

全国高等学校国家级规划教材配套教材

从“教材”到“临床”导学丛书

国内名院、名科、知名专家临床实践（习）导引与图解丛书

# 风湿免疫科临床实践(习) 导引与图解

主编 栗占国

实习医师：身边的带教老师

住院医师：手头的速查必备



人民卫生出版社

全国高等学校国家级规划教材配套教材  
从“教材”到“临床”导学丛书  
国内名院、名科、知名专家临床实践(习)导引与图解丛书

# 风湿免疫科临床实践(习) 导引与图解



主 编 栗占国  
副主编 赵 岩 陈进伟 叶 华

## 图书在版编目 ( CIP ) 数据

风湿免疫科临床实践 ( 习 ) 导引与图解 / 栗占国主编.  
—北京: 人民卫生出版社, 2014

( 国内名院、名科、知名专家临床实践 ( 习 ) 导引与图解丛书 )

ISBN 978-7-117-18912-5

I. ①风… II. ①栗… III. ①风湿性疾病 - 免疫性疾病 - 诊疗 IV. ①R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字 ( 2014 ) 第 107363 号

人卫社官网	<a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	<a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

## 风湿免疫科临床实践 ( 习 ) 导引与图解

主 编: 栗占国

出版发行: 人民卫生出版社 ( 中继线 010-59780011 )

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/32 印张: 10.5

字 数: 373 千字

版 次: 2014 年 11 月第 1 版 2014 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18912-5/R · 18913

定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

( 凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换 )

## 编委名单 (按姓氏笔画排序)

- 丁进 博士 第四军医大学西京医院  
马晓林 博士 首都儿科研究所附属儿童医院  
马翠丽 副教授 吉林大学中日联谊医院  
王轶 教授 兰州大学第二医院  
王勇 副教授 第三军医大学第一附属医院  
王友莲 教授 江西省人民医院  
王国春 教授 中日友好医院  
王美美 教授 东南大学附属中大医院  
王冠莹 博士 北京大学人民医院  
王晓元 主治医师 兰州大学第二医院  
王晓菲 教授 中国医科大学附属盛京医院  
毛妮 主治医师 中南大学湘雅二医院  
文静 博士 广西医科大学第一附属医院  
方勇飞 教授 第三军医大学第一附属医院  
左晓霞 教授 中南大学湘雅医院  
叶华 副教授 北京大学人民医院  
冯媛 博士 第四军医大学西京医院  
成娴 博士 第三军医大学第一附属医院  
毕黎琦 教授 吉林大学中日联谊医院  
朱平 教授 第四军医大学西京医院  
朱佳 博士 首都儿科研究所附属儿童医院  
乔琳 博士 北京协和医院  
伍沪生 教授 北京积水潭医院  
刘彧 副教授 第二军医大学附属长征医院  
刘谓 主治医师 河南省人民医院  
刘毅 教授 四川大学华西医院  
刘霞 博士 中日友好医院  
刘升云 教授 郑州大学第一附属医院



## 编委名单

- 苏改秀 博士 首都儿科研究所附属儿童医院  
李洋 教授 哈尔滨医科大学附属第二医院  
李小峰 教授 山西医科大学第二医院  
李小霞 教授 北京宣武医院  
李兴福 教授 山东大学齐鲁医院  
李胜男 博士 首都儿科研究所附属儿童医院  
李鸿斌 教授 内蒙古医科大学附属医院  
李洁 博士 山东大学齐鲁医院  
杨雪 博士 上海复旦大学附属华山医院  
吴凤岐 教授 首都儿科研究所附属儿童医院  
何岚 教授 西安交通大学第一附属医院  
邹和建 教授 上海复旦大学附属华山医院  
张晶 主治医师 四川省人民医院  
张志毅 教授 哈尔滨医科大学附属第一医院  
张缪佳 教授 南京医科大学第一附属医院  
陈小青 副教授 福建医科大学附属第二医院  
陈进伟 教授 中南大学湘雅二医院  
邵凤民 教授 河南省人民医院  
林进 教授 浙江大学医学院附属第一医院  
林玲 教授 福建医科大学附属第二医院  
周彬 教授 四川省人民医院  
周亚欧 博士 中南大学湘雅医院  
赵岩 教授 北京协和医院  
赵铨 教授 广西医科大学第一附属医院  
赵东宝 教授 第二军医大学附属长海医院  
赵彦萍 副教授 哈尔滨医科大学附属第一医院  
施青 博士 东南大学附属中大医院  
施治青 博士 第二军医大学附属长海医院  
施春花 副教授 江西省人民医院  
姜丽丽 博士 江西省人民医院  
莫凌菲 博士 西安交通大学第一附属医院  
栗占国 教授 北京大学人民医院  
徐丹怡 博士 浙江大学医学院附属第一医院

