

引用:杜玉杰,杜梦月,朱垚.弃脉辨证专病专方治疗强直性脊柱炎临床探析[J].陕西中医药大学学报,2024,47(1):93-98.

弃脉辨证专病专方治疗强直性 脊柱炎临床探析*

杜玉杰¹ 杜梦月² 朱垚^{2**}

(1.中国人民解放军东部战区总医院淮安医疗区,江苏淮安 223001;

2.南京中医药大学,江苏南京 210029)

摘要:舍脉从症作为一种独特的辨证方式,立足于临床,在治疗望诊、问诊信息权重较为突出的专病时往往可以取得较好的疗效。在中医诊疗过程中,除常见的通治方外,专病专方亦不少见。在治疗某些专科病种时,临床上往往可以根据中医临床表现和西医指标,结合医家经验,直接制定治疗方案。结合个人临床经验,以临床主治病种强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)舍脉从症、专病专方辨治来进行相关的经验探讨,供大家临床拓宽思路。

关键词:舍脉从症;专病专方;临床验案;强直性脊柱炎;痹证

中图分类号:R241

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)01-0093-06

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.01.019

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种风湿性结缔组织病,病变主要累及脊柱骨突、骶髂关节、脊柱旁软组织及外周关节,可伴有关节外表现,严重者可发生脊柱畸形和强直,影响患者的生活质量^[1]。我国AS的患病率在0.3%左右^[2]。目前AS尚无根治方法,以缓解症状和体征、恢复功能为治疗目标。西医治疗包括药物治疗和非药物治疗。非药物治疗包括健康教育、物理治疗、体育锻炼等^[1]。药物治疗主要包括非甾体类抗炎药(NSAIDs)、TNF- α 拮抗剂、糖皮质激素等,但存在胃肠道反应、感染风险等问题,不良反应发生率较高^[3-5]。中医无AS病名,根据其症状归属于痹证中的“肾痹”“骨痹”“大偻”的范围。通过补肾温阳之法治疗AS,可有效改善临床症状,减轻患者痛苦;临床实践可观察到影像学结果的明显改变、HLA-B27指标的变化。结合临床验案将舍脉从症、专病专方“补肾温阳通痹方”治疗AS经验介绍如下。

1 病案举例

1.1 案例一 黄某某,男,23岁,军人,2020年7月7日初诊,主诉:腰背部反复疼痛半年余。现病史:患者半年前训练后出现左腰部疼痛,痛不能寐。伴有乏力、腰膝酸软,阴雨天或劳累后疼痛加重,休息后减轻。腰部核磁共振检查示:腰5/骶1腰椎间盘突出。检查HLA-B27阳性。CT显示:双侧骶髂关节关节面毛糙,关节面下骨质增生、硬化,以双侧髂骨面为著,部分关节面下见小囊样骨质吸收区,关节间隙无狭窄,局部未见异常软组织块影。西医诊断:强直性脊柱炎;中医诊断:痹证。辨证为“肾阳虚,寒湿阻络”。治法:温肾补阳,散寒除湿。处方:黄芪30g,生晒参10g,当归15g,菟丝子15g,淫羊藿15g,炮姜10g,小茴香15g,胡椒10g,补骨脂15g,续断15g,木瓜15g,乌梢蛇12g,全蝎6g,鹿角片15g(先煎),仙茅15g,龙骨20g(先煎),肉桂15g(后下)。水煎服,七剂,每日一剂。二诊(2021年2月7日)磁共

* 基金项目:江苏省六大大人才高峰项目(RJFW-40);江苏省“333高层次人才培养工程”(2018III-0121)

** 通讯作者:朱垚,副教授。E-mail:zhongyiyaochuanren@126.com

振显示:两侧髋关节在位,双侧骶髂关节面下骨质见斑片模糊 T2WI 高信号影,余骨质、结构、信号未见明显异常,关节囊未见明显肿胀、积液改变,韧带未见异常。周围软组织未见异常。患者自诉疼痛发作次数较前减少,腰酸、乏力症状减轻,夜寐安。治守原法。三诊(2021年12月10日)磁共振显示:两侧髋关节在位,双侧骶髂关节面下骨质见斑片模糊 T2WI 高信号影,余骨质、结构、信号未见明显异常,关节囊未见明显肿胀、积液改变,韧带未见异常。周围软组织未见异常。诉近日疼痛症状消失,前方继服巩固疗效。原方去胡椒、续断、全蝎、仙茅、龙骨,减黄芪为 15 g,加川牛膝 15 g,延胡索 15 g,姜黄 15 g。四诊(2022年1月14日)诉近日训练后腰部稍感僵硬,无明显疼痛不适。12月10日方加胡椒 10 g,龙骨 20 g(先煎)。

