

基于“虚气留滞”理论论治代谢相关脂肪性肝纤维化[✉]

莫震宇¹ 谢军^{2A} 肖宇¹ 任颜¹ 曹秀萍¹

(1.湖南中医药大学,湖南 长沙, 410208; 2.湖南中医药大学附属衡阳医院,湖南 衡阳, 421001)

摘要: 谢军教授认为代谢相关脂肪性肝纤维化可归属于中医学“积聚”范围,其病机始于先天肾精暗耗、脾胃气虚、土不荣木,继则津聚为痰、血停为瘀,痰瘀胶滞肝络,终致肝脾肾同损、精气血俱亏,与“虚气留滞”理论相合。治疗上提出了“补虚行滞固本”的原则,针对脾肾亏虚,土不荣木者以健脾益肾、培土荣木为法,方用自拟消积方加减;针对痰瘀胶着、瘀阻肝络者,以化痰祛瘀、利湿通络为法,方选温胆汤合膈下逐瘀汤加减;针对三脏俱损,精气血亏者,以填精固肾、健脾养肝为法,方取一贯煎合滋水清肝饮化裁。

关键词: 虚气留滞; 代谢相关脂肪性肝纤维化; 理论探讨; 病机演变

中图分类号: R259.752

Treatment of Metabolic-Related Fatty Liver Fibrosis Based on the Theory of “Stagnation Due to Qi Deficiency”

Mozhenyu¹, Xiejun^{2A}, Xiaoyu¹, Renyan¹, Caoxiuping¹

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan, 410208 2. Hengyang Hospital Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine, Hengyang Hunan 421001)

Keywords: Qi stagnation due to deficiency; metabolic-related fatty liver fibrosis; theoretical discussion; pathogenesis progression

引言: 代谢相关脂肪性肝纤维化是代谢相关脂肪性肝病 (Metabolism-associated fatty liver disease, MAFLD) 进程中,因慢性代谢应激所致肝内细胞外基质异常沉积、肝组织结构紊乱的可逆病理阶段^[1]。本病可进展为失代偿期肝硬化、肝癌,且与2型糖尿病及心血管并发症密切相关^[2]。研究表明,全球NAFLD总体患病率达32.4%,且呈持续快速上升趋势^{[3][4]}。目前现代医学缺乏特效药物,多用水飞蓟宾、乙酰半胱氨酸等保肝抗炎对症处理,存在胃肠道不适等不良反应,长期疗效欠佳^[5]。而传统医学在整体调节、改善临床症状及减少不良反应方面独具优势^[6]。谢军教授深耕临床三十余载,将“虚气留滞”经典理

✉* 基金项目: 基于运气学说的衡阳地区肝硬化患者先天禀赋与后天患病的相关性研究 (2022XYLH141); 第一作者: 莫震宇(2003-),男,25级硕士研究生,研究方向为中医药防治肝病,电子邮箱: 3304282705@qq.com

^E ^A 通信作者: 谢军(1968-),男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向为中医药防治肝病,电子邮箱: 2663708@qq.com

^E

论创新性应用于本病的辨证论治。本文对谢军教授的诊疗经验进行系统总结，以期
为同道提供借鉴。

1. 虚气留滞的理论基础

“虚气”一词最早见于《素问·经脉别论》：“太阳脏独至，厥喘虚气逆，是阴
不足阳有余也。”，解作正气亏虚的状态。“留滞”一词首见于《史记·太史公自
序》：“太史公留滞周南”，有停滞、遗留之意。“虚气留滞”首见于杨士瀛《仁
斋直指》：“虚者，时胀时减，虚气留滞……温药和之。”其最早用于阐释脾胃病
的病因病机。该理论与“土不荣木”的脏腑病机相契，脾虚则肝体失养，为其拓展
至肝病领域提供了古籍支撑。王永炎院士在此基础上，结合临床经验提出了“虚气留
滞”理论，指出“虚气”本质为“动力不足之气”^[7]，其运行滞涩可导致痰、瘀等病
理产物“留滞”，形成“因虚致滞、因滞伤正”的病理循环。该理论以气虚推动无
力为根基、痰瘀病理产物稽留为核心，在脾胃病领域传承沿用至今，常用于慢性萎
缩性胃炎等疾病的辨治^[8]；因其“因虚致滞”的病机规律与慢性肝病络虚邪结、瘀
浊蕴肝的发病特点高度契合，现已拓展应用于脂肪性肝病、肝癌前病变等多种肝病
的辨证论治^{[9][10]}。

