

基于《中华医典》的骨痹辨治规律及用药特点分析

周文娟¹ 曾彦绮² 生茂正³ 周崇怡² 王雨轩² 衣兰杰^{4△}

[摘要] 目的:通过对中医古籍中骨痹文献的挖掘及研究,分析骨痹的辨治用药规律,为现代中医临床诊治骨痹提供指导。方法:提取《中华医典》中骨痹相关数据,建立骨痹诊治数据库,运用 SPSS 21.0 进行频数统计分析。结果:从 171 部古籍中纳入原文 935 条,收录方剂 306 首,药物 599 味(共 8 534 次),数据分析得到核心药物 10 味、核心药对 46 对、核心药组 42 组、核心药团 28 项及聚类方 7 个。结论:挖掘分析骨痹的诊治规律和用药特点,既为中医治疗骨痹的规范化提供了理论依据,又为临床防治骨痹提供了新思路和新方法。

[关键词] 中华医典;数据挖掘;骨痹;辨治规律;用药特点

[中图分类号] R274.39 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2021)01-0039-06

Study on the Medication Laws and Prescriptions Rules of Heumatism from the *Chinese Medical Classics* Based on Data Mining Technology

ZHOU Wenjuan¹ ZENG Yanqi² SHENG Maozheng³
ZHOU Chongyi² WANG Yuxuan² YI Lanjie^{4△}

¹ School of Chinese Medicine, School of Integrated Chinese and Western Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China;

² The First School of Clinical Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China;

³ School of Medicine & Holistic Integrative Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China;

⁴ Institute of Literature in Chinese Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China.

Abstract Objective: To provide guidance for the clinical diagnosis and treatment of heumatism by documents about medication features and differentiation treatment rules of heumatism from ancient books of Chinese medicine. **Methods:** In order to build a database for heumatism, files from *Chinese Medical Classics* were obtained, and SPSS 21.0 was used to do frequency statistical analysis. **Results:** 935 sentences, 306 prescriptions and 599 medicines (8 534 times in total) were accepted from 171 ancient books. 10 core drugs, 46 pairs of core drugs, 42 groups of core drugs, 28 teams of core drugs and 7 clustering methods of core drugs were obtained from the statistical analysis. **Conclusion:** The medication features and analysis of differentiation treatment rules of heumatism not only provides theoretical bases for the standardization of Chinese medicine treatment of heumatism, but also provides new ideas and methods for the clinical treatment of heumatism.

Keywords: *Chinese Medical Classics*; data mining technology; heumatism; differentiation treatment rule; medication feature

基金项目:国家中医药管理局重点学科-中医痹病学科开放课题

“基于古代文献的痹病数据库研制”(BBXK2013102)

¹ 南京中医药大学中医学院·中西医结合学院(南京,210023)

² 南京中医药大学第一临床医学院

³ 南京中医药大学医学院·整合医学院

⁴ 南京中医药大学中医药文献研究所

△通信作者 E-mail:lethe0329@163.com

骨痹是一种病位在骨,以肢体关节酸重疼痛或伴肿胀,甚至挛急屈曲、畸形强直为主要症状体征的疾病^[1]。现代医学中的骨关节炎、类风湿关节炎、增生性骨关节病、骨质疏松症、强直性脊柱炎、大骨节病、肋软骨炎、痛风及其他有骨节酸重疼痛的骨病变均可列入中医骨痹的范畴^[1-2]。中医药治疗骨痹有着良好的疗效,但文献数量浩如烟海,流派众多,其辨治用药纷繁复杂。《中华医典》^[3]是 1949 年以来第一部将中医古

籍进行分类整理而成的大型电子丛书,收录了从先秦至民国时期的 1 156 部历代重要医学古籍,其中包含许多罕见的抄本和孤本,是目前内容最全面、覆盖范围最广的中医类电子丛书。本研究基于《中华医典》,对历代骨痹文献进行了系统梳理,归纳分析骨痹的辨治特点,探索历代医家在骨痹发展过程中的辨证规律及用药特点。

