

基于“肾主水”理论探讨中医药干预慢性肾小球肾炎水湿证的临床疗效观察

潘 健

天津市中医药研究院附属医院 天津 300120

摘 要：本研究基于“肾主水”理论，观察中医药干预慢性肾小球肾炎水湿证的临床疗效。选取2024年1月至12月本院80例患者，随机分为观察组和对照组各40例。对照组常规西医治疗，观察组在此基础上加用基于“肾主水”理论拟定的中医药方剂。治疗3个月后，观察组在临床症状评分、实验室指标改善及临床总有效率方面均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），且不良反应发生率低。表明基于“肾主水”理论的中医药干预慢性肾小球肾炎水湿证疗效确切，安全性良好。

关键词：肾主水；中医药干预；慢性肾小球肾炎；水湿证；临床疗效观察

引言：慢性肾小球肾炎是具有不同病因、不同病理类型的一组原发性肾小球疾病的总称，其基本表现是高血压、水肿、蛋白尿、血尿及不同程度的肾功能损害^[1]。祖国医学中并无慢性肾小球肾炎这一概念，根据临床症状可将该病归属于“尿浊”“尿血”“水肿”等范畴，水湿证是其典型证型之一。“肾主水”理论最早记载于《黄帝内经》，在水液代谢的调控中发挥着关键作用。慢性肾小球肾炎水湿证的出现和进展，与“肾主水”功能失常密切相关，肾脏蒸腾气化功能减弱，水液无法正常输布，致使水湿在体内停滞，从而引发一系列病症。当前，西医治疗该疾病虽能取得一定成效，但也存在诸多局限。相比之下，中医药在治疗慢性肾小球肾炎水湿证方面独具优势。基于此，本研究以“肾主水”理论为依据，深入探讨中医药干预慢性肾小球肾炎水湿证的临床效果，以期临床治疗提供有益参考。

1 “肾主水”理论与慢性肾小球肾炎水湿证的关联

1.1 “肾主水”理论的内涵

“肾主水”理论源于《黄帝内经》，在历代医家的不断完善下逐渐形成系统的理论体系。《华氏中藏经·论水肿脉证生死候第四十三》言：“水者，肾之制也；肾者，人之本也^[2]。”肾是主水之脏，水为万物之源，肾脏主水功能正常是维持人体正常生命活动的根本^[3]。肾主水的功能主要依赖于肾阳的蒸腾气化作用。肾阳是人体阳气的根本，具有温煦、推动等作用。水液进入人体后，经过脾胃的运化、小肠的分清别浊，下达至肾，在肾阳的蒸腾气化作用下，清者被重新吸收，参与全身水液代谢，浊者则化为尿液，经膀胱排出体外。同时，肾与膀胱相表里，膀胱的排尿功能也依赖于肾阳的气化推动^[4]。

另外，肾的主水功能还与肾阴的滋养作用相关，肾阴与肾阳相互依存、相互制约，共同维持着肾的正常生理功能。

1.2 慢性肾小球肾炎水湿证的中医病机

慢性肾小球肾炎水湿证的发生发展与“肾主水”功能失调密切相关。从中医角度来看，本病的病因多与禀赋不足、劳逸失度、饮食不节、外感邪毒等有关。这些因素可导致肾的阴阳失衡，尤其是肾阳亏虚，蒸腾气化无力，水液无法正常蒸腾、输布与排泄，从而导致水湿内停。水湿内停又可进一步阻碍气机的运行，气滞则血瘀，形成水湿、气滞、血瘀相互交织的复杂病机。此外，脾与肾在水液代谢中相互配合，肾阳不足可累及脾阳，导致脾失健运，进一步加重水湿内停，形成脾肾两虚、水湿泛滥的病症。

2 研究资料与方法

2.1 研究对象

本研究以2024年1月-12月本院80例慢性肾小球肾炎水湿证患者为观察对象。纳入标准：西医符合《内科学（第9版）》该病诊断标准；中医符合《中医病证诊断疗效标准》水湿证辨证标准，主症水肿、尿少，次症有腰膝酸软等，舌苔白腻、脉沉缓，年龄18-65岁，患者知情同意。排除标准：合并严重心、肝、脑等脏器功能障碍；有急性感染等病；对中药汤剂过敏；妊娠或哺乳期；近1月用过影响肾功能药物。将符合上述标准的80例患者，通过随机分组的方式，分为观察组与对照组，每组各40例。其中，观察组中男性22例，女性18例；年龄范围在25-62岁，平均年龄为（43.5±8.2）岁；病程1-8年，平均病程为（4.2±1.5）年。对照组中男性23例，女

