

# 基于龙雷之火及君相学说探讨慢性肾心综合症的发病机制及治疗思路

原梦飞<sup>1</sup> 孙鲁英<sup>1</sup> 王娅辉<sup>2</sup> 尚 唱<sup>1</sup> 王 悦<sup>1</sup>

(1. 北京中医药大学东直门医院肾病内分泌一区, 北京 100007; 2. 北京中医药大学房山医院科教科, 北京 102401)

**【摘要】**慢性肾心综合征(CRCS)是指原发性慢性肾脏病引发心功能衰竭。龙雷之火及君相学说作为中医经典理论,对本病的诊治有重要的指导意义。基于对龙雷之火及君相学说的认识,认为CRCS起病在肾,龙雷之火异常升腾为其启动因素,肾病及心,君相失调,脾阳渐衰,导致“肾-脾-心轴”损伤,病久阴阳两虚,以上变化均可造成瘀血阻络,促成疾病发生发展。治疗CRCS应重视潜藏龙雷,协调君相,提倡早期健运脾阳,并将活血通络贯穿始终;临证时应注重整体,平衡五脏,协调阴阳。

**【关键词】**龙雷之火;君相学说;慢性肾心综合征;肾-脾-心轴;活血通络

**DOI:** 10.16025/j.1674-1307.2024.07.022

慢性肾心综合征(chronic renal-cardiac syndrome, CRCS)即Ⅳ型心肾综合征,是指慢性肾脏疾病引起冠心病、心律失常、左心室肥大、室间隔增厚等,临床上通常表现为高血压、水肿、蛋白尿、贫血、心悸胸闷、憋气,甚至端坐呼吸等症状<sup>[1-2]</sup>。当肾功能受损程度增加,心血管事件的发生率随之上升。肾功能不全是心血管疾病的独立危险因素,而心脏衰竭又将导致慢性肾脏病急性发病,心肾疾病共存患者病死率、并发症发生率、治疗的复杂性和治疗成本均会升高<sup>[3]</sup>。早期干预、综合施治对延缓CRCS疾病进展,提高患者的生存率十分必要。其发病机制尚不明确,目前认为肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)过度激活、交感神经系统(SNS)过度兴奋、血流动力学障碍、外泌体异常等双向调节的病理性制造成心、肾功能异常,引发血流灌注减少、循环动力学障碍、血容量失衡、水盐代谢失衡等,又通过负反馈激活上述病理过程,心肾功能持续恶化,机体免疫失衡,发生炎症反应、氧化应激等,导致CRCS发病<sup>[4-5]</sup>。西医主要通过治疗原发病及对症治疗,但难以阻止CRCS的进展,并可能出现多种不良反应。CRCS属中医学“水肿”“喘症”“肾

衰”“心衰”等范畴,主要病位在心、肾,与肝、脾密切相关,病性为本虚标实、虚实夹杂。本虚多为脏腑气阴亏虚、阴阳两虚,标实表现为水饮、痰湿、瘀血、燥热、湿毒等,各种病邪常常相兼致病。中医辨治CRCS有独特疗效,可发挥整体调节的优势。龙雷之火及君相学说内涵丰富,与CRCS发病密切相关,本文基于以上理论对CRCS发病机制及辨证论治总结如下。

## 1 龙雷之火及君相学说的内涵

### 1.1 龙雷之火的起源与发展

“龙火”一词最早出现在唐·王冰对《素问·至真要大论篇》中“微者逆之,甚者从之”的注释,文曰:“病之大甚者,犹龙火也,得湿而焰,遇水而燔”。朱丹溪在《格致余论》中首次提出:“其所以恒于动,皆相火之为也。见于天者,出于龙雷……寄于肝肾二部,肝属木而肾属水也……此历指龙雷之火也。”《症因脉治》有言:“夫肝火曰雷火,肾火曰龙火,肝肾之脉本沉。”《易经》八卦中肝对应震卦,震为雷;肾为水脏,龙居水中,可知龙雷之火寄存于肝肾两脏。清·顾靖远《顾松园医镜》曰:“命门之火,谓之龙火,亦谓之真阳。”齐秉慧《齐氏医案》又曰:“命门居坎

