

序 言

当人类医学的长河奔流至 21 世纪，我们站在了一个前所未有的交汇点上。一边是源远流长、博大精深的东方智慧，它以整体、动态、辩证的视角审视生命与疾病；另一边是日新月异、精微确凿的现代西方科学，它以分析、实证、还原的方法探求病理与治疗。在风湿病学这一充满挑战与复杂的领域，这两种伟大的医学，正从最初的隔岸相望，走向今天的激流汇合，共同孕育出一门充满生机与希望的崭新学科——中西结合风湿病学。

本书的编撰，正是这一历史性汇流的见证与结晶。它并非简单地将中、西医两种知识并置陈列，而是致力于探索其内在的哲学融通、理论互补与临床协同，旨在为饱受风湿免疫疾病困扰的患者，开辟一条更为安全、有效、人性化的康庄大道。

一、必然之选：时代呼唤下的医学融合

风湿免疫性疾病，诸如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、干燥综合征、痛风等，以慢性、进行性、致残性高的特点，已成为全球性的重大公共卫生问题之一。这类疾病病因隐匿、病机复杂，常累及多系统、多脏器，被现代医学视为“不治之症”，其治疗目标多为控制病情、缓解症状、延缓进展。

现代医学，尤其是分子生物学的飞速发展，为我们带来了生物制剂、靶向药物等“精准靶向”的武器，在快速控制炎症、阻止疾病进展方面取得了革命性突破。然而，其局限性亦随之显现：高昂的费用令许多患者望而却步；潜在的感染、肿瘤等风险如影随形；对于部分难治性患者，疗效仍不尽如人意；更重要的是，它长于“治标”与“局部”，却往往短于“调本”与“整体”，对于改善患者的全身状态、提高生活质量、调节免疫稳态等方面，常感力有不逮。

反观中医，在数千年的实践中，对风湿类疾病（属中医学“痹证”“历节”“尪痹”等范畴）积累了极其丰富的经验。中医学不是简单地从“微观病原体”入手，而是立足于“人”这一整体，运用阴阳、五行、气血、脏腑、经络理论，将疾病视为人体内部及人与外界环境失衡的结果。其核心优势在于：①整体观念与个体化治疗。强调“因人、因时、因地”制宜，实现真正的精准辨证与“同病异治”。②动态演变与未病先防。关注疾病传变规律，主张“既病防变”，在亚临床阶段即进行干预。③多靶点调节与扶正祛邪。通过复方药物的协同作用，在抗炎镇痛的同时，注重调节免疫平衡、修复机体损伤、改善体质。

因此，将中医的整体、动态、调节之长，与西医的精准、强力、规范之优相结合，已不再是可有可无的选项，而是应对风湿病这一复杂巨系统的时代必然和临床必需。

二、融通之道：从“相加”到“相融”的哲学与实践

中西结合风湿病学的精髓，在于“结合”二字。其初级形态，是“中西药并用”，即在西医诊断和常规治疗的基础上，加用中药。这在临床上已显示出能增强疗效、减轻西药毒副作用、改善患者体质的优势。例如，在应用甲氨蝶呤时，配合健脾和胃、补益肝肾的中药，可显著减轻其胃肠道反应及肝损伤；在使用生物制剂控制急性炎症后，以活血化瘀、益肾壮骨之法巩固治疗，有助于修复骨破坏，减少复发。然而，真正意义上的结合，远不止于此。它要求我们从更深入的层面，实现理论与思维的“融通”。

首先，是诊断思维的结合。我们倡导“病证结合”的诊断模式。即以现代医学的“病”为纲，明确诊断、分期、分型，评估病情活动度与预后；再以中医的“证”为目，辨别患者在特定阶段的病因病机、气血阴阳盛衰。例如，一位“类风湿关节炎”患者，在急性活动期可能表现为“湿热痹阻证”，治疗上当清热利湿、通络止痛；进入缓解期后，可能转为“肝肾亏虚、痰瘀互结证”，治疗则需滋补肝肾、化痰祛瘀。如此，“病”决定了治疗的战略方向，“证”则指导了治疗的战术选择，使得治疗既有全局观，又有灵活性。

其次，是治疗理念的互补。我们可以形象地比喻：西医如同“特种部队”，擅长在关键时刻（急性期、高疾病活动度）进行“精准打击”，快速控制炎症“火势”；中医则如同“生态工程师”，善于“调理山河”，通过扶助正气、清除内邪，改善体内的“土壤环境”，使疾病无处滋生，从而实现长期稳定。二者相辅相成，标本兼治。

