

基于“上下交损，当治其中”探讨心血管 - 肾脏 - 代谢综合征的病机与辨治

申 珊¹, 郭 煦¹, 耿冰倩¹, 樊威伟^{2*}

¹天津中医药大学研究生院, 天津

²天津市中医药研究院附属医院肾病二科, 天津

收稿日期: 2026年8月25日; 录用日期: 2026年10月1日; 发布日期: 2026年10月12日

摘 要

心血管 - 肾脏 - 代谢综合征(CKM)是一种多系统交互紊乱的复合疾病, 旨在描述肥胖、糖尿病、慢性肾脏病与心血管疾病之间的生理病理相互作用, 早期以代谢紊乱为主, 后期进展为心肾损伤及多器官功能紊乱。“上下交损, 当治其中”出自叶天士《临证指南》, 核心为上下脏腑受损, 病变累及整体, 治疗当以调理中焦脾胃为关键。本文基于“上下交损, 当治其中”理论, 结合心血管 - 肾脏 - 代谢综合征“心肾同病、代谢失序”的病理特征, 认为其病机演变以脾胃失运、气机失调为病发之始, 以痰瘀互结、心肾受累为病进之渐, 以中焦衰败、心肾俱损为病重之势。治疗上, 主张从中焦脾胃论治, 遵循澄源、截流、固本三步治法, 分期为中医药临床辨治心血管 - 肾脏 - 代谢综合征提供一定的理论依据与实践参考。

关键词

心血管 - 肾脏 - 代谢综合征, “上下交损, 当治其中”, 澄源, 截流, 固本

Exploring the Pathogenesis and Syndrome Differentiation-Based Treatment of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome Based on “When Both the Upper and Lower Are Affected, Treatment Should Target the Middle”

Shan Shen¹, Xu Guo¹, Bingqian Geng¹, Weiwei Fan^{2*}

¹Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

*通讯作者。

文章引用: 申珊, 郭煦, 耿冰倩, 樊威伟. 基于“上下交损, 当治其中”探讨心血管-肾脏-代谢综合征的病机与辨治[J]. 中医学, 2026, 15(10): 117-125. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510533

²Second Department of Nephrology, Affiliated Hospital of Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

Received: August 25, 2026; accepted: October 1, 2026; published: October 12, 2026

Abstract

The Cardiovascular-Renal-Metabolic Syndrome is a complex disorder characterized by multisystem dysregulation, aimed at describing the physiopathological interactions among obesity, diabetes mellitus, chronic kidney disease, and cardiovascular diseases; in its early stages, the condition is primarily marked by metabolic disturbances, whereas in advanced stages, it progresses to cardiac and renal impairment as well as multi-organ dysfunction. The principle “When both upper and lower systems are affected, treatment should target the middle system” is derived from Ye Tianshi’s *Clinical Practice Guide*; its core idea is that when the upper and lower visceral systems are compromised, the pathological changes affect the entire body, and treatment should focus on regulating the spleen and stomach in the middle jiao. Based on this principle and considering the pathological characteristics of the Cardiovascular-Renal-Metabolic Syndrome—namely the co-occurrence of cardiac and renal pathologies alongside metabolic dysregulation—this article posits that its pathogenesis begins with impaired spleen-stomach function and disrupted qi movement, progresses through the interplay of phlegm and blood stasis along with the involvement of the heart and kidneys, and culminates in the decline of the middle jiao coupled with simultaneous impairment of the heart and kidneys. In terms of treatment, this approach advocates addressing the condition through interventions targeting the spleen and stomach in the middle jiao, adhering to a three-step therapeutic strategy—clarifying the root cause, intercepting pathological flow, and reinforcing the fundamental constitution. This framework provides a theoretical basis and practical reference for the clinical differentiation and treatment of the Cardiovascular-Renal-Metabolic Syndrome using traditional Chinese medicine across different disease stages.

Keywords

Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome, “Upper and Lower Body Dysfunction, Treatment Targeted at the Core”, Source Purification, Flow Interruption, Foundation Consolidation

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

心血管-肾脏-代谢综合(CKM)是由美国心脏协会(AHA)于2023年10月正式提出的一种全新概念,旨在描述肥胖、糖尿病(DM)、慢性肾脏病(CKD)和心血管疾病(CVD)之间复杂的生理病理相互作用[1]。受肥胖率升高、人口老龄化加速、环境及生活方式等多方面因素影响,DM、CKD与CVD患病率逐年增加,数据显示,2010年中国成年人中CKM综合症的患病率为77.1%,2019年上升至83.7%,累计人群估计约8.75亿人[2],CKM后期病情迁延难愈且大多预后不良,致死率高,加重社会负担。国内外流行病学及机制研究表明,CKM综合症的发病涉及糖脂代谢紊乱、交感神经过度兴奋、RAAS异常激活、胰岛素抵抗、炎症反应及血流动力学异常等多种病理生理机制。目前西医治疗CKM综合征,核心推荐SGLT2i、RASi、ns-MRA和GLP-1RA为“四大支柱”药物为核心的CKM综合征联合治疗体系,提出基

