

陈联发主任治疗经皮冠状动脉介入治疗术后心绞痛经验

温雨停¹,张漳禄²,陈玄晶²,陈 军² 指导:陈联发^{1,2*}

(1.福建中医药大学第一临床医学院,福建 福州 350004;

2.北京中医药大学东直门医院厦门医院,福建 厦门 361009)

摘要:总结陈联发主任分证论治经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后心绞痛的经验。认为“宗气虚滞”是本病的核心病机,手术金刃损伤胸中络脉,加之惊恐忧思,肝郁乘脾,致宗气匮乏且运行受阻,因虚致滞,久则演变为痰瘀互结,终致阴阳两虚,神机失养。治疗强调谨守病机,分证论治:宗气虚滞,胸阳不振证,治以调补宗气,疏肝运脾,给予逍遥散化裁;痰瘀互结,心脉痹阻证,治以化痰祛瘀,宣通痹阻,给予瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤化裁;阴阳两虚,神机失养证,治以调和阴阳,固护神机,阴虚为主者给予天王补心丹化裁,阳虚为主者给予肾气丸化裁。

关键词:心绞痛;经皮冠状动脉介入治疗;宗气虚滞;陈联发

经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)作为冠状动脉粥样硬化性心脏病的关键治疗手段,已在临床广泛开展^[1-2],但术后20%~40%的复发性心绞痛仍是亟待解决的难题,严重影响患者生活质量。目前西医治疗多依赖硝酸酯类或钙通道阻滞剂类药物改善微循环,但部分患者疗效欠佳;而中医药在防治术后心绞痛复发、减轻西药毒副作用及改善机体整体状态方面优势独特,是提升患者生活质量的有效途径。

陈联发系第四批全国中医临床优秀人才、厦门市杰出人才暨领军人才。师从陈可冀院士、国医大师王庆国教授。耕耘杏林20余载,在心血管病诊疗中积累了丰富的经验。针对PCI术后心绞痛,提出“宗气虚滞”为其核心病机,并据此确立治法,疗效显著。现将其治疗PCI术后心绞痛经验总结如下。

1 病因病机

PCI术后心绞痛属本虚标实之证,其病机演变始于宗气虚滞,继则痰瘀互结,终致阴阳两虚,神机失养。

1.1 宗气虚滞,胸阳不振 PCI术后心绞痛属于中医“胸痹”范畴,其核心病机源于《金匱要略》所言的“阳微阴弦”^[3],强调胸阳不振为本。所谓“胸阳”,特指聚于胸中“清阳之府”的阳气,其性清轻,以宣通为用。此胸阳功能的体现,实赖于胸中“大气”即宗气的充盛与运转。宗气积于胸中,出于喉咙,贯心脉而行呼吸,由水谷精微与自然清气相合而成,是支撑心肺功能、推动气血运行的核心动力。因此,宗气是胸阳发挥功能的物质基础。PCI术虽能祛除有形痰瘀,然手术金刃直入胸廓,首伤气血,动

摇宗气化生之根基。陈师认为术后“宗气虚滞”的本质在于因虚致滞:一方面,手术创伤耗气于前,复加术后常服抗凝诸药,多具破气攻伐之性,易损中州脾土^[4],加之患者久病体弱,脾胃虚弱,致使水谷精微化生无源,宗气乏源而虚;另一方面,手术前后惊恐忧思,易致肝气郁结,不仅阻碍宗气布散,更可木郁乘土,进一步削弱宗气化生之源。宗气既虚,则推动无力,气血运行迟缓而为“滞”。综上,宗气虚滞,胸阳不振,无力鼓动心脉,此即本病之核心病机。

