

肾区经穴敷熨对处于肾衰竭期的多囊肾患者的干预效果研究

王春寒 石 伟 张茜英 贺艳光 刁 平 杨启超

(石家庄肾病医院肾八科 河北 石家庄 050061)

【摘要】 目的 探讨肾区经穴敷熨对处于肾衰竭期的常染色体显性遗传多囊肾(ADPKD)患者的治疗效果。方法 选择 2012 年 1 月至 2016 年 10 月本院肾内科进行 ADPKD 治疗的处于肾衰竭期的 400 例患者,患者按照治疗的方法分为两个组,对照组和观察组,每个组完成治疗过程的患者数据均为 200 例。对照组患者施行常规对症治疗,观察组患者在对症治疗的基础上,进行中医肾区经穴敷熨的治疗,对效果进行分析和评价。结果 对照组与观察组患者在 T1(治疗之前)、T2(治疗后 1 个月)、T3(治疗后 3 个月)、T4(治疗后 6 个月)四个时间点的血肌酐、尿素氮、尿酸、肾小球滤过率均出现变化,其中血肌酐为对照组患者从(513.26±14.15) μmol/L 升高到(519.11±15.21) μmol/L,观察组患者从(514.95±13.32) μmol/L 降低到(402.31±14.13) μmol/L;尿素氮为对照组患者从(8.47±2.01) mmol/L 升高到(9.26±2.17) mmol/L,观察组患者从(8.57±2.37) mmol/L 降低到(6.31±1.25) mmol/L;尿酸为对照组患者从(356.48±34.69) μmol/L 升高到(391.22±42.41) μmol/L,观察组患者从(357.88±31.49) μmol/L 降低到(294.42±31.37) μmol/L;内生肌酐清除率为对照组患者从(20.13±4.32) mL/min 降低到(16.87±4.55) mL/min,观察组患者从(20.13±3.56) mL/min 升高到(35.47±5.12) mL/min;采用重复测量数据的方差分析,结果显示:①在所有的项目中不同时间点间的数据差异有统计学意义($F=10.312, 18.691, 12.897, 13.689, P<0.05$);②对照组与观察组的数据差异有统计学意义($F=15.571, 25.347, 20.563, 19.634, P<0.05$),肾小球滤过率一项为观察组数据高于对照组,其余均为观察组数据低于对照组;③对照组与观察组的处理因素与时间具有交互作用($F=13.689, 22.645, 18.547, 19.997, P<0.05$),两组的治疗效果数据差异具有统计学意义($z=4.232, P<0.05$),观察组的治疗效果显著优于对照组。结论 利用中医肾区经穴敷熨的方法与常规对症治疗的方法对进入肾衰竭期的常染色体显性遗传多囊肾患者进行治疗,可以改善肾功能指标,有效的提高了患者的治疗效果,是值得在临床推广的一种治疗方法。

【关键词】 敷熨;多囊肾;中医**【中图分类号】** R 181.3**【文献标志码】** A**【文章编号】** 1004-0501(2018)10-1181-05

Effect Study of Renal Region Acupoint Compressing Therapy in the Treatment of Patients with Polycystic Kidney in Stage of Renal Failure. Wang Chunhan, Shi Wei, Zhang Qianying et al. The Eighth Nephrology Department of Shi Jiazhuang Nephrology Hospital, Shi Jiazhuang, Hebei 050061, China

【Abstract】 Objective To investigate effect of renal region acupoint compressing therapy in the treatment of patients with autosomal dominant polycystic kidney disease(ADPKD) in stage of renal failure. **Methods** 400 cases of ADPKD patents in stage of renal failure treated in nephrology department of our hospital from January 2012 to October 2016 were included and divided into control group and observation group according to therapies, there being 200 cases in each group who finished the therapeutic process. Patients in the control group received conventional symptomatic treatment, while patients in the observation group received renal region acupoint compressing therapy on the basis of symptomatic treatment. The therapeutic effects of the two groups were analyzed and evaluated. **Results** Serum creatinine, urea nitrogen, uric acid and glomerular filtration rate of patients in both groups changed at time points of T1(before treatment), T2(1 month after treatment), T3(3 months after treatment) and T4(6 months after treatment). Serum creatinine of control group raised from(513.26±14.15) μmol/L to(519.11±15.21) μmol/L, while that of obser-

