点，确立心系疾病的病因、病机及治法方药。本文以不稳定型心绞痛为例，系统论述肝脾论治心病模式临证效果。赵英强教授经过长期临床实践经验积累，基于“虚则补其母，实则泻其子”的子母补泻理论，通过对心之子母脏器的调摄，以疏肝健脾为主，同时重视配合“养心安神，滋水涵木”之法，侧重肝心脾，兼顾肺肾，临床治疗心血管疾病疗效显著。

统计分析赵英强教授临床治疗不稳定型心绞痛方药，自拟疏肝健脾方，收集160例天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院部于2020年10月至2021年3月期间住院治疗的患者，分为治疗组、对照组、合并心律失常组和合并心力衰竭组。对照组单纯使用西药治疗的模式，其余3组均在常规西药治疗的基础上加中药治疗，观察自拟健脾疏肝汤加减治疗不稳定性心绞痛患者的临床疗效。

结果：（一）治疗四周后，对照组的临床总有效率为97.7%，而其余三组的临床总有效率达到100%，且与对照组比较，其余3组的临床总有效率较高，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗组、心律失常组、心衰组3组之间的临床总有效率暂无明显差异（ $P > 0.05$ ）。（二）经治疗，四组患者治疗后中医证候总积分较治疗前明显改善（ $P < 0.05$ ），治疗组、心律失常组及心衰组均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。（三）经治疗，四组患者的心功能、平均心率较治疗前均有所改善（ $P < 0.05$ ），但四组患者之间平均心率改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ），这可能与患者病情已经处于相对稳定期有关。（四）四组患者的心电图较治疗前均有明显改善，但治疗组、对照组、心律失常组患者之间心电图改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ），而治疗组与心衰组比较，治疗组心电图情况较心衰组改善明显（ $P < 0.05$ ）。

结论：（一）赵英强教授肝脾论治心病学术思想见解独到、理论有据、内容丰富；（二）赵英强教授“肝脾辨证”模式诊疗心病临床疗效显著；（三）疏肝健脾方治疗不稳定型心绞痛明显有效。

关键词：胸痹、肝脾论治、心肝脾、子母补泻理论、不稳定型心绞痛、疏肝健脾

Abstract

Professor Zhao Yingqiang's understanding of the etiology and pathogenesis of heart disease is based on the view of the integration of the five internal organs. He believes that under the guidance of the heart, the five internal organs constitute an organic whole that is physiologically interrelated and pathologically interactive, and the heart system is closely related to the liver system and spleen system, Therefore, based on the five elements theory (dynamic evolution between the five elements) and viscera syndrome differentiation, the "liver spleen syndrome differentiation" thoughts was established . Professor Zhao Yingqiang takes the dialectical relationship between heart and liver and spleen as the basis of TCM syndrome differentiation of heart diseases, that is to establish the etiology, pathogenesis, treatment and prescriptions of heart diseases from different perspectives of heart and liver, heart and spleen. Taking unstable angina pectoris as an example, this paper systematically discusses the clinical effect of "liver spleen syndrome differentiation model". Professor Zhao Yingqiang has accumulated long-term clinical practice experience. Based on the theory of "reinforcing the mother-organ to treat deficiency, purging the pathogen of the child organ to treat the excess syndrome of the mother organ". Through the adjustment of the child and mother organs of the heart, he focuses on soothing the liver and strengthening the spleen. At the same time, he attaches importance to cooperating with the method of "nourishing the heart, calming the mind, nourishing liver and kidney", focuses on the liver, heart and spleen, taking into account the lung and

kidney, and has a significant clinical effect in the treatment of cardiovascular diseases.

Statistical analysis Professor Zhao Yingqiang's Clinical Prescriptions for the treatment of unstable angina pectoris .On this basis, I drew up a prescription for soothing the liver and strengthening the spleen. 160 patients hospitalized in the Department of cardiovascular medicine of the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of traditional Chinese medicine from October 2020 to March 2021 were divided into treatment group, control group, arrhythmia group and heart failure group. The control group was treated with western medicine only, and the other three groups were treated with traditional Chinese medicine on the basis of conventional western medicine. The clinical efficacy of Jianpi Shugan decoction in the treatment of patients with unstable angina pectoris was observed.

Results: (1) after four weeks of treatment, the total clinical effective rate of the control group was 97.7%, while the total clinical effective rate of the other three groups reached 100%. Compared with the control group, the total clinical effective rate of the other three groups was higher and statistically significant ($P < 0.05$); there was no significant difference in the total clinical effective rate among the treatment group, arrhythmia group and heart failure group ($P > 0.05$). (2) After treatment, the total score of TCM syndromes in the four groups after treatment was significantly improved compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group, arrhythmia group and heart failure group were better than those in the control group ($P < 0.05$). (3) after treatment, the cardiac function and average heart rate of the four groups were improved compared with those before treatment ($P < 0.05$), but there was

no significant difference in the improvement of average heart rate among the four groups ($P > 0.05$), which may be related to the relatively stable condition of the patients. (4) the ECG of the four groups was significantly improved compared with that before treatment, but there was no significant difference in the improvement of ECG among the treatment group, control group and arrhythmia group ($P > 0.05$). Compared with the heart failure group, the ECG of the treatment group was significantly improved compared with that of the heart failure group ($P < 0.05$) .

Conclusion: (1) Professor Zhao Yingqiang has unique academic ideas, theoretical basis and rich content in the treatment of heart disease based on the theory of liver and spleen; (2) Professor Zhao Yingqiang's "liver and spleen syndrome differentiation" model has significant clinical efficacy in the diagnosis and treatment of heart disease; (3) Shugan Jianpi formula is obviously effective in the treatment of unstable angina pectoris.

Key words: Chest arthralgia Treatment of liver and spleen Heart, liver and spleen
Child-mother reinforcing-reducing theoretical foundation Unstable angina pectoris
Soothing liver and strengthening spleen

引言

赵英强教授，男，主任医师，就职于天津中医药大学第二附属医院心内科，中医内科学博士学位，博士研究生导师。现任中华中医药学会内科分会委员、天津中西医结合学会心血管专业委员会副主委、天津中医药学会心病专业委员会常委等。多年来从事中医内科临床工作，总结了丰富的中医内科临床经验；并从事多年中医内科学临床教学工作，培养数十名中医内科学硕士、博士研究生，培养大量规培医师、研究生及中医学大学生，为中医药事业作出重大贡献。赵英强教授通过多年心内科临床及科研工作，擅长循环系统、心血管系统疾病诊断及中西医结合治疗，对于不稳定型心绞痛、高血压、高血脂、心力衰竭、心律失常等心血管病治疗有独特见解。主持多项国家级、市局级等课题，其中“平肝潜阳中药干预肝阳上亢型高血压的临床及实验研究”科学技术进步三等奖。“心力衰竭中医分期辨治方案建立及疗效评价方法研究”科学技术进步三等奖。“益气温阳，活血利水法治疗慢性心衰的临床和机理研究”中国中西医结合学会科学技术奖。“基于雌激素样作用的中药物质基础及作用机理差异性研究”2012 教育部高校科研技术成果—科技进步奖。

本人路美娟，有幸师承于天津中医药大学第二附属医院心内科赵英强主任医师，跟师学习期间严格按照天津市卫生计生委制订的《第二批天津市中医药专家学术经验继承工作实施方案》。跟师学习的两年时间里，本人在中医理论知识及临床实践等方面均得到了提高，进一步深入学习了中医经典基础理论知识，并更好的运用到临床中，将导师的临床经验与自己的临床工作相结合，明显提高了临床疗效，现对导师临床治疗不稳定型心绞痛经验做一论述，总结导师治疗心病的独到见解——肝脾辨证论治诊疗心系疾病。

本文主要分为两大部分，第一部分为赵英强教授肝脾论治心病理论研究：（一）赵英强教授肝脾论治心病理论渊源；（二）赵英强教授基于五脏生克制化的心病诊治观点；（三）赵英强教授心病诊治理论经典学术理论支撑；（四）赵英强教授临证经典医案举隅，通过对赵英强教授肝脾论治心病理论基础的论述，总结导师治疗心病的经验——“肝脾辨证”模式理论来源、内容、发展及临床效果。

第二部分为赵英强教授肝脾论治心病临床研究，通过对导师临床治疗不稳定

型心绞痛方药统计分析，自拟出疏肝健脾方：茯苓 10g，莱菔子 10g，白术 15g，川芎 10g，柴胡 10g，瓜蒌 30g，桃仁 10g，山药 20g，当归 10g，砂仁 10g，薏苡仁 20g，郁金 15g，豆蔻 10g，元胡 10g。收集 160 例天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院部于 2020 年 10 月至 2021 年 3 月期间住院治疗的患者，分为治疗组、对照组、合并心律失常组和合并心力衰竭组，对照组单纯使用西药治疗的模式，其余 3 组均在常规西药治疗的基础上加中药治疗，观察自拟健脾疏肝汤加减治疗不稳定性心绞痛患者的临床疗效。结果：（一）治疗 4 周后，对照组的临床总有效率为 97.7%，而其余三组的临床总有效率达到 100%，且与对照组比较，其余 3 组的临床总有效率较高，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗组、心律失常组、心衰组 3 组之间的临床总有效率暂无明显差异（ $P > 0.05$ ）。（二）治疗 4 周后，四组患者的中医证候积分均较治疗前减少，且与对照组比较，治疗组、心律失常组、心衰组积分减少更明显，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；而三组之间的积分变化并无明显的差异（ $P > 0.05$ ）。（三）经治疗后患者胸痛、胸闷憋气、心悸、乏力、气短等证候积分均较治疗前明显减少，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），且在胸痛方面，与对照组相比较，治疗组、心律失常组、心衰组改善更明显（ $P < 0.05$ ），而三组之间并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。（四）经治疗，四组患者的心功能较治疗前均有明显改善，但四组患者之间心功能改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。（五）经治疗，四组患者的平均心率较治疗前均有所改善（ $P < 0.05$ ），但四组患者之间平均心率改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。（六）经治疗，四组患者的心电图较治疗前均有明显改善，但治疗组、对照组、心律失常组患者之间心电图改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ），而治疗组与心衰组比较，治疗组心电图情况较心衰组改善明显（ $P < 0.05$ ）。结果显示，在导师经验思想指导下，基于对导师用药统计分析所得疏肝健脾方取得显著成效。结果显示，在导师经验思想指导下，基于对导师用药统计分析所得疏肝健脾方取得显著成效。

在跟随导师学习期间，本人体悟深刻，对于心病的诊疗有了更系统的认识，在临床诊疗心病有了新见解，导师治疗心病的思想经验，值得反复思考领会，希望借本文能够深度挖掘导师诊治心病的学术观点和临床经验，探索经验理论体系，充分总结导师学术思想，也希望为大家诊疗心病提供新思路。

一、赵英强教授肝脾论治心病理论渊源

1.1 中医学整体观念

整体观念源于《黄帝内经》^[1]，是中医学独特思维方式，强调人体自身的统一性及人与自然界之间的统一性。经过数千年医疗实践经验积累，中医学形成了独特的理论体系，以整体观念为指导思想，以精气、阴阳、五行学说为哲学基础，以精气血津液为生理病理基础，注重辨证论治。《灵枢·海论》云：“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节”。人体各脏腑、官窍、肢节通过经络联系在一起，以精气血津液为中介，在生理及病理上相互协调相互影响，主要体现为五脏一体观和形神一体观。

一方面，人体本身是一个有机联系的统一整体。人体是由脏腑、形体、官窍组成的，构成人体的各个部分在结构上紧密联系，在功能上相互关联，在病理上相互影响。另一方面，正如《灵枢·邪客》所言：“人与天地相应也。”人类作为自然界中的一个有机整体，与自然界密不可分，自然界存在着人赖以生存的必要环境，机体的一切生命活动都依赖于自然界提供的阳光、空气、水、温度等，外部环境的变化直接影响机体的生理病理，同时，人具有主观能动性，可以改造自然。

1.1.1 五脏一体观

人体由五脏（肝心脾肺肾）、六腑（胆小肠胃大肠膀胱三焦）、形体（筋脉肉皮骨）、官窍（目舌口鼻耳）等构成，结构的完整为功能的统一奠定基础，它们不是孤立存在的，而是在结构功能上分归五脏，以精气血津液为物质基础，形成了以五脏为中心的五个生理系统，即心系统（心—小肠—脉—舌—面）、肝系统（肝—胆—筋—目—爪）、脾系统（脾—胃—肉—口—唇）、肺系统（肺—大肠—脾—鼻—毛）、肾系统（肾—膀胱—骨髓—耳—发），共同维持生命活动正常进行。

《素问·经脉别论篇》记载：“合于四时五脏阴阳，揆度以为常也。”五

脏一体观是基于阴阳、五行学说，运用取象比类，推演络绎方法对于藏象学说进行阐述，构建了一个立体的，联系的思维模式。以五脏为中心的五个生理系统联系六腑、五官、九窍、五体、五志，来认识人体生命活动规律，并基于人体精气血津液的生成、贮藏、代谢来反映生理病理变化，是中医学理论体系的基础。人体生命活动的正常进行需要各系统发挥自己功能，也需要各个系统之间相互协调相互制约，共同维持人体内外环境的稳态平衡。

《灵枢·邪客》说“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”心为君主之官，主神明，机体的一切生命活动都依赖于心神调控，以心系统为中心的五个生理系统相互协调，相互制约，为机体正常生理活动提供保障，在病理上又相互影响。赵英强教授在此基础上认为心系统疾病可通过气血津液等物质媒介及经络脉管等通道影响另外四个系统，与肝脾关系最为密切，这可以为心病的诊疗提供新思路。

1.1.2 “天人一体”的整体观

《素问·上古天真论》：“故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”中医学的整体观还强调人与自然环境及社会环境的统一性，人和自然界所有生物一样，需要依赖自然界提供的环境如空气，水，生物圈等，自然和社会环境的差异对个人体质形成至关重要，这种对人和自然息息相关的认识即为天人一体观。

自然环境和人体的关系体现在方方面面，人体生理活动的变化受外界环境的波动影响，以人体阳气变化为例，《素问·生气通天论》中提及：“故阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而气已虚，气门乃闭。”一天中人体阳气趋于体表，在中午最盛，夜间潜于体内；春夏之际多天温日明，阳气亦随之充盛，秋冬之际多天寒日阴，阳气亦随之减弱。《素问·脉要精微论》提及：“四变之动，脉与之上下”。随四季交替进行，人体的脉象会依次出现春弦、夏洪、秋毛、冬石的规律性变化。研究证实气象因素（气温、风速、湿度、气压、日照等）与冠心病的发生发展密切相关^[2]，如气温越低发病率越高，所以冬季是心血管疾病高发季节。

当气候条件或地理环境发生变化的时候，就会成为疾病的病因，使机体发病，

如六淫致病。《素问·金匱真言论》言：“长夏善病洞泄寒中，秋善病风疟”；《灵枢》又提及：“夫百病者，多以旦慧、昼安、夕加、夜甚。”地理环境、气候、昼夜变化等都会对疾病产生影响，但也为疾病的防治提供思路，《素问·四时调神大论》强调：“春夏养阳，秋冬养阴，以从其根。”强调遵从四时变化规律，亦可积极改造自然环境以预防疾病发生，即“和于阴阳，法于术数，以平为期”。赵英强教授认为养成良好的生活、工作习惯对于心病治疗至关重要。

独特的社会属性使人除了受自然环境影响，还受社会环境制约。明·李中梓指出：“富贵之人多劳心，贫贱之人多劳力”，“劳心则中虚而筋柔骨脆，劳力则中实而骨劲筋强”。社会环境与个人身心机能和体质具有统一性，环境骤变易引起某些身心疾病产生，如《素问·举痛论》所言：“百病生于气也，怒则气上；喜则气缓；悲则气消；恐则气下；惊则气乱；思则气结。”赵英强教授认为患者生活、工作环境的不同，对心病影响很大。临床研究发现，焦虑、抑郁是冠心病常见的诱因和并发症^[3]，这也是赵英强教授从肝论治心病的一大因素。

1.2 精气学说是整体观的基础

1.2.1 万物之生，皆禀元气

《论衡·言毒》^[4]中所论述：“万物之生，皆禀元气”。气一元论源于中国古代哲学思想，认为精气是宇宙万物的本原，自然界万物变化都是精气运动的结果，这种认识世界的方法延伸至对生命的探索，对中医学启发很大，后来发展成中医精气学说^[5]，即气是人得以存在的本原，是人体精血津液形成的物质基础，也是自然、社会、人类及其精神获得统一的实现途径。

精气是人类孕育、身心生长的物质基础，生命的发生与发展皆依赖其变化的本能^[6]。《难经·八难》^[7]指出：“气者，人之根本也。”这里的气是构成人体的根本物质，可以化生为人体各个部分的气血津液等基本物质，气机升降出入的协调是生命活动正常进行的基础，气化是维持机体新陈代谢和能量转化动态平衡的保障，《素问·六微旨大论》中指出：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。”一旦气的升降出入停止也意味着生命的终止。

1.2.2 气是信息媒介

阴阳学说的形成丰富了对于气的功能的认识。将人体之气分为阴气与阳气，阳气具有推动、温煦作用，阴气具有调控、凉润作用，二者协调平衡，保证机体正常生命活动的进行。此外，人体之气具有防御功能，《素问·刺法论》说：“正气存内，邪不可干。”说明人体之气可抵御邪气入侵，防止疾病的发生。赵英强教授认为，一身之气的强壮得益于心之子脏——脾土主运化功能的正常发挥，因此，无论是治疗疾病还是预防疾病都需要兼顾健脾益气。

古代哲学认为，气是宇宙万物联系中介。精气作为宇宙万物的本源，充斥于宇宙之中，使万物得以存在并产生联系。人得以与自然进行物质、能量、信息交换，都是在此基础之上，因此，气也是人体与自然环境、社会环境统一的基础与中介。

人体之气存在于身体各个部位，并处于不断运动状态，维持着生命活动的正常进行，成为各脏腑组织器官之间的信息媒介，在生理病理条件下都能够感应并传导信息以联络身体各个组织部位。内在脏腑器官机能正常与否可以在外部体表反应，如心气通于舌，当心火旺时，就可以表现为口疮，此即“有诸内必形诸外”。

