

孙伟教授“湿热伤肾”理论诊治慢性肾脏病经验介绍^{*}

崔成姬¹, 孙 伟^{2**}, 何伟明², 张守琳¹

(1. 长春中医药大学附属医院 长春 130021; 2. 南京中医药大学附属医院 南京 210029)

摘 要:本文介绍了孙伟教授诊治慢性肾脏病的学术思想及经验总结。慢性肾脏病属中医学的“腰痛”“关格”“虚劳”等范畴,发病主要与脾肾关系密切。慢性肾脏病若发展至终末期阶段,都要进行肾脏替代治疗。孙伟教授认为肾虚湿瘀是慢性肾脏病基本病机,并应用“湿热伤肾”理论系统阐释了该病的诊治方案。认为湿热是本病进展的启动因子,肾元亏虚为发病之本,瘀毒是湿热伤肾的病理结局,明确了湿热证的诊断要点,确立了益肾清利活络治疗原则,从而延缓肾功能进展。

关键词:孙伟 湿热伤肾 慢性肾脏病 经验介绍

doi: 10.11842/wst.20211129001

中图分类号: R256.5

文献标识码: A

孙伟教授是南京中医药大学教授、博士生导师、著名中医肾病专家,江苏省名中医,江苏省第二批中医师带徒传承老师,国家中医药管理局肾病重点学科带头人,师从朱良春、邹燕勤国医大师,曾任中华中医药肾病分会副主任委员、世界中医药学会联合会肾病分会副会长、江苏省中医药学会肾病专业委员会主任委员,长期致力于中医防治慢性肾脏病的研究。本人有幸专程在孙伟教授身边随诊学习6个月,兹就个人学习之心得做一简要总结以飨同道。

慢性肾脏病是我国最主要的慢病之一,2012年在Lancet上发表的“中国慢性肾脏病流行病学调查”结果显示,成年人群中慢性肾脏病的患病率为10.8%,估计我国现有成年慢性肾脏病患者1.2亿^[1],一旦发展到终末期阶段,都要进行肾脏替代治疗,给社会和家庭带来了沉重的负担。2002年KDOQI提出慢性肾脏病根据分期不同患者的治疗方案和目标就不同,早期(CKD G1-3a期)主要针对危险因素(血压、血糖)的干

预、肾素血管紧张素系统抑制剂的合理使用、其他代谢因素(脂代谢紊乱、肥胖)的控制、饮食以及生活方式的调整,中晚期(CKD G3b-G5ND)除上述治疗措施外重点应放在CKD并发症的处理(如肾性贫血、酸中毒、电解质紊乱)和合并症的防治策略上^[2]。多项研究表明,CKD的早诊断、早干预能够显著改善患者预后^[3-4],但我国慢性肾脏病存在高患病率、低知晓率、低筛查率、低治疗率的特点,往往发现时已进入中晚期,而此阶段现代医学治疗有限,很快发展至终末期肾病,给我国慢性肾脏病的防控带来了巨大困难,而中医药治疗有其无可比拟的优势,因此利用祖国中医学深入挖掘慢性肾脏病的病因病机及诊治方案势在必行,有利于积极有效得防控慢性肾脏病向尿毒症进展。孙伟教授对该病专研四十余载自出机杼提出“湿热伤肾”理论,在该理论指导下治疗慢性肾脏病其临床疗效显著,具有重要的学术和临床价值。

收稿日期:2021-11-29

修回日期:2022-02-22

^{*} 国家科学技术部国家“十三五”支撑计划项目(2019YFC1709903):心脑血管疾病等慢病中医健康状态监测、预警与防控模式的示范研究;负责人:段妹伟;江苏省中医药管理局江苏省名老中医药专家孙伟传承工作室项目(苏中医教科[2019]10号),负责人:陈继红;吉林省科技厅科技发展计划项目(20210101201C):基于TGF- β 1/Smd3及自噬作用研究补肾健脾、化痰利水法治疗糖尿病肾病的作用机制,负责人:崔成姬。

