

总主编 刘新民

现代疾病鉴别诊断学系列丛书

风湿病 鉴别诊断学

主编 宋丽新 赵东宝 于清宏 王良明 刘纪宁

FENGSHIBING
JIANBIE
ZHENDUANXUE

军事医学科学出版社

• 现代疾病鉴别诊断学系列丛书 •

风湿病鉴别诊断学

主 编 宋丽新 赵东宝 于清宏 王良明 刘纪宁

军事医学科学出版社
• 北 京 •

内容提要

本书是《现代疾病鉴别诊断学系列丛书》之一。以各疾病的诊断和鉴别诊断为重点,对风湿、免疫及骨骼疾病进行了全面系统的阐述。本书的一个特点是按照症状对疾病进行了划分归类,以症状为线索,将各系统疾病横向联系起来,有利于各疾病之间的比较和鉴别。本书适合临床医师阅读。

图书在版编目(CIP)数据

风湿病鉴别诊断学/宋丽新等主编.

(现代疾病鉴别诊断学系列丛书)

- 北京:军事医学科学出版社,2005

ISBN 7-80121-667-9

I. 风… II. 宋… III. ①风湿病-鉴别诊断②免疫性疾病-鉴别诊断③骨疾病-鉴别诊断 IV. R593.04②R680.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 052097 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884402 转 6210,6216,6213

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 刷:廊坊市金盛源印务有限公司

装 订:北京彩虹伟业装帧有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:30.75

字 数:749 千字

版 次:2006 年 9 月第 1 版

印 次:2006 年 9 月第 1 次

定 价:70.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《风湿病鉴别诊断学》编委会

主 编 宋丽新 赵东宝 于清宏 王良明 刘纪宁

副主编 韩星海 吴齐雁 李彦兵

主编助理 贾立辉

编 委 施治青 林翊萍 陈 梅 郝 煜

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 禹	吕 烨	孙文武	毕冬敏
何宏军	宋书林	宋久荣	张兰玲
张 楠	李九翔	赵福涛	郭 琳
曹景泉	程 昉	蒋春娇	薛 冰

《现代疾病鉴别诊断学系列丛书》编委会

总 主 编 刘新民

副总主编 (按姓氏笔画为序)

马秀岚 于清宏 王耀山 兰 平 池肇春

乐 杰 刘纪宁 汪 荷 宋芳吉 陈 萍

周淑芸 杨彦昌 韩雅玲 张素芬 曾定尹

赵东宝 魏克伦

主编助理 汪 勇 刘彦琴

序

“医学欲发展,图书应先行”。目前医学科学已进入一个新的历史时期,从而出现了大量的新理论、新概念、新技术,临床医学和基础医学之间、各学科之间,相互渗透日益加深。因此,临床工作急需一套观点新、起点高、内容新、涵盖广(包括罕见病),具有一定权威性、先进性、科学性和实用性的大型医学诊断参考书。所以本《丛书》着重讨论临床上经常遇到的症状、体征、实验室检查异常和某些特殊类型与所考虑到的有关疾病相鉴别,既能反映国内外近 10 年来医学的新理论、新进展,又广集各类疾病诊断的临床实践经验,力争成为我国现代医学临床鉴别诊断的重要参考书,以启迪中青年医师的思维,开阔思路,以使其正确掌握和充分运用所获得的诊断信息,从纵横角度认识疾病和解决临床上一些极其复杂的现象,从而提高临床诊治水平,促进我国医学事业的发展。

本《丛书》共 14 卷,涵括神经、心脏、呼吸、消化、肾脏、风湿、血液、内分泌、儿内、妇产、眼科、口腔、耳鼻咽喉、皮肤 14 个学科,每卷平均约百万字。分别从不同角度详述了多学科的疾病症状鉴别诊断特点。本《丛书》系统深入,内容丰富,取材新颖,是我国现代临床医学,多学科诸病种的症状鉴别诊断的实用参考书。

由于该丛书编著者水平不尽一致,不足之处在所难免,诚望读者谅解,敬请同仁批评、指正。

刘新民

2003 年金秋 于沈阳军区总医院

目 录

第一篇 常见风湿病的诊断和鉴别诊断

第一章 类风湿关节炎.....	(1)
第二章 强直性脊柱炎.....	(8)
第三章 骨关节炎	(14)
第四章 痛风	(17)
第五章 风湿热	(22)
第六章 系统性红斑狼疮	(25)
第七章 多发性肌炎和皮肌炎	(31)
第八章 系统性硬化症	(34)
第九章 混合性结缔组织病	(36)
第十章 干燥综合征	(38)
第十一章 血管炎	(42)
第十二章 纤维肌痛症	(56)

