

基于“肾虚血瘀”理论探讨免疫球蛋白A肾病的治疗

张书与¹ 张敏英² 邓媛媛¹ 王艺璇¹ 张勉之³

1.北京中医药大学第二临床医学院,北京 100029;2.南开大学医学院,天津 300071;

3.北京中医药大学东方医院肾病科,北京 100078

[摘要] 免疫球蛋白A肾病(IgAN)是一种临床常见的慢性肾脏疾病,知晓率低,误治率高,易进展至终末期肾衰竭,严重影响患者生活质量。目前西医主要采用糖皮质激素、免疫抑制剂及血管紧张素转换酶抑制剂等治疗,虽有一定疗效,但存在显著的不良反应,长期应用受限。张勉之教授师从国医大师张大宁,在继承“肾虚血瘀”核心病机的基础上,进一步提出IgAN病位主要在脾、肾,而以肾为主导;其本质为肾虚不固、精微外泄,兼夹血瘀与痰湿互结,形成“本虚标实、虚瘀湿交织”的复杂动态病机体系。在该基础上,张勉之教授确立以补肾活血为根本治则,通过补益脾肾以固摄精微、活血化瘀以疏通肾络、利湿化浊以祛除标邪,形成一套科学、精准的方药治疗策略。临床实践表明,该治法可显著延缓肾功能进展,为IgAN患者提供一种安全且有效的中医诊疗新方案。

[关键词] 免疫球蛋白A肾病;肾虚血瘀;补肾活血法

[中图分类号] R277.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-7210(2026)03(c)-0113-05

DOI: 10.20047/j.issn1673-7210.25080327

Exploration on treatment of immunoglobulin A nephropathy based on the theory of “kidney deficiency and blood stasis”

ZHANG Shuyu¹ ZHANG Minying² DENG Yuanyuan¹ WANG Yixuan¹ ZHANG Mianzhi³

1.The Second Clinical Medical College, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2.School of Medicine, Nankai University, Tianjin 300071, China; 3.Department Nephrology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China

[Abstract] Immunoglobulin A nephropathy (IgAN) is a common chronic kidney disease in clinical practice, with low awareness, high misdiagnosis rate, and easy progression to end-stage renal failure, seriously affecting the quality of life of patients. At present, western medicine mainly uses glucocorticoids, immunosuppressants, and angiotensin-converting enzyme inhibitors for treatment, although they have certain therapeutic effects, there are significant adverse reactions, and their long-term use is limited. Professor Zhang Mianzhi studied under Master of Traditional Chinese Medicine Zhang Daning, on the basis of inheriting core pathogenesis of “kidney deficiency and blood stasis”, further proposes IgAN is mainly located in spleen and kidney, with kidney as the dominant site; its essence is lack of solid kidney deficiency, leakage of essence, and interweaving of blood stasis and phlegm dampness, forming a complex dynamic pathological mechanism system of “deficiency at the root, excess at the target, deficiency, blood stasis, and dampness

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(82074242);中央高水平中医医院临床科研业务费资助项目(DFRCZY-2024ARC-003)。

[作者简介] 张书与(2000-),男,北京中医药大学第二临床医学院2024级中西医结合专业在读硕士研究生;研究方向:中西医结合治疗慢性肾脏病。

[通讯作者] 张勉之(1973-),男,博士,主任医师;研究方向:中西医结合治疗慢性肾脏病。

intertwined”. On this basis, Professor Zhang Mianzhi establishes fundamental principle of tonifying kidney and activating blood method as treatment principle, by tonifying spleen and kidneys to consolidate essence, promoting blood circulation for removing blood stasis to clear kidney collaterals, and removing dampness and turbidity to eliminate pathogenic factors, forms a set of scientific and precise herbal treatment strategies. Clinical

practice has shown that this treatment can significantly delay progression of renal function, providing a safe and effective new traditional Chinese medicine diagnosis and treatment plan for patients with IgAN.

