

• 临床研究 •

抗纤灵二号方对慢性肾脏病肾小管间质损伤的影响

张 权¹ 陈 刚¹ 王 怡² 周家俊³ 何立群^{1*}

(1. 上海中医药大学附属曙光医院肾内科, 上海市普安路 185 号, 200021;

2. 上海中医药大学附属岳阳医院; 3. 上海中医药大学附属上海市中医医院)

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81173219); 科技部中医药行业科研专项(201007005);

高等学校博士学科点专项科研基金资助项目(20093107110006); 上海市科学技术委员会

科研计划项目(11ZR1437700); 上海市卫生局中医药科研基金项目(2010L028A);

上海市教育委员会科研创新项目(2012Z10268047); 上海高校创新团队(第二期)建设项目;

浦东新区中医中青年骨干培养项目资助(PWZ2008-20-q02)

* 通讯作者: heliquan59@yahoo.com.cn, (021)53827368

[摘要] 目的 观察中药复方抗纤灵二号方对慢性肾脏病伴发肾小管间质损伤患者脾肾阳(气)虚兼血瘀证候的临床疗效。方法 将 56 例患者随机分为治疗组和对照组各 28 例。在基础治疗的同时, 治疗组加服抗纤灵二号方, 每日 1 剂, 分 2 次服; 对照组加服百令胶囊, 每日 3 次, 每次 1.5g, 两组均治疗 90 天后评价疗效并观察治疗前后中医证候总积分、主要中医症状及体征积分, 检测尿 $\alpha 1$ 微球蛋白($\alpha 1$ -MG)、 $\beta 2$ 微球蛋白($\beta 2$ -MG)、N-乙酰 β -D-葡萄糖苷酶(NAG)、视黄醇结合蛋白(RBP)、24 小时尿蛋白定量(24hUPro)和肾功能等指标变化。结果 治疗组总有效率 76.92%, 对照组总有效率 57.69%, 治疗组临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后中医证候总积分均明显改善, 且治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。治疗组畏寒肢冷、腰部冷痛、身体浮肿、面色晦暗、血瘀舌象和腰痛积分改善明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后尿 $\beta 2$ -MG、 $\alpha 1$ -MG、24hUPro 均明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后治疗组血肌酐(SCr)降低明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 抗纤灵二号方能显著改善肾小管间质损伤患者的临床症状, 保护肾小管功能, 改善肾功能。

[关键词] 脾肾阳(气)虚; 血瘀证; 抗纤灵二号方; 肾小管间质损伤; 慢性肾脏病

Effect of No. 2 Kangxianling Decoction on Tubulointerstitial Injury in Chronic Kidney Disease

ZHANG Quan¹, CHEN Gang¹, WANG Yi², ZHOU Jiajun³, HE Liqun¹

(1. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200021; 2. Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 3. Shanghai TCM Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of No. 2 Kangxianling Decoction (No. 2 decoction against renal tubulointerstitial fibrosis) on chronic kidney disease complicated by tubulointerstitial injury. **Methods** Fifty six patients were randomized into treatment group and control group, with 28 cases in each. On the basis of basic treatment, the treatment group was given one dosage of No. 2 Kangxianling Decoction twice daily and the control group was given 1.5g of Bailing Capsule (Cordyceps Capsule) once, three times daily. The treatment course lasted for 90 days. The changes of Chinese syndrome scores, urine $\alpha 1$ -microglobulin ($\alpha 1$ -MG), $\beta 2$ -microglobulin ($\beta 2$ -MG), N-acetyl- β -D-glucosidase (NAG), retinol binding protein (RBP), 24-hour urine protein (24hUPro) and renal function were observed before and after treatment. **Results** The total effective rate of the treatment group was 76.92%, which was superior to 57.69% of the control group ($P < 0.05$). No. 2 Kangxianling Decoction could significantly reduce the scores of spleen-kidney qi (yang) deficiency with blood stasis syndrome ($P < 0.01$). The excretions of $\alpha 1$ -MG, $\beta 2$ -MG and 24hUPro were significantly decreased in the treatment group ($P < 0.01$, $P < 0.05$, $P < 0.05$). No. 2 Kangxianling Decoction could significantly reduce cystatin-C and serum creatinine ($P < 0.05$). **Conclusion** No. 2 Kangxianling Decoction can significantly relieve clinical symptoms, protect renal tubular and improve renal function for tubulointerstitial injury.

