

◆思路方法◆

基于“阴阳水火气血论”和“皮部络脉理论” 论治免疫球蛋白A型血管炎肾炎

陈恩惠，史雯，许静影，何文慧，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] 免疫球蛋白A型血管炎肾炎(IgAVN)是一种常见的继发性肾小球肾炎，其发病机制尚不明确，中医辨证论治并无统一标准。“阴阳水火气血论”是唐宗海提出的气、血、水、火互为阴阳的辨证理论，“皮部络脉理论”则是以“皮部”“络脉”为核心的中医理论。基于以上2种理论，可认为IgAVN病程分为三期：初期病机为气水不足，邪犯阳络，火病累血，宜急则治标，祛风解表，滋阴凉血；中期邪入阴络，瘀阻肾络，此时宜标本兼治，祛邪通络，活血化瘀；末期正虚邪恋，浊毒内生，肾体大损，治则为攻补兼施，治法为益肾活血、通腑降浊，此时宜透析以保全性命。

[关键词] 免疫球蛋白A型血管炎肾炎；阴阳水火气血论；皮部；络病；分期论治

[中图分类号] R256.59; R692.3⁺4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 04-0123-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.04.020

Treatment of Immunoglobulin A Vasculitis with Nephritis Based on the Theory of "Yin-Yang, Water-Fire, and Qi-Blood" and the Theory of "Cutaneous Region and Collaterals"

CHEN Enhui, SHI Wen, XU Jingying, HE Wenhui, YU Dongrong

Hangzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310007, China

Abstract: Immunoglobulin A vasculitis with nephritis (IgAVN) is a common secondary glomerulonephritis with an unclear pathogenesis, and there is no unified standard for its syndrome differentiation and treatment in traditional Chinese medicine (TCM). The theory of "yin-yang, water-fire, and qi-blood" is a syndrome differentiation theory proposed by TANG Zonghai, a physician in the late Qing Dynasty, which posits the interdependence of qi, blood, water, and fire as manifestations of yin and yang. The theory of "cutaneous region and collaterals" is a TCM theory centered on the "cutaneous regions" and "collaterals." Based on these two theories, the course of IgAVN can be divided into three stages: In the initial stage, the pathogenesis involves insufficiency of qi and water, pathogenic factors invading the yang collaterals, and fire-induced disorders involves the blood. The treatment principle is treating incidental aspect in the case of emergency, with therapies such as dispelling wind, releasing the exterior, nourishing yin, and cooling the blood. In the middle stage, pathogenic factors enter the yin collaterals, causing blood stasis obstructing the kidney collaterals. Treatment at this stage should target both the root cause and symptoms, by eliminating pathogens, unblocking collaterals, activating blood circulation, and resolving stasis. In the late stage,

[收稿日期] 2025-07-19

[修回日期] 2025-11-19

[基金项目] 国家中医药管理局科技司-浙江省中医药管理局共建科技计划项目 (GZY-ZJ-KJ-23087)

[作者简介] 陈恩惠 (2000-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 俞东容 (1968-), 女, 主任中医师。

healthy qi is deficient while pathogenic factors linger, internal retention of turbidity and toxin, with great damage to kidney. The treatment principle is simultaneous application of purging and nourishing therapeutics, using therapies such as tonifying the kidney, activating blood circulation, unblocking bowel movement, and lowering turbid. At this stage, dialysis may be necessary to preserve life.

Keywords: Immunoglobulin A vasculitis with nephritis; Theory of yin-yang, water-fire, and qi-blood; Cutaneous region; Collateral disease; Stage-specific treatment

免疫球蛋白A型血管炎(IgAV)是一种主要累及皮肤、胃肠道、关节及肾脏的系统性小血管炎。IgAV肾脏受累时表现为免疫球蛋白A型血管炎肾炎(IgAVN),即过敏性紫癜性肾炎(HSPN)。IgAV多发于儿童,但成人IgAV患者中IgAVN发生率更高^[1]。IgAVN患者临床表现呈多样性,包括蛋白尿、镜下或肉眼血尿、肾病综合征及肾功能不全等^[2]。病理特征则与原发IgA肾病类似,表现为IgA1为主的免疫复合物在肾小球沉积和肾小球系膜增生。目前IgAVN发病机制暂不明确,临床上常用激素、免疫抑制剂等治疗,由于缺乏循证医学支持,长期预后尚不明朗^[3]。

