

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2019. 11. 003

# 《脾胃论》绪余

吴深涛\*

(天津中医药大学第一附属医院,天津市西青区凌昌路 88 号,300381)

[摘要] 通过对《脾胃论》甘温升散有余、寒凉清解不足之成因的分析,认为李杲所处多“饥苦劳役”的历史时期是其“脾胃内伤,百病由生”等核心理念形成的重要因素。随着社会的改变,病因病机已发生显著变化,脾实日渐而“气涩血浊”,故浊毒内蕴已成为当今脾胃病变之重要机制,如以辨病辨证相结合之思维方式认识和研究脾胃病变,可发现其内涵远较李杲时代“脾胃气虚”和“阴火”广泛。现代脾胃病是涉及多系统性疾病群,辨治法亦当与时俱进,应甘温升散与寒凉清解相济,探求李杲脾胃之旨,以演其学,助解“古方新病不相能”之困。

[关键词] 脾胃论; 甘温升散; 寒凉清解; 阴火; 浊毒内蕴

《脾胃论》学理滥觞于元初张元素之药性说,形成于李杲,发展于后世,影响了诸如罗天益、薛己、王好古、张景岳等医家,成为一大学派。其于临证的指导作用深为后世医家所重视,尤其是李杲的“阴火”理论与“升阳散火”方法等更是沿用至今。然而正如张元素所言“运气不济,古今异轨,古方新病不相能也”,随着时代的发展和变化,任何一种优秀的医学理论都难免其局限性,对《脾胃论》的认识亦当与时俱进地补充和完善其内涵,使其适应疾病的时代变化以更有效地指导临床,这也是对经典理论的传承和发扬。

## 1 《脾胃论》之局限

李杲遵《灵枢·五乱》之“清气在阴,浊气在阳”“清浊相干,乱于胸中”之义,认为“胃气下溜,五脏气皆乱”,而“五脏气皆乱”成为病证有虚实两端,李杲却更重“胃气下溜”,将脾胃虚损所致之清阳不升归结为脾胃病的核心病机,但从脾胃之整体而论,其学说却存在两方面局限。

### 1.1 重益脾升阳,轻降胃养阴

对李杲的这一不足,后世医家续为之充实以纠之。如其弟子罗天益在《卫生宝鉴·卷五·劳倦所伤虚中有热》中认为,“若证见骨蒸壮热,肌肉消瘦、唇红颊赤、气粗、四肢困倦、夜有盗汗,宜

用秦艽别甲散”,以虚热分阴阳是对其师理论的发展。明代王纶于《明医杂著·枳术丸论》中提出治脾胃须“分阴阳气血”,否则概用“辛温燥热”,必使“胃火益旺,脾阴愈伤,清纯中和之气,变为燥热,胃脘干枯,大肠燥结,脾脏渐绝”。随后缪希雍于《先醒斋医学广笔记·幼科·痧疹续论》中补充治法曰“世人徒知香燥温补为治脾之法,而不知甘寒滋润益阴之有益于脾也”,并提出甘润轻灵、酸甘化阴用药之法,影响了后世脾、胃阴学说的发展。至清代,叶天士在继承李杲脾胃学说的基础上创立了“胃阴学说”,曰“东垣之法,不过详于治脾,而略于治胃也,……脾宜升则健,胃宜降则和”;“太阴湿土,得阳始运,阳明阳土,得阴自安”,将养胃阴与降胃融于一法。同时指出“所谓胃宜降则和者,非用辛开苦降,亦非苦寒下夺,以损胃气,不过甘平,或甘凉濡润,以养胃阴,则津液来复,使之通降而已矣”(《临证指南医案·脾胃》),致养阴法广行于脾胃病之治,使李杲脾胃学得以充实。

### 1.2 甘温升散有余,寒凉清解不足

李杲重甘温而忌寒凉,分析其因,李杲脾胃学说的产生,无论是其阴火说、升阳散火论,还是五脏之脾胃虚论,都是基于其“脾胃内伤,百病由之”的观点,体现了其脾胃虚损为核心病机之理念,其创立的甘温除热大法也正是其补中益气汤为代表的补益法之依据。李杲强调慎用苦寒“以防

基金项目: 国家自然科学基金(81273710)