最后，是疗效评价体系的整合。除了采纳西医的实验室指标（如血沉、C 反应蛋白、自身抗体）和影像学评估外，我们更应高度重视中医证候积分、患者报告结局（如疼痛、疲劳、僵硬感）以及生存质量的综合评价。一个理想的结果，不仅是化验单上的数字恢复至正常范围，更是患者重新获得有活力、有尊严的生活。

三、未来之路：守正创新，任重道远

中西结合风湿病学是一门年轻而充满活力的学科，其发展前景广阔，但挑战亦十分艰巨。

1. 守正是根基

我们必须深入学习与传承中医经典理论的精髓，避免“废医存药”的短视行为。没有深厚的中医理论指导，中药的应用将成为无源之水、无本之木。同时，也要牢牢掌握现代风湿病学的最新进展，确保诊疗的规范性与安全性。

2. 创新是动力

未来的研究应致力于以下几个方面。

1) 标准化与客观化：推动中医证候诊断的标准化，并利用基因组学、蛋白组学、代谢组学等现代技术，探寻“证”的生物学基础，使辨证论治更具客观依据。

2) 方药机理现代化：深入研究有效中药复方及单体的作用机制，阐明其多成分、多靶点、整合调节的科学内涵，为临床推广应用提供高级别循证医学证据。

3) 诊疗方案优化：通过大样本、多中心的临床研究，建立不同风湿病在不同阶段、不

同证型下的中西医结合最佳诊疗路径与方案，形成共识与指南。

4) 预防与康复体系构建：充分发挥中医“治未病”与养生康复的优势，构建贯穿疾病全生命周期的中西结合健康管理新模式。

3. “路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”

中西医结合风湿病学的探索之路，正是这样一条需要一代代医学工作者秉持开放之心、求真之志与济世之情，不懈求索的漫漫长路。这条路，没有现成的模板，需要我们以临床疗效为最高准则，以患者福祉为最终归宿，在实践中摸索，在思考中升华。

本书的出版旨在搭建一个平台，以汇聚当前该领域的最新理论与实践成果。我们衷心希望，它能成为临床医师案头有益的参考，启发他们的诊疗思路；能成为科研工作者灵感的源泉，指引他们探索的方向；更能成为一座桥梁，促进中、西医界同仁之间更深入地了解、对话与合作。

我们相信，当东方的智慧与西方的科学在生命的至深处握手言和，我们必将能更好地驾驭风湿病这一“肆虐的飓风”，为无数在病痛中挣扎的患者，送去真正的安宁与希望，共同开创人类风湿病诊疗的新纪元。

编 者

2025年9月28日

目 录

总 论

第一章 风湿病的概念	3
第二章 风湿病的检查	11
第一节 实验室检查	11
第二节 影像学检查	28
第三节 病理学检查	36
第三章 肠道微生态在风湿病中的研究进展	40
第四章 抗风湿药	54
第一节 非甾体抗炎药	54
第二节 糖皮质激素	61
第三节 传统改善病情抗风湿药	64
第四节 生物制剂	68
第五节 抗痛风及降尿酸药	75

各 论

第一章 类风湿关节炎	81
第二章 幼年型特发性关节炎	106
第三章 成人斯蒂尔病	132
第四章 风湿热与链球菌感染性关节炎	157
第五章 系统性红斑狼疮	177
第六章 混合性结缔组织病	208
第七章 抗磷脂综合征	234
第八章 干燥综合征	255
第九章 硬皮病	289
第十章 多发性肌炎/皮肌炎	313
第十一章 脊柱关节病	347
第十二章 反应性关节炎	374
第十三章 肠病性关节炎	392
第十四章 银屑病关节炎	410
第十五章 痛风	434

第十六章	系统性血管炎·····	466
第十七章	白塞病·····	505
第十八章	结节性红斑·····	528
第十九章	风湿性多肌痛·····	544
第二十章	纤维肌痛综合征·····	565
第二十一章	骨关节炎·····	598
第二十二章	骨质疏松症·····	622
第二十三章	自身免疫性肝病·····	650
第二十四章	复发性多软骨炎·····	676
第二十五章	IgG4 相关性疾病·····	699
第二十六章	SAPHO 综合征·····	725
第二十七章	结节性脂膜炎·····	743

