

# 基于“益气活血，安神和脉”探析 PCI 术后心绞痛的病机与辨证

马伊阳<sup>1</sup>，韩轶<sup>2\*</sup>

(1.新疆医科大学第四临床医学院，新疆 乌鲁木齐 830000；2.新疆维吾尔自治区中医医院心内一科，新疆 乌鲁木齐 830000)

**【作者简介】**第一作者：马伊阳（2000-），女(回族)，新疆维吾尔自治区，硕士在读，主要研究方向为中医内科学心血管方向，专业特长：中医内科学，电话：**18893159193**，邮箱：**571407620@qq.com**；通讯作者：韩轶\*（1973-），男（汉族），硕士学位，研究生导师，主任医师，主要研究方向为中医内科学心血管方向，电话：**13039493115**，邮箱：**1323066253@qq.com**

**【基金项目】**“天山英才”培养计划医药卫生高层次人才培养项目（TSYC202401A077）——运用益气活血法干预治疗冠心病 PCI 术后支架内再狭窄及微血管康复的临床及基础研究

**【摘要】**冠心病是指冠状动脉管腔狭窄、痉挛或阻塞，导致心肌缺血、缺氧或坏死，引起的常见心血管疾病，具有起病急、发病重、复发率及致残病死率高，并发症多等特点，患病人数逐年攀升。其中，经皮冠状动脉介入术（Percutaneous Coronary Intervention, PCI）凭借其微创、高效的血管再通能力，已成为当前血运重建的首选方法，然术后心绞痛复发仍是制约患者远期预后及生活质量的临床瓶颈。其原因可能与冠脉微循环功能障碍、心肌缺血再灌注损伤及支架植入后持续的炎症级联反应相关。中医学认为，PCI 术后心绞痛系在“阳微阴弦”本虚标实基本病机上叠加金刃损伤络脉、耗气伤血之变，形成“气虚阳微为本，络损瘀结为标，脉痹神伤为变”的复合病机。本文承国医大师沈宝藩“痰瘀同源、痰瘀同病、痰瘀同治”学术真传，深入剖析痰瘀互结与术后气虚络阻的交互致病机制，系统阐述韩轶教授所倡“益气活血，安神和脉”治则的理论内涵。在此基础上，阐释经验方“芪红和脉方”的组方配伍规律及其现代药理基础，冀为构建 PCI 术后心绞痛病证结合的中医药精准干预方案提供理论依据与临证思路。

**【关键词】**冠心病；介入术后心绞痛；益气活血；安神和脉；芪红和脉方

中图分类号：R259

痰浊与瘀血，乃脏腑失和、气血乖乱所生之病理产物，其生成虽殊途，其本源实同归。国医大师沈宝藩教授承前贤之旨，参临证之验，首倡“痰瘀同源、痰瘀同病、痰瘀同治”之学术思想，构建“痰瘀一体”理论体系。夫痰之与瘀，同源二歧：津液不行则为痰，血脉不利则为瘀；气滞可生痰，亦能致瘀；气虚则津凝为痰，血涩成瘀。二者皆肇始于气机壅滞、脏腑虚损，尤以心、脾、肝、肾为枢。沈师尝言：“痰瘀本同根，犹江河之与溪流，源出昆仑，分流异态，终汇于海。”此即“痰瘀同源”之谓也。临证之际，痰瘀多相兼为患，鲜有独见者。痰性黏腻，阻遏气机，气滞则血行愈缓，瘀血内生；瘀血留滞，壅塞脉道，津液输布失常，痰浊乃聚。二者互为因果，交相济恶，遂成“痰瘀同病”之格局。沈师指出：“胸痹、中风、眩晕诸疾，发则痰瘀胶结，如油入面，难分难解。”

通讯作者：韩轶，邮箱：[1323066253@qq.com](mailto:1323066253@qq.com)

基金项目：“天山英才”培养计划医药卫生高层次人才培养项目（TSYC202401A077）——运用益气活血法干预治疗冠心病 PCI 术后支架内再狭窄及微血管康复的临床及基础研究

