

《临床症状鉴别诊断丛书》编委会

总 主 编 刘德铭
编 委 (按姓氏汉语拼音排序)
陈清兰 刘 超 刘德铭
刘丽秋 汤美安 王友赤
张 军 张淑琴

《风湿性疾病症状鉴别诊断学》编写人员

主 编 汤美安 潘云峰

副主编 陶 怡 李 娟 邓星河

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

蔡伟伟	陈瑞林	戴森华	邓 娟	邓星河
董光富	方霖楷	龚子鉴	郭兴华	黄 煌
黄成辉	黄文辉	江颖娟	赖 维	李 婧
李 娟	李泽伦	林东军	刘 勇	柳约坚
马 寒	潘云峰	庞 捷	彭瑞萍	钱孝贤
史德海	苏 怡	汤美安	陶 怡	王 昆
王卓龙	魏钦令	吴会霞	吴炜戎	冼 盈
肖楚吟	谢红伟	曾颖瑜	张革化	张晋砮
张扣兴	张云青	周 毅	朱丽花	

秘 书 郭兴华

临床症状鉴别诊断丛书

前言

疾病的发生是一个非常复杂的过程,其表现也是千差万别。不同患者患同一疾病时,其临床表现可大不一样;出现症状不一定是患病了,而有可能是正常的生理反应;多种疾病可有相同的临床表现。例如,发热、心悸是临床常见的症状,许多疾病都可有此症状,但是在生理情况下也可出现。如剧烈运动时,体温略有升高,心跳加速,从而使人有发热和心悸的感觉。又如呼吸困难这一极为常见的症状,患呼吸系统疾病时可以出现,患心脏疾病时也很常见,其他如消化、泌尿、血液、内分泌、神经、结缔组织疾病和外伤时均可出现。因此,面对病人诉说的症状、体格检查时获得的体征和各种辅助检查所得的结果,临床医生尤其是年轻的医生经常感到千头万绪,难以做出明确的诊断。有研究报道,尽管现代医学高科技检查项目繁多,但是临床误诊率仍然高达25%~35%。因此,帮助年轻医生提高对疾病诊断和鉴别诊断的能力,降低临床误诊率,是摆在我们面前的一个重要问题。尽管目前已有多种有关疾病诊断和鉴别诊断的书籍出版,但是尚未有一套按照临床医师诊治病人的思维模式展开,系统地从症状、体征、各种实验室检查结果和影像学表现等进行疾病诊断与鉴别诊断的丛书。为了弥补这一空白,科学出版社组织了全国高等医学教育学会诊断学分会的一些专家编写了本套丛书,较为全面、完整地论述了各系统疾病鉴别诊断的思路和方法。

翻开书本,读者就会发现本丛书是按一种新的结构、新的体例来进行编写的,并且具有以下几个特点:

首先,从诊治程序出发,按照临床医生的诊治思维模式展开。每章在对疾病进行概述、病因和发病机制介绍后,提出诊断思路。诊断过程遵循人们认识客观事物的规律——由现象到本质:从诊断疾病的过程来说,医生首先要了解患者的主观感受,通过询问病史获取症状;然后进行体格检查,发现患者自己难以发现的客观现象——体征;接着通过心电图、影像学 and 实验室检查等,进一步收集疾病的信号。所有这些都是疾病的表象,然后运用临床诊断思维,对症状、体征或影像学表现进行分析,弄清这些现象所反映的疾病本质,得出正确诊断。

其次,通过“诊断流程”框图的形式展示诊断思维的过程。为了简洁明了地反映出诊断思维的过程,帮助读者以最快捷的诊断途径、最简洁而有效的检查项

目,抓住疾病的本质,从而得出正确的临床诊断,编者将诊断检查的过程,科学、规范而合理地进行了安排,并归纳出了“诊断流程”。

再次,重点突出了疾病的鉴别诊断。对同一症状、体征和影像学表现可能涉及的疾病逐一做简要介绍,并归纳出诊断要点,这些要点既是诊断此病的依据,又是与具有相同表现的其他疾病相鉴别的要点。这对年轻医师临床鉴别诊断能力的提高会有很大的帮助。

最后,结合实际病例来谈编者的诊治经验或教训。在每个症状或体征后都有病例介绍,通过对典型病例或疑难病例的简要分析,与读者一起分享编者在诊断此病例过程中的体会或经验教训,这对临床医师具有重要的启示作用。