\* 通讯方式: shtaowu@163.com

泻阳气之反陷也”，也从客观上影响了后世寒凉方于脾胃病中的运用。李杲之学应是适用于当时脾胃病的规律及辨治，但时事变迁往往使疾病在病因、病机等方面发生着具有时代特征性的变化，足以影响其原有理论之内涵与架构，尤其对于现代脾胃病变的诊疗，如浊毒内蕴等证的辨治就需要从变化和创新的角度的认识和实践。

经后世医家的补充，养胃阴和降法已经得到了充分发展，而寒凉清解不足尚待充实和完善，笔者结合多年临床实践，略陈管见如下。

## 2 《脾胃论》寒凉清解不足之因与当今之异

李杲脾胃病学重甘温而轻寒凉之因，除了李杲重扶正气，尤重脾胃特别是脾虚于人之生理、病理活动中的基础作用外，还有一个重要的因素，就是其所处的历史背景和致病因素之时代特征。

### 2.1 病因内涵之变异

李杲对脾胃病病因强调“形体劳役”“饮食不节”，对脾胃内伤之病机论述甚详。其脾胃气虚观产生的重要因素，是其所生活的时代兵荒马乱，民众常流离失所，饥饿且多劳役疾苦，李杲于《脾胃论·脾胃盛衰论》中提出，“形体劳役则脾病”，认为“脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”（《脾胃论·脾胃虚实传变论》），强调饥劳内伤致脾胃虚损是诸病生变之基础。

现代的伤脾胃之主因已非战乱饥饿和劳役过度，反而是厚味（热量过高）和好逸恶劳、贪欲不遂与压力过大，加之生存环境的巨变，如水毒、食毒、空气之毒等内伏郁热为患，其病性难免异变。

2.1.1 食毒所伤之异 古之食物之食毒多属罗天益所谓“酒味苦、甘、辛，火热有毒……”，而今化肥、农药不合理应用所带来的食物之毒，是时代发展特别是工业化给人类带来的副产品。

2.1.2 饮食不节之异 古代虽亦有“膏粱厚味”，但多为饥饱不节，而今人虽食量不多但热量过高，且多伴其他不良饮食习惯，如摄入过量的食品添加剂、反式脂肪酸等。

2.1.3 劳逸情志之异 古人多劳役，而今人则多过逸少动。精神压力古虽亦有之，而当今之五志过极之因素更加纷繁复杂，焦虑郁火已成常态。病因的时代内涵改变必然影响疾病之发生、发展及其病理机制的特征性变化，尤其与饮食直接相关之脾胃病中阳热性病变增多。

### 2.2 病机特征之变异

李杲十分重视湿浊于脾胃病变机制中的作用，

脾失升降则使“清气不升，浊气不降，清浊相干，乱于胸中，使周身血逆行而乱”（《脾胃论·卷中·长夏热湿胃困尤甚用清暑益气汤》）。

2.2.1 湿浊为致病之要素 李杲论病机虽以脾虚为主，但其亦强调湿浊作为邪气，既是脾虚之病理产物，亦是病证发展的致病因素。李杲谓之“浊”只是用以说明脾胃的升降之功，如《脾胃论·天地阴阳生杀之理在升降浮沉》言“盖胃为水谷之海，饮食入胃，而精气先输脾归肺，……升已而下属膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕，转味而出，乃浊阴为地者也”。脾胃作为中枢，主宰气机升降，故“清浊之气皆从脾胃出”。而《脾胃论》中真正用以阐释诸多病理机制的则是“湿”邪，如其代表性“阴火”论便是脾湿下流为患。“阴火”之实质当属湿热无疑，这一点从其用药或甘温益脾、升阳散火，或辛温行气燥湿而知，只是李杲清浊未分，以“湿浊”代湿邪而矣。

2.2.2 古多湿阻而今多浊瘀 浊与湿异，浊邪具有其独特之内涵。从源头论，浊源于谷而湿源于水；从属性论，浊厚滞而湿清稀；从病位论，浊偏居中而湿多居下；从病证论，浊多滞于血脉而湿则偏致伤肌腠肢节之病证；从治则论，湿宜清利而浊当芳化<sup>[1]</sup>。而且病机的时代特征导致单以水湿病理理论已难适应当今一些病证的研究和辨治，如高血脂、高血糖、高尿酸血症、代谢综合征，以及多种免疫系统、胶原结缔组织疾病等，虽尚可以湿论之，但确已现受困之短，如血脂代谢异常、高尿酸血症等特定的“气涩血浊”“污秽之血”性质，更适于从浊毒之变生的角度去认识。浊邪既与痰、湿、瘀等邪气并列而独自为病，又可与其相兼为患，尤以瘀浊致毒、浊毒内蕴成为当今临床许多病证之病理基础，而浊邪之化生过程贯穿于诸多脾胃相关疾病的产生、发展过程中，当引起重视。可谓古多湿阻而今多浊瘀。

