

“十二五”国家重点图书

住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王宇 张淑文

# 实用风湿免疫科 查房医嘱手册

主编 段 婷

- 情景教学，情境情景教学
- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

“十二五”国家重点图书出版规划项目  
国家出版基金项目

住院医师规范化培训教材

# 查房医嘱手册

主编 吕 军



人民卫生出版社

“十二五”国家重点图书  
住院医师查房医嘱手册丛书

# 实用风湿免疫科查房医嘱手册

主 编 段 婷

副主编 宋淑菊

编者名单 (按姓氏笔画排序)

齐海宇 江德楨 宋淑菊  
陈乐天 段 婷 袁秀亭

北京大学医学出版社

# SHIYONG FENGSHI MIANYIKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

## 图书在版编目 (CIP) 数据

实用风湿免疫科查房医嘱手册/段婷主编.

—北京: 北京大学医学出版社, 2011. 12

(住院医师查房医嘱手册丛书)

ISBN 978-7-5659-0276-5

I. ①实… II. ①段… III. ①风湿性疾病—诊疗—手册  
IV. ①R593.21-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 196243 号

## 实用风湿免疫科查房医嘱手册

---

主 编: 段 婷

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 安 林 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 7.5 字数: 213 千字

版 次: 2011 年 11 月第 1 版 2011 年 11 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0276-5

定 价: 29.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

**丛书主编 王 宇** 首都医科大学附属北京友谊医院  
外科主任医师、教授，首都医科大学普通外科学系副主任，北京市消化疾病中心首席外科专家，首都医科大学附属北京友谊医院专家委员会委员

**张淑文** 首都医科大学附属北京友谊医院  
感染暨急救医学内科主任医师、教授、博士生导师，首都医科大学中西医结合系秘书长，中国中西医结合急救委员会副主任委员

**编 委** (按姓氏汉语拼音排序):

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

**编写秘书:** 王海曼 刘 庚

## 主编简介



段婷，主任医师，现任首都医科大学附属北京友谊医院风湿免疫科主任，中华医学会北京分会风湿病学专业委员会委员，中西医结合分会委员，从事内科临床医疗工作近三十年，对类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征等结缔组织病以及痛风、骨关节炎、强直性脊柱炎、银屑病关节炎等脊柱关节病有深入研究，在诊断、治疗、预防等方面积累了丰富的经验，取得良好的临床效果，深受广大患者好评。

# 序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临科学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，另一部分为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

从书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im, 肌内注射；iv, 静脉注射；ih, 皮下注射；iv gtt, 静脉滴注；po, 口服；prn, 必要时；sos, 需要时（限用1次）；st, 立即执行1次；qd, 每日1次；bid, 每日2次；qid, 每日4次；q6h, 每6小时1次；qn, 每晚；tid, 每日3次；qod, 隔日1次。

## 前 言

风湿病专业在内科学中是一门相对年轻的学科，然而近年来随着分子生物学和免疫学的发展，风湿病学得到了迅速的发展。风湿病的临床表现复杂，除皮肤、黏膜、关节肌肉损害外，还涉及血液、肾病、呼吸、消化、心血管等多系统，是跨学科的一类疾病。为了有助于年轻医师在短时间掌握此类疾病，我们编写了这本书。

本书从临床实用角度出发，系统总结和归纳了 22 种常见风湿病的病史询问、体格检查、诊断、鉴别诊断、治疗、疗效观察的要点及难点。有针对性地突出了查房过程中需要注意的问题，并且有各期医嘱的示范，有助于培养良好的临床思维习惯。期望能帮助医学生、研究生、住院医师、风湿专业年轻医师解决临床实际工作中遇到的问题，成为实用、简便可随身携带的工具书。

