DOI:10.13463/j.cnki.jlzyy.2026.10.002

从玄府理论解读肾小球肾炎水肿与蛋白尿的病机及治疗共性

邵 威[1]，张浩嘉[1]，王雪茜[1]，邵 奇[2]，姚景春[3]，徐 燕[3]，王庆国[1*]
（1.北京中医药大学，北京 100029；2.甘肃中医药大学，兰州 730000；
3.鲁南制药集团有限公司，山东 临沂 276003）

摘要：肾小球肾炎以水肿和蛋白尿为主要的临床表现。针对这种水停于内和精微外泄并存的矛盾现象，本文立足“玄府为水液精微运行之隧”的观点，对玄府司水液输布之“通利”，主精微固摄之“开阖”的生理功能进行系统阐述。同时从玄府闭塞、开阖失常、气机阻滞的三种病理状态，分析其中的病机共性，提出“玄府是二者病理枢纽”的核心观点，构建出“通利玄府以调水液、固精微”的论治框架。

关键词：玄府；肾小球肾炎；水肿；蛋白尿
中图分类号：R277.5 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-5699(2026)10-1217-05

Interpretation of the pathogenesis and treatment commonalities of edema and proteinuria in glomerulonephritis from the perspective of Xuanfu theory

SHAO Wei[1], ZHANG Haojia[1], WANG Xueqian[1], SHAO Qi[2], YAO Jingchun[3], XU Yan[3], WANG Qingguo[1*]
(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou 730000, China; 3. Lunan Pharmaceutical Group Co., Ltd, Linyi 276003, China)

Abstract: The main clinical manifestations of glomerulonephritis feature edema and proteinuria. In view of the contradictory phenomenon of internal fluid stagnation and essence leakage coexisting, this article, based on the viewpoint that "Xuanfu serves as the passage for the transport of body fluids and cereal essence", systematically elaborates on the physiological functions of Xuanfu's body fluid transportation and distribution, securing cereal essence by means of its opening and closing. At the same time, from the three pathological states of Xuanfu blockage, its abnormal opening and closing, and blocked qi flow, the commonalities of their pathogenesis are analyzed, and the core viewpoint of "Xuanfu as the pathological hub" of edema and proteinuria is proposed. The paper is meant to construct a framework of "dredging Xuanfu to regulate body fluids and consolidate cereal essence" for the management of glomerulonephritis.

Keywords: Xuanfu; glomerulonephritis; edema; proteinuria

肾小球肾炎（glomerulonephritis，GN）是临床最常见的免疫介导性肾脏疾病之一，其核心病理改变以肾小球损伤为主，临床常见表现为水肿和蛋白尿，与中医古籍中记载的“水肿”“尿浊”等疾病

基金项目：国家中医药管理局中医学术流派传承工作室建设项目（LPGZS2012-01）；北京中医药大学横向课题（BUCM-2024-JS-FW-118）
作者简介：邵 威（1997—），男，博士研究生，主要从事经方作用机理及配伍规律研究
＊通信作者：王庆国，电子信箱-wangqg8558@sina.com

记录相似。现代医学认为，水肿与蛋白尿是肾小球滤过率下降，肾小球重吸收增加，以及肾小球滤过膜电荷屏障和机械屏障损伤所导致的。尽管二者分属水液代谢与物质转运的异常，但共同的病理基础均是肾小球微观结构损伤。

中医学对 GN 的解读多从“肺失通调、脾失传输、肾失主水”的角度论述，强调脏腑功能失调对水液与精微代谢的影响。传统的脏腑理论对水液潴留和精微外泄均可以做出很好的解答，但始终缺少一个将二者相连接的纽带，可以诠释二者并存的关键机理。而玄府理论的提出和完善为中医认识人体微观通道提供了独特视角，也为揭示这种“水停于内与精微外泄并存”现象的病理本质提供了理论依据。而当前中医学对于玄府理论在肾病当中的应用尚少，尤其对水肿和蛋白尿同时出现的病机共性研究不深。所以本文立足“玄府为水液精微运行之隧”的基本观点，探讨玄府在 GN 水肿与蛋白尿形成过程中的病理作用，以期进一步拓展和完善中医对肾小球疾病的认识，为临床治疗提供更为精准的理论支撑。

1 “玄府为水液精微运行之隧”的内涵

“玄府”一词的记载最早可追溯至《黄帝内经》“所谓玄府者，汗空也”，此时玄府的含义仅指毛孔。一直到金元时期，刘完素在此基础上继续发展了玄府理论，将玄府的定义扩大为遍布全身的微观路径，并在《素问·玄机原病式》提到“玄府者……乃气出入升降之道路门户也”，指出玄府有通利气机、运行水液、转运精微的基本功能。玄府理论的发展，为中医认识人体微观生理病理过程奠定了基础。

