

关建国基于“肺脾肾同治”理论 辨治小儿肾病 综合征

韦秋澜^{1*}, 黎雪², 赵先锋^{2#}

¹广西中医药大学研究生院, 广西 南宁

²广西中医药大学第三附属医院, 广西 柳州

收稿日期: 2025年11月17日; 录用日期: 2025年12月30日; 发布日期: 2026年1月9日

摘要

关建国教授认为小儿肾病综合征(PNS)的病机关键在于肺、脾、肾三脏功能失调, 属本虚标实之证。临证主张以“肺脾肾同治”为根本原则, 并基于小儿“肺常不足、脾常不足、肾常虚”的生理特点, 创立了“肺常不足, 用药宜轻; 脾常不足, 用药宜缓; 肾常不足, 用药宜慎”的核心用药心法。本文总结了其理论认识、具体用药及随证加减经验, 并以期对PNS的中医临床实践提供指导价值。

关键词

小儿肾病综合征, 肺脾肾同治, 名医经验, 关建国, 临床用药

Guan Jianguo Treats Pediatric Nephrotic Syndrome Based on the Theory of “Treat Lung, Spleen, and Kidney Together”

Qiulan Wei^{1*}, Xue Li², Xianfeng Zhao^{2#}

¹Graduate School of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

²The Third Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: November 17, 2025; accepted: December 30, 2025; published: January 9, 2026

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 韦秋澜, 黎雪, 赵先锋. 关建国基于“肺脾肾同治”理论辨治小儿肾病综合征[J]. 中医学, 2026, 15(1): 238-245. DOI: 10.12677/tcm.2026.151033

Abstract

Professor Guan Jianguo believes that the key to the pathogenesis of pediatric nephrotic syndrome (PNS) lies in the dysfunction of the lung, spleen and kidney, which is a symptom of deficiency and reality. Clinical evidence advocates the fundamental principle of “Treat Lung, Spleen, and Kidney Together”, and based on the physiological characteristics of children “lung insufficiency, spleen insufficiency, kidney deficiency”, the core medication principle of “lung is often insufficient, medication should be light; the spleen is often insufficient, and the medication should be delayed; the kidneys are often insufficient, and the medication should be cautious”, is established. This paper summarizes its theoretical understanding, specific medication and experience in adding and subtracting according to symptoms, in order to provide guiding value for the clinical practice of traditional Chinese medicine for PNS.

Keywords

Pediatric Nephrotic Syndrome, “Treat Lung, Spleen, and Kidney Together”, Experience of Famous Doctors, Guan Jianguo, Clinical Medication

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

小儿肾病综合征(Pediatric Nephrotic Syndrome, PNS)是儿童时期常见的肾小球疾病,以大量蛋白尿、低蛋白血症、高度水肿及高脂血症为临床特征,是临床儿科难治病之一[1]。其病理基础主要为肾小球滤过屏障受损,足细胞结构与功能异常导致血浆蛋白异常漏出[2]。国外流行病学调查显示,PNS在儿童中的年发病率约为1.4~6.1/10万,呈逐年升高趋势,累积患病率达16/10万,在亚洲人群中的发病率相对较高[3]。目前,西医治疗以控制蛋白尿、预防并发症和延缓疾病进展为主[4]。尽管这些方法在短期内能够有效缓解,但仍存在诸多局限,例如,部分患儿容易形成激素依赖或耐药[5];长期使用激素、免疫抑制剂可能影响儿童的生长发育,并增加感染、代谢紊乱等风险,导致病情反复[6]。

关建国,主任中医师,第六批全国名老中医药专家,首批广西名中医,从事肾脏病临床工作四十余载,擅长中医辨证诊治各种急慢性肾脏病。关建国教授临证重视脏腑辨证,受小儿“发病容易,传变迅速”、“脏气清灵,易趋康复”、“肺常不足、脾常不足、肾常虚”生理特点的影响[7],认为小儿脏腑娇嫩,形气未充,肺脾肾三脏功能失调是发病的关键。治疗主张从肺脾肾三脏同治着手,现将其临证经验总结如下。

