

中医药治疗类风湿关节炎概况

王亚乐¹, 薛 鸾²

(1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海, 200437;

2. 上海市崇明区第三人民医院, 上海 崇明, 202153)

[关键词] 类风湿关节炎; 中医药治疗; 综述, 学术性

[中图分类号] R259.932.2 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.096

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种以对称性多关节炎为主要表现的全身自身免疫性疾病,其基本病理改变是滑膜炎。未经及时正确治疗的RA可迁延不愈,出现关节骨质的侵蚀和破坏,最终导致关节畸形及功能丧失,

严重影响日常生活。现代医学治疗RA主要有抗风湿药、生物制剂、非甾体抗炎药、糖皮质激素等,这些药物虽能缓解RA病情,但具有一定的毒副作用。中医药治疗RA具有有效性、安全性、双向性、针对性等优势^[1]。近年来,中医药在

临床经验,以清热解毒、消肿止痛为法,方拟五味消毒饮,随症加减,水煎内服,治疗亚甲炎急性发作期。并自拟消癰止痛散(黄柏、大黄、夏枯草、生天南星等)外敷以加强清热解毒、消肿散结之功,治疗效果显著,且无不良反应^[23]。

3 小 结

中医药治疗亚甲炎已显示出其特色和优势,众多医家对病因病机各抒己见,治疗方面辨证专方加减、分期辨证、中药内服与外治相结合,充分体现了中医药治疗此病方法灵活。而且中医药治疗此病临床效果显著,无明显毒副作用,有效避免了非甾体类消炎药及激素所带来的不良反应,提高了用药安全性,降低了复发率,更容易被患者接受。但尚存在不足之处,例如对病因病机、辨证论治尚未达成共识,治疗方案不够规范化,中药治疗的现代药理研究不够充分,这些都有待进一步研究总结。随着国家对中医药发展事业的大力支持,以及临床研究的积极开展,中医药治疗亚甲炎的优势与潜力将愈加凸显。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 中华医学会内分泌学会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺炎[S]. 中华内科杂志,2008(9):784-785.
- [3] 马毅,吴佩,夏祥厚. 亚急性甲状腺炎的诊断及治疗[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(2):100-101.
- [4] 陈依键,田源,马国庆. 马国庆治疗亚急性甲状腺炎的临床经验[J]. 湖北中医杂志,2016,38(5):33-34.
- [5] 曹彬彬,刘春燕. 马建治疗亚急性甲状腺炎经验[J]. 河南中医,2016,36(10):1719-1721.
- [6] 贾铭翰,王秀娟. 王秀娟从温病论治亚急性甲状腺炎验案[J]. 实用中医药杂志,2016,32(4):373.
- [7] 余欢欢. 张广德教授辨治亚急性甲状腺炎的经验[J]. 环球

中医药,2015(4):476-477.