1 研究对象与方法

1.1 骨痹病名

1.1.1 骨痹历史源流 骨痹病名首见于《内经》,“肾孤藏也,一水不能胜二火,故不能冻栗者,病名曰骨痹”。《素问·痹论》对骨痹论之较详,之后历代文献均有记载,魏晋时期提出“骨极”病名。《诸病源候论》云“四曰骨极……不与行动”,揭示骨痹由实转虚的演变^[4]。宋金元时期李东垣首提“骨蚀”概念,“脾病则下流乘肾,土克水,则骨乏无力,是为骨蚀”。因脾胃虚弱致筋骨失养,以发骨痹者称为“骨蚀”^[4]。《圣济总录》则首次对骨痹理法方药进行系统论述。明清时期对骨痹的认识日趋完善,有了较为完整的论述,然而观点仍不出《内经》之说,此时骨痹又有“寒痹、肾痹、痛痹”^[5]之称。《医宗必读》曰:“骨痹即寒痹、痛痹也”。寒痹、痛痹疼痛剧烈,四肢挛急,关节浮肿,病位在骨,故从病位的角度来论述骨痹。《医极》曰“寒伤骨而归肾”,提示寒痹、痛痹病久不愈也易发展为骨痹^[5]。《症因脉治》云:“肾痹之症,即骨痹也。”《普济方》云:“病在骨调之骨。肾主骨,骨病治在肾,热则疾之,寒则留之。”《类证治裁》曰:“诸痹……正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝滞,久而成痹……故在骨则重而不举。”至此,骨痹的辨治从理论到实践都有了较大的发展,医家在继承和发展《内经》学说的基础上,不仅积累了大量的治痹经验,还有独具匠心的创造和发挥,使得骨痹的论治更加丰富有效。

1.1.2 骨痹鉴别 《内经》首次提出“痹”的概念,“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,《素问·痹论》进一步又分为行痹、痛痹、着痹、五体痹、五脏痹^[6]。然后世观点不出《内经》之说,认为骨痹是由风寒湿等外邪痹着,肾虚骨弱所致。李中梓《医宗必读》即在《内经》基础上将痹证进一步分类,以风寒湿三痹即行痹、痛痹、着痹为纲,五体(皮肤筋骨脉)痹与五脏(肺脾心肝肾)痹为目,纲目分明^[7]。骨痹、筋痹、脉痹同属于五体痹,但脉痹病位在脉,由邪袭血脉、脉道瘀阻所致,临床以四肢痹痛、身体不仁伴见脉搏细弱或空虚无力为特征^[8];肝血不足、筋脉空虚,邪气滞于筋而发为筋痹,病位在筋,常表现为筋经拘挛疼痛^[9];骨痹在骨,以骨关节沉重、疼痛为主要临床特征^[10]。另因筋骨相连,血脉养筋骨,三者相互为用,

故病久不愈临床往往并见^[11-12],后世临床辨证均以此为依据。

1.2 资料与方法

1.2.1 资料来源 以第 5 版《中华医典》为数据库,收集文献中“骨痹”相关名称,包括“骨痹”“骨极”“骨蚀”“寒痹”“痛痹”“肾痹”等。

1.2.2 纳入标准 1)骨痹中医诊断标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》有关“骨痹”的诊断,其诊断依据为:“由于年老体衰,骨失滋养,气血失调,所致局部或全身骨关节退化改变。临床表现以大关节疼痛,关节活动不利,运作牵强,舌质偏暗,舌苔薄,脉滑或弦为次证。多见于退行性骨关节病,肥大性改变。”2)纳入《中华医典》先秦至民国时期所有有关“骨痹”条文,包括“骨痹”“骨极”“骨蚀”“寒痹”“痛痹”“肾痹”等。3)骨痹的内服方,剂型不限。4)单方、无方名的方剂未纳入。5)方剂药物组成相同,但剂量不同的亦纳入其中。6)同方不同名之方剂仅纳入一次。7)引用前人论著或互相引用的条文只纳入最早一条。

1.2.3 排除标准 1)不符合纳入标准的方剂;2)没有明确服用方法的方剂;3)含两个及两个以上关键词的重复条文;4)以“骨痹”“骨极”“骨蚀”“寒痹”“痛痹”“肾痹”等关键词作为修饰性词语以描述其症状、病因或病机,而实际与骨痹无关的条文。

