

# 从气血水毒论治无症状性蛋白尿<sup>\*</sup>

史淋萍<sup>1</sup> 张超<sup>2</sup> 何匀曦<sup>2</sup> 郭婷婷<sup>2</sup> 蔡舒茵<sup>1</sup> 邱明山<sup>2▲</sup>

**摘要** 无症状性蛋白尿是临床常见的肾脏早期损伤标志,持续存在可导致肾功能进行性下降。目前西医缺乏针对性治疗手段,而中医药在降低蛋白尿、延缓肾病进展方面展现出独特优势,但系统性的中医理论探讨仍较缺乏。文中基于“气血水毒”理论,提出从气、血、水、毒交互为病的角度认识无症状性蛋白尿,认为其病机关键在于脾肾亏虚为本,气血水运行失常、蕴结化毒为标。文中系统阐述了该理论的形成与辨证要点,并附临床验案以说明调和气血、疏利水浊、解毒固精为法的治疗思路,旨在为中医辨治无症状性蛋白尿提供理论参考与临证范例。

**关键词** 无症状性蛋白尿;精微物质;气血水毒

无症状性蛋白尿,亦称隐匿性肾小球肾炎(Latent Glomerular Nephritis, LGN),是一种不伴有血尿或肾小球滤过率下降的原发性肾小球损伤性疾病,又称单纯性蛋白尿或孤立性蛋白尿。患者多无水肿、高血压、肾功能损害及低蛋白血症等临床表现,自身免疫及全身性疾病相关血清学检查均为阴性,常在体检时偶然发现。其尿蛋白排泄量一般不超过 3 g/天,可能是原发或继发性肾脏病的早期表现<sup>[1]</sup>。蛋白尿具有肾脏毒性,可损伤肾小球与肾小管组织细胞,刺激促纤维因子释放,并诱导肾脏纤维化甚至萎缩,导致肾小球滤过率进行性下降。持续的蛋白尿将进一步损害肾脏,引起肾功能减退,患者预后差异较大。目前现代医学对其发病机制尚未完全阐明,亦缺乏针对性治疗方法。近年来,随着现代药理学的发展,已证实黄芪、白术、蝉蜕、紫苏、玉米须、泽泻等多种中药具有降低蛋白尿的作用,相关中成药如金水宝胶囊、百令胶囊、黄葵胶囊等也广泛应用于临床,进一步体现了中医药治疗无症状性蛋白尿的优势。然而,目前仍缺乏关于该病的中医系统理论探讨。为此,笔者将从“气血水毒”理论出发,探讨无症状性蛋白尿的中医辨治思路,并附上临证验案 1 则,以供参考。

<sup>\*</sup>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)

<sup>▲</sup>通信作者 邱明山,男,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:风湿病的中医临床与基础研究。E-mail: qiumingshan@sohu.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学(福建 福州 350122); 2. 福建中医药大学附属厦门中医院(福建 厦门 361000)

## 1 中医对无症状性蛋白尿的认识

尿中蛋白在中医理论中可归属于“精”“精气”或“精微”。中医学虽无对应无症状性蛋白尿的中医病名,但据其可能出现泡沫尿、尿液变白、浑浊等表现,可将其归入“便浊”“尿浊”“虚劳”“精气下泄”等范畴。部分医家将其归为“膏淋”,然《女科切要》载“妇人便浊,或赤如血,或白如泔,不痛者是,痛则淋矣”<sup>[2]</sup>,可知“膏淋”多伴尿时疼痛,与无症状性蛋白尿表现具有较大出入。而《顾松园医镜》言“便浊是便溺混浊而不痛”<sup>[3]237</sup>,此描述与现代医学的无症状性蛋白尿更为贴切。

古代医家认为其病因病机多与先天禀赋不足、摄生不慎、多思忧虑、药毒所伤等有关,致心、脾、肾三脏亏虚,尤以脾肾气虚、脾失固摄、肾失封藏为关键。该病在疾病过程中,因体质差异可兼见肝胆火旺、气滞、痰湿、湿热、血瘀等内生之实邪,病机总属本虚标实。

历代医家论述各异,如《临证指南医案》载“便浊之恙,只在气虚与湿热推求”<sup>[4]</sup>;《内经知要》谓“心肾不足,多有便浊”<sup>[5]</sup>;《杂病源流犀烛》言“盖脾有虚热而肾不足”<sup>[6]</sup>;《医经小学》则云“便浊本热,小便浑浊也。有痰或虚。痰结气郁,或肾气不足,膀胱热甚而浊”<sup>[7]</sup>等。由此可见,“便浊”病机复杂,涉及多脏,并常兼夹多种实邪。

