王琛辨治慢性肾脏病湿邪致蛋白尿经验介绍

冯波[1]，王静洁[2]，胡佳丽[3]，周奕菁[1] 指导：王琛[4]

1. 嘉兴市中医医院，浙江 嘉兴 314000
2. 嘉兴市妇幼保健院，浙江 嘉兴 314000
3. 上海市嘉定区中心医院，上海 201800
4. 上海中医药大学附属曙光医院，上海 200021

［摘要］介绍王琛教授辨治慢性肾脏病湿邪致蛋白尿的临床经验。王琛教授认为，延缓慢性肾脏病首在控制蛋白尿，慢性肾脏病蛋白尿的形成与湿、热、虚、瘀等因素均密切相关，其本在湿，强调“湿邪不去，蛋白难消”，尤其重视祛湿大法在临床治疗慢性肾病蛋白尿的实践运用。总结出健脾化湿、清热利湿、活血利水、祛风胜湿、温阳化饮、升阳化湿、淡渗利湿、芳香化湿的化湿八法。临证时辨证论治，依据病机活用八法。

［关键词］慢性肾脏病；蛋白尿；祛湿法；王琛
［中图分类号］R249；R692.9 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）14-0216-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.14.042

Introduction of WANG Chen´s Clinical Experience in Syndrome Differentiation and Treatment of Proteinuria Caused by Dampness in Chronic Kidney Disease

FENG Bo[1], *WANG Jingjie*[2], *HU Jiali*[3], *ZHOU Yijing*[1] *Instructor*: *WANG Chen*[4]

1. Jiaxing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiaxing Zhejiang 314000, China; 2. Jiaxing Maternity and Child Health Care Hospital, Jiaxing Zhejiang 314000, China; 3. Shanghai Jiading Central Hospital, Shanghai 201800, China; 4. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200021, China

Abstract: This article introduces Professor WANG Chen′s clinical experience in syndrome differentiation and treatment of proteinuria caused by dampness in chronic kidney disease （CKD）. Professor WANG contends to delay CKD progression should prioritize the control of proteinuria, which is closely associated with dampness, heat, deficiency, and blood stasis. With dampness being the root, he emphasizes the treatment principle "dampness retention with intractable proteinuria" and particularly the clinical application of dampness-eliminating therapy for proteinuria in CKD. Professor WANG has systematically summarized eight dampness-resolving methods, i.e., invigorating spleen to resolve dampness, clearing heat to drain dampness, activating blood circulation to promote urination, dispelling wind to eliminate dampness, warming yang to resolve fluid retention, elevating yang to resolve dampness, promoting urination to percolate dampness, and eliminating dampness with aromatics. These methods are flexibly applied in clinical practice according to various pathogenesis based on syndrome differentiation.

Keywords: Chronic kidney disease; Proteinuria; Dampness-eliminating therapy; WANG Chen

王琛教授是上海中医药大学附属曙光医院肾病科主任医师，教授，博士研究生导师，上海市名老中医郑平东学术经验继承人。王琛教授致力于中医临床、教学及科研工作35载，勤求古训，对慢性肾

［收稿日期］2025-01-02
［修回日期］2025-06-04
［基金项目］浙江省自然科学基金项目(Q21H270058)；浙江中医药大学校级科研项目（2024FSYYZQ18）
［作者简介］冯波(1994-)，男，医学硕士，住院中医师，E-mail：1129579453@qq.com。

脏病的诊治积累了丰富的经验，尤其在辨治慢性肾脏病蛋白尿方面见解独到，临证重视对祛湿法的实践运用。笔者有幸侍诊左右，现将其运用祛湿法辨治慢性肾脏病蛋白尿的经验总结介绍如下，以飨同道。

1 欲消蛋白，必先除湿

王琛教授认为，肾主水，指肾脏在调节人体水液代谢功能上起主导作用，无论是“饮入于胃，游溢精气，上输于脾”“脾气散精，上归于肺”或是“通调水道，下输膀胱”均离不开肾脏的气化功能。因此，倘若外感水湿之邪，或是水湿内停，而致水液代谢失其常度，肾脏气化失司，可进一步加重湿邪停聚。《素问·水热穴论》云：“肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”明确指出了肾与水湿邪气之间密不可分的联系。而水湿内停，日久则变症从生。首先，湿邪日久，久病致虚，耗伤肾气，使肾失封藏，精微不固，随溺而下，即为蛋白尿。同时，湿邪久困，亦可致脾失运化，肺失宣发肃降，浊气居于上，清气反在下，精微下注，则成蛋白尿。并且湿邪可致气机瘀滞，日久则郁而化热，致湿热交杂，而热性开泄，最易耗气伤津，肾气不足又受热邪熏蒸，则精微物质(即蛋白)下泄。湿邪日久尚可阻滞气机，“气为血之帅”，气不行血，则瘀血内生，湿瘀互结，阻于肾络，则肾失封藏，精微下泄而成尿浊。可见，虽然慢性肾脏病蛋白尿形成与湿、热、虚、瘀等因素均密切相关，但追根溯源，其本在湿，故王琛教授认为，欲消蛋白，必先除湿。

