

实用风湿病

诊断与治疗学

SHIYONG FENGSHIBING
ZHENDUAN YU ZHILIAOXUE

陶杰梅 张风肖 主编

河北科学技术出版社

实用风湿病

诊断与治疗学

**SHIYONG FENGSHIBING
ZHENDUAN YU ZHILIAOXUE**

陶杰梅 张风肖 主编

河北科学技术出版社

主 编 陶杰梅 张风肖

副主编 孙丽君 王敬联 宁晓然 姚建华 于哩哩 姚志刚

编 委 (以下按姓氏笔画排列)

王 磊 王小康 王小平 田溢卿 闫永龙 任秀英

李 芳 李庆霞 谷 剑 张莉娟 张宏伟 吴 冉

陈淑霞 杨坤明 郑桂敏 郑 伟 贾漪涛 贾晓梅

徐会萍 彭立威

图书在版编目 (C I P) 数据

实用风湿病诊断与治疗学/陶杰梅,张风肖,主编.
— 石家庄:河北科学技术出版社,2006
ISBN 7-5375-3412-8

I. 实... II. ①陶... ②张... ③主... III. 风湿病—
诊疗 IV. R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 072796 号

实用风湿病诊断与治疗学

陶杰梅 张风肖 主编

出版发行 河北科学技术出版社

地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)

印 刷 石家庄信力印刷有限公司

经 销 新华书店

开 本 850 × 1168 1/32

印 张 14

字 数 350000

版 次 2006 年 8 月第 1 版

2006 年 8 月第 1 次印刷

印 数 1000

定 价 26.00 元

<http://www.hkpress.com.cn>

前 言

风湿性疾病是以骨、关节、肌肉及关节周围软组织为主要病变的一组疾病，是一种古老的疾病。但是，风湿病学则是一门新兴的临床学科。在西方国家，风湿病学科的真正兴起只不过是近 50 年的事情。我国起步则更晚，在 20 世纪 80 年代才开始建立这门学科。近 20 年来，随着免疫学、分子生物学和遗传学等学科的发展，以及临床科研人员的不懈努力，我国在风湿病学领域有了长足的发展。但目前多数医学院校在内科学中讲授风湿性疾病的内容很少，许多医院还没有风湿病专科以及风湿病继续教育方面的工作落后，致使众多医务工作者对风湿性疾病方面的知识匮乏，知识结构陈旧、老化，对风湿性疾病误诊误治的情况极为普遍。有鉴于此，我们从简明实用的角度，通过查阅大量文献资料并结合临床经验，组织编写了这部侧重于诊断、鉴别诊断和治疗的实用风湿病学，供广大临床医师，尤其是基层临床工作者参考，以推动该学科的发展。

风湿病学与多种学科相互交叉和相互渗透，风湿性疾病绝不仅仅局限于关节病变，而且可以累及全身各器官，致使临床表现非常复杂，给临床诊断带来诸多困

难。本书力求对临床常见的各种风湿性疾病都突出其诊断线索、诊断依据，使之更贴近临床、更具实用性。在治疗方面除涵盖了经典的治疗方法外，还将近年来国内外文献中的治疗新进展吸收到书中，以期能够全面反映出风湿性疾病的治疗现状。为了使读者能够了解各种风湿性疾病的全貌，我们对每一种疾病的流行病学、病因、发病机理和临床表现也作了简要介绍。

由于作者学识水平和临床经验有限，书中内容可能挂一漏万，错误在所难免，恳请广大读者给予批评指正。

编者

2006年6月

目 录

第一章 风湿病概论	(1)
第二章 风湿性疾病常见症状	(8)
第一节 发热	(8)
第二节 皮肤黏膜表现	(10)
第三节 雷诺现象	(21)
第四节 肌肉表现	(25)
第五节 关节痛 颈肩痛 腰背痛 足跟痛	(27)
第六节 眼部表现	(31)
第三章 常见风湿病	(37)
第一节 类风湿关节炎	(37)
第二节 系统性红斑狼疮	(51)
第三节 干燥综合征	(67)
第四节 多发性肌炎和皮肌炎	(77)
第五节 硬皮病	(93)
第六节 混合性结缔组织病	(107)
第七节 成人斯蒂尔病	(114)
第八节 复发性多软骨炎	(124)
第九节 抗磷脂综合征	(133)

