

医学临床诊疗技术丛书



FENGSHIBINGKEJIBING

风湿病科疾病

临床诊疗技术

主编 ① 任伟亮 李翰鹏 王继学

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书 ◆

风湿病科疾病

临床诊疗技术

主编 任伟亮 李翰鹏 王继学

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了风湿病科疾病的诊断方法和治疗技术,包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的内容,并结合临床实际,重点介绍了作者诊断和治疗上的临床经验,以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践,内容全面翔实,重点突出,是一本实用性很强的风湿病科疾病诊疗读本,适合风湿病科专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

风湿病科疾病临床诊疗技术/任伟亮,李翰鹏,王继学主编. —北京:中国医药科技出版社,2017.4
(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 8590 - 7

I. ①风… II. ①任… ②李… ③王… III. ①风湿性疾病 - 诊疗 IV. ①R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 191237 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 12

字数 257 千字

版次 2017 年 4 月第 1 版

印次 2017 年 4 月第 1 次印刷

印刷 三河市汇鑫印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 8590 - 7

定价 36.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编 委 会

主 编 任伟亮 李翰鹏 王继学

副主编 李永胜 王海滨 张爱东

张 超 张 杰 王海平

编 者 (以姓氏笔画为序)

王已友 王海平 王海滨

王继学 吕学英 任伟亮

李天亮 李叶红 李永胜

李胜强 李翰鹏 谷永浩

张 杰 张 超 张爱东

周 洁 赵 燕 高 彬

韩福胜

前 言

为了在广大临床医师中普及和更新风湿病科的诊治知识，满足风湿病科专业人员及基层医务工作者的临床需要，从而使更多的风湿病患者尽快地得到正确的诊断和合理的治疗，在参阅国内外相关研究进展的基础上，结合我们的临床经验编写此书。本书较为系统、全面地介绍了风湿病科疾病的概述、流行病学、病因、病理生理、分型、辅助检查、临床表现、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的内容，对相关疾病做了整体的阐述，重点介绍疾病的诊断及治疗，包括临床表现、辅助检查、诊断、治疗方案和临床经验。本书重点突出诊断和治疗处理上临床经验介绍，把有丰富临床经验高年资医师的临床思维方法和经验介绍给年轻医师，让他们不走弯路。在临床经验介绍中，书中特别强调了如何做好病情告知、医患沟通等方面的问题，帮助年轻医师更好地构筑和谐医患关系。

本书共分为十一章，立足临床实践，内容全面翔实，重点突出，力求深入浅出，方便阅读，是一本实用性很强的关于风湿病科疾病诊断的医学读本。目的是让广大临床医师把疾病相关诊断与临床实践更好地结合，

从而使临床诊断和治疗更规范、合理和科学，最终改善疾病的预后。该书适用于风湿病科、普通内科专业人员及基层医务工作者使用。

本书编写过程中，得到了多位同道的支持和关怀，他们在繁忙的医疗、教学和科研工作之余参与撰写，在此表示衷心的感谢。限于编写者的水平和编写时间，书中存在的不妥和纰漏之处，敬请读者和同道批评指正。

编者

2017 年 1 月

目 录

第一章 弥漫性结缔组织病 / 1

第一节	类风湿关节炎	1
第二节	系统性红斑狼疮	20
第三节	狼疮性肾炎	37
第四节	系统性硬化症	46
第五节	硬皮病肾危象	60
第六节	局限性硬皮病	64
第七节	多发性肌炎和皮肌炎	68
第八节	干燥综合征	78
第九节	抗磷脂综合征	93
第十节	川崎病	103
第十一节	结节性脂膜炎	111
第十二节	混合性结缔组织病	119
第十三节	未分化结缔组织病	134

第二章 脊柱关节病 / 144

第一节	强直性脊柱炎	144
第二节	银屑病关节炎	157

第三节	炎性肠病性关节炎	168
-----	----------------	-----

第三章 骨与软骨病 / 175

第一节	骨关节炎	175
第二节	复发性多软骨炎	188
第三节	斯蒂尔病	198
第四节	骨质疏松症	208

第四章 系统性血管炎 / 222

第一节	风湿性多肌痛	222
第二节	巨细胞动脉炎	226
第三节	大动脉炎	232
第四节	结节性多动脉炎	241
第五节	显微镜下多血管炎	250
第六节	韦格纳肉芽肿	258
第七节	变应性肉芽肿性血管炎	268
第八节	过敏性紫癜	274
第九节	皮肤血管炎	279
第十节	血栓闭塞性脉管炎	287