第二篇 风湿病常见症状的鉴别诊断

第一章 风湿病引起关节病变的鉴别诊断	(59)
第一节 风湿病引起关节炎的鉴别诊断	(59)
第二节 风湿病引起急性单关节炎的鉴别诊断	(63)
第三节 风湿病引起慢性单关节炎的鉴别诊断	(75)
第四节 风湿病引起多关节炎的鉴别诊断	(85)
第五节 风湿病引起急性多关节炎的鉴别诊断	(89)
第六节 风湿病引起慢性多关节炎的鉴别诊断	(106)
第七节 风湿病引起进展性、破坏性、大单关节炎的鉴别诊断	(123)
第八节 风湿病引起远端指间关节炎的鉴别诊断	(124)
第九节 风湿病引起肩关节破坏性病变的鉴别诊断	(125)
第十节 风湿病引起股骨头病变的鉴别诊断	(126)
第十一节 风湿病引起髌髌关节病变的鉴别诊断	(128)
第十二节 风湿病引起单髌关节炎的鉴别诊断	(129)
第十三节 风湿病引起关节局部表现的鉴别诊断	(130)
第十四节 风湿病所致关节间隙变窄的鉴别诊断	(131)
第十五节 风湿病引起伴其他部位受累的关节炎的鉴别诊断	(136)

第十六节 风湿病引起皮下结节伴关节炎的鉴别诊断	(143)
第二章 风湿病引起疼痛的鉴别诊断	(148)
第一节 风湿病引起腰背痛的鉴别诊断	(148)
第二节 风湿病引起腰腿病的鉴别诊断	(158)
第三节 风湿病引起腰痛的鉴别诊断	(159)
第四节 风湿病引起脊柱关节痛的鉴别诊断	(162)
第五节 风湿病引起骶髂关节痛的鉴别诊断	(166)
第六节 风湿病引起足跟痛的鉴别诊断	(171)
第七节 风湿病引起多部位骨痛的鉴别诊断	(173)
第八节 风湿病引起肌痛的鉴别诊断	(173)
第九节 风湿病引起肢体疼痛的鉴别诊断	(177)
第三章 风湿病引起皮肤病变的鉴别诊断	(182)
第一节 风湿病引起全身皮疹的鉴别诊断	(182)
第二节 风湿病引起发热伴皮疹的鉴别诊断	(187)
第三节 风湿病引起颜面红斑的鉴别诊断	(191)
第四节 风湿病引起肢体红斑的鉴别诊断	(193)
第五节 风湿病引起结节红斑的鉴别诊断	(195)
第六节 风湿病引起皮肤结节红斑伴发热的鉴别诊断	(195)
第七节 风湿病引起小腿结节样红斑的鉴别诊断	(196)
第八节 风湿病引起皮下小结的鉴别诊断	(198)
第九节 风湿病引起无痛性皮下小结的鉴别诊断	(200)
第十节 风湿病引起痛性皮下小结的鉴别诊断	(204)
第十一节 风湿病性血管炎的鉴别诊断	(206)
第十二节 风湿病引起网状青斑的鉴别诊断	(208)
第十三节 风湿病引起紫癜的鉴别诊断	(209)
第十四节 风湿病引起毛细血管扩张的鉴别诊断	(210)
第十五节 风湿病引起雷诺现象的鉴别诊断	(212)
第十六节 风湿病引起皮肤溃疡的鉴别诊断	(213)
第十七节 风湿病引起口腔溃疡的鉴别诊断	(215)
第十八节 风湿病引起生殖器溃疡的鉴别诊断	(218)
第十九节 风湿病引起皮肤硬化的鉴别诊断	(219)
第二十节 风湿病引起症状性脱发的鉴别诊断	(222)
第二十一节 风湿病引起指甲病变的鉴别诊断	(224)
第二十二节 风湿病引起光过敏疾病的鉴别诊断	(228)
第二十三节 风湿病引起猩红热样皮疹的鉴别诊断	(230)
第四章 风湿病引起发热的鉴别诊断	(235)
第一节 风湿病引起急性发热的鉴别诊断	(235)
第二节 风湿病引起慢性微热的鉴别诊断	(246)
第三节 风湿病引起高热的鉴别诊断	(249)

