

史伟教授“斡旋中焦”防治慢性肾衰竭的经验

梁立锋¹, 史 伟^{2*}

¹广西玉林市中医医院肾病科, 广西 玉林

²广西中医药大学第一附属医院肾病科, 广西 南宁

收稿日期: 2025年5月19日; 录用日期: 2025年6月23日; 发布日期: 2025年7月4日

摘 要

总结分析广西名中医史伟教授“斡旋中焦”理论指导下, 防治慢性肾衰竭的经验。

关键词

名医经验, 慢性肾衰竭, 史伟

Professor Wei Shi's Experience of “Mediation in Jiao” in the Prevention and Treatment of Chronic Renal Failure

Lifeng Liang¹, Wei Shi^{2*}

¹Department of Nephrology, Guangxi Yulin Traditional Chinese Medicine Hospital, Yulin Guangxi

²Department of Nephrology, The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: May 19th, 2025; accepted: Jun. 23rd, 2025; published: Jul. 4th, 2025

Abstract

To summarize and analyze the experience in the prevention and treatment of chronic renal failure under the guidance of Professor Wei Shi's theory of “mediation in Jiao”.

*通讯作者。

文章引用: 梁立锋, 史伟. 史伟教授“斡旋中焦”防治慢性肾衰竭的经验[J]. 中医学, 2025, 14(7): 2889-2893.
DOI: 10.12677/tcm.2025.147424

Keywords

Famous Doctor's Experience, Chronic Renal Failure, Wei Shi

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

慢性肾衰竭[1]是各种肾脏病发展至晚期的一种严重并发症，以肾功能进行性减退，各种毒素蓄积和代谢产物潴留，水、电解质紊乱，酸碱平衡失调以及部分内分泌功能障碍为主要表现，是临床上的常见病、多发病及危重症，也是各种慢性肾脏疾病的最终归宿。本病知晓率低，合并症多，残死率高[2]，给社会、患者家庭以及个人造成严重的负担[3] [4]。现代医学防治方面主要包括合理饮食、原发病的治疗、去除加剧肾衰进展的可逆因素，控制好血压、血糖及纠正贫血等治疗，发展到终末期则需肾脏替代治疗。中医药治疗在提高慢性肾衰竭患者生活质量、改善临床症状等方面疗效确切，在延缓慢性肾衰竭进展方面积累了丰富的临床经验。

史伟教授为广西名中医，从事中医肾病临床、科研、教学工作 30 年，擅长运用中医经典理论指导治疗各种慢性肾脏病。本文将史伟教授运用“斡旋中焦”理论治疗慢性肾衰竭的经验介绍如下，谨供同道参考。

2. 病因病机认识

古代医学无“慢性肾衰竭”的病名，根据其临床表现，可归属于“虚劳”、“水肿”等病证范畴[5]。慢性肾衰可由消渴、肾风、水肿等多种疾病发展而来，先天禀赋不足，后天调摄不当，皆可引起脏腑功能失调，其中以脾肾二脏虚损多见。史伟教授[6]认为，慢性肾衰的病因错综复杂，临床表现轻重不一，多见虚实夹杂、本虚标实之证。本虚多责之于脾肾亏虚，标实多见水湿、湿热、浊毒、血瘀蕴结。脾胃居于中焦，属土，胃纳脾运，升清降浊，滋养五脏，为后天之本。肾居于下焦，藏精，主纳气，主通调水道，为先天之本。脾肾二脏互根互用，相互制约，生理上相互为用，病理上亦相互影响。

史伟教授[7]经过多年的临床观察，认为慢性肾衰竭患者久病必伤及人体脾胃，最终导致脾肾两虚。脾主运化，升清降浊，脾主统血，是气血生化之源，也是水液代谢的重要环节；肾主水，肾藏精，主纳气，肾开窍于耳和二阴，主尿液的生成与排出。在生理情况下，脾肾二脏互根互用、相互制约，脾土健旺才能约束肾水，水液才能正常代谢，不致妄行；脾土虚弱时，不仅使脾不能运化水湿，土不制水亦致肾水失制而水湿泛滥。