故其治当分清标本虚实,如朱丹溪提出“与痢疾带下同治……便浊治法,大概宜燥湿降火,兼升举之”<sup>[6]</sup>;《医学刍言》主张“初宜治脾渗湿热;久宜补肾固精”<sup>[8]</sup>。现代名医亦有新发挥,如朱彩凤化用妇科崩漏

“塞流、澄源、复本”之法治疗无症状性蛋白尿,取得良好疗效<sup>[9]</sup>,皆可为临床提供参考。

## 2 从气、血、水、毒论治

### 2.1 气、血、水与脾肾两脏关系密切

肾、脾两脏分别为先天与后天之本。肾主藏精,主骨生髓化血,血液的生成依赖于充足的肾精。肾精可化生肾气,肾气为人体一身之气的根本;而元气则为人体最基本、最重要的气,是生命活动的原动力。元气根源于肾,由先天之精所化,并赖后天之精充养,具有推动脏腑气化与精、血、津液正常施泄、输布的作用。血液的正常循行,根本上有赖于肾气的调控。

肾精、肾气、元气的充盛,又依赖于脾胃所化生的后天之精的补充。《脾胃论》云:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气……脾胃之气即伤,而元气亦不能充。”<sup>[10]</sup>《血证论》曰:“脾统血,血之运行上下,全赖于脾。脾阳虚,则不能统血。”<sup>[11]</sup>若脾胃受损,则精、气、血化生乏源。

《类经》有“道家曰涕、唾、精、津、汗、血、液……皆无非五液之属耳”<sup>[12]</sup>之说。此类有形、可流动、可互化互充的营养物质,可视为具有生理功能的“水”。脾气(阳)不足,则机体诸多有形营养物质失于固摄而外溢;而脾肾亏虚,一身之气亦虚,生理之“水”不能实现“水津四布,五经并行”,渐可转化为病理的“水”,并据其黏稠、清稀之别进一步划分为痰、湿、饮。由此因虚致实,又因实愈虚,衍生出气滞、血瘀等一系列病理变化。

### 2.2 气血水胶结、酿毒攻肾

中医关于“毒”的内涵多样:或指药物的偏性与峻烈之性,如《神农本草经》据功效和毒性对药物进行分类;或作为病因,如《黄帝内经》所言“大风苛毒”;亦可作为病名,如“丹毒”“梅毒”等。笔者所论之“毒”,不属上述三类,而是指气、血、水三邪盘踞人体、胶结不解而酿之毒,正如《金匱要略心典》所言:“毒者,邪气蕴蓄不解谓也。”<sup>[13]</sup>肾为水脏,元气之根,主藏精、纳气。其生理特性与功能,决定了肾与气、血、水三者关系密切。故而气滞、血瘀、水湿等邪蕴结不散,酿化为毒时,亦易累及肾脏,导致一系列病变。

### 2.3 无症状性蛋白尿之气、血、水、毒之变

无症状性蛋白尿以尿中少量蛋白漏出为主要表现。蛋白属精微物质,可归属于中医理论中的广义之“精”,是构成和维持人体生命活动的基本物质。精、气、血关系

密切,可相互化生、相互补充。精能化气,气能生精、摄精,精血互生,血可养精。因此,无论精、气、血三者中出现何种运行不畅或是亏虚,均会相互影响而致病。

精源于饮食水谷,经脾胃化生而成。脾为后天之本,主升清、固摄;肾为先天之本,主藏精,如《素问·六节藏象论》所言“肾者主蛰,封藏之本,精之处也”。肾亦主气化,司二便。肾藏精之功,有赖于肾气的充盛。肾气作为一身之气的根本,由肾精化生,既禀受于先天,又需后天之精的不断充养。肾脾二脏分司先、后天,脾化生气血以充养后天。李东垣谓“百病皆由脾胃衰而生”<sup>[10]</sup>;《素问·经脉别论》云“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”。脾气亏虚则清气布散不利,不升反降,肾失后天充养,气不摄精,封藏失职,气化不利,终致精微物质下泄,从小便而出,形成蛋白尿,正如《灵枢·口问》所载“中气不足,溲便为之变”。