^{**} 通讯作者:孙伟,本刊编委,医学博士,主任中医师,教授,博士生导师,主要研究方向:中医药防治慢性肾脏病。

1 “湿热伤肾”理论提出

慢性肾脏病属于中医的腰痛、水肿、慢性肾风、关格、虚劳等范畴,多因先天禀赋不足,外感六淫之邪,内伤饮食、劳倦所致;现代医家诸多认为此病在于脾肾亏虚,夹有水湿、湿热、浊毒、血瘀所致,属本虚标实,病情缠绵难愈,病程长、预后不佳。孙伟教授守正创新提出了慢性肾脏病以肾虚为本,湿热为基,血瘀为果的理论^[5],明确提出肾虚湿瘀为基本病机,湿热是慢性肾脏病进展的启动因子,确立了“湿热伤肾”理论。孙伟教授认为,慢性肾脏病是肾之本气自病,以肾虚为根、湿热为要,《医方考》云:“下焦之病,责于湿热”,因此“肾虚湿热”可看作慢性肾脏病病因病机的总概括^[6]。近年来,大量的临床研究证实,湿热证是肾脏病的常见证型,在其发生、发展、转归及预后中发挥着重要的作用,是慢性肾脏病缠绵难愈和反复发作的主要原因,故从湿热论治是中医治疗肾脏病的重要方法^[7]。湿热伤肾体现在湿热盛行、损伤肾脏病理及产生瘀毒等方面,是慢性肾脏病进展的一个关键环节。

1.1 湿热盛行是启动因子

孙伟教授认为现代人的生活环境、饮食习惯、社会活动与古人大相径庭,使得今时之人湿热盛行,湿热为患深蕴于肾难以消散,久而久之发为肾病,详见如下:

1.1.1 由表及里内生湿热

朱丹溪《格致余论》曰:“六气之中,湿热为病,十居八九”,孙伟教授认为现在空调、冰箱等制冷装置的广泛使用,使风寒湿之邪四季皆存,由表入里损伤人体阳气,阳衰阴盛,寒湿内生,入里郁久而化火、化热,湿热丛生诱发或加重肾病。

1.1.2 饮食不节湿热内生

孙伟教授认为现代人尤其酷爱奶茶、碳酸饮料等饮品,日久损伤脾胃,脾虚土不制水,土湿水旺,内湿所生,《素问·至真要大论》^[8]曰“诸湿肿满,皆属于脾”,人虽有体质不同,但其化热则一,如王孟英《温热经纬》曰“吾吴湿邪害人最广……在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少,然其化热则一”,故孙伟教授常常告诫慢性肾脏病患者生冷、海鲜不食,肉类、奶类、水果也要少食,以免损伤脾胃滋生湿热。

1.1.3 七情内伤湿热互结

《素问·上古天真论》^[8]曰“恬淡虚无,真气从之,精

神内守,病安从来”,孙伟教授认为现今之人物欲横流,所欲不得七情郁结,木郁土湿火旺,肝郁乘脾生湿,胆郁上逆相火升腾刑金,肺热壅滞,不能输布津液、及通调水道,故出现湿热互结之证。

1.1.4 劳倦内伤湿热蕴胶

由于劳损过度,损伤肾脏,肾虚不能蒸腾水湿,膀胱气化不利,导致水液输布和排泄障碍,水液内停,湿为阴邪,愈久化热,变为湿热,湿热之邪蕴胶于肾,难以消除,也是本病缠绵难愈的关键^[9]。

1.1.5 药毒伤肾酿湿生热

在肾脏病的整个病程中,患者不可避免地接受多种药物的治疗,药邪瘀滞肾脏,耗气伤精,损伤肾络,酿湿生瘀。尤其是现今激素及免疫抑制剂的大量运用,可耗肾精、损肾阳、竭肾阴,导致阴阳失衡,阴虚生热,阳虚生寒,寒热夹杂,导致湿热内生。

