

本文引用: 王岩, 戴铭. 从“主客交-络病”理论探讨“透法”在强直性脊柱炎的辨治应用[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(7): 1476-1481.

从“主客交-络病”理论探讨“透法” 在强直性脊柱炎的辨治应用

王岩, 戴铭*

广西中医药大学, 广西 南宁 530001

〔摘要〕强直性脊柱炎(AS)为临床常见的慢性进展性免疫性疾病,以中轴关节慢性炎症与骨性强直为主要特征,其病程缠绵难愈。本文基于“主客交-络病”理论,认为本病以肾督亏虚为本、邪伏脊络为标,贯穿其发生与发展的全过程。病机演变呈递进之势:初期主气失固,邪潜督络,为病之始;中期则客邪炽盛,主客交争,为病之盛;晚期主客交结,络虚骨损,为病之终。三期相因,正虚邪陷、邪伏难透,终致筋骨僵固、脊柱强直。治疗以“透法”为纲,提出宣透以开郁、搜透以化结、托透以荣络三大治则,贯通扶正与祛邪、形与络并调之旨。方药以青娥丸合桂枝芍药知母汤、四妙勇安汤合身痛逐瘀汤、龟鹿二仙胶合大黄廑虫丸为代表,形成理、法、方、药一体的辨治体系。该体系以“透”为核心,揭示AS由浅入深、由虚转实、终致虚实夹杂的病机本质,为中医药系统干预免疫性疾病提供新的辨治思路。

〔关键词〕强直性脊柱炎;主客交;络病;透法;分期辨治

〔中图分类号〕R259

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.07.022

Differentiation and treatment of ankylosing spondylitis with "penetrating therapy" based on the "host-guest intermingling-collateral disease" theory

WANG Yan, DAI Ming*

Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi 530001, China

〔Abstract〕Ankylosing spondylitis (AS) is a common chronic progressive autoimmune disease, characterized by chronic inflammation of the axial joints and bony ankylosis, accompanied by a lingering and refractory clinical course. Based on the "host-guest intermingling-collateral disease" theory, this paper holds that deficiency of the kidney and the Du meridian constitutes the root cause of ankylosing spondylitis, while pathogenic factors lurking in spinal collaterals serve as the manifestation, which runs through the whole onset and progression of the disease. The pathogenic evolution develops progressively in three phases. In the initial stage, defensive qi fails to secure the exterior, and pathogenic factors lurk in the collaterals of the Du meridian, marking the onset of the disease. In the middle stage, pathogenic qi surges and contends fiercely with healthy qi, representing the acute progressive phase of the disorder. In the late stage, healthy qi and pathogenic factors bind tightly in intermingling state, collaterals become deficient and bones are damaged, which is the terminal stage of illness. The three phases are mutually influential. Long-term healthy qi deficiency drives pathogenic factors to sink deep and hard to be eliminated, eventually resulting in stiff tendons

〔收稿日期〕2026-03-19

〔基金项目〕国家中医药管理局《中华医藏》提要编纂项目(KJS-ZHYC-2020-009)。

〔通信作者〕*戴铭,男,博士,教授,博士研究生导师,E-mail:daim2008@qq.com。

and rigid bones as well as spinal ankylosis. This paper takes penetrating therapy as the core therapeutic guideline, and proposes three major therapeutic principles: ventilating penetration to disperse stagnation, searching penetration to resolve masses, and supporting penetration to nourish collaterals. Such principles integrate reinforcing healthy qi and eliminating pathogens, and regulate both bodily structures and collateral network simultaneously. Corresponding representative formulas include Qing'e Pill combined with Guizhi Shaoyao Zhimu Decoction, Simiao Yong'an Decoction combined with Shentong Zhuyu Decoction, and Guilu Erxian Glue combined with Dahuang Zhechong Pill, forming an integrated differentiation and treatment system that unifies pathogenesis theory, therapeutic methods, formulas and medicinal herbs. Centered on the therapeutic thought of "penetration", this system elaborates the essential pathogenesis of ankylosing spondylitis: the disease develops from superficial to deep locations, transforms from deficiency to excess patterns, and finally presents simultaneous deficiency and excess, providing a novel differentiation and treatment idea for systematic intervention of autoimmune disease via Chinese medicine.