本套丛书分为心血管疾病、呼吸疾病、消化疾病、肾脏疾病、内分泌与代谢性疾病、风湿性疾病、神经疾病、血液疾病等八个分册,每个分册在保持整体风格一致的基础上,既各有侧重又互相联系,构成了一个整体。

本套丛书的参编者是从国内有影响的大学附属医院挑选的既有多年临床工作经验、又有多年从事诊断学和内科学教学经验的医务工作者,具有较高的学术水平。在丛书编写过程中,编者收集了国内外最新文献,尤其是新近制订的各种疾病诊断、治疗指南或专家共识,这对于临床医生及时了解和掌握各种疾病的诊治原则与方法,具有重要的指导意义。然而,由于临床医疗和教学工作繁忙,加之作者个人学术水平有限,丛书中的疏漏和错误在所难免。我们期待读者指正,以期再版时改进。

刘德铭

2009年3月

序

非常高兴看到由汤美安、潘云峰教授主编的《风湿性疾病症状鉴别诊断学》一书问世。这本书主要从风湿病的一些常见症状入手,分析了这些症状发生的机制及可能的病因,提出了常见症状的鉴别诊断;同时该书还包含了风湿病影像学、实验室检查及常见综合征分析等内容,尤其是书中列举了大量的病例介绍和分析点评,为临床医生提供了一部非常有价值的风湿病诊断和鉴别诊断的参考书。

风湿病学是一门发展较为迅速的新兴学科,其内容涉及多个临床和基础医学学科。随着基础医学的进展,以及对风湿病发病机制认识的不断深入,风湿病的诊治水平得到了很大程度的提高,一些风湿病在发病的早期即被诊断,诊断水平的提高也在一定程度上明显改善了病人的预后。基础医学的发展同样极大地推动了风湿病的治疗,目前生物制剂靶向治疗已成为风湿病治疗的发展方向。生物制剂在临床上的应用使得风湿病的疗效得到很大程度的改观,一些原本没有好的治疗方法的风湿病都可以得到较好的控制,像类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎等疾病,如果得到充分和正确的治疗,完全可以做到像高血压、糖尿病一样,病情得到完全控制,带病长期生存。

尽管风湿病学在我国已得到很大程度的发展,一些风湿病的治疗已与国际同步甚至处于国际领先地位,在大城市的大多数大型综合性医院都已成立风湿病学科,并已具备较好的风湿病诊治水平;但风湿病学的发展在国内毕竟起步较晚,在全国各地仍处于不平衡状态。由于中国以往没有专科医师培训制度,最初经过严格的风湿病学培训的医师相对较少,很多医师都是从其他学科改做风湿病科医师的。虽然他们都在努力工作,为中国风湿病学事业的发展做出了巨大的贡献,可是风湿病的诊治水平存在差异也是不争的现实。另外,风湿病学是一门呈现多学科交叉重叠特点的学科,很多风湿病临床症状表现多种多样,或以某个其他学科疾病的临床表现为主要特点,常易导致临床上诊断和治疗困难。即使是风湿病专科医师,面对一些风湿科的疑难杂症,诊断上往往也觉得困难。因此,普及并提高风湿病知识仍是一个长期而又艰巨的任务,不仅要提高风湿科专科医师的专业水平,同时要推广风湿病的专业知识,使其他专科的医务人员具备一定的风湿病诊治知识,以减少误诊、漏诊,这显得尤为重要。

《风湿性疾病症状鉴别诊断学》一书丰富了中国风湿病学书籍的宝库。

该书的出版将给读者带来很大的帮助,有助于临床医师特别是风湿科的专科医师从临床角度理解大量的风湿病的各种临床表现,认识风湿性疾病的复杂性和特殊性,提高风湿病学的诊断和治疗水平,在此谨对此书的出版表示祝贺。

