

风湿性疾病与中西医治疗

宋良翠 李兰玲 张存华 主编
隋连金 张祥英 周峰然



青海人民出版社

风湿性疾病与中西医治疗

主 编 宋良翠 李兰玲等

青海人民出版社

• 西 宁 •

图书在版编目 (CIP) 数据

风湿性疾病与中西医结合治疗/宋良翠等主编. —西宁: 青海人民出版社, 2006. 8

ISBN 7-225-02817-0

I. 风… II. 宋… III. 风湿病—中西医结合疗法
IV. R593.210.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 105494 号

风湿性疾病与中西医结合治疗

主编 宋良翠 李兰玲等

出版 青海人民出版社 (西宁市同仁路 10 号)

: 邮政编码 810001 总编室 (0971) 6143426

发行 发行部 (0971) 6143516 6123221

印刷 临沂金山实业有限公司

经销 新华书店

开本 850mm×1168mm 1/32

印张 12.375

字数 328 千字

版次 2006 年 9 月第 1 版

印次 2006 年 9 月第 1 次印刷

印数 1—1000

书号 ISBN 7-225-02817-0/R·149

定价 18.00 元

版权所有 翻印必究

(书中如有缺页、错页及倒装请与工厂联系)

《风湿性疾病与中西医治疗》

编写人员

主 编 宋良翠 李兰玲 张存华 隋连金
张祥英 周峰然

副主编 (按姓氏笔画为序)

万广珍 王朝晖 尹作香 曲本彩
刘卫东 刘红君 孙苏沂 张 红
张志波 林 莉 徐 华 徐建平
徐 艳 黄秀娟 龚建芳

编 者 (按姓氏笔画为序)

万广珍 王朝晖 尹作香 曲本彩
刘卫东 刘红君 孙苏沂 张 红
张志波 张存华 张祥英 李兰玲
宋良翠 周峰然 林 莉 隋连金
徐 华 徐建平 徐 艳 黄秀娟
龚建芳

前 言

风湿性疾病是一大类起因复杂、病程长、致残率高、治疗棘手的难治性疾病之一。对风湿性疾病的研究,虽然起步较晚,但无论是在基础理论还是临床方面,都取得了显著的成绩。为促使这门学科更好地发展,适应目前临床医学的需要,我们参阅了大量古今医籍及现代研究成果,编写了《风湿性疾病与中西医治疗》一书。

本书共分两部分,第一部分,简要介绍了风湿性疾病概念、风湿性疾病的实验室检查、风湿性疾病的影像学诊断及常用抗风湿药等。第二部分,将各种风湿性疾病,如类风湿性关节炎、幼年类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、风湿性多肌痛、痛风、骨性关节炎、多发性大动脉炎、白塞氏病、雷诺氏病等 20 余种疾病,从中西医不同角度分概述、病因病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、中西医治疗及护理等内容进行了较为详细的论述。本书内容丰富,通俗易懂,既适用于风湿免疫专科医师应用,也适用于临床各科及进修实习医师参考。

由于作者水平有限,书中难免存在不足之处,敬请广大读者给予指正。

编 者

2006 年 5 月

目 录

第一部分 风湿性疾病概述	1
风湿性疾病的概念及分类	1
风湿性疾病的实验室检查	5
风湿性疾病的影像学检查	18
风湿性疾病的关节检查	29
部分常用抗风湿药物的临床应用	37
第二部分 各种风湿性疾病	77
类风湿性关节炎	77
幼年类风湿性关节炎	102
成人 Still 病	113
强直性脊柱炎	124
银屑病关节炎	139
瑞特综合征	150
系统性红斑狼疮	160
多发性肌炎与皮肌炎	185
风湿性多肌痛	202
硬皮病	205
干燥综合征	221
白塞病	231
痛风	246
骨性关节炎	262
颈椎关节综合征	277

腰椎间盘突出症.....	294
复发性多软骨炎.....	311
多发性大动脉炎.....	319
巨细胞动脉炎.....	330
结节性多动脉炎.....	339
显微镜下多血管炎.....	352
雷诺氏病.....	359
血栓闭塞性脉管炎.....	366
过敏性休克.....	382