第四节	风湿病引起周期性发热的鉴别诊断	(254)
第五节	风湿病引起长期发热的鉴别诊断	(258)
第六节	风湿病引起长期不明原因发热的鉴别诊断	(261)
第七节	风湿病引起长期不明原因低热的鉴别诊断	(264)

第三篇 风湿病引起系统改变的鉴别诊断

第一章	风湿病引起神经系统症状的鉴别诊断	(265)
第一节	风湿病引起瘫痪的鉴别诊断	(265)
第二节	风湿病引起截瘫的鉴别诊断	(269)
第三节	风湿病引起头痛的鉴别诊断	(271)
第四节	风湿病引起癫痫发作的鉴别诊断	(274)
第五节	风湿病引起浅反射异常的鉴别诊断	(275)
第六节	风湿病引起脑膜刺激征的鉴别诊断	(278)
第七节	风湿病引起颅内压增高的鉴别诊断	(289)
第八节	风湿病引起急性意识障碍的鉴别诊断	(292)
第九节	风湿病引起睡眠障碍的鉴别诊断	(304)
第二章	风湿病引起心脏症状的鉴别诊断	(308)
第一节	风湿病引起心脏受累的鉴别诊断	(308)
第二节	风湿病引起大血管损害的鉴别诊断	(312)
第三章	风湿病引起呼吸系统症状的鉴别诊断	(315)
第一节	风湿病引起急性呼吸困难的鉴别诊断	(315)
第二节	风湿病引起慢性呼吸困难的鉴别诊断	(317)
第三节	风湿病引起发热伴咳嗽的鉴别诊断	(321)
第四节	风湿病引起慢性咳嗽的鉴别诊断	(325)
第五节	风湿病引起咯血的鉴别诊断	(326)
第六节	风湿病引起肺动脉高压的鉴别诊断	(328)
第七节	风湿病继发肺动脉高压的鉴别诊断	(329)
第八节	风湿病引起胸痛的鉴别诊断	(331)
第九节	风湿病引起呼吸道损害的鉴别诊断	(334)
第四章	风湿病引起消化系统症状的鉴别诊断	(336)
第一节	风湿病引起吞咽困难的鉴别诊断	(336)
第二节	风湿病引起消化、吸收、运动功能障碍的鉴别诊断	(345)
第三节	风湿病引起慢性消化道出血的鉴别诊断	(347)
第四节	风湿病引起发热伴肝、脾肿大的鉴别诊断	(350)
第五节	风湿病引起腹痛的鉴别诊断	(352)
第五章	风湿病引起肾脏损害的鉴别诊断	(358)
第一节	风湿病引起快速进展性肾炎的鉴别诊断	(358)
第二节	风湿病引起肾小管性酸中毒的鉴别诊断	(360)

第三节	风湿病引起血尿的鉴别诊断·····	(363)
第四节	风湿病引起蛋白尿的鉴别诊断·····	(368)
第六章	风湿病引起血液系统损害的鉴别诊断·····	(372)
第一节	风湿病引起贫血的鉴别诊断·····	(372)
第二节	风湿病引起高球蛋白血症的鉴别诊断·····	(379)
第三节	风湿病引起出血倾向的鉴别诊断·····	(383)
第七章	风湿病引起眼、耳、鼻损害的鉴别诊断·····	(390)
第一节	风湿病引起眼部病变的鉴别诊断·····	(390)
第二节	风湿病引起眼干的鉴别诊断·····	(391)
第三节	风湿病引起眼葡萄膜炎的鉴别诊断·····	(392)
第四节	风湿病引起结膜干燥的鉴别诊断·····	(394)
第五节	风湿病引起伴眼色素膜炎的鉴别诊断·····	(395)
第六节	风湿病引起听力下降的鉴别诊断·····	(396)
第七节	风湿病引起耳和鼻咽损害的鉴别诊断·····	(399)
第八章	风湿病引起其他疾病的鉴别诊断·····	(401)
第一节	风湿病引起口干的鉴别诊断·····	(401)
第二节	风湿病引起口干伴多饮多尿的鉴别诊断·····	(402)
第三节	风湿病引起淋巴结肿大的鉴别诊断·····	(403)
第四节	风湿病引起肌肉钙化的鉴别诊断·····	(406)
第五节	风湿病引起全身性疼痛的鉴别诊断·····	(408)
第六节	风湿病引起睾丸疼痛的鉴别诊断·····	(409)
第七节	风湿病引起假性痛风的鉴别诊断·····	(410)
第八节	风湿病中的综合征鉴别诊断·····	(410)
第九节	风湿病引起肌无力的鉴别诊断·····	(412)

