

本文引用: 蔡翊君, 周雅文, 孙伟. 孙伟教授基于清浊理论治疗慢性肾脏病经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(7): 1434-1438.

孙伟教授基于清浊理论治疗慢性肾脏病经验

蔡翊君, 周雅文, 孙伟*

南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029

〔摘要〕 慢性肾脏病(CKD)起病隐匿, 发病率高, 进展至终末期需长期依赖肾脏替代治疗维持生命, 经济负担重, 已成为全球范围内重大公共卫生问题。基于《黄帝内经》提出的清浊概念, 孙伟教授提出 CKD 的病机演变过程可概括为清浊失序、浊邪壅塞、浊毒损肾、正虚益甚, 治疗当“以数调之”, 以“益肾清利、和络泄浊”为法, 注重以平为期, 通过平补缓泄调脏腑、通浊道, 最终达到分清浊、延肾衰的目的, 为 CKD 的治疗提供新思路。附验案一则, 以资佐证。

〔关键词〕 慢性肾脏病; 清浊理论; 清浊相干; 升清降浊; 肾虚湿瘀; 名医经验; 孙伟

〔中图分类号〕 R249; R277.5

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.07.015

Professor SUN Wei's experience in treatment of chronic kidney disease based on the theory of the clear and the turbid

CAI Yijun, ZHOU Yawen, SUN Wei*

Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210029, China

〔Abstract〕 Chronic kidney disease (CKD) is characterized by an insidious onset and a high prevalence. Once it progresses to end-stage renal disease (ESRD), long-term kidney replacement therapy is required to sustain life, imposing a substantial economic burden. CKD has therefore constituted a major public health concern worldwide. Drawing upon the concept of "the clear and the turbid" as expounded in the *Huang Di Nei Jing (Huangdi's Classic of Medicine)*, Professor SUN Wei proposes that the pathogenetic evolution of CKD can be summarized as disorder between the clear and the turbid, followed by the accumulation and obstruction of turbid pathogens, their transformation into toxic pathogens over time, and increasingly severe deficiency of healthy qi. Treatment should follow the principle of "regulating them with appropriate methods" (yi shu tiao zhi) and adopt the therapeutic methods of "tonifying kidney and clearing heat, harmonizing collaterals and reducing turbidity." Emphasis is placed on "taking balance as the goal." Through balanced reinforcing and reducing, the zang-fu organs are regulated and the pathways for turbidity are unblocked, ultimately separating the clear from the turbid and delaying the progression of kidney failure, thereby offering a novel therapeutic strategy for CKD. A verified medical case is presented as supporting evidence.

〔Keywords〕 chronic kidney disease; theory of the clear and the turbid; intermingling of the clear and the turbid; ascending the clear and descending the turbid; kidney deficiency, dampness, and blood stasis; famous physician's experience; SUN Wei

慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)是由多种原因引起的肾脏结构和/或功能异常, 病程超过3个月的慢性疾病, 该病早期多无特征性症状或体征, 仅可出现肾小球滤过率下降, 或伴随蛋白尿、腰酸乏力等表现, 随着病情进展, 出现代谢产物潴

留、水电解质和酸碱失衡、贫血、高血压、矿物质和骨代谢异常等多系统并发症^[1]。流行病学数据显示, 我国成人CKD患病率逐年升高, 已成为严重危害公众健康的重大疾病^[2]。目前, 西医治疗CKD主要通过干预生活方式、控制血压和血糖、药物治疗(包括肾

〔收稿日期〕2026-04-16

〔基金项目〕江苏省中医肾病医学创新中心(苏卫科教〔2022〕15号); 江苏省干部保健科研课题(BJ23011)。

〔通信作者〕* 孙伟, 男, 博士, 教授, 主任中医师, 博士研究生导师, E-mail: jssunwei@163.com。

素-血管紧张素系统抑制剂、钠-葡萄糖共转运蛋白2抑制剂等)等途径保护肾功能,并积极防治并发症^[2-3]。但西医治疗方案缺乏对机体失衡状态的整体调控能力,难以有效纠正全身性的内环境紊乱。中医治疗CKD具有整体调节的优势,可弥补西医在多层次、多环节干预上的不足。

