基于玄府理论探讨慢性肾脏病中药保留灌肠治疗

黄昊泰[1]，龚保文[2]

1. 广州中医药大学附属汕头市中医医院，广东 汕头 515000；2. 汕头市中医医院，广东 汕头 515000

［摘要］基于玄府理论认识慢性肾脏病本虚标实的病理本质，并探讨中药保留灌肠在该病治疗中的理论依据及临床经验。慢性肾脏病核心病位在肾，肾玄府作为玄府系统的一部分，既是气机升降出入的门户，又是津血运行的通道。肾玄府郁闭是慢性肾脏病的主要病理基础，根据导致玄府郁闭的不同病因病机，临床采用发散、泄热、补虚、活血、解毒等不同开玄法，通过中药保留灌肠以宣畅三焦气机，激发下焦气化，推动药力直达病所，宣通肾玄府，恢复玄府正常开阖，使气血津液得以正常流通，从而延缓疾病进展，以期为临床治疗提供新思路。

［关键词］玄府；慢性肾脏病；中药保留灌肠；三焦

［中图分类号］R249　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）07-0172-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.07.026

Exploration of Chinese Medicine Retention Enema Therapy in Chronic Kidney Disease Based on the Theory of Sweat Pores

HUANG Haotai[1], *GONG Baowen*[2]

1. Shantou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shantou Guangdong 515000, China; 2. Shantou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shantou Guangdong 515000, China

Abstract: Based on the theory of sweat pores, this study aims to elucidate the pathological nature of chronic kidney disease characterized by root deficiency and branch excess, and to explore the theoretical basis and clinical experience of Chinese medicine retention enema in the treatment of this disease. The core disease location of chronic kidney disease is the kidney. Renal sweat pores, as part of the sweat pore system, serves both as a gateway for the ascending, descending, entering, and exiting of qi movement and as a pathway for the circulation of body fluids and blood. Stagnation and obstruction of renal sweat pores constitute the main pathological basis of chronic kidney disease. Depending on the different etiological factors and pathological mechanisms leading to sweat pores obstruction, various methods are clinically employed to open the sweat pores, including dispersion, heat-clearing, deficiency-tonifying, blood-activating, and toxin-removing. Chinese medicine retention enema is used to regulate the qi movement of triple energizer, stimulate the qi transformation in the lower energizer, promote the direct delivery of medicinal effects to the diseased location, unblock renal sweat pores, restore the normal opening and closing of sweat pores, and facilitate the normal circulation of qi, blood, and body fluids. This approach may help delay disease progression and is intended to provide new insights for clinical treatment.

Keywords: Sweat pores; Chronic kidney disease; Chinese medicine retention enema; Triple energizer

［收稿日期］2025-10-22
［修回日期］2025-12-21
［基金项目］龚保文汕头名中医传承工作室项目（汕头卫办〔2020〕60号）；2020年广东省中医药局省级科研课题（20201331）
［作者简介］黄昊泰（1999-），男，在读硕士研究生。
［通信作者］龚保文（1968-），女，教授，主任医师。

慢性肾脏病(CKD)是指由各种原因导致的肾脏结构或(和)功能异常持续超过3个月的疾病的总称，其临床表现为肾脏功能的进行性下降[1]。该病早期症状不明显，部分患者可出现水肿、尿量减少等症状，随着疾病进展，还可出现疲劳乏力、恶心呕吐、食欲减退、嗜睡或失眠、皮肤瘙痒等症状，病情迁延缠绵，预后不佳。目前CKD的治疗主要包括肾脏保护(减少尿蛋白、调控血压、血糖等)、防治并发症(如酸中毒、高钾血症、肾性贫血、心血管疾病等)以及终末期肾脏替代治疗(腹膜透析或血液透析)[2]。然而CKD作为一种不可逆转的疾病，其病程久，并发症多，死亡风险高，严重降低了患者的生活质量。中医根据其病因、病机及症状等将其归为水肿、肾风、溺毒等范畴[3]。该病病机复杂，总属本虚标实，以脾肾亏虚为本，湿浊瘀毒蕴结为标，病位主要在肾，但与脾、肝、三焦等脏腑密切相关。正虚邪恋，形成恶性循环是导致CKD迁延不愈之原因所在。中药保留灌肠作为中医特色外治法之一，在改善CKD临床症状、协调西药发挥疗效、减少西药不良反应等方面有一定的优势。本文基于玄府理论，针对CKD玄府郁闭的不同病机，分别采用发散开玄、泄热开玄、补虚开玄、活血开玄、解毒开玄等中药灌肠法治疗CKD，以期为CKD的临床治疗探索新的思路。

