

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2025. 09. 007

基于病程演变建立冠心病中医证素辨证体系的思考

杨雨濛, 王达洋, 万琰玟, 王昱[✉]

北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700

[摘要] 随着冠心病诊疗理念的更新, 当前辨证体系不能概括疾病的动态演变规律、对疾病的临床预后重视不够等问题日益凸显。提出基于病程演变建立冠心病中医证素辨证体系, 将证素划分为核心证素、基础证素和演变证素。核心证素为血瘀, 是导致冠心病发病的主要因素; 基础证素为气滞、寒凝、痰浊、气虚、阴虚、阳虚, 是冠心病病程中普遍存在的兼夹证素; 演变证素为络风和蕴毒, 是冠心病由慢性向急性演变的关键致病因素。新证素辨证体系的提出旨在关注冠心病病程演变, 以着眼于对远期预后的改善。

[关键词] 冠心病; 证素辨证; 核心证素; 基础证素; 演变证素

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary artery disease, 简称冠心病) 是造成我国居民死亡和健康负担的主要疾病之一, 发病率和死亡率正在逐年攀升, 且近年来呈年轻化趋势^[1]。冠心病的主要病理机制为阻塞性或非阻塞性心外膜动脉中的粥样硬化斑块积聚^[2], 是一种兼具慢性、进行性及不稳定性特征的疾病, 即在临床上有明显静止的时期, 也有随时出现急性加重的风险^[3], 慢性冠脉综合征 (chronic coronary syndrome, CCS) 的概念便应运而生^[2], 即除急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 以外的冠心病的不同发展阶段, 包括稳定型冠心病、缺血性心肌病、隐匿型冠心病和 ACS 经治疗后疾病稳定阶段。当前冠心病诊疗的核心环节是预防或减少 CCS 向 ACS 的演变, 从而改善冠心病患者的长期预后。准确而细致的辨证是中医临床疗效的基石。随着病证结合理念逐渐深入到中西医结合临床中, 应用中医“证素”的概念来概括或解释现代医学疾病的规律已成为中西医临床学科的主要观点之一。以证素辨证为核心的辨证体系反映了辨证的关键, 且更为客观和准确^[4], 但随着对疾病认识的不断深入与更新, 传统的中医辨证体系也面临着冲击。当前冠心病中医辨证体系研究多聚焦于冠心病患者临床表现的一般特征总结, 并未注重 CCS 向 ACS 演变过程的特点。本团队基于当前冠

心病辨证论治体系, 结合近年来临床医家的学术见解及循证医学证据, 思考冠心病病程演变的核心病机, 提出 CCS 向 ACS 演变过程中的关键证素, 并构建新的冠心病证素辨证体系, 以期更好地指导冠心病的中医药临床诊疗, 改善冠心病患者的预后。

1 冠心病的证素辨证体系

1.1 现行的冠心病证素辨证体系

冠心病的证素辨证体系早在“证素辨证”概念提出之前已形成雏形。1991 年中国中西医结合学会心血管学会发布的《冠心病中医辨证标准》^[5]将冠心病分为痰浊、血瘀、气滞、寒凝、气虚、阳虚、阴虚、阳脱 8 种类型。随着临床研究方法学在中医临床研究领域的不断发展, 已有多个团队^[6-9]基于大样本横断面研究验证了上述主要证素在冠心病人群中的分布。其后陈可冀院士团队提出冠心病“瘀毒致变”学说, 即毒邪致病起病骤急、传变迅速、直中脏腑^[10-13], 为冠心病的证素辨证体系提供了重要补充。而随着急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 早期诊断技术的进步和经皮冠状动脉介入技术 (percutaneous coronary intervention, PCI) 的普及, AMI 的短期病死率在逐渐降低^[14-15], 所以主要证素中已排除阳脱证。因而目前冠心病的临床主要证素已基本达成共识, 即主要的实证证素包括气滞、寒凝、血瘀、痰浊; 主要虚证证素包括气虚、阴虚、阳虚。

基金项目: 国家自然科学基金 (82274326)

