引用：杜大平，殷紫苇，邓君梅，等．王化猛以“痰瘀互结为纲，气行为要”论治非酒精性脂肪性肝病经验[J]．湖南中医杂志，2026，42（10）：11-14.

王化猛以“痰瘀互结为纲，气行为要”论治非酒精性脂肪性肝病经验

杜大平[1]，殷紫苇[1]，邓君梅[1]，樊红艳[1]，王化猛[1,2]
（1.亳州市中医院，安徽　亳州，236800；
2.安徽省华佗中医药研究院，安徽　亳州，236800）

［**摘要**］ 总结王化猛主任医师以“痰瘀互结为纲，气行为要”论治非酒精性脂肪性肝病（non-alcoholic fatty liver disease，NAFLD）的临证经验。王师认为，痰瘀互结是NAFLD的核心病机，临证以痰凝血瘀为辨证要领，确立化痰祛瘀、理气行滞的基本治法，明确“气行为要”三层内涵，即气滞为始动环节、治气先于治痰瘀、理气贯穿全疗程，提出契合“气－痰－瘀”动态病机特点的阶梯用药思路。其以导痰汤合失笑散为基础方，强调治气为先，重用白芥子30 g以行气散结，针对NAFLD病程缠绵的特点，采用汤丸联合治疗以提高依从性、巩固远期疗效。附验案1则，以资佐证。

［**关键词**］ 非酒精性脂肪性肝病；代谢性肝病；痰瘀互结；气行为要；名医经验；王化猛
［**中图分类号**］R259.755　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.003

非酒精性脂肪性肝病（non-alcoholic fatty liver disease，NAFLD）是除外过量饮酒、病毒性肝炎、药物性肝损伤等明确肝损害因素所致的以肝细胞内脂肪过度沉积为主要特征的代谢应激性肝病[1]。本病属中医学“肝痞”范畴，中医药采用痰瘀同治思路[2-4]，在改善脂质代谢、减轻肝损伤、逆转肝内脂肪沉积方面具有独特优势[5-7]。

王化猛主任医师（以下尊称“王师”）为安徽省名中医，师从国医大师徐经世，擅长以痰瘀理论论治脂肪肝、高脂血症、结节类等疾病。笔者（第一作者）通过系统梳理其学术思想、跟师临证实践，总结其以“痰瘀互结为纲，气行为要”论治NAFLD的经验，现论述如下。

1　核心学术理论构建

1.1　立足痰瘀同源，确立痰瘀互结的核心病机　王师论治NAFLD的理论，源于《灵枢·百病始生》中所载“凝血蕴里而不散，津液涩渗”，并吸纳朱丹溪“痰挟瘀血，遂成窠囊”之旨[8]。其与传统认识的区别在于：前人多以“痰瘀同源”强调二者在病理上的关联，而王师提出“痰瘀互结为纲”，将痰与瘀合为一个复合病机单元，贯穿疾病始终，并统领脾虚、肝郁、湿热、阴虚、阳虚等各类兼证。

其认为，长期嗜食肥甘，损伤脾胃，运化失常则痰湿内生；肝失疏泄，气机郁滞则血行不畅。痰湿与瘀血相互搏结，形成“血中伏痰”，郁于肝络，脂浊停积而成NAFLD。现代临床与病理研究提示，NAFLD患者普遍存在血液流变学异常，全血黏度、血浆黏度升高，红细胞聚集性增强，与中医学“痰凝”“血瘀”高度吻合；肝内脂肪沉积类属“痰浊”，进一步发展为肝纤维化、肝硬化则归属于“瘀血”，

基金项目：2025—2026年度安徽省中医药传承创新科研计划项目（2025CCCX169）；安徽省亳州市重点研发计划项目（BZZC2024071）

第一作者：杜大平，女，主任医师，研究方向：肝病与内科杂病的中医诊疗
通信作者：王化猛，男，主任医师，国家中医药管理局全国基层名老中医药专家传承工作室指导老师，全国基层名老中医，安徽省名中医，研究方向：肝病与内科杂病的中医诊疗，E-mail：15206606@qq.com

