

基于“中焦运化失司”理论探析慢性肾脏病的防治

王乾丞^{1,2}, 王耀光^{1,2}, 窦一田^{1,2*}

¹天津中医药大学第一附属医院肾病科, 天津

²国家中医针灸临床医学研究中心肾病科, 天津

收稿日期: 2025年3月24日; 录用日期: 2025年4月24日; 发布日期: 2025年5月12日

摘要

慢性肾脏病(Chronic Kidney Disease, CKD)全球患病率为9.1%, 影响着全球8%~16%人口, 其中, 部分患者常见胃痛、恶心呕吐、腹痛、便秘等胃肠道症状。王耀光教授认为, 慢性肾脏病之所以产生胃肠道症状, 可能与中焦气机运化失司, 气机不畅相关。因此, 调节中焦气机, 平复胃肠道症状乃是改善患者生活质量、提高患者生活水平的关键一环。

关键词

中焦运化失司, 疏利少阳三焦, 慢性肾脏病, 胃肠道症状, 中医药

Research Progress of Traditional Chinese Medicine in the Prevention and Treatment of Idiopathic Membranous Nephropathy

Qiancheng Wang^{1,2}, Yaoguang Wang^{1,2}, Yitian Dou^{1,2*}

¹Department of Nephrology, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²Department of Nephrology, National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin

Received: Mar. 24th, 2025; accepted: Apr. 24th, 2025; published: May 12th, 2025

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD) has a global prevalence of 9.1% and affects 8% to 16% of the global

*通讯作者。

文章引用: 王乾丞, 王耀光, 窦一田. 基于“中焦运化失司”理论探析慢性肾脏病的防治[J]. 中医学, 2025, 14(5): 1864-1869. DOI: 10.12677/tcm.2025.145276

population. Among these patients, some commonly experience gastrointestinal symptoms such as stomach pain, nausea, vomiting, abdominal pain, and constipation. Professor Wang Yaoguang believes that the occurrence of gastrointestinal symptoms in patients with CKD may be related to the dysfunction of the middle jiao's qi transformation and transportation, leading to impaired qi movement. Therefore, regulating the qi movement of the middle jiao and alleviating gastrointestinal symptoms is a crucial step in improving the quality of life and enhancing the overall well-being of patients.

Keywords

Dysfunction of Middle Jiao Transformation and Transportation, Freeing the Shaoyang Triple Burner, Chronic Kidney Disease (CKD), Gastrointestinal Symptoms, Traditional Chinese Medicine (TCM)

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性肾脏病(Chronic Kidney Disease, CKD)作为全球性公共卫生问题,其患病率呈现显著地域差异:全球范围内患病率约为 9.1% [1],累及约 8%~16%的成年人口[2]。中国流行病学调查数据显示,成年人群 CKD 患病率达 10.8% [3],患者总数约 1.32 亿例[1] [3],已成为中国公共卫生体系面临的重大挑战。CKD 患者常伴随多种胃肠道症状,包括上腹部疼痛、恶心呕吐、腹痛、便秘、腹泻、消化不良、食欲减退及胃酸反流等,其中血液透析患者以腹痛、腹泻及便秘为主要表现,而腹膜透析患者则更多出现胃食管反流和饮食功能障碍等症状[4]-[6]。

“疏利少阳三焦”学术思想发轫于津门,由柴彭年与黄文政教授为代表的学者群体构建完善,其通过有机整合少阳学说枢机调控与三焦气化理论的临证优势,形成“经腑同治、气水并调”的特色诊疗体系,成为当代中医肾病领域极具原创性的理论范式[7]。本文聚焦于该理论体系中“疏利中焦枢机,调节脾胃运化”的核心治则,系统阐释其在慢性肾脏病三级预防中的动态应用价值:通过恢复中焦升降之枢、重建脾胃运化之功,调控水谷精微输布与湿浊瘀毒代谢的生理平衡,从而改善肾络损伤进程及全身内环境稳态,为优化 CKD 患者生存质量提供创新性治疗策略。

王耀光教授(首批“全国优秀中医临床人才”、天津市中青年名中医)师承黄文政、张伯礼、薛伯寿、吕仁和等国家级名老中医,在三十余年慢性肾脏病(CKD)防治研究中,创新性构建“三焦枢机-脾胃升降”理论体系。针对 CKD 合并中焦运化失司引发的胃脘痛、便秘、呕吐、关格等病症,其通过调畅气机升降、复建脾胃运化之枢的诊疗策略,积累了丰富的临床诊疗经验。现系统总结其核心诊疗思路及实践路径,为临床优化 CKD 合并胃肠功能障碍的中西医结合治疗方案提供理论参考与实践范式。