总 论

第一章 风湿病的概念

风湿病全称为“风湿免疫性疾病”。凡侵犯肌肉骨骼系统如关节、肌肉、肌腱、韧带、滑囊等以疼痛为主要表现的疾病，无论其发病原因如何，均属于风湿病范畴。因此风湿病实际上是一组疾病，这组疾病包括的范围很广，现在已知有近 200 种不同的疾病，全球风湿病患病率超 6%。风湿病病因尚不明晰，多被认为是易感基因和环境因素联合作用所导致的自身免疫紊乱。风湿病因其长病程和高致残率，往往导致患者的工作能力和生活质量下降，对患者及家属造成心理、生理和经济的多重影响，已成为我国重大公共卫生问题之一。随着我国人均寿命的延长和人口老龄化的加剧，风湿病的预期患病率和其造成的社会负担将进一步加重。

风湿病属中医学“痹证”的范畴，是指由风、寒、湿、热等邪气侵袭，损伤筋骨、关节、肌肉等，导致肢体关节、肌肉功能障碍的疾病。

一、风湿病的发展及演变

（一）风湿病的发展历程

风湿病的发展经历了古老而漫长的阶段。“风湿”（rheuma）一词最早见于公元前 4 世纪的《希波克拉底全集》（*Hippocratic Corpus*）中有关人体解剖一文。当时认为人体生命决定于血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁的平衡。如果冷湿黏液下注于内脏、四肢，则会引起疼痛等病变。当时风湿病仅是一种病理概念。直至 16~17 世纪，Baillou 等才将风湿病概念应用到临床疾病或症候群与某些综合征上。在 19 世纪以前，西医学对关节炎和风湿病的认识是很模糊的。例如风湿热和痛风，虽然早在公元前 400 年左右，Hippocrates 即对这两种疾病的症状有过扼要的记载，然而直到 2000 余年后的 1676 年，Sydenham 才对这两种疾病作了比较详细的描述。据记载其对痛风之所以能够生动描写，在很大程度上是因为 Sydenham 本人是一名痛风病患者。

19 世纪，风湿病学才有了比较迅速的发展。人们从临床症状、体征、实验室检查等多方面仔细观察，对体液病理学说及“所有关节炎都是痛风变种的学说”提出了怀疑。如 Garrod 发现在痛风病人的血液中尿酸盐过多，而且这些尿酸盐以结晶形式还可在关节内沉积下来，这对痛风的病因病理有了本质的认识，从而使该病与其他关节炎有了清楚的区别。1800 年，巴黎医生 Landre-Beauvais 首次对类风湿关节炎作出了详细的描述。1858 年，英国医生 Garrod 第一次提出将该病以类风湿关节炎（rheumatoid arthritis）命名，使类风湿关节炎成为一种独立的疾病。1857 年，Adams 在 Heberden 氏（1710~1801 年）发现骨关节

炎的特征性表现为 Heberden 氏结节的基础上，将骨关节炎与其他关节炎分开。

19 世纪风湿病学的另一进步是一些医生开始探索以手术方法治疗类风湿关节炎等风湿类疾病。早在 1887 年，Schuller 即开始应用滑膜切除术治疗膝关节炎及类风湿关节炎。由于历史条件的限制，虽然手术方法尚有缺陷，手术后关节功能也不甚满意，但这一大胆的探索无疑为风湿病的治疗开辟了一条新途径，并为当今关节炎外科治疗的发展奠定了基础。

进入 20 世纪，越来越多的风湿类疾病为人们所认识，如 1933 年瑞典眼科医生 Sjogren 报道了原因不明的表现如干燥性角膜炎、口腔干燥，并大部分合并类风湿关节炎的一组病例，他不仅详细介绍了干燥性角膜结膜炎，而且还注意到唾液腺、口腔及呼吸道黏液腺分泌减少和类风湿关节炎、贫血等全身的症状表现，此后即将此病称为 Sjogren 氏综合征（Sjogren's syndrome）。1937 年土耳其皮肤病医生 Behcet 报道了以前房积脓性虹膜睫状体炎、复发性口腔黏膜溃疡和外生殖器溃疡为特征的一组综合征，并称之为白塞综合征（Behet syndrome）。

