

《伤寒论》八纲辨证量化思维的方证解析

范东东 郑丰杰

(北京中医药大学基础医学院, 北京, 100029)

摘要 通过对《伤寒论》方证的归纳分析与整理,从脏腑表里辨病位、寒热虚实辨病性、证候演变辨病势、脉证合参辨预后,这4个方面来探析仲景辨证的量化思维,理解其所蕴含的辨证论治的精准化和规范化内涵,以期对临床实践有所启示。

关键词 八纲辨证;方证;量化

Quantitative Thinking Mood of Eight-principle Syndrome Differentiation and Formula and Syndrome on Treatise on Febrile Diseases

Fan Dongdong, Zheng Fengjie

(College of Basic Medical Science, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Zhang Zhongjing's quantitative thinking mode in syndrome differentiation was explored through inductive analysis and classification on Treatise on Febrile Diseases in the perspective that zang-fu organs interior-exterior relationship for disease location, cold and heat, deficiency and excess for disease nature, symptom and sign for disease trend, pulse and syndrome for prognosis. Thereafter, his intention for quantitative method and standardization for syndrome differentiation was understood for better clinical practice.

Key Words Eight-principle syndrome differentiation; Formula and syndrome; Quantitative method

中图分类号: R241.3 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.01.046

六经辨证是基于脏腑经络、气血阴阳等生理功能,动态观察病情变化,以明疾病之所在,证候之进退,邪正之盛衰等,从而厘定治则治法与遣方用药的辨治体系,其辨证必辨阴阳、表里、寒热、虚实、气血等及其相互转化。临证时若能掌握六经病的证候特征及其发展演变,明辨病性、病位、病势等,即可对复杂的病证作出精准判断和针对性治疗。现今多谓《伤寒杂病论》的方为经方,“经方”为“证”而设,证之下必须有“方”,方之上亦必须有“证”^[1]。方与证是伤寒学的关键,而为历代医家所重视^[2]。辨方证是现代临床应用经方的主要思路,也是解析经方与其主治病证之间对应关系的途径。我们通过解读《伤寒论》有关方证,从病位、病性、病势和预后解析八纲辨证的量化思维。

1 脏腑表里辨病位

病位是指当前证候所在的病理位置,也是方药作用的靶点。大体而言,邪在皮肤、经络、卫分者属表,在脏腑、骨骼、阴血者属里。《伤寒论》的六经是揭示病位的关键,对于六经的本质,虽有经络说、脏腑说、气化说、地面说、阶段说、六部说等41种认识^[3],然而目前多认为《伤寒论》的六经是经络、脏

腑与气化的有机综合,其中脏腑、经络是物质基础,气化是脏腑、经络生理功能和病理变化的概括^[4]。经络受邪病位在表,邪气入里或脏腑受邪则病位在里。《伤寒论》中的六经病证均有经表和脏腑之分,如太阳经表有麻黄汤证、桂枝汤证、桂枝麻黄各半汤证等,太阳里证有蓄水之五苓散证、蓄血之桃核承气汤证等;阳明经表有葛根汤证,阳明里证有调胃承气汤、小承气汤、大承气汤证等;少阳经表有小柴胡汤证,少阳胆腑有大柴胡汤证;太阴病从表至里有桂枝汤、桂枝人参汤、理中丸证;少阴经表有麻黄细辛附子汤、麻黄附子甘草汤证,少阴里证有附子汤、四逆汤证等;厥阴经表有当归四逆汤证,厥阴脏寒有吴茱萸汤证等。由此可见,六经病的表里病位之别反映了量化辨证思维。

八纲虽为判断病证的属性而设,然仲景巧妙的选用量化性词汇,刻画了疾病量变、或质变、或简单到复杂发展过程中的具体环节或要素,以揭示病证之间的联系与发展,使得“观其脉证,知犯何逆,随证治之”更加具体化和规范化。如少阴表证第301条云:“少阴病,始得之,反发热,脉沉者,麻黄细辛附子汤主之。”条文以“始得之”示病证刚刚发生;病至少

