

基于“窠囊”理论探讨冠状动脉粥样硬化性心脏病病机与治疗

王颖鑫¹, 隋艳波^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院全科医学科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年10月26日; 录用日期: 2025年11月19日; 发布日期: 2025年11月26日

摘要

基于中医窠囊理论探讨冠心病的病理机制与分期论治思路。冠心病的核心病机为痰瘀互结, 阻塞心脉, 与窠囊理论所述“痰瘀胶结成囊”高度契合, 脉中之痰浊对应现代医学脂质, 有形瘀结对应纤维帽, 根据疾病发生发展进程提出分期论治策略: 初期以行气破滞调畅气机; 中期重在化痰散结分化胶结; 后期侧重祛瘀通络并兼顾扶正。该理论为冠心病的中医治疗提供了新思路, 但需进一步临床验证。

关键词

窠囊, 冠心病, 痰瘀互结, 化痰祛瘀, 理论探讨

Exploration of the Pathogenesis and Treatment of Coronary Atherosclerotic Heart Disease Based on the “Ke Nang” Theory

Yingxin Wang¹, Yanbo Sui^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of General Practice, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: October 26, 2025; accepted: November 19, 2025; published: November 26, 2025

*通讯作者。

文章引用: 王颖鑫, 隋艳波. 基于“窠囊”理论探讨冠状动脉粥样硬化性心脏病病机与治疗[J]. 临床个性化医学, 2025, 4(6): 85-90. DOI: 10.12677/jcpm.2025.46481

Abstract

This study explores how the TCM “Ke Nang” (nest-like encapsulated mass) theory can elucidate the pathogenesis of coronary heart disease and guide its stage-specific treatment. The core pathogenesis of CHD in traditional Chinese medicine (TCM) is the intermingling of phlegm and blood stasis, which blocks the heart vessels. This is highly consistent with the description of “phlegm and blood stasis congealing into a capsule” in the “Ke Nang” theory. Specifically, the turbid phlegm in the vessels corresponds to lipids in modern medicine, while the tangible blood stasis masses correspond to fibrous caps. According to the progression of the disease, a stage-based treatment strategy is proposed: Early stage: Focus on promoting qi circulation to dispel stagnation and regulate qi movement. Middle stage: Prioritize resolving phlegm and dissipating masses to break down the congealed (phlegm-stasis) substances. Late stage: Emphasize eliminating blood stasis and dredging collaterals, while also supporting healthy qi (zheng qi) concurrently. This theory provides a new perspective for the TCM treatment of CHD, yet further clinical verification is required.

Keywords

Ke Nang, Coronary Heart Disease (CHD), Intermingling of Phlegm and Blood Stasis, Resolving Phlegm and Removing Blood Stasis, Theoretical Exploration

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

冠状动脉粥样硬化性心脏病(Coronary Atherosclerotic Heart Disease), 简称冠心病(Coronary Heart Disease, CHD), 是冠状动脉因粥样硬化病变导致管腔狭窄或闭塞, 进而引发心肌缺血的心脏病[1], 为心血管病科常见慢性疾病。现代医学认为冠状动脉粥样硬化是冠心病的关键致病因素, 近年来, 冠心病患病率和病死率逐年上升, 是导致伤残和死亡的重要原因[2]。冠心病属于中医“胸痹心痛”范畴, 为多种致病因素导致气血运行不畅, 痰浊内生, 痰瘀互结, 瘀阻于脉络所致, 中医常治以豁痰化瘀, 通脉养心。窠囊理论是中医学关于痰饮、瘀血等病理产物结聚成囊所形成的独特学说, 核心阐述痰瘀互结致病, 气血津液运行失常是窠囊形成的关键。痰瘀交互在体内结聚成巢, 裹结成囊, 结于心脉, 阻于胸中形成冠心病。有学者认为, 心脉窠囊与冠心病发病二者之间存在密切联系[3]。现浅述两者内在联系, 以期为临床论治冠心病提供新思路。

