

中医药治疗慢性肾衰竭研究进展

赵先锋

(广西柳州市中医院, 广西 柳州 545001)

[关键词] 慢性肾衰竭; 中医药; 脾肾亏虚

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2014.02.048

[中图分类号] R692

[文献标识码] A

[文章编号] 1008-8849(2014)02-0217-04

慢性肾衰竭(CRF)是各种慢性肾脏疾病发展到一定阶段的结果,临床以代谢产物潴留、水电解质酸碱平衡紊乱以及肾脏内分泌功能失调为特征的一系列症候群,是严重危害人类健康及生命的常见病。自然人群的发病率为50/100万人~200/100万人,近些年来平均每年以8%的速度增长,我国南京军区总医院的流行病学调查及临床研究显示,慢性肾衰竭的发病率约为568/100万,在人类主要死亡原因中占第5—9位^[1]。随者该病发病率的增高,其治疗费用也越来越高,给社会带来巨大的经济负担,成为社会普遍关注的话题。现代医学在治疗慢性肾衰竭中具有一定的疗效,但存在着毒副作用大、花费高及血液透析、肾移植尚不能普及等问题,因此中医药成为目前肾衰竭治疗的主要方法。现将近年中医药诊治该病的研究进展情况总结如下。

1 病因病机探讨

脏腑亏虚,湿浊瘀血内阻是该病发病的主要病机,其中脾肾亏虚是发病之要,正如《金匱·虚劳病篇》中云“五脏虚损,尤重脾肾。多由先天不足、饮食失常、七情内伤、久病失治、房劳过度等多种因素,导致脏腑功能减退。脾肾功能亏虚是发病之本,脾虚运化失常、肾虚蒸腾汽化失司、湿浊瘀血内生是发病之标。而湿浊、瘀血既是肾衰产生的病理产物,又能使脏腑功能进一步受损,往往使病情进一步加重,形成恶性循环,最后导致正气虚衰,湿浊瘀血壅滞而发病,形成虚、湿、瘀虚实夹杂之证。石景亮认为其病理病机主要为本虚标实,虚实夹杂。本虚多责之脾肾亏损,标实多是水湿、浊毒、湿热、瘀血为患。患者大都久病致虚,因虚致实,实邪伤正。最终标本虚实互为因果,恶性循环,致使本病迁延难治^[2]。宋立群认为慢性肾衰竭本虚标实,以肾虚为本,湿浊为标,肾病及脾,而湿浊贯穿整个病程,后期变生瘀毒。治疗应中西并举,必须谨守“脾肾亏虚,浊毒瘀阻”的病机^[3]。刘旭生教授认为本病多由水肿淋证等多种病证发展而来,病程冗长,病机错综复杂,既有正气亏虚,又有实邪蕴阻,为本虚标实、虚实夹杂、寒热错杂

之证。正虚包括气血阴阳的亏虚,并以脾肾亏虚为主;邪实以湿浊、水气、血瘀等浊毒为主,有时兼有外邪等。各种浊毒,既是病理产物,又是致病因素,加重肾脏损坏,继而浊毒又生,形成恶性循环,为病情迁延不愈之关键^[4]。曹式丽认为慢性肾衰竭是多重原因导致的慢性肾脏疾病晚期的表现,既有正气的虚损,又有邪实的蕴阻,其本在脾肾,累及全身。其中“虚”是本病的基本病机,且以肾虚为中心,脾虚为基础,日久则波及及其他脏器,导致气血阴阳俱虚。而邪实以“水”、“湿”、“浊”、“瘀”、“毒”为主,它们既是促进慢性肾衰竭形成与发展的原因,亦是本病重要病理产物和病理基础^[5]。