1.2 案例二 何某某,男,34岁,2018年6月11日初诊,主诉:脊柱强直活动受限十年余。现病史:患者十余年前出现脊柱强直,活动受限,不能平卧,需托架支撑。疼痛难忍,需服用止痛药方能入睡。2018年3月21日曾行双源 CT 检查,检查所见:双侧骶髂关节面毛糙,边缘硬化,关节间隙变窄,余构成骶髂关节诸骨骨皮质连续,未见明确异常。胸椎生理性曲度存在,序列正常,诸椎体边缘稍毛糙,骨质增生,部分小关节突增生、变尖、关节间隙尚存。椎间隙未见明确狭窄,椎间盘未见突出。椎管未见异常密度影。印象:①双侧骶髂关节面毛糙,边缘硬化,关节间隙变窄,请结合临床。②胸椎轻度退行性变。西医诊断:强直性脊柱炎;中医诊断:痹证。辨证为“肾督阳虚,寒瘀阻络”。治法:温肾补阳,散寒化瘀。处方:黄芪 20 g,生晒参 10 g,苍术 15 g,当归 12 g,补骨脂 30 g,菟丝子 20 g,锁阳 20 g,小茴香 15 g,鹿角片 15 g(先煎),淫羊藿 15 g,续断 20 g,全蝎 6 g,川牛膝 20 g,巴戟天 20 g,甘草 5 g,黑胡椒 10 g,桑寄生 15 g,片姜黄 15 g,肉桂 15 g(后下)。治守原方调至 2019年1月29日,诉治疗半年以后,脊柱活动受限情况改善,能平卧,疼痛消失。

1.3 案例三 张某某,女,32岁。初诊(2018年7月28日)。诉:腰背疼痛连续发作,一月之间只有二三日得缓。查 HLA-B27 阳性。西医诊断:强直性脊柱炎;中医诊断:痹证。辨证为“肾阳亏虚,

风湿阻络”。治法:温肾补阳,祛风除湿。处方:黄芪 12 g,生晒参 10 g,当归 12 g,川芎 15 g,淫羊藿 15 g,补骨脂 30 g,菟丝子 15 g,肉桂 15 g(后下),小茴香 15 g,桂枝 20 g,续断 20 g,桑寄生 15 g,全蝎 6 g,锁阳 20 g,片姜黄 15 g,元胡 15 g,甘草 6 g,鹿角片 15 g(先煎)。二诊(2019年1月19日)患者自诉疼痛发作次数明显减少。前方去续断,改黄芪为 20 g,当归 15 g,加白芥子 15 g。三诊(2021年4月8日)患者自诉疼痛症状消失,复查 HLA-B27 转阴。处方:黄芪 30 g,生晒参 10 g,桂枝 20 g,炒白芍 15 g,白芷 15 g,白芥子 15 g,干姜 10 g,花椒 10 g,补骨脂 15 g,肉桂 15 g(后下),淫羊藿 15 g,鹿角片 15 g(先煎),乌梢蛇 10 g,川芎 10 g,细辛 3 g。

