●大师传薪●

引用：李天宇，潘博 . 国医大师潘敏求分期论治肾癌学术思想及经验总结［J］. 湖南中医杂志，2026，42（10）：1-7.

潘敏求（1941 年—），第四届国医大师，第一批全国中医药传承博士后合作导师，享受国务院政府特殊津贴专家，长期从事中医、中西医结合防治肿瘤与肝病的临床及实验研究，在肿瘤施治、减轻放化疗毒副反应、防控术后复发转移等方面具有独特的学术优势。其首次提出“瘀、毒、虚”的病机理论，认为肿瘤为本虚标实之证，脾虚为本，瘀毒为标，虚实互为因果，病势缠绵难愈，临证注重扶正祛邪、顾护脾胃，审察正邪消长变化，坚持辨病与辨证相结合，依据患者病期、体质权衡扶正与祛邪的主次，将“健脾理气、化瘀软坚、清热解毒”作为肝癌及多种恶性肿瘤的基本治法，研发国内首个治疗肝癌的国家级中药新药肝复乐，另研制肝喜片、癌复康片等多种中药制剂。其学术思想植根中医经典，汲取历代医家癥积论治经验，融合数十年肿瘤临床实践，凸显了中医与中西医结合特色。

国医大师潘敏求分期论治肾癌学术思想及经验总结

李天宇[1]，潘　博[2]
（1. 湖南中医药大学，湖南　长沙，410208；
2. 湖南省中西医结合医院，湖南　长沙，410006）

［**摘要**］ 本文总结国医大师潘敏求教授（以下尊称“潘老”）分期论治肾癌的学术思想与临证经验。潘老将瘀、毒、虚作为肾癌的核心病机，认为本病以脾肾亏虚、气血不足为本，气滞湿浊、瘀血癌毒胶结阻络为标，疾病全程存在虚实正邪的动态消长变化。针对肾癌，潘老确立了健脾益肾、扶正祛邪的总治则，并结合西医治疗进程将其分为五期论治：早期 / 未手术期以化瘀解毒、健脾护正为法；术后恢复期以补脾益肾、清解余毒为法；靶向 / 免疫治疗期以益气养阴、和胃解毒为法；复发转移期以健脾补肾、化瘀解毒为法；晚期衰竭期以和中开胃、扶正安身为法。潘老临证遣方格外注重顾护胃气，用药崇尚平和缓攻，补而不壅滞，攻而不伤正气，可协同现代医学规范治疗，减轻不良反应，改善患者生存质量。

［**关键词**］ 肾癌；分期论治；瘀；毒；虚；扶正祛邪；国医大师；潘敏求

［**中图分类号**］R273.711　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.001

基金项目：国家自然科学基金项目（82205224）；国家中医药管理局第四届国医大师潘敏求传承工作室建设项目（国中医药办人教函〔2022〕245 号）；湖南省中医药科研计划重点项目（A2024019）

第一作者：李天宇，男，2024 级硕士研究生，研究方向：中医药防治肿瘤

通信作者：潘博，男，医学硕士，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合防治恶性肿瘤，E-mail：1196384332@qq.com

Academic thinking and experience of National Chinese Medicine Master Pan Minqiu in staged treatment of renal cancer

LI Tianyu[1], PAN Bo[2]

（1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, Hunan, China;
2. Hunan Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Changsha 410006, Hunan, China）