孙伟教授是江苏省名中医,江苏省中医院首席科学家,师承国医大师邹燕勤教授、朱良春教授,从孟河医派思想中汲取精华,总结多年临证经验,提出“护肾延衰”治疗理念^[4],将CKD病机凝练为“肾虚湿瘀”,其本在于肾虚,久则或累及脾,其标在于湿浊、湿热、瘀血等病理产物。脾肾两虚,生化乏源、封藏失职、调节失司,致多脏腑功能紊乱,气机失调,水湿停聚,或生湿浊、湿热、瘀血等病理产物,诸邪胶结;日久则浊毒内生,虚实错杂,形成因虚致实、因实致虚的循环,最终使肾功能进行性衰退^[5-6]。孙伟教授临床治疗CKD注重“益肾清利、和络泄浊”,用药轻灵平补,强调治疗当以平为期。本文基于清浊理论,从“清浊关系、清浊相干、浊邪不归”角度,探讨孙伟教授论治CKD经验。

1 清浊理论

1.1 清浊理论溯源

清浊概念最早可追溯至先秦文学作品,《诗经·四月》以清浊描述水质清澈浑浊,也隐喻人性或境遇^[7]。《灵枢·阴阳清浊》将人体十二经脉气血与自然界十二经水对应,提出人体之气同自然之水一般亦有清浊之分,并由此奠定清浊理论的基础。后世医家由此进一步阐述,如《四圣心源·阴阳变化》谓“气含阴阳,则有清浊,清则浮升,浊则沉降,自然之性也”,明确清气上升、浊气下降为生理常态。若升降失常、清浊相干,则变生诸病,如《医学正传·卷四》云“清阳不升,浊阴不降,而诸般气痛”,即清浊升降失序引起人体气机壅滞,气不通则痛,故见胁痛、心腹痛等症。叶天士则在《温热论·温病大纲》提到“湿与温合,蒸郁而蒙蔽于上,清窍为之壅塞,浊邪害清也”,指出湿性重浊、温热蒸腾,二者郁蒸于上,蒙蔽头面清窍,致清阳不升,故临床可见耳聋、鼻塞、神志昏蒙等症。其所论疾病虽与《医学正传·卷四》不同,但二者皆为清浊升降反作所致。后世医家则以“清升浊降”为基础,从恢复气机升降的角度论治清浊相干类疾病^[8]。《金匱翼·胃脘痛》记载治疗中焦湿痰蕴热之胃痛,当以“干葛升引清气,滑石、木通蠲除浊气,清升浊降,

痛胀自除”,通过升清降浊之法调畅中焦气机,则疼痛自止。

1.2 清浊有别,各行其道

《黄帝内经》中认为清浊与阴阳相对应,但阴阳强调属性的对立统一,清浊则更重视气机运动的调和有序。清者多由口鼻吸入的自然清气所化,其行向上向外,经脾气输布于上,再由心肺布散头面官窍、肌肤腠理;浊者多由口摄入的饮食水谷所化,其行向下向内,由胃气输注于下,充养脏腑,代谢糟粕。《黄帝内经》对于清浊的释义有所差异,如“清阳发腠理,浊阴走五脏”(《素问·阴阳应象大论篇》)中,清浊分别代指卫气及精血津液,而“清阳出上窍,浊阴出下窍”(《素问·阴阳应象大论篇》)中,清浊则代指水谷精微及水液糟粕;但其对清浊性质、走向的描述基本一致,即清者性质轻清、向上升发、向外布散,浊者性质重浊、向下沉降、向内奉养。此谓清浊之性相对而各行其道,升降有序。清气升发有力则浊气得以下行,浊气通降有常则清气上达有路,气机升降有序则气血调和。

