

汤水福辨治岭南狼疮性肾炎经验

邓滢滢¹, 程德金¹, 曾桂桃¹, 廖振毅¹ (指导: 汤水福²)

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要: 狼疮性肾炎是系统性红斑狼疮最常见的并发症之一。汤水福教授认为狼疮性肾炎的患者病程较长, 病机复杂; 病性属本虚标实, 本虚为肾阴虚, 标实则有热毒、血瘀、浊毒、湿热。急性期多见热毒血瘀, 缓解期多见脾肾阳虚; 肾络瘀阻与外感湿热为病症特点。治疗时, 急性期重在清热解毒, 同时兼顾利水消肿; 缓解期宜重视补肾健脾, 兼顾清热利湿。因岭南地区特殊的地理与气候特征, 清热利湿需贯穿岭南地区患者治疗过程的始终, 同时注重活血通络。

关键词: 狼疮性肾炎; 补肾健脾; 清热利湿; 活血通络; 汤水福

中图分类号: R256.5

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)10-2254-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtc.2021.10.036

Experience of TANG Shui-Fu in Differentiating and Treating Lupus Nephritis in Lingnan Area

DENG Ying-Ying¹, CHENG De-Jin¹, ZENG Gui-Tao¹,
LIAO Zhen-Yi¹ (Advisor: TANG Shui-Fu²)

(1. The First Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: Lupus nephritis (LN) is one of the most common complications of systemic lupus erythematosus (SLE). Professor TANG Shui-Fu considered that patients with LN suffered a long course of disease due to the complex pathogenesis, and the nature of the disease presented deficiency in the origin and excess in the superficiality. Deficiency in the origin was characterized by kidney yin deficiency, while excess in the superficiality manifested as the heat toxin, blood stasis, turbidity toxin and damp heat. Heat toxicity and blood stasis were common in the acute stage of LN, and yang deficiency of the spleen and kidney was common in the remission stage of LN. The syndrome manifestations of LN were characterized by blood stasis obstructing kidney collaterals and exogenous attack of damp heat. For the treatment of LN patients in the acute stage, therapy of clearing heat and removing toxin should be stressed, and therapy of inducing diuresis to relieve edema can be simultaneously used. For the treatment of LN patients in the remission stage, therapy of tonifying the kidney and strengthening the spleen should be stressed, and therapy of clearing heat and removing dampness can also be applied. Due to the special geography and climate of the Lingnan region, therapy of clearing heat and removing dampness needed to be carried out throughout the treatment of patients in the Lingnan region, while at the same time, the therapy of promoting blood circulation to dredge collaterals should be also emphasized.

Keywords: lupus nephritis; tonifying the kidney and strengthening the spleen; clearing heat and removing dampness; activating blood to dredge collaterals; TANG Shui-Fu

狼疮性肾炎(LN)是一种由系统性红斑狼疮(SLE)继发的免疫复合物相关肾小球疾病,是系统

性红斑狼疮患者最常见的靶器官损害疾病,是肾终末期疾病(ESRD)的常见病因之一,也是导致系

收稿日期: 2020-11-04

作者简介: 邓滢滢(1995-),女,医师,硕士研究生; E-mail: dengyingying95@126.com

统性红斑狼疮患者死亡的重要原因^[1-3]。目前,临床上狼疮性肾炎的西医治疗分为药物类与非药物类治疗。药物类治疗以激素、免疫抑制剂为主,非药物类治疗以血浆置换、血液吸附等为主^[4]。但西医治疗副作用较多,且因狼疮性肾炎患者病程长及病情易反复,致其治疗费用昂贵,不仅为患者的日常生活带来较大的影响,也给患者家庭带来巨大的经济负担。近年来,中医治疗狼疮性肾炎在减轻临床症状、增强西医治疗效果、减轻西医治疗副作用及降低复发率方面逐渐凸显其优势^[5]。已有临床研究表明,中西医结合疗法治疗狼疮性肾炎能明显缓解重症狼疮患者的临床症状,改善肾功能,上调补体及预防病情复发^[6-9]。

汤水福教授为广州中医药大学第一附属医院教授、博士研究生导师,也是广东省中医药局肾病重点专科学术带头人、广东省第二批名中医师承项目指导老师,现兼任中华中医药学会肾病分会常务委员。汤水福教授从医30余年,在治疗狼疮性肾炎,特别是在治疗岭南地区狼疮性肾炎患者方面积累了丰富的临床经验。笔者有幸师从汤水福教授,现将其运用清热利湿法治疗狼疮性肾炎的经验总结如下。

