

# 卢健棋治疗冠心病医案剖析

## 名医生平介绍

卢健棋，男，1963 年出生，二级教授，主任医师，博士生导师，广西岐黄学者，第二批广西名中医，广西中医药大学第一附属医院副院长。现任国家临床重点专科（中医专业）学科带头人（心血管科）、国家中医心血管临床医学研究中心广西分中心负责人、中华中医药学会心血管病分会副主任委员、世界中医药学会联合会高血压专业委员会副会长、世界中医药学会联合会急症分会专业委员会副会长、广西中医药学会心血管病专业委员会主任委员、广西中西医结合学会脑心同治专业委员会主任委员等。从事中医药防治心血管病的临床、教学和科研工作 30 多年，擅长中西医结合诊治心力衰竭、冠心病、高血压病、心律失常、眩晕、失眠等内科疾病，在中医药救治急危重症方面经验丰富。

他认为冠心病的发展是一个循序渐进的过程，初期在各种因素的作用下，阳气亏虚，心气推动、固摄及温煦等作用逐渐衰退；日久则累及肝脾肾肺等脏腑，产生瘀血和痰浊等病理产物，其互为因果，不断循环加重，最终使疾病不断恶化、迁延不愈。在此基础上，他提出“益气温阳治其本，活血化瘀、理气宽胸治其标”是胸痹主要治疗原则。

## 疑难病案（一）

纪某，男，68 岁。以“反复胸闷痛 4 年余”就诊，曾于 2018 年

11月行冠脉造影术显示：LAD近段弥漫狭窄，最狭窄约70%，中远段狭窄60-70%，TIMI血流3级；LCX管壁中远段狭窄60-70%，远段狭窄50%，M01近段狭窄50-60%，RCA细小，近段至远段弥漫性狭窄，最狭窄约90-95%，TIMI血流3级。当时建议患者对RCA行冠脉支架治疗，患者及家属拒绝，要求药物治疗。后因症状仍反复发作，于2019年6月再次行冠脉造影术+血管内超声检查，结果显示：1、冠脉起源正常，呈左优势型；2、LM较短，LAD开口起弥漫性病变，并可见散在钙化，近段狭窄约60-70%，中段偏心狭窄约75%，远段狭窄60-70%，TIMI血流3级；LCX全程管壁欠光整，中段狭窄40-50%，OM1、OM2开口局限狭窄50%，远段弥漫性狭窄50%，TIMI血流3级；3、RCA细小，近段至远段弥漫性狭窄，最狭窄约90%，TIMI血流3级。对LAD行血管内超声检查：LAD中段重度病变处，见向心纤维和脂质斑块，官腔最小面积 $2.29\text{mm}^2$ ，管腔狭窄75%；近段病变处，见向心性纤维和脂质斑块和钙化，官腔最小面积 $4.33\text{mm}^2$ ，管腔狭窄74%；超声未见夹层征象，斑块性质稳定；患者RCA细小，综合考虑行PCI术弊大于利，暂不予行支架植入术，建议继续强化药物治疗。出院后规律服用“阿司匹林肠溶片100mg qd、阿托伐他汀钙片20mg qn、酒石酸美托洛尔片25mg bid、培哚普利叔丁胺片4mg qd、单硝酸异山梨酯缓释片50mg qd、盐酸地尔硫卓片30mg qd、盐酸曲美他嗪片20mg tid”，经西医疗疗后胸闷症状仍未见明显好转。为寻求中医治疗，遂于2019年10月11日至广西中医药大学第一附属医院卢健棋教授门诊就诊。就诊症见：神志清楚，精神尚可，时有心前区闷痛，活动

后加重，休息可稍缓解，神疲乏力，气短，肢体困重，平素遇阴雨天气易加重，畏寒肢冷，纳欠佳，寐一般，小便正常，大便溏。舌淡胖且边有齿痕，苔白腻，脉沉滑。四诊合参，卢健棋教授明确诊断为：冠心病 不稳定型心绞痛。方药：瓜蒌皮 10g、白术 10g、薤白 10g、法半夏 10g、厚朴 10g、茯苓 15g、杏仁 10g、橘红 10g、干姜 5g、桂枝 6g、广藿香 10g、炙甘草 6g。水煎内服，共 14 剂，日 1 剂，分 2 次温服。