[Key words] Immunoglobulin A nephropathy; Kidney deficiency and blood stasis; Tonifying kidney and activating blood method

免疫球蛋白A肾病(immunoglobulin A nephropathy, IgAN)作为全球最常见的原发性肾小球肾炎,是慢性肾衰竭的重要病因,20%~40%的患者确诊后20~30年需肾脏替代治疗^[1]。其临床以血尿为核心表现,常伴蛋白尿、高血压及肾功能进行性损害^[2]。现代医学揭示其本质为异常糖基化IgA1形成免疫复合物沉积系膜区触发炎症级联反应^[3]。现行西医方案依赖肾素-血管紧张素系统抑制剂类药物、糖皮质激素及免疫抑制剂联合^[4]。但长期应用导致感染、代谢紊乱等风险,显著降低治疗依从性与临床获益。

中医界对IgAN的病机探索历经“伏邪”“湿热”“风热”“肾络瘀痹”等理论演进^[5]。国医大师张大宁首创的“肾虚血瘀”理论为该病提供新视角^[6]。肾虚患者过氧化脂质水平升高,超氧化物歧化酶活性显著降低;血瘀患者因病因病机的不同,血液黏度可相应升高或降低。以补肾活血为根本大法对证治疗可调节肾虚患者环核苷酸代谢、改善血液流变学的病理状态、维持凝血与抗凝血系统的平衡^[7]。“肾虚血瘀”理论为中医药治疗疑难病及改善机体微观结构提供有力佐证。

张勉之教授是中国著名中医肾脏病专家,享受国务院政府特殊津贴专家,博士后导师,主任医师,首届天津名医、全国百名杰出青年中医,国家卫生健康委员会中医肾病临床重点学科带头人。作为国医大师张大宁的学术继承人,张勉之教授长期运用“肾虚血瘀”理论及补肾活血法辨证论治IgAN,临床效果显著。作为张勉之教授的学生,在跟师学习过程中深受启发,收获颇丰。现将其治疗IgAN的临床经验加以探析和总结,以期深入领会学术思想和诊疗精髓。

1 “肾虚血瘀”:IgAN临床特质

中医将IgAN归属于“水肿”“眩晕”“虚劳”“腰痛”等范畴,其发病乃内外因合邪致五脏受损所致。张勉之教授提出“肾虚血瘀”为IgAN根本病机,构建“脾肾双虚为本,瘀痰湿毒为标”的动态病机体系。病机特点为本虚标实。肾中阴阳之气虚损均可导致肾虚。虚、湿、毒均可导致瘀血的产生。因此,各类慢性肾脏疾病均有不同程度肾虚、血瘀的表现^[8]。

1.1 证候多维:虚瘀交织显于象

IgAN的临床表现因其病理改变特征而异,呈现广泛异质性。其典型临床表现为发作性肉眼血尿。

依据疾病严重程度不同,患者可伴有蛋白尿、高血压,或进展为肾病综合征,甚至出现急性肾衰竭。中医认为,蛋白质、红细胞均属于人体的精微物质,精微物质的化生和输布与脾、肾密切相关。肾为先天之本,主蛰守位,为脏腑阴阳之本。《素问·六节藏象论》曰:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”脾为后天之本,气血生化之源,充养全身脏腑。李中梓《医宗必读·肾为先天本脾为后天本论》^[9]曰:“后天之本在脾,脾应中宫之土,土为万物之母。”脾肾作为人体的先后天,联系紧密。在生理状态下,脾肾相互促进;在病理过程中,两者常相互影响。《金匱要略》曰:“五脏虚损,尤重脾肾。”脾肾亏虚,气血精微运化输布失常,不能充养脏腑,脏腑虚损,病理产物堆积,百病始生。脾气亏虚,不能运化水谷精微,肾气不足,封藏失职,精微物质无所固摄,随小便而泄,则见血尿、蛋白尿。IgAN患者常见的水肿以晨起眼睑、颜面水肿,随后周身水肿为特点,水肿部位皮肤松弛,按之不易恢复,可归为中医“阴水”一类。《素问·至真要大论》曰:“诸湿肿满,皆属于脾。”《诸病源候论·水肿诸病候》^[10]曰:“水病者,由肾脾俱虚故也。”脾失健运,肾失封藏,三焦气化不利,水液代谢失常而致水肿。此外,瘀血阻络是水肿的重要发病原因之一。《景岳全书·癰闭》中“或以败精”“或以稿血”均可“阻塞水道而不通”,导致水液外溢,发为水肿^[11]。现代临床研究显示,血瘀证与IgAN患者肾小球硬化、纤维化、肾小管间质纤维化等病理改变密切^[12]。IgAN的高血压属于中医“眩晕”范畴,部分患者除血压升高外,还可见头痛、视物旋转、恶心、呕吐等症状。《灵枢·海论》曰:“髓海不足,则脑转耳鸣。”肾主骨生髓,肾精不足,髓海失养,发为眩晕。肾为阴阳之本,肾阴不足,阴虚阳亢则肝阳浮越,发为眩晕。元代医家朱丹溪言:“无痰不作眩。”^[13]肾虚可导致脾虚,运化失职,痰饮阻滞,蒙蔽清窍,则为眩暈^[14]。