第十节	强直性脊柱炎	(141)
第十一节	银屑病关节炎	(155)
第十二节	莱特尔综合征	(166)
第十三节	反应性关节炎	(176)
第十四节	炎性肠病性关节炎	(184)
第十五节	分类未定的脊柱关节病	(190)
第十六节	骨关节炎	(200)
第十七节	大动脉炎	(219)
第十八节	风湿性多肌痛	(227)
第十九节	巨细胞动脉炎	(231)
第二十节	结节性多动脉炎	(236)
第二十一节	变应性肉芽肿性血管炎	(243)
第二十二节	显微镜下多血管炎	(248)
第二十三节	韦格纳肉芽肿	(253)
第二十四节	白塞病	(259)
第二十五节	孤立性中枢神经系统血管炎	(268)
第二十六节	风湿热	(270)
第二十七节	痛风	(280)
第二十八节	自身免疫性肝炎	(293)
第二十九节	原发性胆汁性肝硬化	(307)
第三十节	原发性硬化性胆管炎	(313)
第四章	风湿病一般治疗和生活指南	(319)
第五章	风湿病的药物治疗	(323)
第一节	非甾体抗炎药物	(323)

目 录

第 二 节	糖皮质激素类药物	(343)
第 三 节	慢作用药	(354)
第 四 节	免疫抑制剂	(365)
第 五 节	降尿酸药	(392)
第 六 节	大剂量静脉注射免疫球蛋白治疗自身 免疫性疾病	(397)
第 七 节	生物制剂在类风湿关节炎和脊柱关节 病中的应用	(407)
第六章	风湿病的骨科治疗	(412)
第 一 节	风湿病的骨科治疗原则	(412)
第 二 节	风湿病骨科治疗方法	(413)
第七章	风湿病的康复和心理指导	(427)
第 一 节	风湿病的康复治疗	(428)
第 二 节	物理治疗方法	(429)
第 三 节	风湿病的心理指导	(433)
参考文献		(439)

第一章 风湿病概论

风湿性疾病 (Rheumatic diseases) 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, 其发病原因可以是感染性的 (如莱姆病、淋球菌性关节炎等), 免疫性的 (如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等), 代谢性的 (如痛风等结晶性关节炎), 内分泌性的 (如肢端肥大症、甲状腺功能亢进等), 亦或退化性的 (如骨关节炎等) 等。风湿性疾病可以是周身性或系统性 (几乎所有结缔组织病), 也可以是局限性的 (如肩周炎或某一滑囊炎); 可以是器质性的, 也可以是精神性的或功能性的。

风湿病作为一种体能性疾病可能是与人类俱在的, 考古学家发现上古冰河时代人类脊椎骨化石有关节炎征象。而人类对风湿病的认识, 则是在与风湿病斗争中, 经历了反复失败和痛苦, 逐渐积累经验, 去粗取精、由浅入深, 成为现今的风湿病学科, 这个过程经历了几千年。

风湿病学在各国的发展历史不同。美国在 1928 年最先成立美国控制风湿性疾病委员会, 以后至 1988 年改为美国风湿病学学会 (American College of Rheumatology, ACR)。而前苏联的风湿病研究所成立于 1958 年。我国风湿病学起步较晚, 1982 年在北京召开了第一次全国风湿病学术会议, 就我国风湿病状况进行了学术探讨和经验交流。1985 年在南宁召开了第二次全国学术会议, 并成立中华医学会风湿病学会。近 20 年来, 我国风湿病

学发展较快,取得了卓有成效的成绩。

风湿病学国际组织——国际抗风湿联盟 (International League Against Rheumatism, ILAR): 其前身是成立于 1925 年 (巴黎) 的国际风湿病委员会, 3 年后改称国际抗风湿联盟, 由 60 个国家的风湿病学术团体组成, 下属 3 个地区性联盟, 即欧洲与非洲抗风湿病联盟 (EULAR), 美洲抗风湿病联盟 (PANLAR) 和亚洲太平洋地区抗风湿病联盟 (APLAR)。我国中华医学会风湿病学会参加了 APLAR。它是为解除风湿病人痛苦与促进风湿病学发展而成立的, 组办一系列国际学术年会, 促进了学术繁荣昌盛。