1 玄府与肾脏

“玄府”这一概念最早出自《素问·水热穴论》“所谓玄府者，汗空也”。金元医家刘完素在《素问玄机原病式》中对玄府的理论范畴作了进一步阐发，指出“然玄府者，无物不有，人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙，至于世之万物，尽皆有之，乃气出入升降之道路门户也”。玄府是人体内遍布全身、形态微小、数量众多、功能齐全的微观孔隙状结构，具有开阖性，负责气血津液的流通与运转。肾小球滤过膜是由毛细血管内皮细胞、肾小球基底膜以及足细胞裂孔膜构成的机械屏障及电荷屏障，结构精细，数量庞大，具有选择性滤过血液的功能，如同肾脏中气血津液流经的门户，开阖有度，起到固摄精微、泌别清浊的作用。据此，有学者提出了“肾玄府—肾小球滤过膜”的假说[4]。

《素问·六微旨大论》曰：“有所闭塞者，不能为用也。目无所见，耳无所闻，鼻不闻臭，舌不知味，筋痿骨痹，齿腐，毛发堕落，皮肤不仁，肠不能渗泄。”玄府以开为顺、以通为安，玄府郁闭，疾病乃生[5]。但亦不可开泄太过，否则正虚不固，精微失摄，津液漏泄。当邪气侵袭人体，邪正相交，玄府开阖失司，根据邪气的性质不同，可导致肾之玄府闭塞不用或开泄过度，肾小球滤过膜选择性滤过功能丧失[6]。

2 从玄府理论探析CKD病机

玄府既是气血津液升降出入之门户通道，也是外邪入侵、内生病理产物蓄积之病位所在。风、湿、热等邪气侵袭玄府，致使肾玄府阖而不开或开而不阖，气血津液运行乖戾，升降失司，出入失调，精微外泄，肾精亏虚，瘀血内阻，浊毒内聚而肾衰乃成。气血流通失常，津液输布不畅，故出现局部水肿；精微物质从小便外漏，故出现血尿、蛋白尿；浊毒内聚蓄积，故而血肌酐等毒素升高，进而影响五脏六腑，出现一系列CKD尿毒症期毒损相关症状。

2.1 “风”为始动因素——风客玄府，开阖失司 《素问·风论》曰：“风者，善行而数变。”玄府又名玄微府，乃人体内玄冥幽深之府，一般邪气难以抵达，而风邪无孔不入，故易从玄府门户之缝隙渗进。风性动摇无定，当风邪侵袭玄府门户时，可致门随风动，摇摆不定。《素问·风论》言“风为百病之长”，其侵袭人体易夹杂他邪，合寒邪而血脉凝滞，合热邪则气机阻滞，合湿邪则邪气黏滞，在肾玄府处胶结而难去，使门户摇动，日久必定损坏。《医门法律》云：“肾司开阖，肾气从阳而开，阳太盛则关门大开，水直下而为消；肾气从阴则阖，阴太盛则关门常阖，水不通而为肿。”风邪通过影响肾玄府门户的开阖，一则固摄之枢大开，精微外泄，形成血尿、蛋白尿；二则水府之阀常阖，水湿溺毒不得出，临床上表现为水肿、少尿甚至无尿及毒素蓄积。王耀献教授基于玄府理论，提出CKD的核心病机为“肾元亏虚，风客玄府”[7]。