20 世纪以来风湿病学的重大突破，在于提示了免疫学等基础学科与风湿病，特别是结缔组织的关系。近半个世纪以来，越来越多的风湿病学医生走进实验室，与基础学科研究人员一道，将风湿病的基础研究推进到分子水平。1940 年，挪威免疫学家 Waaler 发现在 70%~80% 的类风湿关节炎患者的血液中可测定出一种抗体，称之为类风湿因子。类风湿因子的发现不仅给类风湿关节炎赋予了新的特征，而且对使用免疫学方法研究风湿病是一个极大的推动。此后，人们对结缔组织病有了越来越深入的认识，并认为其发病与自身免疫反应有关。20 世纪 60 年代中期，人们对存在于人类白细胞和其他组织细胞的细胞膜上的一组抗原——人类白细胞抗原（HLA），进行了系统广泛的研究，发现其同血型抗原一样，是由遗传决定的 HLA 系统。目前已发现其分为 HLA-A、B、C、DR、DQ、DP 等多个位点，其中某些抗原对某些疾病有易感性，如 HLA-B27 阳性者，90% 以上为强直性脊柱炎，赖特综合征阳性率达 60%~80%，银屑病关节炎阳性率达 50%。HLA 系统的发现不仅有助于强直性脊柱炎、赖特综合征、银屑病关节炎、肠病性关节炎等疾病的诊断，有助于疾病预后的判断和治疗方法的选择，而且从基因水平提示了遗传因素很可能与自身免疫性疾病密切相关。免疫研究的突破极大地鼓舞了风湿病学界的医生，国内外医疗单位纷纷建立免疫学实验室或免疫学研究中心。当前免疫学研究方兴未艾，相信在不久的将来对风湿病的认识必将有突破性进展。

（二）中国风湿病学的发展

风湿病学是我国内科学中最年轻的专业学科，其建立可追溯至 1959 年，当时几乎是空白专业。根据中国与苏联的协议，国家派遣了当时任高级讲师的张乃峥教授，赴莫斯科苏联医学科学院风湿性疾病研究所进修 1 年。1960 年，刚刚归国的张乃峥教授参与制定了当时国家科学发展规划中的风湿病学部分，建立了风湿性疾病门诊，并开展了类风湿因子、抗透明质酸抗体、黏蛋白、六氨基己糖及纤维蛋白原的检测。由于当时国家处于经济困难时期，此后又经历了“文化大革命”，风湿病学未能在我国真正建立起来。1974 年，由蔡醒华教授牵头中国人民解放军总医院成立内科风湿病专业组。1978 年，张乃峥教授在完成 7 年的援助越南抗美医疗任务后，立即酝酿筹建风湿病学专业，并得到当时著名内科学专家张孝骞教授的赞许和支持。同时，也得到了其他医学专家的响应。贺联印教授积极筹备，

北京大学人民医院成立内科免疫实验室。1979年，张乃峥教授、陈顺乐教授和葛民泽教授分别在北京协和医院、上海仁济医院和南京鼓楼医院建立风湿免疫科，并担任第一任科主任。1983年，在贺联印教授倡导下，北京大学人民医院成立内科免疫组，促进了北京大学人民医院风湿免疫学科的快速发展。1984年，经过蔡醒华教授和施桂英教授的积极筹备，中国人民解放军总医院成立风湿免疫科。

前辈们的不懈努力为我国风湿病学医师队伍的发展和壮大奠定了基础。1982年，“首届全国风湿病学专题学术会议”和“中英风湿病学讨论班”成功召开，同时成立了中华医学学会内科学分会风湿病学学组，翻开了中国风湿病学发展的新篇章。1984年，国外进修归来的北京协和医院董怡教授、上海仁济医院陈顺乐教授和中国人民解放军总医院施桂英教授积极投身于所在单位的风湿病学科建设，此后又带领和推动了全国风湿病学科的建设和发展。1985年，在第二次全国风湿病学学术会议召开之际，中华医学学会风湿病学分会（CRA）正式成立，张乃峥教授任主任委员，董怡教授和陈顺乐教授任副主任委员。此后，上海、广东、山东、四川、黑龙江、湖北、江苏、安徽、陕西、山西、辽宁、福建、甘肃、吉林、河南等省（直辖市）相继成立了风湿病学分会或学组，截至2014年，各个省（直辖市）均成立省级分会。1999年，中国医师协会风湿免疫科医师分会（CARIP）成立，截至2016年已成立15个省级分会。

