

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.19.014

临证心得

论代谢病胃强脾弱的病机与治法

罗文轩, 赵进喜[✉], 魏金艳, 刘江腾, 阮智超, 张楷童, 王乐, 黄为钧, 肖永华

北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓5号, 100700

[摘要] 胃强脾弱是多种代谢病的共同病机。通过分析胃强脾弱的病机内涵, 认为其本质是胃热脾虚, 胃热包括胃肠结热、脾胃湿热, 脾虚分为脾阴虚、脾气虚及脾阳虚。提出代谢病胃强脾弱可分为胃热盛脾阴虚、胃热盛脾气虚及胃热盛脾阳虚三大类, 分别以清泄结热、养阴润肠, 清化湿热、健脾益气, 清化湿热、健脾温阳为主要治法, 主方分别以麻子仁丸、苓连平胃散、加味连理汤进行加减。

[关键词] 代谢病; 糖尿病; 肥胖; 痛风; 胃强脾弱

代谢病是新陈代谢障碍导致的代谢紊乱, 一类是以碳水化合物、蛋白质及脂质等产能物质代谢异常所致的疾病, 例如糖尿病、代谢综合征、肥胖等; 另一类是以电解质、维生素等非产能物质代谢异常所致的疾病, 例如高尿酸血症、痛风、代谢性骨病等^[1]。中医学认为, 人体内营养物质的代谢过程离不开脾胃对水谷的受纳、运化、输布作用, 代谢病的发病均与脾胃功能失常密切相关^[2-3]。对于代谢病患者, 临床中尽管有单纯表现为阳明胃热或脾虚湿停者, 但脾胃常互相影响、相兼为病, 胃强脾弱、虚实错杂者同样常见。本文通过分析胃强脾弱病机的内涵, 探讨基于该病机论治代谢病的临床应用, 以期提高中医药治疗代谢病的临床疗效。

1 胃强脾弱病机的内涵

“胃强脾弱”一词首见于金代成无己《伤寒明理论·诸药方论》, 曰: “约者结约之约, 又约束之约也……今胃强脾弱, 约束津液, 不得四布, 但输膀胱, 致小便数而大便硬, 故曰其脾为约”。历代医家对胃强脾弱的认识存在争议。一种是以成无己、李中梓等为代表的医家, 提出胃强脾弱意为肠热脾约^[4]。该观点依据《灵枢·本输》中“大肠、小肠皆属于胃”的论述, 认为此处胃当指肠腑, “胃

强”当指肠热盛, “脾弱”当指脾运受到约束, 胃强脾弱即指肠中燥热约束脾为胃行其津液的功能, 津液输布失常下走膀胱, 导致出现大便干、小便数的症状, 侧重肠热对津液的影响。另一种是以钱潢、张志聪等为代表的医家, 提出胃强脾弱意为胃热脾虚^[5]。张志聪《黄帝内经素问集注·玉机真藏论篇》云: “夫胃为阳土而气强, 脾为阴土而气弱……盖言脾气虚而不能为胃行其津液者。胃强脾弱, 脏腑之刚柔不和也”, 指出脾气虚不能为胃行津液, 胃中津液停聚, 郁而化火, 胃气更盛, 最终形成胃强脾弱, 强调了脾胃功能的互相作用对津液输布的影响。

对于上述争议, “肠热脾约”论限制了“胃强脾弱”的临床内涵, 忽略了脾胃对津液输布的共同影响。“胃热脾虚”论不仅体现了“阳道实, 阴道虚”的胃实脾虚生理病理特点^[6], 还体现了脾胃病理间的互相影响, 具有更广泛的临床价值。胃中热盛使胃的受纳腐熟功能亢进, 出现多食易饥; 脾虚则水液运化异常, 加之脾虚不能升清, 精微下注, 可出现大便稀溏等症状^[7]。据此, 我们认为胃强脾弱指胃热脾虚, 脾虚可分为脾阴虚、脾气虚、脾阳虚, 因此胃强脾弱可分为胃热盛脾阴虚、胃热盛脾气虚、胃热盛脾阳虚三大类。