2. “窠囊”理论

窠囊之词首见于宋代许叔微, 许叔微曾在《普济本事方》提出: “湿痰、痰饮成癖囊, 苍术单味善治痰饮成窠囊, 化痰行饮。痰饮挟湿浊遂成窠囊, 非寻常攻逐可去”, 首次提出痰饮是窠囊形成病理基础[4]。明代陈嘉谟[5]清代林佩琴都对苍术善化痰消窠囊有所论述[6]。元代朱丹溪在许叔微窠囊基础上, 首次提出痰湿瘀互结久成窠囊的观点, 在《局方发挥》中提出“自气成积, 自积成痰, 痰挟瘀血, 遂成窠囊, 此为痞、为痛”[7], 认为痰挟瘀是形成窠囊的关键病理因素, 多见于久病顽疾。明代张景岳在《景岳全书》云: “窠囊非独痰饮, 凡湿浊、瘀毒皆可成巢”, 指出多种邪气均可形成窠囊; 清代程钟灵在《医学心悟》云: “痰生百病, 治痰需明源, 痰之源, 本于湿”, 清代叶天士提出“久病入络, 痰瘀阻

滞”，清代王清任曾提出“气滞血瘀为诸病之源，窠囊乃死血裹痰”，这些论述都揭示了痰瘀之间即可相互转化，亦可共同致病的密切联系，痰浊、瘀血虽为不同的病理产物，却同源异生，同属于阴，均为气血津液代谢失常所致，两者可相互转化，亦可相损相成。痰湿之邪重浊黏滞，易袭阴位，阻滞气机，碍于脉络，致血行不畅，瘀于脉中，因痰成瘀；瘀血内生，阻碍气血运行，影响津液输布代谢，亦生痰浊；痰瘀日久，瘀而化热，热灼津液，炼液成痰，进一步加重痰瘀之象，最终均会导致痰瘀互结、胶着难解的病理局面。《杂病广要》阐明其病机：“伤血为始，血逆气滞，气滞酿痰，终致痰瘀相搏，而成‘瘀血挟痰’之候。证见痰浊裹挟瘀血，治宜导痰兼以化瘀。……若宿有痰浊郁滞，继发伤血，则离经之血蓄积，与宿痰相合，是为‘痰挟瘀血’。……其证则血裹其痰，……治以破血消痰。致使病邪郁久而成窠囊”，明代虞抟在《医学正传》中提出“窠囊为痰饮瘀血互结，如巢穴深伏，外裹膜络”，瘀血与痰浊交相胶结，构筑窠囊之病理根基，其核心病机在于痰瘀互结，相资为患。二者缠聚脉络，胶固难解，迁延日久，终成窠囊之变。清代喻嘉言对此有精辟论述：“窠囊之痰，犹蜂房巢穴深嵌壁隙，若莲实附生于蓬房；其滋生之势迅疾，而消弭之功维艰。其外窄中宽，任行驱导涤涌之药，徒伤他脏，此实闭拒而不纳耳。”正如何梦瑶《医碥·卷之二·杂症》中所云：“有形之积，阻碍正气，故痛也。而亦有不痛者，日久则正气另辟行径，不复与邪相争，或邪另结窠囊，不碍气血隧道之故。此为难治，以药不易到也”[8]，窠囊一旦形成，窠囊所结痰瘀胶固难化，其病机盘错交结，病势伏匿幽深，病程迁延累岁，当以持重之剂缓缓消散。综而论之，“窠囊”理论萌芽于宋代，发展于汉唐，成熟于元明清。由“津血同源”理论发展至痰瘀同源、同病，痰瘀互结，胶结日久终成有形“窠囊”，窠囊之病起于微末，以“气之为病”[9][10]，痰瘀胶结是窠囊形成的关键病机，其本质是痰浊与瘀血相互裹挟，胶结日久，阻于脉络，遂结聚成巢、裹结成囊，形成局部有形肿块。“窠囊”之病多为顽疾痼疾，病势缠绵，病情难愈。