在本书的编写过程中风湿科的全体同仁付出了辛勤的劳动，在此表示诚挚的感谢！风湿病学发展日新月异，编写过程中难免存在缺憾和疏误，恳请同道批评指正。



# 目 录

第 1 章	类风湿关节炎	1
第 2 章	系统性红斑狼疮	12
第 3 章	干燥综合征	30
第 4 章	皮炎和多发性肌炎	40
第 5 章	系统性硬化症	50
第 6 章	成人斯蒂尔 (Still) 病	58
第 7 章	血清阴性脊柱关节病	67
第 8 章	原发性抗磷脂综合征	92
第 9 章	大动脉炎	102
第 10 章	结节性多动脉炎	112
第 11 章	风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎	122
第 12 章	韦格纳肉芽肿	135
第 13 章	显微镜下多血管炎	144
第 14 章	变应性肉芽肿性血管炎	153
第 15 章	白塞病	162
第 16 章	混合性结缔组织病	172
第 17 章	重叠综合征	181
第 18 章	骨关节炎	187
第 19 章	痛风	195
第 20 章	风湿热	203
第 21 章	纤维肌痛综合征	211
第 22 章	原发性胆汁性肝硬化	217

## 类风湿关节炎

### 概述

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是常见的以关节组织慢性炎症病变为主要表现的全身疾病。病因不明, 全世界各种族均有发病。该病常侵犯多个关节, 以手足小关节为主, 多呈对称性。主要病理改变是关节滑膜的慢性炎症、细胞浸润、血管翳形成、软骨及骨组织浸润, 从而导致关节结构破坏、功能受损。病程中还可出现关节外的全身表现。

### 入院评估

#### 一、病史询问要点

##### (一) 现病史

1. 发病诱因 部分患者有细菌或病毒感染, 外伤或手术及分娩等诱因。起病可急性或缓慢。

2. 关节症状 询问关节肿痛的部位, 一般表现为近端指间、掌指和腕关节并呈对称性, 跖趾、踝、肘、膝、肩关节也可受累, 有少数患者初期表现单关节或少数关节肿痛, 数月后逐渐发展为典型的多关节炎, 极个别下颌关节受累表现张口疼痛和困难。有无晨僵及晨僵持续的时间, 一般 RA 持续时间要大于一小时。

##### 3. 关节外症状

(1) 类风湿结节 好发于肘、髌、头皮、足跟, 结节一般较硬, 黏附在骨膜上, 疼痛不明显, 可只有一个也可数个, 结节大小可有变化或逐渐消失。

(2) 类风湿血管炎 可累及内脏和肢体血管, 注意肢体有无雷诺现象或肢端坏死。

(3) 心脏受累 可出现心包炎、心内膜炎、心肌炎、肺动脉高压。要注意有无胸痛、心慌、气短、心悸、心绞痛等。

(4) 呼吸系统受累 可出现胸膜炎和肺间质病变。注意有无

胸痛、憋气、干咳、静息或活动后呼吸困难。

(5) 肾受累 可表现肾炎或肾病综合征及肾小管酸中毒。注意有无眼睑及下肢水肿和夜尿增多。

(6) 血液系统受累 可有贫血和粒细胞减少。注意有无头晕、心慌、皮下出血。

(7) 神经系统受累 极个别患者出现周围神经病变。注意肢体有无疼痛和感觉异常，有无肢体支配障碍。

4. 既往用药的详细情况

5. 既往有无胃肠疾病和肝病史 因为患者诊断明确后需用非甾体类抗炎药和细胞毒药治疗，鉴于药物副作用如有以上疾病需谨慎用。

(二) 家族史 家族中是否有类似患者。

## 二、体格检查要点

1. 关节体征 注意受累关节有无肿胀、压痛，病程较长或病情严重的患者关节有无脱位、僵直、弯曲等畸形改变。

2. 皮肤体征 关节附近伸肌侧及头部有无皮下结节，有无皮肤紫癜、紫斑，有无肢端皮肤青紫、坏死。

3. 心脏体征 注意心率、心律、心音改变、心瓣膜杂音，有无心肌炎、心包炎、心瓣膜或肺动脉高压存在。

4. 肺部体征 注意有无胸腔积液或肺间质病变，肺部湿性啰音及胸膜摩擦音。

5. 肾损害体征 眼睑有无水肿及下肢有无凹陷性水肿，肾区有无叩痛。

6. 腹部体征 上腹部有无压痛及肝、脾大。

## 三、门诊资料分析

1. 血、尿常规 可有白细胞及血小板减少，血红蛋白降低，病情活动时红细胞沉降率加快；如有肾损害，尿检可出现蛋白、红细胞、白细胞；肾功能受损或肾小管酸中毒时尿比重降低、尿呈碱性。

