

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.13.015

从“脾失散精、肾失化气”论治 瘦型代谢相关脂肪性肝病

李兴榕, 董海航, 张会芹, 尤亚, 涂钰莹, 张引强✉

中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091

[摘要] 认为瘦型代谢相关脂肪性肝病呈现“形瘦而肝肥”状态。以“脾失散精、肾失化气”之病机演变为切入点,以脾肾亏虚为本,肝郁痰瘀为标,系统论治本病。脾虚失运,精微不布,为脂浊壅塞之始;肾失气化,精血不充,为形体失养之根;终致肝郁失疏,精微逆乱,痰瘀凝于肝络。三脏功能失调,构成气、血、津、液、精等物质代谢紊乱的病理基础。治疗上应遵循“养正则积自除”,分三法论治:健脾化湿,取四逆散合二陈平胃散复中焦运化,使精微归于正途;补肾化浊,予金匱肾气丸合一贯煎填补下元,使精髓得充、浊邪得化;疏肝化痰,以六君子汤合消脂清肝汤条达气血之滞,以截断病势。三法共奏扶正祛邪之效,使精归正化,脂浊得消。

[关键词] 代谢相关脂肪性肝病;脾肾亏虚;肝郁;痰瘀;消瘦

代谢相关脂肪性肝病(metabolic associated fatty liver disease, MAFLD)是由代谢紊乱诱发的、以肝细胞脂肪变性和脂肪蓄积为特征的肝脏疾病,是一种由遗传和环境等相关因素引起的代谢性肝损伤^[1]。符合以下条件的MAFLD患者可被定义为“瘦型MAFLD”:亚裔人群体质质量指数(BMI) < 23 kg/m²、非亚裔人群BMI < 25 kg/m²^[2]。相较非瘦型患者,瘦型MAFLD患者的内脏脂肪堆积比例更高,脂代谢紊乱更为严重,更易引发心脑血管、代谢相关疾病,全因死亡风险亦相应升高^[3-4]。现代研究显示,瘦型MAFLD患者肝细胞脂肪病变程度虽低于非瘦型患者,但其更易发展为代谢功能障碍相关脂肪性肝炎(metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, MASH),二者具有近似的肝纤维化发病率,最终导致肝细胞癌^[5-6]。本病患者缺乏肥胖表征,因此更易被忽视。目前针对本病尚无特效药物,治疗仍以改变生活方式为核心,如体重管理、饮食调整、适当运动、认知行为疗法等^[7]。中

医学治疗MAFLD在减重、提高生活质量、降低肝纤维化风险方面具有优势^[7]。

中医学将本病归于“肝癖”“肝积”范畴,多从痰浊、血瘀、湿热论治,临床常见肝郁脾虚、痰瘀互结、湿热内蕴、脾肾阳虚等证型,治法多为疏肝健脾、化痰祛瘀、清热利湿,代表方剂如逍遥散、茵陈蒿汤、苓桂术甘汤等^[8-10]。基于临床实践,我们提出本病以“脾肾亏虚为本,肝郁痰瘀为标”为核心病机,其演变关键在于“脾失散精、肾失化气”。兹将心得体会总结如下,以飨同道。

1 “脾失散精、肾失化气”病机探微

脾居中州,主运化水湿,为气血生化之源;肾居下焦,主气化蒸腾,为阴阳水火之宅。肝木之条达既赖脾土之精微濡养,又须肾水之真阴滋涵。《素问·太阴阳明论篇》云:“脾主为胃行其津液”,言脾输布之功;《类经》云:“气化者,即肾中之气也,即阴中之火”,明肾气化之能。若脾肾亏虚,则津液不布,气化失司,精微不归正化,反聚为脂浊,内困于肝,发为本病。

1.1 脾失散精为始

《素问·经脉别论篇》云:“食气入胃,散精于肝……饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散

基金项目:国家科技重大专项(2024ZD0526201);中国中医科学院西苑医院提升中医药临床循证证据级别研究专项(XYZX0201-23);中国中医科学院科技创新工程(CI2026A00812)

