

引用:吴瑞崧,周恩超.周恩超基于“本虚标实,兼变转化”辨治干燥综合征肾损害经验[J].中医导报,2026,32(3):245-247,271.

周恩超基于“本虚标实,兼变转化”辨治干燥综合征肾损害经验*

吴瑞崧^{1,2,3},周恩超^{2,3}

(1.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029;

2.南京中医药大学第一临床医学院,江苏 南京 210046;

3.中医补益肾元抗衰老研究江苏高校重点实验室,江苏 南京 210023)

[摘要] 周恩超认为干燥综合征肾损害的病性属本虚标实,以阴虚燥热为本证,常夹有风热、瘀血、水湿、浊毒等标证,病程中兼证、变证繁多,且直接影响预后转归。治疗上强调要兼顾本证及标证,辨明兼证、变证,以滋阴润燥、固护肾元贯穿全程,针对兼证重用涩法、固脱止遗,针对变证则着重祛风通络、活血化痰,后期肾毒内积则当以泄浊解毒为主,如遇兼证、变证并见,则强调攻补兼施,中病即止。用药以“补益之药在精而不在多,驱邪之药当效专而力宏”为主要特色。并附验案1则,以资佐证。

[关键词] 干燥综合征肾损害;本虚标实;兼证;变证;周恩超;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)03-0245-03

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.03.040

干燥综合征(Sjögren's syndrome, SS)是一种自身免疫性疾病,以淋巴细胞浸润外分泌腺为主,临床常见以口干、眼干等症状为主要表现,并可出现肺、肝、肾等多脏器损害^[1]。流行病学研究表明SS患者中肾脏损害的发生率约40%~50%^[2]。干燥综合征肾损害(renal involvement in Sjögren's syndrome, RISS)的病理类型非常复杂,以往观点认为以肾小管病变为主,近年来随着临床研究的增加,发现肾小球受累也不少见,无论哪种病变最终都可能逐渐进展,导致终末期肾病^[3]。目前西医治疗RISS尚未形成系统权威的共识及指南,临床主要依赖激素、环磷酰胺等免疫抑制剂及其他对症处理措施,副作用大且疗效不确切,亟待中医药补充治疗思路及手段^[4-5]。

RISS在中医古籍中无统一的病名,依据临床表现可归于“燥毒”“燥痹”“肾劳”等的范畴。其病因病机复杂,总属本虚标实,涉及肺、脾、肾、肝等多个脏腑。现代医家多以“虚”立论,注重滋阴补肾,辅以祛风除湿、活血化痰之法。巴元明认为气阴两虚、肾不固精,风湿热邪阻滞肾络是RISS的基本病机,故推荐运用滋肾封髓汤滋阴益气、固精封髓,兼祛风除湿、清热利湿^[6];宋立群认为该病初起脾肾阴虚,阴损及阳,精亏血少,燥、湿、瘀阻滞肾络,治疗上强调顾护阴液、平布阴阳、通达气机、标本兼顾^[7];林昌松认为燥毒日久损伤脾、肾二脏,水湿不能运化,发为水肿,治疗当注重育阴利水,辅以清

热活血,可予猪苓汤加减^[8]。

周恩超教授(以下简称“周教授”)是江苏省名中医,知名肾病专家,第四批全国名老中医学学术经验继承人,国家第三批中医临床优秀人才,师承国医大师邹燕勤教授,从医30余载,擅长中西医结合治疗各种肾脏疾病。周教授临证治疗RISS亦颇有心得,赞同RISS性属本虚标实,并强调RISS的“标证、兼证、变证”往往能直接影响疾病转归的方向,据此提出固本之药在精而不在多,驱邪之药当效专而力宏的用药理念,及遇兼证应重用涩法、固脱保精,见变证则大力祛风通络、活血化痰,后期肾毒内积重在泄浊解毒的系统辨证论治思路。并针对兼证、变证并见,虚证、实证俱存的两难境地给出了攻补兼施、随症加减的具体应用策略,临床收效显著。笔者有幸跟师抄方,获益颇丰。现将周教授治疗RISS之经验总结于下文,以飨同道。

1 病机探析

1.1 阴虚液亏,燥毒伤肾是核心病机 SS以一系列干燥症状等为主要临床表现,《素问玄机原病式·六气为病》云“诸涩枯涸,干劲皴揭,皆属于燥”^[9],点明了燥邪是干燥症状的主要病机。《医述·卷五》曰:“燥是阳明之化,虽因于风热所成,然究其原,皆本于血虚、津液不足所致者为多。”^[10]其进一步阐明,一方面,六淫邪气中如风、热、燥、暑邪可直接损伤津液,而

