

现代风湿病的 诊断治疗进展

孟锦焕 时守庆 主编
张连平 张秀英

Xiandai Fengshibing de
Zhenduanzhiliao
Jinzhan



山东大学出版社

现代风湿病的诊断治疗进展

主编 孟锦焕 时守庆
张连平 张秀英

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代风湿病的诊断治疗进展/孟锦焕等主编. — 济南:山东大学出版社, 2008. 10
ISBN 978-7-5607-3671-6

I. 现…

II. 孟…

III. 风湿病—诊疗

IV. R593. 21

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 162878 号

山东大学出版社出版发行

(山东省济南市山大南路 27 号 邮政编码:250100)

山东省新华书店经销

山东省恒兴实业总公司印刷厂印刷

787×1092 毫米 1/16 18.5 印张 422 千字

2008 年 10 月第 1 版 2008 年 10 月第 1 次印刷

定价:36.00 元

版权所有,盗印必究

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页,由本社营销部负责调换

《现代风湿病的诊断治疗进展》编委会

主 编	孟锦焕	时守庆	张连平	张秀英
副主编	董砚奉	刘存津	杨小庆	徐 冬
	宿献周	张传栋	俞吉昂	
编 委	孙 玲	彭朝权	周广宇	毕黎琦
	贺秋菊			
编 审	余步云	黄 烽	曹永廉	

参编人员(以姓氏笔画为序)

刘存津	毕黎琦	孙 玲	杨小庆
时守庆	余步云	张传栋	张连平
张秀英	孟锦焕	周广宇	俞吉昂
贺秋菊	徐 冬	黄 烽	曹永廉
宿献周	彭朝权	董砚奉	

前 言

人们对风湿疾病早就有所认识,如世界医学之父、古希腊的希波克拉底就对风湿疾病中的痛风有深刻的见解。不幸的是,世界范围内真正系统的对风湿疾病的研究起步很晚,也就是近三四十年历史。可喜的是,现代医学科学特别是免疫分子学、免疫病理学的飞速发展,对风湿疾病发病机理的认识有了很大的提高。于是,出现了与其他学科一样,医学书海浩瀚,风湿专科的名著个个都是“大块头”,动则数千页,非专科医生明知风湿疾病难诊断、难治疗,想系统研读往往心有余而力不足。而风湿专科医生在基层医院很少,风湿病患者率却很高。据统计,我国关节炎的患病人数达数千万甚至上亿,所接受的诊治十分纷乱。非风湿专科医生大多对风湿病知识只知其一,不知其二,认为风湿疾病“不可治”、“治不好”、“治疗也就是用激素”。风湿科专科医生往往是照搬照抄美国风湿病学会诊断治疗标准,认为大多风湿疾病病因复杂和遗传因素的存在,治疗之后可能复发,统归为不可治愈,重创了患者战胜病魔的信心,给江湖游医提供了招摇撞骗浑水摸鱼的机会。其实,内科其他疾病如慢性支气管炎、肺气肿、高血压、冠心病、糖尿病等皆存在复发的危险。于是本书提出了风湿疾病可以阶段治愈的理论。一个患者选择的治疗方案合理、科学,阶段治愈的希望就大。患者一生阶段治愈的次数越多,炎性病变侵害关节的机会越少,才能有效控制病情致残的进程。为此,迫切要求更多的非专科医生、在校医学院校的学生及广大的患者更广泛了解风湿病诊治方面科学、先进、简洁、浓缩的医学知识,普及风湿病诊治的大卫生观念,这就是写本书的初衷。若达到上述目标,有人描述的风湿病患者的“5D”,即痛苦(Discomfort)、死亡(Death)、残疾(Disability)、经济损失(Dollar Lost)及药物中毒(Drug Toxicity)很大程度上可以避免。

在本书的编写过程中得到了有关老师和同仁的指导指正,在此深表谢意!