1 狼疮性肾炎的病机与病症特点

中医学中并无狼疮性肾炎的对应命名,依据其发病症状,可将狼疮性肾炎归于“水肿”“肾着”“阴阳毒”“肾脏风毒”“虚劳”等范畴^[10]。《素问·上古天真论》谓:“肾者主水”;《素问·逆调论》提出:“肾者水脏,主津液”,认为肾主水,为水脏,可以调节津液;何梦瑶在《医碥》中提到“精髓血乳汗液津泪溺皆水也,并属于肾”,认为人体的精液、骨髓、血液、乳液、汗液、津唾等都为“水”,均由肾所管辖。

汤水福教授认为狼疮性肾炎的患者病程较长,病机复杂,病性属本虚标实,本虚为肾阴虚,标实则有热毒、血瘀、浊毒、湿热。由于正气不足,热毒邪气乘虚而入,损耗肾阴,瘀阻血脉所致。活动期的病机以湿热毒邪壅盛为主要矛盾,后期可出现气阴两虚、脾肾阳虚;肾阴虚、热毒血瘀是其病机关键^[11]。因岭南地区属亚热带雨林气候,夏季偏长且冬无严寒,本就气候炎热,又伴潮湿多雨,故岭南人多汗出、勤泳浴,加之喜食生冷及海鲜等多湿滋腻之品,因此岭南人群

发病多以湿热胶结、气机开泄为主要病机,体质以湿热型和气阴两虚型为主,故治病需同时考虑清热解毒、滋阴除湿^[12-14]。

1.1 肾阴虚为根本病机 狼疮性肾炎的发病多由外感六淫,尤指外感湿、暑、热邪所致。汤水福教授认为本病根本病机为肾阴虚。狼疮性肾炎患者既可因先天不足,也可因后天亏耗而发病。先天禀赋不足或因父母精血不足,或因胎毒内蕴耗伤,致使患者肾阴亏虚,肾阴不能滋养,则相火妄动,虚火内灼,血热火盛,营血病变在下焦,持续耗伤肾阴,致使肾阴不足。后天不足或因患者劳逸过度,或因情志不调,消耗气血,致脏腑精气不足,五脏久伤;而治疗过程中大剂量及长期使用的具有“壮火”之性的糖皮质激素^[15],火盛伤阴,则最终加重肾精耗伤,致使肾阴亏虚。

1.2 急性期多见热毒血瘀 在临床急性期,系统性红斑狼疮发病病机关键为热毒血瘀。热毒血瘀可贯穿狼疮性肾炎患者的病程始终。汤水福教授认为,急性发作期患者本已肾阴亏虚,虚火内灼,在岭南地区湿热气候熏蒸下,更易外感热、火、湿毒。邪毒侵犯脏腑,热毒内燔,伏于营分则营热阴伤,伏于血分则动血耗血,瘀热胶结。急性发作期患者的临床特征多表现为面部红斑、全身多个关节肿痛、大量蛋白尿及水肿等。热毒迫血妄行,血不循经而溢于脉外,则致血瘀。血瘀发于皮肤则面赤斑斑,发于关节则疼痛,发于肾则肾络不通。肾不主水,气化不利,则尿浊、全身水肿。热毒蒸耗津液,耗伤营气,则加重血瘀。临床急性期需大量运用糖皮质激素进行诱导治疗,多数医家认为激素为助阳、生热之药^[16],机体大量使用糖皮质激素治疗后易致火盛阳亢,“壮火”进一步消耗气血津液,最终使病情迁延而日久难愈。

1.3 缓解期多见脾肾阳虚 岭南地区患病以湿为纲,自北向南,湿热胶结愈盛,气机开泄愈剧。释继洪在《岭南卫生方》记载:“岭南既号炎方,而又濒海,地卑而土薄。炎方土薄,故阳燠之气常泄;濒海地卑,故阴湿之气常盛。”国医大师邓铁涛教授常引用此文,认为岭南人具有脾气虚弱兼有痰湿的体质特点^[17]。而狼疮性肾炎患者病机以肾阴虚为本,病程绵长,久病及长期使用激素药物后阴损及阳,肾阳虚损,致阴阳俱虚,命门火衰,命门之火不能温煦脾土。岭南地区患者多脾

