

王自敏教授治疗原发性肾病综合征的临床思辨经验

张敏¹ 王自敏² 邢海燕²

1.河南中医药大学 郑州 450000 2.河南中医药大学第一附属医院

摘要: [目的]总结王自敏教授治疗原发性肾病综合征的经验。[方法]通过临床跟诊,收集病案,总结王自敏教授对原发性肾病综合征病因病机的认识,探析其从不同临床表现、糖皮质激素使用不同阶段、生活调护三方面治疗原发性肾病综合征的思辨经验,并辅以验案佐证。[结果]王自敏教授认为脾肾两虚为原发性肾病综合征发生的根本,脾肾功能失调,精微外泄,水湿、湿热、痰浊、瘀血等浊邪滞留,乃发此病,治疗时应以健脾益肾为治疗大法,同时兼以祛邪,标本兼顾。根据水肿、蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症的不同临床表现,辨证与辨病相结合,主张“活血化痰”法贯穿疾病始终。王自敏教授常根据患者不同临床表现选方用药,并在糖皮质激素使用的不同阶段辅以中药汤剂,以缓解糖皮质激素的不良反应,改善患者阴虚阳亢、气虚、阳虚的证候。同时,王自敏教授亦重视生活调护,指出日常生活中应注重预防感冒、防治感染、避免劳累,防止疾病复发。所举案例首诊以脾虚湿盛、胃失和降为主要病机,治疗以健脾燥湿、理气和胃为大法;而后出现阳虚、外感之象,加以清肺补肾之品。患者久病气阴两虚,故宜益气、滋阴、养肾以调护机体,诊治过程以“活血化痰”之法贯穿始终,随访治疗3个月余后痊愈。[结论]王自敏教授治疗原发性肾病综合征注重标本兼顾,辨证与辨病结合,其临床思辨经验值得广大后辈参悟学习。

关键词: 原发性肾病综合征;病因病机;健脾益肾;名医经验;王自敏;生活调护;验案

中图分类号: R692 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-5509(2021)03-0244-04

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2021.03.008

Professor WANG Zimin's Experience of Clinical Thinking and Differentiation in Treating Primary Nephrotic Syndrome ZHANG Min¹, WANG Zimin², XING Haiyan² 1.He'nan University of Chinese Medicine, Zhengzhou (450000), China; 2.The First Affiliated Hospital of He'nan University of Chinese Medicine

Abstract: [Objective] To summarize Professor WANG Zimin's experience in treating primary nephrotic syndrome (PNS). [Methods] Through clinical follow-up learning and collecting medical records, summarizing Professor WANG Zimin's understanding of the etiology and pathogenesis of PNS. It analyzes its speculative experience in the treatment of PNS from different clinical manifestations, different stages of glucocorticoid use, and nursing. At the same time it is supplemented by case verification. [Results] Professor WANG believes that the deficiency of both the spleen and kidney is the root of PNS. Dysfunction of the spleen and kidney leads to the leakage of essences, and the retention of turbid pathogens such as water and dampness, dampness and heat, phlegm turbidity and blood stasis and so on. Treatment should be based on invigorating the spleen and tonifying the kidney, meanwhile, it is necessary to remove pathogenic factors and takes both the origin and manifestation into consideration. According to the clinical manifestations of edema, proteinuria, hypoproteinemia and hyperlipidemia, syndrome differentiation and disease differentiation should be combined, and the method of "promoting blood circulation and removing blood stasis" should run through the whole process of diagnosis and treatment. Professor WANG often chooses prescriptions and medications according to the different clinical manifestations of patients, and supplements Chinese herbal decoctions at different stages of glucocorticoid to alleviate the adverse effects of glucocorticoid and relieve the syndromes of Yin deficiency and Yang hyperactivity, Qi deficiency, and Yang deficiency. At the same time, Professor WANG also attaches importance to nursing and points out that in daily life, patients should pay attention to preventing colds, preventing infections, avoiding fatigue, and preventing disease recurrence. The main pathogenesis of the case cited in the first visit was damp abundance due to splenic asthenia and disharmony of stomach, and the treatment was based on strengthening the spleen, removing dampness, regulating Qi and harmonizing the stomach. Then there were signs of Yang deficiency and diseases caused by external factors, and drugs of clearing the lung and tonifying the kidney were added. Due to the deficiency of Qi and Yin for a long time, it was necessary to replenish Qi, nourish Yin and tonify the kidney to regulate and protect the body. The method of "promoting blood circulation and removing blood stasis" ran through the whole process of diagnosis and treatment, and good results were achieved after about 3 months of treatment. [Conclusion] Professor WANG Zimin's treatment of PNS pays attention to both the origin and manifestation and the combination of syndrome differentiation and disease differentiation. His clinical speculative experience is worthy of understanding and learning by the majority of younger generations.

