

浅谈类风湿关节炎与蒙医“陶列”病的关系

董海涛

内蒙古国际蒙医医院, 内蒙古 呼和浩特 010020

【摘要】 西医类风湿关节炎(RA)属于蒙医“陶列”病的范畴^[1], 类风湿关节炎目前仍是威胁人类身体健康的一种疑难病症, 并出现一系列的并发症, 单独靠某一种药物尚不能达到理想的治疗效果。因此将蒙医蒙药与现代医学有机地结合起来, 了解其病因和发病机制, 可为开发治疗类风湿关节炎的药物开拓新思路。

【关键词】 RA; 蒙医陶列; 发病机制; 药物治疗

【中图分类号】 R291.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-8517(2012)01-0005-02

RA是一种慢性、对称性侵害关节和关节周围组织, 以关节滑膜病变为主的全身性、自身免疫性疾病。本病是常见病和多发病, 具有反复发作、病程迁延、制残率高的特点^[2], 据世界卫生组织报RA的患病率约为1%^[3], 国内成人患病率0.32%-0.36%, 女性高于男性2-4倍^[4], 任何年龄均可发病, 发病高峰年龄为30-50岁^[5]。临床表现为突然或缓慢地自觉肢体关节肌肉疼痛、屈伸不利为特征, 伴有或游走不定、晨僵等。

1 病因及分类

目前, 对RA的病因尚不明确, 但是与下列因素有关^[6]: 感染因子、遗传倾向及受凉、潮湿、劳累、精神创伤、营养不良、跌打损伤等常为本病的诱发因素。

蒙医“陶列”病是以赫依、奇素发生邪变而侵入骨、关节与黄水(稀拉乌苏)混合使关节起初出现肿胀、疼痛而后就可出现屈伸不利、晨僵、变形等症状的全身性慢性疾病^[7]。在蒙医“四部医典”^{[8][9]}中有, 《陶列病的原因因为饮食不节、嗜食膏粱厚味、肥甘酒酪、昼寝不动或强力劳作等使脚拇趾和肘关节发病…》的记载; “四部甘露”中记载为《陶列是骨病》^[10]。在“蓝琉璃”^[11]中《…赫依、奇素发生邪变而首先赫依、奇素侵入骨使脚拇趾和肘关节开始发病, 以后病程续延累及全身》的记载; 据“兰塔布”^[12]记载《陶列病多数从脚拇趾和肘关节开始, 以后累及关节周围等…》。“月光医经”^[13]中有《…患病条件为强力劳作而活动、赫依、奇素发生邪变而得、久居潮湿的地方、穿潮湿或窄小的靴鞋》。陶列病在“四部医典”中分为《赫依、稀拉、巴达干、奇素》四种, “蒙医金贵”^[14]中分为《黑陶列、白陶列、花陶列》三种, “月光医经”中有《陶列病有黑、白、花》三种。

2 治疗

西医药物治疗: 临床上对RA的治疗并无特效药物, 在治疗RA中主要以减轻疼痛、控制病情发展为主要目的。药物治疗RA的研究取得进展, 用药范围扩展。分为一线药物: 即非甾体抗炎药, 可以缓解RA症状, 是RA的常用药物之一, 使用时根据病情个体化选药。二线药物: 即缓解病情药物, 包括改变病情药物和细胞毒药物, 为慢作用抗风湿药, 适用于早期患者, 能够改善关节症状并降低急性期反应。一旦确诊, 主张早期、长期应用, 疗程至少半年, 甚至更长^[2]。三线药物: 即糖皮质激素, 是目前最强的抗炎药物, 对活动性、多发性关节炎或RA可迅速改善功能, 但不能阻断RA的病程进展和关节破坏, 有明显的副作用和药物依赖性^[15], 根据病情小剂量使用1-3个月,

注意护胃及其严重并发症^[16]。其他还有生物药物^[2]、基因治疗^[17]、同位素药品^[18]治疗等。

蒙医治疗方法: 蒙医内科学^[9]上治疗陶列病以燥黄水为主, 可用嘎日迪—5、风湿—25味丸、森登—4汤、珍宝丸、五味润僵汤等。在蒙医学术论文集^[19]中以分解精华与糟粕、燥黄水、消粘、止痛为主, 用五味润僵汤、嘎日迪—5、风湿—25味丸、萨仁嘎日迪及森登—4汤, 还可阿尔山浸泡等。白清云医案中^[20]根据病情用风湿—25味丸、森登—4汤、嘎日迪—15。陶列病用阿尔山浸泡有效, 禁忌食膏粱厚味、肥甘酒酪、昼寝不动或强力劳作等^[21]。