✉ 通讯作者: wx650515@163.com

1.2 当前冠心病证素辨证体系的不足

欧洲心脏病学会 (European Society of Cardiology, ESC) 慢性冠状动脉综合征诊断与管理指南强调冠心病不具备绝对的稳定性, 可维持相对稳定的症状, 也可随时因不稳定斑块而发生 ACS, 冠心病的病理生理学过程是动态变化的^[2]。冠心病的二级预防是对已确诊冠心病患者进行的防治措施, 包括非药物干预、药物治疗、控制心血管危险因素等^[16], 可以使易损斑块稳定, 降低再次心肌梗死和猝死的发生率, 提高冠心病患者的总体生存率^[17]。因此, 临床中应该更关注冠心病的“不稳定性”, 以及在各个时期的病程演变, 预防主要不良心血管事件 (major adverse cardiovascular events, MACE) 的发生。

然而, 当前冠心病的中医证素辨证体系更着重于根据患者刻下的临床表现概括疾病, 如将胸痛、痛有定处、乏力、舌淡、舌苔薄白、脉细涩的患者概括为“气虚血瘀”等, 但对冠心病病程演变这一关键环节重视不足。对于从 CCS 进展到 ACS 的演变过程中, 哪些病机发挥了作用, 目前的证素辨证体系尚无法概括。尽管“瘀毒致变”学说补充了对于冠心病病机动态演变的认识^[13], 但对冠心病各时期动态演变及“不稳定”特征的重视仍不够。因此, 亟需对冠心病证素辨证体系予以补充, 以体现中医辨证中对于冠心病病程演变环节的关注, 从而更好地指导临床诊疗, 改善患者预后。

2 基于病程演变的冠心病中医证素辨证体系

在病证结合理念指导下, 结合冠心病经典证素辨证体系、冠心病发病动态演变规律, 我们提出构建一种基于病程演变的冠心病中医证素辨证体系, 以更好地指导临床。与经典证素辨证体系最大的不同在于, 该体系将证素分为核心证素、基础证素及演变证素。核心证素为导致冠心病发病的主要因素; 基础证素概括的是冠心病普遍存在的兼杂证素, 在一定条件下与核心证素互为因果, 共同作为基本病机在冠心病病程中长期存在; 演变证素用于概括冠心病由 CCS 向 ACS 演变过程中出现的关键致病因素, 与前两者协同作用, 是 ACS 发生的关键。

2.1 核心证素

冠心病中医证素辨证体系中核心证素是血瘀。《素问·五脏生成论篇》言: “诸血者, 皆属于心。”《素问·痹论篇》云: “病久入深, 荣卫之行涩, 经络时疏, 故不通” “心痹者, 脉不通, 烦则心下鼓,

暴上气而喘, 噤干善噫, 厥气上则恐”, 提出久病经络血行不畅, 阻滞络脉, 而引起“心痹”。近年来, 中医对冠心病本虚标实的认识已基本达成共识, 血瘀证被认为贯穿标实的始终^[18], 在 CCS 向 ACS 发展的过程中亦发挥了重要作用。冠心病血瘀证主要评定指标包括胸痛位置固定、舌质色紫或暗、舌有瘀斑或瘀点、冠脉造影显示有冠状动脉血栓或心腔内附壁血栓等^[19]。我们在临床中观察到, 确诊冠心病的患者中达到上述血瘀证诊断标准的患者十分普遍。

针对血瘀证的治疗是中医治疗冠心病的关键干预环节。陈可冀院士团队经过长期研究发现, 冠心病心绞痛患者在服用活血化瘀中药治疗后临床症状可得到缓解, 且可减少硝酸酯类药物的用量, 并通过随机双盲临床试验验证了活血化瘀法治疗心血管疾病的疗效^[20]。其团队研制的愈心痛胶囊具有益气活血、通脉止痛的功效, 可以改善不稳定型心绞痛患者临床症状, 减少心绞痛发作, 缩短好转时间, 其机制可能是通过保护血管内皮、减少内皮素释放, 抑制血小板活化和血栓形成, 清除自由基、减轻脂质过氧化损伤, 改善心肌灌注、增加心肌耐缺氧能力等发挥作用^[21]。活血化瘀法也可在一定程度上预防 PCI 后再狭窄^[22-23]。此外, 运用益气活血法治疗急性心肌梗死、活血解毒法降低心血管事件等也均是围绕血瘀证这一核心证素展开^[20]。