✉ 通讯作者:zhyyq992@163.com

精，上归于肺……水精四布，五经并行。”脾居中焦，为气机升降之枢，散精即将水谷化为精微，布散周身。若中州虚弱，水谷不化，则难以充实肌腠脏腑，致形体消瘦，如《类经》所云：“脾主肉，肉陷则脾败矣”。脾虚易致湿浊内停，壅塞中焦，阻碍气机，土壅木郁，则肝失条达。故知土得木疏方得健运，木依土荣方能条达。若脾虚失运，中州气机乖戾，水谷精微不循常道，难以输布四肢百骸，内积肠腑胃脘，聚湿化滞，使膏脂留滞于肝，形瘦肝肥由此而来。

我们在临床中观察到，部分偏瘦的患者常有脾弱肝肥之患，若因饥饱无度、饮食不节而伐伤中州，以致胃强脾弱，更加重消谷善饥而肌肉削脱之象，甚则合并消渴病。故脾虚湿困不仅作为精微输布失常之始，更是痰瘀浊邪生热之渐，实为病变之始。

1.2 肾失气化为根

《素问·灵兰秘典论篇》言：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，提示膀胱气化实赖肾阳之蒸腾。《景岳全书》言：“命门为元气之根，为水火之宅……五脏之阳气，非此不能发。”肾气蒸腾，推行气血运行，助施脏腑之用，使津液得化、精微输布如常。《景岳全书》谓：“肾中之元气充足，则脾有所禀而气强”，提示肾气蒸腾，温煦脾土，水谷精微得以正常输散而温养周身；中州常运，育水成精，骨肉脏腑得以充实。故知先后天相济，方有精气调和、精血畅运，肝木荣润，疏泄如常。

若肾气亏虚，一不能温煦，使周身气血亏少凝滞，火不暖土，中州衰冷失运，水谷不能运化输布周身，可致形体消瘦；二不能充养脏腑骨骼，《素问·阴阳应象大论篇》云：“肾生骨髓，髓生肝。”肾气亏虚可致肝体失养而疏泄失司，骨髓失充而致虚损；三不能调运精气互化、蒸腾水液，津液内停，有碍气血畅行，正如《灵枢·百病始生》所云：“津液涩渗，著而不去”。肾失气化，精微既不能化血充形，又无法气化疏泄，与湿浊相合，酿成膏脂浊邪，又逢肝失疏泄，沉积肝络，为瘦型 MAFLD 发病之本。形体消瘦肾水亏虚者，常肇端于先天不足或久病及肾，此时气化无权，火不暖土，则脾运更怠；水不涵木，肝疏失职；骨髓失充，精微妄行，我们认为此即瘦型 MAFLD “因虚致实、虚实夹杂”之病机。外不能充养骨骼，内使脂浊逆乱而积于肝络，成“形瘦肝肥”之象。

1.3 肝郁脂沉为变

精血亏少本不能荣肝，脾土壅塞又碍疏泄，精

微逆乱、水液清冷不化则痰浊源源不断，进一步阻滞气机，使脂浊瘀阻肝内，浊瘀无力通达于外，此演变于瘦人之体，则成化瘀生热之变。《仁斋直指方论》言瘦人“血虚生热”“多热燥”之体质特性，盖因虚生热，体内本自多火。脾虚生湿，日久化热，困阻中焦；肾气亏少，阴虚生热，水不涵木，虚热内损肝络。《景岳全书》言：“火引痰行，痰因火结。”痰浊凝肝化火，煎灼阴液，更助痰凝血瘀，积损肝体，此为瘦型 MAFLD 易进展为 MASH 的核心病机。此时痰浊瘀邪凝积肝络，气血不畅，精微更难输布；邪热内损，耗伤气血津液，不能充实形体脏腑，形成肝肥而形愈瘦的恶性循环。终致脾肾衰惫，正气抗邪无力，久病入络，痰瘀深陷，成癥积恶候。