**基金项目:**国家科学与技术部重点研发计划(2018YFC1704304)

**作者简介:**原梦飞,男,27岁,博士研究生。研究方向:中西医防治急、慢性肾脏病及代谢病研究。

**通信作者:**孙鲁英, E-mail: 18600173188@163.com

**引用格式:**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心综合症的发病机制及治疗思路[J].北京中医药,2024,43(7):817-822.

北,在两肾中间,龙火居焉,故曰龙藏海底,动则火腾,所以为龙火也。”二者均认为龙火乃命门之火。陈修园《喻嘉言龙雷之火论》有言:“龙雷之火,潜伏阴中……故凡凉血清火之药,皆以水制火之常法,施之于阴火,未有不转助其虐者也。吾为大开其局,则以健脾中之阳气为一义。”认为制约龙雷之火不可一味使用凉血清火药物,而应健运脾阳,阳气升发,水谷精微得以化生,气血畅行,龙雷之火自然潜伏阴中。

### 1.2 君相学说理论发微

君相二火首见于《素问·天元纪大论篇》,文曰:“天以六为节,地以五为制……君火以明,相火以位。”天地运行变化有其规律,君火、相火与天地阴阳变化相合。《医学源流论》云:“盖心属火而位居于上,又纯阳而为一身之主,名曰君火。”心为君主之官,主神明,君火乃心火,人的思维、意识、情感等活动都离不开君火提供原动力。多数医家认为相火寄于肝肾<sup>[6]</sup>,如李中梓认为“相火有二,乃肾与肝”。“君火之政,守位而奉天之命,以宣行火令尔。以名奉天,故曰君火以名;守位禀命,故云相火以位。”依据天人相应的思想,君火受命于天,相火禀命守位;君火发号以令相火,同时也受相火的制约,相火听命且补充君火。《景岳全书》曰:“君火之变化于无穷,总赖此相火之栽根于有地。”君火的运动依赖于相火之根,君相二火一损俱损,一荣俱荣,相互依存,共同促进机体生长。《素问·六微旨大论篇》曰:“相火之下,水气承之……君火之下,阴精承之。”阐明了君相水火之间相互济生的关系。

### 1.3 龙雷之火与君相之火相统一

赵献可指出,相火即龙雷之火,《医贯·相火龙雷论》云:“相火者,龙火也,雷火也。”张景岳曰:“凡君火动于上,则相火应于下。夫相火者,水中之火也,静而守位则为阳气,炽而无制则为龙雷,而涸泽燎原,无所不至。”君相之火上下相应,若相火妄动,不守其位,则炽而无制发为龙雷。朱丹溪同样认为相火寄存于肝肾,而胆、膀胱、心包络均与肝肾相联系,故相火遍存于胆、膀胱、心包络及下焦<sup>[7]</sup>。

综上所述,龙雷之火乃寄存于肝肾之火,也指命门之火。君火即心火,相火主要寄居于肝肾二脏,肝之相火为雷火,肾之相火为龙火;相火同时也存在于胆、膀胱、心包络、下焦等部位。

龙雷之火与君相之火既相互统一,又各有其丰富的内涵。在重视肝肾龙雷之火的同时,还应重视心君之主宰,协调君相,兼顾脾胃,调畅“肾-脾-心轴”。

## 2 基于龙雷之火及君相学说的 CRCS 病机

CRCS 起病于肾,当肾水不足、命门火衰引发龙雷之火异常升腾,影响心、脾正常功能,肾病及心,心功能受损,该病理进程与 CRCS 发病顺序一致。龙雷之火妄动,相火离位,君相失调,心肾不交,脾阳渐衰,“肾-脾-心轴”损伤,并造成瘀血阻络,最终导致 CRCS 的发生及进展。

### 2.1 龙雷之火异常升腾是 CRCS 发病的关键因素

CRCS 起病于肾,“肾水充足则火之藏于水中者,韬光匿彩,龙雷不升”。龙潜水中,肾水充足则龙雷之火得以涵养,若肾水虚衰,则会出现“真阴失守,无根之火,为阴虚之病”的情况。CRCS 多因外感六淫、七情内伤、劳倦过度、禀赋不足等导致肾脏虚损,肾水不足,封藏失司,体内精微物质外泄而产生蛋白尿。日久肾水枯竭,龙雷之火上炎,累及心脏出现心胸烦闷、热郁胸膈、胸闷气喘等,累及脾脏出现不思饮食、呕吐泄泻等。肾水干涸不能潜藏龙雷之火导致火热异常升腾而产生相应的病理变化,即“水浅不养龙”。