阴,多肾阳虚衰,本不应发热,今“反发热”,故知其证为风寒束表,卫阳郁遏。然病在表,脉当见浮,今“反”沉,反应了少阳里虚的本质,治以麻黄细辛附子汤,以麻黄、细辛解表,附子温阳。第 302 条“少阴病,得之二三日,麻黄附子甘草汤主之”,承上条续论少阴表证的证治,以“二三日”,提示病程相对日久,然无下利清谷等里阳虚衰证,明辨病仍在表,然其势稍缓,正气恐更虚,故去辛温走窜之细辛,代之以平和甘缓的炙甘草,以温里解表,微发其汗。然因少阴阳虚,若不及时救治,恐寒邪将深入,故第 304、305 两条,言“少阴病,得之一二日”,即见背恶寒、身体痛、手足寒、骨节痛、脉沉等症,此为少阴肾阳虚衰,寒湿留滞关节,故用附子汤温经散寒,除湿止痛;第 323 条“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”,言少阴病涉心肾,虽仅见脉沉,亦当见微知著,防微杜渐,此寓有“既病防变”的治未病思想。通过对少阴病证有关方证的分析,仲景脏腑表里的量化辨证思维可见一斑。

此外,《伤寒论》湿热 3 方也充分体现了脏腑表里辨病位的量化思想。阳明里热与湿相合,壅滞中焦,湿热熏蒸,使胆液外泄,而发生黄疸,因湿热所侵袭部位的不同,而使得临床运用此 3 方有量化标准。若外有表寒而内有湿热,则用麻黄配杏仁以利肺解表,同时加以连翘、赤小豆利湿热,从煎法上来看,用潦水煎煮,取其味薄,不助湿气;若湿热郁积在里,则以茵陈蒿汤清热利湿,茵陈蒿六两,量大则力专,并在煎服法上,茵陈蒿先煎以去其清扬外散之性,使其功专苦降,直趋入里清热利湿,并佐以少量大黄,荡涤肠胃,破湿热之凝结,栀子辅佐茵陈使湿热从小便而出;若湿热介于表里之间,郁阻三焦,用栀子柏皮汤清之,栀子清上焦,黄柏泄下焦,炙甘草补中焦,祛邪不伤正。正如尤在泾所说:“茵陈蒿汤,是下热之剂,栀子柏皮汤,是清热之剂,麻黄连翘赤小豆汤,是散热之剂”^[5]。用“下”“清”“散”3 个词形象的概括了此 3 方的病位所在,并且在用量和煎服法上给以量化规范,从而使临床治疗黄疸有章可循。

2 寒热虚实辨病性

病性,即病证的性质,是中医对患者病理状态的总特质的判断^[6],概而言之,即为寒、热、虚、实。辨病性是整个辨证论治过程中的重要环节,也是临床辨证处方的关键。兹通过有关方证及其煎服方法的解析,学习《伤寒论》中寒热虚实的量化思想。

2.1 寒热的量化 《素问·阳明脉解篇》云:“四肢者,诸阳之本也”,手足的寒热厥逆是诊察人体阳气

盛衰的主要依据,《伤寒论》中亦不乏诸多手足寒热的描述,如手足冷(第 148 条)、手足寒(第 305、324 条)、手足温(第 98、99、153、228、368 条)、手足自温(第 187、278 条)、手足厥(第 197 条)、手足厥寒(351 条)、手足厥冷(第 340、343、355、362、368、388 条)、手足厥逆(第 317、349、357 条)、手足逆冷(第 219、295、309、337 条)、四逆(第 296、298、330 条)、手足尽热(第 293 条),自温、尽热、寒、厥寒、厥冷等手足症状,与疾病的寒热虚实属性、病位、治疗及预后等密切相关,对临床辨别病证的寒热虚实具有很强的指导意义。