人体之气作为信息载体构建了人体各脏腑组织器官的紧密联系，来保证人体自身的整体性，当某一部位发生病理变化时，也会通过影响气机升降出入和气化引起全身各部位病变。同样，疾病的各种治疗手段也是通过影响气机和气化，进而调节人体气血津液的代谢，使脏腑组织功能得到改善。

气应该是研究人体生命的基点。气运动流通有序才能维持脏腑正常的功能活动。反之，如果气的升降出入运动异常，就会有相应的病理变化出现^[8]。赵英强教授认为肝主疏泄，调畅全身气机，对于一身之气机、气化功能正常发挥至关重要，因此保证肝主疏泄正常是治疗一切疾病的前提。

1.3 基于五行学说的疾病认识观和方法论

1.3.1 五行学说

五行学说源于古代哲学思想，研究木火土金水五行的概念、特性、生克制化规律，并用于阐释宇宙万物的发生、发展、变化及相互关系的一种思维方法和模

式。中医学运用五行学说作为一种思维方法用以阐述人体各部分及其与外界环境之间的关系及规律。

五行一词最早见于《尚书》，将金、木、水、火、土从具体变为抽象，并指出五行的特性，即《尚书·洪范》^[9]中所言“水曰润下，火曰炎上，木曰曲直，金曰从革，土爰稼穡。”基于这五种特性，借助取象比类法及推络演绎法对自然界事物进行归类，用来解释自然界万物内部与外部的相互联系，在整体观念指导下，中医学以五行学说为基础，来系统说明人体生理病理现象。五行学说对中医学最重要的影响主要是促进了五行藏象体系的形成。

1.3.2 五行藏象体系

所谓五行藏象体系^[10]，是指是基于中医整体观念，以五脏联系人体形、窍、志、液、华、声、色、味及自然界的位、时等，形成了以五脏为中心的五大系统。既揭示了生命过程的整体性和生命活动的联系性，又反映了人与自然的统一性。

“木曰曲直”是指树木向上、向外舒展、易动、柔和、能曲又能伸的特性^[11]，后引申为凡具有生长、升发、条达、舒畅等特性或作用的事物或现象，皆属于木。肝为刚脏，肝气升发，主升主动，喜条达而恶抑郁，功在疏通气血、调畅情志，故肝在五行属木，可推络演绎胆、筋、爪、目等肝系统皆属于木。

“火曰炎上”是指火具有温热、升腾、化热、红亮、具有炎烈向上的特性^[11]，故凡具有温热、上升、光明等性质或作用的事物和现象，皆属于火。心主血脉可维持体温恒定，为阳脏而主通明，阳气最盛得以推动心脏搏动，温通全身血脉，兴奋精神，故心在五行属火，可推络演绎小肠、脉、面、舌等心系统皆属于火。

“土爰稼穡”是指土具有种植、滋养、培育、收获农作物的特性^[11]，引申为凡具有生化、承载、受纳等性质或作用的事物或现象，皆属于土。脾为“后天之本”，为气血生化之源，主化生水谷精微以充养脏腑形体官窍，故脾在五行属土，可推络演绎胃、肌肉、唇、口等脾系统亦属于土。

“金曰从革”是指金的变革之性，虽质地坚硬，可做兵器以杀戮，但有随人意而更改的柔和之性，故引申为凡具有沉降、肃杀、收敛等性质或作用的事物或现象，皆属于金。肺为“华盖”，在上者宜降，故肺气以清肃下降为顺，肺因其清肃之性在五行属金，可推络演绎大肠、皮肤、毛发、鼻等肺系统皆属于金。

“水曰润下”是指水寒凉、滋润、趋下、闭藏的特性^[1]，引申为凡具有滋润、下行、寒冷、闭藏等性质或作用的事物或现象皆属于水。肾主藏精，为封藏之本；主水，主司一身水液代谢与调节，维持水液代谢的平衡，故肾在五行中属于水，可推络演绎膀胱、骨、二阴、耳等肾系统皆属于肾。

五行藏象体系是赵英强教授以心肝脾三脏构建辨证关系治疗心病的基础。它完善了人们对人体的认识，深化了对生理病理的理解，指导疾病的诊断和治疗，并将人体生命活动与自然界事物或现象联系起来用以说明人体自身以及人与自然界之间的统一。一方面，基于五行学说将人体的脏腑、形体、官窍、精神、情志等系统联系起来，用以说明人体生理病理活动。另一方面，如《素问·阴阳应象大论》中提及：“东方生风，风生木，木生酸，酸生肝，肝生津……；南方生热，热生火，火生苦，苦生心，心生血……；中央生湿，湿生土，土生甘，甘生脾，脾生肉……；西方生燥，燥生金，金生辛，辛生肺，肺生皮毛……；东方生寒，寒生水，水生咸，咸生肾，肾生骨髓……；”以五脏为中心，用五行学说演绎五脏、五体、五志、五窍、五液等五行属性并置于人体的五行框架体系中，形成了以心系统为中心的五个生理系统，用于说明人体内在的统一性。五个生理系统又与自然界的五方、五色、五味等紧密关联在一起，用以阐释人体内外环境的统一性，丰富了五行藏象体系。

1.3.3 五行藏象学说中的生克制化乘侮关系

五行学说以中国古代哲学为思想背景，是用于说明事物属性并认识其发生发展变化规律的世界观与方法论，五行之间的相生、相克及制化胜复关系，是维持五行结构的平衡和稳定的基础，促进事物的生生不息，可阐述事物之间的广泛联系。中医学基于五行学说，构建了以五脏为核心的五行藏象体系，五脏体系与五行之间一一对应，形成五脏之间相生、相克及制化胜复关系，以阐述机体结构、生理病理现象，并用于说明人体局部与局部、局部与整体之间的相互联系。另外，五行之间的相乘相侮与母子相及是五行之间异常的生克变化，对应五脏亦然，可阐释某些异常的气候变化及人体的病理变化。

1.3.3.1 以五行相生为基础阐述五脏之间的资生关系

五行相生推动事物向前发展，是指五行中的某一行对其子行的资生、促进和助长。《难经》^[7]将五行相生关系称为母子关系：“生我者为母，我生者为子。”，即木生火，火生土，土生金，金生水，水生木。对应五脏相生：肝生心，心生脾，脾生肺，肺生肾，肾生肝。

五脏相生是指五脏之间相互资生、促进、和生长。肝生心是指肝藏血以济心，肝之疏泄以助心行血。肝藏血充足，疏泄有度，可随人体生理需求进行血量调节，有利于心主血脉机能正常进行；心生脾指心阳温煦脾土，助脾运化水谷精微；脾生肺指脾气运化，保证肺维持生理活动所需要的水谷精微、津液；肺生肾是指肺之精津下行以滋肾经，且肾主水、主纳气的生理机能依赖于肺气之肃降；肾生肝体现在精血同源、藏泄互用、以及阴阳互滋互制等方面，肾藏精以滋养肝血，肾阴资助肝阴以防肝阳上亢。

赵英强教授认为，肝为心之母，脾为心之子，肝脾与心之间均为母子关系，这是赵英强教授肝脾论治心病的基础，心肝脾三脏之间常生理上相互协调，病理上相互影响，可以借助其中相生相克关系作为治疗心病的切入点。

1.3.3.2 以五行相克为基础阐述五脏之间的制约关系

五行相克可以抑制事物的过度发展，是指木、火、土、金、水之间存在着有序的递相克制、制约的关系，《内经》把这种相克关系称为“所胜”、“所不胜”关系：“克我者为所胜”、“我克者为所不胜”。即木克土、土克水、水克火、火克金、金克木。对应五脏相克：肝克脾、脾克肾、肾克心、心克肺、肺克肝。

五脏相克是指五脏之间存在着有序的制约关系，任何一脏都有“我克”和“克我”之脏。肝克脾是指肝主疏泄，条畅气机，促进脾对于饮食物的消化、吸收、转运，防止脾气壅滞，肝调节血量的功能保证脾统血正常，血液不至于溢出脉外；脾克肾体现在肾主水液输布代谢依赖于脾气及脾阳的协助，脾气运化水液，可防止肾水泛滥；肾克心即肾阴在肾阳的鼓动下，化为肾气上济于心，使心火不亢；心克肺是指心火之阳热，可防止肺肃降太过；肺克肝体现在“龙虎回环”，即肝主升发，肺主肃降，肺气肃降以抑制肝阳之上亢。

1.3.3.3 五行制化胜复关系维持五脏之间的协调平衡

五行制化源于《素问·六微旨大论》：“亢则害，承乃制，制则生化”之论，是指五行之间既相互滋生，又相互制约，维持平衡协调，推动事物间稳定有序的变化和发展。相生是事物发生与发展基础，相克维持事物之间正常协调关系，五行之间相生相克的自我调节将人体紧密连接成一个整体。

五行制化在相生之中有克制，在克制之中求发展，即木生火，火生土，而木克土；火生土，土生金，而火克金……，由此推知，五脏制化表现为：肝生心，心生脾，而肝克脾；心生脾，脾生肺，而心克肺；脾生肺，肺生肾，而脾克肾；肺生肾，肾生肝，而肺克肝；肾生肝，肝生心，而肾克心。每一脏由于他脏的资生而不至于虚损，又由于它脏的制约而不会过亢，如脾之气，其虚，有心助生，其亢，有肝克之。每个脏腑都有生我、我生、克我、我克的对应脏腑，这种制化关系保证机体生理机能的稳态协调，也为疾病的诊治提供依据和思路。

1.3.3.4 五行生克制化说明五脏病变相互影响

五行学说除了可以说明人体生理机能，而且还可以说明病理情况下脏腑之间的相互联系，主要体现在相生关系的传变和相克关系的传变。

相生关系的传变主要包括“母病及子”和“子病及母”两方面。“母病及子”即母脏之病变传及子脏，如肝生心，肝脏之病变可传及心；心生脾，心之病变可传及脾……；“子病及母”即疾病从子脏传及母脏，如心病及肝，临床上常见心血不足引起肝血亏虚，导致心肝血虚；或者心火旺引起肝火旺，导致心肝火旺等。赵英强教授基于此，认为心病除自身原因外，可能由于母脏肝传及，亦有可能是子脏脾传及。

相克关系的传变包括“相乘”和“相侮”两方面。相乘是指相克太过，一是某脏过盛，导致所胜之脏受到过度克伐，如“木旺乘土”，当肝气郁结，疏泄不当，就会导致脾失运化引起胸胁苦满、泛酸、恶心、腹泻等症状；二是某脏过虚，不能承受所不胜之脏的正常克制，如“土虚木乘”，当脾气过虚，不能承受肝脏正常的克制时，就会出现乏力、纳呆暖气、泄泻、胸胁胀满等症状。相侮是指反向克制，分为“太过相侮”和“不及相侮”。太过相侮是指某脏太过亢胜，其所不胜之脏不能克其而反被克，如金本克木，当肝火过旺，肺金无力约束而反被克

制，出现急躁易怒，胸胁口苦，面红目赤，甚则咳逆上气等症状，即“木火刑金”；不及相侮是指某脏过虚，其所胜之脏反而克之，如土本克水，当脾气过虚，不能制水，反而出现肾水泛滥引起水肿的症状，即“土虚水侮”。

清·徐大椿认为：“邪挟生气而来，则虽近而易退”“受我之气者，其力方旺，还而相克，来势必甚。”在相生关系传变时，母病及子病情轻浅，子病及母病情较重。《难经经释》^[7]提及“脏气本已相制，而邪气挟其力而来，残削必甚”“脏气受制于我，则邪气亦不能深入”，故病情以相克关系相传时，相乘传变病情较重而相侮较轻。赵英强教授认为无论以何种传变方式，基于五行制化思维模式说明疾病病理变化虽不完全，但可为临床治疗及预防提供思路。

1.3.4 五行制化在中药中的应用

赵英强教授注重以五行学说指导脏腑用药，基于五行学说，中药的归经、味、色都可以通过取象类比法确定五行属性，指导疾病的诊疗。

《本草纲目》^[12]言：“味有五，气有四。”气和味是构成中药性能的两个方面，在中医独特的背景下，运用五行学说构建独特的中药五味文化^[13]，五味分别为酸、苦、甘、辛、咸；五色为青、赤、黄、白、黑，分别与五脏相对应，酸味、青色入肝；苦味、赤色入心；甘味、黄色入脾；辛味、白色入肺；咸味、黑色入肾。如石膏色白、味辛入肺经，可清肺热；黄连味苦而入心经泻心火；陈皮色黄入脾经；丹参味苦亦如心经，活血祛瘀等等。

五行学说在中药中的应用完善了以五脏为中心的中医治疗体系，是中医学整体观念的体现，明确药物所入脏腑有利于精准用药。据此，基于肝脾论治心病模式，导师治疗心病时，最常用入心经、肝经、脾经的中药。

1.4 脏腑辨证

中医常用辨证方法有八纲辨证、六经辨证、脏腑辨证、三焦辨证、卫气营血辨证等，赵英强教授总结长期临床经验，基于精气、阴阳、五行学说，认为心与肝脾之间均为母子关系，生理病理联系密切，故治疗心病应通过对心之子母脏器的调摄，以疏肝健脾为主，同时重视配合“养心安神，滋水涵木”之法，侧重肝心脾，兼顾肺肾，逐渐形成了一套以心肝脾三脏为核心的脏腑辨证理论。

1.4.1 以“肝脾论治”为核心的脏腑辨证观点

脏腑辨证主要根据脏腑的生理特征和病理变化，明确疾病病位所在脏腑及其寒热、阴阳、气血、虚实等，以诊治疾病。

《黄帝内经》为脏腑辨证奠定了理论基础，经华氏、孙思邈、张元素等历代医家的丰富逐渐形成体系，并广泛应用于临床。脏腑辨证是临床上常用的辨证方法，是八纲辨证、卫气营血辨证、六经辨证等的结合，无论何种辨证方法，最后都是为了明确脏腑的病位、病性、证候^[14]。

八纲辨证主要辨别疾病的性质、部位、邪正盛衰等，即疾病的寒、热、虚、实、阴、阳、表、里，但如果要明确疾病的病机，还需要结合脏腑功能变化进行分析；六经辨证是外感病的辨证方法，侧重于辨别疾病的停留位置，随着病情进展，症状不同，病变脏腑不同；三焦辨证可反映上、中、下三焦所包含脏腑的病机变化；卫气营血辨证主要用于温病辨证，也可以反应不同阶段相关脏腑病理变化；气血津液辨证以气血津液为切入点，但究其根本也是代表脏腑功能的变化^[15]。

脏腑辨证首先需要明确疾病病位，后确定病变脏腑的性质，包括寒、热、虚、实、阴、阳、气、血和气滞、痰饮、瘀血等病理变化^[16]。赵英强教授基于中医学整体观念，指出脏腑辨证可通过阴阳、五行、藏象学说审视病变脏腑气机得太过或不及，从而确定病位、病性、病机，以期调整脏腑气机平衡，治疗疾病，而一个疾病所涉及到的病位往往是有章可循的，把握主要病变部位做到未病先防，已病防变。

1.4.2 五行观念渗透下的脏腑辨证理念

《灵枢·本藏》言：“视其外应，以知其内脏。”当某脏出现疾病时，可以反映到体表的组织器官，亦可以出现色泽、声音、脉象、形态等改变。五行学说与五色、五音、五味等一一对应，构成了天人一体的整体观，医者可以通过望闻问切收集疾病的外在表现，根据五行藏象学说及五行生克制化规律推断疾病的所在部位及预后。

1.4.2.1 确定五脏病变部位

《难经·六十一难》中提到：“望而知之者，望见其五色，以知其病。闻而知之者，闻其五音，以别其病。问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也。切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。”以五脏

所主之色、音、味、脉来确定病变之脏。如面见赤色，口味苦，脉象洪，是心之病；面见青色，口味酸，脉见弦，是肝病。也可以用于判断兼病之脏，如若为脾虚患者，出现面色青，即肝气犯脾之症。

1.4.2.2 判断病情顺逆

五行生克制化理论可用于推测病情的轻重顺逆。《医宗金鉴》^[17]：“肝青心赤，脾脏色黄，肺白肾黑，五脏之常。脏色为主，时色为克。春青夏赤，秋白冬黑，长夏四季色黄。常则客胜主善，主胜客恶。”主色即五脏本色，客色为应时之色，客色胜五脏之色则病顺，五脏之色胜客色则病逆。另外，《灵枢》中提及：“见其色而不得其脉，反得其相胜之脉，则死矣。得其相生之脉，则病已矣。”当脉诊所得之脏克色诊所得之脏时，病逆，预后不佳；当脉诊所得之脏生色诊所得之脏时，病顺，预后好。

二、赵英强教授基于五脏生克制化的心病诊治理论

赵英强教授擅长循环系统、心血管系统疾病诊断及中西医结合治疗，尤其对冠心病、心绞痛等心血管病治疗有独特见解。经过长期临床实践经验积累，导师基于天人一体的整体观念，继承并发扬阴阳、五行、藏象学说，临床处方重视脏腑辨证论治，尤其是心肝脾三脏之间的辨证关系，遵循“虚则补其母，实则泻其子”的子母补泻理论，通过调摄心之“母子”治疗心病。以心肝、心脾、肝脾形成的辨证关系是赵英强教授临床治疗心病的中医辨证基础，基于对中焦心之子母脏器的调摄，同时重视配合“养心安神，滋水涵木”之法，形成了独特的肝脾论治心病的辨证模式，侧重肝心脾，兼顾肺肾，以疏肝健脾为主，临床疗效颇丰。

2.1 基于阴阳、五行、藏象学说指导下的心病辨证观点

冠心病、心绞痛属中医“胸痹”范畴，指以胸部闷痛，甚则胸痛彻背，喘息不得卧为主证的一种疾病。该病临床表现最早见于《内经》。《素问·脏气法时论》提出“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，肩背肩胛间痛，两臂内痛”。而汉代医家张仲景于《金匮要略》^[18]中正式提出了“胸痹”的名称，关于胸痹心