按语:案例一患者职业为军人,平时训练较重,大量训练后寒湿邪气侵袭出现腰部疼痛症状,又因患者青年男性,不需峻补肾阳,当以驱邪为先。患者初诊时,腰背疼痛,阴雨天或劳累后加重。此时肾督阳虚,寒湿不化,筋骨不健,以祛湿强筋健骨为主。方中重用黄芪以补脾益气除湿,生晒参补气;鹿角片、淫羊藿、仙茅、续断、补骨脂、菟丝子补肾阳,强筋骨;肉桂、小茴香、炮姜、胡椒温中散寒止痛;木瓜、乌梢蛇祛风化湿,舒筋活络;全蝎搜风通络止痛。当归补血活血,加之甘温质润,防止补阳太过。龙骨强筋壮骨,对于训练引起的损伤效果较好。二诊影像学结果较之前改善,治守原法。三诊时,患者疼痛症状消失,故去除胡椒、仙茅等补阳之品以防温燥太过,改龙骨以川牛膝、延胡索、姜黄等活血通经止痛之品以巩固疗效。四诊患者诉近日训练加重,导致腰部稍感僵硬,故再加龙骨以强筋壮骨,减轻训练导致的损伤。案例二患者病程较长,病久则正虚邪滞,温补肾阳药物用量宜重,故重用补骨脂、菟丝子,加入锁阳、巴戟天以补肝益肾,川牛膝破血力强,加入川牛膝以活血逐瘀通经。诸药共用,疼痛症状消失,脊柱功能改善。案例三患者疼痛发作频繁,初诊重用温补肾阳药物之后疗效显著,疼痛明显减轻,故二诊调整方药时,加入白芥子增强散结通络止痛之功。三诊患者疼痛症状消失,改全蝎为乌梢蛇,减缓全方通络止痛之功,加入细辛、川芎行气温阳以固本,复查 HLA-B27 转阴。一般疾病的

诊治过程中,临床工作者往往会以舌脉的变化作为依据调整处方用药,而在这三个案例中均未提及舌脉,而是以影像学、症状学、HLA-B27 作为诊疗依据。

2 临床探析

2.1 舍脉从症,源流溯源 医者多以脉、因、证、治四纲为治疗准则,然各医家在疾病诊治过程中选取四纲的先后顺序有所不同。丹溪门人编纂《脉因证治》时,将全书分为上下两卷,共七十篇,涉及内、外、妇、儿各科病证。在论述每一病证时,先辨其脉,述其脉象之变化;继而探究病因,简述该病的病因病机;再则论其证候,阐明该病的临床表现及不同病因所出现的不同临床症状;最后确定治法方药^[6]。王肯堂先生的《证治准绳》一书,以证治立名,不详述脉因。明代著名医家秦昌遇则认为《脉因症治》之著,凭脉寻因,寻症施治,暗室摸索,后人一时殊费揣摩,仍有难以宗行者。在其著作《症因脉治》中强调需先辨外感与内伤,再按症、因、脉、治的顺序进行辨治,先辨其症,次明其因,再切其脉,最后得出治法,创立了症因脉治的诊治程序^[7]。AS 作为风湿免疫性疾病,其临床治疗颇为棘手,患者往往患病多年,病情反复,缠绵不愈,临床常见患病数十年不得好转者,其病情复杂,虚实交错,真假难觅,脉(舌)症不一,若临床囿于其中,则会导致疾病久治不愈。基于此,在临床实践中需采用舍脉(包括舌)从症法,重症状而轻舌脉,以排除干扰,审慎求因。除此之外,AS 不论从西医还是中医上讲,已经成为了一个专病。其症状较为明显,西医检查指标也可以作为望诊的延伸。有相应的专症及专证,有其核定的病机,形成了固定的专方,因此,在治疗过程中可以舍弃舌脉,这是临床医者最大的实践收获。病案中未提及舌脉二诊亦是这个缘由。

2.2 专病专方,临床运用 辨证论治因其灵活的个体化诊疗方法在中医理论中具有举足轻重的地位。然而早在唐代以前,中医药就已经孕育着“专病专方”的思维形态,如《广济方》《龙门药方》《小品方》所载药方等^[8]。与辨证论治不同,专病专方是辨病论治。之所以能一病一方,是因为部分疾病虽然表现为不同的“证”,但是其内在病机不变。且这一病机长期存在于疾病的某一阶段,甚至贯

穿于疾病的始终,是疾病的根本矛盾^[9]。亢泽峰在治疗眼科疾病时就强调“辨病专方”是眼科疾病的诊疗思路,核心思想是先确定病名,再以中医基本理论分析病机,据此立法组方,形成专病专方^[10]。房定亚则认为专病专方是以辨病论治为前提,能够切中病的本质,解决关键病理变化,可重复性强,疗效显著^[11]。刘保延等^[12]认为专病专方是辨证论治经验积累和升华的必然产物,可以对专病专方的疗效进行评价以确定其净效应以及在真实世界中的临床意义。可以说,专方可以群体化地治疗专病。专方通过现代研究方法验证后可推广至临床,以帮助临床工作者迅速解决问题。这也是未来中医发展的方向之一。

