

今日临床丛书

总主编 黄 峻

风湿性疾病诊断流程与 治疗策略

张缪佳 主编

 科学出版社
www.sciencep.com

今日临床丛书

总主编 黄 峻

风湿性疾病诊断流程与 治疗策略

张缪佳 主编

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书以风湿免疫病的主要疾病为线索,重点叙述疾病的诊断思路及治疗措施,包括病史要点、查体要点、辅助检查、诊断标准、诊断步骤(流程图)、一般治疗、药物治疗、其他治疗、治疗步骤(流程图)、预后评价、最新进展及展望。对疾病的概述部分,包括定义、流行病学、病因、发病机制等也做了简单介绍。本书由数名具有多年风湿性疾病临床诊治经验的专家和教授编写,并邀请到部分国内知名的风湿病专家参与部分章节的编写。全书内容侧重临床实用性、新颖性,并密切关注当今医学动态,遵循循证医学程序,强调医师临床思维能力的培养。

本书适合风湿免疫科的医师阅读,也可作为相关科室工作人员的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

风湿性疾病诊断流程与治疗策略 / 张缪佳主编. —北京:科学出版社,2007
(今日临床丛书)

ISBN 978-7-03-019240-0

I. 风… II. 张… III. 风湿病-诊疗 IV. R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 092599 号

责任编辑:向小峰 黄 敏 / 责任校对:钟 洋

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007 年 8 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2007 年 8 月第一次印刷 印张:23

印数:1—3 000 字数:540 000

定价:69.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

《今日临床丛书》学术委员会

(以姓氏汉语拼音为序)

陈灏珠	复旦大学附属中山医院	院士、教授、博士生导师
陈香美	中国人民解放军总医院	主任医师、教授、博士生导师
樊代明	第四军医大学	院士、教授、博士生导师
高润霖	中国医学科学院阜外心血管病医院	院士、教授、博士生导师
高 妍	北京大学第一医院	主任医师、教授、博士生导师
黄 峻	南京医科大学第一附属医院	主任医师、教授、博士生导师
李舜伟	北京协和医院	主任医师、教授、博士生导师
林三仁	北京大学附属第三医院	主任医师、教授、博士生导师
邱海波	东南大学附属中大医院	主任医师、教授、博士生导师
阮长耿	苏州大学医学院	院士、教授、博士生导师
孙凌云	南京大学医学院附属鼓楼医院	主任医师、教授、博士生导师
于生元	中国人民解放军总医院	主任医师、教授、博士生导师
张奉春	北京协和医院	主任医师、教授、博士生导师
赵忠新	第二军医大学附属长征医院	主任医师、教授、博士生导师

《今日临床丛书》编委会

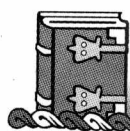
总 主 编 黄 峻

编 委 (以姓氏汉语拼音为序)

陈吉庆	陈亦江	程 雷	范卫民	范卫新
傅 震	黄 峻	黄祖瑚	李建勇	刘 超
刘嘉茵	苗 毅	施海彬	施瑞华	束永前
孙丽洲	万 琪	王 林	邢昌赢	殷凯生
袁志兰	张劲松	张缪佳	张 炜	周国平

《风湿性疾病诊断流程与治疗策略》编委会

主 编	张缪佳			
副 主 编	杨岫岩	王美美	梅焕平	
主 审	张奉春	刘晓华		
编 者	(以姓氏笔画为序)			
	王美美	王艳艳	王 婧	包丽华
	任天丽	刘晓华	刘嘉玲	沈友轩
	张 育	张缪佳	邹耀红	柯 瑶
	谈文峰	顾 镭	梅焕平	潘解萍
主编助理	顾 镭	谈文峰	王 婧	



今日临床丛书

前言

《今日临床丛书》终于进入各大书店的柜台和读者的案头,我们感到由衷的高兴,这是各个方面鼎力合作的结果。这套丛书的出版是时代的需要,是临床医师们的期盼,也是社会和病人的福音。

