本文引用: 李雅馨, 任晓芳. 任晓芳从“瘀热相火”论治稳定型心绞痛经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(10): 2086-2091.

任晓芳从“瘀热相火”论治稳定型心绞痛经验

李雅馨[1],任晓芳[2]*

1.陕西中医药大学,陕西 咸阳 712046;2.陕西中医药大学西安附属医院(西安市中医医院),陕西 西安 710021

〔摘要〕稳定型心绞痛(SAP)是冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)的常见类型,中医学将其归属于“胸痹”“心痛”范畴,传统辨证多从“阳微阴弦”立论。任晓芳教授基于“相火气机学说”,从“瘀热相火”论治SAP,依据病机深浅与证候差异,临证分为四型论治:郁热瘀阻、相火失位型,治以疏调气机、清透瘀热,选用四逆散合桂枝茯苓丸加减;痰瘀互结、心脉痹阻型,治以化痰祛瘀、通阳宣痹,选用瓜蒌薤白半夏汤合冠心Ⅱ号加减;痰火壅盛、瘀热扰心型,治以清热化痰、活血化瘀,选用黄连温胆汤合冠心Ⅱ号加减;六郁相因、相火逆乱型,治以解郁散结、调和气血,选用越鞠丸合冠心Ⅱ号加减。诸法体现了气血同调、痰瘀并治、郁火共清之特色。本文结合验案佐证其疗效,以期为SAP的中医诊治提供新的理论视角与临床路径。

〔关键词〕稳定型心绞痛;相火气机学说;瘀热相火;四逆散;桂枝茯苓丸;瓜蒌薤白半夏汤;黄连温胆汤;冠心Ⅱ号;越鞠丸

〔中图分类号〕R259 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.10.014

REN Xiaofang´s experience in treating stable angina pectoris based on the theory of "stasis-heat ministerial fire"

LI Yaxin[1], *REN Xiaofang*[2]*

1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang, Shaanxi 712046, China; 2. Xi´an Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine (Xi´an Hospital of Traditional Chinese Medicine), Xi´an, Shaanxi 710021, China

〔**Abstract**〕Stable angina pectoris (SAP) is a common type of coronary atherosclerotic heart disease, and in Chinese medicine it is classified under the categories of "chest bi-impediment" and "cardiac pain," with conventional pattern differentiation mostly based on the pathogenesis of "yang deficiency with yin excess." Chief Physician REN Xiaofang, guided by the theory of "ministerial fire and qi movement," treats SAP from the perspective of "stasis-heat ministerial fire." According to the depth of pathogenesis and differences in patterns, this disease is clinically treated based on four patterns: for the pattern of depressed heat and stasis obstruction with ministerial fire out of position, the treatment is to regulate qi movement and clear and dissipate stasis-heat, and modified Sini Powder combined with Guizhi Fuling Pill is selected; for the pattern of intermingled phlegm and stasis with obstruction of the heart vessels, the treatment is to transform phlegm, eliminate stasis, unblock yang, and relieve chest bi-impediment, and modified Gualou Xiebai Banxia Decoction combined with Guanxin Ⅱ Formula is selected; for the pattern of exuberant phlegm-fire with stasis-heat disturbing the heart, the treatment is to clear heat, transform phlegm, circulate blood, and resolve stasis, and modified Huanglian Wendan Decoction combined with Guanxin Ⅱ Formula is selected; for the pattern of interdependent six stagnations with rebellious ministerial fire, the treatment is to relieve stagnation, dissipate accumulation, and

〔收稿日期〕2026-05-15

〔基金项目〕西安市科技计划项目(25KPJK00005)。

〔通信作者〕* 任晓芳,女,硕士,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:809991943@qq.com。

harmonize qi and blood, and modified Yueju Pill combined with Guanxin Ⅱ Formula is selected. These therapeutic approaches embody the characteristics of concurrent regulation of qi and blood, combined treatment of phlegm and stasis, and simultaneous clearing of stagnation and fire. This paper corroborates their efficacy with a case report, aiming to provide new theoretical perspectives and clinical pathways for the Chinese medicine diagnosis and treatment of SAP.

