

今日风湿家园

第二辑

总主编 古洁若

主编（按音序排名）

鲍春德 苏茵 孙凌云 曾小峰 朱平



风湿病科普丛书

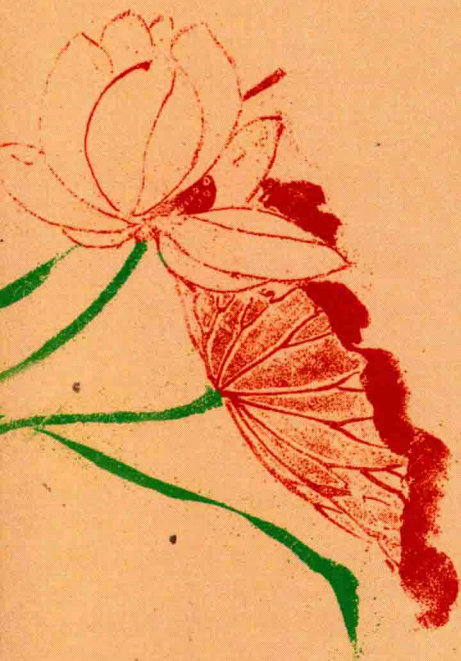
日风湿家园

第一辑

总主编 古洁若

主编（按音序排名）

鲍春德 苏茵 孙凌云 曾小峰 朱平



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

今日风湿家园 / 鲍春德等主编. —广州: 暨南大学出版社, 2012. 5
(风湿病科普丛书. 第一辑)
ISBN 978 - 7 - 5668 - 0166 - 1

I. ①今… II. ①鲍… III. ①风湿性疾病—诊疗 IV. ① R593. 21

中国版本图书馆CIP数据核字 (2012) 第 066447 号

(声明: 未经授权, 不得转载、摘编本书的文章)

出版发行: 暨南大学出版社

地 址: 中国广州暨南大学

电 话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)

传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

邮 编: 510630

网 址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

排 版: 广州市友间文化传播有限公司

印 刷: 广州家联印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

印 张: 3.5

字 数: 100千

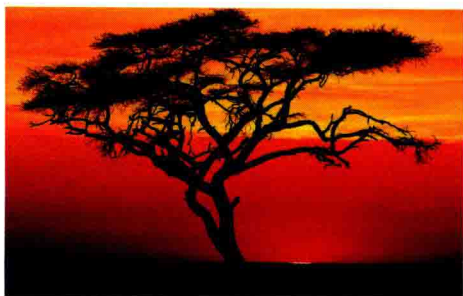
版 次: 2012年 5 月第 1 版

印 次: 2012年 5 月第 1 次

定 价: 8.00元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

目 录



序言一 / 余步云	01
序言二 / 孙凌云	01
前言 / 古洁若	01

人物介绍篇

陈顺乐	01
董 怡	01
施桂英	01
游苏宁	02
余步云	02
余得恩	02
古洁若	03
鲍春德	03
孙凌云	03
曾小峰	04
朱 平	04

人物专访篇

董怡教授专访稿 / 林东方	05
陈顺乐教授采访稿 / 吕青	06
曾小峰教授采访录 / 张艳丽	07

专家门诊篇

“初识”风湿病 / 张娟、王軼	08
哪些临床特征是类风湿关节炎诊断的要点 / 李小峰	09
激素是柄“双刃剑”，谨小慎微莫自伤——浅谈激素的合理应用 / 崔贝贝、刘毅	10

类风湿关节炎药物治疗的专家建议和注意事项 / 苏茵	11
类风湿关节炎患者妊娠时可用哪些药物 / 张霞、刘湘源	12
风湿病如何补充钙与维生素D / 张婷、吴华香	15
口干要警惕干燥综合征 / 涂巍、胡绍先	17
手指发白发紫会是什么病 / 陈进伟	19
腰背痛 / 罗雄燕、袁国华	21
风湿病皮肤黏膜会有哪些表现 / 陶怡	23

药闻天下篇

生物制剂揭开了风湿病治疗新篇章 / 刘岩、潘云峰	26
“恒扬”上市了 / 古洁若	27
我国“类风湿关节炎”喜讯 / 陈李静	28

杏林感悟篇

得了系统性红斑狼疮怎么办 / 冯学兵、孙凌云	29
骨质疏松症——预防重于治疗 / 戴青、鲍春德	30
医生 / 王晓非	32
浅谈干燥综合征 / 李洁、李兴福	33

患者故事篇

老年类风湿关节炎的苦恼与庆幸 / 魏子	34
摆脱痛风，获得新生——一个痛风患者的自述 / 小静	35
自强不息，勇往直前——AS患者20年心路历程 / 周颀	36

爱心瞭望篇

爱心捐赠，源源不断——“中国健康促进基金会强直性脊柱炎慈善活动” 专项行动活动报道 / 廖泽涛	39
--	----

健康随行篇

妊娠与系统性红斑狼疮 / 徐丹怡、林进	41
痛风患者自己能做什么 / 伍沪生	42
参考文献	45

陈顺乐



陈顺乐教授是国际知名的风湿病学大师。1956年毕业于上海第二医学院，现任上海交通大学医学院附属仁济医院内科学终身教授，上海市风湿病学研究所荣誉所长，上海市风湿病学临床医学中心主任。他对于中国风湿病学的发展，特别是系统性红斑狼疮的实验和临床研究贡献卓越，是我国风湿病学的开拓者和主要奠基人之一。曾主持开展了一系列中国风湿性疾病，包括系统性红斑狼疮、骨关节炎、痛风等流行病学调查，填补了国内空白，并开拓性地开展了包括自身抗原抗体、自身免疫风湿性疾病治疗策略以及风湿病相关基因的研究，有力地推动了我国风湿病事业的发展。相关的课题曾多次荣获国家科技进步奖、中华医学科技奖、卫生部科技进步奖和上海市科技进步奖。

陈顺乐教授历任亚太地区风湿病学会联盟主席（1998—2004），中国风湿病学会副主任委员，上海医学会副会长，国家自然科学基金和卫生部医学基金评审委员会委员，《中华风湿病学杂志》副主编，《上海医学》杂志常务副主编，《上海免疫学杂志》和APLAR杂志等编委。享受国务院特殊津贴，获得“卫生部先进工作者”称号；2001年获“上海市劳动模范”、“上海交通大学医学院附属仁济医院终身教授”和“上海市育才奖”等荣誉称号；2004年被美国风湿病学院授予“风湿病学大师”的荣誉称号，成为中国乃至亚洲首位该荣誉获得者。

