

【中西医结合】

# 基于疏肝理气法探讨何卫士老师柴胡方治疗冠心病心绞痛（气滞血瘀证）的辨证思路与疗效观察

马莉萍<sup>1</sup> 何卫士<sup>2\*</sup>

1. 新郑市观音寺中心卫生院中医科；2. 郑州市中心医院中医科

**摘要：**目的 探讨基于疏肝理气法的何卫士老师柴胡方治疗冠心病心绞痛（气滞血瘀证）的辨证思路及临床疗效。方法 选取2024年8月-2025年8月收治的104例冠心病心绞痛（气滞血瘀证）患者，随机分为观察组（52例）与对照组（52例）。对照组予常规西医治疗，观察组加用何卫士老师柴胡方，疗程4周。比较两组心绞痛症状改善、中医证候积分及心肌损伤标志物水平。结果 观察组心绞痛总有效率92.31%（48/52），高于对照组76.92%（40/52）， $\chi^2=4.331$ ， $P=0.037$ ；治疗后观察组中医证候积分（ $4.21\pm 1.35$ ）分、肌钙蛋白I（ $0.08\pm 0.03$ ）ng/mL，均低于对照组（ $6.89\pm 1.57$ ）分、（ $0.12\pm 0.04$ ）ng/mL， $t$ 值分别为9.872、6.543， $P$ 均 $< 0.001$ 。结论 何卫士老师柴胡方联合西医治疗冠心病心绞痛（气滞血瘀证）疗效确切，可显著改善症状、降低心肌损伤，其疏肝理气的辨证思路具有重要临床价值。

**关键词：**疏肝理气法；何卫士；柴胡方；冠心病心绞痛；气滞血瘀证；辨证思路；疗效观察

**DOI：**10.65976/3078-8137.2026.01.003

冠心病心绞痛属中医“胸痹”“心痛”等范畴。随着人口老龄化的加剧，其发病率呈逐年上升的趋势，疾病的出现严重威胁着人们的生命和健康。中医对本病认识历史悠久、源远流长。多项研究证实<sup>[1]</sup>：气滞血瘀为冠心病心绞痛（CHD）的核心病机之一。情志不畅、肝气郁结引起气机阻滞，血行运行不畅通，瘀滞心脉，引起胸闷、胸痛等症状出现。疏肝理气法为治疗胸痹心痛的重要治法，该法能改善气机，缓解心肌缺血状态<sup>[2]</sup>。何卫士老师长期从事心血管病的中医药诊治，以疏肝理气为基础，创制特色柴胡方，何老师在临床上治疗气滞血瘀证冠心病心绞痛（气滞血瘀证）经验丰富，疗效显著。基于此，本文分析基于疏肝理气法探讨何卫士老师柴胡方治疗冠心病心绞痛（气滞血瘀证）的辨证思路与疗效。

## 1 资料及方法

### 1.1 基线资料

选取2024年8月至2025年8月在医院就诊的104例冠心病心绞痛（气滞血瘀证）患者作为研究对象，其中男性56例，女性48例，年龄为45~78岁，平均年龄（ $61.35\pm 6.72$ ）岁。纳入标准：符合《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》中冠心病心绞痛的诊断标

准；中医辨证符合《中医内科学》中气滞血瘀证诊断标准，主症为胸闷、胸痛，次症为情志抑郁、善太息、舌紫暗或有瘀斑瘀点、脉弦涩；患者知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并急性心肌梗死、严重心力衰竭、心律失常等严重心血管疾病者；合并肝肾功能不全、造血系统疾病、恶性肿瘤等严重器质性疾病者；对本研究用药过敏者；妊娠或哺乳期女性；精神疾病患者；近1个月内接受过相关中医特色治疗者。将104例患者采用随机数字表法分为观察组与对照组，每组各52例，两组患者性别、年龄等基线资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 方法

对照组采用西药常规治疗，口服阿司匹林肠溶片（国药准字H13023363，生产厂家：邯郸溢荣制药有限公司）100 mg，1次/d；口服阿托伐他汀20mg（国药准字H20203358，生产厂家：天地恒一制药股份有限公司），每晚1次；单硝酸异山梨酯缓释片40mg（国药准字H19991039，生产厂家：鲁南贝特制药有限公司），口服1次。根据心绞痛发作情况，暂时含服硝酸甘油片（国药准字H44020910，生产厂家：石家庄市华新药业有限责任公司）0.5 mg。观察组采用何卫

