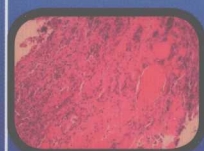


临床风湿病学

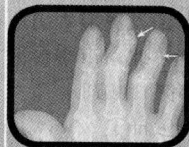
主编 吴东海 王国春



临床风湿病学

主 编 吴东海 王国春

副主编 马 丽 艾脉兴



 人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床风湿病学/吴东海等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 5

ISBN 978 - 7 - 117 - 09977 - 6

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 026297 号

临床风湿病学

主 编: 吴东海 王国春

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

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 40.5

字 数: 960 千字

版 次: 2008 年 5 月第 1 版 2008 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 09977 - 6/R · 9978

定 价: 116.00 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)

《临床风湿病学》编委会

主 编 吴东海 王国春

副主编 马 丽 艾脉兴

作者名单 (按姓氏笔画排列)

马 丽	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
马一盖	卫生部中日友好医院	血液科
王吉波	山东青岛医学院附属医院	风湿免疫科
王国春	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
艾脉兴	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
古洁若	中山大学附属第三医院	风湿免疫科
伍沪生	北京大学附属积水潭医院	风湿免疫科
刘湘源	北京大学第三医院	风湿免疫科
毕黎琦	吉林大学附属第三临床医学院	风湿免疫科
孙凌云	南京大学医学院附属鼓楼医院	风湿免疫科
杜忠东	北京儿童医院	
杨岫岩	中山大学附属第一医院	风湿免疫科
李向培	安徽省立医院	风湿免疫科
李兴福	山东大学附属齐鲁医院	风湿免疫科
吴东海	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
余步云	中山大学附属第三医院	风湿免疫科
张 凌	卫生部中日友好医院	肾内科
张江林	解放军总医院	风湿免疫科
张奉春	北京协和医院	风湿免疫科
林 冰	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
周惠琼	卫生部中日友好医院	风湿免疫科
郑 毅	北京朝阳医院	风湿免疫科
郑占才	卫生部中日友好医院	皮肤科
袁国华	川北医学院附属医院	风湿免疫科
栗占国	北京大学附属人民医院	风湿免疫科
黄 烽	解放军总医院	风湿免疫科
黄彦弘	北京大学附属积水潭医院	风湿免疫科
黄铁群	卫生部中日友好医院	高干医疗科
崔志鹏	解放军总医院	放射科
彭朝权	中山大学附属第三医院	风湿免疫科

前 言

风湿病学在我国起步较晚，但其发展非常迅速，表现在新概念、新方法层出不穷，新的治疗药物不断上市。例如近年提出的 COX-2 新概念，使我们对非甾体抗炎药的作用机制有了新的了解；类风湿关节炎特异性抗体的检测，使该病的早期诊断和治疗成为可能；类风湿关节炎治疗指南的更新，进一步规范了该病的治疗原则；干燥综合征和抗磷脂综合征诊断标准的重新修订，提高了这两种疾病诊断的准确性；炎性肌病免疫病理机制的深入研究，使该病的诊断和治疗水平有了较大的提高；生物制剂在类风湿关节炎及脊柱关节炎中应用指南的制定，使生物制剂的使用有了比较统一的认识。

由于我国幅员辽阔，各地区风湿病学的发展水平不平衡，许多医师对风湿病认识不足，诊治不规范，从而使一些患者错过了最佳诊治机会，或接受不到正规治疗。

鉴于上述原因，编写一本“新颖、实用”，使读者能开卷有益、学以致用风湿病学的想法就应运而生。为此，我们邀请了国内从事风湿病学专业，特别是有丰富临床经验的专家共同编写了这部《临床风湿病学》。各章节的分工主要是结合编者的研究重点而定，文章论点尊重各位作者的意见。

本书内容力求全面系统，与时俱进，使读者不但能把握现在，而且能跟踪本学科的发展前沿。所述观点大都有循证医学证据或专家共识，一家之言尽未收载，以免内容庞杂，喧宾夺主。

