

中医药治疗特发性膜性肾病研究进展

董兆理¹ 刘宝利²

(1 北京中医药大学,北京,100029; 2 首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 本文综述了近5年来关于中医药治疗特发性膜性肾病的相关文献。从特发性膜性肾病的病因病机、辨证分型2方面概述本病的中医特征,总结了名家经验及临床试验研究,同时按是否配合激素及免疫抑制剂治疗分类进行概括。归纳出中医药治疗特发性膜性肾病的特色与优势,并阐释当今关于中医药治疗本病的不足之处,为进一步挖掘单纯中医药治疗特发性膜性肾病提供理论依据。

关键词 特发性膜性肾病;膜性肾病;中医药;病因病机;辨证分型;糖皮质激素;免疫抑制剂;文献综述

Progress in Study of Treatment of Idiopathic Membranous Nephropathy with Traditional Chinese Medicine

Dong Zhaocheng¹, Liu Baoli²

(1 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract This paper reviewed the literature related to the treatment of idiopathic membranous nephropathy with traditional Chinese medicine in the past five years. The traditional Chinese medicine characteristics of idiopathic membranous nephropathy were summarized from the etiology, pathogenesis and syndrome differentiation. At the same time, this paper not only summed up the experience of famous experts and clinical trials, and categorized them according to whether or not combined with glucocorticoids and immunosuppressive agents, but also summarized the characteristics and advantages of Chinese medicine treatment of idiopathic membranous nephropathy and explained its current deficiencies, to provide a theoretical basis for further digging simple Chinese medicine treatment of idiopathic membranous nephropathy.

Key Words Idiopathic membranous nephropathy; Membranous glomerulonephritides; Traditional Chinese medicine; Etiology and pathogenesis; Syndrome differentiation; Glucocorticoid; Immunosuppressive agent; Literature review

中图分类号:R256.5 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.06.007

膜性肾病(Membranous Nephropathy, MN)作为一个病理学诊断名词,其病理特征为弥漫性肾小球基底膜增厚伴上皮细胞下免疫复合物沉积^[1]。本病可根据病因分为特发性与继发性,其中病因未明者称为特发性膜性肾病(Idiopathic Membranous Nephropathy, IMN)。在治疗措施上,现代医学主张实施免疫抑制治疗配合进行对症治疗(如利尿消肿、纠正脂代谢紊乱、服用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素AT1受体阻滞剂(ARB)减少蛋白尿排泄等),及防治并发症^[1],争取将本病治疗缓解或部分缓解。

IMN以水肿为首发症状,约80%患者有大量蛋白尿^[1],故在中医病名方面,可将本病划入“水肿”“尿浊”的范畴。随着医学界对于IMN的认识日渐深入,中医对于本病也已形成了较为成熟的诊疗思路。本文将就近5年来的文献关于特发性膜性肾病

的中医诊疗现状进行归纳和综述。

1 分类综述

1.1 病因病机 中医经典中并无“特发性膜性肾病”这一病名,各家对于其病因病机的探讨亦成百家争鸣之态。刘玉宁教授^[2]认为IMN病机之本在于脾肾气虚,病机之要在于湿热内蕴,并伴随瘀水互结及肝气郁滞。雷根平教授^[3]认为本病以虚为本,以实为标,肾精亏虚、脾气虚弱构成其虚证病机,水湿、湿热、血瘀构成其实证病机。王世荣教授^[4]指出IMN患者病久损伤脾肾之气,脾肾两虚,气虚不能行血,则生血瘀,久病入络,造成气滞、血瘀、毒留而形成微型癥瘕,聚积于肾络,形成了肾络微型癥瘕,并认为这和现代医学研究中确诊IMN的病理不谋而合。余承惠主任^[5]认为肺、脾、肾气虚是IMN形成的基本病因;肺失通调,脾失固摄,肾失封藏是其基本病机;风、湿、热、瘀是导致本病发展、加重的病理

基金项目:2016年市科委首都临床特色应用研究项目(Z161100000516024);2016年国家自然科学基金面上项目(81673907);2018年度北京市自然科学基金项目(7182070);2018年度北京市医院管理局“扬帆”计划(XLMX201833)

