

【国家中医药重点学科
中医痹病学研究丛书】

风湿病

中医临床实践

FENGSHIBING
ZHONGYI LINCHUANG SHIJIAN

总主编 刘健

主编 黄传兵 范海霞



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

【国家中医药重点学科
中医痹病学研究丛书】

风湿病

中医临床实践

FENGSHIBING

ZHONGYI LINCHUANG SHIJIAN

总主编	刘健
主编	黄传兵 范海霞
副主编	汪四海 俞怀斌 梁成名
编委	汪四海 俞怀斌 梁成名
王桂珍	张皖东 汪元
金鹤	陈瑞莲 葛瑶

APETIME

时代出版传媒股份有限公司

安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

风湿病中医临床实践/黄传兵,范海霞主编. —合肥:
安徽科学技术出版社,2013.9

(国家中医药重点学科中医痹病学研究丛书)

ISBN 978-7-5337-6077-9

I. ①风… II. ①黄…②范… III. ①风湿性疾病-
中医治疗法 IV. ①R259.932.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 174532 号

风湿病中医临床实践

黄传兵 范海霞 主编

出版人:黄和平

选题策划:王宜

责任编辑:王宜

责任校对:盛东

责任印制:梁东兵

封面设计:朱婧

出版发行:时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>

安徽科学技术出版社

<http://www.ahstp.net>

(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场,邮编:230071)

电话:(0551)63533330

印制:合肥创新印务有限公司

电话:(0551)64456946

(如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂商联系调换)

开本:880×1230 1/32

印张:11.5

字数:309 千

版次:2013 年 9 月第 1 版

2013 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-6077-9

定价:23.00 元

版权所有,侵权必究

前 言

本书旨在对现代中医风湿病学科的新理论、新知识、新方法,进行全面、系统的总结,为促进和推动中医风湿病学临床水平的提高提供重要参考。

全书由总论和各论组成,总论介绍了中医风湿病的共同病因病机、中医与风湿免疫的研究、常用治疗风湿病的药物;各论有类风湿关节炎、强直性脊柱炎、风湿热、系统性红斑狼疮、硬皮病、混合性结缔组织病、骨关节炎等十六个章节。按照病因病机、诊断标准、中医特色治疗、现代研究等栏目编写,重点突出临床实用性、科学性,并突出中医药的特色和优势。

本书主要以中医、中西医结合的内科或风湿科临床医生、研究生等为读者对象,对其他医务人员、中医院校学生及医疗科研人员亦有一定的参考价值。

本书由国家中医药管理局重点学科——安徽中医药大学第一附属医院风湿免疫科编写,内容以中医为主,试图起到集思广益、抛砖引玉的作用。由于编者的水平及编写时间所限,书中肯定存在诸多不足,敬请广大同仁不吝批评指正,以便再版时修订。

编 者

目 录

总论篇

第一章 风湿病再认识	2	
第一节 风湿病的源流	2	
第二节 中医对风湿病病名的界定	7	
第二章 中医与风湿免疫研究	10	
第一节 对细胞免疫的影响	10	
第二节 对体液免疫的影响	15	
第三节 对神经—内分泌—免疫调节网络的影响	19	
第三章 风湿病中医病因病机研究	21	. 1 .
第四章 风湿病中医临床药物研究	32	
第一节 常用中药	32	
第二节 常用传统方剂	61	

各论篇

第一章 类风湿关节炎	82
第二章 强直性脊柱炎	103
第三章 风湿热	126
第四章 系统性红斑狼疮	147
第五章 多发性肌炎和皮肌炎	170
第六章 硬皮病	190
第七章 混合性结缔组织病	209
第八章 白塞病	228

第九章 干燥综合征	240
第十章 骨关节炎	256
第十一章 纤维肌痛综合征	272
第十二章 成人斯蒂尔病	282
第十三章 骨质疏松症	298
第十四章 雷诺综合征	311
第十五章 银屑病性关节炎	321
第十六章 反应性关节炎	332
参考文献	343

