

主编：蔡 青 韩星海

常见风湿病
诊断标准指南

常见风湿病

诊断标准指南

第二军医大学出版社

第二军医大学出版社

常见风湿病诊断标准指南

蔡 青 韩星海 编著

第二军医大学出版社

内容简介

本书主要选用美国风湿病学会已制定或承认的常见风湿性疾病,如各种弥漫性结缔组织病,系统性血管炎和部分炎症性关节炎等的分类标准或诊断标准及其处理原则,对各标准的具体定义作出了详细描述,便于读者能准确把握。绝大部分标准都给出敏感性和特异性。所有标准均标出来源和参考文献,以便读者进一步查询。部分已经证实的标准给出“分类树”证实方法。部分未经证实的标准也一并给予说明。本手册方便实用,适合于各级医生的临床实践。

图书在版编目(CIP)数据

常见风湿病诊断标准指南/蔡青,韩星海 编著. — 上海:第二军医大学出版社,2001.6

ISBN 7-81060-159-8

I. 风… II. ①蔡…②韩… III. 风湿病-诊断-标准-指南 IV. R593.210.4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 24458 号

常见风湿病诊断标准指南

编 著 蔡 青 韩星海

责任编辑 傅淑娟

第二军医大学出版社出版发行

(上海翔殷路 818 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店经销

上海锦佳装璜印刷发展公司印刷

开本:787×960 1/32 印张:2.625 字数:60 700

2001 年 6 月第 1 版 2001 年 6 月第 1 次印刷

印数:1~5 000

ISBN 7-81060-159-8/R·098

定价:8.00 元

前 言

风湿病在我国是一种常见病和多发病。经过近20年的不懈努力,医学界对风湿病的认识不断深入,诊治水平也不断提高。但由于风湿病缺乏特异性症状、体征和化验检查,各病种之间又有混合重叠现象,再加上我国风湿病领域起步较发达国家晚,以至于在临床实际工作中易造成误诊、漏诊,从而延误病人得到早期治疗的时机。为此,我国许多著名风湿病专家一直都在倡导早日完善常见风湿病诊治标准的制定。本书正是为响应这一倡导,以诊断指南手册形式编写,力求做到结合临床实际,且简练、实用。

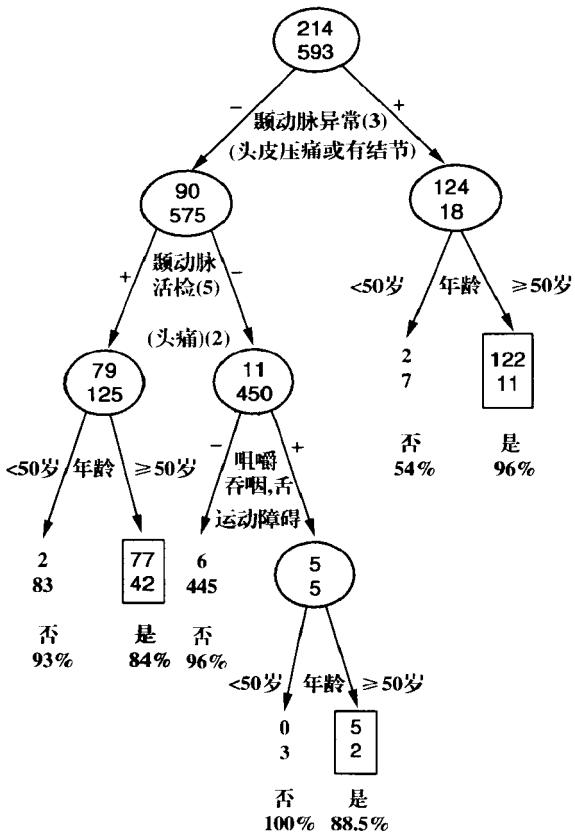
本书精选列举出常见风湿性疾病如各种弥漫性结缔组织病,系统性血管炎和炎症性关节炎等的分类标准或诊断标准。分类标准和诊断标准有所不同。最初制定分类标准的目的是将此类病人与其他病人区分开来,以便进行流行病学调查,如评价疾病的发生率及严重性;不同医学中心病人间的比较与交流;研究机构之间研究结果的比较;试验性治疗时病人选择的统一等。故分类标准并不是为诊断病人用的。但事实上,分类标准经常被用来对某个具体病人的诊断。这一方面是病人个体分类的需要,