2. PNS的中医学病因病机认识

中医药在PNS的长期管理及整体调节方面具有独特优势。临床研究表明,中药复方能够调节免疫功能、减少蛋白尿、改善低蛋白血症、保护肾功能,并在巩固疗效、减少复发方面显示出良好潜力[8][9]。PNS归属于中医学“小儿水肿”、“小儿浮肿”等范畴,从中医理论来看,PNS的病机演变与“肺脾肾同治”理论高度契合。小儿脏腑娇嫩,形气未充,肺脾肾三脏功能失调是发病的关键。肺失宣降则水液输布失常,脾失健运则水湿内停,肾失封藏则精微下泄,水谷精微不能输布周身,反随小便排出,形成

蛋白尿；水湿泛滥肌肤则出现水肿。关建国教授认为 PNS 属本虚标实之证，本虚以肺脾肾三脏功能失调为核心，标实则为痰浊、水湿、瘀血、风邪等病理产物蕴结。

3. 肺脾肾不足是 PNS 发生发展的关键病机

3.1. 肺常不足

肺为娇脏，开窍于鼻，外合皮毛，主司呼吸。小儿肺脏娇嫩，卫外功能尚未健全，寒热不能自调，若家长护养失宜，外邪易从口鼻而入，侵犯肺系，引发感冒、咳嗽、肺炎喘嗽等病症。正如《黄帝内经》所言：“邪之所凑，其气必虚”，肺系疾病反复发作，不仅耗损正气，更可影响水液代谢，成为诱发或加重 PNS 的重要因素。《素问·灵兰秘典论》指出：“肺者，相傅之官，治节出焉。”强调肺脏具有治理调节气血津液的重要功能。肺主一身之气，若呼吸功能失常，则宗气生成不足，影响全身气机运行。肺又主宣发肃降，能将脾转输至肺的津液和水谷精微布散全身，并将多余水液下输肾与膀胱。若肺的宣发肃降功能失调，水液代谢紊乱，则可见水肿、尿少等肾病综合征的典型表现。《灵枢·九针论》云：“肺者，五脏六腑之盖也。”肺脏位居上焦，如同华盖保护诸脏，但也因此最易受外邪侵袭。现代研究表明，呼吸道感染是诱发和加重 PNS 的重要因素。肺脏功能失常，水液代谢紊乱，进而影响脾肾功能，形成恶性循环。因此，在 PNS 的治疗中，固护肺脏、预防外感具有极其重要的意义。

3.2. 脾常不足

脾主运化，为后天之本，气血生化之源。小儿脾常不足，运化功能尚未健全，若饮食不节、喂养不当，易损伤脾胃，导致水谷精微运化失常。《素问·至真要大论》指出：“诸湿肿满，皆属于脾”，明确揭示了脾脏功能失调与水肿病症的密切关系。在 PNS 的发病过程中，脾虚失运是关键环节。脾脏运化水液功能失常，导致水湿内停，泛滥肌肤，形成水肿；同时，脾不升清，精微下泄，出现蛋白尿。《素问·太阴阳明论》曰：“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气……筋骨肌肉皆无气以生。”形象地描述了脾失健运导致机体失于濡养的病理变化。现代研究发现，PNS 患儿常伴有消化功能紊乱，表现为纳差、腹胀、腹泻等症状，可能与长期使用激素治疗后引起肥胖及肠道菌群失调相关[10]。这与中医“脾主运化”理论高度契合。脾虚不仅影响水液代谢，还导致气血生化不足，进而影响疾病恢复。万全在《幼科发挥·原病论》中强调：“胃者主受纳，脾者主运化，脾胃壮实，四肢安宁，脾胃虚弱，万病蜂起。”这一论述深刻揭示了调理脾胃在 PNS 治疗中的重要性。

3.3. 肾常不足

肾为先天之本，主水液代谢，司开阖，藏精。《素问·上古天真论》通过“女子七岁，肾气盛，齿更发长……丈夫八岁，肾气实，发长齿更”的论述，阐明了肾气在人体生长发育中的重要地位。对于 PNS 而言，肾的功能失常更是疾病发生的根本所在。《素问·六节藏象论》指出：“肾者，主蛰，封藏之本，精之处也。”肾不仅藏先天之精，还藏五脏六腑之精。在 PNS 中，肾失封藏，精微下泄，形成蛋白尿；肾主水功能失常，开阖失司，导致水液代谢紊乱，出现水肿。这些病理变化均与肾的功能失调密切相关。小儿“稚阴稚阳”，肾气未充，天癸未至，肾常虚是其生理特点。这种生理特性使得小儿更易发生肾病综合征。《幼幼集成》中“此皆肾与膀胱虚寒也”的论述，揭示了肾阳不足与小便异常的关联。现代小儿名医家贾六金教授认为，肾气不固、下元虚寒是小儿肾病发生的重要病机[11]。

