

引用:赵靓靓,周恩超.周恩超基于“肾毒内伏”论治慢性肾炎蛋白尿经验[J].湖南中医杂志,2023,39(7):56-60.

周恩超基于“肾毒内伏”论治 慢性肾炎蛋白尿经验

赵靓靓,周恩超

(南京中医药大学附属医院,江苏 南京,210029)

[摘要] 介绍周恩超教授基于“肾毒内伏”论治慢性肾炎蛋白尿的经验。周教授认为,慢性肾炎蛋白尿属本虚标实之疾,肾虚为发病之本,风、湿、热、痰、瘀诸邪内伏,蕴藏于肾,化为肾毒,乃发病之标,肾毒内伏是关键病机,并基于此提出扶正祛毒的治疗原则,确立益肾解毒的治疗大法,补益肾元贯穿疾病治疗始终,同时兼以祛风、清热、化痰、化瘀等解毒之法,标本同治,疗效显著。并附验案 1 则,以资佐证。

[关键词] 慢性肾炎;蛋白尿;肾毒内伏;名医经验;周恩超

[中图分类号] R277.523 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.013

慢性肾炎(chronic glomerulonephritis, CGN)是一组以蛋白尿、血尿、水肿、高血压等多种表现为特点的肾小球疾病,大多起病隐匿且缓慢,病情迁延,后期可有肾功能减退、贫血、电解质及矿物质代谢紊乱等情况^[1],最终将发展为终末期肾病(end stage renal disease, ESRD)。CGN 病因尚不明确,主要发病机制为免疫炎症损伤,在各种因素(如感染、疲劳、肾脏灌注不足等)的作用下可急性发作,导致病情迅速进展^[2]。一旦恶化至 ESRD,患者只能依赖包括肾移植、血液透析和腹膜透析在内的肾脏替代治疗来维持生命,虽然一定程度上改善了临床症状,延长了生存时间,但仍存在较高的病死率^[3]。据报道,中国大陆 ESRD 患者接受维持性血液透析治疗的原发病构成比中,总体仍以 CGN 为主^[4]。因此,早期鉴别和治疗 CGN 是延缓病程进展的重要举措。

蛋白尿作为 CGN 最常见的临床表现,同时也是导致肾功能减退的独立危险因素,故有效控制和消减蛋白尿至关重要。治疗上西医根据病理类型、临床表现多使用血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)/血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、糖皮质激素、细胞毒药物、免疫抑制剂等药物,但存在毒副作用及撤减困难、易于反复等问题。近年来,中医药治疗 CGN

蛋白尿的优势愈发受到关注。周恩超教授系博士研究生导师,师承我国著名国医大师、中医肾脏病专家邹燕勤教授,从事中医药防治肾脏病工作 30 年,积累了丰富的临床经验。周教授认为 CGN 蛋白尿的发生发展,与肾毒内伏的发病机制具有一定相似性,并基于此角度切入诊治,疗效颇显。笔者(第一作者)有幸跟师学习,收获良多,现将其经验介绍如下。

1 肾毒内伏的理论基础

1.1 正虚邪伏是前提条件 《医宗必读》载:“正气不足,而后邪气踞之。”正虚是邪伏的基础,正气亏虚则邪气入侵、潜伏体内^[5],留而不去,日犯内里虚地,正所谓“邪之所凑,其气必虚”。同时邪气已结,暗耗正气,正如吴又可之言:“正气愈损,邪气愈伏也”,故正虚与邪伏两者相互影响,是 CGN 蛋白尿发病的内在根据。

1.2 邪伏成毒是病变过程 尤在泾《金匱要略心典》中载:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓”,先天、外感、内生之邪或药邪(大剂量激素等)侵袭机体,久积不解,伏蕴于肾,则生“肾毒”,成为病程中重要的致病因素,“肾毒”伤肾,肾脏愈衰,又有病理产物蓄积久伏内化为“肾毒”,如此循环往复,贯穿 CGN 蛋白尿始终。