1.2 易于传变:本虚标实贯始终

IgAN以本虚标实为主要特点,本虚是发病基础,脾肾两虚是内在根本,因先天禀赋不足、劳倦内伤或后天失养,导致脾失运化、肾失封藏,精气亏损;标实是进展关键,湿热、瘀血、风毒相互搏结,阻滞肾络,加重血尿及肾功能损伤^[15]。IgAN的传变沿“表→半表半里→里”的层次深入,外邪为表,异常糖基化IgA1为半表半里之邪,肾脏损伤为里^[16]。随着疾病进展,逐

渐从脾肾气虚演变为脾肾阳虚、肝肾阴虚,最终导致阴阳两虚,涉及多脏腑的动态变化^[17]。表证阶段,外邪侵袭咽喉或肠道,导致黏膜免疫紊乱,生成异常糖基化IgA1,症见咳嗽、咽痛等上呼吸道症状或腹痛、腹泻等消化道症状,继发血尿。半表半里阶段,邪入少阳,三焦气机壅滞,免疫复合物滞留循环系统,故见寒热往来、口苦、咽干等少阳证,实验室检查与肾脏病理可见异常^[18]。里证阶段复合物沉积肾系膜区,激活补体旁路,毒损肾络,见持续血尿、水肿及肾功能下降^[19]。肾脏既虚,母病及子,肾阴亏虚不能涵养肝木,致肝阳上亢,见头晕、耳鸣、高血压;子盗母气,肾虚不纳气,肺气上逆,见喘咳、水肿;肾阳虚寒水内盛,土不能制,致“水泛土崩”,见纳差、水肿加重。疾病后期损及多脏,形成浊毒内闭、水饮凌心犯肺等复杂病机,致病情进一步恶化,发为癃闭、关格、心力衰竭等,预后较差。

1.3 卫表失固:虚瘀状态下的外邪易感性

IgAN患者起病前常有上呼吸道或消化道感染等前驱症状,且易反复发作,与中医“伏邪”致病学说高度契合。《素问·评热病论》言:“邪之所凑,其气必虚。”IgAN患者先天禀赋不足,或后天失养,导致肾气亏损,正气卫外无力,复感外邪,新感引动伏邪,初起邪在肺卫气分,表现为发热、咽痛等上感症状,若未及时祛邪外出,邪气迅速由气分深入营血,直犯肾络。《临证指南医案·卷二·吐血》^[20]云:“大凡经主气,络主血”“初病湿热在经,久则瘀热入络。”热邪蕴结于肾络,灼伤脉络,迫血妄行,发为血尿。外感热邪,灼伤津液,煎熬血液,而致瘀血。加之久病肾气耗伤,无力推动血行,亦致瘀血内生。瘀阻则新血难生,热结则损伤更甚,形成恶性循环,导致“肾虚血瘀”。IgAN病理可见系膜增生、新月体形成、血管炎症改变等,皆与“瘀热互结,阻塞肾络”的病机高度一致。《素问·水热穴论》言:“勇而劳甚,则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于脏腑,外不得越于皮肤……传为跗肿。”肾病日久,损伤及肺,肺卫不固而易受外邪侵袭,外邪犯肺,壅遏肺气,使其“通调水道”功能失常,流溢肌肤,导致水肿。部分患者进展出现水肿、蛋白尿,正是“肺肾同病”“外邪引动内饮”的体现。