第四篇 风湿病引起水肿及代谢异常的鉴别诊断

第一章	风湿病引起水肿的鉴别诊断·····	(417)
第一节	风湿病引起全身性水肿的鉴别诊断·····	(417)
第二节	风湿病引起局限性水肿的鉴别诊断·····	(421)
第三节	风湿病引起胸腔积液的鉴别诊断·····	(423)
第四节	风湿病引起心包积液的鉴别诊断·····	(425)
第五节	风湿病引起腹水的鉴别诊断·····	(426)
第二章	风湿病引起代谢异常的鉴别诊断·····	(429)
第一节	风湿病引起高血钙的鉴别诊断·····	(429)
第二节	风湿病引起低血钙的鉴别诊断·····	(430)

第五篇 风湿病引起检查异常的鉴别诊断

第一章 风湿病引起化验异常的鉴别诊断	(432)
第一节 抗 SSA 抗体与风湿病	(432)
第二节 抗 ENA 抗体与风湿病	(433)
第三节 HLA - B27 与风湿病	(436)
第四节 类风湿因子与风湿病	(437)
第五节 血沉与风湿病	(438)
第六节 C 反应蛋白与风湿病	(440)
第七节 血糖与风湿病	(442)
第八节 风湿病引起白细胞降低的鉴别诊断	(444)
第九节 风湿病引起白细胞增多的鉴别诊断	(446)
第十节 类风湿关节炎早期诊断相关抗体	(447)
第二章 风湿病与 X 线有关的鉴别诊断	(450)
第一节 风湿病引起肺门增大的鉴别诊断	(450)
第二节 风湿病引起肺部 X 线阴影的鉴别诊断	(452)
第三节 风湿病引起肺纤维化的鉴别诊断	(455)
第四节 风湿病引起肺内多发性结节的鉴别诊断	(458)
第五节 风湿病引起弥漫性肺间质病变的鉴别诊断	(460)
第六节 风湿病引起慢性关节病 X 线鉴别诊断	(463)
附录一 风湿病相关网站	(465)
附录二 临床常用检验正常参考值	(466)
附录三 常用词略语表	(475)

第一篇 常见风湿病的
诊断和鉴别诊断

第一章 类风湿关节炎

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一常见的以慢性、对称性、侵蚀性关节炎为主要表现的全身性自身免疫性疾病。西方白种人 RA 患病率约 1%,我国 RA 患病率约为 0.3%。男女患病率之比为 1:(2~4),患病率随年龄增长而增高,以 40~60 岁为发病高峰。约 70%患者类风湿因子(rheumatoid factor, RF)阳性。我国 RA 患者在病情进展和病变程度上均较西方国家为轻。

一、诊断标准

过去国际上沿用美国风湿病学会 1958 年制定的诊断标准,该标准于 1987 年进行了修订(表 1-1-1),删除了损伤性检查和特异性较差的关节疼痛和压痛,对晨僵和关节肿胀的要求更加严格。此标准的敏感性为 91%~94%,特异性为 88%~89%。

表 1-1-1 类风湿关节炎的分类标准*

标 准	定 义
晨僵≥1 小时	关节及关节周围晨僵,至少持续 1 h 才能最大程度地改善
3 个关节区的关节炎	14 个可能累及的关节区至少同时有 3 个关节区的软组织肿胀或内科医师观察到有积液(非单纯骨性增生),包括左右近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节
手关节炎	掌指关节或近端指间关节中至少有一个区域肿胀
对称性关节炎	身体两侧相同关节区同时受累(如有两侧的近端指间关节、掌指关节或跖趾关节受累也认为是符合的,不必绝对对称)
类风湿皮下结节	由内科医师观察到骨突面或关节伸面或近关节区域皮下结节
类风湿因子	用任何方法证实血清类风湿因子阳性,正常对照组 <5% 阳性
影像学改变	手和腕后前位 X 线片显示典型的类风湿关节炎改变,必须包括局限于或最接近于受累关节区域的骨侵蚀或肯定的骨质疏松(单纯的骨关节炎改变无特殊意义)