vation group decreased from(514.95±13.32) $\mu\text{mol/L}$ to(402.31±14.13) $\mu\text{mol/L}$. Urea nitrogen of control group raised from(8.47±2.01) mmol/L to(9.26±2.17) mmol/L ,while that of observation group decreased from(8.57±2.37) mmol/L to(6.31±1.25) mmol/L. Uric acid of control group raised from(356.48±34.69) $\mu\text{mol/L}$ to(391.22±42.41) $\mu\text{mol/L}$,while that of observation group decreased from(357.88±31.49) $\mu\text{mol/L}$ to(294.42±31.37) $\mu\text{mol/L}$. Endogenous creatinine clearance rate of control group decreased from(20.13±4.32) mL/min to(16.87±4.55) mL/min ,while that of observation group raised from(20.13±3.56) mL/min to(35.47±5.12) mL/min. Repeated measurement data analysis of variance showed: ①the differences of data among different time points in all items were statistically significant($F=10.312, 18.691, 12.897, 13.689, P<0.05$). ②the difference between the control group and the observation group was statistically significant($F=15.571, 25.347, 20.563, 19.634, P<0.05$) glomerular filtration rate of observation group was higher than control group ,while the others were the opposite. ③there was interaction between intervention and time of the two groups($F=13.689, 22.645, 18.547, 19.997, P<0.05$) and the difference of therapeutic effects between the two groups were statistically significant($z=4.232, P<0.05$) ,the observation group better than the control group. **Conclusion** In the treatment of patients with ADPKD in stage of renal failure ,renal region acupoint compressing therapy of traditional Chinese medicine in combination with conventional symptomatic treatment can improve indicators of renal function and therapeutic effect ,worthy of popularization.

【Key words】 compressing therapy; polycystic kidney; traditional chinese medicine

常染色体显性遗传型多囊肾(简称 ADPKD) ,在人群中属于一种常见的遗传性肾病^[1] ,也是导致肾衰竭的主要原因之一^[2] ,如患者年龄超过 60 岁 ,则半数以上已经进入了肾功能衰竭的终末期^[3] ,在所有导致肾功能衰竭的疾病中 ,该疾病占据病因十分之一^[4] 。ADPKD 的病变是以患者的双侧肾脏的皮质和髓质出现多发性的充液囊泡为主要临床特征^[5] 。充液囊泡会对人体的肾组织产生损伤 ,临床上表现为疼痛 ,腹部出现肿块和肾功能的改变为主 ,患者会出现蛋白尿 ,血尿等症状 ,如果不进行干预和治疗 ,最终就会导致肾功能衰竭^[6] 。ADPKD 的病变会导致胰腺囊肿 ,肝脏囊肿 ,心脏瓣膜出现病变 ,颅内出现动脉瘤等等^[7] 。在临床上一度普遍认为 ,控制该疾病发展 ,消除囊肿 ,缓解肾组织内部的高压是临床治疗过程中的关键 ,尽管已经有不少针对 ADPKD 的治疗方法 ,比如利用腹腔镜进行去顶减压术 ,肾脏替代治疗 ,药物治疗和基因治疗等^[8] ,本研究选择了 2012 年 1 月到 2016 年 10 月之间 ,我院肾内科进行治疗的处于肾衰竭期的 ADPKD 患者 400 例的资料 ,用常规对症治疗的方法和利用中医肾区经穴敷熨的方法治疗效果进行了对比 ,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2012 年 1 月至 2016 年 10 月在我院肾内科行 ADPKD 治疗处于肾衰竭期的 400 例患者

资料进行回顾性分析 ,患者年龄 51~80 岁 ,平均年龄(67.38±15.47) 岁 ,本研究经过我院医学伦理委员会的批准和通过 ,患者和家属签署知情同意书。

1.2 纳入标准: ①患者按照《肾脏病学》第 3 版的标准 ,被确诊为多囊肾 ,主要标准为肾脏的皮质和髓质布满多个液性囊肿和明确的 ADPKD 家族史^[9] ; ②患者因为各种原因无法进行肾脏替代治疗 ,手术治疗等方法的干预 ,只能进行对症治疗和本研究所提供的中医治疗方法; ③患者按照《肾脏病学》第 3 版的标准 ,被诊断处于肾功能衰竭期 ,主要标准为肌酐清除率在 10~20 mL/min ,血清肌酐在 443~707 $\mu\text{mol/L}$ ^[10] ,而且预期寿命大于 6 个月; ④患者的精神状态良好 ,可完成自主活动并配合完成研究过程中的检查; ⑤患者及家属对本研究知情同意并且签署知情同意书。

