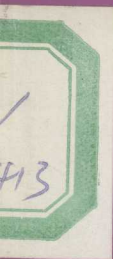


· 中西医诊断与治疗丛书 ·

类风湿性关节炎 的中西医诊断与治疗

总编 黄泰康

编著 李天庆 崔 昕
李大庆 艾 民



中国医药科技出版社

类风湿性关节炎的中西医诊断与治疗

总 编 黄泰康
编 著 李天庆 崔 昕
李大庆 艾 民



重医附一院

00162022

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

内 容 提 要

本书从中、西医两个角度对类风湿性关节炎的发病情况、病因病理、临床表现、诊断、鉴别诊断、治疗、康复等内容进行了全面阐述,其中着重介绍了类风湿性关节炎中、西医诊疗新技术、新方法。

该书融中、西医知识为一体,是作者参考国内外最新科研成果,结合自己多年的临床经验编写而成,具有一定的先进性、实用性、独特性。可供中、西医临床工作者、患者以及医学爱好者阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

类风湿性关节炎的中西医诊断与治疗/李天庆等编著.
—北京:中国医药科技出版社,1999(中西医诊断与治疗丛书)

ISBN 7-5067-1974-6

I. 类… II. 李… III. 类风湿性关节炎-中西医结合疗法
IV. R593.22

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 02167 号

中国医药科技出版社 出版
(北京市海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

北京昌平精工印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 $787 \times 1092 \text{mm}^{1/32}$ 印张 $13\frac{1}{2}$

字数 287 千字 印数 1—4000

1999 年 5 月第 1 版 1999 年 5 月第 1 次印刷

定价:19.00 元

总 编 黄泰康

副 总 编 (按姓氏笔画为序)

田 心 易至刚 罗和古

柯新桥 鲍 明

编 委 曹达柏 高玉华 巢中柱

付美红 李求兵 李天庆

王 荔 仝战旗 李 筠

编者的话

中西医结合是我国医学的一大特色,一大优势。各种疾病的中西医诊治也一直受到广大医药工作者的重视,随着临床实践和科学研究的不断深入,各种中西医诊疗技术和方法在不断创新和提高。

目前,我国中西医结合方面的著作很多,其中绝大多数为综合性作品,这些书有其优势,但限于篇幅,往往未能对各病种的诊治详细地展开阐述,难以充分反映当代中西医诊治该病的内容,故而,我们组织编写出版这套中西医诊断与治疗丛书。

本丛书每一分册从中西医结合的角度,全面系统地阐述了各病种的发病情况、病因、临床表现、诊断、治疗、预防、调护等内容,其中着重阐述了该病的中西医诊断与治疗的新方法、新技术。本丛书面向临床,注重实用,充分体现出了中西医优势互补,有助于读者运用中西医结合知识有效地解决临床上遇到的有关疾病的各种问题。

本丛书的编写过程中参阅了大量的中外医药文献,在此向各有关文献的作者和出版者表示诚挚的谢意!

本丛书的作者是来自中国中医研究院、中日友好医院、天津中医学院、北京中医药大学、湖北中医学院

等单位的从事了多年临床实践和科研工作的专家和学者。由于我们水平有限,书中缺点和疏漏尚难避免,谨请广大读者提出宝贵意见,以便再版时修订,使之日臻完善。

黄泰康

1998年10月

前 言

类风湿性关节炎是临床上的常见病、多发病,除侵犯人体关节滑膜外,还可侵犯其他结缔组织,故又称类风湿病,具有慢性、反复发作、致残率高的特点。类风湿性关节炎属于中医痹证范畴,但就其发病特点及其慢性病程来看,应与一般痹证有所区别,与历代医家所论述的“尪痹”、“顽痹”、“历节”极为相似。近年来,现代类风湿性关节炎的病因、病理、病机及治疗等方面都取得了很大进展,已经形成了较为完善的论治体系;祖国医学对于类风湿性关节炎的认识也有了较大的发展,辨证论治的理论体系进一步得到完善,类风湿性关节炎动物模型的建立,多种新型科研中成药的问世,都为临床医生更好的治疗这种疑难病提供了有力条件。正是由于近年来现代医学和祖国医学都有较大的发展,这本中西医结合治疗类风湿性关节炎的专著就应运而生了。

本书特别强调中西医结合的特点,力求将基础知识与临床实践密切结合;并将中西医的新进展介绍给读者。全书共8章。前两章是基础,包括了概论和病因病理内容;第三、四、五章分别介绍类风湿性关节炎的临床表现、实验室检查、诊断与鉴别诊断内容;第六、七章是本书的重点所在,分别介绍了中西医及康复治疗