中华医学会风湿病学分会主任委员
北京协和医院风湿免疫科主任

张奉春

2009年1月16日

前言

随着医学科学的发展以及诊断水平的提高,疾病谱也随之发生着变化,与此同时,临床医师也面临着越来越大的压力。各专科医师不仅要掌握本专业知识,同时对相关专业的知识也要有所了解和掌握;而且随着知识更新速度的增快,这种需求显得尤为迫切。风湿病学作为一门具有多学科交叉重叠特点的学科,其知识更新的速度更快,对相关学科的临床医师也提出了更高的要求。风湿专科医师不仅要掌握本学科领域的专业知识,不断更新原有的知识结构,同时需具备较强的多学科综合知识。同样,其他相关学科的专科医师也应掌握一定的风湿病学知识,以提高临床的诊治水平,减少误诊、漏诊的发生。

《风湿性疾病症状鉴别诊断学》一书主要从风湿病的常见症状入手,分析引起这些常见症状的病因及症状发生的可能机制,依据症状提出了可能的诊断、鉴别诊断及相应的诊断流程,给读者提供一个从症状来分析可能诊断的完整思维导图。本书同时提供了丰富病例介绍和分析点评,对培养读者的临床逻辑思维分析能力有一定的帮助。本书另一特点是概括了风湿病在心血管、消化、呼吸等各系统的临床表现,提出了出现相关症状时应考虑的可能诊断,可拓展读者的临床思维范畴。本书提供了有关风湿病影像学及实验室检查的相关资料及风湿病科一些常见综合征的临床分析,相信对有关读者,尤其对住院医师、低年资主治医师及风湿病专科医师有一定的参考价值。

本书内容涉及多个学术领域及专科,作者来自多所医学院校及省、市级医院,均具有丰富的相关疾病临床诊治经验,在诊治疾病过程中积累了宝贵的临床资料。所提供的病例均为真实患者资料,将这些宝贵的资料整理出来出版发行,旨在对风湿病的诊治做出一点贡献。在此感谢各位作者的无私奉献,同时感谢科学出版社在本书出版过程中给予的大力支持。

此次我们非常荣幸地邀请到了中华医学会风湿病学分会主任委员张奉春教授为本书作序,在此表示特别的感谢。

由于学识水平有限,书中难免存在缺点和不足,欢迎读者不吝赐教,不胜感激。

汤美安 潘云峰

2009年1月

目 录

第一篇 风湿病症状鉴别诊断

第一章 关节痛	(3)
第二章 晨僵	(31)
第三章 肌痛	(51)
第四章 眼干	(64)
第五章 口干	(78)
第六章 口腔溃疡	(96)
第七章 下腰痛	(123)

第二篇 风湿病体征鉴别诊断

第八章 关节积液	(149)
第九章 雷诺现象	(160)

第三篇 风湿病系统损害鉴别诊断

第十章 风湿病皮肤损害	(175)
第十一章 风湿病眼损害	(221)
第十二章 风湿病相关呼吸系统损害	(240)
第十三章 风湿病相关心血管系统损害	(275)
第十四章 风湿病相关消化系统损害	(317)
第十五章 风湿病相关肾损害	(325)
第十六章 风湿病相关血液系统损害	(348)
第十七章 风湿病相关神经系统损害	(367)
第十八章 风湿病相关耳鼻咽喉损害	(388)
第十九章 风湿病相关精神系统损害	(427)
第二十章 风湿病影像学特征	(457)
第二十一章 风湿病相关自身抗体	(532)

第四篇 风湿病相关综合征鉴别诊断

第二十二章 Felty 综合征	(559)
第二十三章 缓解型血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征	(564)
第二十四章 CREST 综合征	(569)
第二十五章 Churg-Strauss 综合征	(573)

第二十六章	Cogan 综合征	(586)
第二十七章	Ehlers-Danlos 综合征	(598)
第二十八章	SAPHO 综合征	(607)
第二十九章	POEMS 综合征	(615)
第三十章	Weber-Christian 综合征	(623)

第一篇

风湿病症状鉴别诊断

第一章 关 节 痛

第一节 概 述

关节痛是临床常见的症状之一,可能是各种各样的风湿免疫性疾病的一种表现,包括慢性炎症性疾病、关节软骨退行性变、晶体沉积、感染、创伤等;亦可能是全身系统性疾病在关节局部的表现。

关节痛的鉴别诊断很大程度上取决于病史和体格检查情况。筛选性实验室检查结果主要是为了验证临床印象,但如不加区别地运用,可能会误导。评估的初步目的是缩小引起关节痛病因的范围,明确导致关节痛的病理生理机制。