2. “虚气留滞”理论与代谢相关脂肪性肝纤维化的相关性

代谢相关脂肪性肝纤维化起病隐匿、病程缠绵、呈进行性加重，病位主在肝而
关乎脾肾，以正气亏虚为发病之基，以痰瘀结络为病变之要，虚实互为因果，与
“虚气留滞”理论高度契合，以期为临床辨证施治本病提供借鉴与参考。本病之
“虚”以脾肾亏虚为核心，恰合“虚气”之本。本病发病以先天肾精暗耗为内在易
感根基，后天饮食劳逸失宜损伤脾胃为重要诱发因素。肾为元气之根，脾为气血生
化之源，脾肾两虚则元气亏虚、推动无力，气血津液运行失其常度。正如《素问·评
热病论》所言“邪之所凑，其气必虚”，正气亏虚是发病的先决条件，也是“虚
气”的本质体现。本病之“滞”以痰瘀浊邪蕴结肝络为核心，正合“留滞”之象。
气虚失运则津聚为痰、血停为瘀，痰湿与瘀血互为因果，胶着深伏肝络，阻滞气机
运行，对应现代医学肝内细胞外基质异常沉积、肝窦毛细血管化的病理改变。《临
证指南医案》云“久病入络”，本病病程迁延、邪浊久羁不散，正是“留滞”由浅
入深、由经入络的典型表现。虚与滞互为因果、渐进叠加，形成恶性循环，与本病
的病程演进高度吻合。病初以脾肾亏虚、土不荣木为主，滞象尚轻；病程迁延则痰
瘀渐生、留滞日甚；日久则虚损益深、邪滞固结，病情缠绵难愈。此“因虚致滞、
因滞伤正”的病机递变，正与“虚气留滞”之论暗合机要。

3. 基于“虚气留滞”理论探究代谢相关脂肪性肝纤维化的病因病机

3.1 脾肾亏虚，土不荣木是发病之基

《寿世青编·养脾说》云：“饮食不节，寒温失度，久坐久卧，大饱大饥，脾为
之病矣。”饮食劳逸失宜，皆可损脾致虚。然本病脾虚之成，非独后天一端，其

发病核心以肾精暗耗为根基。《素问·金匱真言论》明言“夫精者，身之本也”，先天肾精为人体元气之根、正气之源；脾非先天之气不能化，中焦脾胃运化全赖先天肾精的温煦与滋养。本病起病隐匿，正邪长期隐秘抗争，机体全赖先天肾精充养元气以抗御病邪，肾精持续暗耗，则肝细胞线粒体功能减退^[11]，此为发病之内在易感基础。复加后天因素持续戕伤中焦，先天无以温煦后天，后天无以充养先天，遂致脾气亏虚。《素问·至真要大论》云：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾虚则运化无权，水谷不化精微，反生水湿痰饮留滞于内；相关研究表明，脾虚致肠道菌群失序，肠腑屏障失固，内毒素及代谢产物等水湿痰饮循门静脉入肝，激活 Kupffer 细胞与 NLRP3 炎性小体，诱发肝脏慢性低度炎症^{[12][13]}。《素问·经脉别论》言：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。”若脾虚不能散精，则肝失所养；加之水湿停滞，随气血运行，阻塞肝络。微观对应肝窦内皮窗孔消失、基底膜渐成（肝窦毛细血管化）^[14]。加之肝细胞 CD36/FATP 等脂质转运蛋白表达失常，脂肪酸摄取失衡^[15]，引发肝内脂质沉积与脂肪变性。此阶段虚气始生，脾肾亏虚，土不荣木，乃病势初萌之候。

3.2 痰瘀胶着，阻滞肝络为病进之由

脾气亏虚，则肝络失养，疏泄失司，此留滞之渐盛也。若肝失疏泄，气机郁滞，津液不行，痰湿留滞益甚，正如《医宗必读·痰饮》所云：“脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，痰而成痰。”《灵枢·决气》云：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”。中焦脾胃为气血生化之源，脾虚日甚，化赤生血失职，水谷精微不得化生气血，反停滞脉道，渐成瘀血。不惟如此，前期内生之痰湿久羁，其性重浊黏滞，最易壅塞经络隧道、阻滞脏腑气机，致使血行艰涩，日久成瘀。痰瘀同源，二者又互为因果：痰阻则血瘀，瘀停则痰生，终致痰瘀胶着，深伏肝络。此络脉瘀塞之征显于微观，即为肝脏微循环障碍与局部组织缺氧，激活 HIF-1 α /VEGF 信号通路，加速肝纤维化进程^{[16][17]}，耗伤肝体，推动本病向肝硬化持续进展，病势日进。此阶段虚气留滞日久，渐生痰湿瘀血，痰瘀胶结肝络，乃病机由浅入深之关键转归。

