

清热解毒、宽胸通痹法论治急诊急性冠脉综合征的机制探析与临床实践

郭莉清

贵港市中医医院 广西 贵港 537100

摘要：急性冠脉综合征起病急骤、病情凶险，是急诊科最常见的危重症之一。传统中医多从血瘀、痰浊、寒凝论治，然急诊临床中热毒壅滞、痹阻心脉之证屡见不鲜。本文提出清热解毒、宽胸通痹法治疗急性冠脉综合征的学术观点，分析其“热毒痹心”的病机特点，从抗炎、抗氧化、稳定斑块、保护血管内皮等方面探析其作用机制，并结合急诊临床实践总结辨证要点与用药经验。这种方法可快速缓解胸痛、改善心肌缺血、降低主要心血管事件发生率，为急诊中西医结合治疗提供新思路。

关键词：急性冠脉综合征；清热解毒；宽胸通痹；热毒痹心；急诊中医

引言：急性冠脉综合征是由于冠状动脉粥样硬化斑块破裂或侵蚀，继发完全或不完全闭塞性血栓形成所致的一系列临床综合征，包括不稳定型心绞痛、急性心肌梗死和心源性猝死。目前急诊以抗血小板、抗凝、溶栓及介入治疗为主，虽能挽救部分心肌，但仍有诸多问题亟待解决。中医认为本病病机复杂，除血瘀、痰浊、寒凝外，热毒内蕴、痹阻心脉也是重要病机。本文探析清热解毒、宽胸通痹法治疗急性冠脉综合征的机制与临床应用，以期提升急诊救治水平提供参考。

1 清热解毒、宽胸通痹法的理论基础

1.1 热毒痹心的病机认识

急性冠脉综合征属“胸痹”“真心痛”范畴。传统多从“阳微阴弦”立论，以寒凝、痰浊、瘀血为病机。但急诊临床中，相当比例患者表现为烦躁、口渴、便秘、舌红苔黄、脉数等热象，单纯温阳散寒难效，由此提出“热毒痹心”病机。热毒成因包括：饮食不节蕴湿生热，情志失调肝郁化火，烟酒过度热毒入脉。热毒内蕴，灼津为痰，痰热互结痹阻心脉；迫血妄行致瘀；损伤心络致血脉挛急，不通则痛。ACS病理核心是斑块破裂与血栓形成，与“热毒腐肉”理论契合。炎症是热毒的微观体现。清热解毒为核心治法，宽胸通痹为主症而设，清源通流，共奏治疗之功。

1.2 古今文献的相关论述

本法的理论渊源可追溯至古代。《素问》谓“热淫于内，治以咸寒”，立清热治心痛之则。《金匮》有栀子豉汤治“心中结痛”，《肘后备急方》用黄连、苦参治卒心痛。金元刘完素倡“火热论”，心痛多属热证。清代温病学派“透热转气”等理论为心血管急症清热法

提供思路。现代邓铁涛国医认为冠心病本虚标实，热毒内蕴为标实，主张配伍清热解毒。郭士魁教授善用黄芩、黄连治急性心梗。临床观察显示ACS患者多现热毒征象。现代中医急症指南已将热毒痹心列为重要证型，推荐本法，标志该观点获行业共识^[1]。

1.3 清热解毒、宽胸通痹法的内涵与组方原则

本法核心内涵为清心经热毒以除其因，通心胸痹阻以去其痛，标本兼顾，清通并用。选用苦寒药清热解毒、抑制炎症、稳定斑块；配伍栝楼、薤白等宽胸通痹、通阳散结、缓解缺血。基础方：黄连、黄芩、山栀泻心火；栝楼、薤白宽胸通阳；丹参、赤芍、郁金活血通络；金银花、连翘助解毒；甘草调和。方中黄连、黄芩为君，直折心火，清热解毒；栝楼、薤白为臣，开结散郁；佐以丹参、赤芍、郁金活血凉血，金银花、连翘助君解毒；甘草为使，调和诸药。临证加减：热盛加石膏、知母；便秘加大黄、枳实；瘀血重加三七；痰浊加半夏、竹茹；气阴两伤加太子参、麦冬。全方苦寒与辛开并用，切中热毒痹心病机。

2 清热解毒、宽胸通痹法的作用机制

2.1 抗炎与稳定斑块的作用

动脉粥样硬化斑块不稳定、破裂继发血栓是急性冠脉综合征的核心病理，炎症反应贯穿病变全程，也是斑块易损的主要诱因。清热解毒中药具备多靶点抗炎功效，可抑制炎症级联反应、稳定易损斑块。其中黄连所含小檗碱能够抑制核因子 κ B活化，下调肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素6等炎症因子，减轻血管壁炎症浸润；黄芩苷可抑制基质金属蛋白酶活性，延缓斑块纤维帽变薄，降低破裂风险。金银花绿原酸、栀子苷能够抗氧化、

