桂枝茯苓丸治疗 IgA 肾病*

许济祥[1]，张霞[1,2]，任翎嘉[1]，宋纯东[2]，任献青[1,2]，丁樱[1,2]

1. 河南中医药大学，河南 郑州 450046；2. 河南中医药大学第一附属医院，河南 郑州 450000

摘要：IgA 肾病以肾小球系膜区免疫球蛋白 A 沉积伴系膜增生为主要病理特点，部分患者初起可表现为急进性肾炎或肾病综合征，极易进展至慢性肾衰竭。IgA 肾病的病理改变属中医癥瘕积聚范畴。《黄帝内经》提出："积之始生，得寒乃生，厥乃成积也。"认为癥瘕积聚的形成始于肾阳虚衰，阴寒内生，继发气血运行障碍，导致瘀血和痰饮等有形病理产物的形成和裹结。基于此，在临床实践中运用桂枝茯苓丸以温阳化瘀、化气行水，可达到缓消癥积的治疗效果，有助于改善和延缓 IgA 肾病患者的肾脏病理进展。

关键词：IgA 肾病；桂枝茯苓丸；"积之始生，得寒乃生"

DOI：10. 16368/j. issn. 1674 - 8999. 2025. 03. 082

中图分类号：R256. 59　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674 - 8999(2025)03 - 0510 - 05

Guizhi Fuling Pill in Treatment of IgA Nephropathy

XU Jixiang[1], ZHANG Xia[1,2], REN Lingjia[1], SONG Chundong[2], REN Xianqing[1,2], DING Ying[1,2]

1. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450046; 2. The First Affiliated Hospital to Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450000

Abstract: IgA nephropathy is characterized by immunoglobulin A deposition in the glomerular mesangial area with mesangial hyperplasia, and some of the patients may have acute nephritis or nephrotic syndrome at the beginning of the disease, and it is very easy to progress to chronic renal failure. IgA nephropathy belongs to the category of abdomen mass in traditional Chinese medicine. In *Huang Di Nei Jing*, it is suggested that "accumulation beginning with Cold injury and existing with injury progression". It is believed that the formation of mass in the abdomen begins with the weakening of Kidney Yang and the birth of inner Cold, which is followed by impaired Qi and blood circulation, resulting in the formation of tangible products of pathologies such as stasis of blood and Phlegm. Based on this, Guizhi Fuling Pill is used in clinical practice to warm Yang, eliminate stasis, resolve Qi and move Water to achieve the therapeutic effect of slowing down and elimination of mass accumulation, which can help to relieve and delay the progression of renal pathology in patients with IgA nephropathy.

Key words: IgA nephropathy; Guizhi Fuling Pill; "accumulation beginning with Cold injury"

IgA 肾病是以肾小球系膜区免疫球蛋白 A 广泛沉积伴系膜增生为主要病理表现的原发性肾小球疾病，临床表现为反复发作性血尿，伴或不伴有蛋白尿，部分可表现为急进性肾炎、肾病综合征、慢性肾炎等，极易进展为慢性肾衰竭[1]。本病无特异性治疗手段，应定期观察血尿和蛋白尿，预防感染，常用激素、免疫抑制剂联合 ACEI 药物等治疗[2]。中医药治疗肾病在缓解血尿、蛋白尿症状，保护肾小球内皮细胞，延缓肾脏纤维化进展方面独具优势[3-4]。IgA 肾病属中医"尿血""尿浊""肾风"等范畴，国医大师丁樱教授认为，本病相当于"肾浊病"，乃湿、

* **基金项目**：国家自然科学基金面上项目(82474568)；河南省科技厅 - 河南省科技研发计划联合基金项目(222301420078)；河南省中青年学科带头人培养项目{豫卫人〔2022〕26 号}