- [8] 常月蒲,路波. 路波主任医师用免煎银翘散加减治疗亚甲炎的临床经验[J]. 光明中医,2015,30(1):25-26.
- [9] 公方雪,刘喜明. 刘喜明教授辨治亚急性型甲状腺炎经验撷菁[J]. 世界中医药,2016,11(1):104-106.
- [10] 王文英. 简小兵治疗甲状腺疾病验案三则[J]. 湖北中医杂志,2016,38(4):20-21.
- [11] 刘艳粉,孙贻安. 孙贻安教授治疗亚急性甲状腺炎的临床经验[J]. 中国民族民间医药,2016,25(9):55.
- [12] 白海龙,钱秋海. 钱秋海教授治疗亚急性甲状腺炎经验[J]. 现代中医药,2015(1):3-4.
- [13] 夏仲元,伍锐敏. 伍锐敏诊治亚急性甲状腺炎的思路与方法[J]. 北京中医药,2014,33(5):334-336.
- [14] 牛亚欧. 解毒消癰法治疗亚急性甲状腺炎临床疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(20):73-74.
- [15] 赵相军,程刚,徐江红. 升降散合消癰丸加味治疗亚甲炎的临床研究[J]. 陕西中医,2016,37(5):535-537.
- [16] 韩毅敏. 清肝消癰汤治疗亚急性甲状腺炎39例临床观察[J]. 云南中医中药杂志,2012,33(5):36.
- [17] 刘雪梅. 亚甲方治疗热毒壅盛、血热夹瘀型亚急性甲状腺炎的可行性及安全性分析[J]. 中国医学工程,2015(11):166.
- [18] 潘小洁,李董,淦家荣. 甘露消毒丹加减治疗亚甲炎的疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2016,37(10):49-50.
- [19] 王高元. 中医内外结合治疗亚甲炎的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2012,31(19):3-4.
- [20] 曲庚汝,赵英英. 清热消癰汤联合冰黄散治疗亚急性甲状腺炎临床观察[J]. 中国中医药信息杂志,2012,19(8):78-79.
- [21] 孙宇建. 中医内外合治亚急性甲状腺炎57例临床分析[J]. 临床医药文献杂志:电子版,2014(1):46.
- [22] 沈广礼. 中药内服外用治疗亚急性甲状腺炎30例总结[J]. 内蒙古中医药,2015(2):28.
- [23] 赵一冰,付贵珍,冯志海. 冯志海教授治疗亚甲炎急性发作期经验总结报道[J]. 中国民族民间医药,2016,25(11):43.

(收稿日期:2017-06-17)

第一作者,王亚乐,女,2015级硕士研究生,研究方向:风湿病的中西医结合诊治

通讯作者:薛鸾,女,主任医师,研究方向:风湿病的中西医结合诊治,E-mail:xelco@163.com

RA 病因病机及治疗上的研究日趋完善,现综述如下。

1 病因病机

中医对 RA 的认识最早见于《内经》,归属于“痹证”范畴,与“历节病”“鹤膝风”等病的症状相似。《素问·痹论》指出:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹,其风气盛者为行痹,寒气盛者为痛痹,湿气盛者为著痹也”,“所为痹者,各以其时重感于风寒湿之气也”,认为风寒湿等邪气侵袭是引起痹证的重要条件。《灵枢·百病始生》载:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人”,《济生方·五痹论治》指出:“风寒湿三气杂至,合而为痹。皆因体虚,腠理空疏,受风湿气而成痹也”,指出正气亏虚是痹证发病的根本内因。《类证治裁·痹症》指出:“诸痹……良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹”,说明气血阻滞亦是痹证发病的病机关键。

现代医家对痹证病因病机的认识亦有不同见解。周仲瑛将先天禀赋不足视为 RA 发病的主要原因,指出风寒湿热既是致病原因,更是重要的病理因素,中晚期病机主要是以本虚标实、虚实夹杂,肝肾亏虚、气血不足为本,痰瘀互结、风湿痹阻为标^[2]。金明秀认为肾精亏虚是 RA 发病的始动因素,痰瘀痹阻是导致 RA 病情活动的关键因素,肾虚、痰瘀两因相合而致病^[3]。吉海旺以外邪入侵为 RA 发病的重要条件,而肾虚是 RA 起病的根本,瘀血阻络为 RA 的病理基础^[4]。刘祖贻则认为 RA 病理因素重在湿毒互结,病机关键在于湿毒痹阻筋脉。内以患者禀赋特异、热毒内伏为病机基础,外因居处潮湿,或卫虚不固,风湿之邪侵入,与伏毒搏结,痹阻筋脉而为病^[5]。金实总结出 RA 发病总以正虚、气血不足为本,感受风寒湿邪为标,湿邪贯穿发病始终^[6]。综上,现代医家认为 RA 的发病内以正气虚损、肾精亏虚、气血不足为主,外与感受风、寒、湿、热、毒等邪气密切相关,后期以瘀血阻络或痰瘀痹阻多见。