2019 年 11 月 01 日二诊：患者胸闷痛、肢体困重好转，仍觉乏力气短，四肢欠温，纳寐一般，大便时溏，小便正常。舌淡胖，苔白腻，脉沉滑。继续原方，水煎内服，共 14 剂。

2019 年 12 月 20 日三诊：胸闷痛明显好转，无肢体困重，偶有活动后头晕，畏寒，腰膝酸软，纳少，寐欠佳，入睡困难，大便正常，小便清长，舌淡，苔薄白，脉沉细。方药：瓜蒌皮 15g、薤白 10g、法半夏 10g、党参 20g、白附片 6g（先煎）、薏苡仁 20g、朱茯神 15g、川芎 20g、杏仁 10g、白术 15g、淫羊藿 20g、桂枝尖 6g、炒麦芽 30g、降香 5g、香附 10g。水煎内服，共 14 剂。

2020 年 01 月 03 日四诊：上述诸症均有好转，无明显胸闷痛，四肢温暖，步履有力，但右下肢时有麻木感，仍觉气短乏力，活动后明显，纳食欠佳，夜寐可，小便正常，大便质软。舌淡，苔薄，脉沉细。原方改白术为炒白术 15g。水煎内服，共 14 剂。

2020 年 01 月 10 日五诊：精神好，诉近期无胸闷痛，气促乏力好转，无头晕，无肢体困重，无畏寒肢冷，纳寐可，二便调。舌淡，

苔薄，脉沉细。原方法半夏改用 20g，去白附片，加党参 20g、当归 10g、赤芍 10g。水煎内服，共 14 剂。

## 病案分析

本例患者行冠脉造影术明确诊断为冠心病，根据造影结果综合评估暂不宜行 PCI 治疗，经单纯西医治疗后症状反复，卢健棋教授根据八纲辨证，兼顾脏腑辨证及气血津液辨证等辨证方法，以瓜蒌薤白半夏汤合苓桂术甘汤辨证加减。卢教授认为该患者年过八八，天癸竭，精少，肾脏衰，肾阳虚衰不能鼓舞五脏之阳，一方面导致心气不足，气虚鼓动无力，血行不畅，瘀血内生，心失所养，则胸痛频发；另一方面致使脾胃虚弱，健运失司，聚湿生痰，痰浊阻滞心脉，痰为阴邪，重浊粘腻，阻于心脉，血脉不通，胸阳失展，故胸闷。舌淡胖且边有齿痕，苔白腻，脉沉滑，提示心肾阳虚，脾胃虚弱，痰浊、瘀血内生。故辨证为心肾阳虚，痰阻心脉证。治则先以祛痰宣痹为主，后期加以温肾健脾，佐以活血通络。方中瓜蒌皮甘寒，既可利理气宽胸，又可清化痰浊；《本草思辨录》云“瓜蒌实之长，在导痰浊下行，故结胸胸痹，非此不治”。薤白辛苦温，有通阳散结，行气导滞之功；两药相配，一化上焦痰结，二通胸中阳气，相辅相成，为治疗胸痹之要药。半夏、白术性温，有益气健脾，燥湿化痰的功效。甘淡之茯苓，既能消除已聚之痰饮，又善平饮邪之上逆，配合辛温之桂枝，温阳化气，平冲降逆。桂枝、白术合用以温阳健脾，正如《医宗必读》中所提及的“脾为生痰之源，治痰不理脾胃，非其治也”，体现了治生痰之源之意；茯苓、白术、半夏配伍以健脾祛湿，增强祛痰之力。干姜合桂

枝，上行则温肺化饮，留中则温脾散寒，下行则温肾回阳。厚朴、杏仁下气降逆；橘红理气化痰；藿香化湿和中。炙甘草既可助桂枝温补中阳，又可助白术崇土以利制水，还可调和诸药。初诊后，患者症状得到改善，三诊时患者出现活动后头晕、畏寒、腰膝酸软、小便清长等阳虚之症，故以卢教授自拟通阳宣痹汤加减，方中大温大热之白附片、辛温之淫羊藿，以温肾助阳、补命门、益精气；食少便溏提示脾阳虚衰，故以党参补中益气，薏苡仁健脾渗湿，炒麦芽健脾开胃；佐以朱茯神入心脾两经，有宁心安神之功；川芎活血化瘀，行气止痛；降香、香附理气化痰宽中，以通为用；全方化痰祛瘀同治，宣肺健脾并重，寓于祛浊通心脉，以助温阳散浊。经治疗两月余后患者自觉胸闷等症好转。