热、瘀三种邪气互结为“浊毒”沉积肾脏所致，其中瘀血是“浊毒”形成的关键因素[5]。痰湿瘀血裹结于肾小球系膜区，形成“微型癥瘕”[6]。《黄帝内经》提出：“积之始生，得寒乃生，厥乃成积也。”将寒邪作为癥瘕积聚形成的始动因素。桂枝茯苓丸以桂枝为君温阳散寒，配合白芍、桃仁等养血活血以缓消癥积，符合“寒为积始”的主旨，对 IgA 肾病具有较好的临床疗效。因此，本文以“肾阳亏虚，阴寒内生，癥积始成”为核心病机，探究桂枝茯苓丸治疗 IgA 肾病的作用机制，以期为桂枝茯苓丸防治 IgA 肾病的临床应用提供理论依据及研究思路。

1　“积之始生，得寒乃生”的理论内涵

“积”是中医学的主要病证之一。《说文解字》云：“积，聚也”，本意为堆积谷物。临床常将“癥”“瘕”“积”“聚”并称，指腹腔内脏器结块，伴有胀、满、痛或异常出血的一类疾病。“积”与“聚”有所不同，《难经·五十五难》指出：“积者，阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷也；聚者，阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚”，点明了积与聚在病变阴阳属性、发病部位、形态以及疼痛特点上的不同。《诸病源候论·癥瘕候》提出：“癥瘕者，皆由寒温不调，饮食不化，与脏器相搏结所生也。其病不动者，直名为癥，若病虽有结瘕而可推移者，名为癥瘕。瘕者假也，谓虚假可动也。”由此可知，“癥”与“积”属阴，“瘕”与“聚”属阳，“癥瘕”亦属“积聚”范畴。

“积之始生，得寒乃生”出自《灵枢·百病始生》，载：“黄帝曰：积之始生，至其已成奈何？岐伯曰：积之始生，得寒乃生，厥乃成积也。”指出了寒邪是“积”形成的始发因素。寒主收引，其性凝滞，外寒直中，或阴寒内盛，或阳虚生内寒，气血失去阳气的推动则运行无力，气聚水停，血止瘀成，导致水湿痰饮及瘀血等有形病理产物的形成[7]，痰饮瘀血互结于腹腔各脏器，形成癥瘕积聚。如《素问·阴阳应象大论》所言：“阳化气，阴成形。”阴静而凝，收敛滋润，如金之生水，渐凝聚而成形。基于“积之始生，得寒乃生”理论，癥瘕积聚的治疗应以温阳散寒消积为主，联合活血化瘀、行气化水、软坚散结之法，如《素问·至真要大论》所提出的“寒者热之”“坚者消之”“客者除之”“结者散之”“留者攻之”。根据患者体质，适当采取温、消、除、散、攻的方法，以温阳散结为本，以散寒行气为先，以温化痰瘀为要[8]。

2　从“积之始生，得寒乃生”论 IgA 肾病

2.1　IgA 肾病的病理变化属中医癥瘕积聚范畴

张介宾在《类经》中指出：“藏居于内，形见于外，故曰藏象。”随着现代医学手段的进步，对于“象”的认识逐渐从望闻问切所得到的患者症状和体征扩展至西医检测手段所获得的更加细微的“细胞象”。近年来，对 IgA 肾病病理过程的研究日益深入。有学者提出 IgA 肾病发展的“四重打击”学说[9]，其中半乳糖缺陷型 IgA（Gd－IgA1）水平增高是肾损伤的关键因素；Th 淋巴细胞亚群及其细胞因子与 Gd－IgA1 共同参与 IgA 肾病多重致病过程[10]。张会健等[11]研究发现，Plexin－B2 能介导细胞内 RNA 加工，促进细胞生长、存活，其在肾脏中的表达增强与 IgA 肾病患者病理变化密切相关。洪健峰等[12]认为，足细胞自我调节失调导致的肌动蛋白系统异常，足突融合甚至足细胞的凋零死亡在 IgA 肾病病理过程中发挥重要作用，这与中医络病、癥瘕、玄府等理论存在密切联系。国医大师吕仁和[6]提出“微型癥瘕”病理假说，认为肾小球肥大、系膜基质增生和基底膜增厚等符合中医聚而成形、久而成积的病理变化，其形成以气血阴阳虚弱为本，需在补益的基础上，施以化瘀消聚之法。王世荣等认为，IgA 肾病发病与肾络失调有关，六淫外邪、瘀血等多种病因作用于肾络，导致经络气机阻滞、气血瘀阻，引发蛋白尿、尿血、水肿等症[1,14]。国医大师丁樱教授将肾穿刺活检所看到的肾小球废弃、缺血皱缩、坏死、纤维性新月体、硬化、粘连和肾小管萎缩、间质纤维化等归属于“肾络癥瘕”范畴[15]。综上，结合中医“藏象”理论，IgA 肾病患者系膜区免疫球蛋白 A 的沉积、系膜细胞增殖和基质硬化以及后期新月体的形成，亦可归属于中医“癥瘕积聚”范畴。