作者简介:董兆理(1995.05—),男,本科,研究方向:经方治疗肾脏病,E-mail:469452928@qq.com

通信作者:刘宝利(1972.02—),男,博士,主任医师,研究方向:经方治疗肾脏病,E-mail:polyliu2000@sina.com

因素。张大宁教授^[6]指出 IMN 证属本虚标实,本虚以脾肾亏虚为主,标实以血瘀风扰为要,肾虚血瘀风扰为其的基本病机。任灵芝主任^[7]指出临床常以脾肾阳虚为本病主要证型,瘀血阻络为其重要因素,久病体虚或长期激素治疗者易见肺卫亏虚。黄春林教授^[8]认为本病病位主要在肾,病机为肾虚不固,湿瘀互结。郝佳慧等^[9]认为本病以脾肾气虚、湿瘀阻络为主要病机特点。邹燕勤教授^[10]认为本病涉及肺脾肾三脏,及风湿(寒/热)瘀病理因素。曹式丽教授^[11]强调“毒损”贯穿 IMN 中医病变全程,尤以风、湿、浊、瘀“毒损”效应突出,且不同病变阶段“毒损”主因不尽相同,呈渐进性病机演变特征。

张晓丹等^[12]单纯分析 42 例 IMN 患者的脉象,发现本病以细脉、弱脉、弦脉最为常见。谢璇等^[13]对于本病相关中医文献中单一脉象频次进行统计,得出细脉、沉脉最为常见。《脉经》云:“寸口脉细,发热,吸吐……关脉细,虚”;“尺脉细而微者,血气俱不足”;“寸口脉弱,阳气虚……关脉弱,胃气虚……尺脉弱,阳气少”;“寸口脉弦……心下有水气……关脉弦,胃中有寒……尺脉弦,小腹疼”;“寸口脉沉……胸中有水气……关脉沉,心下有冷气……尺脉沉,腰背痛”。因此从脉象上分析,IMN 的病机以虚为本,或与阳虚寒湿有关。

因此,当代诸家对于 IMN 病因病机的见解虽有不同,但本病病位不离肾、脾,病理因素不离血瘀和湿浊。

1.2 辨证分型 IMN 在临床证型分为本虚证与标实证 2 大类,常用的本虚的常用分型包括脾肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚及肝肾阴虚,标实的常用分型则是血瘀证、水湿证、湿热证、湿浊证。俞欣等^[14]采用回顾性分析 117 例 IMN 患者临床表现、实验室指标、病理特点及中医证型分布,发现本病患者本虚证以脾肾阳虚型居多,标实证以血瘀证为主,在病理方面,脾肾气虚型患者病理分期以 I 期为多,脾肾阳虚组、气阴两虚型患者则以 III 期多见。张文华等^[15]同样认为 IMN 患者本虚证以脾肾阳虚型居多,标实证以血瘀证为主。宋李桃等^[16]通过回顾性分析得出本病的中医证型以脾肾阳虚、气阴两虚居多,其中气阴两虚较脾肾阳虚型患者病程长、尿蛋白量多、肾小球滤过率低,而脾肾阳虚组较之更易出现高脂血症。谢璇等^[13]对于 IMN 相关中医文献中单一证候要素的频次进行统计,认为本病病性本虚标实,临床以虚证多见,尤气阴亏虚与脾肾阳虚证。黎民安等^[17]分析本病的中医证型分布及其与理化指标的关系,发

现 IMN 的证型以气阴两虚证和脾肾气虚证为主,兼证以湿热证和瘀血证为主;气阴两虚证患者 24 h 尿蛋白定量(24 hUTP)、低密度脂蛋白数值较高,白蛋白(Alb)较低;脾肾阳虚证及脾肾气虚患者血清肌酐(Scr)水平较肝肾阴虚证高,较气阴两虚证低;肝肾阴虚证患者白蛋白水平较高。张晓凤等人^[18]通过回顾性分析得出本病证候均以本虚标实证为主,本虚证以脾肾气虚型、气阴两虚型多见,标实证以血瘀证多见,其次为湿热证;脾肾气虚型、脾肾阳虚型病理分期以 I、II 期多见,气阴两虚型病理分期则以 III 期多见;脾肾气虚型 24 hUTP、Scr 水平均高于脾肾阳虚型、气阴两虚型;气阴两虚型总胆固醇(CHO)、三酰甘油(TG)、尿 N-乙酰-D-氨基葡萄糖苷酶(NAG)水平高于脾肾气虚型、脾肾阳虚型;Alb、尿沉渣红细胞数结果 3 组之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。任桐等^[19]通过分析慢性肾脏病 3 期的 IMN 患者,发现其以证型以本虚标实为主,本虚因素以气阴(血)两虚和肝肾阴虚为多,脾肾阳虚最少见;标实因素以瘀痹和风湿占主要地位。郑凯琳等^[20]对成人原发性肾病综合征(PNS)的不同中医证型与其病理类型进行分析得出脾肾阳虚证以 MN 多见;而 I 期 MN 主要表现为脾肾阳虚证,III 期 MN 以风水泛滥证为主。殷淑^[21]采用前瞻性研究分析 PNS 中医证型和病理分型相关性,认为 2 者关联度并不高。

