

吕光荣教授“三法一体”治疗真心痛的辨证思路解析

董有康^{1,2}, 车江美³, 杨 隽², 吕光荣^{1*}

(1. 云南中医药大学, 云南 昆明 650500; 2. 云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021;
3. 云南中医药大学第二临床医学院, 云南 昆明 650500)

摘要: 吕光荣教授基于中医整体观与现代病理生理学, 首创“三关定位法”, 构建了真心痛“痰瘀毒互结-脉道闭阻”病机模型。通过整合耳垂褶皱、舌下络脉等微观体征实现亚临床预警, 提出了“微观望诊-脉象辨证-三法协同”诊疗体系, 形成了中药复方分层祛邪、针灸“三关定位”通路、导引术平衡阴阳的三维干预模式, 为中西医协同防治心血管疾病提供科学范式。

关键词: 真心痛; 吕光荣; 思路探析

中图分类号: R256.22

文献标志码: A

文章编号: 2097-4299(2026)01-0032-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.2097-4299.2026.01.008

吕光荣教授是云南中医药大学首位国务院特殊津贴获得者、全国老中医药专家学术经验继承指导老师, 从医 50 余载, 诊疗过程体现了形气神同调、脏腑经络互参、时空动态辨治的特点, 构建了独具特色的心脑血管疾病诊疗体系, 形成了“中药复方固本-针灸通路调气-气功平衡阴阳”三位一体的综合治疗模式。笔者有幸师从吕教授, 现以真心痛为例, 解析其治疗的辨证思路, 以飨同道。

1 真心痛理论体系的古今汇通

1.1 真心痛理论溯源 真心痛类似于现代医学冠心病心绞痛、心肌梗死等疾病。《灵枢》首创了“真心痛”的病名, 确立了“手足青至节, 旦发夕死”的危重特征。《素问》系统阐述其“寒客脉中-气血泣阻”病机^[1]。隋代《诸病源候论》云:“心痛者……其痛发, 有死者, 有不死者……其正经不可伤, 伤之而痛为真心痛, 朝发夕死, 夕发朝死。心有支别之络脉……亦令心痛, 则窄间窄盛……。”明确指出真心痛的原因、病位, 别络痛病位在心支别络, 属于邪气伤于经络, 轻证为邪犯心络(“窄间窄盛”), 重证为直中正经(“朝发夕死, 夕发朝死”), 已具现代冠心病分型的雏形^[2]。明清医家进一步完善诊疗体系, 《证治准绳》确立了胸痹与胃脘痛

的鉴别要点, 《杂病源流犀烛》区别了厥心痛与真心痛, 为胸痛的鉴别诊断奠定基础。

1.2 真心痛的辨证特征及预后 真心痛胸膈膻中放射疼痛, 可沿手少阴经放射至肩胛、臂内侧走窜, 如锥如刺、绞窄窒息, 与现代心绞痛牵涉痛区高度吻合^[3]; 危重期“手足青至节”“旦发夕死”“冷汗如油、面白息微”, 出现阴阳离决的征象; 危重期可出现特征性如釜沸脉、虾游脉及舌络瘀紫、苔如积粉等舌脉象。其中“肢冷过肘膝、冷汗如珠”为心阳衰微的典型指征, “舌络迂曲、苔垢厚腻”表征痰瘀互结的病理状态^[4]。若出现“脉急而细者立危”“目陷神夺者不治”, 多提示预后较差。

1.3 吕教授对真心痛的诠释 吕教授认为真心痛病机演变经历了 3 阶段: 从冠状动脉粥样斑块形成到斑块破裂继发血栓的动态病理过程, 与中医“痰瘀互结-毒损心络-脉道闭阻”的传变规律高度契合^[5]。当心肌组织发生广泛性缺血损伤时, 可观察到肢端青紫、循环衰竭等危急征候, 此时心脏泵血功能显著受损, 与中医典籍中“心阳暴脱”的危急证候特征完全相符, 此阶段患者呈现极差的短期预后特征, 其临床转归与古代医籍记载的“旦发夕死”危急征象高度一致。

基金项目: 第七批全国老中医药专家学术经验继承项目(国中医药办人教函[2021]272号); 云南省中青年学术和技术带头人后备人才(202105AC160052); 云南省兴滇英才支持计划医疗卫生人才项目

