

临床风湿病手册

第2版

主编 栗占国 陈适

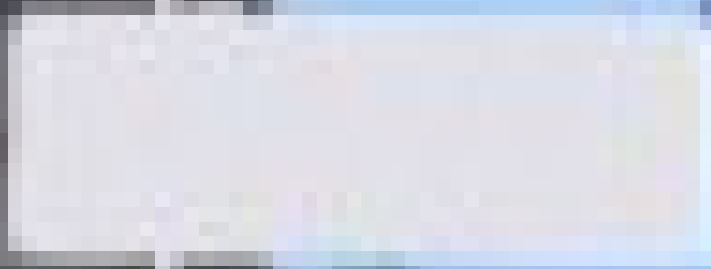


人民卫生出版社

临床风湿病学手册

第2版

风湿病学手册



临床风湿病手册

(第2版)

主 编 栗占国 陈 适

编 者 (按姓氏笔画排序)

叶 华	任立敏	刘 田
刘 栩	刘燕鹰	孙 健
樊 媛	朱 雷	何 菁
吴 鸥	张学武	李 云
李 春	李 茹	杨 月
苏 蕊	陈 适	周云杉
栗占国	贾 园	贾汝琳

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床风湿病手册 / 栗占国等主编. — 2版. — 北京: 人民卫生出版社, 2012. 3

ISBN 978-7-117-15267-9

I. ①临… II. ①栗… III. ①风湿病—诊疗—手册 IV. ①R593.21

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第260930号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床风湿病手册

第2版

主 编: 栗占国 陈 适

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/48 印张: 6.5 插页: 2

字 数: 168千字

版 次: 2008年4月第1版 2012年3月第2版第3次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15267-9/R·15268

定 价: 22.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

主 编 简 介

栗占国，教授，主任医师，博士生导师，北京大学人民医院临床免疫中心及风湿免疫科主任，北京大学医学部风湿免疫学系主任



任，国家杰出青年基金获得者，973首席科学家。亚太风湿病联盟（APLAR）候任主席、中华医学学会风湿病学分会主任委员、*Intl J Rheum Dis* 副主编、《中华风湿病学杂志》总编，为 *Clin Exp Rheum*、*Nat Rev Rheum* 和 *Rheumatology* 等10余种杂志的编委。从事风湿病临床工作近30年。在类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、强直性脊柱炎及血管炎等风湿病的诊断和治疗上有丰富的经验。

前 言

近年来，风湿病学在我国得到迅速发展，风湿病诊疗技术和方法日新月异。从事风湿病学专业的临床医生、实习医生和医学生亟需一本能够反映目前风湿病学诊疗水平，简明扼要、便于随手查阅的临床手册。编者在近年的风湿病教学及查房中逐渐完善了一套病房带教简明讲义，得到医学生及年轻医师的喜爱。有感于此，我们将该讲义充实更新，形成了本手册。

此书在内容上以求简明扼要，突出重点，便于临床医师理解和掌握。主要阐述了各种常见风湿免疫病的定义、病因、临床表现、辅助检查、诊断要点及治疗方法，并充实了国内外最新进展。希望这本《临床风湿病手册》能对风湿病学专业的临床医生、实习医生和医学生有所裨益，同时为风湿病患者和家属认识这些

疾病提供帮助。

由于临床任务繁重，编写时间紧，难免有疏漏或不当之处，请读者指正。

主编 栗占国 陈 适

2012年2月

目 录

第一节	类风湿关节炎	1
第二节	系统性红斑狼疮	13
第三节	干燥综合征	32
第四节	血清阴性脊柱关节炎	45
	强直性脊柱炎	47
	反应性关节炎和赖特综合征.....	54
	银屑病关节炎	58
第五节	骨关节炎	68
第六节	多发性肌炎和皮肌炎	77
第七节	系统性硬化症	84
第八节	混合性结缔组织病和未分 化结缔组织病	93
第九节	痛风	103
第十节	白塞病.....	110
第十一节	成人斯蒂尔病	115
第十二节	抗磷脂综合征	123
第十三节	风湿性多肌痛	131