1.3 排除标准: ①患者不符合多囊肾的诊断标准; ②患者可以进行肾脏替代治疗或者手术治疗等其他方式的治疗; ③患者有严重的脏器出现衰竭或者功能障碍; ④患者有精神系统疾病 ,无法提供病史和配合研究; ⑤患者有对研究中所使用药物有过敏史。

1.4 研究方法

1.4.1 分组:患者按照治疗的方法分为两个组 ,对照组和观察组 ,每个组完成治疗过程的患者数据均为 200 例。

1.4.2 治疗方法:监测患者血压 ,要求其低盐、低脂、优质低蛋白饮食。当患者出现血尿时 ,叮嘱其卧床休息 ,

避免剧烈运动,必要时给予止血药物,如果出现镜下血尿,可给予一定的阿魏酸哌嗪片或者血尿安胶囊等药物进行对症治疗,如果出现了反复发作无法控制的血尿,则应采取外科手术的方法进行控制。尿路感染对于肾功能正常患者,且年龄大于 18 周岁患者可给予喹诺酮类药物治疗,严重感染者可根据药敏选择抗生素,必要时联合应用抗生素治疗。对于合并肾结石的患者给予柳栎浸膏治疗。

观察组患者在对照组对症治疗的基础上,进行中医肾区经穴敷熨的治疗,具体流程如下:将中药川牛膝、薏苡仁、三棱、莪术、青盐、血竭、冰片、川芎、生地、三七等草药组成中药验方,熬制成中药煎剂,浸入纱布垫,加热后敷贴于在两侧肾区经穴部位(肾俞穴、命门穴、志室穴、三焦俞穴、育门穴、悬枢穴),把中频离子治疗仪两电极板置于浸入中药液的纱布垫之下,患者肾区正对药垫平躺于药垫之上做治疗。每次 40~60min, 2 次/d。

如果患者在治疗过程中出现病情无法控制的恶化等不可控制的因素,则立即停止原治疗方案,转用其他方案进行治疗。

1.5 研究观察指标:对两个组患者的一般情况进行记录,如性别、年龄、BMI、血压、蛋白尿、血糖、血脂等。对两个组患者在 4 个时间点的血肌酐、尿素氮、尿酸、内生肌酐清除率的变化水平进行测定,4 个时间点分别为 T1(治疗之前)、T2(治疗后 1 个月)、T3(治疗后 3 个月)、T4(治疗后 6 个月)。对于血肌酐、尿素氮、尿酸

的测定利用美国 BECKMAN AU680 全自动生化仪,试剂盒由中生北控生物科技股份有限公司提供,酶联免疫分析仪由北京中同蓝博临床研究所提供。对两个组患者在治疗后 6 个月的效果进行比较。

1.6 治疗效果标准:按照《中药新药临床研究指导原则》规定的中医症候疗效标准进行^[11],痊愈:中医症状和体征消失或者基本消失,证候积分下降高于 95%;显效:中医症状和体征明显改善,证候积分下降高于 70%;有效:中医症状和体征有所好转,证候积分下降低于 30%;无效:中医症状和体征无好转,证候积分下降低于 30%。

1.7 统计学方法:采用 SPSS20.0 软件进行统计学处理,对数据进行描述性分析,计量资料结果使用($\bar{x} \pm s$)表示,利用 Microsoft Excel 2007 建立数据库,两组计量数据比较采用 t 检验,计数数据比较采用 χ^2 检验,不同时间的点的计量资料数据比较采用重复测量方差分析,如果结果为阳性,则利用 q 检验进行两两比较,两组等级资料比较采用秩和检验中的 Wilcoxon 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料的比较:在对照组与观察组患者的一般临床资料的比较中,两个组别的性别、年龄、BMI、血压、蛋白尿、血糖、血脂项目数据差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组人群的一般情况比较结果