1.2.4 资料规范 1)对于病因、证型和治法而言,参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组膝痹病(膝关节骨性关节炎)诊疗方案”和《实用中医风湿病学》(第 2 版)对其名称进行规范。2)对于方剂而言,参考《中医方剂大辞典》,如其收录于本书中,使用古籍中出现频次最高的名称。3)对于中药药名、归经、属性类别的规范,参考 1999 年版《中华本草》。

1.2.5 数据库的建立 使用 Microsoft Excel 2010 建立数据库,采用 SPSS Modeler 14.1 中关联规则 Apriori 算法进行分析。由于本研究数据量较大,预设药对最小支持度 $>5\%$,最小置信度 $>60\%$;药组最小支持度 $>5\%$,最小置信度 $>70\%$;药团最小置信度取 60% ,最大前项为 4,其中提升能力 ≥ 1 ,以期挖掘出相关性高的药物配伍,为临床防治骨痹提供新的思路和方法。

2 结果

2.1 文献数据整理

1)共收录古籍 171 部;2)检索文献原文 2 051 条,筛选后纳入 935 条;3)收录方剂 306 首;4)收录药物 599 味(共 8 534 次)。

2.2 骨痹高频用药统计

经过统计,用药频次在 60(含 60)次以上的药物共计 38 味,这 38 味药物的总用药频次为 5 007 次,占总用药频次的 58.67% ,而这 38 味药物却只占总药物数

量的 6.34%。剩下的 561 味药物占总药物数量的 93.66%，用药频率为 41.32%，见表 1。

表 1 骨痹用药频数和频率统计

序号	药物	类型	频次	频率/%	序号	药物	类型	频次	频率/%
1	当归	补虚药	380	4.45	20	人参	补虚药	108	1.27
2	防风	解表药	269	3.15	21	陈皮	理气药	106	1.24
3	茯苓	利水渗湿药	251	2.94	22	白芍	补虚药	98	1.15
4	羌活	解表药	246	2.88	23	麻黄	解表药	97	1.14
5	附子	温里药	204	2.39	24	黄柏	清热药	96	1.12
6	白术	补虚药	195	2.28	25	防己	祛风湿药	91	1.07
7	牛膝	活血化瘀药	183	2.14	26	杜仲	补虚药	86	1.01
8	甘草	补虚药	182	2.13	27	泽泻	利水渗湿药	80	0.94
9	桂枝	解表药	177	2.07	28	威灵仙	祛风湿药	76	0.89
10	川芎	活血化瘀药	170	1.99	29	乳香	活血化瘀药	74	0.87
11	苍术	化湿药	159	1.86	30	半夏	化痰药	72	0.84
12	肉桂	温里药	154	1.80	31	虎骨	祛风湿药	71	0.83
13	独活	祛风湿药	151	1.77	32	桑枝	祛风湿药	70	0.82
14	黄芪	补虚药	145	1.70	33	片姜黄	活血化虚药	67	0.79
15	生姜	解表药	144	1.69	34	没药	活血化瘀药	66	0.77
16	秦艽	祛风湿药	137	1.61	35	赤芍	清热药	63	0.74
17	炙甘草	补虚药	130	1.52	36	升麻	解表药	63	0.74
18	草薢	利水渗湿药	116	1.36	37	杏仁	止咳平喘药	61	0.71
19	薏苡仁	利水渗湿药	109	1.28	38	川乌	祛风湿药	60	0.70

由表 1 可知:常用的 38 味药物中,用药频次最高的药物有当归、防风、茯苓、羌活、附子、白术、牛膝、甘草、桂枝和川芎,占药物总量的 1.7%。这 10 味药物的用药频率均超过 2%,且总用药频次为 2 257 次,占以上 38 味药物总用药频次的 45.08%。由此可见治疗骨痹的常用药物虽多,但相对集中在这 10 味药物中,这 10 味药物可作为治疗骨痹的相对核心用药。

2.3 高频骨痹药物分类与归经

通过对用药频次在 60(含 60)次以上的药物进行统计,发现药物可以主要归纳为表 2 所示的 11 类。其中祛风湿药 7 种,占总药物数的 18.42%,位列第一,体现了祛风湿药在骨痹治疗中的主要地位,见表 2。