1.2 痰瘀互结,心脉痹阻 宗气虚滞,气血津液运化失常,此乃“痰瘀互结”的病理基础,诚如王清任在《医林改错》中所论:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”^[5],阐明了气虚致瘀之病理特征。然津血同源,气虚不仅致使血行滞涩而为瘀,亦令津液敷布失司,聚而成痰,二者胶结痹阻心脉,终成痰瘀互结。此外,陈师强调“津血同病,脾虚为本”^[6]。临证发现此阶段多伴有腹胀、便溏等脾虚痰湿之象,实因术中使用导丝、支架等金器所致,金创之气直入胸膈,肃杀之性直折肝木,致使木郁不达,横逆犯脾,中焦运化失司,水谷不化反生痰浊,痰浊阻络,血滞为瘀,痰瘀胶结,胸痹难除。由是气虚、血瘀、痰浊三者互为因果,痹阻心脉。痰瘀秽浊之邪,性黏滞而入深,极易深伏于远端脉络。器械药物之力,难及其微,致使气血布散不周,心脉失养,此即PCI术后胸痹心痛之所以缠绵反复、难以全功之根结。

1.3 阴阳两虚,神机失养 《素问·生气通天论篇》言:“阴平阳秘,精神乃治”^[7],提示阴阳动态平衡是维持神机运转的基础。神机者,脏腑功能之主宰。PCI术后心绞痛之病机演变,终致阴阳两虚,进而导致神机失养,其理有二。其一,金刃伤络,痰瘀胶着,久积不去,郁久化热,灼烁心阴,久病及肾,真阴亏竭,阴损日久,必然累及于阳,终致阴阳俱虚。心

收稿日期:2025-07-23;接受日期:2025-08-31

基金项目:福建省自然科学基金青年创新项目(2023J05279)

通信作者:陈联发, E-mail: Clf7008@163.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.02014

阳虚则神无所养,心阴虚则神无所附,神机因此动摇。其二,PCI术后胸中脉络受损,宗气因实致虚或耗伤过度而不足。宗气既虚,上则无力贯通心脉,心阳失于温煦,心阴失于滋养,致使心气衰惫,心中阴阳俱损;下则无以经三焦资于肾,则先天元气失其后天充养。元气者,肾间动气也,元气亏虚,则命门火衰,无以蒸腾肾水上济君火。由此,下焦肾水寒凝于下而不得上奉,上焦心火独亢于上而不得下交^[8]。宗气之虚,内断心肾相交之枢机,外耗气血化生之源泉,终致心肾阴阳两虚。心藏神,肾藏志,水火不交,阴阳两虚,神机失养,则内不能主宰五脏六腑之气化,外不能应御六气之变,故见胸痹心痛反复难愈、认知障碍、精神萎靡等危象。

2 辨证论治

陈师临证主张分证论治,紧扣“宗气虚滞”之本,重在调补宗气、疏肝运脾以充化源;针对“痰瘀互结”之标,致力化痰祛瘀、宣通痹阻以贯心脉;着眼“阴阳两虚”之损,务求调和阴阳、固护神机以安神志。

2.1 调补宗气,疏肝运脾 症见胸闷太息,每于劳累、忧思烦恼时诱发或加重,伴两胁胀满,气短乏力,纳食不馨,大便溏薄,舌质淡胖,边有齿痕,苔白腻,脉象弦细,证属宗气虚滞、胸阳不振者,多为PCI术后初期,其病机关键在于金刃损伤气血,惊恐忧思,木郁乘脾,致使脾胃虚弱,运化失司,宗气化源不足,胸中大气因虚而滞,升降失常。治以调补宗气、疏肝运脾之法,拟逍遥散化裁,组成:黄芪15 g,党参15 g,柴胡12 g,枳壳12 g,当归10 g,白芍10 g,茯苓20 g,白术20 g,炙甘草8 g。方中黄芪、党参峻补宗气之虚;柴胡升清疏肝,枳壳降气理脾,升降相因,共调胸中大气;白芍柔肝体以助气机宣通;茯苓、白术健运中焦,使肝脾调和则宗气自充;炙甘草调和诸药,合参、芪以益气。诸药合用,肝气得疏,脾土得运,则宗气化源充沛,气机升降有序,胸痹心痛自除。若伴口苦烦躁者,加栀子10 g、牡丹皮10 g、黄芩6 g清泄肝胆郁火;若伴纳呆便溏甚者,加苍术16 g、薏苡仁20 g运脾燥湿,广藿香6 g醒脾开郁。

