Traditional Chinese Medicine 中医学, 2026, 15(11), 171-176
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/tcm
https://doi.org/10.12677/tcm.2026.1511637

Hans汉斯

从“肾者，胃之关”探析慢性肾衰竭胃肠功能障碍的病机与治法

于浩天，张春戬*，闫云萧，张敬阳，杜振娟

黑龙江省中医药科学院，黑龙江 哈尔滨

收稿日期：2026年10月8日；录用日期：2026年10月29日；发布日期：2026年11月11日

摘　要

慢性肾衰竭患者常合并恶心、呕吐、纳差等胃肠道症状，临床多从脾胃辨证施治，然而单纯调治脾胃常收效欠佳。本文立足于《素问·水热穴论》“肾者，胃之关也”经典理论，结合现代“肠–肾轴”学说，提出肾失气化、关门失司、浊毒上逆为慢性肾衰竭胃肠道症状核心病机。文中梳理出“肾虚→关门不利→浊毒蕴蓄→上逆犯胃”的病机传变脉络，阐释通腑泄浊法“启胃关以通肾关”的内在施治逻辑，并以小承气汤合旋覆代赭汤为例探析组方要义与临证运用，旨在为肾源性胃肠功能障碍的中医辨治提供理论参考。

关键词

慢性肾衰竭，胃肠功能障碍，肾者胃之关，小承气汤，旋覆代赭汤，通腑泄浊

Approach to Pathogenesis and Therapeutic Methods of Gastrointestinal Dysfunction in Chronic Renal Failure Based on “The Kidney Is the Gate of the Stomach”

Haotian Yu, Chunjian Zhang*, Yunxiao Yan, Jingyang Zhang, Zhenjuan Du

Heilongjiang Academy of Chinese Medicine Sciences, Harbin Heilongjiang

Received: October 8, 2026; accepted: October 29, 2026; published: November 11, 2026

*通讯作者。

文章引用: 于浩天, 张春戬, 闫云萧, 张敬阳, 杜振娟. 从“肾者，胃之关”探析慢性肾衰竭胃肠功能障碍的病机与治法[J]. 中医学, 2026, 15(11): 171-176. DOI: 10.12677/tcm.2026.1511637

Abstract

Patients with chronic renal failure often suffer from gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting and poor appetite. Clinically, treatment is mostly based on syndrome differentiation of the spleen and stomach, yet simple regulation of the spleen and stomach often yields unsatisfactory efficacy. Based on the classic theory of "the kidney is the gate of the stomach" from *Suwen·Shuirexue Lun*, combined with the modern "gut-kidney axis" theory, this paper proposes that impaired qi transformation of the kidney, dysfunction of gate control and upward counterflow of turbid toxin constitute the core pathogenesis of gastrointestinal symptoms in chronic renal failure. This article sorts out the pathogenesis transmission sequence of "kidney deficiency → dysfunction of gate control → accumulation of turbid toxin → upward counterflow attacking the stomach", and illustrates the internal therapeutic logic of "unblocking the stomach gate to dredge the kidney gate" by the method of dredging fu-organs and descending the turbid. Taking Xiaochengqi Decoction combined with Xuanfu Daizhe Decoction as an example, this paper explores the prescription essentials and clinical application, so as to provide theoretical reference for TCM syndrome differentiation and treatment of renal-derived gastrointestinal dysfunction.

Keywords

Chronic Renal Failure, Gastrointestinal Dysfunction, The Kidney Is the Gate of the Stomach, Xiaochengqi Decoction, Xuanfu Daizhe Decoction, Dredging Fu-Organs and Descending the Turbid

Copyright © 2026 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. 治胃不愈，当求之于肾