2.2 基础证素

不同于核心证素, 基础证素在患者临床表现中常兼夹存在, 导致临床表现多样; 另外, 基础证素所反映的病机是核心证素血瘀证的病因。基础证素主要基于目前较为广泛使用的冠心病证素诊断标准提出^[5], 包含标实证素及本虚证素。标实证素包括气滞、痰浊、寒凝; 本虚证素包括气虚、阴虚、阳虚。基础证素主要概括了冠心病在具有危险因素而未发病阶段及 CCS 阶段的临床表现及病机。而在 ACS 阶段, 基础证素可以相互转化、共同致病, 也与核心证素和演变证素的产生互为因果。

2.2.1 气滞 气滞可贯穿于冠心病的整个发展过程。宋代医家杨士瀛在《仁斋直指方·血荣气卫论》中提出: “气者血之帅也, 气行则血行, 气止则血止。”《沈氏尊生书》云: “气运于血, 血随气以周流, 气凝血亦凝矣, 气凝在何处, 血亦凝在何处。”气机阻滞影响血液运行, 则发为胸痹心痛, 为冠心病的常见证型。气滞证的临床表现为胸闷、胸痛、喘憋、气短等。《杂病源流犀烛·心病源流》

言：“七情失调可致气血耗逆，心脉失畅，痹阻不通而发心痛。”气滞为先导，血瘀为结果，气滞日久，推动无力，血液停聚成瘀，则形成“心痹”的气滞血瘀证。气滞证素与情志因素关系密切。在当今工作、家庭压力不断上升的社会环境中，气滞已经成为冠心病发病较为常见的证素。

2.2.2 痰浊 痰浊是冠心病反复发作的重要因素。研究^[24]表明，动脉粥样硬化的形成是动脉壁脂质沉积，继而引起纤维增生所致，这与中医学中痰浊黏着于血脉之内，留而不去，凝聚成块的过程相似，其临床表现为胸脘痞满、舌苔厚腻、脉滑等。《灵枢·百病始生》云：“湿气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”《古今医鉴》言：“心痹痛者，必有顽痰死血。”痰浊内蕴，阻滞气机，导致血行不畅而成瘀。痰浊的本质为脂质代谢紊乱，会使血液黏稠度增高，最终导致血管内皮损伤，瘀血形成，此为由痰致瘀的主要病理过程^[25]。有研究对 209 例冠心病患者进行辨证分析后发现，痰瘀互结型占比 57.4%^[26]。

2.2.3 寒凝 不同于血瘀、痰浊等证素，寒凝致病多由外寒直中，如《素问·调经论篇》言：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留，则血凝泣，凝则脉不通”，《诸病源候论·心痛病诸候》云：“心痛者，风冷邪气乘于心也”，《医林改错》云：“血受寒，则凝结成块”。寒邪侵袭人体或阳虚内寒，导致血液凝滞、运行不畅则会形成寒凝血瘀证，属于因寒致瘀的范畴。寒凝证临床表现为胸痛甚、遇寒即发，舌淡，脉沉弦或迟。

2.2.4 气虚 《血证论》云：“运血者，即是气。”《素问·五脏生成篇》：“气行乃血流。”心主血脉，心气推动全身血液的运行，心脏正常的生理功能有赖于充沛的心气。若心气亏虚，无力推动血行，则致瘀血，如《医林改错》所云：“元气即虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，故气虚是冠心病的关键病理因素，与核心证素血瘀的生成密切相关。气虚证临床常见心悸气短、胸闷、自汗、乏力、舌淡苔白、脉沉细弱等。

2.2.5 阴虚 心主血脉，心血属于心阴，其功能依赖于心阴的滋养。而“心本乎肾”（《景岳全书》），心肾相交，精血同源，水火既济，心阴又有赖于肾水的滋养，肾阴不足，心失所养，不荣则痛；或心阴虚火旺，燔灼津液生痰，阻滞气机，血行不畅，瘀积于胸，发为胸痹。阴虚证素在临床中常与其他兼证共同出现，如心阳虚日久或过用辛燥

