

衡先培基于“肾阳为守”论治糖尿病肾病蛋白尿经验^{*}

章才钻 衡先培[▲]

摘要 有效控制蛋白尿是延缓糖尿病肾病进展的关键。衡先培教授根据多年临床经验,提出“肾阳为守”的学术思想,应用于辨治糖尿病肾病蛋白尿,取得良好疗效。衡先培教授认为,糖尿病肾病蛋白尿的基本病机在于肾阳失守,气化失司。治疗无论虚实,都应注重扶正守阳,使肾阳能安守于内以恢复其气化功能。临床将其分为脾虚夹湿、血滞脉络、气虚夹瘀、下元不固、浊瘀互结 5 个主要证型,应用该辨证体系及系列经验方,可有效改善临床症状,延缓疾病进展。

关键词 糖尿病肾病;蛋白尿;肾阳为守;辨证论治;衡先培

糖尿病肾病(Diabetic Kidney Disease, DKD)是常见的糖尿病微血管并发症之一,其中,蛋白尿的出现预示着肾脏损害进行性加重^[1]。相关研究^[2]报道,对于肾活检时 24 h 尿蛋白 ≥ 3.5 g 的患者,其 1 年、2 年及 3 年的肾存活率分别为 79.3%、35.7% 和 17.9%,提示 DKD 患者的肾功能呈快速恶化趋势。尤其是出现大量蛋白尿的 DKD,属于高风险 DKD,故对其有效治疗是延缓进入终末期 DKD、挽救患者生命的关键环节^[3]。当前,现代医学对 DKD 的治疗主要是以优化血糖、血压和血脂控制为基础,并联合使用肾素-血管紧张素-醛固酮系统(Renin-Angiotensin-Aldosterone System, RAAS)抑制剂,如血管紧张素转换酶抑制剂(Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor, ACEI)或新型盐皮质激素受体拮抗剂(Mineralocorticoid Receptor Antagonist, MRA),但疗效有限,还可能引起血钾或血肌酐升高,从而带来风险^[4-5]。至今,DKD 蛋白尿的治疗效果仍然不佳,有待于不断探索。

DKD 蛋白尿归属于中医学“消渴”“肾消”“水肿”“尿浊”等范畴。传统中医理论认为,其初始病机多为阴虚内热,治以透热消癥^[6]为主;亦有学者从络病学说认识本病,强调治疗重在通肾络^[7];或基于肾络伏风理论,从风论治^[8];还有研究依据现代病理学认识,提出

“微型癥瘕”理论,运用化癥软坚、散结消聚之法进行治疗^[9]。这些不同的辨治思路,从多角度丰富了中医药治疗 DKD 的理论与实践。

衡先培教授(以下简称为“衡教授”)乃国家科技专家库专家,从事糖尿病临床与科研工作近 30 年。衡教授认为肾阳在 DKD 蛋白尿的进展中具有重要作用,故提出以“肾阳为守”为核心的学术思想,并将该理论应用于临床实践,取得良好疗效。笔者有幸跟师学习,现将其相关临证经验总结如下。

1 肾阳为守,性喜清宁内藏

阳气的重要功能在于温煦脏腑组织、固护肌表,具有向上、向外的作用特点,其在维持阴阳互动中占主导作用^[10]。但是,衡教授认为,唯肾中阳气主守于内而不达于外,性喜清宁内藏而不妄动。其原因有以下三点。

一是肾阳源于先天,难以再生。脏腑阳气具有主动、向外的特性,其运动过程会不断耗散。而肾阳源于先天,受父母生殖之精所化;人一旦出生,便无法再承受父母之精,故先天之精一旦损耗便难以再生。因此,人既出生,肾阳亦定,耗损则难以复生。