2 补肾为本,化瘀为辅是IgAN的根本治疗大法

中医药治疗IgAN的不良反应少,患者依从性高,效果明确。部分患者可在中西医结合治疗IgAN的过程中,逐渐撤减西药,采用纯中医治疗以调节阴阳,攻补兼施,因势利导,升降相因为法,达到恢复人体功能的目的。针对IgAN“肾虚血瘀”的病机特点,张勉之教授采用补肾活血法,辅以健脾化湿,旨在缓解“肾虚

血瘀”的病理状况,进而恢复机体的阴阳平衡。

2.1 补肾活血治其本

张勉之教授在选方用药时以“补而不峻”“补而不滞”“补而不膩”为原则,以性味平和药物为主,临证时常用生黄芪、五味子相配以补肾固元。《名医别录》^[21]认为黄芪“补丈夫虚损……益气,利阴气”。李时珍《本草纲目》^[22]提及黄芪可“泄邪火,益元气”。大剂量应用黄芪,可使其药效直达下元峻补肾气。黄芪还具备补中益气的功效,有助于减少蛋白尿、血尿。五味子味酸、甘、温,归肺、心、肾经。《名医别录》^[21]曰:“五味子专补肾,兼补五脏。”大剂量运用五味子,可入肾经,起到收敛固涩之效。张勉之教授在临证时常将两者相须为用,达到培本固元的效果。在临证过程中,针对患者症状不同,偏阳虚者加仙茅、淫羊藿、补骨脂等补肾壮阳,偏阴虚者加沙参、女贞子、墨旱莲等滋肾填阴,肾虚不固者,可加金樱子、芡实、升麻等升提固涩。《医林改错》^[23]云:“诸病之因,皆由血瘀。”瘀血内阻是IgAN的重要病机之一,活血化瘀是临证时的关键。张勉之教授在临床中尤善用丹参、川芎,根据患者血瘀程度不同灵活运用失笑散、鬼箭羽、三棱、莪术等活血化瘀之品。丹参味苦、微寒,活血化瘀,祛瘀生新。川芎药性走而不守,上行头目,下入血海,为“血中气药,气中血药”,能行气以助血行,使气血运行于全身。失笑散由五灵脂、蒲黄组成,五灵脂苦咸甘温,可温通血脉、活血化瘀;蒲黄其性甘平,《神农本草经》谓其可“消瘀血”,能化瘀散结止痛^[24]。两者皆为活血止痛之良药,化瘀止痛功效显著,令瘀血得除,血脉畅通,诸多病症即可迎刃而解。吴谦^[25]评价曰:“不觉诸证悉除,直可以一笑而置之矣。”鬼箭羽性味苦寒,入厥阴肝经,具有破血逐瘀之效。在慢性肾脏病的中后期,瘀血症状加剧,治疗时可加三棱、莪术等具有逐瘀破血行气的药物。三棱与莪术,辛散苦泄,血分气分兼顾。三棱侧重于破血,莪术则长于行气,两者协同作用,可显著增强活血行气之效。

2.2 健脾化湿治其标

《临证指南医案》^[20]曰:“湿喜归脾者,与其同气相感故也。”脾具有喜燥恶湿的特性,因此临床中脾虚与湿盛常同时发生,互为因果。张勉之教授在临床中善用党参、白术、茯苓补益脾胃之气;砂仁、白豆蔻、藜藿、瞿麦利水化湿以健脾。党参、白术、茯苓取四君子汤益气健脾之意;党参甘平,直入太阴脾经,益气健脾之气强;白术苦燥,健脾燥湿;茯苓甘淡,健脾渗湿,三药相合,补脾祛湿之力大增,温而不燥,补中有泻。砂仁辛散苦降,气味俱厚,《玉揪药解》^[26]赞曰其可“和中调气,行郁消滞”。白豆蔻性热气香,辛散入肺而擅化