临床医学的发展催生了《今日临床丛书》。当今,知识爆炸、信息剧增,在临床医学领域尤其令人瞩目。医疗设备推陈出新,新的技术层出不穷。脏器移植技术日臻成熟,介入技术广泛应用。新的药物不断问世,专业知识的更新周期已缩短至3~5年,今日的临床工作迫切需要反映当前的技术和水平,并能不断更新再版的书籍,这套丛书正是在这样的大环境下应运而生的。

医学教育的进步和医学教育模式的转变需要《今日临床丛书》。近十多年来,我国的医学教育发生了极其深刻的变化。除了在校教育更加规范、水平不断提高外,住院医师规范化培训、医学继续教育、专科医师培养等陆续展开;对在职医师提出“三基三严”的要求;对重大技术,如器官移植、介入技术、辅助生殖等实施准入制或审批制。我们的医学教育正在或已经与世界接轨。严格、规范和终生性的医学教育是培养高素质、高水平医师的制度保证,也是维护病人安全和利益的基本条件。用于毕业后教育正是这套丛书编写的主要目的。

中青年临床医师自身素质的提高期盼《今日临床丛书》。今天的临床医师承受着巨大的压力。他们自进入医学院校,选择从医作为自己的终生职业,就十分清楚自己的责任,决心义无反顾地向前进。他们需要不断地更新知识,需要了解用来治病救人的各种方法和手段,需要了解服务对象——病人的心理、病理和精神状态,需要……这套丛书可以成为他们的良师益友。

循证医学的进步呼唤着《今日临床丛书》。循证医学的问世是20世纪后期临床医学最重大的进展之一。它使旧的经验医学模式转变为新的以证据为基础的循证医学模式。作为循证医学基础的临床多个领域开展的大型随机对照试验提供了丰富的临床证据,改变了许多传统的理念和观念,也更新了许多疾病的治疗方案,深化了我们对许多常用技术、药物、检查方法等的认识,还使我们首次真正能够从改善病人预后这个基本立足点来审视我们的行为和举措。近几年不断颁布的各种指南、治疗建议和专家共识,正是循证医学的产物,也是循证医学在临床各领域实践的具体体现。今天的临床医师不能不了解这些新的证据,不能不了解这些指南和共识,更不能不懂得循证医学。现代临床医学需要一套既能反映循证医学的进展、体现循证医学的观念,又能在医疗工作中实践循证医学的专著,这套丛书正好能够承担这一历史使命。

《今日临床丛书》在编写上突破传统的医学著作的写作模式,注重实用性,并密切关注当今医学动态,遵循循证医学程序,强调临床思维能力的培养。这套丛书提供给读者的是

一张渔网或渔具,而不是一盆鲜鱼;是做厨师的技能,而不是一顿大餐。

《今日临床丛书》有三个突出的特点。一是实用性,帮助医师解决临床上可能遇到的实际问题,提出有关疾病诊断和治疗的具体可行的方案。如需涉及理论,也只是介绍与疾病诊疗密切相关的知识,且具有新颖性。二是注重证据又不排斥经验,即贯彻循证医学的原则和理念,尽量采用大型随机对照临床试验、荟萃分析和系统性评价提供的证据,以充分体现临床医学的进步和现代医学模式的转变。三是遵循临床思维的程序。疾病是演变的,病情是变化的,同样的治疗方法、同一种药物施于不同的病人或同一个病人的不同病期,其效果可能完全不同。本书旨在指导临床医师运用动态的、辩证的、多种因素相互影响的思维方法来诊治疾病。

《今日临床丛书》主要的读者对象为住院医师和主治医师。著名临床医学家吴英恺教授说过,“大学毕业后的十年是一个人专业学习的黄金时代”,“不在这一阶段实践好、学习好,以后的上进、提高就十分困难”。这一时段的临床医师正是奋斗在医疗工作第一线的主力军,千钧重担肩上挑。他们服务的对象是病人,是失去健康的人,是渴望着能够重新回到社会、回到家庭以及对未来、对生活充满憧憬的普通人。健康所系,生命所托,疾病千变万化,处置失当或稍有不慎就可铸成大错,造成无可挽回的损失。因此,敬爱的周恩来总理曾经告诫我们:“医学院的附属医院不能等同于工科学院的附属工厂,不允许出废品。”这套丛书将帮助我国责任在肩的中青年临床医师走上成熟和成功之路。