此外,《伤寒论》的组方用药亦揭示了寒热的量化,以外感风寒所致的太阳表证为例,如风寒外袭,卫闭营郁,治用麻黄汤(麻黄三两、桂枝二两、杏仁七十枚、炙甘草一两),辛温解表,宣肺平喘;表寒郁闭,内生郁热,症见“不汗出而烦躁”者,治用大青龙汤(麻黄六两、桂枝二两、杏仁四十枚、炙甘草二两、生姜三两、大枣十枚、石膏如鸡子大),外散风寒,内清郁热;若太阳表证,经汗下后,邪热壅肺而喘,则用麻黄杏仁甘草石膏汤(麻黄四两、杏仁五十枚、炙甘草二两、石膏半斤),以麻黄汤去桂枝加生石膏,变辛温解表为辛凉宣透之剂;若转属阳明,无形邪热充斥表里内外,症见发热、汗出、口渴、脉浮滑者,治用白虎汤(石膏一斤、知母六两、炙甘草二两、粳米六合)辛寒清热。对比分析上方证不难发现,辛温解表之麻黄与辛寒清热之生石膏的用量,充分反映了病证由风寒郁表、郁而化热渐至表里俱热的动态发展过程。

在寒热量化的基础上,仲景还进一步论述了寒热错杂的方证量化。“寒热错杂”是指八纲证候中寒热属性相互对立的两纲同时并见,且寒热双方性质俱真,毫无虚假,寒热各方表现的症状均客观存在的证候^[7]。本文试以胃热脾寒之寒热错杂为例,探讨《伤寒论》寒热错杂的方证量化。《伤寒论》所载治疗胃热脾寒的方剂,概括起来有半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤。《伤寒论》第 149 条“伤寒五六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以他药下之,……但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤。”《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治第十七》:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”由此二条可见半夏泻心汤的主证以呕利为主,由于误下之后脾胃之气受伤,中州气机升降不利,中焦痞塞,故满而不痛,取半夏、干姜之辛以散之,胃气不降则生热,故见呕,取大黄黄连泻心汤

之半,黄芩、黄连苦寒以降胃气之逆,同时配以半夏止呕,脾气不升则生寒,故见下利,取理中汤之半,以干姜、甘草、人参、大枣之甘热以温补之,诸药配合,辛开苦降甘调,恢复脾胃升降之机。生姜泻心汤见于157条“伤寒汗出解之后,胃中不和,心下痞硬,干噫食臭,胁下有水气,腹中雷鸣下利者,生姜泻心汤主之”,由于脾不运化水谷精微,而见“干噫食臭”的消化不良症状,脾不运水而见“胁下有水气,腹中雷鸣下利”,故在半夏泻心汤的基础之上,重用生姜以健胃散水。甘草泻心汤见于158条“伤寒中风,医反下之,其人下利,日数十行,谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满,干呕心烦不得安。医见心下痞,谓病不尽,复下之,其痞益甚。此非结热,但以胃中虚,客气上逆,故使硬也。甘草泻心汤主之。”本方痞利两者较生姜泻心汤为甚,且误下胃虚,故重用甘草缓急和中补虚。此三泻心汤,半夏泻心汤以止呕降逆为主,生姜泻心汤以散水消食为主,甘草泻心汤以和中补虚为主,同是寒热错杂,因症状不同,而各有侧重。黄连汤见于173条“伤寒,胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕者,黄连汤主之”。本方证为中焦受病,脾胃不和所致。胃气不降而生上热,故以黄连而清心胸之热,脾脏虚寒而腹痛,故以理中之意,干姜、人参、甘草一散中寒,以甘草、大枣甘缓止痛,半夏止呕,桂枝一方面可降冲之呕,另一方面疏通阳气,使上下阴阳寒热各得其所,本方与半夏、生姜、甘草三泻心汤之不同在于,三泻心汤重在寒热互结于心下,本证重在上热中寒,故不取去滓再煎之法,服法为日三夜二服,是取其频服之意。干姜黄芩黄连人参汤见于359条“伤寒本自寒下,医复吐下之,寒格,更逆吐下;若食入口即吐,干姜黄芩黄连人参汤主之”。本方证脾脏有寒而见下利,故用干姜、人参温脾之寒,寒格拒于上,胃中不和则食入口即吐,故用黄芩、黄连降胃逆,本方与半夏、生姜、甘草泻心汤同治寒热错杂之证,但本证以呕为主,未出现心下痞,虽然寒热相阻,逆而作吐,但还没有达到心下痞的程度,治之小误,证候较轻,故制方取泻心之半。张仲景在叙述寒热错杂的方证的同时,运用药物精细配伍、剂量的差异、特殊的煎服法示人以法轨,教人以量化,构思巧妙,用方精准。