第五章 痛风 / 294

第六章 自身免疫性肝炎 / 307

第七章 贝赫切特综合征 / 315

第八章 成人斯蒂尔病 / 325

第九章 风湿热 / 330

第十章 纤维肌痛综合征 / 336

第十一章 风湿病的诊断和治疗技术 / 347

第一节 实验室检查 347

第二节 风湿病的特殊检查 359

第三节 风湿病的特殊治疗技术 366

第一章

弥漫性结缔组织病

第一节 类风湿关节炎

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是以慢性进行性对称性多关节炎为主要临床表现的异质性、系统性疾病。RA 是常见的风湿病之一, 多见于 30 ~ 50 岁的女性, 男女比例均为 1:2。我国的 RA 患病率为 0.32% ~ 0.36%。本病的病因及发病机制目前还不清楚, 可能与遗传因素、环境因素、机体的自身免疫异常及性激素有关。RA 患者 HLA-DRB1 的 70 ~ 74 氨基酸为 RA 的易感基因, 与病毒, 如 EB 病毒抗原具有共同序列, 被称为“共享表位”, 通过分子模拟等机制在 RA 发病中发挥重要作用。RA 主要病理变化为关节滑膜组织异常增殖形成的血管翳, 有类似肿瘤性质, 造成对骨关节的侵袭破坏, 可导致关节强直、畸形、功能丧失而有不同程度的残疾。

【诊断】

(一) 症状

1. 全身表现 患者起病之初表现为疲劳不适、手肿胀、全身肌肉骨骼疼痛、关节周围肌肉萎缩、体质虚弱, 出现开门、上下楼或重复动作等困难, 有低热、情绪低落或焦虑等症状。

2. 关节表现 RA 患者最主要的症状，早期表现为滑膜炎，经治疗后有一定可逆性，晚期为关节结构破坏的表现，一经出现很难逆转。

(1) 晨僵：可发生在关节疼痛出现之前。病变关节在夜间静息后出现较长时间的僵硬，于充分活动后缓解。晨僵时间的长短与关节炎症的程度呈正相关，常被作为观察本病的活动指标之一。在 RA 病情活动期，晨僵时间多大于 1 小时。晨僵在其他关节炎也可出现，但时间较短。

(2) 疼痛：关节疼痛的询问应注意疼痛的性质、部位、程度及时间。RA 关节疼痛常是最早的关节症状。小关节较大关节发作时间早，大关节炎症持续时间长。大多为手指和（或）足趾关节对称性肿痛，检查可有压痛。以近端指间关节、掌指关节、腕关节及足跖趾关节最多见，其次为肘、肩、踝、膝、颈、颞颌及髋关节等，远端指间关节、脊柱及骶髂关节极少受累。疼痛性质为慢性疼痛，较少出现剧痛，关节局部皮温增高，但表面不红。疼痛程度的描述常用 VAS 目测模拟标尺（VAS）加以记录。

(3) 关节肿胀：多因关节腔积液或关节周围炎症引起。病程较长者可因滑膜慢性炎症的肥厚引起肿胀。受累关节均可出现肿胀，较常出现在腕关节、掌指关节、近端指间关节、膝关节等。

(4) 关节畸形：RA 进展期或晚期可出现关节畸形。主要因滑膜炎破坏了软骨及软骨下的骨质结构，造成关节纤维性及骨性强直，同时有关节周围肌腱、韧带受损，使关节不能保持正常位置。主要的关节畸形，如梭形肿胀、掌指关节的尺侧偏斜、关节脱位及过伸所致的“鹅颈样”“纽扣花样”畸形和膝关节外翻等，可伴有肌肉萎缩。