1.3 清浊互藏,互含互济

清浊互藏,在《类经·血气阴阳清浊》中张介宾谓“浊中有清……清中有浊”,其并非指清浊未分时的混沌状态,而是指清中寓浊、浊中寓清。《灵枢·阴阳清浊》云:“浊而清者上出于咽,清而浊者则下行。”“浊而清者”指饮食水谷所化生的浊气中含有轻清的精微物质,并与吸入的清气共同上行咽喉,濡养清窍体表;“清而浊者”指吸入的自然清气所含的稠厚精微成分,下注经脉,充养脏腑。脾升胃降,使浊中之清得以上行,清中之浊得以下行,从而维持清浊各归其位、互藏而不相犯的生理秩序。

1.4 清浊失序

《医方考·中风门第一》云“清阳在上,浊阴在下,则天冠地履,无暴仆也。若浊邪风涌而上,则清阳失位而倒置矣,故令人暴仆”,强调清升浊降乃生理之常,清浊失其本位则疾病由生。其中清浊失其本位,指清气不升、反走下窍,或浊气不降、反逆清位。清气不升,则浊气失其常道,加之浊性重浊黏滞、易停聚体内,久而由生理之浊气转病理之浊邪,进一步衍化为痰、湿、瘀等病理产物。浊气不降,则六腑传化失司、糟粕内停,三焦水道壅滞、水湿泛滥,代谢废物壅塞体内,或占据清位、蒙蔽清窍,或阻遏气机、加重升降失序,或酿生浊毒、损伤脏腑,导致病情复杂难愈。

2 基于清浊理论探析 CKD 病机

孙伟教授认为,在清浊层面,CKD 的病机演变可概括为清浊失序、浊邪壅塞、浊毒损肾、正虚益甚。生理状态下,清气上奉,浊气下降,各循其道。病理状态下,气机升降失常,清浊相干,“浊而清者”无法上行濡养体表,“清而浊者”不得下行充养脏腑。一方面,使肾缺少后天精微的充养,肾气愈虚;另一方面,本应为机体供能的精微物质如血糖、血脂等不能输布全身,反蓄积体内酿成脂浊、糖毒^[9-10],造成“膏脂冗余沉积体内”^[11]。同时,清浊相干,浊逆清位、清占浊道,浊道壅塞,代谢糟粕无路可出,如湿浊郁而化热、湿热损伤肾络,或湿浊阻滞,气不行血,渐成瘀血。诸浊胶结,日久蕴积成毒,进一步损伤肾脏。CKD 清浊失序、浊邪壅塞、浊毒损肾、正虚益甚的病机演变链条,恰与西医功能代偿、病理产物蓄积、肾纤维化启动,肾单位不可逆性损伤的进程相对应。在高血压、高血脂等危险因素影响下,肾单位出现高灌注、高滤过,此即“清浊失序”之始^[12-13];继而滤过屏障受损,代谢废物蓄积、微炎症持续,与浊邪壅塞肾络相应,此即“浊邪壅塞”之渐;氧化应激产物攻击肾组织、促炎性细胞因子释放并驱动细胞外基质沉积与肾小球硬化^[14-15],即“浊毒损肾”之成;终末期肾单位不可逆性损伤、多系统损害,恰为“正虚益甚”之候。

3 基于清浊理论治疗 CKD

《黄帝内经》提到治疗清浊相干之病,当“以数调之”,原指以针刺复原清升浊降,孙伟教授将其化裁于中药汤剂,以“益肾清利、和络泄浊”为法,循清浊之性、顺升降之势,通过补益脾肾以复气机升降,清利泄浊以促浊邪循常道而出,使清浊各归其位。

3.1 补脾肾以复升降

孙伟教授提到,正气充足为气机调畅之根本,气的升降出入运动必须依赖脏腑之气充盛才能有序运行;若正气衰微,就会出现《素问·六微旨大论篇》所言“升降息则气立孤危”的状态,清浊相干而诸病丛生。补正气当先补益脾肾,脾气充盛则升清之力得复,“浊而清者”得以上奉;肾气充盛则封藏有权,精微不致下泄为浊。同时,脾肾为先后天之本,二者正气充沛,则脏腑之正气得以充养,故气机升降有序而清阳归位、浊阴自降。

