

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.13.016

从寒论治高脂血症

杨玉涵¹, 仝彤¹, 左文茜², 王擎擎³, 张笑霄², 姚魁武²✉

1. 北京中医药大学研究生院, 北京市朝阳区北三环东路11号, 100029; 2. 中国中医科学院广安门医院; 3. 中国中医科学院眼科医院

[摘要] 认为寒邪在高脂血症的发生发展过程中具有关键推动作用, 外寒侵袭、内寒渐生以及现代生活方式所致阳气暗耗, 均为高脂血症的发生提供病理基础。基于此, 提出高脂血症从寒辨治应针对寒易伤阳、寒性凝滞、寒主收引的致病特点, 灵活运用温补、温化、温通之法, 以期高脂血症的中医辨治提供理论参考。

[关键词] 高脂血症; 寒邪; 温法

根据高脂血症的病理特点, 可将其归于中医学血浊、痰证、脂浊等病证论治^[1]。随着生活方式变化及心血管疾病负担不断加重, 高脂血症的防治形势日益严峻, 其病机认识与辨治思路亦有待进一步深化^[2]。中医理论对寒邪的概念内涵认识丰富, 我国最早的医学方书《五十二病方》就已有相关论述, 如提到“振寒”“以驱寒气”, 说明当时“寒”既是病症概念又是病邪概念。《黄帝内经》进一步阐述了寒作为病因、病机的特点, 如提到“岁水太过, 寒气流行”“寒盛则浮”等, 奠定了寒邪理论的基础^[3]。在当前时代背景下, 空调、冷饮导致外感寒邪增多, 刘渡舟教授针对这一情况还曾提出“空调伤寒”之说^[4]; 同时清热药和抗生素使用泛滥亦在一定程度上影响群体体质偏向, 使寒证更为常见^[5-6]。基于此, 本文梳理寒邪的中医认识, 探讨寒邪在高脂血症发生发展中的作用, 并据此提出高脂血症临证治疗应灵活运用温补、温化、温通之法, 以期临床实践提供参考。

1 寒邪的来源与形成

《说文解字》中解释“寒, 冻也”, 即“冷”的意思, 本意指的是自然界中天气环境的清冷、寒凉。中医理论将其意引申至病因病机, 发展出“寒

邪”的概念, 认为寒邪既是六淫邪气之一, 亦是内生五邪之一^[7]。《素问·咳论篇》载“其寒饮食入胃, 从肺脉上至于肺则肺寒”, 《素问·六元正纪大论篇》载“寒气霜雪冰冬化同”, 说明饮食生冷和时令之寒均可作为外来寒邪侵犯人体。外寒侵袭有中表中里之分: 寒邪在表, 为伤寒、冒寒, 指的是寒邪伤及人体肌表腠理; 寒邪伤里, 为中寒, 指的是外来寒邪直中内脏。内生寒邪是由于饮食起居耗伤阳气太过或者先天禀赋不足, 致使机体阳气损伤或虚弱, 温煦气化功能减退, 寒邪从内而生。《素问·痹论篇》言: “其寒者, 阳气少, 阴气多, 与病相益, 故寒也。”张志聪注云: “此言寒热者, 由人身之阴阳气化也, 人之阳气少而阴气多, 则病相益, 其阴寒矣”, 言明内生寒邪是由人阴阳之气所化而成。郑钦安在《医理真传》中举例说明了耗伤阳气的三个原因, 即“气不足, 便是寒, 究不足之原, 因房劳过度者, 则损肾阳; 因饮食不节者, 则损脾阳; 因用心过度者, 则损心阳”, 并言“阳气损于何处, 阴寒便生于何处”, 进一步指出内生阴寒乃是由于阳气耗损, 二者同时发生, 又如《景岳全书》所云: “凡寒病之由于外者, 或由风寒以伤形, 或由生冷以伤脏; 其由于内者, 或由劳欲以败阳, 或由禀赋之气弱”。

2 高脂血症从寒论治的理论依据

关于高脂血症辨治当代医家多有发挥, 如主张高脂血症的基本病机为脾虚痰瘀互阻于脉^[8]; 强调

基金项目: 国家科技重大专项(2024ZD0528300, 2024ZD0528304); 2024年岐黄学者培养项目(中医药领军人才培养项目)(国中医药人教函[2025]182号); 中国中医科学院眼科医院中央高水平中医医院项目(GSP2-02)