[**Abstract**] This article summarizes the academic thinking and clinical experience of National Chinese Medicine Master Professor Pan Minqiu （hereinafter respectfully referred to as “Master Pan”） in the staged treatment of renal cancer. Master Pan regards stasis, toxin, and deficiency as the core pathogenesis of renal cancer and believes that the disease has the root cause of spleen-kidney deficiency and Qi-blood insufficiency and the manifestation of Qi stagnation and damp turbidity and the cementation of blood stasis and cancer toxin obstructing collaterals, with the presence of a dynamic ebb and flow between deficiency and excess and between vital Qi and pathogenic factors throughout the course of the disease. For renal cancer, Master Pan establishes the general treatment principle of strengthening the spleen, nourishing the kidney, strengthening vital Qi, and eliminating pathogens and proposes a five-stage treatment method based on the course of Western medicine treatment: the method of resolving stasis, detoxicating, strengthening the spleen, and protecting vital Qi used in the early/preoperative stage; the method of tonifying the spleen, nourishing the kidney, and clearing and resolving residual toxin used in the postoperative recovery stage; the method of benefiting Qi, nourishing Yin, harmonizing the stomach, and detoxicating used in the stage of targeted therapy/immunotherapy; the method of strengthening the spleen, tonifying the kidney, resolving stasis, and detoxicating used in the stage of recurrence and metastasis; the method of harmonizing the middle Jiao, stimulating the appetite, strengthening vital Qi, and calming the body used in the advanced failure stage. In clinical prescription, Master Pan pays special attention to protecting stomach Qi and advocates the medication for mild and gentle attack, so as to achieve supplementation without causing stagnation and attack without harming vital Qi, and this treatment method can synergize with standard modern medical treatment to reduce adverse reactions and improve the quality of life of patients.

[**Keywords**] renal cancer; staged treatment; stasis; toxin; deficiency; strengthening vital Qi and eliminating pathogens; National Chinese Medicine Master; Pan Minqiu

肾细胞癌简称“肾癌”，是肾实质的恶性肿瘤[1]。在我国，肾癌发病率居于恶性肿瘤第 16 位，癌症死亡原因居第 17 位，发病和死亡负担不容忽视[2-3]。本病早期以手术治疗为主，进展期则依据病理类型及危险分层选择抗血管生成药物、免疫检查点抑制剂及其联合治疗方案[4-5]。随着生存期延长和长期治疗，乏力、纳差、腹泻、高血压、蛋白尿及免疫相关不良反应等问题日益突出，严重影响患者生活质量与治疗依从性，成为制约疗效的瓶颈[6-7]。

中医学对肾癌的认识散见于“肾积”“癥积”“尿血”等疾病，近现代医家从不同角度构建了辨治体系，如刘苓霜以正虚为本、湿热毒瘀互结为标，分湿热内蕴、脾肾两虚、阴虚内热三型论治[8]；孙桂芝强调肾虚为关键、脏腑相关，分脾肾阳亏、阴虚毒蕴、湿热下结、血瘀内阻、气血亏虚五型，善用经验药对辨治转移[9]；朴炳奎提出乙木郁遏、脾肾阳虚、痰瘀毒阻络的病机认识，以健脾补肾、升达肝气为本，善用熟地黄配砂仁防滋腻、肉桂代桂枝温阳利水[10-11]；林丽珠分早、中、晚三期论治，早期清热利湿、中期祛瘀化痰解毒、晚期补益肝肾培元，重视抑

瘤中药及靶向药不良反应的中医干预[12]；邹燕勤主张维护肾元、燮理阴阳、平调五脏、畅达二便使邪有出路[13]。上述医家虽各有建树，但存在三方面共同局限：其一，病机认识多从单一脏腑或单一病理因素出发，或偏重肾虚，或偏重湿热毒瘀，对脾肾同病、虚实动态消长的系统把握不足；其二，辨证体系多采用静态证型分类（如三型、五型）或按疾病早中晚分期，与西医手术、靶向免疫等关键治疗节点衔接不紧密，难以指导不同治疗阶段的方药调整；其三，用药或偏滋腻补肾碍胃，或偏苦寒解毒伤脾，对长期治疗患者的胃气维护及靶向免疫治疗期的减毒增效缺乏系统论述。上述局限使现有经验难以覆盖肾癌全程管理，尤其难以适配靶向免疫治疗期不良反应干预及晚期转移患者的持续调护需求。

潘敏求教授（以下尊称“潘老”）系第四届国医大师，是我国中医肿瘤学领域的奠基人之一，倡导从瘀、毒、虚三方面分析恶性肿瘤的病机，临证重视扶正祛邪、顾护脾胃和正邪消长[14-15]。目前专门针对潘老辨治肾癌的系统性理论梳理与临床用药规律总结尚不多见，尤其结合现代医学治疗进程、覆盖疾病全程的分层辨治策略仍缺乏深入报道。本文根据跟诊所学，梳理潘老分期辨治肾癌的核心病机、诊疗要点、分期治法及组方用药规律，为肾癌的中西医协同诊疗提供临床参考。