基金项目:国家自然科学基金项目(81873270)

第一作者:赵靓靓,女,2020 级硕士研究生,研究方向:中医药防治肾脏疾病

通信作者:周恩超,男,主任中医师,博士研究生导师,研究方向:中医药防治肾脏疾病,E-mail:zhouenchao@njucm.edu.com

1.3 毒损脏腑是最终结果 “脾主运化精微, 肺气行治节, 肾主分利行水”, 三者各司其职, 则体内水液、精微等输布、运化正常。当“肾毒”遇内外因引动, 导致此过程遭到破坏, 脾失健运, 肺失宣肃, 肾失藏泄, 蛋白尿乃生, 肾气更伤, 藏泄之用愈弱, 毒邪愈盛, 病势愈深, “肾毒”弥漫各脏腑, 病情深重难解^[6]。

2 肾毒内伏的发病机制

中医学并无 CGN 蛋白尿之病名, 根据其临床表现, 常将其归属于“精气下泄”的范畴。精微不固, 不循常道, 随洩而漏, 即为蛋白尿。在长期临床实践中, 周教授认识到肾毒内伏是 CGN 蛋白尿的致病关键。CGN 蛋白尿病变以肾为主, 可影响多脏, 与先天、外感、内生之邪均密切相关。患者素体亏虚, 肾元不充, 正气不足, 常兼外感风邪或内生湿、热、痰、瘀, 诸邪内外相引, 盘踞胶结于肾, 化为“肾毒”, 毒伏脏损, 蛋白尿病程反复迁延, 致脾不摄精, 肾不藏精, 脏腑功能进一步失调, 虚者愈虚, 邪毒益甚, 虚实夹杂, 互为因果, 病情繁杂难愈。

2.1 先天胎毒藏附 《片玉心书》曰: “男女交媾, 精血凝结, 毒亦附焉。”《温病条辨》载: “先天之毒, 藏于肾脏。”中医学认为“肾为先天之本”, 主封藏, 是藏精之所, 肾中精气来源于先天, 禀受于父母, 若患儿禀赋不足, 感受父母先天之遗毒邪气, 蓄积伏藏于肾, 则成“胎毒”^[7-8]。周教授认为此即先天肾毒内伏。素体本虚, 肾精亏损, 后天遇六淫入侵、劳作失慎、情志不调、饮食不节等因素影响, 逾期而诱发, 五脏功能受损, 精微不循常道, 从而产生蛋白尿。“禀受之病, 与生俱生者是也”, 这些与现代遗传学呈现高度一致性, 早年就有学者认为一些原发性肾小球疾病的发生发展以及治疗反应和预后, 均与遗传因素相关^[9]。有关 CGN 基因多态性、表观遗传学等遗传因素方面的研究将进一步证明基因在肾脏病发病及转归方面的先天作用^[10]。

2.2 外感风邪酿毒 《灵枢·五变》云: “百疾之始期也, 必生于风雨寒暑, 循毫毛而入腠理, 或复还, 或留止。”《素问·风论》载: “故风者百病之长也。”周教授认为 CGN 蛋白尿的发生尤以风邪为先导, 常夹杂余邪客于机体。《灵枢·经脉》记载: “肾足少阴之脉……其直者, 从肾上贯肝膈, 入肺中, 循喉咙, 挟舌本。”咽属肾所主, 喉为肺之门户, 咽喉是外邪侵袭之必经关隘。风邪由表入里盘踞咽喉, 日积

加重化为“风毒”, 风热邪毒搏结咽喉或湿热邪气留恋不解, 循足少阴肾经下传及肾^[11], 郁久蓄积成“肾毒”, 肾络失固, 精微外泄, 形成蛋白尿; 或罹患 CGN 已久, 肾元虚衰, 反复外感, 毒邪胶痼难去, “肾毒”内伏已久, 肾关开合失守, 出现顽固性、难治性蛋白尿, 机体日损, 肾气不充, 长久以往陷入正虚—感邪—正愈虚的模式。