2 实验研究

随着中医药防治慢性肾衰竭的研究不断深入,利用现代科学技术对中医药防治肾衰竭机制也进行了大量的探讨,且取得了较好成果,从而为更好地防治该病奠定了理论基础。陈敏等^[6]观察大黄灵脾冲剂对肾衰大鼠肾功能、肾脏病理及免疫组化的影响,结果显示大黄灵脾组大鼠的SCr在第4周开始出现下降,在大鼠肾组织学变化上大黄灵脾组和福辛普利组的肾小球肥大情况较模型组有减轻,AT₁的表达上大黄灵脾组与模型组比较在6周有显著性差异,而福辛普利组与模型组比较在3周就有显著性差异,提示大黄灵脾颗粒剂能够延缓大鼠慢性肾衰竭的进展,减轻肾脏的损害。李均等^[7]研究黄芪对慢性肾衰竭大量蛋白尿大鼠肿瘤坏死因子 α 的影响,根据模型制作成功后的血肌酐值分为模型组、黄芪组、依那普利组,正常对照组予普通饲料,其余各组进行高蛋白饮食,加服蛋白以形成大量蛋白尿,结果表明黄芪能降低慢性肾衰竭大量蛋白尿大鼠的血TNF- α 及蛋白尿,具有延缓慢性肾衰竭进展的作用。刘芳等^[8]研究真武汤对肾阳虚型慢性肾衰竭大鼠肾组织AQP₁表达的影响。健康雄性Wistar大鼠随机分为正常对照组、模型组和真武汤组,采用腺嘌呤灌胃法建立肾阳虚慢性肾衰竭大鼠模型。成模后模型组及真武汤组大鼠每日上午继续灌服腺嘌呤,下午分别灌服生理盐水和真

武汤连续 21 d 后,采用免疫组化方法检测肾组织 AQP₁ 表达。结果慢性肾衰竭大鼠肾组织 AQP₁ 表达降低,真武汤能够提高慢性肾衰竭大鼠肾组织 AQP₁ 的表达水平,表明真武汤可能通过温补肾阳上调肾组织 AQP₁ 表达,纠正慢性肾衰竭时的水代谢平衡紊乱,进而改善肾功能,延缓慢性肾衰竭的进展。李暖等^[9]研究百令胶囊对大鼠慢性肾衰竭的作用。以 2% 腺嘌呤淀粉混悬液 150 mg/(kg·d) 灌胃,连续 17 周,制作大鼠慢性肾衰竭模型;预防组加以 1.5 g/(kg·d) 百令胶囊溶于生理盐水灌胃,对照组以等体积的 2% 淀粉溶液和生理盐水灌胃,分别于实验第 7 周、12 周、17 周时进行 24 h 尿蛋白定量、尿 NAG 酶、血肌酐及尿素氮检测。结果提示百令胶囊早期应用可明显改善肾功能,对大鼠慢性肾衰竭有一定防治作用。刘兰兰等^[10]研究中药附子对腺嘌呤造成的小鼠慢性肾衰竭的疗效,并探讨其作用机制。选取雄性小鼠随机分为对照组、模型组、附子低剂量组、附子高剂量组。对照组给予溶剂,模型组灌胃给予腺嘌呤,各给药组在给予腺嘌呤的基础上再分别给予 3 g/(kg·d)、10 g/(kg·d) 的附子水煎剂。结果附子高剂量显示对腺嘌呤造成的慢性肾衰竭有一定的疗效,其作用机制还有待于进一步研究。于化新等^[11]观察右归丸对慢性肾衰竭大鼠的治疗作用。选用腺嘌呤灌胃建立大鼠慢性肾衰竭模型,将大鼠随机分为正常组、模型组、右归丸组,结果提示温补肾阳方剂右归丸能延缓慢性肾衰竭的进展,可作为治疗慢性肾衰竭的基础方剂。

3 临床研究

3.1 单味药 近年来,经诸多临床及实验研究证实,用单味中药或制剂治疗慢性肾衰竭取得较好疗效。周娟等^[12]将非尿毒症慢性肾衰竭患者 60 例随机分为治疗组和对照组。对照组患者常规给予降压药、纠正贫血对症治疗;治疗组在对照组治疗的基础上加用生大黄 10 g 开水泡服,1 次/d。疗程均为 2 周。结果显示非尿毒症慢性肾衰竭患者存在微炎症状态,大黄能改善患者微炎症状态,但对其肾功能无明显改善作用。王怀庆^[13]将 60 例早期慢性肾衰竭患者随机分为对照组与观察组,2 组患者均给予常规治疗,并口服缬沙坦,观察组在此基础上给予丹参注射液静点,疗程为 4 周。结果显示丹参联合缬沙坦治疗早期慢性肾衰竭可显著减少患者尿蛋白,改善血液流变学及血脂,延缓肾功能不全的发展。黄玉明^[14]将 40 例慢性肾衰竭患者随机分为 2 组,2 组均予优质适量蛋白饮食,纠正水电解质失衡,有效控制血压等。治疗组另予黄芪注射液静滴,1 次/d,疗程 20~30 d。结果提示黄芪注射液对延缓肾衰竭进展有一定意义。