* 为了进行分类,如果一个患者同时满足这 7 条标准中的至少 4 条,可被诊断为类风湿关节炎;第 1~4 条必须持续至少 6 周。有两种临床诊断的患者不排除本病,不作出“经典的、确定的或可能的类风湿关节炎”的诊断

二、早期诊断

典型病例诊断一般不难,但在早期尤以单关节炎开始,以及 X 线改变尚不明显时,需随访观察方能确诊。我国类风湿关节炎较西方国家为轻,标准中的第 1 项和第 2 项我国患者不尽都能符合,可以灵活掌握。约 80% RA 患者腕部关节受累,尺骨茎突肿胀、触痛和背侧伸肌腱鞘炎为 RA 早期征象之一。双侧近端指间关节和掌指关节受损,而远端指间关节不受累是 RA 特征之一。足部小关节也常受累,常发生跖趾关节炎,而远端趾间关节很少受累。RA 早期临床表现复杂多变,大多不典型,容易造成误诊、漏诊。减少 RA 致残的关键在于早期诊断,只有早期诊断才能早期治疗。因此,寻找对 RA 早期诊断的实验室检查成为当今研究 RA 的热点。

1. 抗核因子抗体(APF) 1964 年荷兰学者 Nienlucis 和 Mandema 首先用间接免疫荧光法检测到抗核周因子(APF),并认为对 RA 有极高的特异性。后证实系统性红斑狼疮、硬皮病、传染性单核细胞增多症等也可阳性,但在 RF 阴性的患者中 40% 可阳性,故有一定的早期诊断价值。APF 以人类黏膜细胞为抗原底物,用间接免疫荧光法测定。

2. 抗角蛋白抗体(AKA) 1979 年 Voug 等发现抗角蛋白抗体(AKA)对 RA 有诊断价值。抗角蛋白抗体 IgM 阳性染色无特异性,但 IgG 阳性染色具特异性,50% ~ 60% 的 RA 患者 AKA - IgG 阳性,而正常对照及其他疾病只 0 ~ 5% 阳性,特异性达 95% ~ 100%。重要的是 RF 阴性患者 34% 该抗体阳性,故有助于 RA 的诊断。AKA 以 Wistar 大鼠食道中段切片为抗原底物,用间接免疫荧光法测定。

3. 抗 Sa 抗体 1991 年 Menard 等从人胎盘及脾中提取出 Sa 抗原,应用免疫印迹法检测。发现 42.7% RA 患者有抗 50 kD 及 55 kD(前者存在于脾、胎盘抗原,后者只存在于胎盘抗原)的 Sa 抗体。据报道,该抗体特异性达 99%,不少患者起病后最初几个月即呈阳性,抗体效价在治疗后下降。

4. 抗 RA33 抗体 1989 年 Hassfeld 发现抗 RA33 抗体对 RA 的诊断有较高的敏感性和特异性。30% RA 患者抗 RA33 抗体(抗原为分子量 33,000 多肽)阳性。最初报道具高度特异性,但以后发现系统性红斑狼疮患者亦可阳性。抗 RA33 抗体以腹水 Ehrlich 瘤细胞提取,用免疫印迹法检测。

