基于心气虚证“以证统病”之心系疾病辨治模式探析

张婧裔，赵翌辰，李冀*
黑龙江中医药大学，黑龙江 哈尔滨 150040

摘要 心系疾病临床表现复杂多样，常合并多种疾病，显著增加了诊疗难度和临床风险。“以证统病”是以证候为核心，将不同疾病纳入统一病机框架进行整体把握。该模式强调通过全面辨析基础证候群、抓住核心病机，并与病情动态演变相结合，实现复杂临床问题的简化处理。病情演变虽遵循一定规律，但绝非机械套用，而需与“证”有机结合、灵活运用。心气虚是心系疾病发生发展过程中的重要病机。基于心气虚证，本文系统整合了心系疾病演变的三大规律：心气虚四级分度理论（量化证候严重程度）、脏腑累积三阶层学说（阐释病变传变路径）以及“水湿－痰浊－血瘀”病理转化（揭示病理产物演变），以此框架构建了心系疾病的管理模式，在兼顾同证共性同时总结了病位、病势、程度、兼证、兼病五个方面的异质性特征。本文旨在为心系疾病的临床管理提供具有中医特色的诊疗思路，通过优化辨证思维提升临床疗效。

关键词 以证统病；心系疾病；管理模式；心气虚证
中图分类号：R22 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2026）10－0007－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.260195

“以证统病”是以证为中心，将各种疾病归纳在“证”之下，研究“证”的发生发展、转归及预后，并探讨证与病诊断和疗效关系的一种研究模式[1]，是中医及中西医病证结合临床实践与研究的重要模式之一[2]。焦一鸣较为系统地提出该模式，其以中医理论为纲，着眼于共性证候（病机），同时兼顾疾病特殊性，从而构成具有异病同治理念的诊疗干预和研究方法[3]。心血管疾病是全球范围内导致患者死亡和残疾的主要原因之一。尽管现代医学在其治疗方面取得了显著进展，然而面对多种心血管疾病合并出现、病情复杂的情况，其发病率和致死率仍居高不下[4]。心系疾病发生发展过程中，普遍存在围绕心气虚的病机变化。基于此，本文以心气虚证为切入点，探索心系疾病的共性特点和相关性，拟初步探寻基于心气虚证的“以证统病”心系病管理模式，系统梳理病证关联及辨治要素，以期为临证提供参佐。

1 “以证统病”的概念辨析

1.1 “以证统病”的内涵

“以证统病”这一理念的核心包含“证”与“病”两个关键要素。其中，“证”反映的是疾病发展过程中某一特定阶段或类型的病理本质，表现为动态变化的阶段性特征。同一疾病在不同病理阶段可呈现不同证型，并产生相应的临床表现。“病”指疾病，具有特定病因、相对固定的发病特点以及一定进展规律的疾病实体。证是疾病空间分布中的关键节点，而病则是将这些节点串联起来的时间序列[5]。“以证统病”源于中医辨证论治思想，其以病机为出发点，将一个或若干个同病机的证型、证素、症状归纳成一个有统一病机规律的证候序列[6]，在此基础上，结合患者所患疾病的具体病理特点和病程演变规律，形成“以证为纲、先证后病”的诊疗模式。

1.2 “以证统病”的优势

“以证统病”的优势有四。第一，在临床诊断方面具有独特价值。当患者出现症状但西医学检查未发现明确疾病，或存在共病难以区分主次时，采用“以证统病”模式能充分发挥辨证论治优势。通过抓住核心病机，可在复杂病情中精准把握关键证候，从而明确诊疗方向。第二，集中体现中医整体观念。该模式既彰显

收稿日期：2025－07－17 **修回日期**：2026－05－08
基金项目：国家自然科学基金项目（81874426）；国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目——李冀全国名老中医药专家传承工作室（国中医人发〔2014〕20 号）；中医药传承与创新“百千万”人才工程（岐黄工程）岐黄学者项目（中国中医药人教函〔2018〕284 号）
作者简介：张婧裔（2001－），女，硕士研究生，研究方向：中医临床方药学研究。
*通信作者：李冀（1960－），男，博士，教授，博士生导师，主要研究方向：方剂配伍规律。

