

姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊 总主编



临床病案分析丛书

风湿性疾病

病案分析

黄 烽 主编

典型病例集萃

临床思维展示

误诊原因剖析

专家精彩点评



科学出版社

www.sciencep.com

内 容 简 介

本书精选了多例经常被误诊的风湿性疾病的病例,从临床的视角出发,以病例的形式详尽地介绍了这些病例的临床表现、诊断分析思路及治疗方法,对了解风湿性疾病的诊断、治疗过程有重要的借鉴价值。本书的作者均为临床医疗、教学及科研的一线工作人员,有着丰富的临床工作经验,对各种病症的认识细致入微、见解独到。相信本书对广大从事风湿性疾病临床工作的医务工作者有一定的借鉴价值,有助于掌握正确的临床思维方法,提高临床疾病的诊治水平。

本书读者对象为风湿科以及相关的内、外科临床工作人员。

图书在版编目(CIP)数据

风湿性疾病病案分析/黄烽主编. -北京:科学出版社,2003. 1

(临床病案分析丛书/姜泗长等总主编)

ISBN 7-03-010301-7

I. 风… II. 黄… III. 风湿病-医案-汇编 IV. R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 017616 号

责任编辑:裴中惠 黄 敏 张德亮/责任校对:潘瑞琳

责任印制:刘士平/封面设计:黄华斌

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

*

2003年1月第一版 开本:B5(720×1000)

2003年1月第一次印刷 印张:21

印数:1—3 000

字数:405 000

定价:38.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

姜泗长简历



姜泗长 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1913年9月15日生于天津。中国共产党党员。中华医学会理事,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会名誉主任委员,全军医学科学技术委员会副主任委员及总后卫生部专家组组长。曾任解放军总医院副院长。第四、五、六届全国人大代表。20世纪50年代,在国内首先开展内耳开窗术、镫骨底板切除术治疗耳硬化症聋,为中国的耳科学发展做出了开创性的工作。在他的主持下,在国内首先开展了AP调谐曲线、耳声发射、耳蜗微循环、毛细胞离子环境与聋病关系等一系列课题研究。荣获国家科技进步二等奖2项,国家科技大会奖3项,荣获军队教学成果一等奖1项,军队科技进步一等奖1项、二等奖9项。编写了我国第一部《临床耳鼻咽喉科学》等8部专著,发表学术论文130余篇。长期担任党和国家领导人的医疗保健任务。医、教、研成就突出,荣立二等功3次、三等功4次。1990年7月起享受国务院特殊津贴。培养造就了大批耳鼻咽喉科专业人才,培养博士后、博士、硕士研究生和专科医师400余名。1993年9月4日,中共中央总书记、中央军委主席江泽民同志为**姜泗长**题词“技术精益求精,诲人桃李天下”。

牟善初简历



牟善初 主任医师,教授,硕士研究生导师。1917年11月生于山东日照。中国共产党党员。1937年10月考入南京中央大学医学院,1943年7月毕业并获医学学士学位。1949年5月任第二野战军医科大学讲师。1956年7月参加中国人民解放军。历任第二军医大学内科教授,第四军医大学内科主任、教授,解放军总医院临床三部副主任。1979年~1987年,任解放军总医院副院长。1987年2月起任解放军总医院第三届至第六届医学科学技术委员会委员。主持完成的研究课题“老年人心肌梗死的临床及实验研究”获军队科学技术进步二等奖。主编、参编学术专著11部。长期负责党和国家领导人的医疗保健工作,功绩卓著。3次荣获中央保健委员会颁发的医疗保健特殊贡献奖,荣立一等功1次、二等功1次、三等功5次。1998年,获得中国工程技术奖,并被解放军总后勤部评为“一代名师”。1999年,荣获中国人民解放军专业技术重大贡献奖。

黄志强简历



黄志强 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1922年1月生于广东。中国共产党党员。现任军医进修学院学位委员会主席,解放军总医院普通外科研究所所长,中华医学会资深会员,国际外科学会会员,《中华外科杂志》编辑委员会顾问,中华外科学会顾问,中华外科学会胆道外科学组顾问,《美国医学会杂志》(JAMA)中文版总编辑,中国医学基金会理事。1948年,在国内首次报道了应用迷走神经切断术治疗消化性溃疡的经验。1958年,在临床首次应用肝叶切除术治疗肝内胆管结石。1963年,组织创建我国第一个集医疗、教学、科研于一体的肝胆外科专业;首次实施脾-下腔静脉端侧吻合术、肠系膜上-下腔侧侧吻合术进行门静脉高压的外科治疗。1985年,首次组织进行全国性胆结石和肝内胆管结石流行病学调查分析。1990年,在国内首先报道了肝门部胆管癌的扩大根治术。“肝胆管结石及其并发症的外科治疗与实验研究”荣获2001年国家科技进步一等奖。相继出版了17部著作,共计1200余万字。荣立二等功2次、三等功2次。迄今,已培养博士后、博士、硕士及高级研修人员300余名。被评为全军优秀教师,并被总后授予“一代名医”称号。