2.2 虚实的量化 实指邪气盛,六经病中最具有代表性的实证是阳明病,第180条言:“阳明之为病,胃家实是也。”谓病邪深入阳明,邪从燥化,胃肠燥热亢盛,病变以里热实为特征,尤以无形邪热与肠中糟粕相结,阻滞胃肠最为典型,治宜攻下,代表方剂是调

胃承气汤、小承气汤和大承气汤。调胃承气汤主治燥热在胃而肠犹未全实,方中以大黄苦寒泄热,芒硝咸寒软坚润燥,炙甘草甘缓和中,意在使大黄、芒硝的作用缓恋于胃,变泄下为调和胃气。其服法来有二:一是“少少温服之”(第29条),意在取其调和胃气,而不欲其速下,侧重于“中病即止”;二是“顿服”(第70条),以泄下燥热,取其速效。小承气汤为燥热内盛,大便成硬,以大黄苦寒泄下阳明燥热之结,厚朴消腹满,枳实泄痞气。其服法有二,一是“微和胃气,勿令至大泄下”“煮取一升二合,去滓,分温二服”(第208条),每次服用六合,以通便泄热;二是第214条以其治“阳明病,谵语,发潮热,脉滑而疾者”,此虽见潮热谵语之大承气汤症,然非沉实有力,此“脉滑而疾”,示尚有热邪散漫,有大便秘结不甚之虞,故将小承气汤的服用量由常规的每次六合,增至一升,观其药效反应,再作进退。大承气汤治阳明燥屎已成,以大黄泻下热结、荡涤肠中燥屎,芒硝咸寒、软坚润燥,厚朴理气除胀,枳实破气消痞。本方先煮厚朴、枳实,去滓后再入大黄,最后纳芒硝,是后下者气锐而先行,意在加强大黄、芒硝的泻下作用。此三承气汤,小承气汤病位在小肠,调胃承气汤病位在胃,大承气汤病位在大肠^[8],从胃到小肠再到大肠,燥实逐渐加重,反映了阳明胃家实证的动态发展过程,承气三方无论是组方用药,还是煎服方法,都存在着明显的量化差异。

虚指正气不足,《伤寒论》中治疗虚证的典型为四逆辈,其代表方为四逆汤、通脉四逆汤及通脉四逆加猪胆汁汤,此3方反应了从阳虚、格阳于外到阳损及阴的动态演变过程。四逆汤为治疗肾阳虚衰,阴寒内盛而引起的自利、四肢厥逆。方用生附子温少阴以回阳,干姜温中以散寒,炙甘草和中补土以伏火;通脉四逆汤治疗在四逆汤的基础上而出现的身反不恶寒,面色赤,此为阴寒内盛,格阳于外,本方与四逆汤组方用药相同,同时加大附子、干姜的剂量,意在回阳救逆;通脉四逆加猪胆汁汤治疗吐下之后而出现的四肢拘急不解,此阳亡阴竭,故在通脉四逆汤的基础上加猪胆汁半合,在扶阳之中,加入沃阴增液之品,妙在以有情之物直补人之体液。此3方的“自利”“面色赤”“四肢拘急不解”为运用此3方的典型的症状性量化标准。