(5) 关节功能障碍：由于关节肿痛和畸形，患者通常有关节活动障碍。

美国风湿病学院的 RA 关节功能分级：Ⅰ级，日常活动不受限；Ⅱ级，有中等程度的关节活动受限，但能满足日常活动需要；Ⅲ级，关节有明显的活动受限，不能从事大多数职业或不能很好地照料自己；Ⅳ级，丧失活动能力或被迫卧床或只能坐在轮椅上。

3. 关节外表现 关节外表现常是 RA 病情严重或病变活动的征象。

(1) 类风湿结节：是本病较特异表现，出现在 20% ~ 30% 的患者。表现为单个或多个结节，大小可数毫米至数厘米，质如橡皮样，无触压痛或轻触痛，多位于关节隆突部及受压部位，如鹰嘴突附近、枕部、膝关节上下、跟腱等。偶尔出现在心、肺、脑处的类风湿结节可引起系统性症状。类风湿结节的出现是 RA 病变活动的征象。

(2) 类风湿血管炎：多见于男性，类风湿因子高滴度阳性，有类风湿结节、关节骨质破坏的患者。表现为甲床皱襞及指垫部碎片状棕色梗死出血，掌指红斑，网状青斑，下肢或骶部溃疡，指端坏疽，眼底血管炎引起视物障碍或失明等，少见雷诺现象。

(3) 肺部表现：约 20% 患者可有肺间质性变。多无临床症状，仅在肺功能和肺 X 线片或高分辨率 CT 发现异常，少数可发展为慢性纤维性肺泡炎、单个或多个结节样改变，液化后可形成空洞。约 10% 患者有胸膜炎，表现为单侧或双侧少量胸腔积液。矿工患 RA 时，可发生肺内结节性肉芽肿，称类风湿尘肺（Caplan 综合征）。也可出现肺动脉高压、支气管炎及小呼吸道疾病。

(4) 心包炎：常无临床症状，约 30% 的患者超声心动图有小量心包积液。

(5) 神经系统：由于关节病变压迫及血管炎病变，患者可出现神经系统症状，如脊髓受压可出现双手感觉异常和力

量的减弱；正中神经在腕关节处受压出现腕管综合征，表现为桡侧三个半手指痛觉减退，可伴有鱼际肌萎缩，拇指外展或与食指对合困难；硬脑膜类风湿结节可引起脑膜刺激征等。

(6) 肾脏：RA 很少发生肾脏累及。出现肾受累则应考虑：①RA 所致肾淀粉样变，②继发于抗风湿病药物，如非甾体抗炎药（NSAIDs）、青霉胺、金制剂等治疗后的继发性肾脏损害。

(7) 胃肠道：RA 本身影响胃肠道较少见，患者出现上腹不适、食欲减退，甚至消化道出血时首先考虑抗风湿药物，尤其是非甾体抗炎药所致。

(8) 血液系统：最常出现轻至中度低色素贫血，可由于本病或服用非甾体类抗炎药造成胃肠道长期少量失血所致。Felty 综合征是指 RA 患者伴有脾大、中性粒细胞减少或伴有贫血和血小板减少。

(9) 干燥综合征：30% ~ 40% 的 RA 患者有继发性干燥性角结膜炎及口干燥症。

(10) 感染：RA 患者易患感染与使用糖皮质激素、免疫抑制药、生物制剂及患者年龄、性别有关，75% 为女性患者，年龄 > 58 岁，原有慢性肺部疾病、酗酒、糖尿病者等感染概率增加。

(11) 肿瘤：RA 患者肿瘤发生率增加，特别是淋巴瘤的发生率明显增加。RA 患者患霍奇金病、非霍奇金病及白血病的相对危险性是正常人群的 2 ~ 3 倍，低度恶性到中度恶性，多数为 B 细胞淋巴瘤，与免疫抑制药治疗无关。间质纤维化使肺癌危险性增加。消化道肿瘤的发生无明显增加，可能与长期使用 NSAIDs 有关。有证据证明，该类药物可以减少家族性肠息肉的发生，因而考虑 NSAIDs 可减少消化道肿瘤的发生。