1.1 玄府司水液输布之“通利”

“饮入于胃……水精四布，五经并行”一段出自《素问·经脉别论》，详细讲述了水液在人体当中的代谢过程。而玄府正是这一过程得以实现的关键。从三焦气化的角度来看，玄府是“水道之隧”，其状态的通利和肺、脾、肾三脏息息相关。于上焦而言，玄府的通利承接肺通调水道的功能。肺气的宣发作用，使水液向上向外布散，外达肌腠、汗孔濡润滋养皮肤毫毛；肺气的肃降作用，使水液向下向内输送，通过肾和膀胱的气化，完成水液代谢。于中焦而言，玄府通利依赖脾升胃降。脾主升清，能将水谷精微上输于肺，再通过肺布散至周身皮毛玄府；脾亦主运化，能将水液转化为津液进一步吸收，防止水湿停聚体内。于下焦而言，玄府通利关乎肾脏主水。肾为水脏，能主持和调节全身水液代谢，通过肾气的蒸腾气化作用，使水液在肾络玄府中正常运行与排泄。其中清者被重新吸收，由脾气的传输作用上输于肺，重新参与水液代谢；浊者化为尿液由膀胱气化排出体外。

现代医学中的肾小球滤过膜由肾小球毛细血管内皮细胞、足细胞及基底膜构成，与中医学提出的玄府结构类似。其滤过功能的“选择透过性”也与玄府的“通利”状态密切相关。玄府通利，水液和小分子物质顺利通过滤过膜；滤过膜损伤，玄府不通，就会引起水液潴留。由此可见，现代医学对肾小球功能的探索，为中医玄府理论提供了科学依据，实现了传统医学和现代医学在微观病理上的统一。

1.2 玄府主精微固摄之“开阖”

“精微”是指人体生命活动所必需的各种微观物质，其正常运行与固摄有赖于玄府的“开阖有度”，既可以输布至周身五脏六腑发挥滋养作用，又不至于无故外泄。而肾络玄府正是精微物质“藏”与“出”的门户。从藏象学上来说，精微物质的代谢是脾、肾协同作用的结果，而玄府则是连接脾、肾脏腑功能的枢纽。肾主“封藏”，通过肾络玄府的固摄作用防止精微物质外泄。二者构成“脾升肾藏”的精微调控系统，协调精微物质代谢。

现代研究表明，肾小球滤过膜的电荷屏障与机械屏障是防止包括蛋白质在内的大分子物质外泄的关键部位。电荷屏障可以排斥带负电荷的白蛋白；机械屏障有滤过膜的孔径大小限制，通常仅能通过小分子物质。如果屏障损伤，就无法阻隔蛋白通过，从而形成蛋白尿，这与中医“玄府开阖失常，精微失摄”的理论相互印证。

1.3 玄府赖气机以行其功

《素问·六微旨大论》当中用“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏”强调了气机对生命活动的重要性。升降有序方能玄府通利，出入有度方使玄府开阖。作为气机运行的门户，玄府的功能状态与肝主疏泄、肺气宣降、肾主封藏等脏腑功能密切相关。

肝气郁结则气机阻滞，玄府因“气不行则隧不通”而闭塞。肝喜调达，恶抑郁，主疏泄，能调畅全身气机。若情志不遂、肝气郁结，可导致气机运行不畅，进而影响玄府的通利状态。《灵枢·经脉》中记载的“肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……

遗溺、闭癃”也为此提供了理论依据。肝失条达，疏泄不利，玄府不通会导致水液代谢失常，引发癃闭。

肺气不利则宣降失司，玄府因“气不布则隧不利”而开阖失常。肺主气，司呼吸，能宣发卫气、布散水谷精微至全身玄府；同时，肺气肃降能推动水液下输膀胱。若外感邪气、肺气上逆，宣降功能失调，则玄府失去气的推动与调控作用，开阖功能失常，可出现水肿、蛋白尿等表现。

肾气衰惫则蒸腾无力，玄府因“气不化则隧不运”而开阖失度。肾为先天之本，主水，主气化，主封藏，能蒸腾水液、固摄精微。若肾气亏虚，蒸腾气化无力，气机呆滞，则玄府通利与开阖功能均受影响，水液不得正常代谢，精微不得正常固摄，从而导致水肿与蛋白尿的发生。