第一部分 风湿性疾病概述

风湿性疾病的概念及分类

一、风湿性疾病的基本概念

现代所说的“风湿病”全称应该是“风湿性疾病”，或称“风湿类疾病”。“风湿”一词最早见于公元前 4 世纪《希波克拉底全集》有关人体解剖一文中，“Rheuma”，是流动的意思，意指特殊的黏液由脑流向关节等处而引起的疼痛，在西方古老的语言文字中，因流动异常而发生的炎症称之为“风湿”。目前对风湿性疾病的定义是：指包括所有不同原因（或不明原因）引起的骨、关节、肌肉以及腱鞘、滑囊、筋膜、包裹等相关联软组织病变的一类疾患。某些风湿性疾病还可广泛影响全身多种器官，属于全身性疾患，根据这一概念，风湿性疾病所包括的范围是相当广的。

二、风湿性疾病的分类

随着对风湿性疾病研究的不断深入，其范畴和内容不断增加，分类也日趋详细。美国风湿性疾病联合会命名与分类委员会多年来不断对风湿性疾病研究的新概念进行总结，制订出详尽的分类，目前已被各国医学界广泛接受与采用。现将其分类和命名介绍如下：

（一）弥漫性结缔组织病

（1）类风湿性关节炎。

（2）幼年类风湿性关节炎：①全身性发病（Still 病）；②多关节发病；③少关节发病。

（3）系统性红斑狼疮。

(4) 系统性硬皮病。

(5) 多发性肌炎与皮肌炎。

(6) 坏死性血管炎及其他血管疾病：①结节性多动脉炎；②超敏性血管炎；③Wegener 肉芽肿病；④巨细胞动脉炎、颞动脉炎、高安动脉炎；⑤黏膜皮肤淋巴结综合征；⑥白塞氏病；⑦冷球蛋白血症；⑧幼年型皮肌炎。

(7) 干燥综合征。

(8) 重叠综合征(也包括未分类及混合性结缔组织病)。

(9) 其他：风湿性多肌痛、脂膜炎、结节性红斑、复发性多软骨炎、弥漫性嗜酸细胞增多性筋膜炎、成人 Still 病。

(二) 血清阴性脊柱关节病

(1) 强直性脊性炎。

(2) Reiter 综合征。

(3) 银屑病性关节炎。

(4) 慢性炎性肠病相关的关节炎。

(三) 退行性关节病(骨关节炎、骨关节病)

(1) 原发性(包括侵蚀性)骨关节炎。

(2) 继发性骨关节炎。

(四) 与感染因素有关的关节炎、腱鞘炎及滑囊炎

(1) 直接病因：①细菌，包括革兰染色阳性球菌、革兰染色阴性球菌、革兰染色阴性杆菌、分枝杆菌、螺旋体、麻风菌等；②病毒，包括肝炎病毒等；③真菌；④寄生虫；⑤原因不明的可疑感染，如 Whipple 病。

(2) 间接病因：(反应性)细菌性、病毒性。

(五) 伴有风湿性疾病表现的代谢病及内分泌病

(1) 晶体盐类引起的疾病：①尿酸单钠盐(痛风)；②双水焦磷酸钙(假性痛风、软骨钙化病)；③磷灰石及其他碱性磷酸钙；④草酸盐。

(2) 生化异常：①淀粉样变性；②维生素 C 缺乏；③特异性酶缺陷(包括 Fabry 病、Farber 病等)；④高脂蛋白血症；⑤黏多糖病；⑥血红蛋白异常(如 SS 病等)；⑦真性结缔组织病(如 Ehlers-Danlos

病、Marfan 病、成骨不全、弹性纤维假黄瘤等)；⑧血色病；⑨肝豆状核变性；⑩褐黄病(尿黑酸症)；⑪Gaucher 病；⑫其他。

(3)内分泌疾病：①糖尿病；②肢端肥大症；③甲状腺功能亢进；④甲状腺疾病，如甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状腺炎；⑤其他。