现代医学认为, 感染是 CGN 的常见诱发因素, 此过程与外感邪气不解, 入里化毒致病相似。各种细菌、病毒等外源性抗原, 作用于机体免疫系统而产生抗体, 形成的免疫复合物沉积潜藏于肾小球不同部位, 介导肾组织损伤, 进而导致蛋白尿。另外, 部分 CGN 蛋白尿患者长期使用激素, 机体防御功能受到抑制, 抵抗力下降, 更易感染, 形成感染—发病—再次感染的恶性循环。周教授认为扁桃体作为人体的免疫器官, 位于消化道和呼吸道的交界要道, 是许多微生物及其他致病因子的入侵口^[12], 容易受外邪侵袭。临床发现 CGN 患者发病前多有前驱感染的病史, 其中免疫球蛋白 A (IgA) 肾病作为我国 CGN 最常见的病理类型, 研究表明其诱发或加重与上呼吸道黏膜感染特别是咽炎、扁桃体炎有关^[13], 故及时清利咽喉, 下病上治, 切断毒邪犯肾的途径, 是减轻临床症状、改善实验室指标的有效方法^[14]。

2.3 内生毒邪相兼 《金匱要略心典》曰: “无形之邪, 入结于脏, 必有所据, 水血痰食, 皆邪藪也。”《灵枢·贼风》曰: “卒然喜怒不节, 饮食不适, 寒温不时, 腠理闭而不通……必有因加而发焉。”因此, 受环境、药食、七情、久病影响, 机体气机升降失调, 气血津液布散障碍^[15], 内生湿、热、痰、瘀之邪伏恋体内, 互相胶结, 蕴积不去, 化为湿毒、热毒、痰毒、瘀毒等致病因素, 久郁于肾, 迁延演化成为“肾毒”, 深伏机体, 损害脏腑生理结构及功能, 毒邪进而由生, 相兼为患, 堆积成为新的病理产物即“肾毒”, 不断损伤肾脏, 导致蛋白尿加重、肾功能减退, 迁延难治。

临床上湿、热、痰、瘀与 CGN 相关联的实验指标早已有较多的揭示, 如尿蛋白即尿中的有形成分增多, 尿液趋于混浊, 正是湿热的表现, 瘀血多表现为不同程度的高凝状态^[16]。周教授认为, 痰浊注入血脉、脂膏化生可类比为脂代谢紊乱^[17]; 蛋白尿久治不愈, 须考虑蛋白质乃是血中精华, 久漏不止, 离于

经外,是为瘀血^[18];升高的尿素氮、肌酐及尿酸等即为肾毒类物质在体内蓄积^[19]。现代医家进行了大量的研究,基于血尿检验、肾脏病理等微观量化指标,结合动物模型等多方面论证了湿热、痰浊、瘀血是造成肾脏受损、病情进展的重要环节^[20]。因此,临床加用清利湿热、化痰祛浊、活血化瘀药物^[21-22],减缓肾毒内伏带来的损伤,是防治 CGN 蛋白尿的重要措施。

3 基于肾毒内伏治疗 CGN 蛋白尿

周教授认为,CGN 蛋白尿发病是内因和外因共同作用的结果,“肾毒”是关键的致病因素和病理产物,影响疾病的进展及转归,基于“肾毒内伏”论治 CGN 蛋白尿具有重要的指导意义。故周教授临床以“扶正祛毒”为基本治则,“益肾元,解肾毒”为治疗大法,祛毒固本,标本兼治,从而有效减轻蛋白尿,早期截断病情演变。