2.2　寒邪在 IgA 肾病发病中的关键作用

《难经·五十六难》提出五脏积的概念，指出：“肾之积，名曰奔豚，发于少腹，上至心下，若豚状，或上或下无时。”肾之积的病机以肾阳亏虚为本，以痰瘀互结为标，其病理过程与寒邪密切相关，治疗应以温肾助阳，化瘀消积为主[16]。IgA 肾病病位在肾，其发病机制以脾肾亏虚为本，外邪诱发为标，瘀血贯穿发病始终。肾藏精，主蛰，为封藏之本，内含元阴元阳，若素体肾虚、久病及肾或房劳过度，肾失闭藏，肾精外泄，元阴亏虚，则相火妄动扰乱精室，灼伤肾络，出现血尿、蛋白尿等症；元阳不足或阴损及阳，则阴寒内生，

肾主水液代谢功能失司，水液运化无力形成痰湿。《素问·调经论》云："血气者，喜温而恶寒，寒则泣不能流。"元阳受损，无力推动气血运行，血液留而为瘀，瘀血与痰湿互相裹结，形成肾内癥瘕，进一步阻滞气血运行，导致血不循络则尿血，肾精失固则尿浊。

肾中之阳为诸阳之根本，卫阳只有得到肾中元阳的资助方能源源不断，若肾阳不足，则卫阳失根。《素问·生气通天论》云："阴者，藏精而起亟也；阳者，卫外而为固也。"卫气抵御外邪功能下降，则易致风邪外犯，肺失宣肃。肺主气司呼吸，肺失宣肃，一方面肺主通调水道功能失司，水液代谢障碍，进一步加重痰饮潴留；另一方面，"气为血之帅"，肺朝百脉的功能依赖其气机的通畅，肺气不利则气滞血瘀，加重瘀血的形成。同时，宗气需要肺气的充盈和肾中元气的资养以发挥其贯心脉以行气血的作用，肾中元阳不足，阴寒内生，卫外不固，肺失宣降，宗气不利，均会导致痰湿瘀血的产生和胶裹，加重肾内癥瘕之象。肾内癥瘕形成过程中，寒邪为始动因素，瘀血为关键产物，治疗时应以温阳化瘀为主，同时注意顾护正气，缓消癥瘕，做到祛瘀而不伤正。切勿因徒攻其瘀、徒散其寒而造成肾精的进一步失固和亏损。因此，桂枝茯苓丸作为温阳化瘀、缓消癥瘕的代表方剂，其方中药物的配伍思想对 IgA 肾病的治疗具有指导意义。