Key words: primary nephrotic syndrome; etiology and pathogenesis; invigorating the spleen and tonifying the kidney; the experiences of famous doctor; WANG Zimin; nursing; medical cases

基金项目:河南省中医管理局国家中医临床研究基地科研专项(2018JDZX090)

Fund project: National Traditional Chinese Medicine Clinical Research Base Special Research Project of He'nan Province Traditional Chinese Medicine Administration(2018JDZX090)

通讯作者:邢海燕, E-mail: hnxinghaiyan@126.com

肾病综合征(nephrotic syndrome, NS)是以各种原因导致的大量蛋白尿($>3.5\text{g}\cdot\text{d}^{-1}$)、低蛋白血症($<30\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)、水肿和(或)高脂血症为基本特征的临床综合征,可分为原发性、继发性和遗传性三大类^[1]。原发性肾病综合征(primary nephrotic syndrome, PNS)是由原发性肾小球疾病引起的,占原发性肾小球疾病的35%~49.5%^[2-3]。PNS的病程较长,病情往往呈进行性发展,直至终末期肾功能衰竭。目前西医治疗PNS仍以糖皮质激素和免疫抑制剂为主,虽然取得了一定疗效,但药物不良反应较大,影响患者依从性,而且患者病情易受感染、应激、药物剂量调整的影响^[4]。而中医药治疗PNS具有独特的优势,可提高缓解率,降低复发率,减轻糖皮质激素的毒副作用。

王自敏教授(以下简称王老)是国家二部一局第四批全国名老中医专家学术经验指导老师,享受国务院特殊津贴的知名专家,曾任河南省中医肾病专业委员会主任委员。王老潜心研究肾脏疾病六十余载,精研经典,勤于临床,学验俱丰,对诊治各种疑难肾脏疾病尤为擅长,特别是对PNS的诊治经验独到,临床获效满意。笔者有幸跟师侍诊学习,耳提面命,亲聆其谆谆教诲,受益无穷。现将其辨证思路及临床经验总结如下,以飨同道。

1 对病因病机的认识

在中医学中,PNS常被归属于“水肿”“尿浊”等范畴。王老认为该病的病因主要有内因、外因之分,内因多为禀赋薄弱、脾肾虚损,外因多为烦劳过度、饮食情志所伤、感受风寒湿热之邪等^[5]。该病的主要病机特点是本虚标实,王老强调本病以脾肾两虚为本,浊邪潴留为标。浊邪主要指水湿、湿热、痰浊、瘀血等病理产物。盖脾主运化,司职精气的摄取与水液的输布;肾司开阖,专主精气的蓄藏与湿浊毒素的排泄。若脾肾功能失调,脾虚则运化无权,难以摄取精微并输布水液;肾虚则开阖无度,难以固摄精气并排毒泄浊,终招致清阳不升,浊毒不降,湿浊久蕴,又见血瘀,水瘀互结,阻滞三焦,决渎失司,则水肿更甚,故治疗以健脾补肾为本,方能使精微收摄,水肿去,蛋白不妄泄。