肾与肺、脾三脏在水液代谢方面相互关联、相互影响。肾阳虚衰，不能温煦脾土，可致脾失健运；不能助肺通调水道，则水液代谢更为紊乱。因此，在 PNS 的治疗中，温补肾气、固摄精微是不可忽视的重要环节。通过以上对肺、脾、肾三脏生理病理的探讨，可以看出 PNS 的发生发展与三脏功能失调密切相

关,这也为“肺脾肾同治”的治疗原则提供了充分的理论依据。

4. 基于“肺脾肾同治”理论论治 PNS

小儿肾病综合征的治疗若用药不当,易损伤脏腑功能,特别是对真阴真阳的耗损,其中以肺、脾、肾三脏受累最为显著,进而影响儿童的正常生长发育。现代医学治疗常采用激素冲击疗法[12],必要时联合免疫抑制剂[13],长期使用这类药物可能导致生长发育迟缓、身高受限等问题,不仅引起家长焦虑,还可能对儿童的心理健康产生不良影响[14]。基于此,关建国教授提出,小儿肾病综合征的中药治疗应以肺、脾、肾三脏为核心进行整体调节,在此基础上根据瘀血、痰浊、水湿等病理产物的轻重程度及外邪侵袭情况灵活加减。以下是关建国教授治疗 PNS 的临床用药经验。

4.1. 肺常不足,用药宜轻

小儿属稚阴稚阳之体,肺常不足,而肺为娇脏,若外感邪气,又用峻急猛烈之药,难免会有伤肺之嫌;同时若患儿长期使用免疫抑制剂或激素,机体免疫功能不足,则易感染而诱发肾脏疾病或导致原发疾病复发[15],故关建国教授认为,小儿肺常不足,肾病用药宜轻。用药宜轻,有以下几种阐述:一则药性宜轻,二则用量宜轻。

4.1.1. 药性宜轻

肺脏娇嫩,卫外不固,易受外邪侵袭。关建国教授在选药时多择质轻升浮之品,味多辛、温、平、微凉。风寒证选用麻黄、桂枝、紫苏叶等;风热证选用桑叶、薄荷、金银花、连翘等。这些药物既能疏风解表,又能避免损伤肺气,体现了“治上焦如羽,非轻不举”的治疗原则。

4.1.2. 用量宜轻

考虑到小儿脏腑未充,药物代谢能力有限,关建国教授特别强调用药剂量宜轻。现代研究表明部分中药用量使用不当,可产生一定的肾损害,若患儿有肾脏病基础,加之医生未明确药理作用,出现此类事故无疑延缓疾病痊愈的进程[16]。小儿肾病综合征现代病理分型以微小病变型为最常见,西医治疗上该型绝大部分病例对糖皮质激素治疗敏感,部分有自发缓解的倾向[17],但治愈后若有不慎,如外感风湿邪气、内伤饮食情志、药物使用不当等,则有复发的风险[18],多次复发,病理产物积于体内,治疗则愈棘手。因此在中药使用上应以调理为主,避免过度治疗。

4.2. 脾常不足,用药宜缓

小儿脾常不足,受纳腐熟功能尚稚嫩,常表现为腹泻、胀气等,若脾胃虚弱加之感受外邪,发为肾病综合征,大多为脾肺气虚或脾肾两虚证,使用辛、寒、苦之药无疑会损害小儿脾胃,因此中药治疗小儿肾病综合征基于脾之一脏,用药应缓,缓可有以下解释:一疗程宜缓,二药性宜缓。

4.2.1. 疗程宜缓

临床上小儿常见肺系、脾胃系疾患,究其原因,主要是与小儿肺、脾常不足相关。《景岳全书》指出:“小儿脾常不足,此其本体也。”关教授认为,脾虚证的治疗不可急于求成,当遵循“虚不受补”的原则,循序渐进。《幼幼集成》更明确:“脾胃虚弱,当以渐而补。”此时若加药性猛烈之药欲速达痊愈功效,更易伤及脾胃。因此基于脾脏,小儿肾病综合征临床中药使用上,不可操之过急。