朱士俊简历



朱士俊 主任医师,教授,硕士研究生导师。1944年7月生于江苏扬州。1967年,毕业于第二军医大学医疗系。现为解放军总医院、军医进修学院院长。中国共产党十五大、十六大代表。中央保健委员会委员。中华医院管理学会副会长,北京市医院协会副会长,中华医院管理学会医院感染专业委员会主任委员。全军医院管理学术委员会副主任委员,全军医学科学技术委员会常委。第二军医大学医院管理学教研室兼职教授,美国南加利福尼亚州立大学医学院名誉教授。《中华医院感染学杂志》总编辑,《中华医院管理杂志》常务编委,《中国医院杂志》副主任编委,主持完成军队“八五”、“九五”攻关课题各1项,承担国家自然科学基金课题1项。获军队教学成果一等奖1项,军队科技进步二等奖1项、三等奖1项。获国家卫生部科技进步三等奖1项。主编、参编专著7部,发表论文60余篇。1997年,被北京市医院管理协会评为“优秀中青年医院管理专家”。1999年,被中华医院管理学会、健康报社评为“全国百名优秀院长”。2001年,被北京医院协会评为优秀医院管理干部。

临床病案分析丛书编辑委员会

总 主 编 姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊

副总主编 卢世璧 王士雯 盛志勇 王晓钟 秦银河 苏元福

编 委 (按汉语拼音排序)

蔡金华 柴家科 陈香美 程留芳 段国升 费也淳 盖鲁粤

高长青 韩东一 洪 民 洪宝发 黄 烽 黄大显 黄志强

江朝光 姜泗长 蒋彦永 焦顺昌 匡培根 李 荣 李功宋

李贺栓 李天德 李小鹰 刘洪臣 刘又宁 刘振立 卢世璧

陆菊明 马 林 马望兰 牟善初 潘长玉 蒲传强 秦银河

沈 洪 盛志勇 施桂英 宋 磊 苏元福 孙玉鹗 唐锁勤

田 慧 王 岩 王福根 王继芳 王建荣 王鲁宁 王孟薇

王士雯 王晓雄 王晓钟 王玉堂 夏 蕾 许百男 杨明会

杨伟炎 杨云生 姚 军 姚善谦 张伯勋 张黎明 张玲霞

张卯年 周定标 周乃康 周宁新 朱 克 朱宏丽 朱士俊

编辑办公室

主 任 姚 军 夏 蕾

成 员 孙 宏 卢光明 吴佳佳 郭建刚

《风湿性疾病病案分析》编写人员名单

主	编	黄 峰			
副	主 编	肖玉兰	刘湘源		
主	审	施桂英			
编	委	(按汉语拼音排序)			
		崔鸿雁	郭军华	黄 峰	李胜光
		刘湘源	施桂英	肖玉兰	杨春花
		张江林	朱 剑		
编委会秘书		刘湘源			

临床病案分析丛书

序

在临床医学领域,新的医疗设备的开发和利用,新的诊疗手段的应用和推广,为人类健康保健提供了可靠的保障,同时也对临床医师提出了更高的要求。面对这一发展形势,编写一套全面而系统的《临床病案分析》丛书来总结临床疾病诊治过程中的经验教训,提高临床诊治水平尤显必要。因此,解放军总医院及时组织编写了这套《临床病案分析》丛书。

《临床病案分析》丛书编辑委员会为这套丛书制定的编写方针是:各分册精选已经明确的较疑难的典型病例,在诊断与治疗方面有其特殊性,并完整地表达对本病的诊治思维过程;每一分册力求覆盖本学科大部分病种;所选病例患者均为真实住院患者,主编对每个病例的真实性均做了认真细致的核查。这套丛书中的每一分册,都是经过编审委员会组织有关专家、教授反复论证修改才得以完成的。本套丛书病例诊治具有一定的先进性、实用性,反映了当代临床医学前沿,并具有相对的系统完整性。参加《临床病案分析》丛书编撰工作的同志都是学有专长、术有所擅的临床医学专家,他们之中有姜泗长、黄志强、王士雯、盛志勇院士,有各临床科室主任、老专家和中青年业务骨干,不少同志在国内外享有盛誉。正是由于这一批临床医学专家无私奉献、通力合作和辛勤劳动,才使得这套高水平的《临床病案分析》丛书得以完稿和出版。深信《临床病案分析》丛书的问世,不仅能给广大的临床医师提供大量典型的临床病例,同时也为医学教育,特别是临床医学专业学位教育,提供丰富的临床案例教学资源。在此,谨对《临床病案分析》丛书的出版表示祝贺。