[**Keywords**] ankylosing spondylitis; host-guest intermingling; collateral disease; penetrating therapy; stage-based differentiation and treatment

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种以中轴关节慢性炎症与骨性强直为主要特征的自身免疫性疾病,病变多始于骶髂关节,沿脊柱上行,可累及韧带及附着点,晚期常出现脊柱融合与驼背畸形^[1-2]。流行病学调查显示,我国AS的患病率约为0.3%,多见于青壮年男性,其发病与遗传易感、免疫失衡、慢性炎症及异位成骨等因素密切相关,且发病率呈逐年上升趋势^[3-4]。当前,AS的临床治疗以非甾体抗炎药、改善病情抗风湿药、肿瘤坏死因子- α 抑制剂及白细胞介素-17拮抗剂为主,虽可缓解炎症、改善功能,但难以阻断骨化进程,且长期用药存在免疫抑制、感染风险及经济负担等问题,疗效与安全性亟待优化^[5-6]。

中医学虽无AS的病名,但据其临床症状可归属于“大偻”“痹证”“骨痹”“肾痹”等范畴。历代医家多认为,其病机以肾督亏虚为本、风寒湿邪痹阻为标,病久则虚实夹杂、邪伏难解,治疗多取温补通络、扶正祛邪之法^[7]。传统“痹证”理论虽揭示了AS“本虚标实”的病机,但在阐释邪伏由浅入深、由经及络、由虚转实的渐进性病机变化方面尚显不足,难以充分解释其沿脊上行、由炎入骨、终致骨赘形成的传变特征。明代吴又可提出的“主客交”理论,阐明了慢性病中正虚邪伏、虚实胶结的机制^[8];清代叶天士创立“久病入络”学说,揭示邪气久留、气血闭阻、由经及络的病变规律^[9]。二者理论相参,为解析AS“邪伏难透、久病化骨”的病程特征提供新视角。故本文拟以“主客交-络病”理论为基础,探讨“透法”在AS分期辨治中的应用,为本病的中医辨证干预提供理论依据与方法启示。

1 “主客交-络病”及“透法”理论内涵

1.1 “主客交”——邪正胶结,久病之源

“主客交”源于《黄帝内经》正邪消长之论。《素问·刺法论篇》曰:“正气存内,邪不可干。”《素问·六元正纪大论篇》云:“主气不足,客气胜也。”《灵枢·邪客》开篇即言:“邪气之客人也。”以上论述明示“主”指正气,“客”为外邪,主气亏虚则卫外不固,邪气得乘虚入侵,为“主客交”奠定理论基础。明代吴又可于《瘟疫论·主客交》中首言此论“伏邪已溃……表邪留而不去,因与血脉合而为一,结为痼疾也”,又言“夫痼疾者,所谓客邪胶固于血脉,主客交浑,最难得解,且愈久益固”。久病缠绵之本在于正虚邪伏,邪与血脉胶结难解,正气不能托邪外达,遂成主客相搏、虚实互结之势,故吴又可谓“主客交浑”乃久病不解的关键。清代薛生白承其理于《湿热论》提出“主客浑受”之论,谓湿热久郁,与营血交混,主客胶浑,湿热痼结于络,致气血壅滞、脉络凝涩^[10]。其论将“主客交”由气分之争渐至营血之层,揭示了伏邪深入、虚实互结的规律,为辨治久病顽痹提供了思路。

1.2 “络病”——邪伏入络,久痛之本

“络病”理论肇于《黄帝内经》对经络病理的阐述。《灵枢·经脉》曰:“诸脉之浮而常见者,皆络脉也。”又曰:“诸刺络脉者,必刺其结上……留之发为痹。”络脉由经脉分出,是气血运行的重要通道;当气血运行受阻、络道闭塞时,可导致痹证发生。《灵枢·邪气脏腑病形》言:“身半以上者,邪中之也……中于阳则溜于经。”《黄帝内经灵枢集注·邪气脏腑