二是肾藏象阴多阳少的功能特性。人体生命活动具有严格的节律性。在中医对人体生命节律认识的“消息卦”中,肾藏象取象为观卦(䷓或坤下巽上),主卦为坤,客卦为巽。坤象征地,巽象征风,全卦为风吹拂大地而遍及万物之象(《象辞》),寓意肾为激发五脏功能活动的本源。但其自身之本以阴为主导(主卦纯阴),卦象阴多而阳少(四阴爻、二阳爻),其中之阳

^{*}基金项目 福建中医药大学附属人民医院第二批科研团队项目(No. 创新团队-02)

[▲]通信作者 衡先培,男,主任医师,教授,博士研究生导师。研究方向:中医内分泌及代谢疾病的基础与临床研究。E-mail: hengxianpei@hotmail.com

• 作者单位 福建中医药大学附属人民医院(福建 福州 350004)

尤为珍贵。

三是脏腑阳气的化生与补充,以肾阳为根本动力。阳气因推动五脏功能活动的运转而不断消耗、散逸。肾阳位于下焦,其势蒸腾向上,能够温煦并激发全身阳气。若肾阳的蛰藏与活动状态受到扰动,便会波及全身阳气的充盛与布散。因此,肾阳贵在静守,宜安藏于人体最为清静的下焦之位。《素问·六节藏象论》曰:“肾者主蛰,封藏之本。”衡教授认为,这种“主蛰”的特性在人体实际生命活动中,主要体现在肾阳的蛰藏上。所谓“主蛰”,重在强调肾阳的内守之性;“封藏”不仅涵盖肾主摄纳津液、精气以防外泄,也包括肾阳自身的蛰藏特性。这正是“肾阳为守”学术思想的理论体现。

中医学认为,阴为守、阳为使。五脏之中,脾主运化、升清;肺主皮毛、司呼吸;肝主疏泄,五行属风而性喜升散;心属火,其性向上、向外。这些功能,均需要阳气的推动和温散作用。唯独肾阳为守,性喜清宁,以静为守,不耐邪浊袭扰。肾阳以精为本、以血为用,精血和则肾阳能升能潜、守藏有常。其功能主要在于内温脏腑,激发五脏系统的功能活动。而外温四肢百骸、固护肌表的功能,则由其所激发的其他藏象系统来执行。如四肢不温多责之于脾阳不达,肌表不固多责之于肺气不足或肺脾阳气亏虚。基于“肾阳为守”的理论指导,临床补肾助阳时,用药应注重守敛固藏,慎用辛散走窜之品。

2 肾阳失守导致气化失司是DKD蛋白尿的基本病机

肾阳失守,是指肾阳失其内守的特性。《素问·生气通天论》曰:“阳气者,精则养神。”此论表明神是由阳气主导的,神的本质是阳气。阳气旺则神旺,阳气虚则神不足,阳气散则神散。《素问·本病论》又说“肾神失守”则“神光不聚”。由于神的本质是阳气,故“肾神”实为肾阳之体现;“肾神失守”的本质即肾阳失守,亦即肾阳失其内守的功能。神光不聚,导致肾阳耗散,因而失其封藏和固摄功能。若肾封藏失职,则可能导致一系列精、气、津液外泄的病理改变。

肾阳失守,气化失司,导致精微外泄。阳主化气,若肾阳失守,功能失司,可导致气化失职,津液、精气、精微失于激发和推动,不达四肢百骸,而使水谷精微停而为邪,聚而为寇,发生外泄或耗散。如津液外泄,则发为多尿、夜尿,或大便溏泻甚则失禁,或口角流