指标	对照组($n=200$)	观察组($n=200$)	t 或 χ^2	P
性别			0.906	0.341
男	137	128		
女	63	72		
年龄(岁)	68.11 $\pm$ 16.35	67.21 $\pm$ 14.86	0.576	0.565
BMI(kg/m^2)	24.08 $\pm$ 2.69	24.47 $\pm$ 2.94	1.384	0.167
收缩压(mmHg)	157.28 $\pm$ 15.67	158.26 $\pm$ 16.39	0.611	0.541
舒张压(mmHg)	96.31 $\pm$ 9.44	97.85 $\pm$ 10.38	1.552	0.121
尿蛋白($\text{g}/24\text{h}$)	2.14 $\pm$ 1.01	2.08 $\pm$ 0.97	0.606	0.545
空腹血糖(mmol/l)	5.23 $\pm$ 1.04	5.37 $\pm$ 1.12	1.295	0.196
总胆固醇(mmol/l)	5.12 $\pm$ 1.07	5.22 $\pm$ 1.13	0.909	0.364
甘油三酯(mmol/l)	1.86 $\pm$ 0.35	1.88 $\pm$ 0.43	0.510	0.610
低密度脂蛋白(mmol/L)	3.14 $\pm$ 0.67	3.20 $\pm$ 0.75	0.844	0.399
高密度脂蛋白(mmol/L)	0.89 $\pm$ 0.31	0.84 $\pm$ 0.28	1.693	0.091

2.2 两组患者血肌酐、尿素氮、尿酸、内生肌酐清除率的变化结果比较: 对照组与观察组患者在 T1, T2, T3, T4 四个时间点的血肌酐、尿素氮、尿酸、内生肌酐清除率变化结果比较, 采用重复测量数据的方差分析, 结果显示: ①在所有的项目中不同时间点间的数据差异有统计学意义($P<0.05$); ②对照组与观察组的数据差异有统计学意义($P<0.05$), 内生肌酐清除率一项为观察组

数据高于对照组, 其余均为观察组数据低于对照组; ③对照组与观察组的数据随时间变化趋势具有统计学意义($P<0.05$), 内生肌酐清除率一项中观察组数据为随着时间的进展而逐渐上升, 对照组数据为随着时间的进展而逐渐下降, 其余项目为观察组数据为随着时间的进展而逐渐下降, 对照组数据为随着时间的进展而逐渐上升, 见表 2。

表 2 两组患者不同时间点血肌酐、尿素氮、尿酸、内生肌酐清除率变化结果比较($\bar{x}\pm s$)

指标	组别	T1	T2	T3	T4
血肌酐($\mu\text{mol/L}$)	对照组($n=200$)	513.26 $\pm$ 14.15	515.37 $\pm$ 13.42	516.87 $\pm$ 12.69	519.11 $\pm$ 15.21
	观察组($n=200$)	514.95 $\pm$ 13.32	512.00 $\pm$ 12.64	510.32 $\pm$ 13.42	402.31 $\pm$ 14.13
尿素氮(mmol/L)	对照组($n=200$)	8.47 $\pm$ 2.01	8.68 $\pm$ 2.30	8.89 $\pm$ 2.34	9.26 $\pm$ 2.17
	观察组($n=200$)	8.57 $\pm$ 2.37	8.00 $\pm$ 1.75	7.35 $\pm$ 1.38	6.31 $\pm$ 1.25
尿酸($\mu\text{mol/L}$)	对照组($n=200$)	356.48 $\pm$ 34.69	375.94 $\pm$ 37.61	386.43 $\pm$ 34.27	391.22 $\pm$ 42.41
	观察组($n=200$)	357.88 $\pm$ 31.49	344.11 $\pm$ 28.47	324.86 $\pm$ 27.51	294.42 $\pm$ 31.37
内生肌酐清除率(mL/min)	对照组($n=200$)	20.13 $\pm$ 4.32	18.32 $\pm$ 4.68	17.62 $\pm$ 4.29	16.87 $\pm$ 4.55
	观察组($n=200$)	20.13 $\pm$ 3.56	25.36 $\pm$ 4.44	28.64 $\pm$ 5.37	35.47 $\pm$ 5.12

注: F 血肌酐不同时间点 = 10.312 $P<0.001$, F 血肌酐两组比较 = 15.571 $P<0.001$, F 血肌酐处理因素与时间交互作用 = 13.689 $P<0.001$; F 尿素氮不同时间点 = 18.691 $P<0.001$, F 尿素氮两组比较 = 25.347 $P<0.001$, F 尿素氮处理因素与时间交互作用 = 22.645 $P<0.001$; F 尿酸不同时间点 = 12.897 $P<0.001$, F 尿酸两组比较 = 20.563 $P<0.001$, F 尿酸处理因素与时间交互作用 = 18.547 $P<0.001$; F 内生肌酐清除率不同时间点 = 13.689 $P<0.001$, F 内生肌酐清除率两组比较 = 19.634 $P<0.001$, F 内生肌酐清除率处理因素与时间交互作用 = 19.997 $P<0.001$