董 怡



董怡，1956年毕业于上海第一医学院医疗系。同年起服务于协和医科大学，中国医学科学院、北京协和医院内科。1980年派赴英国进修风湿病学。1987年晋升为北京协和医院内科（风湿病专业）教授。1990年批准为博士生导师。临床专业重点为自身免疫性结缔组织病及各类关节病的诊断和治疗。

董怡教授多年来涉及干燥综合征、系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等的临床及与临床相关的基础分子生物学的研究。获国家科技进步奖2项，卫生部科技进步奖1项，北京市科技进步奖1项及亚太风湿病学会联盟的终身荣誉奖。目前正进行干燥综合征的国际合作课题。曾任北京协和医院风湿科主任，中华医学会风湿病学分会主任委员，北京市风湿病分会主任委员，《中华风湿病学杂志》总编，亚太风湿病联盟副主席。

施桂英



施桂英，女，主任医师，教授，博士生导师。1956年毕业于第一军医大学医疗系（五年制），即被分配到解放军总医院工作至今，曾任风湿科主任、院专家组成员、中华医学会风湿病学会副主任委员、《中华风湿病学杂志》副总编（现为名誉主编）、《中华内科杂志》编委和亚太风湿学会会员。施桂英教授从事临床、教学和科研工作56年，医德好、责任心强、治学严谨，有丰富的专业理论知识和临床工作经验，擅长于各种关节炎及其他风湿病的诊断和治疗。曾获军队科技进步一等奖1项和三等奖4项、院医疗成果二等奖2项，发表文章200余篇，主编关节炎专著3本，获国务院奖励特殊津贴。

游苏宁



游苏宁，编审。1985年毕业于同济医科大学医学系。现任中华医学会杂志社社长兼总编辑。2002年被评为第四届“全国百佳出版工作者”；2006年2月作为我国科技期刊的唯一代表获得我国出版行业的最高奖——国家首届“韬奋出版新人奖”。2006年7月荣获“第四届中国科协先进工作者”称号。2007年获得“国务院特殊津贴”。2008年荣获首届中国出版政府奖“优秀出版人物”及“全国新闻出版行业领军人才”称号。2008年底荣获“卫生部突出贡献中青年专家”称号。2009年荣获总署“百名突出贡献的新闻出版专业技术人员”称号。2011年入选全国宣传文化系统“四个一批”人才。现任中国期刊协会副会长、中国科技期刊编辑学会副理事长，《编辑学报》及《中华内科杂志》副主编，是全国多所著名大学的特聘教授。

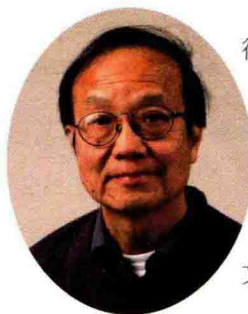
余步云



余教授1956年毕业于中山医学院临床医学专业，1966年获中山医学院心血管病学硕士学位，1985—1986年以访问学者身份先后到美国田纳西大学、纽约大学、美国纽约西奈山医学院从事风湿热的研究工作。1989年任中山医科大学教授，历任中山医科大学附属第三医院内科教研室主任，心血管和风湿病学专科主任，中山医科大学学术委员会委员，卫生部中山医科大学抗风湿病药临床药理研究基地主任，中华医学会风湿病学分会第1~4届常务委员，广东省风湿病学分会第1~2届主任委员等职务。

余教授为我国最早开展风湿性疾病研究的著名专家之一，是广东省风湿病学会的创始人和奠基人。从事风湿热和风湿性心脏病研究工作50年，先后培养博士和硕士研究生18人，在风湿热动物模型等的研究等方面达国际先进水平。先后六次获卫生部、广东省科学技术委员会等科研成果奖。1992年起获国务院杰出贡献政府杰出津贴，2004年获中山大学第三届柯麟医学奖。2009年主编的《风湿热与风湿性心脏病》专著获中华人民共和国新闻出版总署第二届“三个一百”原创图书出版工程奖。

余得恩



余得恩教授是国际知名的风湿病学专家。1967年毕业于香港大学医学部，并获得学士及硕士学位，1968年就职于纽约布朗克斯区蒙蒂菲奥里医院及医疗中心，1971—1974年就读于加州大学洛杉矶分校，获风湿病学硕士学位，1974—1980年担任加州大学洛杉矶分校医学部风湿病专业助理教授，并以访问学者及博士后研究员身份在美国洛克菲勒大学学习一年，此后担任美国洛克菲勒大学助理教授、加州大学洛杉矶分校医学部风湿病专业助理教授，1987年至今担任加州大学洛杉矶分校医学部教授，2009年至今兼职于中国山东省青岛市市立医院国际诊所。发表论文共116篇、综述12篇，并著有26本风湿病学专著等。

余得恩教授曾任美国免疫学协会、美国风湿病协会、美国关节炎基金会委员和美国医学与科学咨询委员会关节炎基金会委员，曾担任 *Arthritis and Rheumatism*, *Clinical and Experimental Rheumatology* 等杂志编委；2004年任脊柱关节病国际会议联合主席、2005年PANLAR脊柱关节病全国会议联合主席、ASAS（脊柱关节炎的国际专家组织）委员、SPARTAN 执行委员（美国强直性脊柱炎专家组织）、PANGLEE执行委员（强直性脊柱炎的南美专家组织）。并于1993年成为中国北京解放军总医院（301）名誉教授，2004年成为中国北京协和医院客座教授，2003年成为中国广州中山大学客座教授，2006年成为中国西安第四军医大学西京医院客座教授。

古洁若



古洁若，教授（二级）、主任医师（一级）、博士生导师，现任中山大学附属第三医院风湿免疫科主任，现为国务院特殊津贴专家和国家自然科学基金杰出青年基金获得者，现任国际脊柱关节炎专家委员会委员、中国健康促进基金会强直性脊柱炎专家顾问会会长、中华医学会风湿病分会常委和中国医师学会风湿免疫专科分会常委等。从事医疗、教学、科研工作三十年，在风湿性疾病的诊治方面积累了丰富的经验，尤其近年来，在脊柱关节炎/强直性脊柱炎的临床和基础研究上，取得一定的成绩。

鲍春德



鲍春德教授，1982年毕业于上海第二医学院。1989—1990年赴澳大利亚皇家北岸医院进修，目前为上海交通大学医学院附属仁济医院主任医师，风湿科主任，教授，博士生导师。从医三十年来，鲍教授在风湿性疾病的临床及科研上取得了突出成绩，尤其在系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等疾病的诊治方面积累了丰富的经验。现任中华风湿病学会副主任委员，全国医师学会风湿免疫专科分会副会长。曾任上海风湿病学会主任委员。曾获上海市卫生系统“银蛇奖”，记大功一次。获得过国家、卫生部科技进步奖和教育部进步奖等。