心脉痹阻，非痰即瘀，然久病者痰瘀互结，结于脉中则成斑块，结于络道则生梗塞。痰瘀同病，其病位深，其病势缠，非单攻痰或独化瘀所能竟功。基于“痰瘀同源”“痰瘀同病”之理，沈师力主“痰瘀同治”。治痰不离行气，治瘀当以活血，而气为痰瘀之枢机，故法当调气为先。然痰瘀互结，每兼正气虚损，尤以气虚、阳虚为多见——气不化津则痰生，气不帅血则瘀成。故沈师提出“痰瘀同治，兼顾本虚”，临证常以益气化痰、活血通络为纲，佐以温阳、理气、祛湿等法，务使痰化而不复，瘀去而不留。其用药特色，如以瓜蒌、薤白、半夏合丹参、川芎，或借虫类搜剔痰瘀胶结之邪，皆体现“痰瘀同治”之妙。沈师有云：“治痰勿忘通脉，化瘀须佐蠲饮，痰消瘀化，气机自畅，诸症可平。”此即其学术思想之核心要义，为心脑血管疾病及疑难杂症之诊治开辟了坦途。

### 1. 冠心病介入术后心绞痛的中医学病机探析

冠心病属中医“胸痹”“心痛”范畴，《素问·藏气法时论》载：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛<sup>[1]</sup>”《灵枢·厥病》言“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死<sup>[2]</sup>”《素问·藏气法时论》<sup>[3]</sup>云：“夕发旦死”。张仲景在《金匮要略》中提出“阳微阴弦”为其经典病机，即胸中阳气亏虚为本，寒、痰、瘀等阴邪痹阻心脉为标<sup>[3]</sup>。此病机亦为冠心病 PCI 术后心绞痛的核心病机基础。

PCI 术通过机械扩张冠脉、置入支架实现局部血运重建，仅能暂时缓解心脉痹阻之标证，却无法从根本上纠正胸阳不振、气血亏虚之本虚；且手术机械性操作易致冠脉络脉受损，气血运行失畅，进一步耗伤正气、加重气虚。正如王清任所言“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，气虚则血行推动无力，血行滞涩而成瘀，终致瘀血痹阻心脉<sup>[4]</sup>。同时，术后患者因病情反复、对预后担忧，多伴肝气不舒、心神失养，进一步引发气机郁滞、脉道不和，最终形成“本虚标实、虚实夹杂，心脉痹阻、心神不宁”的复合病机<sup>[6][7]</sup>。

结合临床实践，PCI 术后心绞痛病机可归纳为三方面：其一，气虚阳微，血行无力<sup>[8]</sup>。心阳根于肾阳，脾胃化生精微充养心阳，术后患者正气耗伤，气虚则推动无力，阳虚则脉道收引挛急，二者均致心脉瘀阻，发为胸痛；其二，络脉受损，痰瘀互结<sup>[9]</sup>。手术损伤冠脉络脉，气滞血瘀日久，津液输布失常聚而为痰，痰瘀交阻心脉，加重脉道不通；其三，心神不宁，脉气失和<sup>[10]</sup>。《灵枢·本神》云“心藏脉，脉舍神”，心主血脉与心藏神相辅相成，血脉痹阻则心神失养，心神不宁又致气机紊乱，进一步影响血行，形成“脉痹神伤、神伤脉痹”的恶性循环。病位以心为主，涉及脾、肾、肝三脏。