气虚弱,加之极易外感岭南湿毒,致使脾失健运,难以运化水谷精微,后天之本不能濡养先天,脾气虚,日久则致脾阳虚损。同时,汤水福教授与多数医家观点一致^[17],认为长期使用激素类药物,反馈性抑制肾上腺皮质功能,日久可致肾阳虚,久病迁延,最终脾肾之阳俱虚。

1.4 肾络瘀阻与外感湿热为病症特点 络脉首见于《黄帝内经》,该书将其描述为“支而横者”:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙”。吴以岭所著《络病学》认为,脉络之络与中小血管、微血管,特别是微血管高度相关^[18]。从现代医学的解剖学来看,肾脏的肾小体由肾小球和外在的包曼囊构成,肾小球是由毛细血管构成的血管球,与中医所指络脉中的微小络脉相符。汤水福教授认为,肾络细小而狭窄,痰浊瘀血易阻络脉气血,导致肾络瘀阻不通,故肾络具有“易滞易瘀、易入难出、易积成形^[19]”的特点。痰浊瘀阻络脉可归属癥瘕中的微型肾络癥瘕,这与狼疮性肾炎的肾小球病变以免疫复合物的广泛沉积、炎性细胞浸润等病理变化不谋而合。

岭南地区气候炎热且潮湿多雨,该地区的患者易感暑邪、热邪及湿邪。狼疮性肾炎患者病机以肾阴不足及热毒血瘀为特点,而岭南地区湿热的气候及地理特点致使该地区的患者易外感湿邪、热邪及暑邪。暑、热均属阳邪,外感阳邪可使狼疮性肾炎患者更易热毒内燔,侵犯脏腑;气候炎热易致汗出,汗出耗液泄气,如何梦瑶在《医碥》中提到:“热盛伤气,壮火食气也。又气为汗泄,则益耗散矣。”另一方面,外感湿邪属阴邪,湿易袭阴位且阻滞气机,气机不畅则耗伤阴液,最终加重阴津亏耗兼气伤,因此岭南患者体质易气阴两虚,阴虚易内生虚热,虚火内生,耗伤营血。同时,汤水福教授认为,狼疮性肾炎患者长期使用外源性超剂量激素,其阳热之性与体内热毒、血瘀及湿热相互搏结,形成湿热、热毒、血瘀相交杂之势,对患者的体质及预后影响更甚。

2 遣方用药经验

2.1 急性期重清热解毒,同时兼顾利水消肿 狼疮性肾炎患者急性活动期大多表现为大量蛋白尿(尿浊)、血尿、下肢浮肿、多关节肿痛、反复发

热、面颊部或全身片状红斑、口腔溃疡,甚至谵妄、精神错乱。汤水福教授认为,虽然狼疮性肾炎患者起病以肾阴虚为本,但依照“急则治其标”的原则,急性活动期应以清热解毒凉血为主。岭南地区的患者因易外感湿热,急性期治疗又需使用大剂量激素以缓解症状,故更易致热毒耗伤津液并致湿阻气机。急性期治疗时宜清热解毒凉血与利湿消肿同施,遣方用药自拟清热活血汤加减,主要药物有薏苡仁、石韦、白茅根、土茯苓、玉米须、白花蛇舌草、鱼腥草、丹参、牡丹皮等。方中土茯苓、白花蛇舌草、鱼腥草清热解毒兼利湿,薏苡仁、石韦、玉米须利水消肿,全方共奏清热解毒,利湿消肿之效。因该方清热利湿之力较强,易耗气、损伤脾胃,故常用五指毛桃、白术、山药、黄芪补益脾胃。

2.2 缓解期重视补肾健脾,兼顾清热利湿 汤水福教授认为缓解期的患者可大致分为阴虚内热、气阴两虚及脾肾阳虚3个阶段。因狼疮性肾炎患者病机以肾阴虚为本,加上急性期使用激素等纯阳药物后,阳损及阴,阴虚火旺,虚火内蕴久羁,伤精耗气,致气阴两虚。元气和宗气耗损日久,则先天与后天之本俱虚,先天不能温养后天,后天难以充养先天,致脾肾俱虚。而岭南地区患者的病症均有“百病兼湿,阴虚内热,湿热互夹,虚实相杂^[20]”的特点,故汤水福教授在缓解期用药同时也善用清热利湿之法。清热利湿药物的使用一方面可防外感湿热加重耗气伤阴,另一方面也可减少激素持续使用加重湿热内结。缓解期依据患者脾肾亏虚情况可分别采用滋阴清热利湿法、益气养阴并清热利湿法、补脾益肾并清热利湿法,以下分述之。

