

临 床 中 医 治 疗 丛 书

# 中医治疗 风湿病

主编 徐三文 尹国良 夏腊梅



科学技术文献出版社

《临床中医治疗丛书》

# 中医治疗风湿病

主编 徐三文 尹国良 夏腊梅

编委 (按姓氏笔画排列)

王有森 许佩丰 张仲源

陈前进 柯源 郭雪申

徐立刚 聂文斌 鲁昌辉

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

——群知系时米鼓样原国星好站出版文米鼓样排

北京

长星群代英由亦派门京群J出版鼓样群合编殿央中寒

千下味后味牙徽五野了

图书在版编目(CIP)数据

中医治疗风湿病/徐三文等主编.-北京:科学技术文献出版社,2008.11

(临床中医治疗丛书)

ISBN 978-7-5023-6157-0

I. 中… II. 徐… III. 风湿病-中医治疗法 IV. R259.932.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 153594 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 白殿生

责 任 编 辑 白殿生

责 任 校 对 张叫咪

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京国马印刷厂

版 ( 印 ) 次 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 371 千

印 张 15

印 数 1~5000 册

定 价 27.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

《中医杂志》编辑部

# 中医杂志风湿病显症

## 内 容 简 介

中医治疗风湿病有着十分悠久的历史,千百年来所积累的丰富经验和方法,仍被广泛而卓有成效地应用于现代临床,并深得广大患者的欢迎。本书从中医辨证、中药、针灸等角度来探讨,大量参考国内相关文献,并结合作者自身的临床经验,博采众说为一体,以指导临床治疗为宗旨。全书从【病因病理】、【诊断要点】、【治疗方法】等三个部分系统介绍了弥漫性结缔组织病、血清阴性脊柱关节病、代谢性骨关节病、感染性关节炎、损伤性骨关节病等 20 种病证。是一部较为完善和实用的中医治疗临床用书。可供从事风湿病临床、教学、科研工作者参考,也为广大中医爱好者提供了一本好的读物。

科学出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统惟一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

## 编写说明

中医是中华民族宝贵文化遗产，历史悠久，源远流长。千百年来，以其科学的辩证思维方法、独特的理论体系、确切的临床疗效、安全的施治途径令中外医学界刮目。尤其是近现代，西医药诸多弊端的日渐显露，医源性、药源性疾病的大量出现，使数千年自然疗法的中医学在全世界掀起热潮。为了充分展示中医临床的优势与特色，全面系统总结现代中医临床的新理论、新经验、新成果、新技术、新进展，使之得到更广泛的推广和应用，我们特组织相关专家、教授，集体编撰临床中医治疗系列丛书，以供临床、教学、科研同道及广大患者参考、借鉴，以期更好地推动现代中医临床工作的开展。

本系列丛书以临床各科疾病为主，分若干分册进行分述，如传染病、呼吸病、脾胃病、心血管病、内分泌疾病、病毒性疾病、风湿病、血液病、肾病、肝胆病、神经病、精神病、男科疾病、肛肠病、颈椎疾病、腰背痛、四肢关节痛、骨折脱位、妇科病、外科病、皮肤病、眼科疾病、耳鼻咽喉疾

病、口腔疾病、周围血管疾病等。

总的编写原则是：诊断以西医为主，治疗以中医为主；略于基础理论，详于治疗方法。每病按【病因病理】、【诊断要点】、【治疗方法】等三个部分进行逐一分述，力争使整个内容突出科学性、先进性、实用性，更进一步贴近临床和科研。

本系列书的编辑和出版，始终得到了科学技术文献出版社的大力支持和帮助，借此深表谢意！丛书中所述的治疗方法包含了原作者及编著者的智慧和心血，凝聚了他们大量的汗水和艰辛，于此一并表示衷心的感谢！由于我们水平有限，加之时间仓促，不足乃至谬误之处在所难免，祈望广大同仁及读者关心她、批评她，使之成为现代中医临床的发展、为广大民众的身体健康做出应有的贡献。