涎;精气外泄则发为腰膝酸软,精疲力乏,活力不足;精微外泄,则发为遗精、滑精、蛋白尿、尿浊等。此皆肾阳失守,神光不聚,导致气化失司的表现。尤其是蛋白尿,由于持续丢失蛋白质,可导致患者营养障碍,临床常出现腰酸膝软、神疲困倦等神气、精气不足的表现。《素问·六元正纪大论》曰:“阳气不治,空积沉阴。”阳气即神光,神光不聚便为阳气不治。阳气失职,浊阴不化而沉积。在DKD中,此“沉积”可体现为尿中蛋白的下泄。蛋白为水谷精微所化,是维护人体健康的重要物质。尿蛋白等水谷精微异常沉积,则可化为痰、湿、瘀等病理产物,并妨碍气机,演化为多种病变。衡教授指出,凡舌苔滑腻者,多为肾阳失守、五脏阳气失职、气化失司,以致阴浊停滞。若苔白腻,其虚尚浅;若苔滑腻而灰,则为下元阳虚生寒,往往已损及脾阳。肾阳失守之因,虚多实少。虚者,常为肾阳耗损,致其固摄或温煦之力不足;实者,多为瘀血阻滞,或水气内停,甚或痰浊内壅。无论虚实,最终皆致肾不化气,即肾阳气化功能失职。

肾阳失守,常累及脾或肺,亦可波及心肝。脾阳根于肾阳;肺居上焦,依赖肾阳的温煦,肺气得升方可维持其宣肃之功。肾阳失守则气化失司,失于鼓动气化则可见脾肺气虚之象,失于温化则出现脾阳不足、肺气虚寒之征。前者可见疲乏无力、少气懒言、食少困倦、易感风寒外邪等;后者可见四肢不温甚或厥冷、易于腹泻、畏寒多衣、饮食喜温等。若为实邪(如痰、湿、瘀等)导致的肾阳失守,常累及于脾,盖脾为太阴湿土,喜燥恶湿,易为阴邪所困;也可母病传子而伤及肝木,致肝失疏泄;或克火太过而伤及于心,导致心阳不展,或心血运行不畅。

3 扶肾守阳是DKD蛋白尿的基本治法

基于DKD发生蛋白尿等精微物质异常排泄的基本病机为肾阳失守,衡教授在治疗中注重“扶肾守阳”,使肾阳得以内守而发挥其生理功能。同时,其在治疗中兼顾固护脾胃,祛除体内湿、痰、瘀、浊等邪气,使三焦气血通畅,气化得利,精微得以正常敷布而不致异常外漏。

扶肾守阳,首先要维护肾阳的充足,有虚则补,无虚则扶。因于虚者,多为肾阳不足,或肾精亏虚。衡教授在长期的临床实践中观察到,DKD蛋白尿患者多为肾阳不足,属肾阴虚者不多。肾阳不足者当益肾补

阳,使肾阳旺而能守。但补肾阳之法根据证候不同又各有所异。肾阳失守,但阳虚不甚,主要表现为腰膝酸软者,常用平补之药,如杜仲、川牛膝、菟丝子、补骨脂等;阳虚生寒,出现畏寒肢冷、小便清冷者,需温补肾阳,常用肉桂、附子等;阳虚失于推动,引起宗筋萎软者,治以壮阳益肾,常用淫羊藿、仙茅、巴戟天等;肾阳虚引起固摄失职,出现尿频、尿浊者,当以补肾固摄为法,凡固摄皆为益阳,常用覆盆子、桑螵蛸、蛇床子、益智仁等。至于因肾阳失守,虚阳升发太过者,一方面可用小剂量肉桂或者附子引火归元;另一方面可佐牡蛎等介类潜阳,或磁石摄纳浮阳,使虚浮之肾阳回归下潜以守于下元。此外,肾精不足者,补肾填精宜温补而不宜滋补,多用肉苁蓉、葫芦巴、阿胶、龙眼肉、当归之类,少用地黄、桑椹、女贞子等。

扶肾守阳需洁肾府,使肾阳居所清虚安宁。肾居下焦,洁肾府即须祛除沉积于下焦的邪气(湿、痰、瘀、郁等),邪去则肾府不受邪扰,肾本自安,肾阳方能内守。若瘀血痹阻肾络,下焦气血不畅,阳气郁阻于下元,轻者当以活血行水为主,多用川牛膝、益母草、虎杖、泽兰等活血行水之药,使血随水行,阳随血达,契合“通阳不在温,而在利小便”之古训;重者则化痰降浊,多用川芎、三棱、莪术、桃仁之类,破瘀兼能降浊,以消散瘀浊之结。