现代药理研究证实：瓜蒌皮提取物对缺血缺氧心肌细胞保护效果及抗氧化效果[1]。薤白以皂苷类为主要药效成分，具有抑制血小板聚集、降血脂、抗氧化及保护心血管等作用[2]。瓜蒌-薤白药对可通过调节 NLRP3 炎症小体的表达, 起到抗动脉粥样硬化的作用[3]。桂枝可以扩血管[4]，半夏水提液能够通过刺激血管修复因子的分泌和血管的再内皮化并抑制血管新生内膜的增生[5]。

## 名医心得

卢健棋教授认为冠心病的基本病因为心气不足、心阳虚衰，因心气不足，鼓动无力，血行迟缓而为瘀；心阳虚衰，血失温而凝，脉因寒而拙急，其均可致血脉瘀滞不通，不通则痛，发为胸痹；且气虚不行又可致气滞不通而发胸痹及加重胸痹。此外，卢教授还认为心绞痛

疼痛的程度与人的心神是否健旺有密切的关系。故治疗冠心病除了以益气温阳治其本，活血化瘀、理气宽胸治其标为要之外，还应养心安神以减其痛。

胸痹的病因病机较复杂，但关键为心脉痹阻，其病理性质为本虚标实、虚实夹杂，本虚以气虚、阳虚为主，标实为瘀血、痰浊、气滞和寒凝，其发作期以标实为主，缓解期以本虚为主。胸痹病机转化可因虚致实，又可因实致虚，甚则形成恶性循环，病程缠绵。一方面，心主血脉，心之阳气虚衰，血行不畅则瘀；脾为生痰之源，脾虚失其健运，易聚生痰湿，气血乏源。另一方面，痰瘀互结，胸阳不振，病延日久，又可耗气伤阳；脉络瘀阻，血行滞涩，日久则心气痹阻，甚至遏抑心阳。卢教授根据岭南地区潮湿的气候环境特点，认为该地区患者的病理因素以痰浊和瘀血为主。其认为在胸痹的初期，在寒邪内侵、情志失调、劳逸失调、饮食不节和年迈体虚等病因的作用下，心气的推动、固摄及温煦等功能逐渐衰退，日久累及肺肝脾肾，津液不布，聚集成痰，痰浊行于体内，黏滞血液而成瘀，痰瘀互结，不断循环加重，最终损伤脉络，因此痰浊和瘀血既是病理产物，又是致病因素，在冠心病的发展过程中，二者贯穿始终。其治疗胸痹患者时遵循先治其标，后治其本的治疗原则。该病案患者初诊时以心肾阳虚、痰阻心脉之症为主，故先以祛痰化浊为主要治法，兼以行气温阳，以瓜蒌薤白半夏汤合苓桂术甘汤加减；三诊后患者痰瘀互结，阻遏阳气，表现出阳虚之症，故治以通阳化瘀，祛痰宣痹，以瓜蒌薤白半夏汤合薏苡附子散加减，据其汤意予名通阳宣痹汤；五诊时诸症减轻，加以

补气养血之品以扶正养营。

## 疑难病案（二）

周某，女，85岁。以“反复胸闷5年余”就诊，曾于2014年在外院行冠脉造影术，明确诊断为冠心病，术中在RCA植入支架2枚。后因症状反复，于2018年再次行冠脉造影术，结果显示：1、LM未见狭窄，LAD管壁欠光滑，D1近中段弥漫狭窄80%-90%，LAD远端弥漫狭窄70%，TIMI血流3级；LCX中段局限狭窄50%，TIMI血流3级；2、RCA近中段可见支架影，原支架内管壁光滑未见明显狭窄，TIMI血流3级。术中对D1行PCI术，植入药物支架1枚。术后规律服用“硫酸氢氯吡格雷片75mg qd、阿托伐他汀钙片20mg qn、培哚普利叔丁胺片4mg qd、单硝酸异山梨酯缓释片50mg qd、速效救心丸200mg tid”，但仍反复胸闷，为求中西医结合治疗，于2019年01月18日就诊。就诊症见：神志清楚，精神欠佳，面色苍白，自觉胸闷，呈阵发性胀闷感，心悸气短，乏力汗出，头晕，行走欠稳，纳尚可，寐差，夜尿多，大便干结。舌暗淡，苔白稍腻，脉沉细滑，双尺脉弱。四诊合参，卢健棋教授明确诊断为“冠心病 PCI 术后”。方药：白附片6g（先煎）、薏苡仁20g、茯苓10g、杏仁10g、瓜蒌皮10g、薤白10g、法半夏10g、砂仁10g（后下）、肉苁蓉20g、豆蔻10g、川芎10g、胡麻仁10g、降香6g、当归10g、炙甘草6g。水煎内服，共14剂，日1剂，分2次温服。

