

运脾调精法结合芪术调精汤治疗肾性蛋白尿经验探析

杨清云¹，王叶^{▲2}

作者单位

1.贵州中医药大学第二临床医学院，贵州贵阳 550002；2.贵州中医药大学第二附属医院肾内科，贵州贵阳 550003

摘要：蛋白尿是各类慢性肾脏病的核心临床表现，持续蛋白尿会不断损伤肾小球滤过与肾小管重吸收功能，加速肾纤维化进程，现代医学多采用降压、激素、免疫抑制剂等方案干预，存在疗效不稳、不良反应多、病情易反复等问题。王叶主任医师认为本病以脾肾气虚为根本，兼夹湿浊、血瘀为标，尿中蛋白归属于中医“水谷精微”范畴，临证立足脾肾同调，自拟方芪术调精汤疗效显著。本文总结运脾调精理论诊治肾性蛋白尿的病机内涵、组方思路、临证经验，并附典型病案佐证。

关键词：运脾调精；肾性蛋白尿；脾肾气虚；湿浊血瘀

中图分类号：R249.8

文献标识码：A

引言

肾性蛋白尿多由肾脏实质损伤所致，以肾小球滤过屏障破坏、肾小管重吸收功能减退为病理基础，表现为尿液蛋白质异常漏出，尿常规蛋白定性阳性或24h尿蛋白定量>150mg，常见于慢性肾小球肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病、高血压肾损害等慢性肾脏病^[1]。现代研究证实，持续性大量蛋白尿可加重肾小球高滤过状态及肾小管间质损伤，加速肾纤维化进程，是慢性肾脏病进展至终末期肾病的重要危险因素^[2]。

目前西医以控制原发病、减少尿蛋白、保护肾功能为主要方案，但该方案对激素依赖、耐药及病情反复的患者疗效有限；且长期使用激素、免疫抑制剂易引发胃肠损伤、免疫力下降、代谢紊乱等不良反应^[3]。结合泡沫尿、小便浑浊、肢体浮肿、神疲乏力、腰膝酸软等临床表现，本病可归属于中医水肿、尿浊、肾风、虚劳范畴^[4]。中医认为，尿中蛋白属人体水谷精微，精微物质的化生、输布与封藏依赖脾、肾二脏协同作用^[5]。导师指出，慢性肾病患者久病体虚，复因饮食不节、劳逸失度、药物耗伤，易致脾胃运化失常，进而损伤肾脏，形成脾肾两虚的核心病机。脾虚则清气不升、水湿内停，肾虚则封藏失职、精微外泄，加之湿浊、瘀血阻滞肾络，最终导致蛋白尿缠绵难愈。临床常规使用血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（angiotensinⅡreceptor blocker,ARB）等药物干预，仍存在病情反复的问题。

1 运脾调精理论与病机阐释

《素问·六节脏象论》言：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者，仓廪之本，营之居也……化糟粕，转味而入出者也”，指出精微物质的化生与封藏同脾肾关系密切；李东垣《脾胃论》提出“脾胃内伤，百病由生”，认为脾胃亏虚是百病之源；朱丹溪《丹溪心法》载“脾虚不能制水，水渍妄行”，指出脾运失常会引发水湿泛滥、精浊同趋下焦。宋立群^[6]等提出“肾主藏精”论治肾性蛋白尿重在补肾固精；曹式丽^[7]等提出“肾络失和”理论治疗肾性蛋白尿在于补肾健脾、扶正固本，首要注重“补”；张喜奎^[8]等从脾论治肾性蛋白尿强调健脾益气、补肾固精。导师深耕肾病临床十数载，熟读经典认为传统健脾适用于无湿、无瘀、气机顺畅的单纯脾气虚证，肾性蛋白尿患者病程迁延，脾虚多兼湿浊停滞，纯补之药滋腻壅塞中焦，清阳升举无力，精微持续随湿下流，仅可缓解乏力，而泡沫尿、水肿等症易复发。基于此，导师将本病归纳为本虚标实之证：脾肾气虚为发病根本，湿浊、瘀血为标。脾虚运化无力，精微生成不足，难以充养肾气致封藏失司；湿瘀久阻肾络，进一步加重精微漏出。由此确立运脾调精治则，集益气、行气、燥湿、升清、固涩于一体，补而不滞、通不伤正，既能补益中气，又疏解湿浊壅滞，恢复脾胃升降秩序，主张治肾必先调脾，运脾以化生精微、固肾以敛藏精气，同时化湿通络祛除标实，实现脾肾同治、精气同调。