关节压痛分级:标准压力为 4kg 或体检者指甲变白时所用压力。Ⅰ级,关节无压痛;Ⅱ级,标准压力下疼痛;Ⅲ级,不到标准压力就会出现疼痛;Ⅳ级,关节剧痛,出现退缩反应。

关节肿胀分级:0级,关节无肿胀;Ⅰ级,关节肿胀,但尚未超过关节附近骨突出部;Ⅱ级,关节肿胀比较明显,肿胀处与骨突出部相平,因此,关节周围的软组织凹陷消失;Ⅲ级,关节高度肿胀,肿胀处已高于附近的骨突出部。

关节功能状态分级:Ⅰ级,能完全从事一般活动和日常生活(生活能自理,并进行职业及非职业活动);Ⅱ级,生活能自理并进行职业活动,但非职业活动受限;Ⅲ级,生活能自理,但不能进行职业或非职业活动;Ⅳ级,生活不能自理,不能从事职业或非职业活动。

第二节 病因和发病机制

关节痛可能源于关节内或关节旁结构受累,或远处病变引起的牵涉痛。引起关节内痛的部位包括关节囊、骨膜、韧带、软骨下骨和滑膜,但没有神经分布的软骨病变不会出现关节痛。尽管关节痛的解剖位置常常不太容易确定,但这种定位对指导临床诊疗过程却十分关键。因此,熟悉各个关节的解剖,特别是膝关节、肩关节和踝关节的解剖,将有助于临床正确诊治。

要获得关节痛的最好评估,要充分利用病史和体格检查结果,并要深刻理解引起关节痛的基本病理生理机制特征。这些机制包括滑膜炎、附着点病、晶体沉积、感染,以及关节结构或机械力学异常,且各种类型的关节病变可以同时存在。例如,对于患有骨关节炎的病人,常见晶体沉积;有附着点病的病人常出现滑膜炎;而有慢性滑膜炎的病人亦常见关节软骨损伤。

一、滑 膜 炎

滑膜是类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)和其他很多炎症性关节炎的主要发病部位。滑膜炎的主要病理特征是血管翳形成,滑膜内淋巴细胞、浆细胞和巨噬细胞浸润,以及滑

膜衬里细胞增生,滑膜增厚。滑膜炎的临床识别指征包括关节发热、压痛以及受累关节周围可触及有弹性的稠状内容物。滑膜一旦发生炎症,可能过度生长并侵蚀关节内骨和软骨。

二、附着点炎

附着点是胶原样结构(如肌腱和韧带)汇聚入骨的移行区,其他附着点包括皮质骨与骨膜以及椎体与纤维环之间连接区,它是血清阴性脊柱关节病的主要病变部位。由于这些界面的炎症,使得局部放射状排列的胶原纤维发生组织转化,形成纤维骨。这些化生改变导致新骨形成骨膜炎,渐渐地,韧带联合骨化(如骶髂关节)以及沿着椎间盘外纤维环的韧带骨赘形成。在可动关节发生附着点炎,亦可继发滑膜炎。

三、晶体沉积

晶体在关节附件中的沉积可导致有症状的关节病。继发关节疾病的晶体类型包括尿酸单钠、双水焦磷酸钙、碱性磷酸钙(包括羟磷灰石)和草酸钙。

尿酸单钠晶体可沉积在透明软骨表面、滑膜内和关节周围结构中,包括腱鞘和滑囊。结果,尿酸结晶沉积诱发的炎症可以局限于关节附近的腱鞘或滑囊,亦可以同时发生在关节多个结构部位。临床上,急性痛风性关节炎常表现为急性起病,皮肤表面明显红斑或(和)发热,如关节周围炎症表现突出时,临床表现类似于蜂窝织炎。

焦磷酸钙结晶沉积一般局限于透明软骨、纤维软骨和关节内软骨化生区域,如肌腱、韧带和关节囊的退行性变。一旦这些晶体脱落于关节腔,可能触发急性炎症性关节炎,临床称其为假性痛风。

四、感染性关节炎

滑膜可能成为细菌、真菌或病毒等病原体急性或慢性感染的场所。这些感染几乎均起源于血源性病原微生物,且可能是全身性感染的一部分。感染部位主要是滑膜。细菌感染性关节炎的主要病理发现包括滑膜内明显的中性粒细胞浸润、滑膜组织坏死、继发肉芽肿和瘢痕形成。滑膜表面存在大量密集纤维素和中性粒细胞浸润。关节内释放的细菌产物能够迅速导致关节破坏。

