

基于“胃强脾弱”理论探讨代谢综合征的辨治思路

刘晓东¹, 崔鹏^{2*}

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

摘要: 代谢综合征属于中医学“肥胖”“消渴”等范畴, 发病与“胃强脾弱”密切相关。结合历代文献, “胃强脾弱”的病机重点在于胃热脾虚。胃火炽盛脾虚导致代谢综合征的腹型肥胖、多食易饥、大便稀溏等症状。选用具有辛开苦降功效的半夏泻心汤加减方可以达到泻胃健脾、调和脾胃的目的。

关键词: 代谢综合征; 胃强脾弱; 泻胃补脾; 辛开苦降

DOI: 10.11954/ytctyy.202412023

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

中图分类号: R259

文献标识码: A

文章编号: 1673-2197(2024)12-0105-03



Discussion on the Treatment of Metabolic Syndrome Based on the Theory of “Strong Stomach, Weak Spleen”

Liu Xiaodong¹, Cui Peng^{2*}

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China; 2. The Hospital Affiliated to Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China)

Abstract: Metabolic syndrome belongs to the categories of “obesity” and “thirst” in traditional Chinese medicine, and the onset of metabolic syndrome is closely related to “strong stomach and weak spleen”. Combined with the views of doctors in the literature of previous dynasties, the pathogenesis of “strong stomach and weak spleen” focuses on stomach heat and spleen deficiency. Stomach fire and spleen deficiency and cold lead to symptoms such as abdominal obesity, excessive food and hunger, and loose stools in metabolic syndrome. The addition and subtraction of Banxia Xiexin decoction with the effect of acrid opening and bitter descending can achieve the purpose of purging and strengthening the spleen and reconciling the spleen and stomach.

Keywords: Metabolic Syndrome; Strong Stomach, Weak Spleen; Purging of the Stomach, Tonifying the Spleen; Acrid Opening and Bitter Descending

代谢综合征(Metabolicsyndrome, MS)是一组以向心性肥胖、糖代谢异常、血脂异常以及高血压等为主要表现的临床症候群,不是单一的某一种疾病,而是一组在代谢上相互关联的多种危险因素的组合^[1]。近年来,随着生活水平的提高,MS的患病率也在逐年升高。目前我国MS患病率已达33.6%,总体呈上升和年轻化趋势^[2-4]。关于MS的病名,中医没有确切记载,现代中医主要根据病因病机及症状学表现进行命名,检索文献发现,MS在临床表现以及疾病的病理变化上与“肥胖”“流痰”“消渴”等有相似之处^[5]。MS发病机制复杂,通过查阅相关文献及总结跟师出诊的经验,本研究发现脾胃关系失和、气机升降失调而致的“胃强脾弱”为该病发病的关键因素,基于“胃强脾弱”的原理诊治MS可取得不错

的疗效。

1 “胃强脾弱”理论研究

脾与胃互为表里、相互为用、相互制约,同为后天之本。脾与胃的关系主要表现为纳运得当、升降相因、燥湿相济。若脾为湿困,运化升清失职,可导致胃纳不振;胃火炽盛,则会影响脾胃的运化功能。脾胃关系失常,则会出现泄泻、痞满等疾病。而“胃强脾弱”是脾胃关系失常的常见表现之一^[6]。通过查阅文献发现,历代医者大多将“胃强脾弱”分为“肠热脾约论”和“胃热脾虚论”两类^[7]。

1.1 肠热脾约论

成无己在《注解伤寒论》中首次提出“胃强脾弱”一词^[8],他在解释脾约证用方时提出:“今胃强脾弱,

收稿日期:2024-03-26

作者简介:刘晓东(1997—),女,辽宁中医药大学硕士研究生,研究方向为中西医结合防治内分泌代谢性疾病。

通讯作者:崔鹏(1980—),男,辽宁中医药大学附属医院主任医师,硕士生导师,研究方向为中西医结合防治内分泌代谢性疾病。E-mail:cuiyunda@sina.com