- |     |      |                |
|-----|------|----------------|
| 徐沪济 | 教授   | 上海第二军医大学附属长征医院 |
| 高惠英 | 副教授  | 山西医科大学第二医院     |
| 陶怡  | 教授   | 广州医学院附属第二医院    |
| 谭淳予 | 主治医师 | 四川大学华西医院       |
| 黄成辉 | 教授   | 广州医学院附属第二医院    |
| 黄慈波 | 教授   | 卫生部北京医院        |
| 康闽  | 博士   | 首都儿科研究所附属儿童医院  |
| 阎磊  | 博士   | 河南省人民医院        |
| 赖蓓  | 副教授  | 卫生部北京医院        |
| 赖建铭 | 副教授  | 首都儿科研究所附属儿童医院  |
| 雷红韦 | 博士   | 哈尔滨医科大学附属第二医院  |

## 主编简介

栗占国,教授,主任医师,博士生导师,北京大学人民医院临床免疫中心/风湿免疫科主任,北京大学医学部风湿免疫学系主任,国家杰出青年基金获得者,973首席科学家,CMB杰出教授及吴杨奖获得者,享受国务院特殊津贴。

亚太风湿病联盟(APLAR)主席,中华医学会风湿病学分会前任主任委员,中国免疫学会临床免疫分会主任委员,*Clinical Rheumatology*、*Int J Rheumatic Diseases* 副主编,《中华风湿病学杂志》总编辑,《医学参考报(风湿免疫专刊)》主编、《北京大学学报》医学版副主编、*Nature Reviews Rheumatology*、*Rheumatology*、*Current Opinion Rheumatology*、*Ann Rheum Dis*、*Clin and Exp Rheumatology*、《中华内科杂志》及《中华医学杂志》等杂志编委。

从事风湿免疫病临床30余年,主要研究方向为类风湿关节炎的发病机制及免疫干预、系统性红斑狼疮及干燥综合症的早期诊断及治疗。

已在 *Immunity*、*Ann Intern Med*、*Ann Rheum Dis*、*Arthritis Rheum*、*Autoimmunity* 等学术刊物上发表论文400余篇。主编、主译《类风湿关节炎》、《凯利风湿病学》及《风湿免疫病学高级教程》等风湿病学专著9部,参编30余部。



# 前 言

风湿免疫性疾病是临床上最常见的一类病症,患者可有单一或多系统损害,症状表现各异,临床诊断困难,治疗方法不够特异或欠规范。对于年轻的实习医师和住院医师来说,需要一本贴近临床,图文并茂,对诊疗实践提供引导的“口袋书”,在临床工作能够快速查阅得到帮助。因此,我们邀请了国内数十位临床经验丰富的专家编写了这本书,希望能满足风湿(免疫)学科及相关科室年轻医师的需求。

本书以临床上最重要的典型症状体征、重要检查项目、鉴别诊断思路和常规治疗手段的要点为切入点,以流程图的形式进行介绍,使人一目了然,可迅速了解每种风湿免疫性疾病的诊疗思路。同时,本书汇集了精心挑选的疾病图谱,并绘制了主要的临床操作图示,将枯燥的教材内容转变成生动的图片,以帮助读者更好地理解。在编写上我们力求实用,不仅包含了疾病诊疗常规,也包含了编者根据长期临床经验积累对于某些具体问题的见解和经验。同时,对于近几年与临床相关的重要进展也进行了介绍。我们相信本书的形式和内容将有助于年轻医师从课堂教学过渡到临床实践。

本书编写形式与教科书不同,以简明、实用为原则。希望通过各位编委的努力,使之成为风湿免疫科及相关学科医师的临床参考书。

本书的编委均担负着繁重的临床任务,感谢他们在百忙之中为该书最终出版做出的努力。

栗占国

二〇一四年九月



# 目 录

第一章 类风湿关节炎	1
第二章 成人 Still 病	8
第三章 干燥综合征	17
第四章 系统性红斑狼疮	29
第五章 脊柱关节炎	41
第一节 强直性脊柱炎	41
第二节 银屑病关节炎	49
第三节 反应性关节炎	59
第四节 未分化脊柱关节炎	63
第六章 多发性肌炎和皮肌炎	70
第七章 系统性硬化症	81
第八章 原发性血管炎	92
第一节 大动脉炎	95
第二节 巨细胞动脉炎和风湿性多肌痛	106
第三节 结节性多动脉炎	113
第四节 肉芽肿性多血管炎	119
第五节 显微镜下多血管炎	125
第六节 嗜酸性肉芽肿性多血管炎	131
第七节 白塞病	134
第八节 皮肤血管炎	141
第九章 混合性结缔组织病	155
第十章 未分化结缔组织病	164
第十一章 原发性抗磷脂抗体综合征	170
第十二章 骨关节炎	180

