

松江医派学术特色与补肾温阳法治疗肾病的临床经验举隅

褚剑英¹ 褚子嫣² 阚俊明² (通讯作者) 李旭升³

1.吉林省辉南县辉南镇卫生院 吉林 辉南 135102

2.长春中医药大学 吉林 长春 130117

3.吉林省辉南县朝阳镇弘医阁医馆 吉林 辉南 135102

【摘要】：东北地区医学渊源深厚，松江医派作为其重要分支，以其深厚的历史底蕴与独特的临证智慧闻名^[1]。松江医派源自东北，深受地域文化与医学传统熏陶，晚清至民国时期以高式国、高仲山、段英廉、韩百灵等名家为代表，形成了注重临床实效、善治内科杂病的学术风格^[2-3]。松江医派是形成于吉林省吉林市、辐射松花江流域的区域性医学流派，其学术体系是清代“闯关东”移民潮传入的中原医学理论与本地萨满医学实践经验相融合的产物，形成了以“散寒、温阳、通络、补益”为核心、兼具中西汇通理念的鲜明特色。本文系统阐述该医派“补肾温阳、活血化瘀、推陈除新”核心治法的理论内涵，并基于2则肾病病例，详细分析金匮肾气丸、大黄附子汤合五苓散加减应用的临证思路与疗效。结果显示，该治法能有效改善患者水肿、乏力等症状，降低血肌酐、尿素氮等实验室指标，体现了松江医派在肾病治疗中“温补兼施、通利并重”的学术优势，为中医临床治疗肾脏疾病提供了具有地域特色的参考路径。

【关键词】：松江医派；补肾温阳；活血化瘀；肾病

DOI:10.12417/2811-051X.26.05.026

1 松江医派概述

1.1 形成渊源

松江医派的形成与清代以来“闯关东”移民史密切相关。大量中原移民北上松花江流域，不仅带来了《黄帝内经》《伤寒杂病论》等经典医学典籍，也引入了系统的中医理论体系。在适应东北严寒气候与独特地理环境的过程中，移民群体的医学实践与当地萨满医学注重寒邪致病、善用温通疗法的经验相互渗透与融合。萨满医学对本土地域性疾病（尤其是因寒冷导致的寒凝、痛证、阳虚诸症）的认知与处理方式，为经典理论提供了重要的实践补充，二者逐渐交融升华，最终形成了以吉林市为中心、覆盖松花江流域的松江医派。

1.2 核心学术特色

地域导向，寒温立论：针对东北地区寒冷多湿的气候特点，医派确立了“散寒、温阳、通络、补益”的核心学术导向。认为寒邪易伤阳气，导致气血凝滞、经络不通、水湿内停，故临床治疗强调温通阳气与补益固本并举，以驱散寒邪、畅通气血。

经典为基，中西汇通：严格遵循《黄帝内经》《伤寒杂病论》等经典理论指导，如重视“阳气者，若天与日”“病痰饮者，当以温药和之”等思想。同时，较早接纳并融合现代医学的检查方法与诊断技术，形成病证结合、中西互参的诊疗模式，体现了开放与创新的学术品格。

治法凝练，方药精专：针对临床常见的阳虚、血瘀、水停复合病机，总结出“补肾温阳、活血化瘀、推陈除新”的核心治法。常用金匮肾气丸温补肾阳、大黄附子汤温下排毒、五苓散化气利水，三方合用或化裁，旨在温阳以化气、活血以通络、利水以祛浊，治法与方药高度契合地域疾病特点。

2 核心治法与方药解析

2.1 治法理论依据

松花江流域冬季漫长，寒邪为患甚剧。长期寒邪外袭或直中脏腑，易损伤肾中元阳。肾阳为一身阳气之根，主司气化与水液代谢。肾阳虚衰，则温煦失职，气化无权，导致水湿内停，泛滥肌肤而成水肿；阳虚推动无力，气血运行迟缓，久则瘀血内生；水湿与瘀血互结，又进一步阻碍气机，损伤脏腑，形成“阳虚为本，水湿、血瘀为标”的恶性循环。因此，“补肾温阳”旨在固护根本，温煦气化；“活血化瘀”意在疏通脉络，改善微循环；“推陈除新”（此处主要指通腑泄浊、利水祛湿）则为了清除病理产物，给邪以出路。三者环环相扣，共同服务于恢复肾脏气化功能的治疗总目标。根据患者发病症状不同，可归属于祖国医学中“慢肾风”“水肿病”“腰痛”“虚劳病”等范畴^[4]。