由此可见,目前对于 IMN 的辨证分型尚缺乏标准共识,病理分期与理化指标同证型的具体关联尚无统一论。但本病证属本虚标实,最为常见的本虚证型有脾肾阳虚、脾肾气虚和气阴两虚,标实证型为血瘀证和湿热证。诸多证型中尤以脾肾阳虚证被提及最多。

1.3 治疗方案

1.3.1 配合免疫抑制治疗 王世荣教授^[4]根据 IMN 患者以气虚血瘀、肾络癥瘕为特点,使用益气活血消癥的方法治疗,并举出中西医结合治疗(西医治疗方案:泼尼松龙 60 mg,1 次/d,环磷酰胺 0.4 g/2 周,以及利尿、抗凝等对症治疗,激素每周减 5 mg,环磷酰胺总量 4.8 g)医案一则加以说明。何灵芝主任^[7]认为本病治疗当补脾温肾,配合活血化瘀贯穿始终,兼补肺益气固表预防感染,同时提出了生地黄、知母等护津液、抑相火的药物有助于激素顺利减撤,附子、巴戟天等温阳药物可减少机体对激素的依赖,并举出中西医结合治疗(初诊继续口服足量泼尼松 60 mg/d 及降压、降脂,利尿等治疗,4 周后激素逐渐减量)医案一则加以阐述。叶传蕙教授^[22]对于

IMN 主张中西医结合、标本兼治;依据辨证论治,强调化痰利水;缓解期注重健脾益肾、扶正固本,预防反复发作。同时杨永超^[22]指出,叶教授提倡中西互参,取其优势互补;运用免疫抑制剂,叶教授主张给予足量激素联合环磷酰胺方案治疗。

杨永超等^[23]对 66 例 IMN 患者给予泼尼松 + 环磷酰胺及 ACEI 或 ARB、低分子肝素等西医常规治疗作为对照组和在西医常规治疗的同时加用叶氏益肾消白方(生黄芪、生地黄、炒白术、全蝎、丹参、茯苓、蝉蜕、僵蚕、地龙、水蛭、当归、红花、桃仁、川芎)作为观察组,随访 12 个月后。结果提示,观察组总有效率显著高于对照组。俞立强等对 60 例 MN 湿热证患者以激素 + 环磷酰胺及西医基础治疗作为对照组和在此基础上加服益肾通络方(黄芪、党参、丹参、苍术、白术、山药、猪苓、茯苓、当归、生地黄、半枝莲、僵蚕、白花蛇舌草、金樱子、薏苡仁、半枝莲)作为观察组持续 3 个月。结果提示,观察组 Alb、24 hUTP 等各项指标较对照组均有明显改善。朱荣宽等^[24]对 60 例 IMN 患者分别采用泼尼松 + 环磷酰胺的对照治疗和在此基础上加服完带汤组方(白术、苍术、党参、甘草、车前子、柴胡、白芍、山药、黑芥穗、杜仲、丹参、川芎、薏苡仁、虎杖、玉米须)的中医治疗 6 个月。结果显示,完带汤组总有效率优于环磷酰胺组。张丽香等^[25]对 59 例足量服用激素 8 周后,已处于撤减期,中医辨证属气阴两虚的患者分别以西医常规治疗作为对照组和在此基础上以清心莲子饮加味(石莲子、黄芪、党参、地骨皮、麦冬、茯苓、黄芩、车前子、柴胡)作为观察组,连续治疗 8 周。结果提示,治疗后 2 组患者实验室各指标值均较治疗前有明显改善,且观察组改善程度优于对照组,组间比较差异有统计学意义。庄克生等自拟芪藤通络饮经验方(黄芪、络石藤、青风藤、鸡血藤、炒白术、白茯苓、薏苡仁、黄柏、苍术、桂枝、猪苓、冬瓜皮、泽泻、泽兰、三七粉、川芎、当归、地龙、水蛭、补骨脂、金樱子、甘草)对 100 例 IMN 的临床效果及对肾功能、糖脂代谢的影响进行观察。对照组患者采用他克莫司治疗,观察组患者在对照组的基础上加用自拟芪藤通络饮经验方内服。结果显示,芪藤通络饮经验方联合他克莫司治疗治疗特发性膜性肾病疗效肯定,利于缓解临床症状,减少尿蛋白量,提高肾功能,纠正糖脂代谢紊乱,其机制与调控 PCX、TGF- β 1、CysC 水平以保护足细胞、修复肾脏组织损伤有一定相关性。曾雪榕等^[26]将 68 例 IMN 患者随机分为观察组和对照组,对照组予雷公藤多甙片、来氟米特及小剂量泼尼松