与 RF 不同,APF、AKA、抗 Sa 抗体和抗 RA33 都对 RA 的诊断具有较高的特异性,因此有广泛的应用前景。如将上述 4 种抗体结合作为 RA 早期诊断的抗体谱,彼此互补印证,则可弥补 RF 对 RA 诊断特异性差的缺陷,从而提高 RA 的早期诊断率,缩短诊断时间,达到早期治疗的目的。北京协和医院对门诊及住院患者 600 余例进行 APF、AKA、抗 Sa 和抗 RA33 抗体的检测后发现:APF、AKA、抗 Ra 和抗 RA33 抗体对 RA 诊断的敏感性分别为 48.7%、44.1%、36.7% 和 34.7%;其特异性分别为 91.6%、89.0%、91.6% 和 89.8%。对 116 例不能满足 1987 年 ARA 分类标准的多关节炎患者进行了这 4 种抗体的检测,并进行了为期 4 ~ 18 个月的随访,发现它们对不典型、早期 RA 的诊断敏感性分别为 55.6%、47.1%、52.8% 和 32.3%,其诊断特异性分别为 100%、90.9%、82.6% 和 83.3%。因此,认为 APF、AKA、抗 Sa 和抗 RA33 抗体对早期 RA 具有诊断价值。此外,这些抗体与类风湿关节炎的活动性或严重性显著相关,通过对这些抗体检测,可对疾病转归和预后做出判断,从而使患者能在疾病的早期得到正确和合理的治疗,减少了致残率。

三、鉴别诊断

(一) 风湿性关节炎

多见于儿童及青年,发病前 1~2 周常有链球菌感染史。主要侵犯膝、髋、肘、肩等大关节,一般无晨僵,关节游走性肿痛,一处关节炎症消退,另处关节起病。关节炎症消退后不留永久性损害,很少发生关节畸形。常同时发生心脏炎、皮下结节、环形红斑等。X 线关节摄片骨质无异常。血清类风湿因子阴性,血清抗“O”滴度增高(抗链球菌溶血素),抗链激酶及抗透明质酸酶阳性。水杨酸制剂疗效迅速而显著。

(二) 骨性关节炎

骨性关节炎的特点有:①发病年龄多在 40 岁以上,无全身症状;②受累关节以负重的膝、髋、脊柱等较为常见,以关节疼痛为主,活动后加重,晨僵很少超过 30 分钟,活动时有关节摩擦音,关节局部红肿和肌肉萎缩现象不显著;③血沉和 C-反应蛋白等炎症指标多正常,类风湿因子阴性;④关节 X 线可见到关节间隙狭窄、软骨下骨硬化,边缘性骨赘及囊性变。

(三) 痛风

痛风多见于男性,好发部位为第一跖趾关节,也可侵犯踝局部明显压痛、膝、肘、腕及手指等关节。发作时多急骤起病,数小时内出现关节及周围软组织红、肿、热、痛,局部明显压痛。尿酸结晶沉积于关节附近或皮下,形成痛风结节,结节逐渐增大,致使局部畸形及骨质破坏。血清尿酸常在 $357 \mu\text{mol/L}$ (6 mg/dl) 以上,关节腔穿刺或结节活检,可见到针状尿酸结晶。

(四) 感染性关节炎

1. 化脓性关节炎 病原体如金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌、淋球菌及链球菌等直接侵犯关节所致的化脓性炎症,多见于细菌感染的败血症期。在原发感染的基础上,患者出现寒战和高热,受累关节剧烈疼痛,关节肿胀,活动障碍。以下肢负重关节如髋关节和膝关节发病最多,不对称,多为单关节炎。关节腔穿刺液呈化脓性改变。涂片或培养可找到细菌。X 线关节摄片可见关节局部脱钙、骨质侵蚀及关节间隙变窄。易并发骨髓炎及骨髓炎。

2. 结核性关节炎 类风湿性关节炎限于单关节或少数关节时应与之相鉴别。本病常伴其他部位结核病灶,低热、盗汗等全身结核中毒症状明显,初期常有关节肿胀和瘰管形成,两个以上关节同时发病者较少见。X 线检查早期不易区别,若有骨质局限性破坏或有椎旁脓肿阴影,有助诊断。关节腔渗出液作结核菌培养常阳性,抗结核治疗有效。

3. 结核变态反应性关节炎 好发于有肺或淋巴结核的青年,急性期关节有轻度红肿热痛,呈游走性,有周期性好转与恶化。主要侵犯指、腕、肩、踝及膝关节,可有结节性红斑,无骨质异常,血清类风湿因子阴性,结核菌素试验阳性。

(五) 血清阴性脊柱关节病

1. 强直性脊柱炎 本病特点有:①绝大多数患者为男性;②发病多为 16~30 岁的青壮年;③与遗传基因有关,同一家族有较高发病率,HLA-B27 阳性达 90%~95%;④血清类风湿因子为阴性;⑤主要侵犯骶髂关节及脊椎,四肢大关节也可发病,易导致关节骨性强直,椎间韧带钙化,脊柱 X 线片呈现竹节状改变。