3　桂枝茯苓丸的临床研究

桂枝茯苓丸出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》，载："所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。"主治妇人胞宫癥病。《神农本草经》云："桂枝，味辛，温。主上气咳逆，结气喉痹，吐吸，利关节，补中益气。"方中以桂枝为君，辛甘而温以通血脉、开癥积，其温经通脉，开结化气的功效尤为符合《黄帝内经》"积之始生，得寒乃生"的主旨。桃仁味苦性平，助桂枝祛瘀活血，佐以牡丹皮、白芍苦而微寒，养血活血的同时又可清散瘀血日久所化之热。痰湿瘀血日久郁而化热，以消耗自身阳气为代价，热愈久则阳愈虚，阳愈虚则痰湿瘀血愈积，形成恶性循环。茯苓甘淡，既可消与瘀血互结之痰湿，又与白蜜合而健脾养胃、扶助正气。诸药并行，祛瘀而不伤正，养血而不留瘀，以达温阳活血、缓消癥积的治疗目的。

桂枝茯苓丸适应证以妇科疾病为主，并在多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症、妇科肿瘤等疾病的治疗中均有疗效[17-19]。近年来，在中医"异病同治"思想的指导下，桂枝茯苓丸的临床研究延伸至任脉所经部位的癥瘕类疾病[20]，并在治疗肾脏病的领域取得重大成果。研究发现，桂枝茯苓丸可以通过激活 Nrf2/ARE 信号通路，改善氧化应激，抑制肾纤维化[21]。《丹溪心法》指出："自郁成积，自积成痰，痰挟瘀血，遂成窠囊。"桂枝茯苓丸以其消癥化积、散郁行水的功效消散肾脏窠囊，能够降低血肌酐、尿素氮和胱抑素 C 等指标，改善血瘀型多囊肾患者的肾小球和肾小管功能[22]。同时，对于糖尿病肾病患者，桂枝茯苓丸可以通过刺激胰岛 β 细胞产生胰岛素，并增加胰岛素敏感性关键酶表达的双重作用降低血糖，延缓糖尿病肾病的进展[23]。临床对照实验发现，桂枝茯苓丸能够减轻尿素和尿酸等一些代谢产物在血中的潴留，对慢性肾功能不全患者疗效显著[24]。综上所述，桂枝茯苓丸在通阳活血的同时兼顾养新血、散郁热、扶正气，对于生殖、内分泌、泌尿等多个系统的癥瘕积聚类疾病均有较好的临床疗效。

4　验案举隅

患者，男，49 岁，2021 年 1 月 14 日初诊。主诉：6 年前（2014 年）体检发现尿检异常：隐血（＋＋），尿蛋白阳性，无明显浮肿，至当地医院多次治疗，具体用药不详，复查尿常规示尿蛋白（＋～＋＋），隐血（＋＋＋）。3 年前来我院肾病科门诊，查尿常规示：蛋白（＋～＋＋＋），潜血（＋＋＋），红细胞 20.78 μL^{-1}，24 小时蛋白 0.4 g，诊断为"尿蛋白异常待查，IgA 肾病"，给予雷公藤多苷片、厄贝沙坦、百令胶囊、海昆肾喜胶囊、黄葵胶囊等药治疗 2 个月，效不佳，雷公藤多苷片加至 80 mg·d^{-1}，口服 1 个月尿蛋白转阴，雷公藤多苷片口服至 2017 年 2 月停用。2017 年 3 月患者外感后出现肉眼血尿，查尿常规示蛋白（＋），潜血（＋＋），红细胞 134.5 μL^{-1}，24 小时蛋白 0.5 g，予贝那普利及中药口服后，尿蛋白降至 0.15～0.40 g，潜血（＋＋），红细胞 2～5/HP 后停用药物观察。2019 年 3 月 26 日，患者发现小便混浊、泡沫多，复查尿常规：尿蛋白（＋＋），隐血（＋＋＋），红细胞 11.7 μL^{-1}，24 小时蛋白定量 0.8 g，给予贝那普利及雷公藤多苷片 30 mg 口服，每日 3 次，服用 1 个月余尿蛋白转阴，潜血（＋＋），红细胞 17.4 μL^{-1}，雷公藤多苷片服用 80 mg，每日 1

