

本文引用: 周风华, 金 瑶, 刁慧玲, 赵华杉, 李钊泳, 孙晓敏, 贾钰华. 贾钰华教授论治冠心病临证经验精粹[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(9): 1786-1793.

贾钰华教授论治冠心病临证经验精粹

周风华¹, 金 瑶¹, 刁慧玲¹, 赵华杉¹, 李钊泳¹, 孙晓敏^{1*}, 贾钰华^{1,2*}

1. 南方医科大学中医药学院, 广东 广州 510515; 2. 南方医科大学南方医院, 广东 广州 510515

〔摘要〕广东省名中医贾钰华教授基于“肝郁脾虚-湿热酿痰-痰瘀毒互结”的冠心病病机理论, 提出该病核心病机为虚、瘀、痰、热交错互结, 闭阻心脉。治疗应以活血化瘀、清热解毒为主, 兼以益气祛痰、调畅情志, 并创立定心方Ⅲ号、益气活血通络方、理气宣痹汤、回阳振心汤等系列方剂, 针对 7 种临床证型辨证施治, 随证加减, 临床疗效显著。

〔关键词〕冠心病; 肝郁脾虚; 湿热酿痰; 痰瘀毒互结; 定心方Ⅲ号; 临证经验; 贾钰华

〔中图分类号〕R256.2

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.09.029

Clinical experience of Professor JIA Yuhua in treating coronary heart disease

ZHOU Fenghua¹, JIN Yao¹, DIAO Huiling¹, ZHAO Huashan¹, LI Zhaoyong¹, SUN Xiaomin^{1*}, JIA Yuhua^{1,2*}

1. School of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou, Guangdong 510515, China;

2. Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou, Guangdong 510515, China

〔Abstract〕Professor JIA Yuhua, a famous Chinese medicine practitioner of Guangdong Province, proposes the pathogenesis theory of coronary heart disease as "liver depression and spleen deficiency—damp-heat generating phlegm—intertwined phlegm, stasis, and toxins," with the core pathogenesis being the intermingled deficiency, stasis, phlegm, and heat obstructing the heart vessels. He holds that the treatment should focus on circulating blood and transforming stasis, as well as clearing heat and removing toxins, supplemented by replenishing qi to eliminate phlegm and regulating emotional states. Based on this, he has developed a series of formulas including Dingxin Formula Ⅲ, Yiqi Huoxue Tongluo Formula, Liqi Xuanbi Decoction, and Huiyang Zhenxin Decoction. These formulas are used to treat seven clinical patterns through pattern differentiation, with modifications made according to specific symptoms, demonstrating significant clinical efficacy.

〔Keywords〕coronary heart disease; liver depression and spleen deficiency; dampness-heat generating phlegm; intertwined phlegm, stasis, and toxins; Dingxin Formula Ⅲ; clinical experience; JIA Yuhua

冠心病是一种由于冠状动脉粥样硬化导致管腔狭窄或阻塞, 进而引发心肌缺血、缺氧的心脏病^[1]。

《中国心血管健康与疾病报告 2024 概要》^[2]显示, 心血管疾病是我国城乡居民的首要死因, 2021 年农

〔收稿日期〕2024-10-20

〔基金项目〕国家自然科学基金项目(82174299, 82374192); 贾钰华广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函〔2023〕108 号)。

〔通信作者〕* 贾钰华, 男, 硕士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: jyh@smu.edu.cn; 孙晓敏, 女, 博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: min1980@smu.edu.cn。

村、城市心血管疾病死亡占比分别为48.98%和47.35%,约每5例死亡患者中就有2例与之相关。根据其临床表现,归属于中医学“胸痹”“胸痹心痛”“真心痛”范畴。贾钰华教授是广东省名中医、全国名老中医药专家学术经验传承工作指导老师,深耕冠心病防治领域多年,形成了独具特色的诊疗思路与治疗方案。贾钰华教授认为冠心病的发病起于肝气郁结、脾失健运,脾虚运化无力,水湿内停,郁而化热,形成湿热浊脂,浸淫脉道,继而脂质停滞,变生痰浊、瘀血、毒邪,最终痰、瘀、毒互结,闭阻心脉,形成虚、瘀、痰、热交错的核心病机特征。基于这一认识,贾钰华教授以活血化瘀、清热解毒立法,兼以益气祛痰、调畅情志,创立了以定心Ⅲ号方为代表的系列方剂,通过灵活加减运用,临床疗效显著。

定心方Ⅲ号共由8味中药组成。方以栀子、黄连清热泻火解毒为君;辅以太子参、决明子加强清热泻火作用,配以丹参、三七活血祛瘀,4药合而为臣,共助君药清热解毒、活血散瘀。佐以瓜蒌宽胸理气,使以赤芍凉血柔肝且调和诸药。全方共奏清热解毒、活血散瘀、降脂消斑之效^[3-4]。研究表明,定心方Ⅲ号及其活性成分可通过调节脂质代谢^[5]、减轻氧化应激^[6]以及改善血管内皮功能^[7],发挥抗动脉粥样硬化作用。贾钰华教授强调,临床应用该方时需灵活变通,根据疾病不同阶段及证候特点随证加减,充分体现中医辨证施治的精髓。在多年临床经验基础上,贾钰华教授根据病机演变将冠心病归纳为7种常见证型:肝气郁结、气滞血瘀型,湿热内蕴、痰瘀互结型,脾虚血瘀、湿热内蕴型,肝郁脾虚、痰瘀互结型,气虚血瘀、痰瘀互结型,气虚血瘀、湿热内蕴型,心肾阳虚、心血瘀阻型。每种证型均对应个性化的治疗方案,以下结合典型案例,进一步阐释贾钰华教授临证经验。