联合治疗 16 周,观察组加服中药汤剂清化肾炎汤加减(荆芥、防风、白芷、地榆、丹参、茜草、紫苏叶、赤芍、白茅根、神曲、焦山楂、炒麦芽等)。结果提示,观察组清化肾炎汤联合雷公藤多甙片、来氟米特及小剂量泼尼松治疗总有效率优于对照组,且存在显著差异。谢恂等^[27]随机选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月 180 例 IMN 患者分为常规组和观察组,常规组予以泼尼松联合环磷酰胺治疗,观察组在对照组基础上加用雷公藤多苷和益气活血利水法(黄芪、赤芍、当归、川芎、桃仁、白术、茯苓、穿山龙、甘草),探究对 PCX 表达影响及疗效。结果提示,给予 IMN 患者免疫抑制治疗联合益气活血利水法及雷公藤多苷治疗,可有效改善患者临床症状,降低 PCX 等相关实验室指标,提高总疗效,且不良反应较少,优于单纯免疫抑制治疗。许绍芳^[28]将 82 例 IMN 患者分为对照组和观察组,对照组给予泼尼松西医基础治疗 3 个月,观察组在对照组基础上加用通络愈肾方(黄芪、仙茅、淫羊藿、熟地黄、党参、炒白术、绞股蓝、鸡血藤、红花、莪术、水蛭、三棱、桑螵蛸)。结果提示,通络愈肾方在西药治疗基础上,可进一步减少 IMN 患者尿蛋白,改善高凝状态,拮抗激素不良反应,无明显出血风险,疗效显著。王聪舟等将 60 例 IMN 湿热血瘀证患者随机分为对照组和观察组,对照组给予泼尼松联合环磷酰胺治疗 3 个月,观察组在对照组基础上给予清热利湿祛瘀方(黄芪、土茯苓、垂盆草、虎杖、地龙、草豆蔻、薏苡仁、生栀子、三棱、莪术、桃仁、红花、土鳖虫、炙水蛭)。结果提示,清热利湿祛瘀方联合西药治疗 IMN(湿热血瘀证)能进一步改善临床症状,提高血浆蛋白水平、降低血脂含量、增强抗凝血功能,且不良反应更少。陈文军等^[29]将 60 例 IMN 脾肾亏虚证患者分为观察组与对照组,对照组予以泼尼松联合雷公藤多苷及西医基础治疗 3 个月,观察组在对照组基础上加用益肾通络方(黄芪、党参、炒白术、淫羊藿、绞股蓝、当归、莪术、地龙、水蛭)。结果提示,益肾通络方联合西药治疗原发性膜性肾病脾肾亏虚证能降低 24 hUTP、提高血 Alb、降低血脂,且安全性好,在降低 24 hUTP 方面优于单纯西药治疗。张晨等^[30]随机选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月 57 例老年 IMN 患者,分为对照组和观察组,对照组患者口服他克莫司联合甲泼尼龙,观察组患者口服他克莫司联合加味黄芪赤风汤(生黄芪、赤芍、防风、金樱子、芡实、穿山龙、地龙、白花蛇舌草)。结果提示,他克莫司联合加味黄芪赤风汤治疗老年 IMN 与他克莫司联合激素治疗方案有近似疗效,且

患者耐受性较好,更适合于有糖皮质激素禁忌证老年 IMN 患者的临床治疗。

外治方面,庄克生等^[31]对 76 例脾肾两虚型 IMN 患者予以泼尼松 + 环磷酰胺及西医常规治疗和在此基础上加改良督灸法治疗 8 周。结果提示,改良督灸法治疗脾肾两虚型 IMN 患者疗效显著。