### 2 基于“益气活血，安神和脉”法辨证治疗 PCI 术后心绞痛

韩轶教授从事中医心血管临床、教学及科研工作三十余年，长期专注冠心病、PCI 术后并发症的中医药防治，在学界公认的气虚、血瘀、痰浊核心证型基础上，结合 PCI 手术“金刃伤络、耗气伤血、情志失调”的术后特有病理状态，形成了区别于单纯冠心病的个体化诊疗体系，明确 PCI 术后心绞痛并非单纯“阳微阴弦”，而是叠加“络脉破损、心神失养”的复合病机，将本病定位为气虚为本、络瘀痰阻为标、脉痹神伤为兼变，区别于普通胸痹单纯侧重痰瘀、阳虚的辨证思路。普通冠心病多以痰浊、寒凝为主要标邪，而 PCI 术后患者因手术创伤，络脉瘀损贯穿全程，同时术后焦虑、失眠发生率显著升高，心神不宁成为独立致病因素，故不可单一益气活血，必须兼顾安神和脉。突破传统“益气活血、化痰通阳”单一治法，首创益气活血，安神和脉核心治则，确立“标本同治、气血同调、脉神并治、多脏兼顾”的整体思路。强调“气、血、脉、神”四位一体调理：益

气以固根本，活血以通络瘀，安神以调气机，和脉以修复受损脉络，打破“脉痹→神伤→脉更痹”的恶性循环，这是针对 PCI 术后心绞痛最核心的治则创新。

### 2.1 益气活血以固本治标

“气为血之帅”，气虚则血行无力，阳虚则脉道凝涩。益气温阳是纠正本虚之关键，重在补心气、健脾气，振胸阳、通心脉，契合《素问·调经论》“血气者，喜温而恶寒”之旨。从现代医学看，PCI 术后心绞痛与冠脉微循环障碍、心肌缺血再灌注损伤密切相关，表现为微血管舒张功能下降、心肌灌注不足，与中医“气虚血行无力、阳虚脉道凝涩”高度契合。益气活血法可改善心肌能量代谢、扩张冠脉微血管、提高心肌灌注，对应治疗术后微循环障碍所致心绞痛<sup>[11]</sup>。

### 2.2 安神和脉以调枢

心主血脉与心藏神的生理功能相互依存、相互影响，《素问·八正神明论》云“血气者，人之神，不可不谨养”。血脉痹阻是心神失养的病理基础，心神不宁是气机紊乱、脉气失和的重要诱因。安神定志可使心神归位，气机条达则血行有序；和脉可舒缓术后挛急之脉道，使脉气调和则心神得养。二者相合，打破“脉痹神伤、神伤脉痹”的恶性循环<sup>[12]</sup>。从现代医学分析，PCI 术后炎症反应可诱发焦虑抑郁，而焦虑抑郁又加重炎症反应，二者互为因果<sup>[13]</sup>。

### 2.3 标本同治，脏腑同调

本治则以益气温阳固本、活血通络治标、安神和脉调枢为核心，三者相互配合、协同增效：既纠正胸阳不振、气血亏虚的根本病机，又消除痰瘀痹阻的标实之象，同时兼顾心神不宁之兼证；病位上兼顾心、脾、肾三脏，益气健脾以充气血生化之源，温阳补肾以振胸阳之本，安神定志以养心之体，实现“气血同调、脉神并治、虚实兼顾”的治疗目标。