2 胃强脾弱病机在代谢病发生发展中的重要地位

2.1 胃强脾弱是多种代谢病发生的基础

胃强脾弱不仅是多种代谢病的始动因素, 也是贯穿疾病的病理机制, 对水液代谢、气机运行等产生影响, 进而产生病理产物, 从而导致疾病的发生发展。

基金项目: 高水平中医药重点学科建设项目(zyzdsk-2023255); 中华中医药学会“青年人才托举工程”项目(CACM-2023-QNRC2-B28); 北京中医药大学基本科研业务费揭榜挂帅重点项目(2023-JYB-JBZD-003)

✉ 通讯作者: zhaojinximd@126.com

2.1.1 胃强脾弱与代谢病发病的内在联系 代谢病虽普遍与脾、胃、肝、肾相关,但脾胃功能失调是诸多代谢病的内因,胃强脾弱是多种代谢病的发病基础。不健康的饮食及遗传因素是导致糖、脂、嘌呤代谢障碍,进而诱发代谢病最常见的因素^[8-9]。从中医学角度来看,上述因素与胃强脾弱的形成相关。若饮食不节,会增加脾胃受纳、运化功能的负担,胃中水谷停滞易生内热,脾运受损则可致脾气、脾阴、脾阳亏虚;若饮食偏嗜,过食肥甘、辛热易助胃热伤阴,恣食生冷易伤脾胃阳气致内生寒湿,寒邪、痰湿久郁又可化热。体质受先天禀赋影响,其中阳明体质、太阴体质最易出现胃强脾弱^[10]。若为阳明胃热体质、阳明胃热阴虚体质,常易胃肠结热,胃热亢盛则脾布散津液功能受到约束,从而出现“脾约”症状;若为太阴体质,平素脾气亏虚,饮食运化乏力,水谷中满,则易助生胃热^[10]。

2.1.2 胃强脾弱是代谢病的常见病机 胃强脾弱则水液代谢异常、气机运行不畅。脾胃是水液代谢的关键,二者燥湿相济,将津液布散周身^[11]。若脾胃运化失司,水液输布失常,停聚则化湿成痰,可见便溏、泄泻、尿频、肥胖等。痰湿不化或蕴生湿热,又易进展为肥胖、高尿酸血症及糖尿病性腹泻等病症。同时,脾胃是气机运转的枢纽,脾升胃降调节中焦气机及脏腑代谢功能,促进代谢产物运输。脾脏升清,吸收布散水谷精微;胃腑降浊,将代谢废物降至肠腑,排出体外,维持物质和能量代谢的平衡。在代谢过程中,肝升肺降的协调、心火肾水的平衡及肺肾对呼吸的摄纳,均需配合脾胃的升降运动,以完成新陈代谢^[12]。若中焦郁滞,脾胃气机壅遏,易助生胃热,出现多食易饥;若胃热渐及肠腑,胃肠结热,煎烁津液,可见消渴、消瘦、便秘等症状,易进展为糖尿病、糖尿病性便秘等。

胃强脾弱是多种代谢病的基础病机。糖尿病属于中医学“消渴病”范畴,其基本病机多被归纳为热伤气阴^[13]。内热是糖尿病的发病基础,内热既可是过食肥甘,胃纳太过、脾运不及而形成的中满内热、胃肠结热;也可是脾胃气虚下流于肾形成的阴火、虚火,脾阴愈虚,胃阳愈盛,日久则化热^[14]。《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》云:“趺阳脉浮而数……即为消渴……胃中有热,即消谷饮食,大便必坚,小便即数”,说明胃热盛“脾阴虚”导致脾为胃行津液功能受到制约是造成消渴病的重要因素之一^[15]。此外,高尿酸血症、痛风均属中医学“痛风”范畴,基本病机为过食醇

酒厚味,脾胃湿热内生,阻痹经络气血所致^[16]。痛风既可因脾虚无力运化水谷,尿酸排泄不畅,蓄积关节导致红肿疼痛;又可因胃热出现食欲亢进、偏嗜肥甘等症状。单纯性肥胖属于中医学“肥满”范畴,其发病多因脾虚不能运化水液及精微,致使痰湿内聚,膏脂堆积^[17]。肥胖多属虚实夹杂,虚者多见脾气虚、脾肾阳虚,实者初起多见痰湿、胃热或痰湿蕴而化热。有学者认为脾虚湿盛是代谢综合征发生的始动因素^[18],湿热壅滞是其重要病机特点^[19]。有研究表明,胰岛素抵抗及肠道菌群失调也是多种代谢病发病的潜在机制^[20-21]。肠道菌群紊乱是糖尿病、肥胖、高尿酸血症等多种代谢病胃热亢盛、脾虚湿盛的病理基础,这与过量摄入高脂高热量饮食从而扰乱肠道菌群,导致脂肪细胞反馈性分泌炎症介质,诱导炎症反应和胰岛素抵抗相关^[22-24]。由此可见,胃强脾弱病机与多种代谢病发病密切相关。