主编 徐三文 尹国良 夏腊梅

# 目 录

一、类风湿性关节炎 .....	(1)
二、系统性红斑狼疮 .....	(46)
三、硬皮病 .....	(59)
四、干燥综合征 .....	(77)
五、血栓闭塞性脉管炎 .....	(87)
六、雷诺病 .....	(115)
七、红斑性肢痛症 .....	(135)
八、强直性脊柱炎 .....	(152)
九、风湿性关节炎 .....	(182)
十、化脓性骨髓炎 .....	(236)
十一、骨与关节结核 .....	(265)
十二、骨质疏松症 .....	(292)
十三、股骨头缺血性坏死 .....	(312)
十四、肋软骨炎 .....	(336)
十五、髌骨软化症 .....	(350)
十六、增生性脊柱炎 .....	(365)
十七、膝关节骨性关节炎 .....	(390)
十八、痛风 .....	(413)
十九、纤维肌痛综合征 .....	(437)
二十、慢性疲劳综合征 .....	(457)
参考文献 .....	(472)





导致本病的病毒颗粒有待证明,尽管有些学者发现患者滑膜组织对新病毒感染有更大的抵抗力,而且这种抵抗力可以从患者滑膜移植到正常家兔的软骨细胞。但是,Denman(1980年)认为作为本病的病因来讲,病毒学说仍不能放弃。最不利于感染学说的一个事实,是有人曾将患者的白细胞、淋巴细胞或血浆输入健康志愿者,但并未引起类似反应。

## 2. 过敏

过敏反应学说曾由 Klinge 和 Rich 先后提出,因本病的病理改变与血清病、用异性蛋白在实验动物中所诱发的病理状态相似。但临床上,患者多无过敏体质的表现。患典型过敏性疾病如干草热、哮喘、荨麻疹等,与对照组相比并不多见。患者皮肤试验多为阴性,对组胺的嗜伊红反应与对照组无区别,用患者的滑膜组织、关节液或皮下结节作皮内试验均无反应。

## 3. 内分泌失调

内分泌失调对本病的发生似有一定的影响,主要依据以下事实:①本病多见于女性;②女性患者在怀孕期间,症状减轻;③外源性皮质类固醇或 ACTH 能有效地抑制本病的活动。根据后一事实,一些学者曾怀疑患者肾上腺功能失调,或肾上腺对垂体的反应失调。但他们的肾上腺结构正常,电解质代谢及钾耐量正常,血中皮质类固醇含量正常,尿-17 酮类固醇含量正常或稍低。所以,患者肾上腺功能失调的猜测是不正确的。Herch 认为本病非因内生可的松减少,而可能因组织需要量增加,或可的松在体内的破坏加速所致。但用<sup>14</sup>C 标记的氢化可的松的研究表明,患者并无排出或肝结合方面的异常。

## 4. 家族遗传

本病和强直性脊柱炎都有明显的家族特点。Blamberg(1960年)引证五个不同学者对患者和对照组家属的调查报告,结论为患者家属的患病率比对照组高 2~10 倍。患者家属血清阳性率也比

对照组高4倍以上。但较高家属患病率,除遗传因素外,还应考虑家庭环境、营养状况、心理情况等各方面的影响。因此,单凭这些调查结果,还不能肯定本病确有基因遗传的证据。郭巨灵(1982年)所分析的632例患者中,有14.6%的患者,其家属中有本病或其他结缔组织疾病的患者,其中大部分为本病,其余一小部分为风湿热、红斑狼疮等。家属患者常为患者的母亲或姐妹。

**5. 免疫病理** 作为IgG抗体的类风湿因子的发现,曾引起免疫学家的极大兴趣,有的甚至认为本病的病因可能已经找到了。经过10余年的深入研究以后,“发现病因”的设想已被放弃。但是,仍有充分证据说明,有类风湿因子参与的免疫反应确实存在,尽管这类反应如何引起本病的一系列变化还不完全清楚。

**6. 其他因素** 可能促使发生本病其他因素如感染病灶、自主神经功能紊乱等,均未得到证实。至于气候的影响,有的学者认为本病在热带较少,北方可能较多。但根据Blumber的调查,位于北极圈内阿拉斯加的爱斯基摩人的发病率,除个别村庄外,都比美国本土的白人为低。

