本文引用: 罗艺涵, 王建挺. 基于玄府开阖理论探析IgA肾病“风药开玄”分期辨治思路[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(10): 2153-2159.

基于玄府开阖理论探析IgA肾病“风药开玄”分期辨治思路

罗艺涵,王建挺*
福建中医药大学附属人民医院,福建 福州 350004

〔摘要〕IgA肾病以反复血尿、蛋白尿为主要临床表现,病程迁延,易反复波动,属于中医学“尿血”“尿浊”“水肿”等范畴。基于玄府理论,本文认为该病虽病位在肾,但其发作与加重常由外感引动,致肺失宣肃、玄府郁闭、气机升降失常;继则湿热胶结、三焦失司、肾络受损;久则脾肾亏虚、封藏失职、精微下泄。由此以玄府开阖失常为病机主线,以风药调达玄府为配伍手段,提出“轻宣开玄-分消畅玄-益肾养玄”的分期辨治思路:轻宣开玄,重在疏风利咽、宣肺透邪,以解外感触发之机;分消畅玄,重在清化湿热、畅达枢机,以复三焦升降之常;益肾养玄,重在补益脾肾、寓通于补,以复肾失封藏之权。本文以玄府开阖失司为贯穿病程的共同机制,将“失宣-阻痹-失养”的病机演变与“轻宣-分消-益养”的治法递进相对应,并明确风药在各阶段由宣透、调枢至微通助藏的作用转换,在扶正基础上寓开于治、寓通于补,使开达不伤正、固摄不恋邪。文中结合验案一则,以期为IgA肾病的中医临床辨治提供参考。

〔关键词〕IgA肾病;风药开玄;玄府;中医药治疗;临证经验
〔中图分类号〕R229;R256.5 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.10.024

Stage-based pattern differentiation and treatment of IgA nephropathy through "opening the mysterious mansion with wind medicinals" based on the theory of the opening and closing of the mysterious mansion

*LUO Yihan, WANG Jianting**
People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350004, China

〔**Abstract**〕IgA nephropathy is characterized primarily by recurrent hematuria and proteinuria, with a protracted course marked by recurrent fluctuations. In Chinese medicine, it falls within the categories of "bloody urine," "cloudy urine," and "edema." Based on the theory of the mysterious mansion (a collective term for the minute gateways of qi, blood, and fluid circulation), although the disease primarily affects the kidney, its onset and exacerbation are often triggered by external contraction, leading to failure of the lung in dispersing and descending, closure of the mysterious mansion, and thus abnormal ascending and descending of qi movement. Subsequently, dampness-heat accumulates and binds, the sanjiao becomes dysfunctional, and the kidney collaterals are damaged. Over time, deficiency of the spleen and kidney develops, the kidney fails to seal and store essence, and therefore essential substances leak downward. Accordingly, taking abnormal opening and closing of the mysterious mansion as the central thread of pathogenesis, and using wind medicinals to regulate and unblock the mysterious mansion as a formula composition strategy, a staged pattern differentiation and treatment strategy of "gently dispersing to open the mysterious mansion—separately eliminating pathogenic factors to free the mysterious mansion—tonifying the kidney to nourish the mysterious mansion" is proposed. The first stage emphasizes dispelling wind and clearing the throat, dispersing lung qi, and venting pathogenic factors to address external triggers. The second focuses on clearing and resolving dampness-heat and

〔收稿日期〕2026-05-24
〔基金项目〕国家中医药管理局阮诗玮全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号);福建中医药大学附属人民医院中医临床优秀人才研修培养项目(闽人院〔2024〕217号);福建省中医优势专科建设项目(闽中医药函〔2026〕20号)。
〔通信作者〕* 王建挺,男,硕士,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:510207742@qq.com。

regulating the qi pivot to restore the normal ascent and descent of the sanjiao. The third centers on tonifying the spleen and kidney and incorporating unblocking into tonification to restore the kidney's function of sealing and storing. This framework regards dysfunction of the opening and closing of the mysterious mansion as a common pathological mechanism throughout the disease course. It aligns the pathogenetic progression of "failure of dispersion—obstruction and impediment—loss of nourishment" with the stepwise therapeutic sequence of "gentle dispersion—separate elimination—tonification and nourishment." It also clarifies the stage-dependent shift in the role of wind medicinals, from dispersion and outward venting, through regulation of the pivot, to gentle unblocking in support of storage. By incorporating opening methods into treatment and unblocking methods into tonification while reinforcing healthy qi, this approach opens and frees the mysterious mansion without damaging healthy qi and secures healthy qi without retaining pathogenic factors. One verified medical record is presented to provide a reference for the clinical pattern differentiation and treatment of IgA nephropathy with Chinese medicine.