2.2 胃强脾弱是多种代谢病发展的重要因素

2.2.1 胃强脾弱为代谢病发展创造条件 多种代谢病在长期病程中存在不同分期,胃强脾弱在各个分期中均影响疾病进展。有学者将糖尿病分为“脾瘅”“消渴”“消瘴”三期,伴随“痰、热、郁、瘀”等实性病邪,出现“虚-损-劳-衰”不同病理阶段^[25]。高尿酸血症及痛风在急性期多以痰、瘀、湿热等实证为主,缓解期和慢性期多以脾肾亏虚、痰湿内困及气血亏虚等虚证为主^[9]。一方面,胃强脾弱病机是代谢病迁延日久渐至虚衰的内在原因。脾胃为气血生化之源,水谷受脾胃纳运,化为精微,方可生成气血。气血既是代谢物质的载体,也是代谢功能的基础。若脾胃纳运失常,气血化生乏源,日久会出现气血亏虚,波及他脏,甚则损及阴阳,出现脾阴虚、脾阳虚或脾肾气虚、脾肾阳虚、阴阳两虚等证。另一方面,胃强脾弱会促使代谢病产生实性病理产物。胃热可致食欲过亢,加重水谷壅滞,引起气机郁滞;胃热弥漫又可煎烁阴津,渐成郁热、结热、腑实等。脾虚可致水液停滞,化为痰湿,痰湿不去,阻于脉道,可使血行艰涩,久则化瘀,损脉成积^[26]。

2.2.2 胃强脾弱所致“痰-热-瘀-虚”是代谢病发展的重要因素 代谢病的发展与内环境的长期异常相关,其中代谢异常所致的慢性低度炎症起着关键作用。促炎因子分泌的增加和抗炎因子分泌的减少,会诱使产生炎症级联反应,不仅破坏肠道黏膜屏障,导致有害菌和内毒素进入循环系统,还可减

少胰岛素受体与胰岛素受体底物的结合^[22, 27-28]。我们认为胃强脾弱所致的“痰-热-瘀-虚”内环境中,脾胃是多种代谢病的核心病位,胃热脾虚状态下内环境异常促使炎症因子产生,进而激活炎症反应和胰岛素抵抗,改变肠道菌群分布,形成恶性循环,加重代谢紊乱并发展出相关并发症^[29-30]。胃热脾虚状态下,气机失调,痰湿、瘀血等异常代谢产物以及内热、虚损等病理状态有降低胰腺外分泌和增加炎症、氧化应激的趋势^[31]。痰湿内蕴,脾阳困遏,痰湿温化乏源,脾虚益甚,遂成恶性循环。痰湿久郁可化生湿热,与胃热相合湿热下注,可见肢节红肿疼痛、肥胖、大便黏腻臭秽等症状;若湿热内盛,煎熬成石,又可见痛风石、关节疼痛变形等症状。若脾阳亏虚、脾肾阳虚显著,痰湿又可合而发为寒湿,停于中下二焦,出现腹胀、纳呆、便溏、腹泻、肢体重着、肥胖等症状。疾病日久,痰湿、血瘀等病理产物稽留不去,内伤脏腑,复伤脉道,碍气伤血,病性由实变虚,由虚及损,又可发为糖尿病并发症。

