

# 王行宽辨治冠心病临床经验<sup>\*</sup>

刘慧慧<sup>\*</sup> 胡国恒<sup>▲</sup> 刘建和 张 稳 王行宽

**摘要** 王行宽教授认为,冠心病可从“胸痹”论治;心之气营亏虚为胸痹病证之本,痰瘀互结为病证之标,肝木失疏、气机失调贯穿疾病的全过程,应以“肝心同治”思想辨治胸痹;治疗上予以补益气营,豁痰化瘀,佐以疏肝解郁,运用经方或创制的经验方心痛灵方加减治疗该病,疗效明显。文章总结王行宽教授辨治冠心病的临床经验,体现其“多脏调燮、综合治理、杂病治肝”的学术思想。

**关键词** 冠心病;胸痹;经方;心痛灵方;临床经验;王行宽

冠心病是指由冠状动脉粥样硬化引起动脉管腔狭窄或闭塞,从而导致心肌出现缺血、缺氧的心脏病。《中国心血管健康与疾病报告2022》<sup>[1]</sup>指出,我国心血管疾病死亡人数在城乡居民疾病死亡构成比中占首位,我国心血管疾病患病人数3.3亿,其中冠心病人数1139万。目前,伴随经济的不断发展和人口老龄化加快,我国心血管疾病的发病率和死亡率均呈现不断增高的趋势,给患者家庭带来沉重的负担<sup>[2-3]</sup>。在西医方面,目前冠心病的治疗方法主要是抗血小板聚集、扩张冠状动脉、调脂稳斑、控制心室率等,但长期用药会产生不良反应和药物依赖性,且难以治愈<sup>[4-5]</sup>。中医药在治疗冠心病方面具有一定的优势,不良反应少,临床疗效显著<sup>[6-9]</sup>。

王行宽教授(以下简称为“王教授”)为首届全国名中医,第二至第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴。王教授在中医临床中工作50余载,擅长治疗内科疑难杂病,尤其在治疗冠心病方面积累了丰富的临床经验并有其独到见解,主张“多脏调燮、扶正祛邪、综合治理、杂

病治肝”的学术思想。冠心病归属于中医学“胸痹”“心痛”等范畴,可从“胸痹”论治。王教授认为,胸痹病证之本为心之气营亏虚,病证之标为痰瘀互结,此外,肝木失疏、气机失调贯穿疾病的全过程,应以“肝心同治”思想辨治胸痹。治疗上,王教授予以补益气营,豁痰化瘀,佐以疏肝解郁,创制经验方心痛灵方,临床疗效颇佳。笔者跟诊王教授学习,受益颇多,因此对王教授辨治冠心病的临床经验进行总结,以飨同道。

## 1 病机分析

**1.1 心之气营亏虚为胸痹病证之本** 胸痹多为本虚标实之证。由于心以气为用,心主血属营,正如《难经》所言“损其心者,调其营卫”,因此心之气营亏虚为胸痹病证之本<sup>[10-12]</sup>。气营充于血脉,能够助心生血,并且气营也能推动气血运行于全身,濡养温煦肢体经脉。心主血属营,心主血脉,心之营阴主要是由饮食水谷精微化生,化生的血液营养全身肢体和经脉,正如《素问·邪客》所言:“营气者……注之于脉,化而为血,以荣四末,内注五脏六腑。”<sup>[13-14]</sup>心主血脉,脉为血之府,是血液运行的通路,也是营气运行之处。心以气为用,心气能够充养血脉,推动心血运行于全身,促使心血温煦濡养肢体<sup>[15]</sup>。《灵枢·天年》曰:“血气已和,荣卫已通……神气舍心,魂魄毕具。”可见,心之气营对心之功能的正常发挥起着重要作用,心之气营充足,则心之功能正常<sup>[16]</sup>。因此,王教授认为心之气营亏虚为胸痹病证之本。

**1.2 痰瘀互结为胸痹病证之标** 痰浊和瘀血是胸痹发病过程的重要病理因素。《医林改错》曰:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”心之气

<sup>\*</sup>基金项目 国家自然科学基金项目(No.81573941);国家中医药管理局“胡国恒全国名老中医药专家传承工作室”建设项目(No.国中医药人教函〔2022〕75号);国家中医药管理局“王行宽全国名中医传承工作室”建设项目(No.国中医药办人教函〔2018〕119号);湖南省卫健委科研发课题项目(No.20201617);湖南中医药大学研究生创新课题项目(No.2023CX05);湖南中医药大学中医学国内一流建设学科(No.湘教通〔2018〕469号)

