

本文引用: 彭亚平, 邹译娴, 王行宽. 王行宽教授论治肾性高血压经验撷菁[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(6): 1100-1104.

王行宽教授论治肾性高血压经验撷菁

彭亚平, 邹译娴*, 王行宽

湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007

[摘要] 肾性高血压是慢性肾脏病最常见的并发症之一, 首届全国名中医王行宽教授认为其病机核心为肾精气亏虚、水湿不化, 封藏失职, 营精暗泄, 病延既久, 进而致使肾藏真虚衰, 溺毒内生, 水不涵木, 肝阳继而上亢而成。临证中肾性高血压患者常因水钠潴留致阳亢难平、肾元虚衰碍药效受限等因素, 血压较难达标。王行宽教授取法“乙癸同源”精义, 擅长“多脏调燮”之法: 治本滋肾以涵肝木, 疏肝以平木亢, 实脾以制水邪; 治标则以清泻溺毒、祛痰活血为精要, 同时重视“微观辨病辨证”, 将现代理化指标纳入“司外揣内”辨证体系, 取标本兼施、燮理阴阳而达平肝潜阳之效。王行宽教授历经六十载临床验证, 融汇经典理论与现代认知的诊疗体系, 验之临床, 效显而理彰, 为肾性高血压的诊治提供了经典思维与现代实践结合的范例。

[关键词] 肾性高血压; 藏真虚衰; 溺毒; 痰瘀互结; 微观辨病辨证; 王行宽

[中图分类号]R249

[文献标志码]A

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.06.017

Essence of Professor WANG Xingkuan's experience in treating renal hypertension

PENG Yaping, ZOU Yixian*, WANG Xingkuan

The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

[Abstract] Renal hypertension is one of the most common complications of chronic kidney disease. Professor WANG Xingkuan, a national famous TCM practitioner, holds the view that the core pathogenesis of renal hypertension lies in kidney essence and qi deficiency, impaired transformation of water-dampness, loss of the kidney's function in sealing and storing, thereby leading to the subtle leakage of essence and nutrients. Over time, this condition progresses to profound deficiency of kidney Yuan-primordial qi, the generation of endogenous "urine toxins", failure of kidney (water) to nourish the liver (wood), and subsequent hyperactivity of liver yang. Clinically, patients with renal hypertension often face challenges in achieving blood pressure control due to factors such as sodium and water retention, which make it difficult to submerge hyperactive yang, and the impairment of drug efficacy caused by kidney Yuan-primordial qi deficiency. Drawing inspiration from the profound principle of "kidney (Yi) and liver (Gui) sharing a common source", Professor WANG excels in the approach of "regulating multiple organs harmoniously". For the root cause, he tonifies the kidney to nourish the liver (wood), soothes the liver to submerge its hyperactivity, and strengthens the spleen to restrain water-dampness; for the manifestations, he focuses on clearing and draining urine toxins, eliminating phlegm, and circulating blood as the key strategies. Meanwhile, he emphasizes "microscopic differentiation of diseases and patterns", incorporating modern laboratory and physical examination indicators into the pattern identification system of "inferring the internal from the external", thereby achieving the effects of soothing the liver and submerging yang through a comprehensive approach that

[收稿日期]2025-01-20

[基金项目]第七批全国老中医药专家学术经验继承项目(国中医药人教函[2022]76号);湖南省中医药管理局基金项目(D2022009)。

[通信作者]* 邹译娴,女,硕士,副主任医师,E-mail:107742967@qq.com。

addresses both the root and the manifestations and harmonizes yin and yang. After six decades of clinical verification, Professor WANG Xingkuan has developed a diagnostic and therapeutic system that integrates classical TCM theories with modern medical knowledge. This system has demonstrated remarkable efficacy and is theoretically well-founded in clinical practice, providing an exemplary model for combining classical TCM thinking with modern medical practice in the diagnosis and treatment of renal hypertension.

[**Keywords**] renal hypertension; kidney Yuan-primordial qi deficiency; urine toxin; intermingled phlegm and blood stasis; microscopic differentiation of diseases and patterns; WANG Xingkuan.

