

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.22.013

# 基于“阳虚三夺统于脾”理论论治Ⅳ型心肾综合征

胡聿昕<sup>1,2</sup>, 陈晔欣<sup>1,2</sup>, 薛泽宇<sup>2</sup>, 高子衡<sup>1,2</sup>, 崔改雯<sup>1,2</sup>, 张文康<sup>2</sup>, 王耀献<sup>1,3</sup>✉

1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓5号, 100700; 2. 北京中医药大学; 3. 河南中医药大学

**[摘要]** 汪绮石在《理虚元鉴》中提出“阳虚三夺统于脾”理论, 认为阳虚成劳有夺精、夺气、夺火之变, 治当从脾入手, 急复中阳。总结基于“阳虚三夺统于脾”理论论治Ⅳ型心肾综合征经验, 提出夺精为Ⅳ型心肾综合征发病之始, 夺气为发病之渐, 夺火为发病之变, 最终形成肾亏气虚、阳虚水泛的复杂局面, 变证丛生。临证夺火阶段主张温中健脾以急救中阳, 常用保元汤合理中汤加减; 进入夺气阶段, 常加用桃仁、土鳖虫、茯苓、桂枝等活血利水以运复中气; 进入夺精阶段, 常加用枸杞子、菟丝子、杜仲、巴戟天等补虚消癥以固本填精。

**[关键词]** Ⅳ型心肾综合征; 阳虚; 夺精; 夺气; 夺火; 温阳利水; 补虚消癥

心肾综合征 (cardiorenal syndrome, CRS) 是心脏或肾脏任一器官发生急性或慢性功能障碍导致另一器官出现急性或慢性功能障碍的临床综合征, 以浮肿、少尿、喘憋不能平卧并伴有肾功能减退为主要临床表现<sup>[1]</sup>。Ⅳ型 CRS 是继发于慢性肾脏病出现心脏结构和/或功能损伤的 CRS 亚型, 其预后差、治疗周期长、死亡率高。现代医学通过降血压药、利尿药和超滤治疗等方式防治Ⅳ型 CRS, 但疗效常难达预期<sup>[1]</sup>。根据Ⅳ型 CRS 的临床表现, 中医学多将其归于“水肿”“喘证”“痰饮”“水气病”等范畴。现阶段对于Ⅳ型 CRS 的中医治法以温阳益气、活血利水法为主<sup>[2-3]</sup>, 虽以温阳利水之品改善患者的循环功能对病情控制具有一定疗效, 但其立法处方多着眼于心、肾, 强调温运心阳、固肾填精, 而少着眼于脾, 也缺少对整个病程病机演变的认识。《理虚元鉴·阳虚三夺统于脾》云:“就阳虚成劳之统于脾者言之, 约有三种: 曰夺精, 曰夺气, 曰夺火”<sup>[4]</sup>, 提出了“阳虚三夺统于脾”的治虚理论。我们在临床实践中发现该理论对于Ⅳ型 CRS 的治疗具有重要意义, 现将相关经验总结如下, 以

启迪临床。

## 1 “阳虚三夺统于脾”源流及现代应用

《素问·刺法论篇》“正气存内, 邪不可干”理论开宗明义, 强调了中医学以正邪虚实为疾病发生的逻辑, 影响了几千年来历代医家的思辨。针对救虚与治邪之法, 历代医家争鸣叠起。“阳虚”通常指机体阳气虚衰、脏腑功能减退的病理现象, 《素问·通评虚实论篇》中“精气夺则虚”, 将虚证的病机概括为精气不足。张仲景基于“虚则补之” (《素问·三部九候论篇》)、“劳者温之” (《素问·至真要大论篇》) 等提出了治虚宜温的观点, 认为五脏俱虚, 脾肾为本, 故治疗上偏重补益脾肾。金元以后, 医家对虚损病证的理论认识及临床治疗渐趋深化。李杲以脾胃立论, 长于用甘温补中调理虚损。朱震亨认为“阳常有余, 阴常不足”, 倡以滋阴降火法。薛己重用温补, 谓“太阳一照, 阴火自弥”, 脾胃与肾命并重, 通过调补先后天之本以及五行相生理论治疗虚损性疾病<sup>[4]</sup>。明代医家汪绮石宗《黄帝内经》兼采李杲、朱震亨、薛己三家而不拘泥, 通过论述阳虚与精、火、气三者的关系, 指出阳虚成劳者有夺精、夺气、夺火三种情况, 即“阳虚三夺统于脾”, 认为“气之重于精与火”<sup>[5]</sup>, 并将急救中气为先作为阳虚诸疾的治疗原则, 把补肾阳之法寄于补脾之中<sup>[6]</sup>, 明确指出“专