综上,孙伟教授认为由于现代人摄生、治疗不当,湿热之人颇多,湿热之邪亦害人颇广,继而损伤肾脏。《南病别鉴》云:“热得湿而热愈炽,湿得热而湿愈横。湿热两分,其病轻而缓,湿热交合,其病重而速。”

1.2 湿热与病理息息相关

孙伟教授贯通中西,将中医病机与肾脏病理相结合,深刻阐释了二者之间关系。孙伟教授认为湿热之邪盘结在下焦,缠绵不愈,在肾脏病中会引发一系列病理反应大量炎性细胞浸润、炎症因子释放,盛梅笑等^[10]通过病理和证型的联系可见湿热证系膜细胞增生、间质炎细胞浸润、肾小管上皮细胞变性积分高于非湿热证,进一步证实了慢性肾脏病是一个水湿化热、湿热相合,蕴结不解的过程,最终导致“久病入络”一肾间质纤维化、肾小球硬化,这也是由湿致瘀的过程。在这一进展过程中,湿热之邪起到了根本的作用,是其基本环节^[11]。

1.3 湿热致瘀毒为病之果

慢性肾病日久,正虚邪恋,正虚则运行无力,湿阻则气机不畅、热壅则气滞,都会导致瘀血内生。湿热为始动因素,湿热互结,瘀、毒内生,瘀阻肾络,肾络瘀痹,引起肾小球硬化,故瘀阻肾络是慢性肾脏病的重要机制^[12]。朱丹溪谓“湿热熏蒸而为瘀”在这点上可以说湿热是因,瘀血是果。随着慢性肾脏病的进展,气血阴阳耗损,湿热、瘀血、浊毒等病理产物蓄积,形成慢性肾衰的标证^[13]。因此,孙伟教授常在方中配以活血化瘀、清热解毒、利湿泄浊之品。

2 湿热证辨证要点及治疗

2.1 辨证要点

孙伟教授在诊治慢性肾脏病患者过程中坚守“见微知著、四诊合参、以舌诊为要”的基本原则,注重“望闻问切”,尤其善用舌诊。孙伟教授指出湿热辨证要点为口干、口苦、苔薄黄或黄腻,同时伴有面色萎黄、晦浊、虚浮,浮肿、腰膝酸软、纳呆脘痞、恶心呕吐,脉象多以沉、滑、弦、数为主。临床上脉有舍证从脉、舍脉从证,孙伟教授认为舌象最能如实反映体内阴阳虚实情况,故善用舌诊来判断湿热虚实盛衰情况。具体从舌体、舌色、舌苔、舌下脉络观察,若舌体胖大有齿痕质润色白为水湿内盛,恐有伤阳;舌色瘀暗为夹瘀;舌苔或白或黄,然而必腻,白腻为湿重于热,黄腻为湿热并重,黄腻苔与湿热证关系密切^[14],若质燥而干为热重于湿;舌质鲜红无苔或少苔,考虑为上燥水竭、肺燥肾寒;脏腑气血运行不畅、脉络不通,可以出现舌下筋脉异常迂曲^[15],孙伟教授根据舌下筋脉迂曲情况分为小于1/3、小于2/3、大于2/3来判断血瘀轻重。此外孙伟教授善用舌象判断预后,若舌苔薄而不腻,舌色由暗红转为红润,舌体由胖大、齿痕转为舌体适中、无齿痕,舌下筋脉无瘀血,表示病欲解向愈。