Keywords insufficiency of spleen and kidney yang; blood stasis; No. 2 Kangxianling Decoction (No. 2 Decoction against renal tubulointerstitial fibrosis); tubulointerstitial injury; chronic kidney disease

肾小管间质损伤 (tubulointerstitial lesion, TIL) 不仅发生于原发性及特发性肾小管间质肾炎, 还是所有慢性肾脏病 (CKD) 包括各类原发性、继发性肾小球疾病, 肾小管、间质及血管疾病以及肾脏移植慢性排斥性疾病发展至终末期肾病 (ESRD) 的最后共同通路^{[1]799}, 是较之肾小球病变更为重要的、决定肾功能进行性衰竭进程及肾脏 10 年存活率的关键影响因素^[2-4]。因此延缓 TIL, 对改善 CKD 预后有着重要的意义。我们采用抗纤灵二号方治疗 TIL, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2011 年 5 月至 2012 年 4 月上海中医药大学附属曙光医院肾内科门诊、病房 CKD 伴 TIL 患者 56 例。用随机数字表将患者分为治疗组和对照组各 28 例。最终纳入分析病例两组各 26 例。治疗组中男 12 例, 女 14 例; 年龄 20~71 岁, 平均 (51.92 ± 12.25) 岁; 病程 7 个月~17 年, 平均 (81.23 ± 58.12) 个月; 血肌酐 (SCr) 平均 (92.08 ± 29.92) $\mu\text{mol/L}$ 。对照组中男 14 例, 女 12 例; 年龄 21~77 岁, 平均 (55.62 ± 15.20) 岁; 病程 9 个月~24 年, 平均 (80.46 ± 65.60) 个月; 平均 SCr (95.46 ± 42.73) $\mu\text{mol/L}$ 。52 例病例中共有 27 例行肾活检, 治疗组 15 例, 对照组 12 例。治疗组中 IgA 肾病 5 例, 膜性肾病 5 例, 局灶节段性肾小球硬化 3 例, 局灶节段增生性肾小球肾炎 2 例。对照组中 IgA 肾病 5 例, 膜性肾病 3 例, 局灶节段性肾小球硬化 1 例, 系膜增生性肾小球肾炎 3 例。重度 TIL 2 例 (两组各 1 例), 中度 9 例 (治疗组 5 例, 对照组 4 例), 轻度 16 例 (治疗组 9 例, 对照组 7 例)。两组患者临床资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 CKD 诊断标准^{[1]1815} ①肾损害 ≥ 3 个月, 有或无肾小球滤过率 (GFR) 降低。肾损害系指肾脏的结构或功能异常, 肾脏病理形态学异常; 具备肾损害的指标, 包括血、成分异常或肾脏影像学检查异常。②GFR $< 60\text{ml/min} \cdot 1.73\text{m}^2$ 3 个月以上, 有或无肾损害表现。

1.2.2 CKD 临床分期标准^{[1]1816} 具体分期详见表 1。

1.2.3 TIL 诊断标准 ①有肾小管损伤的标志物质指标异常^{[1]452-460}: 尿糖、氨基酸、酸、磷酸盐、碳酸氢根、胱抑素-C、 α_1 微球蛋白 (α_1 -MG)、 β_2 微球蛋白

表 1 CKD 临床分期标准

分期	GFR($\text{ml/min} \cdot 1.73\text{m}^2$)	描述
1	≥ 90	肾损伤指标(+), GFR 正常或增加
2	60~89.9	肾损伤指标(+), GFR 轻度下降
3	30~59.9	GFR 中度下降
4	15~29.9	GFR 严重下降
5	< 15 (或透析)	肾功能衰竭

(β_2 -MG)、N-乙酰 β -D-葡萄糖苷酶 (NAG)、视黄醇结合蛋白 (RBP)、莫氏试验、比重、尿渗透压、纯水清除率 (CH_2O) 和尿上皮细胞管型等指标异常。②肾脏病理提示有以下任意 TIL 病理改变^[5-6]: 肾小管上皮细胞变性、坏死, 肾小管管型、扩张、萎缩或消失; 肾间质炎细胞浸润、肾间质增生或纤维化等。