2.3 AS 辨治规律 早在《素问·痹论》中就提出“风寒湿三气杂至,合而为痹也”“肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头”“以冬遇此者为骨痹”“阳气者……乃生大倮”^[13]。指出痹证与风寒湿等外邪侵袭有关。随着历代医家对该病的认识越来越深入,提出了“脊强”“背倮”等名称^[14]。到了现代,焦树德提出将痹证中具有关节变形、骨质受损、筋肉卷等症状的疾病命名为“尪痹”^[15]。其发病与先天禀赋不足,肾督亏虚,感受外邪有关。热毒、痰浊、瘀血等亦可诱发本病^[16]。AS 作为疑难病,各医家对其病因病机看法不一。《诸病源候论》记载:“肝主筋而藏血……故令背倮。”^[17]表明体虚外感风寒湿邪是主要的致病因素。患者素体肝血亏虚,筋脉不能濡养。加之风寒湿邪侵袭,寒凝经脉,导致经脉挛急,肢体活动受限。《备急千金要方》云:“腰背痛者,皆是肾气虚弱,卧冷湿当风所得也。”^[18]指出本病病机为肾阳亏虚,外感寒湿。到了现代,林应强因地制宜,认为岭南之地湿热较甚,AS 早期发病与肝郁、脾虚、肾虚有关,病理因素在于风、湿、热、痰、瘀。早期治疗应注重祛除风湿热等外邪^[19]。朱良春认为 AS 的发病与先天禀赋不足导致的肾督亏虚有关^[20]。病邪侵袭,深入骨骱脊髓导致肾精亏损,筋挛骨弱而邪留不去,痰浊瘀血壅滞督脉。对于 AS 的治疗应该以益肾壮督为本,蠲痹通络为标。方利等^[21]则认为 AS 与脾肾亏虚导致的血瘀有关。风、湿、寒、热等外邪侵袭,寒性凝滞,湿为阴邪、阻滞气机,火热灼津,均会导致血瘀的形成。治疗应补肾强督、调补脾

胃、活血化瘀。李济仁认为 AS 的发病与肝肾不足,肾督亏虚,外邪侵袭,筋脉失调有关。又因肝肾二脏相互依赖,治疗时应注意补益肝肾^[22]。钱佳丽等^[23]在对 AS 患者体质的调查中发现除平和体质外,阳虚体质所占比例最大,其次为痰湿体质。刘健认为脾虚湿盛是 AS 的重要病机,治疗应从脾论治^[24]。各医家普遍认为 AS 的发病与肾督亏虚有关,但又各有侧重。或侧重于风湿热侵袭,或侧重于肝肾亏虚,或侧重于脾胃亏虚、因瘀致痹,或侧重于脾虚湿盛等。笔者认为先天禀赋不足,肾阳亏虚,筋挛骨弱是 AS 的发病基础。“肾阳亏虚”是其病机,风、寒、湿、痰、瘀等外邪侵袭是其主要病因。肾主骨生髓,肾精不足,则髓化无源,骨骼失养。肾阳亏虚,卫外不足,则寒邪入侵,凝滞经脉,寒性收凝则腰背僵硬如板。临床上表现为腰骶部或臀部、下背部的疼痛,晨僵,活动受限等。而上述的脾虚、肝郁、血瘀等不过是肾虚导致的次证。肾阳不足,元气虚衰,则脾气无以为化,后天之本不固;肾阳不足,不能温助脾阳,命门火衰,火不生土则脾阳失健;肾阳亏虚,肝脉郁滞,则筋骨受累;肾阳亏虚,阳气不固,气血不足,经脉气血不通则血脉瘀阻,闭阻经络。若肾阳充足,元气旺盛则脾气健;肾精可化血以养肝,肾精充足,则髓化有源;肾阳充足,阳气盛则血运畅达。则脾虚、肝郁、血瘀诸证自消。

