

丘余良从癥瘕辨治常染色体显性遗传多囊肾经验[※]

胡倩芸¹ 丘余良^{2A}

摘要 丘余良主任医师基于中医“癥瘕”理论辨治常染色体显性遗传多囊肾,认为先天禀赋不足、肾精亏虚为该病的起始因素,瘀血癥积、阻滞肾络为疾病进展的中心环节,临证施治时以活血消癥为核心,兼顾益气养阴、利湿降浊,同时遵循“屡攻屡补,以平为期”的原则,始终注重顾护正气,灵活调整攻伐与补益力度,以缓消癥块,力求邪去正安。

关键词 常染色体显性遗传多囊肾;癥瘕;中医;辨证论治;丘余良

常染色体显性遗传多囊肾 (autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD) 是一种常见的遗传性肾脏疾病,其主要特征为双肾皮髓质广泛囊性发育不良,且囊泡进行性增大,持续挤压正常肾单位,造成肾组织的不可逆性损伤,导致肾小球硬化、肾纤维化等病理表现,影响肾脏滤过功能,最终将进展为终末期肾脏病^[1]。ADPKD 的发病机制主要涉及肾小管上皮细胞增殖异常、囊液分泌亢进及细胞外基质重塑,其中炎症及纤维化起到重要作用^[2]。ADPKD 早期常无明显症状,随着病情进展,患者多表现为间歇性腰腹部酸胀疼痛、高血压、血尿、蛋白尿等症状或实验室检查异常,部分患者还可伴有肝囊肿、颅内动脉瘤、心脏瓣膜病变等肾外表现^[3]。目前,ADPKD 尚无疗效确切的西医治疗方法,临床多采取对症治疗,其中托伐普坦等药物虽在抑制囊泡生长等方面显示出一定的潜力,但其长期、大规模临床试验数据仍显不足,且不良反应显著,需严格用药监测^[4-5]。

中医以整体观念和辨证论治为特点,在治疗 ADPKD 方面有其独特优势。通过调节机体整体功能状态,纠正气血阴阳失衡,中医可在抑制囊泡增生、延缓疾病进展、改善患者临床症状及提升生活质量等方面发挥积极作用,为 ADPKD 的治疗提供一种安全有效的选择。丘余良主任医师(以下简称为“丘师”)行医

近三十载,深谙岐黄之道,博采众长,结合自身临证心得,形成独到的辨治思路。丘师治疗 ADPKD 以“活血消癥”为纲,兼顾虚损脏腑之调,经临床验证屡获良效。笔者有幸随诊,所获匪浅,现将其经验整理成文,以飨同道。

1 病名辨析

纵观中医古籍,尚无 ADPKD 的具体记载,丘师在临床实践中,根据其临床表现及病机特点将其归属于“癥瘕”范畴进行辨治。《景岳全书》曰:“盖癥者征也,瘕者假也,征者成形而坚硬不移者是也,假者无形而可聚可散者是也。”《难经·五十五难》云:“癥者有形可循,固定不移,痛有定处;瘕者瘕聚无形,聚散无常,痛无定处。”“癥瘕”乃气滞、血瘀、痰浊等病理产物留滞脏腑经络之间而成,病机由气及血,或为有形结块,或为无形聚散,或胀或痛,多用于腹部结块的辨证^[6]。

ADPKD 以有形囊泡隐匿生长于双肾为特征,其病因多为先天禀赋不足,气血阴阳失调。疾病初期症状轻浅,包块未坚,疼痛不显,患者常感肾区酸楚、脘腹胀满。随着病情迁延,气血进一步凝滞,痰浊瘀结,阻滞肾络,积聚不散,终致肾脏囊泡广泛分布、体积增大,甚者可突出于体表,触之可及,推之不动,疼痛尤甚。ADPKD 临床表现及病机演变与“癥瘕”高度相似,可视为一种特殊“癥瘕”。同时,肾络伏毒结瘀,癥积日久,致使肾体衰损,引发肾小球硬化、肾脏纤维化等病理改变,亦与“肾络微型癥瘕”理论相契合^[7]。《类证治裁》云:“无形之瘕聚,其散易,有形之癥积,其破难。”丘师临证借鉴该治疗思路,结合 ADPKD 病理特点,治疗上注重活血散结消癥,巧用三棱、莪术等破血消积之品,常能起到“四两拨千斤”之效,破癥散积,获效满意。