3.2 辨证论治 辨证施治乃中医之精髓,治病之特色,为历代医家所遵循,目前各医家对慢性肾衰竭的辨证分型标准不统一,立法方药各异,但均取得显著疗效。李微微等^[15]将 80 例慢性肾衰竭患者随机分为对照组和治疗组,对照组给予西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗基础上均予以辨证论治:脾肾气虚用香砂六君汤加减,脾肾阳虚用实脾饮合肾气丸加减,气阴两虚用参芪地黄汤加减,肝肾阴虚用六味地黄汤合

二至丸加减,阴阳两虚用金匱肾气丸合二至丸加减;湿浊证可选法半夏、春砂仁、藿香,湿热证可选石韦、土茯苓,水气证可选猪苓、茯苓皮,血瘀证可选丹参、桃仁、田七,浊毒证可选用大黄、崩大碗。1 剂/d,水煎分 2 次服。同时给予海昆肾喜胶囊每次 2 粒,3 次/d,餐后 1 h 服用,8 周为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。结果治疗组总有效率明显高于对照组。饶建辉等^[16]将 68 例辨证脾肾阳虚慢性肾衰竭患者随机分为观察组与对照组,2 组均予抗感染、纠正水电解质酸碱失调、控制血压、限制蛋白饮食、保证基本能量供给等常规治疗。观察组在此基础上加用健脾益肾方剂(黄芪、丹参、当归、生大黄、生白术、淮山药、肉苁蓉、白豆蔻),2 次/d,10 周为 1 个疗程。结果健脾益肾方能显著改善慢性肾衰竭患者肾功能,提高患者免疫水平。王丽等^[17]将 60 例辨证为脾肾两虚湿浊阻滞型的早中期慢性肾衰竭患者随机均分为 2 组,2 组均予低盐、低脂、低蛋白饮食及抗炎、调脂、降压、纠酸、纠正电解质紊乱及贫血等对症处理,治疗组在常规治疗基础上加益肾汤(党参、白术、茯苓、熟地黄、菟丝子、大黄、黄连、草果仁、半夏、丹参、赤芍、甘草、黄芪),每剂中药以水没药,武火煮沸,文火煎煮 30 min,取汁 150 mL,二煎加水 200 mL,煎煮取汁 150 mL,两煎相混,早晚分服 150 mL;对照组在常规治疗基础上加尿毒清颗粒治疗。2 组均以 1 个月为 1 疗程,连续服用 3 个疗程。结果提示益肾汤能够明显改善脾肾两虚湿浊阻滞型患者的临床症状,改善患者营养状况及肾功能,从而使肾功能得到很好的保护,能有效延缓肾衰竭的进展速度。潘晓东等^[18]将 85 例辨证为脾肾阳虚型慢性肾衰竭患者分为 2 组,均予常规治疗,治疗组加用中药健脾益肾方(黄芪、丹参、淮山药、生白术、肉苁蓉、白豆蔻、生大黄、炙甘草),每日分 2 次口服,每次 6 g,观察治疗 8 周。结果显示健脾益肾方对脾肾阳虚型肾衰竭患者有较好的肾保护作用。尚发全等^[19]采用健肾排浊法辨证加减用药治疗慢性肾衰竭 65 例。基本方:生地 30 g、黄芪 30 g、巴戟天 30 g、五加皮 30 g、沙苑子 30 g、锁阳 15 g、九香虫 15 g、川楝子 15 g、柴胡 15 g、大腹皮 15 g、川芎 15 g、王不留行 10 g、生大黄 15 g、虎杖 15 g、泽泻 15 g、茯苓 15 g、甘草 10 g。纳呆食少,去虎杖、王不留行,加山楂 20 g、白术 15 g、枳实 10 g;水肿甚者加滑石 10 g、瞿麦 10 g、猪苓 15 g;五心烦热者去巴戟天、五加皮、锁阳、九香虫,加酸枣仁 30 g、牡丹皮 10 g、百合 15 g、墨旱莲 15 g;血尿者加白茅根 30 g、茜草 20 g、侧柏叶 15 g。水煎服取汁 600 mL,100 mL/次,3 次/d,1 剂服 2 d,服 2 周为 1 个疗程,停药复查,一般服用 2~6 个疗程。结果总有效率为 81.5%,且治疗后尿素氮、血肌酐水平明显下降,血红蛋白水平明显升高。姜晨^[20]将 60 例慢性肾衰竭非透析患者按就诊顺序随机分成治疗组和对照组,均采用对症支持治疗,治疗组同时给予中医辨证治疗,以益气活血化浊为基本原则,采用补阳还五汤加减,脾肾气虚重者酌加白术、山药等;阳虚者酌加菟丝子、巴戟天;肝肾阴虚者加女贞子、旱莲草、麦冬等;湿浊证加砂仁、薏苡仁;湿热者加黄连、车前草,湿热兼腑实者加大黄;水气证加泽泻、猪苓,血瘀证重者加泽兰、水蛭;风动证加