IgAVN在中医学中可归属于葡萄疫、紫癜风、肌衄、血证等范畴,目前多认为其病性属虚实夹杂,病位主要在肾,致病因素多为风、热、瘀、湿^[4]。目前本病尚无公认统一的中医辨证分型标准。从临床表现而言,IgAV的皮损表现可归结于血证,累及肾脏时出现的水肿则为水病;从致病因素而言,风、热为阳邪,瘀、湿为阴邪,本病症状累及血和水,病因阴阳兼有。综上可试从《血证论》中的核心理论“阴阳水火气血论”辨证论治;从病变部位而言,早于肾脏受累出现的皮损属皮部病变,肾脏受累可归结于肾络受损,本病又可从“皮部络脉”角度论治。笔者试从“阴阳水火气血论”和“皮部络脉理论”论治IgAVN,为中医药治疗本病提供新思路。

1 “阴阳水火气血论”理论内涵

“阴阳水火气血论”为唐容川《血证论》核心思想之一,提出“人之一身,不外阴阳,而阴阳即是水火,水火即是气血”^[5],以阴阳为纲,水、火、气、血互为阴阳,互根互用,互制互化,使常人阴平阳秘。该理论指出:气的生成,需经鼻吸入天阳,并从肺引心火下行,蒸腾脐下肾与膀胱之水。此即

“气生于水,即能化水”^[5]。所生之气抵于体表从而抵御外邪,即为卫气。“气之所至,水亦无不至焉”^[5],上行之气经由肺脏宣发肃降遍布周身,水阴随着气的运动,行至四肢百骸。“病水即病气”“病气即病水”^[5],气、水密不可分。“火生血”源于“奉心化赤”论,《灵枢·营卫生会》提出胃中水谷精微上行至心,经心火而化为血,即“火者心之所主,化生血液”^[5]。血、火两者互制互用,从而“行达周身,以温养肢体”^[5]。如若血虚,心肝失养,则心火、肝阳偏旺,此“血病即火病矣”,此时“火化太过,反失其化”^[5],火终亢而不能生血;又有“火化不及”者,血生化乏源,均属“火病累血”。

“阴阳水火气血论”中气、血、水、火四者互为阴阳,故常相因为病,“气分之水阴不足,则阳气乘阴而干血;阴分之血液不足,则津液不下而病气”^[5],水不足则火旺,火旺则伤血;血不足因血水同源而水亦不足,水不足则停,水停则阻气,由此引出血水同病。血水同病源于血水同源,血水同源始于《黄帝内经》,《灵枢·痈疽》云“津液和调,变化而赤为血”,即血源于水。唐宗海在《血证论·吐衄》中提出“血得气之变蒸,亦化而为水”,即血可化水。汗法、下法过度导致水亏耗,将累及血的生成,即“水病而累血”。失血过多,血、水生化乏源,水少则停,形成痰饮;瘀血亦将促生痰饮,血不利则为水,此即“血病累水”。

2 “皮部络脉理论”思想概要

“皮部络脉理论”最早于《素问·皮部论》中正式提出,“皮者,脉之部也。邪客于皮则腠理开,开则邪入客于络脉,络脉满则注于经脉,经脉满则入舍于腑脏也”。外邪侵袭人体,皮毛首先受邪,“是故百病之始生也,必先于皮毛”,并强调“故皮者有分部,不与而生大病也”,即病尚在皮部时应及时施

治。皮部不能抵御外邪,则进一步传变至络脉,《医门法律·络脉论》云“然风寒六淫外邪,无形易入,络脉不能禁止,而盛则入于经矣”^[6],络脉不能胜邪,则进一步侵袭经脉。邪气久不能祛,遂深入脏腑,此时病情多危重。

纵观外邪传变途径,经脉、脏腑多为众医家所深究,而络脉则无人问津,直至近现代逐渐兴起聚焦于络脉的络病学^[7]。吴以岭院士所著的《络病学》^[8]构建了中医“络病理论”基本框架——三维立体网络系统,认为络脉逐级细化,交错如网,循行内外表里,按一定的时间、空间规律运行气血津液、渗灌脏腑周身、沟通上下内外等。络脉行至卫表则为阳络,深入脏腑则为阴络。此理论体系目前广泛应用于心血管、微血管疾病,如慢性心力衰竭、糖尿病肾病等。