1 肝气郁结、气滞血瘀型

古代医家对肝气郁结导致气滞血瘀型冠心病的病机已形成系统理论。《丹溪心法·六郁五十二》指出“气血冲和,万病不生。一有怫郁,诸病生焉”,奠定了情志致病理论基础。《医学入门·腹痛》记载:“瘀血痛有定处,或忧思逆郁而得。”肝气郁结,疏泄失常,初则气机阻滞,久则由气及血,导致气滞血瘀、心脉痹阻,发为冠心病^[8]。王子宽等^[9]研究发现,气滞血瘀证与冠状动脉病变范围及狭窄程度呈明显正相

关,提示该证型可能是冠状动脉粥样硬化斑块形成及狭窄的关键病理基础。贾钰华教授临床观察发现,此类患者多为本虚标实证,以肝气郁结为本、气滞血瘀为标,常见情志抑郁、胸闷太息、气短乏力等症状,舌暗紫,苔腻,脉弦细。治疗宜分期论治,初期当以疏肝解郁为主,佐以活血,后期以益气活血为主,兼以理气,根据肝郁与血瘀的消长调整用药比例。

验案:麦某,男,55岁。初诊:2024年4月30日。主诉:反复头晕、胸闷、胸痛1年,加重1周。患者2024年3月26日因“头晕、胸闷、胸痛1天”于江门市人民医院急诊就诊。查冠状动脉(以下简称冠脉)CT血管造影示:左前降支近段狭窄66%。心电图示:窦性心动过速(105次/min)。口服阿托伐他汀片剂(晖致制药有限公司,国药准字:H20051407;规格:10 mg/片,10片/盒;用法:1片/次,1次/d)、拜阿司匹林片剂(拜耳医药保健有限公司,国药准字:J20130078;规格:100 mg/片,30片/盒,用法:1次/d)、复方丹参滴丸(天士力医药集团股份有限公司,国药准字:Z10950111;规格:27 mg/粒,180粒/盒;用法:10粒/次,3次/d)治疗4周,症状未见缓解。为求进一步中医治疗,遂至南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:头晕胸闷,胸痛活动后加重,易怒太息,纳差口苦,大便溏薄,小便正常。舌暗红,苔白腻,舌下络脉紫黑粗张,脉弦细。既往史:慢性胃炎。西医诊断:冠心病,慢性胃炎,焦虑症。中医诊断:胸痹心痛(肝气郁结、气滞血瘀证)。治法:疏肝理气、活血宣痹。处方拟理气宣痹汤加减:醋柴胡15 g,炒白术15 g,茯苓15 g,赤芍20 g,丹参30 g,三七10 g,当归尾15 g,栀子10 g,茵陈15 g,瓜蒌10 g,葛根15 g,川芎10 g,银杏叶15 g,红花10 g,延胡索15 g。共14剂,日1剂,水煎服。

二诊:2024年6月25日。患者服药后胸闷、胸痛症状较前减轻,头晕改善,心率恢复正常,偶有易怒太息,二便调。舌暗红,苔白腻,舌下络脉紫黑,脉弦细。上方加水蛭5 g,共28剂,日1剂,水煎服。

三诊:2024年7月29日。患者诉服药后无胸闷、胸痛、头晕,二便调。舌淡红,苔薄白,舌下瘀络减轻,脉弦。遂守原方继进,共28剂,煎服法同前,巩固疗效。患者坚持服用中药,2024年10月复查冠脉CT血管造影示:左前降支近段狭窄由66%减至47.3%。

按:本案患者初诊见胸闷、胸痛,易怒太息,纳差口苦,舌暗红,苔白腻,舌下络脉紫黑,脉弦细。故西

医诊断为冠心病,焦虑症。中医诊断为胸痹心痛(肝气郁结、气滞血瘀证)。治以疏肝理气、活血宣痹,方用理气宣痹汤加减。方中醋柴胡疏肝解郁为君,炒白术、茯苓健脾化湿为臣,佐以丹参、赤芍、三七、当归尾、川芎、银杏叶、红花活血化瘀通络,栀子、茵陈清热利湿,瓜蒌、葛根宽胸化痰,延胡索行气止痛。二诊胸闷痛减、头晕好转,然瘀象仍著,故加水蛭5g增强破血通络之力。三诊诸症悉平,舌转淡红,苔薄白,舌下络脉改善,遂守方续进28剂巩固疗效。诸药合用共奏疏肝调气、健脾化痰、活血通络之效,治疗后症状显著改善,复查左前降支近段狭窄由66%减至47.3%。本案以疏肝理气、活血化瘀为法,治疗肝气郁结、气滞血瘀型胸痹,不仅症状悉除,更使冠脉狭窄显著逆转。

2 湿热内蕴、痰瘀互结型

岭南地区气候湿热,易致湿热病型。朱丹溪在《格致余论·序》中指出“湿热相火为病甚多”,故该地区冠心病患者多见湿热证候。《临证指南医案·痹篇》云:“初病湿热在经,久则瘀热入络。”岭南地区湿热气候易困阻气机,初期湿热困遏中焦,郁阻气分,日久化燥入血,灼血成瘀,终致湿、热、瘀互结,痹阻心络而成冠心病^[10],此与《格致余论·痛风论》“血受湿热,久必凝浊”的论述相合。症见胸闷胸痛、口苦口干,舌暗红,苔黄腻,脉弦数。贾钰华教授将其辨为湿热内蕴、痰瘀互结型。治疗当清热祛湿以治本、活血化瘀以治标。