〔**Keywords**〕 IgA nephropathy; opening the mysterious mansion with wind medicinals; mysterious mansion; Chinese medicine treatment; clinical experience

IgA 肾病是全球最常见的原发性肾小球肾炎之一,在东亚人群中尤为高发。其起病多隐匿,病程迁延,临床常表现为血尿、蛋白尿反复波动,部分患者可逐渐进展至慢性肾衰竭[1-2]。有研究指出,IgA 肾病仍是我国肾活检证实的最常见原发性肾小球疾病之一,在肾活检谱中占比较高,且呈现一定地域分布差异及时间变化趋势[3]。由于该病预后异质性大,现代医学主张基于风险分层实施综合管理,以支持治疗为基础,强调血压控制、代谢因素干预及血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂的应用,并将蛋白尿控制作为影响预后的重要靶点[4]。

然而,部分患者即使接受规范治疗,仍可见尿检指标反复波动,提示 IgA 肾病病机复杂,单纯围绕局部病理改变进行干预,尚难完全覆盖其动态演变过程[5]。基于此,从中医整体观与分期辨治视角剖析 IgA 肾病的发生、发展与转归,不仅有助于深化对其反复发作、缠绵难愈特性的理解,也为临床提供了更具层次性的干预思路。IgA 肾病虽病位在肾,但其发作与加重常与外感引动、肺失宣肃、湿热胶结及脾肾亏虚相互交织,据此,本文提出从“风药开玄”入手,随病程阶段分层施治,具有较鲜明的学术特色与临床价值。

1 风药开玄

“玄府”一词首见于《黄帝内经》。《素问·水热穴论篇》曰:“所谓玄府者,汗空也。”王冰释其为汗液出入之孔窍,故早期所谓玄府,主要指皮肤腠理之间卫气宣泄、津液外达之门户。《素问·调经论篇》又谓“玄府不通,卫气不得泄越”,进一步揭示玄府与气机升降出入密切相关。《金匮要略》虽将玄府从汗孔拓展至三焦,但部位仍有所局限,具体位置尚不十分明确[6]。至刘完素《素问玄机原病式·六气为病》提出“玄府者,谓玄微府也……乃气出入升降之道路门户也”,将体表孔窍推衍为遍布周身、内连脏腑、外通形窍、主司气血津液运行之微细通道。故玄府并非单一解剖结构,而是对机体微观通达系统及其功能状态的高度概括:其常则开阖有度、升降有序、清浊各分,其病则多由郁闭失宣而起,进而气液壅滞、痰瘀内生,终致精微失守、脏真受损。有研究指出,玄府之要不在“开泄”一端,而在“开中有阖、通中有守”,其本质是对机体微观运行秩序的理论表达[7]。

玄府以通为用,而开通玄府之法,风药尤为要药。“风药”之名肇于金元,张元素《医学启源》首创“法象药理”,取法天地五运之象,其中“风升生”一类收载了防风、羌活、升麻、柴胡、葛根等常用药。李东垣则进一步阐明其升发阳气之义。然而,随着临床实践的不断深入,风药之内涵远不止于此。王明杰等[8]指出,风药是一个法象药理名称,其本义为具有风木属性的一类药物,不宜简单地等同于“解表药”或“祛风药”。广义之风药,着眼于肝为风木之脏、六气主风,凡具疏肝、养肝、调肝、清肝、泻肝、活血化瘀等作用,归经入足厥阴肝经者,皆可纳入其中[9]。本文所论风药,均为广义上的风药。风药其性轻扬升散,善行走窜,能彻内彻外,引经报使,尤擅开通郁闭之玄府。风药轻灵上达,外可疏腠理、通表窍,以启其宣发之机;中可畅三焦、和气血、通经隧,以复其枢转之用;内可佐补益之品升清布精,寓通于补,使补而不壅、滋而不滞。

2 玄府失司与 IgA 肾病病机演变

2.1 玄府失宣:风邪引动,开阖不利

IgA 肾病之始,常于上呼吸道或胃肠道感染后,出现一过性镜下血尿,或仅见咽红、扁桃体肿大,而无显性水肿。“宣”具有宣通、疏散之义;玄府之“宣”,是指其开阖通利、气机宣畅的生理状态。《素问·风论

篇》曰："肾风之状，多汗恶风，面庞然浮肿，脊痛不能正立。"《素问·水热穴论篇》进一步阐明："勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为附肿，本之于肾，名曰风水。"风邪外袭，客于玄府，致水液不得外越。风为百病之长，善行数变，最易引动伏邪。若肺气失宣，卫外不固，则上焦玄府郁遏，邪无出路，清浊升降失常，既可外现咽痛鼻塞，亦可内牵肾络而致血尿。所谓"失宣"，非闭塞之谓，乃气机不利、功能受阻之态，玄府之结构尚存，唯通利之功暂抑。现代研究认为，IgA 肾病与黏膜免疫失衡密切相关，呼吸道、肠道等黏膜屏障受损后，可诱导半乳糖缺陷型 IgA1 增多并形成免疫复合物，继而沉积于肾小球[10]，此与"肺主皮毛""肺与大肠相表里"之义相契。肺失宣肃，则卫外不固，外邪易入。韩军颂等[11]亦指出，IgA 肾病多以内有风热为伏、复感外邪而发，常先见咽痛等上呼吸道症状，继则血尿波动。