孙凌云



孙凌云，男，博士，主任医师/教授，南京大学、东南大学、南京医科大学、南京中医药大学博士生导师，南京大学医学院附属鼓楼医院免疫科主任，曾在意大利费拉拉大学、英国谢菲尔德大学学习风湿病学和干细胞移植。任全国医师学会风湿免疫专科分会副会长、中华风湿病学会副主任委员、江苏省风湿病学会名誉主任委员、江苏省干细胞产业联盟副理事长、江苏省医学会和免疫学会常务理事。主要从事自身免疫病干细胞的研究，1998年率先在亚洲开展红斑狼疮造血干细胞移植。2007年3月在国际率先开展异体骨髓间充质干细胞移植治疗红斑狼疮、肌炎/皮肌炎、干燥综合征、硬皮病、类风湿关节炎等，已完成320多例，相关研究曾十多次在美国和欧洲风湿病学会等国际会议上报告。承担干细胞治疗免疫病临床和基础相关研究的国家自然科学基金国际重大项目（2011）、国家自然科学基金等科研项目18项，在*Nature Reviews Rheumatology*、*Gut*、*Stem Cells*、*Arthritis Rheum*、*Ann Rheum Dis*、*Journal of Immunology*等国内外期刊上发表论文250篇，其中SCI论文40篇，任*Int J Rheum Dis*杂志副主编，主编专著5部，参编12部，获省市科技进步奖12项，其中“异基因间充质干细胞治疗红斑狼疮”获2009年江苏省医学新技术引进特等奖。获1999年南京十大杰出青年、南京市劳动模范、南京市优秀中青年医学专家、南京大学优秀教师、南京市和江苏省有突出贡献的中青年专家等荣誉称号，2002年享受国务院津贴，2011年被评为“十一五”江苏省优秀医学重点人才，以及“十二五”江苏省重点学科带头人、南京十大科技之星。

曾小峰



曾小峰教授，现任北京协和医院风湿免疫科副主任、博士生/博士后导师、中华医学会风湿病学分会候任主任委员、中国医师协会风湿免疫科医师分会副会长、中华医学会内科学分会副主任委员、北京医学会风湿病专业委员会主任委员、中国康复医学会骨与关节及风湿病分会副主任委员、世界疼痛医师协会中国分会副会长兼中国软组织疼痛学会主任委员、北京医学会常务理事、北京医师学会理事、北京免疫学会理事、中国临床免疫学会委员；为《中华临床免疫与变态反应学杂志》副主编、《中华风湿病学杂志》副主编，《中华医学杂志（英文版）》、《中华内科学杂志》、《中国免疫学杂志》等10余份杂志的编委。

1979年考入上海第一医学院医学系基础医学专业，1984年7月毕业后一直在北京协和医院工作。1989年9月至1990年2月任内科总住院医师。1989年12月晋升为主治医师，1995年4月晋升为副主任医师，1999年9月破格晋升为主任医师。1995年9月至1996年2月曾获Ivy Wu Fellowships到香港大学进修免疫病理学并获结业证书。1998年5月至1998年9月参加卫生部战略合作伙伴计划到加拿大Janssen-Ortho Inc.系统学习GCP（Good Clinical Practice），并获成绩优秀证书。目前已在国内外发表文章200余篇并参与了《内科学》八年制全国统编教材、《内科学（英文版）》全国统编教材、《中华内科学》、《现代急诊医学》、《临床风湿病学》、《风湿病学》等专著编写，主译了《哈里森风湿病学》。完成多项国家级及部级以上科研课题，课题“类风湿关节炎早期诊断的血清学研究和临床应用”获2005年中华医学科技奖三等奖。“系统性红斑狼疮发病机制及诊断方法学研究”获2009年中华医学科技奖二等奖和北京市科学技术奖三等奖及教育部科学技术进步奖二等奖。目前为“十一五”国家科技重点支撑项目系统性红斑狼疮的临床诊断、综合治疗的研究（课题号2008BAI59B02）负责人，国家863计划课题“系统性红斑狼疮分子分型和个体化诊疗技术”课题负责人，还负责承担国家“十一五”科技重点支撑项目“提高肺动脉高压治疗水平的研究”子项目“结缔组织病相关肺动脉高压患者的筛查和早期诊断”的研究。此外还是EUSTAR [EULAR Scleroderma Trials and Research, EUSTAR是欧洲抗风湿病联盟（EULAR）硬皮病试验研究组的简称]中国中心负责人和中国系统性红斑狼疮研究协作组（Chinese SLE Treatment and Research Group, CSTAR）负责人。

朱 平



朱平，女，博士，现任第四军医大学西京医院临床免疫科主任，教授，主任医师，博士生导师，陕西省医学会风湿病分会主委，中国免疫学会临床免疫分会副主委。任全国医师学会风湿免疫专科分会副会长、中华医学会风湿病学分会常委。长期从事医疗、教学、科研工作。主要研究方向为疾病的免疫介导机理和诊断治疗新技术，先后承担国家自然科学基金、国家重点科技攻关计划专题、国家高技术研究发展计划（863）重点项目等国家级重大课题，获国家发明专利多项，国家科技进步和军队科技进步一、二等奖多项。

董怡教授专访稿

基层医生的培训和交流我们应义不容辞

林东方 中山大学附属第三医院 风湿科

中国风湿免疫病的现状和挑战

董怡教授说，中国很辽阔，医疗卫生工作大部分在基层医疗单位，风湿免疫学科是一个较年轻的学科，尽管这些年来学科的发展很快，但对于1/6人员需要普及推广风湿病知识，人员队伍还太小，现有的专科队伍规模还不足够。

如何更好更快地改善这种现状

作为风湿专科的教授，深深体会这种现状需大家团结协力，在努力发展专科人员队伍的培训的同时，以多渠道多方式去普及推广风湿病知识、交流经验很重要。除了专科医生之间的交流之外，更广泛开拓专科医生和基层医生之间、医患之间的交流，对规范风湿免疫病的诊治，提高我国风湿病的诊治水平也很重要。