✉ 通讯作者: yaokuiwu@126.com

重视痰瘀,认为痰瘀交困是高脂血症的病理基础^[9];提出高脂血症的基本病机为虚、痰、瘀、滞,若从虚实两端概括之,虚乃脾弱气虚,实即痰瘀气滞^[10]。可以看出,痰、瘀、浊是高脂血症发生发展过程中的重要病机环节,已成为当前辨治高脂血症的重要理论基础^[1]。

随着现代生活方式的改变,如使用空调、饮食生冷不加节制,人们在日常生活中更容易接触到外来寒邪。这不仅导致机体受到寒邪侵袭的频次增多,还可能影响体质改变。一项横断面调查数据结果^[11]显示,在一般人群的偏颇体质中,居于前3位的体质类型是气虚质(13.42%)、湿热质(9.08%)、阳虚质(9.04%),提示当前社会中气虚、阳虚体质人群比例较高。此外,多种不良生活习惯大量消耗体内阳气,导致阴阳失衡,阴气偏胜,更易内生寒邪。如暴饮暴食、恣食肥甘,脾胃运化不及,日久伤及脾阳;精神压力大、长期处于紧张焦虑情绪之下,忧思伤脾,惊恐伤肾,日久脾肾阳虚,阴寒易生。因此,无论是外寒侵袭,或是寒邪推动气虚、阳虚体质形成,或是不良生活习惯耗伤阳气,阴寒内生,均可导致脏腑气化失司,而寒邪因其易伤阳、性凝滞、主收引的致病特点在痰、瘀、浊等病机形成中起着关键作用,为高脂血症的发生与进展提供了环境基础。

2.1 寒易伤阳

寒易伤阳有两层含义:一方面,寒为阴邪,致病先伤阳气。阳气具有温煦、推动和气化作用,是水谷精微化生、津液运行、血脉通畅及膏脂输布的重要动力。寒邪伤阳,则水谷精微失于输布,膏脂不归正化无以转运,易形成痰湿、瘀血、脂浊,参与高脂血症的形成,如《景岳全书》载:“痰涎本皆血气,若化失其正,则脏腑病、津液败,而血气即成痰涎”。另一方面,在阳气不足的情况下,机体温煦、防御和气化功能减弱,更易为寒邪所伤。《医理辑要·锦囊觉后篇》云:“易寒为病者,阳气素弱”,明确指出先天阳气不足者更容易得寒病。《素问·痹论篇》同样指出:“阳气少而阴气多,与病相益,故寒也”,即体质偏寒者所患疾病的性质也多属寒。就高脂血症而言,阳虚体质者更容易受寒邪影响,出现脏腑温煦和气化运转减退,促进痰浊、脂浊、瘀血等病机状态的形成。

2.2 寒性凝滞

寒性凝滞指的是气血、营卫、津液因寒邪而流动减慢,甚至停滞、凝结。如《素问·五常政大论

篇》载:“寒客至,沉阴化,湿气变物,水饮内蓄”,《素问·调经论篇》言:“寒独留则血凝泣,凝则脉不通”,分别描述了在寒邪的影响下,湿气成形化为水饮内蓄,血液凝滞成形阻塞脉道,提示寒性凝滞的结果之一是沉降体内的浊阴之物,即所谓“寒气生浊”。张介宾在《类经》中解释为“寒气凝滞,故生浊阴”,《诸病源候论》亦载:“积聚者,由寒气在内所生也”。就高脂血症而言,寒凝之性可影响津液输布、血脉运行及浊邪代谢,促使痰湿内生、瘀血阻滞、脂浊留停,进而促进高脂血症的发生。此外,若痰湿、瘀血、脂浊日久凝滞成形,受寒邪影响沉降凝滞于脉道,脉道不利,甚则闭塞不通,或可促进高脂血症的进展与演变,继发中风、胸痹、脉痹等变证。