亦印证痰瘀互结为本病病机[9]。故本病病位以肝、脾为主，痰浊、瘀血既是病理产物，又是继发致病因素，二者相互胶结，形成“气滞→痰瘀→气滞更甚”的恶性循环。

1.2 阐释气行为要，构建三层治则内涵 王师临证强调“气顺痰易消，气行血亦活”，并确立“气行为要”为主要治则，这一治则符合“治痰先治气”的古训，也是形成三层递进治则的临床内涵。

其一，气滞是痰瘀互结的始动环节。NAFLD患者多由饮食不节、情志失调而起，先伤肝脾气机。气滞则津液不行，聚而成痰；气滞则血行迟缓，凝而成瘀；痰瘀既成，又进一步阻碍气机升降。因此，阻断病程的关键不在直接攻逐痰瘀，而在恢复气机条达。

其二，治气先于治痰瘀，且贯穿始终。与常规“痰瘀同治、理气为辅”不同，王师在初治或急性期，常以理气药作为主药，为痰瘀药开路。其重用白芥子30 g，不取常规豁痰之用，而取其辛散走窜、善行皮里膜外、直达肝络之性，破散痰气胶结，体现“以气药为先导，痰瘀药为后援”的思路。

其三，理气贯穿诸法，防壅防滞。王师临证使用党参、扁豆等健脾药时，必佐以枳实、橘红；使用水蛭、丹参等活血药时，亦配伍香附、佛手等行气之品，意在“用动药则气行而血不凝，用补药则气运而滞不生”。基于上述认识，王师将“调气”从佐治之法，确立为NAFLD诊疗的出发点与核心治法。

1.3 辨析痰瘀兼阴虚，确立扶正祛邪治法 NAFLD病程日久，痰瘀久积化热，暗耗肝阴，或患者素体阴虚，临床多见痰瘀胶结与肝阴不足并存，病机呈现邪实与正虚交织。痰瘀为有形实邪，阻滞肝络；阴虚为肝体不足，络脉失养。二者互为影响：阴虚则脉络枯涩，血行迟滞而瘀更甚；痰瘀郁久化火，进一步灼伤阴液。辨证要点：胁肋隐痛、口干咽燥、五心烦热、头晕目涩、失眠多梦；舌红少苔或舌有裂纹、舌面少津，脉细涩或细数。治法：化痰祛瘀为主，养阴柔肝为辅，祛邪不伤正，扶正不恋邪。基础方：在导痰汤合失笑散基础上，参一贯煎之意，加生地黄、北沙参、麦冬、当归、枸杞子滋养肝阴；佐川楝子疏理气机，使养阴而不滋腻碍气、不助湿生痰；丹参、生山楂活血散瘀兼能凉血，与滋阴药相伍，凉血而不伤阴，化瘀而不耗液。临床凡见阴虚征象者，均以此法化裁，可显著提高复杂证候疗效[10-11]。

1.4 传承名家思想，发展杂病治郁思路 王师师从国医大师徐经世，深得“杂病治郁”心法。徐老提出“肝气郁结为百病之源，疏肝解郁贯穿治疗始终”[12-13]。王师继承其“调气以解郁”的核心思想，同时将“郁”从单纯情志之郁、肝气之郁，扩展至痰郁、血郁、湿郁等复合病理郁滞；以化痰祛瘀作为疏通痰血郁滞的具体方法，将治郁理论与痰瘀治法有机结合，最终形成以痰瘀互结为纲、气行为要的论治体系。

2 理法方药临床应用要点

2.1 以痰凝血瘀为辨证要领 王师诊治NAFLD，不论病程长短、病情轻重，均以痰凝血瘀为要领，再辨别兼夹证，常见兼证有脾虚、肝郁、湿热、阳虚、阴虚等[8]。结合超声分度与临床表现可直接对应，轻度脂肪肝以痰浊偏盛为主，症状多不明显；中度脂肪肝痰瘀并重，可见肝区不适、食欲减退；重度脂肪肝瘀血偏盛，可见肝区疼痛、脘腹胀满，甚或见黄疸。这一辨证思路贯穿诊断与治疗全过程，是“痰瘀互结为纲”在临床的直接体现。