2.2　玄府阻痹：湿热胶结，门户壅塞

若外邪未尽，或失治误治，病情乃渐入迁延。此期患者表现为外感症状已缓解或消失，但蛋白尿持续存在且逐渐加重，或反复出现肉眼血尿，部分伴高血压。壅者，塞也；滞者，停也。刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中云："悉由热气怫郁，玄府闭密，而致气液、血脉、荣卫、精神，不能升降出入故也。"玄府郁闭，气液失于宣畅，津停则湿聚，湿郁日久又可化热，湿与热相搏，胶结难解。有学者指出，玄府郁闭，致气血津液流通受阻，湿热久恋，痰、瘀等病理产物堆积，瘀阻于络脉，络虚不荣、络脉失养而发为本病[11]。有研究指出，IgA 肾病进入迁延期后，常见系膜细胞增殖、炎症反应增强及细胞外基质沉积，进而推动蛋白尿持续和肾损伤进展[10]；临床表现为尿检示混合性血尿合并中量至大量蛋白尿(0.5~3.0 g/d)[2]。从中医病机而言，此期湿热胶结，壅遏玄府，气血津液失于宣畅，日久瘀阻肾络，致精微失摄。张权等[12]指出，此期治疗关键在于恢复三焦枢机，分消通利使湿热浊邪有路可去。故此阶段之治，不宜拘于单纯宣散，而当以分消畅玄、清化湿热，佐以轻宣气机、通络和血，则精微外泄之势可缓。

2.3　玄府失养：脾肾亏虚，封藏失职

病程日久，外感引动已非主导，湿热瘀阻虽未尽去，而正虚渐居其要。临床若见蛋白尿长期居高不下，尤以持续超过1.0 g/d 者提示短期进展风险更高；若同时合并估算肾小球滤过率持续下降、血压控制困难，甚或出现低白蛋白血症、肾小管间质损伤及慢性瘢痕化改变，则提示病变已由活动性炎症转入慢性进展阶段[2,12-13]。《素问·六节藏象论篇》云："肾者，主蛰，封藏之本，精之处也。"肾主封藏，实赖玄府开阖有度，阖则精微内守，开则浊毒外泄。久病不愈，气血亏耗，阴阳受损，脾肾衰败，则玄府失却固摄之权。刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中论玄府闭塞之害曰"致气液、血脉、荣卫、精神，不能升降出入"，此为开阖两失其司，开之太过则精微大泄，阖之太过则浊毒内蓄。现代研究表明，足细胞及其裂隙隔膜是维持肾小球滤过屏障完整性的关键结构，足细胞损伤与蛋白尿持续及 IgA 肾病进展密切相关[14-15]。蛋白尿本身又可进一步加重肾小管间质损伤，提示晚期病变已由肾小球波及整个肾单位[16]。从中医学角度观之，此期病机由湿热瘀阻渐转为虚实夹杂，而以脾肾亏虚、玄府失养、封藏失职为要，故治疗当由攻邪转重扶正，以益肾养玄、兼顾通络护肾为法[15,17]。

3　治法与风药分层配伍特点

基于上述病机演变，IgA 肾病虽病位在肾，其发生发展却与肺脾肾三脏及三焦气机密切相关：初因外邪引动，玄府失宣；继则湿热浊瘀内阻，升降失常；久则脾肾亏虚，封藏失职。故本文以玄府开阖失常为病机主线，将风药作为调节玄府的配伍手段，并随病势调整其主次：轻宣期以风药宣透上焦；分消期以清化湿热、分利三焦为主，少佐风药以畅达气机；益养期以补益脾肾为本，仅于清阳不升或补而易滞时酌加升清疏达之品。可见，贯穿三期的并非固定的风药组合，而是"轻清宣通、调达开阖"的用药思路，临证仍当据证取舍，不可拘泥强用。

3.1　轻宣开玄，以解外感触发之机

外邪引动，上焦先受，肺卫失宣而玄府郁闭。IgA 肾病波动之机常发于上焦，尤多见于外感之后先发咽痛、咳嗽、鼻塞等症，继而血尿、蛋白尿加重。此期治疗不宜骤投补涩，而当遵"治上焦如羽，非轻不举"之旨，先以轻清宣透之法开上焦玄府，使肺气得宣，郁热得散，外邪得解。

蛋白尿与肺宣肃失常、清浊升降紊乱密切相关，风药是一类味薄气轻、具"升浮、发散、透达、走窜"之性的药物，得风气之先，可畅达机体上下内外，走而不守，既能开发肌表之玄府，又可疏通人体脏腑组织之玄府[18]。故在肾病治疗中酌加祛风宣肺之品，往往效用更显。连翘-薄荷-栀子为核心角药[19]，三药相伍，既可疏风清热、利咽透邪，又可清三焦郁热、凉血止血，使热从小便而解，正合"开玄府、透郁热"之旨[20-21]。