1.2.4 脾肾阳 (气) 虚兼血瘀证诊断标准^[7] 主症: 畏寒肢冷、倦怠乏力、腰部冷痛、腰膝酸软、夜尿清长、身体浮肿、面色晦暗、腰痛固定。次症: 气短懒言、脘腹胀满、口淡不渴、大便不实、食少纳呆、肌肤甲错、肢体麻木。舌脉象: 舌淡胖有齿痕或舌暗紫, 有瘀点、瘀斑或舌下静脉粗张; 脉沉细或脉涩。主症具备 4 项以上, 次症有 3 项以上 (包括 1 项舌象) 即可诊断。

1.3 纳入标准

①年龄 18~80 岁; ②符合以上诊断及辨证标准, CKD 临床分期在 1~3 期; ③感染、酸中毒、电解质紊乱、高血压等加重因素得到有效控制且病情稳定的非透析患者; ④自愿接受本试验方案。

1.4 排除标准

①妊娠或准备妊娠及哺乳期妇女; ②合并有心、脑、肺、肝、造血系统等严重原发性疾病, 或有恶性肿瘤、结核病等消耗性疾病患者; ③有严重感染、水、电解质及酸碱平衡紊乱者; ④肝功能异常者; ⑤已知对该类药物过敏者, 过敏体质或对多种药物过敏者; ⑥精神病患者, 不能合作者; ⑦3 个月内使用过西药糖皮质激素、免疫抑制剂、雷公藤制剂。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗: 针对原发病治疗, 祛除及控制可逆的加剧因素, 予健康饮食, 控制血压, 降低大量蛋白尿, 控制血脂, 纠正水电解质紊乱、酸碱平衡失调, 积极合理抗感染, 防治贫血、钙磷代谢紊乱及心功能衰竭。

治疗组在基础治疗的基础上, 加服抗纤灵二号方组成: 黄芪 30g, 淫羊藿 15g, 丹参 15g, (制) 大黄 10g, 牛膝 10g, 桃仁 10g。上海中医药大学附属曙光

医院中药房配药,每日 1 剂,水煎分 2 次服。

对照组在基础治疗的基础上,加服百令胶囊(杭州中美华东制药有限公司,规格 0.5g/粒,批号:110913),每日 3 次,每次 3 粒。

两组均治疗 90 天。

2.2 观察指标和方法

中医证候积分:采用临床症状分级量化标准记录两组患者治疗前后证候、体征积分,参照文献[7]标准,症状分为主症和次症,均按轻重程度分为 4 级,无、轻、中、重度,主症分别计为 0、4、8、12 分,次症分别计为 0、2、4、6 分。

实验室观察指标:治疗前后以散射速率比浊法测定两组患者尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG;用氯硝基苯基-乙酰-氨基葡萄糖苷法测定尿 NAG;用透射比浊法测定尿 RBP;用 RL-10 联尿分析仪测定 24h 尿蛋白定量(Upro);用 T450 仪器测定血常规;用 BECK-MAN CX4 生化自动仪测定 SCr、血尿素氮(BUN)、血白蛋白(ALB)、血胱抑素-C(Cys-C);GFR 用简化的 MDRD 公式计算。

2.3 疗效判定标准

疗效判定标准依据文献[7]制定。临床缓解:①临床症状积分减少 $\geq 60\%$;②尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP 和 NAG 任意 2 项以上下降 $\geq 30\%$;③GFR 增加 $\geq 20\%$ 。显效:①临床症状积分减少 $\geq 30\%$;②尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP 和尿 NAG 任意 2 项以上下降 $\geq 15\%$;③GFR 增加 $\geq 10\%$ 。有效:①临床症状有所改善,临床症状积分减少 > 0 ;②尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP 和 NAG 任意 2 项以上下降 $< 15\%$ 或无增加;③GFR 无降低,或增加 $< 10\%$ 。无效:①临床症状无改善或加重,临床症状积分无减少;②尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP 和 NAG 增加;③GFR 降低。以上标准均①、②项为必备条件;对于①、②项具备,但③项不具备者,其疗效降级判定。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件处理数据。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两独立样本比较用两独立样本 t 检验或 Wilcoxon 秩和检验。自身前后比较用配对样本 t 检验或 Wilcoxon 配对秩和检验,计数资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 2 示,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
治疗组	26	2(7.69)	5(19.23)	13(50.00)	6(23.08)	20(76.92)
对照组	26	1(3.85)	0	14(53.84)	11(42.31)	15(57.69)