**基金项目:** 国家中医药管理局中医药传承与创新“百千万”人才工程 (岐黄工程) 岐黄学者 (国中医药人教发〔2018〕12 号); 国家科技重大专项重大新药创制项目 (2017ZX09304019); 国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目 (zyydxk-2023260)

✉ 通讯作者: wyx3203@sina.com

补命火者，不如补脾以建其中”<sup>[5]</sup>。该理论对后世医家治疗阳虚诸疾有着深刻指导意义。

及至当代，国医大师吕仁和教授承古纳新，提出慢性肾功能衰竭“虚损劳衰”病机认识，强调慢性肾功能衰竭可从虚损、虚劳、虚衰的级联反应依次认识，赋予虚劳与慢性肾功能衰竭新的关联<sup>[7]</sup>。而在心血管领域，郭维琴<sup>[8-9]</sup>教授强调心力衰竭（以下简称心衰）根本在“虚”。结合Ⅳ型 CRS 的疾病特点和临床实践，我们以从“虚”认识慢性肾功能衰竭学术思想为指导，认为从“阳虚三夺统于脾”理论辨治Ⅳ型 CRS 有利于把握疾病本质及其演变规律，其中“夺精”“夺气”“夺火”可概括本病的发病全程。

## 2 从“夺精、夺气、夺火”阐释Ⅳ型 CRS 中医病机

### 2.1 夺精为发病之始

《灵枢·经脉》云：“人始生，先成精。”精藏于肾中，其盈亏同五脏六腑疾病之发展转归密切联系，尤与肾脏病预后演化息息相关。Ⅳ型 CRS 由慢性肾脏病发展而来，多种原发病皆以正虚癥瘕积聚为病理结局，从功能态过渡到聚散消长态逐渐到癥瘕形成态<sup>[10]</sup>。肾脏生理结构逐渐改变，肾精生化渐衰，此时患者多无明显临床症状，或仅有腰酸、乏力等，但临床上要衷中参西，明确肾脏病诊断，既有夺精之变，则强调益肾消癥治法。

《类经·疾病二十七》载：“人身之精，真阴也，为元气之本。”精为气之主，气为精之用，精化为气，气生于精，二者互根互用、相互转化，尤以元气为根本、以脾气为一身之要。脾主运化之功有赖命火的温煦蒸化，而肾主水司开阖的气化作用则需脾气的协助。夺精则命火亦衰、气无所主，温煦蒸化失职，进而导致元气亏耗、脾气虚弱，不能固摄精微，使其从尿中流失，加剧夺精进程。现代研究<sup>[11]</sup>证实，心血管风险随着肾功能的恶化和尿白蛋白的严重程度而逐渐增加。临床以尿白蛋白/尿肌酐比值作为预测心衰的最重要因素，其与肾小球滤过率组合预测心衰优于血糖、收缩压、胆固醇、高密度脂蛋白及吸烟等心血管疾病的传统危险因素<sup>[1]</sup>。