<sup>\*</sup>作者简介 刘慧慧,女,在读博士研究生。研究方向:中医药防治心脑血管疾病。

<sup>▲</sup>通信作者 胡国恒,男,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。研究方向:中医药防治心脑血管疾病。E-mail: hugh9198@163.com

• 作者单位 湖南中医药大学第一附属医院(湖南长沙410007)

营亏虚,心气推动和温煦功能减退,血液运行不畅或迟缓,形成瘀血这一病理因素<sup>[17]</sup>。《金匱要略·水气病脉证并治》曰“血不利则为水”,血液瘀阻心脉,影响水液代谢,水液代谢失调,痰浊内生,则形成痰浊这一病理因素<sup>[18]</sup>。体内痰浊水饮的存在,又会影晌气机,使血液运行受阻,造成瘀血的进一步加重。痰浊、瘀血痹阻胸中,胸中气机不畅,引起胸痹心痛等症<sup>[19-20]</sup>。同时,瘀血和痰浊阻滞,气机失调,则会使心之气营亏虚加重,形成恶性循环,如《血证论》曰“水与血相为倚伏”“水病则累血,血病则累气”“血积既久,其水乃成”。因此,王教授认为痰瘀互结为胸痹病证之标。

**1.3 肝木失疏、气机失调贯穿疾病的全过程** 肝与心在生理病理上紧密相关,肝在五行中属木,心属火,肝为心之母,肝主藏血、主疏泄,心主血脉,气血的正常运行不仅依赖心主血脉、心气温煦推动功能的正常发挥,也与肝主疏泄及肝藏血功能的正常发挥密切相关<sup>[21]</sup>。正如《明医杂著·医论》所言:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏。”肝主疏泄,调畅气机,若情志失调,肝主疏泄功能失职,脏腑气机失调,血液运行不畅,甚或心血逆乱,心气亏虚,导致心病,即母病及子<sup>[22-23]</sup>。同时,肝主疏泄功能失职,少阳气机不利,肝气郁结,引起气血运行不畅,气血痹阻于心脉,导致胸痹心痛,正如巢元方在《诸病源候论》中曰:“手少阳之脉……邪气迫于心络,心气不得宣畅……故烦满而又胸肋痛也。”此外,肝气郁结又可横乘脾土,则气血生化不足,导致心之气营更虚;气虚推动温煦功能减退,血液运行迟缓,水液代谢失调,则痰浊瘀血互结更甚。因此,胸痹的发生与肝密切相关<sup>[24-25]</sup>。在治疗上,陈士铎在《石室秘录·双治法》中提出“病心致痛,理宜治心……盖心气之伤……补其肝而心君安其位矣”,认为胸痹心痛需要肝心同治或从肝治心,不能只注重治心<sup>[26]</sup>。因此,王教授认为肝木失疏、气机失调贯穿胸痹发病的全过程,坚持从肝论治胸痹心痛,提倡肝心同治。

## 2 治法方药

王教授认为,胸痹的基本病机为心之气营亏虚,痰瘀互结,肝木失疏,肝心失调,故其基本治法当为补益心之气营,祛痰化瘀,疏肝解郁,肝心并治。

**2.1 善用经方治疗胸痹** 王教授辨治胸痹心痛常选用经方,如小柴胡汤、小陷胸汤、生脉散、瓜蒌薤白半夏汤等,临证以柴胡陷胸汤合生脉散加减作为治疗胸痹心痛的主方。柴胡陷胸汤具有和解少阳、疏肝解

郁、清热化痰、宽胸散结之功,方中柴胡疏肝解郁、疏通胸中气血;黄芩清热燥湿;法半夏能消心腹、胸膈之痰热满结;生姜辛散温通,可增强行气解郁之功效;黄连、瓜蒌皮与法半夏同用清热化痰、宽胸散结;桔梗祛痰;枳实疏肝理气解郁。生脉散由人参、麦冬、五味子组成,主要针对心之气营亏虚之本。方中人参甘、温,大补心气,作为君药;麦冬滋阴,为臣药,人参和麦冬合用补益心之气阴;五味子酸、甘,可益气生津敛阴,既能进一步补气阴,又能防止气阴外泄,为佐药,三药合用共奏补心之气营之效<sup>[27]</sup>。因胸痹病理因素尚有瘀血,王教授在临床上常加用丹参、川芎等药物来活血化瘀<sup>[28]</sup>。以上诸药合用,共奏补益气营,疏肝解郁,祛痰化瘀,宽胸散结之效,可肝心同治。