2.2 化痰祛瘀,宣通痹阻 症见心胸刺痛或闷痛,痛处固定不移,入夜尤甚,伴气短,痰多白黏,寐差梦多,舌质紫暗或有紫斑,舌边齿痕,苔白或腻,脉弦滑或沉细,证属痰瘀交阻、心脉痹阻者,治以健脾化痰、活血通脉之法,拟瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤化裁,组成:瓜蒌20 g,薤白10 g,半夏12 g,党参15 g,桃仁15 g,丹参15 g,当归10 g,生地黄10 g,川芎6 g,白芍10 g,柴胡12 g,枳壳16 g,炙甘草8 g。方中瓜蒌、薤白通阳涤痰,宽胸开痹,半夏燥湿化痰,三药相须为用,专解胸中痰浊胶结,功在祛除宗

气布散之有形障碍,令胸阳得以宣发;党参健脾以绝生痰之源,培土以固宗气之本,诚如《医宗必读》言:“治痰不理脾胃,非其治也”^[9];痰浊既化,则瘀血显露,故以桃仁、丹参、当归破血通脉,川芎行气活血;生地黄、白芍养血濡脉,祛瘀而不伤营阴;柴胡、枳壳疏利枢机,气畅则痰消瘀散,契合“治痰必治气”之则,并复宗气升降之常度。全方集化痰、散瘀、运脾、疏肝于一体,以气机为枢,痰瘀为靶,终使脉络通利而痹痛蠲除。若伴口干烦热、舌暗红少津者,加麦冬10 g、玄参10 g养阴清热;若伴小便短赤者,加淡竹叶6 g引心火从小便而出;若伴痰多白黏如絮者,加白术16 g、苍术16 g、石菖蒲8 g健脾燥湿化痰;若伴寐差多梦者,加酸枣仁15 g、茯神20 g宁心养血安神;若伴胸痛甚者,加延胡索6 g、三七6 g化痰定痛。

2.3 调和阴阳,固护神机 对于PCI术后心绞痛属“阴阳两虚,神机失养”证者,总以“调阴阳,安神明”为基本治法^[10]。症见心胸隐痛,时作时止,痛中常兼灼热或闷胀之感,遇劳易发,伴心悸,五心烦热,口干盗汗,气短乏力,失眠多梦,舌红少苔,脉细数等,证属阴阳两虚,以阴虚为主者,治以壮水制火、养心安神之法,拟天王补心丹化裁,组成:生地黄15 g,麦冬10 g,天冬15 g,玄参10 g,党参10 g,茯苓20 g,酸枣仁15 g,远志6 g,肉桂3 g,炙甘草8 g。方中重用生地黄滋阴壮水,天冬、麦冬、玄参清热育阴,诸药共制虚火而求“阴平阳秘”,寓血为气母之旨,令宗气有所附;酸枣仁、远志养心宁神;党参、茯苓益气培本,既充胸中宗气以贯心脉,又防气随阴脱以固根本;肉桂引火归元,使虚火得潜,心肾相交;当归、丹参养血活血,令脉道通利。症见畏寒肢冷,乏力困倦,夜尿频多,舌质淡红,体胖大,舌苔白滑或腻,脉沉迟或弱等,证属阴阳两虚,以阳虚为主者,治以阴中求阳,温养心神,拟肾气丸化裁,组成:山茱萸15 g,山药15 g,茯苓20 g,泽泻10 g,牡丹皮12 g,炮附子6 g,肉桂5 g,酸枣仁15 g,石菖蒲9 g,炙甘草8 g。方中山茱萸、山药滋阴填精,炮附子、肉桂温阳化气,赖少火生气之理,蒸腾肾气上济胸中,以资宗气之化源;茯苓、泽泻渗利降浊,牡丹皮清透浮火,三药调升降以利气机;酸枣仁养血安神,石菖蒲开窍醒神,共解神机失用之危。若伴潮热盗汗者,加地骨皮12 g、牡丹皮12 g退热除蒸,浮小麦10 g敛阴止汗;若伴惊悸不寐者,加龙骨15 g、牡蛎15 g潜镇安神;若伴夜尿频多者,加益智15 g、桑螵蛸15 g固摄下元。