伤阴，痰瘀互结日久亦可加重阴伤。阴虚证素的临床常见心痛憋闷，虚烦不寐，口干，舌红少苔或无苔，脉细数。

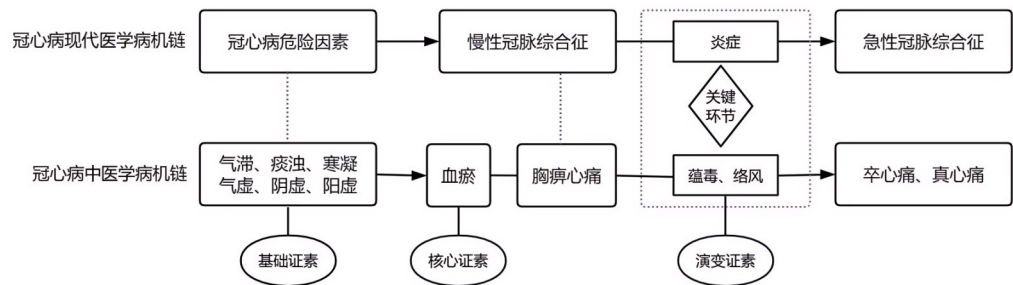
2.2.6 阳虚 《灵枢·阴阳系日月》云：“心为阳中之太阳。”全身的功能活动有赖于心阳的推动和温煦，血液的运行以心阳为动力，心阳不足，温煦推动功能失职，气机痹阻，可化生痰浊、瘀血而发为胸痹。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》言：“阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也”，提示在冠心病的发病过程中，阳气亏虚（阳微）是导致瘀血、痰浊（阴弦）的根本原因。阳虚证素临床常见胸闷气短、心悸、面色㿔白、疲乏、身寒、肢凉、舌淡胖或有齿痕、脉沉细或迟。

2.3 演变证素

演变证素概括的是冠心病在由 CCS 演变为 ACS 过程中的关键致病因素，包含“蕴毒”和“络风”两项，是影响冠心病患者预后的重要因素，也是改善患者预后的关键干预环节（图 1）。不同于传统对中医“证”的认识，演变证素是根据冠心病疾病变化的固有规律^[5]、近年来临床医家的学术观点^[13, 27]及近年来公布的高质量循证医学证据^[28-29]推演而来，而非单纯由临床表现概括。CCS 与 ACS 是冠心病的两种可以相互转化的病程阶段，当仅存在核心证素与基础证素时，冠心病维持在 CCS 这一相对稳定的病程阶段，而一旦演变证素形成并致病，CCS 便转化为 ACS，导致症状加重，预后恶化。因此，针对演变证素的预防和治疗，可以类比现代医学中的抗血栓、降脂稳斑以及抗炎等改善冠心病预后的治疗方法。

2.3.1 蕴毒 毒邪为病因学概念，最早见于《素问·生气通天论篇》“清静则肉腠闭拒，虽有大风苛毒，弗之能害”。《素问·五常政大论篇》云：“夫毒者，皆五行标盛暴烈之气所为也”，其所言之“毒”为致病因素。毒邪可分为两类，即内毒和外毒。“外毒”为外感所得，多见于各种外科、皮科疾病，而“内毒”是正气所化之毒，具有蚀肌伤肉的致病特点，与冠心病心肌缺血、缺氧、坏死的病理特点相似，是冠心病发生发展的重要病理因素。

“蕴毒”证素来源于冠心病瘀毒致变假说^[13]：若瘀久化热、酿生毒邪，或从化为毒，可致瘀毒内蕴，如迁延日久、失治误治，则正消邪长，一旦外因引动、蕴毒骤发，则蚀肌伤肉，进而毒瘀搏结、痹阻心脉，导致病情突变。因此，蕴毒是稳定期冠



注：虚线相连的为中西医对冠心病不同阶段相对应情况的认识；虚线框中为中西医对冠心病病程演变关键过程的认识。

图1 基于“病程演变”的冠心病中医证素辨证体系模式图

Figure 1 Model of the TCM syndrome element differentiation system for coronary artery disease based on disease progression

心病发生 MACE 的关键因素。而后随着研究的深入，尤其是因毒致病量化诊断标准^[30]的相关研究使得蕴毒证素逐渐被广泛认可。蕴毒证素的宏观表现为中、重度心绞痛，重度口苦，老舌，舌青或青紫，剥苔，舌下络脉紫红或绛紫；微观表现为超敏 C 反应蛋白升高，纤维蛋白原短期内升高，P-选择素短期内显著升高^[30]。因此，在本证素辨证体系中将蕴毒作为演变证素之一。