第十四节	结节性多动脉炎	136
第十五节	韦格纳肉芽肿.....	142
第十六节	显微镜下多血管炎	148
第十七节	变应性肉芽肿血管炎	154
第十八节	大动脉炎	160
第十九节	感染性关节炎	166
第二十节	冷球蛋白血症	175
第二十一节	骨质疏松	181
第二十二节	脂膜炎	188
第二十三节	复发性多软骨炎	194
第二十四节	纤维肌痛综合征	200
第二十五节	自身免疫性肝炎	205
第二十六节	原发性胆汁性肝硬化	217
第二十七节	IgG4 相关性疾病	224
第二十八节	纤维化综合征	231
第二十九节	风湿热	236
第三十节	儿童风湿病	247
	幼年特发性关节炎	247
	儿童系统性红斑狼疮	250
	幼年型皮炎	251
	皮肤黏膜淋巴结综合征	254
第三十一节	免疫净化治疗	260
第三十二节	风湿免疫病实验室检查	264
第三十三节	风湿免疫病常用药物	284

第一节 类风湿关节炎

类风湿关节炎（RA）是一种以慢性进行性关节病变为主的全身性自身免疫系统疾病，男女发病率约为1：3。其临床特征是对称性多关节炎，以双手、腕、肘、膝、踝和足关节的疼痛、肿胀及晨僵最为常见。患者可出现发热、贫血、皮下结节、血管炎、心包炎及淋巴结肿大等关节外表现，血清中可查到多种自身抗体。未经系统治疗的类风湿关节炎可反复迁延多年，最终导致关节畸形及功能丧失。

一、病史采集要点

1. 现病史

（1）起病方式：可急可缓，但多数患者为缓慢发病。

（2）起病诱因：包括受凉、劳累、妊娠、分娩、感染及精神因素等诱因。

（3）关节表现：最初受累的关节多为近端指间关节、掌指关节或腕关节，但是膝、踝和趾关节首先发病者也比较常见，其他为肘关节、

颞颌关节及胸锁关节等。表现为对称性关节肿痛、晨僵、关节功能障碍和畸形。晨僵时间常超过半小时，有时可达数小时之久。

(4) 关节外表现 (全身表现): 病程中可出现发热、贫血、皮下结节、眼炎 (巩膜炎和角膜炎等)、心包炎及淋巴结肿大等关节外表现。

2. 既往史 表明是否曾在阴冷潮湿的环境中生活。

3. 个人史 月经是否正常，有无流产史。

4. 家族史 可有类风湿关节炎或其他自身免疫性疾病的家族史。

二、体格检查要点

1. 一般情况 有无贫血貌和皮疹。

2. 专科情况 受累关节的范围、压痛及肿胀程度，有无关节积液，以及有无关节畸形、脱位和关节功能如何，关节活动度和握力，肌肉萎缩程度。

3. 关节外病变 注意观察有无皮下结节、外周淋巴结肿大、肺部啰音、胸膜摩擦音、心包摩擦音、肝脾是否肿大以及周围神经系统异常等。

三、辅助检查

1. 实验室检查

(1) 一般检查: 血、尿常规、血沉、C反

应蛋白、生化（肝、肾功能和A/G）、免疫球蛋白、蛋白电泳和补体等。

（2）自身抗体：类风湿因子（RF-IgM）、抗环状瓜氨酸（CCP）抗体、类风湿因子-IgG及IgA、抗核周因子、抗角蛋白抗体以及抗MCV抗体等。

（3）遗传标记：HLA-DR4及HLA-DR1亚型。

2. 影像学检查

（1）X线片

1）关节X线片：可见软组织肿胀、骨质疏松及病情进展后的关节面囊性变、侵蚀性骨破坏、关节面模糊、关节间隙狭窄、关节融合及脱位。

X线分期：Ⅰ期：正常或骨质疏松；Ⅱ期：骨质疏松，有轻度关节面下骨质侵蚀或破坏，关节间隙轻度狭窄；Ⅲ期：关节面下明显的骨质侵蚀和破坏，关节间隙明显狭窄，关节半脱位畸形；Ⅳ期：上述改变合并有关节纤维性或骨性强直。