风湿病学科的知识发展迅速,加上我们水平能力有限,书中难免存在缺点和错误,衷心希望读者批评指正。

孟锦焕

2008年9月

目 录

第一章 风湿病概述	(1)
第二章 关节炎症的诊断途径和鉴别诊断方法	(6)
第三章 系统性红斑狼疮	(13)
第四章 类风湿关节炎	(27)
第五章 强直性脊柱炎及血清阴性脊柱关节病	(41)
第一节 强直性脊柱炎	(41)
第二节 瑞特综合征	(59)
第三节 银屑病关节炎	(63)
第六章 系统性血管炎	(68)
第一节 结节性多动脉炎	(72)
第二节 韦格纳肉芽肿	(77)
第三节 巨细胞动脉炎和风湿性多肌痛	(80)
第四节 白塞病	(84)
第五节 大动脉炎	(89)
第七章 硬皮病	(94)
第一节 系统性硬化病	(95)
第二节 局限性硬皮病	(112)
第三节 硬皮病样疾病	(114)
第八章 骨关节炎	(117)
第九章 风湿热	(126)
第十章 特发性炎症性肌病	(143)

第十一章	高尿酸血症与痛风	(148)
第十二章	干燥综合征	(154)
第十三章	骨质疏松症	(162)
第十四章	成人斯蒂尔病	(172)
第十五章	混合性结缔组织病	(179)
第十六章	纤维肌痛综合征	(187)
第十七章	感染性关节炎	(193)
第一节	化脓性关节炎	(193)
第二节	淋球菌性关节炎	(204)
第三节	梅毒性关节炎	(206)
第四节	非结核性分支杆菌关节炎	(208)
第五节	布氏杆菌性关节炎	(209)
第六节	真菌性关节炎	(210)
第七节	寄生虫性关节炎	(213)
第八节	莱姆病	(215)
第十八章	局限性风湿病	(220)
第十九章	风湿疾病的影像学表现	(226)
第一节	类风湿关节炎	(226)
第二节	强直性脊柱炎	(227)
第三节	骨关节炎	(229)
第四节	痛风性关节炎	(232)
第二十章	风湿疾病在心血管系统的表现	(233)
第一节	风湿热、风湿性心脏病	(233)
第二节	系统性红斑狼疮	(234)
第三节	类风湿关节炎	(235)
第四节	强直性脊柱炎	(235)
第五节	结节性多动脉炎	(236)
第六节	瑞特综合征	(236)

第七节 系统性硬化症.....	(237)
第八节 大动脉炎.....	(237)
第九节 其 他.....	(238)
第二十一章 常见风湿病在皮肤黏膜的表现.....	(239)
第二十二章 风湿疾病在神经精神系统的表现.....	(246)
第二十三章 风湿病的外科治疗.....	(255)
附录 1 美国风湿病学学会对关节炎和风湿病的命名和分类	(260)
附录 2 风湿疾病诊查中的观察指标(分级或分度)	(269)
附录 3 风湿病常见免疫学检查	(272)
附录 4 风湿疾病常用药物表	(274)
附录 5 风湿性疾病常规用药指导原则及特殊治疗	(277)
附录 6 常见风湿性疾病关节炎症鉴别诊断表	(279)
参考文献.....	(281)

第一章

风湿病概述

风湿病学是一门新的学科,但风湿性疾病的客观存在和被人们认识则历史久远。

一、风湿病的历史回顾

远在公元前 4 世纪《希波格拉底全集》中就有“rheuma”一词,意思是从脑髓“流下来”,这是最原始的病因学的体液论。16 世纪,最早由巴黎内科医生 Guillaume Baillou 提出风湿症(rheumatisim)与关节病的联系。19 世纪初,有些研究者如 Willam Heberden 提出:“风湿症”是一个通用名,它代表许多种由不同病因引起的疼痛和痛苦。1684 年,Antoni Van Leeuwenhoek 描述了痛风尿酸盐结晶的显微镜下的外观,后被药剂师 Carl W. Scheele 证明,最初命名为结石酸,后由法国化学家 Afde Fourcroy 命名为尿酸。1867 年,Jean Martin Charcot 开始对 1858 年 A. B. Garrod 提出的 rheumatoid arthritis (RA)作出了比较详细的描述,到 1922 年英国卫生部才正式用此名词,1941 年被美国风湿病学学会采纳。1934 年,Walter Kerbs 报道了骶髂关节炎为强直性脊柱炎的特征。1973 年,Less Schlossten 和 Derek Brewerton 发现 HLA-B₂₇与强直性脊柱炎的关系,这是划时代的进步。