脾气亏虚,运化乏力,气血化生乏源,精微输布失常,肾精失养。《诸病源候论》曰“肾藏精,精者,血之所成也”<sup>[14]</sup>,精不化血则营血亏虚,气、精、血俱虚,终致气虚血瘀、血瘀气滞为患。“血不利则为水”“久病必瘀”,瘀血阻碍气机,水液代谢不利,加之气虚气滞,津停为痰为湿,终使气、血、水三者交织为患。日久蕴结不解,酿生内毒,《不居集》言“虚劳之人,精不化气,气不化精,脏气已亏,邪气乘之,则藏不固,或遗精,或赤白浊而漏失无常也。愈虚则精浊愈甚,精浊愈甚则令人愈虚……”<sup>[15]</sup>,可知精微漏出愈久,脏腑愈虚,气滞、血瘀、痰湿水饮等邪气壅滞愈重,形成本虚与标实相互加重的恶性循环。

故论治应从气、血、水、毒着手。“气血水”理论雏形首见于《金匱要略·水气病脉证并治》,此时仲景已提出气分、血分、水分概念<sup>[16]</sup>。《血证论》进一步指出“水病则累血,血病则累气,气分之水阴不足,则阳气乘阴而干血,阴分之血液不足,则津液不下而病气……血虚则精竭水结,痰凝不散”<sup>[17]</sup>,说明气、血、水在生理上密切关联、动态平衡,在病理状态下亦相互影响,常为互为因果的病理产物,相互胶结。

随着气血水理论的日益完善,日本汉方医家吉益南涯在其父吉益东洞“万病一毒论”基础上提出“气血水说”,认为“万病皆一毒,然毒无形,必乘有形之气血水三物,毒乘之而成证”。其治疗上强调祛此三毒,即“治病一于攻,而无补益也”<sup>[17]</sup>。然精微漏出者脏腑

本虚,正气不足,无力祛邪,所谓“祛邪必先扶正,正足邪自去”,故治疗无症状性蛋白尿应把握其本虚标实之病性,做到扶正祛邪、标本兼顾。

若病情轻浅,正气尚足,可据气、血、水邪之轻重,选用理气、活血、化痰祛湿利水之品,以祛标实之邪,避免酿毒为患,后期再予补虚之法,据脏腑气血阴阳之虚予以相应补益。若病情较重,尿液浑浊、泡沫明显,气血水等邪已酿毒内蕴,损及脏腑,则当攻补兼施,扶助正气以防攻伐伤正,并佐以葛根、紫苏等解毒之品。

**2.4 辨气血水之轻重** 血与水(痰湿)在生理上相互联系、互化互充,作为病理产物常同时为患,有水饮(痰湿)必见血瘀,有血瘀必见饮(痰湿)停,二者关系密切。临证若见血瘀,必警惕水饮(痰湿)生成,活血须不忘利水,反之亦然。由于血、水同为有形之邪,治疗上宜气血水同治,故辨气血水之轻重,实为辨无形之气与有形之血、水(痰湿)的偏重。

判断邪气轻重,需四诊合参,审察气的有余不足及其升降出入运动,据此选用理气、补气、降气、升提等法。瘀血、水饮(痰湿)为有形之邪,其形成必碍气机运行,故见血瘀、水饮(痰湿)时,当气血水并治。在三者同治的前提下,再依四诊资料权衡治气、治血、治水(痰湿)之主次。

然在气病初期,未必皆见血、水之形,此时应以治气为先,亦可稍佐活血利水之品,以防传变,即“见肝之病,知肝传脾”之意。气血水常相互胶结,轻重难辨,然其寒热属性可辨。因此,治疗时应应在辨明寒热的基础上,谨慎斟酌用药,据患者体质虚实、耐受与否,择选活血、理气、利水(化痰祛湿)之品,再以药后反应为参照调整用药,此即“以药测证”。

在患者病程中,气血水之轻重并非静止,而是处于动态演变之中。医者亦需动态调整治法、药味与剂量,动态把握治气、治血、治水(痰湿)之侧重,方能有效祛邪而不伤正。无症状性蛋白尿患者多属本虚标实,更须分清虚虚实实,其病程迁延,非可速效,不可毕其功于一役,而应依据药后反应及现代医学检验指标,在把握其基本病机的基础上,随病理产物之变化而灵活调方。