肾为先天之本,真水真火藏于肾。郑钦安《医理真传》云:“真阳二字,一名相火,一名命门火,一名龙雷火。”龙雷之火亦指命门之火,命门之火为人体纯阳之火,是生命之本源<sup>[8]</sup>。《医理真传》曰:“阳气若伤,群阴即起。阴气过盛,即能逼出元阳,元阳上奔,即随人身之脏腑经络虚处便发。”CRCS 患者正气亏虚,元阳受损,阴寒凝滞,津液代谢障碍,可见水肿、气喘冷汗、腰膝酸冷、腹痛下利、小便频数、舌淡紫苔白腻、脉沉等。但除肾水虚寒之象外,患者还有面红、目赤、口渴、脉大等肝阳上亢的表现。面虽红,却如浮妆,游移不定;口虽渴,反欲热饮,或饮水不多;脉虽大,却按之无力,确如李中梓所言“肾虚水冷,火不归经,游散于外”。肾中水寒,命门火衰,阳气被拒于外,迫使龙雷升腾而出现真寒假热、阴盛格阳的现象,即“水寒不藏龙”。

### 2.2 君不惟神,相不惟力是 CRCS 发病的核心环节

李东垣言:“元气不足,而心火独盛,心火

者, 阴火也, 起于下焦, 其系于心, 心不主令, 相火代之, 相火, 下焦包络之火, 元气之贼也, 火与元气不两立, 一胜则一负。”君火以明, 相火以位, 二者互为制约<sup>[9]</sup>。君火应清澈澄明, 不受蒙浊; 相火应安于本位, 不可妄动。君火乃神明之火, 神明受扰, 发令失常, 可引发相火妄动。《删补名医方论》云: “相火为肾中之火, 宣布一身之火也, 使君火无相火, 则不能宣布诸火, 以奉生身之本。”相火是支撑人体生命活动的基础, 相火孱弱, 君火不济, 出现周身乏力、腰酸腿软等; 相火妄动, 不安其位, 引发龙雷之火上炎, 表现为心胸烦热、失眠焦虑、头痛目眩, 易引发高血压。君火下行至小肠, 血热灼伤肾络, 血不循经出现尿血。心火亢于上, 津液暗耗而致肾水愈亏, 君相失调, 阴阳两虚, 心肾功能受损出现水肿、蛋白尿、高血压、胸闷心悸等。CRCS 发病于肾, 肾藏元阴元阳, 易损及阴阳之根, 肾病及心, 心肾阴阳不交则脏腑功能受损。肾脏功能衰退, 体内毒素潴留, 影响心肌供血, 心脏受损导致肾脏血流灌注减少, 二者间相互影响的机制与君相学说的内涵十分契合。

### 2.3 脾阳渐虚是 CRCS 发病的重要条件

《证治准绳》曰: “以脾上交于心, 下交于肾故也。道家交媾心肾, 以脾为黄媾者, 即此意。”脾为“肾-脾-心轴”之中介, 在 CRCS 发病中意义重大。肾虚累及脾阳, 脾肾相互影响。土生万物, 须得火之熏蒸, 若命门火衰, 相火离位, 肾阳不能温煦中焦脾土, 脾运化失常, 水谷下泄膀胱则小便混浊, 产生蛋白尿。脾居中土, 地平以湿, 阴寒重浊之气弥漫, 易损脾阳, 后天无法滋养先天, 又为相火的产生创造了内在环境<sup>[10]</sup>。心以阳气为用, 烛照万物, 脾为心之子, 脾土同样需要心火的温养以加强对水谷的吸收, 并化生精微为机体提供能量, 可见脾与心中君火及肾中相火密切相关。CRCS 多为中老年患者, 因饮食不节, 过食生冷, 或过用苦寒药物, 损伤脾阳, 水液代谢失常, 泛滥肌肤可见全身水肿; 脾虚不能传输精微于肾, 脾肾阳虚, 开阖失司, 则出现小便混浊、有泡沫; 脾阳不足, 水湿上凌心君, 子病及母, 可见心慌、胸闷、喘促、水肿等症状。心、脾、肾三脏相互影响, 疾病后期阴阳俱损, 浊邪壅塞三焦, 则作喘憋、吐逆、泄痢、关格、虚劳等。健运脾阳, 水谷精微化生气血滋养他脏, 正气乃