疗;第八章介绍了幼年类风湿性关节炎和成人 Still 病;本书的附录内容包括了风湿类疾病的国内外诊断标准、类风湿性关节炎动物模型、方剂索引以及参考文献等。

本书以科学性、先进性、实用性相结合为原则,力争能满足临床各级人员的需要,达到雅俗共赏的目的。但由于笔者水平有限,而且近年来类风湿性关节炎的理论及临床发展均较快,书中难免存在缺点和疏漏,衷心的希望读者批评和指正。

作者

1998 年 10 月

目 录

第一章 概论	(1)
第一节 定义	(1)
第二节 认识沿革	(2)
第三节 类风湿性关节炎的发病情况	(6)
第二章 病因病理	(8)
第一节 病因	(8)
第二节 病理	(12)
第三节 发病机制	(16)
第四节 中医对类风湿性关节炎病因病机的认识	(20)
第三章 临床表现	(29)
第一节 发病类型	(29)
第二节 症状与体征	(31)
第四章 实验室检查	(52)
第一节 生化检查	(52)
第二节 X线表现	(58)
第三节 关节镜检查	(67)
第五章 诊断与鉴别诊断	(68)
第一节 诊断	(68)
第二节 鉴别诊断	(72)

第六章 治疗	(79)
第一节 中医辨证治疗	(79)
第二节 固定成方加减治疗	(87)
第三节 中成药治疗	(109)
第四节 中药外治法	(172)
第五节 单方验方	(182)
第六节 针灸推拿疗法	(192)
第七节 食疗	(198)
第八节 名老中医治痹经验	(206)
第九节 常用中药抗类风湿药理研究	(236)
第十节 西医治疗	(268)
第七章 康复	(313)
第一节 类风湿性关节炎功能障碍的评定	(314)
第二节 康复治疗	(323)
第八章 幼年类风湿性关节炎和成人 Still 病	(343)
第一节 概述	(343)
第二节 临床表现及分型	(344)
第三节 实验室检查	(347)
第四节 诊断与鉴别诊断	(349)
第五节 治疗	(351)
第六节 预后	(355)
附录 1 风湿类疾病国内外诊断标准	(356)
附录 2 类风湿性关节炎实验动物模型	(381)
附录 3 方剂索引	(394)
参考文献	(414)

第一章 概 论

第一节 定 义

类风湿性关节炎(RA)是一种以慢性多关节炎症为主要表现的全身性自身免疫性疾病,病变主要侵犯关节滑膜,其次为浆膜、心、肺、动脉、神经、眼等结缔组织;除关节炎外,还可引起心包炎、心肌炎、胸膜炎、间质性肺炎、肾淀粉样变、眼部疾患(如巩膜炎、虹膜炎),并发血管炎以及周围神经损害等等,是一种广泛的结缔组织病,因此又称之为类风湿病。类风湿性关节炎常侵犯多个关节,从手、足、腕等小关节起病,呈对称性,具有慢性、反复发作、致残率高的特点。本病首发症状常在关节,表现为关节晨僵、肿痛,以近端指间关节尤其中指指间关节最为多见,上肢比下肢常见,多呈对称性,持续数周,可有间歇性、游走性表现,常伴低热、疲乏、无力、周身不适,食欲不振和体重下降等。其病理变化特点为关节滑膜慢性炎症,滑膜增生,炎症细胞浸润,血管翳(肉芽肿)形成,软骨及骨组织侵蚀,最后关节结构破坏,关节功能丧失。类风湿性关节炎的病因尚不明确,一般认为是由多种因素诱发机体的自身免疫反应而致病,如遗传因素、感染因素(包括病毒、细菌)等。女性发病多于男性,男女之比约为1:3.5。

类风湿性关节炎属于祖国医学痹证的范畴。《素问·痹论》对痹证的病因、病机、分类做了经典的论述。认为“风寒湿三气杂至，合而为痹也”，阐明了痹证是由于风寒湿侵犯人体，留滞肌肉经络，导致气血闭阻，从而引起关节疼痛、麻木、酸楚、屈伸不利等症状的一类疾病。同时又指出“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也”，说明古人也把本病看作是一种全身性疾病。但痹证这一概念，几乎包括了现代医学所指的各种关节疾病，如类风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、骨性关节炎、痛风等，而这些疾病的病因、病理、临床表现及预后相差很大。类风湿性关节炎应与一般的痹证相区别，应属于痹证之“顽痹”、“白虎历节”、“骨痹”、“历节风”等病范畴。