3. 窠囊与冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病作为临床常见病、慢性病，患病率逐年上升，俨然成为严重危害生命健康的主要慢病之一，据统计，全球每年心血管患者死亡人数约为 1790 万人，其中冠心病病死率约占有心血管患者死亡人数 40% [11]，发病人群趋于年轻化。痰瘀互结是冠心病等慢性疾病的主要病机，现代医学认为其病理实体为动脉粥样硬化的复合斑块，由动脉内膜、纤维帽和坏死中心组成，形成过程历经内膜水肿、脂纹、纤维斑块、粥样斑块、复合斑块、粥瘤消退六个时期。研究发现，痰瘀互结的形成可能是局部微环境中脂质代谢、神经免疫炎症、渗透和机械调节等多分子网络失衡所致[12]。冠状动脉粥样硬化性病变引发管腔狭窄或血管痉挛，导致冠脉血流灌注不足，心肌氧供失衡诱发稳定性心绞痛；若病变持续进展致冠状动脉急性闭塞，则引发心肌细胞不可逆性损伤，最终进展为急性冠状动脉综合征。冠心病心绞痛的发病与心肌耗氧、缺血程度密切相关。根据冠心病的不同临床表现可将其归纳为中医学“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”、“真心痛”范畴，胸痹心痛之症首载于《素问·脏气法时论》，其谓：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛。”至东汉张仲景著《金匮要略》，首创“胸痹”病名，立专篇阐发，系统构建其病因病机与辨证论治体系。后世医家代有阐发，如巢元方《诸病源候论》析其病源，王怀隐《太平圣惠方》辑其方治，朱震亨《丹溪心法》论痰瘀致痹，王清任《医林改错》创活血化瘀治法，渐成完备理论体系。根据历代学者对胸痹心痛的认识，可将其病因病机概括为以心脉瘀阻为主，其病性多为本虚标实、虚实夹杂，实证多见气滞、寒凝、痰浊、血瘀，又以痰浊、血瘀多见；虚证多为气虚、血虚、阴虚、阳虚[13]-[16]。近年来研究显示，痰瘀互结证是胸痹心痛常见的证型，王传池等[17]指出超过半数的冠心病患者中医辨证分型为痰瘀互结证；毛静远等[18]指出在冠心病相关的证候要素中痰浊证类占比较多，痰浊证的比例仅次于血瘀证和气虚证，约占 14.69%，且痰浊证所占比例呈逐步上升的趋势；毕颖斐等[19]通过冠心病中医证候学研究指出，痰瘀互结证占据主导证型，印证痰瘀搏结是驱动冠脉病变的核心病机。

循证医学证实: 中医学“痰浊”实质与现代脂质代谢紊乱高度同构——脂质在中医理论中被纳入“浊痰”范畴, 痰浊滞脉则血行涩滞, 久则痰瘀互搏, 胶固成形为窠囊; 此病理产物随气血津液流注周身, 尤易袭踞心络, 室塞脉道。现代研究[20]指出, 血脂代谢紊乱、沉积是痰浊证的重要指征, 高脂血症构成痰浊化生的病理基质[21], 持续脂质异常必然引起血液黏稠度增高[22], 提高了血小板聚集活性, 加剧血管内皮细胞损伤, 致使脂质内膜沉积, 加速动脉粥样硬化斑块形成。从中医病机视角, 脂质代谢产物归为痰浊范畴, 血细胞黏附聚集属瘀血表征, 二者交搏于血管壁, 逐渐演生为粥样斑块, 终致冠心病。王生万团队[12]通过分子机制研究揭示: 痰瘀互结之“结”的病理实体即易损性复合斑块, 其形成源于局部微环境内炎症-代谢-凝血分子网络失稳态。钟森杰等人[23]基于痰瘀相关理论探讨冠心病脂质浸润机制, 得出无形痰浊黏滞心脉, 有形痰结阻碍血运, 导致瘀血内生, 最终形成因痰致瘀, 瘀久生痰的恶性循环, 其与现代医学脂质异常日久损害血管内皮, 长期脂质堆积、纤维帽叠增、导致粥样硬化斑块形成, 粥样斑块长期继发为混合斑块, 体现痰瘀互结与动脉粥样硬化斑块在病理形成及致病机制层面具有一致性; 病变初期气郁致津液代谢失常, 脉道运行欠畅, 脉管失于濡养, 对应动脉硬化斑块病理形成之内膜水肿; 病变中期痰浊内生, 阻碍血脉运行, 对应动脉硬化斑块病理形成之脂质堆积-脂纹; 病变后期痰浊与瘀血胶结, 结聚之物沉积附着于脉管, 对应动脉硬化斑块病理形成之斑块。该过程与中医痰滞生瘀, 瘀久酿痰的病理过程相类似, 符合中医“窠囊内生”的病机范畴。因此窠囊理论对冠心病的研究具有重要的临床指导意义。