次至今(期间尿蛋白好转停用 1 个月),近 1 年患者未复诊,继续雷公藤多苷片口服,未规律监测尿检变化。因患者病史长,病情反复,2021 年 1 月 12 日入院行肾穿刺活检术示:IgA 肾病(Ⅴ级,M1E0S1T1C0,小球废弃 57.57%、节段硬化 0.03%,小管间质中度慢性病变)。刻下症:患者形体瘦弱,面色黧黑,发落齿槁,不耐劳力,四肢不温,不耐寒热,纳可,夜间易醒,盗汗,小便量可、混浊、泡沫多,大便干,舌暗淡,苔白滑,舌下脉络瘀血,脉弱涩,尺脉尤甚。西医诊断:(1)IgA 肾病(Ⅴ级);(2)慢性肾脏病 2 期;(3)高甘油酸酯血症;(4)单纯肾囊肿;中医诊断:肾浊病(肾精亏损,阳虚血瘀证)。治以补肾益精,温阳活血,处方:桂枝 10 g,茯苓 12 g,牡丹皮 10 g,白芍 15 g,桃仁 10 g,淡附片 9 g,酒山茱萸 12 g,熟地黄 18 g,山药 30 g,泽泻 15 g,当归 20 g,仙鹤草 15 g,炙黄芪 30 g,酸枣仁 20 g,合欢皮 18 g,煅龙骨 30 g,煅牡蛎 15 g。14 剂,每日 1 剂,水煎分三次服用。继服雷公藤多苷片、羟氯喹、阿托伐他汀、非布司他、阿魏酸哌嗪片。

2021 年 1 月 29 日二诊:患者服上方后,精神状态较前改善,夜间睡眠改善,无盗汗,尿蛋白(++),潜血(++),舌暗淡,苔白,舌下脉络瘀血,脉细涩。调整上方:桂枝 15 g,茯苓 12 g,牡丹皮 10 g,白芍 15 g,桃仁 10 g,淡附片 9 g,酒山茱萸 12 g,熟地黄 18 g,山药 30 g,泽泻 15 g,当归 12 g,川芎 12 g。14 剂,每日 1 剂,水煎分三次服用。

2021 年 2 月 12 日三诊:患者体力活动基本恢复正常,形体逐渐充盛,掉发症状改善,纳眠可,小便仍有泡沫,大便正常,舌尖红,苔白腻,脉弦细。调整上方:桂枝 15 g,茯苓 12 g,牡丹皮 10 g,白芍 15 g,桃仁 10 g,丹参 15 g,山药 15 g,当归 15 g,川芎 12 g,鸡内金 10 g,蒲公英 10 g,黄连 3 g,枳壳 6 g。每日 1 剂,水煎分三次服用。

至 2024 年 10 月 26 日,患者 2 个月复诊一次,中药继以上方桂枝茯苓丸加减,西药同上,雷公藤多苷片逐渐减量至 30 mg。期间因外感调整中药,予银翘散合桂枝茯苓丸加减,外感痊愈后继服前方。患者精神状态良好,体力活动逐渐恢复,纳眠可,大便正常,小便仍浑浊。近 2 年来患者血压、尿蛋白、潜血、肌酐以及 GFR 等指标较稳定,收缩压 120 ~ 134 mm Hg,舒张压 86 ~ 90 mm Hg,尿蛋白(+ ~ ++),潜血(+ ~ ++),24 小时尿蛋白 0.5 ~ 0.8 g,血肌酐稳定在 113 ~ 151 μmol · L^{-1},GFR 80 ~ 85 mL · min^{-1},慢性肾脏病未进展至 3 期。随后停服中药,于 2024 年 10 月 26 日加服他克莫司 0.5 mg,继续观察。