3.2 两组患者治疗前后中医证候总积分比较

表 3 示,两组均能明显改善患者的脾肾阳(气)虚兼血瘀证候总积分($P < 0.01$),且治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

表 3 两组患者治疗前后中医证候总积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	总积分
治疗组	治疗前	26	61.15 $\pm$ 24.11
	治疗后	26	29.54 $\pm$ 9.20 $^{* \Delta}$
对照组	治疗前	26	61.23 $\pm$ 23.45
	治疗后	26	43.92 $\pm$ 14.60 *

注:与本组治疗前比较, $^{*} P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta} P < 0.01$

3.3 两组患者治疗前后主要中医症状、体征积分比较

表 4 示,与本组治疗前比较,治疗后治疗组倦怠乏力、畏寒肢冷、腰部冷痛、腰膝酸软、夜尿清长、身体浮肿、气短懒言、食少纳呆、脘腹胀满、面色晦暗、腰痛、舌质、肢体麻木和肌肤甲错积分改善明显($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);对照组倦怠乏力、腰膝酸软、气短懒言、夜尿清长、身体浮肿、面色晦暗和腰痛积分改善明显($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组畏寒肢冷、腰部冷痛、身体浮肿、面色晦暗、舌质和腰痛积分改善明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP、NAG 及 24hUpro、GFR 比较

表 5 示,治疗后治疗组尿 $\beta 2$ -MG、 $\alpha 1$ -MG 及 24hUpro 明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);对照组各指标改变不明显($P > 0.05$)。治疗后两组间各指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.5 两组患者治疗前后血 SCr、BUN、Cys-C、ALB 比较

表 6 示,治疗后治疗组 Cys-C 明显降低($P < 0.05$);对照组各项指标未见明显改善($P > 0.05$)。治疗后治疗组 SCr 降低明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

在解剖形态上,中医将肾小管、集合管和间质等肾脏精细结构归入中医学“络脉”之“肾络”的范畴[8];在生理上,将肾小管的“重吸收、分泌和排泄”

表 4 两组患者治疗前后主要中医症状、体征积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前(26例)	治疗后(26例)	治疗前(26例)	治疗后(26例)
倦怠乏力	7.38±2.45	3.38±1.47**	7.38±2.93	3.69±2.24**
畏寒肢冷	3.23±2.54	1.08±1.81**△△	3.38±2.70	2.92±2.13
腰部冷痛	4.15±3.48	1.08±1.82**△△	4.00±3.39	2.92±2.13
腰膝酸软	6.31±3.23	2.31±2.31**	6.46±3.01	3.08±2.84**
夜尿清长	6.62±2.52	4.46±2.35**	6.46±2.55	4.77±3.20*
身体浮肿	5.08±2.42	2.92±2.13**△	5.23±2.72	4.15±2.11*
气短懒言	1.85±1.38	0.54±0.91**	1.92±1.55	0.69±0.97**
食少纳呆	1.77±1.53	1.23±1.40*	1.85±1.38	1.77±1.18
脘腹胀满	1.54±1.53	1.08±1.16*	1.38±1.47	1.31±1.38
大便不实	2.00±1.50	2.00±1.39	1.69±1.35	1.62±1.13
口淡不渴	1.62±1.50	1.31±1.12	1.54±1.53	1.46±1.33
面色晦暗	7.08±2.84	3.23±2.27**△△	6.92±2.90	5.69±2.31*
腰痛	3.08±3.45	0.46±1.30**△	2.92±3.11	1.54±1.99*
舌质	6.77±3.15	3.54±2.06**△△	6.92±3.85	6.62±2.25
肌肤甲错	1.46±1.56	1.00±1.02*	1.62±1.60	1.31±1.26
肢体麻木	1.23±1.39	0.46±0.86**	1.15±1.29	0.92±1.16