综上，由于瘦人多火，瘦型 MAFLD 体内更易生热成积，进展为痰瘀互结证，盖因脾肾虚损则痰瘀深植，生邪化热积损肝体，故治疗当以疏肝化瘀为主，兼顾健脾益肾，养正化积，以助清解痰浊瘀热之邪。

2 基于“脾失散精、肾失气化”论治瘦型 MAFLD

瘦型 MAFLD 之病本在于肝脾肾三脏虚损，功能失司，本质为痰浊瘀互结于肝，故临证首当培复脾肾，以消气滞、痰浊、湿热、血瘀，使正复则气血充盈畅通、浊邪消弭，骨肉得充而形神得养。根据上述病因，临证以脾虚湿困、肾亏水停、痰瘀凝肝三证分论。

2.1 培土育木化脂浊，首在脾

脾虚不运，精微难布于肌肉、骨骼，则致消瘦；湿浊反凝于肝络，则有脂浊内积。水谷不化则气血亏虚，常有纳呆腹胀、便溏无力、乏力疲倦、舌胖大有齿痕；清阳不升，津液不布，则见口干口渴；中州不化，土壅木郁，肝失疏泄，又可致胁肋胀痛、性情急躁，或见呃逆嗳气、便溏等肝木克土之证。瘦型患者更因脾虚常运化不及，若单纯培补更易加重壅塞，单纯疏肝则更伤脾阴。故本病脾虚湿停者需健脾化湿以实其本，兼疏肝调气以畅其滞。方用四逆散合二陈平胃散化裁，以四逆散调畅气机，使木不克土；合二陈平胃散燥湿化痰，以开中焦之结。方药组成：北柴胡 15 g，枳实 10 g，白芍 10 g，法半夏 10 g，茯苓 15 g，党参 15 g，山药 10 g，麸炒白术 10 g，炙甘草 6 g。方中党参、麸炒白术、茯苓、山药健脾益气，培土生金，复脾之运化；法半夏理气化湿、燥湿和中则湿浊得化；柴

胡、枳实疏肝解郁，调畅气机，使肝木得舒；白芍柔肝缓急，与柴胡同用，疏肝而不伤阴，敛阴而不滞邪，研究表明柴胡-白芍药对可抗炎、抗氧化，具有抗抑郁作用^[11]，故尤适用于肝气郁滞、情志不佳者；炙甘草调和诸药。诸药合用，脾运湿化，肝郁得解，气机畅达，则诸症自愈。若气血亏虚而见面白少神、口唇色淡者，可予参苓白术散益气健脾，或配伍补中宫之胜品黄精以精血并进，《本经逢原》谓黄精可使“五脏调和，骨髓强坚，肌肉充盈”，现代研究发现黄精富有保护肾脏、骨骼之良效，可通过调节脂代谢基因、减轻炎症反应改善脂肪肝^[12]；食滞脘痞者，酌加山楂、鸡内金、炒神曲，三药相须，消积而不伤正，尤其适合瘦人胃强脾弱之证；气停湿阻导致腹胀脘痞者，可加厚朴、砂仁，气行则湿化，脘腹自舒；胁痛灼热、口干口苦者，可佐虎杖、茵陈解肝脾湿热；津液不布而见口干口渴者，加葛根、天花粉以行水生津；湿热灼阴、津液亏少致口渴者，加玉竹、西洋参清热生津止渴。