孙伟教授临床治疗 CKD 旨在平扶多脏腑正气,

使阴阳气血调和、清浊各行其道,故临证用药以黄芪为君。黄芪是补肾气之要药,功擅补气升阳,既可在补肾的同时兼顾健脾,又可助力清者升发;辅以党参、白术、山药益气健脾,使清阳得升、精微布散;合当归、白芍养血和营,血能养气,增强补气功效,气能行血,则血行通畅,不致瘀阻脉络、影响气机畅达;或配杜仲、仙灵脾温补肾阳,助气化复常、封藏有权;酌加女贞子、墨旱莲滋肝肾之阴,使气化有权、阴阳自和^[16],正合《景岳全书·新方八略》所言“阳得阴助而生化无穷……阴得阳生而泉源不竭”之旨。

3.2 泄浊邪以通浊道

在 CKD 进展过程中,浊邪对应的病理产物可大致分为以下几类:湿浊、湿热、瘀血、浊毒。湿浊为始,或困阻气机,气不行血,瘀血渐成;或郁而化热,湿热乃生。湿、热、瘀互结,日久酿毒,所谓毒,依《金匱要略·心典》所言,为“邪气蕴蓄不解之谓”。浊毒互助为虐,或酿生有形实邪,损耗脏腑气血^[17-18]。湿、热、瘀、毒并非界限清晰的阶段性病理产物,而是相互胶结、互为因果。湿浊困阻气机,气滞则血行涩滞而成瘀;瘀血内停,阻碍水道,水湿不运则湿浊愈甚;湿瘀互结,郁而化热,热灼阴血则瘀血益深;邪气久羁,蕴积成毒,毒损脏腑则诸邪更盛,病情缠绵难愈。

泄浊意指通过促浊邪从下窍排出,直接祛除病理产物。孙伟教授在临床多选用虎杖、石韦、泽泻等清利之品,祛湿浊、清湿热、利小便,通利水道,导湿浊、湿热之邪从小便而去^[19],为浊邪排出体外创造条件;或用土茯苓、六月雪等泄浊之品,渗利湿浊、解毒通经,使浊毒从大小便分利而出;或用丹参、川芎、益母草等活血化瘀之品,活血通络,助浊邪从血络分消;若瘀毒阻络,则配伍全蝎、僵蚕等搜剔通络之品,使深伏之邪随络而出。清利、泄浊、活血诸法为祛邪之要,但其用药偏于攻伐,久用或过量则易耗气伤正。而 CKD 以脾肾两虚为本,正虚不耐攻伐,若进展至慢性肾衰竭阶段则见脾胃虚衰、湿浊瘀毒壅塞气机,因此纯补恐助浊邪,峻泄易伤正气。孙伟教授在用药时强调用量个体化、中病即止,使活血而不留瘀、行气而不伤正。清利、泄浊、活血诸法相辅相成,实现“气行则水行,气顺则浊降”。浊邪得泄,则清道无阻;浊道通畅,则邪不内聚。气机壅滞得解,减少浊毒进一步损伤脾肾的风险^[20],助脾肾恢复生理功能。

补脾肾与泄浊邪,是孙伟教授临床上治疗 CKD、调节清浊升降的两大治则。前者立足扶正,配合益气、补血、滋阴、温阳等法,则使清阳得升,精微得固,

为气机升降提供动力之源;后者着眼祛邪,通过清利、泄浊、活血,祛除病理产物,疏通气机运行通道,为浊邪开辟去路。二者相辅相成,补虚泻实,使清浊各归其位,扶正而不恋浊,泄浊而不伤正,体现中医治疗整体调节的优势。