**基金项目：**郑州市中医药青苗人才培养项目（郑卫中管〔2023〕26号）；郑州市县级名老中医（何卫士）传承工作室建设项目（郑卫中医科教〔2024〕8号）。

士老师的柴胡方：柴胡 12g，香附 10g，郁金 10g，川芎 10g，丹参 15g，赤芍 12g，枳壳 8g，甘草 6g。胸痛者加延胡索 10g，川楝子 8g；气短乏力者，选择黄芪 15g、党参 12g。以上药物均由中药房统一配制，每剂 400 mL，分早、晚两次服下，一次 200ml，1 次 /d，两组均用药 4 周，在治疗过程中，工作人员嘱咐患者少盐少脂饮食、避免情绪波动、作息规律。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 心绞痛症状改善情况

观察并记录两组患者治疗前后心绞痛发作频率、每次发作持续时间及硝酸甘油用量。参照《中药新药临床研究指导原则》制定疗效判定标准：显效为心绞痛发作频率减少  $\geq 80\%$ ，持续时间缩短  $\geq 80\%$ ，硝酸甘油用量减少  $\geq 80\%$ ；有效为心绞痛发作频率减少 50%~79%，持续时间缩短 50%~79%，硝酸甘油用量减少 50%~79%；无效为未达到上述有效标准，甚至加重。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。

#### 1.3.2 中医证候积分变化

参照《中医内科学》中气滞血瘀证辨证标准，制定中医证候积分量表，对胸闷、胸痛、情志抑郁、善太息、舌紫暗、脉弦涩等症状进行分级评分，无症状为 0 分，轻度为 2 分，中度为 4 分，重度为 6 分，总积分越高提示证候越严重。分别于治疗前、治疗后对两组患者进行证候积分评估，计算积分改善率。

#### 1.3.3 心肌损伤标志物水平

分别于治疗前、治疗后采集两组患者空腹静脉血 5mL，离心分离血清后，采用全自动生化分析仪检测肌钙蛋白 I (cTnI)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 水平，检测操作严格遵循仪器及试剂说明书。

### 1.4 统计学原理

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理分析。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，组内治疗前后比较采用配

对  $t$  检验，组间比较采用独立样本  $t$  检验，多组间比较采用单因素方差分析 ( $F$  检验)；计数资料以  $[n, \%]$  表示，比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者心绞痛症状改善情况比较

治疗 4 周后，观察组心绞痛总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前，两组患者中医证候总积分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，两组患者中医证候总积分均较治疗前显著降低，且观察组降低幅度大于对照组，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。详见表 2。

### 2.3 两组患者治疗前后心肌损伤标志物水平比较

治疗前，两组患者 cTnI、CK-MB 水平比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，两组患者 cTnI、CK-MB 水平均较治疗前显著降低，且观察组低于对照组，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。详见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心肌损伤标志物水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	cTnI (ng/mL)	CK-MB (U/L)
观察组	52	治疗前	0.21 $\pm$ 0.06	28.65 $\pm$ 4.32
		治疗后	0.08 $\pm$ 0.03	18.23 $\pm$ 3.15
$t$			15.678	14.325
$P$			< 0.001	< 0.001
对照组	52	治疗前	0.20 $\pm$ 0.05	28.34 $\pm$ 4.21
		治疗后	0.12 $\pm$ 0.04	22.56 $\pm$ 3.47
$t$			9.876	8.654
$P$			< 0.001	< 0.001
组间 $t$ 值			6.543	6.231
组间 $P$ 值			< 0.001	< 0.001

表 1 两组患者心绞痛症状改善情况比较  $[n, \%]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	52	32 (61.54%)	16 (30.77%)	4 (7.69%)	48 (92.31%)
对照组	52	20 (38.46%)	20 (38.46%)	12 (23.08%)	40 (76.92%)
$\chi^2$					4.331
$P$					0.037

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$	$P$
观察组	52	14.32 $\pm$ 2.15	4.21 $\pm$ 1.35	32.654	< 0.001
对照组	52	14.18 $\pm$ 2.23	6.89 $\pm$ 1.57	21.347	< 0.001
$t$		0.321	9.872		
$P$		0.749	< 0.001		

### 3 讨论

#### 3.1 冠心病心绞痛（气滞血瘀证）的中医病机探析

祖国医学指出，冠心病心绞痛（CHD）发病机制涉及心、肝、脾、肾多脏器功能失调，肝气郁结、气滞血瘀为本病的核心病机<sup>[3]</sup>。肝主疏泄，调节周身气机，倘若患者情绪失调、劳累过度等因素，引发肝气郁结，疏泄失常，则气机阻滞不畅。气为血之统帅，气行则血行，气滞导致血滞，瘀血内生，心脉受阻，不通则痛，发为胸痹心痛。相关研究显示<sup>[4]</sup>：气滞血瘀证于冠心病心绞痛患者占比较高，本病患者的临床表现以胸闷、胸痛为主，且多与情绪波动有关，患者常伴有情志抑郁、善太息等肝气郁结症状。可见，肝气郁结、气滞血瘀为冠心病心绞痛（气滞血瘀证）发病的关键环节。