3 基于“阴阳水火气血论”和“皮部络脉理论”的IgAVN病机与论治

IgAV既往称为过敏性紫癜(HSP),临床多表现为非血小板减少性可触性皮肤紫癜,伴或不伴有腹痛、关节痛、肾脏损伤等临床表现^[9]。患者发病前1~3周多有前驱的上呼吸道感染症状^[10]。确诊IgAV后出现肾脏受累,表现为血尿和(或)蛋白尿,可考虑诊断为IgAVN^[11]。IgAVN患者症状复杂多样,发病机制尚不明确,现代中医学对于本病的病因病机也尚未达成统一观点。

3.1 初期气水不足,邪犯阳络,当急则治标,祛风解表,滋阴凉血 IgAVN病机虽尚不明确,大多数医家认为先天禀赋不足、气阴两虚为发病之内因^[4],即患者多素体气、水不足。“气分之水阴不足,则阳气乘阴而干血”^[5],此类人群先天水不足以制火,内火偏盛。以阴阳为纲,属阴亏阳偏盛;从气血水火论,属气水亏少,邪火偏旺。

气、水亏虚,卫气不足以护卫肌表,津液不足以濡养在表的络脉皮毛,机体难以抵御外邪。风为六淫之首,四时皆有,且易挟热、湿等其他六淫。风邪致病,首犯皮部,皮部正气不足以驱邪外出,邪气进而侵袭络脉。《类经·脉色类·经有常色络无常变》云:“若单以络脉为言,则又有大络、孙络在内在外之别。深而在内者,是为阴络……浅而在外者,是为阳络……”^[12]此时邪气尚在表,所犯络脉属阳络。患者素体内火偏盛,风邪属阳邪,易携湿热

之邪,郁而化热,外火与素体内火相合,热盛动血,迫血妄行。《灵枢·百病始生》曰“阳络伤则血外溢,血外溢则衄血”,阳络受损,故患者皮肤遍生紫癜,其色紫红,是火炽伤血之象。此时邪尚在阳络,初多犯太阳,热盛则动阳明,《素问·皮部论》云“凡十二经络脉者,皮之部也”,所属皮部受邪多与经脉循行对应,故而皮肤紫癜多见于双下肢伸侧、背部、臀部等足太阳膀胱经、足阳明胃经循行位置。阳明热盛入里,可见腹痛、呕血等消化道症状。本病也可能出现关节受累症状,如《素问·皮部论》载“邪之始入于皮也……其留下筋骨之间,寒多则筋挛骨痛,热多则筋弛骨消,肉烁腠破,毛直而败”。

初期邪气尚在表浅,急则治标,治宜祛风解表,临床上可用银翘散等解表剂宣解肌表^[13]。然发病本质为素体气水不足,唐宗海认为“气与水本属一家”“滋水即是补气”,可用白芍、太子参等药物滋阴兼补气。《本草备要·草部·白芍药》云“白芍泻肝火,安脾肺,固腠理,和血脉,收阴气,敛逆气”^[14]。邪火偏盛,“火化太过,反失其化”“火终亢而不能生血”,宜清火兼补血,可用白芍、天冬、麦冬等清热凉血,生地黄、当归补血。现代药理学研究认为,当归中含有的阿魏酸能够通过调节相关信号通路发挥抗炎作用^[15]。

3.2 中期病邪入里,瘀阻肾络,当标本兼治,祛邪通络,活血化瘀 疾病初起,邪气仍处于相对表浅、属阳的位置。患者素体气、水不足,皮部络脉御敌之力较弱,加之失治误治,邪气入里,侵袭属阴属里的脏腑之络,即阴络。《灵枢·本输》云“少阴属肾,肾上连肺,故将两脏”,肺肾联系紧密,肺卫受邪可能累及肾脏。“脐下者,肾与膀胱,水所归宿之地也”^[5],水不足者先天之本亏虚,较常人更易受邪。邪火进犯肾络,血水同源,“血为阴,血虚即是水虚”^[5],水不足者血亦不足,肾络之血不足以制火,邪火无制,一则进一步耗伤肾络之气血,气血亏虚,因虚致瘀滞,《景岳全书·胁痛》云“凡人之气血犹源泉也,盛则流畅,少则壅塞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者”^[16];二则热灼经络,迫血妄行,血离常道,离经之血即为瘀;三则络脉细小迂曲,气血运行渐缓,且肾络属阴络,病位较深,邪不易出,故易滞易瘀。综上,邪入肾络必生瘀血。肾络的概念包括但不限于现代医学中的肾脏微血