2 审因溯源，知常达变

湿性重浊、黏滞，易伤阳碍气，且易与他邪相结，而成湿热、寒湿、湿瘀互结等证，故水湿之证，往往病程较长、缠绵难愈。王琛教授据临床所悟，总结出化湿八法，知常达变，以消蛋白，兹述如下。

2.1 健脾化湿 脾主运化，倘若脾虚不能运化水液，或是水湿之邪困阻脾气，则致水湿内停，故《黄帝内经》云“诸湿肿满，皆属于脾”。王琛教授认为，化湿之要，首在健脾，脾气充盛，则水液流行无碍，水湿何由而生？湿邪得去，脾气条畅，则可正常发挥其固摄、升清之功，精微得固，清气得升，则尿蛋白可消。临证之时，对于脾气虚弱、水湿停留，症见：纳呆、腹胀、便溏、乏力，舌淡、边有齿印、苔白腻，脉细。王琛教授多宗参苓白术散之意，选用黄芪、党参、白术、茯苓、山药等药补中益气，使脾气充盛，化湿有力。王琛教授尤其喜用黄芪，黄芪功可补气健脾，并可利水消肿，无论病情新旧，蛋白尿之多寡，均可用黄芪，且需重用30～60 g，量少则难竟其功。研究发现，黄芪有抑制肾脏肥大，调节肾小球代谢，减少尿蛋白的作用[1]。肢体浮肿较重者，茯苓、白术二药常作为对药使用，于健脾之时兼利水之效。党参、山药二药功在补益之时，兼收敛之功，多用于邪气已衰大半，而正虚渐显，蛋白尿在1 g左右且反复难消的患者，可搭配山萸肉、芡实、金樱子等固精之药同用。

2.2 清热利湿 临床上，慢性肾病常迁延难愈，故水湿之邪往往日久化热，加之许多患者长期服用糖皮质激素，使火毒内炽，或是使用利尿剂消肿而使阴液耗伤，虚火偏亢，同时，慢性肾病患者免疫功能低下，尤易感染而夹热邪，故湿热之证在慢性肾脏病中极为常见。

对于蛋白尿初发，疾病早期，症见身热口苦、小便短赤、舌红苔黄腻等湿热较盛的患者，王琛教授多使用薏苡根-石韦药对，以达清热化湿、利尿通淋之效，其中，薏苡根剂量宜大，多用至30 g，研究发现，薏苡根、石韦二药在减少慢性肾脏病蛋白尿方面具有良好的疗效[2]。

同时，王琛教授认为，蛋白属精微物质，蛋白下注，在于肾脏分清泌浊功能失调，其病机类似中医膏淋之病症，因此，对于尿中泡沫增多，久置不散，化验见大量蛋白尿者，可法萆薢分清饮之意，选用土茯苓-萆薢药对，其中，萆薢能利水湿而分清泌浊，为治膏淋要药；土茯苓能“搜剔湿热之蕴毒”(《本草正义》)，二药合用，共奏清热利湿、升清降浊之功。

而对于咽喉肿痛、口舌生疮等热毒较重的患者，实验室检查显示合并明显血尿，肾脏病理表现以炎性、增殖性病变为主的患者，王琛教授多选用龙葵、白花蛇舌草、白茅根等清热解毒、凉血通淋之药，同时需注意中病即止，以防苦寒伤阳败胃。

2.3 活血利水 慢性肾脏病患者临床往往虚实夹杂，多见虚、湿、热、浊毒等病机，而气阳不足则血行

无力，阴血亏虚则脉道不充，湿浊之邪则易碍气机，热毒之邪则煎灼津血，皆可致瘀，故有“久病必瘀”之论。研究发现，瘀血是慢性肾脏病患者蛋白尿致病的重要因素[3]。中医学有“血不利则为水”“水病而不离乎血”等论述。王琛教授临证之时，尤其重视活血化瘀利湿法在慢性肾脏病患者蛋白尿治疗中的运用，且对于瘀血病情之轻重辨证选取药力各异之活血药物。

