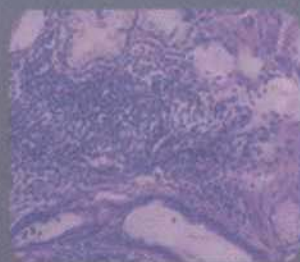
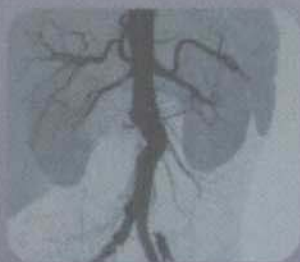
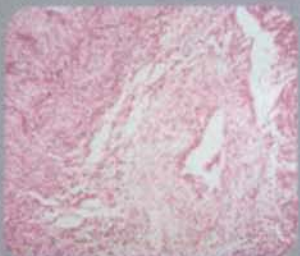


# 临床风湿病手册

主编 栗占国 陈适



人民卫生出版社



# 临床风湿病手册

主 编 栗占国 陈 适

作者名单 (按姓氏笔画排序)

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 卢 靚 | 叶 华 | 任立敏 |
| 刘 栩 | 安 媛 | 李 茹 |
| 何 菁 | 张学武 | 陈 适 |
| 贾 园 | 贾汝林 |     |

人 民 卫 生 出 版 社

## 图书在版编目(CIP)数据

临床风湿病手册/栗占国等主编. —北京:人民卫生出版社, 2008. 4

ISBN 978-7-117-09992-9

I. 临… II. 栗… III. 风湿病-诊疗-手册  
IV. R593. 21

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 028360 号

## 临床风湿病手册

---

主 编: 栗占国 陈 适

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

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

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/32 印张: 6 插页: 4

字 数: 104 千字

版 次: 2008 年 4 月第 1 版 2008 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09992-9/R · 9993

定 价: 18.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

# 作者简介

栗占国，主任医师、教授、博士/博士后导师，北京大学人民医院风湿免疫科主任，中华医学会风湿病学分会候任主任委员，《中华风湿病学杂



志》总编，中国免疫学会临床免疫学分会副主任委员，国家杰出青年基金获得者。

从事风湿病临床工作 20 余年。先后在澳大利亚悉尼大学获博士学位，在美国哈佛大学完成博士后。在类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征及强直性脊柱炎等风湿病的诊断和治疗上有丰富的经验。主要研究方向为类风湿关节炎的发病机制及免疫治疗、系统性红斑狼疮及干燥综合征的早期诊断及治疗。主编或参与编写了《类风湿关节炎》等 10 余部风湿病学专著和教科书。

先后承担国家杰出青年基金、国家自然科学基金(重点及面上项目)、“863”项目、教育部

重点项目、中华医学专项人才基金及教育部跨世纪优秀人才基金等研究项目。在 *Immunology*、*Eur J Immunology*、*Arthritis Rheumatism*、*Clin Rheumatology*、《中华内科杂志》及《中国免疫学杂志》等英美及国内免疫和风湿病学刊物上发表论文 200 余篇,包括英文论文 30 余篇。先后获得澳大利亚 Westpac“年度医学奖”、北京市科技进步奖、中华医学科技奖等奖励 10 余项。现为 *Clin Rheumatology*、*Scand J Immunology*、*Int J Rheum Dis*、《中华医学杂志》、《中华内科杂志》编委,《医学参考报——风湿免疫专刊》主编,国家“863”、“973”项目及自然科学基金委评委、国家食品及药品监督管理局新药评审委员。





陈适, 副主任医师, 硕士生导师。长期以来一直从事风湿免疫专业的临床及教学工作, 对风湿病的诊治具有丰富的经验。在教学工作中, 一直负责北京大学医

学部风湿免疫专业医学生的实习及临床带教, 为全国医学生统考(风湿免疫)命题组成员。教学成绩突出, 多次受到表彰。

已在《中华风湿病杂志》等专业性杂志上发表了《抗细胞膜 DNA 自身抗体快速检测系统性红斑狼疮论》、《抗 Hu 抗体在诊断系统性红斑狼疮中枢神经系统病变中的意义》等多篇论著。参与编写了《关节炎概要》、《内科学应试指南》等书籍。目前担任《中国老年医学杂志》、《中华医学杂志》、《中华全科医师杂志》及《内科理论与实践》审稿人。为国家食品及药品监督管理局新药评审委员。