※基金项目 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目 (No. 国中医药人教函〔2022〕1 号);福建省中医药科研项目计划 (No. 2021zylc28)

▲通信作者 丘余良,男,主任医师,教授,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治肾脏病。E-mail: 748778837@qq.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学第一临床医学院 (福建 福州 350122); 2. 福建中医药大学附属人民医院 (福建 福州 350004)

2 病因病机

“人之始生，以母为基，以父为楛。”ADPKD乃遗传性疾病，其发病先决条件为先天禀赋不足，父精母血异常。加之后天妄为劳作、情志失调、饮食起居调摄不当等因素，导致肝、脾等脏腑功能失调，气血津液运行失常，痰湿、瘀浊等实邪内生，凝结盘踞于肾络，以致肾脏癥积渐成。正如《医宗必读》所述：“积之所成，正气不足而后邪气踞之。”故ADPKD主要病位在肾，与肝、脾相关，乃本虚标实、虚实夹杂之慢性痼疾。

先天肾精不足，阴阳平衡失调，导致经络气血瘀阻不通，加之肾失气化，水湿内生，凝结成痰，继而痰瘀互结，阻滞肾络，终致囊肿形成。若饮食不节伤脾、情志失调伤肝，则脾失健运，肝失疏泄，津液不布，气机不畅，痰湿内蕴，与气血相搏，痰湿瘀积，壅塞肾络。邪实痼结于肾，凝聚不散，致囊肿日渐增大，压迫周围组织，阻碍局部气血运行，进一步加重肾脏瘀血形成，互为因果，形成恶性循环。丘师认为，本病以肾精亏虚为发病基础，病理产物蓄积加重为病机关键，而其中尤以瘀血为重，正如《医林改错》所云：“气无形，故不能结块，结块者必为有形之血也。”《丹溪心法》亦云：“痰挟瘀血，遂成窠囊。”历代医家多将囊肿、积块等有形实邪归因于血液瘀积。瘀血不断胶结他邪，搏结留注于脏腑经络，成为ADPKD的核心病机之一^[8-9]。

3 临证运用

《素问·至真要大论》云：“坚者削之，留者攻之，结者散之，客者除之……适事为故。”中医治疗强调因势利导，对顽固病邪应采取攻削之法，对滞留病邪则应积极攻逐^[10]。丘师临证时紧扣病邪性质和病机特点，认为ADPKD多系伏毒结瘀、凝滞肾络而成，顽固难消，愈积愈坚，致使病程迁延、进行性发展，甚则出现变证。丘师灵活运用药性峻猛之剂，以活血化瘀、散结消癥为核心治法，契合本病病机。

ADPKD乃本虚标实之慢性疾病，不同阶段邪正盛衰各有差异。丘师治疗时注重审察病机，紧扣主要矛盾，权衡攻补力度，兼顾调补各脏腑虚损。(1)本病初期，患者正气尚且不虚，邪滞较轻，症状不显。该阶段应避免劳累，加强防护，调养体质，调摄身心，以消除诱因，减轻肾脏负担。治疗应补其不足，纠其过偏，调其阴阳，已病防变。(2)病之中期，气滞血凝，浊邪稽留，正气渐伤，囊肿日渐增大，损害肾组织，肾功能开始下降。此时应攻补兼施、行气祛瘀、泄浊软坚，并注重补肾健脾。此阶段伏毒结瘀郁遏日久常常化热，耗

伤气阴，故还须兼顾清热养阴，以养正消积，稳定病情。(3)病之末期，肾积日久，终致肾体衰惫，肾气衰败，暗耗脏腑阴阳，浊毒壅塞，小便不出，水湿泛滥肌表，内扰脏腑，可发展为“水肿”“关格”等重症。此时治疗应扶正祛邪，滋养脏腑，调补阴阳，降浊祛瘀。