### 2.2 夺气为发病之渐

万全《养生四要·却疾》言：“肾为元气之根，脾胃为谷气之主……二者当相交养也。”脾气健运依靠肾阳温煦，肾精充盛依靠精微补充，脾肾功能

互为依托。元气之生根于精之气化、元气之用仰赖精之存依。Ⅳ型 CRS 以夺精为始，气失所傍、化生乏源，元气之亏可见端倪。精夺愈甚、元气愈衰，气血阴阳俱虚，水湿瘀浊渐生，肾之功能渐失，患者血肌酐升高，出现肾性贫血、代谢性酸中毒，临床表现常见乏力、腹胀、恶心、呕吐、舌淡苔白腻、脉沉细等。脾胃运化不及，气血生化乏源，脾气虚乏，宗气衰弱，则心气不足，推动无力，血行不畅，脉道不通，水液停聚，则在肾功能衰竭基础上并见胸闷喘憋、食欲不振等心衰表现。此时出现的Ⅳ型 CRS 典型表现病机属气虚阳微为本、瘀水互结为标<sup>[12]</sup>。

### 2.3 夺火为发病之变

《理虚元鉴》言：“火者，阳气之属，其夺火者，多从夺精而来。”临床研究<sup>[13]</sup>发现，Ⅳ型 CRS 患者以肾功能异常重于心功能异常者，其阳虚证候表现更加突出，此时临床多见畏寒怕冷、腰膝酸冷、胸闷喘憋甚至端坐呼吸等症状，总由肾阳不足、水气凌心所致。因此，我们认为“夺火”即肾阳虚损、心火渐熄，是推动Ⅳ型 CRS 最终形成的关键病理转变，并由此变生出各类危急病症。而在这一状态下，或水湿停聚，或血瘀于内，病机由虚转实加之其病程较长，精夺则火与气依次衰竭，病情加剧，气滞血瘀，水饮停聚，浊毒稽留，久病入络，肾络微型癥瘕愈甚而损络，使心肾的生理结构逐渐改变，功能逐渐丧失，以致加速、加剧“夺精”“夺气”“夺火”进程，继而累至全身。若心火夺失，可见心源性休克、心律失常甚至发生猝死。

## 3 以“阳虚三夺统于脾”构建Ⅳ型 CRS 临证辨治策略

### 3.1 温中健脾，先救中阳

Ⅳ型 CRS 以夺精为发病之始，夺气为发病之渐，夺火为发病之变，总以虚为本，同时体内水湿、瘀血等病理产物集聚，病机颇为复杂。我们在临证中发现，本病患者常因利尿、强心等常规心衰治疗无效时前来求诊，初诊时常见呼吸困难、动则气喘、水肿少尿、重度乏力、形寒肢冷等症状，生活质量极差。综合病症表现，我们认为此时以中阳衰颓、脾气不运、元气虚衰为主，当属“夺火”阶段。即使应用利尿剂亦无效，此时当先救中阳为要，中阳复则心阳存，使心肾相交，水火既济，君相各安其位。常用保元汤合理中汤加减：党参 50 g、黄芪 30 g、干姜 15 g、炮附片 5 g、桂枝 10~

15 g、茯苓 30 g、冬瓜皮 30 g、麦冬 15 g、五味子 10 g。其中，应重用党参、黄芪以大补元气。《汤液本草》言黄芪“治气虚盗汗并自汗……又补肾脏元气，为里药”，补气之余另有补肾益元之用，亦补中焦之气、助气化利水<sup>[14]</sup>，最合本病虚损病机特点。同时，配伍党参共补脾肾之气，党参不湿不滋之性更适Ⅳ型 CRS 之中气夺失、水湿遏阳之病机。干姜、附子配伍黄芪益气固表行水，温阳化气以利水消肿，达益气固表、温阳行血之期。桂枝温通心阳、温运中焦，与茯苓配伍更助阳化气利水，更加冬瓜皮增强利水消肿之功。同时，Ⅳ型 CRS 病位在心，多合入麦冬、五味子取生脉散之意固护心气心阴以养心之体。当患者喘憋症状减轻、尿量增加时，表明阳气渐长，进入下一阶段治疗。