1 病因病机

《景岳全书·杂证谟·积聚第二》云“凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。盖脾虚则中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不行，则邪滞得以居之”[16]，说明脾肾亏虚之人易生癥积肿块。《严氏济生方》云“有如忧、思、喜、怒之气，人之所不能无者，过则伤乎五脏，逆于四肢，传克不行，乃留结而为五积。故在肝曰肥气，在心曰伏梁，在脾曰痞气，在肺曰息贲，在肾曰奔豚。其名不同，其证亦异”[17]，提出七情过激损伤五脏气机，邪气停留肾脏，日久凝结为肾之积块。《素问·至真要大论篇》云：“诸湿肿满，皆属于脾。”《丹溪心法·腰痛》载“腰痛主湿热、肾虚、瘀血、挫闪，有痰积”[18]，提出腰痛可由湿热、肾虚、瘀血、痰积等多种病理因素引起，说明肾癌腰痛、水肿等症与湿浊、瘀血、肾虚密切相关。

潘老认为辨治肾癌需明辨现代解剖学之“肾脏”与中医藏象学说之“肾”的概念差异。解剖学之肾脏属实体泌尿器官，肾癌乃该局部的器质性病变；而中医藏象之肾则是主藏精、司水液、主骨生髓的系统性功能枢纽。肾癌的发病多以脾肾亏虚、正气不足为本，气滞、湿浊、瘀毒胶结为标。肾藏精主水，为先天之本；脾主运化水谷，为后天之本，二者相互协同。情志不遂则肝失疏泄，气机郁滞，横逆犯脾可致脾失健运；气为血之帅，气滞则血行不畅，瘀血由生。加之脾肾本虚，脾虚则运化失司、水湿内停，肾虚则气化无权、水液代谢失常，湿浊郁久化热，与内生之瘀血、癌毒相互搏结，胶着难解，阻滞肾络，最终发为肾癌。

潘老提出，肾癌病程中正邪消长呈动态变化，各个阶段的病机各有侧重：早期未手术者正气尚足，脾肾损伤轻微，以气滞、瘀毒初结为主，虚浅而邪微；术后瘤体虽除，但术中耗伤气血、损伤肾络，余毒潜伏，正气偏弱，属虚中夹实；靶向及免疫治疗阶段，药毒耗气伤阴、阻碍脾胃运化，在脾肾亏虚基础上叠加湿浊内停；复发转移期毒邪流窜至肺、骨、肝等部位，正气持续耗损而邪气偏盛，不同转移部位各有对应脏腑亏虚表现；晚期则脾肾衰败、气血阴阳俱虚，癌毒弥漫，以正气耗竭为核心。全程呈现正虚邪恋、虚实夹杂之态。

2 分期论治与遣方用药特点

潘老以健脾益肾、扶正祛邪为总治则，将肾癌视为随病程演变的全身性疾病，主张在不同病机阶段权衡扶正与祛邪的主次轻重，并结合西医治疗进程将本病分为五期论治。

2.1 早期/未手术期：化瘀解毒，健脾护正 本阶段对应肾癌初发、尚未手术干预的早期患者。患者整体正气充盛，脾肾亏虚征象初显，无明显消瘦、神疲、纳差、虚衰等全身症状，机体抗病能力尚可。潘老治以化瘀解毒、健脾护正为主，方用四君子汤合失笑散加减。药物组成：西洋参15 g，白术12 g，

茯苓15 g，炙甘草6 g，蒲黄10 g，五灵脂10 g，郁金10 g，鸡内金10 g，白花蛇舌草15 g。血尿明显者加仙鹤草15 g，白茅根20 g，凉血止血；腰痛显著者加延胡索10 g，川牛膝10 g，活血化瘀、引药下行止痛；情志抑郁、胁肋胀满者加柴胡10 g，郁金10 g，疏肝理气解郁。本方以四君子汤为基础健脾护正，固后天之本；失笑散活血化瘀、散结止痛；佐以郁金行气解郁、鸡内金消积助运，使气行则血行；白花蛇舌草清解癌毒、散结消癥。全方以祛邪为主，扶正为辅，攻中寓补，不伤脾胃。