2.2.1 滋阴清热利湿 狼疮性肾炎患者病情进入慢性缓解期后,冲击治疗所采用的大剂量激素开始逐渐减量,免疫抑制剂也开始逐渐加用。缓解期患者邪毒身退,但余热未尽,阴液持续亏损,仍处在正邪交争阶段。此期患者症见低热不退,浮肿渐消,腰膝酸软无力,五心灼热,颧红咽干,舌质红或光红,苔少或无苔,脉细数。此时治宜滋阴清热利湿之法,方用二至丸合知柏地黄汤加减。药用女贞子、旱莲草、知母、黄柏、生地、山药、牡丹皮、泽泻、茯苓、白术、丹参、白花蛇舌草、半枝莲、车前草等。

2.2.2 益气养阴并清热利湿 缓解期患者处于持续维持小剂量激素及免疫抑制剂治疗的阶段时,患者虽病情趋于平稳,但因先天不足,肾阴亏虚,加上岭南地区居民体质以湿热及气阴两虚为主,故大多患者临床表现为易于感冒,倦怠乏力,气短自汗,低热盗汗,动则心悸,口燥咽干,腰膝酸软,舌淡红或红,少苔,脉细数或虚。治法不仅需益气养阴,清热利湿亦需重视,方用生脉散合四物汤加清热利湿药。药用黄芪、麦冬、五味子、山茱萸肉、熟地黄、当归、川芎、赤芍、丹参、白术、茯苓、薏苡仁、泽泻、土茯苓等。

2.2.3 补脾益肾并清热利湿 狼疮性肾炎患者病情迁延日久,肾阴亏耗,阴损及阳,阴阳两虚,致肾阳不足。同时长期使用免疫抑制剂导致抵抗力低下,正气虚损。岭南湿热之邪外侵并久留,损伤脾胃,脾胃运化不能,加之肾阳已虚,火不暖土,脾土不温,命门火衰,终致脾肾阳虚。此时临床表现症见尿少,周身浮肿,畏寒肢冷,腰膝僵冷,面色苍白,腹胀便溏,五更泄泻,完谷不化,舌淡苔白,边有齿痕,脉沉细。治法需温补脾肾并清热利湿,方用济生肾气丸或真武汤加减。药用淡附片、肉桂、熟地黄、山茱萸肉、山药、茯苓、白术、泽泻、丹参、牛膝、鹿衔草、土茯苓、车前子等。

2.3 注重活血通络 血瘀为狼疮性肾炎患者的病症特点之一。血瘀之形成或因急性期热毒壅滞,邪热内燔,热迫血行则血溢脉外,离经之血凝聚为血瘀,发于肾则水肿、尿血和尿浊;或因缓解期阴液不足,血液黏稠而致血瘀络阻。汤水福教授认为狼疮性肾炎血瘀的机制与“肾络癥瘕”密不可分。现代医学中狼疮性肾炎的发病机制以免疫复合物沉积于肾小球毛细血管壁为主要发病条件,这与中医所提及的“肾络癥瘕”相符合。故汤水福教授认为,狼疮性肾炎患者的治疗过程中需重视活血通络药物的使用,在辨证论治的基础上可配伍丹参、牡丹皮、三七等活血化瘀药物,重者可加用地龙、土鳖虫、水蛭等破血散结的虫类药物,且可兼利水。

3 验案举隅

患者梁某,女,27岁,广东省广州市人,住

院号为340221,门诊号为007629157。患者2012年12月23日初诊,主诉:颜面、双下肢水肿半个月。病史:患者于2012年12月7日无明显诱因开始出现颜面、双下肢浮肿,后逐渐加重,遂于12月23日至我院门诊就诊,当时建议患者住院治疗,患者拒绝,门诊予利尿药、肾炎康胶囊、三七通舒胶囊口服后无明显好转。2013年1月4日患者因外感风热后出现双下肢浮肿加重,伴少尿,遂再次至我院门诊就诊,门诊拟“水肿”收入院。