于分期、eGFR 和 UACR 的“三步决策法”及“1-2-3 周快速启动”流程，明确合并症优化路径，强调个体化治疗、合并症优化及多学科协作，以降低临床惰性、改善患者心肾代谢结局[3]。SGLT2i 具有改善心肌能量供需失衡、改善冠脉微循环及抗炎作用，兼具降糖与心血管保护效益；GLP-1 具有降低血压血脂血糖、改善胰岛功能、抑制炎症等作用[4]；GLP-1RA 和 GIP/GLP-1 双受体激动剂显著降糖、减轻体重、保护心血管、改善脂肪性肝病[5]；ns-MRA 类药物非奈利酮可降低肾衰和心血管疾病死亡风险；RASi 类药物可发挥降压、抑制心脏及肾脏纤维化的作用，是 CKM 综合征中高血压、心衰、蛋白尿管理基石[6]。以上多种治疗药物联合治疗显著改善心肾疾病，但覆盖心血管-肾脏-代谢多靶点治疗药物，循证实验支持，长期随访待观察，复杂人群的个体化用药策略待完善。中医治疗心血管-肾脏-代谢综合征，善用“整体观念，辨证论治”，将心、肾等多个代谢器官视为整体，通过调节全身气血阴阳平衡达到心肾同治的目的。

根据心血管-肾脏-代谢综合征临床表现，结合中医理论可将其归为“消渴”“脾瘅”“心悸”“水肿”“关格”“虚劳”等范畴，病位在心脾肾，亦累及其他脏腑。“上下交损，当治其中”理论出自清初叶天士《临证指南·虚劳》，“上下”指心肾等脏腑，“中”指脾胃，核心观点为上下脏腑受损，中焦脾胃失调，治疗当以调理脾胃为主。心血管-肾脏-代谢综合征以心肾同病、代谢失序为表现，其根本在于脾胃运化失常，气血生化不足，痰瘀内生，累及全身。从中医病机来看，脾胃为气血生化之源，脾气虚弱与心肾功能异常引发的消化系统受抑制现象相似，同时脾肾虚损、痰瘀阻滞也是这类代谢相关病症的核心病机。

本文基于“上下交损，当治其中”理论，探讨心血管-肾脏-代谢综合征的病机演变，提出治疗应从脾胃出发，遵循澄源、截流、固本三步治法，以期为中医药临床辨治心血管-肾脏-代谢综合征提供一定的理论依据与实践参考。

2. “上下交损，当治其中”理论内涵

2.1. “上下交损，当治其中”之生理

“上下交损，当治其中”是叶天士治疗虚损病症的重要治则，其生理基础根植于中焦脾胃在人体中的核心地位，理论内涵在《黄帝内经》中已初具雏形，如《素问·经脉别论》言“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”、“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”，明确了中焦脾胃为气血生化之源、气机升降枢纽，连接上下脏腑；《难经》“五损论”则为叶天士“上下交损”观点的直接理论源头；《金匱要略》小建中汤“急建其中气”，理中汤温中补虚，张仲景以甘药培土生金，化生气血，使得“四季脾旺不受邪”；李东垣言：“内伤脾胃，百病由生”、“胃虚则脏腑经络皆无所受气而俱病”。张介宾在《类经·疾病类》中注：“上下交损者，必因于中，中者脾胃也，脾胃为后天之本，气血生化之源，上下脏腑之气血津液，皆赖中焦运化以滋养。”周慎斋《慎斋遗书》提出：“诸病不愈，必寻到脾胃之中，方无一失”；尤在泾指出：“欲救阴阳之和者，必求之于中气”，进一步揭示中焦脾胃为心肾相交、水火既济的媒介。人体为有机整体，心在上，主血脉藏神，肾在下，藏精司气化，脾胃运化水谷精微，化生气血，上养于心，使心脉充盈、神明安和；下滋于肾，使肾精充足、气化正常；脾胃运化水湿，调节津液代谢，维系上下脏腑的阴阳平衡，中焦安则上下和，中焦衰则上下损，体现了中焦脾胃在人体生理功能中的核心地位。