2.2 术后恢复期：补脾益肾，清解余毒 本阶段对应肾癌术后恢复期患者。手术祛除有形瘤灶，但术中耗伤气血、损伤肾络，正气受损，脾肾亏虚加重，残留潜伏癌毒及瘀毒，处于正虚邪伏、虚中夹实状态。临床以术后体虚乏力、面色萎黄、神疲懒言、纳食不佳、腰膝酸软为主要表现，无新发转移、无明显癌毒亢盛之象。潘老治以补脾益肾、清解余毒为主，方用脾肾方加减。基础方药：西洋参15 g，黄芪20 g，白术10 g，茯苓15 g，灵芝10 g，枸杞子10 g，女贞子10 g，菟丝子10 g，石韦10 g，鸡内金10 g，炒麦芽15 g，重楼10 g。便溏苔腻者加陈皮10 g，砂仁6 g，理气健脾、化湿和胃，以防滋补药碍胃；腰酸明显者加盐杜仲10 g，补肝肾、强筋骨。脾肾方是潘老基于恶性肿瘤瘀、毒、虚核心病机理论创制的经验基础方，以补脾益肾为核心治法，前期已在肝癌、肠癌等多种实体肿瘤中开展临床应用，证实其可改善患者正气亏虚状态、减轻放化疗及靶向治疗不良反应[19-20]。本方以黄芪、西洋参、白术、茯苓健脾益气，枸杞子、女贞子、菟丝子补肾益精，脾肾双补以复术后耗伤之正气；灵芝补虚扶正，重楼、石韦清解潜伏余毒、通利肾络；鸡内金、炒麦芽理气和胃、消食助运，防滋补之品壅滞碍胃。全方以补为主、清为辅，补而不壅，清而不伤。

2.3 靶向/免疫治疗期：益气养阴，和胃解毒 本阶段对应肾癌术后接受靶向或免疫等西医系统治疗的患者。外来药毒持续耗伤机体气阴、损伤脾胃气机，临床多见神疲乏力、纳差腹胀、口干少津、肢体轻微水肿、大便不调等治疗相关不良反应，无明显肿瘤进展、转移加重表现。潘老治以益气养阴、和胃解毒为主，方用脾肾方合生脉散加减。药物组成：黄芪20 g，党参15 g，白术10 g，茯苓15 g，麦冬15 g，五味子10 g，女贞子10 g，白花蛇舌草15 g，陈皮10 g，焦山楂10 g。腹泻者加山药15 g，炮姜6 g，健脾益气、温中止泻；口干手足心热者加生地黄10 g，玄参10 g，滋阴清热；水肿者加猪苓10 g，大腹皮20 g，利水渗湿；血压偏高者加钩藤10 g，平肝潜阳。本方由脾肾方合生脉散化裁，黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气，麦冬、五味子、女贞子益气养阴、生津润燥，脾肾同调、气阴双补，以修复药毒对机体气阴的耗伤；白花蛇舌草清解药毒；陈皮、焦山楂理气和胃，顾护中焦运化。全方以扶正为主，兼解药毒，重在减毒增效。

2.4 复发转移期：健脾补肾，化瘀解毒 本阶段对应肾癌术后复发、远处转移的中晚期患者。病程日久，肿瘤持续消耗、西医治疗损伤，致使脾肾气血亏虚日渐加重，正气不足以制约伏毒，毒邪流窜经络、侵袭他脏，出现肺、骨骼、肝等远处转移。患者以体虚乏力、腰膝酸软为基础，伴随转移器官特异性症状，整体呈虚实夹杂、邪盛正虚。潘老治以健脾益气，补肾填髓，化瘀解毒。方用脾肾方合阳和汤加减。药物组成：西洋参15 g，黄芪20 g，白术12 g，茯苓15 g，骨碎补12 g，补骨脂10 g，淫羊藿10 g，川牛膝10 g，鹿角胶10 g，炮姜6 g，桂枝6 g，白花蛇舌草20 g，莪术10 g，甘草5 g。肺转移者加桔梗10 g，浙贝母10 g，桑白皮10 g，鱼腥草20 g，宣肺化痰、清热解毒，引药入肺经以散结；骨转移者加续断10 g，盐杜仲10 g，补肝肾、强筋骨、续折伤，缓解骨痛；肝转移胁肋胀痛、情绪抑郁者加柴胡10 g，郁金10 g，百合10 g，疏肝理气；黄疸口苦者加茵陈15 g，栀子10 g，清利肝胆湿热。方中西洋参、黄芪、白术、茯苓健脾益气，鹿角胶、补骨脂、淫羊藿温补肾阳、填精益髓；炮姜、桂枝温通经脉、散寒开结；莪术、川牛膝破血消癥、引药下行，白花蛇舌草清解癌毒、散结攻邪。方中鹿角胶、炮姜、桂枝不直接治毒，三者用量均较轻，重点在于温补肾脾阳气、温通经络瘀滞，既可以改善骨转移所致的腰膝冷痛、骨