2019年04月02日二诊：服用上药后胸闷症状好转，后患者自

行停用中药，现因胸闷再发来诊。现症见：精神一般，反复胸闷，伴胸痛，呈阵发性胀痛，休息时可缓解，活动后心悸、乏力，腰部酸胀疼痛，久坐、久站后明显，行走欠稳，纳一般，夜寐欠佳，夜间梦多，易醒，小便正常，大便质硬，2日1行。舌暗淡，苔白，脉沉滑，双尺脉弱。继服原方，水煎内服，共14剂。

2019年05月07日三诊：患者精神、面色、胸闷好转，时有头晕，呈昏沉感，心悸气短，汗多，情绪不宁，仍有腰部酸痛，久站后明显，伴双下肢酸胀感，纳尚可，寐欠佳，二便尚调。舌暗淡，苔白，脉弦细，双尺脉显形。方药：黄芪30g、党参15g、朱茯神10g、远志10g、石菖蒲20g、豆蔻20g、当归10g、陈皮10g、杏仁10g、瓜蒌子10g。水煎内服，共14剂。

2019年05月24日四诊：患者自觉胸闷、头晕明显好转，腰部酸痛减轻，仍觉活动后气短，纳可，寐一般，入睡困难，二便调。舌暗淡，苔白，脉弦细，双尺脉显形。原方加白芍20g、葛根20g。水煎内服，共14剂。

2019年07月05日五诊：患者上症好转，自诉近期无胸闷胸痛，无乏力气短，无头晕等不适，但时有焦虑不安，善太息，纳寐可，二便调。舌淡，苔薄白，脉弦细。方药：柴胡15g、黄芩10g、姜半夏10g、生姜6g、大枣10g、党参15g、炙甘草6g、石菖蒲10g、远志10g、茯神10g、肉苁蓉20g、杏仁10g、瓜蒌子10g、薤白10g、当归10g。水煎内服，共14剂。

患者于2019年12月复查冠脉造影术示：1、左、右冠状动脉起

源正常，冠脉分布呈右优势型；2、LM无狭窄病变；LAD较细，近中段管壁内膜欠光滑，远段弥漫性狭窄60%-70%，D1近段支架固定在位，支架内无狭窄病变，TIMI血流3级；LCX远段弥漫狭窄50%-60%，TIMI血流3级；RCA近中段支架固定在位，近段支架内膜欠光滑，TIMI血流3级。结论：1、冠心病三支病变PCI术后；2、D1,RCA支架固定在位，支架内无明显狭窄病变。

### 病案分析

该患者经两次冠脉造影术及介入治疗术后，使用单纯西药治疗仍觉胸闷不适，缘由患者年老脾肾虚衰，生化之源不足，故面色苍白，心悸气短，乏力汗出，头晕，行走欠稳；气血不足，大肠传导无力，肠道干涩，故大便干结难解；加之病程日久，耗伤心气，阳气不运，胸阳不振，心失所养，故胸闷胸痛。卢教授在该患者初诊时认为其证属阳气虚衰，兼寒凝心脉，以薏苡附子汤合茯苓杏仁甘草汤辨证加减。方中以白附片温里散寒，通阳止痛；配伍薏苡仁除湿宣痹。瓜蒌皮、薤白化痰通阳，行气止痛。茯苓、半夏健脾化痰，平冲降气。温苦之杏仁一可降逆肺气，二可开胸散结，三可润肠通便。“血中之气药”川芎性味辛温，长于行气活血。当归甘辛温，入心肝脾经，能补血活血。砂仁、豆蔻均入脾胃经，以温脾化湿，行气开胃。肉苁蓉、胡麻仁润肠通便。降香辛温，入肝脾经，长于理气化瘀。炙甘草和中缓急，调和诸药。服用上方后患者胸闷、面色苍白、乏力等症状得以改善，但因患者年老久病，心气、肾气渐衰，《黄帝内经》中提及“心者，君主之官，神明出焉”、“心者，五脏六腑之大主，精神之大舍”，