2.2 “热”乃进展关键——水淫玄府，郁久化热 《素问·水热穴论》道：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”津液的正常流通依赖玄府的开阖有度，当血脉中的血液经过肾玄府时，多余的水分及小分子物质通过玄府门户进入肾脏，实现津血的互换[8]。若肾玄府之门郁闭，血中大量津液灌入玄府，过多的津液留滞于玄府，停而为水，浸淫玄府，

溢于肌肤而发为浮肿。水液内停易酿湿生热，湿邪黏滞，热邪怫郁，进一步加重玄府郁闭，正如《素问玄机原病式》提及："所谓热甚则腠理闭密而郁结也，如火炼物，热极相合而不能相离，故热郁则闭塞而不通畅也。"湿热之邪易阻滞气机，上犯中焦脾胃气机枢纽，临床上表现为恶心呕吐、食欲不振。湿与热相合，湿得热蒸，有弥散之势，易笼罩外周皮肤玄府，导致周身皮肤瘙痒；若湿热蒸腾而上，上蒙清窍，可见头脑昏沉；热邪还易扰乱心神，导致心烦失眠。

2.3 "虚"属核心病变——玄府失养，痿废不用 《素问·六节藏象论》谓："肾者，主蛰，封藏之本，精之处也。"肾藏先天之精，乃脏腑阴阳之本，生命之源。玄府开阖功能的正常发挥依赖于肾中阳气的推动激发以及阴精的濡养滋润。邪气久羁玄府，导致玄府郁闭而得不到气血津液的渗灌滋养，日久必然痿闭失用。《医学纲目》有言："盖目主气血，盛则玄府得利，出入升降而明，虚则玄府无以出入升降而昏。"精微物质的运行道路废用，升降出入失司，五脏六腑失养，从而产生脏腑、组织、器官虚损的表现，脾肾气虚则倦怠乏力、腹胀纳差、夜尿频多；脾肾阳虚则畏寒肢冷、腰膝冷痛、小便清长；肝肾阴虚则头晕目眩，五心烦热，失眠多梦。另外，若先天禀赋不足或久病耗伤正气，精气血津液不足亦可直接导致玄府因虚而滞，甚至痿废不用，终致本虚标实、虚实夹杂之证。因此，玄府郁闭与玄府虚痿可互为因果，甚至形成恶性循环。

2.4 "瘀"系转归枢纽——玄府久郁，瘀结内生 《素问·调经论》云："血气不和，百病乃变化而生。"CKD病程缠绵，久病必生瘀血，闭塞玄府。实邪郁结不解或气虚无力推动皆可致血行不畅，瘀血内生，瘀阻肾络则形成微型癥瘕，闭塞玄府通道[9]。肾玄府道路通行不畅，气血运行受阻，不通则痛，而腰为肾之府，故发腰部刺痛；瘀血外现则见面色黧黑、肢体瘀斑；瘀久津血亏虚，肌肤失养而现皮肤粗糙、脱屑。瘀血既为玄府郁闭之病理产物，又成加重郁闭之关键因素。瘀血阻滞与玄府郁闭因果相循，是导致CKD迁延不愈的重要原因，临床上可出现因瘀致闭，因闭致瘀，因瘀致虚，因虚致瘀的表现，故转归关键在于能否打破这一恶性循环，恢复气血和畅、玄府通利。现代医学研究显示，炎症因子介导、免疫复合物沉积等因素使通过肾脏的血液呈高凝状态，导致微血管循环障碍，日久肾小球毛细血管基底膜增厚、细胞外基质增生致使肾小球硬化、肾间质纤维化，皆是肾玄府瘀阻的表现[10]。