痹不适，也能推动血行，增强莪术、川牛膝等活血化瘀药的消癥散结之力。

2.5 晚期衰竭期：和中开胃，扶正安身 本阶段对应肾癌终末晚期、全身功能衰竭患者。病程迁延日久，肿瘤持续消耗、多次西医治疗损伤，致脾肾衰败、胃气匮乏、气血阴阳俱虚，周身毒邪弥漫、正气无力抗邪。临床见重度乏力、形体消瘦、纳差食少、神疲懒言、周身水肿、持续性隐痛或钝痛，二便失调，整体以全身虚衰为核心，邪毒弥漫为次。潘老治以和中开胃，扶正安身。方用香砂六君子汤合二至丸加减。药物组成：党参15 g，白术10 g，茯苓15 g，陈皮10 g，法半夏10 g，砂仁6 g，鸡内金10 g，枸杞子10 g，女贞子10 g，炙甘草6 g。周身疼痛者加白芍15 g，延胡索10 g，养血柔肝、缓急止痛；水肿者加大腹皮15 g，冬瓜皮20 g，行气宽中、利水消肿。本方以香砂六君子汤为核心，健脾理气、和胃，顾护后天之本；合枸杞子、女贞子补益肝肾，兼顾先天根本；炙甘草调和诸药。全方以扶正安中为要，不施峻猛攻邪之品，补而不滋腻，温而不燥烈。

2.6 遣方用药特点 结合潘老常规处方规律及所载典型医案，其用药特点可总结为以下三个方面：一是培补中焦、平补肝肾，补而不壅。黄芪、白术、茯苓是潘老肿瘤处方中的核心健脾药组，贯穿于术后恢复、靶向治疗及复发转移等多个阶段。补肾则善用菟丝子、补骨脂、淫羊藿、骨碎补等平补阴阳之品，并常配伍女贞子、枸杞子以滋阴，达到阴阳双补之效。为避免滋腻碍胃，常佐以陈皮、鸡内金等理气健脾之药。二是化瘀解毒药少而力专，严控苦寒、破血药剂量。白花蛇舌草是贯穿始终的核心药物，用量多在15～20 g；重楼用于术后恢复期清解余毒，用量10 g。苦寒解毒之品易伤脾胃，不宜久用、重用。潘老将活血药分为和血、活血、破血三个层级，和血养血如当归、鸡血藤，用于血虚兼有血瘀者，药性平和；活血化瘀如川牛膝、郁金、丹参，用于一般血瘀证，为潘老处方中的常用之品；破血消癥如莪术、三棱、䗪虫，药性峻猛，易耗伤气血，仅在复发转移期瘀毒胶结显著、正气尚可耐受时短期、少量使用，且中病即止。术后体虚、晚期衰竭或有出血倾向的患者严格禁用。三是全程顾护胃气，攻补皆以可受纳为度。潘老认为“有胃气则生，无胃气则死”，无论攻补，均以患者能受纳为度。补益药、解毒药中配伍陈皮、砂仁等理气和胃之品。纳差者加鸡内金、焦山楂、炒麦芽开胃消食；腹胀者重用陈皮或加厚朴、大腹皮行气除满；恶心呕吐者则加重法半夏、生姜降逆止呕；腹泻者减用滋腻及苦寒之品，加山药、炮姜健脾温中止泻。以服药后食欲、大便情况作为方药调整的重要依据，消化道症状加重则随症调整相关药物。