2.4 补肾温阳通痹方组方特色 目前各医家对于 AS 的处理仍以补肾壮督为主,在治疗时各有侧重,或侧重于祛风湿热,或侧重于补益肝肾,或侧重于调补脾胃、活血化瘀,或侧重于健脾利湿、温肾暖脾、清热舒脾等。在补肾壮督的治法上,各个医家的用药也不同,朱良春认为肾为水火之脏,阴阳互根,如专事温补肾阳则见效缓慢,不可一味补阳,需注意滋阴以于阴中求阳^[20]。路志正则认为需以炙龟甲等血肉有情之品填精生髓,辅之以菟丝子等温肾壮阳药物以驱散督寒^[25]。徐经世徐老在治疗类风湿关节炎时提出“尪痹非风论”^[26]。认为尪痹属“痹证”范畴,而历代医贤多推崇“风寒湿三气杂至合而成痹”之说,风寒湿三气中又首推风邪为患,故以感风寒、风湿、风热之邪为病因,导致后世学者见“痹”则意味有风、治痹不离祛风的观点。然而徐老根据自己的临床经验,独具创新的提出

尪痹成因非六淫之风,而是由于阳气虚惫,肝血亏损而致寒凝血滞,痰湿流注所形成的一种疾病。治法宜宣通,注重除湿,温经通络,虚实兼顾,处方常取黄芪桂枝五物汤加味以和营卫、调气血、益肝肾为治本,配用辛温通阳、行气活血、通络止痛以图标。笔者师承徐老,受徐老治疗类风湿关节炎经验的启发,结合益肾壮督的治本之法,以益气养血、温阳补肾为本,散寒通络为标,临床实践中取得了不错的效果。

笔者认为对于 AS 的治疗应从肾阳亏虚论治。如前文所述,脾虚、肝郁、血瘀等不过是肾阳亏虚带来的次证,肾阳充足则脾虚、肝郁、血瘀诸证自消。处方用药时,不必拘泥于此,一味追求补脾疏肝活血。应以温补肾阳,散寒止痛为基本治法,佐之以活血化瘀,通络止痛,强筋壮骨。为达到温补肾阳的效果,应重用补气之药。气至极为阳,阳至极为火,补气助温阳,温阳助化火,火盛即可散寒,寒散则经络通,病症自然缓解。若一味追求补阳而不注重补气,就如“釜底无薪”,虽然火势很旺,也是空中楼阁,停止用药则火烬灰冷。根据上述治法,自拟“补肾温阳通痹方”,组成为:鹿角片 20 g,淫羊藿 15 g,黄芪 15 g,生晒参 15 g,当归 12 g,补骨脂 10 g,菟丝子 10 g,全蝎 6 g,甘草 5 g,桑寄生 15 g,肉桂 15 g。方中鹿角片、淫羊藿为君药,以补肾阳、益精血、壮筋骨。黄芪、生晒参为臣药,二者性甘、微温,起益气助阳的作用。佐使药中当归补血活血,防止药物温燥之性太过;补骨脂、菟丝子、肉桂温阳散寒;全蝎通络止痛,桑寄生祛风湿、强筋骨,甘草调和诸药,缓和药物的烈性。诸药共用以达到温补肾阳,养血散寒,通络止痛之效。

2.5 补肾温阳通痹方药理特性 方中鹿茸生精补髓,强筋健骨,益血壮阳。卢贺等^[27]的研究发现鹿茸可以通过调控软骨细胞内相关基因及蛋白的表达以促进关节软骨的修复,从而对骨关节炎大鼠起到治疗作用。因鹿茸价格较为昂贵,临床实践中为减轻患者负担常用鹿角片代替鹿茸。淫羊藿补肾阳,壮筋骨,祛风湿,对风湿痹痛,筋骨麻木拘挛者有较好的效果。现代药理学也表明淫羊藿能够促进成骨细胞形成,增强骨硬度^[28]。黄芪、生晒参补气助阳。侯良绢等^[29]在研究黄芪注射液对肺