2. 免疫及自身抗体 类风湿因子 (RF)、抗环瓜氨酸抗体 (CCP)、抗核周因子抗体 (APF)、角质蛋白抗体 (AKA) 可升高或阳性，免疫球蛋白可升高，抗核抗体 (ANA) 可阳性；C反

应蛋白 (CRP) 活动期升高。

3. X 线片 关节的 X 线检查对类风关节炎的诊断、分期十分重要, 以手指及腕的 X 线摄片最有价值。根据 X 线表现的程度, 可以分为四期:

I 期: 关节周围软组织肿胀影, 关节端的骨质疏松。

II 期: 关节面下骨质疏松, 偶见关节面囊性破坏或骨质侵蚀破坏。

III 期: 明显关节面破坏或骨质侵蚀破坏, 关节间隙狭窄, 关节半脱位等改变。

IV 期: 除 II、III 期病变外, 并有纤维性或骨性强直。

#### 四、继续检查项目

1. 血生化 C21 了解肝、肾功能, 电解质。

2. 尿酸化功能 除外肾小管酸中毒。

3. 超声心动图 看心脏是否受累, 有无心包积液、心瓣膜异常、心脏功能和肺动脉有无高压。

4. 肺部 X 线片或肺 CT 看有无胸腔积液、心包积液、肺间质病变。肺 X 线片如有肺纹理增多需做肺 CT, 除外肺间质病变。

5. 肺功能检查 如合并肺间质病变需做该检查, 明确肺功能情况。

6. 胃镜 有胃肠不适时做, 因涉及患者能否用非甾体抗炎药。

7. 骨密度 慢性患者尤其用过糖皮质激素者需了解有无骨质疏松及股骨头坏死。

#### 五、门诊医嘱示范

1. 萘丁美酮 0.5 bid (无胃肠疾病方可使用) 或塞来昔布 200mg qd (适用有消化道溃疡病患者)。

2. 氨甲蝶呤 10mg/w 或来氟米特 20mg qd (肝功能正常方可使用) 或氨甲蝶呤 5~10mg/w 和来氟米特 10~20mg qd 联用 (针对病情较重或复发患者)。

### 病情分析

#### 一、基本诊断

目前国内均采用美国风湿病学会 1987 年提出的分类标准,

有下述 7 项中的 4 项者可诊断为类风湿关节炎。①晨僵至少持续 1 小时；②有 3 个或 3 个以上的关节同时肿胀或积液，这些关节包括双侧近端指间关节、掌指关节、腕关节、膝关节、踝关节和跖趾关节；③掌指关节、近端指间关节、腕关节中至少有一个关节肿胀或积液；④在第②所列举的关节中，同时出现对称性肿胀或积液；⑤皮下类风湿结节；⑥类风湿因子阳性；⑦手和腕后前位的 X 线片显示骨质侵蚀或明确的骨质疏松。第 1~4 项需持续 6 周以上。在国内，该标准的敏感性为 91%，特异性为 88%。

## 二、临床特殊类型

1. 血清阴性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征 (syndrome of remitting seronegative symmetric synovitis with pitting edema, RS3PE) 为一组急性起病的对称性、水肿性和可缓解性疾病，其类风湿因子阴性，基本病变为滑膜炎，以往被认为是 RA 的特殊亚型。临床表现为对称性腕关节、屈肌腱及小关节的急性炎症，伴手背可凹性水肿，肘、膝、踝、足关节可受累，RF 多呈阴性。目前对 RS3PE 是老年 RA 还是另一组疾病存有争议，有人认为与肿瘤相关，因此在考虑 RA 诊断前需除外机体内肿瘤的可能。