验案:蒲某,男,56岁。初诊:2013年7月1日。主诉:反复胸闷、胸痛1年余,加重1个月。患者1年前出现胸闷、胸痛,1个月前饭后突发剧烈胸闷、胸痛,于广州市第一人民医院急诊就诊。查冠脉CT血管造影示:右冠远段狭窄75%~85%,左前降支中段狭窄40%~48%。西医建议支架植入,患者拒绝。口服阿司匹林片剂(北京曙光药业有限责任公司,国药准字:H11021614;规格:100mg/片;用法:1片/次,1次/d)、阿托伐他汀片剂(晖致制药有限公司;国药准字:H20051407;规格:10mg/片,10片/盒;用法:2片/次,1次/日)治疗2周。服药20多天无效,为求中西医结合治疗,遂至南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:面色灰黄,胸闷胸痛,头晕口苦,食纳如常,便黏尿黄。舌暗红,舌下络脉紫黑粗张,苔黄厚腻,脉弦稍数。西医诊断:冠心病。中

医诊断:胸痹心痛(湿热内蕴、痰瘀互结证)。治法:清热祛湿、活血化瘀。处方拟定心方Ⅲ号加减:栀子10g,黄连10g,虎杖15g,决明子15g,赤芍20g,丹参20g,三七10g,瓜蒌15g,葛根15g,川芎10g,银杏叶15g,茯苓15g。共28剂,日1剂,水煎服。

二诊:2013年7月29日。患者服药后胸闷、胸痛症状消失,头晕口苦减轻,二便转常。面色较前转红润,食纳如常。舌质暗红,苔薄黄腻,舌下瘀络减轻,脉和缓有力。上方加薏苡仁15g,共28剂,煎服法同前。

三诊:2015年1月4日。患者陆续服用上方1年余,现面色红润,纳寐俱佳,二便调和。舌质稍暗红,苔白腻,舌下络脉淡紫,脉和缓有力。前方加茵陈15g、白术15g,共14剂,煎服法同前。患者坚持服用中药,至2016年复查冠脉CT血管造影示右冠远段狭窄25%~30%,左前降支中段狭窄20%。

2025年6月随访,无不适症状。

按:本案患者初诊见口苦口干、便黏尿黄、舌苔黄厚腻,为湿热内蕴之症;面色灰黄,胸闷胸痛,舌暗红,舌下络脉紫黑,脉弦稍数,属痰瘀互结之象。西医诊断为冠心病。中医辨证为胸痹心痛(湿热内蕴、痰瘀互结证),治以清热祛湿、活血化瘀。方选定心方Ⅲ号加减,以栀子、黄连为君清热泻火;虎杖、决明子清热化湿,丹参、三七活血化瘀共为臣药;佐以瓜蒌宽胸化痰,赤芍凉血柔肝,葛根、川芎、银杏叶活血通络,茯苓健脾渗湿,使湿、热、痰、瘀得以分消。诸药合用,共奏轻利湿热、化痰散瘀之效。二诊诸症减轻,苔薄黄腻,加薏苡仁增强健脾渗湿之力。三诊症平,继服一年余后患者面色红润,舌脉改善,加茵陈、白术强化健脾清化余湿之功。患者坚持治疗,复查冠脉狭窄显著减轻,随访未复发。本案以清热祛湿、活血化瘀法论治胸痹,患者坚持中药治疗数年,不仅症状消除、面色转润,更使冠脉狭窄显著逆转,获远期稳定疗效。

3 脾虚血瘀、湿热内蕴型

《诸病源候论·虚劳痰饮候》载:“劳伤之人,脾胃虚弱,不能克消水浆,故为痰饮也。”脾为生痰之源,脾虚则运化失司,水湿内停,聚而成痰。《医学正传·医学或问》进一步阐释:“津液稠翁,为痰为饮,积久渗入脉中,血为之浊。”痰饮积久不化,既可渗入脉

道,又可郁而化热,与血相搏,导致血行黏滞迟缓,继而出现痰瘀热毒之证。《丹溪心法·痰十三》载:“痰挟瘀血,遂成窠囊,此为痞、为痛。”脾虚生痰,痰浊入血致血浊,久则痰、瘀、热互结,壅滞脉道,引发胸痹心痛,症见胸闷胸痛、头晕乏力、纳呆便溏,舌红,苔黄腻,脉弦。贾钰华教授据此辨为脾虚血瘀、湿热内蕴证,其病机以心脾两虚为本,痰瘀互结为标,湿热内扰为变,治以健脾活血、清热祛湿为主,佐以宁心安神,并结合西药降脂稳斑治疗。