限于主编的学术水平和经验，书中不足和错漏之处在所难免，衷心希望风湿科的同道和广大读者不吝赐教，惠予匡正。

在本书编写过程中，得到各位作者的鼎力支持，使本书能顺利完稿，在此谨致以诚挚的感谢。

吴东海 王国春

2008 年 2 月

目 录

第一篇 风湿病诊断技术

第一章 风湿病的实验室检查.....	3
第一节 抗核抗体.....	4
第二节 类风湿因子	11
第三节 APF、AKA、AFA、抗 CCP 抗体和抗 Sa 抗体	16
第四节 抗中性粒细胞胞浆抗体	19
第五节 抗磷脂抗体	24
第六节 急性反应产物	29
第七节 抗链球菌溶血素“O”	37
第二章 关节穿刺及滑液分析	40
第一节 关节穿刺术	40
第二节 滑液分析	43
第三章 脑脊液分析	49
第四章 胸腔积液分析	52
第五章 关节检查法	56
第一节 手部关节检查	56
第二节 腕和腕关节检查	57
第三节 肘关节检查	59
第四节 肩关节检查	60
第五节 髋关节检查	61
第六节 膝关节检查	64

第七节 踝关节及足的检查	66
第八节 骶髂关节检查	67
第九节 颈部检查	67
第十节 脊柱检查	68
第六章 风湿病的骨关节影像学检查	73
第一节 关节的简要 X 线解剖	73
第二节 风湿病的骨关节影像学检查方法	74
第三节 关节病变的读片方法和基本影像学征象	75
第四节 类风湿关节炎	78
第五节 强直性脊柱炎	84
第六节 银屑病关节炎	90
第七节 骨关节炎	92
第八节 痛风性关节炎	97
第九节 焦磷酸钙沉积症	99
第十节 股骨头无菌坏死	100
第十一节 激素性关节病	102
第二篇 风湿病的常用药物及其他治疗方法	
第七章 非甾体抗炎药	107
第八章 缓解病情抗风湿药	113
第一节 抗疟药	114
第二节 柳氮磺吡啶	118
第三节 金诺芬	120
第四节 青霉胺	122
第五节 甲氨蝶呤	123
第六节 硫唑嘌呤	127
第七节 环磷酰胺	129
第八节 环孢素	134
第九节 雷公藤	138
第十节 来氟米特	143
第十一节 沙利度胺	151
第九章 骨关节炎治疗药物	162
第一节 双醋瑞因	162
第二节 硫酸氨基葡萄糖	164
第十章 糖皮质激素类药物	168

第十一章	抗痛风药物	176
第一节	秋水仙碱	176
第二节	抑制尿酸生成的药物	177
第三节	促进尿酸排泄的药物	180
第四节	促进尿酸分解的药物——尿酸氧化酶	182
第五节	碱性药物	182
第十二章	静脉注射免疫球蛋白	184
第十三章	风湿病的生物治疗	190
第十四章	血浆置换	199
第一节	概论	199
第二节	血浆置换方法	202
第三节	血浆置换的适应证	209
第十五章	干细胞移植治疗风湿病进展	215
第三篇 风湿性疾病		
第十六章	类风湿关节炎及其亚型	229
第一节	类风湿关节炎	229
第二节	Felty 综合征	242
第三节	成人斯蒂尔病	245
第四节	血清阴性滑膜炎综合征	255
第五节	复发性风湿病	256
第六节	老年性类风湿关节炎	256
第十七章	脊柱关节炎	262
第一节	总论	262
第二节	强直性脊柱炎	268
第三节	反应性关节炎	278
第四节	银屑病关节炎	281
第五节	炎性肠病或肠源性反应性关节炎	289
第六节	未分化脊柱关节炎	291
第十八章	系统性红斑狼疮	296
第一节	系统性红斑狼疮	296
第二节	亚急性皮肤型红斑狼疮	310
第三节	药物性狼疮	312

第十九章 干燥综合征	317
第二十章 混合性结缔组织病	326
第二十一章 抗磷脂抗体综合征	337
第二十二章 硬皮病	348
第一节 局限性硬皮病	348
第二节 系统性硬皮病	350
第三节 硬皮病样疾病	366
第二十三章 特发性炎性肌病	370
第一节 多发性肌炎和皮肌炎	370
第二节 包涵体肌炎	386
第二十四章 血管炎	396
第一节 血管炎概论	396
第二节 巨细胞动脉炎和风湿性多肌痛	403
第三节 大动脉炎	410
第四节 结节性多动脉炎	419
第五节 韦格纳肉芽肿	426
第六节 变应性肉芽肿性血管炎	434
第七节 显微镜下多血管炎	441
第八节 川崎病	445
第九节 过敏性紫癜	457
第十节 冷球蛋白血症血管炎	463
第十一节 皮肤白细胞破碎性血管炎	469
第十二节 白塞病	472
第十三节 Cogan 综合征	482
第二十五章 风湿热	490
第二十六章 骨关节炎	508
第二十七章 晶体相关性关节病	528
第一节 总论	528
第二节 痛风	531
第三节 焦磷酸钙沉积病	540
第四节 碱性磷酸钙晶体沉积病	550
第二十八章 骨质疏松症	557
第一节 原发性骨质疏松症	557