总
论
篇

第一章 风湿病再认识

第一节 风湿病的源流

风湿病从古代人们发现、提出到现在已有 2 000 多年的历史,其病因、发病机制、病理改变的过程至今仍困扰着人们。风湿病存在于人们的生活中,在人类众多的疾病中,该病仅表现出疾病的一般性,但其严重性、危害性及发病率却呈逐年上升趋势,严重损害着人们的机体,且其具有的遗传性又表明该病的特殊性。

“风湿”一词来自古希腊语“rheuma”,是“流动”的意思,指冷湿黏液从头部流至内脏、四肢而发生的病变。临床上,风湿性疾病(rheumatic diseases)是指一组以内科治疗为主的肌肉骨骼系统疾病,它包括:弥漫性结缔组织病及各种原因引起的关节和关节周围软组织,包括肌肉、肌腱、韧带等的疾病。风湿病学是一门新兴的研究风湿性疾病和风湿的临床学科。其发展与免疫学、遗传学、细胞生物学等学科密切相关。凡侵犯关节、肌肉、韧带、肌腱、滑囊等,以疼痛为主要表现的疾病,无论其发病原因如何,均属风湿病范畴。

一、中医对风湿病的认识

祖国传统医学对风湿性疾病的记载也可以追溯到公元前。风湿性疾病在祖国医学中属于痹证范畴。公元前 5 世纪的《黄帝内经》中,认为风、寒、湿三邪气杂合在一起侵袭人体,就形成痹证。远在原始社会,人们在烤火取暖的过程中,发现用兽皮、树皮包上

烧热的石块或砂土,贴敷在身体某部位用作局部取暖,可以消除因寒冷引起的腹痛和因寒湿引起的关节痛等,这就是原始的“热度法”。许多早期的典籍均对此做了详细的记载。我国先秦古籍《山海经》中记录了 38 种疾病,其中固定病名者有 23 种,痹证即是其中之一。《左传·昭公元年》提出了“风淫末疾”的概念,即风邪导致四肢疼痛。马王堆汉墓出土的竹简《足臂十一脉灸经》中,就有疾畀(痹)之称。在《内经·素问》中即有“痹论”专篇,首先提出“风、寒、湿三气杂至,合而为痹”及“其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”。《中藏经》明确提出了“热痹”的病名。张仲景在《金匮要略》中,提出了历节、血痹、痰饮夹痹等病证。到了晋唐,则称之为白虎病。痛风之名,起源于我国,见于丹溪所著的《格致余论》。张石顽在《张氏医通》中,对痛风作了扼要的归纳:“按痛风一证,灵枢谓之贼风,素问谓之痹,金匱名曰历节,后世多名白虎历节,多由风寒湿气乘虚袭于经络,气血凝滞所致。”说明了名虽不同,而其病则一,不过病因各有偏胜之不同,症状各异而已。明代张景岳提出:“凡肘膝肿痛,腿胫细小者,名为鹤膝风,风寒湿三气流注之病也。”这里所说之鹤膝风、流注,一般多载于中医外科医籍之中,分虚实两种。实证起病急,局部红肿热痛,恶寒发热,旋即腿形渐见瘦削;虚证起病缓,开始膝肿如绵,皮色不变,不焮热,继则疼痛日剧,两三个月后,屈伸不利,腿胫部大肉亦逐渐枯细,如鹤膝一样,故得名。这可能包括了关节积水、畸形、骨关节结核、骨瘤等疾病,值得进行鉴别。此外,尚有血风疮等,与结节性红斑不无相似之处。在妇科有“鸡爪风”一证,系指产后百脉空虚,气血不足,复受风寒之邪,致筋脉拘挛疼痛,不能伸屈的血痹一类疾病。所以我们还应从外科、内科中钻研其理论和内外合治的方法,以丰富知识、提高我们的业务水平,绝不应认为外科、妇科与我无关,而不去涉猎。《素问·痹论》所论的痹证范围甚广,归类较为清晰,是一篇具有总结性的专著,故我们现在依然以它作为分类的依据。