3.1 益肾元以强其本 《六因条辨》载:“至虚之处,便是容邪之处也。”正虚是毒邪伏体致 CGN 蛋白尿发生的前提条件。周教授认为其治疗基础在于益肾元、强正气,正气充沛则毒邪无所藏。脾与肾为先后天之本,先天之本既充,后天之本得固,后天之本得健,先天之本不竭,故益肾健脾以扶正固本培元,防毒于未然。临床用药多遣甘平之剂,如生黄芪、太子参、山茱萸、炒白术、桑寄生、怀牛膝、菟丝子、益智仁、杜仲、续断等补益元气,平调阴阳,缓缓图治。正如《素问遗篇·刺法论》中所云:“正气存内,邪不可干”。古有大剂量生黄芪治肾病之医案,周教授临证时重用至 50 g 确有佳效。若患者 CGN 病久,脾肾愈虚,精微愈泄,可加芡实、金樱子、覆盆子、沙苑子、五味子、石莲子、桑螵蛸、海螵蛸、龙骨、牡蛎等固涩精微之品^[23]。CGN 作为一类免疫功能异常的疾病,病情的反复发作与免疫紊乱有关。药理学研究提示,补益类中药对细胞免疫及体液免疫有明显干预和调节作用,能够维持人体免疫网络的稳态,因此周教授对于临床上无明显虚象的 CGN 蛋白尿患者,仍联合使用益气健脾补肾的中药,通过补益脾肾之法治疗,可明显减轻肾脏免疫损伤,减少外感邪气的发生概率^[24],进一步达到未病先防、巩固疗效的目的。

3.2 解肾毒以治其标 《临证指南医案》载:“凡属有病必有留邪,须放出路方不成痼疾。”周教授常根据患者临床症状,通过祛风、清热、化瘀、化痰等法

给毒邪以通路,因势利导,达邪外出,“肾毒”得去,疾病可除。

3.2.1 祛风解毒 风邪作祟,窜经入络化“风毒”,周教授认为祛风通络解毒当贯穿始终,“须祛风始得消解蛋白,防其进一步扰肾”^[25],常用解表宣肺药、藤类药、虫类药使邪毒从皮毛玄府、九窍等透散而出^[26]。临床多遣疏风解毒药如荆芥、防风、蝉蜕、杏仁、桔梗、牛蒡子、升麻、葛根、枇杷叶、紫苏叶等宣肺开提之品。此类药多轻清微辛,具有流动之性,能够向上向外缓缓宣透郁毒,以达“提壶挈盖”之功;青风藤、雷公藤等藤类祛风除湿解毒之品,深达肾络,由内向外剔除伏风邪毒;全蝎、僵蚕、地龙等虫类搜风攻毒之品,以血肉有情之类直达病所,血中搜逐,以攻隐伏不透之毒,常小剂量使用。现代药理研究表明,宣肺祛邪法可以稳定呼吸道黏膜的炎症和免疫活动,从而减轻肾脏异常的免疫和炎症活动^[27],藤类药、虫类药物也多有调节免疫的作用^[28-29],诸药诸法合用,在减轻 CGN 蛋白尿上效果显著。

3.2.2 清热解毒 水湿、湿浊久蕴不化,日久郁热,湿热胶结成毒,毒阻气机,内伏三焦难除则疾病缠绵难愈。周教授认为治疗上当因势利导,清热解毒以驱毒从三焦而出。临床上毒邪壅结上焦,肺失宣肃者,常用紫菀、款冬花、鱼腥草、炒黄芩、炒栀子、桑白皮、金银花、连翘、桔梗、射干、牛蒡子等清肺利咽解毒之品;毒邪蕴结中焦,运化转输失司,可用薏苡仁、茯苓、泽兰、泽泻、马齿苋、萆薢等健脾化湿解毒之品;毒邪流注下焦,气化不利者,可遣石韦、黄蜀葵花、白花蛇舌草、六月雪、土茯苓等清热利湿排毒之品。除此以外,周教授临证多佐茯苓皮、玉米须、冬瓜皮、车前子等淡渗清利解毒之品,个别患者可用至 50~60 g,此乃轻药重投,在疾病初期用足量而有一锤定音之效。临床研究表明,清热解毒药可以抑制体内炎症反应,对体内毒性因子等存在拮抗作用^[30],能够进一步延缓肾组织损伤,是治疗 CGN 蛋白尿的重要途径。