2.2 基于“气-痰-瘀”动态病机特点的阶梯用药 为使“气行为要”落到实处，王师根据NAFLD病程，分阶段用药。初期以气滞为主，痰瘀较轻，重用香附、枳壳、佛手理气，佐以少量半夏、茯苓化痰，丹参活血，体现治气为先。中期痰瘀并重，气机受阻，以导痰汤合失笑散为主方，白芥子用至30 g以破气行痰，水蛭破血逐瘀，以攻邪复气。后期痰瘀渐消，正气受损，采用汤丸序贯，丸剂中保留橘红、枳实行气，防止痰瘀复聚，以缓调气机、巩固根本。

2.3 核心方药及其与病机的对应关系 王师以化痰祛湿、活血化瘀为核心治法，选用导痰汤合失笑散为基础方。1）化痰祛湿组：导痰汤（半夏、胆南星、枳实、橘红、茯苓、甘草）加白芥子30 g，绞股蓝15 g，泽泻15 g，决明子15 g。方中半夏、胆南星燥湿化痰；茯苓、泽泻利水渗湿，给痰浊以出路；橘

红、枳实理气宽中，体现“治痰先治气”；重用白芥子30 g，辛散走窜，专入肝络，行气散结、祛皮里膜外之痰，为方中气行关键药。2）活血化瘀组：失笑散（炒蒲黄、五灵脂）加生山楂20 g，丹参15 g，虎杖15 g，水蛭（冲服）3～5 g。方中蒲黄、五灵脂活血祛瘀、散结止痛；丹参、虎杖活血降脂、保肝降酶；生山楂消积化瘀、助脂代谢；水蛭破血逐瘀、通肝络，力专效宏。全方活血兼能调气，化瘀而不伤正。两组药物合用，痰瘀同治，且始终以调气为枢纽。3）大剂量用药安全与适用指征：白芥子30 g的适用指征为痰瘀互结、肝络不通之重度脂肪肝，症见痰浊壅盛、形体肥胖、肝区闷胀、舌胖苔腻、脉弦滑；阴虚火旺、咯血、消化道溃疡人群以及孕妇慎用。安全要点：中病即减，不可长期超大剂量单用，配伍橘红、枳实可减其辛燥之性。水蛭（冲服）3～5 g，适用于瘀血阻络、肝区刺痛、舌质紫暗或有瘀斑、血脂黏稠、肝纤维化倾向者。有出血倾向、凝血功能障碍、月经过多者和孕妇、哺乳期妇女均为本药禁忌人群。安全要点：以炮制水蛭粉冲服，从小剂量起始，无出血倾向后再维持3～5 g，定期复查凝血功能。

2.4 随证加减与“气行为要”的呼应 1）脾虚证，症见食少、便溏、乏力、舌胖齿痕，加党参、炒扁豆、山药健脾，方中枳实、橘红理气，防补脾壅滞。2）肝郁证，症见胁肋胀痛、善太息，加柴胡、香附、枳壳疏肝理气，直接恢复气机条达。3）阳虚证，症见畏寒肢冷、腰膝酸软，加肉苁蓉、牛膝、当归温阳，以阳化气，助血行津布。4）阴虚证，症见口干咽燥、五心烦热，加生地黄、沙参、麦冬养阴柔肝，佐理气药防滋腻碍气。5）湿热证，症见口苦口黏、脘闷、小便黄、苔黄腻，加茵陈、栀子、薏苡仁清热利湿，祛邪而不伤气耗阴。

2.5 用药特色 1）选用药理作用确切的药物。在辨证基础上，选用现代药理证实可改善代谢、保护肝脏的药物，如虎杖改善胰岛素抵抗，丹参保肝降酶、促进肝细胞修复，泽泻抑制外源性脂质吸收，生山楂提升脂质代谢相关酶活性，使辨证与辨病相结合。2）重用白芥子以行气散结。白芥子用至30 g，取其辛散走窜、善祛皮里膜外之痰、通行肝络气机的特点，是“气行为要”在用药上的标志性体现[9]。3）汤丸序贯，契合慢病特点。NAFLD病程长、易反复，初诊或急性期用汤剂快速取效，病情稳定后改用丸剂长期巩固。汤剂重在攻邪，丸剂重在缓调气机，二者均体现“气行为要”在不同阶段的运用[9]。