3 前景及展望

RA目前仍是威胁人类健康的一种病因不明的以多关节受累为主的慢性全身性自身免疫性疾病, 临床主要表现为关节、肌肉疼痛、麻木、屈伸不利、晨僵, 重者可见关节肿胀或畸形。现代医学在RA治疗方面虽然存在成效, 但是某些不足仍然不可避免, 只能缓解症状而不能彻底根治。近年来, 针对临床RA发病率逐年升高同时又有反复发作的特点, 蒙医药治疗RA越来越受到人们的关注, 其疗效确切, 毒副反应少, 显示出较大的优势, 特别是综合治疗疗效显著。所以发挥传统医学优势, 将蒙医药与现代医学有机的结合, 是治疗RA科学有效的方法, 从而更好、更安全地减少患者痛苦, 提高患者生存质量。

参考文献

- [1] 乌力吉巴特尔, 包迎春, 黎明. 类风湿关节炎与痛风病的比较研究[J]. 中国蒙医药, 2008, 5: 42-46
- [2] 李长云. 中西医结合治疗类风湿关节炎现状与发展. 医学研究与教育 2010, 27(2): 62-64
- [3] 林金盈. 类风湿关节炎治疗新进展. 中国医学文摘老年医学, 2005, 14(2): 1282130
- [4] 李瑞, 孟庆刚. 类风湿关节炎的临床治疗研究. 中华中医药学刊 2007, 25(7): 1348-1352
- [5] 国家中医药管理局. 中医症状诊断疗效标准[M] 南京: 南京大学出版社, 1994: 47-48
- [6] 董怡. 内科学·类风湿关节炎[M] 北京: 人民卫生出版社 2005: 897-903
- [7] 蒙医内科编写组 蒙医内科学[M] 内蒙古人民出版社 1977: 209-214
- [8] 周英, 贺平, 胡世红, 血尿酸水平与心血管疾病的关系[J] 医学综述 2005, 11(4): 367-368
- [9] 蒙医内科编写组 蒙医内科学[M] 内蒙古人民出版社 1977: 209-214
- [8] 特·特木热(校注) 四部医典 内蒙古科学技术出版社 1987: 601-603
- [9] 内蒙古自治区中(蒙)医研究所(编译) 四部医典 内蒙古人民出版社, 1978: 599-602
- [10] 伊喜巴拉珠尔 四部甘露[M] 内蒙古人民出版社 1998, 12.

(下转第7页)

对结核病的认识不足,对老年性肺结核缺乏警惕,忽视了肺结核患病率在老年组发病率增高的倾向;(4)X线征像或胸部CT复杂而不典型,不重视实验室相关检查,没有结合临床认真分析,定期复查;(5)由于肺癌在老龄人群中患病率高,当出现结核球时,人们往往将肺结核误诊为肺癌。

3.3 老年继发性肺结核鉴别诊断(1)早期浸润型肺结核与肺炎鉴别,浸润型肺结核见大片状渗出病灶,但其密度不均匀,可见小颗粒或结节状密度增高影,或其它区域有支气管播散病灶,而肺炎多发大片状渗出影或云絮状渗出影,密度相对均匀。干酪性肺炎与大叶性肺炎鉴别在于前者有液化区、多发小空洞和支气管播散病灶,并常在病灶内见到斑点状钙化影,并可伴有肺体积缩小。(2)结核球应与周围型肺癌、球形肺炎相鉴别,结核球钙化常见,以边缘层状、弧状或同心圆状为特点,边缘较光整,无分叶毛刺,周围常见卫星病灶;而周围型肺癌钙化少见,以细砂样或无定型钙化分布为特点,肿块常有分叶或短细毛刺,常引起纵隔多发淋巴结肿大、胸部肋骨或胸椎骨转移。球形肺炎在CT三维重建时三条轴线可不等长,其中一条明显变短,边缘较规则,可有毛刺,胸膜下常有局限性胸膜增厚或粘连带,增强扫描时结核球无明显强化,而球形肺炎有明显强化,经抗炎治疗后短期内有吸收。(3)结核空洞需与肺曲菌感染、肺癌空洞、肺脓肿相鉴别,肺曲菌病在空洞内出现致密的曲菌球,可形成特征性空气新月征;肺癌性空洞常为壁厚薄不均偏心性空洞,为分叶状,边缘有毛刺;肺脓肿空洞壁较厚,内壁光整,周围有炎性浸润,病人有高热病史,细菌培养可鉴别。