〔**Keywords**〕 stable angina pectoris; ministerial fire and qi movement theory; stasis-heat ministerial fire; Sini Powder; Guizhi Fuling Pill; Gualou Xiebai Banxia Decoction; Huanglian Wendan Decoction; Guanxin Ⅱ Formula; Yueju Pill

稳定型心绞痛(stable angina pectoris, SAP)是冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)中的临床亚型,其核心病理特征为冠状动脉固定性狭窄,致使心肌供氧与耗氧失衡,进而导致胸痛发作。现代医学治疗 SAP 多采用 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂及抗血小板药物,通过降低心肌耗氧、改善心肌氧供需平衡等机制减少缺血发作[1]。部分经药物治疗疗效欠佳者需接受血运重建治疗,但部分患者血运重建后仍有胸闷不适[2]。此外,长期用药存在不良反应风险[3],血运重建也可能伴随一定手术风险与较高费用[4-6]。上述局限性在一定程度上限制了这些治疗方法的临床应用。

中医学将 SAP 归属于“胸痹”“心痛”范畴,《灵枢·本脏》记载“邪在心,则病心痛”。《素问·脉要精微论篇》提出“夫脉者,血之府也……涩则心痛”,明确了血行瘀滞是心痛发作的重要诱因。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治第九》提及“阳微阴弦,即胸痹而痛……”确立了以“阳微阴弦”为核心的病机总纲,奠定了后世医家从本虚标实维度辨证施治本病的理论基础。随着现代人群生活作息与饮食结构的改变,SAP 的中医病机呈现出新的特点:郁热证、瘀热证日益突出,单纯温通或活血之法疗效欠佳。王昀等[7]从“少阳为枢”立论,认为少阳枢机不利、相火妄动不安为 SAP 合并失眠的重要病机,治当和解少阳枢机;王道成教授传承国医大师周仲瑛“瘀热相搏”学术思想,认为 SAP 合并焦虑状态的核心病机为瘀热互结,治疗当瘀热同调,活血通脉以畅其络、滋阴清热以安心神[8];李鑫辉教授从温病营血分辨治胸痹心痛,提出“瘀热壅毒、毒损心营”之说,认为其病机关键在于营热阴伤生瘀,治当清热凉营解毒、养阴和脉止痛[9];陈可冀等[10]指出,冠心病即使处于稳定期,仍可因瘀毒内生、互结而诱发急性不良心血管事件,临床诊疗需重视毒邪致病的病理机制。国医大师雷忠义针对胸痹心痛痰瘀久滞脉络、郁而化热化毒的病理特点,创新性提出痰、瘀、毒三者交织致病的学术观点[11]。由此可见,在 SAP 的发生发展中,气机郁滞、瘀热互结、痰毒内生等多重病机交织演变,其中热与瘀的交互关系尤为关键,值得深入探讨。

任晓芳教授系国医大师杨震教授学术经验继承人、清代御医黄元御第七代传人及第三批全国中医临床优秀研修人才。她从事心血管疾病中医药治疗 30 余载,善用黄元御流派经方,并重脉诊以辨证调理。其在治疗 SAP 时,紧扣黄元御“一气周流”学术思想,强调“执中焦以驭四维”,并融汇国医大师杨震“相火气机学说”及“六型相火”体系,尤重“相火妄动”在发病中的关键作用,认为病机以气郁为先,继则相火失位,终致痰瘀热胶结。故基于“六型相火”之一——“瘀热相火”立论,以“气血同调、痰瘀并治、郁火共清”为法遣方用药,临床疗效确切。现将其诊治经验探析如下。

1 “瘀热相火”的理论内涵

“相火”的学术源流可追溯至《黄帝内经》,《素问·天元纪大论篇》所载“君火以明,相火以位”,被视为相火理论之肇始。朱丹溪在《格致余论·相火论》中明确辨析君、相二火的本质差异,提出“惟火有二:曰君火,人火也;曰相火,天火也……以名而言,形气相生,配于五行,故谓之君;以位而言,生于虚无,守位禀命,因其动而可见,故谓之相”。继而又以“天主生物,故恒于动;人有此生,亦恒于动。其所以恒于动,皆相火之为也”阐释相火的生理意义;万物化生与人身生命之所以恒动不息,皆为相火运化之功。《格致余论·相火论》亦记载“相火……具于人者,寄于肝肾二部”及“天非此火不能生物,人非此火不能有生”,强调相火寄于肝肾,其性主动,为人身生命之根。这一理论后来被国医大师杨震继承并发展。杨震教授深研经典,融汇诸家,对传统相火理论进行创新研究,提出“相火气机学说”,并构建“六型相火”体系,将病理性相火细化为“郁热相火、血热相火、湿热相火、瘀热相火、阴虚相火、相火虚衰”,系统阐释了病理性相火随病情进展的动态演变规律[12]。杨震教授强调“郁”在相火病变中的核心地位,认为相火的正常运行全赖气机之疏泄调畅,以