异病同治的诊疗特色,又融合了“证”与“病”的时空特性和整体关联,是中医基础理论综合运用的典范。第三,更切合真实的诊疗环境。在临床上,同证候系疾病往往相互演进或合并发生,通过把握病机共性,既可探索跨病种的共性治疗方案,又能观察疾病间的转化规律,为构建联合临床试验方案提供依据。相较于“以病统证”的中医临床研究模式,“以证统病”更能反映中医学以证候为核心的诊疗思维,更契合真实世界的病变历程[6]。第四,为基于证候的新药研发提供理论支撑。作为中药注册的特色模式,证候类新药紧扣“证候”这一中医诊疗核心,相较于其他类别,“以证统病”模式更加符合中医对疾病的认识规律和诊疗路径[7]。

1.3 “以证统病”的临床运用方法

在临证中应用“以证统病”模式,关键在于深刻认识证候的来源,准确掌握不同证的特质。“横向”辨析全面把握基础证候群。这要求医生对患者的证候特征进行系统评估,包括四诊信息的全面采集和综合分析,确保对证的认识客观真实。另外,“纵向”掌握病情演变规律。在明确基础证候后,动态观察证候的时序变化特征,深化对证候来源的理解,提高辨证的准确度。这种“横向 - 纵向”相结合的辨证方法,既保证了证候判断的全面性,又增强了辨证的精准性,为后续论治奠定了坚实基础。

2 心系疾病共性病机与演变规律探析

辨证论治作为中医学的核心特色与理论精华,集中体现了中医诊疗体系的科学性和先进性。其中,准确辨证是实施有效治疗的前提条件,其准确程度直接决定着临床疗效[8]。基于此,本文以心气虚证为切入点,寻找心系疾病的共性病机,试探讨心系疾病的临床管理模式。其共性病机主要从心气虚证的四级分度理论、脏腑功能累积的三阶层演变规律、“水湿 - 痰浊 - 血瘀”的病理转化过程三个维度展开。通过这种多维度的辨证方法,为全面认识疾病的本质特征提供了依据。需要注意的是,辨证过程中获取的临床信息越充分,对疾病的辨识就越精准,才能显著提升临证辨证能力。

2.1 心气虚四级分度理论

心气虚的四级分度理论由郑源庞等[9]提出,其应用阻抗心动图的一阶导数与二阶导数相结合的时相定点方法,通过与此相关的各项心功能指标参数的运算,提出心气虚证的定量分度。其主要对心功能指标 C 波振幅(dz/dtmax)、HeatherIndex(HI)、QB/BX、心脏指数(CI)、A/C 或 O/C 进行量化研究,规定其异常临界值,结果表明心气虚与心气未虚两组的五项指标异常例数具有统计学差异,并以其异常指标多少作为心气虚量化分级的评判标准,其符合率达了 78.08%[9]。另外,其将心气虚分为四级,凡符合两项者为Ⅰ级心气虚、三项者为Ⅱ级、四项者为Ⅲ级、五项者为Ⅳ级[9]。这样的分级通过规范化的指标揭示了心气虚证衍变规律,具有较强的临证符合度,有助于把握心气虚证的程度变化,提升临证诊断的精确性。

2.2 脏腑功能累积三阶层

基于临证实践与理论探索,本文提出“脏腑累积三阶层”学说,系统阐述心气虚证的发展演变规律。第一阶层,心气虚直接影响脾、胆、肝。其一,心虚不能温运,火不生土,导致脾气虚衰。何立人指出脾胃居于心下,为心火敷布之处,在治疗心系疾病时常常要注重健脾和胃,进一步证实心脾关系密切[10]。其二,心气虚衰,影响胆的功能。心主神明而胆主决断,心气安逸,则胆气不怯,若心胆气虚则心神不安,惊恐内生,《灵枢·经脉》云:“是动则病口苦,善太息,心胁痛不能转侧”“是主心所生病者,目黄,胁痛”指出了心病对胆的影响。其三,木与火的“母子关系”决定了肝与心的生理、病理关系密切。唐容川在《血证论》中指出:“肝者,贯阴阳,统气血,居真元之间,握升降之枢者也”“肝属木,木气冲和条达,不致遏抑,则血脉得畅”,强调了肝与心的密切相关。第二阶层,病情日久,气血亏虚,在前期症状基础上,累积于肾。肾为五脏阴阳之根,与心阴阳互资,水火既济。在临床研究中,贾美君等[11]将中药坎离颗粒应用于冠心病心肾阳虚证的治疗,取得了良好疗效;何云等[12]运用具有交通心肾、宁心安神功效的药物治疗胸痹等心系疾病,亦获得了显著效果。因此,从肾治疗具有坚实的理论依据和实践基础。第三阶层,多脏衰竭,危象毕现。脏腑功能严重受损,出现精神烦躁、谵妄昏迷、神识恍惚等神志异常,伴见胃肠功能衰竭等全身性病变。该理论揭示了心气虚证从单一脏腑到多系统受累的渐进性发展规律,为辨证提供了系统的理论框架。