3 基于胃强脾弱病机理论探讨代谢病治法

基于胃强脾弱病机治疗代谢病,不应只强调从胃论治,清泄胃肠结热;或仅从脾论治,健脾益气。而应结合胃热及脾虚具体情况综合治疗,分为三类情况辨证选方用药。

3.1 胃热盛脾阴虚——清泄结热,养阴润肠

胃热盛、脾阴虚者因胃肠结热亢盛,导致脾输布津液的功能受到制约,表现为胃热阴虚症状,形成“太阳阳明脾约证”^[14]。多见于阳明白热阴虚体质,此类患者多见于老年男性糖尿病患者,且多发展为糖尿病胃肠病变功能性便秘。证见:口渴多饮,消谷善饥,或多食体瘦,伴腹胀满,大便干结,小便频数,舌红少苔,脉细数有力。治当清泄胃肠结热、养阴生津润肠。基础方可选用麻子仁丸加减,若胃肠结热未成,热邪尚在阳明气分,症见口干口渴,汗出者,可酌加生石膏、知母等,取白虎汤之意清泄胃火,同时酌减大黄用量,避免过于寒凉伤及脾胃;若阳明白热亢盛,胃肠结热症状突出,症见烦热明显,便干难解者,可配合大黄黄连泻心汤以增强清泄胃热的力量;若阴虚明显,症见饥不欲食,口唇干裂,舌有裂纹者,可加入玉竹、黄精,滋肾养阴;若阴虚显著,津液已伤,症见咽干口渴,便干尿黄,苔少甚或光红无苔,脉细数者,可加用生地黄、麦冬、玄参取增液汤之意,既

可滋养脾肾之阴,又可润肠通便以泄胃肠结热。

3.2 胃热盛脾气虚——清化湿热,健脾益气

胃热盛、脾气虚者多见于太阴脾虚体质、太阴脾虚湿盛体质,此类患者平素体质较弱,怕冷,食欲较差。若饮食不当,易出现腹胀、腹泻等症状。患者脾气素虚,若饮食伤脾,易在脾虚基础形成痰湿、食积,进而助生胃肠之热,或致阴火内生。因此,此类患者可见脾虚湿盛、脾胃湿热证、湿热下注等证,多可发展为糖尿病合并腹泻、单纯性肥胖、代谢综合征、高尿酸血症、痛风等。症见:神疲乏力,气短懒言,肢体倦怠,口干欲饮,食欲不佳,腹部胀满,大便黏腻或稀溏,舌淡苔薄白或白腻或黄腻,脉滑数或沉数,按之少力。治当清化湿热、健脾益气。基础方可选用苓连平胃散加减,若湿热明显,症见脘腹胀闷,泄泻臭秽,大便不爽或肛门灼热,小便黄赤者,可合用葛根芩连汤,增强清热燥湿止泻之效;若湿热下注见尿频涩痛、小便浑浊、脉弦滑数,或脾虚湿热属高尿酸血症及痛风症见肢节红肿疼痛、口渴或口中黏腻、胸脘痞闷、头晕困重者,可配合四妙丸分消湿热、健脾除湿。若湿热不著,以痰湿为主,症见形体肥胖、肢体沉重者,可配合二陈汤化痰除湿;若湿滞较甚,身体沉重,苔腻脉滑,可酌加猪苓、茯苓、土茯苓、萆薢等健脾祛湿之品;若胃热盛、脾气虚为主而痰湿不甚者,可选用参苓白术散健脾益气,配合葛根芩连汤兼顾清泄胃热;若胃热盛、脾虚气陷而痰湿不甚者,可选用补中益气汤合用葛根芩连汤;若胃热盛、脾虚气陷而兼湿浊者,则选用升阳益胃汤配合葛根芩连汤。

3.3 胃热盛脾阳虚——清化湿热,健脾温阳

胃热盛、脾阳虚者多见于太阴脾阳虚体质,此类患者素体较弱,食欲较差,怕凉肢冷。脾阳虚不甚者,则水湿内停,可与胃热形成湿热内蕴;脾阳虚较甚者,则可见寒热错杂,湿热与虚寒相兼。多可导致糖尿病及其并发症,例如糖尿病性腹泻,或糖尿病胃肠病变久病见脾胃阳虚证。症见倦怠乏力,形寒肢冷,脘腹欠温,食欲不佳,腹胀便溏,兼见烦躁、心下痞,舌淡胖苔白或苔黄腻,脉沉弱或细数。治当清化湿热配合健脾温阳。基础方可选用加味连理汤,若寒热错杂,或湿热积滞,症见心下痞满、恶心呕吐、泄利者,可选用泻心汤类方辛开苦降、平调寒热;若上热下寒,症见心胸烦热,脘腹不舒,按之抵触,或腹部冷痛、畏寒喜暖,伴见呕吐、大便不调者,可选用黄连汤加减。