表 2 高频骨痹药物的类别

序号	类别	味数	频次	频率/%
1	祛风湿药	7	656	13.10
2	解表药	6	916	18.29
3	补虚药	6	926	18.49
4	活血化瘀药	5	560	11.18
5	利水渗湿药	4	556	11.10
6	补血药	2	478	9.55
7	温里药	2	358	7.15
8	化痰止咳平喘药	2	133	2.66
9	清热药	2	159	3.18
10	化湿药	1	159	3.18
11	理气药	1	106	2.12

《内经》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也……以冬遇此者为骨痹。”风寒湿三邪侵袭人体肢体关节可致痹症,在治疗中使用祛风湿药配伍解表药,可祛风散

寒、除湿止痛。骨痹日久累及肝肾,耗伤气血,以致肝肾气血不足,筋骨、心脉失养,故常使用补虚药以益肝肾,补气血,强筋骨。

2.4 基于关联规则的药物关联性分析

在本研究纳入的药物中,共提取核心药对 46 对,核心药组 42 组,核心药团 28 项,见表 3-5。

表 3 核心药对(支持度>5%)

序号	后项	前项	序号	后项	前项
1	当归	赤芍	24	当归	桑枝
2	当归	独活	25	当归	黄芪
3	当归	川芎	26	防风	细辛
4	当归	续断	27	羌活	片姜黄
5	川芎	白芷	28	附子	天麻
6	当归	秦艽	29	当归	防风
7	当归	天麻	30	没药	乳香
8	当归	白芍	31	当归	羌活
9	乳香	没药	32	羌活	姜黄
10	当归	木瓜	33	当归	姜黄
11	苍术	黄柏	34	当归	牛膝
12	当归	白芷	35	防风	肉桂
13	防风	天麻	36	防风	独活
14	当归	熟地	37	当归	没药
15	当归	杜仲	38	羌活	升麻
16	当归	虎骨	39	当归	炙甘草
17	牛膝	杜仲	40	当归	片姜黄
18	当归	柴胡	41	茯苓	半夏
19	防风	续断	42	羌活	赤芍
20	当归	细辛	43	桂枝	杏仁
21	茯苓	人参	44	附子	石斛
22	当归	肉桂	45	牛膝	石斛
23	当归	乳香	46	川芎	细辛

表 4 核心药组(支持度>5%)

序号	后项	前项	序号	后项	前项
1	当归	肉桂 独活	22	当归	白芍 茯苓
2	茯苓	人参 肉桂	23	当归	秦艽 羌活
3	当归	川芎 牛膝	24	当归	秦艽 桂枝
4	当归	附子 川芎	25	当归	杜仲 牛膝
5	当归	肉桂 川芎	26	当归	炙甘草 羌活
6	茯苓	人参 防风	27	当归	人参 黄芪
7	当归	黄芪 白术	28	当归	肉桂 防风
8	当归	独活 牛膝	29	防风	人参 肉桂
9	防风	独活 川芎	30	当归	黄芪 羌活
10	当归	独活 羌活	31	防风	肉桂 羌活
11	防风	肉桂 牛膝	32	当归	牛膝 羌活
12	当归	肉桂 牛膝	33	牛膝	杜仲 当归
13	当归	川芎 茯苓	34	防风	肉桂 茯苓
14	当归	秦艽 茯苓	35	当归	独活 茯苓
15	当归	秦艽 独活	36	防风	川芎 茯苓
16	当归	黄芪 防风	37	防风	肉桂 独活
17	当归	独活 防风	38	防风	川芎 羌活
18	当归	独活 川芎	39	防风	肉桂 川芎
19	当归	秦艽 防风	40	当归	川芎 防风
20	肉桂	人参 防风	41	防风	川芎 牛膝
21	当归	炙甘草 防风	42	防风	肉桂 当归

表 5 核心药团(支持度>5%)

