基于《黄帝内经》肾实证理论探析糖尿病肾脏病证治

赵婧文[1], 赵文景[1], 张正媚[2], 申子龙[1*]

(1. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010; 2. 北京中医药大学附属护国寺中医医院, 北京 100035)

摘要 糖尿病肾脏病为糖尿病微血管并发症之一, 是导致终末期肾脏病的重要原因。该病起于糖尿病治不得法, 热伤气阴, 久病入络, 在气阴两虚或阴阳俱虚基础上, 风邪、瘀血、水湿、湿热、浊毒等病理因素相互影响, 肾之络脉瘀阻, 形成“微型癥瘕”, 最终导致肾体衰败, 肾元虚衰。《黄帝内经》肾实证理论对糖尿病肾脏病的治疗具有较好的指导意义, 基于此, 我们总结了祛风通络、清热利湿、益气滋肾通络、活血消癥、温肾利水、泄浊解毒、辛润通阳温肾等治法治疗该病, 以期为临床治疗提供参考。

关键词 黄帝内经; 肾实证; 糖尿病肾脏病

中图分类号: R256.5 **文献标识码**: A **文章编号**: 1002 - 2392(2025)11 - 0050 - 05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250230

糖尿病肾脏病(diabetic kidney disease, DKD)是指由糖尿病所致的慢性肾脏病, 临床主要以持续性白蛋白尿和(或)肾小球滤过率进行性下降为特征, 后期可表现为水肿、肾性高血压等[1]。随着糖尿病患病率的逐年提升[2], DKD 的患病率也随之升高, 在世界范围内已成为导致终末期肾脏病的主要原因之一, 我国 2 型糖尿病患者的 DKD 患病率为 21.8%[3], 给社会经济发展带来沉重的负担。延缓 DKD 的进展, 减少终末期肾脏病等终点事件的发生, 提高患者生存质量, 一直是国内外医学专家研究的热点和难点。

DKD 属于中医学“消渴病肾病”范畴, 其临床表现与中医古籍文献记载的“肾消”“水肿”“关格”等论述相关。宋代医家钱乙提出“肾主虚, 无实证”的学说, 众多医家多从肾虚论治肾脏病, 但关于“肾实证”的论述早在《黄帝内经》就有多处记载, 如“肾壅”“肾满”“肾胀”等。肾实证根据病因和临床表现不同, 可分为单纯肾实证和虚实夹杂证, 临床需加以鉴别。单纯肾实证可源于外邪直中或本脏自病或他脏及肾, 并无虚象; 虚实夹杂证多由内伤劳倦所致, 因虚致实, 或由单纯肾实证发展而来, 因实致虚, 虚实兼见。本虚标实证中之“标实”从广义角度可归于“肾实证”范畴。结合现代中医临床, DKD 多按气虚或阴虚、气阴两虚、阴阳两虚的规律动态发展, 并兼夹瘀血、水湿、痰浊、湿热等标实证[4]。临床基于《黄帝内经》肾实证理论论治 DKD, 取得了较好疗效, 现将思路介绍如下。

1 《黄帝内经》肾实证理论概述

《素问·调经论》曰:“百病之生, 皆有虚实”, 指出五脏病变皆有虚实, 肾脏病变固然也有虚实之分。《灵枢·本神》曰:“肾藏精, 精舍志, 肾气虚则厥, 实则胀, 五脏不安”,《灵枢·胀论》曰:“肾胀者, 腹满引背央央然, 腰髀痛”, 此为下焦寒邪逆上, 营卫不和, 发为肾胀, 明确提出“肾气实”可出现胀满、腰痛、五脏不安之状。《素问·平人气象论》曰:“冬胃微石曰平, 石多胃少曰肾病”, 又言:“病肾脉来, 如引葛, 按之益坚, 曰肾病”, 概述肾病之脉象;《灵枢·胀论》中提出了肾实脉象, “其脉大坚以涩者, 胀也”, 由此可略知肾实之脉症。