(4)免疫缺陷病：①原发性免疫缺陷；②获得性免疫缺陷综合征(AIDS)。

(5)其他遗传性疾病：①先天性多发性关节弯曲症；②过度活动综合征；③进行性骨化性肌炎。

(六)肿瘤

(1)原发性瘤，如滑膜瘤、滑膜肉瘤。

(2)转移瘤。

(3)多发性骨髓瘤。

(4)白血病及淋巴瘤。

(5)绒毛结节性滑膜炎。

(6)骨软骨瘤病。

(7)其他。

(七)神经病变性疾病

(1)神经原性关节病(Charcot 关节)。

(2)挤压性神经病变：①周围神经受压(腕管综合征等)；②神经根病变；③椎管狭窄。

(3)反射性交感神经营养不良。

(4)其他。

(八)伴有关节表现的骨、骨膜及软骨疾病

(1)骨质疏松症：①周身性；②局限性。

(2)骨软化。

(3)肥大性骨关节病。

(4)弥漫性特发性骨肥厚。

(5)骨炎：①周身性(变形性骨炎-pager 骨病)；②局限性(肋骨致

密性胃炎、耻骨胃炎)。

(6)骨坏死。

(7)骨软骨炎(分离性骨软骨炎)。

(8)骨及关节发育不良。

(9)股骨头骨骺滑脱。

(10)肋软骨炎(包括 Tietze 综合征)。

(11)骨溶解及软骨溶解。

(12)骨髓炎。

(九)非关节性风湿性疾病

(1)肌筋膜疼痛综合征:①周身性(纤维组织炎、纤维肌痛症);②局限性。

(2)下背痛及椎间盘病变。

(3)腱炎(腱鞘炎)和(或)滑囊炎:①肩峰下或三角肌下滑囊炎;②二头肌腱炎、腱鞘炎;③鹰嘴滑囊炎;④肱骨内、外髁炎;⑤ De Quervain 腱鞘炎;⑥粘连性肩周滑囊炎(冻结肩);⑦扳机指;⑧其他。

(4)腱鞘囊肿。

(5)筋膜炎。

(6)慢性韧带及肌肉劳损。

(7)血管舒缩功能障碍:①红斑性肢痛症;②雷诺氏病或雷诺氏现象。

(8)其他疼痛综合征(包括气候过敏、精神性风湿性疾病)。

(十)其他各种疾病

(1)常伴发关节炎的疾病:①直接关节创伤;②关节内部紊乱;③胰腺疾病;④结节病;⑤复发性风湿症;⑥间歇性关节积液;⑦结节性红斑;⑧血友病。

(2)其他情况:①结节性脂膜炎(多中心性网状组织细胞增生症);②家族性地中海热;③Cood pasture 综合征;④慢性活动性肝炎;⑤药源性风湿综合征;⑥透析伴随综合征;⑦异物性滑膜炎;⑧痤疮及化脓性汗腺炎;⑨手掌及足底脓疱病;⑩Swett 综合征;⑪其他。

风湿性疾病的实验室检查

风湿性疾病在发病过程中,会引起许多实验室检查的改变,因此,有选择性的进行实验室检查,对风湿性疾病的诊断、治疗及预后判断等均具有较大的指导价值。与其他系统性疾病不同的是这些检查多无特异性,很多风湿类疾病能单凭某项检查无法确诊,必须结合临床症状及“四诊”检查和综合分析才能作出正确诊断。

一、血常规检查

(1)部分风湿性疾病在不同的发病阶段可引起白细胞总数与中性粒细胞升高,如:风湿热、多动脉炎、成人 Still 病、过敏性血管炎、多发性肌炎或皮肌炎、韦格纳肉芽肿、幼年类风湿性关节炎、白塞氏病、回归性多软骨炎等。

(2)也有部分风湿性疾病可引起白细胞总数降低:系统性红斑狼疮、混合结缔组织病、干燥综合征、某些重叠综合征及多种风湿性疾病导致慢性肾功能衰竭等。

(3)也有部分疾病由于病理机制不同可引起嗜酸粒细胞增多,如过敏性血管炎、多动脉炎、嗜酸筋膜炎等。

二、血小板的检查

风湿性疾病患者对血小板计数多无明显的影响,但有少数患者可出现血小板升高或减少。多动脉炎、韦格纳肉芽肿、类风湿性关节炎等,可致血小板增多;血小板减少可见于系统性红斑狼疮、血小板减少紫癜等。