对于早期肾病，蛋白尿定量＜3.5 g/24 h，症见水肿较轻、口唇偏紫，舌质偏暗、有瘀点等瘀血轻症者，以鬼箭羽、益母草、川牛膝等药化瘀利水，必使血行得畅，水湿乃可去，蛋白方可消，此即《黄帝内经》“去宛陈莝”之法。研究发现，鬼箭羽可以通过抑制自身免疫反应、抗炎、抗纤维化等作用降低慢性肾脏病蛋白尿[4]。

而对于大量蛋白尿（定量＞3.5 g/24 h）合并低蛋白血症，呈肾病综合征表现，临床见肢体凹陷性水肿，甚至按之如泥，伴气短咳逆、胁下痞块、口唇发绀、舌质青紫，舌下络脉色黑迂曲等瘀血重症者，王琛教授认为，此时瘀血已深入肾络，肾络阻滞不通，单用植物药无法见效，当效仿叶天士在《临证指南医案》所指“借虫蚁搜剔以攻通邪结”，以地龙、水蛭、土鳖虫、九香虫等虫类药辛散走窜，直达病所，以达通络搜风之效。王琛教授指出，虫类药往往药力峻猛，且多为有毒之品，用时剂量宜小（3～9 g），同时注意固护正气，中病即止。

2.4 祛风胜湿 风为百病之长，风邪袭人，多夹杂他邪，倘风湿相合，内扰犯肾，风性开泄，湿性缠绵，一方面致肾气化失司，水液代谢失常，而见浮肿，一方面又影响肾之司开阖及藏精功能，使精微随溺而下，发为蛋白尿[5]。《素问·水热穴论》曰：“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风……客于玄府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾，名曰风水。”故王琛教授临证之时，对于症见脉浮身重、汗出恶风、肢体浮肿等风湿袭扰之象的患者，多法防己黄芪汤之意，运用青风藤、汉防己、徐长卿、僵蚕等风药，以达祛风胜湿、利水消肿之效。李东垣《脾胃论》中指出“味薄风药，升发以伸阳气，则阴气不病，阳气生矣”，王琛教授指出，运用风药，多为取其轻灵宣展之气，薄则取气，厚则取味，因此风药之运用，当以味简量少为宜，对于风药的使用，王琛教授多首选防己，用量9～12 g，且无论有无蛋白尿之多寡，均可使用，再据证观风邪表证之多寡，轻者佐徐长卿、僵蚕，若见关节酸痛明显，风邪较重者，可佐藤类药，如清风藤、络石藤者，研究发现，汉防己可以通过调节免疫细胞、抑制炎症介质释放等途径发挥免疫调节作用[6]。

王琛教授指出，祛风的另一层含义在于宣肺祛风化湿。肺主行水，津液的正常输布，有赖于肺气的宣发肃降功能，《血证论》曰：“肺为水之上源，肺气行则水行。”若肺气不宣，则津液外不得布散全身，内不能通调水道，下输膀胱，而致尿少、浮肿，久则损伤肾气，封藏之功受损而见蛋白尿。这也是临床上很多患者感受风邪，肺气郁闭之后，蛋白尿往往较前明显增多的缘由所在，故王琛教授临证见水肿、小便不利，兼见鼻塞、咽痛、咳嗽、发热恶风，苔薄腻等风邪束肺证者，多佐以开鬼门、提壶揭盖之法，以紫苏叶、苦杏仁、桔梗、蝉蜕等轻灵之药宣展肺气，化湿利水，王琛教授指出，宣肺祛风，用药同样以味简量少为准则，不宜量大药繁，则反有耗伤阴液之弊，此亦“治上焦如羽，非轻不举”之意也。