3 典型病案

刘某，男，61岁，2024年10月12日初诊。患者2022年5月因右侧腰痛伴间歇肉眼血尿就诊，CT示右肾占位，于当地医院行右肾根治性切除术。术后病理：（右肾）肾透明细胞癌，Fuhrman Ⅱ级，pT2bN0M0，手术切缘阴性。术后未行辅助治疗，定期复查。2023年8月复查胸部CT示双肺多发小结节，最大约0.9 cm，考虑转移可能；腹部CT未见复发。2023年9月起口服培唑帕尼800 mg（每日1次）靶向治疗，3个月后复查CT示双肺结节缩小至最大0.5 cm，疗效评价为部分缓解（PR）。用药至6个月时（2024年3月）出现腹泻（每日3～4次）、手足综合征Ⅱ级、血压升高至160/100 mmHg（1 mmHg ≈ 0.133 kPa），患者不能耐受，自行减量至600 mg（每日1次），症状无明显缓解。2024年5月复查CT示双肺结节较前增大至最大1.3 cm，考虑靶向耐药，停用培唑帕尼。2024年6月起予特瑞普利单抗240 mg（每3周1次）联合仑伐替尼8 mg（每日1次）靶免治疗，2个周期后出现蛋白尿（+++）、血肌酐升至138 μmol/L，予仑伐替尼减量至4 mg（每日1次），并加用氯沙坦钾控制血压、减少蛋白尿。4个周期后（2024年9月）复查CT示双肺结节稳定，但新发L3椎体左侧附件区低密度灶，考虑骨转移；患者神疲乏力明显、纳差、腰膝酸软，为求中西医结合治疗，就诊于潘敏求教授门诊。患者有高血压病史5年，口服氨氯地平5 mg（每日1次），血压控制尚可；否认糖尿病、冠心病；

否认肝炎、结核等传染病史；否认食物、药物过敏史。患者因靶向免疫治疗不良反应明显，经充分告知后要求联合中医药减毒增效，签署知情同意书。实验室检查：血红蛋白96 g/L，血肌酐135 μmol/L，估算肾小球滤过率52 mL/（min·1.73 m^2），血清白蛋白32 g/L，尿蛋白（++），血钙2.18 mmol/L，肝功能基本正常；卡氏功能状态（Karnofsky Performance Status，KPS）评分70分，腰背部疼痛视觉模拟评分法（visual analogue scale，VAS）评分3分，日常活动轻度受限。影像学：双肺多发转移结节，最大1.3 cm×1.1 cm；L3椎体左侧骨转移灶。症见：神疲乏力，腰膝酸软，活动后气促，纳食减少，口干不欲饮，夜尿3～4次，大便偏干，2～3日一行，无咳嗽咯血、胸痛；舌淡暗、苔薄白微腻，脉细弱。查体：贫血貌，右腰部手术疤痕长约12 cm，双肺呼吸音清，心率88次/min、律齐，双下肢无水肿。中医辨证：脾肾亏虚，气阴不足，瘀毒内蕴。治则：健脾益肾，益气养阴，化瘀解毒。方用脾肾方合生脉散加减：西洋参15 g，黄芪20 g，白术12 g，茯苓15 g，麦冬15 g，五味子10 g，枸杞子10 g，女贞子10 g，菟丝子10 g，石韦15 g，白花蛇舌草15 g，陈皮10 g，鸡内金10 g，炒麦芽15 g，炙甘草6 g。每日1剂，水煎，早晚分服。西医治疗：继续仑伐替尼4 mg（每日1次）联合特瑞普利单抗240 mg（每3周1次），加用因卡膦酸二钠5 mg（每4周1次）抗骨转移，氯沙坦钾50 mg（每日1次）降压、降蛋白。11月25日二诊：患者服药后乏力较前减轻，纳食增加，腰膝酸软缓解，夜尿减少至2次/晚，大便调，每日一行；仍有轻度口干，活动后气促。1周前因受凉后出现咳嗽、咳少量白痰，无发热，自服感冒药后咳嗽减轻；舌淡暗、苔薄白，脉细。复查：血红蛋白101 g/L，血肌酐128 μmol/L，估算肾小球滤过率56 mL/（min·1.73 m^2），血清白蛋白34 g/L，尿蛋白（+）；KPS评分80分，疼痛VAS评分2分。CT：双肺结节稳定，最大1.2 cm；骨转移灶无进展。前方加桔梗、浙贝母各10 g宣肺化痰，生地黄10 g滋阴清热。西医治疗同前。2025年2月18日三诊：患者病情稳定，乏力不明显，纳食正常，腰膝酸软基本消失，夜尿1～2次，二便调；咳嗽已止。近2周出现轻度腹泻，每日2～3次，无腹痛，考虑与靶向药相关。舌淡红、苔薄白，脉细。复查：血红蛋白108 g/L，血肌酐122 μmol/L，估算肾小球滤过率60 mL/（min·1.73 m^2），血清白蛋白36 g/L，尿蛋白（±）；KPS评分80分。CT：双肺结节稳定，最大1.1 cm；骨转移灶无进展，无新增病灶。特瑞普利单抗已用满8个月，评估后暂停免疫治疗，继续使用仑伐替尼4 mg（每日1次）维持。中药治疗：前方去生地黄、桔梗、浙贝母，加山药15 g，炮姜6 g，健脾温中止泻。15剂，煎服法同前。8月12日四诊：患者一般情况良好，精神、饮食、睡眠正常，无明显不适，生活自理，可从事轻度家务。舌淡红、苔薄白，脉细有力。复查：血红蛋白116 g/L，血肌酐115 μmol/L，估算肾小球滤过率64 mL/（min·1.73 m^2），血清白蛋白38 g/L，尿蛋白阴性，肝功能正常；KPS评分90分，疼痛VAS评分0分。CT：双肺结节较前缩小，最大0.8 cm；骨转移灶稳定、无新发转移。患者靶向药不良反应轻微，耐受性良好。中医药治疗期间无明显肝肾功能损伤，安全性良好。中药改为隔日1剂巩固治疗，继续仑伐替尼4 mg（每日1次）维持，定期随访复查。