4.2.2. 药性宜缓

小儿脾胃稚嫩,加之随生活水平提高,可选择的食物也随之增多,孩童面对种类繁多的食物,难免有挑食之嫌。《本草备要》强调小儿用药“宜平和,忌峻烈”。因此,关教授常用白术、薏苡仁等甘平之

品健脾，配山楂、麦芽等消导药物，使补而不滞。正如《医学衷中参西录》所言：“治小儿者，以不伤脾胃为第一要义。”使用中药不可药性过猛，若非危急重症等必要之时，不可用过于烈、险、峻、猛之药。

4.3. 肾常不足，用药宜慎

小儿肾常虚，但小儿属纯阳之体，承父母先天之精，水谷入口，化为精微，生长蓬勃，故肾虽常虚，不可因虚而乱投补肾之药，用药宜谨慎，慎解释有二：一为补肾宜慎，二为选药宜慎。

4.3.1. 补肾宜慎

《医宗金鉴·幼科心法》指出：“小儿肾常虚，然不可妄补。”关教授强调，除非明显肾虚证候，不可滥用补肾之品。小儿虽有肾常虚之生理特点，但婴儿出生及成长，除开极少数早产儿、畸形儿等先天不足孩童，绝大部分小儿先天之精尚充足，佐调理以后天，因此非特定情况下，不需外界中药以作补充。但小儿肾病综合征发病迅速，痊愈后仍需调护，如若病情迁延不愈，疾病消耗下，则有可能发展为本虚标实之证。此时则需要使用补肾药物以加快疾病痊愈进程。

4.3.2. 选药宜慎

《药品化义》云：“小儿补肾，当取平和。”关教授对肾阳虚患儿选用菟丝子、益智仁等温润之品；肾阴虚患儿选用沙参、百合、石斛等清补之药，避免使用熟地黄、鳖甲、龟甲等滋腻之品。

4.4. 随证加减

4.4.1. 瘀血

肾病综合征若病理类型为膜性肾病类型，则血液高凝状态发生率明显高于其他分型，血栓形成可能性升高^[19]，中医理论中，精血荣养五脏六腑，瘀血的形成与五脏六腑相关，血能载气，气能行血，任一脏腑致气机失调如气滞、气虚等，血行不畅或血行无力，则可导致瘀血形成。肝主疏泄，气滞的发生与情志失调、肝失疏泄密不可分，而小儿遇事尚少，心思纯澈，因而气滞一般不易发生。关建国教授观察到临床上小儿肾病综合征瘀血的产生多与气虚相关，因此在治疗上，关建国教授对因、对症治疗，补气活血以水利为用药总则，补气需兼顾气不外泄、内气有源加以药物补之，黄芪为补气要药，加陈皮理气、香附理气，丹参、红花、川芎化瘀，茯苓、薏苡仁利水，补气、理气、活血、化瘀、利水等功效兼备。

4.4.2. 痰浊

小儿肺脏娇嫩，易受内外邪侵袭；脾脏不足，《医宗必读》云：“脾为生痰之源”，脾脏水液运化不及易生痰湿。而肾病综合征之病机与水液失调相关，失调水液聚于体内，扰动脾之燥土，脾脏运化失司，聚湿生痰，影响气血运行，可并发瘀血形成。因此关建国教授在小儿肾病综合征痰浊较甚的用药上，得出已有痰浊以化痰为主，佐以健脾，使未生之痰化生无源的临床经验。肾病综合征患儿痰浊主要来之于脾，为内生痰湿，故化痰多用陈皮、半夏、旋覆花、白术、苍术、瓜蒌入脾胃经之药，其中，陈皮为健脾化痰要药，可兼备二者之功；半夏有一定毒性，应酌情使用，用量减半或配伍生姜解半夏毒。若患儿咳嗽咳痰，喉中痰鸣有声，即兼有形之痰，可辩证加入肺经的化痰中药，切勿忘小儿脾常不足，避免使用有毒药物。