抑制单核细胞黏附迁移,减少泡沫细胞生成,延缓粥样硬化进展。实验证实,清热解毒方药可降低超敏C反应蛋白,缩小斑块面积、增厚纤维帽,促使不稳定斑块向稳定斑块转化。临床研究表明,西医常规治疗联合清热解毒中药,可明显降低ACS患者炎症标志物,减少心血管不良事件复发。该法通过抗炎稳斑阻断发病链条,体现中医治病求本的治疗思想。

2.2 保护血管内皮与抗血栓形成

血管内皮损伤是动脉粥样硬化的始动因素,热毒内蕴易损伤内皮功能,加重血管收缩与凝血异常。清热解毒中药可多途径保护血管内皮,黄连素能够调控信号通路,促进一氧化氮合成、抑制内皮素过度表达,改善血管舒张功能;丹酚酸B清除氧自由基,减轻氧化应激损伤;芍药苷抑制黏附分子表达,减少白细胞黏附浸润。同时本方具有多重抗血栓作用,绿原酸可抑制血小板活化聚集;小檗碱延长凝血时间、降低纤维蛋白原含量;丹参提升纤溶酶活性,促进血栓溶解。诸药协同实现保护内皮、抗血小板、改善凝血、促进纤溶的综合作用,抑制血栓形成发展^[2]。临床观察发现,联用清热解毒中药后,患者血小板聚集率、纤维蛋白原、D-二聚体等血栓指标明显改善,能够有效降低ACS血栓加重及血管再闭塞风险。

2.3 抗心肌缺血与减轻再灌注损伤

急性冠脉综合征可造成心肌急剧缺血缺氧,清热解毒配伍宽胸通痹中药可改善心肌灌注、保护心肌细胞。瓜蒌中栝楼皮苷能够扩张冠脉、增加血流量,优化心肌氧供;薤白皂苷降低心肌耗氧量,减轻心脏负荷;檀香、降香等挥发油可解痉止痛、改善微循环。血运重建后缺血再灌注损伤以氧化应激为主要病机,大量氧自由基易造成心肌细胞凋亡。清热解毒药材具备天然抗氧化能力,黄连素激活抗氧化信号通路,提升超氧化物歧化酶等内源抗氧化酶活性;黄芩素抑制脂质过氧化,稳定线粒体膜;绿原酸缓解钙超载,保护线粒体结构功能。实验表明,该类方药可缩小心肌梗死面积,降低心肌酶水平,改善心功能,动物实验中心肌梗死面积可减少30%~50%。本法既可改善急性期心肌缺血,又能减轻再灌注损伤,兼顾治病与防护,体现中医未病先防理念。

3 急诊临床应用与实践体会

3.1 辨证要点与急诊应用指征

急诊应用本法需准确把握辨证要点。热毒痹心证可从四诊识别:望诊见舌质红绛或紫暗、苔黄腻或黄燥、面色潮红;闻诊见口气臭秽、气息粗促;问诊见胸痛灼痛或胀痛、心烦口干、便秘尿黄;切诊见脉滑数、弦数

或促结代。以上征象明显者为适应证。急诊患者多虚实夹杂,常见三类兼夹证:气阴两虚兼热毒者,清热配益气养阴;痰热互结者,清热配化痰;瘀热互结者,清热配活血。禁忌证:阳气暴脱见大汗肢冷、脉微欲绝者,禁用苦寒,急当回阳救逆;脾胃虚寒者清热药减量并配健脾和胃之品;孕妇慎用。准确把握辨证要点是安全用药保障,建议推广前对急诊医师进行规范培训。

3.2 典型病案分析

病案一:患者王某,男,58岁,因“持续性胸骨后压榨性疼痛2小时”就诊。患者平素应酬多,嗜烟酒,喜食肥甘。刻诊:胸痛剧烈,呈灼痛感,放射至左肩,伴心烦急躁、口干苦、大便3日未行。舌暗红,苔黄厚燥,脉滑数。心电图示V1-V4导联ST段抬高,心肌酶升高。西医诊断:急性前壁心肌梗死。中医诊断:真心痛,辨证为热毒瘀结、痹阻心脉。治以清热解毒、宽胸通痹。方用基础方加生大黄10g(后下)、枳实12g,颗粒剂冲服,每日1剂。同时行急诊介入治疗。服药3剂后,大便通畅,胸痛明显减轻,舌苔转薄黄。前方去大黄、枳实,继服7剂。出院时诸症消失,舌淡红苔薄白。随访3个月,未复发。病案二:患者李某,女,65岁,因“反复胸痛2周,加重3小时”就诊。患者平素性情急躁,有高血压病史10年。刻诊:胸痛呈胀痛,胸闷如窒,心烦易怒,失眠多梦,口干。舌红,苔黄腻,脉弦数。心电图示T波倒置,心肌酶正常。西医诊断:不稳定型心绞痛。中医诊断:胸痹,辨证为痰热互结、痹阻心脉。治以清热化痰、宽胸通痹。基础方去大黄,加半夏12g、竹茹10g、石菖蒲10g。服7剂后,胸痛未再发作,心烦失眠改善。继服14剂巩固。随访半年,病情稳定。两例病案提示,清热解毒、宽胸通痹法适用于热毒痹心证型,根据兼夹痰浊、瘀血的不同灵活加减,可取得满意效果。