慢性肾脏病(chronic kidney disease,CKD)是全球范围的公共健康问题,影响着全球约 8.5 亿人^[1];流行病学数据显示,我国人群患病率已从 2012 年的 10.8%显著下降至 2023 年的 8.2%^[2],但成年患者基数仍高达 8 200 万^[3],疾病负担依然严峻。而肾性高血压(renal hypertension, RH)是 CKD 最常见的并发症之一,据现代研究,我国非透析 CKD 患者 79.8%伴发高血压^[4],至尿毒症期更高达 91%^[5],然以 130/80 mmHg 为控压目标,达标率仅 11.9%^[6]。

RH 归属于中医学“眩晕”“头痛”等范畴,临床中亦多见眩晕为主症,常有耳鸣、听力减退及腰膝酸软无力等伴随症状。国医大师周仲瑛教授取象比类,将此证命名为“肾风眩”^[7]。首届全国名中医王行宽教授,深研清代柯琴所著《伤寒论注·阳明脉证上》“精道由肾,血道由肝,尿道由膀胱”之奥旨,根据“乙癸同源,络脉为枢”之论,肾风眩以肝肾病位为本,血道瘀阻为枢机,而其病传之径:始则肾失封藏,精微下泄;继则水不涵木,肝阳上亢;终则浊毒壅络,风痰上扰^[8-9]。王行宽教授历六十载临床淬炼,治疗上以益肾平肝固其本,清泄溺毒以澄其源,涤痰化瘀以畅其络,微观辨病辨证以衡其变。本文从病因病机、治疗特点方面系统总结王行宽教授诊治 RH 之经验,以供临床参考。

1 病因病机浅论

RH 的现代发病机制复杂,涉及肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS 激活)、容量超负荷、降压物质减少及神经内分泌失调等多因素相互作用^[10]。中医临床中常将此归属于“风眩”范畴进行论治,《诸病源候论·风头眩候》载:“风头眩者,由血气虚风邪入脑而引目系故也……诊其脉洪大而长者,风眩。症见头晕眼花,呕逆;甚则厥逆,发作无常,伴有肢体疼痛。治宜扶正祛风。”此为原发风眩的中医认识。而肾风眩,如《普济方·肾脏风冷气(附论)》曰:“夫人脏腑虚损,肾气不足,则内生于寒,风邪之气,乘虚所侵

入于足少阴之经。”由此可见,风眩和肾风眩,病因各异。

在中医理论中,王行宽教授认为肾风、肾水或消渴、痛风等慢性疾病迁延不愈,易导致肾衰,进而出现肾风眩。此 RH 虽病因各异,然病证演变,终归一途。其病机核心为“虚、毒、痰、瘀”相互胶结,形成“虚损-浊毒-络阻-风动”的动态恶性循环。

1.1 肾藏真虚衰

《素问·六节藏象论篇》言:“肾者主蛰,封藏之本。”肾元虚衰则气化失权,引发三途之变:一为肾关不密,精微(如蛋白)下泄,膏脂流失,脏腑失养而精微失固;二为肾失蒸腾,“水精不布,反聚为湿”,湿浊壅滞,郁久化毒;三为肾水亏虚,乙癸失济,肝木失涵,风阳上亢,相火妄动。此阶段以“虚”为核心,《诸病源候论·耳风聋候》所谓“肾气不足,风邪乘虚入少阴经”,实为肾虚致卫外不固、邪气内陷之始动环节。

1.2 溺毒内生

溺毒即虚损化毒,标实渐成。“溺毒”一词首见于清代何廉臣《重订广温热论·验方妙用》,表现为头痛而晕、视力朦胧等症状,与现代医学中的慢性肾功能不全、尿毒症等症状具有高度对应性。故特指由于泌尿系统功能障碍,机体在不同的致病条件下,脾肾虚衰,湿浊不化,进而体内湿浊蕴结不能合理分布、及时排出,以致败坏形体而化生,是致病因素也是病理产物^[11]。溺毒其性黏滞,易致循少阳经上蒙,上逆清窍致眩晕、呕恶;沉伏孙络,与痰瘀搏结下损络脉,形成“毒瘀痹络”之变;毒邪戕伐五脏^[12],耗伤正气,加速肾络损伤,形成“虚者愈虚,毒者愈毒”之势。此阶段“虚毒并存”,王行宽教授结合《素问·五脏生成论篇》理论:“卧出而风吹之,血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣,凝于足者为厥”,强调“细络凝泣则风蔽窍”,实为溺毒壅滞、络脉失畅的直接后果。