### 3.2 活血利水，运复中气

经治疗后，若患者喘憋、少尿等症状减轻，考虑其中气已挽、中阳已固。若患者水肿减轻，精神体力明显改善，则在前述治疗基础上去附子之温燥，加炙甘草以缓诸药之性，徐图缓治。若患者仍有水肿，精神体力改善程度不明显，运动耐力差，考虑此时被“夺”之“火”已复，而以“夺气”为主要矛盾，并兼有水湿、瘀血等病理产物稽留体内，致使脉道不通，气行不畅。治疗当活血利水以治其标，运复中气以治其本。我们临证中常用桃仁 15 g、土鳖虫 10 g、水蛭 6 g、茯苓 30 g、黄芪 30 g、桂枝 30 g、炒苦杏仁 8 g、桑白皮 10 g、葶苈子 10 g、冬瓜皮 30 g、酒大黄 5 g。《素问·汤液醴醴论篇》载水肿病的治疗当“去宛陈莖”，故用桃仁、土鳖虫、水蛭宽利脉道，进而有利于水肿消退。再以桂枝、茯苓、黄芪合用以化气利水，其中桂枝常用至 30 g，取辛宣通气之意。加炒苦杏仁以开宣水之上源，通调水道，宣气利水。另加桑白皮、冬瓜皮、葶苈子泻肺利水消肿。水液内停，常有浊毒中生之虞，故还需通腑以泄浊利水，常用酒大黄 5 g 通导肠腑气机而兼有利肺气之功。诸药合用，活血利水效果显著。

### 3.3 补虚消癥，固本填精

经过前期治疗，气行水利、心脾相安，需谨守病机，把握慢性肾脏病的核心病机。Ⅳ型 CRS 本质上以虚为本，其形成过程伴随着肾络微型癥瘕的动态演变，治疗重点难点在于防止心肾脏器的纤维化<sup>[15]</sup>。同时，Ⅳ型 CRS 常因感染、用药不当等因素出现急性加重，因此还需重点巩固疗效。此时患者往往无明显喘憋表现，双下肢水肿不显，病情平

稳，而以神疲乏力、腰膝酸软为主要表现，考虑此时以“夺精”为主要病机，治疗当在之前的治疗基础上补虚益肾以固本填精。常加用枸杞子 15 g、菟丝子 15 g，宗五子衍宗丸意取此二药以填精而无气机壅滞之弊。与此同时，常加用杜仲 30 g、巴戟天 30 g 以温肾，《神农本草经》载杜仲“辛平，主腰脊痛，补中，益精气”，巴戟天“性微温，主大风邪气……安中益气”，临床实践中发现该药对温补肾阳而无明显温燥之弊，能益中气，兼补精气。同时配合鳖甲 15 g、海藻 15 g 软坚散结，益肾消癥。诸药共奏补虚消癥、固本填精之功。

## 4 验案举隅

患者，男，76 岁，2023 年 8 月 11 日初诊。主诉：发现血肌酐升高 10 年余，间断喘憋 1 年余。患者 2013 年体检发现血肌酐升高（130  $\mu\text{mol/L}$  左右），于当地医院住院治疗，建议肾穿刺活检明确病理类型，患者拒绝，予中西医护肾治疗（具体不详）后出院，此后间断复查血肌酐波动在 100~200  $\mu\text{mol/L}$ 。2022 年起患者出现劳力性胸闷、喘憋，曾于当地医院住院治疗，查血肌酐 460  $\mu\text{mol/L}$ ，左心室射血分数 35%。西医诊断：心力衰竭，胸腔积液，慢性肾功能不全。对症处理后症状减轻，后于 2023 年 3 月至 7 月测血肌酐波动在 298~340  $\mu\text{mol/L}$ ，期间间断喘憋，自诉口服利尿剂效果不明显。刻下：乏力、气短、喘憋，可步行 10 m，无胸闷心慌、反酸烧心、恶心呕吐，偶有左侧头胀，纳可，眠浅易醒，大便每日 3 次、成形，小便量色可、夜尿 3 次；舌暗红、苔白腻，脉弦。既往史：高血压病史 30 年，血压最高 180/100 mmHg，现口服贝尼地平片每次 2 mg，每日 1 次，平素血压维持在 140~170/90~110 mmHg；高尿酸血症病史 5 年余，目前口服非布司他片每次 40 mg，每日 1 次，2023 年 4 月查血尿酸 341.5  $\mu\text{mol/L}$ 。否认冠心病、糖尿病等慢性病史，否认乙型肝炎、结核等传染病史，否认药物、食物过敏史，否认外伤手术史及输血史。个人史、过敏史、家族史均无特殊。2023 年 7 月 27 日尿常规：隐血（-），蛋白（++）；血生化：血尿素氮 14.2 mmol/L，血肌酐 340 mmol/L；血常规：红细胞计数  $4.09 \times 10^{12}/\text{L}$ ，血红蛋白 121 g/L；肾脏超声：双肾实质增强，右肾缩小，右肾 6.5 cm×3.3 cm，实质 1 cm，左肾 10 cm×4.4 cm，实质 1.3 cm。西医诊断：心肾综合征，慢性肾功能不全，高血压病，高尿酸血症。中医诊断：水肿病（脾肾阳虚、瘀水互