第二节 认识沿革

一、中医对类风湿性关节炎的认识沿革

类风湿性关节炎在祖国医学中属于痹证的范畴。痹证的最早论述见于长沙马王堆出土的帛书及木简。而对本病的系统认识，则首见于《黄帝内经》。《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，湿气胜者为着痹也。”说明风寒湿三气是致痹的外因。并将痹病分为行痹、痛痹、着痹、筋痹、脉痹、肌痹、皮痹、心痹、肝痹、脾痹、肺痹、肾痹、周痹、众痹、血痹等，提出以针刺和药熨来治疗痹证。并有“其风气胜者，其人易已也”，“其入脏者死，其留连筋骨间者痛久，其留皮肤

者易己”等关于痹证预后的论述。

汉代张仲景对痹证有了进一步认识。《金匱要略》中首先提出“风湿”与“历节”的病名，并对其分篇论述，而且专门论述了“血痹”。治疗上提出了辨证论治，并创立了相应的方剂，如“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。若大便坚，小便自利者，去桂加白术汤主之。”《金匱要略·中风历节病脉证并治》中指出：“寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝，汗出入水中，历节黄汗出，故曰历节。”“病历节不可屈伸，疼痛，乌头汤主之”。《金匱要略·血痹虚劳病脉证》中说“血痹，阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外症身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之”。仲景所提出的散风除湿，微发其汗；温经解表，散寒除湿；温经散寒，除湿止痛等治疗大法和其中许多处方一直沿用至今。

在《黄帝内经》与《伤寒杂病论》的基础上，后世医家对于痹证的病因病机认识和治疗有了很大发展。如华佗《中藏经》认为本病与七情致病有关，并首次提出暑邪致痹和热痹。隋代巢元方的《诸病源候论》对痹证进行了详细的分类，并强调历节风是由于气血本虚，饮酒腠理开，汗出当风所致。唐代王焘的《外台秘要》提出的白虎历节一病，其症状与今天的类风湿性关节炎更为相似。孙思邈的《千金要方》中则搜集了很多治疗痹证的方药和疗法，如汤、散、酒、药、膏、按摩、针灸等。皇甫谧《针灸甲乙经》中记载了许多有关针灸治疗痹证的穴位和方法。至宋代的《圣济总录》和《太平圣惠方》则在治疗方药上有了更大的发展，尤

其是比前人更多的使用了虫类药。金元四大家提倡“古方不能尽治今病”，对于痹证的认识各有发展。如张子和在《儒门事亲》中说：“痹病以湿热为源，风寒为兼，三气合而为痹”。而朱丹溪《格致余论》，则提出“痛风”一说，认为“彼痛风也者，大率因血受热，己自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或偏取凉，或卧当风，寒凉外搏，热血得寒，汗浊凝涩，所以作痛。夜则痛甚，行于阴也”。明清时代温病学派的兴起对湿热痹的认识更加深入，清代的王清任的《医林改错》则提出了“痹由瘀血致病”的新观点。

建国以来，经过广大医疗工作者的不断努力，中医对痹证的认识已经形成了较为完善的体系。在辨证论治方面，焦树德《痹病论治学》总结了散风宣痹法、散寒通痹法、除湿蠲痹法、清热通痹法、散寒除湿法、祛风散寒法、祛风化湿法、祛湿清热法、淡渗利湿法、寒温并用法、补肾壮骨法、搜风剔络法等 32 种治法。单味药的研究也取得了一定的进展，研究最多的是卫矛科雷公藤和昆明山海棠，其次为青风藤、寻骨风、九节兰、闹洋花以及动物药蛇、虫、骨等。特别是中西医结合治疗类风湿性关节炎对于控制病情发展，改善关节症状，提高患者生活质量（QOL）取得了很大进步。

二、现代医学对类风湿性关节炎的认识沿革

早在 1763 年 Sauvages 就曾描述过一种可能发生于急性风湿病后的继发性关节炎：手指肿胀形如胡桃，但不像痛风那样形成结石或周期性发作，而常是突然发作，侵犯手足，并使手指变形弯曲，且持续存在，直至死亡。最早区别 RA 的是巴黎医生 Candré-Beauvais，1800 年他在论文中以“原

发虚弱性痛风”记述了本病的大部分突出表现，并指出此病好发于女性。他认为本病在“原来虚弱”的和贫困的人群中发生，而真性痛风则在强健富有的人群中发生。1819年 Brodie 对 RA 作了比较清楚的描述，指出病变从滑膜开始，继而引起关节软骨损害。

1858年 Remak 等根据病变的双侧性和对称性以及有选择地使手臂肌肉废用等，提出本病继发于脊髓损害的观点，但在脊髓中从未证实有病变。1859年 Garrod 提出以类风湿性关节炎来代替诸如风湿性痛风、慢性风湿性关节炎等病名。