3. 从中焦脾胃论治肾病的生理病理基础

3.1. 脾与肾

李中梓《医宗必读》云：“肾为先天之本、脾为后天之本”。肾主水，主尿液的生成与排泄；肾藏精，主生殖，为精血之源，主生长和发育，内寄元阴元阳，为人体气化作用的原动力，跟人体的生命活动密切相关；肾的功能正常发挥有赖后天的培育滋养。脾主运化，胃主收纳，受承化物，为水谷之海，职司饮食消化和精微物质的吸收转输，是气血生化之源；脾主统血，脾气健旺则血行脉中；津血互化，津液充沛则血的生理功能正常；精血同源，血旺则肾精充足，必赖先天为之主。脾肾两脏既相互资生，又相

互制约,共同维持着人体正常的生命活动。故古人有“肾,其主脾也,肾气通于胃”之说。肾脾互济,水土合德,万物方能化生。在正常的生理情况下,脾土克肾水是相互制约的关系,脾土健旺才能约束肾水,水液不致妄行而发为水肿。脾土虚弱时,不仅脾之水湿失运,肾水亦失制为患。故脾失健运是水肿形成的主要病机。脾主运化,即是对被吸收的水谷精微中多余水分及时地转输至肺和肾,通过肺肾气化功能,化为汗和尿液排出体外。因此,脾的运化功能健旺才能防止水液在体内发生不正常的停滞;反之,脾运化功能减退,必然导致水液在体内停滞,而致湿、痰、饮等病理产物的产生。同时,肾气衰惫,摄纳无权,不能化气行水,而致水聚下焦,则胃气壅滞,失于和降,不能受纳,出现呃逆、呕吐等胃气上逆证;肾不纳气则见胸闷气喘。脾胃健运失司,则水谷精微得不到及时补充,气血无以资生,肾精无以充养。脾胃失于健运,可致肾脏气化受损,关门不利,大量精微物质耗损或外流,水液、代谢毒物蓄积体内,不能及时排出,造成“上不进,下流损”的恶性循环。

3.2. 脾与水湿、痰浊、瘀血

脾为后天之本,主运化升清降浊,后天调摄不当,饮食失宜或情志过激易损伤脾胃,致脾虚运化功能减退。气能行水,气虚气不行津水液输布失常则成水湿;脾虚生湿,湿聚炼液为痰,过多的痰湿不能及时转化和排泄,留而不去,即成痰浊。痰浊滞留可阻碍气机的升降出入,脾胃的运化功能受损,使脾虚益甚。而血瘀的形成亦与脾关系密切,脾为后天之本,气血生化之源,脾虚则诸气皆虚。“气为血帅”,“气行则血行”,“气能行血亦能摄血”,气虚气不行血则血流迟缓滞涩则发为瘀血。脾阳虚衰,阳虚则寒,寒为阴邪,寒主收引凝滞,寒凝气滞血液运行不畅亦为血瘀。可见,慢性肾衰竭的水湿、痰浊、瘀血等病理产物与中焦脾胃的关系密切。

4. “斡旋中焦法”从脾胃论治肾衰病的临床运用

4.1. 调理脾胃顾护中焦胃气

“有胃气则生,无胃气则死”;“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚”。临床上史教授重视调理脾胃顾护胃气,脾胃为后天之本,主受纳、运化水谷与水湿、升清降浊以化生气血;脾胃运化功能正常则人体气血充足,正气抗邪有力,不易受到外邪入侵;同时由于正气充足,即使调摄不当感受外邪,正气抗邪有力疾病亦容易痊愈。慢性肾衰患者湿浊邪毒胶结中焦,临床大多表现有纳差、恶心、呕吐、腹泻、乏力、面色萎黄等脾胃功能失常症状,治疗中若不顾护脾胃,则病人正气日渐衰颓而亡,正所谓“得谷则昌,绝谷则亡”。因此,史教授治疗上强调以“顾护胃气”为要,善用健脾益气、和胃化湿之品,常选用香砂六君子汤合平胃散加减,常用党参、茯苓、白术、炙甘草等健脾益气,木香、砂仁、苍术、陈皮、法夏、厚朴等理气健脾,化湿止呕。