入院时症见:精神疲倦,四肢乏力,颜面、双下肢浮肿加重,皮肤绷紧光亮,伴气促,活动后可加重;腰酸腰痛,四肢关节疼痛,疼痛呈交替性,遇雨天可加重;咽痛,干咳无痰,恶心欲呕,口干口苦,纳差,眠差梦多,夜间盗汗;小便量少,约300~400 mL/d,色深黄;大便2~4次/d。既往史无特殊,亦无特殊用药史。查体:贫血面容,精神疲倦;双侧颈后淋巴结各扪及一肿大淋巴结,最大约1.5 cm×0.8 cm,质软,活动度好,与周围组织无黏连,余浅表淋巴结无肿大;颜面部浮肿,咽红,扁桃体无肿大,双下肢中度凹陷性水肿。舌脉:舌红,形胖大,苔少,脉弦细。入院后2013年1月9日查血常规示:白细胞总数 $3.60 \times 10^9/L$,红细胞总数 $2.25 \times 10^{12}/L$,血红蛋白量66 g/L;尿常规:尿蛋白(+++),尿隐血(+++),尿白细胞(+),尿白细胞数29.86/高倍视野(HPF),尿红细胞数52.34/HPF。肾功能检查结果:血肌酐164 $\mu\text{mol}/L$,尿素氮18.03 mmol/L,尿酸645 $\mu\text{mol}/L$ 。自身免疫功能检查结果:补体3(C3)0.443 g/L,补体4(C4)0.076 g/L,总补体量19.1 U/mL,循环免疫复合物113.47 U/mL,抗核抗体(+),抗双链DNA抗体(+),抗Sm抗体(+),抗SSA抗体(+),抗RNP抗体(+),抗核小体抗体测定(+),抗组蛋白抗体(+).胸部X光检查示:考虑心功能不全并双肺淤血水肿,合并双肺感染及心包积液未排;双侧胸腔少量积液。系统性红斑狼疮疾病活动指数2000(SLEDAI-2000)评分为18分。西医诊断:狼疮性肾炎;中医诊断:水肿病(热毒血瘀证)。治法:清热解毒,活血利水。处方:薏苡仁15 g,石韦15 g,玉米须15 g,茯苓10 g,蝉蜕5 g,蚕砂15 g,紫苏叶5 g,丹参10 g,泽泻10 g,白术10 g,陈皮6 g,甘草3 g。每剂水煎至150 mL,每日2剂,早晚各服1剂。

患者经治疗后气促减轻,但仍精神疲倦,反复发热,最高体温38.2℃,尿量仍少,约300~400 mL/d。2013年1月11日复查血常规示:红细胞总数 $2.55 \times 10^{12}/L$,血红蛋白量74 g/L。肾功能检查结果提示:尿素氮21.41 mmol/L,血肌酐325 $\mu\text{mol}/L$;尿常规组合检查:尿隐血(+++),尿白细胞(+),尿白细胞数29.86/HPF,尿红细胞数52.34/HPF。2013年1月12日查24 h尿量0.4 L,尿微量总蛋白2 603 mg/L,24 h尿蛋白定量1.04 g/24 h。SLEDAI-2000评分19分,提示为系统性红斑狼疮重度活动期。因患者病情危重,并发急性肾损伤,分别于2013年1月12、15、17、19、22、23日行6次血液透析,于1月14~16日起予甲泼尼龙500 mg静脉滴注冲击治疗3 d,1月17日起改予静滴甲泼尼龙40 mg/d、口服羟氯喹片0.2 g(bid)及口服吗替麦考酚酯0.5 g(q12h)维持治疗。中药继续依前法予前方,加强清热解毒之效,去茯苓、蚕砂、泽泻、蝉蜕,加白花蛇舌草15 g、白茅根30 g。每剂水煎至150 mL,每日2剂。