1.3.2 不配合免疫抑制治疗 刘宝利教授^[32]主张从“少阴太阴合病”角度辨治 MN,认为本病出现水肿症状的患者可辨为表阴之少阴证,患者多病程久,症见便溏、舌淡等里阴证表现,可辨为太阴病,选方当处以麻黄附子汤合肾着汤温阳利水,并列举诸多医案加以详细阐述。邹燕勤教授^[10]认为本病本病脾肾不足,肾气虚惫,风寒(热)湿瘀胶柱于肾是其发病关键的病理环节。治疗上须健脾益肾,大补肾元,健运脾胃,搜风剔络,活血利水,兼有咽喉肿痛则须兼以清肺利咽,并结合一例停用激素患者的验案加以详述。王琳教授认为脾肾气虚是本病 MN 的基本病机,瘀水互结是本病病机的重要方面,湿热内蕴是本病病机的主要内容,治疗当以益气活血化湿为主的综合治法,并提出肾九方(黄芪、苍术、白术、山药、猪苓、茯苓、当归、半枝莲、僵蚕、白花蛇舌草、芙蓉叶、薏苡仁),同时提供未用和停用激素的医案二则加以说明。雷根平教授^[3]基于本病以虚为本,以实为标的病机特点,治疗当以培、补、固、宣、清、通,六法并治,并列举医案三则加以阐明。池杨峰等^[33]认为 IMN 导致人体脾肾两虚,肾失封藏,脾不升清,致蛋白质从肾脏流失;水湿内停,加重水肿程度;免疫复合物沉积,基底膜增厚,可归为中医微观辨证之“瘀血”证。故其指出本病治疗宜温阳补气利水,并由一则激素 + 环磷酰胺无效患者的医案展开论述。

Chen 等^[34]通过前瞻性多中心随机对照临床试验中证实了中医方案治疗 IMN 的有效性与安全性,研究对 190 例 IMN 患者分别进行以参芪膜肾颗粒为主的中医治疗方案与激素联合环磷酰胺方案行对照治疗 48 周。结果提示,中医治疗方案可有效降低临床表现为肾病综合征的 IMN 患者 24 h 尿蛋白定量,提升其血浆白蛋白;与经典的糖皮质激素 + 环磷酰胺方案比较,中医方案在改善和保护患者肾功能方面更具优势,且中医方案不良事件及严重不良事件发生率更低,具有更高的安全性。韩东彦等对 60 例 IMN 患者予气血水膜肾方(黄芪、太子参、白术、当归、赤芍、白芍、川芎、地龙、茯苓、泽泻、车前子、甘草)作为观察组,予 ACEI 类药物作为对照组,连续用药 6 个月。结果提示,观察组总有效率与对照组

间差异不存在统计学意义。孟曦等^[35]采用回顾性分析 45 例 IMN 患者资料,根据中药治疗(生黄芪、炒白术、防风、防己、地龙、丹参、泽兰、益母草、补骨脂、山茱萸)同时是否联用免疫力抑制剂分为 A、B 2 组。结果提示,2 组治疗后 Alb、CHO、TG 等生化指标均较治疗前明显好转,但 2 组间各项指标差异不存在统计学意义。张磊等^[36]对 31 例 I-II 期 MN 患者予以免疫抑制剂以外的西医基础治疗联合黄芪地黄汤为主(生黄芪、熟地黄、生地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、枸杞、茯苓)中医辨证治疗 3 个月。结果提示,中医药辨证疗法对于改善 I-II 期 IMN 患者临床症状及实验室指标具有一定的疗效。蔡朕等^[37]对 49 例气阴两虚型 IMN 患者予降压、抗凝、调脂等西医基础治疗作为对照组和在此基础上予以参芪地黄汤为主(党参、生黄芪、熟地黄、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮、山萸肉)中医辨证治疗作为观察组。结果提示,观察组 Alb 及 24 hUTP 在 12 周后改善状况均明显优于对照组。赵凯等^[38]对 40 例气阴两虚型 IMN 予降压、调脂、抗凝等西医基础治疗作为对照组和在此基础上配合以加减参芪地黄汤(生黄芪、熟地黄、泽泻、山茱萸、山药、茯苓、丹参、莪术、牡丹皮)的中医辨证治疗作为观察组,连续观察 12 周,结果提示,观察组总有效率显著优于对照组,观察组 24 hUTP 及 Alb 高于对照组且存在统计学意义。谢月恒^[39]对 60 例 IMN 患者,按治疗方法不同分为常规组和观察组,每组 30 例。常规组患者采用西药进行治疗 6 个月,观察组患者采用中医方案进行治疗,比较 2 组患者治疗的临床效果和安全性。结果提示,观察组治疗总有效率高于常规组,差异有统计学意义;观察组未见不良反应发生,常规组出现 2 例肺部感染,2 例股骨头坏死。王莎莎^[40]随机选取 2016 年 1 月至 12 月 IMN 患者 50 例分为观察组和参照组;参照组患者使用缬沙坦胶囊;观察组在服用缬沙坦后加用益肾化湿颗粒。比较 2 组患者在进行治疗前后的 24 hUTP 及 Alb 的变化,及 2 组患者的治疗有效率。结果提示,益肾化湿颗粒有效率优于参照组,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。王延辉等^[41]将 40 例 IMN 气虚湿阻证患者随机分为观察组和对照组,对照组予以西医基础治疗 2 个月,观察组在此基础上予以固本泄浊颗粒(黄芪、党参、熟地黄、怀山药、茯苓、泽泻、川芎、车前子),观察 2 组患者的临床疗效、中医证候积分、中医证候疗效和各项生化指标变化情况。结果提示,固本泄浊颗粒治疗特发性膜性肾病气虚湿阻证能改善患者的临床症状,减少蛋白尿,提高血

