基于玄府理论辨治特发性膜性肾病*

乔琳[1]，王礼清[2]，金艳[2]

1. 山东中医药大学，山东 济南 250014；2. 济南市中医医院肾病科，山东 济南 250002

摘要：膜性肾病是常见的原发性肾小球疾病，以蛋白尿、水肿为主要临床症状，西医常以钙调磷酸酶抑制剂、利妥昔单抗等治疗为主，但其费用较高，不良反应明显且容易反复发作。玄府“开阖失司－郁阻不通－痿闭失用”是导致特发性膜性肾病发病的根本原因，玄府功能失调、结构受损是其主要发病机制，临证应以开通玄府、宣通气液为主要治则分期辨治。初期当祛风开玄、益气固表、涩精消肿；中期开通玄府，重在健脾而畅通气机；后期扶正固本、平衡阴阳。

关键词：特发性膜性肾病；玄府理论；开通玄府；分期辨治

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.11.367

中图分类号：R256.5　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)11－2339－04

Treating Idiopathic Membranous Nephropathy Based on Xuanfu Theory

QIAO Lin[1], WANG Liqing[2], JIN Yan[2]

1. School of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji′nan Shandong China 250014;
2. Department of Nephrology, Jinan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ji′nan Shandong China 250002

Abstract: Membranous nephropathy is a common primary glomerular disease in China, mainly characterized by proteinuria and edema. Western medicine typically treats it with calcineurin inhibitors, rituximab, and other therapies; however, these treatments are costly, have significant side effects, and the disease often recurs. According to the Xuanfu theory, "failure of opening and closing of Xuanfu－stagnation and obstruction－atrophy and loss of function" is the main pathogenic pathway of idiopathic membranous nephropathy. Dysfunction and structural damage of Xuanfu are the primary mechanisms, and clinical treatment should focus on opening Xuanfu and regulating Qi and body Fluid, with treatment staged accordingly. In the early stage, in treatment we should focus on eliminating Wind, opening Xuanfu, tonifying Qi to consolidate the exterior, restrain essence and reduce edema; in the middle stage, the focus should be on opening Xuanfu and strengthening the Spleen to facilitate the flow of Qi; in the late stage, the approach should be supporting the Zheng Qi and consolidating the root of body to balance Yin and Yang.

Key words: idiopathic membranous nephropathy; Xuanfu theory; opening Xuanfu; staged treatment

膜性肾病[1]（membranous nephropathy，MN）是以肾小球基底膜上皮细胞下免疫复合物沉积，并伴有基底膜弥漫性增厚为特征的肾小球疾病，其中原因不明者为特发性膜性肾病（idiopathic membranous nephropathy，IMN），占 MN 的 70% 左右。IMN 以蛋白尿、水肿为主要临床症状，西医常以一般治疗、钙调磷酸酶抑制剂、利妥昔单抗等治疗为主[2－3]，但其费用较高，不良反应明显且容易反复发作。中医辨治 IMN 的优势日益凸显，不仅可以改善 IMN 的临床症状，还可减少不良反应发生，提高患者生活质量及改善预后。笔者从结构、功能、病理等多角度联系玄府与肾小球滤过屏障，认为玄府功能失调、结构受损

*基金项目：山东省中医药科技发展计划项目（2019－0533）；济南市名中医“薪火传承 231 工程”项目｛济卫发〔2011〕39 号｝；2022 年济南市卫生健康委员会科技计划项目（2022－中－24）