中国工程院院士

黄志强

2003年1月

临床病案分析丛书

前 言

应用先进的技术和手段对各种临床疾患给予科学、合理、及时、有效的诊治,提高人民群众的健康水平是广大医务工作者的神圣使命。人类已进入新世纪,临床医学进展异常迅速,随着新理论、新技术、新设备、新方法的不断出现,临床疾病的诊断技术、治疗方法和治疗效果都有了很大的提高。

解放军总医院是全军规模最大的综合性医院,集医疗、保健、教学、科研于一体,负责军委和四总部的医疗工作,承担全军各大军区、军兵种疑难病的诊治,担负国家及军委领导人的医疗保健任务,同时也收治来自全国各地的地方病人。经过近 50 年的建设,已发展成为人才技术密集、临床学科齐全、仪器设备先进、整体医疗水平较高、在国内外享有较高声誉的现代化医院。解放军总医院同时又是军医进修学院,现有博士学位授权点 25 个,硕士学位授权点 38 个,博士后流动站 2 个,国家重点学科 3 个,每年培养博士、硕士研究生近 200 名。

在长期的临床、教学、科研实践中,我们积累了大量丰富的临床病例资料,这是医院的宝贵财富。为了充分发挥其作用,我们组织了本院及其他兄弟医院多名专家教授,精选了各学科的经典和疑难病例,并参阅了大量国内外文献,以病例形式精心编就此书,以期对各级临床医师、临床医学研究生、进修生、实习生的临床工作有所启示、有所指导。

编写这套丛书的指导思想是通过完整表现病例诊治的思维过程,充分反映临床医学的新进展、新成就。编写中,我们力求做到病例内容真实、新颖,编排系统、全面,临床实用、有效。

本丛书编写过程中,我们得到了科学出版社的热情鼓励和指导。对此,我们表示衷心的感谢。

由于本丛书涉及内容浩繁,加之时间仓促,错谬之处在所难免,敬请读者不吝赐教。

解放军总医院院长

2003 年 1 月

前言

风湿性疾病是以骨、关节、肌肉及关节周围软组织(肌腱、韧带、筋膜)为主要病变的一组疾病。它是一种古老的疾病,但相对其他学科而言,风湿病学在国内外均是一门迅速发展的新兴临床医学学科,正在被越来越多的医务工作者所接受。临床免疫学、分子生物学和遗传学等学科的发展,赋予这一古老的疾病新的内涵。风湿病学呈现多学科交叉重叠的特点,它涉及多个临床医学和基础医学学科。因此,一个好的风湿科医师,必须是一个掌握了风湿病专业知识的全科医师。但目前,国内风湿病学的发展仍不平衡。风湿性疾病的误诊误治在我国极为普遍,国内多数医学院在内科学中基本未讲授风湿病学的内容;许多三级医院还没有风湿病专科,或风湿病科挂靠肾科、血液科、呼吸科、内分泌科下,大量的患者得不到及时的诊治;部分医师继续教育工作落后,基础医疗工作繁忙、粗心,知识结构陈旧、老化。这些都是被误诊和漏诊的重要原因。

进入 21 世纪,临床医生面临着两方面的压力,一方面是知识更新速度的加快,要求医生不断充实自己的业务知识;另一方面是人民大众对健康服务水平的要求越来越高。在市场经济大潮中,医生如果没有良好的医疗技术水平,也会被病人淘汰。而诊治水平的提高,来自理论与实践的密切结合。作为一名临床医生,我深深体会到,教科书为刚刚入门的医生提供了认识疾病的基本知识,现代医学免疫学、影像学和其他新技术更为风湿性疾病的诊断提供了有利条件,但当你第一次面对具体病人时,往往觉得无从下手,从病人提供的资料中得到的线索与正确的诊断、治疗所需相去甚远,尤其是对疑难重症的分析判断需要多年的临床实践与积累。有鉴于此,我们着手编写此书,以期为广大临床医师,尤其是为基层临床工作者提供一部紧密联系实际的参考书。除常见的疾病外,我们有意挑选了一些临床上相对少见,但极易与常见病混淆的风湿性疾病,对这些疾病的诊治需要收集详细的病例资料,需要有扎实的内科学基础知识,更需要客观的逻辑思维分析。

解放军总医院风湿科是我国最早成立的风湿病专科之一,也是全军唯一的风湿病学专业博士学位授权点。本书介绍的病例全部来自住院的真实患者资料,其疾病的诊断、鉴别诊断及治疗非常具有代表性。本书参编人员都工作在临床第一线,提供的都是第一手资料,对病情的分析能做到由表及里、深入浅出,对涉及的其他专科内容也作了精心整理,诊治思维具有逻辑性和代表性。尤其是施桂英、肖玉兰主任医师等编者书写的病例,见解独到,分析深刻,是心血和智慧的结晶。将解放军总医院风湿科这些特殊病例整理、发掘出来,结合本专业最新进展,出版发行,是全体编者多年的心愿,旨在抛砖引玉,希望对下一代风湿病及其他专业临床工作者有参考或借鉴的价值,减少误诊和漏诊,加快提高我国风湿病学学科的总体水平,缩小与国际风湿病学研究水平的差距。值

