

基于“正虚积损”理论治疗动脉粥样硬化

张馨文¹，李哲旭¹，邓悦^{2▲}

(1. 长春中医药大学中医学院，吉林长春 130117；长春中医药大学附属医院心病中心，吉林长春 130021)

中图分类号：R259

摘要：“正虚积损”理论源自《黄帝内经》“精气内夺，则积虚成损”。邓悦教授首次将其系统应用于动脉粥样硬化，提出核心病机：始于伏邪内藏、正气亏虚；痰瘀浊毒蓄积脉道成“积”，积久不除则脉络损伤成“损”，形成“因虚致积、积久成损、损复伤正”的恶性闭环。据此确立扶正虚、祛伏邪、化痰瘀、清浊毒、修脉络的治疗原则，临床以豁痰解毒通络方化裁施治，为中医药治疗动脉粥样硬化提供了全程病机解释与诊疗路径。

关键词： 正虚积损；动脉粥样硬化；豁痰解毒通络方；病机

动脉粥样硬化（Atherosclerosis, AS）是一种以血管内膜脂质蓄积、纤维组织增生和钙质沉积形成粥样硬化斑块为特征的慢性血管病变^[1]。西医以降脂治疗为主，联合抗血小板、控制血压及血糖等综合管理策略，虽能延缓病程，但仍存在残留心血管风险、药物不耐受及靶器官损害等难题^[2-4]。

中医古籍无“动脉粥样硬化”之病名，本病可归属于“脉痹”、“胸痹”等范畴，传统病机涉及痰、瘀、毒、虚，然多侧重某一阶段或某一证型，缺乏贯穿AS全程的动态理论体系。正虚积损理论源于《内经》“精气内夺，则积虚成损，积损成劳”之论，

提出“正虚积损”为AS的核心病机，本文在系统阐释该理论的基础上，针对现有学说进行对比分析，以明确其临床指导价值。

基于此，邓悦教授提出扶正虚、祛伏邪，化痰瘀、清浊毒，充精气、修脉络的治疗原则，自拟豁痰解毒通络方（黄芪、红景天、瓜蒌、薤白、半夏、当归、金银花、玄参、水蛭、甘草、甘松、降香、肉桂）加减进行治疗，临床屡获效验。

1 基于正虚积损理论阐释AS的病机

1.1 伏邪内藏，正气不足——发病之“虚”

AS发病早期血管内皮可见轻微功能性损伤，脂质散在少量沉积，尚无器质性病变^[1]。可类比中医“正气不足”所致的功能失调状态。邓悦教授提出正气不足是AS发病的前提，而伏邪内藏则是AS发病之根本。所谓伏邪，指潜伏于体内、伺机而动的致病邪气，可源于先天禀赋不足所致的代谢易感性，亦可源于后天饮食不节、情志失调所生之痰湿、瘀血初起，或因外感余邪未清、内着于脉^[5]。任继学^[6]教授言：“伏邪即隐藏于人体之虚处。”待正气进一步亏虚时

▲▲ 通讯作者：邓悦，电子邮箱：dyue7138@sina.cn 基金项目：国家自然科学基金项目（82174350）

则发为痰、瘀、浊毒。关于正气亏虚之核心，邓教授认为当责之于脾肾两虚。脾肾亏虚则正气生化乏源，无力祛邪，伏邪遂化为痰瘀，此即“虚生积”之初始环节。据此，邓悦教授提出扶正虚、祛伏邪的治疗原则。

1.2 痰瘀互结，浊毒渐生——进展之“积”

AS 进展期血管内膜增厚、粥样斑块初步形成^[1]。邓悦教授指出“积”是 AS 病机进展的关键环节，在伏邪内藏、正气不足的基础上，伏邪化为“败瘀凝痰”，痰瘀久蕴，酿生浊毒，浊毒黏滞暴戾，与痰瘀相互胶着，形成“痰瘀生浊毒、浊毒助痰瘀”的恶性循环。诸多病理产物皆属阴邪，易在脉道凝集成形，从无形渐化为有形，成为脉道之“积”。此阶段是连接“虚”与“损”的核心桥梁，正气愈亏则痰瘀浊毒愈盛，反之亦然，二者互为因果。治疗当以化痰瘀、清浊毒为主，佐以扶正，以阻断“积”向“损”的转化。

1.3 精气耗竭，脉损络伤——成病之“损”