结证)。治以温中健脾,先救中阳,兼以利水消肿,活血化瘀。处方:黄芪 30 g,党参 50 g,麦冬 15 g,五味子 10 g,白术 15 g,茯苓 30 g,桂枝 15 g,丹参 30 g,三七 4 g,降香 3 g,红景天 30 g,鳖甲 15 g,炒酸枣仁 15 g,熟大黄 5 g,冬瓜皮 30 g,刺五加 20 g,炒葶苈子 10 g。中药免煎颗粒剂,30 剂,每日 1 剂,早晚饭后 30 min 以 100 ml 开水冲服。配合口服贝尼地平片每次 2 mg、每日 1 次,酒石酸美托洛尔片每次 12.5 mg、每日 2 次以降压;非布司他片每次 40 mg、每日 1 次以降尿酸。嘱低盐限水,监测心衰指标、肾动脉彩超、血红蛋白、血压,尽量避免使用利尿剂。

2023 年 10 月 27 日二诊:患者诉服药后喘憋、乏力、气短较前明显减轻,每日可独立步行 500 步左右,因家住外地就诊不便,遂自行抄初诊方 60 剂,自觉症状持续减轻。目前晨起血压波动在 170/100 mmHg 左右,仍眠浅易醒,纳可,大便每天 2 次、质可,夜尿 3 次;舌暗红、苔白腻,脉弦。2023 年 10 月 23 日于当地医院查肾功能:血尿素氮 15.81 mmol/L,血肌酐 279  $\mu$ mol/L,血尿酸 400  $\mu$ mol/L。予初诊方去降香,加干姜 10 g、炙甘草 6 g。继服中药免煎颗粒剂 30 剂,服法同前。西医基础治疗方面于前方案基础上加用硝苯地平控释片每次 30 mg 口服、每日 1 次,以降压。

2024 年 1 月 13 日三诊:患者诉服药后喘憋、乏力、气短症状较前进一步减轻,可独立步行 3000~4000 步,遂继续自行按二诊方抄方 60 剂,服药期间无特殊不适,血压可控制在 150~160/90 mmHg。现入睡困难、仍眠浅易醒,纳可,大便每日 2 或 3 次、质可,夜尿 2 或 3 次;舌暗红、苔白腻,脉弦。2024 年 1 月 7 日于当地医院复查肾功能:血尿素氮 13.99 mmol/L,血肌酐 268.9  $\mu$ mol/L。将二诊方炒酸枣仁 15 g 改为 45 g,加巴戟天 30 g、杜仲 30 g。继服中药免煎颗粒剂 90 剂,服法同前。西医基础治疗方案同前。

此后患者每 2~3 个月前来复诊,疗效稳定。2024 年 8 月 1 日复诊诉目前已无喘憋症状,每日可独立步行 6000 步左右,睡眠质量较前改善,入睡可,时有眠浅易醒,仍夜尿 2 或 3 次,余无不适,目前血压控制在 130/80 mmHg 左右。2024 年 7 月 30 日当地医院复查肾功能:血尿素氮 16.3 mmol/L,血肌酐 253.10  $\mu$ mol/L,血尿酸 392.1  $\mu$ mol/L。中西诊断同前,守方出入,处方:炒酸枣仁 30 g,黄芪 30 g,生晒参 10 g,麦冬 15 g,五味子 10 g,石