1.1 脾肾气虚为发病之本

《素问·经脉别论》载：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精”，点明脾是水谷精微生成与转输的核心。《景岳全书》言：“水唯畏土，故其制在脾；脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行”，阐明脾、肾在水液代谢与精微固摄中的密切关联。肾性蛋白尿患者病程冗长，久虚不复。一方面，肾病日久耗伤肾气，肾之封藏功能减退，精微失于固摄而下泄；另一方面，长期服药、饮食偏忌、久病思虑，损伤脾胃，脾虚失于健运，水谷无以化生气血精微，后天不能充养先天，致使肾气愈发亏虚，形成脾虚及肾、肾亏累脾的恶性循环。同时，脾主运化水湿，脾气亏虚则水湿停滞，泛滥肌肤则见水肿；肾主气化，肾气不足则水液代谢失常，加重湿浊潴留。临床流行病学研究亦表明，肾性蛋白尿患者以脾肾气虚证占比较高，是本病最核心的证型之一^[9-11]。

1.2 湿浊、血瘀为标

脾失健运，水湿代谢失常，湿浊内生。湿浊黏滞重浊，壅遏中焦气机，进一步困伤脾阳；湿浊下注肾络，扰动肾之关门，加重精微外泄，令蛋白尿反复发作。本病迁延日久，《临证指南医案》载：“初病在经，久病入络……经主气，络主血，久病血瘀”，气机郁滞、湿浊内阻导致血行不畅，瘀血停滞肾络。湿浊与瘀血相互搏结，盘踞于肾之脉络，损伤脏腑形体，阻碍气血运行，使得脾肾亏虚难以恢复，成为蛋白尿顽固不消的关键因素。

综上，导师认为：肾性蛋白尿病机总属脾肾气虚为本，湿浊、血瘀为标。精微外泄是外在表现，脾虚失运、肾虚失藏是内在根源，湿瘀互结导致疾病缠绵。

2 运脾调精法组方原则与方药解析

基于“脾肾气虚，兼夹湿浊血瘀”的核心病机，导师提出运脾益气、固肾调精、化湿活血的总治则，强调以运为先、补而不滞，以固为佐、涩不留邪，通利为辅、祛邪护正，创立由六味地黄丸化裁而成的芪术调精汤，临证随证加减运用。该方重在运脾益肾、固肾调精，兼顾利水渗湿、活血通络，实现标本同治，组方如下：黄芪30g，党参15g，炒白术15g，地锦草20g，熟地黄12g，山茱萸12g，茯苓20g，泽泻15g，丹参15g，芡实15g，炙甘草6g。

原六味地黄丸纯以熟地、山萸、山药三补滋补肾阴，茯苓、泽泻、丹皮三泻清泄虚热、利水渗湿，主治单纯肾阴亏虚证，本方调整配伍：删减丹皮，去除纯凉血清虚热之品，本病湿浊血瘀非单纯阴虚内热；加味黄芪、党参、炒白术等运脾益气药，增强健脾行气、燥湿升清之力；增加地锦草清热利湿通络、丹参活血散瘀、芡实健脾固摄精微，兼顾湿浊、瘀血；保留熟地黄、山茱萸、茯苓、泽泻等三补三泻核心药对，滋补肾阴、淡渗利湿，既顾护先天肾精，又借助茯苓、泽泻疏导湿浊，防止补气药壅滞中焦，实现