宋代医家钱乙在《小儿药证直诀》中提出了“肾主虚, 无实证”。《素问·五脏别论》曰:“五脏者, 藏精气而不泻也, 故满而不能实。”《素问·六节藏象论》曰:“肾者, 主蛰, 封藏之本”。肾为先天之本, 主封藏, 固守精微, 临床常见肾气亏虚、肾阳亏虚、肾阴亏虚等证型, 故后世医家依从“肾无实证”理论, 治肾纯补而无泻。但结合《素问·上古天真论》所言“丈夫八岁, 肾气实, 发长齿更”, 吴鞠通于《温病条辨》中提出的小儿“稚阳未充, 稚阴未长”、明代医家万全于《育婴家秘》提出的“心肝常有余、肺脾肾常不足”等生理特点, 推测钱乙所言“肾无实证”是针对小儿, 治疗多可选用补法。随着年龄的增长, 形气渐充, 加之内外之邪, 久则易变生他病, 故不可将小儿的生理特点推及其他年龄

收稿日期: 2024 - 11 - 14 **修回日期**: 2025 - 06 - 03

基金项目: 北京市属医院科研培育计划项目(pZ2023021); 国家中医药管理局国医大师传承工作室和全国名中医传承工作室建设项目; 北京市中医管理局资助项目

作者简介: 赵婧文(1999 -), 女, 博士研究生, 研究方向: 中医药防治糖尿病肾脏病临床及基础研究。

* **通信作者**: 申子龙(1989 -), 男, 副主任医师, 博士, 研究方向: 中医药防治慢性肾脏病研究。

段,以偏概全,另有医者认为此处应为“肾主虚,少实也”[5]。

2 基于《黄帝内经》肾实证理论对 DKD 病因病机的认识

《素问·通评虚实论》曰:“邪气盛则实,精气夺则虚”。肾实证是指邪气积聚肾脏所表现的一系列病证,范围较为广泛。《黄帝内经》中有关肾实证的病因可分为外感和内伤两方面[6]。外感多因风、寒、湿、热等外邪打破了阴平阳秘的生理状态,气机不通,则五脏六腑皆可为患。如《素问·风论》曰:“以冬壬癸中于邪者为肾风……肾风之状,多汗恶风,面痝然浮肿,脊痛不能正立,其色炲,隐曲不利,诊在肌上,其色黑”,指出肾伤于风邪,则病肾风,临床可见水肿、腰痛、面色黧黑等症。《素问·至真要大论》曰:“湿气大来,土之胜也,寒水受邪,肾病生焉”,指出湿盛则肾水被克,继而可导致肾病。《素问·痿论》云:“有所远行劳倦,逢大热而渴,渴则阳气内伐,内伐则热舍于肾”,劳倦过度,又感受热邪,邪热入肾,水不胜火,亦可伤及肾脏。《素问·五脏生成》曰:“黑脉之至也,上坚而大,有积气在小腹与阴,名曰肾痹,得之沐浴清水而卧”,《素问·痹论》载:“肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头”,指出寒邪伤肾,可致肾痹,表现为水肿。

内伤所致肾实证还可由本脏自病,如《素问·水热穴论》曰:“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也。上下溢于皮肤,故为胕肿。胕肿者,聚水而生病也”,指出肾主水液,若肾气化功能失常,水液停于皮下则为水肿。或由他脏之邪相传,寒热相移,而致肾实,如《素问·气厥论》曰:“肺移寒于肾,为涌水;涌水者,按腹不坚,水气客于大肠,疾行则鸣濯濯如囊裹浆,水之病也”,又载:“肺移热于肾,传为柔痓”。五脏六腑气机失调,皆可互相影响为病。