## 目 录

第十三章	高尿酸血症与痛风	188
第十四章	复发性多软骨炎	200
第十五章	风湿热	207
第十六章	自身免疫性肝病	215
第十七章	纤维肌痛综合征	226
第十八章	结节性脂膜炎	231
第十九章	腹膜后纤维化	241
第二十章	结节病	248
第二十一章	淀粉样变	255
第二十二章	IgG4 相关性疾病	264
第二十三章	儿童风湿性疾病	280
第一节	儿童系统性红斑狼疮	280
第二节	幼年特发性关节炎	291
第三节	幼年皮炎	299
第四节	过敏性紫癜——HSP	307
第五节	川崎病	313
第二十四章	风湿病常规操作——关节腔穿刺术	322

# 第一章 类风湿关节炎



## 关键词

关节炎 晨僵 类风湿因子 抗瓜氨酸化蛋白抗体(ACPA) 非甾体抗炎药(NSAIDs) 改变病情抗风湿药(DMARDs) 生物制剂

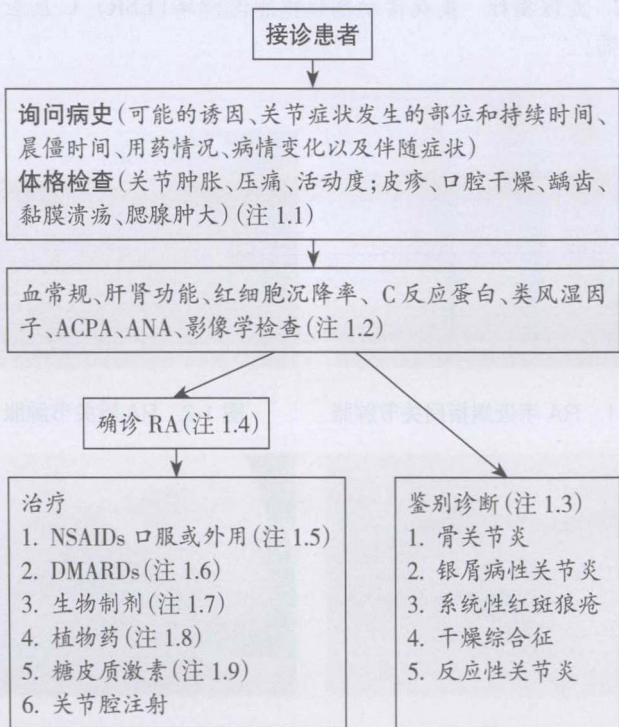


## 常见就诊原因

患者常因关节疼痛或关节肿胀(最常见为手的小关节)就诊。



## 诊疗思路







## 诊疗思路注释



### 注 1.1

1. 询问病史 RA 多见于中老年女性,采集病史时应询问可能的诱因(受凉、产后、精神刺激、潮湿环境等),是否有基础疾病(消化系统疾病、肾脏病、高血压、心脏病)。

2. 体格检查 检查关节肿胀、压痛、活动情况;有无皮疹、口腔溃疡、口腔是否干燥、有无龋齿和腮腺肿大。RA 主要受累关节以近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝和足趾关节最为多见;同时颞颌关节、胸锁和肩锁关节也可受累。早期关节表现为肿胀、压痛(图 1-1、1-2);中晚期患者可出现手指的“天鹅颈”及“纽扣花”样畸形(图 1-3、1-4),关节强直和掌指关节尺侧偏斜(图 1-5)。除关节症状外,还可出现皮下结节(图 1-6)、心、肺和神经受累表现。