2.2. “上下交损，当治其中”之病理

《素问·玉机真藏论》云：“五脏相通，移皆有次，五脏有病，则各传其所胜。”脾胃为中焦枢纽，若中焦脾胃功能失调，运化失司，则气血生化不足，津液代谢失常，进而累及上下脏腑，导致“上下交

损”。脾失健运，清气不升，则上焦心肺失养，出现心悸气短、咳喘少气；《素问·阴阳应象大论》云：“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生腹胀”，胃失和降，则下焦壅滞，出现大便溏泄、小便不利；脾胃虚弱，气血生化无源，则上焦心肺失其所养，出现面色无华、失眠健忘等心脾两虚之证；下焦肝肾失于濡养，则见腰膝酸软、头晕耳鸣等肝肾亏虚表现；中焦湿浊内停，易阻滞气机，则清阳不升浊阴不降，心火不能下降温肾阳，肾水不能上行滋心阴，形成“心肾不交”，表现为心烦失眠、腰膝冷痛、上热下寒。《难经·十四难》云：“损其脾者，调其饮食，适其寒温。”脾胃为后天之本，其虚损可累及他脏，土不生金，脾虚肺气生化乏源，肺宣发肃降功能下降，则气短声低、久咳喘促；子病及母，脾虚血亏，易致心神失养，则失眠健忘、心悸怔忡、面色萎黄；土虚木乘，致肝郁气滞，则胁痛、情志不舒，脾虚气血乏源，肝藏血不足，则头晕眼花、月经不调；脾虚日久，无法滋养后天，肾精亏虚，则腰膝酸软、神疲乏力，土不制水，致肾水泛滥，则水肿痰饮，脾阳虚日久肾阳虚衰，则五更泄泻、畏寒肢冷。四脏受累，上下同病，终致“上下交损”。正如清代医家李中梓在《医宗必读·水火阴阳论》中所言：“脾胃一伤，五脏皆无生气，上下脏腑，无所禀受，遂致交损。”此外，情志失调、饮食不节、劳逸失常等常先伤脾胃，再累及他脏，可见中焦脾胃失调是“上下交损”的核心病机，而心血管-肾脏-代谢综合征之心肾同病、代谢失序，正是“上下交损”的典型临床表现。

3. 基于“上下交损，当治其中”理论探讨心血管-肾脏-代谢综合征的分期病机

3.1. 病发之始——中焦失和，脾胃失健，气机斡旋失司

心血管-肾脏-代谢综合征的发病，始于中焦脾胃功能失调，现代人群CKM综合征发病多与遗传、环境污染、不良生活方式相关，早期出现单纯超重或肥胖、糖尿病前期表现，机体虽未出现明显的脏器损伤，但已可见上下脏腑的轻微受累表现。《脾胃论》言：“脾胃俱旺，则能食而肥”，若平素喜食肥甘厚味、多静少动，易致脾气虚弱、脾阳不足，脾胃运化失司，水谷精微输布失常，酿为水湿、湿浊，湿浊日久，郁而化热，致胃热炽盛，膏脂堆积，发为肥胖。脾胃气机不畅，上扰心神，可致心神不宁；脾胃气虚，下不能充养肾精，可致肾精轻微亏虚，表现为乏力、头晕、腰膝酸软等非特异性症状，此时病变以中焦脾胃失调为主，上下脏腑受累较轻，为病发之始。从现代病理学机制来看，肥胖是多因素多器官的慢性代谢紊乱，与能量平衡紊乱、胰岛素抵抗、激素失衡、肠道菌群紊乱等密切相关[7]。中医研究表明，中焦脾胃运化水谷精微，为糖脂代谢提供物质基础，脾胃运化失常可导致血糖调节紊乱，引发胰岛素抵抗、肠道菌群失衡等问题，进而诱发血糖、血脂异常[8]。而CKM综合征正是以肥胖和胰岛素抵抗为中心环节，血糖、血脂异常正是心血管-肾脏-代谢综合征的早期表现。此时中焦失和为病机核心，尚未出现明显的痰瘀阻滞、脏腑损伤，若及时调补中焦、恢复脾胃功能，可阻断疾病进一步进展。