2.2 育水涵木祛痰凝，重滋肾

肾失气化，则水液不行，聚而为痰；水不涵木，则肝血亏虚，疏泄失职。瘦型 MAFLD 肾气衰少者因肾精亏乏，不能化髓充脑养骨，常有腰膝酸软、头晕目眩、骨质脆弱；肾阳式微，不能温脾以行运化，故而血肉不丰，日渐消瘦，甚则畏寒肢冷、便溏或频；水不涵木，肝失所养，疏泄不足，则见胁肋隐痛或胀痛、情绪抑郁；精血不化，肝血亏虚，或可见虚烦失眠、筋缓肢麻，舌红少苔。迁延日久，水浊内停、痰湿渐聚，则成肾亏痰结之证，见形瘦神疲、骨质疏松、腰脊重着。故本病肾水亏虚者当重补肾化浊，补肾填精以固根本，化痰泄浊以清其标，使肝肾同源互济、浊邪下行，方用金匱肾气丸合一贯煎加减，取金匱肾气丸“阴中求阳”之功，微生少火以蒸腾气化，使脂浊得化而不劫肝阴；一贯煎疏泄肝气，二方合用，刚柔相济。方药组成：熟地黄 15 g，山萸肉 10 g，山药 10 g，泽泻 10 g，茯苓 10 g，牡丹皮 10 g，肉桂 3 g，当归 10 g，川楝子 10 g。方中熟地黄、山萸肉、山药滋补肝肾之阴，填精益髓，培补肝肾之本；泽泻、茯苓、牡丹皮因势利导，化痰泄浊，导水浊下行，体内膏脂得去；肉桂温补肾阳，鼓舞肾气，助化气行水；川楝子、当归相伍引药入肝，疏肝解郁，活血行气。诸药合用，肝肾得养，湿浊得化，气机畅达，诸症自愈。若肾阳虚衰而见神疲面白、便溏足冷，女子经少、经期推迟者，酌加黑顺片、杜仲以

益命门之火而不燥，复肾之气化；阳虚水停致尿频足冷者，加制附片、干姜、益母草温阳利水活血；肾气亏虚而腰脊酸痛重着者，可加续断、狗脊叶益肾强骨；水不涵木致胁肋隐痛，或见五心烦热、口干咽燥者，酌添女贞子、墨旱莲、枸杞子填补精髓以充养形体，滋水涵木以柔肝体；胁肋痛甚者，可加白芍柔肝缓急止痛；肝火旺盛而见性急烦躁、眼干、胁痛者，酌加决明子、桑叶轻泻肝火。

2.3 疏木固本消痰癥，祛邪以安正

肝为疏泄之枢，若肝郁可进一步乘土伤肾，使脾肾虚甚。痰瘀浊凝积于肝，邪热损络，常见胁肋胀痛、嗝气叹息、胁下痞块、情志抑郁或焦虑，舌暗或舌下脉络迂曲，或面色晦滞、脉络显露。痰热浊瘀积伤肝体，更加重消瘦骨枯等症。瘦人正气本虚，若猛投化痰逐瘀之剂，则更伤正气，致形体益瘦。故治当疏肝活血、蠲浊散结，截断病势，同时不忘扶正固本，助郁结之实外达，方以六君子汤合经验方消脂清肝汤^[13]化裁。组成：党参 15 g，白术 10 g，山药 10 g，法半夏 10 g，陈皮 10 g，丹参 10 g，香附 10 g，白芍 10 g，荷叶 10 g，虎杖 10 g，萆薢 15 g，泽泻 10 g，炙甘草 6 g。方中党参甘润益气，白术健脾祛湿，山药益脾填精，固守下元，培补瘦人脾肾之体，三药共用顾护后天之本；法半夏、陈皮辛开苦降，化痰散结；虎杖破血行瘀，丹参凉血活血，伍荷叶化浊降脂；泽泻、萆薢导湿浊下行；香附为气中血药，助肝疏泄，畅肝脾气血；炙甘草调和诸药，兼能扶正益气。全方疏肝活血以调其用，扶正固本以充其能，使痰浊得化，气机得畅，肝脾肾得复，诸症可愈。气郁胁胀、嗝气频作者，可加姜黄疏肝止痛，青皮破滞开结，使肝气条达；郁火扰神而烦躁者，可加合欢花解郁除烦，生铁落镇摄浮阳；痰瘀阻络见舌下脉络粗紫者，可加红花活血通经，鸡血藤养血活络，路路通利脉消癥；癥积结聚而见胁下痞块坚硬者，加海藻软坚，海蛤壳消痰，牡蛎咸润散结；肝血亏虚而见爪甲不荣、筋脉拘挛、肢体麻木者，加炒白芍和营缓急，当归补血荣筋，木瓜舒筋活络，增强养血柔肝之效。