痛短气病脉证治的描述中写到“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也”。认为胸痹的病机为阳微阴弦，即上焦阳气不足，下焦阴寒内盛。胸阳不足，气化无权，无以运化气血津液，痹阻心脉发为胸痹，为本虚标实之症。阳微，即心阳虚；心气充沛，心阴与心阳协调，心主血脉功能才得以正常，则心脏搏动有力、节律规整。如果心气不足，胸阳不振，加之下焦阴寒内盛，乘虚而入，则寒痰、瘀血、气滞痹阻心脉，发为胸痹。

赵英强教授在上述辨证基础上，注重从整体观出发，基于脏腑五行生克制化理论，从心之“母子”肝脾论治心病，以疏肝健脾为主，侧重肝心脾，兼顾肺肾。

2.1.1 心与肝的辨证关系

心者，君主之官，主血脉、主神明。《素问·痿论》言其“主身之血脉”，《灵枢·邪客》说：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”肝为刚脏，性喜条达而恶抑郁，主疏泄及藏血。《灵枢·本神》中云：“肝藏血，血舍魂……心藏脉，脉舍神。”从生理功能来看，心与肝的关系主要体现在血液运行和精神意志两个方面。

2.1.1.1 气血运行是心肝相关的理论基础

心主行血而肝藏血，气血运行是心肝相关的理论基础^[19]。《素问·五藏生成》言：“肝藏血，心行之”，心为全身血液运行的枢纽，心气调控心脏搏动与脉管通利，推动血液在脉道中运行并营养全身；而肝藏血，基于主疏泄的功能肝脏可以贮藏并调节血量。心血充盈，心气旺盛，则血行正常，肝有所藏；肝血充足，疏泄有度，可根据人体生理功能调节全身各部分血量，两者共同完成全身气血的运行。

2.1.1.2 随神往来谓之魂

心藏神而肝主疏泄、调畅情志。心为神明之脏，君主之官，《灵枢·本神》提及：“所以任物者心也”，心神主宰脏腑、形体、官窍等不同生理机能，并且主司人的意识、思维、情绪等生理机能，它对精神意志的主宰与肝之疏泄功能密

不可分。肝主疏泄，调畅气机，可调节情志舒畅，《灵枢·本神》亦言：“肝藏血，血舍魂。”魂发于心而受于肝，其活动“虽神往来”^[20]。正如张景岳在《类经·脏象类》^[21]中所说的“神藏于心，故心静则神清；魂随呼神，故神昏则魂荡。”心所主之“神”与肝所藏之“魂”不可分离，心血充盈，心神健旺，有助于肝气疏泄，调畅情志；肝气疏泄有度，情志畅快，则有利于心神内守。

2.1.1.3 基于五行学说说明心肝辨证理论

从五行关系看，肝与心为母子关系。母病及子时可见由肝火亢盛引起的心火偏亢，亦可见肝血虚日久，累及子行不足，心血暗耗导致心血亏虚。子病及母时，心火亢盛可以耗伤肝阴，引起肝火偏亢；心血耗伤，累及母行，导致子母俱不足，及心肝亏虚。临床常见心肝两脏互传的症候。如心肝血虚证，两脏之血虚证常常互为因果，因此致彼。临床肝血不足的患者常见惊悸、失眠、多梦等神志症状也符合这一理论。

2.1.2 心与脾的辨证关系

心与脾的关系，主要体现在血液生成方面的互相为用以及血液运行方面的相互协调同。另外，从经络学说来看，手少阴心经与足太阴脾经交与心中，通过经络交接、属络完成气血津液的联系。

2.1.2.1 与心脾相关的血液生成、运行理论基础

在血的生成方面，脾为后天之本，气血生化之源。脾主运化，胃主受纳腐熟水谷，化生水谷精微，为化生精、气、血、津液提供原料，通过脾的转输升清，上输心肺，在心气的气化作用和心阳的温化作用下化赤为血。心主一身之血，心血供养于脾以维持正常生理机能，脾为生化之源，保证心血充盈。

心脾两脏阴阳相通，气血互济，心主血脉而脾主运化，心主行血而脾主统血。血液正常运行，依赖于心气推动调控才能在脉中节律运行而不至于停滞，又依赖于脾统血功能在脉中不至于溢出。

脾胃运化有力，则气血化生有源，心血充盈；若脾胃虚弱，运化无力，生湿生痰，则导致心失所养，心脉痹阻发为胸痹。

2.1.2.2 心有所忆谓之意

《灵枢·本神》言：“脾藏营，营舍意”、“心藏脉，脉舍神”，营是脾胃所化生的物质，运行于脉中，且具有一定周期性，是血化生的基础，所以血中也是藏有“意”的，即意识、思维寄居营中；而脉舍神，神寄居于脉中，脉为血之府，所以意也存于脉中，即神与意都省居于脉中^[22]，神是生命活动的主宰，意识指人的意识和思维，两者都属于广义神的范畴，都是正常生命活动的表现。

2.1.2.3 基于五行学说说明心脾辨证关系

从五行关系来看，心与脾亦为母子关系，生理上，心阳温暖脾土，阳明脾土必得心火的温煦才能生化不息，心的气血阴阳对脾具有促进和资生作用从而维系脾的正常生理功能的发挥，心火必得脾土的濡养才能制而不亢，母子相生，互为依赖。在心神调控下，脾土生化功能正常；病理上，心病可累及脾，脾病亦可影响母行。《脾胃论》^[23]云：“脾胃既虚，不能升浮，为阴火伤其生发之气，营血大亏……血减则心无所养，致使心乱而烦，病名曰挽。”若脾胃功能失司，化源不足，津血生成减少，不能上奉于心，心失所养，而发心悸、胸闷等。《脾胃论》又云：“夫饮食失节，寒温不适，脾胃乃伤。此因喜、怒、忧、恐损耗元气，资助心火。火与元气不两立，火胜则乘其土位，此所以病也。”《素问·玉机真藏论》言“五藏受气于其所生，……心受气于脾，传之于肺。”心与脾胃在病理上的相互影响主要表现在气血的生成及运行障碍以及气机的升降失调。因此，过食肥甘、寒凉，致中焦失健，脾阳不运，水湿停聚，化而成痰，痰浊上犯，阻滞胸阳，闭塞心脉，则见胸闷、心悸。依据胸痹的病因病机特点和心脾两脏的生理病理联系，临床多从痰瘀论治，运用养心健脾法治疗冠心病不稳定型心绞痛。

2.2 五行生克制化理论指导下的心病治法治则

赵英强教授认为，冠心病属器质性病变，冠脉狭窄是不可逆的，用西药治疗冠心病、心绞痛主要用于二级预防，临床缓解心绞痛症状等，但往往由于诸多合并症及并发症临床应有受限。而中医“胸痹”病，从人体脏腑为一个整体去考虑，辨证论治。基于心肝脾三脏母子关系，赵英强教授认为治疗胸痹，需从“肝脾论

治”，临床应用“疏肝健脾法”疗效显著。

2.2.1 不稳定心绞痛再认识

不稳定型心绞痛^[24] (unstable angina, UA) 是冠心病中的一种严重类型，具有较高的发病率和死亡率。UA 指介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的临床状态，包括除稳定型劳力性心绞痛以外的初发型、恶化型劳力性心绞痛和各型自发性心绞痛，临床变异性大、病情不稳定。UA 的发病机制是在粥样硬化病变的基础上，发生了冠状动脉内膜下出血、斑块破裂、斑块糜烂、破损处血小板与纤维蛋白凝集形成血栓、冠状动脉痉挛以及远端小血管栓塞引起的急性或亚急性心肌供血减少所致，是急性冠状动脉综合征中的常见类型。

不稳定型心绞痛相当于中医中的胸痹、心痛，主要病机为心脉痹阻。本病多为本虚标实或虚实夹杂之证，本虚为气血阴阳之虚，标实为气滞、寒凝、血瘀、痰浊。胸痹中涉及不同名称的证候有 73 个，其中与痰和瘀相关的证候最多见^[25]。作为主要致病因素的“痰”“瘀”生成之根本是脏腑功能失调，人以五脏为中心，气血津液的生化有赖于脏腑正常的生理活动，每个脏腑病变结果都可以导致气血津液的病变，但与心肝脾三脏关系最为密切。气机失常，血、津液运行无力，滞而为瘀、为痰，肝疏泄有度，则全身气机正常，所以痰饮、瘀血的形成与肝密切相关；脾脏为生化之源，津液成痰主要关系到脾脏，“脾为生痰之源”；血凝成瘀则以心为主，心主血脉，心气推动调控血液在脉管中流动，故“瘀血不离乎心”。

赵英强教授认为：中医将冠心病不稳定型心绞痛归属于胸痹范畴，本病主要病机为心脉痹阻，病位在心，《素问·痿论》言其“主身之血脉”，血行滞涩而成瘀，则可出现血脉不通之胸痹之症。

当今快节奏的社会模式下人们精神压力与日俱增，多见肝郁气滞的情况，因此胸痹心痛人群中各种症型多伴有肝气郁滞。《太平圣惠方·治心痹诸方》^[26]中也有言：“夫思虑烦多则损心，心虚故邪乘之，邪积而不去，则时害饮食，心中怫怫如满，蕴蕴而痛，是谓心痛”；随着人民生活的发展进步，饮食结构发生改变，胸痹发病逐渐年轻化，中青年患者越来越多，此类人群大多嗜食膏粱厚味，久之脾气必虚，运化失司而成痰，痰阻日久必然伤及血脉，血行不畅，出现痰瘀证的各种表现。在临床工作中胸痹患者虽然其临床证候表现不尽一致，但大多数

患者不同程度地存在血瘀、痰凝等。由此可见，从肝脾与心三脏论治符合当今疾病社会—心理—生理模式。

2.2.2 以疏肝健脾为核心的子母补泻理论治疗原则

五行学说不仅可以用于说明人体生理病理联系与变化，还可以用于确定疾病的治法与治则。基于五脏相生理论，赵英强教授临床处方重视辨证论治，主张运用子母补泻理论治疗心病。

2.2.2.1 赵英强教授独到的子母补泻理论观点

子母补泻法一词本为指导选取五腧穴的取穴方法，被赵英强教授作为对心病基本治则的概括，赋予其独特的理论含义。《难经·六十九难》最早提出“虚者补其母，实者泻其子”，即为后世医家所言之子母补泻法。最初将子母补泻法理论用于指导针灸临床取穴中，在后世发展中，医家将子母补泻法理论广泛应用于中药和方剂学的临床运用中，逐渐形成子母补泻理论，即子母补泻理论是一种用于指导临床用药处方的理论，而子母补泻法理论仍用指导针灸临床取穴。后世医家将子母补泻法理论和子母补泻理论结合称为“补母”“泻子”学说^[27]。

《难经·六十九难》记载：“经言，虚者补之，实者泻之，不实不虚，以经取之，何谓也？然：虚者补其母，实者泻其子。当先补之，然后泻之。不实不虚，以经取之者，是正经自生病，不中他邪也，当白取其经，故言以经取之。”子母补泻法源于《内经》、《难经》，是基于虚实补泻理论、五输穴理论及五行学说理论形成的常用的针灸取穴方法^[27]，分为本经子母补泻法和他经子母补泻法。

赵英强教授主要根据本经子母补泻原则发展与心病治则相关的理论研究，即金·阎明广著《子午流注针经》^[28]言：“刺法云：虚则补其母，实则泻其子。假令肝脏实，泻肝之荥行间穴，属火是子；肝脏虚，补肝之合曲泉穴，属水是母。凡刺只取本经井荥俞经合五行，子母补泻，此乃大要也。”又如明·张介家著《类经》云：“所谓子母补泻者，济母益其不足，夺子平其有余。如心病虚者补其肝木，心病实者泻其脾土，故曰虚则补其母，实则泻其子。”本经子母补泻法在确定病变脏腑后，通过补本经五腧穴之母穴，泻本经五腧穴之子穴以达到治疗疾病目的，赵英强教授基于此理论，临床辨证参循五行相生关系，并注重辨证论治来

治疗疾病，他认为，临证不应拘于补母、泻子，而在于根据脏腑子母关系，明晰脏腑阴阳失衡之所在，辨证施治。

2.2.2.2 应用五脏相生规律确定肝脾论治理论治法治则

在中医学整体观念和辨证论治指导下，结合当今社会生活方式及心理模式，赵英强教授总结了不稳定型心绞痛四个常见证型：痰瘀互结证、气虚血瘀证、气滞血瘀证及心阴不足证。并基于五行、阴阳、藏象学说，确定了以疏肝健脾为核心的“肝脾辨证”理论治疗心病。

赵英强教授认为，现代快节奏生活中，饮食无节制，嗜食肥甘厚腻之味，脾失健运，水液不能布散而聚于体内，则生湿生痰，痰阻脉络，不通则痛，则发为胸痹；生活、学习、工作压力大，情志不遂，肝失疏泄，气机不畅，气滞不能行血，血行瘀阻，发为胸痹；作息不规律，长期熬夜，殚精竭虑，耗气伤阴，故易出现气虚、阴虚而致血脉瘀阻；故肝郁脾虚是心绞痛根本原因，临床上不稳定型心绞痛常见的证型有痰瘀互结证、气虚血瘀证、气滞血瘀证及心阴不足证。

基于《难经》：“虚则补其母，实则泻其子”的子母补泻理论基础，临床上运用五行相生规律治疗疾病的基本治则是补母和泻子。“补母”即一脏之虚证，不仅可以直接补益本脏，还可以补其母脏以助其母相生，如胸痹心阴不足证，除了可以滋补心阴以外，还可以通过补肝血之品（如白芍）来治疗；“泻子”即一脏之实证，不仅可以平抑本脏之亢，也可以泻其子脏，以促母脏舍其气于子，如肝火炽盛，除了可以清肝火，还有可以泻心火。赵英强教授认为：典籍可以为临床提供好的思路，却不是一成不变的照搬照抄，疾病的发生因人、因时、因地制宜，辨证论治是中医学最鲜明的特征，治疗心病可以运用“补母”或“泻子”治法，但不应该拘泥于此，更应该在此基础上辨证论治，如滋补心阴时，在补肝的基础上，同样可以健脾以助气血津液的生成，进而资助心阴，这就用到了“补子”。

肝为心之母，心为脾之母，肝脾两脏与心均为母子关系，临床可以运用五行相生规律治疗疾病。当心发生病变，可以上传其母肝木，也可以下传其子脾土；同样，肝发生病变可下传于心，脾发生病变时可上传于心，最终的结果都会导致心肝脾三脏发生病理变化，所以临床治疗原发性心脏疾病时既需要考虑心脏是原发病还是由肝脾两脏传变所致，又需要积极防治它脏，因此，赵英强教授临床治

疗不稳定心绞痛时，认为无论何种证型心绞痛，都可以基于以心为主的母子相生关系，制定子母补泻理论为核心的肝脾论治心病的治疗原则，以心肝脾为主，兼顾肺肾，然后结合中医四诊明确不稳定型心绞痛的证型，确定具体治则治法。

赵英强教授认为，疏肝健脾可调畅全身气机，清除秽浊之邪，并资助生化之源，可作为心绞痛的基本治则。肝喜条达而恶抑郁，主疏泄是其重要的生理机能，故木郁达之，疏肝为治肝要理；脾为后天之本，为人体气、血、津液提供原料，是人体生命活动的根本保障，其运化的生理功能基于脾气旺盛，故健脾为治脾之要，以理气、补气为主。

2.2.3 赵英强教授基于五脏辨证基础的用药原则

统计 2020 年 10 月~2021 年 3 月期间于天津中医药大学第二附属医院心内二科住院的 160 例不稳定型心绞痛患者，其中 42 例患者未使用中药治疗，118 例患者住院期间始终坚持服用赵英强教授的中药处方治疗，经统计与归纳分析这 118 例患者使用的中药，共涉及 113 味中药，其中茯苓、莱菔子、白术、川芎、柴胡、瓜蒌、桃仁、山药、当归、砂仁 10 味中药使用量达 50%以上。可以发现赵英强教授所用药物大多数都归心、肝、脾胃，其中归心经的药有茯苓、桃仁、当归，归肝经的药有川芎、桃仁、柴胡，归脾胃经的药物有茯苓、莱菔子、白术、瓜蒌、山药、当归，归心肝经的药为桃仁，归心脾胃经的药为茯苓、当归。

临床应用中，正虚为本，因脾虚无力运化水湿，痰浊内生，气机不畅而无力推动血行，血瘀脉中与痰浊相互搏结，闭阻心脉，致心脉不通发为胸痹。舌质暗红，苔白，脉沉滑，证属痰瘀互结证。以瓜蒌薤白半夏汤为基础方通阳行气、温通豁痰，同时加入赤芍、川芎、当归、桃仁活血散瘀止痛，生地凉血生津，桂枝温通经脉、助阳化气，砂仁、白豆蔻、莱菔子缓解反酸烧心的症状。根据疏肝健脾法，加入生薏米、茯苓、山药、白术健脾利湿，柴胡疏肝解郁，来缓解心系症状。通过临床病例我们总结出导师常用处方，疏肝的常用药有香附、柴胡、郁金等，而健脾的常用药有茯苓、白术、生薏米、山药等，其中香附、柴胡、郁金，这几味药物的共同点是都归于肝经，且都有疏肝解郁行气的作用，尤其适合当今快节奏的社会模式下人们肝郁气滞的高发病率现状。茯苓、白术、生薏米、山药，这几味药物的共同点是都归属于脾经，均有健脾利水的功效。赵英强教授所应用

的这几味健脾药物，茯苓味甘而淡，甘则能补，淡则能渗，健脾的同时可以利尿、宁心安神；白术则为脾脏补气健脾第一要药，可以同时缓解气虚自汗的症状；生薏米健脾的同时，具有软坚化痰、舒张经脉的作用；山药性味甘平，可滋养脾阴，兼补肺肾之气。

2.2.3 内经治未病思想的继承与发挥

赵英强教授肝脾论治心病理论继承并发展中医典籍中的养生思想，认为生命是不可分割的统一体，人体生命进程的每个规律性阶段具有不可逆性，但是疾病的发展可以规避，甚至可以预防，提倡采取正确的养护方法及有效的防治手段，以达到延年益寿的目的。心肝、心脾、肝脾形成的肝脾辨证模式论治心病，既为防止心病上及其母，下及其子；又为防止肝脾之病变及心，是未病先防，已病防变思想最好的体现。