2 内治法

2.1 辨证论治 王大经主张分为发作期和稳定期2个阶段辨证治疗 RA。发作期又分为偏热型、偏寒型、寒热夹杂型,分别予风引汤、阳和汤合仙方活命饮加减。稳定期分为肝肾不足、气血亏虚、痰瘀互阻型,治以滋补肝肾、益气养血以固其本,祛风通络、通利关节以治其标^[7]。荣大奇提出“从虚论治”理论,分别从气血、脾、肝肾论治 RA。气血不足者,常用八珍汤、当归补血汤、黄芪桂枝五物汤等加减;脾胃亏虚者,常用补中益气汤、黄芪建中汤等加减;肝肾不足者,常用六味地黄汤、独活寄生汤等加减^[8]。焦树德将 RA 分为肾虚寒盛证、肾虚标热轻证、肾虚标热重证、肾虚督寒证、湿热伤肾证5种证型论治,并指出此病的治疗当以攻补兼施,扶正为主,治疗大法以补肾祛寒为主,辅以化湿散风,养肝荣筋,祛瘀通络,同时注意调护脾胃,以固后天之本^[9]。

2.2 经方治疗 汪悦善用经方治疗不同类型 RA。如风湿热痹者,白虎加桂枝汤加减;寒热错杂证者,桂枝芍药知母

汤加减;风寒闭阻者,乌头汤加减;瘀血痹阻者,大黄蛰虫丸加减;气血亏虚者,黄芪桂枝五物汤加减^[10]。杲东等^[11]采用六味地黄汤合四物汤治疗 RA 患者 120 例,以甲氨蝶呤组为对照组,结果显示,3 个月后治疗组血清 IL-10、IL-1、TNF- α 、血沉、CRP、RF、CTX-I、抗 CCP 抗体、IgM 和 IgG 水平,关节僵硬、关节疼痛、日常活动及综合评分均较对照组明显改善($P<0.01$)。

2.3 中成药治疗 张杰等^[12]治疗 RA 患者 72 例,对照组予甲氨蝶呤片口服,治疗组在此基础上加服昆仙胶囊。12 周后,治疗组总有效率为 94.4%,明显优于对照组的 77.8%($P<0.05$)。治疗组患者晨僵时间、关节肿胀指数、关节压痛指数、ESR、RF 及血清 TNF- α 、IL-6 和 CRP 含量均明显低于对照组($P<0.05$)或 $P<0.01$)。可见昆仙胶囊治疗 RA 疗效确切,具有临床推广价值。

2.4 单味中药及提取物

2.4.1 雷公藤多苷 温学红等^[13]将 109 例 RA 患者分为湿热痹阻、寒湿痹阻和肝肾阴虚 3 种证型,比较服用雷公藤多苷后的疗效。结果表明,治疗后 3 组患者 ESR、RF、CRP、IgG、IgM、IgA 水平均低于治疗前($P<0.05$)。但是,有报道称连续服用可出现肝、肾、血液、生殖系统等不良反应^[14],故临床应用时应严格控制使用剂量及疗程。

2.4.2 白芍总苷 白芍总苷在对 RA 的治疗过程中可从多个环节发挥其有效药理效应,并通过影响 RA 的炎症过程、细胞免疫和体液免疫以及调控多种炎性细胞因子而减轻自身免疫性炎症反应^[15]。郭小靖等^[16]研究表明,白芍总苷辅助治疗 RA,12 周的疗效优于对照组($P<0.01$),24 周的疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但不良反应发生率明显低于对照组($P<0.01$)。

2.4.3 秦艽提取物 赵勤等^[17]研究发现,不同剂量的麻花秦艽醇提取物对佐剂性关节炎大鼠模型均有不同程度的改善,可抑制原发性和继发性足跖肿胀,对佐剂性关节炎大鼠体重质量增长缓慢也有明显的改善作用,并且对大鼠免疫器官没有明显的抑制作用。王佳等^[18]研究表明,秦艽提取物能在早期改善胶原诱导性关节炎(CIA)大鼠的一般情况,减轻关节肿胀程度,改善滑膜炎症状,抑制 CIA 大鼠关节破坏,保护关节,体现治疗早期 RA 的优势。