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

表 5 两组患者治疗前后尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG、RBP、NAG 水平及 24hUpro、GFR 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	$\alpha 1$ -MG(mg/dl)	$\beta 2$ -MG(mg/L)	RBP(mg/L)	NAG(U/L)	24hUpro(g/24h)	GFR (ml/min·1.73m ²)
治疗组	治疗前	26	3.87±2.91	2.03±2.05	5.14±4.90	32.80±20.18	1.79±1.41	72.89±33.34
	治疗后	26	3.20±3.47*	1.49±1.76**	4.01±4.93	28.91±17.57	1.35±1.25*	75.76±32.11
对照组	治疗前	26	4.01±3.32	2.16±2.50	5.09±5.54	33.41±21.93	1.77±2.05	75.30±36.63
	治疗后	26	4.46±5.03	1.84±2.05	4.54±7.70	33.67±14.89	1.54±1.68	74.32±35.62

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

表 6 两组患者治疗前后血 ALB、SCr、BUN、Cys-C 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	ALB(g/L)	SCr(μ mol/L)	BUN(mmol/L)	Cys-C(mg/L)
治疗组	治疗前	26	31.96±7.54	92.08±29.92	6.37±2.19	1.82±0.62
	治疗后	26	33.25±7.85	87.58±28.30△	6.85±2.48	1.59±0.58*
对照组	治疗前	26	31.62±9.02	95.46±42.73	6.15±2.17	1.64±0.61
	治疗后	26	31.81±8.42	97.87±46.35	6.86±3.83	2.07±1.71

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

等功能列入中医“肾主气化”概念^[9];在病理上,中医认为 TIL 出现的肾小管萎缩、消失,肾间质水肿、炎细胞浸润以及肾间质增生和纤维化等病理改变是发生在肾脏的“微型癥积”,可辨证属“瘀血阻络”的范畴^[10-11],认为“肾络瘀阻”为 CKD 的共有病机,“瘀血阻络”为“肾络瘀阻”的病变核心^[12];同时发现脾肾阳虚证的 TIL 程度明显高于其他 3 个证型(肺脾气虚、气阴两虚、肝肾阴虚)^[13]。基于上述研究观点,我们认为脾肾亏虚(尤其是脾肾气阳两虚)是 TIL 发病的基础,瘀血阻络是其病机关键及加重因素,脾肾阳(气)虚兼血瘀证为 TIL 患者的代表证型。在治疗上当以益气温阳、活血化瘀为大法,益气

温阳以治肾络损伤之本,活血散结以祛肾络损伤之标。在这一理论指导下,何立群教授创立了抗纤灵二号方。该方以黄芪、淫羊藿为君药,黄芪补气升阳、利水消肿,淫羊藿温肾壮阳、强健腰膝,二者相合,补肾健脾、益气温阳以求其本;再以丹参、桃仁、牛膝三药为臣,丹参最善活血祛瘀、凉血散结,桃仁功能破血行瘀、泄血分之壅滞,牛膝有活血通经之能,又善补益肝肾、利尿通淋,三药相济,共谋活血祛瘀、消积通络以求其标。(制)大黄为中医治疗关格证之要药,功效活血祛瘀消积、泻热凉血止血、通泄祛浊解毒,为本方佐药。全方共达益气温阳、活血化瘀之意,以活血为主,兼以扶正泻浊、攻补兼施,寒温

并用,相辅相成,共奏良效。在实验室研究阶段,已经多次证实了该方有减轻肾小管损伤,改善小管功能,延缓肾间质纤维化的作用^[14-15]。

本研究发现抗纤灵二号方能显著改善 TIL 患者的脾肾阳(气)虚兼血瘀证,并且优于百令胶囊($P < 0.01$)。能减少尿 $\alpha 1$ -MG、 $\beta 2$ -MG 及 24hUPro 的排泄($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),降低血 Cys-C($P < 0.05$),具有保护修护肾小管,改善肾功能的作用。提示其抗 TIL 的机制可能与其减轻蛋白尿的肾损害,减少肾小管过度负荷损伤,改善肾脏微循环有关。

抗纤灵二号方疗效优于百令胶囊($P < 0.05$)。百令胶囊补益肺肾、秘精益气,对改善 TIL 患者气精两虚临床症状有帮助,但对改善实验室检测指标作用不大,提示 TIL 虽然在功能上表现为“肾失气化”,但因已有“微型癥积”等器质性病理改变,单用补肾益气力道尚不足,当联用益气温阳活血化瘀诸法以求疗效。