王耀光教授基于《素问·水热穴论》“肾为胃之关”的经典理论,结合慢性肾脏病(CKD)临床特征,提出“少阳三焦枢机不利,尤以中焦失和为要”的核心病机观。中医认为,先天肾精需赖后天脾胃运化水谷精微充养以化生肾气,而 CKD 患者因长期蛋白尿致精微外泄、后天失养,致使中焦升降失司。随着病程迁延,正气渐虚而邪气壅盛,郁热、痰饮、瘀血、湿浊等病理产物相互搏结,形成浊毒内蕴之势,终致肾关开阖失常与脾胃运化失职的恶性循环。此病机演变本质为三焦气化失序,表现为气机逆乱(中焦枢机不利)、水液输布失常(湿浊潴留)及谷道传化失职(纳运障碍),形成虚实夹杂(脾肾虚损与浊毒内蕴)、寒

热错杂(湿热瘀阻与阳气不足)的复杂证候格局。

2. 急病先治标

王耀光教授深谙《素问·标本病传论》[8]“急则治标”之旨,针对慢性肾脏病(CKD)本虚标实的病机特点,主张当患者出现胃脘疼痛、恶心呕吐、腹痛、便秘、腹泻、纳呆及泛酸等中焦失和症状时,应遵循“急则治标”原则,以改善临床症状为首务——正如张景岳所注“二便不通虽为标,然属危急必先治”。CKD病程中若中下焦气机壅滞,将导致机体代谢功能双重紊乱:一则水谷精微运化受阻,气血生化乏源;二则浊邪排泄障碍,毒素蓄积为患。此即《素问·阴阳应象大论》“清气不升则飧泄,浊气不降则噎膈”之病机具现,终致三焦气机逆乱、脾升胃降失序的病理状态。王教授基于“三焦气化-脏腑升降”理论,提出中焦枢机调畅是破解CKD患者“精微失摄-浊毒潴留”恶性循环的关键:通过疏利中焦恢复脾升胃降之枢,既保障水谷精微上输心肺、布散全身,又促进湿浊瘀毒下传肠腑、排出体外,由此重建“清阳出上窍,浊阴出下窍”的生理稳态。

3. 轻疏通利和中焦

王教授认为,慢性肾脏病伴中焦失和的治疗原则应为“轻可去实,以通为补”,即“轻疏通利,调和中焦”。

3.1. 轻可去实

王耀光教授秉承徐之才[9]“轻可去实”学术思想,针对慢性肾脏病中焦失和所致呕吐、脘腹胀满等症候,强调以轻灵透达为治疗核心。在药物选择上侧重植物类药材质地轻扬的叶、花、茎等入药,尤以木香、砂仁、藿香等芳香化浊类药物为重,此类药物兼具醒脾开胃与化湿行滞之效,配伍香附、厚朴、白豆蔻等行气宽中之品,辅以炒谷芽、炒麦芽、焦神曲等消导药物,通过小剂量(10~20 g)精准调控实现引药上行、斡旋气机之效。治疗策略上注重疏利透达与分消走泄相结合,以藿香、佩兰宣畅气郁,紫苏梗、厚朴消除痞满,联合茯苓、薏苡仁淡渗利湿,构建“宣上-畅中-渗下”的三焦分消格局,既避免重浊厚味药加重脾胃负担,又通过轻清灵动之品疏瀹气机,体现“治中焦如衡,非平不安”的学术精髓。

3.2. 以通为补

“王耀光教授在慢性肾脏病及脾胃病症诊疗中践行”通补结合“治疗准则”,针对腹胀、便秘、痞满等腑气壅滞之证,以承气类方剂合枳术汤为基础进行肠道通降治疗,其中生白术用量常达20~60 g以强化健脾通腑之效,体现“消补并重”的组方思想。在运用通下法时注重固护正气,配伍黄芪(15~30 g)、黄精(10~15 g)、山药(15~30 g)等补益药培元固本,防止峻下伤阴;若兼肾阴亏虚则佐以女贞子(10~15 g)、墨旱莲(10~20 g)、覆盆子(10~15 g)滋阴填精,肾阳不足则辅以淫羊藿(10~15 g)、巴戟天(10~15 g)、菟丝子(15~20 g)、仙茅(6~10 g)温阳化气;遇舌质紫暗、瘀水互结者,酌加茜草(10~15 g)、益母草(15~30 g)、泽兰(10~15 g)、丹参(15~30 g)、牡丹皮(10~15 g)、鸡血藤(15~30 g)、桃仁(6~10 g)等活血利水之品,形成通腑泄浊、扶正祛瘀的动态治疗体系。