2.2 辨证治疗

湿热为患所致的耗气、血凝、炼津成痰均可成为慢性肾脏病病情加重或恶化的因素^[16],故孙伟教授提倡分阶段、分病位、分虚实来辨证治疗湿热。

2.2.1 补气护阳,以截湿热

补气为先:湿热之邪耗气伤阴,孙伟教授提出“补气为先、三气同补”。补脾气,脾胃气血生化之源,脾气健旺“为胃行其津液”、主运化水湿功能正常,则水湿无以内生;补肺气,肺为水之上源,输布津液,以滋肾水,此乃金能生水,在水液代谢方面,肺与肾相互依存,共同完成水液代谢^[17],若肺气虚则内生湿邪;补肾气,肾气充足,则肾主水液功能正常,若肾气虚则内湿所生。中医认为“气行则水行,气滞则水停”,故方中常用黄芪、党参以补气行水。徐灵胎曰:“有湿则有热”,内无水湿,热邪无以依附,湿热自去。

护阳为先:《素问·生气通天论》^[8]曰“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰”,“阳者,卫外而为固”,孙伟教授提出“护阳为先”的治则,以固护人体阳气,原因有三:一是生化作用,人体靠阳气生化气血、精血津液,使脾健肾实;二是湿邪靠阳气宣化,阳气虚弱则津

液输布失常,而内生湿邪,加重病情;三是卫外作用,慢性肾脏病往往因为感受外邪而加重,阳气有防御和卫外作用,即抵御外感之邪,防止感染发生。故方中常用续断、仙灵脾、菟丝子等平和之药以固护肾阳,很少用附子、肉桂、干姜等温阳之药,因其性燥烈有耗损精血、津液之弊^[18]。

2.2.2 宣畅三焦,因势利导

孙伟教授强调,清利湿热当分清病位,区分上中下三焦及肺脾肾的不同^[19],提倡三焦分消。上焦湿热者,常用川连、淡竹叶、荷叶之品;中焦湿热者,常用藿香、蒲公英之属;邪在下焦者,多以石韦、土茯苓、积雪草、六月雪、槐花、蚕砂、泽泻、虎杖、蜀葵花等清热利湿、调畅气机、张显肾气,湿热下行,使湿热无所依,湿热去则精微固^[20],邪去则正安^[21]。

2.2.3 化瘀祛毒,以治未病

孙伟教授强调慢性肾脏病初期以湿热之邪为主,随着病情进展血瘀渐露,晚期更是瘀毒显著,故兼用清利活血解毒的药物,防止血瘀、热毒等病邪产生,体现了治未病思想。临床上常根据舌下筋脉迂曲情况判断血瘀轻重,轻者用鬼箭羽、郁金、当归、泽兰、益母草活血和络,稍重者用莪术、川芎、丹参等活血化瘀,久病瘀血重者用全蝎、僵蚕、水蛭以破血逐瘀;同时用马鞭草、荔枝草、蛇舌草等以清热解毒^[19,22]。

2.2.4 清利湿热,佐以疏风

孙伟教授在治疗湿热时常配伍祛风药物,起到事半功倍的效果,其因有二:第一、控制蛋白尿是延缓慢性肾脏病进展的关键环节,大部分蛋白尿患者都伴有泡沫尿,符合了风性开泻的特点,故佐以祛风药物;第二、《素问·阴阳应象大论篇》^[8]曰:“风胜湿”,在清热利湿时常佐以疏风之品,一可助化湿之力,二可宣肺解表,预防和控制感冒,常用药物有豨莶草、青风藤、荆芥、防风、蝉蜕、浮萍等^[23]。

3 病案举隅

洪某,女,51岁。2021年5月20日初诊。患者缘2006年起无明显诱因出现间断双下肢水肿,未给予重视。2014年水肿加重,至南京某医院就诊,理化检查示大量蛋白尿伴镜下血尿,尿常规示蛋白尿3+、隐血2+,24 h尿蛋白定量3.66 g/24 h、血肌酐123 μmol/L,行肾脏活检穿刺示:IgA肾病(局灶节段性肾小球硬化),治疗上给予雷公藤多苷片2片1天3次口服后患者自