2.4.4 姜黄素 姜黄素主要从抑制破骨细胞分化、生成和激活等方面的调节因素,以及对软骨细胞基质成分分解代谢的调节等,阻止 RA 的骨破坏^[19]。杨智等^[20]研究表明,姜黄素可降低 CIA 大鼠关节炎及影像学评分,减少滑膜细胞增殖,减少 IL-17 等炎症性细胞因子表达。

2.5 膏方 膏方是一种独具特色的中医治疗方法。范利锋等^[21]将 120 例活动期 RA 患者随机均分为 2 组,对照组采用 ACR 达标控制方案(甲氨蝶呤加柳氮磺吡啶加美洛昔康)治疗,观察组在对照组基础上加用中药膏方(金银花 500g,玄参 300g,白芍 500g,当归 250g,虎杖 100g,青风藤 150g,徐长卿 100g,蜈蚣 10 条,生甘草 100g)治疗。4 个疗程后,观察组 ACR 有效率优于对照组($P<0.05$)。观察组晨僵持续时间、

关节肿胀数、关节压痛数及 ESR 和 CRP 的改善程度也明显优于对照组。

3 外治法

3.1 中药熏蒸疗法 刘殿杰等^[22]将抗 CCP 抗体和 RF 均为阳性的 46 例 RA 患者随机分为 2 组, 治疗组在对照组基础上全程配合中药熏蒸治疗。3 个月后, 治疗组的 ESR 和 CRP 数值较对照组明显减少 ($P < 0.01$), RF 和抗 CCP 抗体数值略有减少 ($P > 0.05$)。南小利等^[23]指出, 中药熏药可改善局部血液循环, 加快代谢产物排泄, 促进炎性因子吸收, 提高机体防御及免疫能力, 促进功能恢复, 与西药联合治疗 RA, 可获良效。

3.2 中药外敷疗法 中药外敷法可以起到内病外治的效果, 使药物直达病所, 有利于药物的吸收, 易于操作, 安全可靠, 奏效迅速^[24]。王秀静^[25]治疗 RA 患者 110 例, 治疗组在对照组基础上进行中药外敷治疗。2 个月后, 治疗组有效率为 94.5%, 优于对照组的 80.0% ($P < 0.05$)。

3.3 冬病夏治 冬病夏治是中医学的一个重要特色, 是根据“春夏养阳, 秋冬养阴”的理论, 在夏季治疗虚性、寒性的疾病。王海隆等^[26]采用前瞻性、随机、盲法、安慰剂对照的方法, 观察冬病夏治法对 RA 的疗效。研究结果表明, 冬病夏治穴位贴敷治疗 RA 可有效改善畏寒肢冷、疲乏、关节痛、晨僵等症状。

4 针灸疗法

4.1 针刺法

4.1.1 火针靶点电刺激法 马小平等^[27]治疗关节畸形的 RA 患者 96 例, 治疗组采用火针靶点电刺激法治疗肿胀关节, 对照组取八邪、外关、曲池、血海、足三里、三阴交、合谷、阳溪、悬钟、阳陵泉进行针刺治疗。2 个疗程后, 治疗组总有效率为 89.6%, 对照组为 50.0% ($P < 0.01$)。治疗组 ESR、CRP、IgA、IgG 及 IgM 水平较同组治疗前及对照组均明显改善 ($P < 0.05$)。另有研究结果显示, 火针靶点电刺激法治疗 RA 晨僵症状具有较好的临床疗效, 可显著降低晨僵时间, 改善临床症状^[28]。

4.1.2 蜂针疗法 李莉等^[29]利用活蜂螫刺治疗 RA 患者 60 例。治疗组以蜂针阿是穴为主, 对照组则以蜂针循经取穴为主, 30d 后, 2 组患者 RF、CRP、ESR 均低于治疗前及对照组 ($P < 0.05$)。