## 3 脾实亦渐，“气涩血浊”乃今脾胃病变之重要机制

### 3.1 脾实亦渐

脾胃病变并非单纯脾虚诸证，证为脾实者亦不少见。阳明为多气多血之脏，张仲景曰“阳明居中，主土也，万物所归，无所复传”，故有阳明经证、腑实证，而脾胃相表里，此病及彼，脾实亦多难免。罗天益《卫生宝鉴·卷五·虚中有热治验》曰“今饮食过节，肠胃俱实，胃不能腐熟，脾不能运化，三焦之气不能升降”，并以黄连解毒汤治

三焦大热证，补其师之未及。戴思恭于《推求思意·卷之下·郁病》曰“郁病多在中焦，……故脾胃居中，心肺在上，肝肾在下，……一有不平，则中气不得其和而先郁”，其治主“今药兼升降而用者，苍术，阳明药也，气味雄壮辛烈，强胃健脾，开发水谷，其功最大”。

自古识脾胃病成实者多从湿邪，然详析之，无论是饮食所伤导致脾胃失其纳化，升清降浊失司，还是情志失调所致的气失疏达，或郁热犯脾，“气涩血浊”是其共同的病理环节。正如《素问·奇病论篇》论脾瘕成因所言“此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，……治之以兰，除其陈气”，此“陈气”即为浊邪，故治之以“（佩）兰”，即叶天士所谓“芳香逐之”。李杲之时饥苦劳役而成损者多，诸症蜂起皆因脾胃之虚；而今则厚味蓄毒、过逸成滞者不少，因“脾浊自盛”而由浊致毒或兼化痰湿瘀毒热之病证比比皆是。可见当今脾虚恒多，脾实亦渐。

### 3.2 从脾不散精到由浊致毒

脾不散精，食谷不化精微必反生瘀浊，“气涩血浊”继而腐秽酿毒，或生毒火为患，《诸病源候论·伤寒热毒利候》谓之“正谷不化反浊秽为毒”，正是对浊与毒之间特殊关系的概括。脾胃病变为浊毒内蓄之内因，缘何当今更易化毒？此亦时代所致之病机特征。当今大气污染之毒、水污染之毒、电离辐射之毒、各种化学物质之毒，经口鼻皮肤而入体内，正气弱者排毒不及，则蓄积脏腑而生浊瘀热毒。如已有研究发现，糖尿病患者血液中多种持久性有机污染物含量高于非糖尿病患者 2~7 倍<sup>[2]</sup>。食物、环境之毒从口鼻入体，最易先伤脾胃，若入伏成浊毒内蕴，侵袭则蚀损脏腑经络百骸。

由此可知，甘温辛散有余、寒凉清解不足非李杲之过，而是“运气不济，古今异轨”，时气所然，需后世学人与时俱进，方能与“新病相能矣”。

## 4 “阴火”与现代脾胃病

### 4.1 “阴火”之实质——脾虚而生

“阴火”是《脾胃论》之核心，它不只是“甘温除热”的依据和五脏六腑及其九窍病变的主要病机，更是李杲升阳散火除湿疗法之源。但对“阴火”的认识又在学界一直存在争议。无论是“血中伏火”“脏腑之火”，还是实火、虚火、湿热之火，在李杲之学本身中寻找答案是最为客观的。《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》言“既脾胃气衰，元气不足，而心火独盛，心火者，阴火也，

起于下焦，其系系于心，心不主令，相火代之；相火，下焦包络之火，元气之贼也。火与元气不两立，一胜则一负。脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位。”此段原文引得后世争鸣不止。