慢性肾衰竭(CRF)为多种慢性肾脏病持续进展的终末阶段[1]，食欲减退、恶心呕吐、脘腹胀满等消化道症状十分常见。相关临床研究显示，慢性肾衰竭患者胃肠道症状发生率约为80% [2]。胃肠功能失调不仅降低患者生存质量，还可导致营养摄入不足、营养不良，形成“肾衰加重→胃肠功能受损→营养不良→肾衰进展”的恶性循环，显著影响疾病预后。肾衰患者出现的胃肠道不适，临床多从脾胃论治，常选用香砂六君子汤、保和丸等健脾和胃、消食导滞，但临证可见，部分患者经常规调治收效不佳，部分病例甚至出现健胃而胀满更甚的现象。提示此类胃肠症状并非脾胃原发疾患，实为肾病迁延累及脾胃形成的继发性脏腑失调，病标在胃，病本在肾[3]。《素问·水热穴论》[4]“肾者，胃之关也”，凝练概括肾胃密切相关的调控机制，为从肾治胃提供理论渊源，清晰地阐明肾与胃之间存在紧密的脏腑联动。笔者临床实践中观察发现，对于健脾和胃法难以取效的肾衰患者，施以温肾降逆、通腑泄浊治法后，恶心、腹胀等症多可明显缓解，印证“治胃不愈，当求之于肾”的诊疗思路。王婧琳[5]、李小玉[6]等诸多医家亦认为，CRF合并胃肠功能障碍病机涉及脾胃，核心在于肾脏气化失司、浊毒内蕴；治疗不可局限中焦，当立足肾胃相关、先天后天互资互用的整体思想辨证。基于此，本文以“肾者，胃之关也”为理论依托，探析慢性肾衰竭胃肠功能障碍的中医病机内涵与施治纲领，以期为本病中医临床诊疗提供参考思路。

2. “肾者，胃之关”的理论内涵

2.1. “关”之本义注解

《素问·水热穴论》载：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为肿

肿。附肿者，聚水而生病也。”经文虽以水肿为论述载体，但其揭示的肾胃内在调控关系，并不仅仅局限于水液代谢范畴。历代医家对“关”之义多有阐释。张介宾《类经》[7]释“关”为门户要会，主司气机、水液之启闭出入，阐明肾通过调控下焦二阴进而影响胃腑。王冰《重广补注黄帝内经素问》[8]云“肾主下焦，膀胱为府，主其分注关窍二阴，故肾气化则二阴通，二阴闭则胃填满。”说明肾气掌管着下焦关窍与二阴的开合，当肾气能够正常气化时，二便通路就保持通畅；如果二阴闭塞不通，浊物不能下行排出，便会反过来导致胃腑壅滞、胀满不适。

2.2. 肾胃关联三层核心要义

综合诸家注解，“肾者，胃之关”可概括为三层理论内涵。其一，关乎水液代谢。胃为水谷之海，主受纳水谷；肾为水脏，主气化排泄。胃所受纳水液，终赖肾气气化得以外泄，肾实为水液排泄之总闸门。若肾气化失司，二便不畅，水湿停滞中焦，扰动胃腑受纳腐熟之功，致胃失和降、胃气上逆。其二，关乎气机升降。胃气以通降为顺，而胃气下行之本源动力，根植于肾阳温煦推动。肾阳亏虚，则胃气失于温运而下行无力，浊阴随之升逆，即所谓“关门不利，升降息矣”。其三，关乎浊毒排泄。二阴为糟粕、浊毒外泄之通道。肾气充盛则二便调畅，浊毒有外泄之路；肾气衰惫则下焦关窍闭塞，代谢秽浊蓄积体内，循经上冲犯胃。