2.3 “水湿 - 痰浊 - 血瘀”病理变化

《丹溪心法》云:“心虚而停水,则胸中渗漉,虚气流动”,强调心气亏虚日久,无力输布津液,致水湿内停。《难经·第五十难》曰:“假令心病,中风得之,为虚邪;伤暑得之,为正邪……中湿得之,为贼邪”,明确指出湿邪可致胸腹满闷、心痛等心系病证,堪称湿邪与心系疾病相关性的最早文献。张仲景则在《金匮要略·

胸痹心痛短气病脉证治第九》中进一步将湿邪所致心系疾病予以具体论治，所载的茯苓杏仁甘草汤、薏苡附子散，实为运用醒脾化湿、散寒除湿法治疗胸痹的典范，至今仍被广泛应用于临床[13]。钟森杰等[14]在对心系疾病证素分布的回顾性横断面研究中指出，水湿是具有显著影响的重要病理因素之一。国医大师伍炳彩亦强调，湿邪阻滞是心系疾病发生发展过程中不可忽视的病机，临证治疗须重视祛湿，并以调理脾胃为关键[15]。因此，在中医辨证论治体系中，深刻把握“湿”这一病理因素的特点，有助于拓宽临证选方用药思路，提升疗效。《素问·经脉别论》言：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”，说明水液代谢有赖脏腑功能协调，若脏腑功能失常，水行不畅，停积体内，则生内湿。若水液不运，加之平素嗜食膏粱厚味、缺乏运动，易致内湿蓄积，水津失布，聚而生痰饮[16]。痰之本为湿，痰湿交结，久而不化则成浊邪。《证治汇补》云：“脾虚不运清浊，停留津液而痰生”。有学者提出，“痰”是导致心系疾病的重要病理因素，主张顺应五脏特性用祛痰治疗心系疾病[17]。在心系疾病的病理演变中，“痰浊”不仅标志着病势进展，更具有承前启后的地位。朱丹溪《丹溪心法》谓“自气成积，自积成痰，痰挟瘀血，遂成窠囊”，揭示由痰致瘀之病理机转。王清任《医林改错》所载血府逐瘀汤，主治胸中血瘀所致诸症，如胸不任物、胸任重物、灯笼病等，反映出瘀血在心系疾病发生中的关键作用[18]。张伯礼院士提出，理解心系疾病病机可借鉴张仲景“阳微阴弦”之论——其中“阳微”指心气不足、心肾阳虚，“阴弦”则代表瘀血、痰饮等浊邪内聚，指出痰饮与瘀血为其终末病理产物[19]。由此可见，心系疾病存在从水湿内停，到痰浊壅滞，终致瘀血阻滞的动态病理进程，这一演变规律为临床辨证提供了重要依据。

3 “以证统病”思路在心系疾病中的临证应用

本文基于“以证统病”的理论框架，以心气虚为核心病机，系统整合心气虚四级分度理论、脏腑累积三阶层理论以及“水湿－痰浊－血瘀”病理演变规律，对心律失常、冠心病、心力衰竭、病毒性心肌炎及心脏神经官能症等心系疾病尝试进行统一辨证。这一研究模式旨在揭示上述疾病共同的病理基础和发展规律，为心系疾病的临床管理模式提供新的理论依据和实践指导。

3.1 心律失常

心律失常是指心脏电冲动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序的异常。心律失常可归属于中医学“心悸”范畴，描述出发病时惊惕不安、心中动悸、不能自主的状态，其病机可概括为虚、痰、湿、瘀，导致心脉不畅、心失濡养、心神不宁、心不能行其正常职能而发生悸动。快速性心律失常，多表现为虚实夹杂，临证需分清虚实，其中以气阴两虚或气阴两虚夹瘀为主[20]。依据脏腑累积三阶层理论，病情发展可累积脾、肺、肝，脾肺行水功能障碍，水湿聚痰，进一步与瘀血结合，三者相互影响，而致痰浊阻滞，肝疏泄功能失调，气郁日久化火，火热煎灼，而致阴虚火旺。缓慢性心律失常以心气虚、心阳不足和瘀阻心脉为主[21]。阳气充沛，血得以温煦方可正常流动。心之阳气衰微，心之推动力减弱，血液亦随之停滞，从而形成瘀血，治法上以益气温阳为主兼以活血化瘀。