AS 晚期，血管内皮功能严重障碍、血管壁结构重塑且难以逆转，外周微循环障碍、机体抗氧化能力显著下降、多脏器代谢功能减退^[7-8]，诸多表现与“损”相关。邓悦教授认为“损”为正虚积损病机演变的终末阶段，其核心病机为浊毒久积不除，精气耗竭殆尽，脉络枯涩损伤。“积”与“损”在病程演变中并非截然分离，二者存在时间与病理上的重叠。现代医学中，AS 斑块形成本身即构成血管壁的结构改变，可视为“损”的起始。“积”侧重痰、瘀、浊毒蓄积及斑块形成过程，“损”则指在此基础上发生的脉络退行性变、功能衰竭及不可逆性损伤。二者呈现“积中含始损，损中积更甚”的动态叠加关系。此时脉络损伤多呈不可逆性，斑块破裂、管腔闭塞、靶器官缺血等事件多在此基础上继发。脉络既损，气血无以濡养脏腑，正气更虚，终成恶性循环。治疗当以充精气、修脉络为要，旨在扶正固本、修复损伤。

2 正虚积损理论指导 AS 诊疗的实践路径

2.1 扶正虚以防其变

邓悦教授认为虚证期为 AS 发病初始阶段及防控关键节点，以伏邪内藏、正气不足为核心病机，若失于调护，易发展为积证期。扶正虚当以脾胃为先。邓悦教授临床常用黄芪、党参、红景天等药物。黄芪健脾补气，张锡纯推其为“补药之长”。党参健脾运而不燥，红景天益气活血、通络平喘，能通能补。陈晶晶等^[9]证实，黄芪-党参药对可改善动脉粥样硬化。刘文宁等^[10]发现红景天苷能减少炎性因子释放，改善血脂紊乱，延缓斑块进展。三药相伍，益气与通络兼顾，扶正与祛邪并存，防止 AS 进一步发展，巩固机体正气防线。此外，“祛伏邪”并非另立专药，而是通过扶助正气、化痰活血、清热解毒等综合治法，使伏邪无所依附而自消。

2.2 清浊毒以阻其势

当AS进入“积”的阶段，痰瘀互结、浊毒渐生，病情处于进展期，影像学检查可见血管内膜增厚、粥样斑块形成，若失于调治，易进一步发展为脉损络伤的危证。邓悦教授认为此阶段治疗核心在于既病防变，应消散脉道积滞、清除浊毒之邪，临床常用瓜蒌、薤白、半夏、水蛭、当归、金银花、玄参等药物。

瓜蒌、薤白、半夏三药配伍为瓜蒌薤白半夏汤，可祛痰泄浊；当归、金银花、玄参、水蛭取四妙勇安汤之意，可活血解毒。邓悦教授认为四妙勇安汤主治热毒炽盛之脱疽。血管内膜虽在体内，亦可视为血管之“皮”；斑块形成亦可理解为血管内膜之“脱疽”，故四妙勇安汤正治其症，创新施治，疗效颇佳。瓜蒌薤白半夏汤祛痰有余而化瘀不足，与四妙勇安汤合用可增其活血化瘀之功，祛痰化瘀并重，可使瘀去痰无所附、痰去瘀无所留。研究表明，上述两方均可从抗炎、调脂、保护血管内皮及稳定斑块等多环节发挥作用抗AS作用^[11-12]。邓悦教授临床灵活合用两方，为治疗方案关键所在。诸药协同，清除血管内病理产物，延缓斑块进展，有效阻断病情向损证期演进。

2.3 修脉络以复其形

邓悦教授认为损证期聚焦正虚积损之“损”，为AS病程终末危重阶段，可见各种急慢性心脑血管疾病，若失于救治，易致病情恶化，治疗当以充精气、修脉络为原则，以救危减损、瘥后防复为宗旨。损证期的“修脉络”并非直接“修复”已损伤的血管壁，而是通过“充精气”扶助正气，激发机体自我修复能力，间接促进脉络结构与功能的改善。临床常用甘松、降香、肉桂等药物。甘松通血脉，降香化瘀止血、理气止痛，肉桂温通血脉，补火助阳，然邓悦教授临证之中亦根据患者病情酌情加入黄连，以反佐肉桂，取交泰丸之意，即可交通心肾，亦可防止肉桂性热炼痰瘀化热为毒。现代药理研究表明，降香、甘松、肉桂可保护血管内皮、改善微循环，为脉络自我修复创造有利条件^[13-15]。诸药相合，既可充实精气，又可修复脉络，稳定病情，加速疾病向愈。