按语：该案患者右肾透明细胞癌术后双肺转移、骨转移，经历一线靶向治疗（培唑帕尼）耐药、二线靶向免疫治疗（特瑞普利单抗联合仑伐替尼）出现蛋白尿及肾功能损伤，属于复发转移期与靶向免疫治疗期重叠的阶段。潘老认为此阶段患者以脾肾亏虚、气阴不足为本，瘀毒内蕴为标，加之药毒耗伤气阴，治以健脾益肾、益气养阴、化瘀解毒，方用脾肾方合生脉散加减。方中西洋参、黄芪、白术、茯苓益气健脾，固后天生化之源；麦冬、五味子、枸杞子、女贞子、菟丝子滋肾养阴；石韦清热利湿、凉血止血，善消蛋白尿；白花蛇舌草清解余毒；陈皮、鸡内金、炒麦芽理气和胃。全方以扶正为主，兼清余毒，与小剂量靶向药及抗骨转移治疗协同，既减轻了靶向药相关不良反应，又稳定并缩小了病灶，实现带瘤生存。

该案体现了潘老在此类两期重叠阶段的辨治

思路：药毒损伤突出时以益气养阴、健脾和胃为主，减轻药毒、顾护正气；待正气渐复、不良反应缓解后，逐步加用化瘀解毒之品，扶正与祛邪兼顾。全程以食欲、大便及肾功能变化为方药调整依据，补而不壅，攻不伤正，使患者能够长期耐受西医治疗，改善生活质量。

4 结　　语

潘老辨治肾癌的学术特色体现在三个方面。病机认识上，以“瘀、毒、虚”统摄全程，突出脾肾亏虚的核心地位，并将正邪消长与西医治疗进程动态对应，形成“本虚贯穿全程、标实随期消长”的演变规律。治疗体系上，提出与西医治疗进程相衔接的五期论治框架，直接对应手术、靶向免疫等关键时间窗，尤其对靶向免疫治疗期这一既往医家较少系统论述的阶段做了补充[8-13]。用药风格上，“平和缓攻、顾护胃气”特色鲜明，活血药三层分级及破血药使用指征与禁忌明确，对临床用药具有参考价值。