此解放军总医院建院 50 周年之际,全体编者希望将此书献给为自己成长提供沃土的解放军总医院,祝愿她在新世纪里迈向新的辉煌!在本书编写过程中,科学出版社对编写工作给予了大力支持,解放军总医院各级领导和各编者的家人等均以不同方式给予了关怀和支持,在此一并表示衷心的感谢!由于时间仓促,水平有限,错误之处在所难免,恳切希望读者和同道批评指正。

编 者

2002 年 12 月 6 日

目 录

病案 1	关节疼痛和肿胀 20 个月(类风湿关节炎合并骨关节炎)	1
病案 2	多关节肿痛 3 年,发热 1 周(老年类风湿关节炎并发多发性骨髓瘤)	6
病案 3	多关节疼痛 14 个月,加重 1 个月(起病不典型的老年类风湿关节炎)	11
病案 4	发热及关节肿痛 1 年[幼年类风湿关节炎(全身型)]	17
病案 5	间歇性关节疼痛 20 年,反复双眼疼痛和视物模糊 18 年(以眼炎为突出表现的强直性脊柱炎)	22
病案 6	关节肿痛和发热 4 周(痢疾后关节炎)	29
病案 7	腰痛 5 个月,多关节肿痛 1 个月(结核过敏性关节炎)	35
病案 8	乏力、低热 2 周,发现尿常规异常 6 天(起病不典型的反应性关节炎)	39
病案 9	多关节肿痛 24 年,间断腰痛 11 年,加重伴皮疹 1 年(银屑病关节炎)	46
病案 10	多关节肿痛 10 年,发热 4 个月(长期误诊为类风湿关节炎的慢性痛风性关节炎)	51
病案 11	关节疼痛、增粗、变形 55 年,发作性关节肿痛 11 年(大骨节病合并痛风性关节炎)	57
病案 12	关节疼痛和皮疹 9 年,口、眼发干 3 年(老年系统性红斑狼疮)	66
病案 13	全身乏力、纳差 5 年,牙龈出血半年(以肝硬化为突出表现的系统性红斑狼疮)	73
病案 14	咽痛、右面颊肿 3 个月、发热 10 天(发病不典型系统性红斑狼疮)	80
病案 15	高热伴关节痛 1 个月(系统性红斑狼疮合并脑实质出血)	84
病案 16	反复关节肿痛伴蛋白尿 21 年,髌关节疼痛 11 年(系统性红斑狼疮并发股骨头无菌性骨坏死)	92
病案 17	皮疹、关节痛 9 个月(系统性红斑狼疮继发抗磷脂综合征)	99
病案 18	浮肿、乏力 2 个月,低热、胸闷、腹胀 1 个月(酷似血液病的幼年系统性红斑狼疮)	105
病案 19	手、足皮疹 11 个月,伴发热、面部蝶斑 11 天(系统性红斑狼疮与妊娠)	111
病案 20	皮肤遇冷变色、关节痛 3 年,浮肿 5 个月(以心肾功能不全为主要表现的系统性红斑狼疮)	118
病案 21	间断发热 2 年余,加重伴咳嗽、心慌 40 余天(1 例狼疮患者死亡的经验教训)	124
病案 22	间断发热、关节疼痛 3 年余,鼻出血、皮肤瘀斑 4 天(对乙酰氨基酚引起系统性红斑狼疮患者的肝坏死)	131
病案 23	面部红斑 5 个月及四肢无力 4 个月(皮炎、类风湿关节炎)	137