是 IMN 的发病机制，主张以开通玄府、宣通气液为主要治则，提出分期辨治。

1　玄府理论溯源与内涵

“玄府”首见于《黄帝内经》。《素问·水热穴论》曰：“所谓玄府者，汗空也。”认为玄府具有发泄汗液、泄越卫气的功能[4]。《杂病源流犀烛》中载“腠理亦曰玄府”，二者均为狭义玄府。刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中扩展了对玄府的认识，认为：“玄府者，无物不有，人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙，至于世之万物，尽皆有之，乃气出入升降之道路门户也。”具体阐述了玄府是无物不有的极细微结构，具有流通气液、畅达气机、渗灌气血、运转神机、调节阴阳等生理功能，深化了中医对于人体微观结构的认识。清代周学海认为，玄府乃人体最细小的络脉。王明杰[5]认为，玄府是孙络的进一步分化，并系统阐述了玄府分布广泛、结构微细、贵开忌阖的功能特点。随着玄府理论的发展，众医家开始借助现代科学技术探索其实质，从细胞角度具象化玄府的结构。常富业等[6]提出“玄府－细胞间隙”假说，认为细胞间隙可能为玄府的结构基础，并认为玄府为气液流通之处，若开阖失司，则会导致局部水湿停滞，发展为水淫玄府[7]。张天娥等[8]认为，水通道蛋白可能是玄府的重要表现形式之一。玄府不仅是脏腑经络具有的极细微结构，同时道窍合一，其开阖通利之性是发挥自身功能的结构基础，只有玄府开阖有度，通畅条达，气血精津液才能借助玄府运达全身，发挥正常生理功能。

2　基于玄府理论论治 IMN

IMN 以蛋白尿、水肿等为主要临床症状，此外还常伴有血液高凝状态，易形成血栓[9]。中医多将 IMN 归属为“水肿”“尿浊”“肾风”等。国医大师张大宁认为，IMN 的基本病机为本虚标实，肾虚、血瘀及湿热是病情进展的主要因素，风邪是病情反复、多变的主要诱因[10]。曾勤等[11]在胡镜清教授提出的“痰瘀兼化”理论影响下，认为痰湿瘀兼化是导致 IMN 病情加重或迁延难愈的重要原因，主张在健脾补肾基础上重视行气活血、祛湿化痰。赵玉庸教授提出“肾络瘀阻”的学术思想，认为 IMN 发病基础为本虚标实，瘀血阻滞于肾络，提倡以健脾补肾、活血通络为治疗大法，疗效显著[12]。当代诸家对 IMN 病机虽各有见解，但主要以肺、脾、肾三脏功能失调为主，病理因素主要围绕血瘀、痰浊、水湿、风邪等，最终导致脏腑功能受损，虚实夹杂，疾病缠绵难愈。

基于玄府理论可将 IMN 分为三期论治。初期以肺肾受损，玄府开阖失司为主要病机。患者平素劳倦，内伤于肾，恰逢外感风邪，上犯于肺，下扰于肾，如《诸病源候论》中载：“肾劳则虚，虚则汗出，汗出恶风，风气内入，还客于肾。”导致玄府开阖失司，一则开放太过，精微物质外泄，则见蛋白尿、血尿；二则闭而不通，水液流通不畅，滞于肌肤而发水肿。中期水液停滞日久而生痰、生湿，阻碍中焦脾胃，郁闭玄府，逐渐发展为脾肾亏虚。中期中焦失运，痰湿内生，阻碍气机，气机逆乱导致玄府郁闭，阳气郁遏而化热，日久消灼津液，可见纳呆、口干；气虚则血行不畅，瘀血停滞，闭阻玄府，则见面色晦暗，腰痛。《医经溯洄集》中指出“郁者，滞而不通之意”，痰浊、瘀血、水湿滞于玄府，一方面玄府闭而不通，气液失宣，水湿内停，可见腹胀，困倦，四肢沉重；另一方面，久病致虚、致瘀，进一步加重水湿、瘀血的产生导致玄府闭塞，形成恶性循环。机体阴阳失衡，肺、脾、肾三脏功能受损，营卫失和，复感风邪，导致疾病反复、多变，日久失治，逐渐进展至后期。脾为后天之本，气血生化之源，脾气受损，生化乏源；肾为先天之本，是人体各脏腑阴阳的根本，病久伤阴伤阳，肾之阴精亏虚则不能濡养，肾之阳气不足无力温煦，玄府失于濡润，结构受损，因虚而滞，逐渐衰竭痿闭，尿量渐少甚至无尿，此期临床最为危重，涉及肾心，预后差，常危及生命。由此可见，IMN 以玄府“开阖失司－郁阻不通－痿闭失用”为主线，以肺、脾、肾三脏为主要病变脏腑，风邪作祟，导致玄府开阖失司，瘀、湿、痰、热郁滞玄府，日久结构受损，玄府失荣，走向衰竭。