虚实夹杂是指在疾病发展过程中的同一时期,正虚与邪实两方面的病理反映同时存在。仲景治疗虚实夹杂证候灵活多变,又有规律可循,处处体现着构思巧妙、细致入微的精神,同时还运用量化思维示

人以法,使得临床应用对病证的“度”的把握更加精准。如《伤寒论》第 66 条“发汗后,腹胀满者,厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”。发汗后损伤脾气,或患者脾气素虚,因此脾运化水湿的功能低下出现湿留成痰,痰湿阻滞气机,壅滞不通,本证既有脾气不足虚证的表现,同时伴有痰湿阻滞气机实证的表现,属于虚实夹杂之证,但是单用补益则助湿生满之弊,单用消痰利气之品恐更伤脾气,其满难消,故仲景以健脾消满为治疗原则,攻补兼施。厚朴味苦性温善于下气行散消胀除满,生姜和半夏辛温,宣散通阳,行胃中滞气,降逆开结豁痰,与厚朴为伍,辛开苦降,温阳行气,加强了厚朴的行气消胀除满的作用,人参、甘草为理中之半,可健脾益气助化以消滞,但是攻与补孰轻孰重,仲景在方名和用量上进行量化规范,使得临床运用不致偏颇,其中厚朴、生姜、半夏用量相等且都用半斤,用量重以消除胀满,但恐使脾气更虚,故少配甘草、人参以甘补,以防中满,全方轻重配伍,共成三补七消之法,攻补兼施,堪称是虚中夹实证治之典范^[8]。本方充分体现了张仲景构思细腻,用药巧妙传神,又有量化的标准,使辨证论治发挥的淋漓尽致,正如清代医家缪遵义所说:“立方大意,泄胀满之心,偏多于辅正,方中叙药之次第,即可见也。首用厚朴,苦温以泄中焦之胀满,阳微则饮聚,次用生姜、半夏,辛通开泄,浊阴自散,三味用至半斤,重其权也,继用甘草二两、人参一两,以稍助其正气,是意不在补,不过为厚朴之佐使耳”^[9]。

3 证候演变辨病势

病势指疾病过程中某一阶段所呈现的总态势,是对病情轻重缓急、证证变化趋势以及病证动态之势的分析、判断,在某种程度上包含着定量分析^[10]。伤寒大家刘渡舟教授将证的微妙之处称之为“机”,言《伤寒论》既有辨证论治的学问,也有辨证知机的奥妙^[11],证候的动态演变揭示了疾病的发展趋势,通过证候的加减方的量化可预知疾病的病势。

《伤寒论》中处处体现着辨病势之活法,如栀子豉汤为治胸膈郁热,虚烦不眠、心中懊恼的主方,方中栀子苦寒,既可清透郁热,解郁除烦,又可导火以下行;豆豉气味俱轻,既能清表宣热,又能和降胃气。两药相伍,降中有宣,宣中有降,合奏清宣郁热之效。栀子甘草豉汤方为栀子豉汤加甘草而成,为栀子豉汤证兼少气者而设,加甘草以益气和中。栀子生姜豉汤方为栀子豉汤加生姜而成,为栀子豉汤证兼呕吐者而设,故加生姜降逆和胃止呕。枳实栀子豉汤方为栀子豉汤加枳实而成,为大病差后劳复而设。