说到这点，说来容易，做好却不容易，尽管过去我们也常开展过到基层去讲学、义诊、办班等活动，但鉴于迅速发展的风湿免疫临床和基础现状，这些知识和经验的更新单靠这些人力和物力方式已不能紧跟上形势的发展需求及患者求医诊治的愿望。结合不断发展的各种医学媒体手段，出版我国“中国风湿家园科普丛书”就是很好的一个创意和方式。董怡教授愿意通过这种方式与更多的基层医生及患者交流。

七成基层医生反映“看不懂临床诊治指南”

众所周知，国内外各种疾病的临床诊疗指南是专家共识的综合及建议，常常是医生临床实践的模板，在临床决策中起关键作用，对提高医疗质量有着非常重要的意义。但就基层来说，推广普及不到位，甚至普遍反映即使有指南在手，也理解不到位，用不上，常常回避不了因不规范治疗引起的不必要病情延误诊治。董怡教授强调，我们一定要重视这种现状，有责任和义务去传授有关风湿病专科知识给基层医生。

风湿病的知识的普及、推广需兼顾多种形式的培训和交流

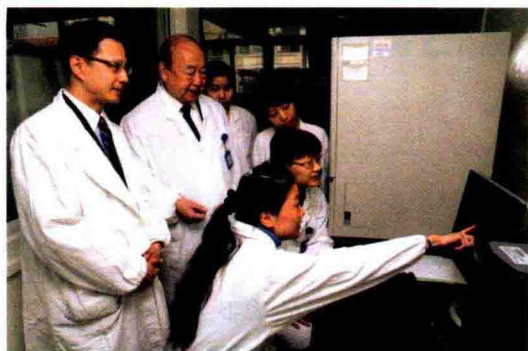
风湿病广义来讲，就是人体关节及其周围组织的一类病，原因很多。可以是免疫异常，可以是感染引起，遗传和代谢等很多因素的异常也可起病，所以董怡教授认为在保证单位工作正常运转的前提下，结合实际要求，有计划有目的地与基层医生及患者保持联系很重要，至于形式应灵活多样，多层次去开展继续教育和实习，同时注重患者和基层医生需求的应用性。能解决实际问题的形式是最有用的。



陈顺乐教授采访稿

医患交流——名师的名言

吕青 中山大学附属第三医院 风湿科



陈顺乐教授是我国风湿病学奠基人之一，长期以来深受同行敬重和患者信任。以下摘记了我们采访他的肺腑之言：

“诚则易” 他说：“患者来看病是因为他有疾在身，希望医生能够为他明确诊断并拟订治疗方案。经过众多选择之后最后决定前来就医本身就是出于对医生的信任，希望你能帮助他解除病痛。临诊时，我总能感受到与信任伴随而来的那份责任，诚恳地对待前来就诊的每一位患者。对于双方沟通的难易，我相信是‘诚则易’。唯有诚恳才能互相信任，互信才能深入交流。”

“细则准” 他强调，建立良好的医患交流是确保医疗水平和促进医患和谐的需要。医疗过程涉及医生和患者两个主体，双方的一致目标是把诊断弄清楚，把病治好。医疗行为的具体过程从病史采集、体检、检验选取，到方案拟订和疗效评估，每一个环节都离不开两个主体间密切的交流与合作。只有交流充分，医生才能在病史采集中不疏漏细节，在体格检查中正确引导，在检验项目选取时有的放矢，在方案拟订时考虑到患者的个体差异，在疗效评估中纳入患者反馈的信息并及时优化调整治疗。唯有交流良好，患者才能接受原本不熟悉甚或有些疑惧的医学诊察，真正理解各项诊治措施的利弊，配合好医生把诊断弄清楚，把病治好。

“大医精诚” 陈教授说，患者有病在身，若懂得如何正确诊治，何苦来医院找医生看病？虽然也会出现久病成良医的个案，但绝大多数患者因不具备医学专业理论与知识，无法去主导以疾病诊治为主要内容的医患交流。这就决定了在绝大多数情况下医患之间交流的主导者是医生。对前来就诊的患者，医生应就自己作出的诊断和拟订的方案向患者有一个明确的交代。有时检查下来诊断还是难以马上明确，就需要与患者充分沟通，或邀请相关专业医生会诊，或带着问题进一步研究，而绝不含糊其辞，得过且过。唐代医学家孙思邈倡导“大医精诚”，这是一个非常好的提法。

“巧则通” 医患的交流是一门高深的学问，陈教授的经验强调了三点：首先，医生需要大力向民众和患者普及风湿病相关知识。因为至今诊断贻误错过了治疗良机的情况依旧不少。其次，医生在交流中需要以民众易于理解和接受的形式去沟通。风湿病大多比较复杂，而其诊治手段的发展近年来也突飞猛进。如果不把这些知识以浅显易懂的形式去传播，恐怕就会事倍功半。再次，他认为与患者的深入交流中医生于病痛之外还应关注患者的心理健康等。有病自然难属健康，但没病也未必就算健康。有些源自疾病之外的问题需要悉心交流才能发现。最后，他说在条件成熟时应让患者更多参与治疗决策的讨论。风湿病多为慢性病，治疗常为长期的。我们应常邀请他们一起参与制订合适自己的治疗方案。国际最新修订的几个风湿病治疗指南都有这样的推荐，当然，实施的前提是患者能够正确理解各种治疗方案的利弊，而这需要医患之间真诚巧合的交流。

“通则灵” 风湿病在我国创立至今只有近30年历史，目前已有超过30个省、直辖市成立了风湿病学学会或学组，发展是巨大的。据统计，现今罹患风湿病的患者已超过10%。患者的增加和疾病谱的变迁对风湿病专科医生提出了更高的要求。专科医生的灵感一方面应该瞄准国际一流水平，不断充实新知识，另一方面应努力增进医患间的良好互动，因为医学发展的研究方向很多起源于发现患者的需求。

最后，陈教授说，基层医生身处一线，与患者的交流本来就很广泛和密切，沟通渠道也很畅通，有待加强的是风湿病专科知识的培训。帮助他们提高业务水平是各级风湿病专科医生义不容辞的责任。

曾小峰教授采访录

多学科交流不容忽视

张艳丽 中山大学附属第三医院 风湿科



问：您认为风湿免疫病的最突出特点是什么？

答：风湿性疾病是泛指影响骨、关节及其周围软组织，如肌肉、滑囊、肌腱、筋膜、神经等的一组疾病。世界卫生组织把风湿性疾病分成10种，包括：①弥漫性结缔组织病（类风湿关节炎、红斑狼疮、硬皮病、多肌炎、重叠综合征、血管炎等）；②脊柱关节炎；③退行性变（骨关节炎）；④与代谢和内分泌相关的风湿病；⑤和感染相关的风湿病；⑥肿瘤相关性

