

从“痰瘀互结”探讨心血管病变合并风湿免疫病的中医学研究概述

文利平 陈晓凤

阿克苏地区中医医院 新疆 阿克苏 843000

【摘要】：心血管病变与风湿免疫病共病率高，西药联用常致肝肾负担加重及疗效瓶颈，亟需中医整体调控策略。本文系统梳理近二十年文献，聚焦“痰瘀互结”这一核心病机在冠心病合并类风湿关节炎、动脉粥样硬化合并系统性红斑狼疮、高血压合并强直性脊柱炎等典型共病中的证候表现、辨证规律及干预机制。研究表明，三类共病虽痰瘀权重各异，但均呈现舌紫苔腻、脉涩或滑数兼弦、胸闷刺痛与肢体困重并见等共性征象；其病理实质可对应慢性炎症、内皮功能障碍与血管重构等现代环节。经典方剂如二陈汤合桃红四物汤、温胆汤合血府逐瘀汤等，通过多成分协同调节 NF- κ B、TGF- β /Smad 等通路发挥痰瘀同治效应。当前研究仍面临证候量化不足、机制碎片化及中西医术语转译失当等挑战。未来需构建动态评估模型、可调权重动物模型及以痰瘀消减率为终点的高质量临床试验。

【关键词】：痰瘀互结;心血管病变;风湿免疫病;异病同治;中西医结合

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.068

1 引言

痰瘀互结理论与心血管-风湿免疫共病的学术交汇点

风湿免疫病常合并心血管病变，显著增加了患者的心源性死亡与致残风险。由于西药联用易加重肝肾代谢负荷，临床常陷入“治标难固本”的瓶颈。基于中医学“异病同治”思想，“痰瘀互结”作为连接两类疾病的核心病机链条，既能阐释风湿免疫病之久病入络，亦能呼应心血管病变之脉络瘀滞，构成突破临床困境的关键切入点^[1]。

“痰瘀互结”学说源于《内经》“津血同源”理论，经后世医家阐发，确立了痰瘀动态互化、互为因果的关系。在现代医学诠释下，痰浊积聚对应脂质代谢紊乱与慢性低度炎症，瘀血内阻则映射内皮功能障碍与血管重构。该病机已成为贯通宏观证候与微观病理的结构性解释框架^[2]。

本研究遵循“理论—临床—机制—反思”的四阶递进逻辑，厘清痰瘀互结的古典内涵与现代病理对应性，归纳三类典型共病的证候分布规律，总结复方与单体的多靶点调控证据，并针对当前标准化不足、机制碎片化等瓶颈提出应对路径，旨在为“异病同治”范式提供可操作的理论支点^[3]。

2 痰瘀互结在心血管-风湿免疫共病中的证候学表现与辨证规律

2.1 典型共病组合的痰瘀证候谱系分析

临床观察表明，冠心病合并类风湿关节炎、动脉粥样硬化合并系统性红斑狼疮、高血压合并强直性脊柱炎三类共病，其证候演化高度趋同于“痰瘀互结”病机。四诊合参可见共性征象：舌质紫暗或见瘀斑，苔腻滑或浊厚，脉见沉涩、滑数兼弦；患者主诉多见胸闷刺痛与肢体困重并存，且二者常动态关联（肢体沉重加剧则胸痛频作）。其病理机制在于：痰浊阻遏气机致血行迟滞而成瘀，瘀血阻滞脉络碍津液输布而酿痰。痰瘀胶结，终致心脉与经络双重失养。该证候谱系是机体在慢性炎

症下，脏腑运化失司与血脉运行障碍的综合病理表达^[4]。

2.2 不同风湿免疫病背景下的痰瘀侧重差异

痰瘀互结的内部权重随原发免疫病种而呈现显著异质性。类风湿关节炎呈“痰重于瘀”，病机侧重湿浊阻络，症见关节肿痛、舌胖苔腻、脉滑，治以化痰蠲痹、佐以活血通络；系统性红斑狼疮呈“瘀重于痰”，病机重在热毒灼络、伤营致瘀，表现为红斑瘀斑、舌紫暗、脉细涩，治以活血化瘀为主，兼清热养阴；强直性脊柱炎呈“痰瘀胶固”，病机源于寒湿深伏督脉、久病入络，症见腰背僵痛、舌暗苔干腻，治须破瘀散结与温阳化痰通督并重。此权重差异是精准辨证与靶向干预的关键依据。

