温肾通络汤联合隔盐灸治疗特发性膜性肾病伴肾间质纤维化临床研究

张少崇，王春芳，宋韶娜

濮阳市中医医院肾病科，河南 濮阳 457000

［摘要］**目的：**观察在现代医学常规疗法基础上加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化的临床效果。**方法：**纳入2022年1月—2024年1月于濮阳市中医医院肾病科治疗的90例脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与研究组各45例。2组均予现代医学常规疗法治疗，研究组加予温肾通络汤联合隔盐灸治疗。2组均连续治疗3个月。治疗前后评定2组患者的中医证候评分，检测24 h尿蛋白定量、肾病蛋白（Nephrin）、结缔组织生长因子（CTGF）、1型血小板反应蛋白7A域、B淋巴细胞活化因子（BAFF）、M型磷脂酶A2受体、甘肽过氧化物酶（GSH-Px）、活性氧（ROS）、层粘连蛋白、Th17细胞百分比、Treg细胞百分比，计算Th17/Treg比值。观察2组患者不良反应的发生情况。比较2组的临床疗效。**结果：**治疗后，研究组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。2组下肢浮肿、畏寒怕冷、腰酸乏力、大便溏薄、面色少华、纳差腹胀评分及总分均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组6项中医证候评分及总分均低于对照组（$P<0.05$）。2组24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin、层粘连蛋白、CTGF、BAFF、ROS水平与Th17/Treg比值均较治疗前降低（$P<0.05$）；研究组以上9项指标值均低于对照组（$P<0.05$）。2组GSH-Px水平均较治疗前升高（$P<0.05$），研究组GSH-Px水平高于对照组（$P<0.05$）。2组在治疗期间均无明显不良反应产生。**结论：**在现代医学常规疗法基础上加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化患者，可调节免疫功能，改善肾小球滤过屏障，减轻肾纤维化及肾损伤，缓解病情，提高临床疗效，安全性好。

［关键词］特发性膜性肾病；肾间质纤维化；脾肾阳虚证；温肾通络汤；隔盐灸

［中图分类号］R692 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）12-0074-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.12.014

Clinical Study on Wenshen Tongluo Decoction Combined with Salt-Seperated Moxibustion for Idiopathic Membranous Nephropathy Complicated with Renal Interstitial Fibrosis

ZHANG Shaochong, *WANG Chunfang*, *SONG Shaona*

Department of Nephrology, Chinese Medicine Hospital of Puyang, Puyang Henan 457000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Wenshen Tongluo Decoction combined with salt-separated moxibustion on idiopathic membranous nephropathy of spleen-kidney yang deficiency type complicated with renal interstitial fibrosis on the basis of routine therapy in modern medicine. **Methods:** A total of 90 patients with idiopathic membranous nephropathy of spleen-kidney yang deficiency type complicated with renal interstitial fibrosis treated in the Department of Nephrology, Chinese Medicine Hospital of Puyang from January 2022 to January 2024 were included as the study subjects, and divided into the control group and the study group according to the random number table method, with 45 cases in each group. The two groups were treated with routine therapy in modern medicine, and the study group was additionally treated with Wenshen Tongluo Decoction combined with salt-separated moxibustion. Both

［收稿日期］2024-07-30
［修回日期］2025-02-20
［基金项目］河南省中医药拔尖人才培养项目（豫卫中医函〔2021〕15号）
［作者简介］张少崇（1980-），男，医学硕士，副主任医师，E-mail：embraced58@126.com。