维系相火之“位”。《素问·阴阳应象大论篇》云：“壮火食气……少火生气。”“少火”即生理相火，乃人体生命活动之正常热能。若因七情内伤、饮食失节、劳倦过度，致气机郁滞，相火失其封藏，则亢而为害，生理相火变为反常之壮火，病理相火由是而生，壮火燔灼脏腑，既可伤阴耗气，又可炼血为瘀、灼津为痰，变生诸疾，此即“瘀热相火”形成的理论基础。作为“六型相火”之一，“瘀热相火”在心血管疾病的诊治中具有重要理论指导意义。

2 “瘀热相火”致 SAP 的病机阐释

基于“相火气机学说”的核心内涵，任晓芳教授结合多年临证经验提出：相火之病，郁为其本，热为表象，瘀为衍变。这一观点构成了从“瘀热相火”角度辨治 SAP 的核心指导思想。肝主疏泄，既是全身气机升降出入之枢纽，亦是人体相火潜藏之所。生理状态下，肝木舒展调达，相火安守其位，温煦五脏六腑而不致妄行。“瘀热相火”属六型相火之一，当患者长期处于精神紧张、焦虑或情绪压抑状态时，七情内伤最先累及肝脏，致使肝失疏泄，气机郁滞。气郁日久，无以制火，相火失其封藏，离位妄动，燔灼于内。气郁则血行不畅，热灼则血络受损，气郁与热灼相合，血行迟滞与血络受损相兼，瘀血由是而生，遂成“瘀热相火”之基。“瘀热相火”一旦形成，极易裹挟痰浊、瘀血上扰胸膈心肺，致使痰瘀胶结、固着难化，痹阻心脉，气血不通，不通则痛，遂致心痛发作。今人饮食丰裕，恣食肥甘厚味、醇酒辛辣及燥热熏烤之品已成常态。此类饮食易困阻脾运，脾失健运、腐熟无权，水谷精微不归正化，反聚为痰浊。痰浊黏滞血络，进一步阻碍气机运行，日久成瘀。痰热内蕴，一方面，煎熬血液，使血行滞涩，瘀血内停；另一方面，痰热引动相火，使相火愈炽，进一步灼伤血络，加重瘀血。现代病理生理学所见粥样斑块形成，正体现了因痰致瘀、因瘀致痰、痰瘀互结的特点[13]，可视为中医“痰浊”的微观体现。而血管壁脂质沉积、炎症反应、粥样斑块不稳定，则可在一定程度上视为“瘀热相火”的客观病理基础。