2.3 寒主收引

寒主收引指的是寒邪可使气机收敛,腠理、经络、筋脉收缩而挛急。《素问·举痛论篇》载:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩踈,缩踈则脉绌急,绌急则外引小络”,指出寒邪可使经脉缩踈绌急,此为收引之意;又言:“寒则气收,寒则腠理闭,气不行,故气收矣”,指出寒邪侵袭人体先使皮、肉、筋、脉等收缩,继而引发气机收敛。高脂血症常伴随血液流变学异常及动脉僵硬度增加等病理状态。从中医病机角度认识,正是由于寒邪收引之性致脉道缩踈绌急,气机收敛不行,致痰浊留停而不去,凝血蕴里而不散,进而加重痰、瘀、浊互结状态,推动高脂血症迁延并向血脉病变演变。

2.4 寒邪影响血脂的现代研究基础

寒邪可影响脂质代谢,低温暴露可能扰乱机体脂质代谢稳态。有研究显示,低温对我国西北地区成人代谢指标有影响,平均温度每降低5℃,甘油三酯(TG)升高5.07%,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低3.38%^[12];环境温度与低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平成反比,与HDL-C水平成正比^[13-14]。以上结果说明长期处于低温环境可能引起血脂代谢失调。另有研究发现,受试者的TG仅在冷暴露初期30 min内短暂下降,而在90~120 min时则持续升高^[15],短期降温除可影响TG外,还增加血清游离脂肪酸和胆固醇水平^[16-17],提示急性寒冷刺激也会增加循环脂质水平。从中医角度看,这与前文所述寒邪伤阳,津血精微化失其正而致痰浊瘀血渐生类似。基础研究^[18]发现,持续低温暴露可以增加两种基因敲除小鼠(ApoE^{-/-}和Ldlr^{-/-})的脂质沉积,提高血液中极低密度脂蛋白和LDL-C残留

物水平；但采用 C57BL/6J 小鼠进行研究却发现持续寒暴露可使总胆固醇（TC）水平降低 16%，LDL-C 水平降低 23%^[19]。从中医角度分析，这种差异可能与模型动物先天禀赋及对寒冷刺激的适应能力不同有关。敲除脂质代谢关键基因的小鼠属先天禀赋不足，受寒邪侵袭需要更多阳气护卫机体，阳虚更容易被寒邪侵袭，形成恶性循环，加之脏腑无力运化阴精化生阳气，气血津液凝滞，渐成痰湿、瘀血、脂浊壅塞脉道，这也从侧面论证了“寒易伤阳”；而正常小鼠受寒邪侵袭时可有效化生和调动阳气抵御寒邪，一方面为输布阳气加快气血循环，另一方面阴阳互根，阴精化生为阳气，因此不易形成血中浊滞。

3 高脂血症从寒论治的临证思路

3.1 寒易伤阳，治以温补以复其本

寒易伤阳，阳伤则气化失司，脏腑运化功能失常，故治当首重温补，以复阳气、促气化、振运化。温补不仅在于祛寒，更在于恢复脏腑气化功能，使气行、血畅、津布，从而减少痰湿、瘀血、脂浊等的形成。《证治汇补》言：“阳虚阴盛，宜温中散寒，补暖下元，则阳气来复，而寒邪自消”，“中”指中焦脾胃，“下元”指肾气命门，明确指出消除寒邪应着手于脾肾。《名医方论》曰：“阳之动，始于温，温气得而谷精运”，指出阳气的发动有赖于温，阳气充盛则水谷精微得以输布运行。温补应用得当可恢复中焦运化，斡旋中焦之枢；滋养先天，使阳有化气之基；阳气得复，循行如常，则痰瘀浊邪难生。

高脂血症早期常症状隐匿，舌脉如常，可先以小剂量温药缓调，运行其气，流通其血，酌用白术、党参、山药、生姜等健脾益气、温阳助运，恢复脏腑功能。若症见大便稀溏、畏寒肢冷、神疲蜷卧、舌淡苔白而润等虚寒之象，则可适当增强温阳之力，以桂枝、干姜、吴茱萸等振奋中阳、助脾运化。若病程迁延，年老体衰，又当兼顾肾阳与肾精，重视温煦命门、蒸腾脾土，可酌加熟地黄、山茱萸、肉苁蓉等，以补益肝肾、培固根本，使阳有化气之源，精有生化之本，从而助其运化水湿膏脂。总之，温补之法重在扶其本，使阳气得复，则寒邪自退，痰瘀浊脂亦无由内生。