一、风湿性疾病的临床特点

风湿性疾病已达百余种, 临床特点不可能是划一的。下面简述主要风湿病的一些较为共同的特点。

1. 与感染的关联 很多慢性炎性风湿性疾病包括弥漫性结缔组织疾病病因不明, 但普遍认为感染仍可能是重要的发病因素。莱姆病与螺旋体, 风湿热与 A 组 β -溶血性链球菌, 莱特尔综合征与很多肠道泌尿道感染菌间的联系, 都是明显的例子。感染可直接引起组织 (关节) 炎症如化脓性关节炎、支原体关节炎等, 但病程多呈急性, 这是一类。第二类感染引起机体对病原体或其持续产生的抗原发生免疫反应, 多由免疫复合物介导引起骨关节肌肉炎症, 如病毒性乙型肝炎与结节性多动脉炎。第三类感染后机体对病原体的特异免疫反应与自身抗原起交叉反应, 风湿热及很多反应性关节炎皆属此类。第四类感染后发生器官特异性免疫反应并与自身抗原起交叉免疫反应, 实际上是第三类的延伸, 类风湿关节炎可能属此类。以上 4 种感染后反应不是决然分隔的, 在一疾病中不只一种反应起作用是完全可能的, 也或可解

释不同疾病在不同阶段可有不同的临床表现。

2. 与遗传的关联 很多风湿性疾病特别是结缔组织病都发生于一定的遗传背景人群中，遗传与患者的易感性与疾病表达密切相关。强直性脊柱炎大多发生于 HLA - B27 阳性人群中是一明显例子。表 1 - 1 列举其他结缔组织病与 HLA 的关联，这些遗传学的研究可以帮助诊断。第二可有一定的预后意义。例如类风湿关节炎与 DR4 关联较高，但 DR4 并非单一特异的而是具有不同亚型，其中某些亚型阳性者皆预示病情严重，类风湿结节及关节外表现发生率高，骨侵蚀发生较早。第三对研究发病机制提供线索。例如类风湿关节炎患者皆在其第三高变异区有一共同或相似的氨基酸序列，被称为“类风湿关节炎易感序列”。

表 1 - 1 结缔组织病与 HLA 的关联

疾病	HLA 的关联
类风湿关节炎	DR4, DR1
系统性红斑狼疮	B8, DR2, DR3, DQB1, DQA1
原发性干燥综合征	DR3, DRW52
多发肌炎	DR3
硬皮病	DR1, DR5

3. 异质性疾病 很多风湿性疾病尤其结缔组织病皆是一异质性疾病，换言之，都存在不同的亚型。由于引起发病的病因不同，患者的遗传素质不同，因之很可能发病机理过程也不完全相同，从而临床表现的病程、轻重、类型，甚或治疗反应也不尽相同。类风湿关节炎和系统性红斑狼疮皆有不同亚型，这在有关章节中将分别论述。异质性疾病提示临床医生处理这些疾病，无论在诊断、治疗上都不应该是千篇一律的。风湿病学的发展方向应是区分不同亚型。

4. 病程 结缔组织病大多呈慢性、反复发作、进行性的病程，最终导致致残或死亡。英国的统计资料表明，类风湿关节炎2年时50%患者有骨侵蚀，5年时达75%，20年时几乎无一例不发生骨侵蚀。因而国外描述结缔组织病转归时，称之为5“D”，即残疾（disability），痛苦（discomfort），死亡（death），经济损失（dollar lost）及药物中毒（drug toxicity）。由此引申出以下认识：①早期诊断及早期治疗的重要性已成为人们的共识。治疗晚不仅已形成的骨关节或脏器损伤难以逆转，而且就自身免疫病而言，免疫发病机理在病的早期最活跃，治疗药物或可发挥最大效益，而在后期即或是同一药物，作用就有限了。②对所有的结缔组织病而言，治疗和用药都将是长期的。狼疮肾炎病情控制后，激素和/或免疫抑制应持续用多久？一般认为至少维持3年。结节性多动脉炎、韦格纳肉芽肿，肾上腺皮质激素并用免疫抑制剂治疗，即或获临床缓解，联合疗法也还应继续维持2~3年。风湿热病情控制后，长效青霉素注射防止复发，需坚持很长时间。类风湿关节炎或许应终身用药。