3 从“瘀热相火”辨治 SAP

3.1 郁热瘀阻，相火失位

本型为 SAP 初期阶段，为“瘀热相火”初起之候。其病机核心为气郁为先、相火次之、瘀血初见，常因情志不遂、郁怒伤肝，或饮食失节、劳倦内伤，首伤气机，肝失疏泄，相火失位，郁热瘀阻初成。郁热虽成，瘀血虽生，但尚未显化或仅见端倪，故未成顽痰死血。临证以胸胁部胀痛或走窜痛为主症，时发时止，每因恼怒、忧思而诱发或加剧；常伴善太息、胃脘痛、情绪急躁等气机郁滞之象。舌边尖红，或兼有散在瘀点，苔薄白或薄黄；脉象沉弦、沉滞或兼数。舌边尖红为郁热在上，兼有瘀点、薄黄苔，提示瘀热之势轻浅；脉弦主肝郁，脉滞为气机郁结、经络不畅之征，脉数为热象。治以疏调气机、清透瘀热，选用四逆散合桂枝茯苓丸加减。四逆散出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》，被誉为疏肝理气之祖方。方中柴胡条达肝气、解郁调经，与白芍配伍，可养肝血、疏肝气；枳实行气破结、降泄浊气，与柴胡相合，二者一升一降，斡旋周身气机；甘草调和诸药。桂枝茯苓丸出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》，本为妇人癥瘕而设，具有活血化瘀、缓消癥块之功效，后世医家多认为凡见瘀血之象者均可酌情应用[14]。方中桂枝通利血脉，茯苓淡渗利湿，牡丹皮清解瘀热，桃仁破血逐瘀，赤芍宣散血痹。两方相合，疏调气机、清透瘀热，活血而不伤正。若胸痛兼见胃脘胀痛者，此心胃同病之候，正如《灵枢·邪气脏腑病形》所谓“胃病者，腹胀，胃脘当心而痛”，即言其痛在胃，而及于心。故加丹参活血通脉，檀香理气和胃，砂仁化湿醒脾、调畅中焦，寓丹参饮活血行气、心胃同治之意。若胃脘痞满，恶心、嗳气、纳呆者，加木蝴蝶、枳壳、佛手、香橼、连翘，调气和胃，清热和中，此为杨震教授自拟方——和胃汤[15]；若郁热较甚、口干口苦者，加黄芩清泄郁热；若心烦不寐者，加合欢皮、首乌藤以解郁安神；若大便秘结者，加郁李仁、火麻仁润肠通便；若伴见头晕头痛，或兼有肝阳上亢型高血压者，加天麻、钩藤以平肝潜阳、降压。

此型虽属轻症，但关乎病势进展。气机郁滞则相火乱、瘀热生。此时若能及时疏调气机、透解郁热，可使相火归位，瘀血不生，截断病势。诚如《素问·阴阳应象大论篇》所云：“善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”临证当诊病于微，既病防变。

3.2 痰瘀互结，心脉痹阻

本型为 SAP 的常见证型，病机核心为瘀热相火挟痰、挟瘀。若患者素体痰湿偏盛，或嗜肥甘厚味，导致痰、瘀胶结于血脉之中，如油入面，黏滞难解，壅塞心脉，不通则痛，遂成胸痹。临证以胸部闷痛、痛处固定为主，常伴明显心动悸、气促、咳吐痰涎、形体肥胖、头身困重等痰湿表现。舌质淡紫或紫暗，可见瘀斑、瘀点，苔白腻，舌下脉络迂曲；脉弦滑或弦涩。其

中，舌质紫暗为瘀血之征，苔腻为痰浊之象，滑脉主痰，涩脉主瘀，三部脉俱涩者，瘀血深重。治以化痰祛瘀、通阳宣痹，方选瓜蒌薤白半夏汤合冠心Ⅱ号加减。瓜蒌薤白半夏汤出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》："胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。"方中栝(瓜)蒌豁痰利气、宽胸散结；薤白通阳散结、行气导滞；半夏辛温、燥湿化痰；白酒(黄酒代替)可助药力。冠心Ⅱ号系郭士魁院士创立的治疗冠心病的名方，以活血化瘀、行气止痛见长[16]。方中丹参、川芎行气止痛；赤芍性微寒、味苦，红花性温、味辛，二者皆入肝经，共奏行气活血、化瘀通脉之功；降香性温、气香、味微苦，入肝脾，行气助血行。五药合用，旨在发挥理气活血、祛瘀不伤正之功效。全方以豁痰为主、化瘀为辅、通阳为佐，使痰浊化、瘀血散、胸阳展、心脉通。若伴有畏寒、肢冷者，加桂枝散寒邪、止痹痛；若痰浊偏盛、胸闷如窒者，加石菖蒲、郁金以增强化痰开窍之力；若瘀血偏重、胸痛剧烈者，加水蛭、延胡索、三七粉以强化活血化瘀之功；若气虚明显、神疲乏力者，加黄芪、党参以益气行血；若劳累过度、神疲乏力者，加仙鹤草以补虚强壮。

此型为 SAP 常见证型，多为痰瘀同病，单纯活血难祛黏滞之痰浊，单用化痰难通久滞之络。临证当以通阳为先、痰瘀同治，同时顾护脾胃，杜绝痰湿再生。中老年患者多有正气不足之候，若见神疲乏力、气短懒言者，佐以益气健脾之品，使气旺则血行、脾健则痰消，以契合中老年 SAP 患者本虚标实之发病特点。