病案 24	全身无力 13 年,再发伴面部皮疹 1 个月(幼年发病的皮炎炎)	142
病案 25	皮疹 16 个月,发热、肌痛、肌无力 8 个月,高热、咳嗽、咳痰 4 天(以纵隔 气肿为突出表现的皮炎炎)	154
病案 26	发作性腮腺肿痛 10 年,口、眼干燥伴四肢发作性无力 1 年(幼年原发干燥 综合征并发肾小管性酸中毒)	160
病案 27	肌痛、肌无力和皮疹伴发热 2 个月(皮炎炎合并抗合成酶综合征)	167
病案 28	多关节肿痛 5 年,四肢无力 1 年(幼年起病的原发性干燥综合征)	172
病案 29	关节疼痛 25 年,口、眼干燥 11 年,发热和多部位肿物 1 个月(干燥综合征 合并恶性淋巴瘤)	179
病案 30	反复发热 1 年(系统性硬化症的内脏受累)	185
病案 31	反复发热 2 个月余(以血尿为首发表现的成人斯蒂尔病)	193
病案 32	间断性发热和肌痛 9 个月余(以持续高热和肌痛为首发症状的大动脉炎) ...	198
病案 33	发热、肌痛、乏力 7 个月,四肢皮下结节 3 个月(以发热和皮下多发结节 为突出表现的大动脉炎)	204
病案 34	肌痛 4 个月,发热、肌无力 3 个月(以肌痛、肌无力为突出表现的结节性 多动脉炎)	213
病案 35	双小腿肌肉疼痛 2 个月,四肢末端麻木 15 天(高龄发病的结节性 多动脉炎)	222
病案 36	反复发热、咳嗽和憋喘 5 年,加重伴肌痛 3 个月(变应性肉芽肿性 血管炎)	229
病案 37	反复鼻和耳郭肿痛 8 个月(高龄发病的复发性多软骨炎)	235
病案 38	声音嘶哑 2 年,加重伴呼吸困难 6 个月(长期误诊为喉炎的复发性 多软骨炎)	242
病案 39	多部位肌肉疼痛 2 个月(风湿性多肌痛)	248
病案 40	腰腿痛 5 个月,右足、踝部肿痛 3 个月(反射性交感神经营养不良)	254
病案 41	发热、乏力、消瘦 1 年余,皮肤瘙痒 8 个月(原发性胆汁性肝硬化)	261
病案 42	肢体末端间断性烧灼样疼痛 6 年,足部加重伴糜烂 3 个月 (家族性红斑肢痛症)	267
病案 43	反复口腔、外阴部溃疡伴腹痛和关节痛 4 年(酷似白塞病的 克罗恩病)	274
病案 44	关节疼痛 9 年,乏力 2 年,手抖 1 年(以骨质疏松和骨软化为突出表现的 肝豆状核变性)	283
病案 45	右臀部疼痛 12 天(急性化脓性髂髂关节炎)	288
病案 46	下腰痛 2 年,肢体无力 1 年(误诊为强直性脊柱炎的范可尼综合征)	294
病案 47	右侧腰部肿痛伴发热 3 个月(皮下脂膜炎样 T 细胞淋巴瘤)	301
病案 48	反复发热、皮疹、咽痛 2 个月(误诊为成人斯蒂尔病的淋巴瘤)	308
病案 49	反复发热伴乏力、纳差 4 个月余(酷似成人斯蒂尔病的癌性高热)	314

病案 1 关节疼痛和肿胀 20 个月

(类风湿关节炎合并骨关节炎)

本例男性,中年发病,因多关节疼痛、肿胀和晨僵 20 个月,伴类风湿因子(RF)滴度和C反应蛋白(CRP)水平增高、血沉(ESR)增快及关节间隙变窄而确诊为类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)。在长达 6 年半的随访过程中,患者接受控制症状和改变病情药物治疗后,除右膝关节外,其他病变关节均获控制。为此,在发病后 3 年零 10 个月行右膝关节滑膜切除术,并行右小指和左食指关节处囊肿切除。此后,关节活动性病变全部消失,RF 等有关化验恢复正常,但 X 线片示病变仍在缓慢进展。本例就诊时已非疾病早期,但经过内、外科长期综合治疗终使之达到临床缓解。

一、病例介绍

(一) 主诉

关节疼痛和肿胀 20 个月。

(二) 病史

患者,男,45 岁,1994 年 10 月 7 日入院。患者既往体健,发病前 1 周(1992 年 12 月底)曾有发热(38℃)和咳嗽,经抗生素治疗 3 天体温降至正常。1993 年 1 月初,间断出现双肩、肘、膝和足踝趾关节疼痛,无肿胀和活动受限,服吲哚美辛等药物几天关节痛可缓解,但易复发。1994 年 6 月底相继出现双手、腕、踝、踝趾关节和右膝关节持续性疼痛和肿胀,但无明显关节活动受限,晨僵 1 小时,不伴发热、皮疹和指端变色。在当地经多种中药治疗 2 个多月,晨僵消失,左踝关节肿胀减轻,但其他部位不适依旧,因而入院诊治。家族中无类似疾病患者。

(三) 入院查体

体温(T) 36℃,脉搏(P) 84 次/分,呼吸(R) 18 次/分,血压(Bp) 12.93/8.93 kPa (97/67 mmHg)。发育正常,营养好,神志清楚,检查合作,皮肤、淋巴结、头、颈、胸、腹及脊柱均无异常。双手食指及左手中指和小指近端指间关节(PIPJ),左食指和中指及右拇指和小指掌指关节(MCPJ),双腕、右膝和踝及双足踝趾趾关节均有肿胀和压痛,双腕关节背伸轻度受限,右膝浮髌试验阳性,活动范围正常。双膝关节活动时有关摩擦音,双手可见 Heberden 结节。