1.3 痰瘀互结

浊毒酿痰,络阻生风。肾虚溺毒相兼为患,进一

步衍生痰瘀病理:肾衰气化无力,津液不归正化,湿浊反聚为痰,如《景岳全书·论痰之本》所言“痰之本源于肾”;溺毒与血互结,阻滞络脉,毒瘀胶结;痰瘀阻络,气血逆乱,风痰上扰,肝失濡养则风阳鸱张,终致“眩晕渐起并加剧,血压难控”。此阶段为“痰瘀风动”交织,《临证指南医案·木乘土》载:“初病在气,久病入血入络。”痰瘀闭阻络脉,既为肾虚溺毒之果,亦为加剧气化失司、风阳上亢之因。

2 临床治疗特点简析

王行宽教授认为,肾衰病继发风眩病因病机虽然复杂,但总的治疗原则当为益肾平肝、清泻溺毒、清热祛痰、活血通络。

2.1 益肾平肝,燮理乙癸龙雷

王行宽教授立“益肾平肝”为纲,实本“肾主蛰藏,肝主疏泄”之旨。肾精亏虚,水不涵木,则龙雷之火上僭,发为风眩^[3]。故倡导六味地黄汤为基:熟地黄填精益髓,山茱萸酸收敛精,山药补土制水,三药共成“金水相生,水土合德”之妙。尤忌桂附刚燥:肉桂辛热如盛夏烈日,附子大燥似燎原之火,虽可温阳化气,然肾风眩本属“龙雷之火不安其位”,若投刚燥,恐如抱薪救火,反致阴津枯竭、风阳鸱张,此深得朱丹溪《格致余论·序》“阳常有余,阴常不足”之训。平肝之法,重在柔润息风。天麻禀金气肃降之性,钩藤通络清肝,刺蒺藜疏郁散结,三药合用,既潜上亢之风阳,又解络脉之郁热,暗合叶天士《临证指南医案·木乘土》中“肝为刚脏,非柔润不能调和”之论。更妙在山茱萸一药双关:酸入肝以敛浮阳,温入肾以固精关,使龙火归宅,雷火自熄。益肾平肝之法体现“治病必求于本”,王行宽教授主张“杂病治肝”,通过斡旋气机升降,使肾之蛰藏、肝之疏泄复归常态,终达“壮水之主以制阳光”之效^[4]。

2.2 清泻溺毒,通利三焦枢机

慢性肾衰者大多不可逆转,精气难复,溺毒亦难以清泄,治疗时除须补肾外,尤须清泄血中溺毒,如大黄、半枝莲、虎杖等,并用紫苏叶与黄连相伍,苦辛通降,不仅可减缓胃不适、呕恶之症,其意重在防溺毒上逆犯心、上脑^[5]。王行宽教授清泻溺毒之法,深契《素问·汤液醴醢论篇》“去菀陈莖”之古训,其治要在于“通腑泄浊以复气化”,盖溺毒乃肾风眩之标实关键,其治法暗含两层玄机:一为通降阳明以启少阴气化,取法邹云翔教授熟大黄之用^[6],熟大黄禀推陈

致新之能,既通腑道以泄浊毒,又借阳明之降启少阴气化;配紫苏叶、黄连辛开苦降,暗合宣清导浊汤法度,使浊毒从魄门而出,防其逆传心包。二为三焦分消以复气机升降,上焦以紫苏叶轻宣肺气,合《素问·汤液醴醢论篇》“开鬼门”之法,使玄府得通;中焦以黄连苦降胃气,应《素问·五藏别论篇》“六腑者,传化物而不藏”之论;下焦以大黄通利肠腑,承《灵枢·营卫生会》“下焦如渎”之职,三焦气机得畅,则肾之气化自复,进而清泻溺毒有效控制肾风眩,改善患者症状,促进肾脏功能稳定和恢复。

2.3 清热化痰,复中州升降之衡

肾主五液,肾病水泛为痰为湿,痰浊日久而化热,同时肾虚则脾失温煦,脾失运化,生湿化痰,痰涎壅遏,引动肝风,使得风痰上扰清窍。中焦脾胃为气机升降之枢,肾病及脾,痰热壅滞,王行宽教授针对痰浊痰热病机,常选温胆汤或小陷胸汤或紫苏散加减治疗,此外另参《丹溪心法·头眩六十七》“痰因火动”之论,融“清、化、宣、降”四法于一体:一为清金制木以断痰源,取黄连清中焦相火以绝痰热化源,暗合《丹溪心法·火六》“气有余便是火”之论,紫苏叶轻宣肺气以启水之上源,而非独清化痰热。二为润燥涤痰以疏肝络,常配青陈皮、全瓜蒌、丝瓜络等,实得“润燥开结,荡热涤痰”之妙。三为三焦分消以复气化:上焦常伍牛蒡子、重楼,清宣肺热以“提壶揭盖”,遵《温病条辨·治血论》“治水必先治气”之旨;中焦配杏仁、金荞麦,苦降辛开以复脾运,暗合《时病论·痰泻》“脾为生痰之源”之论;下焦借黄连之苦坚肾阴,应《素问·脏气法时论篇》“肾苦燥,急食辛以润之”。清热可减少内热损伤肾络,而祛痰可以减少痰湿对气血运行的影响,此法非但治痰热标证,更通过多脏调燮,燮理肺肝脾三脏气机,融“脏腑生克”之妙,使痰去则风火无所附,眩晕自平。