*基金项目:江苏省中医药领军人才培养项目(SLJ0319);江苏省中医院“高峰学术”人才项目(y2021rc26)

通信作者:周恩超,男,主任中医师,教授,研究方向为中医肾脏病临床及基础研究

寒、湿之邪亦可郁而化热，耗伤阴液；另一方面，此类患者往往素体阴虚，燥热内生，内外合邪，致使疾病丛生。周教授指出SS起病之初多以肺胃阴虚为主，燥邪蓄积日久而成燥毒，累及肝肾，致肝肾阴亏，不能濡润，助长燥毒，亦有素体肝肾阴虚，外感燥毒，内外合邪，耗伤肾元。

1.2 气阴两伤，肾气不固是主要兼证 RISS以肾小管病变为最常见的病理类型，常以周身乏力、尿频、夜尿多、自汗盗汗等为主要表现。周教授认为RISS中肾小管病变是最为普遍的一种病理变化，常由本证演化而来，与本证相伴相生，因此当属兼证。此系燥毒侵肾，耗竭肾阴，肾阴不足，久则肾气化生不足，封藏失职，则见尿频、夜尿多等症状。《灵枢·营卫生会》云：“营出于中焦，卫出于下焦。”^[14]肾中气阴不足，无法化生卫气，卫气不固，故常见自汗盗汗、周身乏力等症状。而长期的尿频、夜尿多、自汗盗汗又会导致正气随津液进一步流失，加重气阴两虚之态。

1.3 内燥生风，肾络瘀阻是常见变证 一部分RISS患者也可见到肾小球病变，以血尿、蛋白尿、水肿等为主要表现，其病机较为复杂。周教授认为RISS中肾小球病变比较少见，多数与患者的体质特点、失治误治等因素密切相关，因此属于变证范畴。“风邪内扰”和“肾络瘀阻”是其病机关键。《外经微言·八风固本篇》云：“五脏虚而风生矣。”^[12]肾水亏耗，气机不畅，则易生内风邪。风性开泄，致精微物质下泄，故常见蛋白尿。燥热之毒耗伤气血，影响气血周流，遂至肾络瘀凝，故常见舌质暗紫，肌肤甲错，血尿、蛋白尿，肾活检可见肾小球硬化等。

1.4 肾元虚衰，肾毒内积是最终转归 无论哪种病理类型的RISS，最终都有可能发展到肾功能不全乃至终末期肾病。周教授指出，肾元衰败可变为肾毒，肾毒内积又可更伤肾元，二者互为因果，密不可分。燥毒久郁肾内，大伤肾元。肾主水，司二便，肾元衰败，则水液代谢失调，二便排泄失当，则“水、湿、痰、浊、瘀”等毒邪难以排出，溺毒入血，故可见面色黎黑，颜面肢体水肿，血肌酐、尿素氮等毒素升高，电解质紊乱等。

2 临证治法

由于RISS的病机复杂，兼证、变证繁多，各种标证之间还常常存在矛盾之处，因此治疗起来难度较大。针对该问题周教授提出本证是疾病发生的根源，标证是疾病发展的推动因素，而兼证和变证则是疾病转归的方向，故治疗时必须兼顾本证和标证，以兼证、变证辨明主要矛盾方向，进行突破。从而提出将滋阴润燥、固护肾元应作为贯穿始终的治疗原则，在辨明兼证与变证的基础上，针对兼证应着重止遗固脱、益气保精，针对变证则侧重祛风通络、活血化痰，至后期肾毒内积则重在泄浊解毒，对于兼证、变证并见者当攻补兼施，中病即止，随症加减，方能取得桴鼓之效。

2.1 滋阴润燥、固护肾元贯穿始终 周教授认为滋阴润燥、固护肾元是治疗RISS本证的一体两面，早期干燥症状明显，而肾损害不明显时可重点滋阴润燥，适当选用入肾经的药物，预防肾脏进一步受损；而后期肾损害明显时，则要重点加用补益肾元的药物，以扶正祛邪。用药方面，周教授强调补益之药在专而不在多，必须辨明脏腑、对证下药，且讲究养阴制燥