对于中晚期ADPKD患者，丘师常以益气活血、消癥散结为治法，自拟活血消癥汤，并依据患者的具体症状进行化裁，以使气机调畅，痰湿瘀血得散，从而延缓病情进展。活血消癥汤药物组成：党参15g，三棱6g，莪术6g，黄连6g，淡竹叶6g，麦冬15g，干石斛15g，当归6g，甘草片3g，麸炒山药30g，六月雪(白马骨)15g，大黄5g，知母6g。方中党参甘、平，健脾益气、养血生津，以顾护中焦、扶助正气；三棱、莪术性辛、味苦，具有行气破血、消癥散结之效，为行气止痛、活血消癥要药，有研究^[11-12]发现三棱、莪术中的活性成分在改善肾脏纤维化和血液高凝状态方面有良好的效果，二者与党参相伍，共为君药，以调和气血、祛瘀消癥。当归养血活血，与三棱、莪术配伍，可增强化瘀消癥之力，攻破而不伤正；麸炒山药补脾益气、固肾摄精，可增强党参扶正之效；黄连清热燥湿、泻火解毒，淡竹叶清热除烦、利尿通淋，二者合用以制水湿之邪，亦防热邪与湿瘀互结；知母苦、寒，泄肾火、滋肾阴，以上五药共为臣药。麦冬、石斛清热生津、益胃养阴，与知母相伍，兼以制约三棱、莪术温燥之性；六月雪活血化瘀、清热解毒、利湿泄浊；大黄清热泻火、通便利水、导瘀热下行，大黄与六月雪乃丘师临床常用药对，二者合用可“开鬼门，洁净府，去菟陈莖”，荡涤积垢，以祛除诸毒，以上四药共为佐药。甘草为使，调和诸药，缓和药性。全方以活血消癥为核心，同时兼顾益气养阴、利湿降浊、清热解毒，攻补兼施，标本同治，以使气血阴阳调和，病理产物祛除，癥块得消。

若肾气亏虚明显，症见神疲乏力、腰膝酸软，则加用熟地黄、山茱萸、杜仲以补肾益气、填精壮骨；若肾络瘀阻不通，舌质紫暗、腰痛显著，则加用川芎、川牛膝、鸡血藤、丹参以加强活血化瘀、通络止痛之效；若脾肾不足，固摄无力，精微外泄致蛋白尿，则加用芡实、金樱子、石莲予以固摄精微；若邪实内阻，损伤脉络而致血尿，则加用大蓟、小蓟、仙鹤草、白茅根以凉血收涩止血；若痰浊壅盛，舌苔厚腻、胸闷痰多，则加用陈皮、半夏、瓜蒌、枳壳以宽胸行气、燥湿化痰；若病至后期，酿生浊毒，内扰脏腑，则加用鹿衔草、积雪草、土茯苓、泽泻以清热解毒、通腑泄浊。总之，丘师在活血消癥汤的基础上随症加减，密切关注患者体质变

化,精准施治,多能使患者病势得缓,正气渐复。

《素问·六元正纪大论》云:“大积大聚,其可犯之,衰其大半而止。”中晚期ADPKD患者气血失调,瘀浊癥积,加之久病入络,病邪深伏血分。治疗虽以破血消癥为核心,但其病机复杂,脏腑亏虚贯穿疾病全程。在临床诊治中,丘师谨守“屡攻屡补,以平为期”的原则^[3],始终注重顾护正气,避免过度使用攻伐之峻剂,灵活调整补益与攻伐的力度,中病即止,以缓消癥块,使邪去正安,恢复机体阴阳气血平衡的正常状态。