作者简介：杨清云（2000-），男，在读硕士研究生，主要研究方向：中西医结合肾病防治。

E-mail:1780503026@qq.com

通信作者：王叶，（1984-），女，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合肾脏病。

E-mail:16589535@qq.com

“补脾不生湿，补肾不碍运”。

君药为黄芪、地锦草，黄芪甘温入脾、肺二经，大补脾胃之气，兼具行气升清之功，补气同时疏导中焦湿滞，改善脾运化与升清功能，减少精微外泄；地锦草清热解毒、利湿泄浊、兼通血络，直入肾络以祛除浊邪，二药合用，益气运脾、利湿护肾。臣药为党参、炒白术、熟地黄、山茱萸、党参、炒白术健脾益气、燥湿和中，白术苦温燥湿行气，破除湿浊壅滞，突出运脾思路，避免单纯党参补气滋腻，增强黄芪运脾之力，恢复中焦气机升降；熟地黄、山茱萸滋补肾精、固摄肾气，少量使用填补先天之本，防止补气太过耗伤阴精，四药配伍，健脾益肾、先后天同补，共助君药扶正固本。佐药为茯苓、泽泻、丹参、芡实，茯苓健脾渗湿，泽泻利水泄浊，二药取自六味三泻，相须为用，导湿浊从小便而去，湿去则脾运自健；丹参活血化瘀、疏通肾络，化解久病之瘀阻，活血而不伤正；芡实固肾涩精、健脾祛湿，专攻精微下泄，固涩下焦而不敛邪。四药各司其职，化湿、活血、固精并举，祛除标邪。使药为炙甘草，益气和中，调和诸药，缓和方中药性，使全方补、运、通、涩融为一体，攻补兼施。

2.1 临证加减思路

导师主张辨病与辨证相结合，以芪术调精汤为底方，根据患者水肿、湿热、瘀血、阴虚、用药反应等灵活化裁。水肿显著，水湿偏重：加冬瓜皮、大腹皮、车前子增强利水消肿之功；水肿日久不消，加益母草活血利水。湿郁化热，症见尿色黄浊、口苦、舌苔黄腻：去熟地黄滋腻之品，加藿香、佩兰、栀子清热化湿、醒脾和胃。蛋白尿顽固不退：加女贞子、墨旱莲、菟丝子增强固肾敛精之力。瘀血明显，腰痛固定、舌有瘀斑：加重丹参用量，加桃仁、红花、川牛膝活血通络、引药下行。长期使用激素，见阴虚火旺、口干心烦：加知母、牡丹皮清泻虚火。脾阳虚甚，畏寒、大便稀溏：加干姜、炒薏苡仁温运脾阳。

2.2 现代药理研究

方中黄芪可增加肾血流量，修复肾小球足细胞、降低尿蛋白、抗肾纤维化，显著减少尿蛋白排泄^[12-15]；党参、白术能够调节机体免疫，修复胃肠及黏膜损伤，改善全身营养状态^[16-17]；地锦草具有抗炎、调节免疫、保护肾功能的作用^[18]；熟地黄、山茱萸可降低尿微量蛋白，减轻肾脏损伤^[19]；茯苓、泽泻可利尿消肿、抑制肾组织炎性浸润^[20]；丹参能够改善肾脏微循环，延缓肾间质纤维化^[15]；芡实具有改善肾功能、保护胃黏膜等作用^[21]。全方药理作用协同，与肾性蛋白尿的病理改变相契合。