牛蒡子-蝉蜕药对则取其疏风宣肺、利咽透邪之功，尤宜外感风热、咽喉不利而尿检波动者[22]。咽肿热盛，加金银花、马勃；邪热伤津，加玉竹、麦冬；血尿较著，加白茅根、茜草凉血护络。风药贵在“中病即止”，鼻咽症状缓解、尿检波动趋稳后，应酌减薄荷、蝉蜕等辛散之品，转顾湿热与肾络；气虚易感、阴虚咽干及脾胃虚弱者，用量宜轻、疗程宜短。盖风类药大多辛温，多燥多升，易耗津液，故使用时当分清寒热虚实，药味不宜过多、药量不宜过大，若辛温助散太过，反而助火伤阴而致病进[23]。有研究指出，风邪常为 IgA 肾病急性波动的重要诱因；风药之用重在宣透解郁、通达气机，正与此期病机相契[11,24]。此阶段风药之用，重在借其轻清宣透、善行开达之性，疏解玄府郁闭，恢复肺卫宣肃之权，而非孤立“治风”而已[18]。

从上焦论治并非将 IgA 肾病病位上移，而是针对其活动期、波动期常由外感触发的临床特点，强调审因论治、分期应机。此期以肺卫失宣为切入点，旨在速解其标，待外邪得散、波动得平，则后续治疗仍当回归肺脾肾三脏同调、肾络固摄之治[21]。如此分期应机、标本有序，方不失中医整体辨治之旨。

3.2 分消畅玄，以清湿热浊滞之邪

外邪虽解，若湿热浊邪仍胶结中焦，则玄府虽开而气机未畅，病势仍难平复。IgA 肾病迁延反复的关键，多在中焦斡旋失司，清不升而浊不降，湿热壅遏，玄府虽开而清浊未分。故继“轻宣开玄”之后，治疗当转入“分消畅玄”，即以芳香透达、苦燥健运、淡渗利泄并用，使湿热得清、浊邪得降、气机得畅。《素问·阴阳应象大论篇》云：“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀。”其义在于升降一失，则清浊反乱，风药具有风动胜湿之性，以其辛散之性可升提清气、鼓舞脾胃，使湿浊不聚。此阶段风药不再居于主位，而是取其轻扬疏达、风能胜湿之性，少量佐入，以助脾胃升清和三焦气化，并非继续发汗解表或一味增强辛散之力。

薄荷、荷叶为常用药对。薄荷味辛、性凉，芳香轻扬，善疏达上焦、宣畅肺气；荷叶味苦辛微涩、性凉，既能清解湿热、升发清阳，又兼散瘀止血之功。《本草纲目·果部·莲藕》谓荷叶能“生发元气，裨助脾胃，涩精浊，散瘀血，消水肿、痈肿，发痘疮”，二药相合，一宣上焦，一启中州，共奏轻清透达、升清化湿之效，适用于表邪已退而湿热未清，症见胸脘痞闷、口黏纳呆、尿色黄赤或小便不利者。其配伍意义不在继续祛除外风，而在借风药轻灵流动之性疏畅气机，使肺气得宣、脾运得健、水道得通，从而使湿热浊邪得以分消外解。

临证当进一步辨湿、热、郁、瘀之孰轻孰重。湿浊偏盛，见脘痞纳呆、口中黏腻、舌苔厚腻者，可选藿香、佩兰芳香醒脾，少佐荷叶或薄荷轻清升达，使湿化而不伤中；湿热偏盛，见口苦口黏、小便黄赤、舌红苔黄腻者，可配黄芩、黄柏、滑石清热利湿，亦可取荷叶、黄芩、大黄升清降浊，薄荷，滑石，甘草清上利下之意[19]。若郁热内遏、升降不利，可用升麻配黄连，升清与泄浊并举，既使郁热得解，又防苦寒凉遏。若湿浊与瘀滞相结，中焦升降壅塞，兼见胸脘痞闷、大便黏滞不爽者，可取《伤寒温疫条辨·卷四》升降散之意，酌配蝉蜕、僵蚕，并佐姜黄、大黄，以升清降浊、宣郁泄热、疏达络滞[25]。蝉蜕、僵蚕等虫类风药升散走窜之性相对较强，应依据郁滞程度短期使用，不宜作为本阶段固定配伍。若蛋白尿、血尿迁延，湿热久恋，瘀阻肾络，常以荠菜-鬼箭羽-茜草炭为角药，《现代实用中药》谓荠菜“止血”。荠菜和脾益肾、凉血止血、清热利尿；肝为血海，鬼箭羽入肝经，苦寒胜热，辛散通滞，推陈致新，既助水精复衡，又使补而不滞，活血之中兼有行水之意[26]；茜草炭凉血止血、化瘀通经。三药配伍，活血与止血并行，使瘀血得化、血热得清、血尿得止。若血尿急、色鲜或尿红细胞明显增多，可酌加大蓟、小蓟、白茅根、蒲黄、藕节，必要时取炭剂以增强止血之力[24]。