2.3. 肾衰胃肠病变病机传变规律

依据这一理论，对慢性肾衰竭胃肠病变的病机传变，能够从三个层面进行理解，首先从水液代谢方面，肾气亏虚导致气化功能无权，下焦关门闭塞，水湿不得从前后二阴外泄，蓄积在体内而泛滥于中焦，水湿困遏胃腑，胃的和降功能失常，患者便出现胃部胀满、食欲差和恶心等症；再看气机升降这个层面，全身阳气以肾阳为根本，胃气通降下行需要依靠肾阳的温煦与推动，如果肾阳虚衰，胃气失去温运，通降力量不足，浊气不降反升，就会形成“关门不利，升降息矣”的状态，胃气上逆时会发生恶心呕吐、嗳气呃逆，浊气上蒙清阳，头目清阳被扰，使人头部昏沉、精神疲惫；至于浊毒排泄的层面，前后二阴是排出糟粕浊毒的通路，肾气充盛时大小便通畅，浊毒有排出之路，肾气衰败则二阴闭塞，代谢秽浊堆积在体内，不能外排，便沿着经脉向上冲逆，直接侵犯胃腑，国医大师李佃贵倡导的“浊毒学说”[9]指出，浊毒既是侵袭机体的致病邪气，又属于脏腑失调产生的病理产物，二者互为因果，推动病情进展，这与上述病机演变规律十分契合，由此，慢性肾衰竭的病理传变脉络比较清楚：肾虚是根本，随之关门不利，导致水湿浊毒蓄积，再向上冲逆犯胃，最后胃失和降，在这一过程中，水液代谢失司是初始因素，气机升降失常是核心环节，浊毒蓄积上逆是最终结果，三者互为因果、层层递进，胃腑出现的各种症状虽表现于外，其实只是标象，而肾气衰败、关门不能正常闭合才是病机的根本，这一认识为临床从肾论治慢性肾衰竭胃肠病变提供了理论上的依据。

3. 肠－肾轴理论印证肾胃相应机制

依托肠－肾轴开展的实验研究显示，补益脾肾的方药能够调控肠道菌群的结构，通腑泄浊治法可有效减少肠源性尿毒症毒素的吸收与蓄积，这一结论从现代机制层面，佐证了中医“从肾治胃”“通腑泄浊”诊疗思路的科学性与可行性；张嘉宁[10]等对肠－肾轴理论的研究，可为“肾者，胃之关”提供跨学科理论佐证，肠－肾轴揭示出肠道微生态与肾脏病变之间存在双向调控关系，在慢性肾病进展过程中，肠道屏障的完整性被破坏，硫酸吲哚酚[11]、硫酸对甲酚等肠源性尿毒症毒素被大量释放入血，同时肾脏的滤过与排泄功能减退，毒素难以被有效清除，持续蓄积便形成恶性循环，这类毒素可直接刺激胃肠道黏膜，引起食欲下降、恶心呕吐等消化道不适；相关研究证实，肠道菌群失衡会扰乱肠－肾轴的稳态，加剧毒素潴留和水、电解质紊乱，推动肾脏损害的持续进展；对照中医理论，上述病理过程与“关门不

利、浊毒上逆”的病机高度契合，文中“胃”可广义指代整个消化道及其屏障功能，下焦“关门闭塞”则对应肠道排泄通路受阻，当下焦肾气气化失司、中焦脾胃运化失常时，浊毒没有外泄的出路，便循着经络上扰胃腑，各种症状由此产生。进一步而言，肠道菌群可将胆碱、左旋肉碱等代谢为三甲胺，经肝脏转化为氧化三甲胺(TMAO)，肾功能减退时其清除受限，异常蓄积可能通过氧化应激、炎症反应及促纤维化途径参与肾脏损伤，与中医“肾失气化、湿浊内蕴、浊毒伤肾”的病机具有一定契合性。短链脂肪酸(SCFAs)则主要由肠道菌群发酵膳食纤维产生，具有维护肠黏膜屏障、调节免疫炎症等作用，菌群失衡可影响其生成与代谢，从功能层面反映“脾失健运、肾失气化、清浊失司”的病理联系。需要指出的是，上述代谢产物与中医“湿浊”“气化”并非简单对应，其内在关联仍有待进一步研究验证。