1896年 Bannatyne 发表了首张 RA 放射线图像。1904年 Goldthwait 首次对“萎缩性”（类风湿性）和增生性（骨性）关节炎进行了分类。1907年 Strangeways 在研究特殊疾病的剑桥委员会赞助下，对 RA 进行了病理学探讨，并重新提出 RA 可能是感染所致。1912年 Billings 提出 RA 是对不同的慢性局灶性感染发生反应的类风湿因子假说，从此开始了对类风湿因子的探讨。1940年 Waaler 在研究补体结合试验时发现，羊红细胞加入兔抗羊细胞血清后与某些 RA 患者血清发生凝集反应。1948年 Rose 与 Ragan 创立了以致敏羊红细胞凝集反应诊断 RA 的方法。此后经过多次改进，1956年 Singer 与 Plotz 发表了采用人 γ -球蛋白包裹聚苯乙烯乳胶颗粒混悬液作为检查液的新方法，并迅速得到推广使用。

1941年以前美国称类风湿性关节炎为萎缩性关节炎和慢性感染性关节炎，1941年以后，始用类风湿性关节炎一名，但仍将强直性脊柱炎称为类风湿性脊柱炎。近年来通过类风湿因子的测定和组织相容性抗原 HLA-B₂₇ 的发现，证实

了强直性脊柱炎和 RA 是完全不同的两种疾病, 才将两者区分开。

历史上对于 RA 的名称, 各国有很大不同, 英美称之为类风湿性关节炎; 法国、比利时等法语系国家称之为慢性进展性多关节炎; 德国、捷克等国家称之为原发性慢性多关节炎; 前苏联称之为传染性非特异性多关节炎; 日本称之为慢性关节风湿症; 我国以前教科书和文献上称之为倭麻质斯、慢性风湿病、畸形性关节炎、增殖性关节炎、萎缩性关节炎和风湿样关节炎。本世纪 60 年代后趋于统一, 称为类风湿性关节炎。

第三节 类风湿性关节炎的发病情况

类风湿性关节炎 (RA) 是一个世界范围性疾病, 分布于各种族和各民族。多见于温带和寒带地区。RA 可以发生在任何年龄段, 随年龄的增高其发病率有增加趋势。女性高发年龄为 45~54 岁, 然后保持不变; 而男性随年龄增加而逐渐增加。女性易患本病, 男女之比约为 1:3.5。发达国家患病率为 0.4%~1.0%。经济不发达国家患病率低。其原因可能与其人口结构以及人均寿命有一定关系。世界上 RA 高发地区有: 美国 Pina. Chippeua 的印第安人的患病率高达 5%, 芬兰为 2%。

RA 发病率在每 10 万成年人口中约为 20~40 人。如日本、芬兰为 42~45 个/10 万人口 (1968)。按照罗马标准, 1950~1970 年 Lins 等人对美国曼彻斯特和密苏里达地区的调查表明, 男性每 10 万人口约 28.5 人, 女性每 10 万人口

约 67.5 人，总发病率为 29/10 万人口。我国尚缺乏这方面的资料。据最近调查发现，我国平均发病年龄为 36.5 ± 12.3 岁，发病率 $0.32\% \sim 0.4\%$ ，以东北、华北地区为多。中国中西医结合防治风湿类疾病协作组截止 1995 年 10 月对我国 15 个省、自治区、直辖市完成了 27 个样本的“风湿四病的流行病学抽样调查。在此次普查的 63539 人中 RA 患者 437 人，患病率为 0.69% 。其中 18~30 岁人群中患病率为 0.28% ，31~40 岁患病率为 0.65% ，41~50 岁患病率为 1.10% ，51~60 岁患病率为 1.62% ，61 岁以上人群中患病率为 1.13% ；其中男性患病率为 0.29% ，女性患病率为 0.97% ，男女患病率比为 $1:3.34$ 。

参考文献

1. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
2. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
3. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
4. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
5. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
6. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
7. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
8. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
9. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
10. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
11. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
12. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
13. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
14. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
15. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
16. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
17. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
18. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
19. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
20. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
21. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
22. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
23. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
24. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
25. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
26. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
27. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
28. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
29. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
30. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
31. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
32. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
33. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
34. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
35. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
36. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
37. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
38. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
39. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
40. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
41. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
42. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
43. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
44. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
45. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
46. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
47. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
48. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
49. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
50. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
51. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
52. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
53. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
54. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
55. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
56. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
57. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
58. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
59. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
60. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
61. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
62. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
63. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
64. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
65. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
66. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
67. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
68. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
69. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
70. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
71. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
72. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
73. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
74. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
75. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
76. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
77. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
78. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
79. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
80. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
81. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
82. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
83. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
84. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
85. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
86. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
87. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
88. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
89. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
90. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
91. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
92. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
93. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
94. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
95. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
96. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
97. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
98. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
99. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.
100. 中华风湿病学杂志，1995，9(1): 1-4.