另一方面也是在临床经验基础上病人诊断的需要。由于目的不同,分析技术有所不同,在应用分类标准诊断病人时要具体分析,不排除特殊或例外情况。

本书部分疾病列出分类标准和分类树二种方法。如类风湿关节炎,其中一种是美国风湿病协会提出的 7 条标准中符合 4 条以上者可以分类诊断,其敏感性为 91.2%,特异性为 89.3%。另一种以“分类树”(classification tree)的方法作为补充,其选用的标准大部分来自分类标准。如病人同时有至少三个关节区域的关节炎和有放射学改变,就有 95% 的机会满足诊断。相反若缺少至少三个关节区域的关节炎,无类风湿因子的阳性,只有不足 4% 的机会被诊断为类风湿关节炎。这种方法得出的敏感性为 93.5%,特异性为 89%。“分类树”的意义在于帮助我们掌握存在于分类标准中的精髓,更加准确地把握每种疾病的诊断。这无论对有经验的临床医生还是初涉医学奥秘的实习医生都是有益的。

应用分类树时请注意,圆圈和方块内上面的数字表示验证组病人例数,下面的数字表示对照组例数。箭头旁‘+’号表示满足所列条件,‘-’表示不能满足所列条件。所列条件后括号内的数字与分类标准的序数一致。方块下方的百分比为符合本项诊断的比率,即敏感性,计算为:
$$\frac{\text{真阳性率}}{\text{真阳性率} + \text{假阴性率}}$$
“否”下方的百分比为不符合本项条件的比率,即特

异性, 计算为: $\frac{\text{真阴性率}}{\text{真阴性率} + \text{假阳性率}}。$



以巨细胞动脉炎为例(分类树如图示,第61页)。同时符合颞动脉异常和年龄大于50岁二条,在214例患者中有122例,593例对照组病人中有11例。其真阳性率为 $122/214=57\%$,假阴性率为 $11/593=1.85\%$;故此项指标敏感性为 $57/(57+1.85)=96\%$ 。不符合颞动脉异常,但颞动脉活检阳性,而年龄小于50岁者中,214例患者中占2例,593例对照中占83例。其真阴性率为 $83/593=14\%$,假阳性率为 0.9% ;故此项指标的特异性为 $14/(14+0.9)=93\%$ 。

我国风湿性疾病的发展还很不均衡,目前许多疾病仍被认为是疑难杂症。本小册子作为临床医生的常备手册,相信不论对风湿免疫病专科医生,还是普通内科医生,实习医生的临床诊断,都会带来很多便利。

由于人们对疾病认识的不断深入,也由于作者自身水平的限制,本书肯定存在不足与错误。恳请广大读者提出宝贵意见。

编 者

2001年1月于上海

目 录

系统性红斑狼疮分类标准·····	(2)
系统性红斑狼疮活动性指数记分·····	(4)
类风湿关节炎分类标准·····	(6)
类风湿关节炎放射学进展分期·····	(8)
类风湿关节炎功能分类标准·····	(9)
类风湿关节炎病情改善初步定义·····	(10)
类风湿关节炎活动性评定·····	(12)
类风湿关节炎基本状况评估·····	(13)
类风湿关节炎处理原则·····	(14)
类风湿关节炎临床缓解标准·····	(15)
儿童原发性关节炎分类标准·····	(16)
系统性硬化症分类标准·····	(22)
成人斯蒂尔病诊断标准·····	(23)
多发性肌炎和皮肌炎诊断标准·····	(24)
干燥综合征分类标准·····	(26)
干燥综合征诊断标准·····	(28)
混合结缔组织病诊断标准·····	(30)
SHARP 综合征分类标准·····	(31)
风湿热诊断标准·····	(32)
川崎病诊断标准·····	(33)
白塞病诊断标准·····	(34)

抗磷脂综合征分类标准	(36)
脊柱关节病分类标准(欧洲标准)	(38)
脊柱关节病分类标准(Amor 标准)	(40)
强直性脊柱炎诊断标准	(41)
急性原发性痛风性关节炎分类标准	(42)
手骨关节炎分类标准	(43)
膝骨关节炎分类标准	(44)
膝骨关节炎处理原则	(45)
髋骨关节炎分类标准	(46)
髋骨关节炎处理原则	(47)
结节性多动脉炎分类标准	(48)
韦格纳肉芽肿分类标准	(50)
大动脉炎分类标准	(52)
过敏性肉芽肿性血管炎分类标准	(54)
过敏性紫癜分类标准	(56)
高敏性血管炎分类标准	(58)
巨细胞动脉炎分类标准	(60)
血栓闭塞性脉管炎诊断标准	(62)
复发性多软骨炎分类标准	(63)
纤维肌痛症分类标准	(64)
附录一 本书英文缩写注释	(66)
附录二 关节炎患者健康咨询问答	(68)
参考文献	(70)