《黄帝内经》肾实证理论与 DKD 临床表现相合,其治则治法可资借鉴。DKD 起于糖尿病治不得法,热伤气阴,久病入络,在气阴两虚或阴阳俱虚基础上,风邪、水湿、湿热、瘀血、浊毒等互为影响,肾之络脉瘀阻,形成“微型癥瘕”[7-8],为 DKD 缠绵难愈的主要原因,最终肾元虚衰,肾体衰败。DKD 早期肾气、肾阴亏虚,气化失司,三焦决渎失常,水液输布障碍,溢于肌肤而成水肿;水液不行,酿生湿浊,湿性黏滞,郁而化热,湿与热结,变生湿热,阻滞气机,血行愈发凝滞,终致瘀血内阻。《素问·痿论》云:“肾主身之骨髓”,肾为先天之本,肾藏精,主骨生髓,髓生血,肾病则肾精亏损,血液化生乏源,导致血虚。阴虚、热盛、血虚皆可生风,即“内风”,伏于肾络而致病。DKD 进展至中期,微型癥瘕形成,肾体受损,至晚期肾元衰败,湿浊、湿热、瘀血胶结,酿为浊毒,五脏六腑皆不得安,均可受邪而为病,其病理产物又可成为致病因素而加剧病情。浊毒侵犯胃肠,可见恶心、呕吐、便秘,其上犯清窍,则可见神昏谵语,最终败坏脏腑,耗伤气血,阻滞气机升降出入,阴阳失衡,终成关格危候。正如孙思邈于《千金方》中所言“肾邪实,则精血留滞而不通”,“虚、湿、浊、瘀、毒”是 DKD 中晚期的病机特点,肾络瘀阻、浊毒内蕴是其发生、发展的病机关键,也是贯穿疾病始终的病理因素。

3 肾实证理论对 DKD 治法的指导

3.1 祛风通络法

风邪易袭阳位,肾主水,肾病则水湿泛溢头面肌肤而成水肿。《素问·评热病论》载:“有病肾风者,面胕痝然,壅害于言”。赵进喜教授在临床中观察到 DKD 患者还具有皮肤瘙痒、腿脚抽筋等“风毒”“内风”的表现,认为其为久病入络、风邪伏络所致,在益气化瘀散结的同时,重视祛风通络治法,在 DKD 早期治疗中多选用祛风通络药,常用青风藤、海风藤、络石藤、钩藤、穿山龙、威灵仙、防风之类,同时选用虫类搜风通络药,如全蝎、蜈蚣等[9]。

3.2 清热利湿法

《素问·刺热》曰:“肾热病者,先腰痛骶酸,苦渴数饮,身热”,《素问·痿论》曰:“肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿”。腰为肾之府,肾主骨生髓,肾内蕴实热则腰痛,煎灼津液则苦渴数饮;湿性重浊黏腻,湿热不去,蛋白难消。周仲瑛教授认为 DKD 在肝肾不足、气阴两虚的基础上,湿热、燥热、瘀热、痰热互结,煎灼阴液,损及肾络,则见蛋白尿,针对上述“四热”,结合不同病位,分别选用玉女煎、清燥救肺汤、白虎加人参汤,王氏连朴饮、二妙丸,桃核承气汤、犀角地黄汤,清金化痰汤等诸方加减,清除肾络之热[10]。余江毅教授认为湿热致瘀是 DKD 肾脏纤维化的主要病机,并提出治疗时清利湿热以祛瘀,同时加以扶正,根据临床表现分为湿热并重、湿重于热、热重于湿,擅用黄蜀葵花清热利湿解毒[11]。清热利湿法常用于 DKD 早中期,以三仁汤为代表方,药物常选用苦杏仁、豆蔻、生薏苡仁、滑石、黄蜀葵花、白花蛇舌草等。

3.3 益气滋肾通络法

《灵枢·经脉》曰:“肾,足少阴之脉……为此诸病,盛则泄之,虚则补之”。《素问·阴阳应象大论》言:“其实者,散而泻之。”张炳厚教授认为肾具有“精易耗,阴常虚”的特点,慢性肾脏病病机属本虚标实,虚实夹杂之证,以虚证为主,本虚以肾阴虚证最为常见,亦有肾