### 3. 芪红和脉方的组方思路与方药解析

芪红和脉方本方区别于常规活血、安神方剂：一是选药平和，活血不用三棱、莪术等破瘀之品，补气不用大剂峻补之药，适配术后体虚人群；二是组方融合补气、活血、温阳、安神、行气多效于一体，一方兼顾多证，契合本病虚实夹杂、脉神同病的特点；三是传承痰瘀同治思想，佐以行气、化痰之效，阻断痰瘀互生的病理链条。该方传承国医大师沈宝藩“痰瘀同源、痰瘀同病、痰瘀同治”学术思想<sup>[13]</sup>，与芪红胶囊一脉相承，前期研究证实芪红胶囊可通过调控炎症通路、改善血管内皮功能、调节心肌能量代谢等发挥心血管保护作用，为芪红和脉方的临床应用提供了可靠支撑<sup>[14][15][16]</sup>。芪红和脉方由黄芪、红景天、丹参、桂枝、炒酸枣仁、鸡血藤、川芎、炙甘草八味药配伍而成。方中黄芪为君药，善补心气、健脾气，大补心气以助血行，健脾以充养心阳，契合 PCI 术后脾胃气虚、心气不足之病机<sup>[17]</sup>；红景天、丹参共为臣药，红景天益气活血、通脉止痛，益气而不壅滞，活血而不伤正，兼具益气养阴之效，可助黄芪补气行血、活血通脉，丹参活血祛瘀、通经止痛、清心除烦，能活血通脉、清泄瘀久化热之虚热，二者一益气活血护阴，相辅相成<sup>[18]</sup>；桂枝、炒酸枣仁、远志、川芎为佐药，桂枝温通心阳、通脉止痛，振胸阳以解寒凝、通脉道以畅血行，与丹参相伍温凉相配，共调气血运行，炒酸枣仁养心补肝、宁心安神，可缓解术后眠差多梦，其酸甘化阴之效能防温阳活血之品耗伤阴液<sup>[19]</sup>；远志安神益智、祛痰开窍，既可助炒酸枣仁宁心定志，又能化痰开窍以补全方化痰之效<sup>[20]</sup>；川芎为“血中气药”，活血行气、祛风止痛，入血分活血祛瘀、入气分疏畅气机，行气而不燥烈，活血而不峻猛，适配术后体虚不耐猛攻之特点<sup>[21]</sup>；炙甘草为使药益气补中、调和诸药、缓急止

痛，助黄芪补中益气，调和诸药之性，使温阳不燥、活血不峻、安神不壅。全方配伍严谨，主次分明，温凉相宜，攻补兼施，共奏益气温阳、活血通络、安神和脉之效，临证权衡加减，多获良效。

#### 4 辨证加减与临床应用

芪红和脉方为治疗 PCI 术后心绞痛的基础方，临床应用需结合具体证候辨证加减。

##### 4.1 兼痰浊壅盛者

症见胸闷如窒、胸痛痞满、痰多黏腻、苔白腻、脉滑。加瓜蒌 15~30g、薤白 9~12g、法半夏 9~12g，取瓜蒌薤白半夏汤之意，化痰散结、宣痹通阳。该方出自《金匱要略》，原方半夏剂量宏大，现代文献考证其折算剂量远高于 12 g<sup>[22]</sup>。现代临床也证实，法半夏 10~12g 多用于痰湿、痰瘀类慢病，萧诗敏等<sup>[23]</sup>统计 106 张含超剂量法半夏的临床处方后发现，10~12g 是此类病症中法半夏最常用的超剂量区间，临床应用过程中并未观察到明显毒副作用。针对本病痰瘀胶结、胸阳痹阻之病机，适度加量可增强燥湿化痰、通阳散结之效。

##### 4.2 兼阳虚水停者

症见心悸怔忡、胸痛伴肢体水肿、形寒肢冷、舌淡胖边有齿痕、脉沉细。加白术 12~15g、茯苓 15~20g、附子 6~9g（先煎），温阳化水、健脾利水。

##### 4.3 兼瘀热互结者

症见胸痛如刺、痛有定处、口干口苦、大便干结、舌黯红苔黄、脉弦数。去桂枝，加玄参 12~15g、金银花 15~20g、黄连 6~9g，取四妙勇安汤之意，清热凉血、活血止痛。