3 典型病案

患者许某，女，54岁，2025年2月21日初诊。主诉：泡沫尿、双下肢间断水肿3年余，加重半月。现病史：患者3年前确诊慢性肾小球肾炎，确诊后单纯规律服用ARB类药物2年，未联用中药，期间多次复查24h尿蛋白定量波动于3.8~5.1g，水肿反复出现，调整ARB剂量后尿蛋白仅短暂下降，无法长期稳定控制。半月前因劳累后泡沫尿明显增多，尿液浑浊，双下肢中度凹陷性水肿，伴神疲乏力、纳食不佳、腰膝酸软。既往无糖尿病、高血压病史。辅助检查：尿常规：尿蛋白(+++)，隐血(+)；24h尿蛋白定量4.52g；血清白蛋白28.6g/L，肝肾功能未见明显异常。刻诊：面色少华，精神倦怠，双下肢水肿，小便泡沫量多、久置不散，舌淡暗、苔白腻，脉沉滑。西医诊断：慢性肾小球肾炎；肾性蛋白尿。中医诊断：水肿病，辨证：脾肾气虚兼湿浊血瘀证。治法：运脾益气，固肾调精，化湿活血。处方：芪术调精汤加减。黄芪30g，党参15g，炒白术15g，地锦草20g，熟地黄12g，山茱萸12g，茯苓20g，泽泻15g，丹参15g，芡实15g，冬瓜皮20g，大腹皮15g，炙甘草6g。14剂，每日1剂，水煎分早晚温服。嘱患者西医继续予常规降压护肾治疗，配合低盐优质蛋白饮食；规律作息，避免劳累、熬夜，防止耗伤正气；调畅情志，减少思虑过度，防“忧思伤脾”；注意防寒保暖，预防外感，避免外邪诱发病情反复。

2025年3月7日二诊：患者双下肢水肿基本消退，神疲乏力好转，食欲改善，仍有少量泡沫尿，偶感口苦，舌苔转为黄腻，脉滑。复查24h尿蛋白定量3.15g。考虑水湿郁久化热，前方去冬瓜皮、大腹皮，加藿香10g、佩兰10g、栀子9g，继服14剂。

2025年3月21日三诊：口苦消失，水肿未复现，泡沫尿明显减少，腰膝酸软减轻，舌暗、苔薄白，脉沉涩。复查24h尿蛋白定量1.58g。考虑患者久病入络，瘀血征象突出，加桃仁10g、红花10g，续服14剂。

2025年4月4日四诊：患者无明显自觉不适，精神、饮食、二便如常。复查尿常规：尿蛋白(+)，24h尿蛋白定量0.41g。前方稍作精简，减桃仁、红花，守原方巩固治疗，改为隔日1剂。随访3个月，多次复查尿蛋白稳定在(±)~(+)，水肿未复发，病情控制平稳。

本案患者病程3年，久病致脾肾气虚，脾虚失运则水湿内停、清气不升，肾虚封藏失职则精微下泄，故而出现水肿、大量泡沫尿；病程日久，湿阻血瘀，舌见瘀象、脉象沉滑。病机与“脾肾气虚为本，湿浊血瘀为标”相符。初诊以芪术调精汤运脾益肾、调精固摄，加冬瓜皮、大腹皮利水消肿，标本兼顾。二诊湿浊渐化但郁而化热，佐以藿香、佩兰、栀子芳香化湿、清利郁热。三诊湿热已去，凸显瘀血内阻，加活血化瘀之品疏通肾络。全程紧扣运脾调精核心治法，健脾不壅滞，固精不敛邪，化湿活血不伤正，循序渐进，最终尿蛋白显著下降，诸症悉愈，充分体现了运脾调精法治疗肾性蛋白尿的临床优势。

4 讨论

肾性蛋白尿作为慢性肾脏病难治性症状之一，单纯从肾论治、一味固涩往往收效短暂。导师基于脾胃理论，结合临床实践，提出运脾调精论治思路，抓住脾肾气虚这一核心病机，兼顾湿浊、血瘀两类标邪，打破“肾病专治肾”的传统局限。芪术调精汤以运脾益气为根基，固肾调精为核心，化湿活血为辅佐，既能够改善患者神疲、纳差、水肿等全身症状，又可有效减少尿蛋白、保护肾功能，降低病情复发风险。但本文仍存在一定局限性，研究以理论阐释与单病例验案报道，在临床研究方面尚有不足。但本文初步构建的辨治体系，可为后续本病的中医临床研究及机制探索提供参考与新思路。