约束津液,不得四布,但输膀胱,致小便数、大便难,与脾约丸通肠润燥。”古代中医常将胃肠统称作胃^[9],《伤寒论》中“胃中有燥屎”,此处胃指肠腑。《灵枢·本输》也提出,大小肠皆属于胃^[10]。所以,成无己所提出的“胃强脾弱”,指的是肠内有热,影响了脾运化输布津液的功能,津液则不能输布全身,而输布至膀胱,则会出现小便频数、大便干结难排。所以,“胃强脾弱”是肠热所导致的脾约。

1.2 胃热脾虚论

张仲景在《伤寒论》中提到,用于判断胃部疾病的趺阳脉,脉浮则胃气强,也就是胃气旺盛、胃阳亢盛,脉涩则提示胃阴不足、肠道干燥,则出现小便频数、大便干燥坚硬。脾不能为胃行其津液,胃中阴液丢失,阳气则亢奋成热,所以此处“胃强”实际为胃热。

《素问·阴阳应象大论》曰:“清气在下,则生飧泄。”脾胃升清降浊功能下降,清气不升、内热郁结,即胃热脾虚导致泄泻。吴谦在《医宗金鉴》言:“脾胃病中,有胃强脾弱一证,胃强所以能食,脾弱不能消化。”^[11]林佩琴在《类证治裁·饮食》亦云:“胃强而脾弱,则消谷而便溏。”^[12]脾胃同居中焦,主要功能是消化腐熟饮食水谷,吸收及输布精微。脾胃关系正常,共同维持人体消化吸收功能。脾喜燥恶湿,其气主升;胃喜润恶燥,其气主降。胃为腑属阳,其病多为实证,且易化热,易致多饮多食、消谷善饥等表现,此为胃强;脾为脏,属阴,其病多为虚证,即为脾虚,脾虚则运化无力,易生痰湿,易致纳呆便溏等表现。洪靖等^[13]也认为“胃强脾弱”病理表现为胃热脾虚而非肠热脾约。本研究主要取“胃强脾弱”的“胃热脾虚”之义论述 MS 的发病及治疗。

2 “胃强脾弱”与代谢综合症的发病

“胃强脾弱”病机重在胃热脾虚,也就是胃火旺、脾气虚。胃的功能主要为受纳腐熟水谷,“胃强”也就是胃热,胃热盛,胃受纳腐熟功能亢盛,就会出现多食易饥的症状;而脾的主要功能是运化水谷,“脾弱”也就是脾气虚、脾中寒,脾虚,脾运化功能失常,脾输布水液及升清功能均减弱,就会出现大便稀溏的症状,即“胃强脾弱”,也就是胃热脾虚。胃热脾寒,摄入饮食过多,无法全部运化及输布全身,就会停聚于体内,从而引发腹型肥胖,腰围增加。除腹型肥胖,腰围增加外,MS 患者还常伴有乏力、夜寐差、口干、汗多、大便干或溏薄等表现。脾虚则困倦乏力;脾胃不和则卧不安,所以出现夜寐差;胃火上炎就会耗伤津液,导致口干;胃热蒸腾津液故汗多;脾

虚运化不利致大便溏,胃内火热伤津耗液则大便干。

胃强脾弱型代谢综合征主要病因在于饮食不节、饥饱无常和过度安逸、运动不足两个方面^[14]。长期无节制进食肥甘厚腻或饥饱无常,则会导致脾胃的升降及纳运功能失常,饮食水谷则无法被完全消化腐熟,肥甘厚腻之营养囤积于体内,脾胃升降失调、纳运不当,从而导致脾虚而胃热内生。