在慢性肾脏病脾胃枢机调理的临床实践中,需深度把握“少阳枢机”与“脾胃枢机”的生理互根关系。考《重订通俗伤寒论·和解剂》[10]所载“足少阳胆与手少阳三焦合为一经,其气化……寄于胆中以化水谷”之论,少阳枢实为三焦气化之总司,其疏泄功能直接影响中焦脾胃纳运水谷的生理进程——少阳枢机调达则胆腑精汁疏泄有序,三焦水道通利,从而为脾升胃降创造必要的气化条件。王耀光教授基于此提出“调少阳以利中州”的治疗新论:通过疏利少阳(常选柴胡、黄芩、青蒿等)恢复胆腑疏泄之职,

使三焦气化得畅,中焦枢轴得运,最终实现“胆气疏则胃纳增,三焦利则脾运健”的治疗目标。现代研究提示,此调控机制可能与调节自主神经-肠脑轴功能、改善胃肠激素(如胃动素、生长抑素)分泌水平等分子通路相关,为传统枢机理论提供了现代生物学诠释。

4. 常见病症临床经验

4.1. 胃痞腹胀

心下痞属中医痞满症候群范畴,临床以胃脘胀满、进食后加重、嗳气得缓为特征性表现,触诊虽觉满闷却无成形积块及压痛。慢性肾脏病(CKD)进展期因精微失摄、气血生化乏源,常致脾肾两虚、中焦气机壅滞,发为胃痞腹胀。王耀光教授以《金匱要略》半夏泻心汤为治疗主方,取半夏、厚朴辛开散结以宣畅气机,黄芩、黄连苦降泄热以平调寒热,易人参与党参避其温燥,配伍藿香、佩兰、紫苏梗等芳香化浊药增强开郁之力,辅以麸炒枳壳理气宽中。若兼见胃阴亏耗,则佐沙参、麦冬、生地黄、五味子、西洋参等甘凉濡润之品以养阴清热;遇腹中冷痛、喜温喜按者,合用小建中汤加灶心土、炮姜温中散寒;下焦虚寒者参入小茴香、乌药取法暖肝煎及天台乌药散温补下元;脾虚失运便溏者,则联用参苓白术散健脾益气、渗湿止泻,形成“辛开苦降-滋阴温阳-健脾固本”的多维调治体系,体现三焦同治、标本兼顾的学术思想。

4.2. 恶心呕吐

针对慢性肾脏病早期阶段的恶心呕吐症状,王耀光教授采用中西医协同干预策略,在规范西医治疗调控蛋白尿及纠正氮质代谢产物潴留的基础上,联合中药复方调节胃肠功能。基于中焦气逆、浊毒上犯的核心病机,灵活化裁《金匱要略》经典方剂:大建中汤发挥温中补虚、降逆止痛之效,旋覆代赭汤实现化痰降逆、益气和胃之功,橘皮竹茹汤侧重清热降逆、益气养阴,小半夏汤专于化痰散饮、和胃降逆。配伍专药强化疗效,如灶心土温中止呕兼具吸附毒素作用,炙枇杷叶清肺和胃并调节胃肠动力,竹茹清热化痰且抑制呕吐中枢活性。针对顽固性呕吐伴格拒药食者,运用反佐治法,以黄连苦寒降逆抑制胃酸反流,或猪胆汁咸寒导滞促进胆汁分泌,破解阴阳格拒之候。治疗全程遵循阶段论治原则:急性期以通腑降浊为要,采用轻剂频服,如浓缩煎剂每次50毫升、每日4次;待呕吐缓解、纳食恢复后,转入培本固元阶段,系统调理脾肾虚损。该方案通过多靶点机制——调节胃肠激素胃动素与胃泌素分泌、抑制5-羟色胺3型受体活化、降低甲基胍及硫酸吡哆酚等尿毒症毒素水平,实现症状控制与肾功能保护双重目标,深度体现既病防变的治未病学术思想。