该论中除按风、寒、湿、热之偏胜而分为行痹、痛痹、着痹、热痹之外,还根据四时季节的差异、冷暖更替、受邪不同、发病部位不一等因素,分为肌、脉、骨、筋、皮之五体痹。如久而不愈,复感于邪,逐渐深入,由俞而内舍于五脏六腑之所合,成为肝、心、脾、肺、肾之五脏痹和六腑之肠痹、胞痹。其中所说的肾痹,其症状是“腹胀,足挛不伸,脊以代头,伛偻不直”等,明确描述了肢体关节、脊柱弯曲畸形等严重情况。其次,前人将病程长、反复发作、关节僵硬变形、疼痛较剧、久治不愈者,称为久痹或顽痹,这实际包括了类风湿关节炎在内。

痹证范围甚广,涉及病种繁多,这里系指外以风、寒、湿、燥、火之邪,乘虚侵袭人体肌表、经脉,致气血运行不畅,从而引起肢体、关节、肌肉等部位的疼痛、酸楚、麻木、屈伸不利和关节肿胀、变形等症状,故统称为痹证。痹证的定义,正如张景岳所说:“痹者,闭也,以血气为邪所闭,不得通行而病也。”(《景岳全书·杂证谟·风痹》)。

二、现代医学对风湿病的认识

今天,人们在进一步发现、认识疾病的基础上,将其归类总结成10多类、100多种。其共性:风湿病是因遗传、环境、社会等因素致病;其个性,即表现在每个人的症状、症候是不一样的,有的患者表现为一种症状,有的患者则表现出多种症状、症候。

西方医学奠基人希波克拉底提出的“体液学说”,认为人体由血液、黏液、黄胆和黑胆四种体液组成,这四种体液的不同配合使人们有不同的体质,其中任何一种的缺少都会使人发病;同时发现因湿冷侵入人体,会引起风湿病。这与传统的中国中医学《黄帝内经》中“痹论篇”所论及的内容有着异曲同工之处。《黄帝内经》中“痹论篇”论及的痹证,即指因风、寒、湿侵袭人体,闭阻经络,从而导致人体气血运行不畅的一系列病证。这里所述的因风、寒、湿引起肢体病变、脏腑病变,与希波克拉底提出的“因湿冷下注人体的

肢体、内脏引起风湿病”的观点,同样说明了古代医家们在认识风湿病的同时,已将该病作为特殊疾病来对待,并形成了专门的医学理论篇章。

19 世纪,达尔文在《物种起源》中,论及不定变异性与一定变异性,认为条件作用于每一个体具不定效果,在列举环境因素对人体疾病影响时说:“……这与寒冷对于不同的人所发生的不同影响几乎是一样的,由于他们身体状况或体质的不同,因而会引起咳嗽或感冒,风湿病或一些器官的炎症。”这说明 2 000 多年来,人们对风湿病的认识:病因仍是由寒冷而起,并因此引起人体某些器官的炎症、病变。

随着现代科学技术的发展,人们在理论与实践基础上对风湿病的认识加深和研究技术水平的提高,风湿病的种类已越来越多地为人们所发现。现代医学对风湿病的认识:一是对风湿病的发现,有的说是 100 多种,有的说几百种;二是风湿病主要侵犯关节、肌肉、骨骼及关节周围的软组织,如韧带、滑囊、筋膜、肌腱等部位。

· 5 ·

三、对风湿病的再认识

我们只要留意就不难发现:在现代中、西医学的临床实践中以及现代医书(或医学教材)阐释中,对风湿病的发现无论有多少种,在病因或发病机制方面,除个别的能说出病因外,大多数是以“不清楚、原因不明、目前有争议”,或者是以“可能与遗传或其他因素有关”来描述的。这说明对风湿病的认识仍处在研究、探索和发现阶段。