病形》言：“邪之客于人也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于络脉。”上述均揭示邪气由浅入深、由经及络的传变规律。督脉与足太阳膀胱经循行于脊背体表，为阳脉之海。若肾阳亏虚、督气不振，则风寒湿邪易由腰骶而入，循督上行，伏于脊络，久而不解，遂成痹病入络之候。叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》谓“经几年宿病，病必在络”，又于《临证指南医案·疝》言：“百日久恙，血络必伤”。以上论述揭示“久病入络”之理，邪气久伏络中，气血壅滞，瘀毒互结，络脉失养，筋骨失濡，久则形质受损，病势缠绵难愈。依据“主客交-络病”理论，病机由经脉受邪逐渐发展为络脉受损，邪气由气分转入血络，虚实互结，络道闭阻。

1.3 “透法”——由络出邪，分解胶结

“透法”核心在于为深伏于内、胶结难解的病邪，因势利导，开辟外达的路径。东汉张仲景于《金匮要略》中创制大黄廔虫丸、鳖甲煎丸等方以治“干血劳”“疟母”等顽疾，其法缓中补虚、破血通络，首倡在扶助正气的基础上，以虫蚁灵动之品，深入血络，攻逐久瘀，为治疗络中痼结确立了通补兼施的根本原则。吴又可承此精髓针对主客交浑之证，创立三甲散，其法托正以逐邪、通络以解结，使主客分解、邪得外泄、痼疾得消、正气复振。薛生白继承并拓展创立三甲散之变方，兼透阴分之热、化血分之瘀，使湿热得清、瘀结得解、络邪得透、痹阻得消^[10]。叶天士于《温热论》中系统提出泄卫透汗、透热转气、急急透斑、养正透邪等法，认为邪气既入深层，不可遽攻，当以“透法”宣达气血，从内宣外，畅通营卫，使邪有出路，正气自复^[11]。此“透法”实为“主客交-络病”理论在治法上的自然延伸，邪伏之深，非透不出，络闭气壅，非透不通，使“透法”成为引导病邪由深出浅、由里达外的核心治疗策略。

2 从“主客交-络病”理论探析 AS 的发病机制

《灵枢·经脉》云“膀胱足太阳之脉……夹脊，抵腰中，入循膂，络肾，属膀胱”，《素问·骨空论篇》言“督脉为病，脊强反折……少阴上股内后廉贯脊属肾”，阐明督脉与足太阳膀胱经循行于脊柱两侧，并与肾相络属，体现肾-督-脊在生理与病理上的密切联系。结合 AS 临床表现与影像学特征，其病变多起于骶髂，沿脊柱逐渐上行，累及筋骨关节，终致脊柱

强直畸形。从“主客交-络病”理论观之，认为本病以肾督亏虚、阳气不足为病之本；风寒湿邪、痰瘀热毒乘虚内侵，郁伏脊络为发病之标；久则络脉受损，气血衰耗，筋骨失养，遂成痼疾之势。其病势演变由浅入深、由虚转实，进而发展为虚实互结、络损形伤之态，与“主客交-络病”理论所述“正虚邪陷、邪伏难透、虚实互结”的演变规律相契合。本文将 AS 病机传变分为三期，初期主气失固、邪潜督络，中期客邪炽盛、主客交争，晚期主客交结、络虚骨损，皆本于“肾督亏虚、主客交络”之理。