(二) 体征

1. 关节检查 关节的检查在 RA 诊断中占重要作用，应

检查关节外形、结构及功能。应注意 RA 患者关节肿胀及压痛的部位、数量、程度，关节活动度及肌力大小，尤其注意 RA 好发部位关节的检查，国内外通常对 RA 的病情评估常注意 14 个关节区，即（左右）掌指关节（MCP）+ 近端指间关节（PIP）+ 腕关节 + 肩关节 + 肘关节 + 膝关节 + 跖趾关节（MTP）的检查观察。

关节压痛的检查评估：0 分，无压痛；1 分，患者称痛；2 分，患者疼痛并有皱眉；3 分，患者疼痛并有退缩。

关节肿胀的检查评估：0 分，无肿胀；1 分，有肿胀但无明显关节积液；2 分，有肿胀并有明显关节积液。

国际常用 Ritchie 指数作为关节疼痛、肿胀定量或半定量指标。检查关节涉及颞颌关节、颈椎关节、胸锁关节、肩峰锁骨关节、肩关节（左右）、肘关节（左右）、腕关节（左右）、掌指关节（左右）、近端指间关节（左右）、膝关节（左右）、距小腿关节（左右）、距下关节（左右）、中跗骨关节（左右）、跖趾关节（左右），按 0 分（无压痛）、1 分（压痛）、2 分（压痛伴畏缩）、3 分（压痛伴畏缩和躲避）计算累计积分。

2. 全身体格检查

（1）皮肤黏膜：注意检查皮下结节、有无血管炎皮疹，皮肤黏膜颜色等。RA 患者常在关节周围触及类风湿结节；下肢皮肤可见坏死性血管炎皮疹；皮肤黏膜苍白，呈轻度贫血貌，合并继发性干燥综合征时有口腔黏膜干燥等。

（2）眼征：RA 可发现巩膜炎及干燥性角结膜炎。

（3）心肺检查：注意有无心包积液或胸腔积液的相关体征，RA 患者也可出现心脏杂音及传导障碍。

（4）肝脾检查：脾大及肝大是 RA 的常见体征。更常见于幼年特发性关节炎，成年人 Still 病及 Felty 综合征。

（5）神经系统：RA 患者常有外周神经炎的临床表现及体征，注意四肢远端有无感觉和运动异常及腕管综合征的体征。

(三) 检查

1. 实验室检查 多数活动期患者有轻至中度正细胞性贫血，白细胞水平大多正常，有时可见嗜酸性粒细胞和血小板计数增多，血清免疫球蛋白 IgG、IgM、IgA 可升高，血清补体水平多数正常或轻度升高，60% ~ 80% 患者有高水平类风湿因子 (RF)，但 RF 阳性也见于慢性感染（肝炎、结核等）、其他结缔组织病和正常老年人。其他，如抗角质蛋白抗体 (AKA)、抗核周因子 (APF) 和抗环瓜氨酸多肽 (CCP) 等自身抗体对类风湿关节炎有较高的诊断特异性，敏感性在 30% ~ 40%。

2. X 线检查 为明确本病的诊断、病期和发展情况，在病初应进行影像学检查，包括双腕关节、手和（或）双足 X 线片，以及其他受累关节的 X 线片。RA 的 X 线片早期表现为关节周围软组织肿胀，关节附近轻度骨质疏松，继之出现关节间隙狭窄，关节破坏，关节脱位或融合。根据关节破坏程度将 X 线改变分为Ⅳ期（表 1-1）。

表 1-1 类风湿关节炎 X 线进展的分期

I 期（早期）
1. * X 线检查无破坏性改变
2. 可见骨质疏松
II 期（中期）
1. * 骨质疏松，可有轻度的软骨破坏，有或没有轻度的软骨下骨质破坏
2. * 可见关节活动受限，但无关节畸形
3. 邻近肌肉萎缩
4. 有关节外软组织病损，如结节和腱鞘炎
III 期（严重期）
1. * 骨质疏松加上软骨或骨质破坏
2. * 关节畸形，如半脱位，尺侧偏斜，无纤维性或骨性强直
3. 广泛的肌萎缩
4. 有关节外软组织病损，如结节或腱鞘炎
IV 期（末期）
1. * 纤维性或骨性强直
2. III 期标准内各项