2）胸部X线片：可见肺间质病变和胸腔积液等。

（2）CT：胸部CT可进一步提示肺部病变，尤其高分辨CT对肺间质病变更敏感。

（3）MRI：手关节及腕关节的MRI检查可提示早期的滑膜炎病变，对发现类风湿关节炎患者的早期关节破坏很有帮助。

（4）超声：关节超声是简易的无创性检查，

对于滑膜炎、关节积液以及关节破坏有鉴别意义。研究认为超声与MRI有较好的一致性。

3. 特殊检查

(1) 关节腔穿刺术: 对于有关节腔积液的关节, 关节液的检查包括: 关节液培养、类风湿因子检测、抗CCP抗体检测和抗核抗体等, 并做偏振光检测鉴别痛风的尿酸盐结晶。

(2) 关节镜及关节滑膜活检: 对类风湿关节炎的诊断及鉴别诊断很有价值, 对于难治性的类风湿关节炎有辅助治疗作用。

四、诊断与鉴别诊断要点

(一) 诊断要点

1. 疑诊 对于表现一个以上关节肿痛的患者, 在除外其他疾病时均应考虑有无类风湿关节炎的可能, 尤以小关节受累者, 晨僵时间大于半小时。

2. 确诊 参照1987年美国风湿病学会(ACR)制订的类风湿关节炎分类标准(表1-1), 该分类标准诊断的特异性好, 但对于早期类风湿关节炎诊断的敏感性较差, 适用于晚期类风湿关节炎的诊断。2010年ACR/EULAR发布了新的类风湿关节炎诊断分类标准(表1-2), 该标准适用于至少有一个关节明确表现为滑膜炎(肿胀), 且滑膜炎无法用其他疾病解释的患者。该分类标准诊断早期类风湿关节炎的敏感性为68%~75%, 特异性为75%左右, 应注意过度

诊断的问题。

(二) 常见的鉴别诊断

1. 骨关节炎 多见于中、老年人，起病过程大多缓慢。手、膝、髌及脊柱关节易受累，而掌指、腕及其他关节较少受累。病情通常随活动而加重或因休息而减轻。晨僵时间多不超过半小时。双手受累时查体可见 Heberden 和 Bouchard 结节，膝关节可触及摩擦感。不伴有皮下结节及血管炎等关节外表现。类风湿因子多为阴性，少数老年患者可有低滴度阳性。

2. 银屑病关节炎 银屑病关节炎的多关节炎型和类风湿关节炎很相似。但本病患者有特征性银屑病或指甲病变，或伴有银屑病家族史。远端指间关节受累较常见，为非对称性，血清类风湿因子等抗体为阴性。

表 1-1 1987 年 ACR 制订的类风湿关节炎分类标准

1	晨僵至少 1 小时 (≥ 6 周)
2	多关节炎: 14 个关节区中 ≥ 3 个同时肿胀或积液 (≥ 6 周)
3	手关节炎: 腕关节或掌指关节或近端指间关节肿胀 (≥ 6 周)
4	对称性关节炎持续时间 ≥ 6 周
5	皮下结节
6	X 线: 手和腕关节的 X 线改变
7	类风湿因子: 类风湿因子阳性 (该滴度在正常人的阳性率 $< 5\%$)