作者简介: 董有康(1978-), 男, 教授, 博士生导师, E-mail: dykheaven@126.com

* **通信作者:** 吕光荣(1943-), 男, 教授, 博士生导师, 研究方向: 1. 中医药治疗心脑血管疾病; 2. 针灸防治老年性疾病, E-mail: 370827583@qq.com

吕教授认为,真心痛的中医辨证与冠心病的临床分型存在明确的对应关系:在冠状动脉血流动力学显著受限阶段,患者表现为典型的心前区紧缩性疼痛,其发作特点为“阳微阴弦”,国内有学者也提出了类似的观点^[6-8];当斑块破裂引发血小板活化级联反应时,心电图特征性改变与舌诊所见存在显著相关性,此病理状态恰似“热毒灼络”的病机特征;在慢性心肌损伤阶段,心脏结构重塑与神经内分泌激活的病理改变,可导致“久病入络”,出现“心体失养”的征象。吕教授认为,从动脉粥样斑块形成早期到不稳定斑块进展的病理演变窗口期,正是中医药发挥“截断病势”治疗优势的关键阶段。吕教授创新性的病证结合阐释模式,系统地解析了斑块糜烂至纤维帽变薄的微观病理改变,为构建痰浊内伏期向瘀毒互结期转化的防治策略提供了理论支撑,不仅验证了古代“邪客心络”理论的前瞻性,更为中西医协同治疗提供了理论依据。

2 吕教授真心痛特色诊断体系

2.1 微观望诊体系 《黄帝内经》确立了“司外揣内”的原则,提出耳部是宗脉汇聚之所的特殊地位。现代研究发现,耳垂组织结构特殊,其无软骨支撑的解剖特性,使其对循环系统的缺血改变尤为敏感,耳垂冠状沟的形成与心系疾病存在内在联系,耳垂折痕可能是冠心病发生的征象^[9-10]。当冠状动脉发生粥样硬化时,耳部微循环障碍可引发软组织弹性改变,成特征性褶皱^[11-12],这种病理体征在亚临床阶段即具有预警价值。吕教授通过微观望诊法整合包括耳垂形态、舌下络脉、甲床微循环、角膜老年环及神阙穴温度等在内的多维度信息,构建了真心痛多维度评估体系^[13],体现了中医“见微知著”的诊断智慧。

2.2 脉诊辨证体系 吕教授认为7类特征脉象与冠状动脉病变有对应关系:(1)曳脉之涩滞如索提示微循环障碍。曳脉如牵拉绳索般艰涩不畅,其表现为脉波升降支时限异常失衡:I型脉波升支陡峭、降支缓滞如彗尾拖曳,II型升支迟缓、降支骤落似跳板突沉。吕教授曾观察100例曳脉象不同心脏病,听诊均发现在其心脏的不同瓣膜区听到杂音,与现代医学瓣膜性心脏病及心力衰竭的病理机制高度关联^[14]。(2)弦脉之刚劲如弦警示动脉硬化进程。Jin等^[15]基于多模态脉搏波分析的算法,利用四元素Windkessel模型计算动脉顺应性和总外周阻力,弦脉的“刚劲”特征对应模型中血管弹性模量升高,与动脉硬化直接相关,“高