湿浊郁阻者,当利湿行水、芳燥化浊。《圣济总录》言:“消渴病多转变……此病久不愈能为水肿。”此言指出消渴日久可致水湿停聚而发为水肿。其病机在于水湿与瘀血交错,泛滥肌肤。临床除选用虎杖、泽兰、益母草、川牛膝、鸡血藤等活血行水之品外,可参考瘀血较重者施予破瘀降浊之法。衡教授认为“糖尿病患者凡有湿邪,多为阳气不足”^[1],即糖尿病湿邪为患的本质在于肾阳微损,阳不化气。临床常以藿香、佩兰芳香化湿气,使湿从上焦而散;茯苓、薏苡仁淡渗利湿,令湿邪从下焦而出。上下分消湿邪的同时,衡教授常佐以肉桂等温肾化气之品,或辅以肉苁蓉助益肾阳。

痰邪为患,治当化痰散结,更须求其生痰之本。衡教授在治疗 DKD 蛋白尿时,常选用瓜蒌、白芥子化痰,痰重者加胆南星。如果患者因湿成痰,则在上下分消湿邪的治疗时,还要补助肾阳,使气化得利,则断湿聚为痰之路,防止疾病传变。此时可佐以平补肾阳之品,如补骨脂、杜仲。若是因瘀生痰,则多用桃仁、僵蚕以痰瘀同治。

衡教授指出,通腑泻浊是扶肾守阳的重要一环。阳明大肠五行属金,与肺相表里。阳明腑气不降,浊阴内积,邪实则母病传子,使肾受金邪。通腑泻浊之法,在具体运用时需因人制宜:有郁热者,用番泻叶;胃气尚可者,用芒硝;体质偏弱或虚证明显者,则宜以大剂量肉苁蓉为主,配伍柏子仁、郁李仁等润肠通便之品,以达到润通泻浊、畅行腑气之效。腑气得通,则浊邪从大便而解,浊降而清升,肾府得以清灵,肾阳方能安守于下。

肾阳失守者常兼有气虚,气虚与阳弱往往互为因果。气始微虚,通过扶正守阳或祛湿通滞则可见效,必要时可兼用白术、茯苓。若气虚较甚,则当力补之。衡教授指出,黄芪实为补肾化气之药,其益气健脾功效实则源于其补肾气以升肾阳之作用。对于肾阳失守而水气不化者,黄芪可益肾气以行水;对于肾阳虚推动无力者,黄芪可益肾气,使肾气旺以助肾阳之动。因此,对于本病气虚明显者,衡教授常用大剂量黄芪。

4 基于“肾阳为守”的DKD蛋白尿分证论治策略

4.1 脾虚夹湿证 此证型临床主要表现为小便频数,尿液泡沫增多、呈细小状,口干而不欲饮,倦怠乏力,食少脘痞,大便稀溏,舌淡红,苔白腻,脉滑。治宜健脾化湿,助肾守阳。处方予自拟守阳化湿方,药物组成:杜仲 15 g,补骨脂 10 g,茯苓 10 g,佩兰 10 g,薏苡仁 10 g,藿香 10 g,苍术 10 g,草豆蔻 6 g,陈皮 10 g,白豆蔻 6 g,厚朴 6 g。方中以杜仲、补骨脂为君,二者合用可温肾助阳,固守元气。臣以苍术、厚朴、陈皮燥湿运脾;再以藿香、佩兰、草豆蔻、白豆蔻芳化湿浊。佐以茯苓、薏苡仁健脾渗湿。全方脾肾同治,通守兼顾,共奏温阳化湿之效,从而使肾阳得守,气化得复,水精得以正常输布,则尿浊自消。