3.3　痰火壅盛，瘀热扰心

本型多见于病程较长、恣食肥甘、酗酒无度的中老年 SAP 患者，常合并高脂血症、睡眠障碍等多种慢性基础疾病。其病机为瘀热蓄积日久，壮火内炽，痰瘀热交互为患，壅滞三焦，扰乱气血阴阳平衡，病情相对深重。《诸病源候论·痰饮诸病候》提出"热痰"之说，曰"热痰者，谓饮水浆结积所生也，言阴阳否隔，上焦生热，热气与痰水相搏，聚而不散，故令身体虚热，逆害饮食，头面嗡嗡而热，故云热痰也"，指出上焦蕴热，加之饮食不慎，可生痰热之变。《丹溪手镜·察视(二)》云"诸病寻痰火，痰火生异证"，说明痰火为患，变化多端，可变生他病。《症因脉治·胸痹》中提出"心痹之因……痰凝血滞"，此言心痹之成因，在于痰浊凝结、血液瘀滞。《医贯·吐血论》曰"痰也，血也，一物也"，阐明痰与血同出一源，在病理上可相互化生。以上论述均提示，痰热与瘀血相互依附、难以分割，痰热内蕴者必兼夹瘀血。临床上，患者多感胸部闷痛或灼痛，常伴头晕目眩、口苦、口黏、口唇紫暗、脘腹痞闷、恶心欲呕、心烦焦躁、夜寐不安、神不守舍、小便短赤，男性患者可兼见阴囊潮湿等湿热下注表现。舌质暗红或伴有瘀斑，苔黄腻，舌下脉络迂曲较为明显；脉象弦涩数或弦滑数。其中，黄腻苔为痰热内蕴之典型征象，滑脉主痰，数脉主热。治以清热化痰、活血化瘀，选用黄连温胆汤合冠心Ⅱ号加减。黄连温胆汤源自《六因条辨·中暑条辨第三》，为治疗痰热证之要方，适用于痰热内扰、气机不利所致的多种病证。两方合用：黄连苦寒直折，功专清泻心胃郁火，为治火核心，丹参微寒清热、通利血脉、化瘀宽胸，二者气血两清，共泻相火。竹茹清热化痰除烦；枳实破气行痰消痞，为调畅气机以散郁火之关键；赤芍凉血散瘀；红花通经活血、破瘀生新；半夏燥湿化痰，陈皮理气化痰，茯苓健脾渗湿，三药相合，以杜生痰之源，痰消则火无所附；川芎为血中气药，上行头目，下行血海，行气开郁，活血止痛；降香理气定痛；甘草调和诸药，益气和中，顾护后天之本。此合方使火清、气顺、痰消、瘀化，则心脉自通，胸痹得愈。若痰热壅盛、咯痰黄稠者，加瓜蒌、桔梗以增清热化痰之力；若兼有阴伤，口干、舌干苔燥裂者，减半夏、陈皮，加麦冬、沙参以养阴清热；若湿热下注、阴囊潮湿者，加车前子、泽泻清利湿热；若合并脂肪肝、高脂血症者，加荷叶、山楂、虎杖、决明子清利热湿，化浊降脂。

立足"瘀热相火"学术思想，任晓芳教授认为此型为 SAP 进展之关键阶段，核心在于痰瘀热胶结化毒、内扰心神、壅塞脉络，不仅引发胸痛，更易扰乱睡眠、脾胃运化等全身功能。治以清火为要，火降则痰浊自敛、瘀血易散。黄连温胆汤直清三焦痰火，配伍冠心Ⅱ号清血分瘀热，气血双清、痰火并治。辅以通腑、渗湿给邪出路，兼顾安神和胃，截断痰瘀热互生之恶性循环，适用于 SAP 合并代谢综合征、睡眠障碍之复杂患者。

3.4　六郁相因，相火逆乱

本型是 SAP 中病机最为复杂的一型，多兼夹六郁，六郁相因互化，病机缠绵，常见于病程迁延、久治不愈且合并多种基础疾病的难治性 SAP 患者。《丹溪心法·六郁》云："气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁。"又谓："郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化，此为传化失常，六郁之病见矣。"此以气、血、痰、火、湿、食六郁阐释，郁病由气机怫郁到传化失常之病机。于志强教授提出"郁滞论"，认为