##### 4.4 兼肝郁气滞者

症见胸闷胸痛、痛牵两胁、善太息、情志不舒、脉弦。加柴胡 9~12g、枳实 9~12g、白芍 12~15g，取四逆散之意，疏肝理气、行气活血。

##### 4.5 兼阴虚血少者

症见胸痛隐隐、心悸失眠、头晕眼花、口干咽燥、舌红少苔、脉细弱。加当归 12~15g、麦冬 12~15g、生地 12~15g，滋阴补血、养心安神。

##### 4.6 兼脉结代者

症见心悸怔忡、胸闷气短、脉结代。加人参 6~9g、麦冬 12~15g、五味子 6~9g，取生脉散之意，益气养阴、复脉定悸。

#### 5 临床疗效统计分析

本研究收集 2023 年 1 月—2025 年 9 月于新疆维吾尔自治区中医医院心内一科就诊，符合冠心病 PCI 术后心绞痛诊断标准、中医辨证以气虚血瘀兼心神失养为主证的患者共 126 例，均采用韩轶教授“益气活血，安神和脉”法，予芪红和脉方为基础辨证加减治疗，连续服药 28 天为 1 个疗程，治疗期间常规沿用西医基础药物，不额外加用其他中成药及止痛安神类中药。126 例患者经 1 个疗程治疗后：临床痊愈 28 例，显效 56 例，有效 34 例，无效 8 例。总有效例数 118 例，总有效率 93.65%，无效率 6.35%。患者睡眠障碍、神疲乏力、心悸气短、畏寒肢冷等伴随症状改善率达 91.27%；治疗后患者心绞痛单次持续时间、每周发作频次均较治疗前显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 6 典型病案

王某，男，65岁，2025年10月10日初诊。冠心病史5年，2025年3月因急性冠脉综合征行PCI术，置入支架2枚，术后规律服用双抗等西药。近3月来每因劳累、活动后反复出现胸闷胸痛，呈隐痛，休息可缓解。

刻下：劳累后胸闷胸痛，心悸气短，神疲乏力，眠差多梦，入睡困难，偶有头晕，形寒肢冷，舌黯红、苔薄白，脉沉细涩。西医诊断：冠心病，支架术后状态；中医诊断：胸痹，辨证为气虚血瘀证。

治则：益气活血，温通心阳，安神和脉。

处方：黄芪30g，红景天12g，丹参15g，桂枝9g，炒酸枣仁15g，鸡血藤15g，川芎10g，当归12g，茯苓15g，炙甘草6g。14剂，水煎服。

二诊（2025年10月29日）：胸闷胸痛发作频次减少，心悸气短缓解，夜眠好转，仍畏寒肢冷。守原方桂枝加至12g，加巴戟天15g，继服14剂。

三诊（2025年11月14日）：胸闷胸痛未再发作，心悸气短、畏寒肢冷消失，睡眠正常，精神状态转佳。予芪红和脉基础方续服14剂，巩固疗效。随访3个月，未再发作心绞痛，心电图示心肌缺血较前明显改善。

按语：患者PCI术后正气耗伤，心气亏虚、胸阳不振，故见心悸气短、神疲乏力、形寒肢冷；气虚推动无力，瘀血痹阻心脉，故见胸闷胸痛、舌黯红、脉沉细涩；心脉痹阻则心神失养，故见眠差多梦。辨证属气虚阳微、瘀血痹阻、心神不宁，治以益气活血、安神和脉，予芪红和脉方加减。二诊仍有阳虚之象，加重桂枝温阳，加巴戟天温补肾阳以振胸阳；三诊诸症向愈，予基础方巩固疗效。全方切中病机，故获良效。

## 7 结语

韩轶教授结合临床观察指出，PCI术后患者因金石损伤脉络，导致正气更虚。“气为血之帅”，气虚则推动无力，血行迟滞而瘀阻心络，形成“本虚标实、虚实夹杂，心脉痹阻、心神不宁”的复合病机<sup>[24]</sup>。韩轶教授的独特经验总结为三点：第一，重新定义PCI术后心绞痛的核心矛盾，明确“金刃伤络、心神受扰”是区别于普通冠心病的关键病理特点，将安神和脉列为核心治法；第二，创立“益气活血，安神和脉”复合治则，实现气血、脉络、心神三位一体论治，弥补单一活血、补气治法的不足；第三，创制平和缓治的经验方芪红和脉方，并建立完整的分型加减体系，经临床126例患者疗效统计，总有效率达93.65%，临床实用性强。芪红和脉方作为该治则的代表方，配伍严谨，药性平和，临床随证加减，疗效确切，以期缓解患者症状，改善生活质量，为防治PCI术后心绞痛提供了新的中西医结合诊疗路径。