4 验案举隅

宋某,女,59岁。初诊:2025年1月22日。主诉:发现血肌酐升高2年余。现病史:2022年10月因体检发现血肌酐138 $\mu\text{mol/L}$,尿蛋白阴性。2023年2月于东部战区总医院就诊,行肾穿刺活检,诊断为糖尿病肾脏病,予达格列净、瑞格列奈、缬沙坦、酮酸片等对症治疗,半年后复查血肌酐约200 $\mu\text{mol/L}$,自觉疗效欠佳,自行停服缬沙坦、酮酸片。2024年3月至合肥当地医院就诊,自诉血肌酐降至150 $\mu\text{mol/L}$,予中药汤剂治疗。2024年12月,复查血肌酐174 $\mu\text{mol/L}$,尿蛋白定量590 $\text{mg}/24\text{ h}$ 。2025年1月复查血肌酐173 $\mu\text{mol/L}$,估算肾小球滤过率28 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{ m}^2)$ 。初诊前用药方案:甲花片1.5 g,每日3次;保肾片4片,每日3次;达格列净10 mg,每日1次;瑞格列奈1 mg,每日1次;酮酸片4片,每日3次;碳酸钙1片,每日1次;促红细胞生成素(具体剂量不详),两周1次。既往糖尿病15年,目前服用瑞格列奈1 mg和达格列净10 mg,均每日1次;冠心病10余年,初诊前未服用相关药物;否认其他慢性病、传染病。2008年至滁州市中西医结合医院行子宫肌瘤切除术。兄姐均有糖尿病。否认药物及食物过敏史。患者为求进一步诊疗,特来我院肾内科门诊就诊。刻下症见:牙齿酸疼,腰痛时作,疲劳后时觉胸闷气短,纳寐可,大便偏干,2日一行,小便可见少许泡沫。舌偏胖,舌根部苔薄白腻,舌下络脉瘀紫范围大于2/3,脉小弦。血压128/80 mmHg。西医诊断:CKD4期,2型糖尿病,糖尿病肾脏病,肾性贫血。中医诊断:消渴肾病,肾衰病(肾虚湿瘀证);治法:补益脾肾、清利泄浊、祛瘀通络,方选自拟方糖尿病肾脏病方加减。处方:生黄芪30 g,潞党参15 g,炒白术15 g,广郁金10 g,虎杖15 g,积雪草30 g,鬼箭羽9 g,土茯苓30 g,六月雪30 g,石韦12 g,杜仲15 g,菟丝子12 g,绵茵陈15 g,穿山龙15 g,黄葵20 g,石膏30 g,猫须草30 g,蓬莪术9 g。14剂,每日3次,水煎服。西药治疗方案:达格列净10 mg和瑞格列奈1 mg,均每日1次,控制血糖;复方 α -酮酸片2.52 g,每日3次,补充必需氨基酸。

二诊:2025年4月16日。患者因家事繁忙等原因未能按时复诊,遂按原方抄方,持续服药3个月后续诊。牙齿酸疼好转,腰痛好转,疲劳后时觉胸闷气短,时有小腿抽筋,纳寐可,大便质软,日行1~2次,小便泡沫多。舌偏胖,舌根部苔薄白腻,舌下络脉瘀紫范围大于2/3,脉小弦。血压121/67 mmHg,复查血肌酐171 $\mu\text{mol/L}$,尿白蛋白与肌酐比值(urine albumin-to-creatinine ratio, UACR)24 mg/g ,肾小球滤过率28 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{ m}^2)$ 。前方去石膏,加玉米须30 g、茯苓皮30 g。14剂,煎服法同前,西药治疗方案同前。

三诊:2025年6月25日。患者于我院门诊按时抄二诊方2个月,持续服药。诸症较前好转,小腿抽筋时作,纳寐可,大便质软,日行1次,小便泡沫较前减少。舌偏胖,舌根部苔薄白腻,舌下络脉瘀紫范围大于2/3,脉小弦。血压111/84 mmHg,复查血肌酐166 $\mu\text{mol/L}$,UACR 70 mg/g ,肾小球滤过率29 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{ m}^2)$ 。前方加木瓜12 g、晚蚕沙15 g。14剂,水煎服,每日3次。西药治疗方案同前。

后患者于我院门诊定期随诊,血肌酐逐步下降,2026年1月7日复诊诉诸症好转,纳寐可,小便沫少,大便质软,日行2次。复查血压114/64 mmHg,血肌酐150 $\mu\text{mol/L}$,UACR 52 mg/g ,肾小球滤过率33 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{ m}^2)$ 。