2.2.3.1 未病先防

《素问·调神大论》中说到：“是故圣人不治已病，治未病；不治已乱，治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬如渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”强调了疾病预防的重要性。随着社会的发展进步，生活质量的提高使得人们越来越关注身体健康状态，“亚健康”一词也由此产生，这也正凸显了中医学治未病思想的优势。

《黄帝内经》认为宇宙万物，包括人，是一个有机整体，任何事物都不能离开自然界而单独存在，宇宙间的阴阳二气主宰者人类的一切生命活动，人体的生长壮老已都遵循阴阳对立统一的运动规律^[29]。人作为自然中的一部分，只有顺应自然界发展规律，才能保证生命活动的正常进行。因此内经的养生特点强调顺应阴阳四时自然规律。

赵英强教授在临床上经常与患者讲授养生之道，首先应顺应四时之变而采取相应的养生方法。如《素问·四气调神大论》言：

春三月，此谓发陈。天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，生而勿杀，予而勿夺，赏而勿罚，此春气之应，养生之道也；逆之则伤肝，夏为寒变，奉长者少。

夏三月，此谓蕃秀。天地气交，万物华实，夜卧早起，无厌于日，使志勿怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外，此夏气之应，养长之道也；逆之则伤心，秋为痃症，奉收者少，冬至重病。

秋三月，此谓容平。天气以急，地气以明，早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁，以缓秋刑，收敛神气，使秋气平，无外其志，使肺气清，此秋气之应，养收之道也；逆之则伤肺，冬为飧泄，奉藏者少。

冬三月，此谓闭藏。水冰地坼，勿扰乎阳，早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺。此冬气之应，养藏之道也；逆之则伤肾，春为痿厥，奉生者少。

指导人们要顺应四季阴阳变化，调整日常生活起居方式，在不同的季节、不同的时间段让人体阴阳二气顺应外界环境变化，以防疾病发生。

“正气存内，邪不可干。”赵英强教授重视人体正气的作用，认为疾病的发生就像是正气与邪气“打架”的过程，当正胜邪时，不发病或病多轻浅；当邪胜正时，多发病且病多危重。故临床多指导患者加强锻炼，顾护自身正气。除此之外，强调“虚邪贼风，避之有时”，不给邪气留有机会，告诫患者养成良好的生活习惯，如一日起居有节，作息要顺应天时，不熬夜；饮食有节，清淡而不偏食；不妄作劳，不要过于劳累等等。

基于中医学形神一体观，赵英强教授还注重患者的精神健康状态，经常开导患者，缓解患者精神压力，认为真正的养生状态除了身体健康，还包括情志顺遂，只有形与神俱，才能终其天年。

2.2.3.2 已病防变

赵英强教授认为疾病的发生发展是一个动态过程，各种医疗手段的最终目的是终止甚至逆转这个进程。

当内因、外因或不内外因干扰人体正气时，就会打破机体原有的阴阳平衡，阴阳双方任意一方的偏颇都会损伤脏腑精气，导致脏腑功能失调，引起各种病理表现，这就是疾病的发生。人体自身的整体性强调各个组织、形体、官窍生理上相互联系，病理上相互影响，这也是疾病传变的基础。

不同病因传变规律不同，所致的疾病特征也不同，防治手段自然不同，当医者判断出当前疾病所处阶段，就能推算疾病按照下传顺序提前阻断。如外感病六经传变基本形式是由阳入里，依次按照太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴的

顺序传变；温病过程中的卫气营血传变规律依次是卫分、气分、营分、血分；内伤疾病病位多在脏腑，可以出现脏与脏传变、脏与腑传变、腑与腑传变等。

基于五行藏象学说，赵英强教授赞成以五脏生克关系为中心的传变规律。根据五行藏象学说，心病会传及肝脾，肝脾之病变也会传及心，临床根据病变部位防护相应脏器，实施预见性治疗，可控制其病理传变。这也是对清代医家叶天士“务在先安未受邪之地”思想的继承。

三、赵英强教授心病诊治理论经典学术理论支撑

3.1 历代医家对五行学说研究

3.1.1 张仲景脏腑辨证及治未病思想

张仲景确立了辨证论治的原则，将基础理论与临床经验紧密联合在一起，以六经论伤寒、脏腑辨杂症。《金匱要略》开启了辨证论治的思维模式，对后世脏腑辨证具有重要的意义，其中的治未病思想亦具有启发意义。

《伤寒论》以六经传变论伤寒之病机，建立起六经辨证体系，确定立法处方，使理法方药有机结合，六经辨证由此成为后世医家论治伤寒的基本辨证方法。《金匱要略》首列“脏腑经络先后病脉证第一”为总论，以脏腑论杂病，后十六篇为各论，分别具体研究了中风、历节病、血痹、虚劳病、胸痹心痛病等主要内伤杂病的“脉证并治”，即在察脉、辨证的基础上加以论治，也是理法方药齐备。张仲景在其著作中的论述，是中医整体观与辨证论治的统一，对后世论述和运用脏腑辨证论治有重要的指导意义^[30]。

张仲景在书中强调治未病的重要性，如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》言：“问曰：上工治未病，何也？师曰：夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺不受邪，即勿补之；中工不晓相传，见肝之病，不解实脾，惟治肝也。”当肝脏发生病变时，基于五行相克理论推演得知，肝木最易克伐脾土，所以当肝气旺盛时，应意识肝病最易传脾，在抑肝疏肝的同时，及时健脾。张仲景关于“见肝之病，当先实脾”的思维其实就是治未病的未病先防理论，即基于脏腑辨证和五行藏象学说，运用动态思维，进行预判性治疗。

3.1.2 张元素药物归经理论

药物归经理论成熟于金元时期，刘完素着重于经络辨证的临床运用，这对张元素的学术思想产生了深远的影响，刘完素在《素问病机气宜保命集》中所记载的中风、疟疾、疮疡等数十种病症的针灸治疗，均强调用经络理论进行辨证施治^[11]。将疟疾分为中三阳和中三阴两种情况，并据所犯经络不同采取相应方法治疗：“初不知何经受之，随其动而取之……在太阳经者，谓之风疟，治多汗之……在阴经则不分三经，总谓之湿疟，当从太阴经”^[31]。又如“凡疮疡可灸刺者，须分经络部分，血气多少，俞穴远近”，强调了疮疡的分经论治。后期刘完素将经络辨证与临床用药相结合，在《素问病机气宜保命集·药略》中对羌活、麻黄、白芷等根据药性作经脉分类：“羌活，治支节痛，太阳经风药也；麻黄，发太阳、太阴经汗；白芷，治正阳明头痛”，将经脉辨证和药性理论相融汇，为中药的使用提供新的理论基础。

张元素在刘完素基础上进一步完善经络辨证学说，发展了以经络脏腑为核心的中医辨证论治理论体系^[32]，其著作《医学启源》^[33]中提到了各经病候及相关辨证方法，如足少阴肾经相关条文中提到：“肾之经，命门，肾脉本部足少阴……旺于冬，其脉滑曰平，反此者病……肾有水，则腹胀脐肿……脉沉而滑，反浮大而缓……反浮涩而短……反弦细而长……反浮大而洪”，并在《医学启源·〈内经〉主治备要》中列举相应药物，如：“是主肾所生病者，口热，舌干，咽肿……则以辛润之，知母、黄柏是也……肾虚则以熟地黄、黄柏补之……补肾地黄丸，无泻肾之药”。由此，张元素在总结经脉病候的同时，将临床用药与之相关联，形成独特的以经络—脏腑—病症—药物为核心的临床用药模式，并用以解释不同药物对于不同脏腑的特殊治疗作用。

3.2 肝脾论治心病进展

段慧杰^[34]临床选取 60 例有心绞痛症状及心电图改变外，又兼有精神抑郁，情绪不宁，心烦易怒，善太息脉弦冠心病患者从肝论治，对于常规治疗效果不满意的肝气郁结，气滞血瘀，肝阴不足证型患者，经治疗后，症状改善及心电图判定均疗效满意，总有效率达 95%。证明了从肝论治冠心病的可靠性。李圆^[35]通过临床研究发现，通过调节患者情志，可以显著改善冠心病患者心肌缺血状态，减

少心绞痛发作次数。这说明，通过疏肝调畅患者气机，进而调节患者情绪的治疗方法是能有效缓解心绞痛的。

国医大师邓铁涛教授^[36]认为心阴虚和心气虚是冠心病的内因，而痰和瘀是主要环节，冠心病病因病机乃心脾相关、痰瘀相关，临床辨证以虚实为纲，强调以心脾相关理论作指导，运用调脾护心、补气除痰法治疗冠心病；国医大师路志正教授^[37]致力于从脾胃论治胸痹，认为脾胃失调是冠心病发病的重要基础机制，临证分为心脾两虚、肝脾不和、脾虚湿盛等 16 种证型，提倡益气健脾、疏肝理脾、健脾运湿等治则；李德新教授^[30]认为不稳定型心绞痛的主要病机为脾胃虚弱，心脉痹阻，临证应心脾同治，通补兼施，化瘀有度。

陈民教授^[38]认为脏腑亏虚冠心病的根本病因，其发作与肝脾密切相关，善用“肝脾同调，标本兼顾”治疗老年冠心病；刘德桓教授^[39]认为心病主要是在心脏阴阳气血耗损或肝脾肾功能失调的基础上，为痰浊、血瘀、寒热、风火等外邪所犯而致，在辨证论治的基础上，尤其强调“痰致瘀”的病因病机及“肝肾”功能的调理，重视心病患者生活质量的改善。

四、赵英强教授临证经典医案举隅

在中医整体观念指导下，赵英强教授基于阴阳、五行、藏象学说，临床处方重视辨证论治，遵循“虚则补其母，实则泻其子”的子母补泻理论，创立以疏肝健脾为核心的肝脾论治心病理论，赵英强教授认为，疏肝健脾可调畅全身气机，清除秽浊之邪，并资助生化之源，可作为心绞痛的基本治则。肝喜条达而恶抑郁，主疏泄是其重要的生理机能，故木郁达之，疏肝为治肝要理；脾为后天之本，为人体气、血、津液提供原料，是人体生命活动的根本保障，其运化的生理功能基于脾气旺盛，故健脾为治脾之要，以理气、补气为主。临证以疏肝健脾为核心，明晰肝脾两者的偏重，加强治肝或治脾。现以心绞痛的不同证型为切入点，更进一步分析导师临床辨证及用药特点。

4.1 痰瘀互结证

4.1.1 医案举隅——瓜蒌薤白半夏汤

杨某，男，45岁，2021年4月15日入院，主诉“间断心前区不适5年，加重2天”。患者于5年前无明显诱因出现心前区不适，伴后背部疼痛，遂于武警天津总队医院住院治疗，查冠脉造影提示“冠心病”，未行介入治疗，经治症状好转出院，出院后未规律口服药物，症状时有发作，2天前患者无明显诱因出现心前区不适加重，伴后背疼痛，咽部疼痛，遂就诊于我院门诊，查心电图示：窦性心动过速，HR：101次/分，I、II、III、AVL、AVF、V4-V6导联ST-T缺血改变；胸部CT示：两肺纹理增多，右肺中叶及左肺舌段索条。建议住院进一步诊治，遂由门诊以“高血压、冠心病”收入心血管内科。入院症见：间断心前区不适，伴后背疼痛，偶心悸，时胸闷憋气，咽部疼痛，无头晕头痛，无黑朦晕厥，无发热，无咳嗽咳痰，纳可，寐欠安，二便可，舌紫暗，舌体胖大，苔白腻，脉涩。查体：血压：167/86mmHg。神志清楚，查体合作，双肺叩诊清音，呼吸规整，双肺呼吸音清晰，双侧肺未闻及干、湿性罗音，无胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，心率85次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。腹软，无压痛、反跳痛，双下肢无浮肿。辅助检查：心电图示：窦性心律不齐，HR：85次/分，I、II、III、AVF、V4-V6导联ST-T缺血改变。脂肪肝；心脏彩超：EF65%，心内各腔室瓣膜结构未见明显异常。血气：氧分压77.2mmHg↓、修正氧分压74.7↓、P50 25.99 mmHg↓、氧含量25.9mL/dL↑、修正动脉/肺泡氧比39%↓、修正呼吸指数159%↑、呼吸指数149.0%↑、修正氧合指数227mmHg↓、修正肺泡—动脉氧分压差119.2mmHg↑、动脉肺泡氧比40.1%↓、修正分流指数22%↑。心肌酶：肌红蛋白91ng/mL↑。肝功：天门冬氨酸氨基转移酶70U/L↑、丙氨酸氨基转移酶112U/L↑。血脂：高密度脂蛋白1.10mmol/L↓。葡萄糖：6.84 mmol/L↑。

西医诊断：1. 不稳定型心绞痛 2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 心功能II级（NYHA分级）3. 高血压病3级（极高危）4. 脂肪肝。

中医诊断：胸痹心痛—痰瘀互结证

处方：瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减

瓜蒌皮 15g	蜜瓜蒌子 15g	醋延胡索 10g	川芎 10g
麸炒白术 10g	茯苓 20g	木香 10g	醋香附 20g
北柴胡 10g	白芍 20g	当归 20g	桃仁 10g
炒莱菔子 10g	净砂仁 15g	豆蔻 15g	山药 20g
薏苡仁 30g			

水煎 400ml，每日一剂，分早晚温服，各 200ml。

患者连续服用两个疗程后症状明显缓解。

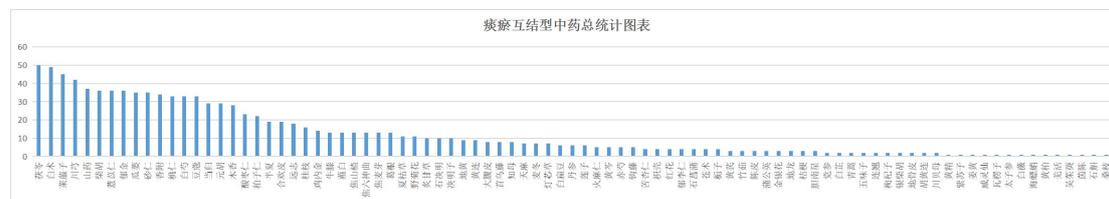
案语：根据《金匱要略》中记载，瓜蒌薤白半夏汤^[40]可有效治疗冠心病心绞痛，方中瓜蒌清热化痰、宽胸散结，半夏辛散消痞、化痰散结，薤白辛温通阳、豁痰下气、理气宽胸，白酒行气解郁、宽胸散结。本方通阳散结，祛痰宽胸，其祛痰散结之力较大，适用于胸痹而痰浊较甚者。《医林改错》中血府逐瘀汤^[41]主治胸中血瘀证。方中桃仁、红花破血祛瘀行滞，赤芍、川芎活血祛瘀，牛膝祛瘀血、引瘀血下行，生地黄清热凉血、滋阴养血，当归养血活血，赤芍清热凉血、以清瘀热，桔梗、枳壳一升一降、宽胸行气，柴胡疏肝解郁、升达清阳，甘草调和诸药。本方活血与行气相伍，祛瘀与养血同施，升降兼顾，气血并调。两组药方同用，既可缓解胸痹致使得胸痛胸闷，又可养心健脾、祛痰散结、活血化瘀。

该患者中年男性，体形肥胖，平素膏粱厚味，脾虚湿盛，脾虚运血无力以致虚，吾师从心脾论治，选用经方配伍成“痰瘀方”治之，疗效甚佳。探讨其现代医学机制，现代药理实验研究表明，血府逐瘀汤^[42]具有改善血液流变性和微循环；舒张血管，增加缺血器官血流量，保护心肌细胞；调节血脂代谢，改善动脉粥样硬化；抑制肺动脉平滑肌细胞增殖，防止血管重构等多种药理作用。瓜蒌薤白半夏汤^[43]长期应用于中医临床，体内实验和体外实验都证明了瓜蒌薤白半夏汤具有显著的药理作用。瓜蒌薤白半夏汤通过多种机制干预心血管系统疾病，其中包括抗血小板聚集、抑制心肌重构、扩张冠状动脉等多个方面。两方合用，在临床中治疗不稳定型心绞痛疗效显著。

4.1.2 痰瘀互结证型药法分析

痰瘀互结证患者临床表现为胸前刺痛且痛处固定、胸闷、肢体沉重、口中黏腻不爽，暗红，苔白，脉沉滑。治以养心健脾、祛痰散结、活血化瘀，方以栝蒌

薤白半夏汤或涤痰汤合血府逐瘀汤加减为主，常用的中药如表一。



注：所统处方均来自于于 2020 年 10 月至 2021 年 3 月期间在天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院患者。

表一

4.2 气虚血瘀证

4.2.1 医案举隅——归脾汤

徐某，女，75 岁，主诉阵发心慌 5 年，胸痛 1 年，加重半日入院。症见：时有胸痛不适，偶有心慌、后背疼痛，无明显胸闷憋气，无头晕头痛，纳可，寐差，二便调。舌紫暗，苔黄腻，脉弦涩。心电图示窦性心律，ST-T 段缺血性改变。

西医诊断：不稳定型心绞痛

中医诊断：胸痹【气虚血瘀证】

一诊：酸枣仁 25g，赤芍、茯苓各 20g，瓜蒌皮、瓜蒌子各 15g，胆南星、黄芩、莱菔子、白术、大腹皮、延胡索、川芎、当归、桃仁、柏子仁、远志、合欢皮各 10g。

二诊：患者服用汤药七剂后，胸痛、胸闷憋气症状缓解，睡眠得以改善，仍见心悸，可见药达病所，血脉瘀阻得以缓解，但年事已高加患病日久，气血仍不足，继守前法，加西洋参，麦冬养心阴。