第二节 继发性骨质疏松症·····	564
第二十九章 其他类型的风湿性疾病 ·····	568
第一节 肥大性骨关节病·····	568
第二节 骨 Paget's 病 ·····	572
第三节 POEMS 综合征 ·····	577
第四节 结节性红斑 ·····	583
第五节 脂膜炎·····	586
第六节 复发性多软骨炎 ·····	593
第七节 股骨头缺血性坏死·····	601
第八节 结节病 ·····	608
第三十章 自身免疫性肝病 ·····	618
第一节 自身免疫性肝炎·····	618
第二节 原发性胆汁性肝硬化·····	624
第三节 自身免疫性硬化性胆管炎·····	632

第一篇

风湿病诊断技术

第一章

风湿病的实验室检查

临床指标在风湿病的诊断和治疗中起很重要的作用，风湿病的各种诊断标准中无不含有临床指标也说明了这一点。然而，实验室检查的作用也是不容忽视的，它在确立诊断、监测病情、评估预后、探讨发病机制等方面，都有很重要的作用。

在临床上常常要考虑做哪些检查。有一种倾向是“大撒网”，其好处是不会遗漏项目。但这样做，会造成不必要的人力物力和时间的浪费，还会使诊断重点不突出，甚至会延误诊断。正确的方法应是详细询问病史、仔细进行体检，在此基础上经过分析综合，确定应做何种项目。

在解释实验结果时，

——首先应考虑实验方法的敏感性、特异性、方法本身的可靠性及实验室之间的差异性。国内在2002年、2003年和2004年连续3年进行了自身抗体的质量控制，参加单位分别为48家、50家和73家。抗核抗体的正确率分别为47%、85.4%和86.2%；抗DNA抗体的正确率分别为70%、81.8%和75.4%；抗可提取性核抗原抗体的正确率分别为46%、36.9%和62.7%；抗线粒体抗体的正确率分别为95%、66.7%和100%；抗平滑肌抗体的正确率分别为40%、50%和61.1%。检测的准确性虽然进步很快，但仍有很大改进空间，而且参与质量控制的单位相对较少，都是大医院，以此推之，我国的整体检测水平更有待提高。

——其次，还要考虑临床指标。如果一个病人抗核抗体阴性，但临床症状符合红斑狼疮；另一个病人抗核抗体阳性，但无任何系统性红斑狼疮临床症状。医师应对前者给予更多关注。

——还应把与之相关的一组实验结果放在一起考虑。如类风湿因子（rheumatoid factor, RF）阳性，则红细胞沉降率（血沉，ESR）可能升高，也可能会有贫血的实验室检查结果。因为孤立的阳性结果值得怀疑。即使真是阳性，可能会有其他解释，比如假阳性、其他疾病所致等。

第一节 抗核抗体

抗核抗体 (antinuclear antibody, ANA) 是以哺乳动物的细胞核成分为靶抗原的一组自身抗体, 是自身免疫疾病的重要血清学指标。有的自身抗体可以作为一种疾病的标记, 如系统性红斑狼疮中的抗 Sm 抗体, 干燥综合征中的抗 SS-B 抗体, 系统性硬皮病中的抗 Scl-70 抗体。因此, 自身抗体的检测对疾病的诊断有很大的帮助。

自身抗体产生的机制尚不清楚。ANA 的产生与环境因素 (如紫外线、病原体、化学物质等) 和体内因素 (如遗传、细胞因子和性激素失调等) 有关。

抗核抗体的经典意义是指针对真核细胞核成分的自身抗体的总称。随着人们对抗核抗体认识的深入, 发现了许多针对细胞浆成分的抗体, 如抗核糖体抗体、抗 Jo-1 抗体等。因而, ANA 的现代定义已不再局限于细胞核内, 而扩展到整个细胞, 其靶抗原包括细胞核、细胞浆、细胞骨架、细胞分裂周期蛋白等全部细胞成分。