由于老年人呼吸系统及其他系统机能减退,自身免疫力不同程度障碍,多存在其他肺部疾病,如尘肺、肺部感染、慢性阻塞性肺部疾病,及易患心血管疾病、糖尿病、肝硬化、肾功能不全等,在肺结核和其他疾病的相互作用下,增加了肺部影像学表现的复杂性,给诊断带来了诸多困难,也促使了疾病的进一步扩散蔓延。因此,加强对本病的影像学表现学习,利用螺旋CT断层扫描的检查手段,提高对老年继发性结核诊断,充分利用循证医学对其鉴别诊断,这对早期发现、诊断、治疗肺结核有重要意义。对高度怀疑肺结核的患者,可采取积极的试验性药物治疗,结合临床资料综合分析。放射医师也应提高对老年性肺结核的认识,尽力避免误诊,做到早期诊断、早期治疗,保

障老年人的生活质量。



图一 82岁男性患者,两肺浸润型肺结核并左肺上叶空洞形成。



图二 70岁女性患者,两肺浸润型肺结核,右肺上叶大片状渗出病灶,左肺下叶背段呈“春芽”征的支气管播散病灶。



图三 68岁女性患者,两肺浸润型肺结核并右肺上叶结核瘤形成。



图四 65岁女性患者,两肺肺气肿、左肺浸润型肺结核,结核病灶内及纵隔内可见多发斑点状钙化灶。

参考文献

- [1] 吕鉴尧,吴洁贞. 118例老年继发性肺结核的X线征象分析[J]. 中国医药导报, 2011, 8(5).
- [2] 周新华. 继发性肺结核的影像诊断与鉴别[D]. 中华医学会结核病学分会2006年学术会议, 2006.
- [3] 赵春英, 韩卉. 糖尿病合并继发性肺结核的CT表现及分析[J]. 中国医疗前沿(下半月), 2011, 6(2).
- [4] 黄德允, 李兴艳, 黄忠包. 酷似继发性肺结核的上肺野大叶性肺炎[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(7).
- [5] 刘国利, 王媛. CT在继发性肺结核中的诊断价值[J]. 吉林医学, 2010, 31(17).
- [6] 赵虹. CT诊断与分析[M]. 广东科技出版社.

(收稿日期: 2011. 11. 16)

(上接第5页)

- [11] 内蒙古中蒙医研究所(编译) 蓝琉璃(下)[M] 内蒙古人民出版社 1999: 111~114
- [12] 特木热(核对抄写) 兰塔布[M] 北京 民族出版社 1987: 382~385
- [13] 内蒙古中蒙医研究所(编译) 月光医经[M] 内蒙古人民出版社 1999: 275~278
- [14] 巴盟蒙医研究所(编译) 蒙医金贵[M] 内蒙古人民出版社 1977
- [15] 冯芳. 类风湿关节炎治疗最新进展[J] 药物生物技术, 2005, 12(1): 32~34
- [16] 吕军影. 中西医结合治疗类风湿关节炎61例疗效分析[J] 四川中医, 2001, 19(7): 27

- [17] 严桂民. 类风湿关节炎的基因治疗[J] 中国新医药, 2003, 2(8): 47~48
- [18] 桑士标, 吴冀伟, 苏成海, 等 99Tc-MDP 治疗类风湿关节炎的疗效观察[J] 苏州大学学报(医学版) 2003, 23(5): 555~556
- [19] 王圣燕, 赵晶, 车仁宇 痛风的药物治疗研究进展 中国医疗前沿 2009 4(9): 42~44
- [20] 斯琴其木格, 白清云医案 内蒙古科学技术出版社 1987, 265~276
- [21] 金巴 临症医案[M] 内蒙古人民出版社 1977: 996

(收稿日期: 2011. 11. 29)