一项多中心双盲随机对照试验^[29]显示，在标准治疗基础上加用清心解瘀颗粒可显著降低稳定型心绞痛患者 MACE 的发生风险。清心解瘀颗粒是在瘀毒理论指导下，根据陈可冀院士的经验方愈梗通瘀汤精简化裁而来，由黄芪、丹参、川芎、藿香、黄连组成。其中，丹参、川芎活血化瘀，为治疗冠心病的经典药物；黄连作为解毒药，主要针对的就是蕴毒这项关键证素，取既病防变之意，降低稳定型心绞痛患者 MACE 的发生风险，而显著改善冠心病患者的临床预后。

2.3.2 络风 《黄帝内经》中“风”是一种外感病邪^[31]，具有自然界风的特质，能够引起人体发生具有“风象”变化多端、走窜不定特征的症状^[32-33]；金元时期医家提出，一种非外感六淫因素可引起具有急骤、动摇、多变特点的症状，与风邪相似，因而被称为“内风”^[34]。因此，中医学理论中，风邪是一种以不稳定为特征的病因概念。

“络风”证素来源于心脉病证“络风内动”病机学说，此病机学说是冠心病中医病机的补充^[27]。冠心病具有发病急骤、临床表现变化多端的特点，其疼痛部位的多变性、放射性，疼痛性质的多样性，心电图的动态演变、冠状动脉造影中冠状动脉血流（thrombolysis in myocardial infarction, TIMI）分级迅速变化，都与中医学“风”之善行而

数变的特性相似^[35]，而其不稳定的特点亦与冠心病演变过程（尤其是 CCS 向 ACS 演变）的不稳定性高度契合。据此有学者提出“络风内动”病机学说^[27]，认为心络在气虚、痰阻、血瘀等因素的基础上，因“风”而生变，引发络脉绌急、卒然而痛。“风”是冠心病不稳定特征的高度概括，“风”作用于络脉表现为络脉绌急、瘀血内阻，卒然而痛，是冠心病从 CCS 向 ACS 演变的关键环节。络风证素宏观表现为突发胸痛或胸闷，胸痛时呈被迫体位，舌红或青紫，舌苔黄腻或黄厚，脉弦滑数等；其微观表征为心电图 ST-T 动态改变，血浆超敏 C 反应蛋白升高，脂蛋白相关磷脂酶 A2 水平升高，冠状动脉造影显示局部模糊不清、溃疡、痉挛、血栓、慢血流或无复流，血管内超声显示易损斑块，如斑块脂核大并有薄纤维帽等^[27]。因此，我们将络风提炼为冠心病的一项新证素，作为冠心病演变过程中的关键因素。

一项随机对照试验^[28]显示，通心络胶囊可显著改善 ST 段抬高型心肌梗死（ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI）患者入组 30 日内主要心脑血管不良事件（major adverse cardiovascular and cerebrovascular events, MACCE）的发生率，30 日心源性死亡、心肌再梗死和严重 STEMI 并发症的发生率，以及 1 年内大出血、因心力衰竭再住院发生率、全因死亡率等。通心络胶囊^[36]中共 12 味药，其中水蛭、土鳖虫、赤芍、乳香、降香活血化瘀止痛，蜈蚣、蝉蜕、全蝎、冰片祛风解毒，即通心络胶囊的主要治法契合了本辨证体系中的核心证素血瘀证，以及演变证素“蕴毒”和“络风”证。该研究纳入的患者约 90% 为心功能（killip）分级 I 级的患者，且未进行中医证型的筛选，而研究结果显示随访期间试验组 30 日和 1 年的临床预后明显改善，