4.2 灸法

4.2.1 隔姜督灸 张伟^[30]将 120 例 RA 患者随机均分为 3 组, 分别予中药 (麝香粉 1g, 斑蝥粉 1.5g, 丁香粉 1g、肉桂粉各 1g) 外敷发泡加隔姜铺灸治疗、单纯隔姜铺灸治疗及甲氨蝶呤治疗。结果表明, 中药外敷发泡加隔姜铺灸治疗 RA 近期疗效、远期疗效皆显著优于单纯隔姜铺灸及甲氨蝶呤, 单纯隔姜铺灸近期疗效与甲氨蝶呤无显著差异, 但远期疗效优于甲氨蝶呤。

4.2.2 麦粒灸 何悦硕等^[31]采用麦粒灸治疗 RA 患者 60 例, 4 个疗程后总有效率达 96.6%, 患者晨僵时间、关节肿胀数、关节疼痛数、双手握力等症状均较治疗前改善。

5 穴位埋线

杜燕^[32]选取 87 例 RA 患者, 治疗组 (45 例) 予以穴位埋线治疗 (基本取穴: 肾俞、肝俞、大杼、脾俞、膈俞, 配穴则根据患者病变关节循经取穴), 对照组 (42 例) 予以药物口服治疗, 8 周后, 治疗组临床远期疗效、安全性均优于对照组 ($P < 0.05$)。李小兰等^[33]采用西药结合穴位埋线法治疗 RA 患者 100 例, 结果发现, 与单纯使用西药治疗的对照组相比, 穴位埋线 (取穴: 督脉大椎穴、长强穴、两侧华佗夹脊穴压痛点, 根据不同的疼痛部位选取相应的穴位) 能够较快地控制患者的疾病活动, 缓解患者病变关节疼痛和肿胀, 降低血清抗 CCP 抗体含量, 改善患者生活质量 ($P < 0.05$)。

6 穴位注射

梁昊等^[34]观察 156 例活动期 RA 患者, 对照组 72 例予来氟米特、白芍总苷、美洛昔康口服治疗, 治疗组 84 例在对照组基础上加用穴位注射鹿瓜多肽治疗, 2 个月后, 治疗组关节肿痛改善情况、ESR、CRP、RF 下降程度均明显优于对照组及治疗前。

7 物理疗法

7.1 发散式体外冲击波 发散式体外冲击波治疗 (ESWT) 是一种新颖的物理治疗方法。刘益鸣等^[35]选取药物控制不佳的 15 例 RA 患者, 对其关节疼痛部位予以发散式体外冲击波治疗。3 个月疗程结束后, ESWT 可以明显缓解关节疼痛, 缩短晨僵时间, 促进关节功能恢复, 改善日常健康状况, 并最终停用非甾体抗炎药等结果。

7.2 光子 冯苏文^[36]使用 Carnation 光子治疗仪治疗 RA 患者 80 例, 对照组给予 RA 的常规治疗和护理, 观察组在对照组的基础上给予光子治疗。结果显示, 观察组关节改善情况优于对照组 ($P = 0.01$), DAS28 评分低于对照组 ($P = 0.01$)。

8 治未病

“治未病”最早源自于《黄帝内经》: “上工治未病, 不治已病, 此之谓也。”李宁等^[37]认为正气亏虚和风寒湿三邪入侵是 RA 的两大发病因素。并从加强体育锻炼, 增强体质; 防范风寒、潮湿; 保持精神愉快; 劳逸适度; 加强营养等五个方面论述了防治 RA 的重要性。阎小萍从早用补肾壮骨, 减缓骨质受损; 注重调和营卫, 减少疾病反复; 健运中土, 祛除湿邪, 断病缠绵; 明辨体质, 用药因人而异; 注重先后天之本, 早用脾肾同调; 用药配伍寒热并用, 未病先防; 谨察风湿病“动变制化”和“从化”规律, 用药防变为先等七个方面阐述了风湿病“治未病”的学术思想^[38]。可见以增强正气、避其邪气、增强体质为核心的养生、防病、治疗思想, 重视未病先防, 已病早治, 既病防变, 愈后调护的“治未病”思想与 RA 治疗体系的建立已成为一种新的治疗途径^[39]。