**2.2 创制经验方治疗胸痹** 除上述经方,王教授在临床多年实践中,创制经验方心痛灵 I、II、III号方加减治疗胸痹。心痛灵 I号方药物组成:人参、白芥子、川芎、公丁香、姜黄、九香虫、熊胆。心痛灵 II号方是在 I号方的基础上,去姜黄、熊胆和公丁香,加丹参、柴胡和郁金以加强活血化瘀和疏肝解郁之功效。心痛灵 II号方比 I号方疏肝解郁功效更强,更能体现从肝治心、心痛治肝的学术思想。心痛灵 III号方药物组成包括人参、川芎、郁金、法半夏、九香虫、柴胡、黄连、瓜蒌皮、丹参、白芥子,为心痛灵 II号方合小陷胸汤而成。III号方在 II号方的基础上加强了疏肝解郁、清热豁痰之效,体现了王教授以“肝心同治”思想辨治胸痹心痛的思想。方中人参大补元气;川芎、白芥子、九香虫行气豁痰、活血止痛;柴胡、郁金行气疏肝解郁;丹参活血通心络,丹参配柴胡,疏肝且治心,针对了肝木失疏、肝心失调的重要病机;黄连、法半夏、瓜蒌皮同用,功效为清热化痰、宽胸散结。心痛灵 III号方全方通补兼施,标本兼顾,共奏补益气营,疏肝解郁,祛痰化瘀,宽胸散结之功效<sup>[29-30]</sup>,临床上用于治疗胸痹心痛(冠心病),证属心之气营亏虚,痰瘀互结。

**2.3 临床上注重加减化裁** 王教授在临床上善于根据患者症状、合并的病症进行加减用药。若瘀血较重,可加赤芍、桃仁、红花或合失笑散增加活血化瘀之效;若胸闷明显,可加薤白增强宽胸理气之效;若肝气郁滞明显,加白芍、香附、当归、枳实等加强疏肝、柔肝之效;若合并高脂血症,可加山楂消食导滞,泽泻利湿泄浊;若合并心力衰竭伴下肢水肿,可合用苓桂术甘汤加减以通阳利水消肿;若合并糖尿病,可加生地黄、天花粉、麦冬、知母、百合清热滋阴生津。

### 3 验案举隅

刘某,女,66岁,2023年9月10日初诊。主诉:胸痛、胸部憋闷感伴心悸1年余。患者近1年来出现胸痛,胸部憋闷感,呈间断发作,于劳累后或活动后加重,每次持续数分钟,舌下含服丹参滴丸或休息后胸痛、胸部憋闷症状稍有减轻,伴心悸,气短,乏力明显,时有活动后气促,口苦,偶有头晕,头痛,纳食可,夜寐欠安,二便调。舌红,苔黄厚腻,脉弦。患者既往有冠心病病史6年余,于2021年行经皮冠状动脉介入术(PCI术),并有高脂血症、高血压病史,现定期服用氯吡格雷、阿托伐他汀钙片、厄贝沙坦。查体:BP 130/74 mmHg(服用降压药后)。西医诊断:①冠心病PCI术后;②高脂血症;③高血压病。中医诊断:胸痹,辨为心之气营亏虚,痰瘀互结证。治法:补益心之气营,祛痰化瘀,疏肝解郁,肝心并治。处方予心痛灵Ⅲ号方加减,药用:党参15 g,法半夏10 g,川芎10 g,柴胡10 g,九香虫6 g,郁金10 g,黄连6 g,丹参15 g,白芥子10 g,甘草6 g,首乌藤15 g,薤白10 g,香附10 g,瓜蒌皮10 g,枳实10 g。14剂,水煎,每天1剂,早晚各1次,温服。

2023年11月2日二诊:胸痛、胸部憋闷感较前稍有好转,程度减轻,仍有心悸,气短,活动后气促,时有乏力,头晕不痛,口苦,纳食可,夜寐欠安,梦多,二便调。舌红,苔黄腻,脉弦。查体:BP 132/82 mmHg(服用降压药后)。守上方合失笑散(五灵脂10 g,蒲黄10 g),加忍冬藤15 g,炒酸枣仁15 g。20剂,水煎,每天1剂,早晚各1次,温服。