3.2.3 化瘀解毒 CGN 早期一旦受邪气侵扰,气血运行失衡,肾络痹阻,即可产生瘀血征象。又有叶天士《临证指南医案》指出“络主血”“久病在络,气血皆窒”“久病血瘀”。CGN 患者体内产生多种病理产物,化为毒邪伏肾,导致脉络不通,精气壅滞而外溢,形成蛋白尿。周教授认为瘀血之毒伴随疾

病始终,法当祛瘀解毒通络,瘀血得去,肾络得通,蛋白尿乃消。临床常根据患者症状轻重选用化瘀药,对于病程较短、病情较轻者常加入红花、川芎、当归、丹参、桃仁、景天三七、益母草、失笑散等活血化瘀解毒之品。病程较长,或舌质瘀紫,或有明显瘀点瘀斑瘀线者可酌情选用莪术、三棱、水蛭、虻虫等破血逐瘀祛毒之品。目前研究显示,活血化瘀药可以有效缓解肾小球硬化、肾间质纤维化,减少尿蛋白,改善肾功能^[31],在防治 CGN 上发挥了重要作用。

3.2.4 化痰解毒 部分 CGN 蛋白尿患者病久难治往往有焦虑、郁愤之情,肝常失于疏泄,一方面正如《知医必辨》所载:“疏泄太过,致肾不闭藏,而二便不调”;另一方面木不疏土,脾运不健,如张介宾云:“盖痰即水也,其本在肾,其标在脾”,脾肾功能失调,水液聚而为痰,阻滞气机,肾络不畅而生蛋白尿。周教授认为临床勿忘行气化痰解毒,临证多选用柴胡、郁金、香附、佛手、川楝子、甘松、合欢花、玫瑰花等疏肝理气解毒之品,半夏、陈皮、厚朴、竹茹、石菖蒲等行气化痰解毒之品。周学海《读医随笔》载:“所以必用破瘀者,痰为血类,停痰与瘀血同治也。”周教授认为临床多见痰瘀交阻之症,故常将行气化痰与活血化瘀之法并用,气机调畅,气行则血行,气血调和则百病莫生,共奏邪去正安之效。

4 典型病案

宋某,男,49岁,2020年12月22日初诊。主诉:尿常规异常6年。患者6年前体检发现尿常规异常:尿蛋白(++),尿潜血(++),遂至当地医院就诊,诊断为“慢性肾炎”,间断口服“百令胶囊”“黄葵胶囊”后效果不显,近年间复查尿蛋白波动于(+~+++),尿潜血波动于(++~+++)。刻诊:下半夜腰部隐痛,眼睑周围灼热肿胀(涂他克莫司软膏后好转),夜尿3~4次,纳寐可,大便日行1次,质偏稀,舌红、苔薄黄,边有齿痕,脉弦数。查体:双下肢不肿。辅助检查:24h尿蛋白定量(UTP)850 mg/d;尿常规:尿蛋白(+),尿潜血(++),颗粒管型1个/ μ l;血常规:血红蛋白147 g/L,红细胞计数 $4.72 \times 10^{12}/L$,白细胞计数 $7.74 \times 10^9/L$;血生化:肝酶正常,总蛋白77.5 g/L,白蛋白46.2 g/L,尿素氮4.95 mmol/L,肌酐74 μ mol/L,尿酸390 μ mol/L;B超:左肾10.5 cm×5.0 cm×4.7 cm,右肾9.7 cm×5.3 cm×4.8 cm,右肾结晶、前列腺钙化灶(2020年