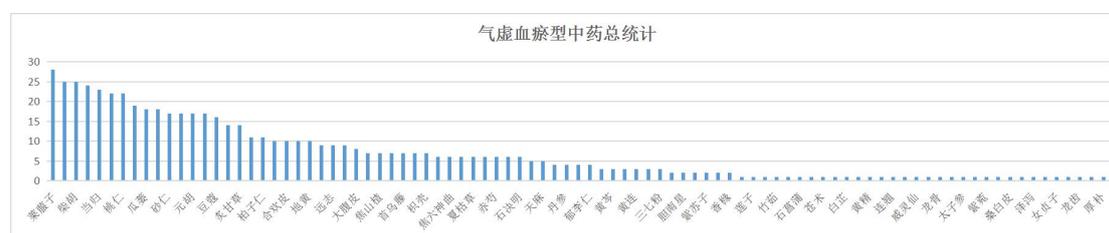
三诊：服药后心悸症状明显改善，继续前方治疗以巩固疗效。

案语：此患者患病日久而耗气伤阴，因气为血之帅，气虚则无以行血，血行不畅则瘀血内停，阻滞心脉，导致心脉失养。心气的不足，致宗气乏力，由于宗气司呼吸，肺气上逆，从而出现喘息。舌紫暗，苔黄腻，脉弦涩，证属本虚标实，气虚血瘀证。该方在基础方归脾汤益气补血、健脾养心安神，活血散瘀汤活血化

瘀的基础上，针对患者寐差的症状，加入了合欢皮、柏子仁养心安神。同时观察到患者舌苔黄腻，出现痰湿化热的征兆，加入了胆南星、黄芩清热化痰。最重要的是，加入了茯苓、白术、大腹皮等归脾经的中药以健脾利湿，此为疏肝健脾法在气虚血瘀证中的应用。

4.2.2 气虚血瘀证型药法分析

气虚血瘀证患者临床表现为胸部隐痛，自汗，乏力，少气懒言，面色萎黄，纳寐差，大便溏，舌紫暗，苔白，脉细弱。治以益气活血，健脾养心，方以归脾汤加减为主。常用药物总结见表二



注：所统处方均来自于于 2020 年 10 月至 2021 年 3 月期间在天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院患者。

表二

4.3 气滞血瘀证

4.3.1 医案举隅——血府逐瘀汤加减

患者，男，63 岁，2020.10.18 入院，主诉“间断胸闷憋气伴心中不适 10 年，加重半月余”。患者 10 年前无明显诱因突发胸闷憋气，伴心中不适，就诊于天津市第三中心医院急诊，诊断为“室性心动过速”，自诉经抢救后（具体诊治不详），患者平稳出院。此后患者间断出现胸闷憋气伴心中不适，反复于第五中心医院住院治疗。4 年前查冠脉造影，自述未见明显异常。2 年前患者再次因上述症状就诊于第三中心医院，出院诊断为：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心律失常、室性期前收缩、房性期前收缩、心功能 II 级 2. 高血压 2 级。出院后口服泰嘉 2 片 QD，鲁南欣康 1 片 BID，坎地沙坦 1 片 QD，瑞舒伐他汀 1 片 QN，曲美他嗪 1 片 BID，阿司匹林 1 片 QD，美托洛尔 1.5

片 QD，胺碘酮 1 片 QD，养心氏 2 片 TID。症状控制尚可。6 月前，患者间断出现咽部发紧感，间断就诊于门诊治疗。半月前患者饭后再次发作胸闷憋气，心中不适感较前加重，时有心慌，伴左肩疼痛，夜间时有憋醒，无咽部发紧感，无恶心、呕吐，自服药物后症状缓解不明显。此后每日晚饭后发作上述症状均有发作，口服上述药物症状未见缓解。1 天前患者就诊于我院门诊，查心电图示：窦性心律，心率 85 次/分，不完全性右束支阻滞。为求进一步治疗，于门诊收入院，入院症见：间断胸闷憋气，心中不适，夜间时有憋醒，无咳嗽，有痰，量不多，无咽部发紧感，无肩部反射痛，无前胸后背疼痛，无恶心、呕吐，无头痛、头晕，无发热，无乏力，纳可，寐安，二便可，舌淡红，苔白，脉沉。

中医诊断：胸痹心痛病【气滞血瘀证】

西医诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 不稳定型心绞痛 心功能不全 心功能 II 级；2. 心律失常 窦性心律失常 3. 高血压 2 级（极高危）

一诊：桃仁 12g 红花 12g 川芎 12g 赤芍 12g
当归 20g 生地 20g 牛膝 12g 柴胡 6g
枳壳 10g 炙甘草 10g 党参 12g 茯苓 15g
丹参 20g 桔梗 12g 川芎 10g

二诊：患者胸闷症状明显缓解，未再夜间憋醒，但入睡困难，予酸枣仁、柏子仁、合欢皮、百合各 10g 以改善症状。

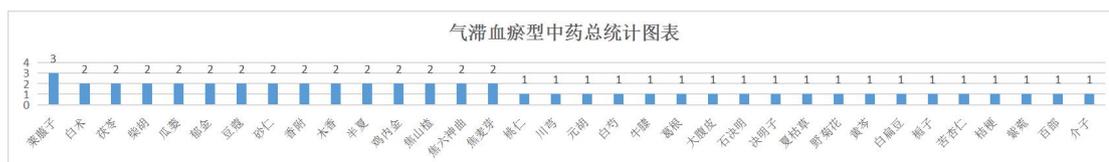
三诊：患者服毕各项症状均得以改善，继续前法治疗。

案语：血府逐瘀汤出自《医林改错》，临床上心血管相关疾病的相关治疗中，主要将血府逐瘀汤应用于治疗气滞血瘀型心脏病患者，如胸痹、心悸等。书中提及“胸疼在前面，用木金散可愈；后通背亦疼，用瓜蒌薤白白酒汤可愈。在伤寒，用瓜蒌、陷胸。柴胡等，皆可愈。又忽然胸疼，前方皆不应，用此方一付，疼立正。”

患者气机不畅，气滞血瘀，而以夜间尤甚，予血府逐瘀汤以活血化瘀、行气止痛。赵英强教授认为该方活血与行气相伍，祛瘀与养血同施，祛瘀而不伤正，为治疗瘀血滞于胸中之良剂。血府逐瘀汤在临床上应用广泛，能够很好改善心梗或者心绞痛患者临床症状，减轻患者的痛苦，提高患者的生存率。

4.3.2 气滞血瘀证药法分析

气滞血瘀证患者临床表现为胸闷、胸中刺痛，痛处固定不移，夜间尤甚，可伴肋肋部疼痛，喜太息，暖气，腹部胀满，舌暗，苔白，脉弦。治以活血化瘀，行气止痛，佐以疏肝健脾，方以血府逐瘀汤或柴胡疏肝散加减为主，常用药物见表三



注：所统处方均来自于于 2020 年 10 月至 2021 年 3 月期间在天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院患者。

表三

4.4 心阴不足证

4.3.1 医案举隅——生脉散合天王补心丹

尹某，女，72 岁，7 年前无明显诱因出现间断心悸、胸闷想气，时有心前区疼痛，休息后缓解，查冠脉造影示：右冠狭窄 75%，未规律服药，后心悸、胸闷憋气间断发作。2015 年 1 月患者再次发作心悸、胸闷想气、胸背部疼痛，查冠脉造影 RCA 右冠近端狭窄 30 右冠中端狭窄 75 右冠远端狭窄 40 LAD 前降支近端狭窄 75 LCX 回旋支中端狭窄 30，于右冠中段行 PCI 治疗，置入 3.0 28mm Promuse Element 支架 1 枚，并房早、室早、短暂房速，后规律口服拜阿司匹林 0.1g QD、琥珀酸美托洛尔缓释片 23.75mgQD、瑞舒伐他汀钙 5mg QN。2018 年 5 月就诊于天津市胸科医院复查冠脉造影示：右冠近端狭窄 20%，回旋支远端狭窄 50%、前降支中段狭窄 50%、右冠中段支架内血流通畅，心悸、胸闷想气仍时有发作。2020.11.07 天前患者无明显诱因再次发作心慌、胸闷憋气，时有左侧肩背部疼痛，遂于昨日就诊于我院急诊，查心电图：窦性心律、ST-T 改变、HR62 次/分，心梗三联：未见异常，考虑“冠心病、心绞痛”，建议专科治疗，后患者就诊于我科门诊，建议患者住院治疗。现症见：间断心悸、胸闷憋气，时有左侧肩背部疼痛，活动后加重，时有头晕，无黑朦及一过性晕厥，右侧肢体时有麻木，无

肢体活动不利，无咳嗽咳痰，双下肢乏力、轻度水肿，口干，纳呆，寐差，小便调，大便不成形，2-3次/天，舌红，苔薄黄，脉弦细。

中医诊断：胸痹心痛病【心阴不足证】

西医诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病

不稳定型心绞痛

心功能III级

冠状动脉支架植入后状态

2. 心律失常

房性期前收缩

室性期前收缩

3. 高血压 3 级

一诊 2020. 11. 09：太子参 12g 麦冬 10g 五味子 10g 生地黄 12g
玄参 15g 天冬 12g 丹参 12g 当归 12g
茯苓 12g 酸枣仁 12g 远志 10g

二诊 2020. 11. 16：患者心悸、胸闷憋气、左肩背部疼痛明显好转，仍有双下肢乏力，口干，纳呆，寐差，且血压控制不佳，调整处方如下：

炒决明子 30g 夏枯草 10g 野菊花 10g 川芎 10g
葛根 10g 炒莱菔子 10g 牛膝 10g 瓜蒌 30g
醋延胡索 10g 当归 20g 桃仁 10g 炒酸枣仁 25g
柏子仁 10g 制远志 10g 合欢皮 10g 煅石决明 30g

三诊 2021. 11. 19：患者未再胸闷、后背痛、心悸，血压平稳。

案语：患者为老年女性，患病日久，耗气伤阴，心阴亦不足，心失所养发为心悸；心阴耗伤，血脉瘀滞，发为心痛，故以生脉散合天王补心丹加减为主，用太子参、麦冬、五味子、生地黄、玄参、天冬等益气养阴，以丹参、当归活血祛瘀止痛，配茯苓、酸枣仁、远志健脾安神，患者服药后心悸、胸痛等症状明显缓解，但血压控制较差，故二诊予决明子、夏枯草、菊花、石决明等平肝潜阳之品以稳定血压，同时配以柏子仁、远志、合欢派、酸枣仁等安神改善睡眠。

赵英强教授认为，天王补心丹标本兼治，心肾兼顾，主要用于心肾阴虚血少者，以滋阴补血为本，养心安神治标，标本兼治，以补心阴为主，心肾两顾。生

脉散源于《医学启源》，主要用于暑热耗气伤阴之证，三药一补一敛一润，共奏益气养阴生津之功，对于胸痹心阴不足证，效果显著。

4.3.2 心阴不足证药法分析

心阴不足证患者临床表现为胸闷、胸灼热隐痛，心悸烦热，口干咽燥，失眠多梦，可伴头晕目眩，小便短赤，舌红，苔黄，脉细数。治以养心安神，滋阴清热，佐以理气疏肝健脾，方以生脉散、酸枣仁汤等加减为主。具体用药如表四



注：所统处方均来自于于 2020 年 10 月至 2021 年 3 月期间在天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院患者。

表四

参考文献

- [1] 张志聪注. 黄帝内经集注[M]. 中医古籍出版社, 2015.
- [2] 韩文博, 孙爱军, 李红梅, 王显. 气象因素与冠心病[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(01):118-119+122.
- [3] 刘东敏, 赵明君, 孙晓红. 从肝论治“双心疾病”探析[J]. 陕西中医药大学学报, 2021, 44(06):41-45.
- [4] 王充著, 张宗祥校注, 郑绍昌标点. 论衡校注[M]. 上海古籍出版社, 2013.
- [5] 韩诚, 张俊龙, 郭蕾, 侯江淇, 赵雨薇. 气一元论及其对中医学的影响[J]. 中医杂志, 2017, 58(20):1711-1715.
- [6] 贾春华. 一气能变谓之精[J]. 北京中医药大学学报, 2019, 42(10):797-801.
- [7] 扁鹊. 难经: 大字诵读版[M]. 中国医药科技出版社, 2018.
- [8] 周忠科, 张承舜, 代晓琴. 气学理论对中医临床具有重要指导作用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(02):165-166.
- [9] 顾迁译注. 尚书[M]. 中华书局, 2016.
- [10] 陈慧娟, 李载明. 从《黄帝内经》五行藏象系统探讨五藏之“象”的范畴及基础[J]. 浙江中医杂志, 2007(08):443-445.
- [11] 宋文鑫. 刘完素对《伤寒论》学术思想的继承与发展研究[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [12] 李时珍. 本草纲目[M]. 人民卫生出版社, 2005.
- [13] 汪鑫, 吕云霞, 魏鲁霞, 申俊龙. 中药五味文化与五行概念域的意义建构分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(03):833-836.
- [14] 陆雪秋, 王凤兰, 张明明等. 脏腑辨证源流初探[J]. 国际中医中药杂志, 2017, 39(4):293-295.
- [15] 司东旭. 肺脾为核心脏腑整体辨证支气管哮喘慢性持续期免疫调控研究[D]. 北京中医药大学, 2021.
- [16] 高龙霞. 基于肺脾为核心脏腑整体辨证的肺及相关过敏性疾病异病同治研究[D]. 北京中医药大学, 2020.

- [17] 吴谦等著, 郑金生整理. 医宗金鉴[M]. 人民卫生出版社, 2016.
- [18] 张仲景著, 何任等整理. 金匱要略[M]. 人民卫生出版社, 2005.
- [19] 袁一顺, 黄浪浪, 刘中勇, 刘言薇. 刘中勇从肝论治冠心病经验[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(11):27-29.
- [20] 袁春云, 叶云, 谭军, 卜献春. 卜献春教授从心肝论治不寐经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(19):84-86.
- [21] 张介宾. 类经[M]. 中医古籍出版社, 2016.
- [22] 李朝. 中医心脾相关的理论研究[D]. 福建中医药大学, 2021.
- [23] 李东垣. 脾胃论[M]. 中国中医药出版社, 2007.
- [24] 冠心病合理用药指南(第2版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2018, 10(06):1-130.
- [25] 李先涛. 对冠心病痰瘀互结证(胸痹心痛)临床辨证的认识[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(01):10-12.
- [26] 王怀隐等. 太平圣惠方校注-6[M]. 河南科学技术出版社, 2015.
- [27] 张学伟. 子母补泻法文献研究[D]. 山东中医药大学, 2012.
- [28] 杨义腾, 杨义清. 子午流注针经考释[M]. 辽宁科学技术出版社, 2021
- [29] 徐里军. 《黄帝内经》养生思想研究[D]. 江西师范大学, 2019.
- [30] 郑献敏, 黄仰模. 张仲景“肝病传脾”之脏腑辨证论治思维探析[J]. 江苏中医药, 2006(03):19-20.
- [31] 边文静. 《素问病机气宜保命集》作者与学术思想研究[D]. 河北医科大学, 2011.
- [32] 张树剑. 对经络理论史研究的讨论——评张建斌《经络千古裂变——理论演变与临床应用的断代研究》[J]. 中国针灸, 2019, 39(01):105-107.
- [33] 张元素, 郑洪新. 医学启源[M]. 中国中医药出版社, 2007.
- [34] 段慧杰, 薛长玲, 何红涛, 等. 从肝论治冠心病心绞痛 60 例[J]. Chinese journal of the practical Chinese with modern medicine, 2002. 2(15):892-893.
- [35] 李圆. 黛力新治疗冠心病合并焦虑抑郁障碍患者的临床疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(05):49.
- [36] 林晓忠, 吴焕林, 严夏, 刘泽银, 周文斌. 邓铁涛教授论治冠心病规律探要[J].

- 中医药学刊, 2001 (05) :412-414.
- [37]刘绪银, 路志正. 国医大师路志正教授从脾胃论治胸痹(冠心病)[J]. 湖南中医药大学学报, 2015, 35(07):1-4.
- [38]涂都. 陈民教授肝脾同调治疗老年冠心病经验总结[D]. 辽宁中医药大学, 2016.
- [39]陈文鑫, 欧凌君, 赖志云, 叶靖, 吴志阳, 庄清芬. 刘德桓教授治疗心病常用临床经验方浅析[J]. 光明中医, 2013, 28(01):18-20.
- [40]王晓静, 殷艳丽. 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病心绞痛痰浊痹阻证对于心肌血运重建的影响及效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(31):139-140.
- [41]何潭清, 余治君, 王璐明, 等. 血府逐瘀汤临床运用验案 3 则[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(01):84-86.
- [42]苏丹, 姚丽. 血府逐瘀汤的现代药理学研究[J]. 中医药学报, 2013, 41(03):172-175.
- [43]汪杰. 基于网络药理学的“瓜蒌薤白半夏汤”治疗冠心病的作用机制研究[D]. 成都中医药大学, 2020:19-37.

