◆名医传承◆

俞东容治疗肾性蛋白尿经验介绍

徐艺 指导：俞东容

浙江中医药大学附属杭州市中医院，浙江 杭州 310007

［摘要］俞东容教授认为肾性蛋白尿属中医肾风、尿浊等范畴，病因有本虚、风邪、湿邪、瘀血，病理因素包括痰、湿、热、瘀，可以从脏腑以及病因病机方面论治，临床疗效显著。

［关键词］肾性蛋白尿；病因病机；临证经验；俞东容

［中图分类号］R249 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）07-0199-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.07.041

Experience of YU Dongrong in Treating Renal Albuminuria

XU Yi *Instructor*：*YU Dongrong*

Abstract：Prof. YU Dongrong believes that renal albuminuria belongs to the categories of kidney-wind edema and turbid urine in traditional Chinese medicine. The causes of this disease include deficiency in origin，pathogenic wind，pathogenic dampness and static blood，and its pathological factors include phlegm，dampness，heat and stasis. Prof. YU advocates that it could be treated from the aspect of zang-fu organs and etiology as well as pathogenesis，and this may lead to a significant clinical effect.

Keywords：Renal albuminuria；Etiology and pathogenesis；Clinical experience；YU Dongrong

“精”是构成人体和维持人体生命活动的基本物质，精微物质随溲而下，即为蛋白尿，是人体精微物质随尿液泄漏的一种病理现象。部分医家将蛋白尿归为水肿、腰痛、水气病、肾风等范畴[1]。一般正常人的尿蛋白含量＜0.15 g/d。根据尿蛋白定量，可分为肾病水平的蛋白尿（≥3.5 g/d）和非肾病水平的蛋白尿[2]。主要发生机制是肾小球滤过增加或肾近端小管重吸收减少[3]。蛋白尿作为一个独立危险因素可影响慢性肾脏病的进展，与肾小管间质纤维化以及肾功能持续减退密切相关[4]。临床上，蛋白尿起病比较隐匿，常通过尿检发现，大量蛋白尿时可表现为泡沫尿，及时发现并尽快治疗可保护肾功能，延缓慢性肾脏病的进展。

俞东容，浙江中医药大学教授、硕士研究生导师，杭州市中医院肾病科主任，杭州市名中医，师从全国知名中医肾脏病学家王永钧教授，第四批全国老中医药专家学术经验继承人，第三批全国优秀中医临床人才。俞教授从事中医肾病临床、教学以及科研三十载，擅长运用中医药结合西药诊治慢性肾脏疾病，疗效显著。笔者在跟师学习过程中受益匪浅，现将其诊治肾性蛋白尿的临证经验及心得体会整理如下。

［收稿日期］2022-01-04
［修回日期］2023-01-06
［基金项目］浙江省基础公益研究计划项目（LGF19H270007）
［作者简介］徐艺（1998-），女，硕士研究生，E-mail：xuyi9557@163.com。

1 病因病机

1.1 本虚 本虚主要责之于脾肾二脏。肾为先天之本，主藏先天之精，为生命的本原。《素问·六节藏象论》记载：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。”肾主封藏，可固摄精气，防止精气无故流失。肾气不足，精关不固，闭藏失职，以致精气外泄，形成蛋白尿。脾为后天之本，气血生化之源。脾主升清，脾气散精，上归于肺，通过心肺将水谷精微布散全身，脾虚则升清降浊失司，精微下注出现蛋白尿。此外脾气亏虚，失于统摄，精微不固下溲于外形成蛋白尿。精微物质属阴血，精微下泄日久则可致气阴两虚或气血两虚。