按语:患者病情反复,病理类型较重,为肾小球重度弥漫性系膜细胞增殖和基质硬化,伴肾小球废弃、缺血皱缩、坏死、新月体形成、肾小管萎缩,基于藏象理论,此象属肾内癥积,结合患者形体瘦弱,面色黧黑,发落齿槁,不耐劳力,四肢不温,不耐寒热,夜间易醒,盗汗,小便混浊,泡沫多,大便干,舌暗淡,苔白滑,舌下脉络瘀血,脉弱涩,辨证为肾精亏损,阳虚血瘀证。患者肾病日久,耗伤肾精,阴阳两虚,“积之始生,得寒乃生”,痰湿瘀血互结为积,与寒邪关系密切,阳虚则内寒,寒主收引,其性凝滞,气血循行无力,气停则水聚为痰湿,血停则瘀阻脉络,痰湿瘀血互结于肾脏,形成肾内癥积之象;癥积日久,又加重气血运行受阻的状态,不能濡养脏腑,痰湿瘀血等病理产物不能代谢,不断堆积于体内,郁而化热,加重肾精的耗竭,形成恶性循环。治疗当以补益肾精,温阳活血为治法,同时注意兼清郁热。因患者病情复杂,需长期服药,应先扶助正气,待肾精逐渐恢复,患者形体和精神状态逐渐改善后,转而以温阳活血,缓消癥积为主,以消除肾内癥积。选方先以桂枝茯苓丸和八味肾气丸为主,补肾填精,通脉活血,配合黄芪、仙鹤草、酸枣仁等药物补益气血,养心安神,以达到“阴中求阳,阳中求阴”“补血不留瘀,祛瘀不伤正”的治疗目的。后期随着患者肾精的充足,正气恢复,形体逐渐壮实,发落齿槁、不耐劳力等症状逐步缓解,阳气不断充足的同时,为癥积郁而化热提供了生理条件,此时在选取桂枝茯苓丸温通血脉,缓消癥积的基础上少入蒲公英、黄连助牡丹皮清郁热之效。方中配伍芍药、桃仁、牡丹皮、茯苓、白蜜,祛湿与活血同施,养血与祛瘀共效,随证加减,延缓了患者 IgA 肾病所致慢性肾脏病的进展,改善了患者生存质量。

5　结语

IgA 肾病后期肾脏病理改变严重,西医尚无特异性治疗方法,激素或免疫抑制剂等常规治疗手段难以延缓 IgA 肾病患者慢性肾衰竭的进展,且药物不良反应较大。根据中医“藏象”学说的层级思想,将肾小球缺血、萎缩、硬化以及新月体形成归属于中医“癥瘕积聚”范畴,明晰《黄帝内经》所提出的“积之始生,得寒乃生”理论,将温阳散寒贯穿治疗始

终。选取桂枝茯苓丸为主方，通过其温阳化瘀、化气行水的作用缓消癥积，达到祛瘀不伤正，养血不留瘀的治疗目的，为 IgA 肾病的防治提供新启发。但临证时应以辨证论治为准则，随症加减，根据患者的体质状况，适当调整方中温阳气、化瘀血、扶正气、散郁热的药物比例，不可偏执一方。