五、临床研究

基于上述理论,现将筛选的 160 例不稳定性心绞痛患者分为治疗组、对照组、合并心律失常组和合并心力衰竭组,对照组单纯使用西药治疗的模式,其余 3 组均在常规西药治疗的基础上加中药治疗,观察自拟健脾疏肝汤加减治疗不稳定性心绞痛患者的临床疗效。

5.1 临床资料

5.1.1 病例来源

本试验病例来源于天津中医药大学第二附属医院心血管内科住院部,收集符合本试验纳入标准及排除标准的病例,获患者知情同意后纳入本试验。

5.1.2 诊断标准

5.1.2.1 西医诊断标准

参照 2014 年美国心脏病学会和美国心脏协会制定的《非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者管理指南》及 2007 年中华医学会心血管病分会的《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》。

①经冠脉造影确诊为冠心病或冠脉 CT 呈阳性(单支或多支冠脉管腔狭窄超过 50%)；

②具有不稳定型心绞痛的临床表现：

静息性心绞痛：在休息时发作心绞痛，持续时间通常超过 20min；

初发心绞痛：1 个月内新发的心绞痛，可表现为自发性发作与劳力性发作并存；

恶化劳力型心绞痛：既往有心绞痛病史，近 1 个月内出现心绞痛发作次数增加、每次发作的时间延长或疼痛程度加重；

变异性心绞痛：心绞痛呈自发性，发作时心电图显示一过性的 ST 段抬高；

梗死后心绞痛：AMI 后 1 个月内发生的心绞痛。

③心电图：静息时的心电图表现为 ST-T 动态缺血性改变。

5.1.2.2 中医诊断标准

参照 2002 年试行版的《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》中胸痹诊断标准。

证候特点：胸部呈刺痛、闷痛或绞痛，痛处固定，痛引肩背或内臂，胸闷，心悸，气短，乏力，舌质紫暗或有瘀斑，苔浊腻，脉滑或涩。

凡是具备胸痛、胸闷的主症之一，兼有心悸、气短、乏力次症者，结合舌脉即可诊断（见附表一）。

5.1.3 病例纳入标准

- ①年龄 > 18 周岁，性别不限；
- ②符合不稳定型心绞痛西医诊断标准的患者；
- ③符合不稳定型心绞痛（胸痹）中医诊断标准的患者；
- ④患者对本研究知情同意。

注：以上 4 项同时具备，即可纳入。

5.1.4 病例排除标准

- ①经检查证实因其他心脏疾病、重度神经官能症、肋间神经痛、外伤、胃及食管反流等所致的胸痛者；
- ②合并脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者，伴有恶性肿瘤、精神疾病者；
- ③妊娠期或哺乳期妇女，过敏体质及对本药已知成分过敏者；
- ④因所需资料不全等影响疗效性和安全性的分析判断者；
- ⑤由于各种原因失访者。

注：凡具备以上 5 项其中之一者，均应排除。

5.1.5 剔除、脱落及终止试验标准

- ①纳入后发现不符合纳入标准而误纳者；
- ②患者在治疗周期内因各种原因未按规定服用药物者；

③中途换药、加药或使用其他中药或西药，对研究结果的判定产生影响者；

④出现过敏反应、肝肾功能损伤、并发症等不良事件者；

⑤因个人原因无法继续完成本试验者。

注：出现以上任何一种情况，所属病例均按照无效病例处理。

5.2 研究内容及方法

5.2.1 随机分组

采用随机分组设计的方法，将符合纳排标准入选的 160 例病例作为受试对象，并将病例分为治疗组、对照组、合并心律失常组和合并心力衰竭组。

5.2.2 临床方案

①对照组（西医常规治疗）：根据 2007 年中华医学会心血管病学分会发布的《不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死的诊断与治疗指南》拟定常规治疗方案。

一般治疗：卧床休息，低盐低脂饮食；

药物治疗：阿司匹林肠溶片：100mg/次，1 次/日；酒石酸美托洛尔片 12.5mg/次，2 次/日；单硝酸异山梨酯片 20mg/次，2 次/日；瑞舒伐他汀钙片 10mg/次，1 次/日；氯吡格雷 75mg/次，1 次/日。

②治疗组、合并心律失常组和合并心力衰竭组（中西医结合治疗）：在常规西药治疗的基础上，给予自拟健脾疏肝方，基础方为茯苓 10g，莱菔子 10g，白术 15g，川芎 10g，柴胡 10g，瓜蒌 30g，桃仁 10g，山药 20g，当归 10g，砂仁 10g，薏苡仁 20g，郁金 15g，豆蔻 10g，元胡 10g。根据患者病情随症加减，若失眠较重，可加酸枣仁 30g、合欢皮 15g；若气滞血瘀阻较重，可加白芍 15g、木香 10g、香附 10g；若食欲差，可加鸡内金 10g、焦三仙各 10g；若寒凝瘀阻较重，可加桂枝 12g，薤白 15g；水煎服，日 1 剂，2 次/日，早晚温服。

5.2.3 观察指标

5.2.3.1 疗效性指标

①不稳定型心绞痛临床症状的变化：用分值表示，根据患者症状量化标准判断各单向积分，主症为0、2、4、6（无、轻、中、重），次症为0、1、2、3（无、轻、中、重），计分之总和为该病例证候总积分值（0周、4周末各观测记录一次）；

②中医证候变化情况：用分值表示，根据患者症状量化标准判断各单向积分，主症为0、2、4、6（无、轻、中、重），次症为0、1、2、3（无、轻、中、重），计分之总和为该病例证候总积分值（0周、4周末各观测记录一次）；

③心电图的变化：检查常规十二导联心电图（0周、4周末各检查记录一次）；病情出现变化时随时检查并记录心电图；

④心率变化情况；

⑤心功能变化情况。

5.2.3.2 安全性指标

①一般检查项目：体温、呼吸、血压、心率（0周、4周末各记录一次）；

②实验室检查：血常规、尿常规、肝肾功能、凝血全项（0周、4周末各检测一次）；

③及时记录出现的不良反应与采取得相应治疗措施，若出现不良反应，应首先采取心电图的辅助检查进行筛查，不良反应较重、患者明显不适当予心电监护进行进一步的诊治。

5.2.4 疗效评定标准

参照卫生部《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》、《临床疾病诊断依据治愈好转标准》及1979年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会报道而拟定。

5.2.4.1 不稳定型心绞痛临床症状疗效评定标准

疗效指数计算公式（尼莫地平法）： $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ 。

不稳定型心绞痛临床症状疗效评定标准

显效	临床症状、体征明显改善症状或证候积分减少 $\geq 70\%$
有效	临床症状、体征均有好转，症状或证候积分减少 $\geq 30\%$
无效	临床症状、体征无明显改善甚或加重，症状或证候积分减少 $< 30\%$
加重	临床症状、体征均有加重，症状或证候积分减少 < 0

5.2.4.2 心电图疗效评定标准

心电图疗效评定标准

显效	心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”
有效	ST段降低，以治疗后回升以上 0.05mv ，但未达到正常水平，在主要导联倒置T波改变浅（达 25% 以上者），或T波由平坦变为直立，房室或室内传导阻滞改善者
无效	心电图与治疗前基本相同
加重	ST段较治疗前下降 0.05mv 以上，在主要导联倒置波加深（达 25% 以上者），或直立波变平坦，平坦波变倒置，以及出现异位心律、房室传导阻滞或室内传导阻滞

5.2.4.3 心功能改善情况评定标准

心功能改善情况评定标准

显效	心功能分级提高 ≥ 2 级
有效	心功能分级提高 $1-2$ 级
无效	心功能分级提高 < 1 级或不变
加重	心功能分级降低

5.2.4.4 安全性评价标准

分级	毒副反应	安全性检测指标
1 级	无	未见异常
2 级	轻微，无需治疗	未见异常
3 级	中等程度	有轻度异常，简单治疗后可继续用药
4 级	严重	存在明显异常

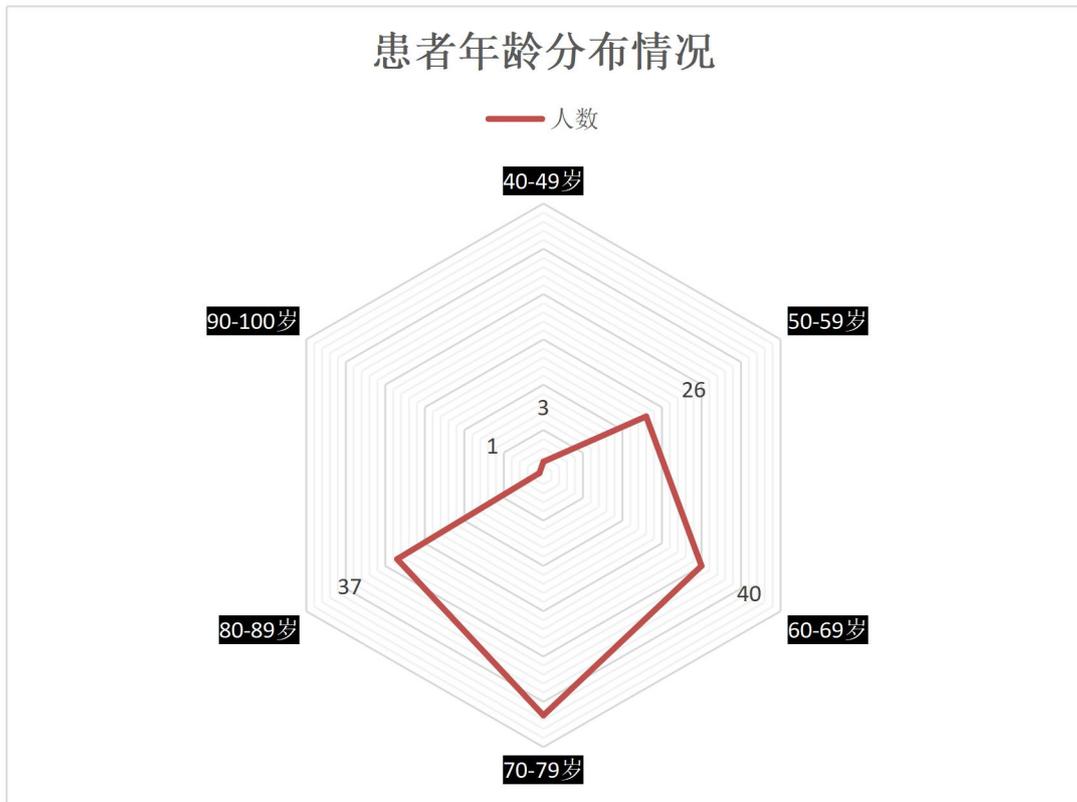
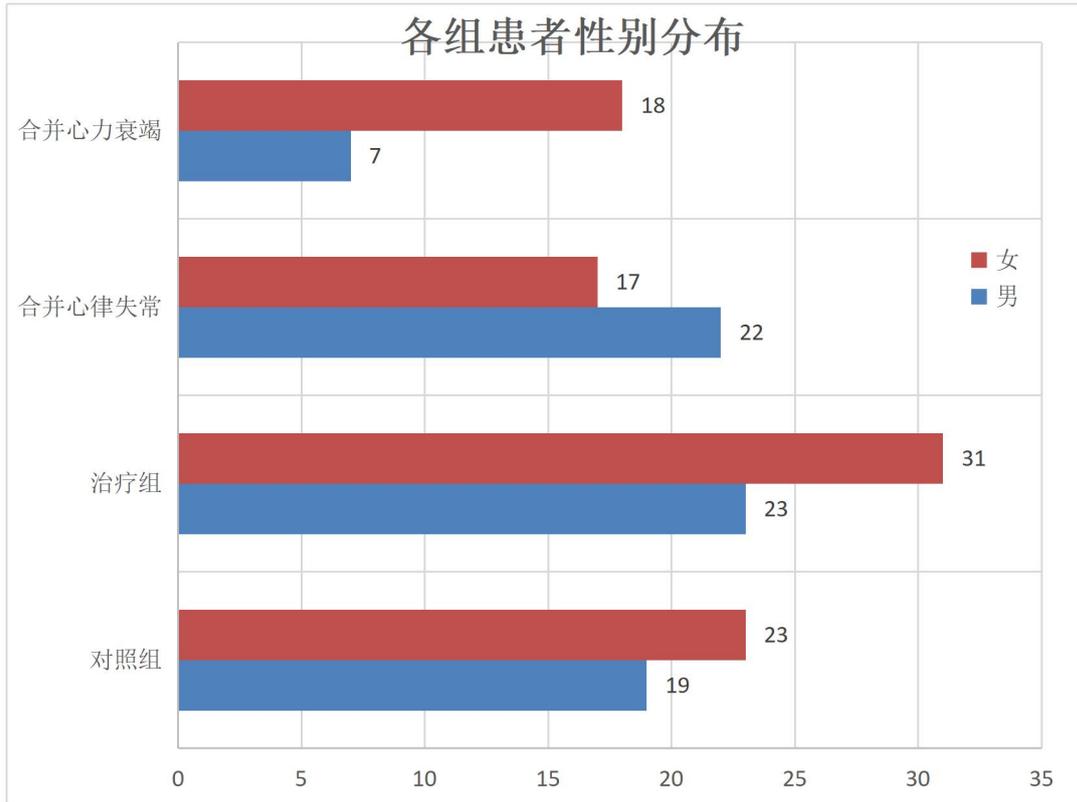
5.2.5 统计学分析方法

对四组有效病例进行总结整理，完整、准确的纳入数据资料。全部数据应用统计软件 SPSS 26.0 进行统计学处理。两独立样本计量资料比较，若符合正态性检验及方差齐性，应采用独立样本 t 检验方式，并用均数±标准差 ($\bar{x}\pm S$) 表示；若不符合正态分布则采用独立样本秩和检验，并用四分位数表示。配对样本计量资料比较，采用配对样本 t 检验或 2 个相关样本秩和检验。计数资料用率或百分比表示，采用卡方检验。等级资料采用等级秩和检验。统计结果 $P>0$ ，提示差异无统计学意义， $P<0.05$ 提示数据差异具有统计学意义， $P<0.01$ 提示数据差异具有显著性意义。

5.3 结果

5.3.1 一般资料分析

本研究共纳入不稳定型心绞痛患者 160 例患者，无病例脱落，无不良反应发生者。将四组患者的一般资料（性别、年龄、病程、吸烟史饮酒史、合并病种等情况）进行比较，比较结果未见明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性，具体见以下图表。



四组患者性别分布情况（例，%）

	例数	男性	女性
对照组	42	19 (45.24)	23 (54.76)
治疗组	54	23 (42.59)	31 (57.41)
合并心律失常组	39	22 (56.41)	17 (43.59)
合并心力衰竭组	25	7 (28.00)	18 (72.00)
合计	160	71 (44.38)	89 (55.63)

$\chi^2=5.087$, $P=0.166>0.05$, 尚不认为四组患者性别之间存在差异, 具有可比性。

四组患者年龄分布情况 ($\bar{x}\pm S$)

	例数	平均年龄 (岁)
对照组	42	70.38±9.823
治疗组	54	67.52±10.302
合并心律失常组	39	72.08±8.875
合并心力衰竭组	25	77.04±7.646
合计	160	70.89±9.906

注: $P>0.05$, 尚不认为四组患者年龄之间存在差异, 具有可比性。

四组患者病程分布情况 ($\bar{x}\pm S$)

	例数	平均病程 (月)	≤5年	5年
对照组	42	67.66±14.023	26	16
治疗组	54	89.24±12.590	26	28
合并心律失常组	39	119.95±20.236	20	19
合并心力衰竭组	25	134.33±22.920	8	17
合计	160	98.11±8.434	80	80

注: $\chi^2=5.721$, $P=0.126>0.05$, 尚不认为四组患者病程之间存在差异, 具有可比性。

四组患者吸烟史饮酒史分布情况（例，%）

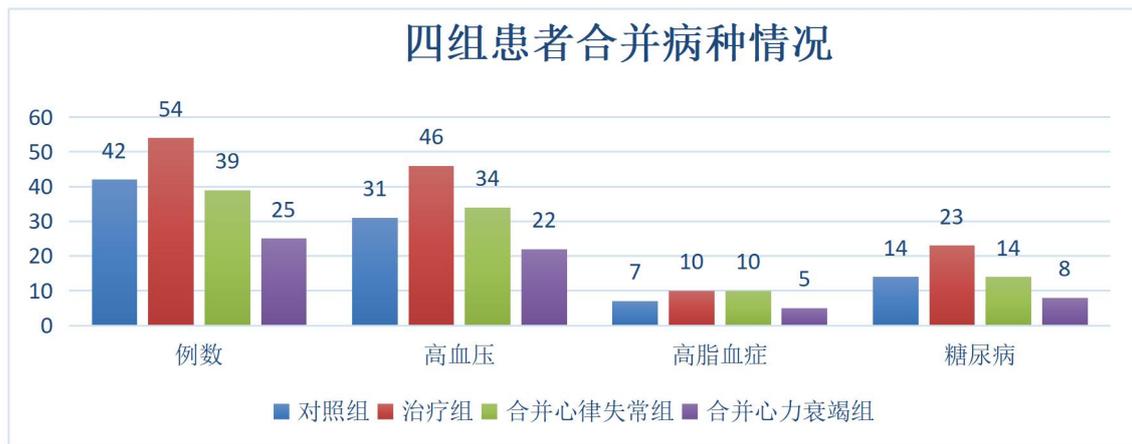
	例数	吸烟史	饮酒史
对照组	42	20 (47.62)	13 (30.95)
治疗组	54	20 (37.04)	14 (25.93)
合并心律失常组	39	17 (43.59)	13 (33.33)
合并心力衰竭组	25	6 (24.00)	3 (12.00)
² P		² =4.085 P=0.252	² =4.023 P=0.259

注：P>0.05，尚不认为四组患者吸烟史、饮酒史之间存在差异，具有可比性。

四组患者合并病种分布情况（例，%）

	例数	高血压	高脂血症	糖尿病
对照组	42	31 (73.81)	7 (16.67)	14 (33.33)
治疗组	54	46 (85.19)	10 (18.52)	23 (42.59)
合并心律失常组	39	34 (87.18)	10 (25.64)	14 (35.90)
合并心力衰竭组	25	22 (88.00)	5 (20.00)	8 (32.00)
合计	160	133 (83.13)	32 (20.00)	59 (36.88)

注：²=1.126，P=0.980>0.05，尚不认为四组患者合并病种之间存在差异，具有可比性。



5.3.2 疗效指标

5.3.2.1 四组患者的临床总有效率比较

治疗四周后，对照组的临床总有效率为 97.7%，而其余三组的临床总有效率均达到 100%，且与对照组比较，其余 3 组的临床总有效率较高，具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗组、心律失常组、心衰组 3 组之间的临床总有效率暂无明显差异 ($P > 0.05$)。结果见下表。

四组患者不稳定型心绞痛临床总有效率比较 (例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率
治疗组	54	43 (79.6%)	11 (20.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	54 (100.0%) ^{**△}
对照组	42	20 (47.6%)	21 (50.0%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	41 (97.6%)
心律失常组	39	29 (74.4%)	10 (25.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	39 (100.0%) [#]
心衰组	25	20 (80.0%)	5 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25 (100.0%) [#]

注: #: 与对照组比较, 经秩和检验治疗组 $Z = -3.418$, $P = 0.001 < 0.05$; 心律失常组 $Z = -2.597$, $P = 0.009 < 0.05$; 心衰组 $Z = -2.709$, $P = 0.007 < 0.05$; *: 治疗组与心律失常组比较, $Z = -0.597$, $P = 0.551 > 0.05$; △: 治疗组与心衰组比较, $Z = -0.038$, $P = 0.970 > 0.05$ 。

5.3.2.2 四组患者治疗前后中医证候总积分比较

治疗前，四组患者中医证候积分无明显差异 ($P > 0.05$)，具有可比性；治疗 4 周后，四组患者的中医证候积分均较治疗前减少，且与对照组比较，治疗组、心律失常组、心衰组积分减少更明显，具有统计学意义 ($P < 0.05$)；而三组之间的积分变化并无明显的差异 ($P > 0.05$)。结果见下表。