4. 治法阐释

4.1. 治则总纲：启胃关、通肾关

慢性肾衰竭胃肠功能障碍的治疗关键，不在于单纯健脾和胃，而在于启胃关、通肾关的整体调治。所谓“启胃关”，即通腑降逆、疏导气机，使上逆之浊毒复归下行、从肠外泄；所谓“通肾关”，即恢复肾气气化之功，重建下焦关窍正常启闭之态。二者上下相应、相辅相成，共同纠正肾衰升降失常、浊毒内停的病理状态。现有研究将肾虚所致肾衰胃肠损害概括为“肾关不固、精微下泄”“气化失司、浊毒上犯”“阴阳失衡、升降失调”，与本文病机认识高度契合。肾衰患者多属本虚标实，临床虚实侧重各异。若患者以剧烈恶心呕吐、脘腹胀满、大便秘结为主症，伴舌苔厚腻或黄腻、脉弦滑有力，提示浊毒壅腑、胃气上逆、标实偏重。此时当以通腑开闭、重镇降逆为先，速解浊毒上冲、胃气不降之急，临床以小承气汤合旋覆代赭汤为优选配伍。

4.2. 主方配伍解析：小承气汤合旋覆代赭汤

小承气汤出自《伤寒论》，原治阳明腑实、津亏燥结之证，由大黄、厚朴、枳实三药组成。方中大黄苦寒沉降，泻热通腑、荡涤积滞浊毒，为开通胃关之主药；厚朴苦辛温，行气宽中、消胀除满，专治中焦壅滞；枳实苦寒破气，消积导滞、推腑气下行。三药配伍，行气与通腑并举，专攻肠腑气滞热结，使浊毒有路而出[12]。旋覆代赭汤亦载于《伤寒论》，主治外感解后胃气损伤、气机上逆所致心下痞硬、噫气不止。方中旋覆花降气消痰、和胃止呕；代赭石质重沉降、镇冲逆之气，二者相须为用，重在降逆平呕，为调理胃逆之经典药对。辅以半夏、生姜燥湿散饮、降逆止呕；人参、甘草、大枣甘温补中、益气和胃，顾护中土胃气，防攻伐之剂耗伤正气[13]。两方合用，标本同治、缓急兼顾。小承气汤通腑开下，直击下焦关门闭塞、浊毒内蕴之本，给邪以出路；旋覆代赭汤降逆安中，速除浊毒上犯、胃气不降之标。一开通下焦、一平降上逆，上下同调，紧扣“关门不利、浊毒上逆”核心病机。方中益气健脾之品寓攻于补，契合肾衰本虚标实的病理特质，充分体现“急则治标、缓则治本、标本兼顾”的治则思想。

4.3. 临证加减与用药宜忌

临证可随证加减：浊毒化热、口苦苔黄腻者，加黄连、竹茹清热和胃、清化浊毒；湿浊弥漫、苔白腻水滑者，加藿香、佩兰芳香化湿、醒脾除浊；气滞腹胀甚者，加木香、槟榔行气导滞、疏畅腑气；肾阳亏虚、畏寒肢冷者，加附子、干姜温阳益肾、散寒化浊。临用此方须把握通而不伤正的原则，大黄剂量依患者体质及腑实轻重灵活调控，以每日排便 1~2 次、腑气通畅为度，切忌峻下耗气。若患者正气亏虚显著，宜减量泻下之品，加重益气温肾之味，做到祛邪而不伤正、通腑而顾本源。此外，慢性肾衰竭患者肾脏代偿能力减弱，应用大黄等泻下药物时，应密切监测排便情况、血压、肾功能及血电解质变化，避免过度攻下引起脱水、电解质紊乱及肾脏灌注不足，确保通腑泄浊治疗的安全性。