按:该患者为中老年女性,消渴日久,气阴两伤,渐致脾肾两虚,气机失调,清浊失序,精微下泄,浊邪停聚体内,发为本病。病机乃本虚标实,以脾肾亏虚为本、浊邪内阻为标。消渴以阴虚为始,日久气阴两伤,渐及脾肾。脾虚则运化无权,肾虚则封藏失职,精微不固,清浊相混,故见泡沫尿;脾肾两虚,则气机失调、水湿不化,湿浊上泛,阻遏胸膈,故见胸闷气短;腰为肾之府,肾虚则腰府失荣,故见腰痛;肾在体合骨,齿为骨之余,肾虚则骨髓失充,故见牙齿酸疼;气阴两伤,浊邪内阻,津液运行失畅,加重阴亏,故见大便偏干;舌偏胖、苔腻为脾虚湿停之象,舌下络脉瘀紫为瘀血阻络之征,脉小弦主虚主郁。四诊合参,辨病为消渴肾病、肾衰病,辨证属脾肾虚兼湿浊血瘀,即肾虚湿瘀证,治疗当补益脾肾、清利泄浊、祛瘀通络。方用自拟方糖尿病肾脏病方加减,方中以生黄芪为君药,补元气、壮脾胃,统领全方。臣药分为两组,第一组辅助君药健脾益肾:潞党参、炒白术健脾气,助升降复常,突出和胃健脾之效;厚杜仲、菟丝子补肾元,助封藏有权,精微不致下泄。第二组清利泄浊、给邪出路,以虎杖、积雪草、石韦、绵茵陈、猫须

草、六月雪、黄葵清利湿热,土茯苓祛湿解毒,共同导浊邪从小便而去。鬼箭羽、广郁金、蓬莪术活血,穿山龙祛风通络,石膏清泄郁热,缓胸膈郁气,共为佐助,疏通络脉瘀滞,佐君臣调畅气机。诸药合用,补益脾肾、清利泄浊、祛瘀通络并举,为升清降浊扫除障碍。二诊时,患者血肌酐稳中有降,牙齿酸疼、腰痛好转,示浊邪渐化、肾气得复,然湿浊未尽、痹阻脉络,故小腿抽筋、小便沫仍多。故初诊方去石膏,加茯苓皮偏走肌腠、玉米须兼清湿热,二者相伍,加强利水渗湿之功,分消浊邪,利水而不伤阴。三诊时,患者血肌酐稳步下降,诸症好转,然小腿抽筋时作,小便泡沫虽减仍存,此时湿浊余邪困阻中焦,脾胃升降未复而精微下泄,湿浊不化则筋脉失养。故在二诊方基础上,加晚蚕沙、木瓜。晚蚕沙甘辛温,入脾胃经,善化湿浊、和中止泻,与臣药土茯苓、六月雪等寒凉泄浊之品相配,一寒一温,增强化湿泄浊之力以助浊降,同时又能舒筋脉以缓挛急。木瓜酸温,入肝脾经,助脾运化、化湿和胃,其舒筋活络之功与佐药中鬼箭羽、广郁金、蓬莪术等活血通络之品相伍,使瘀阻得疏而湿浊亦化,筋脉得舒则抽筋自止。木瓜、晚蚕沙二药相配,虽不直接补益脾肾,亦非强力清利,而是通过调理中焦枢机、恢复脾升胃降,化湿浊、通浊道,使浊阴得降。后患者坚持门诊随诊,病情平稳向好。全方以健脾益肾复清阳升发,以清利和络泄浊开浊邪归原之路。浊邪既去,清阳自升;清阳得固,浊难复生。气机升降相因,清浊各归其位,延缓 CKD 进展。