风湿病；⑦神经血管疾病；⑧骨与软骨病变；⑨非关节性风湿病；⑩其他有关节症状的疾病。

可见，风湿免疫病是以内科治疗为主的一组疾病。风湿病学呈现多学科交叉重叠的特点，风湿免疫病的最突出特点是涉及多个临床医学和基础医学学科的疾病。

问：对多学科重叠相关风湿病，您认为提高风湿免疫病的诊治水平在哪些方面是要注意的？

答：风湿免疫病学在国际上已有上百年的发展历史，但在我国内科学中却是最年轻的一个专业学科。所以，要提高风湿免疫病的诊治水平，靠一个风湿免疫科医师是不够的，一个掌握了风湿病学专业知识的全科医师和多学科的合作与交流尤为重要。目前，国内风湿病学的发展仍不平衡，许多三级医院还没有风湿免疫病专科，或风湿病科挂靠在肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、皮肤科或中医科下，还有大量的患者得不到及时规范的诊治，导致风湿性疾病的误诊误治。在此情况下，需要加强多学科的交流，尤其是我国为数有限的风湿免疫科医师与大量的基层医生之间的交流，与风湿免疫病患者的交流还需加强。这需要建立更多的平台和提供更多的机会来开展。

问：您能具体地举些例子来说说吗？

答：风湿病的间质性肺病变也是个需要多学科共同关注的领域，比如，间质性肺疾病的高分辨CT诊断及临床意义、临床危重患者的治疗等需和呼吸科、放射科医生合作；与肾内科、感染科合作开展对狼疮性肾炎、自身免疫性肝病及重症风湿性疾病进行超声引导下肝、肾自动活检术、血浆置换、免疫吸附等；风湿免疫病继发性骨质疏松的治疗需和内分泌代谢病学科、骨质疏松科、妇产科合作和交流。

风湿病学呈现多学科还涉及多个临床医学和基础医学学科。比如，基层医院多数风湿病科依托医院临床医学实验中心，开展多项自身抗体的检测，有关结果和临床意义的判断需通过检测的方法和病情等结合起来评价，这需要两个科室的交流学习。

可见，多学科交流对提高风湿免疫病的诊治水平至关重要，除了办学习班，召开学术会议、病例讨论会等之外，还可以有多种多样方式加强互相的学习，以科普丛书的形式经常传递各学科的信息，我认为也是很好的方式。

问：作为复杂疾病的风湿病，您认为最主要应遵循的诊疗原则是什么？

答：要注重规范化治疗与个体化治疗相结合。我们知道，同是一种达到诊断标准的SLE，临床上每个患者的表现都可以不一样，尽管治疗的原则相似，但用药的剂量和疗程每个人又不一样。

“初识”风湿病

张娟 王轶

兰州大学附属第二医院 风湿免疫科

门诊中，经常遇到这样的患者，刚进诊室就说自己是“风湿病”，尤其是一些中老年女性，仔细询问病史，原来是自己曾经受过潮、受过风，现在惧怕有风和潮湿的环境。那么这是不是风湿病呢，风湿病到底是一种什么疾病呢？带着这些疑问，我们来共同认识一下风湿病，了解一些风湿病的常识。

所谓“风湿病”，指以疼痛为主要表现的，可侵犯骨骼肌肉系统（如关节、肌肉、韧带、肌腱、滑囊等）以及全身多系统的一大类疾病。需要注意的是：平时大家认为吹了风、受了寒，然后出现身体关节的不适，就称为“风湿病”，其实与现代医学的风湿病是有较大差异的，“风”、“寒”、“湿”可以是风湿病的诱发因素。

风湿病一共分为十大类，包括弥漫性结缔组织病，与脊柱炎相关的关节炎，骨关节炎，与感染因素有关的风湿病，与代谢和内分泌疾病伴发的风湿病，肿瘤，神经血管疾病，骨及软骨疾病，非关节炎风湿病及其他疾病。常见疾病有：类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、骨关节炎、痛风、幼年特发性关节炎、银屑病关节炎、干燥综合征、多发性肌炎、血管炎等。

既然风湿病是一大类疾病，那么它有哪些共同的表现呢？风湿免疫性疾病作为一个全身性疾病，可累及全身各个系统：皮肤黏膜、循环系统、神经系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、肌肉骨骼等，常见表现有：①不明原因的发热；②关节肿痛、肌肉疼痛；③面部或全身皮疹；④脱发；⑤反复口腔溃疡不易愈合；⑥手指或脚趾不明原因地溃烂；⑦关节疼痛伴有眼部不适，如充血、疼痛、畏光、流泪、视力模糊等；⑧不明原因的胸腹水。当同时出现两个或三个以上脏器损害时，就要高度怀疑风湿病，必须在风湿专科医院及风湿专科医师的指导下诊治。

很多患者，甚至是非风湿病专科的医师，一提到风湿病，都会查“抗‘O’、类风湿因子和血沉”等项目，只要这些项目呈阳性同时伴有有关节疼痛就诊断风湿病，其实不然。抗“O”是抗链球菌溶血素“O”的简称，是机体感染A群链球菌后产生的抗体。单纯的抗“O”增高，只能表明近期内有链球菌感染。如伴有发热及关节疼痛时，需考虑有无风湿热可能。虽然类风湿因子（RF）在类风湿关节炎中具有很高的阳性率，但是其阳性不一定就能诊断类风湿性关节炎，因为RF除见于类风湿关节炎外，还可见于多种炎症性和肿瘤性疾病。如果RF高滴度阳性、多次连续检测阳



性，则高度考虑类风湿关节炎的可能。至于血沉，是反映红细胞沉降速度的指标。血沉升高，可以是病理性的，也可以是生理性的。比如妇女月经期、妊娠期，老年人均会出现生理性的血沉增快。病理性的血沉增快，则可见于一些疾病，如急性炎症、肿瘤、贫血等，它并不是反映风湿病的特定指标。然而，一旦确诊为风湿病，血沉增快则可反映疾病的活动。

既然如此，患者就会有这样的疑问：风湿病的特异性指标是什么？体内存在自身抗体是风湿病尤其是结缔组织病的特征性表现，通俗地讲，自身抗体就是机体针对自身的细胞、组织等产生的对抗物。因此，自身抗体检测的准确度直接关系到患者疾病的诊断、治疗与预后的判断。不同的疾病，有着不同的自身抗体，如类风湿关节炎患者类风湿因子（RF）和抗环瓜氨酸抗体（CCP）可出现阳性；系统性红斑狼疮则是抗核抗体（ANA）和抗双链DNA抗体（ds-DNA）等出现阳性。一旦患者出现多系统受累的表现，外加自身抗体呈阳性，那么患风湿病的可能性就很大了。