2.3 两组患者的治疗效果比较: 两组的治疗效果数据差异有统计学意义($z=4.232$, $P<0.05$), 观察组的治疗效果显著优于对照组, 见表 3。

表 3 两组患者治疗效果的比较 $n(\%)$

组别	痊愈	有效	显效	无效
对照组($n=200$)	15(7.50)	78(39.00)	82(41.00)	25(12.50)
观察组($n=200$)	43(21.50)	106(53.00)	47(23.50)	4(2.00)
z		4.232		
P		<0.001		

3 讨 论

多囊肾的治疗在医疗界一直是一个难题, 中医范畴内, 多囊肾属于腰痛, 尿血, 虚劳, 积聚和肾胀等疾病^[12]。在中医的理论体系之中, 根据多囊肾患者在各个时期的临床表现和自我感觉, 可以将该疾病分为不同的情况, 当然所给予的治疗方法也是具有针对性的辨证施治。该疾病至今为止在中医领域中也并没有统一的诊断方法和治疗标准, 有时医生大多按照自己的经验和感觉对患者进行治疗^[13]。

本疾病属于标实本虚之证, 在疾病的早期是以邪实为主, 如果疾病时间过长, 则演化成虚实夹杂^[14]。所以在利用中医的方法对多囊肾进行治疗时, 要注意

对人体正气的保护, 攻伐之药使用不可过量。在临床治疗方法上要对脏腑虚损和标本缓急进行辩证。尽管各个医家所选用的方剂各有不同, 但是大多秉承着活血化瘀, 健脾利湿, 补益脾肾的方针^[15]。在《金匱要略》中虚劳与血痹同论, 虚久必瘀, 瘀能致虚, 气为血帅, 气不足血行则不畅, 脾气虚则水湿运化不利, 肾气不足则气化不利, 浊毒内停, 瘀血痰湿相互结合, 成为疾患^[16]。在本研究中所用的中药方剂中。川牛膝归肝、肾经, 逐瘀通经, 通利关节, 利尿通淋; 薏苡仁归脾、胃、肺经, 有利水渗透湿, 健脾止泻, 除痹, 排脓, 解毒散结的作用; 三棱破血行气, 消积止痛; 莪术归肝、脾经, 有行气解郁, 破瘀, 止痛的功用;

青盐有凉血的功能; 血竭归心、肝经, 用于心腹瘀痛, 疮疡不敛; 冰片归心、肝、肺经; 清香宣散, 具有开窍醒神, 清热散毒, 明目退翳的功效; 川芎入肝、脾、三焦三经, 行气开郁, 祛风燥湿, 活血止痛; 生地归心、肝、肾经, 清热凉血, 养阴, 生津; 三七散瘀止血, 消肿定痛。全方有着气血并治, 行气利水, 补肾凉血, 散瘀解瘀的功效, 疗效良好。

在本研究中并没有采用传统的将中药方剂熬制让口服的方法, 而是使用了双肾区经穴热敷治疗的方法,

并利用中频离子治疗仪将药物的有效成分导入人体。传统的经穴敷熨疗法是中医理论中一种常用的外治方法,其治疗的原则因人因地因时制宜,根据经络辨证用药,可以对肾脏病、哮喘、腰椎病等慢性疾病进行治疗^[17]。对于多囊肾疾病,本研究中所采用的双肾区经穴热敷治疗,乃是扶正不留邪,祛邪不伤心的方法。在中医理论体系中,将适当的中药和敷料热敷在患处或者腧穴称之为热敷或者热熨,属于一种中医外治的方法,中医认为温则通,通则不痛,人们很早就发现将热的物体敷在疼痛的部位可以缓解或者消除疼痛,经过研究发现利用这种方法可以对多种寒性的疾病进行治疗,热敷原理为借助药物温热之力,将药性由表及里,通过皮毛、腠理、经络等达到脏腑之内,疏通经络,温中散寒,镇痛消炎,软坚散结,祛风除湿,调理脏腑,调节阴阳,最终达到治疗疾病的目的^[18-19]。我国最早的临床医学文献《五十二病方》中就有熏洗法、敷药法和涂药法等记录^[20],热敷的热量和药物直接温煦了二肾,将肾内虚寒之气逼出,通过运行,变成汗水排出体外,汗水的排出又携带出大量氯化钠和代谢产物,使肾上腺皮质功能活跃,并且还能够刺激垂体分泌促肾上腺皮质激素。