2.5 温阳化饮 水液的正常代谢，有赖于脾肾阳气的蒸腾气化作用，若脾肾阳虚，失于气化，水液代谢失常，脾不能转输，清气不升，浊气难降，肾不能开阖，小便不出，“上下溢于皮肤，故为胕肿者，聚水而生病也”。王琛教授认为，针对水肿尿少、肢冷，舌淡胖、苔白腻等脾肾阳气不足，失于气化者，当宗《金匮要略》所云“病痰饮者，当以温药和之”之意，温补阳气，化饮利水。王琛教授指出，慢性肾病早期往往多见湿、热、瘀、毒等实证，但随着病程的进展，毒邪逐渐损伤脾肾之气，日久则最易耗伤阳气，此即所谓“久病多虚”之意，阳气耗伤，则阴寒浊毒留滞体内无法外逐，浊毒内盛日久则血肌酐升高。因此王琛教授认为，温阳化饮法主要针对的是慢性肾衰（慢性肾脏病3～5期）合并较多蛋白尿的患者，临证时，尚需辨阳虚以何脏为甚，对于症见乏力纳差、脘腹冷痛、大便清稀、泛吐清涎等

脾阳不足者，当宗苓桂术甘汤之意，以白术、桂枝、干姜、半夏等药温阳化饮，健脾利湿，对于症见形寒肢冷、水肿泛溢肌肤、腰膝酸冷、舌淡胖大等肾阳不足，阳虚水泛者，则宗真武汤、肾气丸之义，以附子、肉桂、淫羊藿等药“益火之源，以消阴翳”。同时，阳虚之人，多见夜尿频多、小便清长、精微下泄而蛋白尿较多等气虚不摄之症，王琛教授多宗缩泉丸之义，喜用菟丝子、桑螵蛸、益智仁、乌药等药温肾助阳，缩尿固精。

2.6 升阳化湿 人之气机，在于升降出入，脾主升清，胃司降浊，升降相因，则气机调畅，方能使津液散布于四肢百骸，而浊邪方可“通调水道，下输膀胱”。倘若脾不能升清，一方面水液不能正常输布，停滞中焦，聚而成湿，另一方面可致“清气在下”，精微随溺而出，而成蛋白尿。故王琛教授临证之时，对于症见腰膝酸软、头晕耳鸣、小便不利、夜尿清长、下肢浮肿、乏力泄泻、甚至久泄脱肛，舌淡、苔腻等清阳下陷者，多宗补中益气汤之意，佐以炙升麻、柴胡、葛根、荷叶等药物以助脾升阳，使精微得升，蛋白尿自消。王琛教授指出，柴胡、升麻等药物，量小则功在升提脾胃之气，量大则效主行气、解毒，故治疗气虚下陷证蛋白尿时，需遵补中益气汤之配伍，用量在6～9 g即可，药味则1～2味足矣。并可适当配伍淫羊藿、仙茅、鹿衔草等药温阳以益气，其中淫羊藿能补肾壮阳、祛风除湿，鹿衔草能补虚、益肾、祛风除湿、活血调经，共奏升阳化湿之效。研究发现，升阳益胃汤在治疗慢性肾病蛋白尿方面具有良好的临床疗效[7]。

王琛教授指出，升阳化湿的另一层含义在于调畅气机。经云“动则升阳”，阳气的升发、津液的正常输布离不开气机的畅达。《血证论·阴阳水火气血论》提出：“气行水亦行。”津液的正常输布有赖于气的推动作用。倘若气机郁滞，不能行津，则致津液停聚，滞而生湿，湿邪又可进一步阻碍气机，使阳气津液不能正常输布，发为蛋白尿。故王琛教授认为，善化湿者，不废调气。对于胸闷胁胀、脘腹痞满、口中黏腻等气滞湿阻之证，王琛教授多法四逆散、柴胡疏肝散之意，佐以柴胡、枳实、厚朴、木香等药畅达气机，达气行则水行之效。同时，因慢性肾病蛋白尿患者病机往往错综复杂，遣方用药时药味往往偏多，且不乏滋腻碍胃之温补之品，可在柴胡、枳实等行气药的基础上，稍加麦芽、鸡内金等药行气消积，疏调中宫。

2.7 淡渗利湿 湿性趋下，水湿之邪伤人，多流注下焦，肾为水脏且位处下焦，湿邪日久，必碍肾而伤其封藏之功，致蛋白漏下。王琛教授认为，若因见尿蛋白而纯以金樱子、桑螵蛸等收涩固精之药投之，则有闭门留寇之虞，故对于症见癃闭、水肿、水入即吐、下利、脐下动悸者，当宗《黄帝内经》“洁净腑”之法，取五苓散之意而以茯苓、猪苓、薏苡仁、泽兰等淡渗利湿之药投之，给邪以出路，《素问·阴阳应象大论》云：“其下者，引而竭之。”此之谓也。同时，王琛教授喜少佐以桂枝、附子等药以温阳化气，加强利水渗湿之效。此法主要适用于大量蛋白尿漏出或是肾功能减退明显，尿量减少而致肢体水肿明显者。若合并明显胸腔积液，见胸闷喘促者，可酌加葶苈子、瓜蒌皮、桑白皮等药宽胸理气，泻肺平喘；若兼见腹部胀大，辅助检查见较多腹腔积液者，可加大腹皮、葫芦壳、茯苓皮等药行气宽中，利水消肿。同时，王琛教授指出，肾病患者蛋白尿较多，本有阴亏之证，淡渗利湿法若久用则更易进一步耗伤阴液，故使用时需少佐麦冬等养阴药，且不宜长程使用。