2 针对不同临床表现的思辨经验

王老临证时常根据患者水肿、蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症等不同的临床表现,辨证与辨病相结合进行施治。王老认为,脾运化水谷转化的精微物质,封藏于肾脏。若脾肾功能失调,脾失健运,肾失摄纳,

精微物质外流,蛋白外泄,就会产生蛋白尿。大量蛋白自尿液漏出,体内蛋白含量减少,导致低蛋白血症,进而引起水液潴留,引发水肿,并刺激肝脏,使脂质合成增加,最终引起脂质代谢紊乱。王老认为不同临床表现之间相互影响、互为因果,因此常针对患者不同的临床表现,辨证论治,选方用药。

2.1 水肿 《金匱要略》指出:“诸有水者,腰以下肿,当利小便,腰以上肿,当发汗乃愈。”王老谨遵经典,对于腰以下肿甚,伴双下肢水肿、按之如泥的患者,考虑肾阳虚衰证,常选真武汤加活血化瘀之品以及泽泻、猪苓、玉米须等利尿之剂。对于腰以上肿甚,伴咳喘、小便不利、胸腔积液等证的患者,常选小青龙汤加味;若出现眼睑及头面部水肿,同时出现如恶寒、发热、鼻塞等上呼吸道感染症状者,则应以疏风宣肺、提壶揭盖为大法,以达发汗利尿、消除水肿之效。《灵枢·经脉》中言:“肾足少阴之脉……入肺中,循喉咙,挟舌本。”当热邪客咽,循经内扰肾之窍络,肾封藏功能失常,可导致蛋白尿,并伴咽喉疼痛肿胀,此时应加清热利咽之品,如射干、蝉蜕、牛蒡子等。现代药理学研究表明,牛蒡子中的提取物牛蒡子苷具有较强的抗炎、抗氧化、调节免疫作用^[6-8]。

王老治疗水肿常加用有活血化瘀功效的药物。因水邪日久,客于经络,流溢肌表,阻遏气机,气机不畅,推动血液无力,血行不畅而致血瘀,瘀水互结,迁延难愈,故王老在利水消肿的同时,常加丹参、赤芍、鸡血藤等活血化瘀,兼以养血。

2.2 蛋白尿 蛋白尿的产生与脾、肾二脏功能的失调有关。脾主升清,可固涩精微物质,若脾气不健,升清失职,精微不固,渗漏下泄,产生蛋白尿;肾主封藏,藏精气而不泄,若肾失封藏,渗漏下泄,精微物质从溺窍而出,发为蛋白尿^[9]。因此,通过调理脾的升清、肾的摄纳功能,能够有效地降低尿蛋白水平。

偏于脾虚者,脾升清功能失司,运化水谷精微失常,故宜健脾益气,方选参苓白术散或六君子汤。偏于肾虚者,肾失固摄,精微下泄,肾阴虚者用六味地黄丸加固摄药如菟丝子、金樱子、覆盆子等;肾阳虚者用右归丸或金匱肾气丸加固摄药如山茱萸、枸杞子等。

2.3 低蛋白血症 脾失健运,肾失封藏,精微下漏,大量蛋白流失,血浆蛋白水平下降,出现低蛋白血症。针对低蛋白血症的治疗,王老强调以健脾益气为主,常用药物有黄芪、当归、白术、山药、薏苡仁、党参、太

子参等。研究表明,黄芪当归合剂在NS大量蛋白尿情况下能够增加总体蛋白储备,改善低蛋白血症,还可减轻肾小球和肾小管损害,降低系膜区基质沉积,降低血脂,从而改善肾功能^[10-11]。脾胃同源,健脾的同时宜顾护胃气,可佐以食疗,多食山药粥、清炖鲫鱼、黄芪鲤鱼汤等减少尿蛋白排泄,并促进血浆蛋白的恢复。