参考文献：

[1]王芳，丁洁. 原发性 IgA 肾病诊治循证指南（2016）解读[J]. 中华儿科杂志，2017，55（9）：652－653.
[2]江载芳，申昆玲，沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 8 版. 北京：人民卫生出版社，2015.
[3]魏明刚，熊佩华，孙伟，等. 加味当归补血汤调节 IgA 肾病肾虚血瘀证患者细胞因子的临床研究[J]. 北京中医药大学学报，2015，38（8）：573－576.
[4]张霞，徐闪闪，王龙，等. 清热止血方联合雷公藤多苷对过敏性紫癜性肾炎血清源性多聚 IgA 诱导内皮损伤的保护作用及对 NF－κB 通路的影响[J]. 北京中医药大学学报，2017，46（7）：970－979.
[5]李宇迪，徐炎，李东林，等. 国医大师丁樱活血化瘀法论治 IgA 肾病的经验总结[J]. 中国中医药现代远程教育，2024，22（15）：58－61.
[6]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.
[7]张冬寒，翟文生，何改丽，等. 基于“寒气生浊”理论探讨温阳化浊法治疗顽固性过敏性紫癜[J]. 时珍国医国药，2024，35（6）：1449－1451.
[8]王子卓，吴圣贤，杜雅薇. 试述“寒气生积”[J]. 辽宁中医杂志，2024，51（9）：37－41.
[9]SUZUKI H，NOVAK J. IgA glycosylation and immune complex formation in IgAN[J]. Semin Immunopathol，2021，43（5）：669－678.
[10]史彬，赵景新，晏铭洋，等. IgA 肾病患者血清 Gd－IgA1 与 Th 淋巴细胞亚群变化及临床病理特点的相关性分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2024，25（9）：772－777.
[11]张会健，徐映雪，汪伟，等. Plexin－B2 及其配体变化在 IgA 肾病病情分析中的意义[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志，2024，33（5）：401－407.
[12]洪健峰，吕静，杨冠琦. 基于足细胞损伤探讨中医药干预治疗 IgA 肾病研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报，1－8[2024－11－20]. https://link.cnki.net/urlid/21.1543.r.20241119.1401.006.
[13]徐鹏，杨霓芝. 从络病理论探讨肾脏纤维化的病机与治疗策略[J]. 新中医，2010，42（11）：1－3，7.
[14]尚洁琼，王世荣. 王世荣从“络”论治 IgA 肾病经验[J]. 中医药临床杂志，2022，34（5）：839－843
[15]高敏，丁樱，吴瑞红，等. 基于“肾络癥瘕”探讨 800 例过敏性紫癜性肾炎儿童肾脏微观血瘀证与肾脏病理分级及相关理化指标的关系[J]. 北京中医药大学学报，2024，47（1）：97－106.
[16]郝千莹，李平，林恬恬，等. 基于“肾之积”理论探讨温肾化瘀消积法治疗原发性醛固酮增多症[J]. 北京中医药大学学报，2022，45（3）：301－306.
[17]张骞文，杜晴，王月，等. 桂枝茯苓丸治疗多囊卵巢综合征的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2024，30（20）：219－229.
[18]陈姣，桂在智，颜怀江，等. 桂枝茯苓丸缓解子宫内膜异位症大鼠疼痛的作用与机制研究[J]. 时珍国医国药，2020，31（10）：2305－2308.
[19]马文文，牟一凡，刘芳媛，等. 基于信号通路探讨桂枝茯苓丸治疗卵巢癌的研究进展[J]. 中华中医药学刊，2024，42（4）：189－193.
[20]石雅馨，王新，张乘源，等. 经方桂枝茯苓丸“异病同治”任脉癥瘕类疾病的网络药理学研究[J]. 世界科学技术：中医药现代化，2021，23（6）：1867－1877.
[21]蒋希羽，林少敏，房广庆，等. 基于 Nrf2/ARE 信号通路探讨桂枝茯苓丸对糖尿病小鼠氧化应激因子及肾纤维化的机制[J]. 中国实验方剂学杂志，2024，30（18）：43－51.
[22]史宝雷. 加味桂枝茯苓丸治疗血瘀型多囊肾病的临床疗效观察[D]. 哈尔滨：黑龙江中医药大学，2019.
[23]康晴，冷锦红. 从化瘀法探讨加味桂枝茯苓丸对糖尿病及并发症的影响[J]. 中医药临床杂志，2024，36（7）：1230－1234.
[24]方宏图. 桂枝茯苓丸合方治疗慢性肾功能不全验案举例[J]. 浙江中医杂志，2013，48（7）：534－535.

收稿日期：2024－12－15

作者简介：许济祥（2002－），男，河南汤阴人，大学本科，研究方向：中医药防治小儿风湿免疫及肾脏疾病。
通信作者：张霞，女，医学博士，主任医师，研究方向：中医药防治小儿风湿免疫及肾脏疾病。E－mail：zhangxia0600@163.com

编辑：孙铮