湿邪,《本经逢源》^[27]认为其可“入脾肺二经,散肺中滞气”。砂仁与白豆蔻皆为化湿药,然砂仁之功效主要偏重于中下焦,白豆蔻则倾向于中上焦。两者协同应用,可使气机舒畅,湿邪得以化解。篇蓄苦寒燥湿,微寒清热,能清利下焦湿热。张寿颐曰:“篇蓄,《本经》《别录》皆以却除湿热为治。”^[28]药理试验显示,篇蓄煎剂具有显著的排钠利尿降压作用^[29]。瞿麦苦寒泄降,能清心、小肠之火,引热下行。现代药理学研究显示,瞿麦具有抗氧化、抗炎、抗菌、肾保护作用等药理活性^[30-31]。湿困日久,郁而化热,浊毒内蕴,针对浊毒所致的一系列表现,张勉之教授常选用土茯苓、败酱草、蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒药。疾病中后期,浊邪壅盛,非破不能立,张勉之教授常以生大黄与大黄炭合用以荡涤肠胃、推陈致新,通脏腑,降湿浊。生大黄和大黄炭用量常为1:2,大黄炭既保留生大黄泻下攻积之效,又可在肠道内吸附毒害物质并随之泻下,因势利导,起到“邪祛正自安”的效果。

3 验案举隅

患者,男,48岁,2025年1月13日主因“腰痛伴乏力半年余”初诊于北京中医药大学东方医院。患者2022年8月因“脑梗死”住院,发现高血压,血压185/100 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),血肌酐350 μmol/L,尿素氮20 mmol/L,血红蛋白95.4 g/L,尿常规:尿蛋白2+,潜血1+,肾穿刺病理示“局灶增生性IgAN伴缺血性肾损害”,诊断为慢性肾衰竭、慢性肾炎、高血压性肾损害及脑梗死,曾服用泼尼松、雷公藤多苷片治疗效果不佳。就诊时见腰酸、周身乏力,纳可,大便调,夜尿多,舌暗红、苔黄腻,脉弦细。既往有高血压病、慢性肾炎、慢性肾衰竭病史7个月,脑梗死无后遗症。体格检查:面色少华,无水肿,双肾区无叩痛,血压138/90 mmHg。2024年5月复查血肌酐371 μmol/L,尿素氮19.89 mmol/L,尿蛋白3+,潜血1+,肾穿刺符合IgAN伴缺血性肾损害。中医诊断:腰痛,辨证属“肾虚血瘀”、湿浊内蕴。西医诊断:慢性肾衰竭、慢性肾炎、局灶增生性IgAN伴缺血性肾损害、高血压病。治以补肾活血、祛湿降浊,处方以生黄芪90 g、土茯苓30 g、荠菜花30 g、生芪炭30 g、丹参30 g、莪术30 g、大黄炭60 g、川芎60 g、五灵脂30 g、蒲黄炭30 g、茵陈60 g、五味子60 g、覆盆子30 g、海藻炭30 g、青蒿30 g、白花蛇舌草30 g,水煎服,共20剂,每3日1剂,每日2次,每次300 ml,饭后温服。配合药用炭片、包醛氧淀粉口服,并继服降压药。

二诊(2025年3月15日):患者仍感乏力、腰酸,并出现双下肢时有抽搐,无恶心及皮肤瘙痒,纳食尚可,大便每日2次,夜尿2~3次,舌淡红,苔薄微黄,血压

140/80 mmHg。2025年3月2日复查肾功能:血肌酐324 μmol/L,尿素氮14.08 mmol/L,尿酸350 μmol/L,血红蛋白105 g/L,总蛋白68 g/L,白蛋白46.9 g/L,尿蛋白+;双肾B超:左肾10.1 cm×4.4 cm,右肾9.4 cm×3.3 cm,且右肾实质回声增强。鉴于患者尿液检查及肾功能指标较前改善,治疗方案继予原中药方加减,于上方基础上去除生芪炭、白花蛇舌草、覆盆子,加陈皮30 g,水煎服,共30剂,每3日1剂,服法同前。