3.2. 病进之渐——中焦失运，痰瘀凝滞，心肾络脉受阻

中焦失调加重，若病发初期未及时干预，脾虚日久，运化失司，水湿内停，聚而成痰，痰湿郁而化热，湿热上扰清窍则头晕脑胀，中阻脾胃则口干口苦，腹胀便黏，下注膀胱则小便黄赤；《医林改错》言：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，血行不畅，气机郁滞，滞涩成瘀，痰瘀互结，气滞血瘀于心中则胸闷、心悸、胸痛，滞瘀脑络则头晕胀痛，痰瘀互结，阻滞肾络，则精微外泄(蛋白尿)，耗伤肾精，脾肾互损，气化失司，开阖不利则腰膝酸软、下肢水肿、夜尿增多；糖、脂等代谢废物排泄失常，化为浊毒[9]，壅滞三焦，脏腑气机逆乱，脾胃升降失司则恶心纳呆，肾失开阖则小便短小，浊毒损络则尿浊带血，舌暗有瘀斑瘀点，心肾失交则心悸失眠、健忘耳鸣、腰膝酸软，痰瘀阻滞脉络，代谢紊乱进一步加重，出现肥胖、高血糖、高血脂、亚临床心血管病变、肾功能下降等，形成心血管-肾脏-代谢综合征的典型表现。此阶段可见慢性炎症反应激活、肾素-血管紧张素-醛固酮系统亢进，该系

统亢进会增加心脏负荷,肾功能出现轻度损伤[10]。此时病位已由中焦渐及心、肾、脉络,痰瘀浊毒交织,病邪入里,治疗当以健脾化痰、活血祛瘀、通络解毒,兼顾调和脾胃、益气养阴,以延缓脏腑损伤、阻断CKM综合征进一步发展。

3.3. 病重之势——中焦衰败,枢纽失用,心肾气化内乱

《景岳全书》中:“脾为后天之本,肾为先天之本,二脏相济,运纳无穷”,而中焦衰败,脾虚至极,运化无权,气血亏虚,进而可致肾阳衰微、肾阴枯竭,终致形体羸弱、形销骨立、神疲欲寐;痰浊、瘀血、浊毒壅塞三焦,心脉痹阻则发为胸痹、心悸,肾脉阻塞则见小便不通、全身水肿、关格,瘀阻脑络则有神昏抽搐、中风等变证[11];三焦气化失司,湿毒泛滥,肺气闭塞则喘息不得卧、张口抬肩,胃气衰败则恶心呕吐,肾关不开则小便点滴不出或失禁;心肾阴阳离决,气机逆乱,则心悸喘脱、脉微欲绝,代谢紊乱达至极致,呈现心肾气血阴阳亏虚、瘀毒夹杂的复杂状态,临床常有尿毒症、代谢性酸中毒、冠心病、心肌梗死、心肾衰竭等并发症[12]。此时治疗需标本兼治,扶正固本,在调理脾胃的基础上,兼顾益肾养心、益气养血,恢复上下脏腑功能。

4. 从“上下交损,当治其中”理论论治心血管-肾脏-代谢综合征的思路

4.1. 澄源——调补中焦,健运脾胃,疏调气机以复枢

澄源即正本清源,以健脾和胃为枢机,斡旋中焦气化之权,脾气升则清阳得布,胃气降则浊阴得泄,中焦运化复常则气血生化有源、水谷精微输布有序,从根源上预防病情进展,体现叶天士“当治其中”的核心思想。临床上CKM综合征初期以代谢紊乱,血脂血糖轻度异常为主,治疗多以调补中焦,健运脾胃,疏调气机为要,恢复脾胃升降气机功能。CKM综合征作为高度异质性的疾病综合体,不同主导表型及不同合并症组合在病机侧重、累及脏腑、证候表现上存在显著差异。CKM综合征早期,多见肥胖型患者,以腹型肥胖、胰岛素抵抗、脂质代谢紊乱为核心表现,常兼见倦怠乏力、肢体沉重、舌苔白腻、脉滑等脾虚湿困证候。治法当以“澄源”为主、佐以“截流”,重在健脾祛湿、化痰降浊,方选参苓白术散或加味黄连温胆汤加减。且现代研究表明参苓白术散常应用于治疗消化系统疾病,可改善胰岛素抵抗、肝脂质积累,作用于全身代谢紊乱,有效治疗2型糖尿病,脾虚湿困型高脂血症[13][14]。《太平惠民和剂局方》言其:“养气育神,醒脾悦色,顺正辟邪”,以人参健脾益气,白术健脾燥湿、顾护中焦,茯苓健脾渗湿为主,恢复脾胃运化功能,澄除病源。香砂六君子汤以四君子汤益气健脾,二陈汤燥湿化痰,佐以木香、砂仁畅达中焦气机,现发现其可抗炎、抗氧化,并通过调控PERK信号通路纠正脾虚脂质紊乱[15]。加味黄连温胆汤健脾化痰,可明显改善代谢综合征并痰热互结证型患者的肥胖形态、血脂紊乱、糖代谢异常及高血压病理状态,进一步佐证了该方剂对代谢综合征相关病理状态的改善作用[16]。吕仁和教授提出消渴“脾瘅期”[17]脾运失常,津液停留,郁而化热,多用黄芪、生甘草、茵陈清脾胃郁热,祛邪不伤正。临床若腹胀、噎腐吞酸明显,加焦三仙、鸡内金消食化积,助脾胃运化;心烦易怒、腹胀加重,加郁金、合欢皮疏肝解郁、理气和胃;神疲乏力、肢体困倦,加黄芪、山药益气健脾;大便黏腻、舌苔薄腻,加薏苡仁、苍术燥湿健脾,防痰瘀渐生;BMI ≥ 28 kg/m²者,可加苍术、荷叶、决明子以燥湿利水、化痰降脂;合并脂肪肝者,配虎杖、茵陈、垂盆草清利肝胆;伴阻塞性睡眠呼吸暂停者,加石菖蒲、远志、葶苈子化痰开窍、泻肺利水。多种方药清除中焦湿浊痰瘀,恢复脾胃运化功能,澄其源,固其本。