行停药,至合肥当地医院进行针灸治疗,自诉此后双下肢水肿未发作,但血肌酐进行性升高,今年5月查血肌酐 $190.7\text{ }\mu\text{mol/L}$,当地医院给予口服硝苯地平片、酒石酸美托洛尔降压,口服尿毒清颗粒以通腑降浊、健脾利湿、活血化瘀,病情无明显改善,现为求中医药进一步诊治就诊于江苏省中医院。刻下:患者腰酸痛、乏力,记忆力下降,双下肢无水肿,纳可,寐欠佳,入睡困难,大便成形,小便少量泡沫,24 h尿量约 $1\text{ }600\text{ mL}$ 。舌质暗红、苔黄腻、舌下筋脉迂曲大于 $2/3$,脉沉细。查体:双下肢无明显水肿,双肾区无叩击痛。否认药物及食物过敏史;既往高血压病史7年,自服硝苯地平片、酒石酸美托洛尔降压;否认“糖尿病、冠心病”等其他慢性病史;否认重大手术外伤史;否认家族遗传病史。理化检查:血生化示肌酐 $190.7\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、尿酸 $494\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、白蛋白 40.7 g/L ,24 h尿蛋白定量 0.54 g/24 h ,尿微量蛋白/肌酐 242 mg/g 。诊断:西医:lgA肾病、慢性肾脏病3期,中医:肾衰病,证属肾虚湿热型。治疗:益肾清利、和络泄浊,予慢性肾脏病3期基本方加减:生黄芪 30 g 、潞党参 15 g 、炒白术 15 g 、淮山药 15 g 、老苏梗 12 g 、广郁金 15 g 、川芎 15 g 、炒当归 15 g 、虎杖 20 g 、石韦 20 g 、土茯苓 30 g 、六月雪 30 g 、厚杜仲 20 g 、川断肉 15 g 、菟丝子 20 g 、鬼箭羽 20 g 、绵茵陈 20 g 、荷叶 20 g 、穿山龙 40 g 、白花蛇舌草 30 g 、积雪草 30 g 、马鞭草 30 g 、猫须草 30 g 、葫芦瓢 20 g 、晚蚕砂 15 g 、蓬莪术 15 g 、豨莶草 30 g 、炙甘草 6 g ,共14剂、每日1剂、每日3次、水煎服。方中黄芪大补肾脏元气为君,肾气足主水之令正常,则湿无所生、热无所附;潞党参、炒白术、淮山药、老苏梗健脾益气化湿,厚杜仲、川断肉、菟丝子等益肾、维护肾气,虎杖、茵陈、石韦、白花蛇舌草以清热利湿解毒,合为臣药;土茯苓、积雪草、六月雪、晚蚕砂清热除湿、泄浊解毒,郁金、当归、川芎、穿山龙、鬼箭羽活血化瘀和络,马鞭草、猫须草加强清热利湿解毒之功,共为佐药;炙甘草,补脾益气、调和诸药,为使药,纵观全方以补肾气为根,清热利湿为要,共奏益肾清利和络之功。此患者主症为腰酸重疼痛、乏力,且舌下络脉迂曲明显,考虑肾气虚不能主水,湿浊下注、阳气不得布达,无以推动血行瘀血内生,经络肌肉失于濡养所致,故加荷叶、葫芦瓢化湿升阳,使湿从小便而祛,如叶天士在《外感湿热篇》所云“通阳不在温,而在利小

便”,此外加蓬莪术破血祛瘀、行气止痛,加豨莶草祛风湿、通经络。对患者进行心理疏导,树立战胜疾病的信心和坚持治疗慢病的恒心,嘱其做八段锦等养生操,忌寒凉、咸味食物,注意防风寒,避免感染。