12月18日,外院)。证属脾肾亏损,风湿热毒阻络,治宜健脾益肾、清热利湿、祛风通络解毒。处方:黄芪30 g,麸炒白术10 g,山茱萸10 g,全蝎6 g,麸炒僵蚕10 g,蝉蜕10 g,白花蛇舌草15 g,红花10 g,川芎10 g,虻虫10 g,肿节风10 g,盐车前子30 g,石韦30 g,菊花10 g,地骨皮15 g,川牛膝10 g,猫爪草30 g。28剂,每天1剂,水煎,早晚温服。上方出入加减,守方治疗3个月,UTP波动为650、482.8、514.4 mg/d。2021年3月30日复诊:无特殊不适,精神佳,纳寐可,夜尿3次,大便日行1次,质偏稀,舌尖红、苔薄黄,脉弦。辅助检查:尿蛋白(+),尿沉渣(-)。UTP 568 mg/d。予首诊方加黄蜀葵花30 g、雷公藤10 g。28剂,每天1剂,煎服法同前。4月27日复诊:下半夜腰痛偶作,余无不适,夜尿2~3次,大便日行1次,成形,舌尖红、苔薄黄,脉弦。辅助检查:尿蛋白(+),红细胞31/ μ l,白细胞5/ μ l;UTP 777.7 mg/d。4月27日复诊方雷公藤增至15 g(先煎),加盐杜仲15 g、藤梨根30 g、淡竹叶10 g、生蒲黄20 g。28剂,每天1剂,煎服法同前。5月25日复诊:精神佳,纳寐可,夜尿3次,大便日行1次,成形偏稀,舌尖红、苔薄黄,脉弦。辅助检查:尿蛋白(++);UTP 400 mg/d;血生化:肝酶正常,总蛋白73.8 g/L,白蛋白45.2 g/L,尿素氮3.9 mmol/L,肌酐59 μ mol/L,尿酸386 μ mol/L。5月25日复诊方加石斛15 g,28剂,每天1剂,煎服法同前。患者门诊规律随访,继四诊方出入加减,UTP波在167~860 mg/d。1年后患者UTP渐降至95.5 mg/d,尿蛋白阴性,无特殊不适。

按语:本案是以少量蛋白尿为主要表现的慢性肾炎病例,病位在脾、肾,辨证属脾肾亏虚,风湿热毒阻络,治当健脾益肾、清热利湿、祛风通络解毒。该患者蛋白尿基线水平虽然不高,但病程较长,脾肾已伤,风、湿、热邪蓄积化毒于体内甚久,故疾病缠绵难愈。方中黄芪、白术、山茱萸等脾肾双补以扶正固本,车前子、石韦、白花蛇舌草、肿节风、猫爪草等清热利湿解毒,红花、川芎、虻虫等活血化瘀解毒,全蝎、僵蚕、蝉蜕等祛风通络解毒,诸药共用,补虚而不恋毒,解毒而不伤正。经治疗后患者尿蛋白定量水平降低并趋于稳定,毒邪渐消,疾病向愈,精神乃安。临床上对于此类疾患,周教授强调调养并重,常嘱患者适当锻炼以强正气;避风寒,慎起居,畅情志,减少咸寒辛辣刺激之品、尤其是海鲜类发

物的摄入,正如《医学心悟》所云:“凡人起居有常,饮食有节,和平恬淡,气血周流,谷神充畅,病安从来。”