2. 银屑病性关节炎 又称牛皮癣性关节炎,常伴银屑病皮疹。关节病变多发生在手指远端指间关节、拇指指间关节及足趾间关节,骶髂关节和脊柱也常受侵。当皮肤病变发展到指甲时,指间关节炎相继发生。早期的关节病变就可呈强直性变,后期累及骶髂关节及脊柱,脊柱

受累以颈椎较多见。在诊断银屑病性关节炎时,首先应肯定银屑病的诊断。

3. Reiter(赖特)综合征 20~40岁男性好发,多为急性起病,但可反复发作,常有泌尿、生殖道炎症和腹泻等前驱感染病史。主要发生在下肢关节、骶髂关节及脊椎关节,以膝、踝、跖趾及趾间不对称关节炎最为常见。关节皮肤出现红斑,压痛明显,可发生跟腱炎、跖筋膜炎和痛性后跟综合征,骶髂关节炎可引起剧烈下背部疼痛,可伴结膜炎、虹膜炎、黏膜及皮肤病变,关节症状在3~6个月内自行缓解。血清类风湿因子阴性。

4. 肠病性关节炎 溃疡性结肠炎和局限性肠炎患者约20%并发关节炎。肠病性关节炎可分2型:①周围关节炎:先有慢性肠炎,后发生关节炎。不对称性,有自限性,一般不出现侵蚀性病变,若出现也很轻微。以膝、踝及腕关节最常受侵,但髋关节、肩及肘关节也可发病,往往同时伴发结节性红斑。血清类风湿因子阴性。②肠炎并发强直性脊柱炎:病变主要在脊椎及骶髂关节,X线摄片与典型强直性脊柱炎很难区别。

(六)弥漫性结缔组织病(伴多关节痛者)

1. 系统性红斑狼疮 本病关节表现与类风湿性关节炎相似,早期出现手部关节炎时,难与RA相鉴别。但前者:①多发于青年女性,可发生近端指间关节和掌指关节滑膜炎。但关节症状不重,一般无软骨和骨质破坏,X线检查无关节侵蚀性改变与骨质改变。②全身症状明显,有多脏器损害。典型者面部出现蝶形或盘状红斑。③多数有肾损害,出现蛋白尿。④雷诺现象常见,而皮下结节罕见。⑤血清狼疮细胞、抗核抗体(ANA)、抗ds-DNA抗体、Sm抗体、狼疮带试验阳性均有助于诊断。

2. 系统性硬化症 好发于20~50岁女性,早期水肿阶段表现为对称性手指僵硬、指、膝关节疼痛,以及关节滑膜炎引起的周围软组织肿胀,易与RA混淆。本病早期为自限性,往往数周后突然肿胀消失,出现雷诺现象,有利于本病诊断。硬化萎缩期出现皮肤硬化及“苦笑状”面容。

3. 多发性肌炎 肌肉疼痛和水肿不限于关节,关节病损少见。血清肌酶升高,肌电图示肌源性损害,ANA、抗PM-1抗体、抗Jo-1抗体可阳性。

4. 混合性结缔组织病 临床症状与RA相似,但有高滴度颗粒型荧光抗核抗体、高滴度可溶性核糖核蛋白(RNP)抗体阳性,而Sm抗体阴性。

附:幼年类风湿关节炎诊断标准

1982年JRA诊断标准委员会分会对1977年的标准进行复习后建议以幼年类风湿关节炎这一名称来命名儿童慢性关节炎的主要形式。该命名一般分为3类:系统型、多关节炎型、寡关节炎型。根据起病形式又可进一步分为以下所描述的几个亚组。下面列举了诊断JRA所需的条件和临床上3种亚型及每种亚型的各个亚组,这可能有助于进一步分类。