病例介绍

患者,男,63岁,于2024年4月18日初诊。主诉:“急性心肌梗死支架术后”1年余,胸闷痛再发1月余。现病史:2023年1月22日患者因胸痛就诊

外院,诊断“急性ST段抬高型下壁心肌梗死”,给予右冠状动脉PCI植入支架1枚,术后行规律冠状动脉粥样硬化性心脏病二级预防药物治疗。1个月余前患者再发胸闷痛,位于心前区,持续数小时不等,1~2次/d,情绪激动或天气变化时加重,复查冠状动脉造影示冠状动脉未见异常,原支架血流通畅。辰下症:发作性胸闷痛,气短乏力,颈肩部酸痛,头昏沉感,口干口苦,纳呆,梦多易醒,急躁易怒,大便溏薄,舌暗红,边有紫斑,苔黄腻,舌下络脉迂曲,脉细弦滑,寸脉无力。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病(右冠状动脉支架术后);中医诊断:胸痹(宗气虚滞,痰瘀痹阻,兼化热伤阴证)。治法:疏肝运脾,调补宗气,化痰祛瘀,清热养阴,方用逍遥散、瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤化裁,处方:黄芪15g,党参15g,瓜蒌20g,薤白10g,姜半夏12g,炒白术20g,茯苓20g,柴胡12g,枳壳12g,丹参15g,当归10g,酒白芍10g,酒川芎6g,麦冬10g,酸枣仁15g,黄芩6g,大枣6g,生姜6g,炙甘草8g。14剂,日1剂,分2次,早晚饭后温服。

2024年5月2日二诊:药后胸闷痛发作频次缩短至3~4次/周,气短乏力明显改善,仍觉口干,多梦,大便溏薄,小便黄,服中药后易腹胀,舌红少津,舌边紫斑较前稍淡,苔黄腻较前改善,舌下络脉迂曲,脉细弦。前方去黄芪、生姜、大枣,党参减至10g,加薏苡仁20g,炒苍术16g,厚朴10g,生地黄15g,淡竹叶6g。14剂,煎服法同前。

2024年5月18日三诊:药后胸闷痛发作频次减少至1~2次/周,未诉腹胀,口干缓解,仍觉梦多,小便偏黄,大便偏溏,舌红少津,边可见少许紫斑,苔薄稍黄,脉细弦。去厚朴、炒薏苡仁,加肉桂3g,远志6g,茯神20g。14剂,煎服法同前。

2024年6月3日四诊:药后胸闷痛明显改善,情绪激动时偶发1次,梦多改善,二便调,舌偏红,苔薄白,脉细弦。续前方巩固疗效。14剂,煎服法同前。

2024年6月20日五诊:药后胸闷痛未作,纳寐可,二便调,舌偏红,苔薄白,脉稍弦。嘱患者心态平和,避免情绪激动,继续给予冠状动脉粥样硬化性心脏病二级预防用药,不适随诊。