4. 基于窠囊论治冠心病

4.1. 病变初期——破气消积, 行气解郁

古代医家认为, 疾病初期多起于微末, “窠囊”之成, 源于气血津液代谢失常, 致使痰浊、瘀血内生, 结聚成形。这与冠心病之动脉粥样硬化病理产物形成之内膜水肿相似, 饮食不节、情志失调, 导致气机不畅, 心气运行受阻, 津液代谢失常, 脉道运行欠畅, 脉管失于濡养, 久则气滞血瘀。针对窠囊痰瘀胶结之候, 朱丹溪提出化痰消瘀之法, 强调“治痰先治气”, 核心在于破气行气, 调畅气机, 气顺, 则一身之津血亦随之顺行, 若血行不畅, 可方选香砂六君子汤、柴胡疏肝散等方, 疏肝理气、益气健脾, 兼理气活血。临证常酌加青皮、枳实等行气之品, 以通利气机, 防痰瘀复生。具体用药可选用柴胡、陈皮、木香、砂仁等疏肝理气, 调畅气机以促血运, 辅以半夏、瓜蒌、陈皮、茯苓等化痰散内生痰浊, 顺气化痰以通利脉道。再佐以血分行气之品如丹参、川芎、厚朴、红花等活血通脉, 故疾病初期当注重破气消积, 行气解郁, 气机畅达, 则津血输布通利, 无形之痰浊自无由化生。

4.2. 病变中期——化痰散结, 消散结合

治“窠”重在散结, 治“囊”重在化痰, “痰”作为共同病理因素贯穿窠囊与冠心病病情演变全过程, 治疗当以化痰散结为要[24]。津液代谢失常, 久则生痰, 血脉运行缓滞, 痰浊附着脉道, 阻碍气血运行, 致新血难生, 旧血不去, 渐而成瘀。痰瘀互结, 形成恶性循环, 终致脉管狭窄甚则闭塞, 发为“不通则痛, 不荣则痛”之候。此有形痰瘀结聚于心脉者, 即为冠心病。“脾为生痰之源”, 治痰除调畅气机外, 更须实脾土、燥脾湿, 而二陈汤作为燥湿化痰的代表方, 能化一身之痰, 半夏、茯苓健脾化湿, 陈皮行气化痰, 兼具“治气”与“化痰”之功。痰瘀初损脉道, 多以痰浊为主, 瘀血次之。应在二陈汤基础上加入白术, 瓜蒌, 天麻等以加强化痰散结、息风通络之力。且窠囊之邪往往根深蒂固, 非寻常药物可除, 需用豁痰攻坚之品, 可用瓜蒌, 皂角刺等破散顽固胶结之痰。故疾病中期以化痰散结为核心, 祛痰务尽, 消散结合。

4.3. 病变后期——破瘀消癥, 养血通脉

窠囊致病与冠心病疾病后期, 无论因痰致瘀抑或因瘀生痰, 终致痰瘀互结, 久成痼疾。窠囊致病后

期, 痰瘀胶结成有形之物盘踞于脉道或组织之上, 阻塞脉道, 损害津血代谢与运行。津血同生, 终致脉道阻塞, 此病理变化与冠心病后期血管损伤, 斑块形成, 以及因长期脂质异常、抽烟等危险因素控制不佳, 导致血管堵塞相似。针对此类痼结, 朱丹溪善用四物汤化裁治血, 方中川芎为血中气药, 地黄为血中血药, 当归活血补血, 芍药调和气血, 共奏理气化瘀, 活血养血之效。然痼疾非药性峻猛之品难除, 此类药物攻而不守, 尤擅消散有形积聚。故对瘀血日久、癥结深伏者, 当于四物汤基础上加用破血消癥之品, 如地龙、全蝎、莪术、蜈蚣等消癥散结, 促进斑块稳定, 同时搭配桃仁、红花、丹参、牛膝等活血调血, 通脉养心。久病必伤正气, 疾病后期治疗须兼顾扶正健脾, 宜佐以白术、茯苓、陈皮等健脾扶正之品, 以期痰瘀渐化而正气得存。故疾病后重视破瘀消癥, 养血通脉为要, 并佐以扶正。