另外,运动不足、过度安逸也可导致脾虚胃热。《素问·宣明正气论》云:“久卧伤气,久坐伤肉。”不管是久卧、久坐抑或是久行皆令人病。人体的活动与锻炼减少,会导致人体气血不畅,故脾无力推动精气,脾不可散精,水谷精微则无法输布,停滞中焦,继而化热。人体长时间处于饥饱无常、营养过剩的情况,且疏于锻炼,无法消耗过度囤积的状态,就会导致脾胃升清降浊、运化功能均失常,脾虚而产生胃热,胃热又反作用于脾,使其散精不足,形成胃强与脾弱的循环,加速了 MS 的发展。

3 从“胃强脾弱”论治代谢综合征

从“胃强脾弱”角度论治 MS,应以健脾和胃、辛开苦降为主要治则治法,能恢复脾胃升降之机,《伤寒论·辨太阳病脉证并治》表明,半夏泻心汤原本为小柴胡汤证误下,邪陷阳明,邪热内陷,本该和解。由于误下,致邪入里,邪客中焦,脾胃阳气受损,不能温阳化气,导致寒湿内生,中焦寒热错杂、虚实夹杂,脾胃升降失常、气机壅滞。为此,张仲景首创集“辛开、苦降、甘缓”于一方的半夏泻心汤。《金匱要略》亦指出,半夏泻心汤可用于治疗寒热中阻、胃失和降之证。

半夏泻心汤以辛温之半夏为君,燥湿化痰、降逆消痞;干姜辛热,可走于中焦温脾阳;干姜与半夏同用,可体现此方的“辛开”功效,恢复脾之升清功能。黄芩、黄连皆苦寒,黄芩、黄连同用,可以清泻中焦胃热,体现出此方“苦降”之功效,抑制胃火的升腾。君臣相佐,升降得当,并调寒热,中焦之气机调匀,脾胃功能逐渐恢复佐以人参、大枣益气补脾;以炙甘草为使药达到益气补中、调和诸药的目的^[15]。用黄芩、黄连清胃热,使食欲降低,人参、大枣、炙甘草补脾虚,正与 MS 的病机“胃强脾弱”相合。

运用辛开苦降之法可恢复脾胃升降之机,调和脾胃寒热,进而有效治疗 MS。同时,临床上 MS 病情复杂,可随证灵活运用五泻心汤治疗胃强脾弱型 MS。

4 典型案例

患者朱某,男,54岁,2023年10月9日因“形体

肥胖伴乏力1年,加重2个月”初次就诊,症见:肥胖、神疲乏力、多食易饥、口渴多饮、多汗、纳可、夜寐差、大便稀溏、小便调、舌淡红、苔薄白、脉细滑。既往高血压病史10余年,血压最高190/100 mmHg,现服用硝苯地平控释片60 mg 1次/d,血压控制较差;糖尿病史5年,随机血糖最高18 mmol/L;现口服二甲双胍片500 mg 2次/d,血糖控制不佳;高血脂病史4年,现口服瑞舒伐他汀片每次10 mg 1次/d。查体:身高176 cm,体质量87 kg, BMI 28.1 kg/m²,腹围97 cm。血压(BP)152/84 mmHg。门诊生化:空腹血糖8.0 mmol/L,餐后2h血糖13.2 mmol/L,糖化血红蛋白7.2%,甘油三酯2.74 mmol/L。西医诊断:代谢综合征。中医诊断:肥胖。证型:胃强脾弱证。治以辛开苦降、健脾和胃。予以口服中药汤剂治疗,具体处方如下:黄芩10g、黄连6g、太子参15g、柴胡15g、炙甘草10g、清半夏10g、干姜3g、大枣3枚、厚朴10g、炒白术10g、当归10g、茯苓10g、白芍10g、炒麦芽15g、泽泻10g、香附10g、生地10g、砂仁10g。7剂水煎服,早晚两次分服。西药继续服用。嘱患者低糖低盐低脂饮食,加强运动。2周后复查。