#### 3.2 疏肝理气法在冠心病心绞痛治疗中的理论依据

由于“肝气郁结、气滞血瘀”为冠心病心绞痛（气滞血瘀）的核心病机，疏肝理气法是其主要治则<sup>[5]</sup>。该治疗法则以疏肝解郁调畅气机为核心，针对患者经恢复肝脏的疏泄功能，促气行气，促瘀消瘀，达到“气行血行”“通则不痛”的治疗目标。中医理论认为肝与心有密切关系，肝主疏泄，可助心行血，若肝气疏泄正常，则心脉通畅，气血运行有序；与之相反，肝气郁结，会影响心脉的气血运行，造成心脉瘀阻。相关研究指出<sup>[6]</sup>，针对此类患者，应用疏肝理气类中药治疗疾病，能经过多途径、多靶点的心血管保护作用，不但能改善病患情绪状态，还会调节机体的血液循环，减轻心肌缺血缺氧程度。

#### 3.3 何卫士老师柴胡方的组方思路与配伍特色

何卫士老师基于疏肝理气法，创造柴胡方，和冠心病心绞痛（气滞血瘀证）的“肝气郁结，气滞血瘀”病机特点，组方严谨，配伍精细。方剂内的柴胡为君药，味苦、辛，性微寒，归肝、胆经，具疏肝解郁、调畅气机之功效，可直达病所；有效恢复肝的疏泄功能，从根本上解决气滞之症；香附、郁金、枳壳为臣药，香附具有疏肝理气、调经止痛的作用，郁金具有活血化瘀、行气解郁的作用，枳壳具有破气消积、化痰散痞的效果<sup>[7]</sup>。三者合用，既能增强疏肝理气的功效，又能兼顾活血化瘀的功效。川芎、丹参、赤芍为佐药，川芎具有活血化瘀、祛风止痛的功效，被誉

为“血中气药”。丹参为活血凉血要药，具有活血化瘀、活血止痛的功效；赤芍清热凉血，散瘀止痛，三药合用，共同发挥活血化瘀，通痹止痛，疏通心脉的功效<sup>[8]</sup>。甘草味甘，性平，心、肺、脾、胃经，具有补中、清热解毒、调和诸药的功效。其能中和药物的药性，达到补而不滞、行而不损的作用。佐使配伍得当，全方君臣共同发挥疏肝理气，活血化瘀，通痹止痛的功效，精准契合气滞血瘀型冠心病心绞痛发病机制的需求。

综上所述，何卫士老师柴胡方联合西医治疗冠心病心绞痛（气滞血瘀证）疗效确切，可显著改善症状、降低心肌损伤，其疏肝理气的辨证思路具有重要临床价值。

#### 参考文献：

- [1] 李赵陵,段练,李军.温阳活血为主辨治冠心病介入术后心绞痛的体会[J].辽宁中医杂志,2024,51(10):19-22.
- [2] 韩晓萌,刘悦,赵誉,等.基于肠道菌群探讨从“肝脾同调”论治冠心病科学内涵[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(05):65-70.
- [3] 刘真,陈丹丹,付达.解郁清心宁神方治疗冠心病合并郁证经验[J].现代中西医结合杂志,2023,32(09):1235-1239.
- [4] 皇甫海全,黄慧春,于海睿,等.加味柴胡桂枝汤治疗气滞血瘀型冠心病稳定型心绞痛伴焦虑/抑郁的临床研究[J].南京中医药大学学报,2023,39(11):1122-1128.
- [5] 王昀,贾元萍,王晨,等.基于因子分析及关联法则挖掘中医药治疗冠心病心绞痛合并焦虑抑郁用药规律[J].世界中西医结合杂志,2022,17(01):13-18.
- [6] 王思佳,杨珂,姚文强,等.基于“心肝同治”探讨干预细胞焦亡对冠心病的影响[J].中医学报,2023,38(02):233-237.
- [7] 王赞,蒋腾莹,宋耀鸿.基于“形神一体”理论辨治快速性心律失常[J].环球中医药,2024,17(08):1589-1593.
- [8] 赵孟凡,黄斌,邢冬月,等.柴胡疏肝散联合体外反搏对冠心病介入术后患者焦虑抑郁状态和心肺功能的影响[J].陕西中医,2025,46(03):339-344.