

风湿病 临床参考手册

吴斌 李延萍◎主编

风湿病

重庆出版社

风湿病 临床参考手册

吴斌 李延萍◎主编

重庆出版集团



重庆出版社

图书在版编目(CIP)数据

风湿病临床参考手册 / 吴斌, 李延萍主编. — 重庆:
重庆出版社, 2019.12

ISBN 978-7-229-14813-3

I. ①风… II. ①吴… ②李 III. ①风湿性疾病—
诊疗—手册 IV. ①R593.2-62


中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 008886 号

风湿病临床参考手册

FENGSHIBING LINCHUANG CANKAO SHOUCE

吴斌 李延萍 主编

责任编辑:陈冲
责任校对:李春燕
装帧设计:鹤鸟设计

 重庆出版集团 出版
重庆出版社

重庆市南岸区南滨路162号1幢 邮政编码:400061 <http://www.cqph.com>

重庆三达广告印务装璜有限公司印刷

重庆出版集团图书发行有限公司发行

全国新华书店经销

开本:787mm×1092mm 1/32 印张:9 字数:230千

2019年12月第1版 2019年12月第1次印刷

ISBN 978-7-229-14813-3

定价:88.00元

如有印装质量问题,请向本集团图书发行有限公司调换:023-61520678

版权所有 侵权必究

■ 编委会 ■

主 编：吴 斌 李延萍

编 委：张 莹 周小莉 邵 勤

王莎莎 李成荫 魏良纲

曹春辉 戴 敏 王 晶

朱丰林 许砚秋 甘建平

伍淳操

秘 书：易国祥 黄巧丽

■ 前 言

随着现代医学的发展，尤其是抗菌药的广泛应用，感染性疾病得到了很好的控制。而风湿免疫性疾病，尤其是自身免疫性疾病的发病率却逐年增加，这已经引起了医学界的高度重视。风湿病学在国际上已有上百年的发展历史，我国风湿病学虽起步较晚，但经过二三十年的发展已形成成熟的风湿病学学科体系。

重庆市中医院风湿病科成立于2012年初，为了使科室的诊疗规范化，我院相关专家学者在不断学习风湿病学前沿知识的基础上，参考借鉴风湿科诊疗常规和技术操作规范，并结合临床实践经验，编写了《风湿病临床参考手册》一书。

在健康中国行动思想的指导下，重庆市中医院风湿病科作为牵头单位，以重庆市中医药行业协会为平台，组建了重庆市中医风湿专科联盟，旨在整合重庆市中医风湿专科医疗资源，推进分级诊疗和协同医疗服务，促进优质专科资源下沉，推广应用

风湿专科先进技术，提升区县医院和基层医疗机构风湿专科诊治水平。本书的出版恰逢其时，以期为广大风湿病患者提供更加有效的诊疗服务。

本书分四章，第一章介绍了风湿病的诊断标准，包括风湿病的常见临床表现、体格检查和辅助检查。第二章主要介绍了弥漫性结缔组织病、骨与关节疾病、系统性血管炎和其他风湿病等四类共35个风湿相关疾病的诊疗常规，系统阐述了每一个疾病的病史采集、体格检查、辅助检查、诊断与鉴别诊断、治疗原则、治疗处方、疗效标准和出院标准等内容。第三章介绍了非甾体抗炎药、糖皮质激素、慢作用抗风湿药、抗痛风药物、生物制剂等风湿病常用药物，重点阐述了药物的适用证、禁忌证和用药规范。第四章介绍了生物制剂的应用规范、免疫吸附治疗、妊娠期及哺乳期的抗风湿病用药指南等内容。附录收录了风湿病学相关疾病、药物及学术团体中英文对照表。本书适合风湿专科、基层医院医务人员，风湿病学研究生，及风湿科进修生、规培生和实习生临床参考。