本研究的结果显示,在两组肾衰竭患者基本情况一致的基础上,如果只单纯的使用对症治疗的方法进行患者的维持,无法做到对病情进展的控制,随着时间的进展,患者的各项指标还是出现了不同程度的恶化,而纳入本次研究的患者又无法选择利用手术、透析或者肾移植等方法进行治疗,所以最终进入尿毒症期的可能性将非常高。但是如果在对症治疗方法的基础上,使用双肾区经穴热敷中医治疗的方法,对病情的改善效果就十分显著,本研究中所选择的指标均产生了不同程度的正向的变化,至少延缓了患者向尿毒症发展的速度,为进行其他治疗赢得了一定的时间。但是在本研究中没有将双肾区经穴热敷治疗的效果与手术治疗的效果相比,或者在手术治疗的基础上结合双肾区经穴热敷治疗会取得何种效果也没有去证实,希望将来有机会可以进行更为严密的随机临床研究,对本研究的结果进行深入验证。

综上所述,利用中医肾区经穴敷熨的方法与常规对症治疗的方法对进入肾衰竭期的常染色体显性遗传多囊肾

患者进行治疗,可以改善肾功能指标,有效的提高了患者的治疗效果,是值得在临床推广的一种治疗方法。

参考文献:

- [1] 张磊,张健,田野,等.后腹腔镜联合 Gibson 切口多囊肾切除一期同种异体肾移植术 3 例报道并文献复习[J].临床和实验医学杂志,2017,16(8):747-749.
- [2] 刘丰,玄志鲁,刘凯,等.成人常染色体隐性遗传性多囊肾病 1 例报告[J].临床肝胆病杂志,2017,33(3):521-522.
- [3] 吉琳梅,王洪连,樊均明.多囊肾的发病机制及其治疗的研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2015,16(11):1023-1025.
- [4] 李聪,吴寅,李鹏,等.常染色体显性多囊肾病治疗药物的研究进展[J].现代药物与临床,2015,30(9):1167-1171.
- [5] 吴芸冰,宁松毅,汤元杰.常染色体显性多囊肾病研究现状及进展[J].医学研究生学报,2016,29(6):668-672.
- [6] 景颖,梅长林.常染色体显性多囊肾病药物治疗进展[J].中华肾脏病杂志,2015,31(12):944-947.
- [7] 刘磊,侯小飞,马路林.后腹腔镜成人型多囊肾切除术初步经验探讨[J].临床泌尿外科杂志,2016,31(12):1108-1112.
- [8] 王素侠,范志伟.胱抑素 C 对多囊肾病早期进展的评估[J].贵州医药,2016,40(11):1176-1177.
- [9] 王海燕.肾脏病学[M].3 版.人民卫生出版社,2008:1746-1758.
- [10] 王海燕.肾脏病学[M].3 版.人民卫生出版社,2008:1866.
- [11] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,2004(7):6.
- [12] 孙响波,于妮娜,张法荣.多囊肾病临床辨治八法[J].中国中西医结合肾病杂志,2013,14(12):1114-1115.
- [13] 李瑞玲,高建东.中医药治疗多囊肾研究概述[J].上海中医药杂志,2012,46(6):107-109.
- [14] 李瑞玲,杜霄壤,丁世永,等.抑囊方治疗脾胃亏虚兼血瘀型多囊肾临床观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2016,17(8):682-685.
- [15] 张小鹿,王振华,郝胜强,等.259 例常染色体显性遗传型多囊肾病患者中医证型分析[J].中国中医药信息杂志,2012,19(12):16-19.
- [16] 孟凡范,刘宏岩.《金匱要略》虚劳病研究现状[J].长春中医药大学学报,2015,31(4):864-867.
- [17] 马影蕊,张玉倩.烫熨疗法的现代临床应用[J].世界中西医结合杂志,2016,11(6):868-874.
- [18] 陈文贵.热熨治疗常见病[J].家庭医学,2017,3(3):31.
- [19] 周洋,董联玲.中医热熨法的研究进展[J].实用医技杂志,2016,23(9):976-978.
- [20] 范德奎.敷法在《五十二病方》中的运用[J].成都中医学院学报,1994,17(1):5-8.

(收稿日期:2018-05-02)