## (二) 病理

**1. 关节病变**

(1) 滑膜炎:滑膜炎是关节的原发病变,其主要病变有充血、水肿、渗出、炎细胞浸润、肉芽形成和滑膜细胞增殖等改变。①渗出充血水肿:以靠近软骨面边缘最为明显。由于滑膜下层毛细血管扩张和通透性增加而使渗出液增多。渗出液排入关节腔,使关节腔积液增多。当关节腔内积液过多时,关节腔内压急剧上升,可使滑膜细胞特别是其表层细胞缺血、坏死并脱落。滑膜细胞脱落处常被滑液内的纤维素所覆盖。②炎细胞浸润:主要的浸润细胞为

小淋巴细胞和少量中性多核白细胞。小淋巴细胞多分布在滑膜下层,或呈弥散性浸润,或呈小结状排列,有的聚集在小血管周围,有的则不是。在炎症的早期,小结的中心缺乏一般的淋巴小结的网状结构。在晚期,则可看到具有生发中心的淋巴小结。此时,大部分的浸润细胞皆为浆细胞。用荧光免疫化学的方法染色,证明RF即存在于这些浆细胞的胞质之中。巨细胞不常见,偶见两种巨细胞。一种为卵圆形多形性巨细胞,位于滑膜表层,有3~8个核,排列于细胞边缘,胞浆呈嗜碱性;另一种为位于骨质或软骨碎屑周围的多核巨细胞。③肉芽形成:在滑膜与软骨面交界处,毛细血管和成纤维细胞增生,形成类风湿肉芽组织。这种肉芽组织的破坏性极大,可腐蚀构成关节的各种重要组织。最后,甚至使整个关节完全破坏,而丧失其功能。④滑膜增殖:滑膜表层由正常的1~2层扁平细胞变为多层,细胞也变为方形或柱状,并呈栅栏状排列。增生的滑膜常形成许多绒毛,绒毛的直径1~2mm,此时滑膜呈天鹅绒样外观。滑膜下层充血、水肿和炎细胞浸润。因此,滑膜明显增厚,可达1cm以上。

(2)关节软骨面的改变:软骨面的边缘常被一层肉芽组织所覆盖,这种肉芽组织呈水肿样,比较透明,其中的毛细血管网清晰可见,其外观与充血的眼结膜相似,故称为血管翳。血管翳由软骨面边缘逐渐向中心发展。在血管翳的腐蚀作用下,表层软骨细胞退化,深层软骨细胞含大量溶酶体和空泡。软骨逐渐混浊,不透明,最后萎缩、变薄,甚至消失。血管翳机化后,形成关节内粘连。软骨面消失后,新骨在其间生长,则可形成关节的骨性强直。关节病变中途静止,由于软骨面已遭到一定程度的损害,日后可继发关节退行性改变。

(3)软骨下骨质的破坏:滑膜与软骨面交界处的肉芽组织,可通过骨端血管孔进入软骨下骨质,使骨小梁吸收,形成囊性空洞。由于软骨性骨质的破坏,使软骨面失去依托和仅有的少量血运,加

速软骨面的萎缩和破坏。软骨下骨质破坏多,可使骨端吸收,因而手指缩短,关节脱位或产生内、外翻畸形。

(4) 关节脱位或畸形的产生:造成关节脱位或畸形的原因有五大方面:①肥厚的滑膜组织和关节积液对关节囊和韧带有机性扩张作用,使之逐渐变为薄弱和松弛。②软骨面变薄加上软骨下骨质吸收使关节囊和韧带相对地变松。③关节滑膜的肉芽腐蚀邻近肌腱和腱鞘,引起腱鞘炎、肌腱炎、肌腱粘连或断裂,使关节长期处于非功能位,即可发生畸形或脱位。④由于疼痛引起的保护性肌肉痉挛。⑤骨骺破坏后,骨的生长发育失常。

## 2. 关节外病变

(1) 皮下结节:约 20% 的患者中可见皮下结节。在光学显微镜下结节可分为三个区域:①结节中央为坏死区,其中还残留着细胞、胶原纤维和网状纤维的碎片;②其外层为一圈呈栅栏状排列的成纤维细胞及少数多核巨细胞;③最外层为慢性炎细胞浸润区。