此时风药之用，旨在助升清、畅气机、化湿聚、清郁热，以防健脾渗利之品过于呆滞，体现补中有散、升中有通之意。有学者亦指出，病势由急转缓后，治疗关键在于恢复中焦枢机，通过分消通利使湿热浊邪有路可去，从而减少病情反复[12]。王玲等[27]将 80 例 IgA 肾病患者随机分为两组，对照组予常规西医治疗，观察组在此基础上加用益气活血祛风汤，结果观察组总有效率高于对照组，提示以益气活血、清利湿热为主体的治法中佐入祛风之品，确能提高迁延期 IgA 肾病的临床疗效。陈以平教授运用 “斡旋三焦”法治疗 IgA 肾病，于健脾清热利湿方中配伍柴胡疏达少阳、金蝉花复脾胃升清降浊之机、制大黄通腑泄浊[12]，正体现分消期风药退居佐位、专司升清降浊的配伍特点。黄春林教授治疗脾肾两虚、湿热内蕴之难治型 IgA 肾病，以升阳益胃汤加减温肾健脾、清利湿热，方中防风、独活、柴胡、葛根等风药与黄芪、人参、白术、泽泻、黄连同用，并明确指出此类风药“剂量不可过大，以 5~10 g 为宜”[28]，与本文“少量佐入、助脾升清”之论相合。包乌吉斯古冷等[23]亦指出，慢性肾脏病迁延期伏湿深著，单用燥湿化痰、淡渗

利湿之品难除其邪，当遵李东垣“风能胜湿”之训，佐用升麻、苍术等风药以健脾化痰燥湿、散伏湿、开腠理，使湿邪有出路而病程缩短。

3.3　益肾养玄，以复肾失封藏之权

病久及肾，则玄府之病由失宣、壅滞渐转为失养与失守。所谓益肾养玄，并非徒事补肾收涩，亦非见蛋白尿、血尿缠绵即遽投闭涩之品，而是在益气养阴、培补脾肾以复其本的基础上，兼顾络脉通达与余邪清解，使补而不滞、固而不闭。正如《素问·六节藏象论篇》所言：“肾者主蛰，封藏之本。”然封藏之失，常非独虚使然，亦每兼湿热未净、瘀阻肾络、气机不畅，故其治不宜纯补，亦不可徒涩，而当于培本之中微寓调达，收中有散，使封藏建立于气机和畅、肾络通利之上[29]。

若病久脾肾亏虚，临证常用黄芪、桂枝等药，其气温而性喜条达，取其味薄气轻、升清助运之性，健脾益肾以资玄府之化源，调畅气机以复玄府之开阖。肾虚较著者，可配桑椹、槲寄生、菟丝子以滋养肾体；顽瘀久留、舌有瘀斑者，可加鬼箭羽化瘀生新，配仙鹤草补虚止血[26]。若络瘀深伏、常法难解，可在辨证基础上少量选用地龙、僵蚕等搜络之品，但出血活动明显、凝血功能异常或合用抗凝药者应慎用[30]。芡实、金樱子等固涩药，则须待咽痛已解、苔腻不著、湿热渐清后方可酌用。

凡肾病患者证属脾土虚弱、湿浊下流，症见体重节痛、泄利下重者，治当以健脾益肾、升清化湿为主。此时，风药不担祛邪开泄之责，仅在清阳不升、气机不畅、湿浊留滞或补药壅滞时少量佐用。故后期之风药，不再主开泄，而转主佐通；其用不在外散，而在微通，通过微通健脾以助运化、补后天以养先天，使精微化生有源，肾络玄府得以濡养而开阖有序。黄春林教授治疗慢性进展型 IgA 肾病之气血亏虚证，以归脾汤合无比山药丸补脾摄血、固肾益精，遇气虚下陷而少腹坠胀者，即加升麻、柴胡，配合方中人参、黄芪、白术以益气升阳；其治疗脾肾亏虚、湿热内蕴之难治型者，更以升阳益胃汤加减，方中桂枝、黄芪温运升清，防风、独活、柴胡疏达胜湿，且限定风药剂量在 5~10 g，是“补中寓通、微通助藏”的临证范例[29]。阮诗玮教授运用柴胡类方治疗慢性肾脏病，于扶正之中借柴胡疏达少阳、升举清阳，以助脾运而畅气机[31]。在既往认知中，黄芪益气固表，其“固表”体现在益气以抵御风邪、止汗、托疮生肌等方面，可知黄芪之于“表”的作用定位在汗孔及皮肤腠理[32]。而汗孔、腠理与肾之玄府在广义均属于玄府范畴。因此，以荆芥、防风、羌活、独活等辛温风药，与黄芪合用，亦可对肾之玄府发挥补益、固守作用，于补益之中兼顾通利[33]，与本文验案举隅三诊转方之旨相合。