4.4.3. 水湿

水湿是肾病综合征中最为常见的病邪，也是发病最为关键的病邪，几乎贯穿疾病始终。但不同性质的水湿中药使用侧重点亦有不同。小儿病情传变迅速，水湿运化不及、失于控制，可导致严重肾病综合征，但小儿脾胃不足，亦慎用峻下逐水之药，以免损伤脾胃之气。关建国教授认为如何把握好消肿迅速而不伤小儿正气是小儿肾病综合征水湿偏重治疗过程中的难点，因此关建国教授在临床用药上，水湿偏

于风湿者多用广藿香、佩兰等芳香化湿之药；若症见不欲饮食、萎靡不振、腹胀腹泻等水湿困于脾胃，多用厚朴、砂仁、草豆蔻、苍术等味辛性温化湿药燥脾胃之湿，配伍茯苓、猪苓等性平利水消肿药，可使滞于脾胃的湿邪如雨露被日照般消散；若浮肿甚者，重用茯苓、猪苓，增加用量，避免水湿壅滞造成水谷精微自五脏六腑渗漏，损伤先后天之本；若小儿病起急骤，正邪相争，肌肤漫肿，甚至小便不利，可用少许京大戟、甘遂等峻下逐水药泻水逐饮，但用量应为常量的三分之一或更少，同时不可久用，使用时间在三日为宜。

4.4.4. 风邪

风邪是肾病综合征的发病病因中的一个重要因素，肾病综合征初发在西医中多和感染相关，以呼吸系统感染发生率最高[20]，前驱期可见发热、乏力、头痛、咳嗽、咽痛、恶心、呕吐等感染症状，若小儿先天禀赋不足，或后天失养，外邪经肺、脾行至下焦，与正气相争于肾，同时机体水谷精微化正气至肾以抵御外邪，邪正交争于肾脏，则可导致肾开阖生理功能失常，水液积蓄体内，见肾病综合征症状。《黄帝内经》言“从外之内而盛于内者，先治其外而后调其内”，病邪由外至内时，需先治其外，再调其内，因此用药上，临床上常从风论治水肿，初起风邪作祟于肺脾肾，需先治风，常用风药以疏风散邪，如防风、秦艽、荆芥、独活、羌活、桑枝等，配伍活血药如川芎、当归、红花、鸡血藤等活血稍兼有行气功效之属，以达血行风灭之功。再根据病达部位，基于上述肺脾肾三脏用药经验调内。

5. 典型案例

患儿，男，6岁，2024年8月6日至关建国教授初诊，主诉：呕吐1周，颜面、双下肢浮肿2天。患儿一星期前无诱因下突然出现呕吐，呕吐胃内容物数次，当地诊所诊断为肠炎，当即行灌肠治疗，呕吐症状稍改善，后2日，患儿出现脸部、眼睑、阴囊、双下肢等多处浮肿，尿少，几近无尿，8月6日至关建国教授处就诊，收治入院，入院查肌酐清除率 39.98 ml/min，肌酐 206 $\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮则达 28.32 mmol/L，提示肾功能衰竭，病情危重，予患儿连续行3天血液净化治疗，肌酐逐步下降，但浮肿好转不明显，仍少尿，病情恢复缓慢，纳差，寐欠佳，同时水肿症状仍存在，咳嗽，舌质红，苔薄黄，脉浮数，关建国教授中医诊断为小儿肾病综合征-风水相搏证。治宜疏风清热，宣肺利水为法。予麻黄连翘赤小豆散加减，处方：赤小豆 30 g，连翘 10 g，蜜麻黄 10 g，猪苓 20 g，茯苓 15 g，白术 15 g，桂枝 10 g，薏苡仁 25 g，甘草片 8 g，白茅根 15 g，黄芪 30 g，豆蔻 6 g 后下，佩兰 10 g，日1剂，水煎分次服用。配合规范激素冲击、抗感染、改善肾脏循环、利尿、补液等治疗，佐以艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆、推拿等中医外治方法，以达功效。8月19日，患儿全身浮肿消退，肌酐较前下降，肌酐 76.2 $\mu\text{mol/L}$ ，其余各项指标正常。遂予开具出院中药及制定糖皮质激素治疗方案后办理出院。