二、风湿病组织的建立

1923 年,在巴黎成立了风湿病国际委员会,3 年后改为国际抗风湿联盟(International League Againsed Rheumatism)。

1928 年,美国风湿病控制委员会(ARA)成立,1988 年,改名为美国风湿病学学会(ACR)。

1949 年,创立欧洲抗风湿联盟(EULAR),泛美抗风湿联盟(LAR)。

1965 年,亚洲太平洋地区抗风湿联盟成立。

1988 年,非洲抗风湿联盟相继成立。

1988 年,中国参加亚太成员国,团体名为中华风湿病学学会(Chinese Rheumatology Association)。

三、风湿病的概念

上面讲到 16 世纪巴黎内科医生提出“风湿症”是个通用名,代表着许多疾病。经过漫长的医学发展,这一观点得到了逐步的证实。现代的风湿病(rheumatic diseases)的定义

是泛指影响骨、关节及其周围软组织,肌肉、滑囊、肌腱、筋膜等的一组疾病。

四、风湿病的病因

风湿病的病因有如下几类:

- (1)感染性:莱姆病、淋菌性关节炎等。
- (2)免疫性:RA、SLE等。
- (3)代谢性:痛风、假性痛风等。
- (4)内分泌性:肢端肥大症、甲状旁腺功能亢进等。
- (5)退行性:OA等。
- (6)地理环境性:大骨节病、氟中毒等。
- (7)遗传性:黏多糖病、先天性软骨发育不全等。
- (8)肿瘤性:骨瘤、多发性骨髓瘤等。

根据1993年美国风湿病学学会对关节炎和风湿病的命名和分类,并以国际疾病分号的疾病近200种。

五、风湿病的现状

近年来,现代的病理学、医学免疫学、免疫分子学、医学化学的飞速发展为风湿病的诊治揭开了令人鼓舞的一页。但是因为存在不少不利因素(社会环境、医疗环境、经济环境等),现实形势是十分严峻的,国际上描述的“5D”还没有从根本上改观。尤其我们国内风湿病专科医生很少,风湿疾病知识普及很低,临床上漏诊、延诊、误诊误治情况严重存在。

D₁—痛苦,discomfort

D₂—死亡,death

D₃—残废,disability

D₄—经济损失,dollar lost

D₅—药物中毒,drug toxicity

六、风湿病的学科特点

1. 学科特点

学科知识涉及面广,其范畴涉及内科、骨科、皮肤科、儿科、口腔科、影像各科(X线、CT、MRI)、理疗科、康复科、中医科。中华医学会将其列为二级学科。在内科还涉及肾病、血液、呼吸、心血管、消化、内分泌、神经系统等为首发症状或主要表现。

2. 流行病学的特点

- (1)患病率高。
- (2)致残率高:青中年致残。
- (3)寿命缩短:RA患者自然生命期缩短10~15年。

七、主要风湿病的患病率

我国风湿病患病率以百万千万计。2003年10月15日,《健康报》称我国有1亿人患

关节炎,可见患病率之高。

八、风湿病的临床特点

风湿病的临床特点为:

- (1)多病因不明,普遍认为感染与免疫反应有关。
- (2)多有一定的遗传背景,患者的遗传易感性与疾病表达密切相关。
- (3)疾病临床表现呈异质性,可有不同临床亚型。
- (4)病程呈反复发作与缓解,多呈慢性经过。
- (5)治疗效果有较大的个性差异。

九、风湿性疾病的诊断要点

风湿病应结合病史、体格检查、化验结果和各种特殊检查作出诊断。

1. 病史

关节痛的发作年龄,性别,起病的急缓,性质(单或多、对称与非对称、支重或非支重、游走或非游走),部位,持续时间,发展情况,有无晨僵,以往治疗效果,伴随症状(口干、皮疹、发热、贫血、内脏损伤)等全身表现。

2. 体格检查

(1)关节红、肿、压痛、活动受限、畸形。

(2)关节外体征:类风湿结节,血管炎,心脏损害(心包炎、心肌炎、心内膜炎),肺损害(胸膜炎、胸腔积液、坏死结节、类风湿尘肺综合征、慢性纤维性肺炎、弥漫性肺间质纤维化),肾脏损害。