复, 与提高机体免疫, 抵御外邪, 有利于疾病预后的观点相似<sup>[11]</sup>。

### 2.4 络脉瘀血贯穿 CRCS 发病始终并促其进展

无论水浅、水寒、君相失调、脾阳不足, 均可致瘀。肾水不足, 元气亏虚, 浊物停滞, 血液运行迟缓从而致瘀。肾水过寒, 命门火衰, 阳气输布失常, 寒邪客于内, 血得寒则凝, 寒凝为瘀; 相火离位, 君火亢盛, 火热灼伤肾络, 煎熬津液, 热凝成瘀; 脾阳不足, 生化乏源, 津亏血少, 血液黏稠, 艰涩难行而致瘀。CRCS 患者虚多实少, 多因年老、久病或情志不遂致脏腑功能失调, 瘀血内生, 阻于心络可见心胸刺痛、憋闷; 阻于肾络可见腰部刺痛不移, 伴有面色晦暗, 舌质紫暗, 脉细涩或结代等。吕仁和教授提出了“肾络微型癥瘕”, 认为肾脏病的根本病机为人体正气亏虚, 痰湿邪毒留滞, 气结血瘀阻滞肾络, 结为癥瘕, 损伤肾脏功能从而导致各种肾脏病的发生<sup>[12]</sup>。陈可冀将心衰病的病机总结为“虚”“瘀”“水”, 心阳亏虚为本, 瘀血、水饮为标, 后期肾阳虚衰, 膀胱气化不利, 水饮为患, 心肾同损<sup>[13]</sup>。血流动力学改变是 CRCS 的主要驱动力之一, 心肾血流动力学改变、微循环受阻、微动脉硬化, 从而形成的“高阻力, 低流速, 低灌注”的血流状态<sup>[14-15]</sup>, 与瘀血阻络的病理变化高度相似。瘀血使疾病的治疗更为棘手, 并在一定程度上加重 CRCS 的发展。

## 3 从龙雷之火及君相学说辨治 CRCS

### 3.1 潜藏龙雷: 壮水与益火审证求因

李中梓《医宗必读·乙癸同源论》云: “(肾) 于象为龙, 龙潜海底, 龙起而火随之……(肝) 于卦为震, 于象为雷, 雷藏泽中, 雷起而火随之……故曰肾肝同治……六味地黄丸、七宝美髯丹等剂。”潜藏龙雷之火重在滋养肝肾、填补真阴。张景岳《新方八阵》曰: “左归饮, 此壮水之剂也, 凡命门之阴衰阳胜者, 宜此方加減主之。此一阴煎、四阴煎之主方也。”柯琴言: “肾虚不能藏精, 坎宫之火无所附而妄行……地黄禀甘寒之性……用以大滋肾阴, 填精补髓, 壮水之主。”地黄归肾经, 生地黄可清热滋阴补肾, 熟地黄补肾养血、填精益髓, 可有效改善心肌细胞损伤、抗氧化、调节免疫等<sup>[16]</sup>。六味地黄丸、七宝美髯丹、左归饮等方剂中常见药物有山茱萸、熟地黄、枸杞子、菟丝子、山药等, 均可补肾益



精,使龙雷之火有所依附而不妄行。山茱萸补益肝肾,收涩固脱,能够减少肾细胞的凋亡,减轻肾脏损伤,并发挥抗心律失常、抗炎抗菌等作用<sup>[17]</sup>。菟丝子能有效清除活性氧成分,维持心肌细胞内外离子浓度平衡和细胞膜的稳定性<sup>[18]</sup>。山药活性物质具有显著的调节免疫、抗氧化应激、抗炎等功能,在治疗心功能不全、慢性肾脏病、肾综合征等疾病中发挥重要作用<sup>[19]</sup>。

汪石山《石山医案》云:“肾虚寒者,本病也;热甚者,虚象也。譬之雷火,雨骤而火愈炽,日出火斯灭矣,遂以附子理中汤煎热冷服。”龙雷之火因肾虚寒而生假热,以附子理中汤补虚回阳,温补中土。郑钦安《医理真传》又云:“桂附二物力能补坎离中之阳……岂真引火归源哉。”肾中真阳虚衰,阴寒内盛,使龙雷之火无处潜藏,虚阳外越,使用桂附等辛热之品可逐风寒湿,使上浮无根之火下归于肾,引火归原,代表方剂有四逆汤、金匱肾气丸、桂附地黄丸、镇阴煎、潜阳丹等。《本草新编》言:“此肉桂之功用也……其妙全在引龙雷之火,下安肾脏。”附子、肉桂相须配伍,可追复散失之元阳,补益命门之火,以火拈火,驱散肾内阴寒,龙雷之火收藏于顷刻之间。研究<sup>[20-21]</sup>表明附子、肉桂具有保护血管内皮细胞、抗氧化应激、预防动脉粥样硬化等作用。附子辛而能散,山茱萸酸而能敛,配伍可补肾益精、温通心阳,提高心肌细胞 $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -ATP酶活性,改善心肌能量代谢,增强心脏泵功能<sup>[22]</sup>。若兼有畏寒,可加淫羊藿、仙茅等补肾壮阳、升发阳气<sup>[23]</sup>。