笔者认为，“心火者，阴火也”，若于“心”前加一字为“此心火者，阴火也”，则其义豁然明朗。与临床常见的心阳之火不同，纵观全文，李杲明示此“心火”生成需要两个条件。一是“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位”，又于《内外伤辨惑论·辨寒热》中进一步解释到“肾间受脾胃下流之湿气，闭塞其下，致阴火上冲”，实即脾虚生湿下流，与下焦之火相激而成之阴火上冲，故“起于下焦，其系系于心”，是谓阴火从下焦上及于属火之心，致心（阴）火更盛之意。“心不主令，相火代之；相火，下焦包络之火，元气之贼也”，是谓正常主令之心火已变病态之相火（阴火）。而《脾胃论·安养心神调治脾胃论》中“夫阴火之炽盛，心生凝滞，七情不安故也”之“心生凝滞”则是阴火炽盛之后果，故“善治斯疾者，惟在调和脾胃，使心无凝滞”。实言五脏遇此火均可化为阴火，但其源则均归于“脾虚湿流”，故有李杲于《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中谓黄芪、甘草、人参“已上三味，除湿热、烦热之圣药也”和《脾胃论·脾胃盛衰论》“诸风药皆是风能胜湿也，及诸甘温药亦可”之论。

临证非“阴”属阳之心火，其治决不可以“甘温”，否则无疑于“负薪救火”，当苦寒直折无疑，正如《脾胃论·脾胃盛衰论》中所云“心火亢盛，乘于脾胃之位，……黄连、黄柏、生地黄、芍药、石膏、黄芩、甘草”。李杲特以此方示人“心火”当分阴阳，心阳之火须以苦寒治之。

可见“阴火”非常火，李杲称之为“阴”，一是其火所生的基础条件必有“脾胃气衰”，无论其累及何脏，其源均由脾出，而脾为“至阴”，其火源于“至阴”之脏意；二是此火从下焦而起，从位言下属阴；三是明示阴火因湿（属阴）而生，有别于阳热之火。此火始于气虚，故治须甘温辛散；又因其由脾湿下流而成，更需升阳以散之。不只是阴火，久病虚损治取脾，已为后世之法祖。

### 4.2 现代脾胃病是涉及多系统性疾病群

当今脾胃病变的特征，决定了其为病的多样性和复杂性。李杲从“脾胃病则九窍皆病”“他脏病及脾胃”等方面有所论述，也只限于“阴火”相关病证范围。但从辨病辨证相结合之思维而论，应当从广义范围认识和研究脾胃病变，其内涵远较

“阴火”广泛，现代的脾胃病是涉及多系统性疾病群，证更多寒热虚实互见。

从中医脏腑相关系统而论，脾胃病可分为三大类：一是脾胃本病，如胃痛、呕吐、腹胀、腹泻、便血等；二是因他脏病及脾胃而病，如反酸、腹痛、失眠、泄泻、水肿等，其病机如肝郁犯脾、肝胃郁热、水泛壅土、脾失肾温等；三是脾病及他病，如消渴病、痿证、咳嗽、口疮、头痛、头晕、黄疸、痰饮、虚劳等，其病机如李杲论“九窍病变”“肺之脾胃虚”“湿热乘肝肾”等。这些病证寒热虚实性质各异，但有一个共同点，就是脾胃的病变特别是脾胃虚弱、升降失司是该阶段的主要矛盾。

从现代辨病而论，除了各种胃炎、胃溃疡、肠炎等本脏腑病变外，糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、非酒精性脂肪性肝炎以及各种内分泌、风湿免疫性病等多种病的发展过程中，亦不乏诸如脾胃浊毒、湿热、瘀血及胃火上逆、湿浊内盛、气滞湿阻、水热互结、肝胃郁热、心脾热郁、胃热肾浊等脾胃之实热证候。由浊致毒、浊毒内蕴之因素是当今疾病谱特别是许多慢性病证中具有时代特征性的重要致病因素，但能否成病则依赖于人体之元气，而此气“非胃气不能滋之”，即“脾胃气衰，元气不足”。元气可适应、平衡毒性，具有保护和修复损伤组织的作用，两者关系失衡是病证的启变要素，类似于毒性因子与保护修复因子关系之失衡，破坏了人体自身的稳态系统，是当今许多疾病的核心机制<sup>[3]</sup>。但无论病种有多繁杂，其证候都基于脾胃之变，均需从脾胃及其相关因素去论治。