管,《灵枢·百病始生》云“阴络伤则血内溢,血内溢则后血”,肾小球微血管受损导致肾小球滤过功能受损,可表现为血尿、蛋白尿。此时病程较长,邪入阴络,总体属难治阶段,如张聿青^[17]所言“横者为络,邪既入络,易入难出,势不能脱然无累”。更有甚者,正虚邪盛,发为肾络瘀痹,如《血证论·瘀血》云“瘀血在经络脏腑间,则结为癥瘕”^[5]。

此时病邪已入阴络,虽难以祛邪外出,仍需通络,可用藤类药、虫类药及络虚通补类药。从取象类比而言,藤类药因形似络脉被认为可通经入络,如鸡血藤行血补血、舒筋活络。患病日久病情深重者,可用虫类药,如僵蚕、土鳖虫之品,吴鞠通认为“以食血之虫,飞者走络中气血,走者走络中血分,可谓无微不入,无坚不破”。瘀阻肾络,活血化瘀为要点,可用桃仁、川芎之品。

3.3 末期正虚邪恋,当攻补兼施,益肾活血,通腑降浊 IgAVN可有2种转归,或机体正气未衰,经过前两期治疗正气得复,祛邪外出;或正虚邪恋,病久愈深,进展至终末期肾病。经络为气血津液转输通道,病久阴阳络脉及经脉受损,后天之本所生水谷精微不能由经络资助先天之本,肾失所养,加之风、热、湿、瘀在里,久不能祛,邪气深陷于肾。肾体大损,固摄开合失司,除外精微不能内守,甚者浊毒不能外泄,出现少尿,血中毒素沉积。此时病情危重,预后不佳。患者已处于脏器衰败阶段,透析以清血中浊毒刻不容缓,如此方可保全性命。此阶段治则为标本兼治,治法为益肾活血、通腑降浊,可用大黄、桃仁等品泄浊通腑。此时多用丸剂,少用汤剂。

4 病案举例

患者,男,18岁。2021年3月25日初诊。主诉:双下肢紫红色斑点2周。患者2周前无明显诱因出现双下肢紫红色斑点,查尿常规提示尿潜血阳性,尿蛋白(+),尿镜检红细胞30个/ μL ,尿白蛋白/肌酐比:395 mg/g。刻下症:双下肢散在紫红色斑点,平素易感风寒,动则汗出,纳寐尚可,尿色深,大便可。舌淡、苔白腻,脉浮数。西医诊断:IgAVN。中医诊断:紫癜风(气虚不固、风热挟湿证)。治法:益气固表,祛风清热除湿。予防己黄芪汤合银翘散加减。处方:黄芪15 g,防己10 g,炒白术10 g,女贞子10 g,金樱子10 g,徐长卿15 g,穿山龙30 g,

地肤子10 g,白鲜皮10 g,赤芍10 g,连翘15 g,金银花15 g,荆芥9 g。14剂,水煎取汁,早晚分服。

2021年4月2日二诊:复查尿常规提示尿蛋白、尿潜血、尿红细胞均为阴性,尿白蛋白/肌酐比:137 mg/g。患者自述口干,腰膝酸软,乏力,纳差,双下肢紫红色斑点较前减少,未再新发。舌淡、苔腻,脉沉细。改方予六味地黄丸合玉屏风散加减。处方:黄芪15 g,生地黄15 g,山药15 g,山萸肉10 g,茯苓15 g,丹参15 g,川芎15 g,白茅根30 g,炒白术15 g,防风10 g,苍术10 g。14剂,煎服法同前。