验案:李某,男,53岁。初诊:2022年5月17日。主诉:心悸、胸闷、胸痛半个月,加重8d。患者8d前因反复心悸、胸闷1周,剧烈胸痛1h于广州市花都区人民医院急诊就诊。冠脉CT血管造影示:左前降支中度狭窄(>50%),右冠及左主干管腔轻度狭窄(25%)。心电图示:窦性心动过速(102次/min),偶发室性早搏。西医诊断:冠心病。口服阿托伐他汀片剂(辉瑞制药有限公司,国药准字:J20070060;规格:10mg/片,10片/盒;用法:2片/次,3次/d)、拜阿司匹林片剂(拜耳医药保健有限公司,国药准字:J20130078;规格:100mg/片,30片/盒,用法:1片/次,3次/d)、参松养心胶囊(衡水以岭药业有限公司,国药准字:Z20103032,规格:0.4g/粒,36粒/瓶;用法:3粒/次,3次/d)治疗1周,症状未缓解,反增上腹不适(有慢性胃炎史)。为求进一步中医治疗,遂至南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:心悸、胸闷、胸痛,活动后加重,伴轻微头晕,睡眠欠佳,上腹隐痛不适,纳可,口苦口干,大便黏腻,小便黄。舌暗红边有齿痕,舌下络脉紫黑粗张,苔黄腻,脉弦。西医诊断:冠心病。中医诊断:胸痹心痛(脾虚血瘀、湿热内蕴证)。治法:健脾活血,清热祛湿。方以定心方Ⅲ号加减:黄芪30g,炒白术15g,茯苓15g,栀子10g,黄连10g,虎杖15g,决明子15g,赤芍20g,丹参30g,三七10g,瓜蒌10g,葛根15g,川芎10g,银杏叶15g,红景天5g,延胡索15g,首乌藤15g。共14剂,日1剂,水煎服。继续口服阿托伐他汀片剂。

二诊:2022年5月31日。患者诉心悸、胸闷、胸痛明显减轻,头晕、口苦口干消失,睡眠改善,小便转清,然大便转为稀溏,日行1~2次。上腹隐痛不适较前缓解。舌质暗红、边有齿痕,舌下络脉淡紫,苔黄腻,脉弦。复查心电图:窦性心律(82次/min),偶发室性早搏。上方黄芪减为15g,去首乌藤,加布渣叶

15g,共28剂,煎服法同前。

三诊:2022年6月28日。患者服药后诸症基本消失,精神纳寐俱佳,二便调畅。舌淡红,苔薄白腻,脉和缓有力。复查心电图正常。上方黄连减为5g,决明子减为10g,赤芍减为15g,三七减为5g,去虎杖、延胡索、布渣叶。改为隔日1剂,水煎服。患者坚持治疗2年,其间根据症状变化动态调整用药,复查冠脉CT血管造影示:冠状动脉走行正常,管腔未见狭窄,原斑块消失。临床痊愈,嘱停药观察。

按:患者初诊症见心悸、胸闷、胸痛,头晕,舌暗红边有齿痕,舌下络脉紫黑,脉弦,属脾虚血瘀;兼见口苦、便黏、尿黄、苔黄腻,为湿热内蕴;心悸失眠系心神不宁。西医诊断为冠心病。四诊合参,中医辨证为胸痹心痛(脾虚血瘀,湿热内蕴证),治以健脾活血、清热祛湿、辅以宁心。在维持西药降脂稳斑治疗基础上,予定心方Ⅲ号加减。以黄芪、炒白术、茯苓健脾益气为君;栀子、黄连、虎杖、瓜蒌、决明子清热祛湿,丹参、三七、赤芍活血化瘀合而为臣;佐川芎、延胡索行气止痛,葛根、红景天、银杏叶益气通脉,首乌藤安神助眠。二诊诸症减轻,然湿热未尽、便溏,故减黄芪用量防壅滞,加布渣叶增强清利。三诊诸症平,舌淡红、苔薄白,遂减黄连、决明子、赤芍、三七用量,并去虎杖、延胡索、布渣叶等清通之品,改隔日服,防苦寒活血过剂伤正。患者守方调治2年,冠脉CT示原狭窄斑块消失,临床获愈。本案以健脾活血、清热祛湿法治疗脾虚血瘀、湿热内蕴之胸痹心痛,不仅诸症悉平,而且冠脉斑块完全消失。

4 肝郁脾虚、痰瘀互结型

心主神明,肝主疏泄。情志失调首伤于肝,肝郁则气滞,横逆犯脾致运化失常,脾虚生痰,气滞成瘀,痰瘀互结,痹阻心脉则发为胸痹。正如《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》所言“胸痹,心中痞气,气结在胸”,指肝郁乘脾、痰瘀互结之病机。在临床上,此类患者往往表现为情志抑郁、胸闷太息,同时伴有神疲乏力、食欲不振、纳差腹胀、大便溏薄、舌暗紫,苔腻等症。治宜疏肝健脾、化痰散瘀,全程兼顾肝脾,随证调整。

验案:陈某,男,35岁。初诊:2025年1月9日。主诉:胸闷、心慌半年,加重1周。患者近半年反复出现阵发性胸闷、心悸,近1周加重。广州市南海区第一人民医院冠脉CT血管造影示:右冠状动脉近端