1.2 风邪 风为阳邪，善行而数变，是慢性肾炎发生、加重或复发的常见原因，风邪入侵，首犯肺卫，肺气不利，肺失于宣发与肃降，导致精微物质在体内的代谢和输布发生紊乱，精微下泄则形成蛋白尿；肺通调失司，津液代谢失常，水液流至下肢，则形成水肿。风为百病之长，常兼它邪合而伤人，风邪侵犯中焦脾胃，与太阴之湿相合，易阻滞气机，影响脾气升清的功能，《素问·阴阳应象大论》云：“清气在下，则生飧泄。”泄泻的同时出现蛋白尿、血尿。蛋白尿病久，精血物质丢失过多，易伤肝血及肝阴，肝失濡养则肝风内动，亦会干扰肾的封藏职能，使泡沫尿增多。

1.3 湿邪 在慢性肾脏病中，湿邪也是常见的致病因素，内湿外湿均可导致疾病的发生。湿邪常常与它邪合而伤人。湿邪内停，郁而化热，湿热之邪作为病理产物，反过来又加重了脾虚，引起脾脏升清降浊功能异常，精微物质不升反而下泄，则出现蛋白尿。此外，湿邪亦常与风邪相合，风湿扰肾加重肾失封藏，使泡沫尿增多。肺、脾、肾三脏与水液代谢关系较为密切，肺失宣降，脾失运化，肾气亏虚，都会导致湿浊生成。《素问·至真要大论》记载：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾失健运是湿浊内生的关键。因湿邪重浊黏滞、起病缓，病程长，病情易反复发作，缠绵难愈，是导致肾性蛋白尿反复发作、迁延不愈的重要因素。临床上尿蛋白较多时往往会伴有下肢浮肿，《素问·六元正纪大论》指出：“湿胜则濡泄，甚则水闭胕肿。”说明湿邪常常贯穿在慢性肾脏病过程中。

1.4 血瘀 叶天士在《临证指南医案》中指出：“大凡经主气，络主血，久病血瘀，初为气结在经，久则血伤入络。”肾脏病日久，久病成瘀，瘀血作为一个病理产物，容易阻滞气机，影响血脉运行，导致气血运行不畅，精微外溢而成蛋白尿。瘀血致病，病证繁多且复杂，也是导致慢性肾脏病病情缠绵难愈的重要原因。肾脏疾病的高凝状态、血栓形成、肾小球增生和硬化、肾小动脉微血栓形成、间质纤维化等被认为是血瘀证的微观辨证依据。

2 论治

2.1 从脏腑论治

2.1.1 理肺 蛋白尿的治疗多借鉴水肿的治疗。从肺论治是治疗蛋白尿的常法之一。在外感期时，以驱除外邪为主，通过疏风解表、宣肺利水等，使邪去正安，肾的封藏功能得以恢复，常用越婢汤加减。在外感缓解期时，治疗上以扶助正气为主，常采用益气固表健脾之法，常用玉屏风散、防己黄芪汤加减。

2.1.2 健脾 脾胃失调是肾脏病出现水肿和蛋白尿的重要病因之一。脾虚者，以脾气虚和脾阳虚为多见。脾气虚者，主要表现为乏力纳差，少气懒言，治疗以健脾益气为主，常用方剂为香砂六君子汤、补中益气汤等。临床上俞东容教授常重用黄芪，甚则 60～100 g。脾阳虚的患者主要表现为易腹泻，大便溏薄，形寒气怯，治疗上以温中健脾为主，常用理中丸、小建中汤加减。中焦湿热者治疗以辛开苦降、清利化湿为主，常用方剂为半夏泻心汤、黄连温胆汤等，并且常常加用苍术、茯苓、党参健脾益气化湿。

2.1.3 益肾 肾性蛋白尿病位在肾，从肾论治是常法。肾虚有阳虚、阴虚、气虚和精亏的不同，益气养阴、脾肾同治，参芪地黄汤为代表方剂；补肾涩精常用水陆二仙丹、五子衍宗丸等加减。对于无症状性蛋白尿亦可从肾论治，常用金樱子、女贞子、菟丝子益肾固摄。另外，蛋白尿常与水肿相兼，治以温阳利水为主，常以真武汤、金匮肾气丸或实脾饮加减。