而不滋腻，以甘寒清润之药为最佳。若肺胃阴伤明显，周教授常以石斛、麦冬相配，石斛善滋胃、肾之阴，麦冬善养肺、胃之阴，《本经逢原·麦门冬》谓“麦门冬甘寒，滋燥金而清水源”^[13]。二药相配伍，清灵滋润，金水相生。若肝肾阴亏较甚，则常配伍熟地黄、墨旱莲、女贞子、枸杞子等以涵养肝肾。后期肾元亏损，周教授提倡用黄芪、山萸肉药对来补益肾元。黄芪善补元气，升提固本，其效缓而力久，山萸肉善平补肾中精气，敛肝肾之阴，润而不燥，两药相合气阴双补，固护肾中真元。若兼有腰膝酸软乏力，可酌加川续断、怀牛膝、槲寄生等补肝肾、壮腰膝。

2.2 辨明兼变、圆机活法是治疗核心 对于兼证而言，周教授强调气阴两虚，肾失封藏是兼证出现并发展的根源，因此若出现夜尿频多，自汗盗汗，甚则遍身汗出，尿量过多，类似西医中肾小管酸中毒者，则应加用固精缩尿之药如金樱子、菟丝子、益智仁、桑螵蛸等，以增强益肾固脱之效，使得肾中精气得以保存。

对于变证而言，周教授指出变证虽然少见，但是一旦出现更容易加速肾功能的减退，现代医学研究也证实了这一观点^[14-15]。在治疗变证时，周教授认为风邪和瘀血是关键的病理因素，因此当以祛风活络为主要方法。张仲景有言：“火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。”^[16]故周教授认为用药方面，不可轻用辛温燥烈之品。祛风宜用白花蛇舌草、蛇莓、藤梨根等兼有清热解毒功效之品，活络则宜用赤芍、丹参、牡丹皮等凉血活血之药以免损伤津液。

至于RISS后期肾功能下降阶段，则以肾元衰败、肾毒内积为最主要的病理机制。针对肾毒，周教授提出要兼用化毒和排毒两种手段^[17]。所谓化毒，即针对毒的性质，用相对应的药物消解喧嚣之毒邪。周教授常以积雪草、六月雪、黄柏、茵陈、黄连等解热毒；红花、川芎、失笑散、桃仁等破瘀毒；紫苏叶、茵陈等化湿毒。所谓排毒，即用“开鬼门，洁净府”之法使毒从汗液及二便而去。周教授常用茯苓皮、土茯苓、车前子、泽泻等利水渗湿，使毒从小便而去；配以熟大黄通腑泄浊，使毒从大便而去。

2.3 攻补兼施、随症加减方能应万变 RISS的疾病演化过程中虽然有兼证和变证之别，却不排除两者同时存在的情况，因而常有阴虚燥热与水湿浊毒并存，血瘀内阻与气虚不摄并见等情况。攻邪则易伤正，滋补则会助湿，用药常处于两难之地。因此，周教授强调在治疗时需辨证精确，仔细斟酌，攻补兼施，找准侧重。若以阴虚内燥，气不固摄为主者，应当着重于益气养阴、涩精固脱，即使稍有风邪和瘀血内留，也可后期徐徐图之。若水湿浊毒内蓄，见遍身水肿、大量蛋白尿、肾脏病进行性发展者，当酌情减少滋阴之品以防助湿，着力于祛风除湿泄浊，可加用雷公藤、青风藤、全蝎、僵蚕、土鳖虫、大剂量石韦或黄蜀葵花等^[18]，但需注意中病即止，不可攻伐太过。若正虚明显，不耐攻伐，即使存在浮肿、呕逆等也当以固护肾元、扶住正气为主，不可本末倒置。