2.5 "毒"是最终结局——正虚邪恋，毒蕴玄府 《金匮要略心典》中载："毒，邪气蕴结不解之谓。"风、湿、热等邪气在玄府蕴结日久，可酿生痰饮瘀血等病理产物，这些病理产物没有及时排出机体，可在体内进一步化生毒邪，此为邪郁成毒；此外六淫过盛亦可直接生成相应的毒邪，即邪盛成毒[11]。无论是邪郁还是邪盛所成之毒，都可蕴结郁闭玄府，扰乱气血津液的正常运行，使气血不和，清浊不分。清阳不升，精微下泄，故出现神疲、尿浊；浊阴不降，毒邪内结，故发为溺毒。由于毒邪具有酷烈性，其往往可以在较短时间内击垮人体正气，使毒根深种，郁闭玄府，加重尿毒症进展甚至危及生命。毒邪可通过玄府通道蔓延，影响五脏六腑，产生一系列并发症。毒邪上犯心肺，肺失宣降，心阳受遏则发喘促、心悸；中侵脾胃，脾失健运，胃气上逆则呕恶、纳呆；下耗肝肾，肝风内动，肾精亏耗，则筋挛、骨痿；上扰神明，蒙蔽清窍，则神昏、谵妄；郁于肌肤、流注经络则肤痒、痹痛。

3 基于玄府理论运用中药保留灌肠论治CKD

《难经·六十六难》曰"三焦者，元气之别使也，主通行三气"，《素问·灵兰秘典论》载"三焦者，决渎之官，水液出焉"，三焦主持诸气，调控水液，总司全身气化。李其中教授认为，三焦和玄府是由大到小的水液灌注通道，三焦若江河之干，主枢瀹枢机，玄府似沟渠之络，司灌溉气血[12]。张宗礼教授主张CKD晚期治疗宜宣畅三焦气机，使气机调畅，邪毒从三焦宣泄而出[13]。中药保留灌肠是将中药药液经肛门注入肠道并保留一段时间以达到治疗目的的中医特色外治法，具有起效快、易吸收、方便安全的特点。相较于口服给药，中药保留灌肠不仅可规避肝脏首过效应，减轻肝肾代谢负担，还能通过灵活加减，减少西药耐药性的发生[14]。

3.1 基础方药——温阳活血泄浊方 CKD灌肠的基本原则为祛邪扶正，恢复玄府正常开阖。中药灌肠液由魄门入，通过药气熏蒸，激发下焦气化，推动药力沿三焦直达肾玄府，鼓动玄府气机，涤清其中糟粕。基础方为汕头市中医医院肾病科中药灌肠协

定方——温阳活血泄浊方。处方以附子、淫羊藿、川芎、蒲公英、积雪草、酒大黄六味药为主。方中附子既温补扶阳，又强开玄府；淫羊藿可补肾阳、益精气，且能祛风除湿；川芎活血化瘀，行气祛风；蒲公英、积雪草利湿解毒，积雪草兼活血之效，酒大黄泻下利湿、活血解毒，诸药合用，推动下焦气化，使药力沿三焦直达肾玄府，邪祛郁开，玄府开阖功能恢复，气血津液正常流通。临床用方当审气血阴阳之虚，辨六淫邪气之实，随证施治，灵活化裁。

3.2 随证加减

3.2.1 发散开玄，斩其始萌 《素问·六微旨大论》有言，“亢则害，承乃制，制则生化”，世间万物皆有其制约者存在以维持平衡。风邪虽善行数变，但亦有辛温发散之风药可以搜其所在，驱邪外出。风邪为六邪之首，而风药不仅有祛风之效，还有解表开郁、胜湿通补、升阳增补、活血通络之功，可以一并祛除风邪挟杂的其他邪气[6]。所以在治疗CKD的方药中适当配伍防风、羌活、雷公藤等发散开玄的风药，能开玄府之门户，畅通三焦，激发三焦气化功能，使玄府气机升降出入恢复如常，将疾病扼杀在萌芽状态。风客玄府，引动水湿浸淫，形成肾性水肿，而风药轻扬发散，走而不守，具有导向作用，且“风能胜湿”，所以在治疗CKD水肿的中药灌肠剂中加入引经风药，如入肺经之蝉蜕，入脾经之升麻，入肾经之独活等，可疏通肺气，助脾升阳，鼓动肾气，通利三焦水道，恢复玄府开阖以达治疗之效[15]。