现代医学研究也支持肾玄府在 IMN 中的重要作用。足细胞及裂孔隔膜作为肾小球滤过屏障中决定性的孔径屏障，在 IMN 发病机制中占有重要地位。目前仍以足细胞递呈的抗原与特异性抗体结合形成原位免疫复合物，激活补体引起损害作为 IMN 发病的必备条件[13－14]。韩世盛等[15]以此为依据，提出“肾玄府－足细胞裂孔隔膜”假说，认为肾玄府与足细胞裂孔隔膜存在孔径样形态、通利开阖特性、流通与转导滤过作用以及病变表现等方面的高度相似性，提示足细胞裂隙隔膜可能是玄府在肾脏的超微结构之一。同时 IMN 的 I 期典型病理表现即有小块电子致密物沉积于肾小球基底膜，随着疾病严重程度增加，电子致密物逐渐变大并导致肾小球基底膜增厚，影响预后，这些表现均可认为是病理产物滞于肾玄府[16]。

3　开通玄府，宣通气液是 IMN 的基本治则

针对 IMN 不同时期的病理特点可知，玄府开阖失司，通利失调是 IMN 致病之本，总以开通玄府为主，兼以祛风、活血、利湿、化痰、清热，从整体调畅气机，平和阴阳，同时纠正玄府病理状态，以此恢复机体正常功能。

3.1　初期－祛风开玄，益气固表，涩精消肿　风邪是 IMN 病情发作的主要原因，玄府开阖失司，肾失封藏，导致蛋白质等精微物质从尿中外泄，故需采用风药祛除邪实，以助玄府功能恢复，达到阴阳平和的状态。IMN 初期为风邪犯肺，可用葛根、桂枝、荆芥、白芷等解表祛风，宣通气液，通利玄府，使水液得以正常输布，则肿退症消。IMN 发作期则为风邪趁虚伤表，夹湿、夹瘀郁闭玄府，导致病情反复或加重，可运用辛味风药如雷公藤、鬼箭羽、穿山龙等，辛以通玄，开发郁结，祛风胜湿，以通为补，从而使津液疏通，神机运转，以恢复肾玄府的开阖功能。肺肾两虚，则卫表不固，风邪易侵，因此在表邪已除时需稍加用益气固表之品如防风、黄芪、白术，使得卫气坚固，邪不可犯。玄府开放太过而致精微外泄，配伍收敛固涩之品如金樱子、芡实等，使得精不外溢，恢复玄府之功。

3.2　中期－开通玄府，重在健脾，畅通气机　脾肾气虚是 IMN 中期最根本的病机。中焦失运，痰、湿、瘀内生，郁滞玄府而发病。因此，当着重补益脾肾，同时辨别病理产物之特性，采用活血开玄、祛痰开玄、利湿开玄等法，对症用药。玄府开放太过或开而不阖，气血津液渗透太过，精微物质外溢，进一步耗伤气血，玄府因虚而滞。《证治汇补》中载：“治郁之法，多以调中为要者……而脾胃亦先受伤，所以中焦致郁恒多也，治宜开发运动。”应当首先调节脾胃之功，选用黄芪、当归、党参、菟丝子、山药、黄精、熟地黄等健脾益肾固玄，使玄府得以濡养，气血充盛，阴阳和平，则玄府恢复正常的流通渗灌。临床上使用补益剂时，可配伍枳壳、香附等行气之品，使得补而不留滞，气机畅通。

IMN 多伴有血液高凝状态，乃脾肾气虚，血行不畅而致。同时 IMN 肾脏病理表现多伴有基底膜上免疫复合物沉积、基底膜增厚，这些均为瘀血停滞于玄府之象。因此治疗上，常选用如王不留行、鸡血藤、丹参、刘寄奴、川芎、莪术等活血化瘀之品，使瘀血散开，恢复玄府正常开阖之功；还可配伍水蛭、地龙、全蝎等虫类药，其善入络脉，循行气血，使玄府得通，气血流通顺畅，恢复开阖之功，改善血液高凝状态。脾失运化，酿痰生湿，妨碍玄府正常的流通渗灌功能，治当祛痰利湿，通利玄府。用药前需辨明痰、湿的寒热之性，再加以用药，多选用半夏、浙贝母、石菖蒲、砂仁、白豆蔻、苍术、厚朴、佩兰、秦艽等，使痰湿去除，玄府自通。目前 IMN 治疗仍以激素、钙调磷酸酶抑制剂等免疫抑制剂为主要方法，此为补阳之物，壮火之势明显，热盛则易致玄府密闭，阳气怫郁，热郁化火而致阴虚燥热，正如《素问玄机原病式》中“所谓热甚则腠理闭密而郁结也。”因此，当清透火热，调畅气机，多选用栀子、连翘、淡竹叶、牡丹皮、赤芍、知母等宣发郁热，少佐川楝子、佛手、青皮等畅达气机。