狭窄 30%,左主干狭窄 35%,左前降支狭窄 50%。患者长期口服硫酸氢氯吡格雷片剂(宁波美诺华天康药业有限公司,国药准字:H20243288;规格:75 mg/片;用法:1 片/次,1 次/d)、酒石酸美托洛尔缓释片剂(江西南昌济生制药有限责任公司,国药准字:H10950118;规格:150 mg/片;用法:1 片/次,1 次/d)治疗 4 周,症状未缓解。为求进一步中医治疗,遂来南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:胸闷心慌,精神抑郁,易生气激动,神疲纳差,入睡尚可但眠浅易醒,口淡不渴,二便调。舌暗红,苔薄白腻,脉弦细数。既往史:冠心病,脂肪肝,胆囊结石(2 年前行胆囊切除术)。西医诊断:冠心病,脂肪肝,胆囊结石(2 年前行胆囊切除术)。中医诊断:胸痹心痛(肝郁脾虚,痰瘀互结证)。治法:疏肝健脾、化痰散瘀、宁心安神。治以健脾开胸通络方加减:醋柴胡 10 g,赤芍 15 g,丹参 15 g,党参 15 g,茯苓 15 g,黄芪 15 g,葛根 15 g,白术 15 g,郁金 10 g,山药 15 g,炒酸枣仁 10 g,茵陈 15 g,布渣叶 10 g,红景天 3 g,大枣 15 g。共 7 剂,日 1 剂,水煎服。

二诊:2025 年 1 月 16 日。患者服药后胸闷、心悸较前减轻,发作频率及程度均有改善。食欲改善,精神、睡眠亦较前好转。舌暗红,苔薄白腻,脉弦细数。上方加水蛭 5 g、三七 5 g。共 28 剂,煎服法同前。

三诊:2025 年 2 月 27 日。患者服药后,胸闷、心悸较前进一步减轻,精神可,情绪逐渐平稳,纳食、睡眠均可。舌淡暗红,苔白腻,脉弦细。上方加红花 5 g,共 28 剂,煎服法同前。

四诊:2025 年 3 月 27 日。现胸闷、心悸等主症消失。然诉大便溏薄,日行 2~3 次。舌淡暗红伴齿痕,苔白厚,脉弦细数。复查冠脉造影示:管壁欠光滑,未见明显狭窄。上方去茵陈、郁金,加薏苡仁、芡实各 15 g,以增健脾化湿之功。

按:本案患者初诊见胸闷心慌、精神抑郁、易怒、神疲纳差,舌暗红苔薄白腻,脉弦细数。西医诊断为冠心病。中医辨证为胸痹心痛(肝郁脾虚,痰瘀互结证)。治以疏肝健脾、化痰散瘀、宁心安神,方用健脾开胸通络方加减。方中醋柴胡为君,用以疏肝解郁;赤芍、丹参、郁金凉血活血为臣,妙在配伍葛根与红景天,葛根升发清阳以助柴胡疏达气机,红景天既助活血又兼益气,契合“气为血之帅”之旨;佐药分三路:党参、黄芪、白术、茯苓、山药健脾益气,既滋补后

天,杜绝生湿之源,又防苦寒伤胃;炒酸枣仁养心安神,调摄因郁致乱之心神;茵陈、布渣叶清热化湿,助运和中。使以大枣调和诸药。分期论治思路清晰:初诊侧重疏肝解郁以畅气机;二诊舌暗红提示瘀血未尽,故气畅后加水蛭、三七增强活血通络;三诊瘀症减轻后再加红花强化通络之效;体现“郁解-瘀化-络通”的递进思路。四诊冠脉造影示狭窄消失,然便溏、舌淡齿痕,提示脾虚湿蕴仍存,故去茵陈、郁金,加薏苡仁、芡实健脾渗湿。在西药规律治疗的基础上,结合中医辨证,通补兼施,既改善症状,亦见冠脉狭窄逆转,彰显整体调治之优势。本案采用疏肝健脾、化痰散瘀法,强调调和肝脾、疏通脉络的核心作用。治疗肝郁脾虚、痰瘀互结所致胸痹心痛,不仅症状显著改善,而且冠脉狭窄完全消失。

5 气虚血瘀、痰瘀互结型

冠心病是本虚标实夹杂的复合性疾病,瘀阻脉络是其关键病机。《素问·痹论篇》记载“脉者,血之府也,涩则心痛”,指出脉道中血液瘀滞不通是导致胸痹心痛的重要病机^[1]。王清任《医林改错·论抽风不是风》记载“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,阐明气虚血瘀理论。《古今医鉴·心痛》云“心痹痛者……素有顽痰死血”,强调冠心病患者多是痰浊和瘀血兼见^[2]。贾钰华教授认为其病机为气虚运血无力,瘀血内停,气虚水湿不化,痰浊内生,痰瘀痹阻心脉,发为冠心病。病位主要在心,涉及脾、肝、肾。主症见胸部固定刺痛、头晕乏力、面色晦暗,舌暗紫,舌下脉络紫黑迂曲,脉细或涩。治疗当益气活血化痰。

验案:黄某,男,56 岁。初诊:2023 年 7 月 24 日。主诉:反复胸闷 1 年,胸骨后疼痛加重半个月。患者 1 年前始发胸闷,近半个月胸骨后疼痛加重。冠脉 CT 血管造影示:左主干狭窄 32.8%,左前降支近段狭窄 30.4%,中段重度狭窄 84.9%。西医建议支架植入,患者拒绝,口服阿托伐他汀片剂(北京嘉林药业股份有限公司,国药准字:H19990258;规格:10 mg/片;用法:1 片/次,1 次/d)治疗 4 周,未见明显疗效。为求进一步中医治疗,遂至南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:胸闷,胸骨后疼痛,头晕乏力,精神疲惫,面色灰黄,眼圈发黑,入睡困难,纳食欠佳,口中黏腻,二便调。舌暗紫边有齿痕,舌下络脉紫黑粗张,苔黄腻,脉弦细。西医诊断:冠心病。