“诸般郁滞,以气郁为先,而后有水液之郁,久之则生血络之郁,郁滞由无形而生有形;而诸般有形之郁滞,又阻滞气机运行,加重气机凝滞,则气郁更甚”[17]。该理论涉及气郁、水液之郁、血络之郁及其他有形郁滞,与本证病机高度契合。临床表现为胸痛反复发作,刺痛、闷痛、灼痛皆可出现,性质多样。兼气郁、火郁则情志抑郁或急躁易怒;兼湿郁、食郁则脘腹胀满、纳呆食积;兼痰郁则咯痰量多、咽喉不利;兼血郁则唇甲青紫、心悸气短。舌质暗红或紫暗,苔白厚腻或黄腻,舌下脉络增粗、迂曲;脉象沉弦滞涩或沉弦。舌暗红或紫暗,舌下脉络增粗、迂曲,为瘀血深伏络脉之明证。其中,苔白厚腻为湿郁、痰郁内蕴之象;苔黄腻则提示湿郁、痰郁日久化热,火郁已生。脉沉弦提示气郁于里,病位较深;脉滞涩并见则提示气郁与血瘀并存。故六郁相因为患。治以解郁散结、调和气血,方选越鞠丸合冠心Ⅱ号加减。越鞠丸出自《丹溪心法·六郁》,为治六郁之代表方。方中香附擅行气开郁,以解气郁;川芎活血行气,为血中气药,以解血郁;苍术健脾化湿,以解湿郁;栀子清热泻火,以解火郁;神曲消食和胃,以解食郁。五郁得解,有助于杜绝痰浊再生之源,从而缓解痰郁。合冠心Ⅱ号活血通脉,六郁俱解,气血调和,心脉畅达。若气郁偏重者,加柴胡、青皮以增疏肝理气之力;若血郁甚兼刺痛、瘀斑明显者,加桃仁、莪术破血逐瘀;若痰郁偏重、咽中异物感者,加半夏、厚朴、紫苏叶行气化痰;若火郁内盛、心烦口苦者,加黄连、黄芩清热泻火;若湿郁偏重、脘痞便溏者,加茯苓、薏苡仁健脾渗湿;若食郁停滞、嗳腐纳呆者,加鸡内金、山楂消食导滞;若郁热扰神、不寐者,加柏子仁温润安神;若合并消渴者,加玉竹、苦参、天花粉养阴生津。

“相火妄动”常与情志失调并见,而情绪应激是SAP的重要诱因,与自主神经功能紊乱密切相关。此型与情志郁滞互为因果,常规活血化痰治法收效甚微。以越鞠丸为核心,从根源梳理全身气机、化解六郁,配伍冠心Ⅱ号化瘀通脉,整体与局部共治,气血与情志同调,适用于病程迁延、久治不愈且合并多种基础疾病的难治性SAP患者。

4 验案举隅

王某,女,61岁。初诊:2024年3月8日。主诉:反复胸闷痛7年,加重2月。患者既往冠心病病史7年,经皮冠状动脉介入治疗术后6年,长期规律服用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片等基础药物。近2个月心前区闷痛发作频次增多,每周发作3~4次,自行服用复方丹参滴丸仅能轻度缓解不适。刻下症见:阵发性心前区闷痛,伴心慌气短,劳累后症状加剧,咳吐白色黏痰,口苦口黏,情绪烦躁,睡眠质量差,脘腹胀满、食欲减退,小便色黄,大便偏干、黏滞。舌暗红、苔黄厚腻,舌下脉络瘀滞较重,脉弦滞涩数。西医诊断:SAP;经皮冠状动脉介入治疗术后。中医诊断:胸痹(痰火壅盛、瘀热扰心证)。治宜清热化痰、活血化瘀。处方以黄连温胆汤合冠心Ⅱ号加减化裁。方药:黄连6 g,陈皮10 g,法半夏12 g,茯苓15 g,麸炒枳壳10 g,竹茹12 g,炙甘草6 g,丹参15 g,川芎10 g,红花6 g,降香12 g,赤芍15 g,瓜蒌30 g,薤白15 g,桔梗12 g,厚朴12 g,郁李仁12 g,醋莪术20 g,远志12 g。14剂,每日1剂,水煎分2次服。