3.3　后期－扶正固本，平衡阴阳　IMN 后期，玄府失荣，肺脾肾三脏亏虚，机体阴阳失衡，治当扶正固本。病久肾阴阳亏虚，玄府失于濡养，结构受损，玄府功能逐渐衰败，临床常用黄芪、杜仲、党参、菟丝子、山药、黄精、熟地黄、百合为基础，补脾益肺固肾，同时配伍活血化瘀、利水祛湿、化痰行气之品，开发郁结，宣通气液，调节阴阳。

4　验案举隅

患者，男，45 岁，2022 年 6 月 19 日初诊。2015 年因双下肢水肿行肾穿刺，病理诊断为膜性肾病，既往体健。刻下症见：双下肢凹陷性水肿，平素乏力，腰酸痛，纳呆眠可，小便泡沫较多，平素食生冷后易腹泻，大便溏，质黯，舌暗红苔微黄偏厚，脉沉细。查：尿蛋白（＋＋＋），尿潜血（＋＋），24 小时尿蛋白定量＞3.0 g。证属脾肾气虚，兼湿浊血瘀。治法：补益脾肾，祛风利湿，解毒消肿，活血开玄。处方：黄芪 30 g，赤芍 15 g，防风 10 g，芡实 15 g，炒白术 15 g，穿山龙 30 g，炒僵蚕 15 g，王不留行 15 g，枸杞子 15 g，车前子 10 g，半枝莲 30 g，党参 15 g，菟丝子 15 g，川芎 9 g，莪术 15 g，冬瓜皮 30 g，砂仁 9 g，鬼箭羽 15 g，薏苡仁 20 g。14 剂，每日 1 剂，水煎服，早晚温服。

2022 年 7 月 26 日二诊，刻下症见：双下肢水肿明显减轻，乏力改善，晨起腰酸，纳眠可，小便泡沫减少，大便日 1～2 行，质稍黯，舌暗红，苔微黄，脉沉弦。查：尿蛋白（＋＋），尿潜血（＋），24 小时尿蛋白定量 2.1 g。上方加鸡血藤 15 g，山药 20 g。继服 14 剂。

2022 年 8 月 30 日三诊，刻下症见：未见双下肢水肿，稍感乏力，偶腰酸，纳眠可，小便伴少量泡沫，

大便日 1 ~2 行,质可,舌质稍暗苔薄黄,脉弦。查:尿蛋白(+ +),尿潜血(+ -),24 小时尿蛋白定量 1.5 g。上方去枸杞子、冬瓜皮,加地龙 10 g,五味子 9 g,牛膝 10 g。继服 14 剂后复查尿蛋白(+ +),潜血(-),24 小时尿蛋白定量 1.0 g。因患者未能及时复诊,上方自行继服 1 个月余。

2022 年 10 月 11 日四诊,查:尿蛋白(+),潜血(-),24 小时尿蛋白定量 0.5 g,自述无明显不适,上方去莪术、赤芍、薏苡仁、半枝莲,加益母草 10 g,继服 14 剂后复查:尿蛋白(-),尿潜血(-),24 小时尿蛋白定量 0.2 g。嘱守方继服 14 剂并复查:24 小时尿蛋白定量 0.12 g,患者无明显不适,遂停药,嘱慎起居,避风寒,畅情志,适饮食。