3 验案举隅

患者，女，34 岁，2025 年 3 月 9 日初诊。主诉：体重剧烈变化 3 个月余，伴胁痛 1 周余。患者诉 2024 年 12 月初因情感受挫而暴饮暴食并懒动多卧，1 个月内体重由 56 kg 上涨至 65 kg，体检发现肝功能异常，超声提示脂肪肝（重度），外院予口

服保肝药物治疗,并自行节食减重,以果蔬为主,少入米面肉食,体重 27 天下降约 14 kg,近 1 周胁痛频繁发作就诊于我院门诊。刻下症见:胁痛频频,每日 8~10 次,随情志波动加重,可自行缓解,肢体酸困,情绪不振,纳差暖气,腰膝酸软,大便质溏稀、日二三行,小便清长,夜寐梦多易醒。形体瘦削,舌淡红、胖大有齿痕,苔淡黄、中根部厚腻,舌下络脉粗,脉弦细,寸脉弱、尺脉沉。查体:身高 162 cm、体重 43.1 kg、BMI 16.4 kg/m²,面色暗黄,唇周色青,两目黯黑。辅助检查:超声示重度脂肪肝。肝脏瞬时衰减指数示:受控衰减参数 304 dB/m,肝脏硬度值 8.3 kPa。生化检查:丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 51 U/L,门冬氨酸氨基转移酶 (AST) 44 U/L,γ-谷氨酰转移酶 (GGT) 97 U/L。西医诊断:瘦型代谢相关脂肪性肝病(重度);中医诊断:胁痛(脾肾不足、肝郁血瘀证);治则:疏肝活血,健脾温肾。方用六君子汤合消脂清肝汤化裁,处方:党参 12 g,麸炒白术 15 g,麸炒山药 20 g,茯苓 10 g,法半夏 10 g,丹参 10 g,麸炒白芍 10 g,荷叶 10 g,香附 6 g,枳壳 10 g,虎杖 6 g,泽泻 10 g,肉桂 6 g(后下),炙甘草 6 g,14 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚分服。西药予水飞蓟素每次 140 mg、每日 3 次口服,以保肝降酶,并嘱规律均衡饮食。

2025 年 3 月 25 日二诊:患者诉胁痛次数较前减少,每日 1~3 次、程度较前减轻,纳食稍增,口干,小便较前好转,大便溏、日一二行,余症同前。舌红质润有齿痕,苔白略腻,中根部较前诊略薄,舌下络脉较粗,脉弦细,右关尺脉沉弱。体重 45.2 kg, BMI 17.2 kg/m²。在初诊方基础上去枳壳、虎杖,加炙黄芪 10 g、女贞子 10 g、柏子仁 10 g,14 剂,煎服法同前。西医治疗同前。

其后患者守方继进 2 周,4 月 20 日复查肝肾功能未见异常。

2025 年 4 月 29 日三诊:诉胁痛、乏力、暖气已无,情绪佳,食欲睡眠均正常,时有饭后腹胀、腰膝酸软,小便可,大便易溏、日一行。舌红质润,苔白较前诊薄干,舌下络脉正常,脉细滑,寸脉浮、尺脉沉。复查受控衰减参数 259 dB/m,肝脏硬度值 6.3 kPa,肝肾功能及凝血功能未见明显异常。治以健脾益肾、兼顾疏肝,方用四逆散合二陈平胃散加减,处方:北柴胡 10 g,麦芽 30 g,炒白芍 10 g,清半夏 10 g,茯苓 10 g,党参 10 g,麸炒山药 10 g,麸炒白术 10 g,黄精 10 g,炙甘草 10 g,

14 剂,煎服法同前。西医治疗同前。

末次随访于 2025 年 6 月 3 日,超声示轻度脂肪肝,复查受控衰减参数 242 dB/m,肝脏硬度值 5.8 kPa,肝肾功能及凝血功能未见异常,体重 48.6 kg, BMI 18.5 kg/m²。嘱患者停用药物,规律体检,行健康饮食宣教。