二诊:2024年3月22日。患者服药后心前区闷痛明显减轻,心慌气短减轻、劳累后偶发,咳白黏痰减少,口苦口黏好转,脘腹胀满减轻,纳可,情绪渐舒,仍睡眠质量差,多梦,小便调,大便干改善、黏滞减轻。舌暗红、苔黄厚腻较前转薄,舌下脉络瘀滞减轻,脉弦涩稍数。在初诊方基础上加酒黄芩12 g、合欢皮15 g、首乌藤30 g。继服14剂。煎服法同前。

三诊:2024年4月5日。患者心前区闷痛未发作,心慌气短明显缓解,痰量减少,无口苦口黏、脘腹胀满,情绪平稳,纳眠可,二便调。舌淡红、苔薄黄微腻,脉象柔和弦缓。在二诊方基础上去醋莪术,继服14剂巩固疗效。煎服法同前。

随访3个月,患者心前区闷痛、心慌气短未再发作,情绪舒畅,纳眠可,二便调。嘱其调畅情志、清淡饮食、劳逸适度,不适随诊。

按:本案患者罹患胸痹7年,行经皮冠状动脉介入治疗术后6年,久病入络,正气渐耗,痰瘀胶结益深。近2个月心前区闷痛频作。初诊时,纵观四诊,心前区闷痛、咳黏痰、口苦口黏、脘腹胀满、舌暗红、苔黄厚腻、舌下脉络瘀滞、脉弦滞涩数,乃伏火内炽、痰浊盘踞之象。究其病机演变,盖因久病气郁,相火失其守位,痰因火动,瘀从火生,痰、火、瘀三者交结,盘踞心胸之络脉,胶着难解,阻塞脉道,不通则痛,故心前区闷痛频作。痰火扰心,致使心神不宁、神不守舍,故见心慌、烦躁、眠差;痰热犯胃,中焦枢机不利,故脘腹胀满、食欲减退;口苦口黏、溲黄便滞,皆为痰火湿热下注之征;舌脉瘀涩之态,直接印证体内瘀热伏留、血行不畅的病理本质。故本案西医诊断为SAP、经皮冠状动脉介入治疗术后;中医诊断为胸痹,辨证属痰火壅盛、瘀热扰心证。治疗以清化痰热、活血化瘀为核心治法。方选黄连温胆汤合冠心Ⅱ号加减,

方中黄连清泻心胃郁火，为治火之核心；竹茹清热化痰除烦；麸炒枳壳破气行痰消痞；法半夏燥湿化痰；陈皮理气化痰；茯苓健脾渗湿以杜生痰之源；炙甘草调和诸药，益气和中，顾护后天之本；丹参通利血脉、化瘀宽胸；赤芍凉血散瘀；川芎行气开郁、活血止痛；红花通经活血、破瘀生新；降香理气定痛；瓜蒌豁痰利气、宽胸散结，薤白通阳散结，取瓜蒌薤白白酒汤之意，以通阳散结、豁痰宽胸；桔梗宣肺利气、载药上行，厚朴行气燥湿、下气除满，二者一升一降，调畅胸中气机；郁李仁润肠通便，导痰热下行，给邪以出路；醋莪术破血逐瘀、消积止痛，助冠心Ⅱ号搜剔络中瘀滞；远志化痰安神，兼通心窍，兼顾痰火扰心之失眠。全方熔清热、化痰、活血、通络、理气于一体，火清则痰无所生，痰消则火无所附，瘀化则脉道自通，气顺则诸郁皆解。二诊时，患者心前区闷痛明显减轻，心慌气短减轻、劳累后偶发，咳白黏痰减少，口苦口黏好转，脘腹胀满减轻。然仍睡眠质量差、多梦，舌苔较前转薄，脉象由弦滑涩数转为弦涩稍数，提示瘀热未净，故在初诊方基础上加酒黄芩以助黄连清热泻火，合欢皮、首乌藤以解郁安神、引阳入阴。三诊时，患者诸症悉平，舌转淡红，脉见和缓，示痰热已清、瘀血渐化，故在二诊方基础上去醋莪术，继服 14 剂巩固疗效，以善其后。随访 3 个月，患者心前区闷痛、心慌气短未再发作，情绪舒畅，纳眠可，二便调，远期疗效稳定。纵观本案，辨证精准，立法、遣方、用药层次清晰，理法方药一以贯之。从“瘀热相火”立论，紧扣痰、火、瘀三者胶结之核心病机，以黄连温胆汤合冠心Ⅱ号为主方。方义既承《丹溪心法·咳嗽十六》“痰因火动……先治火，次治痰”及《金匮钩玄·火》“凡气有余便是火”之遗训，又合《临证指南医案·痹》“病在络者，以通为用”之治法，使火清、痰化、瘀消、络通，则胸痹可期向愈。