中医诊断:胸痹心痛(气虚血瘀,痰瘀互结证)。治法:益气活血化痰。方以定心方Ⅲ号加减:黄芪30g,党参30g,决明子15g,赤芍30g,丹参30g,三七10g,瓜蒌15g,葛根15g,川芎10g,水蛭5g,红景天5g,延胡索15g,炒白术15g,茯苓15g。共14剂,日1剂,水煎服。

二诊:2023年8月9日。患者服药后胸闷、胸痛减轻,精神转佳,头晕乏力缓解,面色改善,睡眠好转,纳食尚可,二便调。舌紫暗,边有齿痕,苔黄,脉弦细。原方加地鳖虫5g,共28剂,日1剂,水煎服。

三诊:2023年9月6日。服二诊方后,患者胸痛明显缓解,头晕乏力消失,睡眠安稳。面色红润,眼圈不发黑,食纳尚可,二便调。舌暗红,络脉淡紫,苔薄白腻,脉和缓有力。继续服用上方28剂,煎服法同前。后坚持每月复诊,治疗10个月后,诸症悉除。

按:患者初诊见胸闷胸痛、头晕乏力,眼圈发黑、舌暗紫边有齿痕,苔黄腻,脉弦。西医诊断为冠心病。中医辨证属胸痹心痛(气虚血瘀,痰瘀互结证),治当益气活血化痰。在西医规范治疗基础上,予定心方Ⅲ号加减。方中黄芪、党参益气固本为君;决明子清热化痰,赤芍、丹参、三七活血化痰共为臣药;佐以瓜蒌宽胸化痰,葛根升发清阳,川芎、延胡索行气止痛,水蛭、红景天活血通络,炒白术、茯苓健脾祛湿。二诊症减,然舌紫暗说明瘀血未化,加地鳖虫增强破血逐瘀之力,巩固疗效;三诊胸痛缓解,面色转润,舌络改善,继守方巩固。全程以草木药与虫类药相伍,既重益气活血治本,又借水蛭、地鳖虫之类深入络脉、祛瘀生新。治疗初期侧重化痰活血以缓解症状,待邪势渐退则转为益气扶正以固根本,体现痰瘀分消、益气通络之法不仅缓解症状,更促进斑块稳定甚至逆转。本案以益气活血化痰法治气虚血瘀、痰瘀互结之胸痹心痛,患者服药后胸痛、头晕等症明显缓解,面色、精神显著好转,舌脉亦趋平和,经持续近一年调治,诸症悉除。

6 气虚血瘀、湿热内蕴型

喻嘉言在《医门法律·中寒门》中揭示了胸痹的基本病机:“胸痹总因阳虚,故阴得乘之。”指出胸阳不振导致阴寒、痰浊、瘀血等病理产物痹阻心脉。《素问·评热病论篇》载“邪之所凑,其气必虚”,进一步阐明正气亏虚是发病的基础。湿邪重浊黏腻,易阻遏气机,导致气滞、气郁及经络痹阻;湿邪久蕴,可

化为湿热^[13]。贾钰华教授认为,心气不足,推动无力,致血行不畅,故瘀阻心脉为本;瘀血内停,湿热熏蒸,故阻滞气机为标。表现为胸闷胸痛、气短疲乏,舌暗红苔黄厚、脉弦细。辨为气虚血瘀,湿热内蕴证治疗当以益气活血以固本、清热祛湿以治标、通阳宣痹以畅胸膈。

验案:叶某,男,46岁。初诊:2025年1月9日。主诉:反复胸闷、胸痛、气促4个月余,加重1周。患者4个月前因“胸闷、胸痛3小时”于南方医科大学第七附属医院急诊就诊,冠脉CT血管造影示:左前降支近段狭窄75%~85%,第二对角支完全闭塞;右冠状动脉中段狭窄75%~85%,行右冠状动脉支架植入术。术后规律口服拜阿司匹林片剂(拜耳医药保健有限公司,国药准字:H20130192,规格:100mg/片,30片/盒,用法:2次/d)、瑞舒伐他汀片剂(广东东阳光药业股份有限公司,国药准字:H20203658,规格:10mg/片,14片/盒,用法:2次/d)治疗4周,仍间断出现胸闷、心悸,伴劳力性气促、疲乏。近1周症状加重。为求进一步中医药治疗,遂来南方医科大学南方医院贾钰华教授门诊就诊。现症见:胸闷胸痛,活动后气促,心悸时作,精神倦怠,纳差,眠欠佳,大便黏腻,小便黄。舌暗红,苔黄厚,脉弦细。西医诊断:冠心病(双支病变),冠状动脉支架植入术后状态,甲状腺功能亢进症,高脂血症。中医诊断:胸痹心痛(气虚血瘀,湿热内蕴证)。治法:益气活血、清热祛湿、通阳宣痹,予益气活血通络方加减。处方:黄芪30g,红景天10g,丹参15g,川芎10g,赤芍15g,红花10g,三七10g,黄连10g,瓜蒌15g,薤白10g,桂枝10g,延胡索15g,水蛭6g,白术15g,砂仁5g,木香10g,葛根15g,陈皮5g。共7剂,日1剂,水煎服。

二诊:2025年1月10日。患者服药后胸闷、胸痛、心悸未再发作,活动后气促明显缓解,精神转佳,纳眠改善,大便成形,小便转清。舌淡红,苔薄黄,脉细略弦。原方减黄连至5g,去薤白、桂枝、延胡索;加党参15g、茯苓15g、法半夏10g。共7剂,煎服法同前,巩固疗效。