脑为“元神之府”，可见心与脑相辅相成，共司神明。卢教授认为，心之阴阳气虚失调，易导致焦虑忧思、抑郁恍惚、心烦失眠等症，故后期患者常心神不宁，焦虑不安；而情志不畅，又会使心气郁结，气机郁滞，血脉不畅，心脉痹阻，不通则痛，形成恶性循环。治疗冠心病合并焦虑抑郁患者，卢教授主张中西合参，“双心”同治，故三诊改予开心散加减以益气活血，解郁安神。方中黄芪甘温，为补气之圣药；甘平之党参补气健脾，二者配伍加强补中益气之功。朱茯神、石菖蒲及远志以宁心安神，化痰开窍。以兼有润肠通便之效的瓜蒌子替代瓜蒌皮，配伍杏仁、豆蔻化湿通便。服药2月后，患者诸症好转，以焦虑抑郁症状突出，治以疏肝解郁，宁心安神，故予开心散合柴胡疏肝散加减。患者予单纯西医治疗时查冠脉造影术提示血管狭窄较前进展，曾行两次介入治疗术；经中西医结合治疗后，患者复查冠脉造影术显示血管狭窄处未见明显进展，支架内无狭窄病变，可见中药辅助西药治疗冠心病 PCI 术后患者效果可观。

现代药理学研究证实，党参能够改善心肌代谢，舒张血管平滑肌，增加心肌的顺应性，减少冠状动脉灌注阻力，与黄芪配伍起到保护缺血再灌注损伤的作用[6]。石菖蒲具有保护血管内皮和心肌细胞，在抗血小板聚集、改善血液流变性、调节血脂、抗心律失常、降血压、抗心肌肥大及动脉粥样硬化等作用[7]，与远志配伍可起到抗抑郁及安神作用[8]。

## 名医心得

卢教授认为胸痹是以脏腑虚损，气血阴阳不足为本，以气滞、血

瘀、痰浊和寒凝等有形之邪为标的“本虚标实”之证；对于大多数老年人而言，胸痹的发生是由于阳气虚、阴寒盛。正如《金匱要略》所云：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。”以及《医门法律》所言：“胸痹总因阳虚，故阴得乘之”，素体阳虚，胸阳不振，阴寒之邪易侵袭入里，寒凝气滞，胸阳不展，血行不畅，心脉痹阻，发为胸痹，治疗上多应用温阳祛寒之法。该病案中患者为典型的虚实夹杂证，用方易以通为主，通补结合，做到补虚勿忘邪实，祛实勿忘本虚。此外，该病案还出现了冠心病合并焦虑抑郁的情况，如《杂病源流犀烛·心病源流》中云“总之七情之由作心痛，七情失调可致气血耗逆，心脉失畅，痹阻不通而发心痛”，患者因患病日久，心气耗伤，营血不足，无以推动心血循行，血行郁滞不通，心神失于濡养，不主神明，易情绪不宁，精神恍惚，长期忧思使肝失疏泄，脾失健运；此类患者胸痛多以闷痛为主，其胸痛症状可因情绪波动而改变，往往还伴有时欲太息、胃脘胀满及大便不通等症状。此时若只顾及温阳散寒，恐难以奏效，应以开心散加以黄芪、当归等，起到益气活血，解郁安神之功；后续再合并柴胡疏肝散以疏肝宁心。

### 疑难病案（三）

刘某，男，37岁，有“高血压病”、“糖尿病”、“脑梗死”等病史。患者于7年前劳累后出现胸闷痛，以心前区为主，呈阵发性憋闷感，无肩背部放射性疼痛，休息后未缓解，曾至我院就诊治疗行