按语:本案患者为青年女性,病起于情志怫郁,最初暴食伤中,膏粱厚味壅塞三焦,之后节食且生冷困脾伐胃,导致形体消瘦,同时精微逆乱、瘀凝肝络成肝肥。初诊患者胁痛不适,随情志不遂而发,性急眠差,面黧目黯,舌下络脉增粗,提示痰瘀互结,肝郁化火之象;纳差便溏、舌胖有齿痕提示脾阳衰微;腰膝酸软、小便清长、寸脉弱尺脉沉提示肾阳不足;患者体重短时间大幅波动,现今形体消瘦无力,正为“脾失散精、肾失化气”之候。治当轻祛瘀浊、重培脾肾,法以疏肝活血、培补脾肾。首方以六君子汤合消脂清肝汤化裁,取党参、麸炒山药、麸炒白术健脾益气,补脾肾之虚,复运化之功;香附、枳壳疏肝行气,法半夏行气化痰消积、和中降逆,斡旋气机以助运化;肉桂温补肾阳,助气化而蒸腾水液,使下焦湿浊得消。治血则以化瘀通络为要,丹参、白芍活血养血,开肝经血滞,配虎杖清热化浊,共通积聚瘀阻;荷叶化浊降脂,泽泻利水泄浊,伍茯苓宁神利水,导浊下行,兼防瘀热扰神;炙甘草调和诸药。全方补泻兼施,气血并治,因初诊以痰瘀凝肝为主证,秉“有故无陨”之理,率先去其陈莖,同时兼顾脾肾亏虚之本。二诊见痛减而纳食稍增,体重略有上涨,仍有寐差、大便溏,舌苔略转薄而脉弦细,可知肝郁渐舒而脾肾仍弱,故以益肾健脾兼疏肝为法,去虎杖、枳壳以减轻清热逐邪之力,加炙黄芪行益气助化之功,添柏子仁宁心安神,女贞子滋水涵木,使肝肾同治、气血并调。后守方继进 2 周,以期培水土以助肝木,助邪实渐消、骨肉渐充。三诊患者肝体受控衰减参数值下降,提示肝体脂浊渐化;BMI 增加,体力较前改善,可见形神得复,但仍有腰酸、饭后腹胀,可见脾肾待充,故改用四逆散合二陈平胃散加减,力专于培补脾肾以养正固本,防邪复起,方中党参、麸炒山药、麸炒白术补行并举,同实脾土,配麦芽消食健胃;柴胡、炒白芍一散一收,疏柔同用,调达肝气而不伤肝阴;虑“瘦人多火”,以清半夏易法半夏,减温燥之力,伍茯苓共奏健脾利湿化痰之功;黄精益肾补脾,填精养血,使后天得先天之助,化源不竭,炙甘草调和诸药。全方肝脾肾三脏兼顾,运谷精归肝肾、化痰瘀返清

阳,使补而不滞,助运化常荣、疏泄常通。本案全程治疗紧扣瘦型 MAFLD “脾肾亏虚为本、肝郁为标”之机,把握脏腑亏虚与骨肉状态之枢要,动态调整攻补比例,循序渐进,俾正复邪去,脂归常道,得“养正则积自除”之效。