随访:2025年4月9日,诸症状悉平,无胸闷、胸痛、气促等不适,精神饱满,纳寐俱佳。舌淡红,苔薄白,脉和缓有力。期间复查心电图均示正常,目前仍在门诊随访中。

按:本例属支架植入后胸痹,初诊见胸闷、气促

为胸阳不振、气虚推动无力;舌暗红,脉弦细为血行不畅、脉络瘀阻之象。标为湿热内蕴:见苔黄厚,与甲状腺功能亢进(肝郁化火)、高脂血症(痰浊内生)相关,湿热阻滞气机,加重胸痹。西医诊断为冠心病(双支病变),冠状动脉支架植入术后状态,甲状腺功能亢进症,高脂血症。中医辨证为胸痹心痛(气虚血瘀,湿热内蕴证)。在西医规范治疗基础上,予益气活血通络方加减。方中黄芪大补元气为君,红景天益气活血为臣,共扶正气;佐以丹参、川芎、赤芍、红花、三七、水蛭活血化瘀通络,黄连清热燥湿,瓜蒌、薤白宽胸化痰,桂枝、延胡索通阳止痛,白术、砂仁、木香健脾理气,葛根升发清阳,陈皮理气化痰。二诊时各症减轻,热象减轻,故减黄连用量,去薤白、桂枝、延胡索等温通之品,加党参、茯苓、法半夏增强健脾化痰之力。方以黄芪配水蛭补通兼施;黄连清湿热兼顾合并症,体现“病证结合”。全方益气活血改善微循环,清热祛湿调节代谢,与西药协同增效,既缓解症状,又预防冠脉再狭窄,彰显了中医学“既病防变”的治未病思想,为冠心病支架术后中西医结合管理提供了范例。本案以益气活血、清热祛湿法治疗支架术后气虚血瘀、湿热内蕴之胸痹心痛,患者服药后胸闷胸痛、气促、心悸诸症迅速缓解,精神纳寐转佳,经调治后症状悉平、心电图正常,体现了中药对冠心病介入术后综合征的显著疗效。

7 心肾阳虚、心血瘀阻型

《素问·阴阳应象大论篇》曰:“年四十,而阴气自半也。”阐明肾气随年龄增长而自然衰减的生理规律。由于肾为五脏阴阳之本,其虚衰直接影响心之阴阳,成为冠心病的重要病机基础^[1]。张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》中强调“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”,指出胸痹的病机是上焦阳气不足,下焦阴寒上乘,痹阻心脉,发为冠心病^[14]。贾钰华教授在临床发现,老年冠心病患者多属心肾阳虚、心血瘀阻证,表现为胸痛、神疲短气、四肢不温,舌淡暗,脉细弱。治疗当分缓急:急则回阳救逆、活血利水,缓则温补心肾、化瘀通络。

验案:陈某,女,61岁。初诊:1991年3月22日。主诉:突发心悸、胸闷胸痛3d。患者因“急性心肌梗死、急性心力衰竭”收住南方医科大学南方医院心内

科,经规范抗凝血治疗,采用正性肌力药和利尿剂等治疗3d症状未缓解,遂请贾钰华教授会诊。现症见:精神疲惫,心悸气短,胸闷胸痛,呼吸困难需端坐位,面色苍白,口唇紫绀,四肢不温,尿少。舌淡暗胖大边有齿痕,舌下络脉紫黑粗张,苔白滑腻,脉微弱。西医诊断:急性心肌梗死,急性心力衰竭。中医诊断:胸痹、心厥(心肾阳虚,心血瘀阻证)。治法:回阳救逆、活血利水,予回阳振心汤加减。处方:高丽参30g(另煎兑服),黑顺片30g(先煎),红花10g,黄芪60g,干姜10g,丹参30g,三七粉10g(冲服),赤芍30g,瓜蒌15g,麦冬15g,桂枝10g,葶苈子10g,车前子10g,鹿衔草10g,淫羊藿15g,炙甘草10g。共7剂,日1剂,水煎服。

二诊:1991年3月26日。患者服用回阳振心汤后,心悸气短减轻,胸闷胸痛发作频率及程度均缓解,可短暂平卧,呼吸困难改善。仍面色苍白、四肢不温,尿少。舌质淡暗胖大边有齿痕,苔白滑腻,脉弱。上方加当归尾15g、炒白术15g。共7剂,煎服法同前。

三诊:1991年4月2日。服二诊方后诸症明显缓解。精神较前好转,胸闷胸痛未再发作,呼吸平顺,可平卧安寐。面色转润,四肢转温,小便通利,大便调。舌淡暗胖大,苔白滑腻已化,脉细弱。继续上方7剂,煎服法同前,以期巩固疗效。

四诊:1991年4月9日。患者经治疗,症状基本消失,精神佳,体力渐复,已无胸闷、胸痛、呼吸困难。舌暗红,苔薄白,脉弦细。治法调整为温补心肾、化瘀通络。三诊方中高丽参、黑顺片、黄芪用量减半,去干姜、麦冬、葶苈子、车前子,加茯苓15g,三七粉减至6g。共14剂,煎服法同前。

五诊:1991年4月30日。患者服药后诸症悉平,日常活动已无不适,仅上楼时胸闷,休息后缓解。舌淡红苔薄白,脉细稍弦。调整处方:高丽参换为红参,黑顺片、当归尾减为10g,丹参减半,去桂枝加炒山楂15g,共14剂。患者坚持每月复诊,随证调方10余年,病情稳定。