阳虚、肾气阴两虚、肾阴阳两虚等，尤重滋补肾阴法；标实证皆为兼夹证候，不同虚证均可兼湿热、水湿、血热、瘀血、浊毒等症候表现[12]，并提出“顺其性即为补，补其正即为顺”的原则[13]，创制“补肾八法”，包括缓补、峻补、清补、温补、通补、涩补、阴阳双补、间接补法。其中通补法是指在补药中加入活血、利水等疏通之药，以泻为补；清补法为阴虚兼有热象者而设，于滋阴中加以清热药。赵文景教授在此基础上，认为脾肾气阴两虚、肾络瘀阻为 DKD 的基本病机，提倡应用益气滋肾通络法治疗 DKD，“补虚不忘泻实”，倡导“以泻为补”，在滋补肾阴治疗肾虚之本时，将活血化瘀通络贯穿治疗始终，使瘀血祛，新血生，疾病向愈；另外，赵文景教授认为 DKD 早期为因实致虚，可由湿热耗损气阴，伤及脾肾，重视清热利湿法；后期因虚致实，脾肾气阴两虚，浊邪内生，注重补脾固精、滋养肾阴的同时化瘀通络、泄浊解毒[14]。益气滋肾通络法常用于 DKD 早中期，代表方为张炳厚教授之通补地龟汤，药物常选用熟地黄、龟板、黄芪、牛膝、刘寄奴、水蛭等。温肾利水法常用于 DKD 中晚期，临床可选用济生肾气丸或真武汤加减，药物常用炮附子、肉桂、茯苓、车前子、川牛膝等。

3.4 活血消癥法

气血以流通为贵。《素问·阴阳应象大论》曰：“血实宜决之。”《素问·汤液醪醴论》曰：“平治于权衡，去菀陈莝，微动四极，温衣，缪刺其处，以复其形。”国医大师吕仁和教授提出“肾络微型癥瘕”理论，分期论治 DKD，认为消渴病日久，耗伤气阴，气血不行，痰、湿、热、郁、瘀互结为癥瘕积聚，聚于肾络，肾脏受损，继而五脏俱病，终致危证[8]。肾络宜养宜通，治以活血化瘀、消癥散结，兼以平补肾气血阴阳以扶正。活血消癥治法常用于 DKD 中晚期，代表方桃红四物汤、抵挡汤加减[15]。药物常选用生牡蛎、海藻、鳖甲、丹参、鬼箭羽、三棱、莪术等，亦可选用藤类药，既能入肾络，引药直达肾经，又能养血活血、化瘀通络，如青风藤、鸡血藤之类，还可祛风通络，搜风剔邪，如雷公藤、海风藤等[16]。

3.5 温肾利水法

《黄帝内经》中关于水肿的病名有“风水”“石水”“溢饮”等。《灵枢·邪气脏腑病形》指出肾脉“微大为石水，起脐以下至少腹腫腫然”。《素问·生气通天论》曰：“因于气为肿，四维相代，阳气乃竭”。阳虚无以化气，气虚无以推动水液运行则发为水肿。《素问·汤液醪醴论》提出了“开鬼门，洁净府”的治疗方法。王淑兰等[17]在临床上发现Ⅳ期 DKD 患者出现了阳气虚衰的证候，应用加味真武汤能明显改善患者的临床症状，认为该阶段以脾肾阳虚为本，水湿内聚为标，治以健脾补肾、补阳利水。

3.6 泄浊解毒法

《灵枢·阴阳清浊》提出“受谷者浊，受气者清”“诸阴皆清”，肾为清脏，若肾病升降失常，浊毒内生而为逆也。王耀献教授针对 DKD 晚期肾络微型癥瘕形成，浊毒内生的病机，提出泄浊消癥法，此法基于“内热致癥”理论，可从保护肾功能、降低热证积分方面证实其临床疗效[18]。刘启秀认为浊瘀内阻贯穿 DKD 始终，并将 DKD 分为气阴两虚、阳虚水泛、阴阳两虚三型，以益气养阴、温阳利水、阴阳双补法分型施治，兼化瘀泄浊[19]。张炳厚教授常用土茯苓 30 g，土大黄 30 g 合用，即二土汤作为基本方用于 DKD 中晚期各个阶段，渗湿化浊，利湿解毒[20]。泄浊解毒法常用于 DKD 中晚期，药物常选用大黄、元明粉、土茯苓、土大黄、蕲蘚、石韦等。