由此可见，气机调畅是玄府发挥水液精微运行功能的前提，而肝、肺、肾等脏腑功能失调导致的气机紊乱，是玄府失司的重要原因。这一认识为从调理气机入手治疗玄府失司相关疾病提供了理论依据。

2 水肿与蛋白尿的病理表现及玄府关联

GN的水肿与蛋白尿虽为不同的临床表现，但其发生以“玄府失司”为共同病理基础。水肿体现玄府水液运行障碍，蛋白尿体现玄府精微固摄失常，二者实为玄府在病理状态下的一体两面。

2.1 *水肿：玄府闭塞致水液内停* GN水肿初起多从眼睑、颜面开始，继而波及四肢甚至全身，严重者可伴有胸水、腹水。其病理核心是玄府闭塞导致水液无法正常输布与排泄。

肺卫玄府闭塞：外感风邪，侵袭肺卫，玄府闭塞，肺失宣降，水液外不能达皮毛，下不得输膀胱，泛滥肌肤而成水肿，即《金匮要略》所言“风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风”。现代研究发现，急性GN初期多与链球菌感染相关，感染后机体产生的抗体与抗原结合形成免疫复合物，沉积于肾小球，引发炎症反应，导致肾小球内皮细胞肿胀、系膜细胞增生，这实质是“肺卫玄府闭塞”的微观病理表现。

脾络玄府闭塞：脾失健运，水湿内生，阻滞脾络玄府，精微不得上升，水液反趋下行，表现为下肢水肿、按之凹陷，伴腹胀便溏，应《素问·至真要大论》所言“诸湿肿满，皆属于脾”。在慢性肾小球肾炎中，长期的蛋白尿可导致低蛋白血症，引起血浆胶体渗透压下降，使组织液回流减少，这一过程与“脾络玄府闭塞，水液下陷”的病理机制相吻合。

肾络玄府闭塞：久病及肾，肾气亏虚，蒸腾气化无力，肾络玄府因“阳虚寒凝”而闭塞，水液不得气化蒸腾，停滞于肾，进而泛溢周身，形成“腰以下肿甚”的阴水，常伴有畏寒肢冷、尿少色淡等症状，即如《景岳全书·肿胀》所言“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病……其本在肾”。GN进展至后期，可出现肾小球硬化、肾小管萎缩、肾间质纤维化等病理改变，这些改变导致肾小球滤过率显著下降，水液排泄障碍，这与“肾络玄府闭塞”的理论描述高度一致。

现代医学认为GN水肿主要是肾小球滤过率下降、肾小管重吸收增加引起，因此无论是炎症因子介导的肾小球内皮细胞肿胀，还是补体系统介导的系膜细胞增生，本质上都属于“玄府闭塞”的病理体现。

2.2 *蛋白尿：玄府开阖失常致精微外泄* 蛋白尿是GN最重要的指征之一，其核心病机是玄府开阖失常，精微失于固摄引起。

肾络玄府开阖失度：肾主封藏，可以贮存封藏人身之精，防止其无故流失，主要依赖肾气的作用。若久病耗伤肾气，封藏功能减弱，则玄府“阖”的功能减弱，精微物质随水液漏出肾络玄府，形成蛋白尿，临床上可见腰膝酸软、神疲乏力等症状。

脾络玄府升清无力：脾主升清，将精微物质上输于肺，再通过肺布散全身。若脾虚失运，清气不升反降，脾络玄府无力升举，精微物质无法上输，反随湿浊下渗，即形成蛋白尿。临床上也可见部分慢性GN患者有纳差、腹胀、便溏等脾虚症状[1]，也从侧面证实了脾络玄府和GN蛋白尿之间的关联。脾虚运化无力，后天生化乏源可进一步影响肾小球滤过膜的修复，延长蛋白尿的减缓过程。

湿热阻滞玄府：久病多瘀多热，湿热之邪侵袭肾络，灼伤玄府，可使其开阖功能失常。热为剽疾之邪，可迫使精微外溢；湿性趋下，易携精微下行外泄，形成“湿热损伤玄府，玄府泄漏精微”的恶性循环，临床可见尿色黄赤、舌红苔黄腻等症状。GN患者常存在炎症反应，而湿热又与炎症反应的程度密切相关[2]，炎症细胞释放的细胞因子对肾小球滤过膜的损伤，进一步印证了“湿热阻滞玄府”