2.1.4 疏肝 肝风扰肾是蛋白尿产生的主要原因之一。肝脏体阴而用阳，肝阴肝血不足，则无以濡养肝脏本身，加之肝喜条达而恶抑郁，若久病情志不畅，肝失疏泄，气机不利，影响肾脏封藏，易产生蛋白尿。俞东容教授治疗上以疏肝理气为主，常用

柴胡制剂，如小柴胡汤、柴胡疏肝散等，同时常在方中加入白芍顾护肝阴。

2.2 从病机论治

2.2.1 从风湿论治 风湿证是肾性蛋白尿常见的证型之一，尿中泡沫增多，经补肾固肾治疗无效时，加用祛风湿药物治疗往往有效。防己黄芪汤是从风湿论治肾性蛋白尿的经典方，常用于风湿证兼气(阳)虚者，其主要药物为汉防己，现代药理研究发现，汉防己有抗炎、降压作用，且能抗纤维化，是一味兼治内外风的药物[5]。此外如青风藤、雷公藤等祛风湿药物也常用于该证型的治疗。现代药理研究表明，雷公藤及相关制剂可抑制肾小球炎症细胞浸润，有效减少蛋白尿，但具有一定的毒副作用，使用时需严格掌握剂量及方法[6]。对于免疫球蛋白A(IgA)肾病、膜性肾病、紫癜性肾炎等伴有蛋白尿的患者，俞教授常用雷公藤及相关制剂，常获较好疗效。此外，风湿兼挟阴虚者予大补阴煎加减；兼挟湿热者予大黄泻心汤合四苓散加减；兼挟瘀血者予桃红四物汤加减。

2.2.2 从痰湿论治 慢性肾脏病过程中容易出现湿聚成痰、湿从热化的现象。患者若平素自身脾胃运化功能较差，易形成痰湿体质，加上饮食不节，嗜食肥甘厚味，则会使痰湿更甚，同时糖皮质激素及免疫抑制剂用于蛋白尿的治疗，易耗阴伤津，使痰湿热化。脾虚兼湿热证在临床上最常见，常常以健脾清热利湿为主要的治疗方法，一般以党参、黄芪、茯苓、白术健脾益气，绵萆薢、土茯苓清热利湿化浊，浙贝母、半夏、瓜蒌清热利湿化痰。

2.2.3 从瘀论治 蛋白尿日久，迁延难愈，可从血瘀证论治。气虚血瘀证的首选方为补阳还五汤，血瘀水湿证以当归芍药散或桃红四物汤合五苓散加减。对于血瘀证较重、病情较顽固者，加用地龙、水蛭等虫类药物，往往能收获较好的疗效，此类药物具有较强的破血通经消瘀作用。血瘀证在肾脏病理中常表现为肾小球增生和硬化，对于有肾小球硬化者，可采用化癥消积法，消癥药能软坚消积，有“坚者消之”之意，常选用积雪草、莪术、三棱等药物。

3 病案举例

许某，女，80岁，2016年3月11日初诊，因尿中泡沫增多3月余就诊。症见：乏力纳差，恶心腹胀，小便不利，胸闷气急不明显，舌质淡有瘀斑，舌苔厚腻，脉细滑。查体：血压164/68 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa)，双下肢中重度浮肿。辅助检查：24 h尿蛋白定量2.85 g/d，尿蛋白+++，镜下红细胞++，血红蛋白114 g/L，血肌酐80 μmol/L，血浆白蛋白32.9 g/L。西医诊断：慢性肾炎；黑色素瘤术后；高血压病。中医诊断：慢肾风，证属肺脾气虚，风湿夹瘀，治以理肺健脾、祛风除湿兼活血，予防己黄芪汤合五苓散，辅以二陈汤加减。处方：生黄芪、炒白术、葛根各15 g，汉防己、茯苓各20 g，桂枝、泽泻、姜半夏、炒谷芽、炒麦芽、焦山楂各10 g，陈皮6 g。14剂，每天1剂，水煎早晚温服。此外配以替米沙坦片、非洛地平缓释片、呋塞米片和硫酸氢氯吡格雷片口服。