## 参考文献

- [1] 田代华.黄帝内经素问[M].人民卫生出版社:2017.
- [2] [田代华,刘更生.灵枢经[M].人民卫生出版社:2017.
- [3] 王清任.医林改错[M].北京:人民卫生出版社,2005:45.
- [4] 俞婷婷,钱涛铭,邹国良,等.国医大师卢芳论治冠心病的临床经验[J].中国中医急症,2024,33(09):1654-1656+1660.
- [5] 曾艳.冠心病患者经皮冠状动脉介入术后中医证型演变规律研究[D].江西中医药大学,2023.
- [6] 王路瑶,杜廷海.杜廷海教授从心、肺、肝论治冠心病介入术后合并焦虑、抑郁状态的经验探析[J].中医临床研究,2021,13(17):46-48.

- [7] 赵航,杨建飞.基于“阳虚阴结”论治经皮冠脉介入术后心绞痛临证经验[J].中国医药导报,2025,22(12):150-153.
- [8] 李梦然,蔡泳源,闫中敏,等.从气血脉络论治经皮冠状动脉介入治疗术后再发心绞痛[J].中医杂志,2024,65(12):1245-1248.
- [9] 宁博,谭曦舒,贺宏伟,等.基于“畅络调神”思想辨治经皮冠状动脉介入治疗术后焦虑抑郁[J].中国中医药信息杂志,2023,30(09):34-39.
- [10] 黄小楼,平兰芝,谭晓波,等.益气活血药方对心肌缺血再灌注损伤模型大鼠氧化应激及线粒体能量代谢的影响[J].河北中医,2023,45(04):597-602.
- [11] 刘佳佳,王刚,刘超,等.基于“脑心同治”论治冠心病 PCI 术后再发胸痛[J].中医研究,2024,37(07):1-5.
- [12] 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(02):28-31.
- [13] 王骁腾,刘芳,刘晶晶,等.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(02):188-191+233.
- [14] 翟雪芹.基于痰瘀相关理论探究芪红胶囊调控慢性心力衰竭心肌能量代谢的临床与基础研究[D].新疆医科大学,2024.
- [15] 翟雪芹,高玉,王晓峰.芪红胶囊对慢性心力衰竭大鼠胸主动脉基因表达的调控机制[J].中医药导报,2026,32(01):64-70.
- [16] 关静,黄凡克,周伊璐,等.黄芪甲苷抗心力衰竭患者缺血缺氧性心肌损伤的机制研究进展[J].实用心脑血管病杂志,2023,31(09):111-114.
- [17] 张永琪.基于数据挖掘和网络药理学探讨名老中医治疗冠心病稳定型心绞痛（气滞血瘀证）的用药规律[D].黑龙江中医药大学,2024.
- [18] 夏勤.酸枣仁汤联合正念减压训练对急性心肌梗死经皮冠状动脉治疗后患者睡眠质量、情绪状态及生活质量的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(32):84-86+71.
- [19] 贾子昊.慢性冠脉综合征合并失眠的中医证候及用药规律研究[D].北京中医药大学,2023.
- [20] 张纯,张书萌,于子璇,等.基于数据挖掘和整体观探究活血化痰法治疗经皮冠状动脉介入术后再狭窄的用药规律[J].湖南中医药大学学报,2024,44(02):295-301.
- [21] 刘峰,寇小康,郝丽娜,等.基于网络药理学和数据挖掘探讨行气活血法治疗冠心病心绞痛的作用机制[J].中西医结合心脑血管病杂志,2026,24(9):1317-1323.
- [22] 王元彪,沈劼.经典名方瓜蒌薤白半夏汤药物炮制品种及处方剂量的文献考证[J].南京中医药大学学报,2022,38(9):831-838.
- [23] 萧诗敏.中药法半夏炮制品的临床超剂量应用分析[J].内蒙古中医药,2023,42(10):117-118.
- [24] 省格丽,刘晶晶,于泽丛,等.基于复杂网络的国医大师沈宝藩治疗冠心病用药规律分析[J].湖南中医药大学学报,2021,41(7):986-991.