### 注 1.2

1. 血常规 RA 患者白细胞常正常,血红蛋白可轻、中度下降,血小板常增高。

2. 炎性指标 疾病活动期红细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白多升高。



图 1-1 RA 手近端指间关节肿胀



图 1-2 RA 腕关节肿胀



图 1-3 天鹅颈样畸形



图 1-4 纽扣花样畸形





图 1-5 掌指关节尺偏畸形



图 1-6 类风湿结节

3. 类风湿因子(RF) 60%~70%的RA患者RF阳性。

4. 抗瓜氨酸化蛋白抗体(ACPA) 多数RA患者血清中可出现ACPA阳性;这组抗体包括抗环瓜氨酸肽(CCP)抗体、抗角蛋白抗体(AKA)、抗核周因子(APF)、抗修饰性瓜氨酸化波形蛋白(MCV)抗体等。

5. ANA、ENA 多阴性;病程长或合并干燥综合征的患者可出现ANA和ENA阳性。

#### 6. 影像学检查

(1) X线:双手、腕关节X线对诊断RA有重要意义。早期X线表现为关节周围软组织肿胀及关节附近骨质疏松;随着病情进展可出现关节面破坏、关节间隙狭窄、关节融合或脱位(图1-7)。

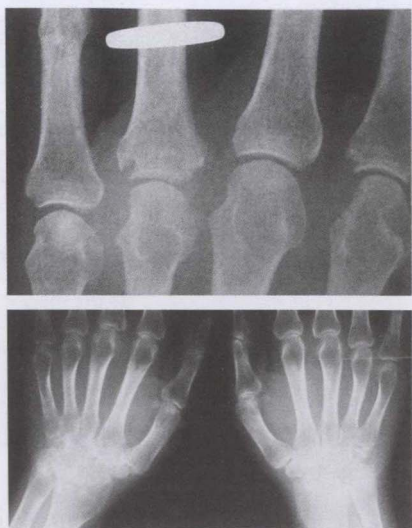



图 1-7 RA患者手典型X线表现

根据关节破坏程度可将X线改变分为4期。

(2) 磁共振成像(MRI):可以显示炎症初期出现的滑膜增厚、骨髓水肿和轻度关节面侵蚀,有益于早期RA的诊断。

(3) 超声检查:高频超声能显示关节滑膜增生情况、关节腔积液和关节软骨厚度及形态。

 **注 1.3** 诊断RA前需要除外以下疾病:

1. 骨关节炎 中老年人多发,主要累及膝、髌等负重关节,活动时关节痛加重,可有关节肿胀和积液。部分患者远端指间关节出现特征性赫伯登(Heberden)结节,近端指间关节出现布夏尔(Bouchard)结节。骨关节炎患者ESR正常或轻度增快,RF阴性。

2. 银屑病性关节炎 以手指足趾远端关节受累更为常见,发病前或病程中出现银屑病的皮肤或指甲病变,RF阴性。

3. 系统性红斑狼疮 可有关节受累,但多伴有皮疹、光过敏、口腔溃疡及血液、肾脏等多系统受累表现,ANA阳性,可出现抗Sm抗体、抗dsDNA等特征性抗体。

4. 干燥综合征 也可有关节受累,但多伴有口眼干燥、多发龋齿和腮腺肿大等表现,ANA多阳性,可出现抗SSA、抗SSB等抗体。

5. 反应性关节炎 是在肠道、泌尿道或生殖道感染后出现非对称性的,以下肢为主的关节炎,与HLA-B27有一定相关性,RF阴性。


 **注 1.4** 典型病例按1987年美国风湿病学会(ACR)的分类标准(表1-1),对于不典型及早期RA患者可按照2010年ACR和欧洲抗风湿病联盟(EULAR)新的RA分类标准(表1-2)。国内一项多中心研究提出的早期RA(ERA)分类标准,较2010年EULAR标准简单实用(表1-3)。

表 1-1 1987年美国风湿病学会的RA分类标准

条件	定义
1. 晨僵	关节及其周围僵硬感至少持续1小时
2. $\geq 3$ 个以上关节区关节炎	医生观察到下列14个关节区(双侧的近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节)中至少3个有软组织肿胀或积液
3. 手关节炎	腕、掌指或近端指间关节区中,至少有一个关节区肿胀

续表

条件	定义
4. 对称性关节炎	左右两侧关节同时受累(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)
5. 类风湿结节	医生观察到在骨突部位、伸肌表面或关节周围有皮下结节
6. RF 阳性	RF 含量升高(所用检测方法在健康人群中阳性率 <5%)
7. 影像学表现	手和腕的后前位相上有典型 RA 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:以上 7 条满足 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎可诊断 RA,条件 1~4 必须持续至少 6 周

(摘自 Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 1988, 31:315-324.)