3.2 冠心病

冠心病根据其发病特点，多归属于中医学“胸痹”“心痛”范畴辨治，心气虚是其发病基础。《黄帝内经》云：“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”。只有正气不足，邪气才能乘机侵犯人体，导致人体阴阳失调，脏腑功能紊乱而发生疾病。张会永等[22]认为冠心病的发病机制为正虚邪实，本虚标实，且正虚以气虚为主。气为血之帅、气行则血行，在心气虚的状态下，气虚不能正常行血，血行缓慢，从而产生血瘀，瘀血痹阻于心脉导致疼痛。同样气虚不能正常运化津液，从而形成痰湿，日久与瘀血相合阻于心脉。冠心病临床常见证型为气虚血瘀证、痰阻血瘀证、心血瘀阻证、痰浊内阻证[23]。依据脏腑累积三阶层理论，冠心病的发生与肺的功能失调相关。罗斌玉等[24]主张心肺同治，若宗气失常，或滞或虚，则心血、津液难通，痰浊、瘀血内成，痹阻胸中而见胸痹。冠心病的发生还与脾胃功能失调密切相关，过食肥甘厚味、嗜好烟酒，损伤脾胃，致气虚湿浊痰阻而发为本病。冠心病多发生于 70 岁的老年患者，不可忽视其肾虚的潜在病机[25]。

3.3 心力衰竭

心力衰竭（简称心衰）是各类心血管疾病终末期的临床综合征，属于中医学“心水”范畴。《金匮要略》曰：“心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿”，其病机可概括为（气、阳）虚、水、痰、瘀，阳虚为本，水饮痰瘀为标。心居胸中，为阳中之阳，心为阳脏而主阳气，若阳不足以温养，气化失能，搏动无力，可致血行缓慢，血运失常，发为心衰。阳衰既为心衰发病之关键，亦为病情进展之标志；脾肾阳衰则示病势深入、日趋沉重，终末期则五脏俱虚。随着疾病进展，气血津

液运行失衡,由于阳虚气化无力,不能化气行水,涤痰逐瘀,产生水饮、痰浊、瘀血,而出现心悸、气短、胸闷滞塞、胸痛、畏寒肢冷、水肿等证候[26]。“阳虚”与“水饮、痰浊、血瘀”相互影响,互为因果,形成心衰因虚致实、实而益虚的病机,共同推动心衰的发生和发展[27]。此外,阳虚水饮化热是心衰的“变型”,是临床客观存在的特殊病机。阳气虚衰,致水液运化失常停饮,饮邪入里化热,易化热化燥,热燥相合,耗伤津液。心衰临床常见证型为痰浊血瘀证、气虚血瘀证、阳虚水泛证、气阴两虚证[28]。综上可知,治疗当益气扶正以“补虚”,活血行气以“通滞”。

3.4 病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心脏弥漫性或局限性的急性或慢性心肌炎性疾病,发病机制尚不完全明确,可归属于中医学“心痹”范畴辨治。其病机可概括为(气、阴)虚、毒、痰、瘀,正虚为本,痰瘀邪毒为标。该病初期多因温热、湿热、风热毒邪侵犯肺卫,致宣肃失司,肺气郁遏,邪热内扰,病及于心,遂损心气心阴。中期余热留恋,气虚无以化津,或阴虚无以化气,气阴由伤转虚,则致气阴两虚。若毒邪直中心肺损伤宗气,或邪毒缠绵损伤脾肺,致宗气不足或虚损,因虚致陷而出现大气下陷证[29]。后期虽然邪气已退,但正气亦损,脏腑失调,治不得法或失治误治后脏气受损,加重本虚。再者,根据气虚、痰浊、血瘀的病理转化,心气不足或心阴被耗,血滞不行,或气虚不能行血运水,血及水液运化失常,痰瘀内生,又会出现虚中夹瘀之病变。病毒性心肌炎证型为邪毒伤心证、大气下陷证、气阴两虚证、气虚血瘀证和气虚痰瘀证[30]。在临床治疗上应当扶正祛邪并重。