3.3 三脏俱损，精气血亏为沉疴之根

《素问·通评虚实论》言“邪气盛则实，精气夺则虚”，邪正相搏，互为因果，形成恶性循环。谢军教授认为，本病后期诸脏虚损，其本在肾。《景岳全书》云“五脏之伤，穷必及肾”本病初起即有肾精暗耗，病程中痰瘀持续耗伤，久病阴精阳气俱损，诸脏终必累肾。肝肾同源互济，《临证指南医案》云“肝为风木之脏，全赖肾水以涵之。”后期肾精亏虚，水不涵木，肝阴肝血俱亏，疏泄失常；肾寓元阳，阴损及阳则火不生土，《医宗必读》明言：“命门火衰，不能生土，脾胃虚寒，运化无权”，脾失健运，水湿不化，痰浊再生，加重肝络瘀滞。此时三脏俱虚，元气衰惫无以帅血行津，气虚则血涩津停，旧瘀未去，新痰复生，痰瘀胶结深伏肝络；肝体本虚，邪浊久恋，痰瘀复耗精气血，正虚愈甚则邪实愈固，《景岳全书》言：“虚不复则实愈甚，实不去则虚愈深。”终致精气血凋耗，病情缠绵难愈。本病后

期，痰瘀胶着肝络，邪实久羁耗伤正气。其病程始于正虚，继因邪滞渐进，终致肝脾肾同损、精气血俱亏，为迁延难愈、进展为肝硬化乃至肝癌之沉疴。

4. 基于“虚气留滞”理论辨治代谢相关脂肪性肝纤维化

4.1 健脾益肾，培土荣木

针对胁肋胀痛、情志抑郁或急躁易怒、纳呆腹胀、大便溏薄、神疲乏力、舌淡苔白、脉弦细等肝郁脾虚、土不荣木之证，谢军教授提出治疗遵《素问·六元正纪大论》“木郁达之，土郁夺之”之旨，确立健脾益肾，培土荣木为本阶段治法，方选自拟消积方加减。谢军教授结合湖南地域湿热偏重、湿郁易化热的气候特点，临证善以太子参为君。其益气健脾、补而不燥，既资气血生化之源，又无党参温燥助湿化热之弊。臣以黄芪补气升阳，与太子参相须健脾、助脾升清；佐以砂仁、薏苡仁、山药健脾渗湿，使湿浊得化而脾运得健；复加王不留行、路路通辛散走窜，善搜剔络脉，深入肝络以疏通瘀滞，缓两肋窜痛之症。二药走窜耗气，中病即止，不可过用；再配玫瑰花、绿萼梅轻清疏解，功专疏肝解郁，协同调和气血、营养肝络。枸杞子、菟丝子平补肝肾、填固肾精，兼顾先天之本，补益正邪抗争中暗耗之肾精。炙甘草调和诸药为使。全方攻补兼施，共奏健脾益肾、疏肝通络、消积散滞之功。临证化裁尤重辨证施药：肝郁化热者，加丹皮、夏枯草清泻肝经郁热；纳差食少者，加炒麦芽、六神曲健胃消食。

4.2 化痰祛瘀，利湿通络

针对胁下痞块、刺痛固定、面色晦暗、肌肤甲错、朱砂掌、蜘蛛痣等瘀阻络伤之象，以及脘痞纳呆、口黏苔腻等痰湿内阻之候，舌质多呈紫黯或有瘀斑，脉象常见细涩或弦滑者，谢军教授提出治疗遵《素问·至真要大论》“结者散之”之旨，确立化痰祛瘀、利湿通络为本阶段治法，方选温胆汤合膈下逐瘀汤加减。方以桃仁、红花为君，二者活血逐瘀、破结通络，直入肝络以消坚散瘀。臣以半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹承温胆汤之制，燥湿化痰、清利湿浊，使湿浊得泄、痰结得散；增湘南特色药橘络化痰通络、顺气活血，善治肝络痰瘀胶结之胁痛；莪术破气行血、消癥通络，合延胡索、五灵脂行气散瘀、通络定痛，共助君药破瘀消癥；佐以当归、白芍养血柔肝、缓急和络，令逐瘀而不伤肝体；生姜、大枣顾护中州，健脾运以杜生痰之源。甘草为使，调和诸药。全方痰瘀并治，气血同调，温清相宜，消而不伤，共奏化痰祛瘀、利湿通络之效。临证化裁尤重辨证施药：若瘀血久羁、肝络瘀闭偏重者，加土鳖虫、三七粉、三棱以破血逐瘀，通络定痛；若失眠伴多梦、心悸者，加酸枣仁、远志、五味子以安神定志，宁心止悸。