4 小结

胃强脾弱是代谢病的常见病机,其本质是胃热脾虚。本文从胃强脾弱的形成出发,分析胃强脾弱病机在代谢病发生发展中的地位与重要作用。临床治疗需兼顾清泄胃肠结热、清利脾胃湿热与滋脾养阴、健脾益气、温补脾阳,并根据胃热及脾虚的盛衰关系灵活加减。

参考文献

- [1]童南伟,邢小平.内科学(内分泌科分册)[M].北京:人民卫生出版社,2019:6.
- [2]方朝晖,李韬,鲍陶陶,等.脾与糖尿病的关系[J].中医药临床杂志,2010,22(8):677-679.
- [3]吕仁和,赵进喜,王世东,等.内分泌代谢病与中西医结合治[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2004:78-87.
- [4]刘元培,陈贵海,姜梅,等.基于“胃强脾弱”理论探讨肠易激综合征[J].环球中医药,2020,13(3):405-408.
- [5]张励航,窦丹波.基于胃强脾弱论治难治性胃食管反流病[J].世界中西医结合杂志,2023,18(6):1253-1256.
- [6]刘岷,纪立金.胃强脾弱之刍议[J].中华中医药杂志,2021,36(5):2476-2478.
- [7]黄秋琪,吴邹平,吉训超.从胃强脾弱探讨小儿营养不良的治疗[J].广州中医药大学学报,2023,40(6):1536-1540.
- [8]李华婷,贾伟平.肥胖相关代谢异常诊治现状[J].中国实用内科杂志,2022,42(2):89-95.
- [9]司可,王颜刚.痛风及高尿酸血症的中西医结合诊疗现状与前景[J].中国临床保健杂志,2023,26(5):606-609.
- [10]赵进喜.赵进喜临证心悟[M].北京:中国中医药出版社,2016:161-162+221.
- [11]刘钊汝,林明欣,吕英.吕英教授之“戊己土”新探及临床运用[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(11):157-159.
- [12]焦卫东.脾胃气机升降理论的探讨及应用[J].中医研究,2010,23(2):20-22.
- [13]赵进喜,冯兴中,仝小林,等.论糖尿病的中医核心病机与基本治法[J].北京中医药,2019,38(1):3-6.
- [14]邸莎,杨映映,赵林华,等.从“火”论治糖尿病[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(12):1765-1768.
- [15]张耀夫,张楷童,赵进喜,等.基于胃强脾弱论治糖尿病经验[J].中华中医药杂志,2022,37(4):2069-2072.
- [16]申子龙,赵进喜.痛风内伤致病说[J].国医论坛,2013,28(4):56.
- [17]赵进喜,李继安.中医内科学实用新教程[M].北京:中国中医药出版社,2018:365-366.
- [18]赵进喜,朱立,刘宁,等.《金匱》论消渴病,立足脾胃肝肾;仲景选方用药,重视明辨方证[J].环球中医药,2020,13(1):52-55.
- [19]陈晓欣,吕雄,郭丽珍.吕雄教授分期辨治代谢综合征经验[J].中医药学报,2018,46(4):60-62.
- [20]王文炎,梁凤霞.基于脾胃理论探讨“肠道微生物菌群为后天之本”[J].世界中医药,2020,15(20):3062-3064.
- [21]刘旭,朱邦贤,诸剑芳,等.脾脏实体之中西文化认知考辨(一):《黄帝内经》时代对“脾脏”实体的认知[J].中华中医药杂志,2017,32(2):482-486.
- [22]杨星,郑承红,丁念,等.基于肠道菌群-炎症反应探讨糖尿病前期脾虚痰湿的病机内涵[J/OL].中医学报(2024-05-21)[2024-08-28].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/41.1411.R.20240520.2006.002.html>.
- [23]吴仪,谭周进.代谢性疾病肠道菌群研究现状及其与中医诊疗关系的探讨[J].中国微生态学杂志,2021,33(6):718-722.
- [24]王逗逗.清热药治疗2型糖尿病用药规律及其对调节肠道菌群作用机制研究[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [25]薛泰骑,王世东,陈小愚,等.吕仁和分期辨治糖尿病经验阐介[J].中医杂志,2022,63(5):412-415.
- [26]李明珠,陈谦峰,陶文娟,等.基于“膏脂”生理特点与病理变化探析慢性代谢性疾病的防治[J].中医杂志,2022,63(4):307-311.
- [27]CHEN K Y, GAO Z Z, DING Q Y, et al. Effect of natural polyphenols in Chinese herbal medicine on obesity and diabetes: Interactions among gut microbiota, metabolism, and immunity[J]. Front Nutr, 2022, 9: 962720. doi 10.3389/fnut.2022.962720.
- [28]MOHAMMAD S, THIEMERMANN C. Role of metabolic endotoxemia in systemic inflammation and potential interventions[J]. Front Immunol, 2020, 11: 594150. doi: 10.3389/fimmu.2020.594150.
- [29]LI M, LI X, ZHAO Y, et al. The burden of ischemic heart disease and type 2 diabetes mellitus attributable to diet high in sugar-sweetened beverages in China: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. J Diabetes, 2021, 13(6):482-493.
- [30]钱紫星,陈俊.基于“脾胰-胃-肠”探讨葛根芩连汤治疗2型糖尿病[J].中医药学报,2023,51(7):91-95.
- [31]徐红星.脾虚对糖尿病炎症状态和氧化应激影响的相关研究[D].广州:广州中医药大学,2017.