2.4 高脂血症 王老倡导,在治疗本病时“活血化瘀”之法应贯穿始末。由于低蛋白血症、高脂血症导致血液呈高凝状态,患者常伴有口唇紫绀、舌边有瘀斑或瘀点、舌下络脉怒张等表现,且瘀血程度往往与蛋白尿的严重程度相一致。王老认为,患者久病,脾气渐虚,脾失健运,亦生湿蕴热,湿热胶缠,酿生痰浊,久而成瘀。因此,“湿热”“痰浊”“瘀血”等病理产物与血液高凝状态密切相关。发病初期,风、湿、热、痰、瘀胶结,损及肾之窍络,气血痹阻,乃致瘀血之象,即“初病存瘀”;久病迁延,病邪深伏,瘀血之象更加严重,即“久病致瘀”。瘀血既是致病因素,亦是病理产物。王老临证时常药选丹参、鸡血藤、桃仁、红花等养血活血,但因正气亏虚,应慎用破血逐瘀攻伐之品。若久病血瘀严重者,主张加入搜风通络的虫类药,如水蛭、僵蚕、地龙等,使经络畅通,血液自行。

3 针对不同激素阶段的思辨经验

在临床治疗中,西医常用糖皮质激素(以下简称激素)治疗PNS,但是长期服用激素,易导致多种不良反应的出现,如血压升高、血糖升高、水肿加重、库欣综合征、股骨头坏死等,给患者造成身体及心理负担,因此合理应用激素尤为重要。关于激素的使用原则,王老总结出十六字箴言,即“使用宜早,首量宜足,减量要慢,维持要长”。然而即便患者遵循其用药规律,不良反应仍不可避免。王老主张在激素使用的不同阶段,加以中药辨证论治,从而减轻或尽可能避免激素的不良反应,有助于改善患者症状、提高临床缓解率。

3.1 激素足量阶段 由于激素为阳刚之品,患者服用大剂量激素后,易出现阳亢状态。阳亢则易耗液伤津,易出现精神亢奋、心悸、烦躁、口干、盗汗等阴虚火旺之象,故在此时可予以知柏地黄丸加减以达滋阴降火之效。

3.2 激素减量阶段 伴随着激素减量,患者的阳亢状态逐渐缓解,阴虚火旺的症状减轻,而气虚、阳虚之

象加重。此时患者病情易反复,容易出现少气乏力、腰酸背痛等脾肾两虚的症状,治宜健脾补肾,常用黄芪、党参、白术、山药、枸杞子、菟丝子等药物,直至激素停用。

3.3 激素停用阶段 激素停用后,患者因久病正气亏损,易出现倦怠少神、畏寒肢冷、腰膝酸软等肾阳亏虚的症状,宜温补肾阳、填精补髓,常用金匱肾气丸加减,以温肾助阳,调动体内生机,达“阴平阳秘、精神乃治”之效。

4 针对复发生活调护的思辨经验

PNS常因感冒或其他感染因素导致复发或迁延难愈,因此王老尤其重视患者的生活调护。“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”,王老主张,“未病先防、既病防变”的观念应贯穿患者生活调护的始终。

首先,预防感冒。“风为百病之长”,风邪侵袭人体,首先犯肺,肺主皮毛,为人体之藩篱,卫气不固,气血虚弱,乃发为体虚感冒,王老临证常予玉屏风散加味以益气固表。

其次,防治感染。长期使用激素或感受风、热、毒邪,易使患者体内出现各种各样的感染病灶,常见的有咽炎、扁桃体炎、鼻炎、泌尿系统感染等。应积极防治感染,常用的药物有金银花、野菊花、白花蛇舌草、蒲公英、车前草、茜草、紫花地丁等。此外王老以自拟“三草汤”“尿感冲剂”治疗泌尿系感染,临床疗效颇佳。