2.1 骶髂伏邪——主气失固，邪潜督络

AS 初起多发于腰骶部，其病机根本为肾督阳虚、卫外不固。《素问·脉要精微论篇》云：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣。”肾阳亏损则督脉不充，阳气失于温煦，筋骨失养。督脉贯脊属肾，足太阳膀胱经挟脊抵腰中，二者皆赖肾阳鼓动。若肾督虚损，则经阳不振，卫气疏防无力，风寒湿邪乘虚而入，潜伏督络，正如《医宗金鉴·血痹虚劳病脉证并治》所云：“正虚之处，便是容邪之处也。”骶髂关节为督脉与足太阳膀胱经交汇之枢，邪气之所以易于留伏，与先天禀赋不足及后天失养密切相关。先天禀赋不足，则肾精亏虚、髓海不充，督脉失养；后天劳倦、房室不节、脾虚湿蕴，又进一步损伤肾督之气，使营卫失调、藩篱不固。此时，风寒湿邪得以乘虚侵袭，潜入督络。初受邪时，邪气滞留于经络浅层，病势尚轻，继而深入络脉，气血运行受阻，寒湿凝滞，形成“邪伏于络”的早期病理状态。如《灵枢·百病始生》所言：“虚邪之中人也，始于皮肤……留而不去，则传舍于络脉。”该期邪气特性以伏为主，邪伏脊络，寒湿未去，尚未化热酿瘀，但其性黏滞，阻滞气血，壅遏络隧，筋骨失于濡养，故临床多见腰骶酸楚、僵硬冷痛，晨起加重、得温稍缓。影像学可见骶髂关节骨髓水肿(MRI T2 压脂像高信号)^[12]，与寒湿凝滞、痹阻络脉、邪伏督络的病机特点相契合。若伏邪久羁不解，或复感外邪，或阳气渐复而郁闭不宣，则寒湿易郁而化热，气血由滞转壅，病机由“寒湿伏络”渐趋“湿热内蕴”。临证可见疼痛由隐隐酸冷转为胀痛或微灼，晨僵时间延长且缓解不显，或见局部温感、活动后不适加重；舌象由淡转偏红，苔由薄白渐趋微黄或由白腻转黄腻，脉象由沉细转弦或稍数。此为邪由伏而动、由寒转热之征，若此时失治误治，伏邪日久则化热化瘀，

病势将由骶髂伏邪阶段转入主客交争阶段。

2.2 脊柱上行——客邪炽盛,主客交争

脊柱上行期是AS病程的重要转折阶段,其病机核心在于伏邪化热,酿生湿热痰瘀,痹阻络脉。《临证指南医案·痹》言:“经年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败瘀凝痰,混处经络。”初伏于骶髂督络的寒湿邪气,因患者复感外邪或久郁不解,渐从寒化热,热毒内生,灼伤络脉,耗伤气血。津液被灼则炼液为痰,血被灼则瘀血内停,湿热、痰浊、瘀血互结,胶固难解,即《温疫论·主客交》所言“客邪胶固于血脉”。久之邪势不安伏于下,循督脉及足太阳膀胱经上攻,侵及腰椎、胸椎及其附着点,邪热炽盛则络道壅闭,气血运行不畅,筋骨失濡,形成“痹热”之候。《素问·痹论篇》曰:“阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热。”临床表现为疼痛由骶髂沿脊柱上行,灼热刺痛,晨僵显著,脊柱板硬,夜间尤甚,或兼外周关节红肿。影像学可见椎体角炎及韧带骨赘初生^[13],实为热毒瘀血蚀骨,形损之端已现,提示病变已由下而上、由浅入深。病机演变至此,湿热痰瘀毒互结络中,邪势渐盛而正气日衰,络脉壅滞不通,气血运行受阻,骨络渐受侵蚀,病程遂入主客交争阶段。若主客交争日久不解,邪热渐退而痰瘀留滞,气血耗伤加重,络失濡养,临证可见疼痛由灼热刺痛渐趋隐痛或钝痛,夜间痛虽缓而僵硬加重,脊柱活动度明显下降,屈伸受限加剧;舌象由暗红或绛转见紫暗少津,苔由黄腻转为少苔或剥苔,脉象由弦滑数转为沉细涩。此为邪势渐缓而正气已伤,络虚渐显之征,提示病势将由主客交争阶段转入络虚骨损阶段。