2024年10月2日二诊：患儿出院后1月，调整激素用量的过程中出现肾病综合征复发，以晨起眼睑浮肿为主要表现，咽部充血明显，扁桃体I度肿大，红肿明显，时有尿痛，稍感尿急，小便频次正常，患儿父母诉出院后有肺部感染病史，至外院就诊。关建国教授考虑患儿肺常不足，加之肾病综合征耗伤水谷精微，机体失养，营卫失和，卫外不固，肺卫失宣，故出现咽扁桃体肿大；肾常虚，外邪从下部上侵下焦，湿热蕴结下焦，本虚标实，故见尿急尿痛。治则及处方同前，患儿本次复发肾病综合征不明显，病位以肺、下焦为主，遂在前方基础上减少猪苓、茯苓、薏苡仁用量，加佩兰、豆蔻用量 10 g，加桑叶、薄荷、连翘清宣肺卫，车前子、篇蓄清热利湿通淋，予少许熟大黄(3 g)固护肾气，并调整糖皮质激素用量。

2024年10月11日三诊：患儿服上剂1周，咽红、尿急尿痛缓解，患儿父母诉患儿不欲饮食，米面类进食减少，厌食油腻，喜食零食小吃，腹胀，关建国教授考虑肾病综合征水湿泛滥，脾喜燥，水湿困脾，脾运化失常，故见纳差，予参苓白术散加味补气健脾兼祛脾湿，方中加以山楂、神曲、麦芽健脾消食，增加患儿水谷、肉食摄入，加甜叶菊佐以矫味，减少患儿排斥服药心理。嘱患儿父母不可恣惯患儿，

按时、定量、营养全面饮食。

6 月后随访患者父母，患儿病情稳定，水肿未再复发，纳食可，定期至当地医院复查。

本研究涉及病例报告已获得患儿监护人的书面知情同意，其监护人明确知晓并同意患儿的临床资料用于医学研究与学术发表。为保护患者隐私，文中已对可能识别个人身份的信息进行必要处理。本研究严格遵守《赫尔辛基宣言》及相关医学伦理准则。

5.1. 处方用药考量

在中医药治疗小儿肾病综合征的临床实践中，处方用药的安全性、潜在不良反应及中西药相互作用是必须审慎考量的核心环节。本研究中所用方剂以经方麻黄连翘赤小豆散及后世名方参苓白术散为基础进行化裁，其配伍遵循“方证相应”与“有是证用是药”的原则，同时兼顾小儿“脏腑娇嫩，形气未充”的生理特点。

5.1.1. 慎用成分药味的安全性考量

处方中使用了蜜麻黄。麻黄所含麻黄碱具发汗、平喘、利尿之功，然其亦有一定兴奋中枢神经及升高血压之潜在效应。本方中选用蜜炙麻黄，其辛散发越之性已得缓和，且用量为 10 g，在儿科常用剂量范围内。更关键在于其与方中白术、茯苓、薏苡仁、黄芪等健脾益气利水之品及甘草相伍，旨在宣肺利水而非峻汗，“开鬼门”与“洁净府”并举，相互制约，旨在降低其燥烈之偏。此外，方中短暂使用的熟大黄仅 3 g，取其通腑降浊、活血祛瘀之效，用量极轻，意在“祛邪不伤正”，避免苦寒败胃或峻泻伤阴。全程治疗中，患儿未出现汗出过多、心悸、失眠或腹泻等不良反应。

5.1.2. 中西药相互作用的临床考量

本例患儿同时接受规范糖皮质激素冲击、利尿剂等西医治疗。中西药联用需警惕潜在的药动学与药效学相互作用。本方中利水渗湿药物如茯苓、猪苓、薏苡仁、白茅根等，与西医利尿剂协同，可能增强利尿效果，故临床需密切监测尿量及电解质水平，防止水电解质紊乱。黄芪等益气健脾之品，现代研究证实具有免疫调节作用，与激素联用可能有助于调节机体免疫状态，但理论上存在影响激素代谢或效应的可能[21]，因此更需要强调在严密监测下，根据患儿反应个体化调整激素剂量，如二诊时即根据病情调整了激素用量。此外，处方中未使用已知与激素或免疫抑制剂存在明确拮抗或毒性叠加的中药。