序号	后项	前项	序号	后项	前项
1	茯苓	肉桂 防风 当归	15	防风	川芎 茯苓 当归
2	当归	肉桂 茯苓 防风	16	当归	独活 川芎 防风
3	防风	肉桂 川芎 当归	17	川芎	肉桂 独活 当归
4	茯苓	肉桂 川芎 当归	18	防风	肉桂 独活 当归
5	肉桂	牛膝 防风 当归	19	茯苓	肉桂 独活 当归
6	川芎	牛膝 防风 当归	20	茯苓	肉桂 川芎 防风
7	当归	川芎 羌活 防风	21	防风	秦艽 独活 当归
8	独活	肉桂 茯苓 当归	22	防风	附子 川芎 当归
9	川芎	肉桂 茯苓 当归	23	当归	肉桂 川芎 防风
10	防风	肉桂 茯苓 当归	24	肉桂	独活 茯苓 当归
11	防风	川芎 羌活 当归	25	肉桂	独活 川芎 当归
12	肉桂	附子 防风 当归	26	川芎	独活 羌活 防风
13	肉桂	川芎 茯苓 当归	27	防风	独活 茯苓 当归
14	防风	川芎 牛膝 当归	28	防风	独活 川芎 当归

在这些核心配伍中,当归使用频次较高。风寒湿邪侵袭,肢体经脉痹阻,气血运行不畅,而当归有和血行气之功,与芍药、川芎配伍,有补血活血之效,气血归其所,经络流通,以止痹痛。仔细观察可以发现,在核心药组与药团中配伍多为独活寄生汤的主要药物,由此也可推断独活寄生汤是历代骨痹治疗中的关键方。独活性善下行,与秦艽、防风共行祛风散寒、除湿止痛之效;细辛、肉桂性味辛温,助散寒湿同时也可祛寒止痛;桑寄生、杜仲、牛膝具有补肝肾、强筋骨、祛风湿之效;川芎、芍药、当归、生地四物补血而不滞血,行血而不伤血;最后茯苓、人参、甘草共奏益气健脾之效。

2.5 高频次药物聚类分析

对 306 首方剂中出现频次较高的 38 味主要药物进行聚类分析,形成了 7 个比较有意义的聚类方(药物聚类组合体 G1~G7),是配伍关系紧密的药物组合体,很有可能为临床防治骨痹提供新思路和新方法(见图 1),现分析如下。

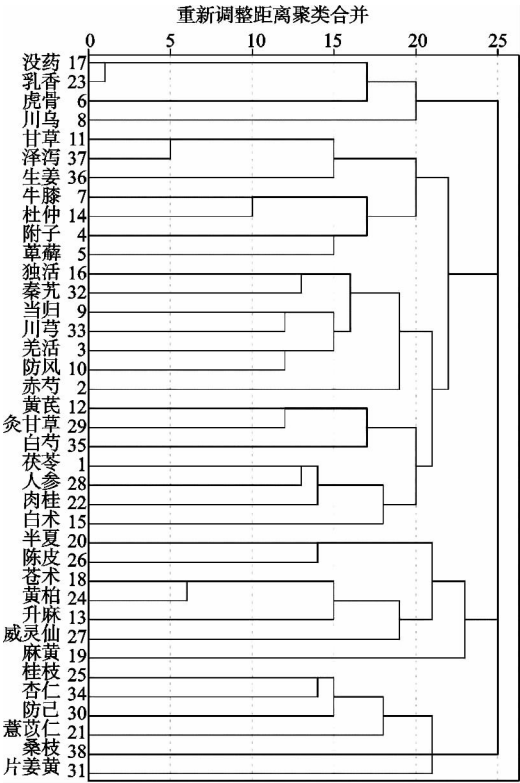


图 1 使用平均联接(组间)的树状图

G1:没药、乳香、虎骨、川乌。该聚类方中虎骨、川乌味辛甘温,可祛风除湿,强筋止痛;同时配伍乳香、没药,乳香行气而活血,没药散血而化瘀,二者配伍增强活血化瘀、止痛之效。适用于瘀血所致骨痹之证。

G2:甘草、泽泻、生姜。该聚类方可看作是泽泻汤的加减方,泽泻汤去白术,加甘草、生姜。《金匮》云:“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”泽泻利水渗湿,辅以生姜解表散寒。甘草性味甘平,通过它的甘缓之性,能够缓和脘腹、肢体和经脉的挛急从而达到止痛的效果。此外甘草有利气血之效;骨痹日久,肝肾亏虚,气血生化无源,使用甘草可充盈气血。适用于痰饮所致骨痹之证。