groups were treated for three months continuously. Before and after treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores in the two groups were evaluated; the levels of 24-hour urinary protein quantity, Nephrin, connective tissue growth factor (CTGF), thrombospondin type-1 domain-containing 7A, B-cell activating factor of the TNF family (BAFF), M-type phospholipase A2 receptor, glutathione peroxidase (GSH-Px), reactive oxygen species (ROS), laminin, Th17 cell percentage, Treg cell percentage were detected, and Th17/Treg ratio was calculated. Observed the occurrence of adverse reactions in the two groups. The clinical effects were compared between the two groups. **Results**: After treatment, the total effective rate in the study group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The scores of edema of lower limbs, aversion to cold, soreness of waist and lack in strength, thin sloppy stool, pale face, poor appetite and abdominal distension and the total scores in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above scores in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The levels of 24-hour urinary protein quantity, thrombospondin type-1 domain-containing 7A, M-type phospholipase A2 receptor, Nephrin, laminin, CTGF, BAFF and ROS and the Th17/Treg ratio in the two groups were down-regulated when compared with those before treatment ($P<0.05$); the above nine indexes in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The GSH-Px levels in the two groups were elevated when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the GSH-Px level in the study group was higher than that in the control group ($P<0.05$). There were no significant adverse reactions in the two groups during treatment. **Conclusion**: The combination use of Wenshen Tongluo Decoction and salt-separated moxibustion can improve the curative effect on idiopathic membranous nephropathy of spleen-kidney yang deficiency type complicated with renal interstitial fibrosis based on the routine therapy in modern medicine, which can regulate the inmune function, improve the glomerular filtration barrier, reduce the renal fibrosis and kidney injury and alleviate the condition with great safety.

Keywords: Idiopathic membranous nephropathy; Renal interstitial fibrosis; Syndrome of spleen-kidney yang deficiency; Wenshen Tongluo Decoction; Salt-separated moxibustion

特发性膜性肾病是原发性肾病综合征一种常见的病理类型，主要病变部位在肾小球基底膜，临床表现多为无症状蛋白尿，部分患者可有高血压、镜下血尿等[1-2]。特发性膜性肾病伴随肾小球损伤，可诱导炎症反应，损伤肾小管及间质，产生肾间质纤维化[3]，需及时治疗。目前临床常用糖皮质激素、环磷酰胺、他克莫司治疗，可改善病情，但单纯使用现代医学疗法治疗效果不甚满意。笔者根据临床经验认为，脾肾阳虚证是特发性膜性肾病伴肾间质纤维化患者的常见中医证型，针对此证型，治法应以温补脾肾之阳为主。温肾通络汤是濮阳市中医医院肾病科团队根据脾肾阳虚证的病机，以《会约医镜》中的温肾汤为底方化裁而成，具有温肾健脾、燥湿、利水、通络的功效。隔盐灸是临床上常用的隔物灸之一，可补肾壮阳、温中散寒、健脾和胃。有研究指出，隔盐灸可提升机体免疫力，调节机体体液，改善各组织器官功能[4]。在用现代医学疗法控制病情的同时，通过中医内外兼治调理脏腑机能，应可进一步改善病情，提升患者的生活质量。故本研究观察加用温肾通络汤、隔盐灸治疗脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化的临床效果及对免疫功能、肾小球滤过屏障、肾纤维化及肾损伤的影响，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《肾脏病学》[5]拟定特发性膜性肾病诊断标准。起病隐匿，部分患者首发症状为蛋白尿，可存在血尿、水肿、高血压。抗M型磷脂酶A2受体抗体阳性；光镜下可见肾小球基底膜上皮细胞侧免疫复合物沉积。排除继发性膜性肾病；除外系统性红斑狼疮、肿瘤、药物或其他等继发因素。

肾穿刺活检确诊肾间质纤维化[6]。

1.2 辨证标准 参照《现代中医肾脏病学》[7]拟定脾肾阳虚证辨证标准。面色少华，下肢浮肿，畏寒怕冷，易感外邪，腰酸乏力，纳差、腹胀，大便溏薄，小便清长；舌淡，或边有齿痕，苔白腻，脉沉细无力。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准与辨证标准；年龄40～85岁；肾功能正常；血肌酐＜133 μmol/L；依从性良好；患者及家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并传染病、泌尿系统感染、恶性肿瘤；患乙型肝炎病毒相关性膜性肾病；对本研究所用药物过敏；精神、认知障碍；患急性中枢神经系统疾病；合并心、肝等功能不全；不耐受隔盐灸；妊娠期或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准 依从性差；使用其他药物或疗法治疗，无法评价疗效；无法配合医务人员。