三诊(2025年6月23日):患者腰痛已不明显,但仍觉乏力,大便每日2次,夜尿频仍,4~5次/夜,舌质淡红。治疗继予原中药方,并于上方中加覆盆子30 g以加强益肾固摄之力,水煎服,共20剂,每3日1剂,服法同前。

按语:该案例患者以“腰酸、周身乏力、夜尿频多”为主诉,初诊时见舌质暗红、苔黄腻,脉弦细,结合实验室检查示蛋白尿及肾功能异常,西医诊断为局灶增生性IgAN合并缺血性肾损害,与长期高血压密切相关。张勉之教授辨其病机属本虚标实,“肾虚血瘀”为本,湿浊内蕴为标,并因湿浊日久化热,呈湿热瘀浊交织之候。患者面色少华、腰酸乏力、夜尿频多、脉沉细,乃脾肾两虚、精气亏耗、肾阳不足之明证;舌暗红提示瘀血内阻,苔黄腻则为湿浊蕴结、郁而化热之征。故治疗首重补益脾肾、活血化瘀、清热利湿、降浊解毒,以扶正祛邪、标本兼治。初诊方中,生黄芪健脾益气、补肾固表,五味子敛肾滋阴、固精安神,二药共为君药,培补脾肾之本,固护元气;丹参、川芎、莪术、五灵脂、蒲黄炭活血化瘀,通络消癥,土茯苓、荠菜花清热利湿,降浊排毒,大黄炭、海藻炭化瘀泄浊,解毒通腑,茵陈、青蒿、白花蛇舌草清利三焦湿热,合为臣药,助君药活血消癥、清热化湿、降浊排毒;佐以覆盆子益肾固精缩尿,生芪炭补脾肾之余兼吸附肠中浊毒;五味子兼使药之职,酸敛固津,调和诸药。全方扶正不忘祛邪,祛浊不伤正气,融补益、活血、清热、利湿、降浊于一炉,紧扣“肾虚血瘀”、湿浊蕴热之核心病机。二诊时,患者肾功能指标改善,湿热浊毒渐退,遂去生芪炭、覆盆子防敛邪碍浊,去白花蛇舌草避寒凉过用,加陈皮理气和中、健脾化湿,既助君、臣药运行药力,亦防壅滞碍胃。三诊时,患者虽腰痛减轻,但仍夜尿频多,肾虚不固未完全缓解,故复入覆盆子以增强益肾固精、缩尿止遗之力,专注下元亏虚之主症。

综观全方,君臣佐使结构严谨,药随证转,进退有度。其加减变化始终围绕脾肾亏虚、瘀阻湿浊之病机展开,或强化活血,或专事固摄,或防药过滞,体现“证变法变、药随证转”的辨证论治思想。该方为张勉之教授治疗慢性肾脏病之经验方,临床效果确切,值得

进一步总结与推广。

4 小结

IgAN 病程迁延, 病机复杂, 临床治疗难度较大。张勉之教授基于“肾虚血瘀”核心病机, 提出该病根本在于脾肾两虚, 常兼夹瘀血与湿浊, 属本虚标实证。在治疗上, 主张以补肾活血为主轴, 辅以健脾化湿, 强调“补而不滞、通不伤正”的治法特色。方中常用生黄芪、五味子培补脾肾, 固护元气; 配合丹参、川芎、五灵脂、蒲黄、三棱、莪术等活血化瘀之品, 畅通脉络; 以党参、白术、茯苓健脾益气; 佐以砂仁、白豆蔻醒脾和中, 藜藿、瞿麦利湿通淋, 大黄及大黄炭泻浊解毒。张勉之教授临证重视辨证论治与个体化加减, 实现虚实兼顾、标本同治, 临床屡获良效, 为 IgAN 的中医诊治提供具有参考价值的临床思路和治疗方法。