3.7 辛润通阳温肾法

《素问·脏气法时论》曰：“肾苦燥，急食辛以润之，开腠理，致津液，通气也”。赵文景教授认为“肾燥”为阴精亏虚与阳不化精同时存在，临床可用加味四君地龟汤辛润通阳温肾，治疗 DKD 终末期表现为肾阴阳两虚之肾水不足、肾阳衰惫所致真阴凝结、津液不布之证，药物常用党参、炒白术、茯苓、生黄芪、鹿角霜、龟板、熟地黄、覆盆子、菟丝子、莲须、当归、青风藤、穿山龙、白花蛇舌草等[21]。

4 典型医案

董某，男，46 岁。2021 年 7 月 27 日初诊。主诉尿中泡沫增多 10 年，血肌酐升高 25 天。患者 10 年前发现尿中泡沫增多，未予系统诊治。5 年前于北京京煤集团总医院诊断为糖尿病肾脏病，尿常规示尿蛋白阳性（具体不详），间断口服雷公藤多苷片20 mg/次，每日 3 次治疗。2019 年自行停用雷公藤多苷片，停用后未监测尿常规及肾功。25 天前于北京燕化医院查尿常规示尿蛋白(3 +)，尿潜血(1 +)，尿糖(1 +)，血生化示血肌酐203.6 μmol/L，24 小时尿蛋白定量 8.09 g/24 h，24 小时尿量2 500 mL，双肾 B 超不详，诊断为慢性肾脏病 3a 期。7 天前复查 24 小时尿蛋白定量 6.2 g/24 h，血生化示血肌酐 230 μmol/L，尿素 14.48 mmol/L，尿酸 433 μmol/L，白蛋白 37.9 g/L。现症见泡沫尿，双下肢水肿，倦怠乏力，偶有头晕，无头痛，视物模糊，耳鸣，皮肤瘙痒。纳可，眠欠安，大便调。舌质暗，苔白腻，舌下络脉迂曲，脉弦涩。既往2 型糖尿病病史 17 年，2 型糖尿病性视网膜病变。高血压病史 12 年，冠状动脉粥样硬化性心脏病病史 10 年。辅

助检查：eGFR 24.8 mL/min^{-1}·1.73 m^{-2}，血肌酐 261 μmol/L，24 小时尿蛋白定量 5 g/24 h，24 小时尿量2 400 mL。西医诊断：慢性肾脏病 4 期、糖尿病肾脏病 G4A3 期；中医诊断：消渴病肾病，气虚血瘀，水湿内停，浊毒内蕴证。治法：益气活血，利湿解毒。处方：生黄芪 30 g，当归 10 g，川芎 15 g，丹参 30 g，茯苓 30 g，茯苓皮30 g，土茯苓 30 g，土大黄 30 g，穿山龙 15 g，青风藤 15 g。14 剂，水煎服，早晚分服。

2021 年 8 月 18 日二诊。服上方后，下肢水肿明显改善，尚有泡沫尿，阴囊潮湿。辅助检查：血肌酐 218 μmol/L，24 小时尿蛋白定量 3.42 g/24 h，24 小时尿量 3 000 mL。舌质淡暗，苔薄黄腻，脉沉。前方去茯苓、茯苓皮，加鬼箭羽 15 g，白花蛇舌草 30 g。14 剂，煎服法同前。

2021 年 9 月 1 日三诊。服上方后，阴囊潮湿减轻，泡沫尿减少，大便偏干。加熟大黄 10 g，14 剂，煎服法同前。后上方随症加减。2022 年 10 月 29 日复查肾功能：血肌酐 185 μmol/L，24 小时尿蛋白定量 1.87 g/24 h。定期随访至今，病情稳定。