1.6 脱落标准 自觉疗效不佳；无法继续用药；自愿退出研究；失访。

1.7 一般资料 选择2022年1月—2024年1月于濮阳市中医医院肾病科门诊治疗的90例脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化患者，采用随机数字表法分为2组各45例。对照组剔除1例自行换药者，脱落1例失访者，最终纳入43例，男29例，女14例；年龄41～84岁，平均(58.14±3.92)岁；特发性膜性肾病伴肾间质纤维化病程2～12个月，平均(5.13±1.24)个月。研究组脱落2例失访者，最终纳入43例，男28例，女15例；年龄42～83岁，平均(58.47±3.81)岁；特发性膜性肾病伴肾间质纤维化病程2～11个月，平均(5.27±1.34)个月。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经濮阳市中医医院医学伦理委员会审批通过(批号：202213)。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照文献[1]给予现代医学常规疗法对症治疗，嘱患者日常注意保持低盐、低脂饮食。复方环磷酰胺片(吉林海通制药有限公司，国药准字H22024086，规格：每片含环磷酰胺50 mg、人参茎叶总皂苷50 mg)，每天3次，每次口服1片。醋酸泼尼松片(星州药业股份有限公司，国药准字H52020164，规格：5 mg/片)，每天3次，每次口服10 mg。他克莫司胶囊(国药集团川抗制药有限公司，国药准字H20083943，规格：1 mg/粒)，每天的用药剂量按0.05 mg/kg计算，分早、晚2次服用。连续治疗3个月。

2.2 研究组 在对照组常规疗法基础上加用温肾通络汤加减及隔盐灸治疗。温肾通络汤处方：黄芪20 g，淫羊藿15 g，党参20 g，鹿角胶12 g，薏苡仁20 g，白术12 g，肉苁蓉12 g，丹参15 g，山药20 g，苍术12 g，山茱萸10 g，炙甘草9 g。随症加减：腰膝酸软严重者，加桑寄生10 g；水肿过甚者，加茯苓皮30 g。由濮阳市中医医院中药制剂室统一煎药，每天1剂，每剂煎取200 mL，分早、晚2次饭后服用，每次服用100 mL。经期停药。连续治疗3个月，每2周复查1次，根据病情调整用药。隔盐灸：由主治医师于门诊进行治疗。患者取仰卧位，医者用食盐填平脐窝，将艾柱点燃放于艾灸盒，将艾灸盒放于神阙穴，待艾柱燃完，替换新的艾柱再灸，过程中密切观察治疗部位的皮肤，以穴位周围有红晕而不起泡为度。每次30 min，每周治疗5次。连续治疗3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于3个月疗程结束后评定。②中医证候评分。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[8]，于治疗前1天、3个月疗程结束后分别评价2组患者的下肢浮肿、畏寒怕冷、腰酸乏力、大便溏薄、面色少华、纳差腹胀情况，无计0分，轻度计2分，中度计4分，重度计6分。总分为6项证候评分之和，总分36分，分数越高表示症状越严重。③尿液检测指标。收集患者的24 h尿液，由濮阳市中医医院检验人员通过全自动生化分析仪检测24 h尿蛋白定量；用酶联免疫吸附法检测肾病蛋白(Nephrin)水平。于治疗前1天、3个月疗程结束后检测。④血清检测指标。抽取患者的晨起空腹静脉血5 mL，通过离心机离心(转速3 500 r/min，半径为10 cm，离心15 min)分离血清，由濮阳市中医医院检验人员，采用酶联免疫吸附法检测结缔组织生长因子(CTGF)、1型血小板反应蛋白7A域、B淋巴细胞活化因子(BAFF)、M型磷脂酶A2受体水平；采用比色法检测谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)、活性氧(ROS)水平；采用放射免疫法检测层粘连蛋白；应用流式细胞仪检测Th17细胞百分比、Treg细胞百分比，计算Th17/Treg比值。于治疗前1天、3个月疗程结束后检测。⑤不良反应。治疗期间观察患者不良

反应的发生情况。

3.2　统计学方法　本研究数据均运用SPSS23.0软件分析。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间数据比较采用成组t检验，组内数据比较采用配对样本t检验。$P<0.05$代表差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[8]拟定疗效标准。完全缓解：下肢浮肿、小便清长等症状基本消失，尿蛋白持续阴性，中医证候总分减少率＞95%；基本缓解：下肢浮肿、小便清长等症状明显改善，24 h尿蛋白定量较治疗前减少50%，70%＜中医证候总分减少率≤95%；好转：下肢浮肿、小便清长等症状好转，24 h尿蛋白定量较治疗前减少25%～49%，30%＜中医证候总分减少率≤70%；无效：临床表现及实验室指标均无改善或加重，24 h尿蛋白定量减少不足25%，中医证候总分减少率≤30%。总有效率(%)=(完全缓解例数+基本缓解例数+好转例数)/总例数×100%。中医证候总分减少率=(治疗前中医证候总分−治疗后中医证候总分)/治疗前中医证候总分×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗3个月后，研究组总有效率97.67%，对照组总有效率81.40%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1　2组临床疗效比较　例