(2) 血管炎:动脉炎在本病相当常见。甲床的片状缺血性改变,常继发于终末小动脉的炎性栓塞。较大动脉受累可引起神经病变、皮肤溃疡或肠穿孔。

(3) 其他病变:与皮下结节相似的病变可发生在眼、心脏和肺。眼病变多累及巩膜。心脏病变多无临床症状。肺坏死结节性病变很少见,多表现为肺纤维化。局部淋巴结肿大相当常见,偶见神经内、外膜炎性细胞浸润。在 26% 的尸检病例中,可见淀粉样变性,但临床上淀粉样变性的症状如蛋白尿和肝脾肿大等非常少见。

## 【诊断要点】

### 1. 病史

患者多见于中年妇女,男女比例为 1:3。发病年龄高峰在 35~45 岁,约 20% 的患者短期滑膜炎症状恢复后不再复发;约

20%的患者虽有复发但缓解后关节不留畸形;50%的患者反复发作,中间虽有较长的缓解期,但最后发展成不同程度的功能障碍;其余10%患者最终不能生活自理。约70%的患者隐匿起病,常有倦怠、乏力等前驱症状,经数周或数月后出现关节炎症状。10%~20%的患者呈急性发病,迅速出现多关节的红肿热痛和功能障碍,全身症状较重,易误诊为感染性关节炎。又有15%~20%的患者发作程度和发病缓急介于上述两者之间,全身症状亦较隐匿型明显。患者常有倦怠无力,食欲减退,发热或低热,体重减轻,肌肉酸痛,贫血等。可能为全身中毒反应所致,亦与营养不良、精神状态等因素有关。贫血的原因则可能与铁的利用障碍和红细胞在脾脏截留致溶血有关。

## 2. 关节炎表现

(1)晨僵:晨僵是本病的重要诊断依据之一,即患者晨起后或经过一段时间停止活动后,受累关节出现僵硬,活动受限。其是由于患者一夜不活动,关节周围组织水肿所致。随着关节活动增加,组织间液逐渐吸收,而使晨僵缓解。晨僵不是本病特有的症状,可见于其他关节病,但本病的晨僵持续时间长,且经常发生。晨僵首先发生于手部关节,僵硬不适,不能握拳,其后随病情进展,可出现全身关节的僵硬感。晨僵的时间与病变程度相平行。

(2)疼痛:本病最突出的症状是疼痛,其程度与病变轻重和个体耐受性有关,常因天气变化、寒冷刺激、情绪波动而加重。疼痛的发生是由于滑膜炎症引起关节腔内压增高和炎症代谢产物堆积,产生对游离神经末梢过度的伤害性刺激所致。初期可表现为指、腕、趾、距小腿等小关节游走性疼痛。一旦关节肿胀,则疼痛开始相对固定,往往持续6周以上,而且当这个关节症状尚未消失时,另外关节又出现疼痛,即此处未消,他处又起。疼痛往往呈多发性,对称性。随着病变进展,肘、肩、膝、髋、颈椎可相继受累。此外,部分患者可出现颞下颌关节张口和咀嚼时疼痛。有的患者疼

痛长期固定在某几个关节,甚至发生了关节畸形,而其他关节症状轻微。在活动期其疼痛剧烈、持续,压痛明显,而缓解期多为钝痛。

(3) 肿胀:是由于关节腔内渗出液增多,滑膜增生以及关节周围软组织炎性改变所致。表现为关节周围均匀性肿大,少数发红。本病的肿胀在四肢小关节显而易见,手指近端指骨间关节梭形肿胀是RA的特征性改变,多发生在中指。其次肿胀可出现在掌指关节和腕关节。而远端指骨间关节极少影响,否则多考虑其他疾病所致。