清白蛋白水平,且无严重不良反应。

2 讨论

综上所述,中医药治疗 IMN 的研究有大量报道,均取得了较大的进展。中医药治疗本病注重整体观念,讲求辨证论治,疗效显著,且不良反应小,安全性高。存在的不足之处,主要表现为:近 5 年研究方法过于单一,缺乏高质量的基础实验研究;辨证分型类研究文献已指出本病辨证分型以脾肾阳虚、脾肾气虚、气阴两虚为主,而临床试验所选方药多仍重复于参芪地黄汤等主治气阴两虚证的方剂,缺乏主治脾肾阳虚、脾肾气虚等方剂以及相关基础研究;临床治疗上,有大量文献,个人医案或临床试验,以免疫抑制治疗配合中药治疗为方法,使得中药于治疗过程中的实际作用无法观测,资料的可参考性、可推广性及可信度降低等等。

我们倡导基于 MN 大量临床研究基础上,产生更多中医药治疗 IMN 相关的基础实验研究;在临床试验方面,能够有更多的研究在不进行免疫抑制治疗的前提下给予单纯中药辨证治疗,挖掘对该病疗效着实有效的相关的方剂,并产出大量的高质量的研究论文供参考、学习、推广;在治疗方式上,针灸也能够在研究及治疗上发挥其作用。中医药辨治 IMN 具有极大优势,希冀有更多更丰富的高质量文献能够为证明 IMN 患者可以单纯进行中医药辨证治疗发挥更大作用。

参考文献

[1] 谌贻璞. 肾内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014.

[2] 张海涛,马雷. 刘玉宁教授治疗特发性膜性肾病的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2013,14(1):4-5.

[3] 雷根平. 原发性肾病综合征膜性肾病中医病机及治法探讨[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2016,17(5):443-445.

[4] 冯清清,王世荣. 益气活血消癥法治疗膜性肾病[J]. 中国民间疗法,2016,24(5):7-8.

[5] 李华伟. 余承惠辨证结合辨病分期治疗特发性膜性肾病经验[J]. 贵阳中医学院学报,2017,39(5):12-15.

[6] 陈彦,范军. 张大宁用补肾活血法治疗Ⅱ期特发性膜性肾病经验[J]. 实用中医药杂志,2017,33(9):1090-1091.

[7] 赵丹妮,陈迪,何灵芝. 何灵芝主任治疗特发性膜性肾病的经验[J]. 黑龙江中医药,2014,43(2):34-35.

[8] 许苑,吴禹池,卢富华. 名中医黄春林教授谈特发性膜性肾病治疗的难点与对策[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2017,18(7):568-569.

[9] 郝佳慧,盛梅笑. 中医治疗特发性膜性肾病用药经验及体会[J]. 安徽中医药大学学报,2017,36(6):38-41.

[10] 仲昱. 邹燕勤采用益肾清利、祛风通络法治疗膜性肾病案 1 则[J]. 江苏中医药,2013,45(9):52-54.

[11] 韩达妮,李伟,姚燕,等. 活血通络方对缺血性肾病早期大鼠肾组织及单核细胞趋化蛋白 1 表达的影响[J]. 中国医药,2014,9

(10):1485-1489.

[12] 张晓丹,陈万佳,蔡小凡,等. 表现为肾病综合征的特发性膜性肾病中医脉象特征分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2017,18(4):305-308.

[13] 谢璇,王暴魁,蔡倩,等. 特发性膜性肾病中医文献研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2016,17(2):139-141.

[14] 俞欣,蔡运重,高祥福. 特发性膜性肾病中医证型与肾脏病理相关性研究[J]. 浙江中医杂志,2017,52(2):85-87.

[15] 张文华. 特发性膜性肾病中医证型与肾脏病理相关性研究[J]. 实用妇科内分泌杂志:连续型电子期刊,2017,4(21):100-103.

[16] 宋李桃,李亚好. 150 例特发性膜性肾病与中医辨证分型的关系[J]. 黑龙江中医药,2016,45(5):2-3.