除了上述治疗方法之外，周教授还指出SS患者临床表现繁多，需随症加减，方能应对万变。如：伴有眼睛干涩明显者可加用菊花、桑葚等养肝明目，伴有口干明显者可加用天花

粉、芦根、白茅根生津止渴,伴有咽喉干痒不适者可加用玄参、冬凌草清利咽喉,伴有肌肉疼痛或抽搐者可加用木瓜、白芍增液舒筋。

3 验案举隅

患者,女,49岁,2020年12月29日初诊。主诉:双下肢水肿2个月余。现病史:患者2个月前无明显诱因下出现双下肢水肿伴麻木、踝关节轻度胀痛,至某三甲医院就诊,查尿常规:尿蛋白(++),白细胞48/ μ L,红细胞23/ μ L。住院治疗,查白蛋白28.52 g/L,总胆固醇10.7 mmol/L,高密度脂蛋白3.28 mmol/L,低密度脂蛋白6.62 mmol/L,24 h尿蛋白定量为3.22 g,肾功能未见明显异常;唇腺活检提示干燥综合征。诊断为“干燥综合征、慢性肾炎综合征”,予以羟氯喹1片(1次/d)、白芍苁蓉1粒(2次/d)、氯沙坦钾1片(1次/d)、阿托伐他汀1片(1次/d)、黄葵胶囊5粒(3次/d)等治疗,出院后复查24 h尿蛋白定量:2.81 g。2020年12月10日患者至当地医院复查尿常规示:尿蛋白(+++),隐血(+).欲求中药治疗,遂至我科门诊。刻下:双下肢水肿,稍有口干,纳寐可,夜尿1次,有尿沫,大便一日一行,质软;舌紫暗,苔白腻,脉弦细。既往史:否认高血压、糖尿病等病史。西医诊断:干燥综合征肾损害;中医诊断:燥毒(脾肾亏虚,风湿阻络)。治法:健脾益肾,祛风通络,利水渗湿。方用自拟益肾祛风方,处方:黄芪30 g,太子参15 g,麸炒白术10 g,酒萸肉10 g,全蝎6 g,炒僵蚕10 g,蝉蜕10 g,白花蛇舌草15 g,红花10 g,川芎10 g,土鳖虫10 g,茯苓皮30 g,车前子30 g,石韦30 g,青风藤30 g,炒牛蒡子15 g,黄蜀葵花30 g。14剂,1剂/d,水煎取汁200 mL,分2次服。嘱患者停药黄葵胶囊,继续口服自备药物(羟氯喹、白芍苁蓉、氯沙坦钾、阿托伐他汀),服用方法同前。

2诊:2021年1月12日。双下肢酸胀,久立后明显,水肿较前减轻,口干,纳寐可,夜尿1次,大便一日一行,成形;舌暗紫,苔白稍滑,脉弦细。2021年1月11日查24 h尿蛋白定量:0.42 g。予前方加木瓜10 g。14剂,煎服法同前。

3诊:2021年1月26日。药后双下肢酸胀缓解,稍有口干,纳可,夜寐差,醒后难入睡,夜尿1次,有尿沫,大便一日一行,不成形;舌淡紫,苔白微腻,脉弦细。2021年1月24日查尿常规:尿蛋白(+);24 h尿蛋白定量为0.30 g。予2诊方去木瓜10 g,炒僵蚕加量至20 g。14剂,煎服法同前。

4诊:2021年2月23日。双下肢水肿明显缓解,口干,劳累后腰酸,纳可,夜寐易醒,夜尿1次,大便一日一行,时不成形;舌淡紫,边齿痕,苔白微腻,脉弦细。2021年2月20日查尿常规:尿蛋白(-);24 h尿蛋白定量为0.27 g。予3诊方去太子参,加熟地黄15 g,砂仁6 g。14剂,煎服法同前。

后患者定期复诊,守方用药,稍作加减,症状逐渐消除,2021年5月24日复查24 h尿蛋白定量为74 mg。门诊随访半年,患者尿蛋白持续阴性。2025年6月23日电话回访,患者诉2022年初自行停药中药、羟氯喹、氯沙坦钾。近3年每年规律体检,尿常规及肾功能未见明显异常。

按语:周教授结合四诊资料认为本案中患者是典型的本虚标实,以脾肾气阴两虚为本,风、湿、瘀为标,其证候特点符合变证的特点。肾阴不足则无法滋润,脾气不足则气血生化

无源,无法补济肾阴,故发为燥毒,可见口干等。燥毒内耗,脾肾愈亏,湿邪内生,犯溢肌肤,故见水肿,舌苔白腻亦属湿象;燥毒伤血,血虚则生风邪,风性开泄,故见尿中蛋白溢出,脉弦细亦属风象;燥毒损络,煎熬津液,干凝成瘀,故见下肢麻木,舌暗紫亦属瘀象。因此,周教授认为变证当前,本虚不显,标证为著,如仍重滋补,难以取效,当在益肾健脾的基础上,大力祛风通络、利水渗湿。方中以黄芪、太子参、麸炒白术、酒萸肉为君,补肾健脾,益气养阴;青风藤、全蝎、僵蚕、蝉蜕祛风通络,茯苓皮、车前子利水消肿,6味药相合共为臣药;红花、川芎、土鳖虫活血化瘀,白花蛇舌草、黄蜀葵花、石韦清热利湿,炒牛蒡子升清降浊,此7味共为佐药。2诊时患者水肿减轻,下肢酸胀明显,故加木瓜舒筋活络。3诊时患者下肢酸胀缓解,无是证则去是药,故去木瓜;效果显著时当乘胜追击,故炒僵蚕加量至20 g,加强祛风之力,以促进蛋白尿消退。4诊时患者水肿渐消,水湿渐退,标证渐除,口干、腰酸等肾阴亏虚的症状日显,故加用熟地黄滋补肾阴,配以砂仁以防滋腻碍胃。通过坚持治疗,最终达到临床控制的治疗目的。