性17例；年龄在24-63岁，平均年龄为（44.2±7.8）岁；病程1-7年，平均病程为（4.0±1.3）年。经统计学分析，两组患者在性别、年龄、病程等一般资料方面的差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具备可比性^[5]。

2.2 治疗策略

对照组遵循传统西医治疗路径，应用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）调控血压及蛋白尿，必要时辅以利尿剂以减轻水肿。观察组则在对照组方案之上，融入基于中医“肾主水”理论特制的中药方剂。方剂构成含生黄芪30g、山药15g、山茱萸10g、茯苓15g、桂枝10g、附子6g（先煎）、白术15g、猪苓15g、车前子15g（包煎）。方剂调整：水肿显著者加冬瓜皮15g、大腹皮15g；腰膝无力明显者加杜仲10g；畏寒及四肢冷感重者加干姜6g、肉桂10g；食欲不振者加入陈皮10g、砂仁10g（后下）。每日一剂，煎煮至360ml汤汁，分早晚饭后温服。两组均持续治疗3月，期间严密监控症状及副作用。

2.3 观测维度

（1）症状评分体系：依据《中药新药临床研究指导原则》构建，针对水肿、腰膝酸软、畏寒肢冷、尿少等症状进行0-3分评级，总分愈高，症状愈严重。（2）生化指标检测：于治疗前及治疗结束时，利用全自动生化分析仪测定24小时尿蛋白定量（24hUP）、血肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）、白蛋白（ALB）水平。（3）疗效判定标准：结合症状缓解情况及生化指标改善程度设定。（4）疗效分类：痊愈指症状全消，生化指标复原；显效为症状大幅好转，24hUP减少 $\geq 50\%$ ，Scr、BUN降低 $\geq 30\%$ ；有效表示症状有所减轻，24hUP减少20%-49%，Scr、BUN下降10%-29%；无效即症状无改善或加剧，生化指标稳定或上升。总有效率计算方式：（痊愈+显效+有效）/总病例数 $\times 100\%$ 。

2.4 数据分析方法

应用SPSS22.0统计软件包执行数据分析任务。对于计量资料，采用均数伴随标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）的表述方式，并通过t检验来对比组间差异；对于计数资料，则采用百分比（%）的形式表示，并通过 χ^2 检验来评估组间差异。设定 $P<0.05$ 作为判断差异具有统计学意义的阈值^[6]。

3 研究结果

3.1 两组患者临床症状评分比较

治疗前，两组患者的水肿、腰膝酸软、畏寒肢冷、尿少等临床症状评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。治疗3个月后，两组患者的各项临床症状评分均较治疗前显著降低（ $P<0.05$ ），且观察组的各项临床症

状评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。具体数据见表1。

表1 临床症状评分比较

临床症状	观察组 (治疗前)	观察组 (治疗后)	对照组 (治疗前)	对照组 (治疗后)
水肿	2.3±0.5	0.6±0.3	2.2±0.6	1.2±0.4
腰膝酸软	2.1±0.4	0.5±0.2	2.0±0.5	1.1±0.3
畏寒肢冷	1.8±0.4	0.4±0.2	1.7±0.3	0.9±0.3
尿少	1.9±0.3	0.4±0.1	1.8±0.4	0.9±0.2

3.2 两组患者实验室指标比较

治疗前，两组患者的24hUP、Scr、BUN、ALB水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。治疗3个月后，两组患者的24hUP、Scr、BUN水平均较治疗前显著降低（ $P<0.05$ ），ALB水平较治疗前显著升高（ $P<0.05$ ）；且观察组的24hUP、Scr、BUN水平显著低于对照组（ $P<0.05$ ），ALB水平显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。具体数据见表2。

表2 实验室指标比较

指标	观察组 (治疗前)	观察组 (治疗后)	对照组 (治疗前)	对照组 (治疗后)
24hUP (g/24h)	2.5±0.6	0.8±0.3	2.4±0.7	1.5±0.4
Scr ($\mu\text{mol/L}$)	135.2±20.5	98.5±15.6	132.8±19.8	115.6±16.2
BUN (mmol/L)	8.5±1.5	5.2±1.0	8.3±1.4	6.8±1.2
ALB (g/L)	28.5±3.2	35.6±3.5	28.2±3.0	32.1±3.1

3.3 两组患者临床疗效比较

治疗3个月后，观察组中痊愈12例，显效18例，有效8例，无效2例，总有效率为95.0%；对照组中痊愈6例，显效12例，有效14例，无效8例，总有效率为80.0%。观察组的总有效率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。具体数据见表3。