2013年1月23日患者颜面及双下肢水肿基本消退,停止血液透析,小便量明显增多,约1 400 mL/d。复查肾功能,结果提示:尿素氮15.57 mmol/L,血肌酐212 $\mu\text{mol}/L$,24 h尿量1 400 mL,24 h尿蛋白定量3.51 g/24 h;胸片检查结果示:双肺淤血水肿较前明显吸收好转,心包积液未排;双侧胸腔少量积液。舌脉:舌淡胖,苔薄黄,脉细。患者病情稳定后在B超引导下肾组织活检术,1周后肾穿刺活检病理检查结果示:狼疮性肾炎IV-G(A)期。此时患者热毒、血瘀较前减轻,因持续使用外源性超剂量激素,湿热渐显,中药继续以清热解毒为法,加大腹皮10 g、车前子15 g加强清热利水之效。2周后患者颜面、双下肢浮肿消退,无气促咳嗽,患者要求出院。出院时西医治疗方案:口服羟氯喹0.2 g(bid),口服甲泼尼龙40 mg(qd)及口服吗替麦考酚酯0.5 g(q12h)。

2013年2月11日门诊二诊。患者颜面、双下肢水肿明显消退,四肢关节疼痛较前明显好转,偶有腰酸,眠差,多梦易醒,小便有少量泡沫,大便调。舌红,苔薄黄,脉弦。复查肾功能,结果示:尿素氮8.15 mmol/L,血肌酐108 $\mu\text{mol}/L$;尿常规:尿蛋白(++),尿隐血(+++)。西医免疫治疗维持以上方案不变。中医治疗考虑此时患者肾

阴虚本证渐显,治法仍以清热解毒、活血利湿为主,辅用盐牛膝30 g、盐菟丝子15 g、沙苑子15 g以温补肾精。共处方14剂,每日1剂,水煎服。

2013年2月25日门诊三诊。患者无明显颜面及双下肢水肿,腰膝酸软较前加重,口干,无口苦,夜寐稍差,多梦易醒,舌淡胖,苔少,脉细。复查肾功能,结果示:尿素氮7.40 mmol/L,血肌酐71 $\mu\text{mol}/L$,尿常规:尿蛋白(+),尿隐血(++)。西医免疫治疗改单服予甲泼尼龙40 mg(qd)。考虑此时患者已热毒尽退,肾阴持续亏损明显,此时治宜滋阴补肾,辅以清热利湿。处方于上方基础上去白花蛇舌草、石韦、白茅根、紫苏叶,加女贞子15 g、墨旱莲15 g、熟地黄20 g。后患者多次门诊复诊,处方用药于三诊方基础上辨证加减。2013年5月18日复查尿蛋白转阴,尿隐血(++)。2013年8月19日复查尿隐血转阴,随访无明显不适,血肌酐、尿素氮至今正常,尿蛋白、尿隐血持续转阴。

按:本病案患者为青年女性,居于广州,因外感风热后出现明显的颜面及双下肢浮肿,四肢关节交替性疼痛,少尿,蛋白尿。汤水福教授认为狼疮性肾炎急性期的病机关键为热毒血瘀,上述症状均为热毒血瘀发于关节及肾的表现。患者为岭南本地人,体质易感湿热,此时急性期热毒、湿毒壅盛,血瘀阻络,又因大剂量使用激素易致湿热搏结,故急需利水消肿、清热解毒、活血散瘀。治疗所用的自拟清热活血方中的石韦、玉米须、茯苓、泽泻可利水消肿,薏苡仁清热利湿兼健脾,白花蛇舌草清热解毒兼利湿,白茅根凉血清热利湿,三七散瘀止血,丹参活血祛瘀,加白术、炙甘草顾护脾胃以健脾,陈皮燥湿理气,紫苏叶宣上以利下,诸药合用,共奏清热活血利水之功,同时也利于减轻大剂量使用外源性糖皮质激素的副作用。后患者逐渐进入缓解期,肾阴虚本质渐显,激素减量后长期稳定使用,仍有“壮火”耗损阴液,遂逐步减去苦寒之品以防伤阴,加用二至丸、熟地黄滋补肾阴,辅以清热。本病案患者长居岭南,患病过程中因地域原因易外感湿热,故治疗过程中需重视其气阴两虚兼脾虚湿热的病症特点,用药应结合地域因素,因地制宜。

参考文献:

- [1] BALOW J E, AUSTIN H A. Treatment of proliferative lupus nephritis [J]. Am J Kidney Dis, 2004, 43(2): 383-385.
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [3] 王辰, 王建安. 内科学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 647.
- [4] 汤睿莹, 刘岩. 狼疮性肾炎的治疗临床研究进展[J]. 中外医学研究, 2020, 18(16): 186-188.
- [5] 郑敏威, 汪卫, 郑红霞, 等. 中医药辨治狼疮性肾炎[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(1): 61-64.
- [6] 吴国庆, 范伟. 白龙方加减治疗狼疮性肾炎30例[J]. 陕西中医, 2010, 31(4): 398-399.
- [7] 丁朝霞, 杨少锋, 吴启富, 等. 白芍总苷对MRL/lpr小鼠狼疮性肾炎的影响[J]. 南方医科大学学报, 2011, 31(4): 656-660.
- [8] 鲁盈, 杨汝春, 张华琴, 等. 三七皂苷对系统性红斑狼疮患者外周血淋巴细胞P-糖蛋白及激素效应的影响[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(1): 38-41.
- [9] 张之蕙, 熊佩华, 陈爱平, 等. 活血养阴方配合西药治疗红斑狼疮性肾炎及对细胞移动因子的影响[J]. 陕西中医, 2012, 33(4): 404-407.
- [10] 李倩倩, 周佳, 李海昌, 等. 狼疮性肾炎辨治思路探讨[J]. 新中医, 2018, 50(4): 186-188.
- [11] 王超, 杨翠, 汤水福. 汤水福辨治狼疮性肾炎的临床经验[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(4): 592-594.
- [12] 王云飞, 吴焕林. 邓铁涛教授与岭南医学[J]. 新中医, 2007, 39(6): 92-93.
- [13] 唐芸, 王洪琦. 岭南湿热证候理论源流探究[J]. 广西中医药, 2009, 32(2): 54-55.
- [14] 袁天慧, 冼绍祥, 杨忠奇, 等. 岭南内科医学流派探析[J]. 中医杂志, 2013, 54(8): 634-636.
- [15] 张金良, 王宪波, 曾辉. 从中医学角度谈糖皮质激素副作用的药理机制[J]. 北京中医药, 2010, 29(4): 276-279.
- [16] 王君, 仝小林, 王道坤. 中药防治肾上腺皮质激素副作用的实验研究概况[J]. 甘肃中医学院学报, 1999, 16(3): 36-39.
- [17] 曾思敏, 梁琪, 韦静, 等. 黄贵华从中医学角度论治糖皮质激素不良反应[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(7): 18-20.
- [18] 吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- [19] 吴以岭. 络病病机特点与病机变化[J]. 疑难病杂志, 2004, 3(5): 282-284.
- [20] 孔炳耀. 试论岭南医学的临床特色[J]. 中医杂志, 1997, 38(12): 712-714.

【责任编辑: 贺小英】

《广州中医药大学学报》2022年征订启事

《广州中医药大学学报》(ISSN 1007-3213/CN44-1425/R)是由广东省教育厅主管、广州中医药大学主办的综合性中医药学术类刊物, 国内外公开发行。本刊为中国科技核心期刊、T2级优秀中医药科技期刊、RCCSE中国核心学术期刊(A)、中文核心期刊(2011年版)、国家期刊方阵双效期刊, 先后被国内外多个重要检索系统/数据库收录, 并多次获国家、省部级优秀期刊奖项。

本刊为广大临床、教学、科研工作者提供学术交流平台, 全方位、多角度报道中医药领域各学科具有前瞻性、创新性和较高学术水平的科研成果和临床诊疗经验, 主要开设的栏目有: 中医理论探讨、中医药临床研究、中西医结合研究、针灸与经络、中药药理、中药资源研究、南药园地、名医经验传承、中医证候研究、专家论坛、新学科与新技术、中医文献研究、中医药文化和岭南医学研究等。既可作为国内外中医药高校教师和研究人员进行中医药研究的参考, 又可为临床医生诊疗疾病以及药物研究人员进行中药开发提供思路。

本刊2019年1月起改为月刊, 于每月20日出版。邮局发行, 邮发代号: 国内为46-275, 国外为BM7077。每期定价20.00元(未含邮费)。编辑部地址: 广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼725室, 《广州中医药大学学报》编辑部, 邮编: 510006; 联系人: 刘老师; 电话: (020)39354896; E-mail: gzzyxb@gzucm.edu.cn; 投稿网址: http://xb.zyxy.com.cn。欢迎投稿! 欢迎订阅! 欢迎广告刊登!

·《广州中医药大学学报》编辑部·