4.2. 辛开苦降运化中焦湿热

史伟教授指出:广西地处岭南地带,湿热之邪为四季的主导邪气。久居湿热之地,人体体质多为湿热偏胜。湿为阴邪,湿性重浊,湿性黏滞,湿邪致病多缠绵难愈。对于慢性肾衰竭的治疗,应重视清热祛湿以祛其邪,将有助于水肿的消退。然而热与湿合,如油入面,胶结难解,患者多出现纳呆、胃脘痞闷等症状。史伟教授常运用辛开苦降法治疗,使气机调畅,湿热得化。“气味辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”,辛味药具有发散、升阳的作用,苦味药具有清热、下泄的作用,汉代张仲景宗此提出了辛开苦降之法。辛开苦降法是将辛热(温)和苦寒(凉)两种药性截然相反的药物配伍使用,起到平调寒热、调畅气机、燮理阴阳的作用。湿为阴邪,辛温之药能辛宣化湿,又能行气悦脾和中,气行则湿化;热为阳邪,苦寒之药能苦泄下降,清中焦内蕴之热,又燥氤氲之湿,使中焦的湿热浊气从下走泄。辛能发散行气,苦能清解通

降、沉敛下行,一升一降,使气机调畅,升降得宜,气化复常,则水湿之邪能除。方用半夏泻心汤或黄连温胆汤加减,便结者加大黄。常选用半夏、陈皮、土茯苓、黄连、竹茹、生姜等。

4.3. 通腑解毒渗泄中焦浊毒

慢性肾衰竭脾胃功能减退,升降浊功能失常,水湿浊邪壅盛中焦,阻滞气机,久则酿为“浊毒”,患者常表现为纳呆厌食、恶心呕吐,腹胀便溏;面色晦浊,舌苔厚腻等。史伟教授[6]治疗慢性肾功能衰竭时注重扶正祛邪,在调补脾肾扶助正气的基础上灵活运用通腑解毒之法,使邪有出路,以防浊瘀蕴毒。史伟教授[8]使用大黄为主要成分的复方大黄净化液为中药结肠透析液,治疗慢性肾衰竭 3~4 期患者,通过对比,治疗后超敏 C 反应蛋白、降钙素原、白细胞介素-6 等微炎症因子指标比治疗前明显下降;血红蛋白、血浆白蛋白等营养指标较治疗前明显增加;血肌酐、尿素氮等肾功能指标较治疗前明显下降,内生肌酐清除率较治疗前升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。同时,善于在辨证方中加入大黄。现代研究表明[9]:大黄及其复方制剂能有效降低血浆中 Scr、BUN 浓度,具有改善 CKD 患者微炎症状态、调节肠道菌群、减少肠道尿毒素蓄积释放入血、改善肠道营养物质吸收的功效。