由于历史局限的原因,传统的医学在当时社会发展落后的情况下,对风湿病(为表述方便,暂且用这一名词)缺乏必要的检测手段,对各种风湿病的认识仅局限于风、寒、湿是致病因素。而现代医学对风湿病的研究也仅限于现代技术手段,却忽略了传统医学中对风湿病的可预防、治疗和控制。



任何事物的发生、发展到被认识都要有一个过程,这就要求我们对风湿病也要有一个重新的认识。

重新认识风湿病,不是摒弃人类社会的在风湿病医学领域里的实践和科学成果,而是在不断有所发现的基础上,逐步完善、弥补这一医学领域里的缺失与空白,使其得到进一步的发展。自从发现、认识风湿病以来,人们在征服这类疾病的漫长实践活动中,对其临床表现和发病机制进行了不懈的探索和研究,并不断地总结前人的经验,提出新的理论。

时至今日,我们在探索、发现、研究风湿病的基础上,全面、系统地总结出风湿病的病因,发病机制,病变的过程,预防办法与措施,诊治的方法和技术手段,控制的计划,以及注意的事项和康复保证。

关于风湿病的病因,目前在中国的中医临床中,一方面随同现代医学的观点,认为有遗传因素、药物因素等;另一方面仍保留中医的观点,认为有环境因素(风、寒、湿)、内伤、外伤等。风湿病发病机制:现代医学的观点如前所述,而现代中医也基本倾向现代医学“原因不明”等观点的说法。风湿病病变的过程:现代医学在表述某些风湿病时,只显示了一个片段,例如《内科学》在“诊断和鉴别诊断强直性脊柱炎”时,“常用的是 1966 年纽约标准和 1984 年修订的纽约分类标准。”其实不然,依此诊断出的强直性脊柱炎患者,其病情病变的级别已是中期或已向晚期转化的阶段。从早期发病到最终确诊,其间大多经历了 10 多年时间。

有报道称:“中国中西医结合学会风湿类疾病委员会近期的一次抽样调查结果显示,在中国被抽样调查的 106 678 人当中,风湿病患者达到 18 552 人,超过总数的 17.4%。”其实,如果我们把因风、寒、湿引起的一般性腰腿痛、肩周炎、鼻炎等患者包括在内的话,这个百分数还会更高。这说明社会人群中风湿病患者正呈逐年上升趋势,而风湿病又具有遗传因素,这就不能不引起我们的高

度重视。

由于世界范围内对风湿病仍存在认识和诊断标准的不确切性,更因为现代医学领域里,在风湿病患者用药方面,仍处于研制、试用阶段;再加上目前,传统医学也只能在风湿病发病后对病情起到控制作用,而在风湿病医学预防方面并没有加以充分认识和采取相应的有效措施,因此出现了风湿病发病率高、误诊率高及治疗、控制难的“两高一难”境地。

依靠古人给我们留下的宝贵医学遗产,依托现代科学技术和手段,尊重、融合传统医学和现代医学的优势,我们有理由相信:风湿性疾病是一定能够预防发生、治愈和控制的,并能使风湿病在全社会范围内的发病率呈逐年下降的趋势,最终将其发病率控制在最小的范围内。

由于传统医学与现代医学构建于不同的理论体系之上,且中西方不同的文化背景也影响各自医学的发展方向,因此二者之间是不具备可比性的。但从上面的描述可以看出,无论是西医还是中医,现代医学还是传统医学,对痹证的认识还是有很多相近之处的。《内经》时代之后,中医进入一个新的发展阶段,在疾病的认识、病因的认识以及治疗方法的多样性等方面,都有了长足的进步。