2.8 芳香化湿 脾性喜燥恶湿，水湿之邪，最易困脾，脾失健运，则湿滞中焦，脾土壅塞，日久克伤肾水，则致小便不利、浮肿、蛋白尿等症。《本草纲目》载：“土爱暖而喜芳香。”王琛教授临证时见脘痞腹胀、纳呆、口淡、呕吐、恶心、倦怠，舌淡、苔白厚腻等湿滞中焦之症，多法藿香正气散、平胃散之意，运用藿香、佩兰、白豆蔻、砂仁、苍术等芳香之品，投脾所喜而达健运化湿之效，此即叶天士所言“芳香逐秽，以疏中宫”之意也。王琛教授指出，化湿之法，最核心者在脾，盖脾主中焦，为人身气机升降之枢纽所在，因此，不论蛋白尿之多寡，王琛教授均会酌情稍加1～2味芳香化湿之药，醒脾和胃，以增悦脾化湿行气之效。

3 圆机活法，据证施治

王琛教授指出，临证时不可不加辨证，便以八

法悉投之，当宗仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”之大义，以圆机活法、据证施治，方可收桴鼓之效。

王琛教授认为，辨证论治，首在辨病性。《金匮要略》云：“夫诸病在脏欲攻之，当随其所得而攻之。如渴者，与猪苓汤，余皆仿此。”运用祛湿之法，必先明其寒热虚实，有热者，可于化湿时并予龙葵、白花蛇舌草等寒凉之品清热，有寒者，可加用肉桂、淫羊藿等温热之品扶阳，风湿相合者，当予防己、青风藤等药祛风除湿，有虚者，当知其何脏之不足而投以参、芪、白术、山萸肉等健脾、补肾等品。切不可不加辨证，概以苦寒通利之品投之，经云“用寒远寒，用热远热，用温远温”，概此意也。

其次，在辨病位。化湿之要在于辨明湿邪所累以上中下三焦何处为甚，而后“随证治之”。“其高者，因而越之”，湿在上焦者，当予紫苏叶、苦杏仁、桔梗等药宣发肺气，从而通调水道，下输膀胱。“其下者，引而竭之”，湿在下焦者，当予猪苓、车前子、泽兰等淡渗利湿之药，因势利导，驱邪外出。“中满者，泻之于内”，湿在中焦者，当予藿香、佩兰、砂仁等温燥之品温化水湿。

其三，在调气血。临证治疗蛋白尿时，医者往往多以补益固摄之品施治，多见壅滞碍胃之弊，同时气行则水行，故王琛教授临证，多于方中少佐厚朴、枳实、佛手等气药畅达气机，并可据证佐以升麻、柴胡等升阳之品。另外，王琛教授认为，湿瘀互结是慢性肾病蛋白尿重要病机之一，临证时，十分重视活血治法，多喜用鬼箭羽、川芎、地龙等活血通经之品。

最后，在辨病势。王琛教授指出，慢性肾病蛋白尿总体为本虚标实之证，治疗初期患者往往以热毒、邪风、湿浊、瘀血等邪实为主，治疗上亦当以攻逐为主，补虚为辅，待实邪渐衰，正虚渐显，则当渐以山萸肉、续断、芡实等温补固摄之品为主治之，而化湿之法，一以贯之。