4.3 填精固肾，健脾养肝

针对疾病后期肝区隐痛绵绵、劳倦益甚、两目干涩、头晕耳鸣、面色晦滞少华等肝肾精血亏虚、肝体失养之候；伴见纳差食少、腰膝酸软、五心烦热或畏寒肢冷、少气乏力等脾肾两虚之象；舌象多呈黯红少津或舌淡胖有瘀斑，脉象常见沉细弱或弦细者，谢军教授提出治疗当遵《素问·至真要大论》“损者益之”之旨，确立填

精固肾、健脾养肝为本阶段治法，方选一贯煎合滋水清肝饮加减。方以生地黄为君，甘寒质润，专入肝肾，滋阴填精，养血柔肝，既补肝体之亏，又固肾元之本。臣以枸杞子补益肝肾、益精涵木，与生地黄相须为用，滋水以涵木；沙参、麦冬益气养阴、生津和胃，顾护脾胃气阴；山药健脾益肾、气阴双补，培补后天以资先天，令精血生化有源。佐以当归、白芍养血和络、柔肝缓急，缓解肝络失濡之隐痛；丹皮、栀子凉血泄热，清解阴虚内生之虚火；柴胡疏达肝气，条畅气机，使全方补而不滞；茯苓健脾渗湿，培补中州，助运化而化痰浊，兼顾痰瘀久羁之标。甘草调和诸药为使。全方以填精固肾为根基，健脾养肝为核心，滋水涵木，培土荣肝，共奏填精固肾、健脾养肝之功。临证化裁上，肾精亏虚偏重者，加龟板胶、鹿角胶、女贞子，峻补精血、滋肾固本。胁下痞块坚硬、肌肤甲错者，加鳖甲、丹参、莪术，软坚消癥、通络散结。日常当节劳欲以固肾元，调饮食以健脾运，畅情志以疏肝气，扶正祛邪，有助病势向愈。

5. 验案举隅

患者，男，52岁。2026年2月27日初诊。主诉：右胁胀痛伴神疲乏力1年余，加重2周。病史：患者既往高脂血症8年、2型糖尿病3年，长期嗜食肥甘厚味，久坐少动。1年前体检发现肝脂肪变性，肝脏弹性成像提示肝纤维化F2-F3级，诊断为代谢相关脂肪性肝纤维化，间断予保肝西药治疗，症状时轻时重。刻下：右胁胀痛，偶发刺痛，脘痞纳呆，神疲乏力，面色晦暗，大便黏滞不爽，舌紫黯、苔白腻，脉弦滑。西医诊断：代谢相关脂肪性肝纤维化；中医诊断：积聚，痰瘀阻滞、脾虚失运证。治拟健脾化痰、祛瘀通络，予自拟消积方合温胆汤加减。处方：太子参15g、黄芪20g、茯苓30g、姜半夏9g、陈皮12g、砂仁6g、薏苡仁30g、桃仁10g、红花9g、橘络12g、莪术9g、路路通15g、炒鸡内金10g。共14剂，水煎取汁300ml，早晚分温服。2026年3月13日二诊：右胁胀痛、脘痞纳呆稍减，仍胁下痞闷、大便黏滞，舌脉同前。守初诊方加枳壳10g、泽泻15g。续进14剂，煎服法同前。2026年3月27日三诊：胁痛痞闷、大便黏滞好转，纳可，劳则神疲、腰膝酸软，舌脉同前。守二诊方去桃仁、莪术、泽泻，加入枸杞子15g、菟丝子15g、山药20g。续进14剂，煎服法同前。后患者于门诊调理1个月后停药。

按语：患者嗜食肥甘、劳逸失度，加之中年肾精暗耗，脾肾亏虚、元气推动无力，津聚为痰、血停为瘀，痰瘀留滞肝络而发病，契合“虚气留滞”因虚致滞、因滞伤正之理。脾虚失运故脘痞乏力，痰瘀痹阻肝络故胁痛面晦，湿浊趋下故便黏，舌紫黯、苔白腻、脉弦滑俱为痰瘀阻滞、脾虚失运之征。初诊予自拟消积方合温胆汤加减，健脾益气，化痰祛瘀，攻补兼施，补虚行滞。二诊胁痛脘痞稍减，仍痞闷便黏，加枳壳、泽泻行气利湿，增行滞泄浊之力。三诊滞象渐缓，劳则神疲腰酸，显脾肾两虚之候，去峻猛破瘀之品，加枸杞子、菟丝子、山药健脾益肾、扶正固本。治疗全程健脾肾、化痰瘀、通肝络，虚气得补，留滞得消，病情向愈。