3 典型病案

袁某，男，38岁，2023年6月14日初诊。主诉：肝区不适6个月。患者身高168 cm，体重82 kg，体质量指数29.05 kg/m^2。症见：疲乏、腹胀、肝区隐痛。中医证候积分：肝区隐痛不适6分，腹胀5分，疲乏4分，总计15分。舌质淡紫、舌体胖、边有齿痕，苔白腻，脉濡缓。偶少量饮酒，每周不足1两。辅助检查：丙氨酸氨基转移酶（alanine amino-transferase，ALT）103 U/L，γ-谷氨酰转移酶（gamma-glutamyl transferase，γ-GT）315 U/L，三酰甘油（triglyceride，TG）5.28 mmol/L，空腹血糖6.33 mmol/L；腹部超声提示重度脂肪肝。中医诊断：肝癖·痰凝血瘀兼脾虚证。治法：祛湿化痰，活血化瘀，健脾益气。处方：白芥子30 g，半夏15 g，茯苓15 g，绞股蓝15 g，泽泻15 g，决明子15 g，丹参15 g，虎杖15 g，炒蒲黄（包煎）20 g，炒扁豆20 g，生山楂20 g，五灵脂10 g，胆南星10 g，枳实10 g，橘红10 g，党参10 g，甘草6 g，水蛭（冲服）5 g。30剂，每日1剂，水煎，温服。嘱低脂饮食、规律有氧运动。7月21日二诊：体力改善，肝区隐痛减轻，仍有腹胀；体重下降3 kg。中医证候积分：肝区不适2分，腹胀4分，神疲乏力1分，总计7分。舌质淡紫减轻，舌体仍胖，苔白腻转薄，脉濡。复查ALT 62 U/L，γ-GT 204 U/L，TG 1.88 mmol/L。患者脾虚得复，故去党参；瘀血渐减，故减五灵脂、虎杖，避免破血耗气；保留化痰、行气、祛湿核心药物，续攻余邪，30剂，煎服法同前。8月22日三诊：腹胀消失，体力基本复常；体重较初诊下降6.7 kg。中医证候积分：各项症状均≤1分，总计2分。舌质淡红，舌体正常，苔薄白，脉缓。复查ALT 42 U/L，γ-GT 91 U/L，TG 1.45 mmol/L。调整处方以化痰活血、巩固疗效为主，处方：白芥子30 g，清半夏12 g，胆南星10 g，炒枳实12 g，化橘红10 g，茯苓30 g，生姜

6 g，甘草6 g，丹参15 g，蒲黄（包煎）20 g，水蛭（冲服）5 g。30剂，煎服法同前。9月20日四诊：症状完全消失，证候积分：0分。肝功能、血脂恢复正常，超声提示脂肪肝消失。嘱将三诊方制为丸剂，长期服用，随访1年未复发。

按语：本例为重度NAFLD，以痰凝血瘀兼脾虚为核心病机。初诊以导痰汤合失笑散化痰祛瘀，重用白芥子行气散结，水蛭破血逐瘀，丹参、虎杖活血降脂，绞股蓝、泽泻、决明子利湿降浊，佐党参、扁豆健脾益气，标本兼顾。二诊脾虚得健、瘀血渐化，故减党参、五灵脂、虎杖，防补壅、防破耗。三诊邪去八九，以缓图巩固为主。全程以气行推动痰消瘀化，后期汤丸序贯，疗效稳定。