4 病案举例

胡某，女，34岁，2023年9月23日初诊。患者1个月前检查发现蛋白尿(++)，尿红细胞38.9个/HP，于当地医院就诊，查24 h尿蛋白定量1.32 g/24 h，血肌酐96 μmol/L。予完善肾穿刺活检术，报告提示：IgA肾病(具体报告未见)。当地医院建议使用激素治疗，患者担忧激素副作用，故来门诊就诊。诊见：眼睑及双下肢浮肿，肢体沉重感，自觉口中黏腻，晨起口干口苦，胃纳欠佳，脘腹胀满，小溲泡沫多，大便溏薄不爽，舌质淡红、舌体胖大、边有齿痕、苔薄黄腻、舌下络脉迂曲，脉弦滑略数。中医诊断：肾水，脾肾气虚、湿瘀内蕴证。治以健脾益肾、清热利湿、活血祛风。处方：党参15 g，黄芪15 g，山萸肉15 g，苦杏仁6 g，厚朴6 g，茯苓15 g，泽兰15 g，薏苡根45 g，石韦15 g，徐长卿15 g，青风藤9 g，制半夏15 g，柴胡9 g，炒黄芩9 g，黄连6 g，鬼箭羽15 g，丹参15 g，川芎15 g，白茅根30 g，龙葵9 g，马蹄金15 g。14剂，每天1剂，水煎，分2次服用。

10月7日二诊：眼睑、双下肢浮肿、肢体沉重较前缓解，口中黏感稍缓，无口干苦，胃纳一般，脘腹稍胀，小溲泡沫有所减少，大便溏薄。复查24 h尿蛋白定量946 mg/24 h。守一诊方去龙葵、马蹄金、泽兰，薏苡根减为30 g，加金樱子15 g，芡实15 g，桑螵蛸9 g。14剂，每天1剂，煎服法如前。

10月21日三诊：浮肿及肢体沉重感已愈，口黏明显缓解，胃纳、腹胀改善，小溲泡沫明显减少，大便仍偏溏，近期腰酸明显。复查尿蛋白(+)，血尿阴性，24 h尿蛋白定量532 mg/24 h，血肌酐81 μmol/L。上方去徐长卿、青风藤、白茅根，加干姜9 g，杜仲15 g，续断15 g。续进14剂，每天1剂，煎服法如前。其后患者定期复诊，原方加减治疗近半年，蛋白尿减少至259 mg/24 h，肾功能正常，病情稳定。

按：本案患者病属肾水范畴，初诊浮肿、肢体沉重，口干口苦，大便溏薄不爽，总以湿热内蕴为主要病机。以茯苓、泽兰利水渗湿，薏苡根、石韦、白茅根、龙葵、马蹄金清热利湿，取“风药能胜湿”之意，加青风藤、徐长卿祛风胜湿，并予苦杏仁提壶揭盖，加强宣肺以利湿。患者脘腹胀满、舌下络脉迂曲，兼见气滞血瘀之象，予厚朴、柴胡行气，鬼箭羽、丹参、川芎活血。制半夏、黄连、炒黄芩则法泻心汤之意，调节IgA患者黏膜免疫[8]。党参、生黄芪、山萸肉补脾益肾以扶正固本。二诊患者湿

热减轻，而蛋白尿仍较多，故减清热利湿之药，而加金樱子、芡实、桑螵蛸收敛固精。三诊患者实证已衰大半，蛋白尿明显好转，而现脾肾不足之虚象，故减祛风、清热药，而加温补脾肾之品，渐以扶正为主。

[参考文献]

[1] 姜辉，顾胜龙，张玉婷，等. 黄芪化学成分和药理作用研究进展[J]. 安徽中医药大学学报，2020，39(5)：93-96.

[2] 黄守玉. 基于数据挖掘的张宁教授治疗慢性肾脏病蛋白尿的用药规律研究[D]. 北京：中国中医科学院，2022.

[3] 饶向荣. 活血化瘀在慢性肾脏病治疗中的应用[J]. 中国中西医结合杂志，2022，42(6)：666-668.

[4] 杨鑫，刘春莹. 鬼箭羽治疗糖尿病肾病药理机制的研究进展[J]. 中华老年多器官疾病杂志，2023，22(7)：557-560.

[5] 王永钧. 论肾风病的现代观[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2015，16(2)：95-98.

[6] 张翔宇，曹世杰，王小莹，等. 汉防己甲素及其衍生物的研究进展[J]. 中国药物化学杂志，2022，32(1)：43-52.

[7] 刘春光，赵悦，陈晨，等. 加味升阳益胃汤治疗糖尿病肾病G2～3A3期患者的疗效观察及其对蛋白尿及炎症因子的影响[J]. 中国中医药科技，2025，32(2)：206-210，247.

[8] 刘童童，占永立，冒慧敏. 半夏泻心汤治疗IgA肾病的理论及研究基础[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2019，20(9)：834-836.

（责任编辑：刘淑婷）