3.5 心脏神经官能症

心脏神经官能症是以心血管疾病的有关症状为主要临床表现,伴有神经症状的临床综合征。具体表现为心悸、胸闷、呼吸不畅、心前区痛等不适,同时伴有焦虑不安、失眠、多汗、发抖、头晕、多梦等神经官能症的症状。其病机可概括为(血、气)虚、气滞、痰湿、血瘀,以气血两虚为本,气滞血瘀为标。其病位核心在心,与肝、脾、胆三脏密切相关。心藏神,又主血脉,心气不足则血脉虚,血行逆乱,发为惊悸不安;心血不足,心神失养,则神魂不守;心主神明而胆主决断,若心胆气虚则心神不安。脾胃为心之子,心属火,脾胃属土,火生土,脾主运化,胃主受纳,若脾胃运化功能失司,则气血生化乏源,心气不足,血不养心。另外,心属火,肝属木,木生火,肝为心之母,若肝气不畅,疏泄功能失常,一方面无法正常推动血液在脉中运行,则心无所主,另一方面气机升降失常,进而导致痰浊、瘀血等病理产物[31]。在临床辨治本病应当气血兼顾、形神同调,灵活合方施治。

4 心系疾病治疗策略与治法探要

“以证统病”着眼于共性证候(病机),兼顾疾病特殊性,有望形成体现中医异病同治特色的有效干预和研究方法,对于保持和发展中医辨证论治的学术特点及临床优势意义重大[3]。综上所述,心系疾病的证候、病机演变和转归,主要遵循心气虚四级分度理论、脏腑累积三阶层学说和“水湿 – 痰浊 – 血瘀”的病理演变规律。如对于胸痛,胸闷,胃脘胀满,抑郁烦闷,情志不舒,口干口苦,舌暗,苔黄腻,脉弦滑为主要临床表现的冠心病伴随神经官能症患者,现代临床治疗时常采取多重用药,在治疗冠心病的基础上使用抗焦虑药物,疗效不佳,且极大地加重了患者的经济和身体负担。若基于中医理论,紧扣其共性病机,从脏腑累积三阶层学说来看,所累积脏腑为心、肝、胆;从“水湿 – 痰浊 – 血瘀”的病理演变规律来看,所产生的病理产物为痰、瘀;进而从西医检查指标确定气虚的分级,最终明确其核心病机为痰热扰心,可采用温胆汤加减治疗。

但应注意的是,异病同证具有同质性和异质性,其同质性反映了证候的共性规律,异质性则体现了疾病自身的个性差异。因此,在临床诊疗过程中,既要强调同证的共性及根据同证而制定的治法,又要注重同证中的差异而采取不同的治法[32]。尤其应关注以下几方面。①病位,冠心病和病毒性心肌炎都可存在气虚,冠心病病位多在心脾,常见心脾气虚证;病毒性心肌炎病位多在心肺,常见心肺气虚证。治疗上均采用益气法,但偏于脾者除人参、黄芪外,多伍白术、茯苓、山药等,偏于肺者除人参、黄芪外,多伍西洋参、麦冬、五味子等。②病势,脾肾阳虚证可出现在心衰、冠心病等疾病。同为脾肾阳虚,其病势可出现上下之别,即在上者,脾阳虚不能运化水谷,肾阳虚失温煦作用出纳呆、少食、胃胀、水肿等;在下者也可由于肾虚不固,脾虚运化失司出现便溏、小便不利甚至遗尿。③程度,同为心气虚证,有不同程度,不仅可从症状上进行判断,还可从心气虚四级分度理论进行辅助辨别。在治疗上均采用益气之品,轻者取黄芪、党参等,重者用红芪、人参等。④兼证,心气虚证可存在冠心病、心律失常、心衰等疾病的整个病程,但不同的疾病及同一疾病所处的不同阶段有相异的兼证。如心衰常兼见阳虚水饮,而冠心病常兼见血瘀。⑤兼病,同为痰湿内盛的冠心病

患者,若素患糖尿病,应在治疗时加入适当的养阴之品。随着西医学与中医学结合的不断深入,西医药物及手术对中医治疗有一定的影响。如同样是心气虚证的冠心病,对于已经或即将采取 PCI、外科手术的患者应适当加入养血祛瘀之品。