2.3 骨性强直——主客交结,络虚骨损

骨性强直期是AS的终末阶段,病机在于正衰邪痼、络枯形损,病势由动态交争转变为静态固结。《素问·痹论篇》载:“肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头。”伏邪胶结既久,气血津液日耗,络道失养,筋骨失濡。《临证指南医案·积聚》言“初为气结在经,久则血伤入络”,揭示慢性痹证由气及血、由虚入实、由浅入深的渐进规律。中期遗留的痰瘀湿热,久留脊络,肾督亏虚益甚,邪正胶着,虚实错综。《灵枢·百病始生》言:“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣。”络脉枯涸,髓海不足,骨失濡养,出现椎体松弱、骨质疏松;痰瘀凝聚,闭阻经隧,筋骨失展,渐致骨质硬化、韧带骨化、骨桥连合,影像学可见

连续性骨赘和“竹节样”脊柱^[14]。此即络虚与形损并见,虚中夹实、实中寓虚的典型表现。此期邪实已固、正气已衰、形质既损,络虚则气血运行无以濡筋达骨,虚实相因,病势反复迁延。其病理演化由无形之“胶结”转化为有形之“癥结”,脊柱强直不屈,生理曲度尽失,强直进展加速,标志病变已由气血层面深入形质层面,成为不可逆之骨性损伤阶段。由此可见,AS其始因肾督亏虚,致卫外不固,邪气乘虚而入;继则邪伏络中,湿热瘀结,气血壅闭,络失条达;终至气血衰败,络损骨枯,此正体现“主客交-络病”理论的演化规律。主气亏,则邪易伏;邪伏久,则络受损;络伤深,则主客交结而难解。此期已由邪实主导转为正虚主导,临床可见疼痛由中期灼热刺痛转为隐痛、钝痛,脊柱僵硬固定、活动度显著下降,舌象由紫暗转为淡暗或淡紫,舌体瘦薄,苔少或无苔,脉象由沉涩转为沉细无力或细涩。此为正衰络损、骨枯形伤之征,提示病变已由“络滞气血”演变为“形损骨结”,是疾病进入不可逆阶段的标志。

3 以“透法”论治AS

“主客交-络病”理论阐明AS从正虚邪陷到络枯骨损的病机演变本质,其病势迁延、虚实互结、由浅入深,形成邪伏-邪结-邪化成形的动态病程。所谓“透”,乃令邪有出路、络得宣通之意,寓通于透、寓和于透,既非单纯发散外邪,亦非仅扶正固本,而是在虚实夹杂、邪伏难出之际,通过调和营卫、疏通气血、通络宣滞,使伏邪得泄、气机得复、络道得通。故本文以“透法”为治纲,依病势阶段确立宣透以开郁、搜透以化结及托透以荣络三法,分期施治以达祛邪与复正并举之功。

3.1 宣透以开郁——温阳达邪,通督解伏

AS初起多见于腰骶部酸痛、晨僵、畏寒乏力,舌淡苔白、脉沉细,为肾督阳虚、寒湿伏络之象。督脉贯脊属肾,为阳脉之海,肾阳不振则经气失于温通,卫外不固,寒湿得以乘虚内伏,痹阻络隧,气血运行失畅。治当遵循《素问·阴阳应象大论篇》所言“形不足者,温之以气”,以“宣透”为纲,确立温肾壮督以固主、宣透伏邪以逐客之法,旨在恢复督脉阳气流行之道路,给予深伏之邪以出路,寓补于通、寓祛于和,使伏邪得透、阳气得伸。方选青娥丸合桂枝芍药知母汤化裁,方中杜仲、补骨脂为君,补肝肾、强筋骨、充督