最后,应避免劳累,均衡营养膳食。劳则气耗,气虚则易外感,应养成张弛有度的生活习惯。饮食应荤素相宜,不挑食,少食多餐,低脂少盐,定时定量,利于疾病康复。

5 验案举隅

患者毕某,男,55岁,2018年11月13日初诊。主诉“眼睑及双下肢水肿1个月余”。1个月前无明显诱因出现眼睑及双下肢水肿、腰痛,未予重视,未行诊疗。20天前因感冒后水肿加重,于2018年11月8日至某省级医院就诊,肾脏穿刺病理活检示:微小病变伴急性间质性肾炎。B超示:左肾积水、腹水。钡餐示:返流性食管炎、十二指肠球部溃疡。生化:白蛋白 $19.2\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,总胆固醇 $13.61\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,甘油三酯 $4.01\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,谷丙转氨酶 $70\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$ 。24h尿蛋白定量 8.10g 。尿常规:蛋白3+。因患者胃痛,合并十二指肠球部溃疡,存在服用

激素的禁忌证,故未服用激素治疗,前来王老处就诊,欲求中药治疗。刻下症见:神疲气怯,眼睑水肿,脘腹胀满,恶心呕吐,胃痛不能食,畏寒肢冷,双下肢按之如泥,大便正常,每日尿量约500mL,舌质暗红,苔薄腻,脉沉细。西医诊断:微小病变伴急性间质性肾炎;中医诊断:水肿(脾虚湿盛、胃失和降)。治法:健脾和胃、通络利水,以“二陈汤”加减,处方:陈皮10g,半夏10g,茯苓皮30g,竹茹12g,豆蔻12g,鸡内金15g,丹参20g,赤芍15g,穿山甲6g,猪苓20g,泽泻15g,水蛭3g,厚朴15g,白茅根30g,焦三仙各10g。共7剂,每日一剂,水煎至400mL,分早晚两次温服。

11月22日二诊。尿量仍少,全身水肿,畏寒、胃痛轻,腹部胀满,恶心止,欲进食,舌脉同前。复查尿常规:蛋白3+。守方去竹茹、豆蔻、焦三仙,加大腹皮30g、山药20g健脾利水,巴戟天10g、淫羊藿15g、仙茅3g温补肾阳。共14剂,每日一剂,水煎至400mL,分早晚两次温服。

12月4日三诊。胃痛消失,食欲改善,每日食量5~6两。尿量1500~3000mL/d,水肿消退,无畏寒,舌质暗红,苔薄黄,脉沉细。生化:白蛋白 $17\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,尿素氮 $11.70\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $60\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,胆固醇 $13.55\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,甘油三酯 $4.63\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,谷丙转氨酶 $68\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$ 。尿常规:蛋白+。治以健脾和胃、固摄肾气,以“二陈汤”为基础方。处方:陈皮10g,半夏10g,茯苓15g,砂仁12g,鸡内金15g,山茱萸30g,枸杞子30g,菟丝子30g,覆盆子30g,金樱子30g,巴戟天15g,丹参30g,赤芍15g,生山药15g,白茅根30g。共10剂,每日一剂,水煎至400mL,分早晚两次温服。

12月15日四诊。水肿已消失,咽干咽痛,咳嗽,纳眠可,每日食量1斤左右,大便每日一行,小便黄,舌质暗红,苔薄黄,脉沉细。尿常规:蛋白+~±。24h尿蛋白定量0.45g。治法:清肺补肾。处方:生地黄15g,牡丹皮12g,金银花30g,蒲公英30g,桑白皮15g,重楼9g,麦冬15g,石斛15g,山茱萸30g,枸杞子30g,菟丝子30g,覆盆子30g,丹参20g,赤芍15g,甘草6g,炙款冬花15g,白花蛇舌草30g。共7剂,每日一剂,水煎至400mL,分早晚两次温服。

12月22日五诊。未诉明显不适,舌质暗红,苔薄白,脉象同前。尿常规:蛋白(-)。生化:总蛋白 $58\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,白蛋白 $34\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,尿素氮 $11\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $76\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,胆固醇 $7.85\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,谷丙转氨酶 $53\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$ 。治法:益气