2023年10月23日复诊:患者自述乏力明显改善,大便稀溏缓解,夜寐差仍有,舌红苔白,脉滑。查体:体质量84 kg, BMI 27.1 kg/m²,血压(BP)146/80 mmHg,空腹血糖7.2 mmol/L,餐后2h血糖12.6 mmol/L,甘油三酯2.28 mmol/L。初诊方加黄芪15g、酸枣仁20g、炙甘草15g。7剂,早晚分服。2周后查体质量79 kg, BMI 25.5 kg/m²,腹围94 cm。血压(BP)138/80 mmHg,空腹血糖7.8 mmol/L,餐后2h血糖11.6 mmol/L,甘油三酯1.92 mmol/L。患者自述症状均明显缓解,维持原方不变。

12月末复查体质量75 kg, BMI 24.2 kg/m²,腹围89 cm,血压(BP)132/80 mmHg,空腹血糖7.0 mmol/L,餐后2h血糖10.8 mmol/L,糖化血红蛋白6.2%,甘油三酯1.76 mmol/L。患者体质量明显减轻,腹围明显减少,血压、血糖、血脂总体控制尚可,预后良好。

按语:患者老年男性,形体肥胖、神疲乏力、大便稀溏。西医诊断为代谢综合征,中医诊断为肥胖,证属胃强脾弱。治以辛开苦降、泻胃健脾。患者脾虚,故见神疲乏力、大便稀溏,脾气虚则运化功能减弱,饮食的摄入超过运化输布的能力,则在体内积为痰湿,从而引发腹型肥胖、腰围增加;胃火亢盛则胃受纳腐熟功能亢进,故多食易饥、口渴多饮。故方中用半夏、干姜、厚朴、砂仁以助脾升清;用太子参、大枣、

白术、当归、茯苓、白芍、炒麦芽、香附以健脾益气;用黄芩、黄连、生地以清泻胃热,生津;用柴胡、泽泻以化浊降脂;患者复诊时仍有夜寐差等症状,故加酸枣仁以安神助眠。诸药合用,效果显著。

5 结语

综上所述,MS在中医学中与“肥胖”“流痰”“消渴”等相似,病位在脾胃,涉及肝、肾,脾胃关系失调是其主要病机,表现为“胃强脾弱”。以泻胃健脾、辛开苦降为主要治法,补脾土的同时兼顾清胃热,使得脾胃功能恢复升降得当,气机调匀,MS得以治愈。目前,基于“胃强脾弱”原理治疗MS及其相关疾病的研究并不充足,还需要进一步研究,深入挖掘其可行性,以期临床运用提供可靠的依据。

参考文献:

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 95.
- [2] RANASINGHE P, MATHANGASINGHE Y, JAYAWARDENA R, et al. Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the Asia-Pacific region: a systematic review[J]. BMC Public Health, 2017, 17(1): 101.
- [3] WITTCOPP C, CONROY R. Metabolic syndrome in children and adolescents[J]. Pediatr Rev, 2016, 37(5): 193-202.
- [4] WU H, LIU M, CHI V, et al. Handgrip strength is inversely associated with metabolic syndrome and its separate components in middle aged and older adults: a large-scale population-based study[J]. Metabolism, 2019(93): 61-67.
- [5] 张慧琰, 黄静怡, 龚雯静, 等. 代谢综合征中医研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(2): 36-37.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 成无己. 注解伤寒论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [9] 徐建新. “胃不和则卧不安”论治初探[J]. 浙江中医药大学学报, 2008(3): 308-309.
- [10] 田代华, 刘更生. 灵枢经校注[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011.
- [11] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [12] 林珮琴. 类证治裁[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2008.
- [13] 洪靖, 王鹏, 陆瑶瑶, 等. “胃强脾弱”考证[J]. 甘肃中医药大学学报, 2018, 35(1): 41-44.
- [14] 陈明豪. 寒温并用治法辨治马来西亚脾虚胃热型代谢综合征临床观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2022.
- [15] 高杭婷, 周文英, 王嘉炜, 等. 半夏泻心汤治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中国现代医生, 2023, 61(12): 120-123.

(编辑:梅雯惠)