是蛋白尿发生的重要病机。

3 GN水肿与蛋白尿的病机共性

水液内停引发的GN水肿与精微外泄引发的蛋白尿虽表现相反，却有“玄府失司”的共性病机，实为玄府的开阖失常与气机阻滞之间的共同作用。

3.1 *玄府失司是二者共同的病理基础* 玄府的“通利”状态是维持其“水液精微运行之隧”功能的前提。从病因的角度来说，无论是外感风、湿、热邪，还是内伤脏腑导致的GN都会导致玄府闭塞的病理改变。这种闭塞状态会使玄府无法正常发挥作用。一方面是玄府的管径变窄或通路阻塞，影响水液代谢而出现水肿；另一方面是玄府的结构损伤，导致精微难以固摄而形成蛋白尿。除了这种物理性的阻塞以外，炎症因子引发内皮细胞功能紊乱，引发玄府“通而不畅”的功能性阻滞，也是通利状态失常的表现。从病势发展的阶段而言，急性GN多由实邪壅阻玄府所致，水肿与蛋白尿的症状较重；而慢性GN则多因脾肾亏虚，无力疏通玄府，故水肿与蛋白尿的症状较轻，但迁延难愈。二者虽虚实有别，但“玄府功能失常”这一病机却贯穿疾病始终。

3.2 *气机阻滞是玄府失司的重要因素* 气机是推动玄府运行水液精微的动力，气机阻滞则玄府失其所用。在GN中，气机阻滞与玄府失司互为因果。情志不遂致肝气郁结：气机横逆犯脾，脾失转输则玄府因“气不运”而闭塞，水液内停成肿，精微失摄成蛋白尿，即如《金匮钩玄·六郁》中所言“郁者，结聚而不得发越也……此为传化失常。”肺气壅滞，玄府因“气不宣”而闭塞，水液不得外达、下输，泛溢成肿；同时肺气不布，精微无法随气输布周身，反随水液下渗成蛋白尿。肾气不足，玄府因“气不化”而开阖失司，水液不得蒸腾排泄，精微不得固摄，伴腰膝冷痛、畏寒肢冷。临床观察发现，GN患者常伴胸闷、腹胀、情绪抑郁等气机阻滞表现[1]，也从侧面说明气机阻滞越重，玄府失司越明显，水肿与蛋白尿也越严重，印证了“气机阻滞是玄府失司重要因素”的理论。

3.3 *本虚标实是玄府失司的病理属性* GN水肿与蛋白尿的病机共性还体现在“本虚标实”的病理属性上。本虚主要体现为脾肾亏虚。脾为后天之本，主运化，脾虚则玄府失充，升清无力，开阖失常；肾为先天之本，主封藏气化，肾虚则玄府失煦，蒸腾无力，闭塞不通。标实以湿、热、瘀为主。湿邪黏滞易阻玄府；热邪急迫易伤玄府；瘀邪凝滞易塞隧路。湿、热、瘀常相兼为病，湿热瘀阻玄府，可致水液潴留，精微外泄，病情迁延不愈。现代研究证实，慢性GN患者多见免疫功能低下与炎症反应并存的情况[3]，而临床应用健脾补肾类方药可提高免疫功能，补益扶正、清热利湿类药可抑制炎症[4]，二者合用可以改善玄府状态，恢复滤过功能，缓解水肿与蛋白尿症状，也从侧面证实了“本虚标实”是玄府失司病理属性的观点。

4 基于玄府理论的GN水肿与蛋白尿同治思路

基于“玄府是水肿与蛋白尿共同病理枢纽”的认识，其治疗应紧扣“通利玄府”这一核心治法，兼顾“调畅气机、扶正祛邪”。

4.1 *通利玄府以调水液、固精微* 通利玄府并非单纯的“攻下通窍”，而是根据玄府闭塞的性质、部位及病因，采取差异化的治疗方法，以恢复玄府的通利与开阖功能。

辛散通府法：适用于外感风邪、肺卫玄府闭塞之水肿，伴蛋白尿初起。风邪袭表，肺卫玄府闭塞，治宜辛散解表，开通玄府。可选用荆防颗粒加减，以辛散走窜之风药为主，开散玄府，使风邪从表而出，水液得以正常布散；佐以枳壳、桔梗药对一升一降，调和气机，共同调动“大气一转”的动力，促进玄府通利。

渗湿通府法：适用于湿热阻滞、脾络玄府闭塞之水肿伴蛋白尿，伴尿黄、苔黄腻等症状。湿热阻滞脾络，玄府通利失常，治宜清热渗湿，通利玄府。可选用三仁汤合萆薢分清饮，以杏仁、白蔻仁、薏苡仁宣畅三焦气机，渗湿通府；萆薢、石菖蒲分清别浊、固摄精微。全方共奏清热渗湿、通利玄府、分清别浊之效。临床应用时，若热象明显，可加栀子、黄柏以清热泻火；若湿邪偏重，可加车前子、泽泻以增强利水渗湿之功。