除中药治疗外,ADPKD作为一种慢性痼疾,医患双方均需保持耐心与长期管理的意识。丘师常嘱咐患者在日常生活中需注意调摄,保持规律作息,避免过度操劳。饮食上,忌食肥甘厚味及辛辣之品,选择优质低蛋白饮食,以免加重脾胃及肾脏负担。心态上,勿过于紧张焦虑,保持心神安宁,方能使气血调和。合理的生活方式和饮食调养,配合中医药辨证施治,可有效延缓疾病进展,提高患者的生活质量。

4 验案举隅

诸葛某某,女,48岁,2023年9月9日初诊。主诉:发现“常染色体显性遗传多囊肾”6年,血肌酐升高2年。患者于2017年因体检发现“多囊肾”,未系统诊治。2021年查血肌酐192 $\mu\text{mol/L}$,尿常规不详,血压不详,未关注尿中泡沫情况。此后每2个月复查肾功能,血肌酐逐渐上升,不规则服用“尿毒清颗粒”(具体不详),未规范诊治。6个月前因疲乏、泡沫尿于外院就诊,查血肌酐324 $\mu\text{mol/L}$,eGFR 14 mL/min,尿白蛋白/尿肌酐83.21 mg/g,随后规律服用药物(具体不详),间断复查血肌酐仍持续性升高。20天前因肉眼血尿于当地医院查血肌酐444 $\mu\text{mol/L}$,尿隐血3+,尿蛋白2+,血红蛋白110 g/L。为求进一步诊治,10天前前来就诊,查全腹彩超示:双肾大小约190 mm×109 mm×141 mm(左)、175 mm×79 mm×140 mm(右),包膜光滑,双肾实质探及散在大小不等的无回声区,大者约61 mm×44 mm,肝内探及数个无回声区,大者约30 mm×24 mm。住院期间血压升高,予对症支持治疗后,复查血肌酐408.4 $\mu\text{mol/L}$,尿隐血阴性,尿蛋白微量。晨下:泡沫尿,无肉眼血尿,腰部酸痛,身困乏力,偶有头昏沉感,口干,纳寐欠佳,大便1次/日,质硬,夜尿2次,面唇色暗,舌淡暗苔厚腻、黄白相间,脉沉涩。西医诊断:常染色体显性遗传多囊肾。中医诊断:癥瘕,辨为脾肾气阴两虚,瘀浊癥积证。治法:健脾补肾,益气养阴,降浊消癥。处方:活血消癥汤加减。药用:党参15 g,三棱6 g,莪术6 g,干石斛

15 g,麦冬15 g,当归6 g,麸炒山药30 g,六月雪(白马骨)15 g,知母6 g,土茯苓15 g,杜仲10 g,川牛膝15 g。14剂。每日1剂,水煎,分2次餐后内服。

2023年10月28日二诊:患者复诊不便,遂当地续方,连服近2个月后来复诊。患者诉乏力、口干、腰酸、腰痛等症状减轻,仍觉头晕头昏,双下肢稍浮肿,纳寐一般,小便正常,大便偏干,每日1次,舌脉同前。守上方去干石斛、知母,土茯苓增至30 g,加玉米须15 g、葛根15 g、干鱼腥草15 g。续进14剂,煎服法同前。

2023年11月25日三诊:药后平顺,头晕头昏较前缓解,下肢水肿消退,疲乏、口干及腰酸、腰痛明显改善,纳食正常,夜寐欠佳,二便调,舌质暗,苔薄白,脉沉涩,复查血肌酐较前相仿。守上方去干鱼腥草、玉米须,加茯神10 g,煎服法同前。

后守此方随症加减服药3个月后,患者复查血肌酐稳定维持在420 $\mu\text{mol/L}$ 左右,双肾及囊肿体积无明显增大,未见明显泡沫尿及血尿,病情稳定。