脉,为固主气之本;桂枝、附子、芍药为臣,温通经脉,驱散寒痹,为宣透寒邪之要;佐以麻黄、防风,开宣腠理,透邪外达;知母、当归为使,滋阴润燥,养血活血,以制温药之燥,并合附子收阴阳调和之效。青娥丸主补肾壮骨,以补肾督亏虚、筋骨失养之本;桂枝芍药知母汤温经散寒、兼清郁热,以治寒湿伏络、郁久化热之标。全方正切初期本虚标实、寒湿夹郁的病机特点,融补、通、宣、透于一体,共奏温阳达邪、通督解伏之功,使邪有出路而不致留滞。临床实践证实此合方辨治AS具有显著疗效,如陈光艳等^[15]研究表明,此合方治疗后患者人类白细胞抗原B27、C反应蛋白、红细胞沉降率、抗核抗体等指标均较治疗前改善,并恢复至正常范围。此期治疗尤须把握宣透为先之要,切不可纯补恋邪。若寒凝痛甚,加淫羊藿、巴戟天、细辛、干姜等,以增温通宣散之力;若夜间痛著,属血不养筋,加熟地黄、当归、狗脊,寓养血荣络于透达之中;若骶髂压痛明显,络有瘀阻,加川芎、红花以活血通络;若寒湿去而余邪未透,可佐土茯苓、生薏苡仁、络石藤清热通络,使伏邪得泄,阳气外达。本期治疗以温阳为本、宣透为要,既助阳气运行以推邪外出,又避免用过温补而闭邪留滞,达到温阳不恋邪、透邪不伤正之效,为阻断病势上行深入奠定根基。

3.2 搜透以化结——清热化湿,活血通络

AS至中期,邪气久伏,从寒化热,与气血搏结,酿生湿热瘀毒,深锢脊络,形成客邪炽盛、主客交争之势。临床见脊柱灼痛、僵硬、活动受限,或伴关节红肿,舌暗红苔黄腻,脉弦滑数。治此胶结深痼之证,单纯清热或活血皆难奏效,必以“搜透以化结”为纲。其要在“搜”以松动胶结,“透”以导邪外达,“化”以分解湿热瘀毒之结。《临证指南医案·积聚》言:“久则血伤入络,辄仗蠕动之物,松透病根。”故立法首重借虫蚁飞走、灵动搜剔之性,深入血络,直入病根;合草木清热破瘀之力,化散毒热,方能导邪外达。方选四妙勇安汤合身痛逐瘀汤化裁,方中金银花、玄参为君,大清血分热毒;桃仁、红花、川芎为臣,破血逐瘀,通络止痛。此草木之力旨在清解瘀热,为搜透扫清障碍。然欲松动根深胶结,必借虫药之力,常佐入全蝎、地龙、土鳖虫等品,以其“飞者升,走者降,灵动迅速,追拔沉混气血之邪”之能,直入络脉,搜剔伏邪^[16]。川牛膝、羌活、秦艽为使,通经达络。诸药共奏搜剔

攻邪、清化瘀滞之功。四妙勇安汤主清热解毒、凉血通络,以解湿热毒盛、络脉壅滞;身痛逐瘀汤长于活血祛瘀、通络止痛,以治瘀血阻络、筋脉不通。两方一清一通,一解毒一逐瘀,正切中本期湿热瘀毒胶结、主客交争的病机本质。现代药理研究表明,加味四妙勇安汤可降低外周血白细胞介素-1、肿瘤坏死因子- α 水平,从而发挥抗炎、镇痛及免疫调节作用^[17];身痛逐瘀汤能够有效减轻AS患者脊柱功能和活动受限情况,显著降低血清骨特异性碱性磷酸酶、C-X3-C基序趋化因子配体1及可溶性程序性死亡受体-1等指标,从而改善骨代谢异常、抑制炎症反应及减轻组织损伤^[18]。然此期属本虚标实,以肾督亏虚为本,故临证清热勿忘护阳,慎防苦寒冰伏,反碍气机,宜少佐巴戟天、淫羊藿等温润之品,以护阳助运,使邪得透而不恋。湿热偏盛者,可合四妙丸以增强清利^[19];瘀阻明显者,加乳香、没药以活血散瘀、通络止痛;目赤肿痛者,加青箱子、密蒙花以清泄郁热;肢体麻木者,加鸡血藤以养血通络。此期总以搜透为枢,使湿热得清、瘀毒得化、胶结得解,方能扭转病势、阻遏骨化的进展。