按语:患者以乏力、双下肢水肿、泡沫尿为主症,伴便溏、腰酸等,综合舌脉,辨证为脾肾亏虚,兼血瘀湿浊。患者素体脾胃虚弱,脾虚失运,气血无力输布四肢则见乏力;水液内停,湿邪困脾则见大便溏泄;玄府开阖失司,精微外泄则见尿蛋白,脾虚血行不畅,日久生瘀血,则见舌质暗红,瘀血闭阻经脉则见腰酸痛,治当健脾补肾、活血利水为主,佐解毒通络、祛风利湿。方中黄芪、芡实、枸杞子、菟丝子健脾补肾益气,炒白术、薏苡仁健脾祛湿,防风、穿山龙祛风利湿,王不留行、莪术活血散结,僵蚕、赤芍化瘀通络,车前子、冬瓜皮利尿消肿,砂仁化湿开胃,半枝莲清热解毒,鬼箭羽解毒消肿,山药助脾益气,鸡血藤加大活血化瘀之功,地龙助通络祛瘀,牛膝活血利水,忍冬藤集疏风通络、清热解毒于一身,益母草活血利水。全方共奏活血化瘀,健脾益气,补肾填精,解毒通络,利水消肿,寓通于补,开玄固玄并施之功。

5　结语

玄府是中医理论之一,具有独特的辨治体系,应当结合整体和微观辨证,系统论治。IMN 病程较长,预后不良,西医对症治疗效果一般,尤其应用免疫抑制剂及激素后不良反应明显,影响患者生存质量及预后。IMN 病机较为复杂,但基本以脾肾亏虚为本,风、湿、痰、瘀为标。金艳教授基于玄府理论,认为玄府“开阖失司 - 郁阻不通 - 痿闭失用”是导致 IMN 的根本原因,主张以开通玄府,宣通气液为主要治则,提出分期辨治。同时重视风邪在 IMN 病情反复、加重中的重要地位,做到“未病先防,既病防变,瘥后防复”。

参考文献:

[1]王海燕,赵明辉. 肾脏病学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2020.
[2]康桂兰,李建省,王英明,等. 基于数据挖掘探析中医药治疗特发性膜性肾病证治规律[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(4):12 - 17.
[3]北京大学医学部肾脏病学系专家组. 利妥昔单抗在膜性肾病中应用的专家共识[J]. 中华内科杂志,2022,61(3):282 - 290.
[4]张凯文,陈家旭,刘玥芸,等.《黄帝内经》玄府理论的临床意义探讨[J]. 中华中医药杂志,2022,37(4):2342 - 2344.
[5]王明杰.“玄府”论[J]. 泸州医学院学报,1984,7(3):1 - 5.
[6]常富业,王永炎,高颖,等. 玄府与细胞间隙的比较[J]. 安徽中医学院学报,2005,24(2):1 - 3.
[7]常富业,王永炎,高颖,等. 水淫玄府与隐性水肿假说[J]. 山东中医杂志,2004,23(11):643 - 645.
[8]张天娥,罗再琼,张勤修,等. 玄府与水通道蛋白的比较[J]. 辽宁中医杂志,2009,36(7):1110 - 1111.
[9]闫燕顺,王英明,张雯年,等. 膜性肾病的中西医治疗进展[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(9):49 - 51.
[10]李亚东. 张大宁教授治疗膜性肾病经验[J]. 光明中医,2018,33(13):1868 - 1869.
[11]曾勤,闫蕾,余仁欢,等. 从痰湿瘀兼化探讨特发性膜性肾病的病机特点[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(9):1410 - 1412.
[12]许畅,周文平,牛洁琪,等. 赵玉庸教授治疗特发性膜性肾病经验[J]. 河北中医药学报,2023,38(4):51 - 54.
[13]牛书芳. 原发性膜性肾病足细胞损伤与 Klotho 蛋白相关性研究[D]. 太原:山西医科大学,2018.
[14]闫燕顺,王英明,张雯年,等. 膜性肾病的中西医治疗进展[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(9):49 - 51.
[15]韩世盛,王怡,徐艳秋,等.“肾玄府”实质探讨:“玄府 - 足细胞裂隙隔膜”假说[J]. 上海中医药杂志,2013,47(12):28 - 30.
[16]魏琪玺. 特发性膜性肾病的临床资料、病理及不同治疗分析[D]. 昆明:昆明医科大学,2022.

收稿日期:2025 - 05 - 16

作者简介:乔琳(1998 -),女,山东威海人,硕士研究生,研究方向:中医药治疗肾脏病。
通信作者:金艳,女,主任医师,教授,研究方向:中医药治疗肾脏病。E - mail:13953199172@163.com

编辑:孙铮