参考文献

[1] 李晓玲，孙凤霞.非酒精性脂肪肝，中西医治疗有可为[J].健康，2023(9)：68-69.
[2] 温晓倩，曾江涛，王月英.基于数据挖掘与网络药理学分析中医药治疗痰瘀互结型非酒精性脂肪肝用药规律[J].新中医，2025，57(17)：187-193.
[3] 宋艺佳，刘鸣昊，赵文霞.细胞焦亡与非酒精性脂肪性肝炎“痰湿瘀”病机的微观联系与治疗[J].世界中医药，2023，18(17)：2480-2483.
[4] 邓芳，蒋士生.六君子汤合膈下逐瘀汤加减治疗痰瘀互结型非酒精性脂肪肝46例临床观察[J].湖南中医杂志，2021，37(9)：13-15.
[5] 全美玲，沈震，夏爽.自拟疏肝理气健脾汤联合西药治疗肝郁脾虚证非酒精性脂肪肝疗效观察[J].四川中医，2021，39(10)：113-116.
[6] 龙琴，张红星，王凯.从“玄府-气液-肝络”理论论治非酒精性脂肪性肝病[J].中医临床研究，2025，17(8)：57-62.
[7] 金妍，张永臣，王新陆.血浊理论指导针刺治疗脂肪肝的经验探讨[J].天津中医药，2020，37(3)：270-274.
[8] 朱震亨.格致余论[M].刘更生，点校.天津：天津科学技术出版社，2000：23-25.
[9] 王化猛，朱勤，庄捷，等.化痰祛瘀法治疗脂肪肝临证心得[J].云南中医中药杂志，2012，33(6)：26-28.
[10] 张振，王化猛.谈以痰凝为核心论治高脂血症[J].安徽中医学院学报，1999，18(2)：28-29.
[11] 王化猛.以痰凝为核心治疗高脂血症46例[J].辽宁中医杂志，2000，27(11)：499-500.
[12] 李艳，赵进东，张国梁，等.郁证的理论溯源及国医大师徐经世治郁思路[J].中华中医药杂志，2023，38(11)：5284-5289.
[13] 孙宇洁，施卫兵，黄辉.国医大师徐经世以消化复宁汤治疗慢性胆囊炎经验[J].时珍国医国药，2024，35(13)：3056-3057.

（收稿日期：2026-04-14）
[编辑：徐琦]

（上接第10页）

[6] 任耀龙，赵明君，杨磊，等.基于冠脉造影研究冠心病患者中医证素与冠脉病变的相关性[J].现代中西医结合杂志，2022，31(10)：1359-1363.
[7] 薄敏敏，林谦，万洁.林谦教授运用中医气血理论治疗心血管疾病经验探析[J].世界中西医结合杂志，2025，20(12)：2377-2382.
[8] 王凯乐，于杰，刘迎迎，等.从气血失和角度探讨稳定性冠心病中医治疗[J].辽宁中医药大学学报，2026，28(6)：165-171.
[9] 赵浩然，董明月，周立华.补气活血法治疗冠心病的中西医理论互通探讨[J].中医研究，2021，34(8)：7-10.
[10] 孔晓璇，唐明，王春燕，等.基于“虚气留滞”理论探讨气虚血瘀型冠心病的辨治思路[J].河南中医，2026，46(1)：63-66.
[11] 邓婕，杨志军，杨秀娟，等.基于痰瘀相关理论探析痰瘀同治干预高脂血症作用机制的研究进展[J].中国中医基础医学杂志，2025，31(4)：721-726.
[12] 高静，何庆勇，李安琪，等.基于“癥病”理论探讨通阳化痰消癥法治疗冠心病[J].中国中医基础医学杂志，2026，32(1)：180-183.
[13] 康荣峰，姚昱吏，南丹慧，等.党参治疗冠心病的作用机制研究进展[J].中国新药杂志，2025，34(21)：2278-2283.
[14] 王欢欢，房志鑫，王建彬，等.黄芪的主要化学成分及药理作用机制研究进展[J].黑龙江医学，2026，50(14)：1780-1782.
[15] 肖明芝，张世文，庞欣欣，等.藤类药六法[J].中华中医药杂志，2025，40(3)：1470-1473.
[16] 梁炎丽，梁洁，孙正伊，等.鸡血藤的质量控制现状及质量标志物预测分析[J].中华中医药学刊，2024，42(5)：125-130.
[17] 曹小霞，边子妍，丁金国，等.基于网络药理学和分子对接探讨瓜蒌皮注射液治疗冠心病的作用机制[J].天津中医药大学学报，2024，43(3)：193-200.

（收稿日期：2026-08-01）
[编辑：徐琦]