· 7 ·

第二节 中医对风湿病病名的界定

历代医家对风湿病病名有诸多认识,较多按其临床症状而定义。中医对疾病的认识包括了辨证与辨病两个部分,这两个部分是并行的,中医多数诊断是证候诊断,而“痹证”是中医为数不多的病名诊断之一。《素问·痹论》中指出:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹。”明确了风寒湿邪是痹证的主要成因,且痹证的发生与邪气的强弱、正



气的盛衰有密切的关系,为后人对痹证的认识与治疗提供了理论基础。在《金匱要略·中风历节病脉证并治》中,首次创立了治疗外感寒邪、郁而化热导致热痹的代表方,这样就将痹证分为风寒湿痹与风湿热痹两大类,并对后世医家的临床实践起到了指导作用。传统医学对痹证的认识并未停留在这一层面,而是进一步加以阐述:“以冬遇此者为骨痹;以春遇此者为筋痹;以夏遇此者为脉痹;以至阴遇此者为肌痹;以秋遇此者为皮痹。”“骨痹不已……内舍于肾;筋痹不已……内舍于肝;脉痹不已……内舍于心;肌痹不已……内舍于脾;皮痹不已……内舍于肺。”提出了“五体痹”和“五脏痹”的观点,这样就将痹证从单纯的关节病变上升至系统性疾病的高度,同时指出五脏痹是因为“各以其时重感于风寒湿之气也”,将内与外、整体与局部有机地结合在一起,既符合疾病的发展规律,也是中医整体观念在疾病认识中的具体体现。

· 8 ·

如前所述,《素问·痹论篇》始称之为“痹”,列有专篇详细地论述了本病的病因病机、分类、症候及预后转归,并有“尻以代踵,脊以代头”的论述。我国第一部药物学专著《神农本草经》中记载的痹证病名有:风寒痹、湿痹、风湿痹、风寒湿痹、风痉痹、胃痹、肉痹、血痹、寒湿痿痹等,其中血痹、风痉痹、肉痹、胃痹等为《内经》所未记载的。该专著中还记载了治疗痹证的药物 80 种,为治疗痹证奠定了药物学基础。汉代张仲景又提出“历节”病名,如《金匱要略·中风历节病脉证并治》云:“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹。”“营气不通,卫不独行,营卫俱微,三焦无所御,四属断绝,身体羸瘦,独足肿大,黄汗出,胫冷,假令发热,便为历节也。”“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩,短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之。”这些记载均详细地描述了本病的临床特征,总结了历节具有的特异性症候和体征,其提出的方药,至今仍为临床所常用,且疗效确切。华佗《中藏经》着重提出了痹证与七情致病的关系,并提出了暑邪致病和热痹、气痹之说。隋代巢元方《诸病源

候论·历节风候》中以病因多风而名为“历节风”，谓：“历节风之状，短气，自汗出，历节疼痛不可忍，屈伸不得是也。”唐代王焘《外台秘要·白虎方五首》中以其昼静旦发、痛如虎啮而名为“白虎病”，“白虎病者……，其疾昼静而夜发，发即彻髓，酸痛乍歇，其病如虎之啮，故名白虎之病也。”宋代许叔微《普济本事方·诸痹门》称其为“白虎历节”。朱丹溪称其为“痛风”，如《丹溪心法·痛风》云：“痛风为‘四肢百病走痛是也，他方谓白虎历节证’。”严用和《济生方·诸痹门》中载：“白虎历节……其痛彻骨，如虎之啮，故名白虎也。”《证治准绳·痿痹门》则称其为白虎历节、历节风、骨痹、鹤膝风、痛风、顽痹等。历代医家对本病病名的认识较为不一，有周痹、肾痹、骨痹、白虎病、白虎历节、历节风、鹤膝风、痛风、顽痹等。这些命名或从症状或从病因，尚难取得一致认可。现代医家则逐渐完善了中医风湿病的内涵，提出了尪痹、燥痹、阴阳毒等概念，并逐渐形成共识，制定了中医临床标准。