* 符合以上 7 项中的 4 项可考虑诊断

表 1-2 2010 年 ACR/EULAR 的类风湿关节炎分类标准

关节受累	评分	血清学 (≥ 1 条)	评分
1 个大关节	0	RF 和 ACPA 均阴性	0
2 ~ 10 个大关节	1	RF 和 (或) ACPA 低滴度阳性	2
1 ~ 3 个小关节 (伴或不伴大关节受累)	2	RF 和 (或) ACPA 高滴度阳性	3
4 ~ 10 个小关节 (伴或不伴大关节受累)	3		
> 10 个关节 (至少一个小关节受累)	5		
急性时相反应物 (至少需要 1 条)		症状持续时间	
CRP 和 ESR 正常	0	< 6 周	0
CRP 或 ESR 异常	1	≥ 6 周	1

总分 ≥ 6 分, 即可分类为早期类风湿关节炎

3. 强直性脊柱炎 本病以青年男性多发, 以中轴关节如骶髂及脊柱关节受累为主, 虽有外周关节病变, 但多表现为下肢大关节, 为非对称性的肿胀和疼痛, 并常伴有棘突、大转子、跟腱、脊肋关节等肌腱和韧带附着点疼痛。关节外表现多为虹膜睫状体炎、心脏传导阻滞及主动脉瓣闭锁不全等。X 线片可见骶髂关节侵蚀、破坏或融合。化验类风湿因子阴性, 并且化验 HLA-B₂₇ 抗原阳性。本病有明显的家族发

病倾向。

4. 系统性红斑狼疮 本病患者在病程早期可出现双手或腕关节的关节炎表现，但患者常伴有发热、疲乏、口腔溃疡、皮疹、血细胞减少、蛋白尿或抗核抗体阳性等狼疮特异性和多系统表现，而关节炎较类风湿关节炎患者程度轻，不出现关节畸形。实验室检查可发现多种自身抗体。

5. 反应性关节炎 本病起病急，发病前常有肠道或泌尿道感染史。以大关节（尤其下肢关节）非对称性受累为主，一般无对称性手指近端指间关节和腕关节等小关节受累。可伴有眼炎、尿道炎、龟头炎及发热等，HLA-B₂₇可呈阳性而类风湿因子阴性，患者可出现非对称性骶髂关节炎的X线改变。

五、治疗计划

类风湿关节炎治疗的主要目标在于减轻关节炎炎症反应，抑制病变发展及不可逆骨质破坏，尽可能保护关节和肌肉的功能，最终达到病情完全缓解或低疾病活动度。

治疗原则包括患者教育、早期治疗、联合用药、个体化治疗以及功能锻炼。

（一）患者教育

使患者正确认识疾病，树立信心和耐心，与医生积极配合治疗。

(二) 一般治疗

关节肿痛明显者应强调休息及关节制动，而在关节肿痛缓解后应注意早期开始关节的功能锻炼，避免关节僵直。此外，理疗和外用药等辅助治疗可快速缓解关节症状。

(三) 药物治疗

方案应个体化，药物治疗主要包括非甾体类抗炎药、慢作用抗风湿药、免疫抑制剂、生物制剂及植物药等。

1. 非甾体类抗炎药 有抗炎、止痛和解热作用，是类风湿关节炎治疗中最为常用的药物，适用于活动期等各个时期的患者。

常用药物包括双氯芬酸 50mg 每日 3 次；萘丁美酮 1.0g 每晚 1 次；美洛昔康 15mg 每日 1 次；塞来昔布 0.2 g 每日 2 次等。

2. 改变病情抗风湿药 (DMARDs) 又被称为二线药物或慢作用抗风湿药物。常用的有甲氨蝶呤：每周 5 ~ 20mg，一次口服或静注。柳氮磺吡啶：从小剂量开始，逐渐递增至每日 2 ~ 3g。羟氯喹：0.4g/d。来氟米特：10 ~ 20mg/d。环孢素：2.5 ~ 5mg/(kg·d)。金诺芬：6mg/d。白芍总苷：0.6g 每日 3 次等。药物作用机制及不良反应见“风湿性疾病常用药物”一节。

3. 锝 (^{99m}Tc) 亚甲基二磷酸盐注射液 是一种非激发状态的同位素，治疗类风湿关节炎缓解症状的起效快，不良反应较小。静脉用药，10 天为一疗程。