2. 回纹型风湿症 (palindromic rheumatism) 回纹型风湿症又称反复发作性回纹型风湿症。反复周期性急性发作的关节炎和关节周围炎是其主要特点，全身大小关节均可受累，关节炎可由劳累、饮酒、失眠等诱发。每次发作以单个或少数几个关节急性开始，受累关节及其周围组织有明显红、肿、热、痛，关节疼痛尤为明显，可在几小时或 1 天内达高峰，持续数小时至数天，很少超过一周，此后关节症状迅速缓解，发作间歇期关节完全正常，类似于痛风性关节炎发作。一般无全身症状或仅有低热。大约有 50% 的患者数十年后发展为 RA 的典型表现。

3. 成人 Still 病 (adult-onset Still disease) 是一种少见的 RA 类型又叫幼年型关节炎，主要表现关节炎、发热、淋巴结肿大、咽炎、皮疹、脾大。病情可反复发作。RF 大多阴性，发作时白细胞增高、血清铁蛋白增高。

4. Felty 综合征 (Felty syndrome, FS) 是一种严重型 RA。

比较少见，除有类风湿关节炎外伴有中性粒细胞减少和脾大。关节病变较严重。RF 滴度往往很高。

### 三、病情评估

1. 病情活动性 指 RA 全身和局部的炎症表现，其主要的临床表现是滑膜炎。一些临床指标可以用来评估疾病的活动性，如：肿胀关节数、压痛关节数、病人对疼痛和总体严重性的评估、功能障碍的评估和急性期反应物（ESR 和 CRP）。美国风湿病学会和欧洲抗风湿联盟都有各自对疾病活动度评估的方法，但是在临床实际工作中的应用并不方便。RA 的其他临床表现如血管炎等，通常不常规用于对病情的评估。

2. 病情严重性 病情严重指：①疾病的活动性持续处于较高水平；②明显的关节结构损坏、功能丧失、工作能力丧失、放射学异常和需要关节置换；③病情迅速恶化并有可能产生显著的关节结构破坏和其他负面的结果。

3. 病情活动性和疾病转归之间的关系 病情活动性和病人目前的临床表现相对应，如果病情活动性持续处于高水平，则会带来不良的后果。病情活动性越强，则不良结局发生的危险越大，并且在短期内即可产生，所以病情活动性很强的情况被认为是临床急症。在这里需要强调的是，即使病情活动性较弱，也会引起功能丧失，造成严重的生活限制，所以不能将对疾病的耐受和疾病的低活动性与良好的远期转归相混淆。

4. 关节外表现 一般合并有关节外表现均提示病情较重，预后较差。

5. 脏器功能 主要脏器功能除判断病情外还关系到能否承受用药风险，如肝功能受损则需慎用细胞毒药，肾功能受损慎用非甾体抗炎药等。

### 四、鉴别诊断

1. 骨性关节炎 为退行性骨关节病，一般发病年龄均较大。受累关节呈骨性增生，关节压痛不明显，疼痛多在劳累后出现。红细胞沉降率和 RF 正常。X 线关节面有骨赘形成、关节间隙变窄，关节一般不出现侵蚀性改变。

2. 痛风 患者多为男性，一般在进食高嘌呤食物或饮酒后急

性起病，数小时内出现关节及软组织红、肿、热、痛，疼痛非常剧烈不能接受触摸。化验血尿酸升高而 RF 阴性。

3. 系统性红斑狼疮 可出现小关节红肿，但无关节的侵蚀性病损和骨质改变。免疫学化验抗核抗体（ANA）、抗 dsDNA 抗体或抗 Sm 抗体阳性，补体降低。

4. 银屑病性关节炎 一般均有银屑病皮疹，关节炎多不对称，双手末端指间关节常受累。

5. 赖特综合征 发病前有肠道、尿道或皮肤感染病史，关节炎表现呈不对称，化验 RF 阴性。

## 五、病因分析

### （一）感染因素

1. 与细菌的关系 细菌感染可引起无菌性关节炎。在实验动物身上，死结核分枝杆菌可引起佐剂性关节炎，链球菌的细胞壁及大肠埃希菌也可诱导关节炎。

2. 与病毒的关系 RA 患者在 EB 病毒核抗原（EBV-NA）、早期抗原、壳膜抗原（VCA）的抗体比正常人明显增高。

### （二）遗传因素

RA 患者有血缘关系者的患病率为无血缘者的 3.6 倍。同卵双生儿中 RA 患病一致率为 30%，远高于异卵双生的 7%。在 RA 患者中，DR4 的检出率为 66%，而正常对照人群中为 39%。