一、分类和命名

1. 命名 习惯上抗核抗体有下列四种命名法: ①以首次检出这种抗体的疾病命名, 如抗 SS-A 抗体、抗 SS-B 抗体就是首先从干燥综合征中检出的抗体; ②以首次检出这种抗体的患者名字的前两个字母命名, 如抗 Sm 抗体、抗 Ma 抗体和抗 Jo-1 抗体等; ③以抗原在细胞内的位置命名, 如抗中性粒细胞胞浆抗体、抗着丝点抗体等; ④以抗原的化学组成命名, 如抗 DNA 抗体、抗 RNP 抗体等。随着抗原化学组成的不断阐明, 将会有更多的抗核抗体按抗原的化学组成命名。

2. 分类 抗核抗体有多种分类方法, 每种分类方法的侧重点各不相同。例如根据靶抗原分子的理化性质和分布部位可分为以下几种抗体: ①抗 ds-DNA 抗体; ②抗组蛋白抗体; ③抗 DNA-组蛋白复合物抗体; ④抗非组蛋白抗体; ⑤抗核仁抗体; ⑥抗其他细胞成分抗体等。按照抗核抗体的免疫荧光核型又可以分为细胞核均质型、细胞核斑点型、细胞核颗粒型、核仁型、细胞骨架型、细胞浆颗粒型等。

二、抗核抗体的测定方法

目前, ANA 检测成为临床上一个极其重要的检查项目。间接免疫荧光法是检测 ANA 的标准方法, 可作为过筛试验。此后又相继出现了免疫双扩散、对流免疫电泳、ELISA 等方法。

(一) 间接免疫荧光法

传统检测 ANA 的方法是 1957 年 Frious 等人建立的间接免疫荧光法 (indirect immunofluorescent, IIF), 采用鼠肝细胞作为核抗原, 但某种特定的抗体所对应的抗原在不同种属和不同脏器的细胞核中含量是不同的, 因此用不同底物片测定同一标本时就可能出现不同的结果。一般而言, 作为底物, 同种细胞优于异种细胞, 自身细胞优于同种细胞。目前商品化试剂盒多以 Hep-2 细胞作为核抗原。

抗核抗体的核型有一定临床参考价值。某种核型可能伴有某种特定的抗核抗体和风湿病, 但这种关联是不可靠的。当血清中含有多种抗体时, 随血清稀释度不同, 可能会

表现出不同核型。核型的价值大部分被测定特异性抗体所代替。常见的核型见表 1-1-1。

表 1-1-1 抗核抗体的免疫荧光模型及临床相关疾病

荧光模型	靶抗原	主要相关疾病
核均质型	ds-DNA	SLE
	核小体	SLE
	组蛋白	DIL
	ss-DNA	不具有疾病特异性
核颗粒型	nRNP、Sm	SLE、MCTD
	SS-A、SS-B	SLE、SS
	Ku	SLE、重叠综合征
	PCNA	SLE
	Mi-2	DM
核斑点型	着丝点蛋白	局限型硬化症
	核点	PBC
核仁型	Scl-70	弥漫型硬化症
	PM-Scl	PM/DM
	RNA 多聚酶 I 抗体	弥散型硬化症
	原纤维蛋白抗体	弥散型硬化症
核膜型	Gp120、板层素等	PBC
胞浆颗粒型	AMA	PBC
	Jo-1	PM
	核糖体 P 蛋白	SLE
	PL-7, PL-12	DM
	EJ, OJ	DM
胞浆纤维型	溶酶体、高尔基体	临床意义不明确
	波形蛋白	临床意义不明确
	原肌球蛋白	临床意义不明确
	肌动蛋白	AIH

注：SLE：系统性红斑狼疮；DIL：药物诱导型红斑狼疮；MCTD：混合性结缔组织病；SS：干燥综合征；DM：皮肌炎；PM：多发性肌炎；PBC：原发性胆汁性肝硬化；AIH：自身免疫性肝炎