结核大鼠的免疫功能影响时,发现黄芪可有效改善大鼠的免疫功能。新安医学的奠基人汪机认为黄芪、人参同用,不仅可以补气,还可以补血^[30]。在对古方中人参的配伍规律研究发现,古人常将当归与人参同用,以达到补气生血、气血同调的目的^[31]。现代研究表明当归可以通过抗炎、抗氧化和抗凋亡等途径发挥对大鼠骨关节炎软骨细胞损伤的保护作用^[32]。补骨脂、菟丝子、肉桂有补肝益肾,补火助阳,散寒止痛,温通经脉的作用。刘德玉应用针刀结合中药治疗 AS 时就用补骨脂作为君药以温补肾阳^[33]。有研究表明菟丝子黄酮可以通过上调 ZBED3-AS1 表达能够抑制 TNF- α 引起的成骨细胞凋亡,促进细胞增殖^[34]。肉桂,味辛、甘,性大热,有补火助阳、散寒止痛,治肾阳虚痹的功效。肉桂治疗痹证由来已久,《医学衷中参西录》中记载肉桂“善补助君火,温通血脉,治周身血脉因寒而痹,故治关节腰肢疼痛及疮家白疽”^[35]。现代药理学也表明肉桂具有抗炎作用、免疫调节作用、调节细胞增殖、抗氧化、调节疼痛与镇静等治疗痹证的作用^[36]。全蝎味辛走窜,善于搜风通络止痛。大量实验表明^[37],全蝎具有较好的修复受损神经的功效,对多种急、慢性疼痛包括内脏痛、躯体痛等有较好的疗效。桑寄生祛风湿,补肝肾,强筋骨,属祛风湿药。桑寄生提取物可以促进 IL-1 β 作用的人原代骨性关节炎软骨细胞的活力,并抑制细胞凋亡^[38]。甘草通过配伍关系可以减轻药物的毒副作用,其某些成分能与许多生物碱、蒽醌等结合生成沉淀或难以吸收的大分子络合物,从而实现甘草减毒的功效^[39]。诸药合用,补肾温阳,散寒止痛,养血通络,通而不痛。

3 结语

通过上述临床病案、文献考据与理论探究,可以看出舍脉从症自古以来就是一种特殊的辨证方式,其与专病专方存在一些特殊相关性。专科医生通过对专科疾病的深入研究,形成专病专方,毋需舌脉即可确定诊疗方案,也是一种值得临床工作者参考的辨治思路。其次,专病专方自古就有,专家流派在对专病深入研究后形成专病专方,对于疾病的诊治无疑能够提供群体化的治疗效果。个体化的辨证论治结合群体化的专病专方,方能最大限度的发挥中医药保障人民健康的作用。笔

者根据自身多年临床经验,在治疗 AS 时,结合现代的药理研究、中医辨证思路,用补肾温阳通痹方,以辨治起效,可以达到舍脉从症、专病专方的治疗。鉴于此,中医的学术流派百家争鸣,不单拘泥于完成四诊合参,在某些疾病中西医认知较为深刻、中西药的药理也融会贯通的情况下,可以针对专病专方进一步的深入探讨,在未来达到一定程度的中西医融合、中西药通用。除了临床实践外,也可以借助中医药数据挖掘、分子网络药理学等手段挖掘名家经验达成专病共识,挖掘其核心方形成专方。

参考文献

- [1] 强直性脊柱炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010(8):557-559.
- [2] 吴珊珊,段振华,潘发明.强直性脊柱炎流行病学研究进展[J].安徽医科大学学报,2013,48(8):988-992.
- [3] 张云鹏,钱邦平,邱勇,等.强直性脊柱炎患者消化功能的影响因素分析及临床意义[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(9):799-804.
- [4] 王莉莎,黄烽,张江林,等.肿瘤坏死因子拮抗剂在治疗强直性脊柱炎中的安全性分析[J].中国新药杂志,2007(7):556-561.
- [5] 徐秀颖.柳氮磺吡啶治疗强直性脊柱炎的系统评价[D].福州:福建医科大学,2014.
- [6] 王英.《脉因证治》学术特色探讨[J].浙江中医杂志,2014,49(12):859-860.
- [7] 林晓华,钟伶,秦景明.《症因脉治》初探[J].江西中医药,2009,40(11):8-9.
- [8] 马捷.因“洋”致变:近代“洋火毒”引发的中医思维变革[J].历史教学(下半月刊),2022(1):35-41.
- [9] 咎树杰,王凯,黄明,等.张伯礼临床诊疗思维举隅[J].中医杂志,2021,62(20):1761-1764.
- [10] 陈水龄,褚文丽,张丛青,等.元泽峰辨治干眼的思路[J].中华中医药杂志,2019,34(7):3097-3100.
- [11] 唐今扬,周彩云,马芳,等.房定亚“病证结合、专方专药”学术理论与实践[J].辽宁中医杂志,2017,44(8):1589-1593.
- [12] 刘保延,何丽云,周雪忠,等.辨证论治临床疗效评价的新思路、新方法与新策略[J].中医杂志,2020,61(2):93-97.
- [13] 佚名.黄帝内经[M].张志聪,集注.张婷婷,译.成都:四川大学出版社,2014:16,235-236.
- [14] 邓渊,朱向东,何兰娟.关于强直性脊柱炎中医病名的认识[J].陕西中医学院学报,2015,38(5):19-20.