参考文献

- [1] Song Z, Bu S, Sang S, et al. The active components of traditional Chinese medicines regulate the multi-target signaling pathways of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease[J]. Drug Des Devel Ther, 2025, 19: 2693–2715. DOI: 10. 2147/DDDT. S514498.
- [2] Huang S, Bao Y, ZHANG N, et al. Long-term outcomes in lean and non-lean NAFLD patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Endocrine, 2024, 85(1): 134–141.
- [3] Wongtrakul W, Charatcharoenwithaya N, Charatcharoenwithaya P. Lean non-alcoholic fatty liver disease and the risk of all-cause mortality: an updated meta-analysis[J]. Ann Hepatol, 2024, 29(3): 101288.
- [4] Huo Z, Chen Y, Huang Y, et al. Long-term prognosis of lean MASLD: evidence from three population-based prospective cohorts[J]. Gut, 2026, 75(4): 772–785.
- [5] Younes R, Govaere O, Petta S, et al. Caucasian lean subjects with non-alcoholic fatty liver disease share long-term prognosis of non-lean: time for reappraisal of BMI-driven approach?[J]. Gut, 2022, 71(2): 382–390.
- [6] Cheah M C C, Crane H, George J. Global prevalence, metabolic characteristics, and outcomes of lean-MAFLD: a systematic review and meta-analysis[J]. Hepatol Int, 2025, 19(3): 607–618.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(4): 339–350.
- [8] 周志佳, 李新月, 郑超, 等. 代谢相关脂肪性肝病肝纤维化的中医药治疗进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(10): 1968–1974.
- [9] 赛俊婷, 李秀惠. 脂肪肝中医证候学研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(10): 1929–1932.
- [10] 由智夫, 杨玲珑, 刘桐, 等. 苓桂术甘汤治疗非酒精性脂肪肝成分与机制的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2026, 44(4): 190–195.
- [11] 徐金铭, 王芳芳, 曹迪, 等. 柴胡及其药对的药理研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊. (2025-07-29)[2026-03-01]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250728.1644.012>.
- [12] 陈宇, 周芸湄, 李丹, 等. 黄精的现代药理作用研究进展[J]. 中药材, 2021, 44(1): 240–244.
- [13] 董海航, 涂钰莹, 李兴榕, 等. 消脂清肝汤调控铁死亡治疗代谢障碍相关性脂肪性肝病的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(6): 109–119.

Treating Lean Metabolic Associated Fatty Liver Disease from the Perspective of "Spleen Failing to Disperse Essence and Kidney Failing to Transform Qi"

LI Xingrong, DONG Haihang, ZHANG Huiqin, YOU Ya, TU Yuying, ZHANG Yinqiang

Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091

ABSTRACT It is considered that lean metabolic associated fatty liver disease (MAFLD) is characterized by a state of "lean body but fatty liver". From the perspective of the pathomechanism evolution of "spleen failing to disperse essence, while kidney failing to transform qi", the disease is systematically treated under the principle that spleen and kidney deficiency as the root and liver constraint with phlegm stasis as the branch. Spleen deficiency with impaired transformation and transportation leads to failure in the distribution of refined substances, initiating lipid turbidity accumulation and obstruction. Kidney dysfunction in qi transformation results in insufficient essence and blood, forming the root of bodily malnourishment. Over time, this further gives rise to liver constraint and loss of dispersing function, disorder in the movement of essential substances, and congealing of phlegm and stasis within hepatic collaterals. The dysfunction of three organs including spleen, kidney and liver constitutes the pathological basis of metabolic disturbances involving qi, blood, body fluids and essence. Treatment should follow the principle of "nourishing the healthy qi leads to spontaneous resolution of pathogenic accumulation", with three approaches. First, fortifying the spleen and eliminating dampness, using *Sini Powder* (四逆散) and *Erchen Pingwei Powder* (二陈平胃散) to restore the transport and transformation function of the middle jiao (焦), thereby guiding essential substances back to their proper physiological pathways. Second, tonifying the kidney and resolving turbidity, using *Jinkui Shenqi Pill* (金匮肾气丸) and *Effective Integration Decoction* (一贯煎) to replenish the lower jiao, promoting the restoration of essence and the transformation of turbid pathogen. Third, soothing the liver and resolving stasis, using *Liujuanzi Decoction* (六君子汤) and *Xiaozhi Qinggan Decoction* (消脂清肝汤) to vent qi and blood stagnation, thereby interrupting disease progression. Together, these three methods reinforce healthy qi while eliminating pathogen, facilitating the restoration of proper essence transformation and the resolution of lipid turbidity.

Keywords metabolic associated fatty liver disease; spleen and kidney deficiency; liver constraint; phlegm stasis; lean (收稿日期: 2026-01-11; 录用日期: 2026-02-28; 修回日期: 2026-03-27)

[编辑: 贾维娜]