9 小结与展望

RA 治疗的主要目标是保护关节功能, 防止关节破坏及畸形。中医学发展历史悠久, 在治疗 RA 方面以整体观、个体化的治疗原则, 多角度、多靶点、多途径发挥作用, 疗效肯定且毒副作用小。临床上, 患者病情各异, 单用内治法或单

用外治法难以取得良效时,内外治法同用者亦不少见。多种疗法证明,中医药治疗 RA 是一条有效安全路径。但是,中医药治疗 RA 的研究仍存在许多不足之处。由于临床医家对 RA 的病因病机认识不一致,其证候分型大多来自临床观察的经验总结,缺乏统一的分型判断及治疗标准。实验研究方面,临床多中心、对照、随机、重复性前瞻性研究较少,观察疗程长短不一,没有标准的疗效评价体系,结果的可信性及可重复性较低。目前以观察近期临床疗效的研究居多,缺乏远期临床疗效的对比,且临床观察指标比较局限,不能深入揭示各症候与指标之间的关系。因此,在今后的研究中,希望开展大样本多中心随机对照研究,注重远期疗效的观察,建立证候与实验指标间的动物实验模型,以中医学理论体系为指导,建立统一的规范化的临床判断、治疗标准,使中医药在治疗 RA 上取得更好疗效。