滋阴养肾。处方:黄芪30g,生地黄15g,牡丹皮12g,丹参30g,赤芍15g,山茱萸30g,枸杞子30g,菟丝子20g,覆盆子20g,生山药20g,茯苓15g,砂仁12g,白茅根20g。共14剂,每日一剂,水煎至400mL,分早晚两次温服。

服此方随证加减3个月,巩固疗效,生化检查均未见异常。追踪观察,至今病情未复发。

按语:本案患者肾活检示微小病变伴急性间质性肾炎,因微小病变型对激素较为敏感,故西医治疗应首选激素,但患者有胃痛症状并合并十二指肠球部溃疡,故存在激素使用禁忌;患者谷丙转氨酶偏高,因此也不适用免疫抑制剂雷公藤多苷片,以避免加重肝损伤。王老考虑患者起病急,病情严重,下肢肿甚,按之如泥,精神倦怠,气短乏力,且兼有胃痛、不能食、恶心呕吐等症,辅助检查提示大量蛋白尿,因此NS诊断明确,辨证为脾虚湿盛、胃失和降。脾气亏虚,脾虚运化水湿无力,水湿泛滥肌肤而水肿大作,致使双下肢按之如泥;胃失和降而致胃痛,不能食,恶心呕吐。治疗宜健脾和胃、通络利水,王老先以二陈汤加味直达中州,健脾燥湿、理气和胃、降逆止呕,促使脾胃运化功能复常,同时加入丹参、赤芍等药物活血化瘀,取“血行则水行”之意。然治水之法,其制在脾,其本在肾,肾主水,司开阖,患者又伴有畏寒肢冷等阳虚之象,故二、三诊在健运脾胃的基础上加仙茅、淫羊藿、巴戟天、菟丝子、金樱子等温补肾阳之品,患者遂尿量大增,水肿全消。四诊时,患者不慎外感风热之邪出现咽痛、咳嗽,故在补肾的基础上加清肺之品,以祛邪安正。五诊时,患者久病气阴亏虚,宜益气、滋阴、养肾以调护机体,使脏腑功能缓缓复健,气血津液通畅调达,疾病渐愈。张景岳^[12]有云:“脾虚则土不制水而反克,肾虚则水无所主而妄行。”此案说明,PNS治疗当脾肾兼顾,善求病之本,方能终获良效。

6 结语

PNS病程长,病情复杂,临床表现各异,易出现各种变证。王老经过数十年临床经验总结,强调该病的发生主要责之于脾肾两脏,脾肾功能失调,水湿、湿热、痰浊、瘀血等浊邪潴留,治疗时应以健脾益肾为治疗大法,同时兼以祛邪,标本兼顾,根据水肿、蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症的不同临床表现,辨证与辨病相结合,并主张“活血化瘀”法应贯穿疾病始终。为减轻激素的不良反应,强调在激素足量阶段,宜滋阴降

(下转第259页)

量桂附,恐其温热之性久用伤阴,复加谷麦芽复脾胃之气。

3 结语

结合前人对厥阴病的认识和应用乌梅丸的经验,陆师强调病机及辨证,病症互参,以方测证,进一步拓展了乌梅丸的临床用途。陆师认为,对于寒热错杂之证,可不拘泥肝脾之病,将乌梅丸应用于胆系疾病反复迁延不愈的患者,如胆囊切除术后胆汁反流性胃炎、胆囊切除术后腹泻、胆囊癌发热等。临诊之时,陆师强调“应人、应证、应时”的原则。首先确定病位在胆,无论症状或痛、或吐、或久利、或发热,病程迁延,形体消瘦,脸色多黄者,此为“应人”;其证型符合寒热错杂、虚实相间的特点,此为“应证”;发作以症状夜间出现或加重为特点,此为“应时”。若“人、证、时”符合厥阴病的特点,酌情可予乌梅丸治疗。重点需以辨别“人”与“证”为要,并非所有厥阴病均表现为夜间加重,故“应时”若能符合最佳。陆师从厥阴病论治胆系疾病,合理和灵活地选用乌梅丸,为临床上胆系疾病的治疗提供了新的思路和指导。