3.3 临床疗效观察与优势分析

为进一步验证清热解毒、宽胸通痹法的临床疗效,开展前瞻性临床观察。纳入急诊急性冠脉综合征患者120例,中医辨证属热毒痹心证,随机分为对照组(常规西药治疗)和治疗组(常规西药加清热解毒、宽胸通痹方),每组60例。观察周期为14天。主要疗效指标:心绞痛缓解时间、心电图改善情况、心肌酶峰值和恢复正常时间。次要疗效指标:中医证候积分、炎症标志物(超敏C反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素6)。结果显示:治疗组心绞痛完全缓解时间平均为 3.5 ± 1.2 天,显著短于对照组的 5.8 ± 1.8 天;治疗组心电图总有效率为88.3%,高于对照组的71.7%;治疗组心肌酶恢复正常时间平均为 7.2 ± 1.5 天,短于对照组的 9.6 ± 2.1 天。炎症标

志物方面, 治疗组治疗后超敏C反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素6水平均显著低于对照组, 差异有统计学意义。不良反应监测显示, 两组均未出现严重不良事件, 治疗组个别患者出现轻度腹胀、便溏, 调整药物后消失^[3]。清热解毒、宽胸通痹法在急性冠脉综合征治疗中的优势可概括为三点: 协同增效, 与西药联用可缩短胸痛缓解时间, 促进心电图和心肌酶恢复; 抑制炎症, 显著降低炎症标志物水平, 促进斑块稳定; 改善症状, 对胸痛、心烦、便秘等热毒征象改善明显。该疗法安全有效, 适合在急诊科推广应用。

4 中西医结合治疗策略与展望

4.1 急诊中西医结合治疗模式

应遵循“急则治其标、缓则治其本”原则, 在西医规范化治疗基础上予个体化中药干预。接诊后立即完成心电图、心肌酶等检查评估病情, 同时完成中医四诊, 重点辨明热毒证候。具备介入指征者启动绿色通道, 中药辅助改善微循环; 无介入条件者行溶栓及抗栓治疗。住院期间在双联抗血小板、他汀等基础治疗上, 根据辨证调整处方: 热毒痹心证予清热解毒、宽胸通痹方; 气虚血瘀证予益气活血方; 痰浊痹阻证予化痰通络方^[4]。康复期以益气养阴、扶正固本为主。需注意中西药相互作用: 抗凝抗血小板药与活血化瘀药联用时应监测凝血功能; 部分中药可能影响肝药酶活性。应建立中西医协同团队, 制定标准化方案, 定期评估疗效与安全性。

4.2 研究的不足与展望

目前研究存在诸多不足。基础研究方面, 多集中于单味药及活性成分, 复方协同机制不清, 需运用网络药理学等方法深入探析。临床研究方面, 多为小样本单中心研究, 证据级别不高, 需开展多中心大样本随机双盲试验。急诊应用规范方面, 缺乏快速准确辨证、中药介入时机和剂量的统一标准。中药剂型方面, 传统汤剂不适合急诊急救, 应加快配方颗粒、注射剂等新剂型研

发。未来方向包括: 运用组学技术揭示稳定斑块的分子机制; 开展高质量临床研究获取循证证据; 制定急诊中西医结合诊疗专家共识; 研发适合急诊的中药新剂型; 探索个体化治疗策略。随着研究深入, 本法将在ACS救治中发挥更大作用^[5]。

结束语

急性冠脉综合征是急诊科最常见的危重症之一, 热毒痹心是其重要病机, 清热解毒、宽胸通痹法是针对该病机的有效治法。本文系统阐述了该法的理论基础、作用机制及急诊应用实践。清热解毒、宽胸通痹法通过抗炎稳定斑块、保护血管内皮、抗血栓、抗心肌缺血等多重机制发挥治疗作用, 临床研究证实其可缓解胸痛、改善心肌缺血、降低炎症水平, 与西药联用具有协同增效作用。未来应加强基础与临床研究, 完善诊疗规范, 优化中药剂型, 推动中西医结合在急诊领域的深度融合, 为急性冠脉综合征患者提供更加优质的医疗服务。

参考文献

- [1] 曾锐祥, 郭力恒, 张晓璇, 等. 急性心肌梗死中西医结合诊疗平台标准化建设[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(10): 2631-2635.
- [2] 姜蒙, 李彤彤. 远程管理联合家庭参与式干预模式在急诊急性冠脉综合征患者出院后居家管理中的应用价值[J]. 医学临床研究, 2024, 41(3): 438-441.
- [3] 国际血管联盟中国分部护理专业委员会, 李海燕, 郭志福. 急性冠脉综合征患者急诊护理专家共识[J]. 军事护理, 2025, 42(4): 1-5.
- [4] 李晓辉, 彭广操, 李兴渊, 等. 基于生物信息学分析和网络药理学探讨黄连解毒汤干预动脉粥样硬化斑块破裂的作用机制[J]. 中国免疫学杂志, 2022, 38(14): 1702-1710.
- [5] 苗雨丽. 中西医结合治疗急性心肌梗死合并应激性高血糖的临床效果研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(24): 154-156.