冠脉造影术，分别于 2014 年植入支架 1 枚、2015 年植入支架 3 枚，明确诊断为“冠心病 PCI 术后”，入院后予抗血小板聚集、调脂稳斑，改善循环，抑酸护胃等治疗，经治疗好转后出院，出院后患者不规律服药，上症常于劳累后反复。随后于 2020-12-25 再次行冠脉造影术，术中显示：1、冠脉起源正常，呈右优势型；2、LM 未见狭窄，LAD 近段局限狭窄 99%，余管壁欠光滑，中段可见支架影，原支架内管壁光滑未见明显狭窄，LCX 管壁欠光滑，中远段可见支架影，原支架内管壁光滑未见明显狭窄，前向 TIMI 血流 3 级。3、RCA 近段、远端可见支架影，原支架内管壁欠光滑，中段管状狭窄 50%，前向 TIMI 血流 3 级。结合冠脉造影结果，患者有行 PCI 术的指征，但患者表示不同意 PCI 术。经上述治疗后症状好转出院，出院后规律服用西药治疗。近期患者因劳累后上症再发加重，呈心前区憋闷感，持续约数分钟，自行服用“速效救心丸”后，症状未见明显缓解。为寻求中医治疗，遂于 2021 年 06 月 29 日来诊。就诊症见：胸闷痛，时有心悸，气短，活动后加重，神疲自汗，头晕乏力，腰酸耳鸣，双下肢怕冷，纳可，寐欠佳，睡后易醒，夜梦多，夜尿多，7-8 次/夜，呈泡沫状，大便调。舌淡胖，苔白，脉沉细。四诊合参，卢健棋教授明确诊断为“冠心病 PCI 术后、高血压病、糖尿病”。方药：白附片 6g、肉桂 5g、熟地黄 20g、山萸肉 10g、山药 20g、茯苓 10g、桑寄生 30g、杜仲 20g、川芎 10g、党参 10g、黄芪 20g、鸡血藤 20g、陈皮 6g、杏仁 10g。水煎内服，共 14 剂，日 1 剂，分 2 次温服。

2021 年 07 月 13 日二诊：患者服药后胸闷、心悸较前好转，仍

觉活动后气短，易疲倦，头晕耳鸣，时自汗出，纳可，睡眠较前改善，夜尿 2-3 次/晚，大便正常。舌淡胖，苔白，脉沉细。继续予原方，水煎内服，共 14 剂。

2021 年 08 月 31 日三诊：患者精神好转，无明显头晕，稍感胸闷，时有双下肢麻木，畏寒，汗出乏力，腰酸耳鸣，纳可，寐一般，夜梦多，小便正常，大便溏烂，每日 2 次。舌淡胖，苔白，脉沉细。原方基础上加补骨脂 10g、白术 10g。

2021 年 09 月 28 日四诊：患者双下肢麻木、腰酸较前改善，汗出较前减少，活动后稍乏力，无明显气短、心悸、胸闷等不适，纳寐可，大小便调。舌淡胖，苔白，脉沉细。原方去肉桂、山萸肉，加法半夏 10g、桂枝尖 5g、牛膝 10g。

之后在此方基础上加减，坚持服用半年后，患者诸症好转，饮食、睡眠正常，大小便调。2021 年 12 月 07 日复查冠脉 CTA 显示：左、右冠状动脉开口分布位于左、右冠状窦；冠状动脉分布呈右冠优势型。左前降支、第一对角支及回旋支显影良好，左冠脉主干、左前降支近段、远段见非钙化性及钙化斑块形成，其中左前降支近段管腔重度狭窄，狭窄率约 77.1%，余相应管腔轻度狭窄；第一对角支、回旋支近段见钙化性斑块形成，相应管腔轻度狭窄；余管壁未见明确钙化性及非钙化性斑块形成，管腔未见狭窄及闭塞征象。右冠脉主干显影良好，右冠脉近段见钙化性斑块形成，相应管腔轻度狭窄；后降支、左室后支显影尚可，未见狭窄及闭塞征象。所见心肌未见异常。结论：冠状动脉硬化，左前降支近段管腔重度狭窄，余动脉斑块及管腔狭窄度如