三、血沉(ESR)

血沉检测可不同程度的反映出风湿性疾病及各种炎症的流动

性,血沉对风湿性疾病的诊断虽缺少特异性,但 ESR 增快可反应炎症或组织损伤的存在,它的升高程度一般与组织损伤程度相关,是检测风湿性疾病活动性的重要指标。ESR 增快可见于急性风湿热、急性感染、RA、SLE、PM、慢性肾炎、恶性肿瘤、严重贫血、月经期、妊娠期及老年人等。

ESR 对于风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎的诊断和检测也很重要,且优于 CRP。ESR 在系统性血管炎时多是升高,在原发的中枢神经系统血管炎、过敏性紫癜、淋巴瘤样肉芽肿和血栓闭塞性脉管炎中多正常。

本检测对系统性红斑狼疮和脊柱关节病意义较小。

四、HLA-B₂₇ 检测

组织相容性抗原是指存在于人体有核细胞膜上的一些同族抗原,也就是人的白细胞抗原(HLA)或人的淋巴细胞抗原(HLA)。

人类体细胞核中有 23 对染色体,在第 6 对染色体短臂上有一个特定的遗传区,它有决定 HLA 的 5 个位点的不同等位基因,在 HLA-B 位点等位基因确定的 HLA 有 30 种,其中包括 HLA-B₂₇,检测 HLA-B₂₇,对风湿性疾病的诊断很有临床意义,HLA-B₂₇ 的检测,正常值一般阴性。

临床意义:HLA-B₂₇ 阳性者最多见于强直性脊柱炎(AS),阳性率为 90%~95%。人群中 HLA-B₂₇ 阳性者仅有 0.95%~9.5%患强直性脊柱炎,而实际上 HLA-B₂₇ 阴性未患强直性脊柱炎者约 99.9%,因此,尽管 HLA-B₂₇ 实验对于强直性脊柱炎具有高度的敏感性和特异性,但不可用于诊断随机选择的患者是否患有 AS。

HLA-B₂₇ 阳性对幼年慢性关节炎患者发生强直性脊柱炎的可能性预测有帮助,虽然 HLA-B₂₇ 实验既不能作诊断也不能预见患者的预后,但在以下方面有助于诊断:①如果症状和体征提示患者为脊柱关节炎,HLA-B₂₇ 阳性会显著增加正确诊断的机会。②患炎性关节病变的儿童,HLA-B₂₇ 阳性可提示可能会发生强直性脊柱炎。③预测强直性脊柱炎患者家庭成员发生强直性脊柱炎的可能性,如果强

直性脊柱炎患者的子女 HLA-B₂₇ 阳性,则发生强直性脊柱炎的可能性较大,反之则小。

其他可见于银屑病性关节炎、Reiter 综合征、肠病性关节炎、幼年类风湿性关节炎及沙门菌感染后关节炎等。其他风湿性疾病,如类风湿性关节炎、下背痛等则不高。因此,检测 HLA-B₂₇ 可用于对 Reiter 综合征、强直性脊柱炎与其他非炎症性背痛等的鉴别,有人认为 HLA-B₂₇ 检测阴性者,强直性脊柱炎的诊断就难以成立。

五、血清肌酶谱

肌酸磷酸激酶(cpk):

参考范围 0~190IU/L。

cpk 是一种器官特异酶,主要存在于骨骼肌、心肌和组织中。目前临床主要用于诊断心肌梗塞。在梗塞后 2~4 h cpk 即增高,升高多的可达正常上限的数倍,但该酶的活性增高持续时间短,3~4 天后就恢复正常,此时可测定酶活性增高持续时间长的乳酸脱氢酶,以便对临床症状不典型的心肌梗塞进一步确诊。cpk 有三种同工酶:cpk-bb、cpk-mm、cpk-mb,心肌中 cpk-mb 含量最多,对急性心肌梗塞有很高的特异性。心电图不易诊断的心内膜下梗塞、合并右束支传导阻滞、多发性小灶性坏死和再发性心肌梗塞,cpk 活性大都升高。cpk 连续测定可判断预后,心肌梗塞面积大小与 cpk 活性成正比,活性升高持续时间长者梗塞面积大,一般 3 天后仍不下降者预后差,合并心源性休克和心力衰竭者 cpk 活性常为正常人的 5 倍以上。另外,由病毒感染造成的心肌炎 cpk 活性明显升高。因此,测定 cpk 对小儿病毒性心肌炎的诊断及预后均有重要的参考价值。