本文系统阐释了心系疾病的共性病机以及共证之间的差异性。然而,当前心系疾病诊疗仍存在亟待解决的部分关键问题。如证候概念的规范化界定、诊断标准的系统建立、疗效评价体系的完善、预后转归的准确预测,以及证候可视化技术与现代科技的融合应用等。这些问题的解决对于提高临证诊治效果,成功构建心系疾病"以证统病"共病管理模式,以及提升中医药防治心系疾病的临床疗效至关重要。

5 小结

本文整合了心气虚四级分度理论、脏腑累积三阶层学说及"水湿 - 痰浊 - 血瘀"病理演变规律,系统构建了心系疾病的管理框架。该模式在临床实践中体现了"求同存异"的辨证思维:既抓住心气虚的共性确立益气核心治法,又判断不同疾病在病位、病势、程度及兼证上的差异,从而实现个体化诊疗。未来应进一步推动证候诊断的标准化与疗效评价的科学化,通过融合四诊客观化技术、生物标志物检测及患者报告结局指标,建立客观、可重复的证候评价体系,同时,开展高质量的多中心临床试验,为异病同治提供循证医学证据,推动中医药在心系疾病防治中的精准化发展。

参考文献:

[1] 焦一鸣,王放,付小红. 论以证统病的研究[J]. 中医文献杂志,2011,29(6):5 - 6.
[2] 许伟明,胡镜清,江丽杰. 当代病证结合研究思路和方法进展评析[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化,2016,18(5):769 - 775.
[3] 黄仟,郭晓慧,褚美玲,等. 以证统病溯源及其临床研究现状的分析[J]. 中华中医药杂志,2025,40(3):1458 - 1461.
[4] 杜琨,秒香. 中医药通过调节炎性因子防治动脉粥样硬化性心血管疾病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2025,23(11):1677 - 1681.
[5] 尹笑玉,陈明. 试论中医诊疗中病、证、症的离合关系及其应用[J]. 中华中医药杂志,2024,39(2):636 - 641.
[6] 赵晨,张晓雨,胡嘉元,等. 中医同证候系疾病临床研究母方案设计方法[J]. 中医杂志,2018,59(2):111 - 115.
[7] 唐健元,艾彦伶,梁丹,等. 证候类中药新药临床转化关键技术问题的思考与实践[J]. 科学通报,2024,69(34):5020 - 5027.
[8] 洪净. 中医辨证的思维模式和方法研究[J]. 中医杂志,2003,44(1):8 - 10.
[9] 郑源庞,姚雪艳,王红裔,等. 冠心病心气虚证阻抗心动图的临床意义评价与心气虚证分度初探[J]. 中国中医药科技,1997,4(1):4 - 7.
[10] 周苗,陶枫,沈梦辰,等. 何立人治疗心系疾病思路探析[J]. 时珍国医国药,2025,36(3):530 - 532.
[11] 贾美君,周颖,蒋梅先,等. 坎离颗粒对冠心病心肾阳虚证患者动脉弹性影响及机制探讨[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(9):143 - 147.
[12] 何云,何晶,蒋卫民,等. 运用立体阴阳思维初探心系疾病治疗[J]. 中华中医药杂志,2020,35(9):4502 - 4505.
[13] 刘宗莲,路洁,王秋风,等. 国医大师路志正从湿辨治冠心病学术思想初探[J]. 中华中医药杂志,2010,25(3):379 - 381.
[14] 钟森杰,赵新元,高翔,等. 冠心病不同阶段临床特征与证素分布的回顾性横断面调查[J]. 中国中药杂志,2024,49(5):1406 - 1414.
[15] 赖俊宇,伍建光,武雯雯. 伍炳彩心悸诊疗经验[J]. 时珍国医国药,2021,32(9):2280 - 2281.
[16] 刘彤,刘悦,陈莹,等. 从脾主运化水湿理论探讨冠心病的发病机制[J]. 中医杂志,2017,58(6):455 - 459.
[17] 冯岚岚,董艳,张辉,等. 从五脏之痰论治冠心病[J]. 中华中医药杂志,2021,36(8):4779 - 4781.
[18] 刘子豪,李爱勇,刘红旭,等. 冠心病血瘀证疼痛性质的探讨[J]. 中医杂志,2023,64(8):861 - 864.
[19] 金鑫瑶,张俊华,张立双,等. 张伯礼分期诊治慢性心力衰竭经验[J]. 中医杂志,2018,59(19)1633 - 1636.
[20] 曹新福,周明学,李享,等. 快速性心律失常的中医证候分布及中药使用规律文献研究[J]. 中医杂志,2021,62(3):271 - 276.
[21] 殷胜骏,贾德贤,刘炜,等. 中医药治疗缓慢性心律失常临床用药规律分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(5):699 - 701,724.
[22] 张会永,张静生. 国医大师张静生治疗冠心病心绞痛辨证思路及用药规律总结[J]. 辽宁中医杂志,2025,52(3):45 - 48.
[23] 刘馨,戴国华,高武霖. 冠心病稳定型心绞痛中医证候及特异性症状的文献调查研究[J]. 西部中医药,2026,39(2)78 - 83.
[24] 罗斌玉,朱梦梦,李逸雯,等. 冠心病与阻塞性睡眠呼吸暂停综合征:基于中医"心肺同治"的解读与思考[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(20):198 - 204.
[25] 庞树朝,张军平. "益肾健脾,涤痰散结"法治疗胸痹验案举隅[J]. 时珍国医国药,2019,30(4):904 - 905.
[26] 刘宗一,张艳,崔洪宇. 基于"从其气则和、违其气则病"理论辨治慢性心力衰竭[J]. 中国实验方剂学杂志,2026,32(3):239 - 250.
[27] 郭瑾,王梓仪,张倩,等. 基于"阳微阴弦"理论探讨慢性心衰中医证候的生物标志物及中药干预[J]. 时珍国医国药,2024,35(4):944 - 948.
[28] 杜毅,李峥,杨关林,等. 1676 例心力衰竭住院患者中医证候特征研究——一项基于真实世界电子病历信息的横断面调查[J]. 中医杂志,2024,65(3):299 - 307.
[29] 倪淑芳,张军平. "随其所得"理论与病毒性心肌炎病机探讨[J]. 中华中医药杂志,2010,25(6):844 - 845.
[30] 曹洪欣,刘寨华,张华敏. 基于聚类分析的病毒性心肌炎证候分类及证候特征研究[J]. 中医杂志,2007,48(7):629 - 632.
[31] 朱辰瑶,颜旭,贺嘉琪,等. 国医大师孙光荣从"气血中和"辨治双心疾病[J]. 时珍国医国药,2025,36(11):2168 - 2170.
[32] 李建生. 基于病证结合模式重视以证统病的诊疗形式[J]. 中医杂志,2011,52(7):558 - 561.