上述。

## 病案分析

该患者因劳累后出现胸闷胸痛，合并有高血压病、糖尿病等高危因素，加之患者不规律服药，经两次 PCI 术后，复查冠脉造影提示血管狭窄情况较前进展。缘由患者劳欲过度，耗伤心气，心气虚日久导致心阳虚；患者合并消渴，其基本病机为阴虚，病变脏腑以肾为主，消渴迁延日久，进而导致阴损及阳，表现出肾阳虚衰之候；命门火衰，失于温煦，肾精不足，失于滋荣，阳气虚弱，失于蒸化，故出现头晕乏力、神疲气短、畏寒肢冷、腰酸耳鸣及夜尿频多等心肾阳虚之象。综上，卢教授认为，该患者证属心肾阳虚证，以参附汤合金匱肾气丸加减。方中熟地黄甘、微温，有滋补肾阴、益精填髓之功，《本草经疏》谓“干地黄乃补肾家之要药，益阴血之上品”。山萸肉、山药，前者补肝肾、涩精气，后者健脾气、固肾精；二者与熟地黄配伍，谓之“三补”，能滋补肝、脾、肾三脏之阴，使阴阳相生，刚柔相济，肾之元气生化无穷。茯苓健脾益肾，渗湿泄浊。轻用白附片、肉桂振奋心阳，温肾助阳。桑寄生、杜仲补肝肾，强筋骨。党参、黄芪补气升阳。川芎、鸡血藤活血行血养血。陈皮、杏仁理气健脾。诸药合用，取阴中求阳，微微生火，即“少火生气”之意。三诊时患者心阳虚症状好转，肾阳虚之症仍在，并出现大便溏烂，故加用补骨脂加强温养肾气，白术配伍原有的茯苓起益气健脾渗湿之功。随后四诊患者诸症改善，故可予去部分温肾阳之品，改以桂枝尖温通胸阳，半夏行气宽

胸，牛膝引药下行，补益肝肾。经上方加减治疗半年后，患者复查冠脉 CTA 提示狭窄程度较前减轻（不排除误差可能性）。

现代药理研究表明，金匱肾气丸通过调节机体激素水平，起到改善肾阳虚症状的作用[9]。参附汤可通过人参中所含的人参黄酮醇类化合物、人参皂苷，以及附子的生物碱类物质，起到保护血管内皮、改善心肌缺血、抑制细胞凋亡、强心、抗血栓及保护心肌等功效，从而发挥抗心肌梗死的作用[10]。

## 名医心得

随着现代医学的快速发展，PCI 逐渐成为治疗冠心病的重要手段之一，但 PCI 术后出现支架内再狭窄、晚期血栓形成、缺血再灌注损伤、无复流和慢血流等并发症也随之而来，导致患者在 PCI 术后生活质量仍持续下降。卢健棋教授在多年临床中发现，PCI 术后病机多为大气虚散、脉络不畅，在治疗上衷中参西，中西医结合治疗能有效防治各种并发症，进一步改善患者心功能。该患者正值壮年，但因多种心血管危险因素的共同作用，其冠状动脉在 PCI 术后仍在不断地恶化，生活质量并未得到提高。因患者积劳伤阳，心肾阳微，鼓动无力，血行涩滞，在治疗过程中，卢教授紧扣其“益气温阳”的治疗原则，同时灵活运用阴中求阳之法，兼顾阴阳，标本同治。

## 参考文献

[1]胡超群,薛慧文,郑书臣,等.瓜蒌皮提取物对缺血缺氧心肌细胞保护效果及抗氧化能力研究[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(03):15-18.

[2]赵书田,刘理,秦嫚嫚,谢燕飞,余军.薤白中皂苷类化合物种类及其药

理作用的研究进展[J/OL].中成药:1-7[2022-02-24]

[3]丁立丹,徐鹏博,鲍友利,等.瓜蒌-薤白对 ApoE<sup>-/-</sup>小鼠动脉粥样硬化过程中 NLRP3 炎症小体活化的影响[J].中国动脉硬化杂志,2022,30(01):27-35.

[4]朱华,秦丽,杜沛霖,等.桂枝药理活性及其临床应用研究进展[J].中国民族民间医药,2017,26(22):61-65.

[5]黄志新,陶青,刘新通.半夏在动脉粥样硬化颈动脉血管内膜损伤中的修复作用研究[J].现代医院,2017,17(07):1053-1056.

[6]李清云,卢宪媛,董雅倩,等.党参-黄芪药对不同配比的中医应用数据分析[J].云南中医中药杂志,2018,39(08):20-25.

[7]唐梅玲,卢健棋,庞延,等.石菖蒲及其化学成分防治心血管病的研究进展[J].时珍国医国药,2020,31(04):926-928.

[8]周保腾.远志-石菖蒲药对药理作用的研究进展[J].黑龙江中医药,2016,45(01):76-77.

[9]江若霞.金匱肾气丸温补肾阳药理作用的实验研究[J].中外医疗,2016,35(07):148-149.

[10]刘甜甜,姚魁武.基于网络药理学和分子对接技术探讨参附汤治疗心肌梗死的活性成分及靶点[J].中国医药导报,2021,18(16):19-24.