菖蒲 10 g,制远志 10 g,白术 15 g,茯苓 30 g,桂枝 30 g,桃仁 15 g,红花 10 g,当归 10 g,川芎 30 g,三七 4 g,红景天 30 g,熟大黄 5 g,刺五加 20 g,干姜 10 g,冬瓜皮 30 g,巴戟天 30 g,杜仲 30 g,菟丝子 15 g,枸杞子 15 g。中药免煎颗粒剂,90 剂,服法同前。西医基础治疗方案同前,病情稳定。

按语:该患者为老年男性,年近八旬,肾精本已衰少,加之既往高血压病、高尿酸血症病史多年,痰、郁、热、瘀相互胶结,日久则痹阻肾络,导致肾络微型瘢痕形成,肾体受损,肾用失司,更影响肾精气化。精亏日久,中焦升降失司,气虚运化不及,故见乏力气短;固摄失职,故见夜尿频多。气为阳之渐,气虚日久,肾阳渐馁,肾阳虚衰不能温运血水,水液输布代谢障碍,水凌心肺故见喘憋、活动耐力下降;水饮阻滞气机,故偶发头胀;水湿浊毒内阻,阴阳失调气血运化不利故见眠浅易醒。初诊时当属“夺气”阶段,兼有趋向“夺火”之变。治以补气升阳、活血化瘀兼以温阳。本案初诊以大量党参、黄芪补益中气,并合麦冬、五味子取生脉散之意补气同时固护心气心阴以养心之体,合白术、茯苓、桂枝之苓桂术甘汤之意温阳利水并治,加丹参、三七、降香、红景天活血化瘀,以鳖甲软坚散结消癥,取熟大黄攻逐破血消癥,用冬瓜皮、葶苈子泻肺利水,酌加刺五加益气扶正,以炒酸枣仁养血安神。诸药合用,标本兼治。二诊时患者乏力气短明显改善,守方出入,在初诊方基础上去降香恐其降气太过,加干姜、炙甘草增强温中益气之力。三诊时患者诸症基本减轻,而不寐症状加重,入睡困难、眠浅易醒,考虑久病气血阴阳亏虚导致心神失养,故调方中酸枣仁用量至 45 g 加强养血安神之功,另加巴戟天、杜仲温补肾阳,补虚以固本填精,转入“夺精”阶段的治疗。末诊时患者病情稳定,可自行步行 6000 步左右,重在巩固疗效,防止病情反复,方用生脉散合苓桂术甘汤加减,益气养阴,化气利水。其中重用桂枝至 30 g 既助膀胱气化,又温通心脉;桃仁、红花等活血之品既通脉络,又能活血利水;菟丝子、枸杞子、巴戟天、杜仲取五子衍宗丸之意以固本填精;炒酸枣仁、石菖蒲、制远志调心神,以助睡眠质量改善。辨治 IV 型 CRS 的关键在于辨别病情的轻重、明确病情的阶段。本案患者以乏力、气短、喘憋为主诉来诊,四诊合参,考虑就诊时患者主要处于“夺气”阶段,有向“夺火”发展之虞,故治疗重点以补气活血利水为主、兼以温阳。病情稳定后,则以