Analysis of the Pattern Differentiation and Treatment Model for Heart System Diseases Based on the "Unifying Diseases by Syndrome" Approach Centered on Heart Qi Deficiency Pattern

ZHANG Jingyi, ZHAO Yichen, LI Ji

Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, *China*

Abstract The clinical manifestations of cardiac diseases are complex and varied, often combined with a variety of co-morbidities, which significantly increases the difficulty of diagnosis and treatment of the disease and clinical risk. The "syndrome-based approach" is to take the syndromes as the core and integrate different diseases into a unified framework to grasp the whole. This model emphasizes the simplification of complex clinical problems by comprehensively analyzing the underlying syndromes, grasping the core disease mechanism, and combining it with the dynamic evolution of the disease. Although the evolution of the disease follows a certain pattern, it is by no means a mechanical application, but needs to be organically integrated with the "evidence" and flexibly utilized. Cardiac qi deficiency is a common pathogenetic mechanism throughout the development of cardiac diseases. Based on the evidence of heart qi deficiency, this paper systematically proposes three major laws for the evolution of cardiac diseases: the theory of four levels of heart qi deficiency (to quantify the severity of symptoms), the theory of three levels of accumulation of internal organs (to explain the pathway of disease transmission), and the pathological transformation of "water-dampness-phlegm-blood stasis" (to reveal the evolution of pathological products). The management model of cardiac diseases was constructed with this framework, and the heterogeneous characteristics of the five aspects of disease location, disease condition, degree, concurrent symptoms and concurrent diseases were summarized while taking into account the commonality of the same evidence. The aim of this paper is to provide diagnostic and therapeutic ideas with Chinese medicine characteristics for the clinical management of cardiac diseases, and to improve clinical efficacy by optimizing evidence-based thinking.

Key words Unifying diseases by syndrome; Heart system diseases; Management model; Heart qi deficiency syndrome