4.2 血滞脉络证 此证型临床主要表现为肢体轻度水肿,皮色不鲜,下肢肤色晦浊,或面色晦暗,可兼肢体麻木或疼痛,或小便细小,尿中泡沫不易破裂,舌质胖暗,脉沉细涩。治宜助肾化气、活血行水,佐以化痰。处方予自拟活血行水方,药物组成:淡附片 6 g,川牛膝 15 g,益母草 15 g,虎杖 15 g,鸡血藤 15 g,泽兰 12 g,三棱 15 g,莪术 15 g,丹参 10 g,薤白 15 g,陈皮 10 g,茯苓 10 g。方中淡附片可温肾助阳、化气行水,为君药。臣以三棱、莪术破血逐瘀;川牛膝、益母草、虎杖、鸡血藤、泽兰合用以活血利水。佐以丹

参、薤白活血通阳；陈皮、茯苓健脾渗湿。全方融温阳、活血、利水于一体，旨在通络洁府、化瘀行水，从而使邪气去、肾气安，则阳气自能固守。

4.3 气虚夹瘀证 此证型临床主要表现为疲乏腰酸，面色不鲜，尿中泡沫增多，下肢水肿、瘀暗，大便不畅，或兼膝酸腿弱，肢体麻木，舌质瘀暗或有瘀斑，苔白腻，脉沉细涩。治宜益气健脾，化瘀消浊。处方予自拟化气消瘀方，药物组成：杜仲 10 g，肉苁蓉 30 g，黄芪 30 g，茯苓 15 g，川牛膝 15 g，鸡血藤 10 g，白芍 10 g，郁金 10 g，丹参 10 g，桃仁 10 g，益母草 10 g，虎杖 10 g，泽兰 10 g。方中杜仲、肉苁蓉补肾助阳；黄芪益气助阳，三者共为君药。臣以丹参、桃仁、鸡血藤、郁金活血化瘀。佐以益母草、泽兰、虎杖、川牛膝活血利水；茯苓健脾渗湿；白芍养血和营。全方补中寓通，使气旺而血行畅达，瘀化而络脉通利，肾阳得充而能守，气化复常，精微得固。

4.4 下元不固证 此证型临床主要表现为小便频数量少，尿液浑浊，或小便清长，便意频繁，舌淡胖，苔薄，脉沉弱或濡。治宜固肾守阳，温阳化气。处方予自拟固肾守阳方，药物组成：益智仁 10 g，茯苓 10 g，覆盆子 10 g，蛇床子 10 g，菟丝子 10 g，巴戟天 10 g，川牛膝 10 g，陈皮 10 g，石菖蒲 10 g，合欢皮 10 g。方中益智仁、覆盆子、菟丝子、巴戟天、蛇床子温肾固精，助阳守位为君。臣以茯苓、陈皮健脾渗湿。佐以川牛膝引药下行；石菖蒲、合欢皮安神开郁。全方固涩温润，重在温煦下元、复其气化。若兼见口干而饮水不多，常为肾虚阳浮，可加肉桂 6 g 以引火归元；若兼见烘热汗出，或睡眠不宁，可加牡蛎 15 g 以潜纳虚阳。

4.5 浊瘀互结证 此证型临床主要表现为小便不利，大便不畅，头面不爽，肌肤甲错，面色晦浊，或小腹痞满，肢体酸胀，肌肉压之缺乏弹性，舌暗，苔偏厚，脉滑涩。治宜化瘀降浊，祛邪安元。处方予自拟消浊通腑方，药物组成：肉苁蓉 20 g，桂枝 10 g，三棱 10 g，莪术 10 g，川牛膝 15 g，益母草 10 g，桃仁 10 g，制乳香 6 g，薤白 10 g，僵蚕 10 g，瓜蒌 15 g，茯苓 20 g。方中肉苁蓉补肾助阳，桂枝温阳化气，二者共为君药。臣以三棱、莪术破血祛瘀；桃仁、制乳香活血通络；僵蚕、瓜蒌化痰散结。佐以川牛膝、益母草引浊下行；薤白通阳散结；茯苓健脾渗湿。全方重在通降瘀浊、洁净肾府，以攻为守，寓补于攻，契合“祛瘀生新”或“邪去则正安”之旨。