刚度波形模式”与弦脉的“如按琴弦”特征相符,揭示其生物力学本质为血管壁胶原/弹性蛋白比例失衡。(3)釜沸脉之强弱交替暗示心功能失代偿。釜沸脉以“强弱交替”为特征,清代林之翰以“釜中沸水”喻之。吕教授认为釜沸脉据其搏动强度的差异可分为两型^[16],一者为显著交替型,对应现代医学交替脉,是左心衰竭的典型体征,常见于冠心病心肌缺血、高血压性心脏病失代偿期及重症心肌炎;二者隐匿交替型,此型强弱波动细微,多提示早期心功能损伤,多见于亚临床型心肌病变。(4)结代脉之节律紊乱对应电生理异常。《难经·十八难》首载结脉的特征为:“结者,脉来去时一止,无常数,名曰结也。”《脉经·卷一》中记载“代脉,来数中止,不能自还,因而复动……代者死。”结脉、代脉都有脉来一止,止后复来,这种脉的“歇止”产生源于脉搏的缺失,即正常心脏搏动的缺漏或暂停。结脉的形成与窦房结功能障碍及传导异常密切相关,如窦性停搏窦房结停歇致长P-P间歇,II度窦房/房室传导阻滞中窦性冲动中断致无P-QRS-T波的长间歇,不规则期前收缩后代偿间歇或室搏脱落等^[17]。(5)涩散脉之无序搏动预警急性冠脉事件。涩散脉以“参伍不调”为特征,表现为脉力强弱不等、振幅大小不一、节律散乱无序或疾如奔马或缓似凝滞,脉形或虚大如絮或洪曳似潮。清代林之翰以“浮散无根,去来混沌”生动描摹其混沌脉象。而冠心病心肌缺血引发的恶性心律失常,表现为房颤伴快速心室率时的“脉律绝对不齐、强弱不等”与涩散脉象相似^[18]。(6)迟虚脉之缓弱无力反映传导系统障碍。迟虚脉一者脉来虚迟,在缓慢节律中突发漏搏,复跳后脉率逐渐加快至峰值,继而再度转缓,形成“迟缓→漏搏→渐快→复迟”的往复循环;二者则呈现急数而僵硬的脉象,在快速单调的节律中骤然停搏,复跳后仍维持原有的急促无弹性状态。这两种“迟-漏-迟”或“急数-漏-急数”的规律性节律中断,与现代医学房室传导阻滞的典型表现高度吻合^[19]。(7)疾脱脉之急促空虚预示循环崩溃风险。疾脱脉以“一息七至以上”的极速脉象为特征,其脉形短促如转豆,脉流薄急似奔涌。清代林之翰精准概括其本质:“疾脉急疾,数之至极”且“八至为脱,阳极阴衰”,揭示此类脉象标志着机体阴阳离决的危重状态。疾脱脉与阵发性室上性心动过速高度契合^[20],古医籍强调“旦夕损殒”的预后判断,恰与现代临床中持续性室上速引发心源性休克、晕厥等急症的

危急程度相呼应,印证了传统脉诊对快速性心律失常危险分层的预见价值。

吕教授将寸口脉象空间分布与冠脉解剖节段相关联,独创了“三关定位法”^[21]:寸部弦急者多提示前降支病变,关部涩滞者常伴冠脉血流迟滞,尺部迟弱者警示多支血管受累。这种脉象-影像互参的辨病模式,将传统脉诊经验与现代解剖学融合起来,为中西医协同诊疗真心痛提供了新的思路。

吕教授脉诊体系将微观体征辨析与动态脉象相结合,既传承《内经》“视外应知内疾”的整体观,又融合现代病理生理对血管的认知,突破了传统辨证的思维框架,形成独具特色的真心痛中医诊断范式,突破了传统四诊界限,在亚临床阶段捕捉“痰瘀毒”互结的微观证据,为实施“既病防变”治疗策略提供理论依据。

3 三法一体治疗真心痛体系解析

吕教授基于《千金要方》“针药并用方为良医”的指导思想,结合真心痛多病因致病特点,提出“脏腑-经络-神明”三位一体的整体调节策略。针对本病阴阳失衡、气血失和的病机本质,通过中药调脏腑气化、针灸疏经络阻滞、导引安神躁动,形成多维度干预网络。吕教授秉承“整体观照、身心同治”理念,创新性构建了中药-针灸-导引三维协同干预模式。

3.1 针药协同调节 唐·孙思邈曰“若针而不灸,灸而不针,皆非良医也……药不针灸,尤非良医也”,又曰“知针知药,固是良医”。吕教授针药配合体系以脉诊为纲,建立了动态辨证施治模型:脉象缓迟虚寒者,方用姜桂苓半汤以温阳通脉,配合任督要穴针刺,针刺内关、太渊、气海、膻中、足三里、百会穴,培补先天元气;脉数疾虚实夹杂者,采用滋阴潜阳法配伍背俞穴透刺,虚证多为阴血虚,予滋阴养血,方用天王补心丹,针刺神门、心俞、肾俞、血海、三阴交、太溪、太冲等穴;本虚标实证属肝阳亢盛、母病及子引动心阳者,方用天麻钩藤饮,加针刺内关、膻中、风池、大椎、合谷、曲池穴;痰浊阻滞者,方用温胆汤或竹沥达痰汤,针刺内关、膻中、足三里、丰隆、中脘等穴调和阴阳枢机;脉律紊乱者,择养心安神方协同眼针心区刺法,用左归饮加酸枣仁汤,针刺神门、三阴交、太溪、太冲和眼针上焦、心区,重建气血节律。