五、关节结构或机械力学异常

关节软骨退行性变是骨关节炎的主要病理特征,它的发生与一系列局部和机体因素有关。局部因素包括关节创伤史(如半月板撕裂)、先天性或发育异常相关性关节病变(如先天性髋关节发育不良、股骨头骨骺脱位)、软骨下骨异常(如骨硬化症、无血管性坏死、畸形性骨炎)、关节支持结构异常(如运动过大)和软骨异常(如褐黄病、晶体沉积)等。机体因素包括遗传学特质、肥胖和职业。关节软骨的损伤与软骨下骨硬化和边缘性骨赘形成有关。骨关节炎病人可并发滑膜炎,出现无色关节腔积液。

第三节 诊断思路

对于一个有关节痛的病人,询问病史及体格检查时要重视两点。首先应明确疼痛是否起源于关节,或附近滑囊、肌腱、韧带、骨或肌肉,或内脏器官和神经根病变牵涉痛。对于四肢近端大关节痛病人,明确关节痛的起源一般较困难。例如,髋关节痛可能由于椎间盘变性病或腰椎管狭窄、主髂动脉闭塞病、髋关节炎或转子滑囊炎等其他情况引起。局限性肌肉关节痛的常见原因是软组织风湿症和非关节炎性关节痛,其次要明确受累关节本身病变。如果关节痛的来源只局限于关节或关节周围结构,通常必须要鉴别三大类型的关节病。

第一大类是炎症性关节炎,临床特征表现为关节结构炎症,如滑膜、滑液和附着点。第二大类是非炎症性关节炎,这类关节病主要起因于关节结构或机械力学异常,可能病因:①软骨或半月板损伤,同时伴有或没有软骨下骨结构的异常;②由于先天性、发育性、代谢性,或过去炎症性疾病导致的关节解剖上的异常。第三大类是关节痛,除了有关节压痛外,其他无异常。这类病人可能有疼痛感觉异常(如纤维肌痛综合征)或早期风湿综合征,他们临床体征一般不明显,除非特别敏感者。

上述三大类关节病变可能同时存在。炎症性关节病变常导致关节结构紊乱,同样地,关节结构异常,如创伤性关节炎和骨关节炎等常并发较轻炎症。当然,对于任何类型关节病变,关节痛和压痛的程度会受到该病人情感状态和痛阈的影响。

一、关节病的症状

(一) 疼痛

炎症性关节病,休息和运动时均有疼痛,但相对于活动后期,受累关节开始活动时疼痛症状较重。非炎症性关节病,如退行性关节病、创伤性关节病、机械性关节病等,疼痛主要或只发生于运动过程中,且休息后可减轻。对于晚期髋关节、脊柱或膝关节的退形性病,亦可出现休息或夜间痛。周围小关节痛相对于大关节痛更容易精确定位,像髋关节痛,可感觉在腹股沟或臀部、股骨大转子、大腿前部或膝关节部位疼痛。

(二) 僵硬

僵硬是指受累关节在经过一段时间制动后,当尝试活动时感觉到的一种紧绷感。典型的关节僵硬会随着活动时间延长,慢慢缓解,但其持续时间长短有助于鉴别炎症性和非炎症性关节病。炎症性关节炎,关节僵硬往往在刚醒时出现,一般要持续 30~60 分钟,甚至更长。非炎症性关节炎,关节僵硬时间一般较短暂,晨僵或休息后僵硬感持续 15 分钟左右。

(三) 肿胀

炎症性关节炎,关节肿胀与滑膜过度增生、关节积液和(或)关节周围结构炎症有关,肿胀的程度常随时间变化有所不同。非炎症性关节炎,骨刺(赘)形成导致骨性肿胀。病人会报告手指或膝关节呈多结节性隆起,有时受累关节软组织可有轻度肿胀,与滑膜囊肿、增厚或积液有关。

(四) 活动受限

关节活动能力丧失可能由于关节结构损伤、炎症或关节周围软组织收缩而引起。病人常诉日常生活受限,如系胸罩、剪趾甲、爬楼梯或梳头发困难。

(五) 乏力

由于废用性萎缩,受累关节周围肌肉力量常减弱。伴有疼痛的乏力提示骨骼肌肉病变,如关节炎和肌腱炎,而不是单纯肌病或神经源性原因。乏力表现为握力下降,从椅子上起立或爬楼梯困难和感觉腿“打软”。