2.3 痰瘀互结与西医病理环节的对应性探讨

“痰”的本质可对应慢性低度炎症、脂质代谢紊乱、自身抗体异常及高纤维蛋白原血症；“瘀”则与内皮损伤、血小板活化、微循环障碍及血管平滑肌细胞异常增殖密切相关。二者互结，映射出“炎症-血栓-纤维化”病理轴的动态耦合：在类风湿关节炎合并冠心病中体现为 CRP 与 MMP-9 协同促进斑块不稳；在系统性红斑狼疮合并早发动脉硬化中表现为抗核抗体介导的内皮损伤与凝血酶原激活；在强直性脊柱炎合并高血压中则表现为 TNF- α 驱动的血管周围纤维化与动脉重构。这为中西医术语转译与干预策略整合提供了明确的病理生理学依据^[6]。

3 基于痰瘀互结的中医药干预策略与方药机制研究进展

3.1 经典名方的痰瘀同治范式解析

痰瘀互结作为心血管病变与风湿免疫病共病的核心病机，其干预需兼顾化痰不助瘀、活血不伤正、益气不壅滞之三重平衡。经典配伍方案中，二陈汤合桃红四物汤以半夏为君化痰降逆，桃仁、红花为臣活血通络，佐以茯苓健脾渗湿、川芎行气活血，使药甘草调和诸药，整体体现“化痰通络、活血不伤正”

之治则；温胆汤合血府逐瘀汤则以竹茹清胆和胃、柴胡疏肝解郁，配伍当归、赤芍、牛膝引血下行，凸显瘀痰分消而枢机自转之理；参附汤合丹参饮以人参、附子益气温阳为本，丹参、檀香、砂仁理气活血为标，达成“益气温阳、祛瘀不耗气”之效。如图1所示，半夏—丹参、天南星—川芎、茯苓—桃仁三组药对通过协同抑制 NF- κ B 通路介导的 TNF- α 、IL-6 释放，互补改善 eNOS/NO 通路依赖性内皮舒张功能，并制衡 TGF- β 1/Smad2/3 信号驱动的血管平滑肌细胞迁移与胶原沉积，最终实现稳定动脉粥样硬化斑块、缓解关节滑膜肿胀及延缓冠状动脉钙化等多维终点效应。该多靶点整合机制印证了痰瘀同治范式在病理生理层面的科学内涵^[4]。



图1 痰瘀同治经典方剂的核心药对作用路径线性流程图

3.2 单味药及活性成分的现代药理验证

现代药理研究证实，单味药活性成分对痰瘀互结病机具有多层次靶向干预能力，呈现“多成分—多靶点—多通路”的协同特征。其中，姜黄素与雷公藤甲素虽同具 NF- κ B 抑制效应，然前者主要通过激活 Nrf2/HO-1 通路抗氧化应激，后者则以拮抗 TLR4/NF- κ B 轴为主，且其对 miR-146a 的下调作用表现出剂量依赖性特征。

上述成分在“痰浊蕴结”与“瘀血阻络”两个维度上权重各异。半夏生物碱偏重于抑制黏附分子 VCAM-1 与 ICAM-1 表达，以截断痰浊内生之源；三七总皂苷可上调 TIMP-1/MMP-9 比值并抑制 PDGF-BB 诱导的血管平滑肌增殖，从而延缓血管重构；苦参碱侧重阻断 TRPC6/Ca²⁺ 超载，以缓解早期平滑肌异常收缩；葛根素则通过抑制 AGEs/RAGE 轴激活及下游 ROS 爆发，防治糖脂代谢紊乱继发的络脉损伤。上述干预机制已在基因敲除小鼠、微血管灌注影像学及转录组测序等研究中得到验证，共同构成了痰瘀共病病理网络的药理映射，为临床方剂配伍优化提供了分子尺度的依据^[1,7]。

3.3 外治法与非药物疗法的痰瘀调控实践

外治法在痰瘀互结型心血管病变合并风湿免疫病中展现出独特干预价值，其作用路径突破内服药物的药代动力学局限，强调“从外达内、引瘀痰外出”的动态调控逻辑。临床实践以针灸、穴位贴敷及中药熏洗为主干：针刺丰隆穴可健脾化痰、通络导滞，配伍膈俞、心俞、肾俞诸穴，协同调节心-脾-