李杲曾提及当归和血散治“湿毒下血”、胃风汤治“肠胃湿毒”，虽略涉内毒，然未述其详。而脾不散精、浊瘀蕴血、腐秽酿毒、蚀损脏腑等病机观则更是其所未及。

## 5 治法内涵之变

李杲以利湿行气为主祛脾胃之邪，且治湿用风药而慎用淡渗是其一大学术特征，如《脾胃论·升降浮沉差互反损论》中对于内外湿邪“用淡渗之剂以除之，病虽即已，是降之又降，是复益其阴而重竭其阳，……反助其邪之谓也，故必用升阳风药即差”。重视行气燥湿，常用陈皮、草豆蔻、砂仁、木香、槟榔等，如治食积痞满之橘皮枳术丸；同时特别强调慎用苦寒，即使治“阴火”冠以“泻阴火”之名，然其治则制方大法仍宗“甘温除热”，若非苦寒不可则亦须用于夏季。《脾胃论·脾胃胜衰论》中“脾胃虚则火邪乘之而生大热”，

治以“补脾胃泻阴火升阳汤”。方中以人参、黄芪、炙甘草补中益气，柴胡、升麻升阳气外，酌配石膏、黄芩、黄连泻“阴火”，但告之其用“时在长夏”；其治“如心下痞呕逆者加黄连、生姜、陈皮。如冬月不加黄连，入丁香、藿香叶”。此外，“如见肾火旺及督、任、冲三脉盛，则用黄柏知母”，还要“洗讫，火炒制加之”，“恐助阴气而有害也”，而且“泻心火之亢盛”，也要“以防泻阳气之反陷也”。有学者基于数据挖掘分析《脾胃论》用药组方规律，共收集到《脾胃论》中的方剂 63 首，涉及中药 101 种。使用频次最高的 10 味药依次为炙甘草、陈皮、人参、升麻、当归、白术、黄芪、柴胡、苍术、茯苓，前 8 味正是补中益气汤的药物组成。其中甘温益气药炙甘草占全书总方的 52.38%<sup>[4]</sup>，足见其药治重甘温辛散，而于寒凉之剂则是慎之又慎。

诚然甘温升散法于今仍是防治脾胃病之重要理法，然而随现代脾胃病变内涵之变化和辨病论治的广泛运用，充实和发展其辨治方法已是客观之必然。当今学者基于现代脾胃及相关病变之病理特征和规律总结出包括寒凉在内的多种治疗方法及有效方药。笔者认为，就当今脾胃病变的病机特征，适度寒凉的芳化清解法乃为辨证治疗不可或缺之效途，而化浊解毒法便是其中之一。在李杲、叶天士诸法方之基础上，我们总结出以十味白术散（佩兰 20 g，枳壳 20 g，葛根 15 g，太子参 20 g，白术 20 g，茯苓 20 g，炙甘草 10 g，五味子 12 g，丹参 20 g，北柴胡 15 g，知母 20 g）治疗脾虚浊瘀证、白茯苓丸化裁治糖尿病肾病之胃热肾浊证、以甘露消毒丹化裁治脾胃浊热酿毒证、以化浊解毒饮治疗各种浊毒内蕴之病证，并于临床中总结出可用于脾胃本病，或脾病及他，或他病及脾时的“气-血-脉络辨证”治法方药。

### 5.1 气分期辨治

气分阶段的病机核心是由气机滞涩，致木郁土壅或肝郁脾虚，即由“滞”生“浊”的过程，故其邪多具浊秽之性。常见如脾虚浊瘀者，因脾虚不散精，升降清浊失司，正谷不化反生浊邪内瘀。治以健脾益气、芳化浊邪。以自拟方十味白术散，本方以七味白术散化裁而来，健脾化浊理气又能断毒之源。又如已浊热壅滞，瘀热熏蒸清道，则清浊相干，浊邪滞蚀害清，若不得及时清化，则蕴酿而化毒。治以芳香清化、寒凉解毒。方药以甘露消毒丹（《温热经纬》）化裁。本方加土茯苓除湿解毒，尤宜治浊秽成毒诸证。