吕教授诊疗体系尤为重视致病根源的溯本求源,针对不同人群的体质特征建立差异化干预方案:

中年群体因长期社会应激引发心脾两虚、虚风扰心者,主以白芍、白术等构建培土宁风法,配合内关、神门等穴位,治以安神定志;围绝经期情志失调患者呈现肝郁乘脾证候者,采用逍遥散方剂化裁以疏肝健脾,辅以太冲、阳陵泉等穴以疏利少阳枢机;老年肾阴亏损证型则取六味地黄丸加减滋水涵木,同步选取太溪、气海等穴构建先天-后天同调刺灸方案。这种“病因-体质-证候”三位一体的诊疗思维,充分体现因人制宜的精准治疗理念。吕教授还独创了“卧式导引进针法”:施术前静卧调息,得气即止的补虚手法与间歇行针的泻实技巧相配合,通过意守特定穴实现形神同调。在基础方剂化裁中,吕教授还特别注重社会环境因素与体质特征的交互影响:中年焦虑者侧重柔肝宁心,更年情志失调者主调肝脾枢机,老年虚损者重培补先天。

3.2 导引调神固本 吕教授融合传统养生智慧,创立了动静相济的导引疗法。择时采用五龙盘体法:子时端坐调息后,取右侧卧龙蟠之势,通过特定肢体定位形成“劳宫对脐、涌泉应天”的能量循环格局。功法设计契合“阳主动、阴主静”的生理规律:虚寒体质配合动态导引以激发阳气,实热证候辅以静态调息以敛降虚火。急性期配合点穴急救以畅达气机,缓解期通过规律修持改善体质。这种“外调形骸、内守神明”的导引模式,既能即时缓解心系症状,又可系统调节脏腑功能,实现了“治已病”与“治未病”的有机统一。结合国内学者开展的相关研究^[22],未来可通过技术整合,并结合体育学、心理学等学科融合研究,为该导引养生疗法的客观化评价提供科学支持。

吕教授十分重视中药培元固本与针灸疏调气机、导引安和神志的协同作用,形成了“三焦并调、形神共养”的治疗格局。在临床实践中强调动态辨证施治:急性期针药并用速解标实,缓解期导引筑基培本虚,转型期三法协同防其传变。这种分层干预策略既传承了《赤凤髓》导引术的调气精髓,又创新发展了《金匱要略》“见肝之病,知肝传脾”的治未病思想,为慢性心系疾病的全程管理提供创新范式。

4 结语

吕教授基于中医整体观与现代病理生理学视角,构建了真心痛独具特色的诊疗体系。该体系以“痰瘀互结-毒损心络-脉道闭阻”为核心,创新性提出“微观望诊-脉象辨证-三法协同”的诊疗架构,建立了冠

状动脉粥样硬化斑块演变与中医“痰瘀毒”病理传变的动态对应关系,揭示了“阳微阴弦”的病机本质。吕教授整合了“五轮微观望诊法”与“七类脉象辨证体系”,通过耳垂褶皱、舌下络脉等微观体征早期预警,结合脉象特征与冠脉解剖节段映射,突破了传统四诊界限;以“中药-针灸-导引”三法协同为核心,中药分层化祛痰瘀毒邪,针灸结合“三关定位法”疏通经络阻滞,导引功法调节形神平衡,形成了“标本兼治、形神共调”的干预策略。

吕教授诊疗体系将《内经》“邪客心络”理论与血管病理生理有机结合起来,既符合中医“司外揣内”整体观,又突出了理论科学性 with 互补性综合干预效能:针药导引协同既可快速缓解真心痛的急性症状,又能通过导引功法改善长期预后,实现“急则治标”与“缓则治本”的统一。