2.2 代表方药应用

基础方组合：以金匮肾气丸（制附子、肉桂、熟地黄、山

作者简介：褚剑英，1976.8，男，汉，硕士，吉林省人，副主任医师，研究方向：中医内科肾病。

通讯作者：阚俊明，教授，研究方向：中医文化、松江医派研究。

基金资助：松江医派学术思想和传承经验研究（吉林省中医药科技项目，吉中医药验字[2021]1号）。

茺菟、山药、茯苓、泽泻、丹皮)温补肾阳, 化气行水; 合大 黄附子汤(制附子、大黄、细辛)温阳散寒, 通腑泻浊; 配合 五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)通阳化气, 利水渗 湿。三方协同, 构建了温补、通下、利水于一体的方剂框架, 紧扣肾病中“阳虚水停、浊瘀内阻”的核心病机。

临证加减原则: 若肾阳虚甚, 畏寒肢冷明显, 可加重制附 子、肉桂用量, 或加用淫羊藿、巴戟天等; 血瘀证突出, 见舌 质紫暗、固定刺痛, 可加桃仁、红花、丹参、川芎; 水肿严重, 小便短少, 可加大茯苓、泽泻、车前子用量, 或合用防己、大 腹皮; 兼有脾虚气弱, 神疲乏力、纳差便溏, 可加黄芪、党参、 白术以健脾益气。

3 临床医案举隅

病例 1: 慢性肾小球肾炎, 慢性肾脏病 4 期(关格病-阳虚 湿浊瘀阻证)

患者王某某, 男性, 74 岁。2025 年 8 月 5 日初诊。主诉: 双下肢水肿、乏力 2 年, 加重伴尿少 1 周。现病史: 患者 2 年 前因“双下肢水肿, 伴恶心呕吐、乏力”于外院诊断为“慢性 肾小球肾炎、慢性肾脏病 5 期(尿毒症期)”, 最高血肌酐 1600 $\mu\text{mol/L}$, 伴高血压病 3 级极高危。现症见: 双下肢水肿, 尿少, 面色晦暗, 神疲乏力, 纳呆, 大便干燥。实验室检查: 血肌酐 352 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 21.09 mmol/L, 尿酸 495 $\mu\text{mol/L}$ 。中医四诊: 舌质暗红, 苔白腻, 舌底脉络青紫迂曲, 脉沉细无 力。

中医辨证: 肾阳虚衰, 湿浊内蕴, 瘀血阻络(属“关格” 范畴)。

治则: 温补肾阳, 活血化瘀, 化浊利水。

处方: 制附子 15g(先煎), 桂枝 10g, 熟地黄 20g, 山茺 菟 15g, 山药 15g, 茯苓 15g, 泽泻 15g, 丹皮 10g, 大黄 10g (后下), 红花 10g, 黄芪 30g, 丹参 15g。每日 1 剂, 水煎, 分 3 次温服。

调护: 优质低蛋白、低盐、低脂饮食, 避风寒, 免劳累。

复诊与转归: 服药 6 周后, 大便溏稀, 日行 3-4 次。复查 血肌酐降至 269 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 14.54 mmol/L, 尿酸 397 $\mu\text{mol/L}$ 。 虑其便溏, 前方加炮姜 15g、煅牡蛎 25g 以温中固涩。继续调 治至 11 月, 复查血肌酐进一步降至 225 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 9.7 mmol/L, 临床症状改善。

病例 2: 肾病综合征(水肿病-肾阳虚衰, 寒湿内停证)

患者王某某, 男, 77 岁。2023 年 2 月 4 日初诊。患者王 某某, 男性, 77 岁。2023 年 2 月 4 日初诊。主诉: 双下肢水 肿 5 年, 加重伴畏寒怕冷 1 周。现病史: 患者 5 年前因感冒后 出现“周身浮肿”于外院诊断为“急性肾小球肾炎”, 治疗后 改善, 仍反复迁延不愈。现症见: 晨起眼睑浮肿, 双下肢重度