# 前 言

近年来,风湿病学在我国得到迅速发展,风湿病诊疗技术和方法日新月异。从事风湿病学专业的临床医生、实习医生和医学生亟需一本能够反映目前风湿病学诊疗水平,简明扼要、便于随手查阅的临床手册。编者在近年的风湿病教学及查房中逐渐完善了一套病房带教简明讲义,得到医学生及年轻医师的喜爱。有感于此,我们将这本带教讲义充实更新,形成了这本手册。

此书在内容上以求简明、循证、突出重点,便于临床医师理解和掌握。在内容上,本书主要阐述了各种常见风湿病的定义、病因、临床表现、辅助检查、诊断要点及治疗方案,并充实了国内外最新进展。希望这本《临床风湿病手册》能对风湿病学专业的临床医生、实习医生和医学生有所裨益,同时为风湿病患者和家属认识这些疾病提供帮助。由于临床任务繁重,编写时间紧迫,难免有疏漏或不当之处,请读者指正。

主编 栗占国 陈 适

2008 年 3 月

# 目 录

|      |                 |     |
|------|-----------------|-----|
| 第一节  | 类风湿关节炎·····     | 1   |
| 第二节  | 系统性红斑狼疮 ·····   | 11  |
| 第三节  | 干燥综合征 ·····     | 27  |
| 第四节  | 血清阴性脊柱关节病 ····· | 36  |
| 第五节  | 骨关节炎 ·····      | 54  |
| 第六节  | 多发性肌炎和皮肤炎 ····· | 62  |
| 第七节  | 系统性硬化症 ·····    | 69  |
| 第八节  | 混合性结缔组织病 ·····  | 77  |
| 第九节  | 痛风 ·····        | 86  |
| 第十节  | 白塞病 ·····       | 93  |
| 第十一节 | 成人斯蒂尔病 ·····    | 98  |
| 第十二节 | 抗磷脂综合征·····     | 106 |
| 第十三节 | 风湿性多肌痛·····     | 113 |
| 第十四节 | 结节性多动脉炎·····    | 118 |
| 第十五节 | 韦格纳肉芽肿·····     | 124 |



|       |                       |     |
|-------|-----------------------|-----|
| 第十六节  | 显微镜下多血管炎·····         | 130 |
| 第十七节  | 大动脉炎·····             | 135 |
| 第十八节  | 感染性关节炎·····           | 141 |
| 第十九节  | 风湿热·····              | 150 |
| 第二十节  | 风湿性疾病常用实验室<br>检查····· | 157 |
| 第二十一节 | 风湿性疾病常用药物·····        | 176 |

---

## 第一节 类风湿关节炎

---

类风湿关节炎(RA)是一种以慢性进行性关节病变为主的全身性自身免疫病,男女发病率约为1:3。其特征是对称性多关节炎,以双手、腕、肘、膝、踝和足关节的疼痛、肿胀及晨僵最为常见。患者可有发热、贫血、皮下结节、血管炎、心包炎及淋巴结肿大等关节外表现,血清中可查到多种自身抗体。未经正确治疗的类风湿关节炎可反复迁延多年,最终导致关节畸形及功能丧失。

### 一、病史采集要点

#### 1. 现病史

(1)起病方式:可急可缓,但多数患者为缓慢发病。

(2)起病诱因:可有受凉、劳累、妊娠、分娩、感染及精神因素等诱因。

(3)关节表现:最初受累的关节多为近端指间关节、掌指关节或腕关节,但是膝、踝和趾关节首先发病者也比较常见,其他为肘关节、颞颌

关节及胸锁关节等。表现为对称性关节肿痛、晨僵、关节功能障碍、畸形。晨僵时间常大于半小时,有时可达数小时之久。

(4)关节外表现(全身表现):询问在病程中是否伴有发热、贫血、皮下结节、眼炎(巩膜炎、角膜炎等)、心包炎及淋巴结肿大等关节外表现。

2. 既往史 是否曾在阴冷潮湿的环境中生活。

3. 个人史 月经是否正常,有无流产史。

4. 家族史 可有类风湿关节炎或其他自身免疫性疾病的家族史。

## 二、体格检查要点

1. 一般情况 有无贫血貌、皮疹。

2. 专科情况 受累关节的范围、压痛及肿胀程度,有无关节积液,以及有无关节畸形、脱位和关节功能如何,关节活动度、握力,肌肉萎缩程度。

3. 关节外病变 注意观察有无皮下结节、外周淋巴结肿大、肺部啰音、胸膜摩擦音、心包摩擦音、周围神经系统异常等。

## 三、辅助检查

### 1. 实验室检查

(1)一般性检查:血尿常规、血沉、C反应蛋

白、生化(肝肾功能、A/G)、循环免疫复合物、免疫球蛋白、蛋白电泳、补体等。

(2)自身抗体:类风湿因子(RF)、隐性类风湿因子、抗环状瓜氨酸(CCP)抗体、抗核周因子抗体、抗角蛋白抗体、抗 RA33 抗体以及抗核抗体,抗 ENA 抗体等。