本套丛书的近百名作者主要来自南京医科大学第一附属医院。这家医院有着70多年历史,是中国人自己创办的第一所西医医学院的主要附属医院,近几年依托当地繁荣的经济和深厚的人文底蕴,在各方面的大力支持下,获得了跨越式的发展。她拥有1800张病床,年门、急诊病人数量超过230万,在规模和水平上已进入全国医院的先进行列。“博学至精、明德至善”,“德术并举、病人至上”的治学原则和从医规范深入人心。衷心地感谢各位作者,在繁忙的医、教、研和管理之余,秉承传道授惑、求真务实和一丝不苟的精神,本着出精品的信念,广泛收集资料,结合自己的临床工作经验和专业知识,精心撰写并多次修改了文稿。此书是集体努力的成果,体现了各位作者的辛劳。

我要诚挚地感谢审阅本书的各位专家,感谢为本套丛书编写献计献策的各位教授。他们都是国内外享有盛名的临床医学专家和教授,有的还是中国科学院和工程院的院士,且大多在医疗、教学岗位上肩负重任。他们不仅慨然应允作为本书的评阅人或学术委员会的成员,而且在各个层面上都积极参与,身体力行,贡献良多。没有他们的鼓励和支持,这套丛书不可能问世;没有他们的参与和努力,这套丛书不可能达到高质量。他们对临床医学专业的深切关注、对中青年医师的坦诚提携,体现了老一辈医学专家的高风亮节和博大胸怀,永远值得我们学习和铭记。

本套丛书内容之丰富、涉及面之广泛,是我们从未遇到的;临床医学发展之迅捷、知识更新之快速,也是前所未有的。我们虽竭尽全力,但限于水平和经验,难免存在疏漏和差错,敬请同道和广大读者不吝批评指正。

吴峰

于南京医科大学第一附属医院

2007年6月25日

序

改革开放,经济腾飞,人才辈出,信息时代带来了我国风湿病学的飞速发展。如果说20世纪80年代是中国风湿病学的起步之始,那么21世纪将是中国风湿病学的崛起之时。近三十年来,我国风湿性疾病的诊治已和国际接轨,相关的基础和临床研究也逐渐跻身国际行列。但不可否认,和西方国家相比还存在很大的差距:风湿病学普及有待推广,风湿科医生水平有待提高,多中心研究有待开展,基础研究有待加强,国际交流合作有待建立。

风湿性疾病累及脏器多,起病首发表现多,误诊误治多,致残多。因此,要求风湿科医师具有扎实的理论基础、丰富的临床经验、对实验结果的准确判断、较高的综合逻辑思维能力。风湿性疾病的诊断是建立在患者详尽的病史、体征、辅助检查结果基础上的,而某些风湿性疾病早期表现不典型,有些疾病有两种或两种以上表现相互重叠;早期免疫检查结果呈阴性,又给早期诊断带来了困难。循证医学告诉我们,风湿病存在相互转化的情形,如原先诊断为原发性干燥综合征,若干年后为典型的系统性红斑狼疮;另外,由于风湿性疾病分类标准的人为性,其敏感性和特异性存在假阴性和假阳性等问题,加上一一种风湿性疾病早期可模拟另一种风湿性疾病起病,也给早期诊断带来了困难。因此,对风湿性疾病患者的随访和追踪观察及定期检查显得尤为重要,这也是验证我们早期的诊断是否正确的必由之路。正确进行早期诊断,才能规范化治疗,提高患者的生活质量,改善预后。