G3:牛膝、杜仲、附子、草薢。该聚类方拟为牛膝杜仲汤。方中杜仲甘温入肝肾经,牛膝甘酸平入肝肾经。二药相须为用,能够增强补肝肾之效。附子辛甘大热,能够补火助阳,散寒止痛,辅以草薢利尿通淋,共奏散寒除湿祛浊之功。适用于肝肾亏虚所致骨痹之证。

G4:独活、秦艽、当归、川芎、羌活、防风、赤芍。本聚类方可以看作是独活寄生汤去细辛、肉桂、桑寄生、

杜仲、牛膝、生地黄、茯苓、人参、甘草而成。本方减去补肾强肝之品,而直接使用独活、羌活、秦艽、防风祛风散寒、除湿止痛;当归、川芎、赤芍补血活血。适用于骨痹经脉痹阻之证。

G5:黄芪、炙甘草、白芍、茯苓、人参、肉桂、白术。本聚类方可以看作是四君子汤加黄芪、白芍、肉桂而成。人参、白术、茯苓、甘草四味药物,益气健脾。佐以黄芪、白芍补气行血、肉桂补火助阳、温通经脉,使湿邪去、经脉通、疼痛止。同样适用于骨痹经脉痹阻之证。

G6:半夏、陈皮、苍术、黄柏、升麻、威灵仙、麻黄。本聚类方可看作二妙散加半夏、陈皮、升麻、威灵仙、麻黄而成。苍术、黄柏、半夏、陈皮清热燥湿化痰;升麻升举阳气;威灵仙,性辛温,善走窜,辛散宣通,兼有舒筋活络的作用。麻黄发汗解表散寒。适用于骨痹湿热下注之证。

G7:桂枝、杏仁、防己、薏苡仁、桑枝、片姜黄。本聚类方可看作木防己汤去石膏、人参加杏仁、薏苡仁、桑枝、片姜黄而成。方中桂枝发汗解表;防己、杏仁苦寒泄湿;薏苡仁、桑枝渗湿除痹,舒筋通络;佐以片姜黄活血化瘀行气。适用于瘀血所致骨痹之证。

3 讨论

3.1 以方测证探讨

根据聚类分析的结果(G1~G7),通过以方测证、方证对应的理论,即从方药性味、功效出发,针对症状推知病变本质,以便更准确地进行中医辨证论治^[13]。

根据聚类方 G4 及 G5,可知风寒湿邪侵袭肢体关节,经气运行不畅,经脉痹阻可致骨痹;聚类方 G6 提示湿热下注,流于下部,痹阻经脉、关节,致骨痹进一步发展。

聚类方 G3 有补肝肾、强筋骨、祛风湿之效,由此可以看出肝肾亏虚、关节失养是骨痹加重的主要诱因。《中藏经》云:“骨痹者,乃嗜欲不节,伤于肾也。”除了嗜欲以外,禀赋不足、久病、年高等因素都会导致肾精亏虚^[14],而肝肾同源,肾精不足则不能濡养肝阴。肝肾进一步虚损,精血不足,生化无源,筋脉失养,故发骨痹。

聚类方 G1, G2, G7 说明,痰饮、瘀血痹阻经络也是骨痹常见的致病原因。脾胃损伤痰湿内生,或外感湿邪,聚湿成痰。痰湿阻滞气机,血行不畅,瘀血内生,与痰搏结。痰瘀既可是骨痹发生的诱因,亦可以进一步阻滞气机,助湿生痰,痹阻经络,以致病情加重^[15-17]。

3.2 骨痹辨治探讨

3.2.1 骨痹病因以正虚为要 《素问·长刺节论》曰:“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹。”凡由六淫之邪侵扰人体筋骨关节,闭阻经脉气血,出现肢体沉重、关节剧痛,甚至发生肢体拘挛蜷曲、强直畸形者,称为骨痹^[2]。《内经》云:“邪之所凑,其气必虚。”