2023年11月26日三诊:胸痛、胸部憋闷感较前明显好转,发作频率降低,心悸、气短、乏力、活动后气促明显减轻,偶有头晕,无口苦,纳寐可,二便调。舌红,苔腻微黄,脉弦。查体:BP 126/76 mmHg(服用降压药后)。患者服药后症状明显减轻,守上方去炒酸枣仁,加麦冬15 g。14剂,水煎,每天1剂,早晚各1次,温服。嘱患者畅情志,适当锻炼,劳逸结合。

按 王教授认为,胸痹病机以心之气营亏虚为本,痰瘀互结为标,肝木失疏贯穿疾病始终。患者主诉为胸痛、胸部憋闷感伴心悸1年余,因患者既往有冠心病病史,曾行PCI术,故西医明确诊断为冠心病PCI术后;中医主症为胸痛、胸部憋闷感、心悸、气短、活动后气促,故中医辨病为胸痹。结合患者症状和舌脉,中医辨证为心之气营亏虚,痰瘀互结证。初诊时,王教授针对疾病病机特点,治以补益心之气营,祛痰化瘀,疏肝解郁,肝心并治之法,予以心痛灵Ⅲ号方,

并配伍香附、枳实疏肝理气解郁;薤白宽胸理气;首乌藤养血安神;甘草调和诸药。二诊时,患者诉药后胸痛、胸部憋闷感较前稍好转,程度减轻,仍有心悸、气短、活动后气促,时有乏力,头晕不痛,口苦,守上方合失笑散以活血化瘀;加忍冬藤增强通络止痛之功;仍夜寐欠安,故加炒酸枣仁增强养心补肝,宁心安神之效。三诊时,患者诉药后胸痛、胸部憋闷感、心悸、气短、活动后气促、头晕头痛等症状均较前明显好转,夜寐已正常,故守上方去炒酸枣仁;虑及痰浊、瘀血互结日久,易于化热伤阴,故加麦冬以养阴生津。药后患者病情尚稳定,胸痹相关症状亦明显减轻,余症均已好转。

### 4 结语

王教授认为,心之气营亏虚为胸痹病证之本,痰瘀互结为胸痹病证之标,肝木失疏、气机失调贯穿疾病全过程,应以“肝心同治”思想辨治胸痹。在治疗方面,王教授予以补益气营,豁痰化瘀,佐以疏肝解郁,运用经方或创制的经验方心痛灵方加减治疗,同时嘱患者注意调节情志,临床疗效颇佳。这体现了王教授“多脏调燮、综合治理、杂病治肝”的学术思想。

### 参考文献

- [1]胡盛寿,王增武.《中国心血管健康与疾病报告2022》概述[J].中国心血管病研究,2023,21(7):577-600.
- [2]SHAYA G E, LEUCKER T M, JONES S R, et al. Coronary heart disease risk: low-density lipoprotein and beyond[J]. Trends Cardiovasc Med, 2022, 32(4): 181-194.
- [3]ALMARZOOQ Z I. The cost of coronary heart disease and the promise of prevention[J]. Eur J Prev Cardiol, 2022, 29(6): e213-e215.
- [4]DU J, WU W, ZHU B, et al. Recent advances in regulating lipid metabolism to prevent coronary heart disease[J]. Chem Phys Lipids, 2023, 255: 105325.
- [5]TIAN Y, DENG P, LI B, et al. Treatment models of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease and related factors affecting patient compliance[J]. Rev Cardiovasc Med, 2019, 20(1): 27-33.
- [6]HAO P, JIANG F, CHENG J, et al. Traditional Chinese medicine for cardiovascular disease: evidence and potential mechanisms[J]. J Am Coll Cardiol, 2017, 69(24): 2952-2966.
- [7]陈家祥,赵一桐,王月华,等.传统中医药在冠心病治疗中的作用[J].吉林医药学院学报,2023,44(3):221-223,227.
- [8]陈纪辉,张晓因,王泽平,等.从六经辨证角度探讨冠心病的治疗策略[J].中国中医急症,2023,32(6):1016-1019.
- [9]许明良,冯蓓蓓,谭波,等.中医药治疗冠心病的现代研究进展[J].中国合理用药探索,2023,20(11):131-136.
- [10]王晓红,李晓.“损其心者,调其营卫”探析[J].亚太传统医药,2019,15(3):110-111.
- [11]王钰,隋艳波,邹国良,等.名中医刘莉基于“损其心者,调其营卫”

(下转第29页)