[17] 黎民安,卓丽,须冰,等. 特发性膜性肾病中医证型与临床相关因素分析[J]. 上海中医药杂志,2014,48(10):7-9.

[18] 张晓凤,程小红,田耘,等. 特发性膜性肾病中医证候分布与临床病理分期的相关性研究[J]. 陕西中医,2017,38(8):1051-1053.

[19] 任桐,杨洪涛. 系膜增生性肾炎与特发性膜性肾病的中医证型特点及中医诊治优化方案疗效研究[J]. 中国医药导报,2016,13(24):160-165.

[20] 郑凯林,高松,刘建华. 成人原发性肾病综合征中医辨证分型与肾脏病理组织学类型相关性分析[J]. 临床合理用药杂志,2017,10(4):14-16.

[21] 殷淑. 原发性肾病综合征中医证型和病理分型相关性分析[J]. 中医临床研究,2017,9(25):88-89.

[22] 杨永超,刘晓春,马宝梅,等. 叶传蕙教授治疗特发性膜性肾病经验[J]. 陕西中医,2015,36(1):78-80.

[23] 杨永超,王春丽,李杰,等. 益肾消白方治疗特发性膜性肾病疗效观察[J]. 陕西中医,2016,11(9):1140.

[24] 朱荣宽,郭建军,王新丽. 完带汤治疗特发性膜性肾病 30 例[J]. 光明中医,2017,32(10):1447-1450.

[25] 张丽香,陈东辉. 清心莲子饮加味治疗激素撤减期原发性肾病综合征膜性肾病气阴两虚证临床研究[J]. 亚太传统医药,2017,13(15):151-153.

[26] 曾雪榕,黄志雄,黄昇,等. 清化肾炎汤治疗特发性膜性肾病的疗效观察[J]. 光明中医,2016,31(6):798-799.

[27] 谢恂,詹继红,郭银雪,等. 雷公藤多苷、益气活血利水法联合西药对特发性膜性肾病治疗疗效及 PCX 表达影响的研究[J]. 中国地方病防治杂志,2018,33(1):63-64.

[28] 许绍芳. 通络愈肾方佐治特发性膜性肾病 41 例临床研究[J]. 国医论坛,2017,32(1):30-32.

[29] 陈文军,靳晓华,陈素枝,等. 益肾通络方联合西药治疗原发性膜性肾病脾肾亏虚证 30 例临床观察[J]. 中医杂志,2016,57(5):409-412.

[30] 张晨,王美玲,马华,等. 他克莫司联合加味黄芪赤风汤治疗老年特发性膜性肾病的临床疗效研究[J]. 中国全科医学,2016,19(28):3500-3505.

[31] 庄克生,李连朝,李英琛,等. 改良督灸法治疗脾肾两虚型原发性膜性肾病 38 例[J]. 河南中医,2016,36(10):1800-1802.

[32] 刘宝利. 辨少阴太阴合病治疗膜性肾病的临床研究[A]. 中国中西医结合学会肾脏病专业委员会. 2016 年中国中西医结合学会肾脏病专业委员会学术年会论文摘要汇编[C]. 上海:中国中西医结合学会肾脏病专业委员会;2016:1.