“量体裁衣”是风湿性疾病治疗的原则,针对同一患者、同一病种,不同的风湿科医师治疗会不一样,但疗效和安全性是首先要把握的方向,其次是经济因素。理想的治疗是花最少的钱,用最少的药(种类和剂量),达到最佳的效果,又无不良反应发生。近年来药物遗传学的研究告诉我们,药物体内代谢存在基因多态性,决定了药物的疗效和不良反应。治疗风湿性疾病的许多药物都存在体内代谢的多态性,如柳氮磺胺吡啶、硫唑嘌呤、青霉胺、华法林等等。这就要求我们在临床治疗选择用药从小剂量开始,随病情逐渐增加剂量。事实上,硫唑嘌呤在临床上引起严重的粒细胞缺乏、导致严重后果的并不少见。同样,病情缓解后应逐渐减少用药种类和剂量,维持治疗十分重要。定期检查监测药物不良反应是风湿科医生应切记的。

生物制剂治疗风湿病是20世纪末的里程碑,也推动了其他学科的发展,如infixmab治疗类风湿关节炎,也用于消化科炎症性肠病的治疗。对炎症重、发展快、致残高、预后差的类风湿关节炎患者,在经济条件允许的情况下,早期生物制剂联合甲氨蝶呤治疗不失为上策。可喜的是,目前我国生物制剂如益赛普(enbrel)也已陆续生产上市,为广大的风湿性疾病患者带来了新的希望。易被风湿科医师忽视的是给患者的心理治疗也是必不可少的,要增强他们战胜疾病的信心!

张缪佳教授主编的《风湿性疾病诊断流程与治疗策略》一书,集老、中、青风湿性疾病学者的智慧而成,全书共二十二章,几乎囊括了风湿性疾病的方方面面,从诊断思路、诊断流程、治疗流程着手编写,给读者以全新的启迪。在每章节的后面还有最新进展和展望,使人耳目一新,回味无穷。这部专著的问世,给老一辈风湿病学家带来了安慰,给年轻风湿专业医师带来了帮助,我相信大家会从中受益。

江苏省风湿病学会主任委员 孙凌云

2007年6月

前 言

随着疾病谱的变迁,风湿性疾病日益受到人们的关注。一方面,自身免疫的病理机制决定了这类疾病的疑难和复杂;另一方面,这类疾病的迁延不愈和反复加重,使得致残、脏器功能的丧失和死亡,严重危害着人类的健康。然而,随着对疾病的不断认识以及治疗药物的发展和治疗方法的进步,疾病的预后正在逐渐改善。尤其近二十年来,风湿病学从学科建设和普及到各风湿病诊治指南的制定;从基础研究到临床研究,再到循证风湿病学研究等等都已在我国全面迅速地发展起来。

风湿性疾病作为一类多器官、多系统受累的全身性疾病,即使是典型的风湿免疫病,由于其累及多个系统和脏器,临床表现较为复杂,常常被各个专科延误诊断。风湿病学是一个贯穿各个专科的学科。这种学科特点需要风湿免疫科专科医生既要熟悉各个专科的知识,又要学会横贯各个专科的思维,需要从多个角度来审视疾病,需要专科医生具有扎实的临床内科基础、正确的诊断思维和与时俱进的多学科知识。

鉴于风湿免疫科病种的复杂性,大多内科医生对风湿性疾病的相关临床知识掌握不够,目前国内除三级甲等医院设立风湿专科外,在其他各级基层医院未设立风湿专科,没有专科医生,导致风湿性疾病患者误诊误治的不乏少数,因而,不断加强内科医生风湿病专科知识的学习,使其了解风湿病的诊疗常规,学习如何对疑难危急重患者进行合理的鉴别诊断和联合治疗,学习对特殊表现的风湿病患者如何采取合理的诊治,将使年轻医生诊治疑难病症的能力有明显的提高。

《风湿性疾病诊断流程与治疗策略》按照丛书的要求以风湿免疫病的主要疾病为线索进行编写,简要叙述疾病的概述,包括定义、流行病学、病因、发病机制等,重点书写诊断思路及治疗措施,包括病史要点、查体要点、辅助检查、诊断标准、诊断步骤、一般治疗、药物治疗、其他治疗、治疗步骤、预后评价、最新进展及展望;参考了各种书籍和资料及最新诊治指南,在诊断步骤及治疗步骤中列出诊断及治疗流程图。内容侧重临床实用性、新颖性,密切关注当今医学动态,遵循循证医学程序,强调临床思维能力的培养。其阅读对象主要定位于三级医院高年资住院医师和低年资的主治医师,希望能对风湿病专科及非风湿专科的青年临床医师的临床诊疗工作起到指导和参考作用。