**2.5 治疗无症状性蛋白尿气血水毒之方药** 无症状性蛋白尿患者常见脾肾两脏功能减退,血水互结成毒,可进一步导致脏腑功能不利。肾主气化,司二便,故临床应重视恢复肾之气化。患者多兼气虚气滞,而

肝主条达气机,故可从肝论治,调畅气机以助肾之气化。

若病情较轻,未累及血、水,可以小柴胡汤为基础方调畅枢机,以正气化;气虚明显者,可加大剂量黄芪,既补气固本,又取其降蛋白尿之效,标本兼顾。

若病情从气虚、气滞发展至水瘀互结阶段,此阶段病机复杂,常气血两虚、气滞血瘀水结并存。病情稍轻者,可用当归芍药散加黄芪加减,以养血活血、健脾利湿、益气固本;较重者则予小柴胡汤合当归芍药散加黄芪加减,兼收调枢、补气、养血、活血、利水、助气化之功。

若水瘀互结更甚,可用桂枝茯苓丸加减以活血利水,方中桂枝兼可助阳化气。水瘀互结必碍气行,故治疗上可据气滞轻重,合小柴胡汤或四逆散以疏理气机;若兼气虚,则酌加黄芪等补气之品。

若病情进一步发展,水瘀互结郁而化热,标实急重,可暂用下瘀血汤加甘遂或大黄甘遂汤加减,先攻其标,后再从气化调本、顾护正气。

总之,治疗无症状性蛋白尿应重视恢复气化功能,肾之气化不利可通过调理他脏(如肝、脾)间接实现。针对气滞、血瘀、水停等病理产物,可选用小柴胡汤、当归芍药散等方化裁,并根据气、血、水之偏重,配伍祛邪而不峻烈之品,如佛手、香附、泽兰、三七粉、郁金等,以达祛邪不伤正、扶正不留邪之效。

### 3 病案举隅

吴某,男,21岁,2025年3月17日初诊。主诉:体检发现尿蛋白阳性1年余。现病史:1年余前体检发现尿蛋白阳性,肾功能、自身免疫相关检查均未见异常,尿蛋白定量未达肾穿刺指征。无高血压、糖尿病等病史。曾间断于当地医院进行中医调理,并口服贝那普利,其间尿常规持续提示尿蛋白(+~+++)。1周前复查尿微量白蛋白172 mg/L,遂来就诊。刻诊:无泡沫尿,无颜面及肢体浮肿,无口干口苦,纳眠可,二便调。舌晦红,苔白,脉细、关部弦。中医诊断:尿浊,辨为脾肾亏虚,气血两虚,水瘀互结证。治法:活血养血,益气利水,补脾益肾,固摄精微。处方:当归芍药散加味。药用:当归10 g,川芎10 g,白芍10 g,白术10 g,泽泻10 g,茯苓20 g,黄芪45 g,玉米须15 g,牡蛎30 g,淮山药30 g。14剂,日1剂,常规水煎,分2次服。

2025年3月31日二诊:无口干口苦,纳眠可,二便

调。舌晦红，苔白，脉细弦。复查尿常规：尿蛋白(±)。继守前法，加强益气固肾。守上方黄芪加至 60 g，加仙灵脾 10 g。14 剂，日 1 剂，煎、服法同前。

2025 年 4 月 14 日三诊：无不适，纳眠可，二便调。舌晦红，苔白，脉细、左关尺偏涩滞弦。复查尿常规：尿蛋白(-)。继守前法，佐以疏理气血。守上方加香附 6 g，14 剂，日 1 剂，煎、服法同前。

2025 年 5 月 5 日四诊：晨起尿中多泡沫，近期无外感、无剧烈运动，纳眠可，大便调。舌晦红，苔白，脉细弦。复查尿常规：尿蛋白(++)。继守前法，加强固摄精微、化浊解毒。守 3 月 31 日方加金樱子 30 g，紫苏叶 10 g。14 剂，日 1 剂，煎、服法同前。

2025 年 5 月 21 日五诊：已无泡沫尿，纳眠可，二便调。舌晦红，苔白，脉细弦。复查尿常规：尿蛋白(-)。继守前法，巩固疗效。守上方继进 14 剂。日 1 剂，煎、服法同前。