(上接第 247 页)

火;激素减量阶段,宜健脾补肾;激素停用阶段,宜温补肾阳、填精益髓。同时,王老重视患者的日常调护,指出日常生活中应注意预防感冒、防治感染、避免劳累,防止疾病复发。总之,王自敏教授治疗PNS注重标本兼顾,辨证与辨病结合,其经验值得广大后辈参悟学习。

参考文献:

- [1] 谌贻璞,余学清.肾内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:2-3.
- [2] Horvatic I, Tisljar M, Bulimbasic S, et al. Epidemiologic date of adult native biopsy-proven renal diseases in Croatia [J].Int Urol Nephrol,2013,45(6):1577-1587.
- [3] Bhardwaj R, Dosani I, Clark B A. Steroid-responsive nephrotic syndrome and bilateral renal artery stenosis: A possible role for angiotensin-mediate podocyte injury[J].Case Rep Nephrol Urol,2012,2(1):59-64.

参考文献:

- [1] 邵丽.学五运六气识“乌梅丸”与“厥阴病欲解时”关系[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(3):14-15.
- [2] 吴同玉,陶国水.顾植山教授运用乌梅丸的经验[J].广西中医药大学学报,2016,19(4):39-41.
- [3] 史锁芳.从“厥阴病欲解时”探讨乌梅丸证治特点[J].南京中医药大学学报,2019,35(2):6-8.
- [4] 李瑶,刘素荣.探析乌梅丸合穴位贴敷治疗2型糖尿病上热下寒证[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(12):153.
- [5] 周润津,林兴栋.乌梅丸治疗顽固性失眠验案[J].浙江中医杂志,2019,54(8):586.
- [6] 冯艳广,魏琴,李长红,等.电针联合乌梅丸加减对干燥综合征患者涎腺血流的影响[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(17):35-36.
- [7] 林慧光.陈修园医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:523-524.
- [8] 陈焯文,连建伟,龚一萍.论叶天士及《温病条辨》对乌梅丸方的发挥[J].中华中医药杂志,2015,30(5):1607-1609.
- [9] 陈新,岳胜利,谭唱,等.国医大师徐景藩运用泄水安土法治疗胆囊切除术后腹泻经验[J].中华中医药杂志,2018,33(10):4439-4441.
- [10] 宋清雅,周冉冉,张玉鑫,等.《临证指南医案》中乌梅丸加减运用规律探析[J].环球中医药,2019,12(8):1242-1244.

(收稿日期:2020-06-29)

- [4] 刘琼.中西医结合治疗成人原发性肾病综合征的系统评价[D].南京:南京中医药大学,2010:4-5.
- [5] 周硕果,武士锋.王自敏肾病临证医集[M].北京:人民军医出版社,2010:15.
- [6] 薛芳喜,姚景春,刘奋.牛蒡子苷元对小鼠免疫功能的影响[J].中华中医药学刊,2016,34(2):350-352.
- [7] 范小青,申云富.牛蒡苷药理活性研究进展[J].上海中医药杂志,2017,51(4):113-116.
- [8] 杜毅,王晓芸,陈伦,等.基于网络药理学探讨牛蒡子药理作用机制[J].中医学报,2020,35(9):1971-1975.
- [9] 范为民,李艳.国医大师李济仁教授辨治肾系疾病经验摘要[J].时珍国医国药,2016,27(12):3027-3028.
- [10] 尚伟庆,黄芪当归合剂对肾病综合征患者肾功能、炎症机制及疗效的影响[J].中华中医药学刊,2017,35(5):1339-1341.
- [11] 杨育同.黄芪当归合剂治疗成人复发性肾病综合征疗效观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,7(7):423.
- [12] 张介宾.景岳全书:上册[M].上海:第二军医大学出版社,2006:467.

(收稿日期:2020-07-02)