随着我国医学事业的发展，中国风湿病学也逐渐得到了国际风湿病学界的认可。1988年，中国正式成为亚太地区抗风湿病联盟（APLAR）的成员国。1996年，中华医学学会风湿病学分会获得2000年第九届APLAR大会的申办权。1998年，中华医学学会风湿病学分会的负责人之一陈顺乐教授当选第九届APLAR主席。2000年，第九届APLAR大会在北京顺利召开。此后，中国逐渐加入到国际性的风湿病学科项目中。2004年，北京协和医院风湿免疫科加盟由美国国立卫生研究院牵头的国际原发性干燥综合征合作联盟临床研究项目。同年，上海仁济医院召开“法中风湿病学术研讨会”和“中荷风湿病学术研讨会”。2008年，北京协和医院成为欧洲抗风湿病联盟（EULAR）硬皮病国际临床和基础研究合作项目的分中心，同年与美国约翰·霍普金斯大学狼疮中心建立了科研合作关系。2009年，北京协和医院召集并成立中国系统性红斑狼疮（SLE）研究协作组（CSTAR），将CSTAR发展理念定位为“举全国之力，共同参与、同心协力开展SLE的临床和基础研究；与国际接轨，打造中国SLE研究的航空母舰，建立中国可持续发展的研究模式”。CSTAR在2年时间内，就纳入2000余例SLE患者，建成了世界上样本量最大的SLE临床数据库和生物标本库。2011年建立了国家风湿病数据中心（CRDC），以期探索和建立我国风湿病可持续发展的研究模式。

我国的风湿病学事业健康而充满朝气，正在茁壮成长。第四次全国风湿免疫专科调研数据显示，2018年我国有独立风湿免疫科科室3372家，风湿免疫专科从业人员12189人，学科发展呈现出蓬勃发展之势。尽管目前我国风湿免疫专业已经取得了很大的进步，但大部分基层医院风湿免疫科的实力仍比较薄弱，对于我国近2亿名风湿病患者而言，风湿免疫科医师仍严重匮乏。因此，中国风湿病学仍面临着严峻的挑战，任重而道远。

二、风湿病的分类

风湿性疾病（rheumatic diseases），是一组累及骨与关节及其周围软组织（如肌肉、肌

腱、滑囊、滑膜、韧带和软骨等)及其他相关组织和器官的慢性疾病。风湿病的病因和发病机制复杂多样,大部分疾病的确切病因尚不明确,但多数与自身免疫反应有着密切的关系。根据疾病的发病机制、病理和临床特点,目前将风湿病大致分为 10 大类,包含近 200 种疾病,具体介绍如下:

(1) **弥漫性结缔组织病** 类风湿关节炎、幼年型类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、多肌炎、皮肌炎、系统性硬化病、干燥综合征、重叠综合征、抗磷脂综合征、系统性血管炎(大动脉炎、结节性多动脉炎、肉芽肿性多血管炎等)及其他(风湿性多肌病、脂膜炎、嗜酸性筋膜炎等)。

(2) **脊柱关节病** 强直性脊柱炎、反应性关节炎、银屑病性关节炎、肠病性关节炎及未分化脊柱关节炎等。

(3) **退行性关节病** 又称骨关节炎、退行性关节炎、老年性关节炎、肥大性关节炎,是一种退行性病变,系由于增龄、肥胖、劳损、创伤、关节先天性异常、关节畸形等诸多因素引起的关节软骨退化损伤、关节边缘和软骨下骨反应性增生。