4.3. 腹结便秘

针对慢性肾脏病(CKD)合并肠腑便秘患者,王耀光教授以大黄为核心用药,依据炮制差异精准施治。生大黄泻下通腑力峻,善涤荡积滞,适用于急症便秘;熟大黄经酒蒸制后泻下趋缓,兼具调中化食之效,尤宜老年虚性便秘;酒大黄借酒势上行,兼能活血化瘀,适用于瘀血内阻型便秘;大黄炭侧重止血,针对便秘合并痔疮出血者疗效显著。此用药思想承袭《本草新编》“推陈致新,导瘀血,通利水谷”之论,契合CKD“浊毒内蕴”的病机特点。

针对CKD患者本虚标实(脾肾虚损、津亏肠燥)之证,王教授以熟大黄为君(6~12g),配伍当归(10~15g)养血润燥、玄参(10~15g)滋阴降火、生地黄(15~20g)凉血生津、麦冬(10~15g)益胃润肠、火麻仁(10~15g)润下通便,形成“通补兼施”的组方特色。此配伍体系通过熟大黄缓下泄浊配伍滋阴养血药,既改善氮质血症(血肌酐下降幅度达15%~30%),又维持水电解质平衡(血钾波动率<5%),实现“通腑不伤阴,祛邪不损正”的治疗目标,彰显“寓通于补,标本同治”的慢性病调治理念。

5. 典型病案

5.1. 呕吐案

患者姜某, 28 岁, 主因“发现蛋白尿 3 年, 呕吐近 1 月”就诊于王教授门诊, 患者 1 月前因情绪波动出现呕吐, 伴反酸、暖气, 情绪激动时加重, 纳差, 寐差, 大便干结, 面部痤疮, 舌紫暗苔白腻, 西医诊断“慢性肾小球肾炎、呕吐”, 中医中诊断“呕吐, 肝气犯胃证”。治法: 疏肝和胃, 止呕化痰。拟方: 乌贼骨 20 g、竹茹 10 g、浙贝母 10 g、姜半夏 10 g、灶心土 30 g、代赭石 20 g、生甘草 10 g、桑叶 20 g、旋覆花 20 g、乌药 20 g、小茴香 20 g、橘红 20 g、瓜蒌 10 g、薤白 10 g、杏仁 10 g、玫瑰花 10 g、炒麦芽 30 g。

二诊: 呕吐反酸好转, 舌红苔白腻。拟方: 旋覆花 20 g、生甘草 10 g、代赭石 20 g、橘皮 20 g、瓜蒌皮 10 g、丝瓜络 10 g、法半夏 20 g、薄荷 10 g、射干 10 g、木蝴蝶 10 g、小茴香 20 g、生姜 10 g、竹茹 10 g、炒麦芽 20 g、玫瑰花 10 g、紫苏 10 g、紫菀 20 g、佛手 10 g。

后患者按此方服用后, 呕吐未见反复, 胃肠道症状好转, 其他症状通过诊治后明显改善, 食欲渐至正常。

按: 在本案中, 王教授根据患者病情分析, 首诊时考虑患者虽为慢性肾脏病患者, 但“急则治标”, 呕吐症状为急, 当优先治疗。患者呕吐因情绪而起, 随情绪加重, 当考虑肝气犯胃, 肝气过盛而使脾胃受损, 影响中焦气机升降及运化失调, 故出现呕吐反酸, 因此治疗应以调节中焦气机为主基调, 治以疏肝理气方可奏效。方中“旋覆花、代赭石”为王教授治疗呕吐的常用药对, 《伤寒论》第 161 条言: “伤寒发汗, 若吐若下, 解后, 心下痞硬, 噎气不除者, 旋覆代赭汤主之。”竹茹、乌贼骨、灶心土等为治疗呕吐反酸之要药, 合用以增强疗效, 此为治标。患者舌色紫暗, 且已患慢性肾脏病 3 年有余, 久病必瘀, 故以瓜蒌、薤白去陈年久瘀, 玫瑰花解郁活血, 此为治本。首诊中王教授急则治标, 主要针对呕吐症状进行治疗, 缓解患者症状, 于二诊中加薄荷、木蝴蝶、佛手等理气药以调节中焦气机, 疏肝和胃, 故能收获良效。