四组患者治疗前后证候总积分比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	治疗前	治疗后	组内比较	
(n=54)	14.39 ± 3.88	2.20 ± 2.35 ^{**△}	$z = -6.408^a$	$P < 0.001$
对照组 (n=42)	13.53 ± 5.00	4.37 ± 3.98	$t = 10.809^b$	$P < 0.001$

心律失常组 (n=39)	13.69±4.23	2.31±2.10 [#]	t=15.445 ^b	P<0.001
心衰组 (n=25)	15.84±3.41	2.72±1.93 [#]	t=18.473 ^b	P<0.001

注: a: 经配对秩和检验; b: 经配对 t 检验。#: 与对照组比较, 治疗组 t=-3.159, P=0.002<0.05; 心律失常组 t=2.972, P=0.004<0.05; 心衰组 t=2.297, P=0.025<0.05。*: 治疗组与心律失常组比较, t=-0.220, P=0.826>0.05。△: 治疗组与心衰组比较, t=-1.031, P=0.307>0.05。

5.3.2.3 四组患者治疗前后单项构成分布情况比较

治疗前对四组患者中医单项证候积分基线比较, 经独立样本 t 检验, 差异均无统计学意义 (P>0.05), 具有可比性。

四组患者治疗前后中医单项证候积分比较, 经秩和检验, 经治疗后患者胸痛、胸闷憋气、心悸、乏力、气短等证候积分均较治疗前明显减少, 具有统计学意义 (P<0.05), 且在胸痛方面, 与对照组相比较, 治疗组、心律失常组、心衰组改善更明显 (P<0.05), 而三组之间并无明显差异 (P>0.05)。具体结果如下表。

四组患者治疗前后单项构成分布情况比较

症状	组别	组内比较	组间比较
胸痛	治疗组	z=-5.287, P=0.000	z=-2.880, P=0.004 [#]
	对照组	z=-5.303, P=0.000	
	心律失常组	z=-4.617, P=0.000	z=-3.217, P=0.001 [#] z=-0.705, P=0.481 [*]
	心衰组	z=-4.284, P=0.000	z=-2.675, P=0.007 [#] z=-0.402, P=0.688 [*]
胸闷憋气	治疗组	z=-6.132, P=0.000	z=-1.480, P=0.139 [#]
	对照组	z=-4.885, P=0.000	
	心律失常组	z=-4.579, P=0.000	z=-0.665, P=0.506 [#] z=-1.021, P=0.307 [*]
	心衰组	z=-4.284, P=0.000	z=-0.324, P=0.746 [#] z=-2.386, P=0.017 [*]
心悸	治疗组	z=-4.554, P=0.000	z=-0.59, P=0.552 [#]

	对照组	z=-3.587, P=0.000		
	心律失常组	z=-4.151, P=0.000	z=-0.15, P=0.877 [#]	z=-0.808, P=0.419 [*]
	心衰组	z=-3.508, P=0.000	z=-0.05, P=0.960 [#]	z=-0.656, P=0.512 [*]
	治疗组	z=-2.919, P=0.004 z=-0.320, P=0.749 [#]		
乏力	对照组	z=-2.754, P=0.006		
	心律失常组	z=-2.530, P=0.011	z=-0.957, P=0.339 [#]	z=-0.698, P=0.485 [*]
	心衰组	z=-2.530, P=0.011	z=-0.568, P=0.570 [#]	z=-0.333, P=0.739 [*]
	治疗组	z=-6.180, P=0.000 z=-0.151, P=0.880 [#]		
气短	对照组	z=-4.786, P=0.000		
	心律失常组	z=-5.090, P=0.000	z=-0.380, P=0.704 [#]	z=-0.561, P=0.575 [*]
	心衰组	z=-4.284, P=0.000	z=-1.417, P=0.156 [#]	z=-1.887, P=0.059 [*]

注：#：与对照组比较 *：与治疗组比较

5.3.2.4 四组患者治疗前后心功能改善情况比较

治疗前对四组患者心功能基线比较，经检验差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。经治疗，四组患者的心功能较治疗前均有明显改善，但四组患者之间心功能改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。具体结果如下表。

两组患者心功能改善情况比较（例，%）

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率
治疗组	54	0 (0%)	31 (57.4%)	23 (42.6%)	0 (0.0%)	31 (57.4%) ^{**△}
对照组	42	0 (0%)	20 (47.6%)	22 (52.4%)	0 (0.0%)	20 (47.6%)
心律失常组	39	0 (0%)	15 (38.5%)	24 (61.5%)	0 (0.0%)	15 (38.5%) [#]
心衰组	25	0 (0%)	15 (60.0%)	10 (40.0%)	0 (0.0%)	25 (60.0%) [#]

注：#：与对照组比较 *：治疗组与心律失常组比较 △：治疗组与心衰组比较；经秩和检验结果表明，四组患者之间心功能改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

5.3.2.5 四组患者治疗前后平均心率改善情况比较

治疗前对四组患者平均心率基线比较，经检验差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。经治疗，四组患者的平均心率较治疗前均有所改善（ $P < 0.05$ ），但四组患者之间平均心率改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。具体结果如下表。

组别	例数	治疗前	治疗后	组间比较
治疗组	54	74.19 ± 11.749 [#]	67.69 ± 7.493 [*]	P=0.000
对照组	42	74.21 ± 15.541	66.31 ± 8.460	P=0.001
心律失常组	39	72.77 ± 15.540	65.95 ± 7.262	P=0.007
心衰组	25	75.20 ± 17.313	68.44 ± 7.461	P=0.044

注：[#]治疗前各组组间心率比较 $P > 0.05$ ；^{*}：治疗后各组组间心率比较 $P > 0.05$ 。

5.3.2.6 四组患者治疗前后心电图改善情况比较

治疗前对四组患者心电图基线比较，经检验差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。经治疗，四组患者的心电图较治疗前均有明显改善，但治疗组、对照组、心律失常组患者之间心电图改善情况并无明显差异（ $P > 0.05$ ），而治疗组与心衰组比较，治疗组心电图情况较心衰组改善明显（ $P < 0.05$ ）。具体结果如下表。

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率
治疗组	54	3 (5.56%)	40 (74.04%)	11 (20.37%)	0 (0.0%)	43 (79.63%) ^{**} △
对照组	42	2 (4.76%)	25 (59.52%)	15 (35.71%)	0 (0.0%)	27 (64.29%)
心律失常组	39	1 (2.56%)	26 (66.67%)	12 (30.77%)	0 (0.0%)	27 (69.23%) [#]
心衰组	25	0 (0%)	14 (56.0%)	11 (44.0%)	0 (0.0%)	14 (56.0%) [#]

注：#：经治疗后与对照组相比较，治疗组（ $P=0.122$ ）、心律失常组（ $P=0.763$ ）、心衰组（ $P=0.388$ ）心电图改善情况并无明显差异。*治疗组与心律失常组比较，心电图改善情况并无明显差异（ $P=0.207$ ）；△：治疗组与心衰组比较，经治疗，治疗组心电图情况较心衰组改善明显（ $P=0.019<0.05$ ）。

5.4 讨论

5.4.1 疏肝健脾方组方分析

赵英强教授擅长循环系统、心血管系统疾病诊断及中西医结合治疗，尤其对冠心病、心绞痛等心血管病治疗有独特见解。经过长期临床实践经验积累，导师基于天人一体的整体观念，继承并发扬阴阳、五行、藏象学说及脏腑辨证创立“肝脾”脏腑辨证。赵英强教授认为：肝主疏泄，调畅一身气机，助心行血功能正常；脾主运化，为气血生成源泉，是心主血脉的物质基础，心系疾病的产生于中焦肝脾二脏生理机能异常密切相关，于是从心肝、心脾、肝脾不同角度论治心病。以心肝、心脾、肝脾之间关系为切入点，确立疾病的病因、病机及治法方药，遵循“虚则补其母，实则泻其子”的子母补泻理论，通过调摄心之“母子”治疗心病。调补肝脾是赵英强教授临床治疗心病的中医辨证基础，由于对心之子母脏器的调摄，同时重视配合“养心安神，滋水涵木”之法，侧重肝心脾，兼顾肺肾，临床疗效颇丰。

肝为心之母，心为脾之母，肝脾两脏与心均为母子关系，临床可以运用五行相生规律治疗疾病。当心发生病变，可以上传其母肝木，也可以下传其子脾土；同样，肝发生病变可下传于心，脾发生病变时可上传于心，最终的结果都会导致心肝脾三脏发生病理变化，所以临床治疗原发性心脏疾病时既需要考虑心脏是原发病还是由肝脾两脏传变所致，又需要积极防治它脏，因此，赵英强教授临床治疗不稳定心绞痛时，认为无论何种证型心绞痛，都可以基于以心为主的母子相生关系，制定子母补泻理论为核心的肝脾论治心病的治疗原则，然后结合中医四诊明确不稳定型心绞痛的证型，确定具体治则治法。肝喜条达而恶抑郁，主疏泄是其重要的生理机能，故木郁达之，疏肝为治肝要理；脾为后天之本，为人体气、

血、津液提供原料，是人体生命活动的根本保障，其运化的生理功能基于脾气旺盛，故健脾为治脾之要，以理气、补气为主。

赵英强教授认为，疏肝健脾可调畅全身气机，清除秽浊之邪，并资助生化之源，可作为心绞痛的基本治则。根据赵英强教授的临床经验，总结其治疗心病的经验用方，自拟出疏肝健脾方：茯苓 10g，莱菔子 10g，白术 15g，川芎 10g，柴胡 10g，瓜蒌 30g，桃仁 10g，山药 20g，当归 10g，砂仁 10g，薏苡仁 20g，郁金 15g，豆蔻 10g，元胡 10g。方中茯苓、白术、薏苡仁、山药，均归属于脾经，有健脾利水之功效，茯苓味甘而淡，甘则能补，淡则能渗，健脾的同时可以利尿、宁心安神；白术则为脾脏补气健脾第一要药，可以同时缓解气虚自汗的症状；薏苡仁健脾的同时，具有软坚化痰、舒张筋脉的作用；山药性味甘平，可滋养脾阴，兼补肺肾之气，四药同用共奏健脾滋养之效。柴胡、郁金归属于肝经，具有疏肝解郁行气作用；与活血散瘀止痛之川芎、桃仁、当归合用，体现“气为血之帅，血为气之母”、“气行则血行”的理论；瓜蒌苦寒，苦泄降浊有化痰清热、利气宽胸之功，同时加入莱菔子、砂仁、豆蔻等可调和中气，消食除胀，可缓解反酸烧心的症状。

5.4.2 临床疗效

经 4 周治疗后，治疗组不稳定型心绞痛临床疗效显效 43 例，有效 11 例，无效 0 例，总有效率 100%；心律失常组不稳定型心绞痛临床疗效显效 29 例，有效 10 例，无效 0 例，总有效率 100%；心衰组不稳定型心绞痛临床疗效显效 20 例，有效 5 例，无效 0 例，总有效率 100%；对照组不稳定型心绞痛临床疗效显效 20 例，有效 23 例，无效 1 例，总有效率 97.7%。此统计数据表明经治疗后，四组的总有效率均高于 90%，说明四组的治疗均具有较高的临床效率；且与其他三组相比较，治疗组的临床显效率较高，说明疏肝健脾方联合常规的西药治疗在治疗不稳定型心绞痛时疗效更加显著。

经治疗，四组患者治疗后中医证候总积分较治疗前明显改善（ $P < 0.05$ ），治疗组、心律失常组及心衰组均优于对照组（ $P < 0.05$ ），这表明四组患者经治疗其中医证候得到明显的改善，经研究发现疏肝健脾方联合常规西药治疗比单用西药治疗不稳定型心绞痛效果要好，且具有统计学意义。

经秩和检验分析四组患者治疗前后中医单项证候积分,得出治疗后患者胸痛、胸闷憋气、心悸、乏力、气短等证候积分均较治疗前明显减少,具有统计学意义($P<0.05$),且在胸痛方面,与对照组相比较,治疗组、心律失常组、心衰组改善更明显($P<0.05$),而三组之间并无明显差异($P>0.05$)

经治疗,四组患者的心电图较治疗前均有明显改善,但治疗组、对照组、心律失常组患者之间心电图。这表明经治疗,四组患者胸痛、胸闷憋气、心悸、乏力、气短等症状较治疗前均有明显改善,其中胸痛作为主要症状,其改善更加明显,尤其治疗组、心律失常组和心衰组三组患者胸痛症状改善明显优于对照组,但三组患者之间胸痛症状的改善情况并无明显差异。

治疗前对四组患者心功能基线比较,经检验差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。经治疗,四组患者的心功能、平均心率较治疗前均有所改善($P<0.05$),但四组患者之间平均心率改善情况并无明显差异($P>0.05$),这表明单纯西医治疗以及中西医结合治疗对不稳定型心绞痛患者的心功能、平均心率均有所改善,但四组患者之间的差异性未能体现,这有可能与患者的病情已经处于相对稳定阶段,不会发生较大的改变以及样本量较小等因素有关。

改善情况并无明显差异($P>0.05$),而治疗组与心衰组比较,治疗组心电图情况较心衰组改善明显($P<0.05$),此统计数据表明,单纯西医治疗以及疏肝健脾方联合常规西药治疗均能较好的改善患者的心电图情况,且疏肝健脾方改善不稳定型心绞痛患者的心电图情况要优于合并心衰者,并具有统计学意义。

综上所述,经治疗,四组患者临床效率、中医证候总积分、单项证候积分、心功能、平均心率以及心电图情况均较治疗前有明显的改善;其中,治疗组患者的改善情况优于对照组,因此据赵英强教授临床经验所自拟的疏肝健脾方联合常规西药在治疗不稳定型心绞痛以及合并心律失常和/或心衰患者时,具有明确的临床疗效,且优于单纯使用常规西药治疗的患者。

5.4.3 安全性评价

研究期间,所有受试者均未出现明显的不良反应,其体温、呼吸、血压、心率、血常规、尿常规、肝肾功能以及凝血全项等指标未见明显异常,说明药物的安全性良好。

5.4.4 不足与展望

①由于资金、人力等方面的限制，本研究所收集的样本量偏小，此外，由于患者的个体差异，其基础用药在剂量及种类上不尽相同，或对结果造成一定的影响。因此，未来还需开展大样本、多中心的随机对照试验以期获得更加准确可靠的临床研究结果，更好地指导临床治疗。

②本研究的疗程较短，无法评价长期本方剂的远期疗效以及复发率，后期会增加随访，评估本方对不稳定型心绞痛的长期疗效以及安全性。

5.4.5 创新点

通过系统学习中医理论及跟师临床实践，对赵英强教授学术思想和临床经验的整理与研究，梳理出赵英强教授以疏肝健脾为核心论治心病学术思想的基础理论内涵及学术渊源。

应用中医理论解读医家组方思路，拓宽学术思想的解读角度，有助于理解医家组方用药的深刻含义。

既往治疗心病多以心系为主，赵英强教授肝脾论治心病；既往治疗心病多以活血化瘀药为主，赵英强教授运用疏肝健脾药治疗心病，为心病的治疗提供了新思路。

5.5 综述

不稳定型心绞痛的发病机制及治疗进展

不稳定型心绞痛（Unstable angina pectoris, UAP）又称“上升性心绞痛”，其临床不稳定性主要取决于其冠状动脉局部病变本身的不稳定，指原为稳定性心绞痛的患者，在3个月内疼痛的频率、程度、诱发因素经常变动，进行性增剧或恢复为稳定性。随着全球老龄化的加剧，冠心病发病率也在逐年增加。不稳定型心绞痛的治疗可有效提高患者的生存率和生活质量。新的治疗目标是稳定活动的

斑块，更为有效的抗血栓和抗血小板药物，减少缺血及再灌注心肌损伤，阻止动脉粥样硬化的发展。

1 不稳定心绞痛的分型，分类及危险度分层^[2]

1.1 UAP 的分型：（1）自发性心绞痛；（2）进展性心绞痛，包括初发性心绞痛和恶化型心绞痛；（3）梗死后心绞痛。

1.2 UAP 的分类：不稳定型心绞痛按照接受治疗情况分为 3 个亚组：（1）未经治疗；（2）稳定性心绞痛治疗中；（3）抗心绞痛药物最大授予中（包括硝酸甘油静脉给药）。1994 年法国 UAP 诊治研讨会提出不稳定心绞痛的分类法：

（1）初发劳力型：近 1 个月内发作的劳力性心绞痛；（2）恶化劳力型：劳力型心绞痛在短期内发作频繁，程度加重，并且硝酸甘油不易缓解；（3）静息型：静息时发作的心绞痛；（4）梗死后早期心绞痛：急性心肌梗死后 1 个月内出现的心绞痛；（5）变异性：多为休息时候发作，并有心电图短暂性 ST 段抬高且非急性心肌梗死引起。

1.3 UAP 的危险分层：（1）低危险组：初发型，恶化型无静息时发作，发作时 ST 段压低 $\leq 1\text{mm}$ ，持续 20min，肌钙蛋白 T 或 I 正常；（2）中危险组：①1 个月内出现的静息心绞痛，48h 内无发作；②梗死后心绞痛。ST 段压低大于 1mm，持续时间小于 20min，肌钙蛋白 T 或 I 正常或轻度升高；（3）高危险组：①48h 内反复发作的静息心绞痛；②梗死后心绞痛。发作时 ST 段压低大于 1mm，持续时间大于 20min，肌钙蛋白 T 或 I 升高。

2 病因病机

2.1 中医病因病机

2.1.1 心脉闭阻

不稳定型心绞痛属中医学的“胸痹心痛”范畴，其病位在心，病机关键为心脉痹阻，涉及肺、肝、脾、肾等脏。心主血脉，肺主治节，两者相互协调，气血运行才能通畅，如果心主血脉功能异常，则不能推动血脉运行，肺病则治节的功能失调，故血液运行瘀滞；若肝的疏泄功能异常，亦可以导致气滞血瘀；脾有运化水湿的功能，且根据中医基础理论脾为生痰之源，如果脾运化水湿的功能失去平衡，则痰浊就会生成；肾主一身左右之阴阳，若肾失调，君火失用，可致心脉痹阻而发胸痹。胸痹的类型包括：阳气郁滞于心胸型、痰浊闭阻于心脉型、寒邪