表3 临床疗效比较

疗效	观察组 (n = 40)	对照组 (n = 40)
痊愈	12 (30.0%)	6 (15.0%)
显效	18 (45.0%)	12 (30.0%)
有效	8 (20.0%)	14 (35.0%)
无效	2 (5.0%)	8 (20.0%)
总有效率	38 (95.0%)	32 (80.0%)

3.4 不良反应情况

治疗期间，观察组有1例患者出现轻微胃肠道不适，经对症处理后缓解；对照组有2例患者出现电解质紊乱（低钾血症），经补充电质后纠正。两组患者的不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

4 讨论

4.1 方剂组成与中医智慧

慢性肾小球肾炎水湿证的治疗关键在于恢复肾脏的

“主水”功能,本研究基于中医经典理论“肾主水”,设计了一套以温肾利水、健脾化湿为主要功效的中医药方剂。方中生黄芪、山药、山茱萸等药物补益肾气、滋养肾阴,附子、桂枝等温阳药温补肾阳,增强肾脏的蒸腾气化能力,促进水液代谢与排泄。这种阴阳并补的治疗思路,不仅遵循了中医“阴阳平衡”的原则,也精准地把握了“肾主水”理论中肾阴阳对水液代谢的调控作用^[7]。茯苓、猪苓、车前子等利水渗湿药物则帮助患者减轻水肿症状。白术的加入则体现了脾肾同治的理念,增强脾胃运化功能,协助肾脏完成水液代谢任务。

4.2 临床疗效的显著优势

本研究结果显示,中医药干预在慢性肾小球肾炎水湿证的治疗中表现出显著优势。观察组患者在接受治疗后,临床症状评分显著降低,水肿、腰膝酸软等症状得到有效改善。实验室检测显示,观察组的24小时尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮等指标水平显著降低,白蛋白水平显著升高。这些变化表明中医药不仅能够减少尿蛋白排泄,改善肾脏功能,还能提高血浆白蛋白水平,增强患者体质与抵抗力。从临床疗效统计结果来看,观察组的总有效率高达95.0%,显著高于对照组的80.0%,进一步证实了基于“肾主水”理论的中医药干预的有效性。

4.3 方剂的安全性与未来研究方向

在安全性方面,两组患者的不良反应发生率均较低,且经过及时处理后均能得到有效控制。这充分说明了该方剂的安全性良好,同时也体现了中医药治疗的优势——在发挥治疗作用的同时,最大限度地减少了不良反应的发生。然而,本研究仍存在一定的局限性,如样本量相对较小、观察时间较短等,可能对研究结果的普遍性和长期疗效评估产生影响^[8]。因此,未来研究可考虑扩大样本量、延长观察时间,以进一步验证中医药干预

的长期疗效及安全性。

结束语

研究表明,基于“肾主水”理论拟定的中医药方剂干预慢性肾小球肾炎水湿证,在改善临床症状、实验室指标及提高临床疗效方面效果显著,且不良反应少,安全性良好。不过,研究存在样本量小、观察时间短等局限。未来需扩大样本量、延长观察时间,进一步验证其长期疗效与安全性,推动中医药在慢性肾小球肾炎治疗领域的发展。

参考文献

- [1]林子洋.中医药治疗慢性肾小球肾炎临床研究进展[J/OL].中医临床研究,1-6.
- [2]华佗,农汉才点校.中藏经.北京:学苑出版社,2007.06.
- [3]王文蔚,冯晶晶,王用书,等."肾为先天之本"的文化渊源[J].中医学报,2017,32(03):390-393.
- [4]杨桂中.加味二仙汤治疗脾肾气虚型慢性肾小球肾炎的疗效观察[J].当代医药论丛,2020,18(24):134-136.
- [5]邢晓宁,王春芳,赵利利.益气补肾汤联合氯沙坦钾片治疗慢性肾小球肾炎脾肾气虚型患者临床观察[J].内蒙古医学杂志,2020,52(2):169-171.
- [6]郭璐萱,刘洋,纪越,等.2010-2022年中医药治疗慢性肾小球肾炎研究文献可视化分析[J].中国中医药信息杂志,2023,30(5):58-65.
- [7]周晓玲,姜黎平.济生肾气丸治疗脾肾阳虚型慢性肾小球肾炎的疗效观察[J].中国中医药科技,2020,v.27(03):138-139.
- [8]周萍,张艳.中医药综合护理在慢性肾小球肾炎治疗中的应用[J].光明中医,2021,36(5):830-832.