### 3.2 协调君相:平衡水火,交通上下

《景岳全书》云:“君道惟神,其用在虚,相道惟力,其用在实……明者明于上,为化育之元主,位者位于下,为神明之洪基,此君相相成之大道。”生理上君相二火相互为用,共同温养脏腑,推动机体正常运行。病理上,君相二火往往相互为病。君火过亢,则出现心烦嘈杂,面红目赤等,严重者累及脾胃,表现为胃脘痞塞不舒、灼热疼痛,此为邪热壅滞中上二焦形成“热痞”,以大黄黄连泻心汤、栀子豉汤清热除烦,消痞解毒,宣发郁热。君火热壅于上,相火寒积于下,而致汗出恶寒、心下痞硬,大便秘结,此乃阴阳不和、心热肾寒的寒热错杂证,以附子泻心汤泻热消痞、扶阳固表<sup>[10, 24]</sup>。心火不足,肾水过寒,上凌心君,水凌心肺而出现心悸胸痛,咳嗽气喘,

水肿,舌质淡胖或紫黯,苔白滑等,乃痰饮停聚,以桂枝加桂汤、苓桂术甘汤或真武汤伐肾邪,降冲逆,温通心阳,温肾利水<sup>[25]</sup>。真武汤方肾、脾、心同调,标本兼治,共奏沟通心肾、温暖脾肾、宣散水气之功。真武汤能够恢复肾小管渗透能力,平衡机体水液代谢,通过调节炎症反应,防止心肌肥厚和心肌细胞凋亡,可强心利尿、保护肾功能,临床上常用于治疗心力衰竭、肾病综合征等疾病<sup>[26]</sup>。君火在上,为少阴心所主,相火在下,为少阴肾所主,心肾同属少阴,“少阴病,得之二三日以上,心中烦,不得卧,黄连阿胶汤主之”。黄连阿胶汤上可养心,下以补肾,并能安中,为交通心肾之良方。《类证治裁》曰:“神生于气,气生于精,精化气,气化神。”CRCS患者肾精亏虚,精不化神,加之病久忧思,伤及心神,心神无主则相无安处,在治疗时可加入莲子心、合欢皮等清心安神,交通心肾;以磁石、远志、龙骨等镇静安神,交接水火。若心气不足、气血亏虚者,可合用炙甘草汤以滋阴养血、益气温阳、复脉定悸。

### 3.3 健运脾阳:未病先防,既病防变

中焦脾胃乃“肾-脾-心轴”之中介所在,是沟通君相二火的必由之路。调补后天脾胃能够使先天相火更为持久地发挥温煦脏腑的作用,并使君火得以源源不断的温养,因此健运脾阳对于延缓疾病的发生发展至关重要<sup>[10]</sup>,同时也体现了“治未病”的理念。CRCS早期肾脏先损,脾土可以涵养肾脏真火,通过健运脾胃元气,未病先防,以四君子汤、黄芪六君子汤温补脾肾,补土敛火,龙雷之火自然潜藏不升。茯苓、黄芪、山药等能够从脾入肾,温中补气,健脾养肾。茯苓、山药药食同源,可以健脾、宁心、益肾、利水渗湿,其作用机制与抗氧化应激、抗炎、调节肠道菌群等相关<sup>[19, 27]</sup>。黄芪乃“补药之长”,可补脾生津养血、升阳举陷、利水消肿。全小林院士认为黄芪是降低尿蛋白的特效中药,CRCS后期肾功能受损严重,黄芪用量最高可达90 g<sup>[28]</sup>;黄芪甲苷可保护心肌细胞、减轻心肌缺血再灌注损伤、保护肾血管内皮细胞、抑制急性肾损伤<sup>[29]</sup>;黄芪异黄酮类化合物芒柄花素可通过抗氧化、抗凋亡、促进自噬等作用保护心肌细胞<sup>[30]</sup>。若有汗出或身浮肿,可加白术,一助黄芪补气,二助茯苓健脾利水,中焦气机枢纽通畅,则心肾功能相通。若由脾肾