参考文献

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版,2008:937.
- [2] 梅长林,余学清. 内科学·肾脏内科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:58.
- [3] 张瑶,周芸. 我国终末期肾病患者透析治疗的现状[J]. 中国医药,2021,16(8):1273-1276.
- [4] 李菊,李建兰,高爱民. 中国终末期肾病患者行维持性血液透析的流行病学现况[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(21):160-162.
- [5] 窦志芳,张俊龙,郭蕾,等. 伏邪潜伏和发病机理探讨[J]. 中医药学刊,2006,24(6):1058-1059.
- [6] 周恩超,雍晨. 从“肾毒”论治慢性肾脏病[J]. 世界科学技术—中医药现代化,2021,23(8):2802-2807.
- [7] 江顺奎. 浅论伏邪理论中邪气伏匿的机理[J]. 中华中医药杂志,2005,20(3):140-141.
- [8] 任继学. 伏邪探微[J]. 长春中医学院学报,2005,21(1):4-7.
- [9] 张宏,王海燕. 肾小球疾病的遗传研究[J]. 中华内科杂志,2002,41(8):560-561.
- [10] 贾晓玉,崔昭,于峰,等. 肾小球疾病免疫炎症发病机制的研究进展[J]. 中国科学基金,2017,31(6):586-593.
- [11] 周恩超. 从咽论治IgA肾病的探讨[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(3):18.
- [12] 周恩超. 邹燕勤中医肾病学术经验传承与创新[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2014:53.
- [13] 赵洁,孟立锋,莫超,等. 基于“咽肾相关”理论防治IgA肾病的研究进展[J]. 世界科学技术—中医药现代化,2020,22(4):1148-1152.
- [14] 周恩超,王钢,邹燕勤,等. 尿血宁治疗IgA肾病热结咽喉证48例临床观察[J]. 国医论坛,2002,17(3):29-30.
- [15] 刘燕,吴耀松,刘俊,等. 内生伏邪实质及致病特点探析[J]. 上海中医药杂志,2022,56(2):27-29.
- [16] 时振声,肖相如. 治疗慢性肾炎蛋白尿的经验[J]. 中医杂志,1990(1):32-35.
- [17] 周恩超,曾安平,王钢. 从痰论治慢性肾衰[J]. 长春中医药大学学报,2007,23(4):35-36.
- [18] 毛静仪,周恩超. 益气清利活血祛风药对治疗肾性蛋白尿临床证候英[J]. 山东中医杂志,2018,37(1):51-53.
- [19] 杨威,周恩超. 周恩超益肾健脾和络解毒法治疗慢性肾脏病经验[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(2):67-69.
- [20] 刘瑶,李伟. 慢性肾小球肾炎的中医病机与微观辨证研究探讨[J]. 世界科学技术—中医药现代化,2019,21(6):1062-1067.
- [21] 朱辟疆,刁金因. 慢性肾脏病中医药治疗应重视清利湿热、活血化痰药物的应用[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2016,17(10):908-909.
- [22] 姚佳. 补肾健脾祛湿化痰法对慢性肾小球肾炎脂代谢紊乱影响的临床观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2019.
- [23] 周恩超. 涩精法治疗慢性肾炎蛋白尿[J]. 吉林中医药,2008,28(11):784-786.
- [24] 钟建,史伟,吴金玉. 肾纤维化的中医机制及其干预靶点[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(9):1695-1696.
- [25] 杨健伟,周恩超. 周恩超益气祛风法治疗肾病综合征蛋白尿[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(5):817-818.
- [26] 沈珺,周恩超. 周恩超教授从虚、湿、风、瘀论治肾性蛋白尿经验[J]. 浙江中医药大学学报,2019,43(11):1237-1240.
- [27] 郭海,杨洁,龚婕宁,等. 从黏膜免疫防治慢性肾炎经验[J]. 长春中医药大学学报,2012,28(5):817-818.
- [28] 闫岩. 利用数据挖掘技术总结藤类药物在慢性肾脏病中的应用[D]. 吉林:长春中医药大学,2018.
- [29] 鞠俭奎,冷玉杰. 虫类药对慢性肾小球肾炎治疗作用探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(10):166-167.
- [30] 陈静,杨丽平,米齐悦,等. 清热解毒法治疗慢性肾炎的理论与实践研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2015,16(12):1124-1125.
- [31] 郭建红,蒋春波,金伟民,等. 慢性肾小球肾炎从“瘀”论治新思路[J]. 吉林中医药,2019,39(11):1430-1432.

(收稿日期:2022-10-14)

[编辑:徐霜俐]