这反证了围绕核心证素及演变证素的中医治疗确可降低 MACE 发生率并改善冠心病患者的预后。

3 构建冠心病中医证素辨证体系的意义

相比于现代医学, 中医药的特色及优势在于对临床表现更加细致入微的观察及归纳总结, 因而形成了以辨证论治为核心的治疗体系。但当代辨证论治体系仍更多地关注缓解刻下症状, 对改善远期预后关注较少。近年来发表的中医药治疗冠心病的循证医学证据, 多来自高质量、高水平的临床试验。这些临床证据多以临床硬终点(即心血管死亡率、MACE 发生率等)为结局指标, 而非单纯症状的改善; 且所涉及的试验药物中, 主要以活血化瘀、解毒、祛风通络等为主要治法^[28-29], 与本辨证体系中核心证素及演变证素相契合。这些临床试验的研究结论为冠心病的中医辨证论治提供了新的思路, 也为其远期预后观察提供了有效方法。我们将“蕴毒”“络风”提炼为两种演变证素, 用以解释冠心病在 CCS 与 ACS 间演变的关键机制。对于中医临床而言, 不仅应注重对刻下症状的缓解, 更着眼于对远期预后的改善。基于病程演变的冠心病中医证素辨证体系继承了经典证素辨证体系中对于疾病病因、病机的认识, 演变证素的提出更加细化了此辨证体系, 在治疗中可针对冠心病由慢性向急性发展过程中的特有证素进行治疗, 以期降低 ACS 发生率及死亡率, 这高度契合了当前冠心病防治过程中的重点即改善冠心病患者的预后, 是这一新证素辨证体系的主要临床意义。

4 小结

当前的中医辨证论治体系主要聚焦于冠心病患者在某一特定节点的临床表现所反映出的中医证候, 忽略了冠心病的病程变化、特殊证素对病程的影响以及整体临床预后的改善。我们提出基于病程演变的冠心病中医证素辨证体系, 涵盖核心证素、基础证素和演变证素, 旨在强调注重干预冠心病病程演变的环节, 从而更好地指导中医临床, 改善远期预后。

参考文献

[1] 刘明波, 何新叶, 杨晓红, 等. 《中国心血管健康与疾病报告 2023》概要(心血管疾病流行及介入诊疗状况)[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2024, 32(10): 541-550.
[2] KNUUTI J, WIJNS W, SARASTE A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes [J]. Eur Heart J, 2020, 41(3):

407-477.

- [3] VRINTS C, ANDREOTTI F, KOSKINAS KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes [J]. Eur Heart J, 2024, 45(36): 3415-3537.
[4] 朱文锋. 构建“证素辨证”新体系的意义[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(2): 135-136, 142.
[5] 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257.
[6] 毕颖斐, 王贤良, 赵志强, 等. 冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查[J]. 中医杂志, 2017, 58(23): 2013-2019.
[7] 周景想, 唐明, 李洁, 等. 2029 例冠心病心绞痛中医证候特点及组合规律分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 753-755.
[8] 葛永彬, 毛静远. 6155 例冠心病患者中医证型分布规律分析[J]. 北京中医药, 2014, 33(7): 533-534.
[9] 葛永彬, 毛静远. 7512 例冠心病中医证型分布规律分析[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(4): 227-229.
[10] 张京春, 陈可冀. 瘀毒病机与动脉粥样硬化易损斑块相关的理论思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(4): 366-368.
[11] 徐浩, 史大卓, 殷惠军, 等. “瘀毒致变”与急性心血管事件: 假说的提出与临床意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(10): 934-938.
[12] 史大卓, 徐浩, 殷惠军, 等. “瘀”、“毒”从化: 心脑血管血栓性疾病病因病机[J]. 中西医结合学报, 2008, 6(11): 1105-1108.
[13] 刘龙涛, 陈可冀, 付长庚, 等. 从“因瘀致毒”谈冠心病的病因病机[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(11): 1378-1380.
[14] ROGERS WJ, FREDERICK PD, STOEHR E, et al. Trends in presenting characteristics and hospital mortality among patients with ST elevation and non-ST elevation myocardial infarction in the national registry of myocardial infarction from 1990 to 2006 [J]. Am Heart J, 2008, 156(6): 1026-1034.
[15] YE H RW, SIDNEY S, CHANDRA M, et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction [J]. N Engl J Med, 2010, 362(23): 2155-2165.
[16] 沈卫峰, 张奇, 张瑞岩. 2015 年急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南解析[J]. 国际心血管病杂志, 2015, 42(4): 217-219.
[17] 丁荣晶. 《冠心病心脏康复/二级预防中国专家共识》解读[J]. 岭南心血管病杂志, 2013, 19(2): 123-126.
[18] 付长庚, 高铸焯, 王培利, 等. 冠心病血瘀证诊断标准