气虚发展为脾肾阳虚或肝肾阴虚者,可选用墨旱莲、女贞子等滋补肾中之阴,同时少佐淫羊藿、巴戟天等补阳药以阳中求阴,阴阳同用,加强潜藏龙雷之力,防治其进一步传变。后期 CRCS 属心脾两虚者,多以归脾汤、养心汤等气血并补,心脾同治,常用药物有人参、当归、茯神、酸枣仁等,研究发现归脾汤具有保护心血管内皮、抗免疫激活、促进造血、调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴等作用<sup>[31]</sup>。

### 3.4 活血通络:贯穿始终,力度不同

瘀血贯穿 CRCS 病程的始终,研究表明,采用活血利水、益肾通阳的治法可明显改善 CRCS 患者肾功能、心功能<sup>[32]</sup>。瘀血较轻者,可选用桃红四物汤、血府逐瘀汤、补阳还五汤等。红花-桃仁配伍可活血通经,祛瘀生新。药理学研究表明红花、桃仁可以改善血液流变学,通过细胞凋亡有效清除大量的增生细胞,保护肾脏功能,延缓肾间质纤维化进展,通过调节 Toll 样受体 4 (TLR4)、核因子  $\kappa$ B (NF- $\kappa$ B) 等蛋白抗炎,改善心脑血管疾病<sup>[33-34]</sup>。研究<sup>[35]</sup>发现桃红四物汤和真武汤合用治疗心肾综合征可显著降低患者血肌酐、尿素氮水平,提高心脏射血分数,改善患者心、肾功能。丹参活血又养血,久服不伤正气,可降低血肌酐、尿蛋白定量水平,有效改善血液黏稠度及血流动力学,丹参酸 B 可抑制心肌细胞凋亡、保护心肌。瘀血较甚,阻滞心肾络脉,形成癥瘕积聚,叶天士《临证指南医案》言“其通络方法每取虫蚁迅速飞走诸灵,俾飞者升,走者降血无凝着,气可宣通,与攻积除坚,徒入脏腑者有间”,治疗时可选用吴氏三甲散加减,活血消瘀,通络止痉,益肾补心,药物包括鳖甲、龟甲、牡蛎、蝉蜕、当归、甘草等。瘀血更甚者,邪已深入而难出,在上方剂中酌情加三棱、莪术通经活络、破血逐瘀。瘀血为陈积之邪,久病入络,而络以通为用,可选用风药祛风通络。藤类药物纵横蔓延似人体络脉,如鸡血藤、大血藤、青风藤、首乌藤、雷公藤等,可行血利水,化积消滞,养心通络。藤类药物大多具有降低尿蛋白、改善肾脏微循环状态、降低炎症因子水平、改善氧化应激等作用<sup>[36]</sup>,对于 CRCS 的临床疗效独特。

## 4 病案举例

患者,女,65 岁,主因“胸闷气促,双下肢水肿 2 个月”,2019 年 2 月 5 日入院。患者 2 个月前

因劳累出现胸闷气促,短气,双下肢凹陷性水肿,伴腰酸乏力,头晕、失眠。自行服用开胸顺气丸(6 g, 2 次/d),胸闷稍有缓解,水肿持续存在。既往慢性肾脏病 5 年,长期服用黄葵胶囊、百令胶囊,间断服用利尿剂;高血压 6 年,目前服用倍他乐克(50 mg, 1 次/d),血压控制在 150/85 mmHg 左右。刻下症见:腰酸乏力,胸闷心悸,短气,纳少便干,面色苍白,颜面及双下肢水肿,头晕、失眠多梦,舌胖暗、有瘀斑,舌尖红,苔黄,脉沉细。查尿糖(+++),尿蛋白(++),24 h 尿蛋白定量 4.4 g,肌酐 136  $\mu$ mol/L,尿素氮 9.2 mmol/L。心电图检查示:ST-T 改变。心脏彩超检查示:左心扩大,主动脉瓣轻度反流,左室射血分数(EF)42%。西医诊断:慢性肾脏病(CKD3 期),高血压,慢性肾心综合征;中医诊断:水肿,证属脾肾两虚、心肾不交、瘀阻水停。治以交通心肾、补肾健脾、活血利水,方药组成:太子参 15 g,山茱萸 15 g,熟地黄 15 g,枸杞子 15 g,黄芪 30 g,茯苓 30 g,猪苓 15 g,白术 10 g,桂枝 6 g,甘草 9 g,麦冬 10 g,五味子 10 g,酒大黄 6 g,丹参 30 g。28 剂,水煎,1 剂/d,早晚温服。西药予口服酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H32025391)50 mg/次,2 次/d,控制血压。嘱患者低盐优质蛋白饮食。