3. 辅助检查

(1)血 RT(RBC、Hb、WBC、PTC)、ESR、RF 滴度、CRP、体液免疫、IgG、IgA、IgM、补体 C3、C4、ANA、ENA、HLA-B₂₇。

(2)影像学检查:X线、CT、MRI。

十、风湿病的新进展

1. 病因学和发病机制研究取得的进展

(1)自身免疫发病机制在风湿性疾病中占重要地位(绝大部分弥漫性结缔组织病属此范畴)。

(2)对疾病的本质认识加深,观念不断更新。

①AS是一种独立的疾病,不再称为类风湿脊柱炎。

②亚急性变应性败血症从疾病分类中消失,改为成人斯蒂尔病(adult onset Still's disease)

③纤维织炎改为纤维肌痛综合征。

(3)新的疾病的发现:莱姆病(Lyme disease)是一种由蜱携带的梅毒螺旋体所引起的系统性疾病。

2. 诊断上的进步

(1) 诊断标准的建立,多数疾病已有较明确的诊断标准、疑似标准、亚分类标准(亚型标准)、预后标准,还有各种指标(如活动性指标、损伤指标)。

(2) 自身抗体谱的研究和建立,发现多种疾病的标记性抗体和各种意义的抗体。

① SLE——抗 SM 抗体。

② 弥漫性 SSC——抗 Scl-70 抗体。

③ DS ——DNA 抗体。

④ 局限性 SSC——抗着丝点抗体。

⑤ 干燥综合征(SS)——抗 SS-A 抗体和抗 SS-B 抗体。

⑥ 类风湿关节炎——RF 滴度 AKA 抗角质蛋白抗体。

⑦ 风湿热——抗心肌抗体、抗心瓣膜多糖抗体。

⑧ 混合性结缔组织病(MCTD)——高效价抗体(RHP)。

(3) 分子生物学和免疫遗传学的研究和应用:70kD 多肽抗原、SM-D 抗原的制备,对风湿病诊断的特异性、敏感性都有帮助。

十一、风湿病在治疗学上的新进展

1. 风湿病治疗的原则

(1) 早期治疗的实施。

(2) 个体化的治疗原则。

(3) 治疗策略和手段的更新。

2. RA 治疗方案的变更

(1) 控制病情药、慢作用药、免疫性炎症抑制药的应用。

(2) 控制病情药物的选择:抗疟药(氯喹、羟氯喹),金制剂,青霉胺,布西明,柳氮磺吡啶,雷公藤,环孢素,细胞毒药物(氮芥、CTX、MTX)。

3. 非甾体抗炎药的进展

(1) 乙酰水杨酸盐类。水杨酸胆碱酯酶、二氟尼柳、阿司匹林。

(2) 丙酸衍生物类:布洛芬、奈普生、奈普酮、苯氧基布洛芬、氟比布洛芬、吲哚布洛芬、吡洛芬、芬布芬、噻丙嗪(奥沙普星)。

(3) 苯酰胺衍生物类:双氯芬酸、芬氯酸。

(4) 吲哚酰胺类:吲哚美辛、舒林酸、阿西美辛。

(5) 灭酸类:甲氯芬那酸、甲芬那酸、氟芬那酸、氯芬那酸。

(6) 吡唑酮类:保泰松、羟布宗(羟基保泰松)、阿扎丙宗。

(7) 息康类:吡罗昔康(炎痛息康)、尔安(美洛昔康)。

(8) 吡咯酮类:托美丁。

NSAIDs 尚不能满足医疗的需要,目前迫切需要研究生产选择性抑制 COX-2,较少或不抑制 COX-1 的药物。

抑制 COX-2 抗炎药的新目标见图 1-1。

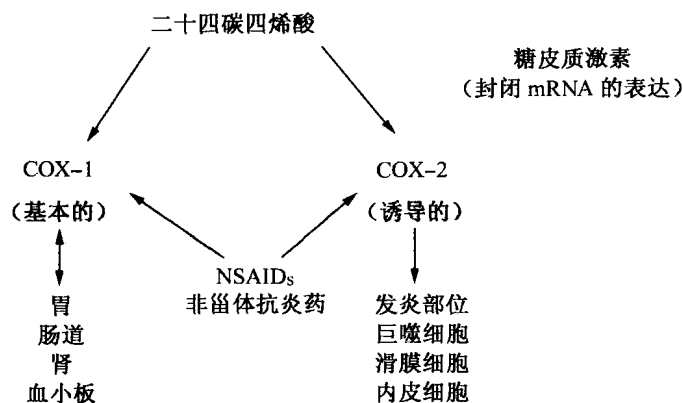


图 1-1 COX-2 抗炎药的新目标

推荐选择抑制 COX-2 不抑制 COX-1 的 NSAIDs 的新药有：莫比可(德)、澳湿克(美)、瑞力芬(美)、西乐葆(美)、乐松(日)、风湿乐(荷)、美苏宁(美)。