2021年4月17日三诊:复查尿常规提示尿蛋白、尿潜血、尿红细胞均为阴性。双下肢紫红色斑点基本消退。续予二诊方治疗。14剂,煎服法同前。

后该患者长期在杭州市中医院肾内科门诊随访,复查尿蛋白水平波动在阴性至缓解水平之间,病情稳定,皮肤紫癜未再发。

按:本案患者平素易感风寒,动则汗出,是机体气、水不足,在表之皮部络脉难以御邪,风邪袭表,与内火相合,灼伤阳络,热盛动血,发为紫癜;病久邪火入里,肾之气、水不足,肾络受邪,封藏失职,肾中精微不固,故有蛋白尿、血尿。舌淡、苔白腻,脉浮数,是在表之风热挟湿未解。病属虚实夹杂,证属气虚不固、风热挟湿,方用防己黄芪汤合银翘散加减。患者发病之根本在于气、水不足,方中黄芪益气固表,黄芪得炒白术之助补气之功愈盛,共增阳络之气;女贞子滋肾阴,补养阴络之水;金樱子固涩精气,缓肾中精微渗漏下泄之势;金银花、连翘、荆芥辛散透邪,防己、白鲜皮、地肤子、穿山龙、徐长卿祛风湿,意在祛风热湿之实邪。诸药合用,标本兼治,补气生水,兼祛风清热除湿。二诊时患者蛋白尿、血尿改善,出现纳差、腰酸等脾肾两虚的表现,是标实已祛,本虚显象,结合舌脉象,改方为六味地黄丸合玉屏风散加减,大补不足之气、水,“滋水即是补气”,是以滋水为重,生地黄、山萸肉补益肾水,山药、苍术燥湿健脾,茯苓健脾渗湿,黄芪、炒白术、防风组成玉屏风散,益气固表防外感再发,丹参、川芎通肾络之瘀。诸药合用,以填补本虚,补益肾水,兼通络瘀为要。三诊时患者症状明显缓解,故守二诊方治疗。

5 小结

本研究基于“阴阳水火气血论”和“皮部络脉

理论”分析了IgAVN的中医病机、治则治法及辨证论治思路,为中医药治疗本病提供新思路。基于上述理论,笔者认为本病可从三期辨证论治:初期总因气水不足,阳络热盛动血,宜急则治标,祛风解表,滋阴凉血;中期邪入阴络,瘀阻肾络,需标本兼治,祛邪通络,活血化瘀;末期正虚邪恋,肾元衰惫,浊毒内生,应攻补兼施,益肾活血,通腑降浊,此时透析刻不容缓。

[参考文献]

- [1] KALLASH M, VOGT B A, ZEID A, et al. The scope of treatment of pediatric IgA vasculitis nephritis and its outcome: a Pediatric Nephrology Research Consortium study[J]. *Pediatr Nephrol*, 2022, 37(11): 2687-2697.
- [2] NARCHI H. Risk of long term renal impairment and duration of follow up recommended for Henoch-Schonlein purpura with normal or minimal urinary findings: a systematic review[J]. *Arch Dis Child*, 2005, 90(9): 916-920.
- [3] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases[J]. *Kidney Int*, 2021, 100(4S): S1-S276.
- [4] 张珍. 当代名中医治疗紫癜性肾炎规律的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2013.
- [5] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英, 李佺, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [6] 喻昌. 医门法律[M]. 韩飞, 整理. 太原: 山西科学技术出版社, 2006: 16.
- [7] 王永炎, 杨宝琴, 黄启福. 络脉病与病络[J]. *北京中医药大学学报*, 2003, 26(4): 1-2.
- [8] 吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [9] LEUNG A K C, BARANKIN B, LEONG K F. Henoch-Schönlein Purpura in Children: An Updated Review[J]. *Curr Pediatr Rev*, 2020, 16(4): 265-276.
- [10] FERVENZA F C. Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. *Int J Dermatol*, 2003, 42(3): 170-177.
- [11] RUPERTO N, OZEN S, PISTORIO A, et al. Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part I : Overall methodology and clinical characterisation[J]. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69(5): 790-797.
- [12] 张介宾. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 195.
- [13] 儿童过敏性紫癜性肾炎中西医结合循证小组. 儿童过敏性紫癜性肾炎中西医结合诊疗指南(2023)[J]. *北京中医药大学学报*, 2024, 47(1): 133-140.
- [14] 汪昂. 本草备要[M]. 王效菊, 整理. 天津: 天津科学技术出版社, 1993: 50-55.
- [15] LI D, RUI Y X, GUO S D, et al. Ferulic acid: A review of its pharmacology, pharmacokinetics and derivatives[J]. *Life Sci*, 2021, 284: 119921.
- [16] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023: 491.
- [17] 张聿青. 张聿青医案[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1963: 9.

[责任编辑: 刘迪成, 蒋维超(英文)]