2019 年 3 月 6 日二诊:上方服用 4 周,双下肢水肿、腰酸乏力较前减轻,食纳增加,但患者自述夜间仍有胸闷憋气,有时不能平卧。心电图检查示:ST-T 改变。考虑为慢性肾脏病引起的心脏功能不全,治宜养心固肾、益气健脾、泻肺利水。方药组成:太子参 15 g,山茱萸 15 g,熟地黄 15 g,枸杞子 15 g,黄芪 30 g,茯苓 30 g,猪苓 15 g,白术 10 g,桂枝 6 g,炙甘草 9 g,麦冬 10 g,五味子 10 g,葶苈子 30 g,泽泻 15 g,陈皮 10 g,大枣 7 枚。28 剂,煎服法同前。西药同前,饮食方面嘱低脂优质蛋白,限盐限水,增加维生素摄入。

2019 年 4 月 8 日三诊:服药近 4 周,胸闷憋气、双下肢水肿消失,仍感腰酸乏力。查尿糖(++),尿蛋白(+),肌酐 119.81  $\mu$ mol/L。心电图检查示:T 波改变。心脏彩超检查示:左心扩大,主动脉瓣轻度反流,EF 50%。继续服用二诊方 14 剂,并嘱患者低盐饮食,控制血压,避免劳累,适当运动。随后电话回访,患者病情稳定,未见胸闷憋气及水肿等特殊不适。

## 5 小结

CRCS 目前仍是临床治疗的难点,其起病于肾,因龙雷之火异常升腾而启动,肾病及心,引起心功能受损,心肾不交,脾阳渐衰,“肾-脾-心轴”损伤;其发病的主要病机在于阴阳两虚,瘀血阻络;治则为潜藏龙雷、平衡君相,具体治法为壮水之主、益火之源、交通心肾。