组　别	例数	完全缓解	基本缓解	好转	无效	总有效[例(%)]
对照组	43	9	11	15	8	35(81.40)
研究组	43	18	15	9	1	42(97.67)
χ^2值						4.468
P值						0.035

4.3　2组治疗前后中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组下肢浮肿、畏寒怕冷、腰酸乏力、大便溏薄、面色少华、纳差腹胀评分及总分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组6项中医证候评分及总分均较治疗前降低($P<0.05$)。研究组6项中医证候评分及总分均低于对照组($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

中医证候	时　间	例数	对照组(例数=43)	研究组(例数=43)	t值	P值
下肢浮肿	治疗前	43	3.75±0.87	3.81±0.83	0.327	0.744
	治疗后	43	1.48±0.47①	0.85±0.26①	7.691	＜0.001
畏寒怕冷	治疗前	43	3.53±0.75	3.59±0.71	0.381	0.704
	治疗后	43	1.45±0.44①	0.83±0.25①	8.034	＜0.001
腰酸乏力	治疗前	43	3.61±0.73	3.66±0.79	0.305	0.761
	治疗后	43	1.47±0.46①	0.86±0.27①	7.499	＜0.001
大便溏薄	治疗前	43	3.47±0.66	3.43±0.62	0.290	0.773
	治疗后	43	1.46±0.45①	0.85±0.26①	7.697	＜0.001
面色少华	治疗前	43	3.49±0.74	3.53±0.77	0.246	0.807
	治疗后	43	1.44±0.43①	0.83±0.26①	7.960	＜0.001
纳差腹胀	治疗前	43	3.57±0.85	3.62±0.81	0.279	0.781
	治疗后	43	1.45±0.44①	0.83±0.25①	8.034	＜0.001
总分	治疗前	43	24.97±4.61	25.15±4.37	0.186	0.853
	治疗后	43	10.21±2.17①	5.92±1.29①	11.143	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4　2组治疗前后24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平比较　见表3。治疗前，2组24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平均较治疗前降低($P<0.05$)。研究组24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平均低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	24 h尿蛋白定量(g)		1型血小板反应蛋白7A域(ng/L)		M型磷脂酶A2受体(RU/mL)		Nephrin(μg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	3.69±0.87	1.46±0.43①	7.23±1.5.7	3.28±0.58①	15.67±3.45	7.74±1.82①	34.63±4.75	25.71±3.93①
研究组	43	3.62±0.91	0.87±0.24①	7.56±1.69	2.75±0.46①	15.42±3.31	5.71±1.15①	34.17±4.29	22.66±3.34①
t值		0.365	7.857	0.938	4.695	0.343	6.183	0.471	3.878
P值		0.716	＜0.001	0.351	＜0.001	0.733	＜0.001	0.639	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.5　2组治疗前后层粘连蛋白、CTGF水平比较　见表4。治疗前，2组层粘连蛋白、CTGF水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组层粘连蛋白、CTGF水平均较治疗前降低（$P<0.05$）。研究组层粘连蛋白、CTGF水平均低于对照组（$P<0.05$）。

4.6　2组治疗前后BAFF、GSH-Px、ROS水平及Th17/Treg比值比较　见表5。治疗前，2组BAFF、GSH-Px、ROS水平及Th17/Treg比值比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组GSH-Px水平均较治疗前升高，BAFF、ROS水平及Th17/Treg比值均较治疗前降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。研究组GSH-Px水平高于对照组，BAFF、ROS水平及Th17/Treg比值均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表4　2组治疗前后层粘连蛋白、CTGF水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	层粘连蛋白（μg/L）		CTGF（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	171.68±20.35	118.23±17.13①	118.23±18.95	75.28±15.13①
研究组	43	170.41±20.84	90.74±15.85①	117.37±17.19	60.18±12.54①
t值		0.286	7.724	0.220	5.039
P值		0.776	<0.001	0.826	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表5　2组治疗前后BAFF、GSH-Px、ROS水平及Th17/Treg比值比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	BAFF（μg/L）		GSH-Px（mg/L）		ROS（U/mL）		Th17/Treg	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	16.09±2.31	10.96±1.81①	160.57±15.68	248.16±19.63①	485.14±20.09	347.93±17.41①	0.97±0.23	0.66±0.17①
研究组	43	16.27±2.46	8.57±1.47①	161.35±15.41	271.03±22.41①	486.85±20.36	325.61±15.08①	0.95±0.22	0.50±0.13①
t值		0.350	6.721	0.233	5.034	0.392	6.354	0.412	4.903
P值		0.727	<0.001	0.817	<0.001	0.696	<0.001	0.681	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.7　不良反应　治疗期间，2组患者均无明显不良反应产生。