(4) **与感染相关的风湿病** 由细菌、病毒、真菌、寄生虫等直接感染引起的关节炎,及由感染间接引起的反应性关节炎、风湿热等。

(5) **与代谢、内分泌和遗传相关的风湿病** 痛风、假性痛风; Marfan 综合征、免疫缺陷病; 肢端肥大症、甲减、甲亢相关关节病等。

(6) **肿瘤相关的风湿病** 原发性(如滑膜瘤、滑膜肉瘤等); 继发性(如多发性骨髓瘤、转移癌等)。

(7) **神经血管疾病** 神经性关节炎、压迫性神经病变(周围神经受压、神经根受压等)、雷诺病、反射性交感神经营养不良等。

(8) **骨与软骨病变** 骨质疏松、骨软化、肥大性骨关节病、弥漫性原发性骨肥厚、骨炎等。

(9) **非关节性风湿病** 关节周围病变(滑囊炎、肌腱病等)、椎间盘病变、特发性腰痛、其他疼痛综合征(如纤维肌痛综合征、精神性风湿病等)。

(10) **其他有关节症状的疾病** 周期性风湿病、间歇性关节积液、药物相关的风湿综合征、慢性活动性肝炎等。

三、风湿病的中医分类

(一) 按病因分类

这种分类方法是根据疾病发生的原因对疾病进行命名和分类的。从病因角度对风湿病进行分类,由来已久,早在中国古典医籍就有记载,至今仍为风湿病的主要分类方法之一,指导着临床实践。临床上将风湿病分为风痹、寒痹、湿痹、热痹、燥痹进行论治,对于大部分风湿病的治疗取得了很好的疗效。名老中医路志正提出“燥痹”一名,完善了临床中医风湿病的病因学内容,从病因学角度,辨邪气偏盛,建立了行痹、痛痹、着痹、热痹、燥痹五种类型,总称为五因痹或五邪痹。

1. 行痹

行痹又称“风痹”，最早的记载可以追溯到《内经》，《黄帝内经素问·痹论》中记载：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也。”“风气盛者为行痹”是由于风寒湿侵袭人体，以感受风邪为主，侵犯肌肤、关节、经络，不通则痛；或风寒湿邪耗伤气血，不荣则痛。临床表现为肢体关节、肌肉疼痛，屈伸不利，可累及多个关节。疼痛呈游走性，初起可见恶风，发热等表证；舌质淡，苔薄白或白腻，脉浮或浮缓。

2. 痛痹

痛痹又称“寒痹”，由于机体阳气不足，感受寒邪，寒主收引，其性凝滞，主要表现为肢体关节疼痛，痛势较剧，痛有定处，关节屈伸不利，局部皮肤或有寒冷感，遇寒痛甚，得热痛减；口淡不渴，恶风寒；舌质淡，苔薄白，脉弦紧。

3. 着痹

着痹又称“湿痹”“著痹”，湿邪留滞于肢体、关节、肌肉之间。脾主湿，湿性黏滞，阻滞气机。临床表现为肢体关节、肌肉酸楚、重着、疼痛，关节活动不利，肌肤麻木不仁，或有肿胀，手足困重；舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

4. 热痹

热痹是感受热邪或湿热邪气，或者风寒湿邪气入里化热导致。热为阳邪，易伤阴津，临床表现为肢体关节疼痛，活动不利，局部灼热红肿疼痛，得冷则舒，可有皮下结节或红斑，多兼有发热，恶风，汗出，口渴，烦闷不安，尿黄，大便干；舌质红，苔黄腻或黄燥，脉滑数或浮数。

5. 燥痹

燥痹是由燥邪（外燥、内燥）损伤气血津液而致阴津耗损、气血亏虚，使肢体筋脉失养，瘀血痹阻，痰凝结聚，脉络不通，导致肢体疼痛，甚则肌肤枯涩、脏器损害的病证。以心、肝、脾、肺、肾各脏及其互为表里的六腑、九窍特有的阴津亏乏表现为其临床特征。一年四季皆可发病，但以秋冬季多见，且女性多于男性。

风寒湿热燥等外邪很少独伤人，多兼夹致病，故上述各类痹证均以某一外邪为主致病，并非不兼夹他邪。

（二）按症状部位累及机体组织和脏腑的不同分类

风、寒、湿、热等外邪侵袭肌肉、筋骨、关节等处，致经络痹阻，脉络不通，气血运行不畅，加之正气亏虚，无力外出抗邪，病程日久，可形成“五体痹”，即筋痹、脉痹、肌痹、皮痹、骨痹。肺主皮毛，心主血脉，肝主筋膜，脾主肌肉，肾主骨髓。肢体的痹证日久不愈，病情持续进展，或反复感受外邪，进而可累及相关脏器形成“五脏痹”，即肝痹、心痹、脾痹、肺痹、肾痹。类风湿关节炎、系统性硬化症、系统性红斑狼疮等多种风湿性疾病，病程日久常累及其他系统病变，所表现出的临床症状与中医五脏痹的表现相符合。

1. 五体痹

（1）**皮痹** 皮痹是指以皮肤浮肿，继之皮肤变硬、萎缩为主要症状的一种病证。由风、寒、湿、热、燥等邪气侵袭皮肤腠理，营卫失调，致气机不畅，皮脉瘀滞所致。临床以皮