(四) 辅助检查

ESR 13 mm/h,RF 176 kU/L,CRP 10 mg/L,抗核抗体阴性,血尿酸和肝、肾功能

均正常。双手 X 线片见左手食指和中指 PIPJ 关节间隙变窄,其他部位无异常,双膝关节正常。

(五) 病例特点

- (1) 中年男性,关节病变 20 个月。
- (2) 在多关节疼痛 1 年半后出现多关节肿胀已 3 个月。
- (3) 多数关节病变呈对称性。
- (4) 双手 PIPJ 和 MCPJ 及双腕关节受累。
- (5) 晨僵 1 小时。
- (6) RF 水平增高。
- (7) X 线片见左手 PIPJ 关节间隙变窄。

(六) 初步诊断及处理

(1) 类风湿关节炎:有利点:①1 个以上的关节炎持续超过 6 周;②有手 PIPJ 和 MCPJ 及腕关节关节炎;③对称性关节受累;④1 小时晨僵史;⑤RF 阳性;⑥受累手关节的 X 线病变符合类风湿关节炎。不利点:①无皮下类风湿结节;②入院前晨僵已消失。根据美国风湿病学会 1987 年制订的类风湿关节炎诊断标准,要求 7 条中至少有 4 条,而本例有利点中 6 条均符合,故类风湿关节炎诊断可成立。

(2) 骨关节炎:①患者手 Heberden 结节阳性,即为手骨关节炎标志。尽管患者年龄不足 50 岁及结节部位的关节无疼痛,但也不能否认该病。②患者曾有 1 年多双膝痛史,体检双膝摩擦音阳性。尽管年龄未超过 50 岁,X 线片未显示增生征,也不能排除早期膝骨关节炎之可能性。

本例当前的多关节炎主要由类风湿关节炎所致,与骨关节炎无关,故治疗主要针对类风湿关节炎。对类风湿关节炎采用抗炎止痛,即症状性药物治疗和控制疾病发展即改变病情药物治疗的联合方案。前者以双氯芬酸 25 mg,口服,每日 3 次,后者以金制剂金诺芬 3 mg,口服,每日 2 次,饭后,并加入兼有上述两种作用的药物甲氨蝶呤 7.5~10 mg,静脉滴注,每周 1 次。

(七) 病情经过

经过住院 13 天的治疗,患者关节病变稍有减轻,无药物不良反应,出院按医嘱继续治疗。计划双氯芬酸疗程约需 2~3 个月,待关节疼痛和肿胀消失可停用;金诺芬 6 mg/d,维持 1 年以上;甲氨蝶呤片每周 7.5 mg,维持 1 年左右。

(八) 随访观察

(1) 1996 年 10 月 21 日复诊:患者按第 1 次住院时的治疗方案治疗整 2 年,多数关节的肿痛减轻或消失。但自 1995 年 2 月以来的 20 个月中,右膝关节有持续性疼痛和明显肿胀,步行和屈伸活动受限。曾几次行右膝关节腔穿刺抽液和注入皮质类固醇治疗,

但局部病变仍反复出现。体检:左食指 PIPJ、右小指 MCPJ、双腕和双足跖趾跖趾关节均有轻度肿胀和压痛,右膝关节肿胀明显,浮髌试验阳性,屈伸轻度受限。辅助检查:ESR 17 mm/h, RF 103 kU/L, CRP 3.6 mg/L。血、尿常规和肝、肾功能检查均正常。双手 X 线片与 1994 年 10 月所见相同,双膝关节正侧位片见右膝关节腔和髌上囊有积液征,右胫骨外侧有轻微糜烂,左膝关节无异常。经过 2 年联合方案治疗,患者的关节疼痛程度减轻,肿胀关节的数目已减少,除右膝外,关节肿胀程度也减轻,RF 较前下降,病情趋向好转。但右膝及其他部分关节炎症尚未控制,仍维持金诺芬和甲氨蝶呤,并加青霉胺 0.25 g/d,微粒化尼美舒利 0.2 g/d。

(2) 1997 年 1 月 30 日复诊:因右膝关节积液持续 21 个月不愈,于 1996 年 11 月在北京某医院接受右膝关节滑膜切除术,术后伤口及关节功能恢复良好。现右膝关节无肿胀,偶于劳累后痛,双腕和右拇趾关节活动时轻痛,左食指和右小指 PIPJ 和 MCPJ 仍肿。体检:右小指 PIPJ 和 MCPJ 及左食指 PIPJ 各有一 0.5~1.5 cm 大小囊肿,双腕和右跖趾跖趾关节(MTPJ)饱满并有压痛,右浮髌试验阴性,有轻压痛,屈伸无限制。ESR 4 mm/h, RF 37.6 kU/L, CRP 3.6 mg/L,血、尿常规和肝、肾功能均为正常。继续服金诺芬 6 mg/d,青霉胺 0.25 g/d 和甲氨蝶呤 5 mg/周。