骨痹的发生与正虚邪袭有关,其中肝脾肾^[18-20]三脏的虚损在骨痹的发病演变过程中占有重要地位。脾主运化,若脾虚失运,则气血生化无源,津液输布障碍,筋骨血脉失养,产生水、湿、痰、饮等病理产物。病程进一步发展,脾虚湿盛,痰浊内生,气血瘀滞,痰浊瘀血互结,病邪胶着,以致病程缠绵日久,损伤肝肾,肝主筋藏血,肾主骨充髓,肝肾亏虚,筋脉进一步失养,加重筋脉挛急;精血不足,骨髓化生无源,骨髓失养,骨软无力。肝脾肾三脏虚损,以致精血不足,生化无源,骨髓、筋脉失养,故发为骨痹,同时运化功能失调,产生痰饮瘀血等病理产物,又进一步加重骨痹。

3.2.2 骨痹治疗以扶正祛邪为主 扶正祛邪是中医指导临床治病的重要治则之一^[21]。扶正即扶正固本,指通过药物扶持助长机体正气,使正气充足以消除病邪;祛邪是祛除邪气,使邪去正安,从而恢复人体健康^[22]。正虚邪侵是骨痹的重要病因,正虚卫外不固,感受外邪侵袭人体筋骨关节,筋脉痹阻,气血阻滞,随着病程的发展,累及多脏虚损,因此在骨痹的治疗中当贯彻“扶正祛邪”这一治则。骨痹疾病初起通常以邪实为主,可见寒湿深重、湿聚成痰、脉络瘀阻。此时应以祛邪为主,同时佐以扶正,使祛邪不伤正,多用解表药、祛风湿药和利水渗湿药,辅以温里药与清热药。病久则虚实夹杂,邪实正虚,可见肝脾肾三脏虚损,此时应先扶正,后祛邪,使扶正不留邪,当以培补气血、活血通络、补益肝肾为主,重用补虚药、活血化瘀药和补血药,辅以化痰药、理气药等^[23]。骨痹的治疗常通过调补气血,补益脏腑以扶正;祛风除湿,化痰祛瘀以祛邪,达到邪去则正安,正安则体健的目的。

3.3 骨痹用药特点

3.3.1 健脾利水、补益肝肾为主 骨痹病因以正虚为要,尤其以肝脾肾三脏的虚损为主。骨痹的病程持久且复杂,久病气血耗损,精血不足,脏腑经络失养;气不足,则化生血液功能失常,导致血虚;气虚则血行滞涩,以致血瘀;而血又能养气、载气;血虚又往往引起气虚,二者相互影响。气血同源于脾胃化生的水谷精微和肾中精气,病久脏腑虚损,肝脾肾三脏亏虚,则气血生化无源,筋骨、经脉失养,又致气血再损;且脾又为土脏,易为湿困,故骨痹用药要以益气养血、健脾利水、补益肝肾为主^[24-26]。气血充足,肝肾得补,脾胃功能恢复,经脉运行,筋骨有养,则人体气机运行如常。如上述聚类方 G3,方中杜仲、牛膝强筋骨、益肝肾,佐以萆薢利湿,附子辛温止痹痛。在临床运用中可参考此方进行加减。

3.3.2 补泻兼得 由高频词药物的系统聚类分析得出的 7 个聚类方,基本上每一个聚类方中既有“补药”,又有“泻药”。二者相结合,“补中有泻,泻中有补”,即

扶正祛邪。本虚是骨痹的内因,外邪是骨痹发病的重要因素。临床骨痹患者发病表现复杂,常虚实夹杂,因此在临床上治疗骨痹患者时,多用补泻相结合的治疗方法^[2,13]。邪气盛则以祛邪为主,同时佐以扶正以防伤正加重病情,正气虚则以扶正为主,同时佐以祛邪以防敛邪。如药物聚类方 G5,白术与茯苓配伍,白术补气健脾燥湿,守而不走;茯苓渗湿健脾,走而不守,一补一泻,使水湿除而脾气健,脾气健以运水湿。再如聚类方 G4,以独活、羌活、秦艽、防风祛风寒湿之邪,又以当归、川芎补益气血,攻补兼施,邪去正安。