5　讨论

特发性膜性肾病伴肾间质纤维化的临床特征可归属于中医学水肿、尿浊等疾病范畴，脾肾阳虚证是其常见中医证型。脾主运化，为后天之本，可运化水湿和布散水谷精微。脾阳亏虚，则水湿运化失常，内聚于脏腑血脉。肾主水，肾阳为周身阳气之本，水液输化有赖于肾阳的蒸化作用。患者病久肾阳亏虚，蒸腾气化无力，则水液内停，发为水肿[9]。对于脾肾阳虚证，治疗需补脾益肾、温阳通络、利水消肿。本研究所用的温肾通络汤中，黄芪补气升阳、利水消肿，淫羊藿补肾阳、祛风湿，共为君药；党参健脾益气，鹿角胶温补肾阳、益精养血，为臣；肉苁蓉、山茱萸补肾阳、益精血，白术健脾益气、燥湿利水，丹参活血祛瘀通络，山药补脾养胃、补肾涩精，薏苡仁健脾利水，苍术燥湿健脾，为佐；炙甘草补脾益气、调和诸药，为使。腰膝酸软严重者，加桑寄生祛风湿、补肝肾；水肿过甚者，加茯苓皮利水消肿。诸药合用，共达温肾健脾、燥湿利水、温阳通络之功。现代药理学研究结果显示，黄芪中含有黄芪甲苷、氨基酸、黄芪黄酮、黄芪多糖等成分，可调节免疫、抗炎、抗氧化[10]。山药所含的山药多糖，可减轻肾脏缺血再灌注损伤，促进肾脏再生修复，改善肾功能[11]。肉苁蓉中含有木质素、环烯醚萜等活性成分，具有抗氧化、调节免疫的作用[12]。隔盐灸疗法因只用于脐部，又称神阙灸，具有温中散寒、补肾壮阳、健脾和胃等功效。隔盐灸与温肾通络汤联合使用可发挥内外兼治的效果，增强温补脾肾之阳、利水之功。本研究结果表明，研究组总有效率高于对照组，6项中医证候评分及总分均低于对照组，提示加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗有助于缓解病情，提高疗效。

特发性膜性肾病患者的肾组织中存在1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体，可能是造成特发性膜性肾病患者发病的致敏抗原，参与炎症反应和肾损伤[13-14]。Nephrin是肾小球足细胞间裂孔隔膜蛋白，参与肾小球滤过过程与蛋白尿发生过程[15]。本研究结果表明，研究组24 h尿蛋白定量、1型血小板反应蛋白7A域、M型磷脂酶A2受体、Nephrin水平均低于较对照组，提示加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗可更好地改善肾小球滤过屏障、减少肾损伤。

高水平ROS可引起氧化应激，产生细胞损伤，在肾间质纤维化过程中发挥重要作用[16]。GSH-Px可促进机体清除氧自由基，发挥抗氧化作用，在特发性膜性肾病患者体内呈低表达[17]。BAFF属于肿瘤坏死因子超家族，可促进B淋巴细胞增殖，介导足细胞靶抗原成分与相应抗体结合，激活补体，产生局部组织炎症损伤，参与膜性肾病病情进展[18]。Th17、Treg属于T淋巴细胞亚群，Th17细胞可分泌促炎因子，而Treg细胞具有免疫耐受作用，可分泌抑炎因子，二者共同维持机体的免疫平衡状态，特发性膜性肾病患者存在Th17/Treg失衡[19]。层粘连蛋白、CTGF在肾间质纤维化患者体内呈高表达[20-21]。本研究结果表明，研究组GSH-Px水平高于对照组，BAFF、ROS、层粘连蛋白、CTGF水平及Th17/Treg比值均低于对照组，提示加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗更有利于调节免疫功能，减少肾纤维化。