(六) 疲劳

关节炎病人的疲劳通常类似于虚脱和能量耗竭,对于炎症性多关节炎,疲劳通常在下午或傍晚明显;而精神性疾病引起的疲劳常在晨起时明显,与焦虑、肌肉紧张和睡眠差相关。

二、有助于鉴别诊断的重要临床特征

(一) 关节炎发病的时间模式

关节炎起病方式可以是突发性的或隐匿性的。急性起病是数分钟至数小时内就出现明显关节症状。常与创伤、晶体性关节炎或感染相关,典型疾病以急性痛风性关节炎为代表。隐匿起病方式,关节疼痛症状常在数周至数月后才变得明显,典型疾病包括类风湿关节炎和骨关节炎。

按照关节炎症状持续时间,可分为急性和慢性。急性关节炎一般持续时间少于6周,慢性关节炎持续时间不少于6周。

关节受累的时间模式可表现为游走性、累加性、同时性和间隙性。游走性关节炎是指每个关节炎症只持续数天(一般2~3天),如急性风湿热和播散性淋病双球菌感染。累加性或同时性关节炎是指随着病程的发展,除已受累关节炎持续存在外,还有新关节受累。间隙发作性关节炎是指发病时关节炎才出现,有无症状间隙期,如痛风、假性痛风、莱姆病等。

(二) 关节受累的数目

单关节炎是只有一个关节受累;寡关节炎是2~4个关节受累;多关节炎是5个或5个以上关节受累。

(三) 关节受累的对称性

对称性关节炎特征是指身体两侧同样部位的关节同时受累,典型的对称性关节炎常见于类风湿关节炎、系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)、其他结缔组织病等。典型非对称性关节炎常见于银屑病关节炎、反应性关节炎(赖特综合征)和莱姆病。

(四) 受累关节的分布

远端指间关节受累常见于银屑病关节炎、骨关节炎和痛风,少见於类风湿关节炎。腰椎

关节受累常见于强直性脊柱炎,但少见于类风湿关节炎。

(五) 肌肉、骨骼受累的不同类型

脊柱关节病主要侵犯关节和附着点,常引起足跟痛、指(趾)炎(蜡肠指或趾)、肌腱炎和背痛。痛风和感染常侵犯关节、腱鞘和滑囊。

(六) 关节外表现

1. 全身症状 提示系统性疾病存在,而不是退行性关节病,包括疲劳、身体不适和体重减轻。

2. 皮肤病变 可能对很多风湿病疾病特异性诊断有提示作用,如系统性红斑狼疮、皮肌炎、硬皮病、莱姆病、银屑病、过敏性紫癜和结节性红斑。

3. 眼部症状或体征 巩膜外层炎和巩膜炎可能是类风湿关节炎和韦格纳肉芽肿引起;前葡萄膜炎可能与强直性脊柱炎相关;虹膜睫状体炎是幼年类风湿性关节炎特征之一;结膜炎可能是反应性关节炎引起。

三、体格检查

肌肉骨骼体格检查有助于区别关节炎(如类风湿关节炎)与关节损伤(如退行性关节病),亦有助于阐明肌肉骨骼受累的部位(如滑膜炎、附着点炎、腱鞘炎和滑囊炎)和受累关节的分布。

(一) 炎症性关节病的体征

1. 滑膜过度生长 这是炎症性关节炎最可靠的体征。正常情况下,滑膜很薄,触诊不明显。而有慢性炎症性关节炎病人,可触诊到受累关节滑膜呈生面团样黏滞物,特别在受累关节线或边缘明显。

2. 关节积液 滑膜炎、创伤、全身水肿、关节内出血(关节积血)和关节附近急性炎症灶(交感性积液)均可引起关节积液。关节积液可以通过液体按抬法(fluid ballottement)或关节腔内横向液波震动法(cross-fluctuation)检出。

3. 运动痛 运动痛,特别在关节运动范围越大时越明显。运动全程痛见于急性关节炎病人;稍加阻力运动至极限范围时出现疼痛,提示滑膜炎;关节运动全程均无疼痛时,提示关节外原因,如腱炎。