骨痹是临床上的常见疾病,中药治疗骨痹有良好的疗效,在治疗过程中应辨清病邪的性质,从而针对病邪的特点用药。针对骨痹的治疗,在病初应以祛邪为主,久病耗伤气血,应以培补气血、补益肝肾为主。本研究通过挖掘分析历代医家辨治骨痹的用药规律和特色,为临床防治骨痹提供了新的思路和方法。

参考文献

- [1] 娄玉铃. 中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010:113-119.
- [2] 张燕霞,张成博. 骨痹古代中医文献研究[J]. 山东中医药大学学报,2012,36(3):223-225.
- [3] 裘沛然. 中华医典[M]. 长沙: 湖南电子音像出版社, 2014.
- [4] 刘岩岩,姜兆荣,王丽敏,等. 骨痹源流研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(7):157-160.
- [5] 李满意,娄玉铃. 骨痹的源流及相关历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎,2014,3(12):59-68.
- [6] 王敏,张景明. 痹证渊源及现代医家论治经验[J]. 现代中医药,2018,38(5):82-85.
- [7] 雷艳,王新昌. 李中梓治疗痹证学术思想浅析[J]. 黑龙江中医药,2014,43(5):11-12.
- [8] 杨丽娜,李明,董全伟,等. 脉痹考辨[J]. 中华中医药杂志,2019,34(1):75-77.
- [9] 都亚楠,鞠宝兆. 筋痹与《黄帝内经》[J]. 实用中医内科杂志,2012,26(10):24-25.
- [10] 李兆福,彭江云,肖长虹,等. 骨痹(骨关节炎)诊疗方案临

床验证总结[J]. 风湿病与关节炎,2012,1(1):16-21.

- [11] 李满意,娄玉铃. 筋痹的源流及相关历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎,2014,3(11):59-67.
- [12] 李满意,娄玉铃. 五体痹的源流[J]. 风湿病与关节炎, 2013,2(4):35-41.
- [13] 张昕洋,傅延龄,傅晨. 中医“以方测证”认识方法初探[J]. 北京中医药,2018,37(9):825-827.
- [14] 黄彬洋,刘晓瑞,张姗姗,等. 基于肝脾肾三脏的“脏-经-筋-穴”整体观合论膝骨关节炎[J]. 中医临床研究,2018, 10(19):47-49.
- [15] 赵晶,高龙娟,刘振华,等. 从“痰”“毒”论治类风湿关节炎骨病变[J]. 医学研究与教育,2015,32(5):90-92.
- [16] 严培军,王培民. 周福胎教授从痰瘀论治膝关节骨性关节炎的经验[J]. 南京中医药大学学报,2013,29(1):84-86.
- [17] 秦凯,文浩. 从“痰、瘀”证型论治膝骨性关节炎[J]. 中医临床研究,2015,7(2):143-144.
- [18] 刘健,万磊,黄传兵. 脾虚致痹探讨[J]. 中华中医药杂志, 2017,32(6):2440-2444.
- [19] 衣兰杰,王旭东. 明清文献中骨痹病因病机及论治特点研究[J]. 江西中医药大学学报,2019,31(6):3-5.
- [20] 邱雅琳,周学平. 从肾精亏虚、湿注骨节论治骨关节炎[J]. 风湿病与关节炎,2016,5(10):61-63.
- [21] 王晓明,曲淑琴. 扶正祛邪法治疗类风湿关节炎[J]. 实用中医内科杂志,2015,29(3):182-183.
- [22] 廖蔚茜,林春阳. 从“扶正祛邪”探中医治病的本质[J]. 中医学报,2013,28(9):1311-1312.
- [23] 孙志涛,牛维. 古人治疗“骨痹”用药规律研究[J]. 中华中医药杂志,2016,31(11):4779-4782.
- [24] 王庆,冯文昌,马碧涛,等. 小续命汤“从风论治”思想对骨痹辨治的启示[J]. 上海中医药大学学报,2018,32(4):6-9.
- [25] 刘若实,张杰. 从“乙癸同源”理论论骨关节炎及防治原则[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(11):122-125.
- [26] 李晨春,卢敏,邝高燕,等. 从肝论治膝骨关节炎的理论探讨[J]. 湖南中医杂志,2019,35(6):116-118.

(收稿日期:2020-05-01)