3.3 托透以荣络——填精养筋,消癥固骨

AS后期邪伏日久,正气渐衰,病机由中期邪热交争,转入虚实错杂、以虚为主,此实非邪盛之实,乃痰瘀凝结、骨化成形之“有形之实”,表现为正衰邪痼、形络俱损。此期脊柱呈“竹节样”强直,俯仰转侧受限,腰膝痿软,舌紫暗苔少,脉沉细涩。治法宗《临证指南医案·木乘土》“大凡络虚,通补最宜”之旨,以“托透”为纲,治宜托透以荣络,寓托于补,寓透于通,补中有化,刚柔相济。托者,托正以达邪,意在培元充精,使精血充盈、督脉得养;透者,透邪以解结,辅以通络化瘀,使余邪有出、形结得解。此即“补中寓通、托正以达邪”之法要。方选龟鹿二仙胶合大黄廋虫丸化裁,方中以龟板胶、鹿角胶为君,此二者为血肉有情之品,大补肾精、益养督脉,以托主气、荣养形络。大黄、廋虫、水蛭、地龙为臣。大黄、廋虫善破血逐瘀、消癥散结,以化解络中瘀浊凝结。水蛭、地龙取其性善走窜、搜剔络邪之功,《医学衷中参西录·药物·水蛭解》言水蛭“专入血分,于气分丝毫无损”,能深入血络而逐瘀通闭;地龙善走经隧,通达络脉。四药相伍可搜剔伏邪、疏通痹阻,使深伏之邪得以透达。熟地黄、枸杞子佐之,滋阴填髓、益肝补肾,为生

精化血之源;砂仁、陈皮为使,理气运脾,使补而不滞、攻而不伤中。龟鹿二仙胶专于填精益髓、温养督脉,以补肾督亏虚、络脉失养;大黄廋虫丸长于破瘀通络、消癥散结,以化瘀浊凝结、形质已成。二方相合,补中寓通,托中有透,正契本期络虚骨损、主客交结的病机,使正复则络荣、客邪可泄,络通则结解、筋骨可荣。现代药理研究表明,龟鹿二仙胶可促进成骨细胞分化、延缓骨质退变,从实验层面印证填精消癥、形络同治之论^[20]。大黄廋虫丸能够通过调控蛋白激酶 C α -磷酸化细胞外信号调节激酶 1/2 信号通路抑制异常细胞增殖,并改善微循环及组织重塑,为其化解瘀阻、改善络脉损伤提供了实验依据^[21]。此期临证加减当审虚实寒热而权衡。阳虚明显、畏寒肢冷者,加附子、肉桂以温阳化气;癥结坚硬、骨化明显者,加鳖甲、牡蛎以软坚散结。此类证型皆当以厚补为主、微攻为辅,方可达托透并施之功。托透以荣络之旨,在于复其正、通其络、和其形,使精复则络荣,络荣则骨濡,以期稳定病情、改善功能、延缓脊柱强直进展。

4 结语

本文以“主客交-络病”理论为核心,阐明 AS 由邪潜督络为始端,经邪正交争,终至络虚骨损的动态演变规律。“主客交”揭示正虚邪陷、虚实胶结之势;“络病”阐明邪伏入络、病位传变之理;“透法”则启闭宣通,使邪有出路、络得复荣,为二论相贯之法。三者势位相应、体用相承,主客交,则邪伏于络;络闭不宣,则主客愈结;欲解其结,惟“透”能通。本文以“透法”为治纲,构建“宣透-搜透-托透”三位一体的分期辨治体系,体现通中有透、补中寓通的辨治思路,实现由理入法、由法达方的理论闭环。其思路既延续经典义理,又契合 AS 病程分期特征,为中医药精准调控免疫性疾病提供一定的理论启示。