按 本案患者发现ADPKD 6年,西医诊断明确,其双肾体积增大,囊泡遍及,腰部疼痛,痛处固定。本病当归属于中医学“癥瘕”范畴。患者先天禀赋不足,阴阳氤氲失常,肾气虚衰则血液涩滞,肾失气化则水液失布,瘀浊内伏肾络,致使肾脏结构失常。脾为中土,失先天之精充养,无力化生气血以灌溉四傍,肢体头目失养,故见乏力、头晕。脾运化水液功能失司,则津液代谢障碍,化湿成痰,与肾之瘀浊搏结成癥。腰为肾之府,肾络癥结,气血不通,故腰酸、腰痛。脾肾亏虚,固摄无力,精微外泄而见尿中泡沫。血失统摄,癥积损伤脉络,血溢脉外而为血尿。癥积日久化热,耗伤气阴,酿生浊毒,肾用失司,血肌酐逐渐升高。结合舌脉,四诊合参,辨为脾肾气阴两虚、瘀浊癥积之证。其病位在脾、肾,病性为本虚标实。《临证指南医案》曰:“大凡经主气,络主血,久病血瘀。”本病乃先天遗传性疾病,为慢性痼疾,病久耗伤正气,正气虚衰与瘀血阻滞互为因果,故施以健脾补肾、益气养阴、降浊消癥之法,拟活血消癥汤加减。方中党参调补气血、固本培元;三棱、莪术,破血行气,消积止痛,二者与党参共为主药,以达活血行气消癥,化瘀不伤正之效;当归养血活血;山药固本摄精;杜仲补肾精、强腰膝,合川牛膝兼化瘀通络、缓解腰痛;麦冬、石斛、知母清热养阴生津,亦可减消癥药温燥之性;六月雪、土茯苓清热解毒、降浊祛瘀以助消癥。全方攻补兼施,活血消癥而不耗伤气血。二诊时患者乏力、口干、腰痛等症

减轻,可见方证相符。患者诉仍头晕不适,下肢稍水肿,结合厚腻之舌苔,考虑气虚失运,湿浊难去,清阳不升,故守上方去干石斛、知母,投玉米须、干鱼腥草及土茯苓增量以加强利湿泄浊之效,促进湿热浊邪从下焦而出,降低血肌酐;另投葛根以升清,通络舒筋。三诊时患者诸症皆缓,水肿消退,结合舌脉,考虑湿热浊邪已祛大半。守上方去干鱼腥草、玉米须以防过利伤正。患者诉近来夜寐难安,考虑久病致虚,心神失养,故投茯神以健脾宁心安神。患者久病迁延,癥瘕痼积日久,需缓缓图之,遂守上方随症加减治疗数月以巩固疗效,间断复查血肌酐维持稳定,双肾及囊肿体积较前相仿,疗效满意。

5 总结

丘师秉承中医思维,临证注重详察病机、治病求本,借鉴“癥瘕”辨治理论,认为ADPKD以肾元亏虚为本,瘀浊癥积为标,主张治疗以活血消癥为核心,兼顾调补脏腑虚损,灵活调整攻补策略,勿使攻伐过甚。临床上通过顾护正气,缓消癥积,可使邪去正安,最终达到“阴平阳秘,精神乃治”的疗效。

参考文献

[1] GALL E C L, ALAM A, PERRONE R D. Autosomal dominant polycystic kidney disease[J]. Lancet, 2019, 393(10174): 919-935.
 [2] LAPÃO T, BARATA R, JORGE C, et al. Autosomal dominant polycystic kidney disease inflammation biomarkers in the tolvaptan era[J]. Int J Mol Sci, 2025, 26(3): 1121.

(上接第4页)

[4] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015.
 [5] 宋乃光. 刘完素医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
 [6] 秦凯华, 叶臻, 余颖祺, 等. 王明杰从玄府论“汗法开横窍、吐下开竖窍”[J]. 成都中医药大学学报, 2021, 44(4): 5-8, 36.
 [7] 郑林. 张志聪医学全书[M]. 王新华, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1999.
 [8] 冯兆张. 冯氏锦囊秘录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998.
 [9] 程云鹏. 慈幼新书[M]. 刘寨华, 杨威, 校注. 北京: 人民军医出版社, 2012: 122.
 [10] 刘松岩. 目科捷径[M]. 王全, 王倩, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
 [11] 王柳丁, 梁晓, 陈一帆, 等. 象思维视域下基于气机升降理论探讨缺血性中风的病机与治疗[J]. 中医杂志, 2024, 65(14): 1443-1448.
 [12] 高鼓峰. 医宗己任编[M]. 杨乘六, 辑注. 北京: 学苑出版社, 2010: 52.
 [13] 韩曼, 姜泉, 唐晓娟, 等. 基于国医大师路志正“燥湿互济”学术思想论干燥综合征中医辨治[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(2): 770-774.
 [14] 沈正东, 徐江喜, 张赛, 等. 从升降相因诊治干燥综合征[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(7): 3901-3904.