天麻、钩藤等。每剂水煎至 200 mL, 1 剂/d, 分早晚 2 次服用。对照组加用尿毒清颗粒, 三餐前各 1 袋, 晚睡前 2 袋。2 组患者连续服药 4 周为 1 个疗程, 连续观察 2 个疗程。结果治疗组疗效明显优于对照组。李爱军等^[21]将 60 例慢性肾衰竭患者随机均分为 2 组, 2 组均予常规治疗及复方 α - 酸片、爱西特片口服, 治疗组在此基础上应用六味地黄汤加减。基本方: 熟地黄 10 g、泽泻 10 g、山茱萸 12 g、牡丹皮 10 g、山药 15 g、茯苓 15 g。脾肾气虚加红参末(日分 2 次冲服) 3 g、赤芍药 15 g、白芍药 15 g、生黄芪 30 g、当归 12 g; 肝肾阴虚加当归 10 g、白芍药 20 g、槐花 12 g、藕节 15 g、白茅根 30 g; 气阴两虚加党参 15 g、黄芪 30 g; 阴阳两虚则加肉桂 3 g、附子 12 g。1 剂/d, 水煎分 2 次服。2 组均以 2 个月为 1 个疗程。结果治疗组疗效明显优于对照组。

3.3 中西医结合治疗 越来越多的临床研究表明, 中西医结合治疗效果优于单纯西医治疗。王益秀等^[22]将慢性肾衰竭患者分为 2 组, 2 组均给予常规治疗, 治疗组加服百令胶囊每次 5 粒, 3 次/d, 同时给予中药灌肠(大黄 30 g、牡蛎 30 g、蒲公英 30 g), 1 次/d, 连用 3 周停用 1 周, 再行第 2 个疗程, 每疗程 4 周, 共行 4 个疗程。结果治疗组疗效明显优于对照组。余亚敏等^[23]将慢性肾衰竭 4 期患者 66 例随机分为治疗组 35 例和对照组 31 例, 2 组均予基础治疗, 治疗组加用温阳排浊汤灌肠治疗(大黄 30 g、制附子 25 g、生牡蛎 30 g、蒲公英 30 g、败酱草 30 g、茯苓 30 g、泽泻 30 g)。4 周为 1 个疗程, 共 2 个疗程。结果治疗组疗效明显优于对照组。黄祖奕等^[24]将慢性肾衰竭患者 50 例随机均分为 2 组, 对照组给予常规基础治疗; 治疗组在对照组的基础上给予中药汤剂口服: 生大黄 10 g、制附子 5 g、白术 10 g、藿香 10 g、黄芪 30 g、茯苓 15 g、丹参 15 g、淫羊藿 10 g、当归 10 g、赤芍 20 g、砂仁 6 g、车前子 15 g、炙甘草 5 g、制附子 5 g, 脾肾气虚加菟丝子、鹿角片、桂枝, 阴阳两虚证加沙苑子、菟丝子, 脾肾气阴两虚加太子参、女贞子, 湿浊证加砂仁、草果仁, 肝肾阴虚证加天门冬、沙参。水煎, 1 剂/d, 早晚温服。随访 2 a, 治疗组肌酐、尿素氮明显下降, 尿量增加; 对照组肌酐、尿素氮明显升高, 尿量减少。治疗组有 1 例进入尿毒症期, 对照组有 4 例进入尿毒症期而改用血液透析治疗。提示中西医结合治疗慢性肾衰竭的远期疗效明显, 可有效延缓病情的进展, 保护残余肾功能。郑淑贞^[25]将 48 例慢性肾衰竭尿毒症患者均分为 2 组。对照组给予抗高血压、利尿、导泻、碱化血液等基础治疗。治疗组配合中医辨证施治: 脾肾气虚宜温补脾肾, 用大黄合参苓白术散、右归丸加减: 党参 9 g、茯苓 15 g、白术 10 g、淮山 15 g、苡米 15 g、熟地 15 g、山茱萸 10 g、杜仲 10 g、当归 10 g、枸杞 10 g、菟丝子 10 g。气阴虚宜益气养阴、滋补脾肾, 用大黄合大补阴煎加减: 党参 10 g、淮山 15 g、熟地 15 g、杜仲 10 g、枸杞 10 g、当归 10 g、黄芪 10 g。阴阳俱虚宜阴阳双补, 用大黄合济生肾气丸加减: 附子 9 g、桂枝 6 g、熟地 10 g、山茱萸 19 g、淮山 10 g、茯苓 10 g、丹皮 12 g、泽泻 15 g、牛膝 10 g、车前草 10 g、黄芪 20 g。肝肾俱虚宜滋养肝肾, 用大黄合六味地黄丸加二至丸加减: 枸杞 10 g、旱