二、风湿性疾病的诊断

尽管近年来医学有多方面的进展（检验、影像……），风湿性疾病的诊断仍主要有赖于临床医生对风湿性疾病基本知识的掌握，从而引发正确的思维、分析和鉴别。如因有关节痛、类风湿因子“阳性”，就给予诊断类风湿关节炎，这是缺乏思考分析的。

1. 疾病的分类标准 为明确某一风湿性疾病，国际上常采用不同疾病的分类标准。任何标准皆有其敏感性及其特异性。如敏感性及其特异性皆为100%，分类标准当可称为诊断标准，但事实上无一标准如此，因之，虽然分类标准不能说全无诊断意义，但

不能决然认为符合该标准者即是该病，不符合该标准者即不是该病。任何标准皆有假阳性及假阴性，因之医生的鉴别及判断应是占第一位的。

2. 风湿病与关节痛 风湿病中关节痛很多见，而关节痛的鉴别诊断是经常面临的问题，鉴别要注意以下几点：①关节痛始发年龄：老年人多考虑骨关节炎、巨细胞动脉炎；类风湿关节炎多发于中年人；强直性脊柱炎45岁以上者少见。②性别：系统性红斑狼疮多为年轻育龄妇女，而强直性脊柱炎多见青年男性。③关节痛起病的急缓：痛风常是突然发生，疼痛剧烈，类风湿关节炎起病缓进，疼痛可耐受。④疼痛部位：类风湿关节炎多影响腕、掌指、近端指间关节及跖趾关节等，银屑病关节炎则可累及远端指间关节。⑤关节痛或肿是单关节抑或多关节：单关节炎多见于结晶性关节炎及感染性关节炎，而类风湿关节炎即或早期呈单关节炎，但随疾病进展可发展多关节炎。⑥关节痛或关节炎是否对称：痛风、感染性关节炎多为不对称，而类风湿关节炎则大多数为对称性的。⑦关节痛的演变：风湿热可有关节肿痛，但极少引起骨质的破坏，类风湿关节炎则反之，随着病情变化很容易导致关节骨质的破坏。⑧关节痛的原因：很多关节痛不一定即由关节本身引起，尤其是病久而关节仍无异常，应考虑引起关节痛的“非关节”原因，问病史时不宜忽略，如有无口、眼干燥等，有性病史患者往往隐瞒，而关节痛或正由于此。

3. 体格检查 询问病史获得初步诊断印象后，体格检查时应注意与诊断有关的体征，如有肿胀是软组织肿，积液肿，或骨肥厚实性肿（如赫伯登结节）。关节有无压痛，压痛程度如何？关节有无畸形，骨摩擦感以及关节活动度等。有些体征对诊断是有帮助的，如皮肤银屑病、蝶形红斑、眶周水肿和淡紫色上眼睑皮疹、皮肤绷紧发硬、昼隐夜现的充血性皮疹、痛风石、口

腔和生殖器溃疡等，可分别提示银屑病、红斑狼疮、皮炎、硬皮病、成人斯蒂尔病、痛风及白塞病等。值得强调的是体格检查应是全面而细致的，如仅问病作诊，不作查体，很可能遗漏重要的体征，更不用说很多风湿性疾病都可影响及心、肺、肝、肾等重要器官了。

4. 实验室检查 为了诊断及了解病情活动性，有时需作实验室检查，但检查结果一定与前述病史、体格检查结合起来考虑，而不能只随检查结果来诊断。每项也有其敏感性及特异性，都不可能是 100% 的，更何况检查方法如何，结果报告有无错误，都不可盲然置信。实验室检查也不是多多益善，例如典型的强直性脊柱炎不需要查 HLA - B27，但对不明显的病例，可作 HLA - B27，以提供参考价值。

5. 放射学检查 对很多风湿性疾病特别是关节炎、脊柱炎患者，是完全必要的。这不只是为了观察骨关节有无器质性损伤，严重程度如何，有助诊断和治疗的判断，而且是重要的病情追踪指标。评价类风湿关节炎治疗的效果，这是很重要的一项。一般来说磁共振较 CT 敏感，可看到更微细的病变，CT 又较普通 X 线片敏感。类风湿关节炎多关节受累，常拍摄手、足 X 线片，协助诊断。