## 5.2 血分期辨治

本阶段浊毒多易蕴蓄、流注于血分而致多种病证，此期主要是浊瘀血分而酿生毒性，乃由脾虚转实之证。血分之毒既可有形，亦多无形毒，临床辨证需注重辨病及结合检测指标的变化。浊毒内蕴多由浊致毒，浊质之腐秽与毒性之蚀损相挟而滞气涩血，蚀损脏腑。治则以化浊解毒活血。以自拟方化浊解毒饮（熟大黄 10 g，黄连 20 g，丹参 20 g，北柴胡 15 g，枳壳 15 g，姜半夏 12 g，白芍 20 g，干姜 10 g，佩兰 25 g，红曲 10 g，荷叶 6 g，炒白术 20 g）或解毒活血汤（《医林改错》）化裁。化浊解毒饮是由古方升降散合大柴胡汤化裁而成，升降散药少力专，斡旋中州，相反相成，寒温并用，升降兼施，透泄并举；并以大柴胡汤疏利少阳枢机，通腑泻热，推陈致新。

## 5.3 脉络期辨治

此期是毒邪深入脉络为病，主要病理机制是血脉为毒腐蚀，治当以解除、抑制毒邪对脏腑脉络之损害。如痈疽病之正虚毒留阶段从扶脾论治，正虚之处，便是毒留之所。毒正相争，正虚毒弱，则不能排毒、抑毒；或毒弱与正气相持，则虚实夹杂，病势缠绵，故常见倦怠乏力、患处漫肿、疮疡不愈等症。治以扶元托毒，方用内托生肌散（《医学衷中参西录》）化裁。本方功能如其名，内补气血，

藉扶正气以托毒外出，促生肌长肉，方中用生黄芪四两，白芍、甘草各二两补中益气升阳、托毒生肌，甘草兼以清热解毒；乳香、没药、丹参活血祛瘀、消肿生肌；天花粉清热解毒排脓，适于脾虚气血不足而疮疡破溃，日久不愈者。

逾越古之“阴火”，则可见更多脾胃之“火”患。慎用寒凉并非禁用寒凉，滥用苦寒多伤正，适时用之则祛邪安正，亦是复正矣。甘温辛散与寒凉清解相济，是思求李杲脾胃之旨，演其学之内涵，可助解“古方新病不相能”之困。

## 参考文献

- [1] 吴深涛. 论浊与湿异[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 1931-1933.
- [2] PAL S, BLAIS JM, ROBIDOUX MA, et al. The association of type 2 diabetes and insulin resistance/secretion with persistent organic pollutants in two First Nations communities in northern Ontario [J]. Diabetes Metab, 2013, 39(6): 497-504.
- [3] 吴深涛, 章清华, 刘弘毅, 等. 内毒蓄损与“生生之气”失衡: 现代病证的核心机制[J]. 中医杂志, 2016, 57(23): 1985-1988.
- [4] 李付平, 康立英, 杨贵真, 等. 基于数据挖掘分析《脾胃论》用药组方规律[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 288-291.

## Remaining of *Treatise on Spleen and Stomach* (《脾胃论》)

WU Shentao

(The First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300381)

**ABSTRACT** Through the analysis of the causes of the sufficient ascending and dispersive sweet and warm, and insufficient clearing and resolving cold and cool in *Treatise on Spleen and Stomach* (《脾胃论》), it is believed that the historical period of LI Dongyuan with many “starvation, hardship, and forced labor” is the important factor of the formation of core concept of “internal injury of spleen and stomach, all diseases occurred”. With the change of society, the etiology and pathogenesis has undergone significant changes, and the spleen is gradually becoming excessive, and “qi astringent and blood turbid”. Therefore, the internal retention of turbidity toxin has become an important mechanism of spleen and stomach lesions today. For example, the understanding and study on spleen and stomach lesions by way of thinking based on the combination of disease differentiation and syndrome differentiation has far more extensive connotation than the “spleen and stomach qi deficiency” and “yin fire” in the LI Dongyuan era. Modern spleen and stomach disease is a group of diseases involving multiple systems. The method of differentiation and treatment should also advance with the times. It should be treated with sweet, warm, pungent and dispersive combined with cold, cool, clear and resolving, to explore the purpose of LI Dongyuan’s spleen and stomach theory and to learn his academic thoughts, so as to help solve the problem of “the ancient formula cannot treat modern diseases”.

**Keywords** *Treatise on Spleen and Stomach* (《脾胃论》); ascending and dispersive by sweet and warm; clearing and resolving by cold and cool; yin fire; internal retention of turbidity toxin

(收稿日期: 2019-01-08; 修回日期: 2019-02-15)

[编辑: 黄健]