4　验案举隅

林某，女，35 岁。初诊：2025 年 12 月 6 日。患者反复尿检异常 11 年余，既往肾穿刺活检确诊 IgA 肾病。4 d 前不慎外感，自服奥司他韦后未见明显好转。现症见：咽痛，咳嗽轻，咳痰较多、色黄，鼻塞流黄涕；偶晨起眼睑轻度浮肿，纳寐尚可，小便泡沫量中等，无夜尿，大便调。舌红，苔薄黄，脉细。查体：咽充血(++)，双侧扁桃体Ⅰ度肿大，双下肢、颜面无明显浮肿。辅助检查：尿常规示尿蛋白微量，尿隐血(+++)，尿维生素 C(+)；红细胞 199.37 个/μL(63.1 个/HP)；尿微量白蛋白/肌酐比值50.05 mg/mmol；尿红细胞畸形率 78%。西医诊断：IgA 肾病。中医诊断：慢肾风，属风邪外袭、肾络失固证。治以轻宣开玄、疏风利咽、清利湿热、固护肾络。方予翘荷汤加减：连翘 15 g，薄荷 6 g，荷叶 6 g，栀子 6 g，桔梗 6 g，赤小豆 15 g，甘草 3 g，荠菜 15 g，茜草 15 g，牛蒡子 15 g，蝉蜕 6 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚分服。

二诊：2025 年 12 月 20 日。患者诉鼻塞流涕明显缓解，咽部干痒，偶有咳嗽咳痰，痰量较前减少，色微黄；小便泡沫较前减少，无夜尿，大便调。舌淡红，边有点刺，苔薄白，脉沉弦。复查尿常规示尿红细胞 52.7 个/μL(16.7 个/HP)。辨属轻宣之后转入分消畅玄阶段，上焦余邪未清、湿热未尽、肾络仍虚，故守翘荷汤轻清宣透之义，去荠菜、茜草，加积雪草 15 g、石莲子 15 g，续服 7 剂，煎服法同前。

三诊：2026 年 1 月 3 日。患者诉咽部干痒消失，偶有轻咳，无痰，鼻通畅，晨起眼睑浮肿已消，小便泡沫少许，夜尿无，大便细软成形质黏。舌淡红，苔薄白，脉沉细。复查尿常规：尿蛋白阴性，尿隐血(+)，红细胞 12.5 个/μL(4.0 个/HP)；尿微量白蛋白/肌酐比值 1.71 mg/mmol。患者自感症状平稳，外感已解，湿热渐清，然久病肾虚为本，故转以益肾养玄、固摄精微为法，三诊转方予清心莲子饮加减：石莲子 15 g，黄芪 15 g，太子参 15 g，地骨皮 15 g，牛蒡子 10 g，蝉蜕 6 g，柴胡 3 g，麦冬 12 g，车前子(包煎)15 g，黄芩 6 g，紫草 12 g，茜草 12 g，荠菜 15 g，甘草 3 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚分服。

此后定期随访，2026 年 2 月复查尿常规示尿蛋白阴性，尿隐血(±)，红细胞 9.5~15.8 个/μL(3~5 个/HP)，尿微量白蛋白/肌酐比值正常。患者平素注意

防寒，未再出现明显外感诱发加重，病情趋于稳定。

按：本案病程较久，血尿、蛋白尿反复波动，又每于外感之后加重，提示其病非独在肾，而为本虚标实、内伤与外感相合之候。肾病日久，肾络失固为本；外邪乘虚而入，上犯肺咽，致肺失宣肃，玄府郁闭，气机升降失司。湿热与络瘀胶结于内，精微失摄，血溢脉外，故尿血、泡沫尿反复难平。

IgA 肾病虽属肾络病变，但其发作转剧常由外邪引触，治当审其标本缓急，不可徒见血尿、蛋白尿而遽投补涩。初诊时，患者咽痛、鼻塞、流黄涕、咳嗽咳黄痰，舌红苔薄黄，乃风热犯上、肺卫失宣、湿热内蕴之象。肺主宣发肃降，喉为肺之门户，鼻为肺之窍。《医学心悟·咳嗽》有云：“肺有二窍，一在鼻，一在喉。鼻窍贵开而不闭，喉窍宜闭而不开。”今鼻咽同病，肺窍不利，则玄府壅遏，邪无出路。故治当先开其闭，轻宣透达，疏风利咽，使上焦玄府得开，肺气宣降复常，则外邪可解，借风药轻扬升散、透达玄府，使邪从上解，气机复常，而非徒以祛风为务。方以《温病条辨·上焦篇》翘荷汤加减。原方由薄荷、连翘、生甘草、黑栀皮、桔梗、绿豆皮组成，今以栀子易黑栀皮、以赤小豆易绿豆皮，旨在增清利之力；方中连翘、薄荷、牛蒡子、蝉蜕轻清宣透，疏风解表，利咽开玄，其中薄荷、蝉蜕、牛蒡子三味风药为宣透开玄之主；桔梗宣肺利咽，载药上行，以畅肺气；栀子清泄郁热，赤小豆清利湿热，使热去湿分；荠菜、茜草凉血止血、护络宁血，寓“治标”于“治本”之中；荷叶轻扬清透，既助升清，又不失和中；甘草调和诸药，并缓咽部不适。全方轻灵不峻，宣散不伐，使上焦气机得展，玄府得通，则肺失宣降之机可复，肾失封藏之势可缓，血尿、蛋白尿乃有转圜之机。