按：患者 2 型糖尿病病史超过 10 年，2 型糖尿病性视网膜病变，目前大量蛋白尿，血肌酐升高，eGFR24.27 mL/min^{-1}·1.73 m^{-2}，临床诊断糖尿病肾脏病 G4A3 期，属于中医消渴病肾病范畴，病性为本虚标实。患者倦怠乏力，为气血亏虚之象；下肢水肿考虑肾气亏虚，膀胱气化失司，水湿内停，外溢肌肤所致；舌质暗，舌下络脉迂曲，脉弦涩为血瘀之征；皮肤瘙痒，考虑为湿毒表现，治以益气活血、利湿泄浊之法。方中用生黄芪补气，《药性赋》云："黄芪，味甘，气温，无毒。升也，阳也。其用有四：温分肉而实腠理，益元气而补三焦，内托阴证之疮疡，外固表虚之盗汗"，可见黄芪不仅可以健脾益气，尚可"益元气而补三焦"；当归、川芎、丹参活血通脉，《神农本草经》载："丹参治心腹邪气，肠鸣幽幽如走水，寒热积聚，破癥除瘕"，指出丹参尚可破癥除瘕，以消肾之络脉"微型癥瘕"，体现活血消癥之法；茯苓、茯苓皮利水消肿，土茯苓、土大黄利湿解毒；青风藤、穿山龙则针对肾络伏邪，祛风除湿通络。

二诊时患者下肢水肿明显减轻，故去茯苓、茯苓皮以防利水伤阴太过，同时治以活血消癥、清热利湿为法，加鬼箭羽破血消癥，白花蛇舌草清热利湿。阴囊潮湿和舌苔黄腻是湿热之象，山西名老中医孙郁芝教授认为"湿热之邪无论受之于外，还是由内而生，既成之后，留滞体内。湿热稽留阻遏气机，气机不畅，血运受阻，脉络为之阻滞；或热邪偏盛，热伤血络，血溢脉外；或湿热伤阴耗气，则血运迟缓无力等，均可导致瘀血的发生，而瘀血内停，与湿热交阻，每使病情加重"[22]，因此要重视清热利湿和活血化瘀的应用。

三诊，加熟大黄，有四层用意，其一，泻热通便；其二，活血化瘀；其三，泄浊解毒；其四，祛邪扶正。正如《神农本草经》所言"大黄主下瘀血，血闭，寒热，破癥瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷之道，调中化食，安和五脏"，"推陈致新"即有泄浊解毒、祛邪扶正之意。诸药并用，虚实并治，尤其针对"肾实"之邪，利水消肿、活血消癥、祛风通络、清热利湿、泄浊解毒，诸法并用，故取得良效。

5 结论

综上所述，基于《黄帝内经》肾实证理论，肾脏有虚证，亦有实证，在临床中治疗 DKD 可在补虚的基础上，针对风邪、水湿、湿热、瘀血、浊毒等病理因素，治以祛风通络、清热利湿、益气滋肾通络、活血消癥、温肾利水、泄浊解毒、辛润通阳温肾等法，损有余，补不足，审证求因，依据患者具体情况辨证用药。

参考文献：

[1] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 中国糖尿病肾脏病防治指南(2021 年版)[J]. 中华糖尿病杂志，2021，13(8)：762－784.

[2] DENG W Z，ZHAO L，CHEN C，et al. National burden and risk factors of diabetes mellitus in China from 1990 to 2021：Results from the Global Burden of Disease study 2021[J]. J Diabetes，2024，16(10)：e70012.

[3] ZHANG X X，KONG J，YUN K. Prevalence of diabetic nephropathy among patients with type 2 diabetes mellitus in China：a meta－analysis of observational studies[J]. J Diabetes Res，2020，2020：2315607.

[4] 中华中医药学会，北京中医药大学东直门医院，北京中医药大学，等. 糖尿病肾脏疾病中西医结合诊疗指南[J]. 北京中医药大学学报，2024，47(4)：580－592.

[5] 张李博，付夜平，鞠宝兆.《黄帝内经》"肾实"理论探析[J]. 中国中医基础医学杂志，2024，30(9)：1445－1448.

[6] 程孟祺，吴玲，喻艳艳，等.《内经》肾实证理论探析[J]. 江苏中医药，2018，50(5)：7－9.

[7] 孙霄，肖遥，孙一珂，等. 基于"微型癥瘕"理论探讨糖尿病肾病的分期论治[J]. 中医药学报，2023，51(11)：91－95.

[8] 董超，王子辰. 基于吕仁和"肾络微型癥瘕"理论治疗糖尿病肾脏病体悟[J]. 中医药临床杂志，2022，34(9)：1627－1631.

[9] 黄学民，赵进喜，张亚欣. 论糖尿病肾病疏风通络治法及其抗炎抗免疫损伤作用[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版)，2012，19(1)：44－46.