(4) 活动障碍:活动障碍为本病常见的体征。早期常由于炎性渗出、疼痛、肿胀而出现活动受限,肿胀消失后活动功能恢复正常。随着病情发展,关节周围肌肉萎缩,滑膜绒毛状增生的肉芽组织压迫和侵蚀软骨后使关节间隙变窄,此时虽无疼痛,但活动受限。继续发展,关节内发生纤维及骨性融合,而最终使关节活动功能完全丧失。关节的活动障碍影响了整体的活动功能,其程度决定于受累关节的数量、障碍程度及该关节所具备的生理功能。如指、腕关节屈伸受限,可使握力下降,不能扣纽扣,甚至不能持物;肩关节障碍可影响上举功能,导致梳头困难;膝关节障碍可影响蹲站功能,行走困难;颞下颌关节障碍可影响张口和咀嚼功能。故本病的中、晚期患者可影响或丧失劳动能力,甚至生活不能自理。

(5) 关节畸形:本病的晚期表现为关节畸形。由于关节周围肌肉、韧带等破坏,使关节产生某种特殊的畸形和运动异常。手部的畸形最富有特征,表现为:①鹅颈形,掌指关节屈曲,近端指骨间关节过伸和远端指骨间关节屈曲,从侧面看手指的畸形很像鹅的颈部。产生的原因是手内在肌(蚓状肌和骨间肌)挛缩,导致掌指关节屈曲和近端指骨间关节过伸,又因过度牵拉指深屈肌,使远端指骨间关节屈曲。②扣眼畸形,近端指骨间关节屈曲,远端指骨间关节过伸,手呈扣眼状。因为近端指骨间关节背侧关节囊及中央腱条破坏,而致两侧的侧腱条滑向该关节的运动轴的屈侧所致。③鳍形手,初期仅为掌指关节与近端指骨间关节梭形肿胀,以后逐渐

向尺侧偏斜,形如鱼鳍。严重者尚可向腕关节发展。尺侧偏斜是由于掌指关节的半脱位所致。以上手部特征畸形可单独存在或同时存在,成为 RA 患者的典型标记。

### 3. 关节外表现

(1) 皮下结节: 20% 的患者出现皮下结节, 多出现于关节隆突部位, 如肘关节鹰嘴处, 腕及指部伸侧, 也可见于滑膜囊和腱鞘部位。呈圆形或卵圆形, 一般直径 2~3 mm。质地坚硬, 无触痛, 在皮下可自由移动, 也可与深层组织黏附。

(2) 类风湿性血管炎: 主要为血管的炎性改变, 管腔狭窄, 血栓形成, 血管闭塞。表现为指趾坏疽、甲床瘀斑和内脏损害等。

(3) 类风湿性心脏炎: 长期以来, 将有无并发心脏损害作为区别 RA 和风湿性关节炎的重要条件之一。但有人统计, 类风湿性心脏炎发生率可达 40% 以上, 提示本病的心脏损害不容忽视。本病的心脏病表现为心包炎、心肌炎、心内膜炎和全心炎四种。

(4) 其他全身并发症: 肺损害表现为类风湿性胸膜炎、弥散性肺间质纤维化、类风湿尘肺等。眼损害表现为巩膜炎、角膜结膜炎、穿孔性巩膜软化。本病还可发生神经系统、血液系统、消化系统等多脏器损害。

### 4. 辅检

(1) 贫血: 活动期 RA 可有正细胞正色素性贫血。

(2) 血沉: 活动期 RA 血沉明显增快, 随病情缓解而下降。

(3) C-反应蛋白: RA 时 C-反应蛋白普遍升高, 与病情密切相关。少年 RA 患者中该检验常呈强阳性, 而与全身型少年型 RA 十分相似的系统性红斑狼疮则很少出现强阳性, 有较好鉴别价值。

(4) 类风湿因子(RF): RF 是针对各种免疫球蛋白分子中第二或第三恒定区决定基的抗体(抗抗体)。RA 关节滑膜可以产生大量 RF, 包括 IgG-RF、IgM-RF 等, 70%~80% IgM-RF 为阳性。RF 不是 RA 特异性指标, RF 阴性也不能排除 RA 的诊断。在正