[3] TORRES V E, AHN C, BARTEN T R M, et al. KDIGO 2025 clinical practice guideline for the evaluation, management, and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD): executive summary[J]. Kidney Int, 2025, 107(2): 234-254.
 [4] KĘDZIERSKA-KAPUZA K, ŁOPUSZYŃSKA I, NIEWIŃSKI G, et al. The influence of non-pharmacological and pharmacological interventions on the course of autosomal dominant polycystic kidney disease[J]. Nutrients, 2024, 16(18): 3216.
 [5] 宋莹莹, 牛玲, 闫成花, 等. 常染色体显性多囊肾病的发病机制与相关治疗研究进展[J]. 江西中医药, 2022, 53(3): 69-74.
 [6] 顾思纯, 杨柏灿. 癥瘕积聚的病证范围及治疗探析[J]. 江苏中医药, 2017, 49(9): 11-13.
 [7] 樊均明, 李飞燕. 从“微型癥积”论治慢性肾脏病[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(8): 659-661.
 [8] 曾玉燕, 李坤寅, 关永格. 《景岳全书·妇人规》辨治癥瘕的学术思想探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(8): 924, 932.
 [9] 刘媛媛, 傅强, 刘轶凡, 等. 微型癥瘕理论及扶正消癥法的应用浅析[J]. 北京中医药, 2022, 41(7): 754-757.
 [10] 于思明, 史宝雷, 陈瑞艳, 等. 消法治疗多囊肾病研究进展[J]. 河北中医, 2018, 40(10): 1591-1595.
 [11] 刘妮, 钟逸斐. 活血类中药抗肾间质纤维化的研究进展[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2022, 23(2): 184-185.
 [12] 景艺雅. 中药三棱肾区离子导入治疗多囊肾的临床观察[C]//中国中西医结合学会肾脏病专业委员会. 中国中西医结合学会肾脏病专业委员会2018年学术年会论文摘要汇编. 重庆: 中国中西医结合学会, 2018: 1725.
 [13] 陈慧娴, 丘余良. 丘余良以平为期思想治疗狼疮性肾炎经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(2): 61-63, 90.

(收稿日期: 2025-03-11)

(本文编辑: 蒋艺芬)

[15] 杨楚琪, 崔言坤, 吴含章, 等. 从开阖枢论提壶揭盖法之调畅气机[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(5): 2436-2439.
 [16] 郑国庆, 黄汉津. 中风病开通玄府法的理论、治则治法与方药: 张志远学术经验系列(六)[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(1): 20-22.
 [17] 张路佳, 黄雪莲, 叶肖琳, 等. “不得横遍, 转为竖穷”考释[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5451-5453.
 [18] 黄庭镜. 目经大成[M]. 李怀芝, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 104.
 [19] 赵晴初. 存存斋医话稿[M]. 叶新苗, 点校. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 22.
 [20] 高维娟, 方朝义, 张再康. 刘完素玄府学说与临床[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2023.
 [21] 尹聪, 陈颖, 赵昶潞, 等. 孙郁芝从“风”论治原发性肾病综合征[J]. 中医药导报, 2022, 28(11): 103-106, 110.
 [22] 陈岚, 贾波, 邓怀涵. 基于“逆流挽舟”法论治溃疡性结肠炎[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(2): 527-529.

(收稿日期: 2025-03-22)

(本文编辑: 黄明愉)