3.2 寒凝成浊，治宜温化以祛其标

寒性凝滞，可将未归正化之精血沉凝为痰瘀脂浊，故治宜温化之法化其凝滞、消其浊邪，使其得

温则散，避免其沉降聚集、胶结滞留。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云：“病痰饮者，当以温药和之”，明确指出痰饮之治不可徒事攻逐，而应以温药和化，使阳气振奋，气机调达，则痰饮自能消散。又《素问·调经论篇》云：“血气者，喜温而恶寒，寒则泣而不能流，温则消而去之”，说明瘀血之形成与寒凝密切相关，其治亦当以温化为要。

临证所见，若患者病程较短，血脂异常程度较轻，仅见形体偏胖、脘腹胀满、食后困倦、口中黏腻、舌苔白腻或薄腻、脉滑等表现者，多属痰湿脂浊初生或未盛阶段，形态初聚而未胶结，可选用山楂、神曲、苍术、陈皮等温运中焦，消积散滞，不必急于清热利湿；若血脂异常病程较长，异常指标居高不下，或伴见动脉粥样硬化，临床症见胸闷不舒、肢体困重或麻木、头重如裹、舌质紫暗或有瘀斑、苔腻较厚、脉弦滑或涩等表现，则多提示痰浊已成、瘀血已著，则应在温化基础上兼顾化痰活血，可配伍半夏、石菖蒲以温燥豁痰、化浊开窍，川芎、当归以温通血脉、活血养血，使痰得化、瘀得散、浊得除。如此则既可祛其已成之邪，又可阻其再生之势，改善寒凝所致的内在病理状态。

3.3 寒主收引，治当温通以畅其机

寒主收引，易使脉道拘急、气机停滞，津血运行涩滞，则痰湿、瘀血、脂浊更易停聚。故寒邪之害，不仅在于促使痰湿、瘀血、脂浊等病机状态形成，更在于使诸邪留着不去、闭阻不通。治疗上除当温补其阳、温化其浊外，尚须配合温通之法，以温促通，畅达气机、疏利血脉，使闭者开、滞者行。《医理真传》云：“真气一足，万窍流通，一切阴邪，无从发起……元阳鼓动，阴邪痰湿立消”，说明阳气鼓动，则气血流通，阴寒痰湿之邪便无所留滞；反之，阳气不振，则推动无力，寒、湿、痰、瘀易于内生而壅塞。

具体而言，温通之法应灵活配伍辛散通达、行气活血之品，以助阳行气、温经通脉。临证若见头晕沉重、神疲乏力、周身困重及肢体活动不利等清阳不升，经脉不舒之象，可酌加柴胡、升麻、防风、羌活辛温行散，以疏达气机、升举清阳；降香、鸡血藤以活血通脉，使气行则血行，阳通则寒解。若症见腹胀痞满，舌苔偏润偏滑、脉紧，提示寒湿偏盛，可佐以砂仁、木香、厚朴、肉豆蔻等温中化湿，畅达中焦气机。随证施治既需解寒邪收引之性，又须促气血津液流行输布，使痰瘀脂浊失其停留之机。

值得注意的是,高脂血症临证应灵活运用温补、温化、温通之法,但不可一概投以辛温峻烈之品,其治仍须立足辨证,根据寒热轻重、病程长短、体质强弱及兼夹病邪之不同,审慎遣方用药,务求温而不燥,补而不膩,通而不峻。当前高脂血症多从痰瘀论治,强调痰、瘀、浊等为高脂血症的重要病理基础^[20-21]。这与从寒论治高脂血症并不矛盾。从寒论治高脂血症不在于另立一端取代痰、瘀、浊等既有认识,而是强调寒邪在高脂血症形成及疾病发展中的重要作用,揭示寒邪与痰、瘀、浊之间的内在关联,从而拓展高脂血症中辨治的理论维度与临床思路。疾病的发生与传变过程是动态的,由于患者体质、生活方式以及疾病进展传变等不同,临证时应综合体质、病程、症状、舌脉等多方面精准辨证,更全面地考虑方药组成。