## 参考文献

- [1] RONCO C. The cardiorenal syndrome: basis and common ground for a multidisciplinary patient-oriented therapy[J]. *Cardiorenal Med*, 2011,1(1):3-4.
- [2] RONCO C, HOUSE AA, HAAPIO M. Cardiorenal syndrome: refining the definition of a complex symbiosis gone wrong[J]. *Intensive Care Med*, 2008,34(5):957-962.
- [3] PROTHASIS M, VARMA A, GAIDHANE S, et al. Prevalence, types, risk factors, and outcomes of cardiorenal syndrome in a rural population of central India: a cross-sectional study[J]. *J Family Med Prim Care*, 2020,9(8):4127-4133.
- [4] 李俊,李春霞,李林科,等.心肾综合症的发病机制及诊疗进展[J]. *中国心血管病研究*, 2023,21(6):493-498.
- [5] 王晓琳,张倩,刘智明,等.基于“心肾不交”理论探讨外泌体在心肾综合征中的防治意义[J]. *时珍国医国药*, 2023,34(2):392-395.
- [6] 黄靖.试论君相二火[J]. *江苏中医药*, 2010,42(3):63-65.
- [7] 王强.龙雷之火犀烛[J]. *光明中医*, 2015,30(12):2507-2510.
- [8] 池伟东,郑旭威,庄娟娜.卦中探源:解析神秘龙雷之火[J]. *北京中医*, 2014,33(8):614-616.
- [9] 王文炎,梁凤霞,陈瑞.基于“君火以明,相火以位”理论探讨相火离位之因[J]. *中华中医药杂志*, 2019,34(10):4494-4496.
- [10] 崔姗姗,刘雪宁.君火、相火与“君相互感”学说[J]. *中医学报*, 2018,33(8):1459-1462.
- [11] 田新诚,李国臣,傅一鑫,等.孔立教授从“三焦理论”论治脓毒症心肾综合征[J]. *辽宁中医杂志*, 2024,51(4):29-32.
- [12] 刘尚建,王翠,王耀献,等.“肾络微型癥瘕”理论初探[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2009,15(9):649-650.
- [13] 李立志.陈可冀治疗充血性心力衰竭经验[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2006,4(2):136-138.
- [14] AJIBOWO AO, OKOBI OE, EMORE E, et al. Cardiorenal syndrome: a literature review[J]. *Cureus*, 2023, 15(7): e41252.
- [15] BONNER R, ALBAJRAMI O, HUDSPETH J, et al. Diabetic kidney disease[J]. *Prim Care*, 2020, 47(4): 645-659.
- [16] 赵婧含,李雪,吴文轩,等.熟地黄的化学成分及药理作用研究进展[J]. *中医学报*, 2023,51(6):110-114.
- [17] 姬涛.山茱萸的炮制及药理研究进展[J]. *光明中医*, 2022, 37(21):4018-4020.
- [18] 黄明珠,王景龙,崔晓萍,等.菟丝子的药理作用研究进展[J]. *安徽中医药大学学报*, 2023,42(5):101-104.
- [19] 杨雁,孙羽灵,孙建梅,等.山药活性成分药理作用研究进展[J]. *中国野生植物资源*, 2022,41(12):55-60.
- [20] 王萍,吴璇,吴璐,等.附子多糖的提取、纯化及药理活性研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2023,41(10):182-187.
- [21] 高铭哲,李婷,田晨琪,等.肉桂化学成分与药理作用研究进展[J]. *亚太传统医药*, 2021,17(11):201-205.
- [22] 贾欢欢,曾业文,李航,等.附子与山茱萸伍伍对慢性心力衰竭大鼠的影响[J]. *中草药*, 2019,50(2):418-422.
- [23] 杨亚男,杜立娟,史丽伟,等.倪青病证结合治疗糖尿病肾病经验[J]. *北京中医药*, 2019,38(9):901-903.
- [24] 高春妹,苏颖.张景岳之“君相二火”探析[J]. *吉林中医药*, 2018,38(1):5-8.
- [25] 张乃芊,刘宝利,戴浩然,等.以《金匱要略》“四饮”理论辨治特发性膜性肾病[J]. *北京中医药*, 2023,42(7):772-775.
- [26] 贺梦媛,丛竹凤,王升光,等.真武汤化学成分、药理作用、临床应用的研究进展及质量标志物的预测分析[J]. *中华中医药学刊*, 2022,40(2):56-62.
- [27] 高满军,赵宝清,莫启贵,等.茯苓的化学成分及其调节糖脂代谢的研究进展[J]. *湖北科技学院学报(医学版)*, 2023,37(3):272-276.
- [28] 郝瑞,李敏,苟筱雯,等.全小林态靶辨治糖尿病肾脏疾病经验[J]. *吉林中医药*, 2023,43(7):767-770.
- [29] 刘红,王增四,高文,等.黄芪甲苷对 STZ 诱导的糖尿病大鼠肾组织内质网应激及 CHOP 信号通道的影响[J]. *中国医院药学杂志*, 2021,41(13):1318-1322.
- [30] 何嘉郡,秦晨,贺廉清,等.黄芪黄酮类成分及其药理作用研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024,26(1):112-119.
- [31] 张楚洁,刘慧萍,杨璐瑜,等.归脾汤有效成分与现代药理学的关联性[J]. *中成药*, 2020,42(6):1553-1558.
- [32] 孟桂秀,白龙跃,陈葆康,等.益肾通阳、活血利水法治疗慢性肾心综合征的临床研究[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2020,18(21):3669-3671.
- [33] 李小波,彭榜亚,杨江权,等.桃仁、红花对 UUO 大鼠肾组织 ILK、E-cad、FN 和  $\alpha$ -SMA 表达的影响[J]. *遵义医学院学报*, 2017,40(2):134-138.
- [34] 方欢乐,陈衍斌,张鑫,等.基于网络药理学-分子对接-实验验证的桃仁-红花药对干预动脉粥样硬化的作用机制研究[J]. *中药新药与临床药理*, 2023,34(9):1245-1254.
- [35] 叶康,高俊杰,王肖龙,等.温阳利水法对心肾综合征病人心肾功能改善的临床观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2017,15(2):190-194.
- [36] 陈俊利,杨康,杨洪涛,等.藤类药在慢性肾脏病中的应用现状[J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2021,22(6):550-553.

## Discussion on pathogenesis and treatment ideas about chronic renal-cardiac syndrome based on the theory of fire of dragon-thunder and monarch-minister

YUAN Mengfei, SUN Luying, WANG Yahui, SHANG Chang, WANG Yue

(收稿日期: 2023-11-29)