凹陷性水肿, 伴精神倦怠, 畏寒怕冷, 纳差, 尿少, 大便干燥, 3 日一行。实验室检查: 尿常规: 尿蛋白(3+), 尿潜血(3+), 肾功能: 肌酐 145 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 11.7 mmol/L, 估算肾小球滤 过率(eGFR) 31 mL/min/1.73m²。

中医四诊: 舌质淡红, 苔薄白水滑, 脉沉细。

中医辨证: 肾阳虚衰, 寒湿内停(属“水肿”范畴)。

治则: 温补肾阳, 化气利水。

处方: 制附子 15g(先煎), 肉桂 10g, 熟地黄 30g, 山茺 菟 20g, 山药 30g, 茯苓 30g, 泽泻 30g, 丹皮 10g, 大黄 10g (后下), 红花 10g, 黄芪 30g, 丹参 20g, 车前子 10g(包煎), 白茅根 15g, 白术 15g。每日 1 剂, 水煎, 分 3 次温服。

调护: 优质低蛋白、低盐、低脂饮食, 避风寒, 免劳累。

复诊与转归: 加减治疗 5 个月后(2023 年 7 月), 眼睑浮 肿消失, 双下肢水肿减轻至中度, 复查血肌酐降至 88 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 8.8 mmol/L, 尿蛋白(2+), 潜血转阴。加用金樱子 20g、 芡实 30g 以固肾涩精。后续治疗中, 随证加减, 曾因病情反复、 水肿加重加益母草 30g 以活血利水。至 2025 年 3 月复查, 浮 肿完全消退, 尿蛋白及潜血转阴, 血肌酐维持在正常范围。

4 讨论

松江医派的学术体系, 是地域环境、历史变迁与医学知识 交融的结晶。东北严寒气候决定了“寒”“湿”为主要致病因 素, 从而确立了“温阳散寒”的诊疗基石; “闯关东”传入的 中原经典医学提供了理论框架与辨证方法; 本土萨满医学的实 践经验则补充了应对地域性疾病的具体策略。三者融合, 铸就 了该医派“以温为本, 通补结合, 祛邪安正”的临床特色。

在肾病治疗中, 松江医派紧扣“肾阳虚”这一核心病机, 认为阳虚气化不利导致水停, 阳虚推动无力导致血瘀, 水瘀互 结又耗伤正气。因此, 立“补肾温阳、活血化瘀、推陈除新” 之法, 以金匮肾气丸、大黄附子汤、五苓散为核心方, 体现了 “温阳以化气、活血以通络、利水以祛浊”的立体治疗思维。 所选病例显示, 此法不仅能有效缓解患者水肿、乏力、畏寒等 临床症状, 在降低血肌酐、尿素氮、减少尿蛋白等客观指标方 面亦显示出良好效果, 体现了“病证结合”治疗慢性肾脏病的 优势。中药汤剂具有不良反应小、价格相对较低、疗效显著等 特点, 已经成为临床治疗膜性肾病的主要方法^[5]。

需要指出的是, 松江医派在应用此类温通方药时, 尤重辨 证精准与剂量拿捏。如方中制附子需先煎以减毒, 大黄用量与 用法(后下或同煎)需根据患者通下需求与体质强弱灵活调整。 慢性肾病病程迁延, 病机复杂, 需长期动态观察, 随证化裁, 初期或偏重温通攻邪, 后期则需兼顾补益固本。未来, 有必要 开展设计严谨、样本量更大的临床研究, 深入探讨该治法方药 的起效机制、优化方案及适用范围, 从而为这一特色地域医学 流派的传承、发展与推广提供更高级别的循证医学依据。

参考文献:

- [1] 郭迪,王迪,李文佳等.松江医派名老中医辨治心力衰竭的经验撷萃.中华中医药杂志[J],2017,32(5):2124-2127
- [2] 崔为,王姝琛.晚清民国时期吉林省中医的特点.长春中医药大学学报[J],2015,31(6):1299-1300
- [3] 董建华.中国现代名中医医案精华.第3集.北京:北京出版社[M],1997:1891-2090
- [4] 于翔,祝一叶,孔薇,等.国医大师邹燕勤治疗膜性肾病经验浅析[J].中华中医药杂志,2022,37(10):5739-5742.
- [5] 林珊珊,陈琳,李雪.中医名方治疗膜性肾病的研究进展[J].现代临床医学杂志,2024,50(2):139-141.