莲草 10 g、女贞子 10 g、山茱萸 10 g、淮山 15 g、茯苓 10 g、丹皮 10 g。脾胃虚弱宜益气健脾, 用党参 15 g、白术 10 g、淮山 15 g、茯苓 10 g、陈皮 10 g、半夏 10 g。兼有湿浊者宜化湿泄浊, 用藿香 10 g、佩兰 10 g、白蔻 10 g、苡米 15 g、茯苓 10 g、陈皮 10 g、半夏 10 g。有瘀血者加活血化瘀药: 丹参 15 g、赤芍 15 g、桃仁 10 g、三棱 10 g、莪术 10 g 等。同时采用中药剂灌肠: 大黄 30 g、皂刺 10 g、蒲公英 15 g、败酱草 15 g、煅牡蛎 30 g、附子 10 g, 1 剂/d。结果显示中西医结合治疗费用低, 可降低西药不良反应, 能增强疗效, 延缓肾衰竭进展, 降低病死率。

3.4 外治法 中医外治慢性肾衰竭具有操作方便、不良反应小以及价廉等特点, 患者易于接受, 临床疗效显著。崔延超^[26]将 60 例慢性肾衰竭并发消化功能紊乱患者随机分为治疗组和对照组, 对照组口服多潘立酮片, 10 mg/次, 3 次/d, 1 周为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。治疗组患者取足三里、内关、中脘、太冲、太溪、阴陵泉、气海、百会穴, 1.5 寸毫针, 平补平泻法, 每日针 1 次, 留针 30 min, 1 周为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。结果 2 组疗效相当, 但在改善腹胀、早饱症状方面治疗组疗效优于对照组。耿静^[27]将 66 例慢性肾衰竭患者随机分为对照组和治疗组, 治疗组予中药生大黄、蒲公英、生牡蛎、生龙骨各 30 g 浓煎 150 mL 高位灌肠, 保留 40~60 min, 1 次/d, 2 个月为 1 个疗程。结果提示中药保留灌肠可明显改善肾功能。段美芹等^[28]将 63 例慢性肾衰竭患者随机分为治疗组 32 例和对照组 31 例, 2 组均予常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加用中药热敷。药物组成: 川芎 20 g、丹参 20 g、生草乌 15 g、干姜 15 g、鸡血藤 40 g、伸筋草 40 g、络石藤 50 g、威灵仙 50 g、秦艽 50 g、牛膝 50 g、桂枝 20 g、五加皮 20 g。中药煮沸后将毛巾放入锅内浸泡, 取出毛巾稍凉拧干, 以温而不烫为准, 以免烫伤患者。嘱患者体位舒适, 心情放松, 将毛巾敷在患处, 10 min 后再换 1 次, 每次治疗换 3 次毛巾。1 次/d, 10 次为 1 个疗程, 治疗 2 个月。