本书由数名具有多年风湿性疾病临床诊治经验的专家和教授编写。我们荣幸地邀请到中华医学会风湿病专业委员会主任委员、北京协和医院风湿科主任张奉春教授担任本书的主审,邀请到江苏省风湿病学会主任委员、南京鼓楼医院孙凌云教授为本书作序,邀请到中山大学附属第一医院杨岫岩教授、南京医科大学第一附属医院刘晓华教授和刘嘉玲教授、东南大学附属中大医院王美美教授参与本书的编写,为本书增色不少。

在此,我对各位的辛勤工作表示深深的谢意。

鉴于本人学识水平有限,以及对风湿病最新进展的掌握理解尚不够,对于书中存在的不足和错误,衷心希望得到读者的谅解和指正。

张缪佳

于南京医科大学第一附属医院

2007年5月31日

目 录

第一章 类风湿关节炎	(1)
第一节 类风湿关节炎	(1)
第二节 老年类风湿关节炎	(20)
第三节 血清阴性滑膜炎综合征(RS3PE)	(26)
第四节 Felty 综合征	(30)
第二章 系统性红斑狼疮及相关综合征	(35)
第一节 系统性红斑狼疮	(35)
第二节 狼疮性肾炎	(44)
第三节 神经精神性狼疮	(51)
第三章 抗磷脂综合征	(60)
第四章 脊柱关节病	(70)
第一节 概述	(70)
第二节 强直性脊柱炎	(74)
第三节 银屑病关节炎	(83)
第四节 炎性肠病性关节炎	(88)
第五节 反应性关节炎	(92)
第五章 幼年特发性关节炎	(99)
第六章 硬皮病	(112)
第一节 系统性硬化症	(112)
第二节 硬皮病肾危象	(126)
第三节 局限性硬皮病	(128)
第四节 嗜酸性筋膜炎	(130)
第七章 混合性结缔组织病和重叠综合征	(133)
第一节 混合性结缔组织病	(133)
第二节 重叠综合征	(142)
第八章 未分化结缔组织病	(145)
第九章 特发性炎性肌病	(152)
第十章 干燥综合征	(163)
第十一章 系统性血管炎	(175)
第一节 系统性血管炎总论	(175)
第二节 巨细胞动脉炎和风湿性多肌痛	(182)
第三节 大动脉炎	(187)
第四节 结节性多动脉炎	(192)

第五节	显微镜下多血管炎	(198)
第六节	韦格纳肉芽肿	(204)
第七节	变应性肉芽肿性血管炎	(210)
第八节	原发性中枢神经血管炎	(213)
第九节	过敏性紫癜	(217)
第十节	皮肤血管炎	(220)
第十二章	贝赫切特病	(225)
第十三章	成人斯蒂尔病	(234)
第十四章	骨与软骨疾病	(241)
第一节	骨关节炎	(241)
第二节	骨质疏松症	(251)
第三节	复发性多软骨炎	(261)
第十五章	晶体性关节炎	(269)
第一节	痛风	(269)
第二节	二水焦磷酸钙结晶沉积症	(278)
第三节	碱性磷酸钙结晶沉积症	(282)
第四节	草酸钙沉积症	(284)
第十六章	自身免疫性肝病	(287)
第十七章	纤维肌痛综合征	(304)
第十八章	腹膜后纤维化	(314)
第十九章	结节性脂膜炎	(319)
第二十章	回纹型风湿症	(324)
第二十一章	结缔组织病相关肺间质性疾病	(328)
第二十二章	结缔组织疾病相关的肺动脉高压	(341)
典型病例		(347)