4.2. 截流——健脾化痰,活血祛瘀,通补心络以安神

截流即阻断病势进展,核心为在调理脾胃的基础上,化痰祛瘀、通络散结,清除已生成的痰瘀浊毒病理产物,防止痰瘀进一步累及心肾,使心脉通畅、肾络得养,痰瘀去则络通,络通则心肾自安,实现

“治其中以安上下”。CKM 病进期多见糖脂代谢严重紊乱,临床常见口干多饮、倦怠乏力、视物模糊、肢体麻木,舌红少津、脉细数,多属气阴两虚、瘀阻脉络。治法宜“截流”为主,“澄源”为辅,益气养阴以固本、活血通络以截流,方用葛苓百桔颗粒、玉液汤或茵陈失笑散加减化裁;国医大师张大宁教授认为慢性肾功能不全基本病机为肾虚血瘀,临床采用茵陈失笑散加味治疗可延缓慢性肾功能衰竭进程、减轻肾脏病理改变[18]。在此基础上,茵陈失笑散加味对症治疗 CKM 综合征 2~3 期肾虚血瘀兼湿浊内蕴证[19],临床研究可有效改善患者 TyG-BMI、eGFR、空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯、肾功能等指标;既往研究还表明,茵陈失笑散可改善慢性肾小球肾炎患者的肾功能,减轻肾脏损伤,抑制炎症状态[20];潘健[21]等回顾性队列研究发现茵陈失笑散加味对慢性肾脏病 3~5 期非透析患者肾功能及微炎症状态具有改善作用,并延缓肾衰疾病进展风险。茵陈清利湿热,五灵脂、蒲黄炭二者活血化瘀、散结止痛,大黄清热泻火、逐瘀通经,黄芪补气健脾,川芎活血行气,全方清热利湿、活血化瘀,既改善 CKM 综合征病进期脾胃虚弱状态,又清除痰浊瘀毒等病理产物,体现“治其中以安上下”。李露[22]等研究发现,葛苓百桔颗粒可改善 CKM 综合征 2~3 期模型小鼠肥胖、代谢紊乱和早期肾功能损伤,其进一步研究发现[23],葛苓百桔颗粒中的异黄酮类成分群,可有效改善 CKM2 期模型小鼠的糖脂代谢紊乱、胰腺组织细胞变性、附睾脂肪组织病理形态、肝脏脂肪变性及纤维化。方中葛根与茯苓健脾祛湿、益气升清,百合与桔梗清心安神、载药上行,全方共奏益气健脾、化湿祛瘀之功,对症治疗 CKM 综合征 2~3 期中焦失运,夹痰夹瘀。全小林教授提出“态靶理论”,目前该理论在糖尿病、高血压等常见病、多发病领域已经获得有效验证[24],对“瘀态”络脉损伤,痰浊瘀毒深伏病机,选用血府逐瘀汤[25]、抵当汤、丹参饮等以活血化瘀、化痰散结。其中血府逐瘀汤,能促进血液循环,化解体内瘀血,在改善胸痛等瘀血相关症状方面表现突出,有临床研究显示其联合西药治疗冠心病合并心房颤动气滞血瘀证总有效率达 92.11%,疗效显著。同时针对不同症状及病症进行加药:胸痛者,加丹参、瓜蒌、薤白以通阳散结;心悸者加黄连、苦参、紫石英重镇安神;动脉粥样硬化者加三七、莪术;心血管疾病加人参、丹参等强心通脉。临床对 CKM 综合征中期常出现肢体沉重、舌苔白腻明显,加苍术、厚朴、白芥子燥湿化痰、散结消滞;腰膝酸软、泡沫尿,加山药、山茱萸、菟丝子益肾固精,兼顾护肾。空腹血糖及糖化血红蛋白显著升高者,可加黄连、桑叶、鬼箭羽清热降糖;合并糖尿病肾病出现微量白蛋白尿者,加黄芪、山茱萸、金樱子益气固肾。