综上所述，在现代医学常规疗法基础上加用温肾通络汤联合隔盐灸治疗脾肾阳虚型特发性膜性肾病伴肾间质纤维化患者，可调节免疫功能，改善肾小球滤过屏障，减轻肾纤维化及肾损伤，缓解病情，提高临床疗效，患者均未产生明显不良反应，值得在临床上推广应用。

[参考文献]

[1] 中华中医药学会肾病分会，广东省中医药学会肾病专业委员会. 特发性膜性肾病中医临床实践指南(2021)[J]. 中国全科医学，2023，26(6)：647-659.
[2] 王殿文，张逸雯，张佳乐，等. 特发性膜性肾病痰瘀互结证诊断条目筛选与分析[J]. 中国中医基础医学杂志，2022，28(10)：1628-1631.
[3] 黄文洁. 特发性膜性肾病肾间质纤维化的临床病理影响因素分析[D]. 长春：吉林大学，2022.
[4] 查必祥，杨骏，石菲菲. 神阙穴隔盐灸疗法的理论探讨与临床应用[J]. 云南中医学院学报，2013，36(3)：95-98.
[5] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京：人民卫生出版社，2008：1032-1033.
[6] 邹万忠. 肾活检病理学[M]. 北京：北京大学医学出版社，2009：54.
[7] 王钢，陈以平，邹燕勤. 现代中医肾脏病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2003：300-305.
[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：156-163.
[9] 周珍华. 真武汤治疗脾肾阳虚型特发性膜性肾病的临床观察[D]. 南宁：广西中医药大学，2021.
[10] 何嘉郡，秦晨，贺廉清，等. 黄芪黄酮类成分及其药理作用研究[J]. 辽宁中医药大学学报，2024，26(1)：112-119.
[11] 孙晓生，谢波. 山药药理作用的研究进展[J]. 中药新药与临床药理，2011，22(3)：353-354，封三.
[12] 随家宁，李芳婵，郭勇秀，等. 肉苁蓉化学成分、药理作用研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 辽宁中医药大学学报，2021，23(1)：191-196.
[13] 马静，尤燕舞，黄海庭，等. PLA2R和THSD7A在特发性膜性肾病中的临床意义[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2022，23(12)：1091-1094.
[14] 龚再良，袁曙光，朱雪婧，等. M型磷脂酶A2受体及1型血小板反应蛋白7A域在特发膜性肾病中的临床意义[J]. 中南大学学报(医学版)，2020，45(6)：693-700.
[15] 崔静，李文娜，娄景秋，等. 特发性膜性肾病患者肾组织M型磷脂酶A2受体和Nephrin的表达及其对预后的影响[J]. 临床与实验病理学杂志，2015，31(3)：333-335.
[16] 张丽，乔晞. 烟酰胺腺嘌呤二核苷酸磷酸氧化酶与肾间质纤维化[J]. 中华肾病研究电子杂志，2018，7(1)：44-46.
[17] 方纪林，蒋红利，李向东，等. 氯沙坦钾治疗特发性膜性肾病对血清抗PLA2R抗体的影响[J]. 现代生物医学进展，2020，20(9)：1729-1732.
[18] 袁亦彤，李钗，祝婉婷，等. B细胞活化因子和增殖诱导配体在特发性膜性肾病中的表达及临床意义[J]. 中国实用内科杂志，2022，42(11)：936-940.
[19] 白运焕，邓娜，王涵，等. 血IL-35、IL-17和Th17/Treg在特发性膜性肾病中的表达及其意义[J]. 中国现代医生，2022，60(15)：8-11.
[20] 陈继贵，郜智慧，刘坤，等. 肾间质纤维化中结缔组织生长因子(CTGF)与肾小管上皮细胞表型转化的关系[J]. 中国实验诊断学，2010，14(1)：69-71.
[21] 钟小冬. G4、G5期慢性肾脏病不同证型HBP含量变化与肾间质纤维化的相关性研究[D]. 南昌：江西中医药大学，2023.

(责任编辑：吴凌)