(3) 1997 年 7 月 2 日复诊:病情稳定,双腕偶痛,右膝有胀感,无晨僵。体检:右小指 MCPJ 和右食指 PIPJ 各有一蚕豆和黄豆大小囊肿,双腕同前,右膝浮髌试验阴性,但略饱满。6 月拍手 X 线片,见左食指 PIPJ 间隙变窄有小糜烂,双腕和膝关节无明显异常。继续服金诺芬 6 mg/d,甲氨蝶呤 5 mg/周,氯喹 0.25 g/d,停青霉胺,加硫酸氨基葡萄糖 314 mg,口服,每日 3 次。

(4) 1998 年 7 月 16 日复诊:1997 年 10 月在外院行左食指 PIPJ 和右小指 MCPJ 囊肿切除,伤口愈合好。体检:双手各关节无肿胀和压痛,双腕略饱满,屈伸略受限,双膝浮髌试验阴性,右膝略饱满。ESR 8 mm/h, RF 25.1 kU/L, CRP 4.7 mg/L。血、尿常规及肝、肾功能正常,外眼和眼底检查无异常,治疗同前。

(5) 1999 年 10 月 22 日复诊:双腕活动度增加,无关节痛。甲氨蝶呤已服 3 年,于去年 12 月停。双手和膝关节 X 线片与 1994 年和 1997 年对比,显示右腕关节间隙模糊,并有糜烂,提示病变较前加重,膝关节变化不明显。金诺芬 6 mg/d,氯喹 0.25 g/d,来氟米特 10 mg/d,硫酸氨基葡萄糖 314 mg,口服,每日 3 次。

(6) 2001 年 3 月 5 日复诊:劳累时右腕和右膝关节有轻微疼痛,其他关节无不适。体检:双手、肘、肩和踝关节无异常,双腕饱满,压痛阴性,屈伸轻度受限。右膝饱满,无积液和压痛,左膝正常。ESR 4 mm/h, RF 20 kU/L, CRP 0.5 mg/L。血、尿常规及肝、肾功能无异常。继续服金诺芬 4.5 mg/d,来氟米特 10 mg/d,氯喹 0.25 g,隔日 1 次。

二、分析与讨论

(一) 关于类风湿关节炎

(1) 本例有持续 6 周以上的关节炎,有类风湿的典型受累关节如近端指间、掌指及

跖趾、腕和膝等,病变多呈对称性分布。晨僵 1 小时,RF 阳性及关节 X 线片改变等,足以符合类风湿关节炎诊断标准,并处于疾病活动期,且因个别手关节已有关节间隙变窄,提示关节软骨已受损伤。尽管只有个别关节有破坏性病变及病程不到 2 年,但已非疾病早期,关节功能完全恢复的可能性不容乐观。

类风湿关节炎治疗的目的是消除症状,控制或减缓疾病发展,保持关节功能,防止残疾和纠正畸形。在疾病早期或具有可逆性关节功能障碍者,及早联合应用控制症状和改变病情药物可使绝大多数患者获得完全缓解。

本例入院确诊后即应用双氯芬酸、甲氨蝶呤和金诺芬联合治疗。2 年后随访病情明显改善,多数关节症状消失或减轻,RF 滴度下降。

双氯芬酸为抗炎、止痛药物,对缓解关节疼痛、肿胀和晨僵有较好的疗效,通常在服药 3~7 天出现,2~4 周总的疗效可达 80% 左右。本例患者对其反应良好且无不良反应。

20 世纪 80 年代末,国外提出小剂量甲氨蝶呤(5~15 mg/周)可作为活动性类风湿关节炎,尤其是早期患者的必选药物。该药既有抗炎,又有改变病程作用,并能在用药后 6~8 周开始见效,比其他慢作用药早见效 1~2 个月。而且,每周小剂量一次给药(口服、静脉或肌肉注射途径均可)不良反应较小。但该品用到 6 个月出现“平台”现象,疗效不能再增为其不足。故最早国外推荐其疗程为 6~12 个月,目前也有更长疗程的报道,本例疗程达 3 年,未见血液、肝、肺及其他系统的不良反应。

患者自确诊后即接受口服金制剂金诺芬治疗。该品可抑制类风湿关节炎的病情进展,延缓或修复关节软骨病变,维持临床症状缓解,使 RF 转阴和使 CRP 降至正常。该品疗效虽不及注射金制剂,但其安全性却明显高于注射金制剂,撤药率明显低于注射金制剂。而且,只要早期类风湿及早接受该品并长期治疗者,几乎都可收到满意效果。金诺芬在治疗后 3~4 个月开始见效,随疗程延长疗效日益明显。通常治疗 1 年左右患者关节症状逐渐消失,抗炎药可停用,但金诺芬必须继续治疗 2 年左右 RF 可明显下降甚至转阴。大约 30% 接受该品的患者,在治疗的第 1 个月内可出现大便变稀和量多,或出现皮疹,反应不重者,经治疗几天可自行消退。长期治疗者个别病例可见蛋白尿或血尿,或血细胞减少,和其他改变病情药物如柳氮磺吡啶或青霉胺对比,金诺芬剂量最小,疗效更肯定,不良反应更少。本例 7 年疗程显示疗效明显,未见不良反应。