5 验案举隅

张某，男，73岁，2021年4月24日初诊。患者于15年前体检发现血糖升高，确诊为“2型糖尿病”。平素规律服用阿卡波糖、格列齐特控制血糖，血糖控制尚可。近1年来逐渐出现小便浑浊、泡沫增多，伴夜尿频多，外院诊断为“糖尿病肾病(G2A3期)”。半个月前上述症状加重，并伴双上肢麻木，为求中医治疗，遂来就诊。刻下症：口干，腰酸乏力、畏寒，腹胀，纳差，寐一般，白天小便1次/h，夜尿3次，尿中泡沫多，大便稀溏，3次/日，舌暗有齿痕苔白，脉沉。既往有“高血压”病史，平素规律服用呋塞米、美托洛尔、吡达帕胺、厄贝沙坦，血压控制尚可。西医诊断：糖尿病肾病(G2A3期)。中医诊断：消渴，辨为脾虚夹湿证。治法：健脾化湿，助肾守阳。处方予守阳化湿方加减，药用：杜仲 15 g，淡附片 6 g，麸炒苍术 10 g，陈皮 10 g，薏苡仁 10 g，佩兰 9 g，豆蔻 6 g，草豆蔻 6 g，广藿香 10 g，姜厚朴 6 g，醋香附 10 g，法半夏 10 g，砂仁 5 g。14剂，每日1剂，分2次餐前内服。西药方案继续维持。

2021年5月31日二诊：腰酸、畏寒较前减轻，小便泡沫稍减，仍感口干不欲饮，腹胀纳差缓解，白天小便2次/h，夜尿2次，大便偏软，1次/日，偶有肢体麻木。舌暗略转润，齿痕仍在，苔白微腻，脉沉。辅助检查(2021年4月28日)：尿微量白蛋白 636.00 mg/L，尿微量白蛋白/尿肌酐 161.83 mg/mmol；糖化血红蛋白 6.74%；眼底检查示“双眼视网膜下可见散在点状出血”；血肌酐 89.6 μmol/L，肾小球滤过率 73.1 ml/min。守方续进10剂。西药方案继续维持。

2021年6月30日三诊：腰酸乏力、畏寒减轻，白天小便2次/h，夜尿1次，尿中泡沫减少，大便偏软，1次/日，余症缓解。舌淡略暗，苔薄白，脉沉细。守上方加僵蚕 10 g，黄芪 20 g。4剂。西药方案继续维持。

之后患者定期于门诊复诊，中药守前方，随症进行加减。其间，患者尿蛋白排泄量持续下降，病情稳步好转。2021年11月12日复查：尿微量白蛋白 542.00 mg/L，尿微量白蛋白/尿肌酐 139.69 mg/mmol。2022年8月19日复查：尿微量白蛋白 71.1 mg/L，尿微量白蛋白/尿肌酐 20.08 mg/mmol。2022年11月24日复查：尿微量白蛋白 71.7 mg/L，尿微量白蛋白/尿肌酐 7.37 mg/mmol，糖化血红蛋白 6.3%。

按 本例糖尿病患者持续性大量白蛋白尿，结合

病史及眼科检查确诊 DKD。衡教授认为,其病机在于消渴日久,正气受损,湿邪内生,使肾阳失守。治疗应始终以“扶正守阳”为核心,兼以祛邪通滞,旨在安和肾府,使阳气得复而其位自守,气化功能得以恢复。