(一)诊断JRA的一般标准

- (1)一个或多个关节的持续性关节炎,至少6周。
- (2)排除其他原因的关节炎(见除外项目)。

(二)JRA起病亚型

按起病形式分类的亚型主要是根据疾病头6个月的表现进行的,同时保留基本分类,尽管某一型在日后的表现可能与另一型更为相似。

1. 系统型JRA 本型定义为持续的间歇热(每天体温达 39.4°C 或更高),伴或不伴类风湿

样皮疹或其他器官受累。如无关节炎而具有典型的发热和皮疹者可认为是可能的系统型 JRA, 在肯定的关节炎出现以前不能确立该诊断。

2. 寡关节炎型 JRA 起病前头 6 个月内受累关节数目 ≤ 4 个, 需排除系统型起病的 JRA。

3. 多关节炎型 JRA 起病前头 6 个月内受累关节数目 ≥ 5 个, 需排除系统型起病的 JRA。

各亚型可能包括以下亚组。

1. 系统型

(1) 多关节炎型。

(2) 寡关节炎型。

2. 寡关节炎型

(1) 抗核抗体 (ANA) 阳性: 慢性色素膜炎。

(2) 类风湿因子 (RF) 阳性。

(3) 血清阴性, HLA - B27 阳性。

(4) 其他类型。

3. 多关节炎型

(1) RF 阳性。

(2) 其他类型。

(三) 除外诊断

(1) 其他风湿性疾病:

① 风湿热。

② 系统性红斑狼疮。

③ 强直性脊柱炎。

④ 多发性肌炎或皮肌炎。

⑤ 血管炎综合征。

⑥ 硬皮病。

⑦ 牛皮癣关节炎。

⑧ 赖特综合征。

⑨ 干燥综合征。

⑩ 混合性结缔组织病。

⑪ 白塞综合征。

(2) 感染性关节炎。

(3) 炎性肠病。

(4) 肿瘤 (包括白血病)。

(5) 骨关节的非风湿性疾病。

(6) 血液系统疾病。

(7) 精神性关节痛。

(8) 其他:

① 结节病。

② 增生性骨关节炎。

③ 绒毛结节性滑膜炎。

④慢性活动性肝炎。

⑤家族性地中海热。

(四)本病的其他名称

目前有些地方用幼年慢性关节炎(JCA)和幼年关节炎(JA)作为儿童关节炎的新的诊断术语。JCA和JA的诊断并非完全等同,与以前旧的术语JRA或Still病的意义也不相同。因此,关于JCA或JA研究的报道不能进行相互比较,也不能与JRA或Still病的研究报道相比较。在儿童风湿性疾病欧洲会议的一份报告中对于幼年慢性关节炎有很详尽的描述,而在Ross会议上有关于幼年关节炎的报道。

四、治 疗

治疗的主要目的是:缓解疼痛症状,减轻炎症,控制病情发展,尽可能保持关节和肌肉的功能,防止关节破坏和畸形。

(一)一般治疗

急性期应注意休息、减少活动,保持关节于功能位置。缓解期适当进行关节功能锻炼,恢复关节功能。

(二)药物治疗

1. 非甾体抗炎药 通过抑制前列腺素合成所需的环氧化酶而达到非特异性抗炎止痛的作用,起效迅速,是治疗RA的首选药物。常用的有消炎痛、布洛芬、双氯芬酸、尼美舒利、塞米昔布等。

2. 糖皮质激素 激素的用量可根据疾病的严重程度和病程而定。在RA急性期伴有发热、多关节严重肿痛而应用NSAIDs疗效差时,可短期加用小剂量泼尼松。对伴有严重关节外表现者如严重血管炎、心包炎、胸膜炎、高热等,可短期使用中等或大剂量激素,取得疗效后再逐渐减量。

3. 改变病情药物 因其作用于RA病程中的不同免疫成分,可能有助于控制病情发展而得名。又因其起效时间较晚,往往需要3~6个月才能见效,故又称慢作用抗风湿药。常用的有:

(1)柳氮磺胺吡啶:开始剂量为0.25 g,每日3次,逐渐增至1.0 g,每日2次,总疗程1年以上。磺胺过敏者禁用。

(2)甲氨蝶呤:每周剂量7.5~20 mg,可口服或静注,总疗程半年。

(3)金制剂:金诺芬(瑞得)3 mg,每日2次口服。适用于早期或轻型患者。

(4)雷公藤多甙片:10~20 mg,每日3次口服。病情稳定后酌情减量。

(5)环磷酰胺:毒副作用较大,多用于难治性、持续活动性、全身症状严重的患者。口服法:100 mg,每日1次。静脉冲击疗法:0.75~10 g/m²体表面积,每月1次,症状控制后延长间隔期。也可200 mg隔日静脉注射1次。

(赵东宝)