2021年07月22日二诊:腰酸痛较前好转,偶觉腹胀,无水肿,纳可,寐欠佳,入睡困难,大便成形,无尿频尿急尿痛,小便无泡沫。复查血生化示肌酐 $181.2\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、尿酸 $534\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、白蛋白 38.2 g/L ,24 h尿蛋白定量 0.67 g/24 h ,尿微量蛋白/肌酐 248 mg/g 。患者舌体较前胖大伴有腹胀,恐其水湿之邪较前加重,内经云“肾聚水而生病”,孙教授也指出湿伤于下,首先归肾而发肾病,故在前方基础上加草果仁 6 g ,以增强化湿温中、健脾行气之功祛除湿邪,再服14剂,余方案不变,嘱其定期复查,建议患者少吃或不吃螃蟹、虾子、海货、牛肉、羊肉、狗肉、水果,同时禁止喝奶茶、牛奶等饮品,防止湿邪内生,损伤肾气。

2021年9月29日三诊:无腰酸痛、水肿,纳寐尚可,二便调,舌质红,苔微黄不腻、舌下筋脉迂曲大于 $2/3$,脉沉。复查血生化示肌酐 $137.3\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、尿酸 $327\text{ }\mu\text{mol/L}$ 、白蛋白 38.7 g/L ,24 h尿蛋白定量 0.36 g/24 h ,尿微量蛋白/肌酐 209 mg/g 。患者经治疗后诸症好转,舌苔不腻,故前方去荷叶,因其舌下络脉迂曲明显,考虑患者“久病必瘀”、“久病入络为瘀血”故加全蝎 12 g ,增强破血逐瘀之功,有效防止肾小球增生、硬化以巩固疗效,再服14剂,余治疗方案不变。患者经服用中药治疗后,尿蛋白减少、肾功能逐渐改善、肾小球滤过率得到提高、病情稳定,嘱其注意生活调护、定期复查。

4 小结

孙伟教授认为慢性肾脏病以肾虚为本,湿热为启动因子,瘀毒为病理结局,虚实夹杂,在清热利湿同时注重固护人体阳气以达益肾之功,兼以活血通络解毒,体现了“益肾清利,和络泄浊”^[24-25]的学术思想,抑制了湿热、血瘀、毒邪的产生,具有减轻细胞损伤、改善蛋白尿、延缓肾脏纤维化等作用^[26],有效防治了慢性肾脏病进展。“湿热伤肾”理论为诊治慢性肾脏病提供了新的方法和思路,为中药新药的研发打下夯实理论和临床基础。