利益冲突声明: 本文所有作者均声明不存在利益冲突。

【参考文献】

- [1] TRIMARCHI H, FERVENZA F C, COPPO R. Points of view in nephrology: personalized management of IgA nephropathy, beyond KDIGO [J]. *J Nephrol*, 2024, 37(3): 739-745.
- [2] 王海燕. 肾脏病临床概览[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010.
- [3] KUROYANAGI Y, TAKEDA A, KINASHI H, *et al.* Galactose-deficient IgA1 is involved in IgA deposition in renal grafts biopsied one hour after kidney transplantation [J]. *Internal Med*, 2023, 62(11): 1581-1589.
- [4] 张赛, 董少宁, 郭晓媛, 等. 基于膜理论诊治原发性免疫球蛋白 A 肾病[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(11): 6203-6206.
- [5] 史兴华, 厉兆春. 中医药治疗 IgA 肾病研究进展[J]. *国医论坛*, 2024, 39(5): 70-74.
- [6] 田妮, 邓媛媛, 董少宁, 等. 基于补肾活血法探讨国医大师张大宁教授运用角药治疗慢性肾脏病的经验[J]. *中国当代医药*, 2024, 31(34): 69-73, 78.
- [7] 张勉之, 张大宁. 补肾活血法浅析[J]. *长春中医学院学报*, 2003, 19(4): 6-7.
- [8] 韩阳, 孙岚云, 徐英, 等. 补肾活血法治疗肾脏病研究述评[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(2): 629-632.
- [9] 李中梓. 医宗必读校注[M]. 西安: 三秦出版社, 2005.
- [10] 张登本, 孙理军. 诸病源候论注评[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2022.
- [11] 张介宾. 景岳全书上[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023.
- [12] 危成筠, 陈香美, 赵丹阳, 等. IgA 肾病血瘀证与临床病理的相关性研究[J]. *中国中西医结合杂志*, 2005, 25(8): 687-690.
- [13] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [14] 林丽. 中医眼中的慢性肾炎[J]. *家庭中医药*, 2016, 23(6): 32-34.
- [15] 潘兰兰, 宋纯东. IgA 肾病的中医药治疗进展[J]. *中国民间疗法*, 2020, 28(7): 101-103.
- [16] 顾向晨, 王怡, 卢嫣. 和解法在 IgA 肾病中应用的思考[J]. *上海中医药杂志*, 2008, 42(11): 90-92.
- [17] 张勉之, 张敏英, 沈伟梁, 等. 慢性肾功能衰竭原发病的流行病学研究[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2004, 12(2): 70-72.
- [18] 崔海兰, 黄一珊, 姜韩雪, 等. 刘玉宁教授运用三焦辨证治疗 IgA 肾病的临床经验[J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2018, 19(12): 1035-1037.
- [19] 赵芃博, 纪越, 齐鑫, 等. IgA 肾病中西医结合发病机制及诊治进展[J]. *中医药学报*, 2023, 51(9): 97-103.
- [20] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [21] 陶弘景. 名医别录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986.
- [22] 李时珍. 本草纲目 新校注本上[M]. 北京: 华夏出版社, 2004.
- [23] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023.
- [24] 佚名. 神农本草经[M]. 广州: 广东科学技术出版社, 2021.
- [25] 吴谦. 医宗金鉴 第2分册 删补名医方论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.
- [26] 黄元御. 《玉楸药解》释义[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009.
- [27] 汪昂. 本经逢源[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2015.
- [28] 张树生, 马长武. 神农本草经贯通[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997.
- [29] 杨俊丽, 黄丽丹, 张亚中, 等. 藜藿的研究进展[J]. *安徽医药*, 2016, 20(6): 1025-1029.
- [30] 程霜杰, 李燕, 袁明智, 等. 瞿麦化学成分及药理作用研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2021, 39(3): 134-139.
- [31] 齐晓, 荆明, 田景民, 等. 瞿麦的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(11): 188-197.

(收稿日期: 2025-08-05)

(修回日期: 2025-09-15)