5. 病案举隅

患者男，55 岁，初诊时间：2026 年 5 月 16 日。患者既往慢性肾脏病、高血压病、腔隙性脑梗死。现症见：周身乏力，恶心呕吐、纳差、腰膝酸软、口中黏浊不爽、头晕寐差，大便干结，2~3 日一行。舌脉：舌质紫暗，苔厚腻，脉沉。尿常规：尿蛋白(3+)尿隐血(+)；肾功能示：血肌酐 440 μmol/L，尿素 20.9 mmol/L；血常规示：血红蛋白 96 g/L。西医诊断：慢性肾衰竭；高血压病；肾性贫血；中医诊断：慢性肾衰；证候：脾肾亏虚为本，浊毒壅腑、胃气上逆为标。治则：通腑降逆、和胃泄浊，佐益肾固本。处方：大黄 9 g (后下)，厚朴 25 g，麸炒枳实 20 g，旋覆花 12 g (包煎)，煅赭石 20 g (先煎)，姜半夏 12 g，紫苏叶 20 g，茯苓 20 g，茵陈 20 g，黄芩 20 g，滑石 20 g (包煎)，淡竹叶 20 g，生地黄 20 g，熟地黄 20 g，麦冬 15 g，天冬 15 g，杜仲 20 g，牛膝 20 g，焦槟榔 30 g，麦芽 30 g，炙甘草 15 g。7 剂，每日 1 剂，早晚温服。嘱低盐低脂优质低蛋白饮食，监测血压；西医仅予基础对症处理。

二诊(2026 年 5 月 24 日，服药 7 剂)：恶心呕吐明显减轻，纳食好转，口中黏腻消退，大便每日一行，乏力、头晕、失眠均改善。舌暗，苔腻，脉沉。复查血肌酐 365.8 μmol/L，尿素 17.2 mmol/L。浊毒外泄、胃气上逆之势缓解，减大黄至 6 g，余药不变，续服 7 剂。

三诊(2026 年 6 月 7 日)：呕恶基本消失，饮食二便调畅，全身不适显著缓解。复查血肌酐 315.5 μmol/L，尿素 13.2 mmol/L，血红蛋白回升。舌淡红、苔薄白，脉沉缓。下焦关门渐通，浊毒蓄积已平，守原方续服 14 剂，健脾益肾巩固，防止浊邪复聚上逆。

按语

本案为中年男性慢性肾衰患者，因周身乏力就诊，伴恶心、纳差、便干、口中黏腻等突出胃肠不适，初诊舌紫暗、苔厚腻、脉沉，属浊毒瘀阻、湿浊内盛、肾气亏虚之象，与前述证候特点相符。病机上，肾气亏虚为本，浊毒壅滞、胃气上逆为标，正合“肾者，胃之关”理论。肾气气化无权，下焦关窍启闭失司，浊毒难从二便外排，蓄积中焦、上冲胃腑，此为消化道症状之根源；若仅健脾消食、和胃止呕，未通肾关以泄浊毒，则治标不治本，胃肠症状易反复。结合现代“肠－肾轴”理论[14]，患者血肌酐显著升高，提示肠源性尿毒症毒素大量蓄积，持续刺激胃肠黏膜，加重功能紊乱，与浊毒上逆病机互证。治疗恪守“启胃关以通肾关”之则，以小承气汤合旋覆代赭汤为核心。小承气汤中大黄、厚朴、枳实通腑行气、荡涤肠浊，开通浊毒下出之路，达“启胃关”；旋覆代赭汤之旋覆花、煅赭石、姜半夏重镇降逆、和胃止呕，速解恶心呕恶之标急。佐紫苏、槟榔、麦芽行气消胀助运化，茵陈、黄芩、滑石、淡竹叶清利湿热以分消浊邪，生熟地黄、二冬、杜仲、牛膝益肾养阴助气化固肾关，茯苓、炙甘草顾护中土防攻伐伤正，全方通补兼施，标本同调，契合本虚标实之病理特点。临证严循“通而不伤正”准则，初诊浊毒湿瘀深重，苔厚腻舌紫暗，遂予足量大黄通腑开浊；二诊腑气得通，湿浊渐化，苔腻变薄，即减泻下药力以护脾肾正气。经三阶段序贯调治，恶心、纳差等胃肠症状基本消失，舌面厚腻苔退，舌质转润，脉趋平和，血肌酐持续回落，肾脏排毒改善，浊毒蓄积受控，胃肠刺激解除。此案证实，肾衰合并胃肠功能障碍不可仅从脾胃论治[15]，应以开通肾关、泄浊降逆打破“关门不利－浊毒蓄积－上逆犯胃”病理闭环，体现“治胃不愈，当求之于肾”的辨治思路，为同类病证提供临床依据。