5 结语

本文基于国医大师杨震“瘀热相火”学术思想，结合任晓芳教授多年临证体悟，依据病机深浅与证候演变，将 SAP 分为 4 类核心证型：郁热瘀阻、相火失位，痰瘀互结、心脉痹阻，痰火壅盛、瘀热扰心，六郁相因、相火逆乱。治疗上，或疏调气机、清透瘀热，或化痰祛瘀、通阳宣痹，或清热化痰、活血化瘀，或解郁散结、调和气血，并灵活化裁四逆散、桂枝茯苓丸、瓜蒌薤白半夏汤、黄连温胆汤、越鞠丸及冠心Ⅱ号等方，共奏气血同调、痰瘀并治、郁火共清之效。任晓芳教授紧扣 SAP 病机本质，将“瘀热相火”与痰瘀热互结、心脉痹阻相衔接，创新性地凝练出 SAP诊疗新思路，构建了独具特色的 SAP 动态辨治体系，为其中医临床辨治与机制研究提供了新的理论视角与临床路径，亦可为名医经验传承与后续深入探索提供有益借鉴。

参考文献

[1] 孙文, 何德英, 米虹. 芪冬颐心口服液治疗气阴两虚型稳定性冠心病临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(15): 106-109.

[2] Montone R A, Rinaldi R, Niccoli G, et al. Optimizing management of stable angina a patient: centered approach integrating revascularization, medical therapy, and lifestyle interventions[J]. JACC, 2024, 84(8): 744-760.

[3] Manolis A J, Collins P, López-Sendón J. Diagnosing and treating stable angina: a contemporary approach for practicing physicians[J]. Future Cardiology, 2025, 21(5): 291-303.

[4] 王显. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1167-1170.

[5] 孙宇姣, 田文, 张海山, 等. 药物洗脱支架与冠脉搭桥术对老年三支冠脉病变的疗效及费用分析[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2010, 18(6): 331-336.

[6] 孙俊波, 郑毅敏, 张帅, 等. 益气宽胸止痛汤联合西药治疗冠心病稳定型心绞痛临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(1): 83-85.

[7] 王昀, 桂越蓉, 刘鹏, 等. 从“少阳为枢”学说探析柴胡加龙骨牡蛎汤治疗稳定型心绞痛合并失眠的论治思路[J]. 基层中医药, 2024, 3(8): 10-14.

[8] 顾鹏, 马小东, 陈玉, 等. 王道成基于“瘀热同调”论治稳定型心绞痛合并焦虑状态[J]. 中医药临床杂志, 2026, 38(7): 1409-1413.

[9] 陆哲雯, 蒋啸, 刘莉, 等. 李鑫辉从营血分论治胸痹心痛经验[J]. 吉林中医药, 2025, 45(9): 1034-1038.

[10] 陈可冀, 史大卓, 徐浩, 等. 冠心病稳定期因毒致病的辨证诊断量化标准[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(3): 313-314.

[11] 谢华宁, 高小龙, 范虹, 等. 国医大师雷忠义从痰瘀毒论治胸痹心痛经验[J]. 现代中医药, 2022, 42(4): 114-118.

[12] 杨震, 郝建梅, 王少波. 杨震教授“相火气机学说”研习录[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(3): 193-195.

[13] 江勉君, 史忠亮, 古惠文, 等. 基于痰瘀理论探讨动脉粥样硬化的发病机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(11): 2098-2100.

[14] 何庆勇.《金匮要略》“血不利则为水”理论与顽固性心力衰竭的治疗[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 120-122.

[15] 杨震, 郝建梅, 王少波, 等. 杨震相火气机学说研习实践录: 方药新知集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 311.

[16] 秦建国, 翁维良, 郭维琴. 郭士魁学术思想探析[J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1273-1275.

[17] 刘岩, 于志强, 刘长玉. 于志强“郁滞论”思想探源及解析[J]. 河南中医, 2017, 37(9): 1522-1525.

（本文编辑　陈　晨）