由于编者学识有限，疏误之处在所难免，敬请各位同道批评指正，以便再版时勘误！

重庆市中医院：吴斌 李廷萍

2019年5月

目 录

前言 / 1

第一章 风湿病的诊断 / 1

第一节 诊断基础 / 1

第二节 辅助检查 / 11

第二章 风湿性疾病诊疗常规 / 19

第一节 弥漫性结缔组织病 / 19

系统性红斑狼疮 / 19

多发性肌炎、皮肌炎 / 33

系统性硬化症 / 39

混合性结缔组织病 / 45

原发性干燥综合征 / 51

抗磷脂综合征 / 58

成人斯蒂尔病 / 63

第二节 骨与关节疾病 / 70

类风湿关节炎 / 70

脊柱关节炎 / 79

强直性脊柱炎 / 85

赖特综合征 / 89

银屑病关节炎 / 93

反应性关节炎 / 97

骨关节炎 / 101

复发性多软骨炎 / 105

幼年特发性关节炎 / 108

第三节 系统性血管炎病 / 115

大动脉炎 / 115

结节性多动脉炎 / 120

巨细胞动脉炎、风湿性多肌痛 / 124

白塞病 / 128

显微镜下多血管炎 / 133

肉芽肿性血管炎 / 137

嗜酸性肉芽肿性多血管炎 / 141

超敏性血管炎 / 145

特发性血小板减少性紫癜 / 148

过敏性紫癜 / 156

第四节 其他风湿病 / 161

痛风 / 161

骨质疏松症 / 168

风湿热 / 172

纤维肌痛综合征 / 177

雷诺综合征 / 183

自身免疫性肝炎 / 188

原发性胆汁性胆管炎 / 193

原发性硬化性胆管炎 / 197

IgG4 相关的硬化性胆管炎 / 200

第三章 风湿科常用药物 / 203

第一节 非甾体抗炎药 / 203

第二节 糖皮质激素 / 211

第三节 慢作用抗风湿药 / 220

第四节 生物制剂 / 231

- 第五节 植物药 / 236
- 第六节 抗骨质疏松药物 / 238
- 第七节 抗痛风药物 / 242
- 第八节 风湿科特殊治疗方法 / 246

第四章 应用规范 / 251

- 第一节 生物制剂的应用规范 / 251
- 第二节 免疫吸附治疗 / 258
- 第三节 妊娠期及哺乳期的抗风湿病用药指南 / 264

附录 风湿病学中英文对照表 / 271

风湿病的诊断

第一节 诊断基础

※ 基本特征

1. 免疫学特征

高免疫球蛋白、自身抗体、低补体、激素免疫抑制剂治疗有效。

2. 临床表现

关节炎、皮疹、浆膜炎、缺血或梗死、肾炎、发热、肺间质病、心脏炎、肝脾大等。

3. 实验室检查

自身抗体、高球蛋白、低补体、RF、抗 CCP 抗体、CRP、ESR、贫血、白细胞低、血小板低等。

※ 十大规则

1. 要具备扎实的骨骼解剖知识,仔细检查病人,获取其病史和体检结果。

2. 不做你不懂和无目的的化验。

3. 所有急性单关节炎均要做关节腔穿刺。

4. 任何慢性炎性单关节炎发病大于 8 周仍未明确诊断者,应做滑膜活检。

5. 痛风很少见于停经前的妇女或累及近脊柱关节。

6. 多数肩痛为关节外周组织病,多数下背痛是非外科的疾病引起的。

7. 非原发性骨关节炎要找继发原因。

8. 原发纤维肌痛不首发于 55 岁以后,也不可能是有化验异常的肌肉骨痛者的正确诊断。

9. 所有 RF(+)者不一定有 RA,所有 ANA(+)者不一定有 SLE。

10. 已确诊风湿病的患者有发热或多系统不适的主诉时,应排除感染或其他非风湿病因。显然,风湿病患者因感染致死者远多于基础病致死者。

※ 问诊技巧

最佳治疗取决于正确诊断,正确诊断依赖于大量事实,首先是病史。大多数风湿病依据病史就可怀疑,病史和症状、体征是风湿病诊断的基础,下表是 30 个病史问诊要点。

表 1 风湿病问诊要点

症状或体征	症状或体征	症状或体征
①发热	⑨关节痛	⑰肾炎
②体重下降	⑩关节炎	⑱癫痫
③乏力	⑪眼干	⑲认知障碍
④头痛	⑫口干	⑳神经病变
⑤脱发	⑬眼炎	㉑反复流产
⑥皮疹	⑭黏膜溃疡	㉒血栓
⑦光敏	⑮浆膜炎	㉓贫血
⑧肌痛	⑯心脏炎	㉔出血