肤麻木不仁，或肤紧发硬，关节不利，或见寒热、瘾疹等症为主要特征。除有皮肤损害的表现外，还常伴有肌肉、关节及脏腑功能失调的症状。本病临床表现轻重程度有很大差异，轻者皮肤病变局限，皮肤呈片状、点状或条状损害，皮肤颜色呈淡紫色或似象牙色，继之变硬、萎缩。重者皮肤病变广泛，四肢、胸颈、面部皮肤均可累及，皮肤坚硬如革，表面呈蜡样光泽，不能捏起，手指伸屈受限，面无表情，张口不利，眼睑不和，胸背如裹，后期皮肤萎缩变薄。若累及脏腑可见吞咽困难、腹胀纳呆、胸闷气短、心悸心痛等。

(2) **脉痹** 脉痹一名，始见于《黄帝内经素问·痹论》。由风、寒、湿、热等邪气侵袭脉络，引起血络瘀阻，脉道不通所致。临床以肢体疼痛、皮肤紫黯、无力，脉搏微弱或无脉为主要表现。本病一年四季均可发病，但因湿热者多发于夏季，因寒湿或阳虚者则多发于冬季。发病年龄以青壮年为多，老年次之，幼小儿童一般不发病。

(3) **筋痹** 筋痹由风、寒、湿、热等邪气侵袭筋脉，致筋脉失养所致。临床以筋脉拘急、屈伸不利、肢体关节疼痛等症为主要特征。《黄帝内经素问·四时刺逆从论》：“少阳有余，病筋痹，胁满。”《黄帝内经素问·长刺节论》：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”《圣济总录·诸痹门》卷二十：“经曰：风寒湿三气杂至，合而为痹。又曰：以春遇此者为筋痹。其状拘急，屈而不伸是也。”治以疏筋养血结合祛邪法，方用羚羊角散、天麻汤等。

(4) **肌痹** 肌痹由风、寒、湿、热之邪侵袭于肌腠之间，致使肌肉失于濡养所致。临床主要表现为肌肉疼痛酸楚、麻木不仁，渐渐导致肢体痿软无力等病症。肌痹初期多实，后期多虚，但往往虚实并见。肌痹主要包括多发性肌炎、皮肌炎、重症肌无力、流感病毒引起的肌炎，或进行性肌营养不良等病。

(5) **骨痹** 骨痹由风、寒、湿、热之邪深入于骨，阴阳不和，骨失所养所致。临床主要表现为骨节沉重、活动不利、腰脊萎软、关节变形等为主要特征的病证。肾主骨，骨痹日久影响及肾，严重者会出现肾痹的症状。现代医学的类风湿关节炎、强直性脊椎炎、骨关节炎、大骨节病、多发性骨髓瘤、痛风等病种出现骨痹的主症时，可参考骨痹辨治。

2. 五脏痹

(1) **心痹** 心痹为脉痹不已，复感于邪，内舍于心，以心脉痹阻为主症。临床表现为心中悸动不安，气短而喘，血脉瘀滞，肢节疼痛，脉象细弱或结代等。如风湿性心脏病，即指风湿热后所遗留下的心脏病变，以心脏瓣膜病变为主。

(2) **肝痹** 肝痹为筋痹不已，复感于邪，内舍于肝，导致肝气血不足，疏泄失职的病证。临床主要表现除了肢体拘挛、屈伸不利、关节疼痛等症外，还可出现少腹胀满、夜卧易惊、胁痛腹胀、腰痛足冷等症。古人基于藏象学说，认为本病由“筋痹”日久不愈，复感于邪，邪气内积所致。如《黄帝内经素问·痹论》说：“筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。”

(3) **脾痹** 脾痹为肉痹不已，复感于邪，内舍于脾，致使脾气虚衰，脾失健运的病证。临床表现为脘痞腹胀，饮食不下，四肢怠惰，或肢体痿软无力、恶心呕吐等症。由肌痹发展而成。脾主肌肉，故亦有脾痹即肌痹之说。《黄帝内经素问·痹论》：“脾痹者，四肢懈惰，发咳呕汁，上为大寒。”

(4) **肺痹** 肺痹为皮痹不已，复感于邪，内舍于肺，致使肺气闭阻而引发的一系列症状。临床表现除了关节肿痛、皮肤麻木外，还包含胸闷气短、咳嗽喘满等肺部的典型表现。