5. 小结

窠囊理论以“痰瘀互结”为病机核心, 系统阐释了“气病致津血失常→痰瘀胶结成囊→闭塞心脉”的病理链条, 对应动脉粥样硬化斑块形成之“内膜水肿→脂质沉积-脂纹→斑块形成”的不同时期。治疗强调分期论治: 初期主以行气破滞, 调畅气机以绝痰瘀之源; 中期重在化痰散结, 分化胶结之邪; 后期侧重祛瘀通络, 辅以扶正固本。本研究通过阐述窠囊的实质与动脉粥样硬化稳定斑块高度契合, 脂质代谢紊乱为痰浊, 斑块纤维化为瘀结, 提出三期论治法则, 旨在对临床治疗冠心病提供不同的理论和治疗思路。本研究停留在理论认识层面, 治则临床疗效尚未有明确结果, 需在以后的研究中加强临床研究, 明确中医临床优势。

参考文献

- [1] 王宗玉, 陈闯, 莫少丹, 等. 基于生物信息学的冠心病痰瘀互结证 miRNA-mRNA 分子机制和中药预测[J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(8): 1799-1807.
- [2] 中国心血管病一级预防指南[J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29(1): 44+64.
- [3] 付明朝, 刘强. 窠囊内结与冠状动脉粥样硬化斑块[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(12): 5114-5116.
- [4] 宋·许叔微. 普济本事方[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 46.
- [5] 陈嘉谟. 本草蒙筌[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 7.
- [6] 冉雪梦. 基于窠囊论治肥胖型多囊卵巢综合征[J]. 中医药通报, 2022, 21(4): 29-31.
- [7] 周玉清. 消巢散对痰瘀互结型冠心病患者 VCAM-1、miR-126 表达的影响[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 浙江中医药大学, 2019.
- [8] 清·何梦瑶. 医碥[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 110.
- [9] 王钰, 刘悦, 李佳, 等. 窠囊理论发展与临床应用探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(6): 72-74.
- [10] 杜松, 胡镜清, 卢红蓉. 论窠囊[J]. 环球中医药, 2015, 8(8): 930-934.
- [11] 中国心血管健康与疾病报告 2024 概要[J]. 中国循环杂志, 2025, 40(6): 521-559.
- [12] 王生万, 胡镜清, 江丽杰, 等. 痰瘀互结形成的可能相关分子生物学机制探究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016, 18(5): 805-812.
- [13] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1471.
- [14] 毕颖斐, 王贤良, 王帅, 等. 胸痹“阳微阴弦”病机内涵的时代演变及现代认识[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(11): 5266-5270.
- [15] 王元耕, 王翠英, 孔欣茹, 等. 胸痹当从“上焦气实”“上焦气虚”解[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(7): 3037-3040.
- [16] 王旭, 曹亚飞, 尚林权, 等. 董燕平教授辨治胸痹伴郁证的经验分析[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(5): 1244-1246.
- [17] 王传池, 许伟明, 江丽杰, 等. 11383 例健康人群及冠心病不同阶段患者痰瘀互结证分布规律的多中心横断面研究[J]. 中医杂志, 2021, 62(6): 494-504.
- [18] 毛静远, 牛子长, 张伯礼. 近 40 年冠心病中医证候特征研究文献分析[J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 958-961.
- [19] 毕颖斐, 王贤良, 赵志强, 等. 冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查[J]. 中医杂志, 2017, 58(23): 2013-

2019.

- [20] 周虹, 梁珊, 杨洁连. 化浊益心饮对冠心病 PCI 术后痰浊证患者血清脂质代谢紊乱及心血管不良事件的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(7): 751-755.
- [21] 郭蓉娟, 王椿野, 赵振武, 等. 痰瘀致病的新认识[J]. 环球中医药, 2013, 6(2): 114-116.
- [22] 张书剑. 从痰瘀论治冠心病的体会[J]. 四川中医, 2013, 31(5): 37-38.
- [23] 钟森杰, 李静, 王陵军, 等. 基于痰瘀相关理论探讨冠心病脂质浸润机制及痰瘀同治的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(6): 1431-1437.
- [24] 苏文全, 吴圣贤, 杜雅薇. 从“脉生痰核”论治动脉粥样硬化[J]. 中医学报, 2019, 34(8): 1617-1620.