温阳通府法：适用于脾肾阳虚、玄府因寒而闭之阴水伴蛋白尿、畏寒、便溏等症状。脾肾阳虚，寒凝玄府，通利失常，治宜选用真武汤加减温补肾气以通玄府。临床研究[5]证实，该方可提高慢性GN患者肾功能水平，降低肌酐、尿素氮水平，其机制与改善肾小球滤过膜通透性相关。

4.2 *调畅气机以助玄府通利* 气机调畅是玄府功能正常的前提。而肝气郁结是导致气机不畅、玄府闭

塞的常见原因，常予柴胡、枳壳之类。柴胡疏肝解郁、升举阳气，枳壳理气宽中、行滞消胀，二者配伍，暗含四逆散之意，能疏肝理气，调和气机，使玄府得通。肺气壅滞是导致玄府不利的另一重要病机，常予桔梗、紫苏子、紫苏梗之类，桔梗提肺气、通利水道，紫苏子降气化痰、止咳平喘，紫苏梗理气宽中，三者合用，可复肺气宣降，可调上焦气机，使玄府通利。通过调畅气机，恢复玄府的通利状态，为水液代谢与精微固摄营造有利环境，从而起到缓解水肿和蛋白尿的效果。

4.3 *扶正祛邪以复玄府本功* 玄府失司的根本在于正气亏虚、邪气内盛，因此治疗需“补其不足，泻其有余”，以恢复玄府的正常功能。针对脾肾亏虚，增强玄府的通利与开阖功能。脾虚者，加黄芪、党参、山药等药物，健脾升清，助玄府转输；肾虚者，加山茱萸、菟丝子、杜仲等药物补肾封藏，助玄府闭阖。研究证实，黄芪可促进足细胞修复[6-7]，保护玄府结构，山茱萸可抑制肾小球纤维化[8-9]，延缓玄府闭塞。针对风、湿、热等“标实”，以清除阻滞玄府的病因。风强者，以羌活、独活、荆芥、防风等一众风药解表祛风，起到祛风以利水的作用；湿盛者，加茯苓皮、车前子、泽泻等药物利水渗湿，能清除湿邪，通利玄府；热重者，加地榆、茜草、赤芍、半枝莲等药物以清血热，取刘渡舟荆防肾炎汤之意，畅通玄府隧路，从而实现水肿与蛋白尿的同步改善。

5 小结

本文基于“玄府为水液精微运行之隧”的理论，系统阐释了GN水肿与蛋白尿的病机共性——二者实为玄府失司在水液代谢与精微固摄方面的一体两面，其核心病机可概括为“玄府闭塞致水液内停，开阖失常致精微外泄，气机阻滞为重要因素，本虚标实为病理属性”。这一认识为理解“水停与精微外泄并存”的矛盾现象提供了微观视角，也为临床同治水肿与蛋白尿提供了理论依据。

参考文献：

[1] 韩军颂. 慢性GN中医证素的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2022.

[2] 吴玥露. 益肾清利颗粒（方）对慢性肾炎肾虚湿热证炎症因子干预作用的临床观察及实验研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2013.

[3] 梅玫,唐令,胡爽,等. 健脾补肾益气活血复方治疗成人免疫球蛋白A血管炎肾炎的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2025, 34(6):1058-1060.

[4] 林熙. 益气清热化湿方治疗脾肾气虚兼湿热型慢性GN（G2期）疗效观察及机制探讨[D]. 福州: 福建中医药大学, 2025.

[5] 王莉,沈亚,龚伟. 加味真武汤辅治慢性GN的临床效果及对肾功能的影响[J]. 临床合理用药, 2025, 18(15):108-111.

[6] 孙亚利,王彬蒙,丁新月,等. 基于脂质过氧化途径探讨黄芪甲苷对高糖诱导人足细胞铁死亡的保护作用[J]. 中医药导报, 2025, 31(6):26-30.

[7] 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.

[8] 陈倩,张馨月,刘俊伶,等. 山茱萸的现代药理作用及机制研究进展[J]. 环球中医药, 2025, 18(2):388-396.

[9] 杨冬琪. 基于数据挖掘的糖尿病肾病肾纤维化的中医药用药规律研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2024.

（**责任编辑**：姜文君 **收稿日期**：2025-10-07）