症状或体征	症状或体征	症状或体征
②⑤ 结节	②⑦ 肠炎	②⑨ 水肿
②⑥ 雷诺现象	②⑧ 尿道炎	③⑩ 面、手肿

1. 关节肿痛鉴别

表 2 关节肿痛鉴别点

疾病	起病特点	持续时间	疼痛性质	疼痛部位
RA	迅速畸形的恶性进展为少数,大部分处于亚急性状态	关节晨僵,肿痛时间至少6周,关节损伤轻者滑膜肥厚,重者关节畸形强直	疼痛一般尚可忍受,活动后症状可减轻	手腕、掌指关节(MCP)、近端指间关节(PIP)等关节,除颈1-2椎外很少侵犯脊柱
OA	隐袭起病、缓慢进展	初期症状轻微,不知不觉中产生粗大骨性结节(Herberden 结节),甚至畸形	疼痛轻,多于活动(久站、走路多)后疼痛加剧	可累及全身大小关节,多远端指间关节(DIP)、双侧的膝、髌等受力关节
Gout	起病急骤,关节肿痛 24h 达高峰	多于2周内恢复正常,也可在数月、数年后发作,晚期可导致关节畸形和病残	疼痛剧烈难忍	常发于第一跖趾关节

其他疾病:RF——多呈四肢关节游走性发作;ReA——无论症状持续长短,一般无关节和骨质破坏,不留后遗症。

很多风湿病可有有关节受累的表现,除进行性系统性

硬化症外,多为非侵蚀性,非畸形性。

2. 关节晨僵鉴别

可估量炎症的活动性、严重性。晨僵持续时间=完全松快的时间-离开床的时间。

表3 关节晨僵鉴别点

疾病	鉴别点
RA	持续时间一般在1h以上,甚至4h或更长
OA	持续时间不超过30min
ReA	微乎其微
OP	可出现晨僵,持续时间多不超过5min

3. 特征性眼征

表4 风湿病的特征性眼征

疾病	特征性眼征表现
RA	干眼症、巩膜炎
SLE	干眼症、棉絮状斑
pSS	干眼症
SpA	急性葡萄膜炎
WG	巩膜炎、眼眶炎症
颞动脉炎	缺血性视神经病变
BD	葡萄膜炎、视网膜炎
DM	眼睑向阳皮疹

4. 皮肤表现

表5 风湿病的皮肤特征

疾病	皮肤特征
SLE	颧部红斑、光过敏、脱发

疾病	皮肤特征
DM	眶周水肿或眼睑发红(向阳疹);掌指、PIP手背皮肤的皮疹(戈登征)、颈胸“V”形红斑
SSc	皮肤变硬
AOSD	一过性充血疹
PsA	白色鳞屑、薄膜现象、点状出血的奥氏(Auspitz)征
BD	生殖器病变
pSS	口眼干症状
SSc	雷诺现象、硬指
VS	肢端溃疡、皮肤/黏膜溃疡、紫癜、结节

5. 系统表现

表6 风湿病的系统表现

全身表现	相关疾病
发热	SLE、SSc、RA
体重下降	MCTD、ReA、VS
严重乏力	VS
皮肤	相关疾病
光敏皮疹	SLE、DM
水肿硬皮	SSc
网状青斑	MCTD
溃疡脱发	VS
向阳疹	DM

续表

黏膜表现	相关疾病
口生殖器溃疡	BD、SLE
口眼干	RA、pSS
其他表现	相关疾病
浆膜炎	CTD、SLE、RA
雷诺征	SSc、SLE、MCTD
呼吸困难	CTD
淋巴结病	CTD
肌无力	PM、DM
惊厥精神神经病	SLE、VS
吞咽困难	SSc
动或静脉栓塞	VS、APS
复发流产	APS