5.2. 按语

本案患儿初起以呕吐为主，水湿浸淫中焦，阻碍脾胃升降，升降失常故发为呕吐，后水湿进一步进展，漫流全身，水肿之症初现，正邪交争于体内，风邪趁虚而入，见风水相搏。故初期中药用药围绕肺、三焦为主，以疏风清热，宣肺利水为治疗主则。疾病中期，正气、水湿各有损伤，故暂不显全身浮肿，病发以风热病邪为主，用药注重疏散风热、清宣肺卫，佐以稍补肾使正气恢复。后期水湿回退脾土，加之病后脾胃功能尚未恢复，见厌食、腹胀等脾胃气虚证，故用药偏于健脾益气祛湿。关建国教授根据患儿肺脾肾三脏生理特点，正确辨证，及时用药，以达促进疾病恢复、促进患儿回归正常生活、减少复发的目的。

基金项目

中央补助广西全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No.桂中医药发〔2024〕11 号)。

参考文献

- [1] 王卫平, 孙锟, 常立文. 西医儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 300-306.

- [2] 阳海平, 杨霞, 李秋. 儿童原发性肾病综合征发病机制研究现状及展望[J]. 重庆医科大学学报, 2021, 46(9): 1008-1013.
- [3] Vivarelli, M., Gibson, K., Sinha, A. and Boyer, O. (2023) Childhood Nephrotic Syndrome. *The Lancet*, **402**, 809-824. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01051-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01051-6)
- [4] 王晶晶, 毛建华. 《KDIGO2025 版儿童肾病综合征临床实践指南》解读[J]. 中国实用儿科杂志, 2025, 40(7): 529-534.
- [5] Veltkamp, F., Rensma, L.R. and Bouts, A.H.M. (2021) Incidence and Relapse of Idiopathic Nephrotic Syndrome: Meta-Analysis. *Pediatrics*, **148**, e2020029249. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-029249>
- [6] 郑志方, 敬小青, 刘利蕊, 等. 儿童原发性肾病综合征复发相关因素分析及风险预测模型构建[J]. 临床儿科杂志, 2023, 41(12): 914-918.
- [7] 张素芳. 小儿推拿学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2025.
- [8] 郑海涛, 闫永彬, 丁樱, 等. 中医药在防治小儿肾病综合征中的作用及其机制研究[J]. 中国药房, 2020, 31(22): 2812-2816.
- [9] 赵沛东, 翟文生. 中医药治疗儿童难治性肾病综合征疗效和安全性的 Meta 分析及中医证型分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(4): 643-653.
- [10] 王晨伟, 屈伟, 康郁林, 等. 激素依赖型肾病综合征儿童的体质指数偏高与肠道菌群失调相关[J]. 基因组学与应用生物学, 2022, 41(Z2): 2260-2270.
- [11] 骆雯雯, 刘娜, 袁叶, 等. 贾六金教授治疗小儿遗尿症肾虚不固证临证经验[J]. 中医儿科杂志, 2022, 18(1): 4-6.
- [12] 中华医学会儿科学分会肾脏学组. 儿童激素敏感、复发/依赖肾病综合征诊治循证指南(2016) [J]. 中华儿科杂志, 2017, 55(10): 729-734.
- [13] 白丽春, 覃远汉. 免疫抑制剂在儿童难治性肾病综合征中的应用新进展[J]. 重庆医学, 2015, 44(19): 2681-2684.
- [14] 曾月, 杜悦. 原发性肾病综合征患儿健康相关生活质量分析[J]. 中国全科医学, 2022, 25(27): 3379-3383.
- [15] 姜莹, 王文红. 利妥昔单抗在儿童肾病综合征中的应用[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(9): 1420-1422.
- [16] 庄延双, 蔡宝昌, 张自力, 等. 中药肾毒性的研究进展[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(5): 390-396.
- [17] 徐薇, 樊平, 于小勇, 等. 难治性肾病综合征的常见原因与中西医结合诊治思路[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(3): 274-276.
- [18] 丁乐乐, 韩姗姗, 丁樱. 中医药治疗儿童难治性肾病综合征研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2024, 44(9): 1141-1145.
- [19] 王姣姣, 解汝娟. 特发性膜性肾病静脉血栓形成机制的研究进展[J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(9): 2301-2306.
- [20] 何娅妮, 张炜炜. 肾病综合征的流行病学现状[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2017, 6(4): 149-153.
- [21] 曾雯, 周胜强, 黄佳, 等. 黄芪免疫调节活性成分及其药理作用进展[J]. 上海中医药杂志, 2025, 59(1): 80-88.