天冬氨酸氨基转移酶(ast):

参考范围 0~40IU/L。

ast 主要存在于心肌细胞中,其他组织细胞、肝细胞中亦有分布。当心肌梗塞时血清 ast 活性常增高,在发病后 6~12h 内显著增高,增高的程度可反映心肌损害的程度,严重时 ast 活性可超过 200IU/L,并在发病后的 48h 达最高值,随着病情的缓解和稳定,在 3~5 天

后恢复正常。由于 ast 亦来源于肝细胞,各种肝病均可见血清 ast 升高。其他如肌炎、胸膜炎、肾炎及肺炎等也可引起 ast 轻度增高。

乳酸脱氢酶(ldh):

参考范围 114~240IU/L。

ldh 广泛存在于人体各种组织中,组织中酶活性较血清高 1 000 倍,所以即使少量组织坏死释放的酶也能使血清中 ldh 活性增高。与此同时,血清 ldh 同工酶也发生改变,ldh 同工酶共有 5 种,不同器官损害在 ldh 同工酶谱中反映不同,心肌梗塞时主要是 ldh1 增加。和肌酸磷酸肌酶相比,虽然其活性增高出现较迟,但持续时间长,仍不失为诊断心肌梗塞的一个有价值的测定。此外,也可辅助诊断肿瘤、肝癌、病毒性心肌炎等。

肌钙蛋白(tnt):tnt 是肌钙蛋白复合体的多肽亚单位。当具有典型心肌梗塞症状,心电图显示特征性 q 波改变的病人 tnt 均升高,其升高时间比 cpk 升高稍早,在心肌梗塞早期,其诊断准确性与 cpk 相似,是心肌缺血损伤的指标。对于 cpk 已恢复正常的心肌梗塞患者,tnt 对其诊断更有意义。但由于 tnt 在血清中升高持续时间较长,对于发病 2 周内的重新梗塞,tnt 对病情变化不能反映。肌钙蛋白 t 和肌酸磷酸激酶同工酶结合起来用于诊断心肌梗塞是目前认为最灵敏、最特异的方法之一。

肌凝蛋白轻链(cm-lc):血中肌凝蛋白轻链测定是心肌梗塞诊断的又一生化指标。当缺血、缺氧引起心肌损害时,心肌细胞在破坏过程中不断地、长时间向血中游离出心肌细胞的肌凝蛋白轻链。因此,血中轻链的时相性变化可直接反映心肌细胞结构的破坏过程,较 cpk 更为优越。肌凝蛋白轻链测定值高峰持续时间长于 cpk 等其他酶,故对发病后其他酶已恢复正常的患者,仍可用肌凝蛋白轻链测定值作诊断指标。该测定尚可判断梗塞范围,轻链值愈高,梗塞范围愈大;由于血中轻链浓度变化直接反映肌原纤维的破坏过程,且可连续观察 2 周以上,因此可作为判断预后及评价心肌保护效果的一项理想指标。

本检查在风湿性疾病中主要是应用于多发性肌炎与皮肌炎的诊断,本病血清肌酶活性增高:99%PM患者在病程的某个阶段血清肌酶活性增高,是PM显著特征之一,以肌酸磷酸激酶(CPK)为敏感,其次为醛缩酶、肌酸激酶、转氨酶(ALT、AST)、乳酸脱氢酶等,血清肌酶活性常在肌力改善前3~4周即开始降低,病情复发时再度上升。其他如系统性红斑狼疮、多动脉炎、脂膜炎等,多发性肌炎或皮肌炎患者血及尿中肌酸水平升高。