4. 以 RA 为例，激素治疗的新观点

- (1)一般不用激素，病情得不到有效的控制、体温不降时足量联合用药。
- (2)病情侵犯心脏血管，危及生命时。
- (3)强的松用量一般不大于每日 15mg。
- (4)病情侵犯单小关节时，局部用药选用不良反应小的得宝松、美卓乐。
- (5)血浆置换疗法。
- (6)生物制剂的研究和应用。
- (7)放射药物的应用，如云克。
- (8)掌握主要治疗不忘辅助治疗，如补钙、护胃。

5. 激素的使用原则

一些风湿疾病使用激素要足剂量、足疗程，如 SLE、皮肌炎、硬皮病、Still 病、血管炎等。

(孟锦焕)

第二章

关节炎症的诊断途径和鉴别诊断方法

一、定 义

关节炎系指免疫、感染、创伤、代谢或其他因素所致的关节炎性病变。

二、特 征

关节炎的主要特征为关节红、肿、热、痛和运动功能障碍。

三、范 畴

(1)免疫:RA、AS、SLE、SS 等。

(2)感染:莱姆(Lyme)病、淋菌性、TB 等。

(3)创伤(退行):骨关节炎。

(4)代谢(晶体):痛风、假性痛风。

(5)内分泌性:甲状旁腺功能亢进等。

(6)血清阴性的脊柱关节病:①强直性脊柱炎;②Reiter 综合征;③银屑病性关节炎;
④炎性肠病关节炎;⑤反应性关节炎。

如此繁杂的关节炎症疾病,除有关节炎的共同特征,各个疾病的发病机理、临床表现和治疗及转归等都不尽相同。更需强调的是,其病因不是单一的,而是多因性的,如 RA (感染、免疫、遗传等多种因素参与)。

四、关节炎的诊断途径

现代医学的发展如遗传学、免疫学、病理学、影像学和其他新技术,为关节炎的诊断提供了有利条件。但是完整的病史采集,全面的体格检查对关节炎的诊断,仍然是最重要和不可缺少的步骤。

(一)采集病史

病史的采集包括:①病前健康状况;②发病年龄;③起病诱因;④发病方式;⑤前驱表现;⑥首发部位;⑦演变过程;⑧病变范围;⑨伴随现象;⑩缓解因素;⑪单或多发;⑫游走或固定;⑬是否对称;⑭上下肢体;⑮病程性质(持续、一过、复发);⑯转归;⑰家族背景。

(二)体格检查

1. 一般检查

- (1)皮肤银屑病:银屑病性。
- (2)蝶形红斑:SLE。
- (3)多形红斑—Still 病。
- (4)Gottron 征:Dm(掌指关节和近侧指间关节皮肤有红紫色的斑丘疹,顶部扁平,伴脱屑,日久皮肤萎缩,色素减退)。
- (5)雷诺现象:硬皮病、SLE、Behcet。
- (6)穿刺点脓疱疹+口腔黏膜生殖器溃疡:Behcet。
- (7)溢脓性皮肤角化病:Reiter。
- (8)环形红斑:风湿热。
- (9)胸腰椎曲度改变:AS、OA。

2. 关节检查

一般对主要关节都应检查,不只限于病变关节,应当健侧与患侧对比。

(1)肿胀为关节炎的主要体征,明显的一眼就可看出,但多数需要触诊发现。肿胀可有软组织水肿,滑膜增生,关节腔积液或骨性增生隆起,经检查可以初步区别。可伴发或不伴发皮肤发红。

(2)触痛为检查者用手指直接按压患者关节局部引起的疼痛反应,并可触知局部温度变化。轻压有明显痛苦表情说明触痛程度重,重压疼痛说明触痛程度轻。

关节疼痛的分级:

0级:无痛。

I级:答称有痛。

II级:压挤关节时病人皱眉不适。

III级:压挤关节时病人很痛,将手或肢体急速反射抽回。

另外,应区别触痛来自关节还是周围软组织。触痛围绕关节,并有关节各方向运动时疼痛及受限,常提示关节受累;触痛仅在关节的一面,或疼痛限于一个方向运动,提示关节周围病变。

(3)畸形:畸形表示关节排列不齐,可由关节软骨或软骨下骨破坏,骨增大,韧带破坏,组织挛缩或半脱位所致。

(4)骨摩擦感:这是指关节运动时产生能触知或可听到的噼啪声。在正常关节可触到粗糙的摩擦感,反映软组织活动擦过骨突部位。细小的摩擦感多为纤维化软骨之间的摩擦。

(5)关节活动度:活动度指各个关节应有的主动和被动活动范围。当关节结构受到破坏时则出现范围缩小甚至消失。

(三)特殊关节检查法

1. 脊柱

(1)生理弯曲:病人直立,依次观察有无正常的颈前凸、胸后凸、腰前凸,有无侧弯和不对称,有无椎体压痛的部位。

(2)胸廓活动度:锁骨中线第4肋间隙深呼吸与深吸气之差小于2.5cm,即为胸廓活动度差,多见于AS。

(3)腰椎活动度(Schober 试验):在髂嵴以上10cm和以下5cm连成的直线上,正常身

术前屈至少可延长 5cm。如小于 5cm 为阳性,提示 AS。

(4) 骶髂挤压试验:患者平卧,挤压髂前上棘,诱发出疼痛或不适感,提示骶髂关节病变。

2. 肩关节

肩关节是人体活动性最大的关节,组成为盂、肱、肩锁、胸锁及肩胛胸壁关节,主要有前屈、后伸、上举、内收、外展,内旋等功能。

(1) 一般检查

① 肘贴胸,手摸对侧耳,可检查内收是否正常。

② 手从颈后摸对侧耳,可检查前屈、外展、外旋正常。

③ 手从背后摸对侧肩胛骨下角,可检查内旋、后伸是否正常。

(2) 特殊检查

① Dugas 征(杜加斯征):伤侧手放对侧肩时肘不能贴胸,表明肩关节前脱位。

② 痛弧:肩关节外展 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 时,肩袖肌腱在肩峰下方摩擦、撞击而产生明显疼痛,而小于 60° 大于 120° 时疼痛消失,表明肩袖病变;痛弧在主动外展 $150^{\circ} \sim 180^{\circ}$ 时,表明肩锁关节病变。

③ 肱二头肌长腱阻抗试验

a. 前臂旋后肩屈 90° ,伸肘位,检查者用手下压前臂抗肘屈曲,出现肩痛为斯比德(Speeds)征阳性。说明肱二头肌长腱有损伤或炎症。

b. 屈肘 90° 位,检查者拉前臂抗屈肘,肩痛为叶加森(Yergason)征阳性。

④ 前屈上举征(impingement sign):检查者以手掘患侧前臂,使之于中立位前屈,上举,肩袖大结节附着撞击肩峰的前缘,肩痛为阳性,表明有肩峰下滑囊炎、冈上肌炎、肩袖损伤。

⑤ 前屈内旋试验:检查者将患肩前屈 90° ,屈肘 90° ,用力内旋肩关节,使病变之肩袖撞击喙突肩峰韧带,产生疼痛为阳性,表明有肩周炎。

3. 肘关节

肘关节能伸展至水平面和屈曲至 $150^{\circ} \sim 160^{\circ}$,前臂可行旋前和旋后动作。肘关节伸展受限可能是滑膜炎的早期征象。

4. 腕关节和手

正常腕关节可屈曲 90° 和伸展 70° ,运动时出现腕不适或发现局部肿胀提示滑囊炎。大鱼肌间隙肿胀可能是感染或过敏引起的反应性水肿。手背的囊性肿胀多考虑腱鞘囊肿或腱鞘炎。掌侧腕管区肿胀可能是腕管综合征,表现为正中神经受压的临床症状,如手掌指麻木、腕部疼痛、腕关节和手指屈伸功能受限。手包括四组平行排列的小关节,自近及远分为腕掌、掌指、近端指间和远端指间关节。骨关节炎常累及第一腕掌关节,其余的腕、掌指和近端指间关节多为类风湿关节炎的好发部位;远端指间关节受累见于骨关节炎和银屑病关节炎。第五近侧指间关节肿痛可能与甲状腺引起关节炎有关。Heberden 结节多出现于远端指间关节,多见于骨关节炎;Bouchard 结节多出现于近侧指间关节,多见于骨关节炎。