4.3. 固本——脾肾互赞,交通上下,益气养血以培元

固本即挽救正气,巩固疗效,重在补益脾肾之本,调和气血之源,使先天后天相资,上下交通有序,在调理脾胃的基础上,兼顾益肾养心、益气养血,恢复上下脏腑功能,实现“治其中以复上下”。CKM 综合征后期多并发严重心血管疾病,或合并中重度肾衰竭,此阶段以“虚、瘀、毒”胶结为核心病机[26],冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心衰与慢性肾脏病并存,心血管事件与肾功能衰竭相互加重,可见胸闷气短、夜间阵发性呼吸困难、下肢水肿、夜尿增多、面色黧黑、舌质紫暗、脉沉涩或结代,治法当“固本”为主,佐以“截流”,方选经典方剂真武汤、苓桂术甘汤及益气化瘀解毒方加减。张大宁教授提出,慢性肾衰竭的核心病机可概括为“虚、瘀、湿、逆”,临床证候多属脾肾阳虚或肝肾阴虚[27],在 CKM 后期合并肾衰竭的患者中,“虚”者神疲乏力、畏寒肢冷,多用黄芪、白术、补骨脂、肉桂等温补脾肾,女贞子、墨旱莲、山茱萸等滋养肝肾;“瘀”者面色黧黑、皮下瘀斑、肌肤甲错,多用三棱、莪术、五灵脂、蒲黄破血逐瘀;“湿”者下肢甚至全身水肿、夜尿频多,用补骨脂、淫羊藿、土茯苓、半枝莲温阳化气利水;“逆”者浊毒泛逆,恶心呕吐、口中氨味、昏蒙嗜睡,用大黄炭、蒲黄炭等炭类药吸附肠道毒素,通腑排毒。胡路等[28]研究发现益气化瘀解毒方联合热敏灸治疗可有效改善 CKD 3~4 期合并动脉粥样硬化患者肾功能指标、血脂和血管硬化程度,减轻动脉粥样硬化。该方选用大量黄芪、党参益气扶正、温补脾肾,熟地黄、山茱萸、山药“三补”,补脾气、固肾精、滋肾阴,佐以活血化瘀之川芎、丹参、桃

仁、红花、红景天，改善肾微循环、抗纤维化、保护心肌，泄浊解毒之白花蛇舌草、猫爪草、熟大黄、泽泻、牡丹皮，降肌酐降尿素。《伤寒论》中苓桂术甘汤：“心下逆满、气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者”，此证乃脾肾阳衰、水饮上泛所致，符合 CKM 综合征后期水湿内停、浊阴上逆病机。现代研究证实苓桂术甘汤可显著水钠调节水液、抗炎抗氧化、保护心功能[29]。“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热、心下悸、头眩、身瞤动、振振欲擗地者，真武汤主之”，真武汤温阳利水、扶正祛邪，正契合 CKM 综合征脾肾阳虚、水饮泛滥、浊毒上逆之病机。药理学研究其可强心利尿、抑制炎症反应、抑制 PAAS、抗炎抗纤维化，已广泛用于慢性心衰、糖尿病肾病、慢性肾衰竭等心血管、泌尿系疾病中，故临证常以苓桂术甘汤或真武汤加减，更契合 CKM 综合征后期“心肾阳气衰惫为本，浊毒壅塞为标，脉络癥腐为变”的核心病机[30]。临床应用时，当据证候动态调方：纳差呕恶，加半夏、竹茹、陈皮和胃止呕，恢复脾胃运化功能，巩固中焦；胸闷憋气、不能平卧，加附子、桂枝温阳利水、养心益肾，增强固本之力；腰膝酸软、小便短少，加鹿角胶、龟板胶填精补髓，益肾固精；畏寒肢冷，阳虚明显，加干姜、淫羊藿温阳散寒，助脾胃运化、益肾养心。射血分数降低者，重用黄芪、附子、桂枝温阳强心；肾小球滤过率下降者，加大黄炭、蒲黄炭通腑泄浊；合并心房颤动者，加三七、丹参、炙甘草以活血复脉。同时，CKM 综合征常合并多种难治并发症：合并高血压者，可加天麻、钩藤、夏枯草等平肝潜阳，引血下行；合并高尿酸血症或痛风者，加土茯苓、萆薢、威灵仙泄浊化湿、通痹止痛；合并动脉粥样硬化斑块者，加水蛭、地龙等虫类药以活血通络、软坚散结；合并重度焦虑及失眠者，加合欢皮、远志、茯神疏肝解郁、养心安神。临证当以“治其中”为根本立脚点，结合患者主导表型及合并症特征，动态调整三步治法的偏重，实现对 CKM 综合征的辨证论治。