民间常有这样的说法，把风湿病比喻为“不死的癌症”，患者一旦得了风湿病，就倍感恐惧，常常问我：“风湿病能治愈吗？”大多数患者，经过风湿专科治疗三个月到半年时间，症状能明显减轻，但那不意味着已完全治愈。一旦停药或受到外界刺激仍会复发。所以说，风湿病不能根治，但并不意味着“不能治”或是“没得治”，只要在专科医生指导下，通过正规、系统的治疗，绝大多数患者是可以缓解症状、控制病情、预防残疾、挽救生命、提高生活质量的。

亲爱的患者朋友，当我们面对风湿病时，要学习毛泽东同志“战略上藐视敌人、战术上重视敌人”的指导思想。从根本上相信自己、相信医生，风湿病是可以治疗甚至是可以“治愈”的；从具体行动上要正视和重视风湿病，按时服药，定期复诊。相信你我共同努力，一定能够战胜风湿病，还你一个健康美好的明天。

哪些临床特征是类风湿关节炎诊断的要点

李小峰

山西医科大学第二医院 风湿科

众所周知,类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种高度致残性自身免疫性疾病,其发病率为0.34%~0.36%,在我国患病总人数达500万左右,任何年龄均可发病,发病高峰为40~60岁,女性发病率为男性的2~3倍,是风湿免疫科常见疾病之一。因该病严重影响了患者的生理功能、心理功能、社会活动和日常生活,给家庭和社会带来沉重负担,曾有人将RA描述为“5D”,即死亡(Death)、残疾(Disability)、疼痛(Discomfort)、经济损失(Dollar-cost)、药物中毒(Drug Toxicity),又称之为“不死的癌症”。现如今,随着医学科学研究的快速发展,对RA的诊断与治疗方法的不断改进,早期诊治即可避免关节损毁残疾,大大提高生活质量。RA临床表现多种多样,那么出现哪些临床特征要考虑诊断RA呢?

一、关节表现

(1) 关节痛与压痛: 关节痛是最早出现的症状,发病初期可以出现单一或多个关节痛,以近端指间关节、掌指关节、腕、足趾关节最易受累,其次为肘、肩、踝、膝、髌、颈椎及颞颌关节等。以后逐渐发展,往往以对称性持续性多发小关节为主,有压痛,反复发作,症状时轻时重。

(2) 关节肿: 关节肿因滑膜炎所致,关节周围软组织肥厚或关节腔积液,凡有关节痛部位都可以肿胀,如近端指关节肿胀呈梭形肿胀。

(3) 晨僵: 晨僵指肿痛关节晨起时或较长时间静止不动后出现的僵硬感,必须通过活动方能逐渐缓解。晨僵持续达半小时甚至一小时以上。

(4) 关节畸形: 关节畸形是本病的晚期表现,由于关节面软骨与软骨下骨破坏后关节呈纤维性或骨性强直,或因关节周肌腱、韧带受病损害后使关节出现各种畸形,如手指尺侧偏斜、掌指关节半脱位、天鹅颈样或纽扣花改变等。

(5) 关节活动功能障碍: 病变早期多因关节痛、

压痛、肿胀和僵硬而限制了关节的正常活动,晚期则多因关节畸形所致。

二、关节外表现

(1) 类风湿结节: 类风湿结节是本病特异性皮肤表现,常见部位为肘、枕、骶部等关节隆突部位及经常受压的部位,为质地坚实、无触压痛或轻压痛、圆形或椭圆形的皮下结节。类风湿结节若出现于心、肺、脑膜等部位则引起系统损害的症状,它的存在提示本病的诊断。

(2) 血管炎: 血管炎主要影响中小血管及毛细血管,表现为雷诺现象、甲床梗死、指(趾)端溃疡、坏死;手掌红斑、皮肤出血倾向等各种皮疹;出现发热、乏力纳差、体重减轻等全身症状,严重者可导致多脏器多系统受累,如肺间质病变、心包炎、眼炎、肝脾淋巴结肿大、贫血及周围神经病变等。

三、实验室检查

(1) 一般检查: 血沉增快和C反应蛋白增高,常与疾病的活动性相平行。

(2) 血清免疫学检查: 约4/5的病例出现类风湿因子,抗角蛋白抗体、抗核周因子及抗CCP抗体等抗体阳性对早期诊断尤其具有重要价值。

(3) 影像学检查: RA的X线检查具有特征性,早期表现为手、腕、足等关节附近软组织肿胀、局限性骨质疏松,随后出现广泛骨质疏松、关节面破坏及间隙变窄、关节边缘骨质破坏及囊状透光区,晚期有关节脱位或骨性强直。核磁共振检查在疾病早期即可见到骨侵蚀,非常有助于早期诊断。肌肉骨骼超声检查,可以动态重复检查,无创廉价,目前已推广应用。

以上简述了RA主要临床特征,如果发现相应表现,尤其表现为对称性、持续性多关节肿痛,并伴有晨僵者,应该尽早去风湿免疫科就诊,以得到早期诊断和及时有效的正规治疗,这样会大大改善预后,可能会使患者获得接近正常的生活和工作状态,享受美好的人生。

激素是柄“双刃剑”， 谨小慎微莫自伤

——浅谈激素的合理应用

崔贝贝 刘毅

四川大学华西医院 风湿免疫科

糖皮质激素（下文简称激素）是由肾上腺皮质中束状带分泌的一类留体激素，具有调节物质合成代谢以及抗炎、抗毒、抗休克、免疫抑制等作用。由于其广泛的生物效用，人工合成的糖皮质激素被广泛应用于疾病治疗。

无疑，在风湿性疾病治疗中，激素的地位也是举足轻重的。它既是危重型红斑狼疮、多发性肌炎等疾病抢救时的“灭火器”，也可谓控制关节疼痛急性发作的“排头兵”。研究表明，多数风湿性疾病发病机制与免疫异常相关，激素可通过多个环节抑制免疫反应，如抑制巨噬细胞吞噬和处理抗原的作用；减少参加免疫过程的淋巴细胞，干扰和阻断淋巴细胞的识别，抑制炎症因子生成等。因此，在许多免疫性疾病的危重期，大剂量激素可通过免疫抑制作用，有效地抑制病情。此外，激素还可通过抑制炎症细胞向炎症部位移动，阻止对炎症介质反应；抑制吞噬细胞功能，稳定溶酶体膜，阻止补体参与炎症反应，减轻关节等炎症部位的红肿热痛，缓解关节疼痛症状。