6. 小结

综上所述，本文基于“虚气留滞”理论，探讨了代谢相关脂肪性肝纤维化的全病程病机演变规律：始于脾肾亏虚，土不荣木，继则痰瘀胶着留滞肝络，终致肝脾肾同损、精气血俱亏。在治疗上以“补虚行滞固本”为基本治则，针对不同阶段调整补虚与通滞的侧重点，为代谢相关脂肪性肝纤维化的中医辨治提供了理论依据和临床思路。然本研究以理论阐释为主，缺乏临床与实验数据支持，本团队后续拟结合多组学技术分析本病的生物学基础，并开展大样本多中心临床研究，以冀为本病的诊疗提供更充分的循证依据。

参考文献：

- [1]倪青,庞晴.代谢相关脂肪性肝病病证结合诊疗指南[J].世界中医药,2024,19(22):3406-3419.
- [2]黄颖,周智远,潘志雄,等.代谢功能障碍相关脂肪性肝病与2型糖尿病及心血管并发症相关性研究进展[J].中国全科医学,2026,29(09):1212-1216.
- [3]Riazi K, Azhari H, Charette JH, Underwood FE, King JA, Afshar EE, Swain MG, Congly SE, Kaplan GG, Shaheen AA. The prevalence and incidence of NAFLD worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022 Sep;7(9):851-861.
- [4]庄颖洁,刘文徽,刘正一,等.代谢相关脂肪性肝病的流行病学现状及诊治研究进展[J].解放军医学杂志,2023,48(12):1457-1466.
- [5]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(4):339-350.
- [6]周强,陶琳,张声生.代谢相关脂肪性肝病的中医认识及辨治[J].中华中医药杂志,2021,36(11):6380-6384.
- [7]黄世敬,尹颖辉.论“虚气流滞”[J].北京中医药大学学报,1996,(06):22-24.
- [8]陈菡,邓阳,刘婷婷,等.基于“虚气留滞”探讨慢性萎缩性胃炎“炎癌转化”的病机及论治[J].临床医学研究与实践,2026,11(10):52-55,71.
- [9]齐鑫磊,常占杰,张海博,等.基于“虚气留滞”理论从肝玄府微微结辨治肝癌癌前病变[J].中西医结合肝病杂志,2025,35(2):138-141+130.
- [10]田雪如,陈玮钰,颜璐怡,等.基于中性粒细胞外陷阱探讨肝纤维化“虚气留滞”的科学内涵[J].世界中医药,2026,21(4):696-703.
- [11]Li X, Chen W, Jia Z, Xiao Y, Shi A, Ma X. Mitochondrial dysfunction as a pathogenesis and therapeutic strategy for Metabolic-Dysfunction-Associated

Steatotic Liver Disease. *Int J Mol Sci.* 2025 Apr 30;26(9):4256.

- [12]Chen Z, Liao S, Wu S, Chen S, Tang Q, Zhou L, Li X, Hu H, Xu J, Zhang A, He S, Zhou ZH. The Gut–Liver Axis in liver disease: Molecular mechanisms and therapeutic targets. *MedComm (2020).* 2025 Nov 11;6(11):e70458.
- [13]张荣,徐强,窦婧,等.基于肠道菌群探讨中医从脾胃论治代谢相关脂肪性肝病的理论基础[J].*云南中医药大学学报*,2024,47(5):1-5.
- [14]Zhou J, Wang J, Zhang L, Zhang C, Tian C. Defenestration of liver sinusoidal endothelial cells: The trigger of liver fibrosis. *Pharmaceuticals (Basel).* 2025 Jun 14;18(6):893.
- [15]刘昱含,谢青.多重“打击”在非酒精性脂肪性肝病发病过程中的作用[J].*肝脏*, 2016, 21(3): 219-221
- [16]冯珍,陈平圣,张爱凤,等.缺氧诱导因子-1 α 及其下游分子在大鼠肝纤维化组织中的表达[J].*现代医学*,2005,(04):211-215.
- [17]Dayal U, Soni U, Bansal S, Aggarwal K, Chennupati C, Kanagala SG, Gupta V, Munjal RS, Jain R. MAFLD: Exploring the systemic effects beyond liver. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2025 Jan 6;15(1):42-48.