结果提示中药热敷疗法对慢性肾衰竭周围神经病变有一定的辅助治疗作用。王春芳等^[29]将 88 例慢性肾衰竭患者随机分为 2 组, 对照组进行一般对症治疗。观察组在一般对症的基础上加用中药洗浴, 处方: 麻黄 50 g、桂枝 50 g、大黄 50 g、苍术 60 g、红花 60 g、地肤子 100 g。药浴方法: 把 12 L 药液倒入药浴桶中, 加入温水 120 L, 调水温 40~41℃, 患者坐入药浴桶内, 水浸至颈部为宜, 泡至患者微微出汗, 2 d 1 次, 1 个月 1 个疗程, 进行 3 个疗程的观察。结果观察组血清尿素氮、血清肌酐水平明显下降, 高血压、水肿、皮肤瘙痒症状明显改善, 恶心、呕吐减轻, 而血红蛋白、血浆白蛋白水平则显著升高。梁西红等^[30]用吴茱萸穴位外敷治疗慢性肾衰竭引起之呕吐 30 例, 方法: 取吴茱萸 50 g, 捣成细粉, 装瓶密封备用。用时与少量食醋调匀, 做成药饼如 5 分硬币大小, 另备新鲜生姜 1 块, 切成薄片。选穴: 双侧涌泉穴。用 75% 乙醇消毒双侧涌泉穴, 将吴茱萸药饼置于穴位上, 其上各敷生姜 1 片, 用纱布覆盖, 外用胶布固定后艾条灸之。每穴位每次灸 15 min, 2 次/d, 以患者感局部温热为度, 灸完后药饼仍敷于穴位上, 维持 24 h, 换药 1 次/d。3 d 1 个疗

程,连用3个疗程。结果治疗1个疗程呕吐停止者8例,2个疗程后呕吐停止者16例,3个疗程缓解者6例。

4 展 望

由于慢性肾衰竭病机错综复杂,治疗非常困难,预后较差。现代医学对此病尚无更好手段。中医药本着既病防变思想,尤其对于早中期肾功能不全患者,可充分发挥中药治疗的优势,以保护肾功能、延缓病情进展为目标,从而达到延长患者的生命、提高生活质量、节省医疗资源的目的。但存在许多亟待解决的问题:①辨证论治观点各有不同,其治法方药变化多端,临床疗效难以评价,极不利于运用与交流,需尽快建立中医治疗体系的客观化、量化指标,使中医证型客观化;②目前研究多为回顾性总结,设计不严密,证型繁杂,重复性不大,应积极开展设计比较严谨的随机对照性实验(RCT),积极探讨机制研究,以冀取得更好的治疗证据;③中药含钾量高及肾毒性问题报道越来越多,应进行剂型改革,如中药脱钾处理以及毒理、药理研究等,以提高疗效,减少毒副作用为目的;④在中医整体观念指导下,多途径给药研究越来越多,但研究随意性很大,没有统一的标准,各医家的意见很不统一,造成综合疗法极其混乱,应规范给药途径及给药方法,规范临床研究方法和疗效判定标准等。总之,慢性肾功能不全的防治是一个漫长的过程,应把现代医学研究与传统中医理论结合起来,进行多方面、深层次的研究,中医肾病工作者应为此而不懈地努力。