（二）对流免疫电泳及免疫双扩散法

在用间接免疫荧光法对自身抗体进行初筛后，针对可溶性核抗原相应的自身抗体，往往采用对流免疫电泳及免疫扩散法进行进一步的确认或鉴定。

对流免疫电泳（CIE）及免疫扩散法（ID）均需要在琼脂糖凝胶上进行。首先在铺好的琼脂糖板上打孔，然后按一定顺序加入适量的可溶性抗原以及适当稀释的待测血清。对流免疫电泳法需在电流的作用下（电泳仪）进行，而免疫扩散法在湿盒内放置于室温下反应即可，在已知抗原与待测血清之间出现沉淀线即为阳性结果。

（三）酶联免疫吸附法

酶联免疫吸附法是比较敏感的检测方法，但特异性不及 CIE 及 ID 法。具体方法：

先将纯化的抗原包被在固相载体上,与一定稀释度的待测血清反应。然后与酶标记的第二抗体反应,再加相应抗原底物。最后用酶标仪测定吸光度。

(四) 免疫印迹法

免疫印迹法可以进一步地确认阳性结果或鉴别其特异性。实验原理是将经电泳分离的抗原提取物转印到硝基纤维膜上(抗原中的不同组分将按分子量大小在膜上依次排开),加入已经稀释的待测血清,再加碱性磷酸酶标记的抗人抗体,最后加入碱性磷酸酶底物。若标本中含待测的特异性抗体,相应的抗原条带将显色。

三、临床意义

抗核抗体可在许多疾病中出现。现简述如下。

1. 系统性红斑狼疮(SLE) ANA 阳性本身不能确诊任何疾病,但 ANA 阳性且伴有特征性狼疮症状则支持狼疮诊断。约 99%(86%~100%)的活动期 SLE 病人 ANA 阳性,其滴度也常 $>1:80$ 。ANA 阴性几乎可除外 SLE 的诊断,对于未经治疗的疑似病人,多次检查抗核抗体,若结果阴性应考虑其他疾病的可能。但应注意有 5%的 SLE 病人 ANA 可为阴性,因为测定 ANA 通常用鼠肝或鼠肾作底物,而这些组织核内含 SS-A、SS-B、Jo-1、rRNP 抗原相对较少,所以不易测出其相应抗体。此外,部分临床缓解的 SLE 病人血清 ANA 可转为阴性。

抗核抗体对系统性红斑狼疮的诊断有帮助,但对预后和疗效观察的意义观点不尽一致。一般认为抗核抗体在狼疮活动期阳性率和滴度均增高,在缓解期阳性率和滴度均减低。但除了抗 ds-DNA 抗体和抗核糖体 P 蛋白抗体外,绝大多数 ANA 滴度与疾病活动性无关。而且滴度随底物不同而异,在不同实验室临界滴度可能会不同,在解释滴度变化时,要考虑这些因素。

2. 其他结缔组织病 可见于盘状红斑性狼疮、皮炎、类风湿关节炎、硬皮病、干燥综合征、血管炎等。在非狼疮性结缔组织病中,ANA 阳性率约为 50%,ANA 作为自身免疫性疾病的筛选试验必须强调中高滴度。

3. 非结缔组织病 消化系统疾病(如慢性活动性肝炎、溃疡性结肠炎、原发性胆汁性肝硬化、酒精性肝病、自身免疫性肝炎)、肺病(特发性肺间质纤维化、石棉诱导的肺间质纤维化、原发性肺动脉高压)、造血系统疾病(如巨球蛋白血症、淋巴瘤、特发性自身免疫性溶血性贫血、恶性贫血、特发性自身免疫性紫癜)、感染性疾病(结核病等)、恶性肿瘤(淋巴瘤、白血病、黑色素瘤以及卵巢、乳腺、肺、肾等处的实体瘤)、其他疾病包括内分泌疾病(1 型糖尿病、Graves 病)、神经系统疾病(多发性硬化)、终末期肾功能衰竭、器官移植后、重症肌无力等。这类疾病中的 ANA 滴度往往较低。

4. 药物反应 服用某些药物如普鲁卡因胺、三甲双酮、胍屈嗪、苯妥英钠、异烟肼、磺胺类、保泰松、对氨基水杨酸等均可出现 ANA 阳性。但停药后 ANA 滴度随之下降。

5. 正常人 只有少数正常人可出现低滴度的 ANA 阳性。一般当血清稀释度 1:4 时,男性有 3%阳性,女性有 7%阳性,而 80 岁以上健康老年人阳性率可达 49%。