6. 组织病理学检查 多数慢性风湿性疾病侵犯多系统，经上述检查如诊断仍不能明确时，可作组织病理学检查。活检材料可取之于滑膜、唾液腺、骨、血管、肌肉、肾等，很有帮助。取活检时应注意取材的位置、活检材料是否充分、取材时病史已有多久、治疗影响如何等。

三、风湿性疾病的治 疗

由于风湿性疾病大多为慢性，涉及多系统，因而治疗理应是

多方面的。更由于风湿性疾病多数影响骨关节，如何防止骨关节破坏，关节功能减退以及畸形，如何保持患者最大生活、劳动和工作能力，应是所有治疗的共同目的。为了取得很好的治疗效果，特别是在很多风湿性疾病尚无特效治疗的情况下，强调早期诊断，早期治疗，已为人们所共识。风湿性疾病的药物治疗大致可分为特异性治疗（如抗生素治疗某些感染性关节炎），缓解性或改变病情治疗（如秋水仙碱治疗痛风，慢作用药用于类风湿关节炎），对症治疗（如非甾体抗炎药）和预防治疗（如长效青霉素用于风湿热，别嘌呤醇用于痛风）。对多数风湿性疾病皆须综合治疗，如药物治疗与物理治疗，外科治疗、康复治疗、心理治疗等多种综合治疗。对于结缔组织疾病，因患者大多需长期甚至终身服药，如何发挥药物的治疗或维持抑制病情的有利作用，而减少药物的毒性或其他不良反应，是医生用药的“艺术”，值得经常注意。

（陶杰梅 张莉娟 王磊 任秀英）

第二章 风湿性疾病常见症状

第一节 发 热

一、定义

正常人在体温调节中枢的调控下，机体的产热和散热过程经常保持动态平衡。当机体在致热源作用下或体温中枢功能障碍时，产热过程增加，散热不能相应地增加或散热减少，使体温增高超过正常范围称为发热。长期发热是指持续发热超过2周。按发热的高低可分为低热（ $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中等度热（ $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ ）、超高热（ $>41^{\circ}\text{C}$ ）。

二、病因

（一）感染性疾病

1. **结核感染** 常有结核中毒症状，实验室检查和X线胸片有相应改变。抗结核治疗有效。

2. **细菌感染** ①败血症：金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌败血症多见。血培养呈阳性。②感染性心内膜炎：原有先心病或风湿性心脏病者出现高热及心脏杂音等，应反复做血培养。③胆管感染：持续性发热伴恶心、呕吐、黄疸及右上腹痛，胆管造影

异常，超声检查胆囊收缩不佳。④呼吸道感染：发热、咽痛、咳嗽等，影像学检查异常。⑤尿路感染：发热、腰痛、尿道刺激征等，中段尿培养阳性。⑥其他感染：妇科疾病、深部脓肿等。

3. **病毒感染** EB病毒、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒。

4. **真菌感染** 长期应用抗生素、激素、免疫抑制剂者出现发热，需做真菌培养和抗真菌治疗。

5. **寄生虫感染** 常有地区性。

6. **其他** 支原体、立克次体、螺旋体感染等。

（二）肿瘤

对长期发热伴血沉快者，在除外其他原因后应警惕。

1. **血液系统肿瘤** 如淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病、多发性骨髓瘤等，应做骨穿、淋巴结活检等。

2. **实体性肿瘤** 如胃癌、肝癌、肺癌、胰腺癌、结肠癌、骨肉瘤等。

（三）风湿性疾病

1. **风湿热** 发热、关节痛、心脏炎、舞蹈病、环形红斑、皮下结节、血沉快、抗链“O”增高，抗风湿治疗有效。

2. **系统性红斑狼疮** 年轻女性见发热、多系统损害、抗核抗体阳性等。用激素治疗退热明显。

3. **类风湿关节炎** 多为低热，少数有高热。小关节对称肿痛、晨僵、类风湿因子阳性、X线有改变。

4. **多发性肌炎/皮肌炎** 除发热外，有近端肌无力、肌酶活性改变、肌电图及肌活检异常。

5. **干燥综合征** 个别有高热，有口干、眼干等外分泌腺受损表现，抗SS-A、SS-B抗体阳性，唇腺活检有灶性淋巴细胞