4 小 结

RISS是一种难治的继发性肾脏病。周教授基于“本虚标实,兼变转化”的思维方法认识该疾病,总结其病机为阴虚液亏,燥毒伤肾,可发生气阴两虚、内燥生风、肾络瘀阻等多种继发病变,最后出现肾元衰竭,浊毒内泛的结局。并提出在治疗策略方面应该全程贯穿滋阴润燥、固护肾元的原则,辨明兼证、变证,针对兼、变证之病机特点运用涩精固脱、祛风通络、活血化瘀、泄浊解毒等多种手段,根据肾脏损害的程度斟酌攻补,再结合临床表现随证加减。临床实践多获良效,值得借鉴及推广。

参考文献

- [1] 陈锐文.原发性干燥综合征合并肾损害中医证候及相关因素研究[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [2] 余学清,赵明辉,陈江华,等.肾内科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2021:123.
- [3] 吕茜倩,冉黎,张容.中西医结合治疗干燥综合征合并肾损害的文献分析[J].医学信息,2023,36(2):35-38.
- [4] 曹阳,李崇巍.儿童原发性干燥综合征合并肾损害的研究进展[J].临床荟萃,2022,37(2):188-192.
- [5] 邹瑶,凌光辉,田静,等.原发性干燥综合征肾损害研究进展[J].中南大学学报(医学版),2018,43(3):320-326.
- [6] 刘馥溧,巴元明.巴元明运用滋肾封髓汤治疗干燥综合征肾损害临证经验[J].时珍国医国药,2023,34(9):2259-2261.
- [7] 马丁,宋立群.宋立群治疗寒地干燥综合征肾损害经验采撷[J].山西中医,2024,40(11):6-7.
- [8] 叶棠明,廖发杰,詹静怡,等.林昌松运用培补脏腑真阴法治疗干燥综合征经验[J].中医药导报,2023,29(6):197-200.
- [9] 刘完素.素问玄机原病式[M].北京:中国中医药出版社,2007:2.

(下转第271页)

过调整比例决定核心病机干预。疏肝为主(1:3~1:5):针对肝郁气滞证(如青带、气逆难产),以柴胡疏泄为主导。养阴为重(1:10~1:20):针对肝肾阴虚证(如血崩、经水后期),凸显白芍滋阴效能。在病机干预层面,注重协调肝之体用,以柴胡疏肝用(阳),白芍养肝体(阴),破解肝郁血虚矛盾;强调枢转气机,柴胡升举清气,白芍敛降阴气,共促气机运转(如难产气逆证);尤重母子同治逻辑,以“疏肝郁开肾郁”(如月经病),体现肝肾同治的传变观。