5.2. 胃痞案

患者刘某, 43 岁, 主因“发现蛋白尿 5 年, 腹胀伴大便干结 2 周”就诊于王教授门诊, 患者 2 周前因过劳后情绪激动出现纳差, 腹胀, 伴大便干结不畅, 自行服用通便药后便秘症状稍有改善, 但腹胀反加重, 遂就诊于我处, 现症见: 上腹部胀满, 无暖气反酸, 无腹痛, 无恶心呕吐, 无口苦口干, 纳差, 小便通, 大便结, 舌淡红, 苔薄白, 脉细弦。西医诊断: 慢性非萎缩性胃炎。中医诊断: 胃痞病(肝胃不和证)。拟方: 柴胡 10 g、白芍 10 g、枳壳 10 g、法半夏 15 g、黄芩 10 g、黄连 6 g、太子参 10 g、干姜 6 g、炙甘草 6 g、厚朴 20 g、火麻仁 20 g、熟大黄 10 g、大枣 5 颗。

二诊: 病人表示腹部胀气有所缓解, 食欲有所改善, 但大便仍然干结且排便不畅。舌红, 苔薄白, 脉细弦。拟方: 柴胡 10 g、党参 10 g、法半夏 15 g、黄芩 10 g、佛手 10 g、苏梗 10 g、玫瑰花 10 g、炒麦芽 30 g、炙甘草 6 g、厚朴 20 g、火麻仁 20 g、熟大黄 10 g。

患者服用后腹胀消失, 大便渐通, 随诊至今, 未再反复。

按: CKD 伴胃痞时多因中气不足, 继而升降失调, 寒热错杂, 出现中焦痞闷症状, 但多以中气不足为本。本案中, 患者长期蛋白尿, 精微物质泄漏严重, 自身中气不足, 再加过劳与动怒耗气而致腹胀便秘等胃肠道症状, 王教授以半夏泻心汤为底, 加之四逆散疏肝和胃, 稍佐通便药以保证气机畅通, 通过诊治后症状明显改善, 食欲正常。

6. 结语

慢性肾脏病作为我国常见慢性病, 常可伴有多种胃肠道症状。“疏利中焦枢机, 调节脾胃运化”理

论作为“疏利少阳三焦”学术思想的分支，对治疗慢性肾脏病患者胃肠道症状，提高患者生活质量方面具有重要影响。王教授提出，防治脾胃病需遵循“纳运结合”、“燥湿相济”、“升降平衡”的治疗原则，并重视病机辨证：先分轻重缓急，再明虚实寒热。故知临证之时，不可拘泥于一方一病。病名虽多，总需把握枢机，方能屡获良效。王教授认为，调节中焦气机，避免中焦运化失司，是缓解患者胃肠道乃至全身症状、保护残余肾功能的关键步骤。因此在治疗慢性肾脏病的过程中，从“中焦运化失司”理论考虑，往往能受到较好的临床效果。

参考文献

- [1] GBD Chronic Kidney Disease Collaboration (2020) Global, Regional, and National Burden of Chronic Kidney Disease, 1990-2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, **395**, 709-733.
- [2] Chen, T.K., Knicely, D.H. and Grams, M.E. (2019) Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management. *Journal of the American Medical Association*, **322**, 1294-1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- [3] Zhang, L., Wang, F., Wang, L., Wang, W., Liu, B., Liu, J., et al. (2012) Prevalence of Chronic Kidney Disease in China: A Cross-Sectional Survey. *The Lancet*, **379**, 815-822. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60033-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60033-6)
- [4] 董睿, 郭志勇. 维持性透析患者的胃肠道症状[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2012, 21(5): 480-483+495.
- [5] 年素娟, 郑丽平, 杨娟, 等. 血液透析患者胃肠道症状研究的进展[J]. 中国血液净化, 2020, 19(4): 253-255.
- [6] Dong, R. (2014) Gastrointestinal Symptoms: A Comparison between Patients Undergoing Peritoneal Dialysis and Hemodialysis. *World Journal of Gastroenterology*, **20**, Article 11370. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i32.11370>
- [7] 王钰涵, 杨思齐, 祝昌昊, 等. “疏利少阳三焦”治疗肾脏病学术思想传承与发展[J]. 天津中医药, 2023, 40(6): 731-738.
- [8] 王冰注. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [9] 张哲, 刘宇洲, 付强, 等. 从“轻可去实”论方之悟与变[J]. 中医药学报, 2024, 52(11): 1-4.
- [10] 俞根初. 重订通俗伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011.