参考文献

- [1] 范财霞, 傅晓骏, 熊荣兵. 肾性蛋白尿的中医治法研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(2): 342-345.
- [2] 方晨茜, 孙丽雅, 刘研, 等. 糖尿病肾脏疾病非经典临床类型与病理变化综述[J]. 四川大学学报(医学版), 2023, 54(6): 1074-1079.
- [3] 李晓敏, 谭心怡, 张奥博, 等. 他克莫司在成人肾脏病中超适应证用药的循证证据评价与合理性分析[J]. 中国现代应用药学, 2024, 41(13): 1830-1835.
- [4] 崔向男. 肾性蛋白尿的中医发病机制研究进展[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(5): 31-34.
- [5] 李文花, 王岚, 王柏枝分型辨治肾性蛋白尿经验[J]. 中医药导报, 2024, 30(8): 179-182.
- [6] 马晓鹏, 孙佳新, 俞捷, 等. 宋立群教授从“肾主藏精”论治肾性蛋白尿经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2025, 26(12): 1038-1040.
- [7] 杨月华, 林燕, 曹式丽基于“肾络失和”理论调畅肾络治疗肾性蛋白尿经验[J]. 现代中西医结合杂志,

2025,34 (21):3011-3014,3029.

[8] 沈幸怡. 基于复杂网络规则研究张喜奎教授从脾论治肾性蛋白尿的用药规律 [D]. 福州: 福建中医药大学, 2025.

[9] 张玮, 朱娅军, 秦晴, 等. 428例慢性肾炎蛋白尿患者中医证型分析及临床用药经验总结[J]. 中医药学报, 2019, 47(2): 72-75.

[10] 叶凌妍, 吴禹池, 林启展. IgA 肾病患者中医证型与临床指标相关性研究[J]. 中医学报, 2024, 39(2): 421-427.

[11] 罗秀青. 基于数据挖掘技术总结刘舒音教授治疗肾性蛋白尿的用药规律[D]. 长春: 长春中医药大学, 2023.

[12] 韩聪, 姜月华, 李伟. 黄芪-丹参药对改善高血压肾损害的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(12): 214-220.

[13] 闫海虹, 郭婷, 黄文龙, 等. 黄芪及其活性成分干预足细胞损伤的机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(9): 186-191, 295.

[14] 刘山林, 瞿波, 何金室, 等. 黄芪配伍方在慢性肾脏病中的应用[J]. 中华养生保健, 2024, 42(12): 158-161.

[15] 高冉冉, 申振, 连梦慧, 等. 黄芪-丹参改善肾脏纤维化的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(17): 228-236.

[16] 张重阳, 于淼, 陈荣昌, 等. 党参药理作用的研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(5): 765-770.

[17] 柳威, 邓林华, 赵英强. 白术及其有效成分药理作用概述[J]. 中医药学报, 2021, 49(10): 116-119.

[18] 李晓颖, 田娅飞, 刘畅, 等. 苗药地锦草对糖尿病肾病大鼠肾小球足细胞相关蛋白表达的影响[J]. 中国比较医学杂志, 2023, 33(8): 105-113.

[19] ZHANG Z M, YANG L, WAN Y, et al. Integrated gut microbiota and fecal metabolomics reveal the renoprotective effect of *Rehmanniae Radix Preparata* and *Corni Fructus* on adenine-induced CKD rats[J]. *Journal of Chromatography B*, 2021, 1174: 122728.

[20] 刘明, 王慧森, 梁瑞峰, 等. 茯苓-泽泻药对配伍研究及其标准煎液对肾病模型大鼠的影响[J]. 中国药师, 2022, 25(8): 1317-1323.

[21] 杨校, 王新宇, 朱恒岳, 等. 重构本草——芡实[J]. 吉林中医药, 2024, 44(5): 576-578.