常老年人中约有 5% 阳性率,其他风湿性疾病,如系统性红斑狼疮、干燥综合征等也常有低度 RF 阳性。

(5) 滑液检查:半透明或不透明淡黄色或黄绿色液体黏度较低,细胞计数在 5 万~10 万/ml,中性粒细胞占 50%~90%,RF 阳性率较血清高。

(6) 滑膜检查:RA 的主要病理变化为滑膜炎,基本病变有以下三种:①弥漫性成灶性淋巴细胞和浆细胞浸润;②血管炎,表现为血管内皮细胞增生,管腔狭窄或阻塞,血管壁发生纤维素样变性或坏死,血管周围淋巴细胞及浆细胞浸润;③类风湿肉芽肿或称类风湿小结。

(7) X 线检查:X 线平片仍是 RA 诊断与病情分期的重要指标。分型 I 期:正常或关节端骨质疏松;II 期:关节端骨质疏松,偶有关节软骨下囊样破坏或骨侵蚀改变;III 期:明显的关节软骨下囊样破坏,关节间隙狭窄,关节半脱位等畸形;IV 期:除 II、III 期改变外,并有纤维性或骨性强直。

5. 鉴别 注意与强直性脊柱炎、风湿热、更年期关节炎、牛皮癣性关节炎、瑞特综合征、肠病性关节炎、细菌性关节炎、关节结核、病毒性关节炎、痛风性关节炎、增殖性关节炎、创伤性关节炎、色素绒毛结节性滑膜炎、神经性关节炎、增殖性肺性骨关节病、系统性红斑狼疮、皮炎、系统性硬化症等相鉴别。

【治疗方法】

(一) 辨证论治

1. 风寒湿痹 (1) 主症:关节肿胀疼痛重着,遇寒冷加重,局部不红不肿,口



淡不渴。舌淡红或淡胖，苔白腻，脉玄紧或沉迟。

(2) 处方：桂枝、白芍、知母、炮附子、防风、羌活、独活各 10 g，白术 15 g，生薏苡仁 30 g，白芥子、炙甘草各 5 g，细辛 3 g。若关节疼痛，游走不定，病情反复，属风重者，可加用青风藤 30 g，海风藤 15~20 g，威灵仙、秦艽、豨莶草各 10 g，以疏风驱邪；若疼痛剧烈，紧痛不移，遇寒尤甚，得热缓解，属寒甚者，宜加重附子用量 15~20 g，加麻黄 10 g，干姜 6 g，海桐皮 9 g，以增强助阳驱寒止痛之效；若以关节沉重酸胀疼痛，肿胀重着不移为特点，属湿甚者，可加用泽泻 10 g，车前子 15 g，土茯苓、木瓜各 12 g，以达除湿之功。

(3) 方法：每日 1 剂，水煎取汁，分次服用。

### 2. 风湿热痹

(1) 主症：关节红肿疼痛，局部灼热，触之痛剧，得冷稍减，口渴不思饮，日轻夜重，心胸烦闷，或发热，尿黄。舌苔黄腻，脉弦滑或滑数。

(2) 处方：通草、秦艽、木瓜、桂枝各 10 g，生石膏（先煎）、生薏苡仁、金银花藤、滑石各 30 g，草薢、防己各 15 g，生甘草 6 g。若湿浊甚者，加苍术 15 g；疼痛甚者，加姜黄 12 g，海桐皮 20 g；局部热重者，加知母 15 g，黄柏 10 g；肢体肌肤赤丝缕缕者，加赤芍 15 g，丹皮 12 g。

### 3. 寒热夹杂

(1) 主症：关节畸形、僵硬、肿痛，疼痛固定拒按，活动障碍，皮肤红斑或皮下结节，指甲瘀紫，关节肿痛怕冷，但又大便秘结，口干，口渴，汗多。

(2) 处方：土茯苓、薏苡仁各 20 g，黄柏、制附子、知母、桂枝、干姜、白芥子、穿山甲各 10 g，白芍、黄芪、川芎、桃仁各 30 g，鸡血藤、桑寄生、淮牛膝各 15 g。关节、四肢肌肉痛甚者，加醋延胡索、赤芍各 10 g；关节变形、屈伸不利者，加土鳖虫 10 g，露蜂房 12 g。