3 正虚积损理论与主流病机学说的比较

“痰瘀互结”为AS经典病机学说，认为痰瘀胶着于脉道是斑块形成的核心病理环节，痰瘀同治亦经证实可延缓AS进展^[16]。然该学说侧重于横向病机，未系统说明其从何而生、向何而变。正虚积损理论将“虚-积-损”纳入统一框架，指明“虚”为痰瘀之根，“积”为痰瘀之果，“损”为痰瘀之变，形成了完整的因果链条，弥补了该学说在病机连贯性上的不足。

“毒损脉络”学说强调“瘀毒互结”为AS易损斑块的核心病机，正虚为伏毒之基，AS乃伏毒损络所致^[17]，但该学说对“毒”的来源及其与痰瘀的关系较为模糊。正虚积损理论将“浊毒”定位于痰瘀互结、久蕴所生的继发产物，明确其发生于“积”阶段后期，介于痰瘀蓄积与脉络损伤之间，既是“积久”

之标志，亦是“成损”之驱动，从而清晰界定浊毒来源与出现时机，对既有学说形成有益补充。

“气虚血瘀”学说立足本虚标实，以益气活血为治则，揭示了AS起始阶段“正虚致瘀”的核心矛盾^[18]，但该学说仅从虚与瘀两个层面认识，未能阐明从气虚血瘀到脉络不可逆损伤的演变过程。正虚积损理论引入“积”与“损”作为中心环节，更贴合AS缓慢进展、逐渐加重的临床特点，阐释了AS由可逆性损伤向不可逆性损伤的转化机制。

4 医案

周某，男，48岁，2025年2月5日初诊。

现病史：患者于1个月前无明显诱因出现阵发性心前区疼痛，未予系统治疗。既往史：否认高血压病史，否认糖尿病病史，否认心脏病病史。辅助检查：心电图：窦性心律，QRS额面电轴不偏，不正常心电图，ST-T改变。冠脉CTA检查示：动脉粥样硬化；左冠状动脉前降支中段钙化斑块形成，轻微狭窄；右冠状动脉各段非钙化及钙化斑块形成，轻度狭窄。现症：阵发性心前区疼痛，胸闷，乏力，气短，偶有头晕，颈部不适，纳可，寐差，二便可。舌暗胖、舌尖红，苔白厚，脉沉虚。西医诊断：冠状动脉粥样硬化症。中医诊断：胸痹，证属气虚血瘀、痰瘀互结。处方：生黄芪30g，红景天10g，当归15g，玄参10g，金银花15g，丹参15g，水蛭5g，瓜蒌7.5g，薤白15g，姜半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，黄连10g，肉桂10g，甘松15g，降香10g，延胡索15g，葛根20g，豨莶草30g，甘草10g。10剂，水煎服，每日1剂，早晚饭后分服。

2月21日二诊，患者心前区疼痛、颈部不适缓解，偶有胸闷、气短、乏力，舌脉如前。血脂检查：总胆固醇5.32mmol/L↑，甘油三酯2.22mmol/L↑。于初诊方中去葛根、豨莶草，加绞股蓝15g，泽泻15g，山楂10g，莪术10g，羌活15g，独活15g。10剂，水煎服，每日1剂，早晚饭后分服。

3月14日三诊，患者诸症好转，仍时有乏力，血脂复常，舌暗胖，边有齿痕，苔白，脉缓。于二诊方中去绞股蓝、泽泻、山楂、莪术，加党参15g，水煎服，15剂，每日1剂，早晚饭后分服。

4月10日四诊，患者诸症平稳，自述无明显不适，舌脉如前。予三诊方继服15剂以巩固疗效。

7月2日电话随访，患者因工作调动，已近3个月未服用药物，但患者自述各项症状均明显缓解，期间未出现任何不良事件。故嘱患者适量运动，低盐低脂饮食，如有不适及时就诊。

按语：该患年近半百，正气渐亏，伏邪内现，以致痰浊、瘀血内生，浊毒邪结，心脉受损，发为胸痹。治疗以扶正虚、祛伏邪，化痰瘀、清浊毒，充精气、修脉络为法。方中以生黄芪、红景天为君药，健脾益气、活血通脉，使气