- 研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(9): 1285-1286.
- [19]中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 冠心病血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(10): 1162.
- [20]刘玥, 高铸烨, 付长庚, 等. 活血化瘀药物防治冠心病: 循证与展望[J]. 中国循证医学杂志, 2018, 18(11): 1145-1150.
- [21]雷燕, 陈可冀, 柯元南, 等. 愈心痛胶囊治疗不稳定性心绞痛临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1996, 16(10): 580-584.
- [22]CHEN KJ, SHI DZ, XU H, et al. XS0601 reduces the incidence of restenosis: a prospective study of 335 patients undergoing percutaneous coronary intervention in China [J]. Chin Med J (Engl), 2006, 119(1): 6-13.
- [23]ZHENG GH, LIU JP, CHU JF, et al. Xiongshao for restenosis after percutaneous coronary intervention in patients with coronary heart disease [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013(5): CD009581. doi: 10.1002/14651858.CD009581. pub2.
- [24]郭双庚, 李娜, 张林. 痰瘀热毒与动脉粥样硬化炎症机制的关系探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(6): 485-487.
- [25]韩学杰, 沈绍功. 冠心病心绞痛痰瘀互结证的本质探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(10): 53-54.
- [26]曹洪欣, 张华敏. 痰瘀互结与冠心病发病机理辨识[J]. 中医药学刊, 2001, 19(6): 544-545.
- [27]王显. 胸痹心痛络风内动证诊断专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(17): 1528-1530.
- [28]YANG Y, LI X, CHEN G, et al. Traditional Chinese medicine compound (tongxinluo) and clinical outcomes of patients with acute myocardial infarction: The CTS-AMI randomized clinical trial [J]. JAMA, 2023, 330(16): 1534-1545.
- [29]LI J, GAO Z, ZHANG L, et al. Qing-Xin-Jie-Yu Granule for patients with stable coronary artery disease (QUEST Trial): a multicenter, double-blinded, randomized trial [J]. Complement Ther Med, 2019, 47: 102209. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102209.
- [30]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.
- [31]邹易良. 中医风邪病因研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [32]邹易良, 肖相如. 风邪概念规范化探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2016, 39(3): 191-192.
- [33]杨世英. 中医病因风邪与过敏原的相关性研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2010.
- [34]贺用和. 内风概论[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(11): 6-8.
- [35]李红梅, 孔维颖, 孙孟琼, 等. 从2013年欧洲心脏病协会稳定性冠状动脉疾病管理指南谈冠心病络风内动-心脉瘀阻理论[J]. 中医杂志, 2016, 57(22): 1917-1920, 1924.
- [36]尤士杰, 杨跃进, 陈可冀, 等. 通心络对急性心肌梗死患者再灌注后心肌和微血管的保护性研究[J]. 中华心血管病杂志, 2005, 33(5): 433-437.

Reflections on Constructing a Traditional Chinese Medicine Syndrome Element Differentiation System for Coronary Artery Disease Based on Disease Progression

YANG Yumeng, WANG Dayang, WAN Yandi, WANG Xian

Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700

ABSTRACT With the evolving understanding of the diagnosis and treatment of coronary artery disease (CAD), current syndrome differentiation systems in traditional Chinese medicine (TCM) are increasingly insufficient in capturing the dynamic progression of the disease and often overlook clinical prognosis. This paper proposes the establishment of a TCM syndrome element differentiation system for CAD based on disease progression. Syndrome elements are categorized into core elements, fundamental elements, and evolutionary elements. The core element is blood stasis, which is regarded as the primary pathogenic factor in the onset of CAD. The fundamental elements, *qi* stagnation, cold congealment, phlegm turbidity, *qi* deficiency, *yin* deficiency, and *yang* deficiency, are commonly coexisting factors throughout the course of CAD. The evolutionary elements, collateral wind and latent toxin, are key pathogenic factors driving the transformation from chronic to acute stages of the disease. This new system aims to emphasize the evolution of disease over time, with a focus on improving long-term clinical outcomes.

Keywords coronary artery disease; syndrome element differentiation; core elements; fundamental elements; evolutionary elements

(收稿日期: 2024-12-01; 修回日期: 2025-01-17)

[编辑: 贾维娜]