(3)遗传标记:HLA-DR4 及 HLA-DR1 亚型。

### 2. 影像学检查

(1)X 线片:关节 X 线片可见早期的软组织肿胀、骨质疏松及病情进展后的关节面囊性变、侵蚀性骨破坏、关节面模糊、狭窄、关节融合及脱位。

X 线分期:Ⅰ期:关节 X 线片正常或骨质疏松;Ⅱ期:骨质疏松,有轻度关节面下骨质侵蚀或破坏,关节间隙轻度狭窄;Ⅲ期:关节面下明显的骨质侵蚀和破坏,关节间隙明显狭窄,关节半脱位畸形;Ⅳ期:上述改变合并有关节纤维性或骨性强直。

胸部 X 线片:可提示肺间质病变、胸腔积液等。

(2)CT:关节 CT 及胸部 CT 可进一步提示病变。

(3)MRI:手关节及腕关节的 MRI 检查可提示早期的滑膜炎病变,对发现类风湿关节炎患者的早期关节破坏很有帮助。

### 3. 特殊检查

(1) 关节滑液: 行常规检查、关节液培养、类风湿因子、抗核抗体等监测, 并可行偏振光监测除外痛风中的尿酸盐结晶。

(2) 关节镜及关节滑膜活检: 对疾病的诊断很有价值。

## 四、诊断与鉴别诊断要点

### (一) 诊断要点

1. 疑诊 出现对称性多关节疼痛, 伴有关节肿胀, 尤以小关节受累者明显, 晨僵时间大于半小时。

2. 确诊 目前应用最广泛的是 1987 年美国风湿病学会制订的类风湿关节炎分类标准, 该标准列举了 7 项指标: ①晨僵。持续至少 1 小时。②关节炎。至少 3 组关节肿胀或积液。这些关节应涉及双侧近端指间关节、掌指关节、腕关节、肘关节、跖趾关节、踝关节、膝关节共 14 组关节中至少 3 组。③手关节炎。即关节肿胀累及近端指间关节, 或掌指关节, 或腕关节。④对称性关节炎。即同时出现左、右两侧的对称性关节炎。⑤皮下结节。⑥类风湿因子阳性。⑦手和腕关节 X 线片显示骨侵蚀或骨质疏松。上述的①~④项必须持续超过 6 周。符合上述 7 项中至少 4 项者可诊断为类风湿关节炎。



### (二)常见的鉴别诊断

1. 骨关节炎 多见于中、老年人,起病过程大多缓慢。手、膝、髌及脊柱关节易受累,而掌指、腕和其他关节较少受累。病情通常随活动而加重及因休息而减轻。晨僵时间多小于半小时。手部体征可见 Heberden 和 Bouchard 结节,膝关节有摩擦感。无皮下结节及血管炎等关节外表现。类风湿因子多为阴性,少数老年患者可有低滴度阳性。

2. 银屑病关节炎 银屑病关节炎的多关节炎型和类风湿关节炎很相似。但本病患者有特征性银屑病或指甲病变,关节受累程度一般较类风湿关节炎轻,常见于远端指间关节,早期多为非对称性分布,血清类风湿因子等抗体阴性。

3. 强直性脊柱炎 本病以青年男性多发,以中轴关节如骶髂及脊柱关节受累为主,虽有外周关节病变但多表现为下肢大关节,为非对称性的肿胀和疼痛,并常伴有棘突、大转子、跟腱、脊肋关节等肌腱和韧带附着点疼痛,即肌腱端病的表现。关节外表现多为虹膜睫状体炎、心脏传导阻滞及主动脉瓣闭锁不全等。X线片可见骶髂关节侵蚀、破坏或融合,患者类风湿因子阴性,并且多为 HLA-B27 抗原阳性。本病有更为明显的家族发病倾向。