表 1-2 ACR/EULAR 2010 年 RA 分类标准和评分系统

关节受累情况		
受累关节情况	受累关节数	得分(0~5 分)
中大关节	1	0
	2~10	1
小关节	1~3	2
	4~10	3
至少 1 个为小关节	>10	5
血清学		得分(0~3 分)
RF 或抗 CCP 抗体均阴性		0
RF 或抗 CCP 抗体至少 1 项低滴度阳性		2
RF 或抗 CCP 抗体至少 1 项高滴度阳性(> 正常上限 3 倍)		3
滑膜炎持续时间		得分(0~1 分)
<6 周		0
>6 周		1



续表

急性时相反应物	得分(0~1分)
ESR 或 CRP 均正常	0
ESR 或 CRP 增高	1

注:总得分6分以上可考虑诊断RA


(摘自 Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum, 2010, 62: 2569-2581.)


表 1-3 早期 RA(ERA)分类标准

1. 晨僵时间 $\geq 30$ 分钟
2. 多关节炎(14个关节区中至少3个以上部位关节炎)
3. 手关节炎(腕或掌指或近端指间关节至少1处关节炎)
4. 抗 CCP 抗体阳性
5. 类风湿因子阳性

注:以上5条满足3条或3条以上并排除其他关节炎可诊断RA,敏感性84.4%,特异性87.4%

(摘自 赵金霞,苏茵,刘湘源,等.早期类风湿关节炎分类标准及其诊断意义的探讨.中华风湿病学杂志,2012,16:651-656.)

 **注 1.5** 非甾体抗炎药(NSAIDs)具有抗炎、止痛、退热及减轻关节肿胀的作用,但不能控制病情进展。其主要不良反应包括胃肠道症状、肝肾功能损害以及可能增加心血管不良事件。常用的NSAIDs用法如下:布洛芬 0.4g tid;洛索洛芬 60mg tid;双氯芬酸 50mg tid;萘丁美酮 1g qd;美洛昔康 15mg qd;塞来昔布 0.2g bid。

 **注 1.6** 缓解病情抗风湿药(DMARDs)起效慢,大约1~6个月,不具备明显的止痛和抗炎作用,但可延缓病情进展,RA患者一经诊断应尽早使用DMARDs。DMARDs常见的不良反应是胃肠道反应、肝肾功能损害及骨髓抑制,故应定期复查血常规和肝功能。羟氯喹不良反应较少,但少数可能导致视网膜损害,故应每年检查1次眼底。常用的DMARDs用法如下:甲氨蝶呤(methotrexate, MTX)7.5~20mg/周;柳氮磺吡啶(sulfasalazine, SSZ)0.5~1g tid;来氟米特(leflunomide, LEF)10~20mg qd;羟氯喹 200mg bid;金诺芬(auranofin)3mg bid;硫唑嘌呤(azathioprine, AZA)50~150mg qd;青霉胺(D-penicillamine)250~750mg qd;环孢



素 (cyclosporin, Cs) 1~3mg/(kg·d)。

**注 1.7** 生物制剂 抗炎止痛作用明显,并能控制病情进展,但费用昂贵。对于病情严重,传统 DMARDs 疗效不佳或不能耐受的患者可以酌情选择。主要的副作用是可能增加感染和肿瘤风险,使用前要筛查活动性感染和肿瘤。目前主要的生物制剂包括 TNF- $\alpha$  拮抗剂、IL-6 拮抗剂、抗 CD20 单抗和 CTLA4-Ig。

**注 1.8** 植物药 对缓解关节症状有一定效果,目前常用药物包括:雷公藤总苷 20mg tid;白芍总苷 0.6g tid;正清风痛宁 40~120mg tid。

**注 1.9** 糖皮质激素 可迅速改善关节肿痛和全身症状,重症 RA 伴有发热或心、肺、神经系统等关节外表现的患者可给予激素治疗,剂量依病情严重程度而定。针对关节病变,对于不能耐受 NSAIDs 的患者可短期使用小剂量激素;部分患者可给予关节腔穿刺抽液及注射激素治疗。

附:常规医嘱(临床工作中需根据具体病例作相应调整)

长期医嘱	临时医嘱	
关节炎护理常规	血常规	免疫球蛋白 + 补体
二级护理	生化全项	抗瓜氨酸化蛋白抗体
普食	尿常规	抗核抗体
洛索洛芬 60mg bid	便常规 + 潜血	抗 ENA
甲氨蝶呤 10~15mg/w	红细胞沉降率	心电图
	C 反应蛋白	胸部 X 线
	类风湿因子	双手 X 线

(栗占国 叶华)