参考文献

- [1] Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis[J]. The Lancet, 2017, 390(10089): 73-84.
- [2] Manara M, Prevete I, Marchesoni A, et al. The Italian Society for Rheumatology recommendations for the management of axial spondyloarthritis[J]. Reumatismo, 2021, 73(2): 71-88.
- [3] 黄烽,朱剑,王玉华,等. 强直性脊柱炎诊疗规范[J]. 中华内科

杂志, 2022, 61(8): 893-900.

- [4] 岳佳洋,何晓瑾. 中药干预强直性脊柱炎的相关信号通路研究进展[J]. 医学研究与战创伤救治, 2025, 38(10): 1108-1113.
- [5] Wei Y X, Zhang S Q, Shao F L, et al. Ankylosing spondylitis: From pathogenesis to therapy[J]. International Immunopharmacology, 2025, 145: 113709.
- [6] 何东仪,程鹏,汪荣盛,等. 强直性脊柱炎中西医结合诊疗指南[J]. 上海医药, 2023, 44(13): 23-30, 43.
- [7] 中华中医药学会风湿病分会. 强直性脊柱炎中医证候专家共识[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(6): 2973-2975.
- [8] 李威,岳冬辉. “主客交”“主客浑受”理论内涵探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(12): 1989-1992.
- [9] 崔冰慧,郑旭锐. 叶天士“久病入络”学术思想及络治法探析[J]. 中医学报, 2020, 35(1): 59-62.
- [10] 刘思琦,李廷利. 探析“主客浑受”的理论意义与临床启发[J]. 中医药学报, 2017, 45(4): 6-8.
- [11] 戚秀中,杨学,岳小强. 温病“透邪”思想解析[J]. 江苏中医药, 2012, 44(6): 3-4.
- [12] 程艺璇,徐磊,王梦悦,等. 全身 MRI 检查在强直性脊柱炎活动性炎症中的评估价值[J]. 放射学实践, 2023, 38(12): 1587-1592.
- [13] 于静红,孙瑞芬,翟伟星,等. 强直性脊柱炎中轴骨病变的影像特征分析[J]. 国际医学放射学杂志, 2024, 47(5): 519-526.
- [14] 黄泽彬,庄儒耀. 多模态磁共振成像在强直性脊柱炎慢性疼痛中的研究进展[J]. 汕头大学医学院学报, 2026, 39(2): 116-119.
- [15] 陈光艳,毛海燕,王雨薇,等. 裴正学运用桂枝芍药知母汤治疗强直性脊柱炎经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2025, 23(17): 77-80.
- [16] 陈俞池,任强,姚欢,等. 基于“络病-督络-虫类药”治疗强直性脊柱炎的理论探析[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(3): 86-88.
- [17] 范利锋,翁庚民. 中西医结合治疗对活动期强直性脊柱炎患者白细胞介素-1 和肿瘤坏死因子- α 的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(3): 23-26.
- [18] 丁晓明,刘建民,牟艳杰,等. 身痛逐瘀汤联合小针刀治疗强直性脊柱炎患者的疗效及对血清 BALP、CX3CL1、sPD-1 的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2026, 25(2): 147-151.
- [19] 苏梦焱,刘康楠,吴蓓,等. 国医大师唐祖宣运用温阳法辨治强直性脊柱炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(11): 2021-2025.
- [20] 蔡玮俊,吴伟欣,郑珍萍,等. 基于 AMPK/mTOR 信号通路探讨龟鹿二仙胶及拆方对退变软骨细胞自噬机制影响的研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(5): 827-837.
- [21] Liu N, Liu J T, Ji Y Y, et al. Effects and mechanisms of the functional parts of Dahuang Zhechong Pill (大黄虫丸) containing serum on platelet-derived growth factor-stimulated proliferation of vascular smooth muscle cells[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2013, 19(6): 432-438.