按:本案属急性心肌梗死、急性心力衰竭危候,初诊见胸闷、胸痛、精神疲惫、心悸气短、端坐呼吸、面色苍白、唇绀肢冷、尿少,舌淡暗胖大边有齿痕,苔白滑,脉微弱,显系心肾阳虚、水气凌心之危候;兼见舌下络脉紫黑、口唇紫绀,为阳虚推动无力、心血

瘀阻之证。西医诊断为急性心肌梗死,急性心力衰竭。中医辨证属胸痹心厥(心肾阳虚,心血瘀阻证),急以回阳救逆为主,活血通络为辅。在西医治疗基础上,予回阳振心汤加减救治。方中重用高丽参、黑顺片为君回阳固脱;臣以红花、丹参、赤芍、三七粉活血通脉;佐黄芪、麦冬益气养阴,干姜、桂枝、瓜蒌通阳宣痹,鹿衔草、淫羊藿温补肾阳,葶苈子、车前子利水消肿;使以炙甘草和中。二诊症减而阳虚未复,加当归尾、炒白术增强活血健脾之力;三诊诸症渐平,继续服用二诊方巩固疗效。四诊时危候已解,病机转为阳气未充、瘀浊未净,治随证转,故治法调整为温补心肾、化瘀通络。减上方高丽参、黑顺片用量,去干姜、麦冬、葶苈子、车前子,加茯苓健脾渗湿,既固阳气复健中州。五诊时症状均好转,故黑顺片减量,以红参代高丽参平补气血,减当归尾、丹参等活血药量,加炒山楂活血消积兼护脾胃,终使阴阳渐调,气血得和。全治疗以回阳救逆启其机、活血通络贯其终,中医干预不仅助患者度过急性危候,更为长期调治奠定基础,终获病情稳定10余年之效。本案以回阳救逆、活血通络法论治心肾阳衰、血瘀水停之危候,患者经治后阳回厥愈,喘平痛止,终获长期稳定之效,彰显中医药救治急危重症的显著能力与独特优势。

8 小结

贾钰华教授提出“肝郁脾虚-湿热酿痰-痰瘀毒互结”的冠心病核心病机理论,确立活血化瘀、清热解毒为主,兼以益气祛痰、调畅情志的治疗原则。在长期临证中,贾钰华教授以病证结合、分期论治为纲,创立了定心方Ⅲ号、益气活血通络方、理气宣痹汤、回阳振心汤等系列复方,并系统归纳7类临床证型,以证统病,实现因机遣方、随证调药。其治冠心病强调调补兼施、调肝健脾、痰瘀分消,既注重虫类药物如水蛭、地鳖虫搜剔通络,亦善用黄芪、红景天等益气活血,更兼顾岭南湿热之地域特点,融清热化湿于全程。临床实践表明,其治法不仅能显著改善症

状,更可促进冠脉斑块稳定甚至逆转,体现了中医在冠心病防治领域既病防变、因地制宜、整体调治的独特优势,为中西医结合诊疗冠心病提供典型范例。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013:76-78.
- [2] 国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2024概要[J].中国循环杂志,2025,40(6):521-559.
- [3] 杨萍,贾钰华,李杰.定心方治疗南方地区冠心病心绞痛患者148例[J].中医杂志,2008,49(10):909-910.
- [4] 周风华,贾钰华,叶遂林,等.定心方联合胺碘酮治疗室性早搏:一项随机、双盲、多中心、安慰剂对照试验[J].数字中医药(英文版),2018,1(1):56-66.
- [5] 张丽芳,胡芳,程赛博,等.定心方Ⅲ号方调控JAK2/STAT3通路对肥胖小鼠脂肪炎症的影响[J].中国中西医结合杂志,2022,42(8):979-986.
- [6] 张宇,程赛博,赵丹丹,等.定心方上调ApoE^{-/-}小鼠PTEN表达抑制动脉粥样硬化形成的分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(24):111-115.
- [7] 刘晓瑜,程赛博,徐煜凌,等.基于ACE2-Ang(1-7)-Mas轴探讨定心方三号方改善人脐静脉内皮细胞功能的机制研究[J].中药新药与临床药理,2019,30(3):301-307.
- [8] 罗瑜,郑刚,齐婧,等.从肝论治冠心病机理探讨[J].内蒙古中医药,2014,33(29):97.
- [9] 王子宽,柳荫,刘军,等.冠心病患者冠状动脉病变范围及狭窄程度与中医证型相关性分析[J].陕西中医,2009,30(2):134-135.
- [10] 巫翠玲,鲁玉辉.从“初病湿热在经,久则瘀热入络”论治非酒精性脂肪肝[J].世界中西医结合杂志,2018,13(3):421-423,427.
- [11] 王永刚,齐婧,钟伟,等.冠心病中医病因病机的认识与探索[J].中医杂志,2015,56(17):1449-1452.
- [12] 徐双双,范艺,杨婵,等.中医药治疗冠心病痰浊证的研究进展[J/OL].陕西中医药大学学报,1-5[2025-03-13].<https://link.cnki.net/urlid/61.1501.R.20250312.1644.008>.
- [13] 林敏,姜胜攀,罗云.原发性肝癌的病机特点及证候演变规律探析[J].湖北中医药大学学报,2011,13(5):49-51.
- [14] 邱敏,孙科,陶劲,等.《金匱要略》胸痹“阳微阴弦”病机探微[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(2):151-152.

(本文编辑 田梦妍)