二诊时，患者鼻塞流涕明显缓解，表邪已衰，病势由轻宣开玄转入分消畅玄，尿中泡沫及尿红细胞均较前下降，提示“轻宣开玄”已切中病机。舌苔由薄黄转薄白，提示表邪已衰、血热亦减，故二诊去荠菜、茜草，以防凉血太过，然余邪留恋、湿热未尽，故守法加积雪草清利余湿、活血解毒，石莲子清心醒脾，续清其邪，兼顾固护。全案其要不在单纯祛风，亦不在一味止血涩精，而在借风药轻清宣达之性，开通玄府，恢复肺之宣降，截断外邪由上及下、由肺及肾之传变；再佐清利湿热、凉血护络之品，使外邪得透、湿热得清、肾络得护。提示 IgA 肾病活动期若由外感诱发，临证尤应重视从上焦论治，先开其玄，再清其浊，后固其本。

三诊时，患者咽部干痒已消，鼻窍通畅，偶有轻咳，晨起眼睑浮肿未作，复查尿蛋白转阴，尿隐血降至(+)，尿红细胞降至 12.5 个/μL，外邪已解、湿热渐清。然肾病日久，以脾肾亏虚为本。《素问·六节藏象论篇》云：“肾者，主蛰，封藏之本，精之处也。”久病不愈，气血亏耗，脾肾衰败，则玄府失却固摄之权，精微下泄，故蛋白尿、血尿缠绵难净。此时若仍执辛散之法，则易耗气伤阴；若骤用峻补固涩，又恐余邪未净、补而生滞。故转方取《太平惠民和剂局方》清心莲子饮化裁，益气养阴、清心利湿、固摄精微。方中石莲子清心醒脾、益肾涩精；黄芪、太子参健脾益气，使精微化生有源、固摄有权；麦冬养阴生津，地骨皮清退余热，使益气而不助热；黄芩清热燥湿，车前子利水通淋，使残留湿热从小便而去，契合叶天士《温热论》“通阳不在温，而在利小便”之旨；紫草、茜草、荠菜凉血和络，既清血分余热，又防尿血复作；甘草调和诸药，兼利咽和中。全方补中有清、固中寓通，使脾气得健、肾络得养而玄府开阖复常。方中仍佐牛蒡子、蝉蜕者，用量均较初诊为轻，虽表证已解，然偶咳、便质黏腻，提示肺咽余邪与湿浊尚未全清，故暂取轻清宣达之性以清余邪、利肺咽，柴胡疏利少阳、调畅枢机，车前子降浊，一升一降，使清阳得升、浊阴得降，并可防参、芪、石莲子等补涩之品壅滞气机，契合“通补兼施”之旨。此时风药已由初诊宣透外邪之主药，转为调达气机之佐使。

随访至 2026 年 2 月，尿蛋白持续阴性，尿隐血(±)，红细胞 9.5~15.8 个/μL，尿微量白蛋白/肌酐比值恢复正常，且未再因外感诱发加重，示肺卫渐固、湿热渐清、肾络渐安。

纵观全程，初诊急则治标，轻宣开玄以疏解肺咽风热；二诊外邪退而余湿未清，转重分消畅玄、调畅气液；三诊邪衰正虚，乃以益肾养玄、固摄精微为主，风药仅因余邪未尽、气机未畅而暂佐之。可见“轻宣-分消-益养”须随外邪、湿热与正虚之消长审证转法，谨守《素问·至真要大论篇》“谨守病机，各司其属”之训，以恢复玄府开阖、调畅气液升降、固护肾络封藏；风药主次进退，全系于表证之有无、气机之郁滞与补益之品壅滞与否。如是则开而不耗，清而不伤，补而不滞，固而不闭。

5 结语

综上，IgA 肾病病涉肺、脾、肾，其本在脏腑亏虚、玄府不固，以风邪引触、湿热瘀阻为标。故其治法虽分轻宣开玄、分消畅玄、益肾养玄三层，实则贯穿一条主线，即在扶正基础上寓开于治、寓通于补，使

“开”而不耗正，“固”而不恋邪。所谓“风药开玄”，其要并不在拘泥于“以风治风”，而在于借风药轻清宣透、善行开达之性，疏解玄府郁闭，畅达三焦气机，使外感之邪得以外达，湿热浊瘀得以分消，肾失封藏之势得以缓解。风药虽为开通玄府之要药，然其性轻扬燥散，若用之失度或妄投久施，则易耗气伤阴，反损真元。故当审证求因，灵活配伍，以宣通而不伤正、调达而不过散为度，方合《素问·五常政大论篇》“无使过之，伤其正也”之训，此乃风药开玄之妙旨所在。

参考文献

[1] Stamellou E, Seikrit C, Tang S C W, et al. IgA nephropathy[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2023, 9(1): 67.

[2] Stoneman S, Teh J W, O'Shaughnessy M M. IgA Nephropathy in Adults: A Review[J]. JAMA, 2026, 335(9): 799–813.

[3] Xu L C, Wu C W, Li G S. Prevalence and trend of biopsy–proven IgA nephropathy in China: a systematic review[J]. Journal of Nephrology, 2025, 38(6): 1557–1564.