第二章 中医与风湿免疫研究

中医学在基本理论方面与免疫学有许多相似之处。近 10 年来,国内不少学者在这方面做了大量探索性研究工作。早在 2000 多年前的《内经》中就指出:“真气从之,精神内守,病安从来。”这里所说的“真气”,就是机体抵抗病邪的“正气”,只要体内正气旺盛,纵有许多致病因素(邪气),正气也能抵御(驱出或消灭之),机体就可免于生病。中医非常强调“正气”在发病学上的主导作用。《内经》说“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”,认为疾病的发生、发展和转归,取决于正邪斗争的结果,从而提出了“扶正祛邪”的基本治疗法则。实践证明,这种从整体出发,强调正气与疾病斗争的指导思想,对防止疾病具有重要的指导意义。中医学不但对增强机体免疫能力有行之有效的理论和方法,而且对迄今尚无有效治疗办法的免疫性疾病,也积累了丰富的治疗经验。

第一节 对细胞免疫的影响

细胞免疫(cellular immunity):T 细胞受到抗原刺激后,增殖、分化、转化为致敏 T 细胞(也叫效应 T 细胞)。当相同抗原再次进入机体的细胞中时,致敏 T 细胞(效应 T 细胞)对抗原的直接杀伤作用及致敏 T 细胞所释放的细胞因子的协同杀伤作用,统称为细胞免疫。中医认为“正气存内,邪不可干”,说明疾病的发生与人体的免疫力(抵抗力)密切相关。尽管人类疾病种类繁多,发病原因各异,病理机制千差万别,但是,从现代医学观念来看,伴有免疫功能改变的疾病不乏其数。在中医漫长的发展历程中,中药一直是

最重要的治疗手段。毫无疑问,几千年来,中药在治疗许多与免疫有关的疾病中发挥了重要作用。

一、对单核巨噬细胞系统的影响

单核巨噬细胞系统是具有多种功能的重要免疫细胞群,可通过处理抗原和释放可溶性因子,对免疫功能起重要的调节作用。中药对于单核巨噬细胞系统有增强、抑制以及双向调节作用。

(一) 免疫增强作用

大量的研究证实,银耳多糖、灵芝多精糖能增强单核巨噬细胞系统的活性,尤其是对血流中³²P标记的金黄色葡萄球菌具吞噬作用;莪术多糖能增强巨噬细胞酸性磷酸酶的活性;猪苓多糖能使巨噬细胞内多糖含量增加,酶活性增强,促进巨噬细胞的活性,同时对外周血单核细胞有促增殖作用,增强免疫杀伤力;枸杞多糖、淫羊藿多糖、黄芪多糖、柴胡、牛膝多糖、人参多糖、绞股蓝多糖、党参多糖、当归多糖等都能促进巨噬细胞的吞噬功能。柴胡皂苷、黄芪皂苷、人参皂苷、绞股蓝皂苷、芒果苷等苷类药物均可通过激活巨噬细胞系统,增强免疫调节作用。此外,大黄素可以通过调节细胞内钙离子的含量来调节巨噬细胞的免疫功能。黄芩素、黄连素、红花黄色素、五加皮素等亦能促进巨噬细胞的活性,增强免疫功能。

(二) 免疫抑制作用

青藤碱使巨噬细胞系统活性及合成前列腺素和白三烯的水平明显下降。粉防己碱能抑制巨噬细胞呼吸爆发,减少氧自由基的生产,下调多种炎性细胞因子的合成与释放,通过下调T细胞蛋白激酶C信号转导通路,抑制T细胞增殖及下调T细胞激活的抗原CD71的表达。红花总黄素使巨噬细胞和全血白细胞吞噬葡萄球菌的能力下降。甘草成分甘草酸能抑制抗体生成。苦参总碱和苦参槐定碱对巨噬细胞吞噬功能有抑制作用。麻黄降低巨噬细胞高反应性,减少巨噬细胞分泌IL-1及TNF- α 。

· 11 ·