[10] 苏克雷，朱垚，郭立中. 国医大师周仲瑛治疗糖尿病肾病经验[J]. 中华中医药杂志，2012，27(11)：2854－2857.

[11] 刘苏，刘敬顺. 余江毅从湿热致瘀论治糖尿病肾脏病的经验[J]. 江苏中医药，2018，50(4)：21－23.

[12] 赵文景，蔡朕，孟元，等. 张炳厚滋补肾阴法在治疗慢性肾脏病中的应用[J]. 北京中医药，2016，35(4)：341－343.

[13] 赵文景. 张炳厚学术思想与临床经验总结及应用虫类药治疗痛证

与慢性肾炎蛋白尿的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2011.
[14] 郭弋凡,崔方强,孙雪艳,等. 益气滋肾通络法治疗糖尿病肾脏病探讨[J]. 北京中医药,2020,39(11):1154 - 1156.
[15] 中国中西医结合学会内分泌专业委员会糖尿病肾脏病专家委员会,中国微循环学会中医与微循环专业委员会. 糖尿病肾脏病中西医结合防治专家共识(2023 版)[J]. 中华糖尿病杂志,2023,15(8):690 - 702.
[16] 龙利,金劲松. 基于"肾络微型癥瘕"学说探讨藤类药在糖尿病肾病中的运用[J]. 吉林中医药,2024,44(9):1006 - 1009.
[17] 王淑兰,邹艳萍,杨华. 加味真武汤治疗Ⅳ期脾肾阳虚型糖尿病肾病临床研究[J]. 南京中医药大学学报,2016,32(3):220 - 223.
[18] 杨涵雯,王耀献,吴巧茹,等. 泄浊消癥法治疗晚期糖尿病肾脏病的临床研究[J]. 中国全科医学,2022,25(26):3252 - 3257,3262.
[19] 刘启秀,方朝晖. 基于化瘀泄浊法的分型论治在糖尿病肾病中的应用[J]. 中医药临床杂志,2022,34(8):1409 - 1413.
[20] 王禹霖,刘梦超,郑冰洁,等. 名中医张炳厚从瘀论治慢性肾脏病经验撷英[J]. 陕西中医,2023,44(11):1602 - 1605.
[21] 刘志强,孟嫣,王玉锋,等. "肾苦燥,急食辛以润之"在 2 型糖尿病肾病Ⅲ - Ⅳ期治疗中的应用[J]. 北京中医药,2018,37(11):1027 - 1030.
[22] 王晞星. 甲子回眸:山西省中医院建院 60 周年学术传承经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:6 - 7.

Exploration of Diabetic Kidney Disease Syndrome Differentiation and Treatment Based on the Theory of Kidney Excess Syndrome in Huangdi's Internal Classic

ZHAO Jingwen[1], ZHAO Wenjing[1], ZHANG Zhengmei[2], SHEN Zilong[1]

(1. *Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University*, *Beijing* 100010, *China*; 2. *Huguosi Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing* 100035, *China*)

Abstract Diabetic kidney disease (DKD), one of the diabetic microvascular complications, is a major cause of end - stage renal disease. This disease originates from improper diabetes management, where heat damages qi and yin, with prolonged illness entering the collaterals. On the basis of qi - yin deficiency or yin - yang deficiency, pathological factors including wind pathogen, blood stasis, water - dampness, damp - heat, and turbid toxins interact mutually, leading to obstruction of kidney collaterals and formation of "micro concretions and accumulations," ultimately resulting in kidney parenchyma deterioration and kidney essence deficiency. The theory of kidney excess syndrome in Huangdi's Internal Classic provides significant guidance for DKD treatment. Based on this, we summarize therapeutic approaches including dispelling wind and unblocking collaterals, activating blood to resolve concretions, warming kidney to promote diuresis, clearing heat and draining dampness, discharging turbidity and detoxifying, supplementing qi and nourishing kidney to unblock collaterals, and using pungent - moistening herbs to warm kidney and free yang, aiming to provide clinical references.

Key words Huangdi's Internal Classic; Kidney excess syndrome; Diabetic kidney disease