[4] Reich H N, Floege J. How I treat IgA nephropathy[J]. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 2022, 17(8): 1243–1246.

[5] 中国医药卫生文化协会肾病与血液净化专业委员会. 原发性 IgA 肾病管理和治疗中国专家共识[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2024, 13(1): 1–8.

[6] 盖红肖, 张再康. 刘完素玄府学说的继承与发展[J]. 中医药学报, 2017, 45(6): 1–4.

[7] 刘骐瑞, 赵宗耀, 张昕雨, 等. 基于玄府理论解构升阳散火汤中风药之作用机理[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(9): 24–27.

[8] 王明杰, 黄淑芬, 罗再琼, 等. 风药新识[J]. 泸州医学院学报, 2011, 34(5): 570–572.

[9] 牛学恩, 李振华. 风药运用新识 [J]. 时珍国医国药, 2014, 25(11): 2741–2743.

[10] Zhou X J. Immunoglobulin A nephropathy: molecular pathogenesis and targeted therapy[J]. MedComm, 2025, 6(9): e70382.

[11] 韩军颂, 谢璇, 蔡倩, 等. 从风热论治 IgA 肾病经验[J]. 环球中医药, 2022, 15(4): 673–676.

[12] 张权, 陈以平, 张先闻, 等. 陈以平教授“斡旋三焦”法治疗 IgA 肾病的经验[J]. 中国医药导报, 2022, 19(23): 142–145, 161.

[13] Floege J, Barratt J, Cook H T, et al. Executive summary of the KDIGO 2025 clinical practice guideline for the management of immunoglobulin A nephropathy (IgAN) and immunoglobulin a vasculitis (IgAV)[J]. Kidney International, 2025, 108(4): 548–554.

[14] Haas M. Podocyte injury as a potential therapeutic target in IgA nephropathy: should pathology guide us?[J]. Kidney International, 2024, 105(6): 1165–1167.

[15] 刘永芳, 刘晖扬, 陈帮明, 等. 基于多项理论认识下的中医药干预 IgA 肾病足细胞损伤研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(4): 198–208.

[16] Cortinovis M, Perico N, Remuzzi G. Tubulointerstitial injury in proteinuric chronic kidney diseases[J]. Frontiers in Medicine, 2024, 11: 1478697.

[17] 洪健峰, 吕静, 杨冠琦. 基于足细胞损伤探讨中医药干预治疗 IgA 肾病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(5): 215–220.

[18] 马晶晶, 杨辰华, 张社峰, 等. “风药开玄”在糖尿病治疗中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 7199–7202.

[19] 赵爱萍, 陈婷婷, 阮诗玮. 阮诗玮“角药”在肾系疾病中的运用[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(10): 18–20.

[20] 常国栋, 刘光珍. 基于不同中医辨治体系治疗 IgA 肾病研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(3): 352–355.

[21] 程爱新, 任秀敏, 李宵敏, 等. 基于三焦理论探讨 IgA 肾病的辨治思路[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(12): 2227–2230.

[22] 赵爱萍, 陈婷婷, 阮诗玮. 阮诗玮“药对”治疗慢性肾脏病[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(11): 7–9.

[23] 包乌吉斯古冷, 张明珠, 姚志, 等. 从伏邪论风药在慢性肾脏病中的应用[J]. 北京中医药, 2022, 41(6): 626–628.

[24] 杨运劼, 何开英, 韦一, 等. 阮诗玮基于“玄府–气液–肾络”辨治肾性血尿[J]. 长春中医药大学学报, 2026, 42(3): 281–285.

[25] 冯璧璇, 赵永烈, 江涛. 基于玄府理论探讨升降散论治神志病[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(6): 1065–1069.

[26] 丘余良, 阮诗玮. 阮诗玮学术经验集[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2021: 234.

[27] 王玲, 邓尔禄, 李琴, 等. 益气活血祛风法治疗 IgA 肾病[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(6): 1293–1296.

[28] 陈意, 蔡玉媛, 余浩凯, 等. 黄春林教授以“五脏相关”理论辨治 IgA 肾病经验[J]. 南京中医药大学学报, 2023, 39(10): 1049–1053.

[29] 尕丽娅, 汪焱, 王旭, 等. 刘玉宁教授运用收散法治疗肾病蛋白尿的临床经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(10): 853–854.

[30] 原所贤, 暴连英, 李一壮. 运用虫类药物治疗 IgA 肾病临证举隅[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(8): 57–58.

[31] 杨运劼, 阮诗玮. 阮诗玮运用柴胡类方治疗慢性肾脏病经验拾遗[J]. 中医药通报, 2024, 23(1): 16–21.

[32] 汪念秋, 范军. 张大宁教授治疗肾性蛋白尿经验撷萃[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(11): 94–95.

[33] 宋丹萍, 柳红芳, 陈佳慧, 等. 基于玄府理论探讨风药治疗蛋白尿的内涵[J]. 现代中医临床, 2024, 31(3): 78–81.

（本文编辑　苏　维）