本例甲氨蝶呤应用了 3 年后停药。1999 年双腕关节已无症状且活动度较前增加,复查手 X 线片并和以往对比,发现右腕关节间隙模糊,并有糜烂,提示局部病变较前加重,故加来氟米特,已用 1 年,无不良反应。该药为一种新型免疫抑制剂,是第一个专门设计为治疗类风湿关节炎的改变病情药物。它对类风湿的疗效和甲氨蝶呤相当,但它又优于后者:①对胃肠道和肝脏影响较少;②不仅无甲氨蝶呤治疗 6 个月后出现“平台”现象和疗效不能再增的弊病,而且还随疗程延长疗效继续增加;③疗程在 2 年以上者关节间隙狭窄程度明显小于甲氨蝶呤。

目前对类风湿关节炎的治疗只能达到控制疾病发展、维持缓解状态,而尚无根治类风湿关节炎的办法。因而,国外专家指出类风湿关节炎得到控制或完全缓解后,必须继

续用有效药物维持,否则,一旦停药病情迟早要复发。

(2) 滑膜切除术是治疗类风湿关节炎的方法之一,尤其是膝关节。双膝关节的滑膜面积约占全身滑膜关节的 70%。在类风湿的膝关节滑膜炎,滑膜极度增生及血管翳形成,它们本身对软骨的侵蚀及其释放的炎性介质和各种酶类都可给关节造成不可逆的损伤。

为此,骨科专家认为,滑膜切除治疗类风湿滑膜炎的最好时机应在患者经过正规治疗 6~8 个月而疗效不佳,和关节软骨未被破坏之前尽早进行。但风湿专业人士则认为:①滑膜切除只能解决局部问题,而且如果切除不彻底存在复发的可能;②半年左右内科正规治疗无效,不等于其后不出现疗效;③个别关节手术不可能诱导其他关节的活动性消失,仍需全身治疗,即使已行滑膜切除术者,术后亦需全身治疗;④据估计,90%的类风湿关节炎的关节破坏性病变发生在发病后 2~3 年,只要早诊断和早治疗获得完全缓解的机会很大。本例在全身病变好转情况下,因持续右膝关节积液对保守治疗反应不佳,加之有微小软骨糜烂征,故适于采取局部滑膜切除治疗措施。事实也证明,患者术后右膝关节积液和疼痛消失,关节屈伸度增加。但为稳定局部和全身病变仍继续药物治疗。

(二) 关于骨关节炎

骨关节炎不同于类风湿关节炎,如前者病变始发于关节软骨,引起软骨变性、糜烂和剥脱;而后者始发于滑膜,引起滑膜增生、充血、水肿和血管翳形成。但两者最后结局都可致关节软骨和软骨下骨破坏,最终引起关节畸形和残疾。骨关节炎既可为原发性,也可为继发性,如继发于创伤或类风湿关节炎。

本病例第 1 次住院时 45 岁,当时已发现有 Heberden 结节,此为手骨关节炎的典型体征;另于体检发现双膝关节有摩擦音,提示关节软骨表面已不光滑,为骨关节炎的表现。加之患者已有类风湿关节炎可加重软骨病变,尽管膝关节 X 线片尚无骨赘形成,但早期膝关节骨关节炎及手骨关节炎诊断可成立。

目前,对骨关节炎症状治疗推荐的首选药物为对乙酰氨基酚,其对胃、肠、肝和肾的不良反应用于非甾体类抗炎药(简称抗炎药),每日用量不超过 3.0 g。其次为抗炎药,由于吲哚美辛、阿司匹林、萘普生和保泰松等对关节软骨基质蛋白聚糖合成有抑制作用,对骨关节炎不宜使用,尤其不宜长期使用。经临床和实验观察提示萘丁美酮、依托度酸、双氯芬酸、舒林酸和美洛昔康等对软骨基质蛋白聚糖合成无不良影响,甚至有促进合成作用,故适于骨关节炎的长期应用。

自 20 世纪 90 年代以来,国际上对骨关节炎也提出改变病情药物。据称,动物实验显示四环素族药物有此功能,因为该类药物有抑制软骨基质金属蛋白酶作用,从而减少对软骨破坏,但至今缺乏临床正式报道。目前使用最多和不良反应极少的药物是硫酸氨基葡萄糖(glucosamine),该药为软骨基质的天然成分之一,既可补充该成分又可刺激软骨细胞合成蛋白聚糖,长期应用有抗炎止痛和保护软骨作用,减缓关节间隙狭窄程度。本例在骨关节炎早期即使用硫酸氨基葡萄糖,服药 3 年余无不良反应,而且尽管年