按语:患者年逾六旬,年弱体衰,复经PCI金刃所伤,直损胸中络脉,致宗气大伤。宗气者,上走息道,贯心脉而行气血。宗气亏虚,无力贯心脉以行血,加之气虚帅血无力,故见胸闷胸痛,发作频频;宗气不足,上难走息道司呼吸,故见气短乏力;宗气聚于胸中,宗气不充,清阳不升,浊阴不降,故见头昏沉感,颈肩酸痛;脾为生痰之源,术后忧思郁怒,木郁乘土,脾失健运,不仅宗气生化乏源,更致聚湿生痰,痰湿下注则大便溏薄,纳呆,上蒙清窍则苔

腻;痰瘀互结,郁久化热,内扰心神,故见急躁易怒,梦多易醒,口苦;其寸脉无力,寸口主上焦,正应胸中宗气之盛衰,此乃宗气虚滞之明证。四诊合参,其核心病机总属“本虚标实,因虚致滞”。其本在于金刃伤气,宗气化源匮乏,胸阳失布,其标在于气虚运化无力,酿生痰瘀胶结,痹阻脉络,更兼郁久化热伤阴,遂成宗气虚滞、痰瘀痹阻、兼化热伤阴之证。治以疏肝运脾,调补宗气,化痰祛瘀,兼以清热养阴,方用逍遥散、瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤化裁。方中黄芪、党参、白术、茯苓、生姜、大枣同用,旨在健脾土以充宗气之源;柴胡、枳壳、白芍疏肝理气,令宗气升降有度;瓜蒌、薤白、半夏豁痰通阳,以开胸中之结;丹参、当归、川芎活血化瘀,以通脉络之滞;麦冬养阴濡脉,使祛瘀不伤营阴;酸枣仁养阴安神;黄芩清肝胆郁热;炙甘草调和诸药。全方融疏肝运脾、调补宗气、化痰祛瘀、清热养阴为一体,其中多个单药有效成分既能扩张冠状动脉,改善血流灌注,又可调节血管舒缩功能,降低血液黏度,保护血管内皮,改善冠状动脉微循环障碍,显著缓解PCI术后心绞痛^[11-13]。二诊患者胸痛大减,气短改善,示宗气渐复,瘀滞渐开。然出现腹胀、口干、舌红少津等症,考虑重用参、芪虽补气之功著,却有壅滞气机、助热伤阴之弊,故去黄芪、姜枣等温燥之品,减党参用量,转而加入苍术、厚朴、炒薏苡仁健脾利湿,行气除满,生地黄、淡竹叶清热养阴。三诊腹胀已消,唯觉梦多,此为郁热虽去,但久病心肾不交、神机失养之象显露,故去苦温燥湿之品,加肉桂引火归元,合远志、茯神交通心肾,旨在温养命门以助宗气之根,安神定志以复神机之用,终获全功。

3 结 语

综上,通过确立“宗气虚滞,胸阳不振”“痰瘀互结,心脉痹阻”及“阴阳两虚,神机失养”3型病机框架,紧扣“宗气”,将扶正补虚与祛邪通络有机结合,体现了分证论治、标本兼顾的学术特色,为PCI术后心绞痛的中医诊疗提供了清晰有效的理论指导和实践方案。

参考文献

- [1] 刘明波,何新叶,杨晓红,等.《中国心血管健康与疾病报告2023》概要(心血管疾病流行及介入诊疗状况)[J].中国介入心脏病学杂志,2024,32(10):541-550.
- [2] ZAMAN S, WASFY J H, KAPIL V, et al. The lancet commission on rethinking coronary artery disease: moving from ischaemia to atheroma [J]. Lancet, 2025, 405(10486): 1264-1312.
- [3] 张仲景.金匱要略[M].何任,何若苹,整理.北京:人民卫生出版社,2005:31.
- [4] BITTL J A, LAINE L. Gastrointestinal injury caused by aspirin or clopidogrel monotherapy versus dual antiplatelet therapy [J]. J Am Coll Cardiol, 2022, 79(2): 129-131.
- [5] 王清任.医林改错[M].新1版.上海:上海卫生出版社,1956:34.

(下转第66页)