2.4 活血通络,疏澹孙络窠囊

肾风眩之瘀血阻络,非独血分瘀滞,实为“血水同病”,且痰、瘀、毒交织为患。此病机瘀血既成,则肝失濡养,风阳挟瘀上扰,眩晕乃作。王行宽教授择丹参、鸡血藤、当归、川芎为活血通络主药:丹参色赤入血,被认为具有多重功效,其能补血生血、调血敛血、逐瘀生新,同时其性微寒,既活血通络,又凉血宁络,尤宜肾衰瘀热互结之证。鸡血藤藤类通络,汁赤养血,其性温润,补血而不滞,通络而不峻,与丹参寒温相济。当归甘润辛散,为血中气药,养血以息肝风,行

气以畅肝用,更引血归经防丹参、川芎辛散太过。川芎辛香升散,其上行头目,下行血海,破血中滞气,引诸药透达络脉,然其性偏燥,必佐当归之润以制其刚。王行宽教授在临床上结合患者气血瘀浊轻重,单用或联合使用,去瘀生新,肝肾同调,将补虚、化瘀、通络三法协同,堪称深得经典血证治法精髓,进而络脉疏瀹,风火自息。

2.5 微观辨病辨证,冀在以象测藏

王行宽教授微观辨病辨证之法,融通张仲景“见病知源”思想,形成两层辨治纲领:一为溯本求源察病因即微观辨病,如针对消渴肾病善于从心肝肾三脏论治,认为心肝火旺、耗伤阴血为发病之本;肾精亏损,阴阳不调,津液不布,燥热内生,发为消渴则是疾病演变的必然结果,临床采用自拟消渴方清肝泻心、补益肝肾、滋阴润燥治疗消渴^[17-18];紫癜肾风考虑主因为风热夹毒,潜伏于营血,湿热蕴结致瘀,久之脏真虚衰,内犯肾脏,肾失封藏,营精暗泄,发为“溺毒”,治疗上早期以疏风清热、凉血泄毒为主,方用清瘟败毒饮或银翘散加减;久之应加补肾益精填髓之品,方用六味地黄丸或五子衍宗丸加减,并时时铭记“治肝”之法^[19];原发肾风或肾水病的主要病机为肾精气亏虚或阴阳两虚,气不化水,水湿留聚。治疗大法为补肾益精或阴阳并补、淡渗水湿^[15]。二为形神合参察微象即微观辨证,对精微失守之蛋白尿考虑为肾失蛰藏兼肝疏泄太过,治以金樱子、芡实水、陆二仙固精补肾;柴胡、当归调肝应“疏其血气令调达”;对血络受损之血尿,当患者尿红细胞、隐血试验阳性,考虑其病机多因阴虚火炽,酌选小蓟饮子、犀角地黄汤合二至丸,暗含“治火即是治血、凉血止血而不留瘀”之意;若单见尿隐血阳性而红细胞不多者,则以肾气虚,气不摄血为主,举元煎加仙鹤草以益气摄血;若合并肾性贫血,则精血亏耗,则用人参、黄芪以培后天(四君子汤法),当归、白芍、鹿胶、阿胶补血填精髓(四物汤或左归丸意),丹参、川芎、三七、蒲黄祛瘀生新(血府逐瘀汤理)。

《医学源流论·寒热虚实真假论》中表达临证需“辨病之虚实,察脉之动静”,王行宽教授宏微相参:形气并重,标本兼治,以经典理论诠释微观指标,以传统方药应对现代病证,正合徐灵胎“用药如用兵,辨证如审势”之思。