参考文献

- [1] 刘健. 风湿病中医临床思维[J]. 中医临床杂志, 2010, 22(9): 753-761.
- [2] 周生花, 周计春, 刘龙. 国医大师周仲瑛教授治疗类风湿关节炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8): 2502-2504.
- [3] 姜兆荣, 于静, 金明秀. 金明秀教授益肾壮骨蠲痹法治疗类风湿关节炎的临证经验总结[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(11): 2583-2586.
- [4] 衣蕾, 姜小帆, 李娟娥. 吉海旺教授分期辨证治疗类风湿关节炎经验[J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(6): 60-62.
- [5] 刘芳, 罗星, 向茗, 等. 刘祖貽清热解湿法治疗类风湿关节炎经验[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(4): 1-4.
- [6] 许文亚. 金实治疗类风湿关节炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(6): 987-988.
- [7] 王北, 邵培培, 顾文. 王大经教授治疗类风湿关节炎经验探讨[J]. 现代中医临床, 2016, 23(5): 43-45.
- [8] 聂大庆, 刘娣, 袁娜, 等. 荣大奇教授治疗类风湿关节炎经验总结[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(43): 191-193.
- [9] 任春贞, 骆亚莉. 焦树德教授治疗类风湿关节炎经验小结[J]. 甘肃科技, 2016, 32(5): 120-121.
- [10] 马顾全, 刘晏, 汪悦. 汪悦教授运用经方治疗类风湿关节炎经验撷萃[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(7): 30-33.
- [11] 杲东, 卜寿山. 六味地黄汤合四物汤治疗类风湿关节炎临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(6): 1079-1081.
- [12] 张杰, 张文超. 昆仙胶囊治疗类风湿关节炎 36 例临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(11): 179-181.
- [13] 温学红, 刘娜, 运乃茹. 雷公藤多苷对不同中医证型的类风湿性关节炎患者治疗前后检验指标的影响[J]. 天津药学, 2016, 28(2): 33-35.
- [14] 周炎仪, 黄捷仪, 李静玲, 等. 雷公藤制剂的用药安全性分析[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(8): 120.
- [15] 王红权, 詹杰. 白芍总苷治疗类风湿关节炎药理作用及机制[J]. 医药导报, 2015, 34(2): 199-201.
- [16] 郭小靖, 李升, 黄玉珊. 白芍总苷辅助治疗类风湿关节炎的 Meta 分析[J]. 井冈山大学学报, 2013, 34(3): 83-87.
- [17] 赵勤, 王乐乐, 魏立鹏, 等. 麻花素黄酮提取物对佐剂性关节炎大鼠的影响[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(1): 145-147.
- [18] 王佳, 王钢, 王丽琴, 等. 秦艽醇提物治疗类风湿关节炎的实验研究[J]. 西部中医药, 2015, 28(7): 11-14.
- [19] 蔡辉, 刘春丽, 商玮. 姜黄素对类风湿关节炎骨破坏的影响机制[J]. 现代医学, 2015, 43(4): 531-535.
- [20] 杨智, 程涛, 张先龙. 姜黄素治疗大鼠胶原诱导性关节炎效果评价[J]. 国际骨科学杂志, 2014, 35(3): 201-204.
- [21] 范利锋, 陈汉玉, 翁庚民. 中药膏方联合 ACR 达标控制方案治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(1): 179-181.
- [22] 刘殿杰, 于莉, 于文广. 药物熏蒸疗法对 23 例类风湿关节炎实验室观察指标的影响[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(9): 15-17.
- [23] 南小利, 兰青山. 中药熏药联合西医疗法对类风湿关节炎患者 CRP、ESR 的影响[J]. 中医临床研究, 2017, 9(15): 53-55.
- [24] 员晶, 唐晓娟, 焦娟, 等. 中医学敷法治疗类风湿关节炎的方法学探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 9(5): 539-541.
- [25] 王秀静. 类风湿关节炎的中药外敷治疗的效果及护理[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2661-2662.
- [26] 王海隆, 姜泉, 冯兴华, 等. 冬病夏治穴位贴敷治疗类风湿关节炎的随机、盲法、安慰剂对照研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(4): 97-100.
- [27] 马小平, 高广忠, 练剑锋. 火针靶点针刺法治疗类风湿关节炎畸形疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(9): 1099-1101.
- [28] 马小平. 火针靶点针刺法治疗类风湿关节炎晨僵的疗效观察[J]. 中华针灸电子杂志, 2017, 6(2): 55-59.
- [29] 李莉, 易荣, 王艳梅, 等. 蜂针阿是穴与循经取穴治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(2): 121-122.
- [30] 张伟. 不同类型隔姜灸治疗类风湿关节炎的随机对照研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(7): 1660-1662.
- [31] 何悦硕, 梁维超. 麦粒灸治疗类风湿性关节炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(7): 449-450.
- [32] 杜燕. 穴位埋线治疗类风湿关节炎的临床研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2016, 40(9): 710-712.
- [33] 李小兰, 杜燕, 赵会娟, 等. 穴位埋线联合西药对活动期类风湿关节炎患者的临床观察[J]. 新疆医科大学学报, 2017, 40(7): 880-884.
- [34] 梁昊, 郑志永, 汪洪波, 等. 穴位注射鹿瓜多肽注射液治疗活动期类风湿关节炎疗效观察[J]. 河北医科大学学报, 2009, 30(9): 945-948.
- [35] 刘益鸣, 张挺杰, 李君, 等. 发散式体外冲击波有效缓解类风湿关节炎患者的关节疼痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3): 228-231.
- [36] 冯苏文. 光子治疗类风湿关节炎的临床疗效观察[J]. 中国临床护理, 2016, 8(4): 299-300.
- [37] 李宁, 王拥军, 施杞, 等. 从中医“治未病”思想谈类风湿性关节炎的防治[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(11): 64-65.
- [38] 高积粮, 程守纲, 彭会娟. 阎小萍治疗风湿病“治未病”学术思想浅识[J]. 世界中医药, 2015, 10(5): 736-739.
- [39] 黄旦, 刘健. 从“治未病”思想探讨类风湿关节炎的防治[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(2): 46-48.