参考文献

- [1]王海燕. 肾脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [2]Klahr S, Morrissey J, Hruska K, et al. New approaches to delay the progression of chronic renal failure[J]. Kidney Int Suppl, 2002, (80): 23-26.
- [3]Alexopoulos E, Papagianni A, Papadimitriou M. Is membranous nephropathy only a glomerular disease ?[J]. Ren Fail, 1998, 20(1): 1-6.
- [4]王海燕. 重视和研究小管—间质损害在肾小球疾病发展和预后中的作用[J]. 中华肾脏病杂志, 2000, 16(1): 5-6.
- [5]傅淑霞, 杨林. 肾脏病诊疗和病理图解[M]. 北京:人民军医出版社, 2007: 43.
- [6]潘晓霞, 郝翠兰. 肾小管间质疾病常见的病理改变[J]. 临床肾脏病杂志, 2001, 1(4): 185-186.
- [7]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版, 2002: 156-167, 383-387, 361-363, 378-379.
- [8]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): 1-4.
- [9]王耀光, 张琳, 邵凤珍. 肾失气化与肾小管病理损伤相关性的临床研究[J]. 天津中医药, 2005, 22(2): 121-123.
- [10]金一顺. 肾小管间质病变的中医病机研究进展[J]. 河南中医学院学报, 2007, 6(22): 81-83.
- [11]吴文先, 刘霞. 肾脏病血瘀证及活血化瘀法的运用探讨[J]. 中医研究, 2005, 18(3): 5-6.
- [12]丁英钧, 蔡冀民, 潘莉. 慢性肾脏病“肾络淤阻”共有病机学说及临床意义[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(3): 690-691.
- [13]陈香美, 陈以平, 谌贻璞, 等. 286 例 IgA 肾病中医辨证与肾脏病理关系的多中心前瞻性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 14(2): 101-105.
- [14]陈刚, 周健淞, 吴美, 等. 抗纤灵二号方对单侧输尿管梗阻大鼠肾间质细胞外基质的调节[J]. 江苏中医药, 2009, 41(2): 75-77.
- [15]周健淞, 陈刚, 吴美, 等. 抗纤灵二号方对单侧输尿管梗阻大鼠肾小管上皮细胞转分化的调节作用[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9(11): 961-965.

(收稿日期:2012-05-30;修回日期:2012-07-23)

[编辑:王利芬]

欢迎邮购《丽一选方治验实录》

在浩瀚的中医典籍中,有方名的古方数以十万计。为了汰芜存菁,借鉴古今医家的经验,为现代临床服务,作者在长期从事中医方药文献研究和临床诊疗工作的基础上,在完成“中医古方筛选方案和利用研究”课题研究的基础上,经过深入发掘,编纂完成《丽一选方治验实录》(上下册)。本书以有验案资证作为筛选古方的重要条件,结合古方其他价值特征,从近 10 万首方剂中,筛选出 583 首古方及其相关验案 5500 余则。这些优选出的古方,既不乏传世名方,也有相当一部分以往未被方剂学教材或方剂选本收录过的“新面孔”。从 10 万首方中最终优选出 500 余首方,其比例约为 200 选 1;又鉴于治验记录是本书的主要内容,故名为《丽一选方治验实录》。全书分上、下两册,上册收录汉唐方(张仲景方、晋唐方),下册收录宋元明清方(宋元方、明清方),编次以方为纲,医案为目,每一方剂又分方源记载和治验实录(分为中医病证医案、西医病症医案)两部分。书末附有方名索引、中医病证索引、西医病症索引和引用书目,方便读者检索。本书汇集古今文献,资料丰富,拥有本书,就如同跟随古今名医诊疗,通过品读古方所附的具体病例,领悟出该方的适应证和用法秘诀,可大大提高中医治疗的疗效。本书是中医各科临床医生提高临床疗效必备的案头书,又可为各中药生产厂家研发新药提供借鉴。

《丽一选方治验实录》(上下册),为 16 开精装本,1584 页,已由人民卫生出版社于 2011 年 1 月出版。上册定价 99 元,下册定价 108 元,全套 207 元。邮购汇款地址:北京市东直门南小街 16 号中医杂志社医海林音像书店;邮政编码:100700;联系电话:010-64013162;电子邮箱:zhongyijournal@163.com;请在汇款附言中注明所购书名、上下册或全套及数量,邮购单册需加邮费 10 元,全套及 2 册以上免邮费。欢迎邮购。