〔参考文献〕

- [1] 任高,李幼姬,刘冠贤. 临床肾脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:8
- [2] 石显方,傅文录. 石景亮教授治疗慢性肾功能衰竭的经验[J]. 四川中医,2006,24(1):1-2
- [3] 郑敏敏,宋立群. 宋立群教授治疗慢性肾衰的经验[J]. 中医药学报,2011,39(6):91
- [4] 于晓瑜,刘旭生. 刘旭生教授治疗慢性肾衰经验撷拾[J]. 四川中医,2007,25(4):7-8
- [5] 马鸿杰. 曹式丽诊治慢性肾衰的基本思想[J]. 湖北中医杂志,2011,33(5):27-27
- [6] 陈敏,徐艳秋,须冰,等. 大黄灵脾颗粒剂对慢性肾衰大鼠肾功能恶化进程的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(2):68-70
- [7] 李均,何立群,李屹. 黄芪对慢性肾衰大量蛋白尿大鼠血肿瘤坏死因子 α 的影响[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(12):1331-1334
- [8] 刘芳,李明哲,李巍. 真武汤对肾阳虚型慢性肾功衰竭模型大鼠肾组织AQP1表达的影响[J]. 实用中医内科杂志,2010,24(6):24-26
- [9] 李暖,杨达胜. 百令胶囊对实验性慢性肾衰的作用研究[J]. 儿科药理学杂志,2007,13(2):22-24
- [10] 刘兰兰,王友群. 附子对腺嘌呤造成的小鼠慢性肾衰的疗效及其机制探讨[J]. 亚太传统医药,2010,6(6):28-30
- [11] 于化新,王德山,单德红. 右归丸对慢性肾衰大鼠肾保护作用的实验研究[J]. 吉林中医药,2009,29(5):443-444
- [12] 周娟,涂卫平,杨丽萍,等. 大黄对非尿毒症慢性肾衰竭患者微炎症状态的影响[J]. 南昌大学学报:医学版,2012,52(5):62-65
- [13] 王怀庆. 丹参联合缬沙坦对早期慢性肾衰的疗效评价[J]. 海南医学,2012,23(12):43-45
- [14] 黄玉明. 黄芪注射液治疗慢性肾衰20例[J]. 中国中医急症,2006,15(2):157
- [15] 李微微,石君华,姚瑶. 辨证论治联合海昆肾喜胶囊治疗慢性肾衰竭的临床观察[J]. 湖北中医杂志,2011,33(4):23-24
- [16] 饶建辉,陈长云,杨国云. 健脾益肾方治疗慢性肾衰竭68例临床疗效观察[J]. 亚太传统医药,2012,8(8):74-75
- [17] 王丽,王丹. 益肾汤对早中期慢性肾衰(脾肾两虚湿浊瘀阻型)的临床疗效研究[J]. 中医药学报,2011,39(2):45-47
- [18] 潘晓东,聂小兰. 健脾益肾方治疗慢性肾衰44例[J]. 江西中医药,2007,38(7):44-45
- [19] 尚全,刘康. 健肾排浊法治疗慢性肾衰竭65例临床观察[J]. 中医药临床杂志,2008,20(5):442-443
- [20] 姜晨. 益气活血化浊法辨证治疗中老年慢性肾衰竭30例临床观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2010,11(10):921-922
- [21] 李爱军,延杰,任朋顺. 六味地黄汤加减治疗慢性肾衰竭尿毒症临床观察[J]. 河北中医,2008,30(5):478-479
- [22] 王益秀,李雪芹,宫淑君. 中西医结合治疗慢性肾衰30例临床观察及护理体会[J]. 中国民间疗法,2006,14(11):18-19
- [23] 余亚敏,刘拥荣,何泽云. 中西医结合治疗慢性肾衰竭35例临床观察[J]. 中医药导报,2012,18(6):48-49
- [24] 黄祖奕,李金秋,欧华群. 中西医结合治疗慢性肾衰竭的远期疗效观察[J]. 中国医疗前沿,2012,7(6):36;45
- [25] 郑淑贞. 中西医结合治疗慢性肾衰尿毒症的临床体会[J]. 贵阳中医学院学报,2008,30(2):36-37
- [26] 崔延超. 针刺治疗慢性肾衰竭并发消化功能紊乱30例疗效观察[J]. 中国全科医学,2012,15(18):2088-2090
- [27] 耿静. 中药保留灌肠治疗慢性肾衰66例临床观察[J]. 安徽中医学院学报,2006,25(1):15-17
- [28] 段美芹,叶晓敏. 中药热敷辅助治疗慢性肾衰竭周围神经病变的临床观察[J]. 中国中医药科技,2012,19(2):158-159
- [29] 王春芳,夏艳. 中药药浴治疗慢性肾功能衰竭的临床观察[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(21):218-219
- [30] 梁西红,李俊. 吴茱萸穴位外敷治疗慢性肾衰引起之呕吐30例临床观察[J]. 现代中医药,2005,25(5):20

〔收稿日期〕 2013-05-10