肾三脏气化功能，改善微血管灌注与组织氧供；穴位贴敷以白芥子豁痰利窍、延胡索活血止痛、川芎行气化瘀，借助透皮吸收与神经反射双重机制，下调局部 TNF- α 与 IL-1 β 表达，抑制炎症浸润；中药熏洗方中海风藤祛风湿、威灵仙通经络、丹参化瘀生新，通过温热效应扩张毛细血管，增强皮肤淋巴管收缩节律，促进炎性代谢产物经淋巴系统清除。现有研究普遍认为，此类疗法通过调节皮肤-神经-免疫轴稳态、优化局部微循环阻力指数及加速淋巴回流速率等多维途径，实现瘀痰病理产物的区域性疏解与系统性再分布，为共病状态下的靶向干预提供非药物补充策略^[8]。

4 当前研究的深层挑战与理论反思

针对当前痰瘀辨证缺乏客观量化标准、宏观证候与微观病理脱节的困境，亟需构建“宏观证候—微观指标—动态演变”三位一体的评估模型。通过整合舌脉物理特征、血液流变学及炎症因子等多源数据，赋予证候可计算的生物学权重，实现评估从静态描述向动态预测的转向。

同时，针对当前机制研究碎片化与还原论的倾向，应避免将动态病机解构为“单一成分—孤立靶点”的线性调控。研究须回归“脏腑相关”的整体框架，将“痰-瘀-气-血-津液”的网络化关联纳入统一建模，以维持中医整体观对复杂病理阐释的指导价力。

此外，简单将“痰”等同于炎症、“瘀”等同于血栓，易削弱中医概念的系统性。为此，应建立“病理状态—功能紊乱—结构改变”的三级转译框架，分别锚定整体失衡状态、关联微观功能异常、落位可量化结构改变，从而在尊重中医系统性的前提下建立跨学科语义接口。

5 结论

走向痰瘀互结理论的深化、细化与转化

痰瘀互结是心-免共病的核心病机，非症状的机械叠加。痰浊阻滞与瘀血阻络互为因果，共同驱动慢性炎症、内皮损伤及血管重构，统摄了免疫失衡与代谢紊乱等多维病理过程。该病机贯穿共病始终，通过辨析痰与瘀的权重差异，实现了“病证结合”诊疗模式的理论与临床闭环。

未来研究应从三方面展开：一是构建基于真实世界的多维动态队列，整合 AI 影像与多组学数据，量化“痰瘀互化”的双向演序规律；二是研发“痰瘀权重可调”的动物模型，精准模拟不同共病谱系的病理特征；三是开展以“痰瘀消减率”为复合终点的高质量临床循证研究，推动中药经典方剂的转化应用。

该理论体现了非线性的系统认知范式，将微观病理事件统摄于“津血失调、络脉痹阻”的动态过程。其干预逻辑并非局限于单一靶点清除，而是致力于调节脏腑气化、重建系统自稳。这一整体观契合慢病长周期演进规律，为现代慢病整合管理提

供了可行路径。

参考文献:

- [1] 蔡云,张斌霞,王紫逸,张奕民,张琪.血脉通颗粒治疗亚临床颈动脉粥样硬化(肾阴亏虚痰瘀互结证)的临床研究[J].中药材,2014(1):162-165.
- [2] 贾海骅,王仑,韩学杰.高血压病“痰瘀互结、毒损心络”的理论思维与创新[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(7):890-892.
- [3] 朱黎霞,韦园诗,黄星星,张英丰.基于UPLC-Q/TOF-MS分析痰瘀互结型冠心病患者的血浆脂质组学[J].中国实验方剂学杂志,2019,26(1):110-117.
- [4] 张会永,张哲,杜蕊,陈智慧,刘丽星,裴宇鹏,王夏云,杨永菊,杨关林.冠心病稳定型心绞痛(痰瘀互结证)自评量表理论模型构建方法与思路[J].中华中医药学刊,2011,29(8):1738-1740.
- [5] 周占青.薤白通脉汤联合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛(痰瘀互结)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015(7):110-112.
- [6] 李先涛.对冠心病痰瘀互结证(胸痹心痛)临床辨证的认识[J].辽宁中医杂志,2016,43(1):10-12.
- [7] 徐一兰,高杉,许慧愚,李琳,高树明,边育红,崔元璐,李遇伯,李正,于春泉.冠心病稳定性心绞痛痰瘀互结证多中心、小样本、精细化临床研究方案[J].中国中医药现代远程教育,2018.
- [8] 邢风雷,徐京育.复方丹参饮治疗高血压病合并血脂异常(痰瘀互结型)胰岛素抵抗的临床研究[J].中医药信息,2009,26(4):31-32.