常见风湿病诊断标准

符合诊断
所需条件

系统性红斑狼疮(SLE)分类标准

ACR 修订^[1], 1982 年

4 条
同时存在
或
先后出现

1. **蝶形红斑** 遍及颧部的固定性红斑, 扁平或高出皮面, 很少累及鼻唇沟。
2. **盘状红斑** 隆起的红斑上覆有角质性鳞屑和毛囊栓塞, 旧病灶处可有萎缩性疤痕。
3. **光过敏** 可观察到或病史中提及日照后面部皮肤出现不寻常的红斑。
4. **口腔溃疡** 可观察到口腔或鼻咽部无痛性溃疡。
5. **关节炎** 累及二个或二个以上外周关节的非侵蚀性关节炎, 可有关节肿胀、压痛或积液。
6. **浆膜炎**
 - (1) 胸膜炎: 肯定的胸痛病史, 或听诊有胸膜摩擦音, 或有胸腔积液的证据; 或
 - (2) 心包炎: 心电图异常; 或有心包摩擦音, 或有心包渗液。
7. **肾脏病变**
 - (1) 持续性蛋白尿, 大于 0.5 克/24 小时; 若不能定量, 持续大于 + + +。
 - (2) 细胞管型: 可为红细胞、血红蛋白、颗粒管型或混合性细胞管型。

8. 神经系统病变

- (1) 癫痫: 非药物或代谢紊乱所致, 如尿毒症、酮症酸中毒或电解质紊乱。
- (2) 精神病: 非药物或代谢紊乱所致, 如尿毒症、酮症酸中毒或电解质紊乱。

9. 血液系统紊乱

- (1) 溶血性贫血伴网织红细胞增多; 或
- (2) 白细胞减少: 至少二次以上低于 $4 \times 10^9/L$; 或
- (3) 淋巴细胞减少: 至少二次以上少于 $1.5 \times 10^9/L$; 或
- (4) 血小板减少: 低于 $100 \times 10^9/L$ (除外药物影响)。

10. 免疫学异常

- (1) 狼疮细胞阳性; 或
- (2) 抗双链 DNA 抗体阳性; 或
- (3) 抗 Sm 抗体阳性; 或
- (4) 血清梅毒试验假阳性至少持续 6 月。

11. 抗核抗体

免疫荧光抗核抗体滴度异常或相当于该法的其他试验滴度异常, 排除药物性狼疮综合征。

注: 我国学者提出增加①补体 C_3 降低; ②皮肤狼疮带实验阳性或肾活检阳性二条。当 13 条中出现 4 条或 4 条以上可诊断。

系统性红斑狼疮活动性指数记分^[2]

系统性红斑狼疮活动性指数记分(SLEDAI Score)表

记分	项目	说明
≤5分 稳定	8 抽搐	近期出现,除外其他原因
	8 精神病	对现实辨认障碍,因而正常活动能力改变,包括幻觉,思维无连贯性、不合理,思维内容贫乏、无衔接,行为多变、无意义、呆板。除外尿毒症及药物引起
	8 器质性脑综合征	脑力改变如定向差,记忆力差,智能差。临床表现突起并有波动性,包括意识模糊,集中力减退,不能持续注意周围环境,至少下述知觉力有两项异常:语言不连贯,失眠,白天困倦,精神运动活性减低或亢进
6-10分 轻度活动	8 视觉	狼疮视网膜病变,视网膜出血,脉络膜浆液渗出或出血,视神经炎。除外由于高血压、药物或感染引起
11-20分 中度活动	8 脑神经	新出现的知觉或运动神经病,涉及某脑神经
>20 重度活动	8 狼疮头痛	持续严重头痛,可呈偏头痛,麻醉性止痛剂无效
	8 脑血管意外	新出现,除外动脉粥样硬化
	8 血管炎	破溃、坏死,手指压痛结节,甲床周围梗死,碎片出血,为活检或血管造影证实之血管炎
	4 关节炎	至少两个关节痛并有炎性表现,如压痛、肿胀或积液

(续上表)