- [15] 孟小燕,王育林.古今文献中与“尛痹”相关的病证名研究[J].世界中西医结合杂志,2016,11(6):755-757,777.
- [16] 王培荣,江蓉星,梁谋旺.强直性脊柱炎病因病机研究进展[J].陕西中医学院学报,2012,35(2):84-85.
- [17] 丁光迪.诸病源候论校注[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [18] 孙思邈.千金方[M].成都:四川大学出版社,2014:477.
- [19] 郭汝松,黄帆,雷晓轩,等.名医林应强教授诊治早期强直性脊柱炎经验撷英[J].时珍国医国药,2019,30(5):1219-1221.
- [20] 周淑蓓,郑福增,展俊平.国医大师朱良春运用培补肾阳汤治疗强直性脊柱炎临床经验[J].时珍国医国药,2020,31(4):966-967.
- [21] 方利,刘健,朱福兵,等.强直性脊柱炎血瘀证从脾肾论治探讨[J].辽宁中医杂志,2015,42(11):2114-2115.
- [22] 黄育芳,张昭,熊江华,等.李济仁治疗强直性脊柱炎验案撷菁[J].辽宁中医杂志,2016,43(1):43-44.
- [23] 钱佳丽,余毅,毛盈颖,等.强直性脊柱炎家系流行病学调查和中医体质分析[J].中华中医药杂志,2017,32(12):5599-5602.
- [24] 孙广翰,刘健,龙琰,等.刘健教授从脾虚湿盛论治强直性脊柱炎经验抉微[J].浙江中医药大学学报,2020,44(4):373-376.
- [25] 韩曼,姜泉,路志正.路志正治疗强直性脊柱炎经验[J].中医杂志,2016,57(19):1634-1636.
- [26] 徐经世.徐经世内科临证精华[M].合肥:安徽科学技术出版社,2011:85-87.
- [27] 卢贺,顾一帆,梁桂平,等.鹿茸调控骨关节炎大鼠软骨 Smads 基因/蛋白表达水平的作用研究[J].中华中医药学刊,2018,36(11):2667-2671.
- [28] 龚华乾,高敏,柴艺汇,等.淫羊藿化学成分与药理作用研究进展[J].湖北民族大学学报(医学版),2021,38(4):75-78.
- [29] 侯良绢,李晓朋,赵春娥,等.黄芪注射液对肺结核大鼠免疫功能、自噬和凋亡的影响[J].中国临床药理学杂志,2022,38(10):1092-1096.
- [30] 汪璐.浅谈汪机巧用人参 黄芪[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(13):131-132.
- [31] 王超杰,刘甜甜,曹明明,等.基于古方数据挖掘珍稀中药人参的用药特点与配伍规律[J].世界中医药,2022,17(14):2066-2070,2074.
- [32] 王凤龙,刘页,张来宾,等.当归抗炎镇痛作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(15):197-209.
- [33] 余红超,袁普卫,董博,等.刘德玉主任医师应用针刀结合中药内服治疗早期强直性脊柱炎临床研究[J].陕西中医药大学学报,2021,44(1):85-88.
- [34] 孙奇华,蔡红慧,何爱玉,等.菟丝子黄酮通过调控 ZBED3-AS1 影响成骨细胞凋亡[J].中国病理生理杂志,2021,37(2):306-314.
- [35] 张锡纯.医学衷中参西录:中药篇[M].袁林,黎周,校注.郑州:河南科学技术出版社,2017:59.
- [36] 夏天卫,周国威,姚晨,等.桂枝及肉桂治痹的中医认识与现代药理学研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(6):218-226.
- [37] 谭银合,郭建生.全蝎的化学成分及其镇痛作用的研究进展[J].湖南中医药导报,2001(5):210-212.
- [38] 卓泽铭,范忠诚,郭祥.桑寄生提取物联合 miR-375 对骨关节炎软骨细胞活力和凋亡的影响[J].中国病理生理杂志,2020,36(6):1082-1088.
- [39] 何丹,刘凤琴,李焕德.甘草解毒作用研究进展[J].中南药学,2009,7(12):927-931.

(修回日期:2022-11-15 编辑:杨芳艳)