然而，提起“激素”，许多风湿病患者往往“谈虎色变”。许多患者由于“激素吃了要长胖”、“激素吃了要得糖尿病”等一些不准确信息误导，视激素为“洪水猛兽”，在治疗过程中，快速减药，自行停药，甚至拒绝使用激素治疗。金无足赤，激素的长期服用确实可引起一些较为严重的副作用。然而，激素的副作用并不是必然的结果。通常，造成激素用药不良事件的主要原因有两个：一个是长期大剂量用药；二是不适当停药。那么，如何避免上述两种情况的出现呢？

首先，激素的使用剂量分为小剂量、中剂量、大剂量及冲击剂量。以泼尼松（强的松）为例，小剂量激素是指泼尼松15mg/d以下，适用于病情控制后的维持治疗，使病情维持于亚临床状态；中剂量是指泼尼松15~30mg/d，主要适用于无重要脏器损害的系统性红斑狼疮及一些过敏性疾病；如果泼尼松使用量超过40mg/d，即为大剂量激素，适用于多发性肌炎、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、巨细胞动脉炎等活动期。此外，部分重型系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎及严重多发性肌炎或皮肌炎患者需使用冲击剂量治疗，指甲基泼尼松龙500~1000mg/d。人体正常每日分泌的糖皮质激素为20~40mg。大剂量的外源性激素可迅速抑制机体免疫反应，损害肾上腺皮质功能，长期使用可造成严重的不良后果。因此，风湿性疾病患者在疾病的活动期需使用足量激素控制病情，一旦病情得到控制，应该在医生的指导下，逐渐减药至最小的必需有效剂量。

其次，停用激素疗程也是危险、困难和不确定的过程。在持续服用中等以上剂量的激素数月后，促肾上腺皮质激素分泌就会受到抑制，肾上腺皮质将发生继发性萎缩，HPA轴需要相当长的一段时间才能恢复正常的反应性。基于上述原因，激素长疗程治疗后停药需谨慎进行，一旦过快减药，极易出现急性皮质功能不全表现。激素的减量，应该在数周或数月内逐渐进行，其减量的快慢与原用的剂量和疗程有关。特别需要指出的是，成功停药后，肾上腺皮质功能在一段时间内并不能完全恢复，体内缺乏内源性皮质激素的保护，因此患者要密切观察疾病复发的征象及有无重大应激事件的发生，如感染、创伤或手术等。一旦发生上述情况，患者需立即就医，接受外源性激素支持。

最后，“是药三分毒”，药物都存在一定的副作用，必须承认的是，合理应用激素能够减少用药后的严重不良事件，但是并不能完全杜绝激素副作用的发生。激素的应用，应该采用个体化治疗方案，根据患者的自身情况及副作用表现，采取不同的应对策略。激素的副作用主要包括以下几个方面。

（1）肥胖及代谢综合征。激素所导致的肥胖是由于过多的外源性糖皮质激素干扰碳水化合物、脂肪、蛋白质代谢引起的，这些症状在减药后会逐渐消失。服用激素的患者需适时调整饮食结构，尽量以食粗粮为主，清淡饮食，增加咀嚼时间，配合适当运动。出现糖尿病的患者必要时可加用降糖药物。

（2）骨质疏松。糖皮质激素诱发的骨质疏松又称为糖皮质激素性骨质疏松（GIOP）。糖皮质激素诱导的骨质疏松是20~45岁人群骨质疏松最常见的原因。目前多数学者认为即使应用生理剂量的糖皮质激素也可引起骨量减少，不存在所谓的糖皮质激素安全剂量，剂量越大，骨量丢失越多。因此，长期使用激素者应改变生活习惯，戒烟戒酒，适量运动，服用维生素D、二磷酸盐及钙剂防止骨质疏松。对于骨质疏松高发人群，如老年人、更年期的女性患者，需定期做骨密度检测，监控骨质疏松的发生。

（3）诱发及加重溃疡。有消化性溃疡病史患者应该慎用激素。如病情所需应加用质子泵抑制剂和胃黏膜保护剂，饭后服药，并适当减少剂量和缩短疗程。在用药过程中，如有剑突下、左上腹不适，黑便，呕血等表现，应立即停药，于医院就诊。

（4）行为与精神异常。有精神异常病史的患者使用激素后易导致复发。即使无精神病史者也可因激素治疗而诱发精神异常。前者应禁忌使用，后者在症状出现后应减量或停药，同时加用抗精神药物。

（5）无菌性骨坏死。常在长期服用激素的系统性红斑狼疮（SLE）患者中出现，但也见于短期大剂量治疗时。当患者出现腕部不适时，及早做磁共振成像（MRI）检查，发现有无菌性骨坏死征象，立即减量激素，拄杖行走。

糖皮质激素在风湿性疾病的治疗中可谓一柄“双刃剑”，合理应用即可使它成为打败疾病的有力武器。然而一旦使用不当，也将造成严重的损害。因此，医生在给予激素治疗时应小心理念地进行；患者在服药过程中则应该积极配合治疗，尽遵医嘱，密切观察病情变化，及时就医。

类风湿关节炎药物治疗的专家建议和注意事项

苏茵 北京大学人民医院 风湿免疫科

专家建议:

1. 类风湿关节炎患者首先要正确认识疾病,树立战胜疾病的信心;此外,还要认识到类风湿关节炎的治疗是一个长期的过程,需要一定的耐心。

2. 判断疾病活动性、评估影响预后的因素对选择治疗方案很重要,如长期吸烟、高滴度类风湿因子(RF)和抗环瓜氨酸肽(CCP)抗体、影像学发现骨侵蚀等均提示患者预后较差,需积极治疗。

3. 在类风湿关节炎治疗过程中强调早期、联合及目标治疗策略。

4. 非甾体抗炎药(NSAIDs)无处不在,可用于类风湿关节炎的各个阶段,是目前应用最广、可快速缓解患者症状的一类药物,分为外用及口服两种用药方式。在应用过程中强调种类和剂量的个体化,一般先选择一种NSAIDs足量治疗,无效时换用另外一种,应该避免同时使用两种或两种以上NSAIDs。

5. 早期治疗指的是患者一经诊断应马上开始使用改变病情药物,即缓解病情抗风湿药(DMARDs)治疗,这类药物也称为慢作用抗风湿药物。其中,甲氨蝶呤(MTX)和来氟米特是基础用药,可作为首选治疗药物。对于无预后不良因素、病情中等活动的患者,也可选用抗疟药或柳氮磺胺吡啶等。