第一章 类风湿关节炎

第一节 类风湿关节炎

一、概 述

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,男女比例约为1:2。我国的患病率为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以及性激素有关。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废。

二、诊断思路

(一) 病史要点

患者的病史采集需询问主诉、现病史、既往史、个人史和家族史,并要详细询问关节相关病史,包括发病前的健康状况、发病的诱因、发病年龄、起病方式、首发部位、演变过程、病变范围、伴随现象、加重或缓解因素、检查和治疗经过、对治疗的反应以及家族发病情况等。

RA是一种主要累及小关节,特别是手关节的对称性多关节炎。病情多呈慢性且反复发作,病情的发展和转归个体差异很大。如不给予适当的治疗,则病情逐渐加重,而加重的速度和程度个体差异也很大。

1. 起病方式 55%~70%的RA患者起病隐匿,几周至几个月后缓慢发作,最初的症状可以是全身症状或关节症状。8%~15%的患者为急性发病,常常不对称发病,诊断较为困难。特别当患者有发热症状时,更需排除败血症或血管炎。15%~20%的患者为中间型,在几天及几周内发生,该组患者全身症状较隐匿发病者明显。RA患者中有20%~30%的患者为间歇型发病。4%的患者为进展型,即使给予适当治疗,病情仍在较短时间快速发展,称“恶性RA”。

2. 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、上楼或重复动作等困难,并有低热、情绪低落或焦虑等症状。

3. 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(morning stiffness):可发生在关节疼痛出现之前。病变关节在夜间静止不动

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。关节受累分布见表 1-1-1。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(visual analog scale, VAS)加以记录。

表 1-1-1 229 例 RA 患者关节受累分布研究

关节受累	平均百分比(%)	范围(%)	关节受累	平均百分比(%)	范围(%)
MCP/PIP	91	74 ~ 100	肘关节	38	13 ~ 60
腕关节	78	54 ~ 82	髋关节	17	0 ~ 40
膝关节	64	41 ~ 94	颞颌关节	8	0 ~ 28
肩关节	65	33 ~ 75	脊柱	4	0 ~ 11
踝关节	50	10 ~ 67	胸锁关节	2	0 ~ 6
足	43	15 ~ 73	关节旁	27	20 ~ 29

(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、膝关节外翻等,可伴有肌肉萎缩(图 1-1-1)。

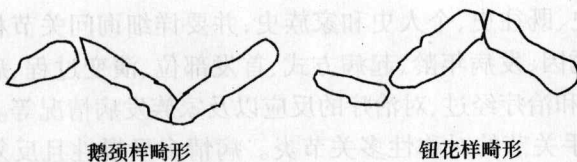


图 1-1-1 RA 指关节畸形示意图

(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。

4. 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(rheumatoid nodule):是本病较特异表现,出现在 20% ~ 30% 的患者。表现为单个或多个,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,眼底血管炎引起视力障碍或失明等,少见雷诺征。

(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水。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、支气管炎及小气道疾病。

(4) 心包炎:常无临床症状,超声心动图约 30% 的患者有少量心包积液。

(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(carpal tunnel syndrome),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,若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(见第一章第四节)。

(9) 干燥综合征:约 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、免疫抑制剂及生物制剂,包括 etanercept、infliximab 等有关。一项回顾性调查报告显示:7900 例 RA 患者与 9100 例非 RA 患者比较,有感染者之比为 1.7:1,因感染住院者之比为 1.83:1。感染好发部位为骨骼、关节、皮肤及肺部。感染与患者年龄、性别有关,75% 为女性患者,年龄 > 58 岁,原有慢性肺部疾病、酗酒、糖尿病等疾病者感染概率增加。

(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,大多数为 B 细胞淋巴瘤,与免疫抑制剂治疗无关。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,因而推测 NSAIDs 可减少消化道肿瘤的发生。

(二) 查体要点

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分为:0 - 无压痛;1 - 患者称痛;2 - 患者疼痛并有皱眉;3 - 患者疼痛并有退缩。关节肿胀的检查评估分为:0 - 无肿胀;1 - 有肿胀但无明显关节积液;2 - 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