(下转第 2049 页)

Mechanism of Bone Destruction in Rheumatoid Arthritis Based on the Theory of Kidney Deficiency and Essence Deficiency

ZHU Wenju¹, SU Xiaojun², HE Qian¹, WANG Huan¹, ZHANG Zhiming², SHEN Haili³, YE Xiaotao¹

1. Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou, 730030; 2. Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine;

3. Lanzhou University No. 2 Hospital

ABSTRACT Rheumatoid arthritis is a common clinical autoimmune disease characterized by persistent synovitis and pannus formation. In late stage, irreversible destruction and deformation of bone and joint may occur. In this paper, the authors believe that kidney deficiency and essence deficiency is the core mechanism of rheumatoid arthritis bone destruction, and its disease evolution law is summarized as "marrow reduction, flesh flaccid, collaterals blocked". On the basis of modern medical understanding of bone destruction in rheumatoid arthritis, it is considered that the mechanism in Chinese medicine of "marrow reduction, flesh flaccid, collaterals blocked" ultimately leads to bone destruction, is similar to that in the western medicine of abnormal differentiation of osteoclasts, high expression of nuclear factor- κ B receptor activator of ligand, and abnormal expression of inflammatory factors. This point of view may provide a more comprehensive and scientific understanding of the key pathogenic mechanism of bone destruction in rheumatoid arthritis.

Keywords rheumatoid arthritis; bone destruction; kidney deficiency and essence deficiency; bones withering and marrow reducing; imbalance of muscles and bones; phlegm-dampness stasis obstruction

(收稿日期: 2024-04-20; 修回日期: 2024-06-30)

[编辑: 侯建春]

(上接第 2044 页)

Pathogenesis and Treatment of Stomach Exuberance and Spleen Deficiency in Metabolic Disease

LUO Wenxuan, ZHAO Jinxi, WEI Jinyan, LIU Jiangteng, RUAN Zhichao, ZHANG Kaitong, WANG Le, HUANG Weijun, XIAO Yonghua

Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700

ABSTRACT Stomach exuberance and spleen deficiency are common pathogenesis of many metabolic diseases. Through analyzing the pathogenesis of stomach exuberance and spleen deficiency, it is believed that its essence is stomach heat and spleen deficiency. Stomach heat includes gastrointestinal heat, spleen and stomach damp-heat, and spleen deficiency is divided into deficiency of spleen *yin*, deficiency of spleen *qi*, and deficiency of spleen *yang*. It is suggested that the metabolic diseases of stomach-exuberance and spleen-deficiency syndrome can be divided into three categories, i. e. stomach-heat and spleen *yin*-deficiency, stomach-heat and spleen *qi*-deficiency, and stomach-heat and spleen *yang*-deficiency, and the main treatment methods are clearing and draining heat, nourishing *yin* and moistening intestine, clearing dampness and heat, strengthening spleen and *qi*, clearing dampness and heat, strengthening spleen and warming *yang*, respectively, with prescriptions as *Maziren Pills* (麻子仁丸), *Qinlian Pingwei Powder* (芩连平胃散), and *Jiawei Lianli Decoction* (加味连理汤) accordingly.

Keywords metabolic disease; diabetes mellitus; obesity; gout; stomach exuberance and spleen deficiency

(收稿日期: 2024-03-20; 修回日期: 2024-05-28)

[编辑: 侯建春]