初诊以健脾化湿,助肾守阳为法,方中以杜仲、淡附片温肾固元,合燥湿运脾之品以畅中焦,共奏温阳化湿,调中安肾之效。二诊时患者腰酸畏寒减轻,小便泡沫稍减,然舌仍暗带齿痕、苔白腻,脉沉细,为肾阳亏虚未复、湿浊滞留犹存,故续守原方以巩固助阳化湿之力。三诊之时,虽标症渐消,然其舌淡略暗、苔薄白,脉沉细,考虑肾气久亏,痰湿入络,故加黄芪以补脾肾之气,助阳固守;加僵蚕以其虫类善行之性,通肾络,化痰浊。此攻补兼施之法,既彰益气守阳之旨,亦合洁府安阳之意。全案治疗特点有二:一是补肾助阳,恢复肾与膀胱的气化功能;二是将健脾与祛浊攻邪相结合,燥湿行气之药祛中焦痰湿,使中焦气机畅达,以恢复脾胃的运化功能,另以攻邪之药,化浊通滞,邪去肾安,阳气得守,精微自固。

经中药治疗 2 年后,患者阳气旺盛,邪气已祛,自觉身体已无不适。血糖、血压控制良好,肾脏损伤关键指标(如尿微量白蛋白/尿肌酐)显著持续好转,扭转了恶化之势。

6 小结

中医治疗 DKD 的优势在于立足患者整体进行调理,制定个体化治疗方案。衡教授基于“肾阳为守”理论,根据患者的具体情况辨证施治,有效改善患者症状、显著减少尿蛋白漏出、改善肾功能,为 DKD 蛋白尿的中医治疗提供了新的思路和方法。鉴于 DKD 病机复杂、治疗周期长、病情易反复,临床上除坚持治疗

外,还需注重提高患者生活质量,以此增强药物疗效,促进病情得到更稳定的控制^[12]。

参考文献

- [1]中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组.中国糖尿病肾脏疾病防治临床指南[J].中华糖尿病杂志,2019,11(1):15-28.
- [2]周建辉,陈香美,谢院生,等.糖尿病肾病不同程度蛋白尿的相关因素分析及随访[J].中华肾脏病杂志,2005,21(5):251-255.
- [3]中华医学会糖尿病学分会,国家基本公共卫生服务项目基层糖尿病防治管理办公室.国家基层糖尿病肾脏病防治技术指南(2023)[J].中华内科杂志,2023,62(12):1394-1405.
- [4]WATANABE K, SATO E, MISHIMA E, et al. What's new in the molecular mechanisms of diabetic kidney disease: recent advances[J]. Int J Mol Sci, 2022, 24(1): 570.
- [5]AGARWAL R, FILIPPATOS G, PITT B, et al. Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: the FIDELITY pooled analysis[J]. Eur Heart J, 2022, 43(6): 474-484.
- [6]高亚斌,王珍,聂安政,等.“以热为本,以期为纲”论治早期糖尿病肾病[J].中华中医药杂志,2019,34(11):5210-5212.
- [7]吴以岭,魏聪,贾振华,等.从络病学说论治糖尿病肾病及相关研究[J].上海中医药大学学报,2007,21(5):5-8.
- [8]张耀夫,赵进喜,朱荔炜,等.再谈糖尿病肾病“肾络伏风”病理机制及“从风论治”治法[J].中华中医药杂志,2023,38(8):3669-3673.
- [9]王诗尧,王世东,傅强等.国医大师吕仁和“微型癥瘕”病理假说的源流及发展[J].中华中医药杂志,2022,37(8):4555-4559.
- [10]衡先培.衡先培医论与临床经验[M].北京:学苑出版社,2022:43-49.
- [11]陈晓红,王永发.衡先培教授采用辛温除热法治疗 2 型糖尿病合并难治性高热临床经验[J].中国中西医结合杂志,2022,42(4):504-507.
- [12]邹苏芬,衡先培.衡先培治疗糖尿病注重改善生活质量的临床经验[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3543-3545.

(收稿日期:2025-08-01)

(本文编辑:蒋艺芬)