《黄帝内经素问·痹论》：“肺痹者，烦满喘而呕。”《圣济总录·肺痹》：“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺，是为肺痹。其候胸背痛甚，上气，烦满，喘而呕是也。”《症因脉治·肺痹》：“肺痹之症，即皮痹也。烦满喘呕，逆气上冲，右胁刺痛，牵引缺盆，右臂不举，痛引腋下。”治用橘皮丸、杏仁丸、当归汤、五味子汤、泻白散、生脉散、人参平肺散等。

(5) **肾痹** 肾痹为骨痹不已，复感于邪，内舍于肾，引起肾气虚衰，腰脊失养，水道不通的病证。临床主要表现为严重的关节变形，四肢拘挛疼痛，步履艰难，屈伸不利，或有面色黧黑、水肿尿少等症。出自《黄帝内经素问·五脏生成论》：“黑脉之至也，上坚而大，有积气在小腹与阴，名曰肾痹。”《史记·扁鹊仓公列传》：“病方今客肾濡，此所谓肾痹也。”

(三) 按照气血虚衰及病程长久分类

1. 血痹

血痹的发生多因正虚邪侵。血痹的内因是肺肾两虚，脾阳不足，以致营卫气血俱虚，痰湿浊邪内盛，血行凝涩，痹阻肌肤；外因以风寒等外邪侵袭多见，其病因概括起来不外“虚、邪、瘀”3个方面。血痹病变表现在肌肤，与脾、肺、肾等脏腑有关。基本病机为阴阳气血不足，血行涩滞，局部肌肤失于濡养，为本虚标实之证。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》云：“问曰：血痹病从何得之？答曰：夫尊荣人，骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。”《诸病源候论·血痹候》卷一：“血痹者，由体虚，邪入于阴经故也。”血为阴，邪入于血而痹，故为血痹也。大多表现为身体不仁、肢节疼痛，脉微涩，尺脉小紧等。

2. 气痹

气痹也称郁痹、痹病气郁证，是指以气机郁滞为主，气郁既是病理产物，又是致病因素，气郁作为再生病因，或复感外邪，或直接闭阻经络，而发痹病，导致肢体关节肌肉筋脉以胀痛、窜痛，游走不定，甚至活动不利等为主要表现的风湿病。“气郁”有广义和狭义之分，广义的气郁为“气机郁滞”，狭义的气郁指情志不遂所致的“气机郁滞”。“气郁”是导致风湿病的主要因素之一，气郁痹是从其病因病机角度命名的痹病，为特殊痹之一，是风湿病的三级痹病。古代文献无“气痹”之名，“郁”“气郁”多作为痹病的病机和症状出现于各论著之中。《黄帝内经素问·六元正纪大论》有“五郁”的记载，并已经认识到气血郁滞会导致痹病发生。

3. 虚痹

虚痹也称正虚痹、痹病虚证，是以正气虚弱为主，肢体关节、筋脉失于营养所引起的风湿病。虚痹为三因三候痹之一，是风湿病的三级痹病。古代文献虽无正虚痹之名，但对其已有认识。如《黄帝内经素问·评热病论》强调痹病病机“邪之所凑，其气必虚”。《黄帝内经素问·四时刺逆从论》则认为六经不足悉为痹。《黄帝内经灵枢·阴阳二十五人》中有“骨痛爪枯”的虚痹表现。本病多表现为肢体关节、筋骨、肌肉疼痛、麻木、肿胀、酸痛，屈伸不利，抬举无力，甚至关节畸形。西医学的类风湿关节炎、骨关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、多发性肌炎、皮肌炎、混合结缔组织病、重叠综合征及各种风湿病正气虚弱者，可出现正虚痹表现。

4. 顽痹

顽痹又称久痹，是指长期反复发作、久久不愈的顽固痹病。顽痹为特殊痹之一，是风湿病的三级痹病。《黄帝内经》中虽无“顽痹”之名，但古人早已认识到一些痹病的顽固性，如《黄帝内经素问·痹论》论痹曰：“其入脏者死，其留连筋骨间者疼久。”本病常见于年老体虚患者，也可因其他痹病久治不愈演变而成。病变部位固定，反复发作，常因劳累或遇风寒等而复发或加重；病程较长，经年难愈，日久可内舍脏腑。以肢体关节筋骨疼痛、麻木，活动受限，甚则关节畸形；肌肤可有顽厚、发硬、无光泽，可见瘀斑、痰核或皮下结节为本病诊断要点。西医学的类风湿关节炎、强直性脊柱炎、银屑病关节炎、骨关节炎等病程较长、病情顽固缠绵、久治不愈等疑难风湿病可出现顽痹表现。