本文基于寒邪理论,结合现代研究证据,总结了寒邪致病特点在于寒易伤阳、寒性凝滞、寒主收引,揭示了寒邪在高脂血症形成及疾病演变中的关键作用,并在此基础上提出高脂血症“温补以复其本、温化以祛其标、温通以畅其机”的辨治思路,以期高脂血症的中医辨证论治提供理论参考。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会动脉粥样硬化与血脂异常专业组. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(3): 262-269.
- [2] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023 年)[J]. 中国循环杂志, 2023, 38(3): 237-271.
- [3] 解佳伟, 焦艳芳, 穆俊霞. 寒邪理论中医古代文献述要[J]. 山西中医学院学报, 2011, 12(2): 11-14.
- [4] 刘渡舟. 论发汗解表法中的片面性[J]. 山西中医, 1997, 12(4): 2-5.
- [5] 张泰, 连佳. 儿科应用清热类中成药存在的问题及建议[J]. 中医杂志, 2017, 58(2): 119-122.
- [6] 展照双, 王加锋. “到气才可清气”对抗生素滥用及不良反应的临床指导意义[J]. 山东中医杂志, 2019, 38(5): 410-413.
- [7] 张笑霄. 基于数据挖掘研究“治寒类方”在《伤寒杂病论》和现代传承中的证治[D]. 北京: 中国中医科学院, 2023: 15-16.
- [8] 王亚红, 郭维琴. 高脂血症中医临床研究述评[J]. 中医基础医学杂志, 2001, 6(10): 71-73.
- [9] 杨志敏, 谢东平, 颜德馨. 颜德馨膏方治疗高脂血症经验[J]. 上海中医药杂志, 2005, 50(12): 8-9.
- [10] 郑贵力, 王煦, 王绵之. 王绵之教授治疗高脂血症学术思想及经验[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 41(2): 48-50.
- [11] 王琦, 朱燕波. 中国一般人群中中医体质流行病学调查: 基于全国 9 省市 21 948 例流行病学调查数据[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(1): 7-12.
- [12] Zheng S, Zhu W Z, Shi Q, et al. Effects of cold and hot temperature on metabolic indicators in adults from a prospective cohort study[J]. Sci Total Environ, 2021, 772(7): 145046.
- [13] Hong Y C, Kim H, Oh S Y, et al. Association of cold ambient temperature and cardiovascular markers[J]. Sci Total Environ, 2012, 435-436: 74-79. DOI: 10.1016/j.scitotenv. 2012. 02. 070.
- [14] Nadif R, Goldberg S, Gourmelen J, et al. Seasonal variations of lipid profiles in a French cohort[J]. Atherosclerosis, 2019, 286(7): 181-183.
- [15] Straat M E, Jurado-Fasoli L, Ying Z, et al. Cold exposure induces dynamic changes in circulating triacylglycerol species, which is dependent on intracellular lipolysis: a randomized cross-over trial[J]. eBioMedicine, 2022, 12(86): 104349.
- [16] Horke G, Nahon K J, Bakker L E H, et al. Short-term cooling increases serum triglycerides and small high-density lipoprotein levels in humans[J]. J Clin Lipidol, 2017, 11(4): 920-928.
- [17] Straat M E, Martinez-Tellez B, Sardjoe M A, et al. Cold-induced thermogenesis shows a diurnal variation that unfolds differently in males and females[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2022, 107(6): 1626-1635.
- [18] Dong M, Yang X, Lim S, et al. Cold exposure promotes atherosclerotic plaque growth and instability via UCP1-dependent lipolysis[J]. Cell Metab, 2013, 18(1): 118-129.
- [19] 姬寒蕊, 吴圣贤. 持续冷暴露通过循环 miRNA 影响小鼠血脂代谢的实验研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(17): 3111-3117.
- [20] 李维娜, 冯玲, 隋歌川. 从痰浊论治高脂血症研究进展[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(5): 430-433.
- [21] 孙明涛, 陈超丽, 李军. 李军教授从痰瘀论治高脂血症[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(20): 22-24.

(下转第 1460 页)