补虚消癥为主线, 以延缓病情进展。

## 参考文献

- [1] 中国医师协会肾脏内科医师分会心肾综合征指南工作组. 心肾综合征诊疗的临床实践指南(2023 版)[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(46): 3705-3759.
- [2] 陈明, 李莲花, 闫晓明, 等. 张佩青教授基于“心肾相交”理论治疗心肾综合征经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2023, 24(9): 763-764.
- [3] 张宏旭, 范军. 张大宁治疗心肾综合征经验[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(10): 1778-1780.
- [4] 张卓文, 连建伟. 薛己运用仲景治病法度研究述要[J]. 中医文献杂志, 2013, 31(4): 23-25.
- [5] 汪绮石. 理虚元鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988: 21-22.
- [6] 蔡林, 廖伯年, 雷长国. 《理虚元鉴》学术价值探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(8): 1016-1017.
- [7] 李雪. 吕仁和教授从虚论治慢性肾脏病小药方撷英[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [8] 侯艾琳, 梁晋普, 戴雁彦, 等. 郭维琴心肾同治辨治慢性心力衰竭中晚期经验[J]. 北京中医药, 2023, 42(9): 1001-1003.
- [9] 郭维琴, 赵忠印, 曹继平, 等. 心力衰竭中医辨证论治初探[J]. 中医杂志, 1988, 29(1): 15-16.
- [10] 王耀献, 刘尚建, 付天昊, 等. 肾络微型癥瘕三态论探析[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 17(3): 17-18.
- [11] 崔海燕, 姚书霞, 路岩, 等. 微量白蛋白尿与心血管病危险因素的关系[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(6): 521-523.
- [12] 曹博宁, 王耀献. 从气虚阳微、瘀水互结论治 IV 型心肾综合征[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 32-35.
- [13] 王格, 朱泽兵, 孙卫卫, 等. IV 型心肾综合征中医证候分布及相关因素分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(3): 202-206.
- [14] 孙伟, 高坤, 何伟明, 等. 黄芪治“肾”的研究[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(2): 241-242.
- [15] 刘晨璇, 梁毓恬, 饶向荣. 饶向荣教授基于脾肾心辨证论治 IV 型心肾综合征的经验[J]. 中国医药导报, 2023, 20(32): 144-147.

## Treatment of Type 4 Cardiorenal Syndrome based on the Theory of "Yang Deficiency with Three Lackings, Controlled by the Spleen"

HU Yuxin<sup>1,2</sup>, CHEN Yexin<sup>1,2</sup>, XUE Zeyu<sup>2</sup>, GAO Ziheng<sup>1,2</sup>, CUI Gaiwen<sup>1,2</sup>, ZHANG Wenkang<sup>2</sup>, WANG Yaoxian<sup>1,3</sup>

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Beijing University of Chinese Medicine; 3. Henan University of Chinese Medicine

**ABSTRACT** WANG Qishi put forward the theory of "yang deficiency with three lackings, controlled by the spleen" in *Lixu Yuanjian* (《理虚元鉴》), which regarded that yang deficiency can lead to consumptive diseases with changes of lacking essence, lacking *qi*, and lacking fire, so the treatment should start from the spleen to restore the middle yang urgently. This article summarised the experience of treating type 4 cardiorenal syndrome based on the theory of "yang deficiency with three lackings, controlled by the spleen", and proposed that lacking essence is the beginning of the onset of type 4 cardiorenal syndrome, lacking *qi* is the gradual development of the disease, and lacking fire is the changes of the disease, and ultimately resulted in the complex situation of kidney and *qi* deficiency, and edema due to yang deficiency, combined with syndromes variation. In the clinical evidence, in the stage of lacking fire, therapies should warm the middle and strengthen the spleen in order to rescue the middle yang, prescribed with modified *Baoyuan Decoction* (保元汤) plus *Lizhong Decoction* (理中汤); in the stage of lacking *qi*, prescriptions can add Taoren (*Juglans regia*), Tubiechong (*Eupolyphaga sinensis*), Fuling (*Smilax glabra*), Guizhi (*Neolitsea cassia*) to activate blood and drain water to transport and restore the center *qi*; in the stage of lacking essence, prescriptions can add Gouqizi (*Lycium barbarum*), Tusizi (*Cuscuta chinensis*), Duzhong (*Eucommia ulmoides*), Bajitian (*Gynochthodes officinalis*) to supplement deficiency and resolve masses to consolidate the root and supplement essence.

**Keywords** type 4 cardiorenal syndrome; yang deficiency; lacking essence; lacking *qi*; lacking fire; warming yang and draining water; supplementing deficiency and resolving masses

(收稿日期: 2024-03-24; 修回日期: 2024-08-04)

[编辑: 果形, 邓媛]