5. 小结

心血管-肾脏-代谢综合征作为多系统交互失衡的复杂病症，其病情迁延日久，后期致死率高、预后差，严重影响患者生存质量与寿命，加重社会医疗负担。本文以“上下交损，当治其中”理论为指导，立足脾胃为后天之本、气血生化之源，强调调中焦以复升降、运枢机以通上下，治疗上，主张以中焦脾胃为论治核心，遵循澄源、截流、固本三步治法，分期为中医药临床辨治心血管-肾脏-代谢综合征提供相应的理论依据与实践参考。本文尚存在以下局限性：所构建的三步治法体系以理论推演及小样本、名家经验研究为主要依据，缺乏高质量、大样本随机对照临床试验对澄源、截流、固本三步治法及“上下交损，当治其中”理论疗效与安全性的循证验证；中医证候诊断标准尚未完全量化统一，不同医家对 CKM 综合征相关证候(如脾虚湿困、肾虚血瘀、浊毒内蕴等)的辨识与命名存在差异，影响临床证据的整合与推广；“上下交损，当治其中”理论与 CKM 多系统交互机制之间的现代生物学基础阐释尚处于起步阶段。基于上述局限，未来研究可从以下方向深入展开：设计严谨的多中心、随机对照临床试验，以 CKM 分期、表型分层为重要亚组分析维度，系统评价“澄源-截流-固本”治疗方案在 CKM 不同分期、不同主导表型人群中的临床疗效与安全性，并引入心血管事件、肾功能进展、生活质量等硬终点指标；开展“病证结合”基础研究，运用代谢组学、蛋白组学、肠道微生物组学、网络药理学等多组学技术，深入揭示“中焦失调-上下交损”的生物学内涵，为“治其中”理论提供现代科学诠释，为中医药防治心血管-肾脏-代谢综合征提供更坚实的循证证据支持。

参考文献

- [1] Ndumele, C.E., Rangaswami, J., Chow, S.L., Neeland, I.J., Tuttle, K.R., Khan, S.S., et al. (2023) Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*, **148**, 1606-1635. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001184>
- [2] He, D., Zhang, X., Li, C., Yang, C., Yu, M., Wang, J., et al. (2025) Rising Prevalence of Cardiovascular-Kidney-