6. 既往史

询问既往是否有结核、乙肝/丙肝病史及用药史。

※ 专科查体

1. 常规查体

表 7 风湿病的常规查体

名称	操作	意义
屈拇握拳试验	患者将拇指握于掌心,腕关节向尺侧倾斜活动,即可引起桡骨茎突处剧痛,检查者再用拇指按压患者的茎突隆起处,患者常因剧烈疼痛而躲避	桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎

名称	操作	意义
上臂牵拉试验	患者取坐位,检查者一手将患者头部推向健侧,另一手握住患者腕部向外下牵引,如出现上肢疼痛、麻木感为阳性	颈椎病
压头试验	患者端坐,头后仰并偏向患侧,术者用手掌在其头顶加压,出现颈痛并向患手放射为阳性	颈椎病
拾物试验	嘱患者拾放在地上的物品,如患者骶棘肌有痉挛,拾物时只能屈曲两侧膝、髋关节而不能弯腰	下胸椎及腰椎病变
直腿抬高试验	患者仰卧,检查者一手托患者足跟,另一手保持膝关节伸直,缓慢抬高患肢,如在60°范围内即出现坐骨神经的放射痛,称为直腿抬高试验阳性。在直腿抬高试验阳性时缓慢放低患肢高度,待放射痛消失后,再将踝关节被动背屈,如再度出现放射痛,则称为加强试验阳性	腰椎间盘突出症
4字试验	检查时患者仰卧,一只腿伸直,将对侧足置于伸直侧膝上向下压,如同侧骶髂关节疼痛,即为阳性	骶髂、髋关节病变
床边试验	患者仰卧,身体贴向床边,检查者一手按住患者屈曲的小腿,使其尽量贴近腹壁,另一手按住悬于床缘外的大腿向下压,此时无论哪一侧骶髂关节疼痛,均为阳性	骶髂关节病变
托马斯征	患者仰卧位,充分屈曲健侧髋膝,并使腰部贴于床面,若患肢自动抬高、屈膝、离开床面,或迫使患者患肢与床面接触而腰部前凸,均称托马斯征阳性	髋部病变和腰肌挛缩
浮髌试验	检查者以一手压迫髌上囊,将液体挤入关节腔内,另一手反复按压髌骨,在髌上囊可感到波动,或下压时,髌骨触及股骨,不压时则浮起,即为阳性	中等量(50mL)以上积液

续表

名称	操作	意义
侧方应力试验	患者取仰卧位,将膝关节置于完全伸直位,分别作膝关节的被动外翻和内翻检查,与健侧对比。若超出正常外翻或内翻范围,则为阳性	内侧或外侧副韧带损伤
抽屉试验	患者仰卧屈膝90°,检查者坐于床上,抵住患者双足使之固定,双手握住小腿上段,向后推,再向前拉。前交叉韧带断裂时,可向前拉0.5cm以上;后交叉韧带断裂者可向后推0.5cm以上	前后交叉韧带病变
麦氏征	患者仰卧,检查者一手按住患膝,另一手握住踝部,将膝完全屈曲,足踝抵住臀部,然后将小腿极度外展外旋,或内收内旋,在保持这种应力下,逐渐伸直,在伸直过程中若能听到或感到弹响,或出现疼痛,则为阳性	半月板病变
Schober试验	患者直立,在背部正中线髂嵴水平作标记为零,向下5cm作标记,向上10cm再作一标记,然后让患者弯腰(注意保持双膝直立),测量两个标记间的距离,若增加少于4cm则为阳性	腰椎活动度
指—地距	测量患者直立、弯腰、伸臂时的指间与地面的距离	腰椎活动度
枕—墙距	患者靠墙直立,双足跟贴墙,双腿伸直,背贴墙,收颈,眼平视,测量枕骨结节与墙之间的水平距离	颈椎活动度
胸廓活动度	患者直立,用刻度软尺测其第四肋间隙水平(女性测量乳房下缘)于深呼吸和深吸气之胸围差,大于2.5cm为正常	胸椎活动度
Schirmer试验	用5mm×35mm的滤纸两条,置于睑裂内1/3和中1/3交界处,闭眼夹持5min后检查滤纸湿润长度,低于5mm则表明泪液分泌减少	干燥综合征