六、抗“O”的检查

抗链球菌溶血素“O”(ASO):系由链球菌A产生的两种溶血性外毒素之一,机体感染链球菌后,产生的抗体,即为抗链球菌溶血素“O”,简称抗“O”。测其浓度有助于判断感染的严重程度,以监测疗效。目前临床多采用乳胶凝集法测定抗“O”。临床症状有发热及关节痛时,常需检测抗链球菌溶血素“O”,感染链球菌一周后,体内即出现抗“O”抗体,4~6周后达高峰,可持续数月至数年,正常成人也可有滴度在400u以下的抗“O”抗体,所以,检查抗“O”可反映人体有无链球菌感染史,抗“O”增高或降低的意义必须密切结合临床表现,不能单纯依据抗“O”高低来判断是否患有风湿热、肾小球肾炎等疾病。某些链球菌株在体内不产生抗“O”,或产生极少,所以抗“O”可不升高;少数非溶血性链球菌感染性疾病,如病毒性肝炎、肾病综合征、结缔组织病、感染性心内膜炎、多发性骨髓瘤、结核病等,抗“O”亦可升高。

七、C反应蛋白的检查

C反应蛋白(CRP):丙种反应性蛋白是一种急性时相(期)蛋白,亦称C反应蛋白(CRP)。正常参考值 $\leq 10\text{mg/L}$ 。类风湿早期和急性风湿时,血清中可达 50mg/L ,其阳性率为80%~90%。CRP的临床意义与血沉相同,但不受红细胞、HB、脂质和年龄等因素的影响,是反应炎症感染和疗效的良好指标。类风湿活动期明显增多,与血沉增快相平行,但比血沉增快出现得早、消失也快。CRP含量愈多,表明病变活动度愈高。炎症恢复过程中,若CRP阳性,预示仍有

突然出现临床症状的可能性;停用激素后已转阴的 CRP 又阳性时,表明病变活动在继续。炎症缓解期和用抗风湿药后,转阴或消失比血沉快,且在贫血和心力衰竭时不像血沉那样易受影响。CRP 亦于 r 球蛋白和 RF 呈平行关系。CRP 和后二者都是阴性,而 ASO 升高时,表明机体免疫功能良好;三者都是阳性且含量高,而 ASO 降低时,表明机体免疫功能低下。CRP 阳性,亦可见于肺炎、肾炎、恶性肿瘤及急性感染、外伤和组织坏死、心肌梗塞、心功能不全、多发性骨髓瘤、白血病、胆石症、肝炎、痢疾、风湿热、PM、PSS、结节性多动脉炎、SLE、结核和菌苗接种等。但病毒感染时通常为阴性或弱阳性,故可作为细菌感染与病毒感染的鉴别指标。

八、类风湿因子(RF)

类风湿因子(RF):是细菌、病毒等感染因素,致体内产生的以变性 IgG 为抗原的一种自身抗体。这种抗体首先发现于类风湿性关节炎病人,并在类风湿性关节炎病人血清中滴度较高,且持续时间较长,命名为类风湿因子。其实,凡是存在变性 IgG,并能产生抗变性 IgG 自身抗体的人,在其血清或病变中均能测出类风湿因子,说明类风湿因子并不是类风湿性关节炎的特异性自身抗体。

目前已知的类风湿因子,包括 IgM 型、IgA 型、IgG 型、IgE 型四种,其中的 IgM 和 IgA 类风湿因子易于检测,且对类风湿性关节炎诊断有较好的参考价值。类风湿因子与类风湿性关节炎的关节破坏程度和关节外表现有关。

正常状态下,人体内普遍存在着类风湿因子,并具有一定的生理作用:如调节机体免疫反应;激活补体,加快清除微生物感染;清除免疫复合物,使机体免受循环复合物的损伤。只有当类风湿因子的量超过一定的滴度时才称类风湿因子阳性。

类风湿因子在类风湿性关节炎中参与致病过程:IgM 型类风湿因子,可在类风湿性关节炎有临床表现前几年就存在于病人血清中;而且血清中含有高滴度类风湿因子的非类风湿性关节炎者,具有发生类风湿性关节炎的高度危险性;血清中含有高滴度的 IgM 型类风