3.2.2 泄热开玄，扼其燎原 水湿与阳热互为因果，刘河间提出“积湿成热”，又通过夏季雨水众多取类比象，认为火热可助生水湿。玄府郁闭、水湿泛滥、阳热怫郁三者虽互为因果，但水湿泛滥仅是水肿的外在表现，玄府郁闭是湿热内生的病理基础，而阳热怫郁才是病机演变的内在动力[16]。故在湿热蕴结肾玄府的CKD早期治疗中，应以泄热开玄为主，利水渗湿为辅，临床上常用栀子、知母、黄柏、积雪草、白花蛇舌草等寒凉药物保留灌肠，使泄热药气通过三焦-肾玄府通道直达病所，荡涤肾玄府之郁热，同时配合茯苓、猪苓、薏苡仁等淡渗利湿之品，使湿热之邪由下焦而出。应注意的是，临床上使用泄热药应中病即止，避免寒凉伤肾，可酌情加入少许辛温开玄之药，如附子、肉桂等，既助泄热开玄之力，又制药物寒凉之弊。

3.2.3 补虚开玄，振其痿废 CKD愈到晚期，病情愈是错综复杂。该病病变的本质在于脾肾亏虚，脾为气血生化之源，肾为藏精之所，故治疗上应注重健脾益肾，补气养血填精。《景岳全书·血证》提及“有形之血不能速生，无形之气需当速固”，临床上常用较大剂量的黄芪、党参、白术等补气药配合当归、熟地黄、白芍等养血药以达补气生血之效；《素问·五常政大》言“精不足者，补之以味”，后世据此发展为使用龟甲、阿胶、蛤蚧等血肉有情之品以奏益肾填精之功。疾病后期，气损或阴损及阳，宜用附子、肉桂、淫羊藿、菟丝子等药温阳开玄以助气血津液畅通，正如前人所言，附子“禀雄壮之资，而有斩关夺将之势”，“善能冲开道路，流行血气”，实乃通补并用之开玄良药。气血阴阳充则玄府安，开阖复而候渐平。

3.2.4 活血开玄，执其枢机 清代医家傅山曾云“久病不用活血化瘀，何除年深坚固之沉疾，破日久闭结之瘀滞”。研究资料表明，活血化瘀中药可通过扩张肾血管，改善血液流变性质，调整脂质代谢，促进组织修复与再生，抑制炎症反应及调控免疫平衡等多环节、多途径协同治疗肾脏疾病[17]。根据瘀血的病因不同，灌肠用药可分别选用补肾化瘀、行气活血、活血利水不同功效的活血化瘀中药，例如川牛膝、川芎、益母草等，使旧血去而新血生，恢复玄府气血津液流通的功能。《本草汇言》曰“芎藭……虽入血分，又能去一切风、调一切气”，川芎既活血开玄，又兼发散开玄，实为开玄之良药。此外，当瘀血进展为癥瘕，可选用牡蛎、鳖甲等软坚散结之品以消癥瘕。《本草备药》言“牡蛎涩以收脱……咸以软坚……”，牡蛎既能收敛固涩肾中精微，又能软坚消散玄府道路上的癥瘕。

3.2.5 解毒开玄，缓其衰败 解肾毒法可有内外之分，分别对应化毒、排毒二法[18]。中药保留灌肠属于排毒法范畴，可通过三焦气化，推动排毒药力，使肾玄府之毒从大便排出体外，代表药物有大黄、芒硝、积雪草等，其中属大黄临床应用最广。《神农本草经》提到大黄能“荡涤肠胃，推陈致新”，现代研究表明，大黄对CKD的治疗并非单纯导泻通便，更重要的是通过调节肠道菌群、糖脂代谢，减轻肾纤维化，抑制氧化应激，控制炎症反应，介导细胞自