凝滞心脉型、心阳气虚衰型、气阴两虚型等。胸痹的病机转化可因实致虚，也可因虚变实，其临床表现为本虚标实，虚实夹杂。本虚包括 3 种类型：气虚、气阴两虚及阳气虚衰；标实有血瘀、痰浊、寒凝、气滞，且可相兼为病，如寒凝气滞、气滞血瘀、痰瘀交阻等。在《杂病证治准绳》中，王肯堂^[3]主要从气的虚、实，即气虚、气滞等方面论述胸痹一病，《杂病证治准绳》^[4]中胸痹一病大多出自《诸气门》一篇，王氏认为无论寒凝、血瘀、痰浊皆为气病所致，在治疗中主要从气虚、气滞、气郁等方面入手，兼以散寒、化瘀、祛浊、温阳。调理气机是治疗胸痹的关键，而气机的调理又依赖于脾胃的气机升降、肝气的畅通与否。

2.1.2 阳微阴弦

阳微阴弦出自于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》。原文讲到：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也”，因而提出阳微阴弦是胸痹心痛的基本病机^[5]。后世医家对“阳微阴弦”亦有独特见解，明赵以德《金匱方论衍义》的观点是如果阳微从胸中气分上来看，阳微应该属于上焦病变。阴弦如果从阴脉来看，比如阴寒之脉，上攻于胸中气分，则产生为胸痹，如果阴气上乘于心脉，则产生为心痛^[6]

2.2 西医发病机制

2.2.1 血小板活化

研究发现，血小板功能异常与心绞痛的发生和发展有着密切的联系。其中血小板活化是不稳定型心绞痛发生的主要病理反应。血小板活化可使血小板集聚的同时产生动脉斑块。血小板活化部位也是动脉斑块极易破裂的位置^[7]。血小板聚集亦可导致冠状动脉闭塞甚至发生急性心肌梗塞。在血小板活化的病理生理过程中起到主要作用的是血小板膜蛋白^[8]。

2.2.2 炎症

炎症在动脉不稳定斑块的产生、发展及破裂过程中起着至关重要作用的是炎症反应。炎症细胞包括巨噬细胞、T 淋巴细胞、肥大细胞等。炎症细胞既可浸润于动脉斑块的内部，又可以浸润在全身炎症系统之中，对全身都会造成损害。有研究表明，动脉粥样硬化的发生发展一直伴随着炎性细胞的浸润，而在不稳定斑块中炎性细胞浸润的现象更明显^[9]。巨噬细胞的功能有吞噬作用并且能分泌多种

酶,当机体被巨噬细胞浸润后,其分泌的多种蛋白溶解酶可使机体内的斑块破裂。当斑块破裂后,炎性细胞又可加速凝血酶原产生,促进冠状动脉内血栓形成。炎性细胞亦可通过多种途径使血小板聚集增加,最终导致血栓的形成。

2.2.3 斑块破裂

斑块破裂后可加速血小板聚集、激活,形成血栓。其释放的各种组织因子可使血管收缩,导致冠状动脉血流量明显减少,从而引起心肌缺血,临床表现则为不稳定型心绞痛发作^[10]。导致动脉斑块破裂原因有很多。首先是斑块的稳定性及斑块中粥样物质改变。不稳定型心绞痛的动脉斑块表现为斑块脂质核心饱满,纤维帽边缘有大量炎性细胞浸润,以巨噬细胞及泡沫细胞居多,因此当斑块破裂时,破裂的斑块及暴露的内膜下层有较强的致血栓作用,加速动脉血栓形成^[11]。

3 不稳定型心绞痛的中医治疗

3.1 中医内治法

3.1.1 活血化瘀法

王国峰等^[12]自拟补气活血汤为基础方,治疗心血瘀阻型胸痹患者,突出了补气活血、气血同治的原则。其基本方剂组成为:红参、黄芪、麦冬、五味子、丹参、赤芍、醋没药、炒延胡索、香附、郁金、蒲黄、当归、川芎、甘草。伴痰浊者加二陈汤联合治疗,以达活血化瘀、燥湿化痰之效;伴血压高者加怀牛膝、石决明;心悸失眠者加炒酸枣仁、远志、琥珀末。丹七活血汤^[13]具有补气活血化瘀、通血脉止痹痛的功效,可用于气虚血瘀型胸痹心痛患者,可达到标本兼治的效果。研究显示冠心舒对痰阻血瘀型胸痹患者有一定疗效。黄斌等^[14]将204例住院的冠心病心绞痛患者作为研究对象,给予对照组常规的西药治疗;治疗组为冠心舒组,此组是在西药常规治疗的基础之上加服冠心舒。冠心舒的药物组成:瓜蒌、三七、薤白、当归、水蛭、茯苓、决明子、葛根、佛手、川芎、姜黄、半夏,共计十二味中药。实验的研究结果显示,冠心舒组的总有效率为93%,常规西药组总有效率为83%。冠心舒组与西药组对比,能减轻冠心病患者的心绞痛发作次数,其疼痛程度亦有明显的改善,此外,通过理化检查得出结论冠心舒能降低血脂,心电图检查显示其亦能明显改善心肌缺血引起的ST-T变化。经过研究,冠心舒可作为治疗冠心病心绞痛的有效方剂广泛应用于临床,并且可用于预防冠心病的发生。

3.1.2 益气温阳法

温阳益气、化痰通络法是不稳定型心绞痛的基本治疗大法。气虚血瘀是不稳定型心绞痛的基本病机，根据基本病机确立温阳益气、化痰通络法治疗 UA。该方法具有一定的中医理论基础与临床实践的依据^[15]。胸痹的病位主要在心，心为君主之官，心主血脉，心病则导致肝失疏泄、脾失健运、肾之阴阳失衡。心病无力推动血液运行，导致血液瘀阻，临床上气虚血瘀的患者较为多见。冠心病心绞痛的患者病程长、发作频繁、不易治愈，中药治疗不稳定型心绞痛应以补气扶正固本为主。米全喜^[16]运用王清任所著《医林改错》中的补阳还五汤，对住院的 68 例气虚血瘀型胸痹患者进行了研究。研究表明中药常规治疗的基础上加用补阳还五汤较西药组在常规治疗具有明显的治疗效果。秦新荣等^[17]认为，胸痹病患者素体正气亏虚，正气虚则无以推动血液运行，导致血液瘀阻于脉络。故自拟苏冠复脉汤治疗胸痹心痛，经临床观察，苏冠复脉汤具有补气行气、活血化瘀、祛痰通络宽胸的功效，使邪祛而不伤正，可谓祛邪扶正，标本兼治。

3.1.3 宣痹祛痰法

脾胃与心关系密切，功能相互影响。因为脾胃是后天之本，主运化水湿，能将食入人体的精微物质化生为气血。而心的功能是主血脉，即主持血脉的运行。因此如果脾胃功能正常，即气血生化有源，水湿运行正常，心亦有所主。如果脾胃功能异常，则气血生化乏源，因此脉中的气血亦减少，归于心之营血也减少，故心无所主，血不养心，不荣则痛而导致胸痹的发生。故有学者^[18]对于胸痹的心脾两虚型以健脾祛痰养心，方用归脾汤加减。对于胸痹的痰浊湿阻证，治以祛湿化痰、通络止痛，方用涤痰汤合丹参饮加减。《金匱要略》胸痹之病篇中记载了瓜蒌薤白半夏汤，其为治疗痰浊闭阻型胸痹的基础方。朱庆军等^[19]结合临床，将该方应用于胸痹痰浊闭阻型患者，取得显著效果。研究表明^[20]痰凝血瘀型胸痹患者可使用通脉化浊汤治疗，通脉化浊汤祛痰活血化瘀效果较好，能明显改善患者症状，可广泛用于临床治疗中。

3.1.4 扶正祛邪法

王国倩等^[21]通过临床试验得出结论：护心康片治疗气虚痰瘀互阻证的胸痹心痛患者疗效显著。通心络胶囊^[22]作用有补心气扶正固本、祛邪活血通络、搜风解痉等作用。正气足则有力推动血液运行，缓解血液瘀滞，故心之脉络才可畅通，

心脉通则症状缓解。现代药理研究证实，通心络胶囊有抗凝降脂作用，其降脂作用随时间延长而更加明显^[23]。杨继等^[24]认为通心络胶囊治疗 UAP 的机制可能是抑制动脉粥样硬化的形成。

3.1.5 宽胸理气法

陈双红^[25]对 48 例气滞心胸型胸痹患者给予柴胡疏肝散加减治疗取得良好效果。分为柴胡疏肝散组（观察组）和复方丹参片组（对照组）。观察组给以中医饮片口服治疗，主要作用为疏理肝气、活血化瘀；对照组给以复方丹参口服，2 个疗程后比较两组患者的临床疗效。其总有效率为 95.83%。杨柳易等人^[26]同样使用柴胡疏肝散加减治疗气滞心胸型胸痹患者，效果显著。其对照组应用常规治疗（消心痛、阿司匹林、受体阻滞剂等）。治疗组应用柴胡疏肝汤加减。结果治疗组总有效率明显高于常规组。张宏武等人^[27]使用柴胡疏肝散加减治疗气滞血瘀型胸痹患者亦取得良好效果。研究表明^[28]称从理气、活血化瘀入手治疗冠心病，疗效显著，且作用时间久、复发率低。临床上可加大对对其的研究。有学者^[29]则自拟畅心汤以达宽胸理气、活血化瘀之效。经临床实践研究，一些中成药如心脑联通胶囊^[30]等对治疗胸痹气滞血瘀型也有较明显的效果。

3.2 中医外治法

穴位贴敷法创制的基本思想是运用中医整体观念及辨证施治。将相应的中药制剂贴在与病证相符的腧穴上，通过皮肤的渗透吸收、经络传导的作用，来达到治疗目的。穴位贴敷法属于中药内病外治疗法，且副作用较小。有学者^[31-32]通过辨证用药，适时调整组成药物，自拟穴位贴，选择双内关、双心俞和膻中等穴位外贴，取得了显著的效果。穴位贴敷能显著改善胸痹患者的血管状况，适合临床推广应用^[33]。张丽君等^[34]自拟心脉疏膏，以膻中、太渊、太溪为主穴。根据不同的证型选择配穴。治疗以心肾阳虚、痰瘀内阻为主要病机的胸痹心痛，临床疗效较好。胸痹贴^[35]穴位贴敷治疗气滞血瘀型胸痹心痛效果良好。穴位贴敷作用直接迅速，方法独特，而且无毒副作用、经济节约，既可改善症状，又可降低复发率^[36]。

4 小结

综上所述，中医药疗法治疗不稳定型心绞痛临床疗效显著。通过中药内服及穴位贴敷外治法治疗缓解了不稳定型心绞痛的临床症状并且减少其发病频率，在

一定程度上提高了患者的生活质量。中医药疗法通过辨证施治,对不同证型的患者处以不同中药方剂或者联合治疗,此为中医特色之处,临床上应发扬中医特色之处,使中医药治法充分发挥其优势之处。

参考文献

- [1]毛静远,吴永健,史大卓.中成药治疗冠心病临床应用指南(2020版)[J/OL].中国中西医结合杂志:1-27
- [2]杨志寅.汉英诊断学大辞典[M].北京:人民卫生出版社,2010:139.
- [3]王肯堂.王肯堂医学全[M].北京:中国中医药出版社,1999:122.
- [4]钱武潮.评王肯堂《杂病证治准绳》[M].江苏中医,1999,20(12):47-48.
- [5]张仲景.金匱要略[M].上海:上海古籍出版社,2010:117.
- [6]张璐.张氏医通[M].上海:第二军医大学出版社,2006:203.
- [7]张莹,马晓娟,史大卓.冠心病瘀毒理论与血小板-血栓-炎症网络[J].中国中西医结合杂志,2018,38(03):375-378.
- [8]李恩,汪涛,张丽华,简立国,孙利强,牛少辉.急性冠脉综合征患者血清miRNA-208与血小板功能的关系[J].郑州大学学报(医学版),2017,52(02):188-190.DOI:10.13705/j.issn.1671-6825.2017.02.020.
- [9]于雪莲,李香.动脉粥样硬化及缺血性心肌损伤相关炎症机制的研究进展[J].中国心血管病研究,2021,19(11):1039-1043.
- [10]陈建飞,王铭.炎症介质与动脉粥样硬化斑块破裂的关系[J].河北医科大学学报,2021,42(10):1224-1228.
- [11]陈天宇,何贵新,林琳,刘鹏业.不稳定型心绞痛痰瘀证不同证型冠脉斑块血管内超声的对比研究[J].时珍国医国药,2019,30(02):386-389.
- [12]王国峰,王翠卿.补气活血汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛100例[J].光明中医,2018,29(08):1769-1770.
- [13]魏群,沈晓君.丹七活血汤治疗气虚血瘀型冠心病心绞痛临床研究[J].时珍国医国药,2019,24(10):2436-2437.
- [14]黄斌,张滨,曾晓燕,王琪,左可方,蔡新霞.冠心舒治疗不稳定型心

绞痛临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2018, 35(10):1-2.

[15]史爱武. 温阳益气、化痰通络法治疗不稳定型心绞痛[J]. 河南中医, 2019, 34(07):1288-1289. DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2019.07.037.

[16]米全喜. 运用补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型胸痹的疗效探讨[J]. 当代医学, 2020, 20(07):152.

[17]秦新荣, 高永珍. 苏冠复脉汤治疗不稳定型心绞痛的临床疗效分析[J]. 光明中医, 2019, 29(03):508-509.

[18]张文娜, 解琳莉. 许彭龄教授从调理脾肾治疗难治性心绞痛经验[J]. 环球中医药, 2019, 12(05):789-791.

[19]朱庆军, 张文举, 谭操杰. 瓜蒌薤白半夏汤合涤痰汤加减治疗痰浊闭阻型胸痹 63 例[J]. 中医临床研究, 2019, 5(22):58-59.

[20]欧国顺, 黄湘敏. 通脉化浊汤治疗痰凝血瘀型胸痹的效果分析[J]. 中国医药指南, 2018, 11(17):280-281. DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2018.17.061.

[21]王国倩, 喻正科, 陈志红, 谢洪途. 护心康片治疗不稳定型心绞痛气虚痰瘀互阻证的临床研究[J]. 中医药导报, 2020, 21(14):21-24. DOI:10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2020.14.007.

[22]张香素, 刘振胜, 周建民. 通心络胶囊对不稳定型心绞痛患者脂代谢及血液流变性的影响[J]. 新中医, 2019, 46(03):45-47. DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.010.

[23]钟丽娟. 通心络胶囊治疗冠心病不稳定型心绞痛 60 例临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(29):140-141. DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2019.29.119.

[24]杨继, 张垚, 张运娇, 高丹, 陈善夫, 庞建中, 赵英强. 通心络胶囊联合西医常规治疗不稳定型心绞痛疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 药物评价研究, 2021, 44(04):830-847.

[25]陈双红. 柴胡疏肝散加味治疗气滞心胸型胸痹的疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 5(14):73. DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2018.14.057.

[26]杨柳易, 洪婷, 胡珂. 柴胡疏肝散临床应用近况[J]. 实用中西医结合临

床, 2019, 17(03):163-165. DOI:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.03.104.

[27]张宏武, 邹忠梅. 柴胡疏肝散的临床应用及现代研究进展[J]. 时珍国医国药, 2020(05):1234-1236.

[28]卓志芳, 靳利利, 史振羽, 袁丁, 苏慧, 祁钰涵, 王丽莹. 疏肝理气活血方治疗冠心病心绞痛患者临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(07):90-94. DOI:10.13192/j.issn.1000-1719.2020.07.025.

[29]崔建美, 包巨太, 吴范武, 马会霞. 畅心汤治疗气滞心胸型胸痹心痛 29 例临床疗效观察[J]. 华北煤炭医学院学报, 2020, 12(03):359. DOI:10.19539/j.cnki.2095-2694.2020.03.046.

[30]张庆, 宋素英. 心脑联通胶囊治疗气滞血瘀型胸痹心痛 68 例疗效观察[J]. 光明中医, 2019, 24(11):2122.

[31]杨月. 宽胸止痛贴穴位敷贴治疗胸痹的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2018, 32(32):24. DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2018.32.048.

[32]姚保杰, 随娜锋. 芪苈桂附散外敷治疗胸痹 80 例[J]. 中医外治杂志, 2018, 23(01):14-15.

[33]马真, 杜纯新, 王辉. 胸痹贴治疗胸痹 58 例[J]. 陕西中医, 2018, 34(09):1144-1145.

[34]张丽君. 心脉疏膏穴位贴敷治疗胸痹心痛的临床研究. 河北省, 邯郸市中心医院, 2019-01-16.

[35]鲍克剑, 马彤艳. 胸痹贴穴位贴敷治疗不稳定型心绞痛临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 35(06):653-655. DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2018.06.0653.

[36]史翠华. 辨证施护结合穴位贴敷治疗胸痹心痛发作期的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(09):220. DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2019.09.185.

附表 1

症状		评分
胸痛	无	0 分
	有典型的胸痛发作，每次持续时间数分钟，每周疼痛至少发作 2-3 次，或每日发作 1-3 次，但疼痛不重，有时需口含硝酸甘油	2 分
	每天有数次典型的胸痛发作，每次持续数分钟到 10 分钟左右，疼痛较重，一般都需要口含硝酸甘油	4 分
	每天有多次典型胸痛发作，因而影响日常生活活动（例如大便、穿衣等）每次发作持续时间较长，需多次口含硝酸甘油	6 分
胸闷	无	0 分
	轻微胸闷	2 分
	胸闷明显，有时叹息样呼吸	4 分
	胸闷如窒，叹息不止	6 分
心悸	无	0 分
	偶有心悸	1 分
	经常出现，尚可忍受	2 分
	反复发作不能耐受	3 分
乏力	无	0 分
	活动后稍觉乏力	1 分
	活动后明显乏力	2 分
	乏力倦怠，不愿活动	3 分
气短	无	0 分
	偶有气短	1 分
	稍动则气短	2 分

	不动即气短	3分
总分		