参考文献

- 1 Zhang L X, Wang F, Wang L, *et al.* Prevalence of chronic kidney disease in China: A cross-sectional survey. *Lancet*, 2012, 379(9818): 815-822.
- 2 Foundation N K. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*, 2002, 39(2 Suppl 1): S1-S266.
- 3 Webster A C, Nagler E V, Morton R L, *et al.* Chronic kidney disease. *Lancet*, 2017, 389(10075): 1238-1252.
- 4 James M T, Hemmelgarn B R, Tonelli M. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet*, 2010, 375(9722): 1296-1309.
- 5 孙伟. 湿热之邪在慢性肾炎进展中的作用. *江苏中医药*, 2006, 38(6): 6-7.
- 6 孙伟, 曾安平, 严志林, 等. 湿热病邪与慢性肾病关系探讨——附152例临床资料分析. *中医研究*, 2000, 13(1): 36-37.
- 7 戴恩来, 李小会, 余仁欢, 等. 从湿热论治肾脏病的思路与方法. *中国中西医结合肾病杂志*, 2021, 22(5): 468-470.
- 8 中医出版中心. 黄帝内经素问. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- 9 赵静, 何伟明, 高坤, 等. 慢性肾脏病“肾虚湿瘀”核心病机理论溯源. *世界科学技术-中医药现代化*, 2019, 21(6): 1085-1088.
- 10 盛梅笑, 林琳, 贺亚敏, 等. 原发性系膜增生性肾炎中医证候与肾脏病理积分关系的临床观察. *辽宁中医杂志*, 2009, 36(5): 783-784.
- 11 陈继红, 高坤. 孙伟以肾虚湿瘀立论揭示慢性肾脏病发病机制. *辽宁中医杂志*, 2007, 34(4): 420.
- 12 范增慧, 李小会, 马锋锋. 从络脉学说“孙络-微血管”理论阐释糖尿病肾病. *辽宁中医杂志*, 2019, 46(12): 2551-2554.
- 13 赵亚, 张勉之, 樊威伟, 等. 国医大师张大宁治疗慢性肾功能衰竭微炎症状态经验. *中华中医药杂志*, 2021, 36(9): 5278-5280.
- 14 齐城成, 孙悦, 丁成华, 等. 黄腻苔病因病机及诊治应用. *中国中医基础医学杂志*, 2020, 26(1): 137-139.
- 15 毛冬雪, 齐景馨, 俞睿, 等. 舌下络脉形成的机理探析及临床意义. *辽宁中医杂志*, 2019, 46(10): 2089-2091.
- 16 谢桂权. 从湿热论治岭南地区慢性肾脏病. *广州中医药大学学报*, 2021, 38(1): 188-191.
- 17 尹玥, 孙伟, 丁绍芬. 孙伟从“金水相生”论治慢性肾脏病经验探析. *吉林中医药*, 2021, 41(10): 1295-1298.
- 18 余斐, 孙伟. 孙伟在激素不同阶段辨证治疗肾病综合征经验. *中华中医药杂志*, 2016, 31(2): 539-541.
- 19 魏文娟, 孙伟. 孙伟教授治疗肾炎性蛋白尿临床经验. *中国中西医结合肾病杂志*, 2016, 17(10): 852-853.
- 20 钱伟玲, 周圆, 兰天鹰, 等. 消白方治疗脾肾气虚、湿热瘀阻型慢性肾小球肾炎(CKD1~2期)的临床研究. *上海中医药大学学报*, 2021, 35(6): 17-21.
- 21 赵静, 孙伟. 孙伟治疗慢性肾脏病经验. *中国中医药信息杂志*, 2009, 16(1): 87-88.
- 22 黄小娟, 孙伟, 高坤. 孙伟教授治疗肾炎性血尿临床经验. *浙江中医药大学学报*, 2018, 42(1): 81-83.
- 23 胡浩, 孙伟. 孙伟立足益肾清利活血法治疗肾性蛋白尿经验阐微. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(10): 1871-1872.
- 24 孙伟. 益肾清利活血治疗慢性肾脏病精粹. *江苏中医药*, 2011, 43(2): 1-4.
- 25 夏平, 张露, 刘琼, 等. 基于“肾虚湿瘀”理论治疗慢性肾脏病的核心方药分析. *世界科学技术-中医药现代化*, 2019, 21(6): 1075-1084.
- 26 吴静怡, 蒋春波. 基于“肾虚湿热”病机探讨自噬与慢性肾脏病的关系. *中医学报*, 2021, 36(11): 2346-2350.

Professor Sun Wei's Experience in Diagnosis and Treatment of Chronic Kidney Disease with Theory of "Damp-heat Injury to Kidney"

Cui Chengji¹, Sun Wei², He Weiming², Zhang Shoulin¹

(1. The First Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130021, China;

2. The Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

Abstract: This paper introduces professor Sun Wei's academic thought and experience in diagnosis and treatment of chronic kidney disease. Chronic kidney disease belongs to the category of "lumbago", "guange" and "fatigue" in Traditional Chinese medicine, and the incidence is mainly closely related to the spleen and kidney. If chronic kidney disease develops to the terminal stage, kidney replacement therapy should be carried out. Professor Sun Wei believes that kidney deficiency and dampness stasis is the basic pathogenesis of chronic kidney disease, and systematically explains the diagnosis and treatment of the disease with the theory of "dampness and heat injury to the kidney". It is concluded that damp-heat is the initiating factor of the progression of the disease, nephron deficiency is the origin of the disease, and blood stasis and toxin is the pathological outcome of damp-heat injury to the kidney.

Keywords: Sun Wei, Damp-heat injury to kidney, Chronic kidney disease, Experience

(责任编辑: 刘玥辰, 审稿人: 王瑀、张志华)