需强调的是:由于某些原因 ANA 可呈假阳性和假阴性。ANA 主要用于自身免疫性

结缔组织病的筛选试验, 因为低滴度的 ANA 可在感染、肿瘤及正常人中出现, 未加稀释的正常人血清约 1/3 也可呈阳性反应, 一般滴度在 1:40 以上应考虑结缔组织病的可能, ANA > 1:80 则有较大临床意义。

四、分 类

根据细胞内各分子的特性和分布位置, 将 ANA 分为以下几类分述。

(一) 抗 DNA 抗体

1957 年 Ceppellin 和 Robbin 等人在系统性红斑狼疮病人血中首次发现循环的抗 DNA 抗体。这些抗体可以和循环中或黏附于多种器官的微血管中的 DNA 形成免疫复合物, 激活补体, 导致组织损伤。

抗 DNA 抗体可分为两种基本类型: 抗双链 DNA (anti-double stranded DNA, ds-DNA) 抗体或称抗天然 DNA 抗体 (anti-native DNA antibodies) 和抗单链 DNA (anti-single stranded DNA, ssDNA) 抗体或称抗变性 DNA 抗体 (anti-denatured DNA antibodies)。抗 ds-DNA 抗体针对的靶抗原是 DNA 脱氧核糖核酸骨架, 抗 ssDNA 抗体的作用位点是嘌呤及嘧啶碱基。

1. 抗 ds-DNA 抗体 为 SLE 的重要诊断标准之一, 其在 SLE 中的阳性率为 60% ~ 90%。高浓度的抗 ds-DNA 抗体几乎仅见于 SLE, 且抗体的浓度与疾病活动度, 特别是与活动性狼疮肾炎密切相关。在 SLE 缓解期抗 ds-DNA 抗体可转阴或滴度减低, 因此单次测定结果阴性, 不能除外 SLE。

2. 抗 ss-DNA 抗体 它不仅存在于系统性红斑狼疮病人中, 也可以存在于其他疾病中, 包括炎症性疾病、慢性活动性肝炎、药物性狼疮、硬皮病等。虽然它在致病性方面与抗 ds-DNA 相同, 但特异性差, 对系统性红斑狼疮诊断价值较小。

(二) 抗组蛋白抗体 (antihistone antibody, AHA)

组蛋白是染色质的基本结构单位核小体的重要组成部分, 是一组与 DNA 结合的富含赖氨酸和精氨酸的碱性蛋白, 含 H_1 、 H_{2A} 、 H_{2B} 、 H_3 、 H_4 5 个单位。 H_{2A} 、 H_{2B} 、 H_3 、 H_4 组成核小体的核心, H_1 位于核小体之间的连接区。

1960 年 Kunkle 首先在系统性红斑狼疮病人血清中发现抗组蛋白抗体。此后发现在类风湿关节炎、青少年类风湿关节炎、干燥综合征、系统性硬化、长期服用苯妥英钠、异烟肼、普鲁卡因胺和胍屈嗪的病人血清中也可出现 AHA。抗组蛋白抗体在系统性红斑狼疮中的阳性率可达 50% ~ 70%, 在活动期可超过 80%, 在类风湿关节炎中为 15%, 在 Felty 综合征中为 80%, 在 JRA 中为 50% ~ 70%, 在几乎所有的药物性狼疮中均可测到。当血清抗体仅局限于抗组蛋白抗体、抗 ss 单链 DNA 抗体, 而无天然 DNA 和其他核抗原 (Sm、RNP、Jo-1) 的抗体时强烈支持药物性狼疮的诊断。

在不同的疾病中, 抗组蛋白抗体所识别的靶点可能不同。SLE 病人的抗组蛋白抗体可识别所有的组蛋白、 H_{2A} - H_{2B} 或 H_3 - H_4 复合物, 主要的靶抗原是 H_1 和 H_{2B} 。普鲁卡因胺诱导的药物性狼疮病人的抗组蛋白抗体主要是 IgG 型, 针对 (H_{2A} - H_{2B})-DNA 的复合物, 服用普鲁卡因胺但无药物性狼疮者的抗组蛋白抗体主要是 IgM, 针对无 DNA 的 H_{2A} - H_{2B} 二聚体。应当指出服用普鲁卡因胺或胍屈嗪的人都可能出现抗组蛋白抗体, 但只有出现临床症状后才能诊断为药物性狼疮。胍屈嗪诱导的药物性狼疮病人的抗组蛋白