噬等多重机制，从而延缓肾功能恶化的进程[19]。《本草纲目》言“积雪草……治大热，消痈肿，解蛊毒”，兼具泄热、解毒、活血开玄之功，而现代研究证实积雪草具有调控肾脏钙离子通道，抑制肾小球系膜细胞异常增殖的作用[20]。因毒属阳邪，其性火热，故灌肠药中亦可适当加入蒲公英、土茯苓、白花蛇舌草等药清热解毒以防热毒暴虐。

4　病案举例

姚某，男，44岁，2024年12月19日初诊。主诉：尿泡沫增多5年余，加重1个月。现病史：患者5年余前无明显诱因出现尿泡沫增多，于当地门诊查尿液分析：蛋白质+，潜血+；血肌酐156 μmo/L；诊断为：CKD 3期；予降压、护肾等治疗，后患者拒绝西药治疗，自行停药，期间多次于外院门诊就诊，予口服中药治疗未见明显改善。1个月前患者上述症状加重，伴腰酸乏力，遂来汕头市中医医院就诊，查肾功能：血肌酐259 μmo/L，尿素氮15.64 mmol/L；尿液分析：蛋白质++，潜血+。现症见：神清，精神疲倦，形寒肢冷，尿泡沫增多，色清，无尿频尿急尿痛，腰酸乏力，劳累后加重，无双下肢水肿，轻微畏寒，无发热，无头晕头痛，纳眠可，大便干结难解，3天未行，舌淡暗、苔白腻，脉沉细。查体：生命体征平稳。心、肺、腹部查体未见异常，肾区无叩击痛，全身无水肿。西医诊断：CKD 4期。中医辨证为脾肾阳虚、湿浊血瘀证。治法：健脾补肾、温阳化湿，活血泄浊。中药口服予温胆汤加减。处方：半夏10 g，竹茹20 g，石菖蒲10 g，枳壳10 g，麸炒白术10 g，赤芍10 g，丹参20 g，紫苏叶10 g，藿香10 g，三七10 g，生甘草10 g，土茯苓20 g。中药保留灌肠方以温补脾肾、活血泄浊为法，予温阳活血泄浊方加黄芪，中药保留灌肠处方：附子15 g，淫羊藿15 g，黄芪20 g，川芎15 g，积雪草20 g，蒲公英15 g，酒大黄15 g。口服汤剂及灌肠汤剂各4剂，4剂后患者精神较前改善，畏寒、腰酸乏力减轻，尿泡沫基本同前，口干，余无不适，大便1～2天1次，较前易解，舌淡暗、苔微黄腻，脉沉细。患者拒绝继续口服中药汤剂，故继予灌肠方，于初诊方基础上去附子，加菟丝子15 g，煅牡蛎30 g。6剂后尿泡沫较前减少，无口干口苦，余无不适，舌淡暗、苔薄白，脉沉细。复查肾功能：血肌酐222 μmol/L，尿素氮13.31 mmol/L。尿液分析：蛋白质+−，潜血+。出院带前灌肠方去蒲公英，酒大黄改为大黄炭，共5剂，嘱2天灌肠1次。至2025年4月3日门诊复诊，患者血肌酐保持稳定，无明显泡沫尿。

按：本案患者初诊时属CKD 4期，久病耗损，脾肾阳虚，玄府开阖失司，气血津液运行失常，精微外漏，故见蛋白尿、血尿；经络、脏腑失养，故腰酸、乏力；玄府郁闭，百病乃生，湿浊、瘀血蕴结，进一步加重玄府郁闭，造成病势缠绵。结合舌脉象及既往单用中药口服汤剂效果不显，故加用温阳活血泄浊灌肠方加黄芪以调畅玄府开阖，通利气血津液。本方以附子为君，温振阳气以开玄府；淫羊藿、黄芪为臣，助君药补益肾元，充实卫气，鼓动津血渗灌玄府；川芎为佐，辛散走窜，直入玄府，通利气液之道；积雪草、蒲公英、酒大黄共为使，清泄玄府浊毒，给邪以出路。全方共奏温阳开玄、补泻兼施之功。4剂后患者腰酸乏力、畏寒症状改善，尿泡沫未见明显改善，察舌苔微黄腻，故灌肠方去附子，改用菟丝子、煅牡蛎补肾固精、减少燥热之性。6剂后症状继续好转，血肌酐下降，尿蛋白转为弱阳性，仍有尿潜血，故于前方去蒲公英，酒大黄改用大黄炭泻下解毒兼止血。此后复诊，患者血肌酐保持稳定，病情未再进一步进展。故临床上治疗CKD可从玄府理论切入，通过辨证论治，结合中药保留灌肠，改善患者症状，延缓进入终末期肾病的进程。