按 本案患者为青年男性，平素体健，无既往病史及基础疾病。其无症状性蛋白尿主要缘于先天禀赋不足，脾肾亏虚。脾失升清固摄，肾气化不利、封藏失职，脾气虚则气不摄精，致精微下趋小便而出，故见泡沫尿、实验室蛋白尿。精微久漏，精血不足，气血两虚，进而营血亏虚、血行不利，日久因虚致瘀，五脏失养，形成本虚标实之证。其本在于脾肾两虚、气化失司，其标在于气血水运行不畅。

无症状性蛋白尿为肾衰前兆，肾衰必见血瘀，血瘀又致水停、气滞。患者舌晦红、脉弦为水瘀互结之征，然未见肌肤甲错、舌紫暗瘀点、面色黧黑等明显瘀血证，亦无头晕、目眩、腹胀、肢困、心悸、咳喘、便溏等水饮(痰湿)见证，可知其水瘀互结尚轻，有形之邪不甚，气滞亦微，故当标本同治。方用当归芍药散加味，以活血养血、益气利水、补脾益肾、固摄精微。

方中当归、川芎、白芍活血养血通脉；白术、茯苓、泽泻健脾利水、渗湿泌浊；黄芪、玉米须为降蛋白尿常用药对，功擅益气升阳、降浊行水、助肾气化；牡蛎收摄精微兼能利水；山药补益脾肾、益气涩精。全方补泻兼施，升降并调，旨在调节气、血、水之运行。

二诊时患者蛋白尿(±)，提示标证改善，故守方加强治气以利气化，增黄芪用量以增益气升阳、降浊行水之功；加仙灵脾补肝肾、壮阳气、助气化，亦寓“从肝论治”以调气机、助肾化之意。三诊时患者尿蛋白转阴，本欲守方巩固，然脉见左关尺偏涩滞弦，显系气滞血瘀之象，故加少量香附疏理气血，防其病情反复，又

避辛香耗正之弊。四诊时患者脉象改善，但见晨起泡沫尿明显，精微下泄加重，提示正气更虚，故撤香附，仍守 3 月 31 日方，加金樱子补肾固精缩尿，并经验性佐紫苏叶理气利水、祛风解毒，以应对可能的不典型外邪诱发。五诊时患者尿蛋白转阴，疗效显著，遂守方巩固。此后患者长期调治，虽偶有反复，然始终以当归芍药散为基础，据舌脉变化判断气、血、水之偏重而灵活加减，仍能维持显著疗效。

## 4 总结

治疗无症状性蛋白尿，贵在早发现、早干预，以尽可能降低患者尿蛋白水平，减轻其对肾脏的长期毒性作用，从而延缓病情进展、避免进一步肾损害。中医药在此领域具有明显优势。在辨明标本虚实的基础上，从“气、血、水、毒”理论入手论治无症状性蛋白尿，可为临床提供新的思路与方法。

## 参考文献

- [1] 杨晖, 徐舒蔓. 补肾健脾活血汤治疗隐匿性肾小球肾炎的临床疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(30): 4591-4592.
- [2] 吴道源. 女科切要[M]. 北京: 中国古籍出版社, 1999: 13.
- [3] 顾靖远. 顾松园医镜[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 237.
- [4] 叶天士. 临证指南医案[M]. 上海: 上海人民出版社, 1959: 173.
- [5] 李中粹. 内经要论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 71.
- [6] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 264.
- [7] 刘纯. 医经小学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 59.
- [8] 王旭高. 王旭高医书全集[M]. 褚玄仁, 辑著. 李顺保, 审订. 北京: 学苑出版社, 2001: 31.
- [9] 包自阳, 叶晴晴, 李先法, 等. 朱彩凤临证治疗肾脏病经验方举隅[J]. 江苏中医药, 2019, 51(5): 22-24.
- [10] 李杲. 脾胃论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 2, 15.
- [11] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 3, 9.
- [12] 张景岳. 张景岳医学全书[M]. 胡国臣, 编. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 304.
- [13] 尤在泾. 金匱要略心典[M]. 李云海, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 27.
- [14] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 50.
- [15] 吴澄. 不居集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 315-316.
- [16] 孟红艳. 司国民教授基于气血水理论辨治慢性肾脏病的经验研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2024.
- [17] 袁伟明, 谭爱华, 石和元, 等. 基于吉益南涯“气、血、水”学说辨治桥本甲状腺炎[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(12): 41-43.

(收稿日期: 2025-07-11)

(本文编辑: 蒋艺芬)