栀子清热除烦,豆豉宣散透邪,枳实宽中行气。栀子厚朴汤方为热扰胸膈,兼腹满的证治而设。夫热留于胸膈则烦,故取栀子之苦寒,以清热除烦;余热留于腹,则腹满,留于胃则卧起不安,故取厚朴之苦温,以行气除满;枳实之苦寒,以破结消痞。三药相伍,以奏清热除烦,宽中消满之效。本证邪热内陷,较之栀子豉汤证为深,故不用豆豉之宣透,但又未形成阳明腑实,也不须用大黄之攻下,此方的发展趋势为阳明证。栀子豉汤及其加减方证反映了栀子豉汤证的病势演变,仲景运用量化思维辨病势的理论为后世临床治疗拓展了思路和方法,可使临床识证整体化,临床用药精准化。

4 脉证合参辨预后

预后指医生对患者患某一疾病之后的发展过程和后果的估计和预见。对疾病预后辨析,是中医辨证论治的重要内容,其不仅对正确辨别疾病的病因病机脉象有重要意义,对遣方用药更有重要作用^[12]。关于疾病预后的描述,《伤寒论》中有多级量化性语言概括,如预后良好的有自愈(58 条、59 条、93 条、145 条、287 条、336 条、360 条)、易愈(153 条)、欲愈(274 条、290 条),预后较好的有可治(111 条、288 条、289 条)、不死(292 条、365 条),预后不良的有难治(129 条、214 条、294 条、348 条、357 条),预后较差的有不治(295 条)、死(167 条、210 条、211 条、296 条、297 条、298 条、299 条、343 条、344 条、345 条、368 条、369 条)、必死(333 条)。仲景通过运用逐级量化的标准来预测疾病的预后,及时有效的采取措施防微杜变。

具体而言,在脉证合参预测疾病欲愈和生死方面,《伤寒论》中有明确关于量化的论述。如《伤寒论》第 287 条“少阴病,脉紧,至七八日自下利,脉暴微,手足反温,脉紧反去者,为欲解也,虽烦、下利,必自愈。”张仲景通过运用“手足反温”“脉紧反去”2 个“反”字强调提示少阴病寒去阳回自愈,此时虽伴见心烦,却是阳气可以和寒邪作斗争,寒邪顺大便下利而去,正胜邪退必自愈,切忌不可再去除烦、止利,与仲景之意相违背。《伤寒论》第 300 条“少阴病,脉微细沉,但欲卧、汗出不烦、自欲吐,至五六日自利,复烦躁不得卧寐者,死。”少阴病,脉微细沉,但欲卧,此为少阴主脉主证,当用四逆汤,汗出不烦此为阴阳之气外亡,自欲吐为阴邪上逆,此一派阴寒之象,当急温少阴,扶阳救逆。到了五六天之后,自利复烦躁不得寐,此为失治误治之后,阴寒盛,阳已亡,此为死证。在判别疾病方面,仲景能很好的把握住

疾病预后的方向,并将能提示疾病预后的脉证用量化性的指标进行描述,如疾病可治多见于阴阳自和、阴阳之气未竭、阴退阳复、胃气来复等病机表现,临床表现多见于吐利止、手足温、欲去衣被、食以索饼等症状,疾病必死多见于津液已竭、纯阴无阳、阳不胜阴、阴竭于下、阳脱于上、阳绝神亡、阴阳离绝等病机表现,临床多见于直视、谵语、头眩、时时自冒、下利不止、汗出不止、手足逆冷、不烦而燥、燥不得卧寐、息高、脉不还、脉不至、脉短涩等脉证表现,以此来警示我们临床当关注这些具有推测疾病向愈和生死的量化指标,准确判断疾病预后,方能有的放矢。

5 结语

量化辨证相对于定性辨证而言更为细致,对病证的“度”的把握亦更为精准。《伤寒论》从病程、症状、治法及药物等多方面对病症进行了定量辨治,是因人、因病而异辨证论治思想的具体体现。通过对《伤寒论》相关方证的综合分析,领会仲景运用量化思维分析疾病动态变化的思维方法,体会其细致入微,灵活多变又有规律可循,具有极强的系统性和整体的连贯性的辨治理念,对于我们学习、理解并实践仲景的学术思想,以期使辨证论治更加准确化、精细化和规范化,具有启发意义。

参考文献

[1]刘渡舟. “经方”溯源[J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(1): 7-9.