[参考文献]

[1] Kidney Disease：Improving Global Outcomes（KDIGO）CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease[J]. Kidney Int，2024：105(4S)：S117-S314.
[2] 高翔，梅长林.《慢性肾脏病早期筛查、诊断及防治指南(2022年版)》解读[J]. 中国实用内科杂志，2022，42(9)：735-739.
[3] 陈英兰，毕礼明，杜浩昌. 中医古文献对慢性肾衰竭病名的认识[J]. 中国中医急症，2010，19(6)：1011-1012.
[4] 陆鹏，刘丽香，潘迪，等. 论肾玄府络脉与肾小球滤过屏障[J]. 中医杂志，2016，57(21)：1888-1890.
[5] 王明杰，罗再琼，杨思进，等. 玄府学说[M]. 北京：人民卫生出版社，2018：62.
[6] 朱勤，陈洪宇. 浅议肾玄府理论及辛味风药在肾病中的运用[J]. 中医杂志，2018，59(4)：281-284.
[7] 李垚锬，侯金易，赵乐滢，等. 王耀献基于“玄府理论”运用风

药治疗慢性肾脏病[J]. 中医学报，2025，40(3)：576-579.
[8] 常富业，王永炎，高颖，等. 水淫玄府与隐性水肿假说[J]. 山东中医杂志，2004，23(11)：643-645.
[9] 刘尚建，王犁，王耀献，等.“肾络微型癥瘕”理论初探[J]. 中国中医基础医学杂志，2009，15(9)：649-650.
[10] 艾思南，王耀献. 肾病“治玄三步法”探微[J]. 中华中医药杂志，2024，39(9)：4538-4543.
[11] 彭超群，黄岩杰，翟盼盼，等. 运用气血津液与玄府学说阐释热毒瘀之间的病机演变[J]. 中华中医药杂志，2020，35(10)：4873-4876.
[12] 圣锦，路雪婧，张富文，等. 中医玄府理论研究述评[J]. 中华中医药杂志，2020，35(8)：3803-3807.
[13] 张兴坤，张丽，张宗礼. 张宗礼醒脾通三焦法治疗慢性肾功能衰竭经验[J]. 中国中医基础医学杂志，2017，23(5)：717-719.
[14] 陈灵如，谢瑞芳，谈泽烨，等. 中药灌肠液研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析，2025，25(4)：502-507.
[15] 高红旗，支勇. 风药治疗肾性水肿探析[J]. 中华中医药杂志，2019，34(8)：3504-3506.
[16] 彭超群，黄岩杰，刘福贵，等.“热胜则肿”之病机演变特点探赜[J]. 中华中医药杂志，2022，37(7)：3825-3828.
[17] 申正日，刘鹏，李平. 李平教授运用活血化瘀法治疗慢性肾脏病经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2023，24(12)：1044-1045.
[18] 周恩超，王钢. 慢性肾功能衰竭常用排毒解毒法介绍[J]. 现代中西医结合杂志，2005，14(21)：2839-2840.
[19] 尹朝飞，朱建平，赵芮琪，等. 大黄及其组方配伍治疗慢性肾脏病的研究进展1[J]. 中草药，2025，56(12)：4516-4530.
[20] 马习习，王晓星，刘贤亮，等. 益肾解毒汤联合血液透析治疗慢性肾衰竭的效果及对肾功能、氧化应激、微炎症反应的影响[J]. 四川中医，2024，42(12)：114-116.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]