2016年3月26日二诊：药后上述消化道症状明显好转，乏力仍存，舌暗淡苔白腻，脉细。查体：血压124/50 mm Hg，双下肢轻度浮肿。化验示：尿蛋白+，镜下红细胞1～3/HP，血红蛋白99 g/L，血浆白蛋白36.4 g/L，血肌酐69 μmol/L。予上方去姜半夏、葛根、炒谷芽、炒麦芽、焦山楂，加川芎、生地黄、炒白芍各15 g，黑大豆30 g，当归、柴胡、川厚朴、枳壳、猪苓各10 g，生黄芪、炒白术各改20 g。28剂，煎服法同前。替米沙坦片减量，加用雷公藤多苷片。

2016年4月23日三诊：患者无明显不适主诉，舌淡苔白，脉细。查体：血压135/55 mm Hg，双下肢不肿。辅检：尿蛋白+−，镜下红细胞2～3/HP。在上方基础上去桂枝、猪苓，加党参10 g。28剂，煎服法同前。此外停呋塞米片，继续雷公藤多苷片维持治疗。

2016年5月20日复诊：患者蛋白尿转阴，血尿缓解，双下肢不肿，无不适症状，临床治愈，嘱患者定期复查，前方加减服用，随访半年余，多次复查尿常规，未见尿蛋白出现。

按：患者年老体虚，肺脾虚弱易于受邪，以扶正祛风为治法，防己黄芪汤中防己合黄芪共奏祛风行水益气固表之功，五苓散以利水渗湿，温阳化气为用，温阳化气利水之法较之单用健脾利水渗湿可收事半功倍之效；患者舌苔厚腻，腹胀伴恶心，辅二陈以健脾燥湿化痰、理气和中，加焦山楂、炒谷芽、炒麦芽加强消食化积之力。二诊中黄芪、白术

加量为增加扶正益气固表之力，四物汤补血活血，扶正祛瘀，黑大豆入肾培本益肾，肝失疏泄，脾失健运，拟四逆散之法调和肝脾，疏肝理脾，助以川厚朴行气消积，化湿宽中，猪苓加强利水泻浊之功。三诊加党参加强培土之力。全方攻补兼施，标本兼治，随证加减，以达到减少蛋白尿的目的。

4　小结

蛋白尿在临床可见于多种肾脏疾病，如慢性肾小球肾炎、肾病综合征、膜性肾病、IgA 肾病等。它既是肾脏病中比较常见的临床症状，又是影响慢性肾脏病进入终末期的一个重要独立危险因素。俞教授认为肾性蛋白尿的病机主要是本虚标实，治疗应从整体出发，从脏腑或病机方面进行论治，并结合西药的治疗，可使中医药与西药达到有效的配合，既可以体现中医药的疗效，又可减轻血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）及糖皮质激素等西药的不良反应，展现中西医治疗蛋白尿的优势。在临床应用时需因人制宜，制定个体化方案，合理选用药物，提高肾性蛋白尿的治疗效果。

［参考文献］

[1] 王丽娟，林文秋，包崑，等. 杨霓芝教授用益气活血法治疗慢性肾炎蛋白尿的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2017，18(8)：665-667.
[2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2008：419.
[3] 周建华. 蛋白尿的发生机制研究进展[J]. 中国实用儿科杂志，2016，31(11)：808-812.
[4] 王允亮，张昱，王洪霞. 蛋白尿肾脏毒性发生机制的研究概况[J]. 世界中西医结合杂志，2010，5(5)：454-456.
[5] 席苑，张海静，叶祖光，等. 汉防己甲素现代药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志，2020，45(1)：20-28.
[6] 李晶芳，韩蕊，殷宏庆，等. 雷公藤治疗肾脏疾病及其不良反应的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2021，27(14)：229-234.

（责任编辑：郑锋玲）