6. 结语

“肾者，胃之关也”这句话，点明了肾和胃在浊毒排出与气机升降方面的协同作用，慢性肾衰竭的胃肠功能障碍，症状表现在胃，根源却在肾，关门不利、浊毒向上冲逆构成了它的主要病变环节；因此治疗时不能只着眼于健脾和胃、见症治症，而要把通畅腑气、降逆和胃、开启胃关以通达肾关作为基本法则，临证时需要分辨虚实：属于阳虚寒积的，给予温通散结的治法，浊毒壅滞上冲的，就采用通腑泄浊；各种治法虽然存在差异，最终都是要让肾的气化功能得到恢复、肾关的开合重新归于正常，立足于

肾胃相关理论从本施治，才能打破浊毒上犯、气机升降紊乱的病理闭环，为慢性肾衰竭胃肠并发症的中医辨治提供重要指导。

声　明

本文所涉及的临床病案资料已获得患者本人知情同意，并取得其对相关临床资料用于学术发表的书面授权。文章撰写过程中已对患者个人身份信息进行去标识化处理，仅保留与疾病诊疗及学术分析相关的必要资料，严格保护患者隐私。

参考文献

[1] Stevens, P.E., Ahmed, S.B., Carrero, J.J., Foster, B., Francis, A., Hall, R.K., *et al*. (2024) KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, **105**, S117-S314. https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018

[2] 《慢性肾脏病 3~5 期非透析中西医结合诊疗专家共识》编写组. 慢性肾脏病 3~5 期非透析中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(7): 791-801.

[3] 李萍, 郝彦伟, 袁玲玲, 等. 中药复方通过胃肠激素干预慢性肾衰竭相关胃肠道症状作用机制研究进展[J]. 中成药, 2026, 48(2): 500-506.

[4] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 326-328.

[5] 王婧琳, 李鸿涛. 《黄帝内经》“胃肾相关”理论探析[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(9): 1232-1236.

[6] 李小玉, 丁元, 张博, 等. 慢性肾功能衰竭中医证型分布规律及并发胃肠功能障碍的影响因素[J]. 河南中医, 2026, 46(5): 755-760.

[7] 张介宾. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 729-733.

[8] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015: 285.

[9] 夏悦桐, 张婷, 王子康, 等. 国医大师李佃贵“玄府-肠络-浊毒学说”论治溃疡性结肠炎[J]. 时珍国医国药, 2026, 37(16): 3101-3105.

[10] 张嘉宁, 王耀巍, 徐建龙. 基于肠-肾轴探索中医药治疗慢性肾衰竭研究进展[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(11): 1024-1027.

[11] 杨晓芬, 周竹. 硫酸吲哚酚与慢性肾脏病相关血管疾病及血栓形成的研究进展[J]. 云南医药, 2026, 47(2): 73-76.

[12] 尹东阁, 杜豫吉, 孔佳辉, 等. 经典名方小承气汤对胃黏膜的保护作用及机制研究[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(5): 2323-2329.

[13] 羊小花, 陈慧琳, 徐溢鎏, 等. 旋覆代赭汤治疗反流性食管炎的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2026, 40(10): 61-64.

[14] 闫煜佳, 蔡润雨, 邓伟. 基于肠-肾轴理论从脾肾论治慢性肾脏病[J/OL]. 中医学报, 1-9. https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20250425.1606.006, 2026-07-24.

[15] 黄金华, 郭玲, 何学红. 基于“肾者胃之关”探讨参芪泄浊饮治疗慢性肾脏病合并胃肠道症状[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(6): 1076-1078.