4. 系统性红斑狼疮 本病患者在病程早

期可出现双手或腕关节的关节炎表现,但患者常伴有发热、疲乏、口腔溃疡、皮疹、血细胞减少、蛋白尿或抗核抗体阳性等狼疮特异性、多系统表现,而关节炎较类风湿关节炎患者程度轻,不出现关节畸形。实验室检查可发现多种自身抗体。

**5. 反应性关节炎** 本病起病急,发病前常有肠道或泌尿道感染史。以外周大关节(尤其下肢关节)非对称性受累为主,一般无对称性近端指间关节、腕关节等小关节受累。关节外表现可为眼炎、尿道炎、龟头炎及发热等,类风湿因子阴性而 HLA-B27 可呈阳性,患者可有非对称性骶髂关节炎的 X 线改变。

## 五、治 疗 计 划

类风湿关节炎治疗的主要目的在于减轻关节的炎症反应,抑制病变发展及不可逆骨质破坏,尽可能保护关节和肌肉的功能及达到病情完全缓解。

治疗原则应包括患者教育、早期治疗、联合用药、个体化治疗方案、功能锻炼。

**(一)患者教育** 使患者正确认识疾病,树立信心和耐心,能够与医生配合治疗。

**(二)一般治疗** 一般说来,关节肿痛明显者应强调休息及关节制动,而在关节肿痛缓解后应注意关节的功能锻炼。此外,理疗、外用药

对缓解关节症状有一定作用。

**(三)药物治疗** 方案应个体化,药物治疗主要包括非甾体类抗炎药、慢作用抗风湿药、免疫抑制剂、免疫和生物制剂及中药等。

**1. 非甾体类抗炎药** 有抗炎、止痛、解热作用,是类风湿关节炎治疗中最为常用的药物,适用于活动期患者。

常用的药物包括:双氯芬酸 50mg 每日 3 次;萘丁美酮 1.0g 每晚 1 次;美洛昔康 15mg 每日 1 次;塞来昔布 0.2g 每日两次等。

**2. 改变病情抗风湿药(DMARDs)** 又被称为二线药物或“治本药物”。常用的有甲氨蝶呤:每周 7.5~20mg,一次口服或静注。柳氮磺吡啶:从小剂量开始,逐渐递增至每日 2~3g。羟氯喹:0.4g/d。来氟米特:10~20mg/d。环孢素 A:2.5~5mg/(kg·d)。金诺芬:6mg/d。白芍总苷:0.6g 每日 3 次等。药物作用机制及不良反应见“风湿性疾病常用药物”一节。

**3. 锝[<sup>99m</sup>Tc]亚甲基二磷酸盐注射液** 是一种非激发状态的同位素,治疗类风湿关节炎起效快,副作用小。静脉用药,10 天为一疗程。

**4. 糖皮质激素** 激素不作为治疗类风湿关节炎的首选药物。但在下述四种情况可选用激素:①类风湿血管炎,包括多发性单神经炎、类风湿肺及浆膜炎、虹膜炎等。②过渡治疗,在

重症类风湿关节炎患者,可用小量激素缓解病情。③经正规慢作用抗风湿药治疗无效的患者。④局部应用,如关节腔内注射可有效缓解关节的炎症。总原则为短期小剂量(15mg/d以下)应用。

**5. 生物制剂** 目前在类风湿关节炎的治疗上,已经有几种生物制剂被批准上市,并且取得了不错的疗效,尤其在难治性类风湿关节炎的治疗中发挥了一定的作用。

几种生物制剂在类风湿关节炎中的应用:

(1)英夫利昔单抗(infliximab):也称 TNF- $\alpha$  嵌合性单克隆抗体,嵌合体中 25%是鼠组织,75%是人组织,临床试验已证明对甲氨蝶呤治疗无效的类风湿关节炎患者用 infliximab 可取得满意疗效。用法:infliximab 3~5mg/kg,静脉点滴,每间隔 4 周重复 1 次。

(2)依那西普(etanercept):人重组 TNF 受体 p75 和 IgG Fc 段的融合蛋白。etanercept 治疗类风湿关节炎疗效肯定,耐受性好。etanercept 25mg,每周皮下注射 2 次,3~6 个月为 1 个疗程。

(3)利妥昔单抗(rituximab):抗 B 细胞治疗是目前最前沿的生物治疗。CD20 是 B 细胞的特异性标记,抗 CD20 单抗 rituximab 是刚进入临床的一种抗 B 细胞单克隆抗体,治疗类风湿关节炎取得满意疗效。rituximab 500mg,每