使血钾迅速下降恢复正常范围。由此可见,虽然终末期肾衰患者容易出现高钾血症,但在医生严密观察下,合理使用中药是相对安全的。

参考文献

- [1] Tattersall J, Dekker F, Heimbürger O, et al. When to start dialysis: updated guidance following publication of the Initiating Dialysis Early and Late (IDEAL) study[J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2011, 26(7): 2082-2086.
- [2] Burton JO, Jefferies HJ, Selby NM, et al. Hemodialysis induced Cardiac In Injury: Determinants and associated outcomes[J]. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2009, 4(5): 914-920.
- [3] US. Renel Data System, USRDS2008 annual DATA and eport, Atalas of Chronic Kidney Disease in the United States[S]. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda, 2008.
- [4] Rosansky SJ, Eggers P, Jackson K, et al. Early start of hemodialysis may be harmful[J]. *Arch Intern Med*, 2011, 171(5): 396.
- [5] 王海燕, 王梅. 慢性肾脏病及透析的临床实践指南[S]. 北京: 人民卫生出版, 2002: 134-138.
- [6] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2002: 156-163.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 100-103.
- [8] Kalantar ZK, Kopple JD, Block G, et al. A malnutrition inflammation score is correlated with morbidity and mortality in maintance hemodialysis patients[J]. *Am J Kidney Dis*, 2001, 38(6): 1251-1263.
- [9] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2002: 163-167.
- [10] 赵宇, 占永立, 饶向荣. 460例慢性肾衰竭患者中医证候特征分析[C]. 北京: 中华中医药学会肾病分会学术会议, 2013.
- [11] 李涛. 262例慢性肾功能衰竭(尿毒症期)中医证候临床调查研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2010: 21.
- [12] 王斌. 陈以平教授治疗慢性肾功能不全经验探讨[J]. *福建中医药*, 2003, 34(5): 17.
- [13] 徐鹏. 张佩青教授治疗慢性肾衰竭的经验[J]. *陕西中医*, 2010, 31(8): 1040-1042.
- [14] 刘新瑞. 名老中医李莹治疗慢性肾衰竭经验[J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2009, 10(9): 755-756.
- [15] 欧阳晃平. 聂莉芳治疗慢性肾功能衰竭经验[J]. *北京中医*, 2005, 24(6): 272-274.
- [16] 王慧聪, 王箏, 朱小静, 等. 赵玉庸教授泻浊法治疗慢性肾衰竭经验案举隅[J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2011, 12(1): 6-7.
- [17] 张佩青, 李淑菊. 张琪教授对慢性肾衰竭的辨证论治规律研究[J]. *中医药信息*, 2010, 31(8): 1040-1042.
- [18] 杨振汉. 健脾益肾活血泄浊法治疗慢性肾脏病的疗效临床观察[J]. *国际医药卫生导报*, 2012, 18(15): 2264-2266.
- [19] 王志甫, 温磊, 郝毅. 高惠然老中医无创透析法治疗慢性肾衰竭的临床研究[J]. *中医药学报*, 2011, 39(1): 30-34.
- [20] Paul Leurs MD, Anna Machowska, MSc and Bengt Lindholm MD. Timing of Dialysis Initiation; When to Start Which Treatment[J]. *Journal of Renal Nutrition*, 2015, 25(2): 238-241.
- [21] Deidra C, Crews MD, Julia J. Scialla MD, et al. Comparative Effectiveness of Early versus Conventional Timing[J]. *Am J Kidney Dis*. Author manuscript, 2014, 63(5): 806-815.
- [22] Yelena Slinin MD, Nancy Greer et al. Timing of Dialysis Initiation, Duration and Frequency of Hemodialysis Sessions, and Membrane Flux: A Systematic Review for a KDOQI Clinic Practice Guideline[J]. *Am J Kidney Dis*, 2015, 66(5): 823-836.
- [23] Tadamichi M, Takako Y, Hikokichi O, et al. Chinal evaluation of Kampo medicat-ion, manily with Wen-Pi-Tang, on the progression of chronic Renal filure[J]. *Jpn Nephrol*, 1999, 41: 769.
- (2018-05-12 收稿 责任编辑: 张文婷)
- (上接第1336页)
- [33] 池杨峰, 金周慧, 彭文. 多药无效特发性膜性肾病医案1例[J]. *光明中医*, 2015, 30(1): 131-132.
- [34] Chen Y, Deng Y, Ni Z, et al. Efficacy and safety of traditional chinese medicine(Shenqi particle) for patients with idiopathic membranous nephropathy: a multicenter randomized controlled clinical trial[J]. *Am J Kidney Dis*, 2013, 62(6): 1068-1076.
- [35] 孟曦, 王耀光. 补脾益肾、化痰利水方治疗特发性膜性肾病的临床研究[J]. *江西中医药*, 2017, 48(8): 45-47.
- [36] 张磊, 张胜容. 中医治疗 I - II 期特发性膜性肾病临床疗效分析[J]. *北京中医药*, 2014, 33(2): 129-131.
- [37] 蔡朕, 汪蕾, 段昱方, 等. 参芪地黄汤对气阴两虚型特发性膜性肾病的疗效观察[J]. *中国医刊*, 2016, 51(1): 82-85.
- [38] 赵凯, 张晓凤, 刘建红, 等. 中西医结合治疗气阴两虚型特发性膜性肾病临床观察[J]. *山西中医*, 2017, 33(9): 24-25.
- [39] 谢月恒. 观察中医方案治疗特发性膜性肾病的有效性与其安全性[J]. *中国实用医药*, 2018, 13(12): 117-118.
- [40] 王莎莎. 益肾化湿颗粒对膜性肾病临床疗效观察[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2017, 27(10): 49-50.
- [41] 王延辉, 沈蓓莉, 曲青山, 等. 固本泄浊颗粒治疗特发性膜性肾病气虚湿阻证临床观察[J]. *中医学报*, 2018, 33(5): 882-886.
- (2018-05-10 收稿 责任编辑: 张文婷)