注：* 为病期分类的必备条件

(四) 诊断要点

1. 诊断标准 类风湿关节炎的诊断主要依靠临床表现、自身抗体及 X 线片改变。典型的病例按 1987 年美国风湿病学学会分类标准 (表 1-2) 诊断并不困难, 但以单关节炎为首发症状的某些不典型、早期类风湿关节炎, 常被误诊或漏诊。对这些患者, 除了血常规、尿常规、红细胞沉降率、C 反应蛋白、类风湿因子等检查外, 还可做磁共振显像 (MRI), 以求早期诊断。对可疑类风湿关节炎患者要定期复查、密切随访。

表 1-2 1987 年美国风湿病学学会 (ARA)

类风湿关节炎分类标准

定义	注释
1. 晨僵	关节及其周围僵硬感至少持续 1 小时 (病程 ≥ 6 周)
2. 3 个或 3 个区域以上关节部位的关节炎	医师观察到下列 14 个区域 (左侧或右侧的近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节) 中至少累及 3 个, 且同时有软组织肿胀或积液 (不是单纯骨隆起) (病程 ≥ 6 周)
3. 手关节炎	腕、掌指或近端指间关节炎中, 至少有 1 个关节肿胀 (病程 ≥ 6 周)
4. 对称性关节炎	两侧关节同时受累 (双侧近端指间关节、掌指关节及跖趾关节受累时, 不一定绝对对称) (病程 ≥ 6 周)
5. 类风湿结节	医师观察到在骨突部位, 伸肌表面或关节周围有皮下结节
6. 类风湿因子阳性	任何检测方法证明血清类风湿因子含量异常, 而该方法在正常人群中的阳性率小于 5%
7. 放射学改变	在手和腕的后前位相上有典型的类风湿关节炎放射学改变: 必须包括骨质侵蚀或受累关节及其邻近部位有明确的骨质脱钙

注: 满足分类标准中 4 项或 4 项以上并排除其他关节炎即可诊断类风湿关节炎

2. 活动性判断 判断类风湿关节炎活动性的项目包括疲

劳的严重性、晨僵持续的时间、关节疼痛和肿胀的程度、关节压痛和肿胀的数目、关节功能受限制程度及急性炎性指标(如红细胞沉降率、C反应蛋白和血小板计数)等。

3. 缓解标准 类风湿关节炎临床缓解标准:①晨僵时间低于15分钟;②无疲劳感;③无关节痛;④活动时无关节痛或关节无压痛;⑤无关节或腱鞘肿胀;⑥红细胞沉降率(魏氏法),女性小于每小时30mm,男性小于每小时20mm。

符合5项或5项以上并至少连续2个月者考虑为临床缓解;有活动性血管炎、心包炎、胸膜炎、肌炎和近期无原因的体重下降或发热,则不能认为缓解。

(五) 鉴别诊断

在类风湿关节炎的诊断过程中,应注意与骨关节炎、痛风关节炎、反应性关节炎、银屑病关节炎和其他结缔组织病(系统性红斑狼疮、干燥综合征、硬皮病等)所致的关节炎相鉴别。

1. 骨关节炎 该病为退行性骨关节病,发病年龄多在40岁以上,主要累及膝、脊柱等负重关节。活动时关节痛加重,可有关节肿胀、积液。手指骨关节炎常被误诊为类风湿关节炎,尤其在远端指间关节出现赫伯登(Heberden)结节和近端指间关节出现布夏尔(Bouchard)结节时易误诊为滑膜炎。骨关节炎通常无游走性疼痛,多数患者红细胞沉降率正常,类风湿因子阴性或低滴度阳性。X线片示关节间隙狭窄、关节边缘呈唇样增生或骨疣形成。

2. 痛风 慢性痛风关节炎有时与类风湿关节炎相似,痛风关节炎多见于中老年男性,常呈反复发作,好发部位为单侧第一跖趾关节,也可侵犯膝、踝、肘、腕及手关节,急性发作时通常血尿酸水平增高,慢性痛风关节炎可在关节和耳郭等部位出现痛风石。

3. 银屑病关节炎 银屑病关节炎以手指或足趾远端关节