4. 红斑和发热 关节红斑仅见于急性炎症性关节炎,如痛风、败血症关节炎和急性风湿热。类风湿关节炎罕见,而银屑病关节炎偶见。关节发热是炎症性关节炎另一个敏感体征,检查者用手从休息位的受累关节向其近端和远端来回比较探测,亦可比较两侧同样关节温度差异,来检出关节有无发热。

5. 关节运动范围受限 对于炎症性关节炎,引起关节功能范围受限的原因包括关节大量积液、滑膜过度肥厚、粘连、关节囊纤维化或关节痛。

6. 关节压痛 关节压痛是诊断关节病的一个敏感体征,但并不是炎症性关节炎所特有。对于急性炎症性关节炎,在整个滑膜反射区域均可引出压痛,局灶性压痛提示关节外炎

症病灶,如肌腱炎、骨髓炎或骨折。如无法找出关节异常证据而存在关节压痛时,应考虑病人的情感状态引起。

(二) 退变性或机械性关节病体征

1. 关节的骨性过度生长,即骨赘。分布在远端指间关节骨赘称为 Hederden 结节,而分布在近端指间关节骨赘称为 Bouchard 结节。退变性骨关节炎或创伤性关节炎病人,常因关节内游离体、骨赘形成或半脱位导致关节活动受限。

2. 在主动运动或被动运动过程中,可触及或听到摩擦感,称为骨擦音(crepitus)。类风湿关节炎病人,当软骨表面不再光滑时,可触及或用听诊器听到柔和的细骨擦音;而长期类风湿关节炎或退行性关节病病人,可触及粗糙的骨擦音。

3. 关节变形 必须区别不同种类的关节变形。第一类,变形关节的正常运动范围减小,如肘关节、髋关节或膝关节屈曲畸形。另一类是关节骨的对线不良,如手指的尺侧偏斜或膝关节的外翻畸形。第三类是组成关节的两个关节面关系改变,如半脱位(两个关节面有部分接触)和脱位(两个关节面之间脱离接触)。

(三) 肌肉骨骼检查技术

1. 视诊 每个关节均有其特征性或正常外观,以及特征性休息位。为了检出关节异常,如肿胀、变形、表面红斑或关节周围肌肉萎缩,应仔细比较身体两侧同一部位关节情况。从矢状面观察,注意有无屈曲畸形;从冠状面观察,有无关节对线不良,形成外翻足(罗圈腿)和内翻足(弓形腿)。

2. 触诊 常用于检测和评估受累关节有无炎症和损伤体征。关节炎症体征包括发热、滑膜增生、关节积液和压痛;关节损伤的体征包括骨性增生、骨擦音等。检查者触诊时,应使用合适的压力,如正好能使检查手指甲变白所用的压力,一般是 4~5kg。正常关节承受上述压力不会产生疼痛。

3. 动量诊(关节活动度评估) 通过比较身体两侧同部位关节被动运动幅度或受累关节的被动运动幅度与正常人相应关节运动幅度,评估受累关节被动运动受限程度。通过观察运动幅度有无减少可评估关节周围附件是否存在异常,如肌腱和滑囊。只在一定运动范围内出现关节痛可能与关节旁附件损伤有关,如肌腱和滑囊。在观察关节运动引起疼痛时,应注意病人面部有无退缩表情。评估骨擦音时,一手使关节被动运动,另只手触摸关节。评估不稳定性或异常活动度时,向正常情况下几乎无活动度的方向对处于放松位置的关节施力。对于下肢关节(如膝、踝),可观察其负重和行走时情况,了解其有无不稳定性存在。关节不稳定性原因可能是韧带松弛或关节面的破坏。

(四) 特殊关节炎的检查技术

1. 手 检查指间关节积液时,检查者一手拇指和示指轻轻地挤压两侧关节线,而另一手的拇指和示指按压关节的背侧和掌侧,当对关节施力时,用手指探查膨胀或浮动感。检查掌指关节滑膜炎时,可把掌指关节作为一组,侧向挤压在一起,如有压痛,再分别检查每个关节有无压痛。检查握力时,可请病人用最大力气挤压检查者邻近两个手指。

2. 腕 在对腕关节进行评估时,可让病人手腕保持屈 15°,按压桡腕关节和尺腕关节的