5 结语

孙伟教授立足 CKD 脾肾两虚为本、湿热瘀毒为标的病机,基于清浊理论,将其病机演变概括为清浊失序、浊邪壅塞、浊毒损肾、正虚益甚 4 个递进阶段,恰与西医功能代偿、病产物蓄积、肾纤维化启动、肾单位不可逆性丧失相呼应,揭示了 CKD 进展的动态演变规律。治疗上,以“益肾清利、和络泄浊”为法,强调平补缓泄,调脏腑以复升降,通浊道促邪外出,助清浊各归其位。临证据患者病情虚实遣方用药,在泄浊邪同时注意顾护正气,避免峻补恋邪、峻泄伤正,实现“复升降、通浊道、分清浊”的疗效,达到护肾延衰的目的,使患者延迟透析、带病延年。孙伟教授的 CKD 辨治体系,融经典理论与临证实践于一体,理法方药精当,学术体系完整,承古开新,为中西医结合治疗 CKD 提供了新路径,具有重要的临床指导意义与学术传承价值。

参考文献

- [1] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease[J]. Kidney International, 2024, 105(4S): S117-S314.
- [2] 《慢性肾脏病 3~5 期非透析中西医结合诊疗专家共识》编写组. 慢性肾脏病 3~5 期非透析中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(7): 791-801.
- [3] 杨超, 张路霞, 赵明辉. 《中国慢性肾脏病早期评价与管理指南》解读[J]. 中国实用内科杂志, 2023, 43(10): 839-841, 876.
- [4] 孙伟. 益肾清利活血治疗慢性肾脏病精粹[J]. 江苏中医药, 2011, 43(2): 1-4.
- [5] 王雪娇, 孙伟. 孙伟治疗慢性病学术思想[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(9): 77-79.
- [6] 郭潇潇, 毛铭玲, 李恒, 等. 浅析孙伟教授从湿热论治慢性肾炎经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(11): 944-946.
- [7] 王婧琳, 李鸿涛. 《黄帝内经》“清浊”理论探析[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(6): 2743-2747.
- [8] 张雪萍, 白兴华. 《黄帝内经》清浊理论对脾胃病诊疗的指导意义[J]. 安徽中医药大学学报, 2023, 42(1): 15-18.
- [9] 黄韵, 朱文字, 宋玮, 等. 基于“脾升胃降”理论辨治脂浊病[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(3): 244-252.
- [10] 刘蕊蕊, 岳仁宋, 赵雯雯, 等. 糖毒新识[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(1): 26-27.
- [11] 李江伟, 彭俊, 杨毅敬, 等. 从“清浊相干”探讨血脂异常相关性干眼证治[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(5): 2188-2191.
- [12] 李佳霖, 王倩, 赵海玲, 等. 慢性肾脏病临床危险因素研究[J]. 世界中医药, 2020, 15(17): 2538-2543.
- [13] 彭鑫平, 王耀光, 赵晰, 等. 1990—2021 年中国归因于代谢因素的慢性肾脏病疾病负担分析及趋势预测[J]. 中国循证医学杂志, 2025, 25(6): 641-646.
- [14] Goodbred A J, Langan R C. Chronic kidney disease: Prevention, diagnosis, and treatment[J]. American Family Physician, 2023, 108(6): 554-561.
- [15] Meng Y L, Sui L, Che L, et al. Protecting kidney function: From mechanisms to therapeutic targets and traditional Chinese medicine[J]. Renal Failure, 2025, 47(1): 2539936.
- [16] 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[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(6): 1075-1084.
- [17] 陶兴, 孙伟. 慢性肾脏病浊毒病机与治法探讨[J]. 江苏中医药, 2008, 40(9): 15-16.
- [18] 蔡妍, 冯叶雯, 诸葛慧, 等. 从清浊论浊毒缓治[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(5): 2347-2351.
- [19] 孙伟. 泄浊之品在慢性肾功能不全治疗中的应用[J]. 江苏中医药, 2007, 39(7): 7-8.
- [20] 肇起巍, 刘昱灼, 王梦真, 等. 基于“滞伤脾胃”理论从“清浊归原”论治高尿酸血症[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(8): 1134-1139.

(本文编辑 陈 晨)