傅青主突破张仲景药对框架,将柴胡、白芍药对从“祛邪枢机”转向“协调脏腑气血阴阳”,其“用量-炮制-比例”体系,为妇科临证遣方用药定量提供了可量化操作的范式。

参考文献

- [1] 唐于平,束晓云,李伟霞,等.药对研究(I):药对的形成与发展[J].中国中药杂志,2013,38(24):4185-4190.
- [2] 孔令源,韩平,何欣仪,等.《傅青主女科》中砂仁的应用分析[J].环球中医药,2025,18(2):250-253.
- [3] 韩月,沈甦,傅捷,等.完带汤防治脾虚湿盛型外阴阴道假丝酵母菌病的临床疗效及对DNA损伤的影响[J].南京中医药大学学报,2024,40(2):82-87.
- [4] 冯双双,马睿杰,盛吉莅,等.温经摄血汤联合隔姜灸治疗虚寒型月经后期25例临床观察[J].甘肃中医药大学学报,2016,33(1):64-67.
- [5] 殷淑君.定经汤加减联合盐酸吡格列酮治疗非肥胖型多囊卵巢综合征伴胰岛素抵抗患者的临床疗效观察[D].郑州:河南中医药大学,2023.
- [6] 胡鸣旭,徐俏俏,张洪财.柴胡白芍药对改善大肠癌术后患者抑郁及腹泻状态的量效关系研究[J].中国中西医结合外科杂志,2021,27(3):458-461.
- [7] 丁琳,王若宇,张帆,等.柴胡-白芍含药血浆通过miR-1297/PTEN信号轴对HepG2肝癌细胞的影响及机制研究[J].中国中药杂志,2024,49(4):1073-1081.
- [8] 李文飞,赵威维,孟庆鸿,等.历史地理视域下赤芍、白芍分化的文献考证[J].中华中医药杂志,2023,38(5):2150-2154.
- [9] 武夏林,潘华锋,史亚飞.从柯琴之六经观辨析大柴胡汤证的归属:兼考证《伤寒论》大柴胡汤的组成[J].中华中医药杂志,2011,26(10):2434-2436.
- [10] 吴纪东,陈仁寿.基于古代文献分析的经典名方柴胡桂枝汤关键信息考证[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(6):199-210.
- [11] 梁绿圆,唐箐,曹佳蕾,等.经典名方四逆散关键信息考证与古今应用分析[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(18):182-193.
- [12] 黄晶晶,钟瑞熙,朱荣火,等.《金匱要略》鳖甲煎丸研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(4):15-19.
- [13] 骆小珊,谢甦,冯豆豆,等.薯蓣丸古籍文献与现代临床应用研究[J].世界中医药,2024,19(24):3820-3826.
- [14] 周维叶,周惠芳.《傅青主女科》中黑芥穗与炮姜的配伍应用探析[J].中华中医药杂志,2023,38(2):735-737.
- [15] 刘家鑫,方向明.以湿论治《傅青主女科》带下篇及用药特色分析[J].四川中医,2024,42(12):30-32.
- [16] 涂昕瑶,李素敏.《傅青主女科·血崩》之用药规律与诊疗思路浅析[J].中医临床研究,2025,17(8):83-88.
- [17] 吉苗苗,严余明.从“天癸既行,皆从厥阴论之”论治经前期综合征探析[J].浙江中医药大学学报,2021,45(2):131-134.
- [18] 王健羽,孙天琳,汤玲.张锡纯与傅青主论治产后病经验比较探析[J].环球中医药,2025,18(4):769-772.
- [19] 孔令源,李修阳.李东垣基于“胃气升发”论探讨多囊卵巢综合征病机证治[J].中国医药导报,2023,20(16):141-144.
- [20] 孔令源,何欣仪,杨金萍.基于法象思维探讨风药配伍应用[J].中医学报,2026,41(2):281-285.
- [21] 李金洋,胡婷婷,安凤霞,等.白芍炮制历史沿革及现代研究进展[J].山西大同大学学报(自然科学版),2022,38(4):62-66,76.

(收稿日期:2025-07-01 编辑:罗英姣)

(上接第247页)

- [10] 程杏轩.医述[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2021:324-325.
- [11] 黄帝内经·灵枢[M].太原:山西科学技术出版社,2019:53-54.
- [12] 岐伯天师.外经微言[M].陈士铎,述.北京:中医古籍出版社,1984:273.
- [13] 张璐.本经逢原[M].2版.赵小青,裴晓峰,杜亚伟,校注.北京:中国中医药出版社,2007:82.
- [14] AIYEGBUSI O, MCGREGOR L, MCGEOCH L, et al. Renal disease in primary sjögren's syndrome [J]. Rheumatol Ther, 2021, 8(1):63-80.
- [15] CHATTERJEE R, BALAKRISHNAN A, KHARBANDA R, et al. Renal involvement in Sjögren's syndrome: Predictors and impact on patient outcomes [J]. Rheumatol Int, 2023, 43(7):1297-1306.
- [16] 张仲景.伤寒论[M].太原:山西科学技术出版社,2018:27.
- [17] 周恩超,雍晨.从“肾毒”论治慢性肾脏病[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(8):2802-2807.
- [18] 周恩超.邹燕勤中医肾病学术经验传承与创新[M].南京:江苏凤凰科学技术出版社,2014:96.

(收稿日期:2025-02-25 编辑:刘国华)