记分	项目	说 明
4	肌炎	肢端肌痛, 无力并有肌酸磷酸激酶(CPK)升高, 肌电图改变或活检证实有肌炎
4	管型	血铁素或红细胞管型
4	血尿	>5 红细胞/高倍视野, 除外其他原因
4	蛋白尿	>0.5 g/24 h, 近期出现或近期增加0.5 g/24 h 以上
4	脓尿	>5 白细胞/高倍视野, 除外感染
2	皮疹	新出现或反复出现
2	脱发	新出现或反复出现
2	粘膜溃疡	新出现或反复出现
2	胸膜炎	胸膜性胸痛, 并有摩擦音或积液或胸膜肥厚
2	心包炎	心包痛及心包摩擦音或积液(心电图或超声心动检查证实)
2	低补体	CH ₅₀ , C ₃ , C ₄ 下降, 低于正常范围最低值
2	抗 ds-DNA 抗体	↑
1	发热	>38℃
1	血小板下降	<100 × 10 ⁹ /L
1	白细胞下降	<3 × 10 ⁹ /L(3 000/mm ³)

总 SLEDAI 评分 = 疾病活动性指数, 共 105 分。

符合诊断
所需条件

类风湿关节炎(RA)分类标准

ACR 制定^[3], 1987 年

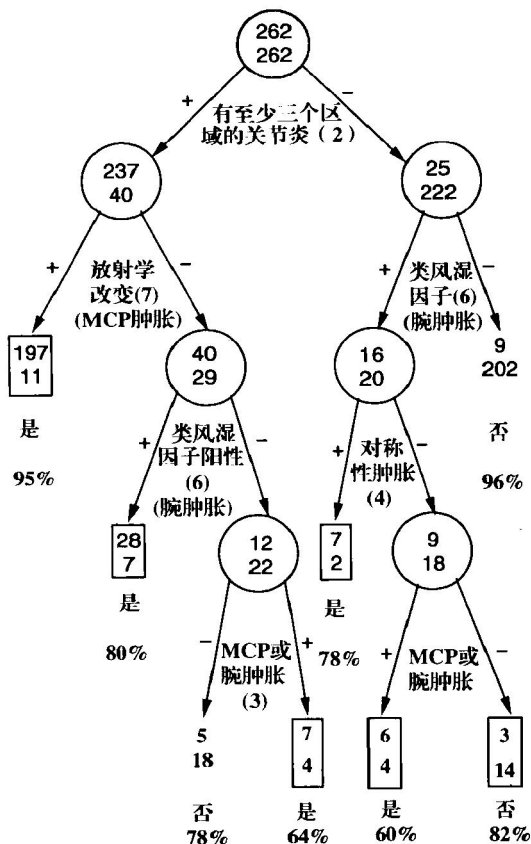
4 条

敏感性
91%
特异性
89%

1. **晨僵** 关节及关节周围僵硬,在最大限度改善前至少持续 1 小时。
2. **三个或三个以上的关节炎** 由医生观察到 14 个关节区包括左和右侧掌指关节(MCP)、近端指间关节(PIP)、腕关节、肘关节、膝关节、踝关节和足趾跖关节(MTP)中至少有三个关节区同时出现软组织肿胀或积液。
3. **手关节炎** 腕关节、掌指关节和近端指间关节中至少有一个区域肿胀。
4. **对称性关节炎** 同时侵及左右两侧相同的关节区(2 已定义的范围),双侧的 PIPs、MCPs、MTPs 受累时不要求绝对对称。
5. **类风湿结节** 医生观察到骨突起部,或伸肌表面,或关节旁的皮下结节。
6. **血清类风湿因子阳性** 不论何种检测方法都应有对照,即该方法在正常人群中阳性率小于 5%。
7. **放射学改变** 典型类风湿性关节炎的后前位手和腕关节 X 线改变包括受累关节侵蚀样变,或局部,或其邻近有明显的骨质脱钙(仅有骨关节炎样改变不够)。

注:其中1~4条必须持续6周以上。不排除病人有二个临床诊断。不诊断为可能类风湿性关节炎。

分类树:



262 例
RA
262 例
对照

敏感性
93.5%
特异性
89%

本标准
已经证实

类风湿关节炎放射学进展分期^[4]

第一期 早期

- * 1. X线检查无破坏性改变;
- 2. X线有骨质疏松的证据。

第二期 中期

- * 1. 放射学有骨质疏松证据,伴有或不伴有轻度软骨和软骨下骨破坏;
- * 2. 无关节畸形,可有活动受限;
- 3. 关节邻近肌肉萎缩;
- 4. 关节外软组织病变如类风湿结节和腱鞘炎。

第三节 晚期

- * 1. 放射学有软骨和骨质破坏的证据,并有骨质疏松;
- * 2. 关节畸形如半脱位,尺侧偏斜,或过伸状态,无纤维性或骨性强直;
- 3. 广泛肌肉萎缩;
- 4. 关节外软组织病变如类风湿结节和腱鞘炎。

第四期 终末期

- * 1. 纤维性或骨性强直;
- 2. 余同第三期。

注:序号前*号表示该项对任何分期都是必须的。