3 验案举隅

陈某,女,67岁。初诊:2023年5月31日。主诉:发现蛋白尿、血尿7年,视物模糊半年余。患者于7年前体检发现蛋白尿血尿,行肾活检提示IgA肾病,经多方诊治,尿检时有好转,但逐步出现肾功能异常,伴血压升高。近期出现目眩视弱,头晕不著,面部轻微浮肿,腰痛,胃痛,纳食不馨,时有恶心,夜寐谧,夜尿1~2次/晚,大便时有软溏不爽,日解1~2次。舌淡红,苔薄黄,脉弦细。血压168/93 mmHg,家中自测血压呈顽固高血压状态。尿常规:尿蛋白(++),隐血(++);肾功能:血肌酐153 μmol/L,尿素21 mmol/L,尿酸395.7 μmol/L。西医诊断:慢性肾炎(IgA肾病),慢性肾功能不全,RH。中医诊断:肾水、肾衰并风眩,证属肾精气亏虚、湿浊瘀毒内蕴,水不涵木,继发风眩。方药组方如下:天麻10 g,钩藤(后下)15 g,白蒺藜15 g,石决明(先煎)20 g,生地黄15 g,熟地黄15 g,山药20 g,山茱萸10 g,茯苓15 g,丹参15 g,白茅根20 g,莲须15 g,芡实20 g,小蓟15 g,熟大黄10 g,黄连5 g,紫苏叶5 g,枸杞子15 g,沙苑子15 g,冬瓜皮20 g。14剂,每日1剂,水煎早晚服。

二诊:2023年6月15日。药后复诊,患者自诉上述症状明显缓解,家中自测血压恢复正常,诊室复测血压137/69 mmHg,复查肾功能平稳,病情得到控制,患者按时服药,药后半年随诊,病症持续稳定。

按:王行宽教授认为,本案患者病程7年,症见视物模糊、腰痛、纳呆、夜尿频、舌淡红、苔薄黄、脉弦细等,检查提示血压升高、蛋白尿、血尿、血肌酐升高,慢性肾炎(IgA肾病)伴肾功能不全诊断明确,中医为典型肾水、肾衰并风眩病,病机核心为肾精气亏虚致肾气不固,湿浊瘀毒阻络,肝阳上亢动风。案中天麻、钩藤、白蒺藜、石决明(先煎)共奏平肝潜阳之效,辅以枸杞子、沙苑子补肾;生地黄、熟地、山药、山茱萸益肾填精,固本培元;以上体现了“肝肾同源、杂病治肝”治疗思想。莲须、芡实固涩收敛精气;熟大黄清泄溺毒,清除湿热溺毒;黄连、紫苏叶中黄连苦寒,紫苏叶辛温,两者合用辛苦通降,调燮中焦;丹参活血利水,改善血液循环和水液代谢;白茅根、小蓟清利湿热,凉血止血,减轻湿热引起的尿血症状;冬瓜皮利水消肿,消除面部轻微水肿。二诊患者血压恢复正常(137/69 mmHg),肾功能稳定,症状明显缓解。说明方药对平肝潜阳、益肾填精、活血化瘀、清泄湿热

溺毒之效显著。本案处方体现了中医的辨证论治原则,通过多脏调变,结合现代医学检验检查,运用微观辨病辨证论治,以达到治疗肝阳上亢、水湿不化引起的湿热溺毒内蕴之疾的目的。

本案处方体现了中医的辨证论治原则,通过平肝息风、补益肝肾、清利湿热、活血等多方面综合治理,结合现代医学检查提示血尿蛋白尿及血肌酐升高,运用微观辨病辨证论治,以达到治疗肝阳上亢、水湿不化引起的湿热溺毒内蕴之疾的目的。

4 结语

中医药在 RH 的治疗过程中展现出独特的优势,其作用机制涵盖多方面调节、多器官保护、症状改善及毒副作用控制等多个维度。王行宽教授深契肾风眩之病机病位,其演变暗合“肾肝同病-血道壅滞”“肾元虚衰为本,溺毒-痰湿-瘀血互结为标”之要。目前临床上多以降压药为主治疗 RH,西药控制血压迅速、可靠,取得较好疗效,王行宽教授强调避免偏执一端,尚需衷中参西。然因 RH 病程日久,病情复杂,有时服用两种或两种以上的降压药效果仍不理想,而加用中药配合治疗后可获得良好效果。医治 RH 融贯两大经旨:一为标本缓急,于降压救急时西药为先,在调理根本时中药为盾;二为形神一体,既重症状改善(神),更关注理化指标复常(形),使精血归经,风阳自潜。