潘老分期辨治肾癌的经验，为肾癌中西医协同治疗提供了可借鉴的临床思路。其与西医治疗进程衔接的分期论治模式及顾护胃气的用药原则，可在临床推广应用，尤其适用于靶向免疫治疗期减毒增效及晚期患者生活质量改善。后续应开展多中心、大样本临床研究，验证疗效并规范方药组成，推动肾癌中医辨治体系的传承与发展。

参考文献

[1] Rose T L, Kim W Y. Renal cell carcinoma: A review[J]. JAMA, 2024, 332(12): 1001-1010.

[2] Han B F, Zheng R S, Zeng H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. Journal of the National Cancer Center, 2024, 4(1): 4753.

[3] Sung H, Filho A M, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2026, 76(4): e70090.

[4] 晚期肾透明细胞癌系统性治疗中国专家共识专家组，中国临床肿瘤学会肾癌专家委员会，中国抗癌协会泌尿系统肿瘤专业委员会. 晚期肾透明细胞癌系统性治疗中国专家共识(2024版)[J]. 中华肿瘤杂志，2024，46(9)：844-854.

[5] Powles T, Albiges L, Bex A, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and followup[J]. Annals of Oncology, 2024, 35(8): 692-706.

[6] Ren S, Chen X L, Zheng Y, et al. Adverse renal outcomes following targeted therapies in renal cell carcinoma: A systematic review and metaanalysis[J]. Frontiers in Pharmacology, 2024, 15: 1409022.

[7] Zhang Y W, Chen J R, Liu H Y, et al. The incidence of immunerelated adverse events and their association with clinical outcomes in advanced renal cell carcinoma and urothelial carcinoma patients treated with immune checkpoint inhibitors: A systematic review and metaanalysis[J]. Cancer Treatment Reviews, 2024, 129: 102787.

[8] 毕向雁，刘苓霜. 刘苓霜辨证治疗肾癌经验[J]. 湖南中医药大学学报，2018，38(5)：531-534.

[9] 王辉，孙桂芝. 孙桂芝教授治疗肾癌经验[J]. 吉林中医药，2011，31(11)：1066-1067.

[10] 张明辉，朴炳奎，吴洁. 朴炳奎教授治疗肾癌经验[J]. 河北中医药学报，2025，40(3)：60-63.

[11] 张黎颖. 朴炳奎教授治疗肾脏肿瘤经验拾萃[J]. 中医学报，2014，29(6)：704-705.

[12] 张弛，李菁，林丽珠. 林丽珠辨治肾癌经验探析[J]. 中医肿瘤学杂志，2019，1(4)：59-63.

[13] 仲昱.邹燕勤教授治疗肾癌临床经验探析[J]. 南京中医药大学学报，2019，35(6)：728-731.

[14] 邓天好，曾普华，刘珍，等. 基于“瘀、毒、虚”理论探析潘敏求论治肝癌的学术思想[J]. 中医肿瘤学杂志，2021，3(6)：62-66.

[15] 曾普华. 浅析潘敏求辨治恶性肿瘤的学术思想观[J]. 辽宁中医杂志，2016，43(8)：1619-1622.

[16] 张介宾.景岳全书：下册[M]. 李继明，整理.北京：人民卫生出版社，2007：892.

[17] 严用和.重订严氏济生方[M]. 浙江省中医研究所文献组，湖州中医院，整理.北京：人民卫生出版社，1980：82.

[18] 朱震亨.丹溪心法[M]. 王英，竹剑平，江凌圳，整理.北京：人民卫生出版社，2005：1422.

[19] 摆丽，蒋明鸿，王其美. 蒋益兰运用脾肾方治疗化疗后骨髓抑制经验[J]. 湖南中医杂志，2022，38(8)：54-57.

[20] 董丹丹. 脾肾方对大肠癌术后脾肾亏虚证患者化疗免疫功能影响的临床研究[D]. 长沙：湖南中医药大学，2019.

(收稿日期：2026-07-19)
[编辑：徐琦]