5. 验案举隅

患者,女,49岁。因“神疲乏力,腰膝酸软反复4年余”于2023年2月17日入院治疗。患者感冒后出现一过性肉眼血尿,曾到某大医院就诊,诊断“IgA 肾病(局灶增生硬化型)”,尿蛋白++,定量 1400~1680 mg/24h,血浆白蛋白 27~31 g/L,肾功能血肌酐 129 $\mu\text{mol/L}$,给予泼尼松片 6 片/日,缬沙坦胶囊 80 mg/日,以及对症治疗,血压控制在 130~152/84~95 mmHg。刻下症见:尿中可见少许泡沫,常出现神疲乏力,腰膝酸软,伴腹胀纳呆,恶心泛恶,四肢不温,喜温暖,双下肢发胀但无肢体浮肿,舌淡红,苔薄白,脉沉细。考虑脾肾亏虚,浊毒内蕴。予降压药控制血压在 130/80 mmHg 以内,合理安排中医治疗和定期检查评估;在此基础上,用健脾益肾排毒汤随症加减治疗。中药处方:黄芪 50 g、党参 15 g、菟丝子 15 g、桑葚子 15 g、姜半夏 9 g、茯苓 15 g、薏仁 20 g、牛膝 15 g、水蛭 3 g、三七 6 g(冲服)、熟大黄 10 g、玉米须 15 g、砂仁 10 g、全杜仲 15 g。随症加减,气虚明显则加大黄芪用量,瘀像明显则加大水蛭、三七用量,表虚不固易感冒则加玉屏风散益气固表。3 个月后临床症状基本消失,尿中泡沫明显减少,24 h 尿蛋白定量 1000 mg/24 h,血浆白蛋白 33 g/L;5 个月后肾功能逐渐改善,血肌酐维持在 122 $\mu\text{mol/L}$ 左右,继续予健脾益肾排毒汤随症加减治疗。目前治疗已经 1 年余,肾功能血肌酐基本维持在 120 $\mu\text{mol/L}$ 以下,定期监测血压在 129/88 mmHg 左右。

6. 总结

慢性肾衰竭是临床常见病、多发病,往往起病隐匿,具有知晓率低、防治率低、发病率高、并发心脑血管疾病并发症多及死亡率高等特点,后期发展到终末期肾病需长期肾脏替代治疗以维持生命,给社会和家庭带来巨大的经济负担,亦给个人带来沉重的精神压力,危害极大。史伟教授认为,脾胃居于中焦,为人体气机升降出入的枢纽,“内伤脾胃,百病由生”。脾胃功能失调贯穿于慢性肾衰竭的病程始终,治疗上“斡旋中焦”从脾论治肾脏病,对改善临床症状、预防慢性肾衰竭各系统并发症、延缓慢性肾衰竭的病程进展有积极意义。但需注意防止药物滋腻碍胃,犯虚虚实实之戒。临床上则需要具体问题具体分析,因时、因人、因地制宜,辨证论治,根据病情灵活随症加减运用。

基金项目

广西中医优秀临床人才研修项目。

参考文献

- [1] 陈香美, 倪兆慧, 刘玉宁, 等. 慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(9): 1029-1033.
- [2] Stevens, P.E. and Levin, A. (2013) Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, **158**, 825-830.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00007>
- [3] Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H.M., Okpechi, I., *et al.* (2015) Worldwide Access to Treatment for End-Stage Kidney Disease: A Systematic Review. *The Lancet*, **385**, 1975-1982.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61601-9)
- [4] 王文仪, 梁鸿, 芦炜. 终末期肾病患者治疗费用负担分析与政策建议[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(2): 121-126.
- [5] 陈英兰, 毕礼明, 杜浩昌. 中医古文献对慢性肾衰竭病名的认识[J]. 中国中医急症, 2010, 19(6): 1011.
- [6] 谢丽萍. 史伟教授运用“浊毒”理论治疗慢性肾功能衰竭的经验[J]. 广西中医药, 2009, 32(4): 38-39.
- [7] 梁黎黎, 宋丹, 陈健. 史伟教授从脾肾论治慢性肾功能衰竭经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(3): 164-166.
- [8] 覃祚莲, 谢永祥, 孟立锋. 不同渗透压中药结肠透析对 CKD3-4 期患者的微炎症-营养状态影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2018, 19(10): 879-882.
- [9] 周嫫, 涂卫平, 杨丽萍. 大黄对非尿毒症慢性肾衰竭患者微炎症状态的影响. 南昌大学学报: 医学版, 2012, 52(5): 62-66.