吕教授强调“病因-体质-证候”三位一体诊疗模式,其学术体系成功架起了中西医结合的桥梁,既保留中医“辨证求本”的思维精髓,又创造性引入现代病理学概念;既遵循传统理法方药体系,又融合循证医学管理理念。这种“以象测病、病证互参”的诊疗模式,为中医药防治复杂心血管疾病提供了可操作性范例,尤其在改善患者预后、延缓病情进展方面展现出独特优势,为中西医协同诊疗慢性病的构建提供新的范式。

参考文献:

- [1] 张灿坤,徐国仟,宗全和. 黄帝内经素问校释[M]. 北京:中国医药科技出版社,2016:245.
- [2] 刘晓峰.《诸病源候论》新校[M]. 上海:上海科学技术出版社,2018:67-69.
- [3] 蔡泳源,李梦然,侯中豪,等. 从“气-血-脉络”理论探讨微血管性心绞痛的病机与防治策略[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2025,23(3):459-465.
- [4] 黄昌锐,喻正科. 从厥阴论治心病[J]. 湖南中医杂志,2021,37(10):124-125.
- [5] 郭志英,李玉锋. 徐浩教授辨治胸痹心痛的临证经验探析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2025,23(4):629-632.
- [6] 赵志轩,常立萍,石锐,等. 从“阳微阴弦”相关证素探析冠心病的发病机制[J]. 中国老年学杂志,2021,41(20):4593-4597.
- [7] 徐立思,何新慧. 基于心阳功能探讨仲景“阳微阴弦”理论对冠心病治疗的启示[J]. 上海中医药杂志,2021,55(11):46-49.
- [8] 卢玉俊,赵信科,代晶晶. 李应东教授应用乌梅丸治疗冠心病临床经验[J]. 云南中医药大学学报,2024,47(5):88-90.
- [9] 戴海安. 耳垂褶皱及舌下络脉与冠心病的相关性[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2020.
- [10] 卢玉俊,赵信科,代晶晶,等. 体表特征在辅助冠心病诊断中的进展[J]. 宜春学院学报,2021,43(6):64-67.
- [11] LAWTON J S, TAMIS-HOLLAND J E, BANGALORE S, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for coronary artery revascularization: a report of the American college of cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines[J]. J Am Coll Cardiol, 2022,79(2):e21-e129.
- [12] 刘谦,王诗恒,秦培洁,等. 气色形态手诊与耳垂褶皱征对诊断冠心病的临床价值的比较研究[J]. 北京中医药大学学报,2022,45(12):1282-1287.
- [13] 吕光荣. 中医内科证治学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:306-323.
- [14] 吕光荣. 脉学新义——脉学在心病诊断中的应用[J]. 云南中医学院学报,1978(1):42-49.
- [15] JIN J, GENG X, ZHANG Y, et al. Pulse wave analysis method of cardiovascular parameters extraction for health monitoring[J]. Int J Environ Res Public Health, 2023,20(3):2597.
- [16] 吕光荣. 脉学新义——脉学在心病诊断中的应用(连载二)[J]. 云南中医学院学报,1978(2):8-16.
- [17] 沈无瑕,王天芳,霍艳明,等. 论促、结、代脉与心律失常的关系[J]. 北京中医药大学学报,2018,41(6):455-458.
- [18] 黄伟铭,陈进春. 脉检测冠心病 60 例[J]. 辽宁中医杂志,1996(9):21-22.
- [19] STONER L, YOUNG J M, FRYER S. Assessments of arterial stiffness and endothelial function using pulse wave analysis[J]. Int J Vasc Med, 2012:903107.
- [20] 张运,陈韵岱,傅向华,等. 冠状动脉微血管疾病诊断和治疗的专家共识[J]. 中国循环杂志,2017,32(5):421-430.
- [21] 吕光荣. 脉学新义——脉学在心脏病诊断中的应用(连载完)[J]. 云南中医学院学报,1978(3):29-33.
- [22] 王颖,王焯,王智,等. 中医导引术客观化评价的方法及其思考与展望[J]. 世界中医药,2024,19(20):3147-3151,3158.

(收稿日期:2025-04-02)