6. 联合治疗是单一用药不能使病情缓解或伴有多个预后不良因素的活动性患者的选择,可以选择DMARDs(两种或三种)联合,也可以选择DMARDs和生物制剂的联合。

7. 目标治疗指通过不断调整治疗方案、定期评估,在尽可能较短的时间内达到疾病缓解或低疾病活动度,最终实现病情持续缓解或维持低疾病活动度的目标。

8. 生物制剂是一种新的类风湿关节炎的治疗手段,目前国内主要应用的是肿瘤坏死因子(TNF)拮抗剂。治疗类风湿关节炎可与DMARDs(如MTX)联合应用。

9. 当一种TNF拮抗剂治疗无效时,可选用另一种TNF拮抗剂,或者选用其他生物制剂,如阿巴西普、利妥昔单抗、IL-6受体单抗等。

10. 难治性类风湿关节炎患者对生物制剂或传统DMARDs有禁忌者可选择硫唑嘌呤(AZA)、环孢霉素(CsA)以及环磷酰胺(CTX)等药物治疗,单用或联合治疗。

11. 糖皮质激素治疗类风湿关节炎时要严格掌握好适应



图为《今日风湿家园》主编之一

证,全身治疗时应与慢作用抗风湿药物联合应用。适应征:①其他药物治疗无效的患者,强调小剂量、短疗程治疗;②重症类风湿关节炎如合并血管炎患者,可用糖皮质激素快速控制病情;③局部应用,如单一关节的炎症明显时,在关节腔内注射可有效缓解关节的炎症。

12. 目前,在我国已有多种植物药用于治疗类风湿关节炎,如雷公藤多苷、白芍总苷、青藤碱等,可辅助其他药物快速缓解患者临床症状,达到临床缓解,但其作用机制还需进一步探讨。

13. 免疫净化治疗可去除血中的致病因子(如自身抗体、大量循环免疫复合物及高免疫球蛋白等),快速改善患者的临床症状,但需同时联合药物治疗。目前常用的免疫净化疗法包括血浆置换、免疫吸附和淋巴细胞/单核细胞去除术。

14. 如患者病情达到持续缓解,可考虑逐渐减药,首先减少或停用糖皮质激素用量,其次减少生物制剂的用量,特别是在生物制剂与其他传统DMARDs联合使用时。如果病情持续缓解,可谨慎调整,减少MTX或其他传统DMARDs的用量。

15. 在调整治疗方案时,除评估疾病的活动性,还要考虑有无进展性骨侵蚀、合并症以及药物的安全性等综合因素。

注意事项:

1. 在治疗类风湿关节炎的过程中,应定期评估疾病活动度,及时调整治疗方案。一般每3~6个月评价一次。

2. 无论是应用何种药物,应定期监测药物不良反应,定期检查肝功能、肾功能及血常规、尿常规、便常规,以发现问题及时调整用药。

3. 对于有胃肠道不良反应的患者,及时加用保护胃黏膜剂。

4. 应用糖皮质激素的患者,应注意加用维生素D及钙剂,降低患者骨质疏松及骨折的风险。长期应用者,应检测血糖、血压的变化。

5. 选用生物制剂前,应排查结核、肝炎病毒、活动性感染及肿瘤。

6. 应用抗疟药时,应定期做眼底检查。

7. 治疗过程中注意戒烟、物理治疗、关节功能锻炼以及并发症的治疗。

类风湿关节炎患者 妊娠时可用哪些药物

张霞 刘湘源

北京大学第三医院 风湿免疫科



类风湿关节炎(RA)是一种全身性自身免疫疾病,主要见于女性,可在育龄期发病,所以妊娠期用药是广大临床医生和患者共同关注的焦点之一。RA患者所使用的药物包括糖皮质激素(简称激素)、非甾体抗炎药、改变病情抗风湿药和生物制剂等,以下主要讨论妊娠期用药的注意事项。

一、激素

孕妇与胎儿均可较好地耐受激素治疗,无明显不良反应发生,美国食品和药物管理局(Food and Drug Administration, FDA)妊娠药物分类(见表1)中激素属于C类药(见表2),整个妊娠期均可使用,但剂量最好 $<15\text{mg/d}$ (泼尼松)。孕妇使用激素首选泼尼松或泼尼松龙,因其可经胎盘 11β -羟基类固醇脱氢酶代谢转化为无活性代谢产物,减少对胎儿的影响。关节炎急性加重时可关节腔内注射激素治疗。长期使用激素的患者,围产期应给予负荷量泼尼松治疗。哺乳期可以使用泼尼松龙,但是建议于用药4小时后再哺乳,以进一步减少婴儿药物摄取。

二、非甾体抗炎药(Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, NSAIDs)

妊娠早期,NSAIDs在FDA药物分类中属于B类(见表2),可使用,但怀孕30周后,NSAIDs

在FDA分类中属于C类,应避免持续使用,如必须使用,应选半衰期短的药物如洛索洛芬钠等,以最低有效剂量间断使用以减少胎儿不良反应的发生。双氯芬酸、氟灭酸、布洛芬、吲哚美辛、甲芬那酸、萘普生、吡罗昔康和托美丁均可用于哺乳期,用药前进行哺乳可减少婴儿药物摄取。

三、改变病情抗风湿药(Disease-modifying Antirheumatic Drugs, DMARDs)

1. 甲氨蝶呤(MTX) MTX有明确的胚胎致畸性,在FDA药品分类中属于X类(见表2),妊娠期禁用,哺乳期也不推荐使用。由于MTX的活性代谢产物在停药后数月仍停留于组织细胞内,因此男女双方妊娠前均需停用MTX至少3个月,且在怀孕前和整个妊娠中继续补充足量叶酸。

2. 来氟米特(LEF) LEF在FDA妊娠药物分类中属于X类(见表2),妊娠期禁用。LEF活性代谢产物半衰期长,停药2年后其血浆中药物活性代谢产物的水平才降至 $0.02\mu\text{g/ml}$ 以下,因此妊娠前需停药2年或采用消胆胺洗脱治疗: 8g/d ,分3次服用,连续治疗11天(也可不连续),间隔至少两周检测血浆药物浓度2次,浓度均 $<0.02\mu\text{g/ml}$ 即可,如仍 $>0.02\mu\text{g/ml}$ 需再以消胆胺治疗。LEF可分泌进入乳汁,服用LEF者不建议母乳喂养。