旺血行、正足邪退。臣以瓜蒌、薤白、姜半夏，通阳散结、燥湿化痰，开胸中之痹阻；佐以当归、玄参、金银花、丹参、水蛭，取四妙勇安汤加减之意，清热解毒，并增其活血通络之功，祛心脉之瘀血、浊毒；佐以甘松、降香理气宽胸、活血止痛，修复脉络损伤，通行气血；佐以肉桂，温经通络，充实精气，并佐以黄连，防肉桂辛热太过，二药相合，可交通心肾、改善睡眠；佐以茯苓、陈皮，与姜半夏相合而成二陈汤之意，增其理气化痰之功；佐以延胡索、葛根、豨莶草，其中葛根专走项背，可引药入太阳经，豨莶草、延胡索通络止痛，三药配伍，治疗颈部疼痛；使以甘草，调和诸药。二诊患者心前区疼痛、颈部不适缓解，故去葛根、豨莶草；仍偶有胸闷、气短、乏力，血脂升高，加绞股蓝、泽泻、山楂、莪术以益气健脾、化痰降脂；加羌活、独活取东垣风药胜湿升阳之法，助全方祛湿之力。三诊诸症好转，乏力改善，血脂复常，舌苔由厚转薄、舌尖红已退，示浊毒渐去，但舌暗胖、边有齿痕，示正气仍虚，故加党参增强益气健脾、扶助正气之功。四诊诸症平稳，无明显不适，故守方巩固。停药后随访3个月症状未反复，说明正气已充，伏邪得清，脉络渐复。

5 小结

本文系统阐释了AS“正虚积损”核心病机及其“虚-积-损”三阶段动态演变，并与痰瘀互结、毒损脉络、气虚血瘀等主流学说进行了比较。临床验案验证了分期辨治的有效性。该理论构建了“分期论治”框架，适用于AS全病程管理，对残留心血管风险或靶器官早期损伤者可按病机阶段精准干预。其为AS全程干预提供了系统的病机解释与诊疗路径，但其远期疗效及对不同亚组患者的适用性仍需进一步临床研究验证。

参考文献

- [1] 步宏, 李一雷. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [2] Diseases National Center For Cardiovascular, China The Writing Committee Of. 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.
- [3] 王增武, 郭远林. 中国血脂管理指南(基层版 2024 年)[J]. 临床心血管病杂志, 2024,40(4):249-256.
- [4] 赵娜, 李玮, 王逸如, 等. 软脉消斑汤治疗痰瘀互结型颈动脉粥样硬化易损斑块临床研究[J]. 新中医, 2026,58(6):91-97.
- [5] 程婷, 杨文明. 伏邪学说理论探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017,19(12):86-89.
- [6] 任继学. "伏邪"探微(下)--杂病伏邪[J]. 中国中医药现代远程教育, 2003,1(2):8-9.
- [7] DABRAVOLSKI S A, CHUROV A V, ELIZOVA N V, et al. Association between atherosclerosis and the development of multi-organ pathologies[J]. SAGE Open

Medicine, 2024, 12: 362806467.

- [8] ALEKSANDROWICZ M, KONOP M, RYBKA M, et al. Dysfunction of Microcirculation in Atherosclerosis: Implications of Nitric Oxide, Oxidative Stress, and Inflammation[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2025, 26(13): 6467.
- [9] 陈晶晶, 贺粤, 张文风, 等. 基于网络药理学和实验验证研究黄芪-党参药对干预动脉粥样硬化的作用机制[J]. 天然产物研究与开发, 2025,37(1):143-155.
- [10] 刘文宁, 路璐, 谢玉霞, 等. 红景天苷对动脉粥样硬化小鼠 TLR4/NF- κ B 信号通路的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025,23(24):3734-3738.
- [11] 李若涵, 吴圣贤, 杜雅薇. 基于“脉神一体”观探讨颈动脉粥样硬化合并认知障碍的分期辨证论治[J]. 中国医药导报, 2025,22(32):103-107.
- [12] 王媛媛, 方五旺. 瓜蒌薤白半夏汤治疗动脉粥样硬化病变的研究进展[J]. 基层中医药, 2024,3(12):107-111.
- [13] 牛琳琳, 温鑫. 甘松药效成分的靶向递送及其药对协同作用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2026:1-6.
- [14] 李亚超. 基于网络药理学探讨降香抗动脉粥样硬化的作用机制[D]. 承德: 承德医学院, 2024.
- [15] 董春博, 张海波, 连兰峰, 等. 麝香保心丸联合瑞舒伐他汀治疗冠心病心绞痛的疗效及对患者血脂的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2025,35(22):38-41.
- [16] 吴茜, 吕乾瑜, 侯信铮, 等. 痰瘀同治法防治动脉粥样硬化内皮损伤的研究进展[J]. 天津中医药, 2025,42(7):923-930.
- [17] 金霄, 吴敏. 动脉粥样硬化从“伏毒”论治[J]. 辽宁中医杂志, 2024,51(6):39-42.
- [18] 孙学刚, 靖林林, 赵益业, 等. 从气虚血瘀论治动脉粥样硬化潜证[J]. 中华中医药学刊, 2007(8):1637-1638.