5. 髌关节

骨关节炎影响髌关节,多为老年患者。当遇到年龄偏中年又疑是骨关节炎时,多考虑

病因是创伤性。这对其余承重关节多无影响。临床表现腹股沟部及大腿前面,膝关节内侧疼痛,行走时加重。髋关节活动受限,修剪趾甲困难,常有屈髋挛缩畸形,存在骨质硬化、骨赘、囊性变、关节间隙变窄的改变。类风湿关节炎也可侵犯髋关节,单独侵犯髋关节有时诊断较为困难。女性患者,年轻,疼痛多表现在臀部,依赖类风湿活动的检测指标有助于鉴别诊断。强直性脊柱炎也常影响髋关节,但大多髋关节受累时髌髂关节已经受累,此类患者多为年轻男性。HLA-B₂₇阳性有助于两者鉴别。“4”字试验检查为髋关节有无炎症性病变最常用的方法。

6. 膝关节

正常膝节能伸直至水平和屈曲 $130^{\circ}\sim 150^{\circ}$ 。被动运动膝关节时手掌触及摩擦感多见于骨关节炎或半月板损伤。膝关节炎症时往往冷感征消失,膝关节积液时多表现为同侧膝眼消失,积液量较大时浮髌试验阳性。膝关节为人体行走最易磨损的最大关节之一,因而患者主诉膝关节起病时首先不能忽略骨关节炎的诊断。骨关节炎从滑膜炎、滑囊炎开始,逐渐加重到关节腔积液,有时关节腔挤压破碎,液体推向组织较松弛的腘窝,局部形成包裹性囊肿,被称为 Bekes 囊肿。在影像检查中,囊内为液体,囊壁可存在骨性物质,容易误诊为骨肿瘤,值得注意,尽可能避免截肢、截骨的危险。

7. 踝关节和足

踝关节可屈曲约 45° 及伸展约 20° ,距下关节可内翻和外翻 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 。关节积液表现为关节前饱满或内外踝下方肿胀。足前段跖趾关节以远的病变,多见于类风湿关节炎。跟骨沿跖底中为线,特别跟骨底部的触痛,提示跖底筋膜炎。跟骨底部偏前行走刺痛多为跟骨刺。跟骨结节的上下缘依附于跖长韧带和跖腱膜,在患者缺钙的内因基础上长期负重行走时受以上韧带腱膜用力牵拉所致。跟骨周围的骨病变,因常负重,损伤病变大多考虑骨关节炎。第一跖趾关节起始发病疼痛首先考虑痛风,追溯有饮啤酒、食海鲜史,夜间发病,血尿酸增高,有助于疾病的诊断。

(四)辅助检查

1. 常规化验

(1)血常规:白细胞总数和中性粒细胞增高,伴发热及关节炎症状考虑感染性关节炎,年轻女性,全血细胞减低应怀疑系统性红斑狼疮。血象中其余无变化,唯有血小板增高考虑类风湿关节炎及血清阴性脊柱关节病。

在尿频、尿急、尿痛和尿白细胞增多时出现的关节炎,多支持反应性关节炎;全血细胞减少,年轻女性,伴尿检尿蛋白增多或出现红细胞,应考虑系统性红斑狼疮。

(2)血沉和C反应蛋白被大多临床医生视为炎性反应标志物。在风湿疾病的诊断和鉴别诊断以及判断病情活动时,不同疾病可有不同的表现形式。活动性类风湿关节炎、强直性脊柱炎以上两项均增高。狼疮性关节炎血沉增快,C反应蛋白亦可增高。骨关节炎无复杂性滑膜炎时两项都正常,即使有滑膜炎存在,血沉一般不应超过 30mm/h 。

(3)抗链“O”、类风湿因子、抗核抗体和尿酸等对诊断风湿热、类风湿、红斑狼疮和痛风有参考价值,但不是确诊工具。HLA-B₂₇为遗传标志,在强直性脊柱炎病人中阳性率达90%以上。但是,将HLA-B₂₇阳性等同于强直性脊柱炎及将类风湿因子阳性等同于类风湿关节炎都是错误的。