王行宽教授认为本病病机幽深如渊,犹需深究络脉微型癥瘕、气化微观枢机,冀在“以象测藏,以药调枢”中拓新境,经典理论与现代科技结合,更能平风阳鸱张之势,又可渐复蛰藏封固之机,其学术价值不仅在于提高 RH 血压达标率,更重在恢复“阴平阳秘”的生命常态,值得深入挖掘推广。

参考文献

[1] MARK P B, SARAFIDIS P, EKART R, et al. SGLT2i for evidence-based cardiorenal protection in diabetic and non-diabetic chronic kidney disease: A comprehensive review by EURECA-m and ERBP working groups of ERA[J]. *Nephrol Dial Transplant*. 2023 Oct 31; 38(11): 2444-2455.

[2] ZHANG L X, WANG F, WANG L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: A cross-sectional survey[J]. *The Lancet*, 2012, 379(9818): 815-822.

[3] WANG L M, XU X, ZHANG M, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: Results from the sixth China chronic

disease and risk factor surveillance[J]. *JAMA Internal Medicine*, 2023, 183(4): 298-310.

- [4] ZHENG Y, TANG L, ZHANG W G, et al. Applying the new intensive blood pressure categories to a nondialysis chronic kidney disease population: The prevalence, awareness and treatment rates in chronic kidney disease patients with hypertension in China survey[J]. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 2020, 35(1): 155-161.
- [5] ZHENG Y, CAI G Y, CHEN X M, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the non-dialysis chronic kidney disease patients[J]. *Chinese Medical Journal*, 2013, 126(12): 2276-2280.
- [6] 慢性肾脏病高血压管理共识专家组. 非透析和透析慢性肾脏病患者高血压管理的中国专家共识[J]. *中华内科杂志*, 2023, 62(7): 748-774.
- [7] 辛家东, 高建东. 基于阴阳探析“畜鱼置介”法与肾性高血压的联系[J]. *上海中医药杂志*, 2023, 57(12): 71-74.
- [8] 陈晔欣, 崔改雯, 胡聿昕, 等. 基于王旭高“治肝三十法”探讨糖尿病肾脏疾病从肝论治[J/OL]. *北京中医药大学学报*, 2025: 1-12. (2025-03-11). <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3574.R.20250310.1726.004.html>.
- [9] 于宗业, 王婉懿, 谢晋, 等. 从“肾络”“伏邪”“三焦”综合认识并治疗糖尿病肾脏疾病的理论探讨[J]. *北京中医药*, 2025, 44(2): 196-200.
- [10] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 中国慢性肾脏病患者高血压管理指南(2023年版)[J]. *中华肾脏病杂志*, 2023(1): 48-80.
- [11] 高美, 唐爱华, 冯晓桃, 等. 基于“络病理论”从瘀毒论血脂异常[J]. *辽宁中医杂志*, 2021, 48(10): 60-63.
- [12] 谢宏明, 李国栋, 陈梦林. 从湿、浊、瘀、毒论治 RH 初探[J]. *新中医*, 2011, 43(10): 1-2.
- [13] 原梦飞, 孙鲁英, 王娅辉, 等. 基于龙雷之火及君相学说探讨慢性肾综合症的发病机制及治疗思路[J]. *北京中医药*, 2024, 43(7): 817-822.
- [14] 王行宽. 杏林医话七则: 全国名中医王行宽从医经验撷菁[J]. *湖南中医药大学学报*, 2023, 43(11): 1951-1955.
- [15] 王行宽, 石好. 学习经典倡导微观辨证[J]. *中国中医急症*, 2017, 26(4): 646-647, 662.
- [16] 邹燕勤, 王钢. 孟河医派临床大家邹云翔论治肾病经验[J]. *江苏中医药*, 2016, 48(6): 1-5.
- [17] 刘慧慧, 胡国恒, 刘建和, 等. 王行宽教授运用清肝泻心汤辨治糖尿病临床经验[J]. *时珍国医国药*, 2023, 34(7): 1761-1763.
- [18] 唐路军, 陆朵梅, 张稳, 等. 王行宽教授论治糖尿病的学术观点及临证经验[J]. *湖南中医药大学学报*, 2018, 38(1): 50-52.
- [19] 王小菊, 胡国恒, 刘柏炎, 等. 全国名中医王行宽辨治过敏性紫癜性肾炎经验[J]. *湖南中医药大学学报*, 2021, 41(4): 599-602.

(本文编辑 许盈)