- Metabolic Syndrome in China, 2010-2019: National Cross-Sectional Surveys. *JACC*, **86**, 213-216.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.030>
- [3] 付子康, 李海英, 李屏. 钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂治疗 2 型糖尿病合并冠心病的研究进展[J]. 中国全科医学, 2022, 25(12): 1493-1499.
- [4] 王婷, 王萍, 尚鑫, 等. 胰高血糖素样肽-1 受体激动剂降低血糖、减轻体重外的获益分析[J]. 中国新药与临床杂志, 2025, 44(11): 830-836.
- [5] 马君, 王敏, 陶梦圆, 等. GLP-1/GIP 双受体激动剂替西帕肽改善 db/db 小鼠代谢相关脂肪性肝病[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2024, 44(10): 1344-1352.
- [6] 中华医学会心血管病学分会心血管专病队列与注册研究学组, 广东省医学会心血管病学分会, 广东省医师协会心脏病器械辅助治疗医师分会, 等. 心血管-肾脏-代谢综合征联合用药与个体化选择治疗专家共识[J]. 暨南大学学报(自然科学与医学版), 2026, 47(1): 1-20.
- [7] Nicze, M., Dec, A., Borówka, M., Krzyżak, D., Böldys, A., Bułdak, Ł., et al. (2024) Molecular Mechanisms behind Obesity and Their Potential Exploitation in Current and Future Therapy. *International Journal of Molecular Sciences*, **25**, Article No. 8202. <https://doi.org/10.3390/ijms25158202>
- [8] 袁卫玲, 苏玮莲, 马佐英, 等. 论中医脾功能变化与糖脂代谢关系[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(10): 7-8.
- [9] 朱坚骐, 陈红波. 基于“肾虚-血瘀-浊毒”交互理论探讨糖尿病肾脏疾病的病机演变规律[J]. 世界中西医结合杂志, 2026, 21(2): 372-376.
- [10] 夏经钢, 袁明霞, 蔡晓凌, 等. 心血管-肾脏-代谢综合征患者的综合管理中国专家共识[J]. 中国心血管病研究, 2025, 23(3): 193-228.
- [11] 翟钰铭, 周亚滨, 符佳美, 等. 从“痰瘀滞虚”理论探讨冠心病的病因病机及辨证论治[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(20): 138-141.
- [12] 敬馥宇, 尹春琳, 夏经钢. 急性心肌梗死患者发病前心血管-肾脏-代谢综合征分期特征分析[J]. 中国心血管病研究, 2024, 22(11): 1046-1051.
- [13] 李宇宇, 周庆伟, 王蓓蕾, 等. 参苓白术散现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 时珍国医国药, 2026, 37(13): 2592-2600.
- [14] 尤金彪, 董金敏, 张斌, 等. 参苓白术散对脾虚湿困证高脂血症患者的临床疗效及对肠道菌群影响[J]. 中国微生物生态学杂志, 2024, 36(11): 1310-1317.
- [15] 杜莹, 贾连群, 冷雪, 等. 香砂六君子汤对脾虚高脂血症大鼠内质网应激 PERK 信号通路的影响[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(9): 75-78+271.
- [16] 韩艺, 韩宇博, 邹国良, 等. 治未病思想指导下加味黄连温胆汤治疗代谢综合征患者心血管危险因素的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(9): 142-149.
- [17] 宋德超, 王世东, 吕仁和, 等. 基于数据挖掘的国医大师吕仁和教授运用脾胃经中药分期治疗糖尿病经验研究[J]. 世界中医药, 2023, 18(21): 3098-3102+3108.
- [18] 董少宁, 李红典, 张勉之. 茵陈失笑散治疗慢性肾衰竭的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(11): 119-122.
- [19] 褚明妍. 茵陈失笑散加味治疗 CKM 2-3 期(肾虚血瘀兼湿浊内蕴证)的临床研究及机制分析[D]. [硕士学位论文]. 天津: 天津中医药大学, 2025.
- [20] 赵亮. 茵陈失笑散在慢性肾小球肾炎患者中的抗炎作用及对肾脏功能的影响[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(19): 3310-3312.
- [21] 潘健, 杨文雪, 赵亚, 等. 补肾活血方对慢性肾脏病 3-5 期非透析患者肾功能及微炎症状态的回溯性队列研究[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-8. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20260319.1232.040>, 2026-03-26.
- [22] 李露, 王佳玲, 陈玉鹏, 等. 基于“菌群-肠-代谢”轴探讨葛苓百桔颗粒改善心血管-肾脏-代谢综合征模型小鼠糖代谢的作用机制[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 1-12. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.20260432>, 2026-09-30.
- [23] 李露, 周扬, 陈鑫, 等. 基于 UPLC-MS/MS 技术探究葛苓百桔颗粒改善心血管-肾脏-代谢综合征模型小鼠糖脂代谢的作用及药效物质基础[J/OL]. 中国中医基础医学杂志, 1-18. <https://doi.org/10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.20260512.001>, 2026-09-30.
- [24] 唐珊珊, 李泽华, 连凤梅. 基于全小林态靶理论构建心血管-肾脏-代谢综合征的整合管理体系[J]. 北京中医药, 2025, 44(9): 1090-1094.
- [25] 周洪波. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病合并心房颤动气滞血瘀证临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(9): 179+187.

-
- [26] 阮智超, 刘江腾, 张华, 等. 从“郁、热、虚、瘀、毒”病机演变探讨心血管-肾脏-代谢综合征的中医药防治[J]. 中医杂志, 2025, 66(7): 680-684.
- [27] 樊威伟, 张大宁. 张大宁从虚、瘀、湿、逆论治慢性肾功能衰竭经验[J]. 中医杂志, 2019, 60(11): 916-919.
- [28] 胡路, 张志文, 胡晏珍. 热敏灸联合益气化瘀解毒方对 CKD 3-4 期伴动脉粥样硬化患者影响的临床研究[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(10): 1-6+12.
- [29] Ma, Y.Y., Guo, Q.L., Zhou, L., Zhao, X., Wang, S., Wang, L., *et al.* (2026) Cardioprotective Effects of Ling-Gui-Zhu-Gan Decoction against Ventricular Remodeling after Acute Myocardial Infarction via ROS/TXNIP/NLRP3 Signaling. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 32, 506-514. <https://doi.org/10.1007/s11655-026-4033-z>
- [30] 陈凯丽, 张琳琪, 肖长斌, 等. 真武汤现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2026, 53(6): 242-247.