[2]刘渡舟. 方证相对论[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 3-5.

[3]王庆国, 李宇航. 《伤寒论》六经研究 41 说[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(4): 23-30.

[4]郝印卿, 洪子云, 李培生. 论伤寒六经是脏腑、经络、气化的有机结合[J]. 中医杂志, 1982, 3(001): 4-9.

[5]尤在泾. 尤在泾医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 62.

[6]刑玉瑞. 中医辨证思维之病性分析[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33(4): 6-7.

[7]闫军堂, 刘晓倩, 王庆国, 等. 谈《伤寒论》中“寒热错杂”下利方证辨治[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(12): 122-124.

[8]刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 240, 74.

[9]张天星. 《伤寒论》厚朴生姜半夏甘草人参汤解析[J]. 亚太传统医药, 2012, 8(9): 10-11.

[10]邢玉瑞. 中医辨证思维之病势分析[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33(5): 1-2.

[11]王庆国. 刘渡舟医论医话 100 则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 5.

[12]李旭萍. 《伤寒论》少阴病预后探析[J]. 中医研究, 2013, 26(5): 9-10.

(2016-04-13 收稿 责任编辑: 王明)

(上接第 185 页)

[31]孙洪霞. 肾炎康复片用于治疗老年糖尿病肾病的疗效分析[J]. 糖尿病新世界, 2015, 35(7): 13-13.

[32]朱志辉, 严月红. 贝那普利联合肾炎康复片治疗糖尿病肾病患者的临床效果研究[J]. 航空航天医学杂志, 2014, 25(6): 813-814.

[33]王为平. 肾炎康联合依那普利治疗老年糖尿病肾病的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(6): 3026-3027.

[34]张建伟, 王学敏. 肾炎康复片联合依那普利片对糖尿病肾病微炎症状态的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(11): 1007-1008.

[35]傅凌玲. 福辛普利联合肾炎康复片治疗糖尿病肾病 35 例分析[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(5): 125, 136.

[36]Isaacs AN, Vincent A. Antihypertensive therapy for the prevention of nephropathy in diabetic hypertensive patients[J]. J Clin Pharm Ther, 2016, 41(2): 111-115.

[37]Gu C, Zhang J, Noble NA, et al. An additive effect of anti-PAI-1 antibody to ACE inhibitor on slowing the progression of diabetic kidney disease[J]. Am J Physiol Renal Physiol, 2016, 311(5): F852-

F863.

[38]Singh VK, Mishra A, Gupta KK, et al. Reduction of microalbuminuria in type-2 diabetes mellitus with angiotensin-converting enzyme inhibitor alone and with cilnidipine[J]. Indian J Nephrol, 2015, 25(6): 334-339.

[39]Li WH, Li DY, Qian WH, et al. Prevention of contrast-induced nephropathy with prostaglandin E1 in high-risk patients undergoing percutaneous coronary intervention[J]. Int Urol Nephrol, 2014, 46(4): 781-786.

[40]Luo C, Li T, Zhang C, et al. Therapeutic effect of alprostadil in diabetic nephropathy: possible roles of angiotensin-2 and IL-18[J]. Cell Physiol Biochem, 2014, 34(3): 916-928.

[41]Miao Y, Zhong Y, Yan H, et al. Alprostadil plays a protective role in contrast-induced nephropathy in the elderly[J]. Int Urol Nephrol, 2013, 45(4): 1179-1185.

[42]谢席胜, 樊均明, 李会娟, 等. 肾炎康复片在肾脏疾病中的应用及评价[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2007, 8(8): 493-494.

(2016-06-27 收稿 责任编辑: 王明)