### （三）免疫学异常

类风湿因子（RF）是针对 IgGFc 段的自身抗体。血清中检出的多为 IgM 类 RF，但关节液中 IgG 类 RF 产生增多。RF 是形成免疫复合物（immune complex, IC）、激活补体、引起组织损伤的重要原因。鉴于正预防接种后可检出 RF，推测微生物感染后生成 IC，机体对 IC 中的 IgG 类 Fc 段产生抗体是 RF 产生的机制之一。

### （四）内分泌因素

流行病学和免疫学研究都表明，激素因素在 RA 发病及病程中都可能起作用。经临床观察，口服避孕药可减轻 RA 的严重程度，甚至可防止发病。应用糖皮质激素能抑制本病。所有研究证实，RA 好发于女性；妊娠期间 RA 病情缓解，产后多数病情加

重，都提示了激素的影响。

#### 六、并发症

1. 干燥综合征 患者多出现口、眼干燥，眼科测试有干眼症、口唇黏膜活检病理有淋巴细胞浸润和唾液腺萎缩。

2. 胃和十二指肠肠炎及溃疡 因为此类患者多有长期服用非甾体抗炎药史，使之造成胃肠黏膜损伤。轻者表现胃炎，重者则为溃疡，甚至还可消化道出血。

3. 肝、肾损伤 RA 患者本身即可有肝或肾受损，加之长期用细胞毒和非甾体抗炎药的药物毒性使之极易出现功能不全。

4. 结核和肿瘤 由于长期用细胞毒药物治疗本病使该类患者的免疫功能受到抑制，从而易感染结核或发生肿瘤。

### 治疗计划

#### 一、治疗原则

该病是一个不可完全治愈性疾病，所以治疗目的为：减轻疼痛，控制病情进展，阻止关节畸形变，保护关节、肌肉和脏器功能，改善患者的生活质量。

#### 二、治疗方法

1. 非甾体抗炎药 (NSAID) 主要达到消肿止痛目的 (表 1-1)。

表 1-1 NSAID 的使用

药物	剂量范围 (mg/d)	半衰期 (h)	胃肠道反应
布洛芬	200~1200	2	+++
双氯芬酸	75~150	1~2	++~+++
萘丁美酮	500~1000	24	+~++
美洛昔康	7.5~15	30~60	+~++
尼美舒利	200~400	16	++
塞来昔布	200~400	11	-~+

2. 改变病情药 (DMARD) (又叫慢作用药) 通过免疫作用达到消炎控制病情的作用 (表 1-2)。



表 1-2 DMARD 的使用

药物	剂量 (mg) /次	使用方法
氨甲蝶呤	5~20	每周一次
来氟米特	10~20	每日一次
硫酸羟氯喹	50~100	每日二次
柳氮磺胺吡啶	1000	每日二次
雷公藤	10~20	每日三次
环磷酰胺	50~100	每日一次
硫唑嘌呤	50~100	每日一次
泼尼松	5~15	每日一次

以上药物可单独使用也可联合使用，尤其在病情较重的情况时可增加疗效，用药疗程一般为半年。

3. 生物治疗 通过抑制可介导信号传导及促炎基因转录的细胞激酶达到抑制炎症和免疫反应活性，起到控制病情的作用。由于该制剂费用较高，未在医保目录从而限制了使用。目前制剂有：英夫利西单抗 (infliximab)。

4. 康复治疗 原则为尽可能避免给关节施加过度的力量，康复顺序是控制疼痛，恢复关节正常位置，恢复力量，恢复功能。

5. 外科治疗 患者出现活动范围的限制及关节功能的限制时可考虑手术。

6. 心理治疗 由于该病为不可治愈性疾病，疼痛及关节功能受限和长期治疗给患者精神和经济带来很大压力，所以心理治疗不可忽视。

### 三、住院医嘱示范

#### (一) 长期医嘱

- + 内科常规护理
- + 一级护理
- + 普食
- + 非甾体抗炎药
- + 控制病情药