

正确认识关节炎

王向党

关节炎是一种常见的慢性疾病,尤其是随着寒冬到来,气温逐渐降低,关节炎发病率明显增多。实际上,关节炎是临床症状而不是一种疾病,许多疾病都会出现关节炎这个症状,不同疾病所致的关节炎,在治疗上不尽相同。我们可从方便治疗用药的角度,将关节炎大体分为四大类:以红斑狼疮为代表的非侵蚀性关节炎;以类风湿关节炎为代表的侵蚀性关节炎;以骨关节炎为代表的退行性关节炎;以痛风为代表的代谢性关节炎。

第一类以红斑狼疮为代表的非侵蚀性关节炎,在治疗上主要是针对系统病用药,一般不需要专门针对关节炎进行治疗。在此,我们重点讨论以下3种关节炎

1 以类风湿关节炎为代表的侵蚀性关节炎

■典型症状:休息时痛活动后减轻

这一类关节炎包括:类风湿关节炎、强直性脊柱炎、银屑病关节炎、肠源性关节炎、反应性关节炎、未分化脊柱关节炎等。这类关节炎的共同特征是:夜间疼痛加重、有明显的晨僵现象,休息不能改善症状而活动后反而症状减轻,血沉加快和C反应蛋白水平升高。这类关节炎属于慢性、进行性、致残性疾病。在治疗上,除使用抗炎镇痛药外,还需早期加用缓解病情的抗风湿药(DMARD)。

1. 抗炎镇痛治疗

目的主要在于控制关节

炎症状,减轻患者痛苦。这类药物主要包括糖皮质激素和非类固醇类抗炎药(NSAID)两大类,不主张联用(即两药同时口服),这样会增加不良反应,而疗效却并无相加。如果配合使用两药,即早8点左右口服泼尼松5~10mg,晚间口服一剂长效NSAID,可达到最大的抗炎镇痛疗效,并且最大限度地减少不良反应。

激素具有很强的抗炎作用,可以说目前尚没有哪种NSAID抗炎药的作用能够达到激素的强度,但激素治

疗类风湿关节炎需强调合理使用,主要体现在强调使用中效激素(泼尼松、泼尼松龙或甲泼尼龙),不宜使用长效激素(地塞米松或倍他米松),更不宜每月注射1次改变剂型的超长效激素(曲安奈德等)。

2. 诱导疾病缓解的治疗

这类关节炎是自身免疫介导的风湿性疾病,因此在治疗上不但要抗炎镇痛,更需要控制病情进展,防止骨质侵蚀的发生和发展。2002年美国风湿病学会更新的类

风湿关节炎治疗指南提出,药物治疗的最终目标是诱导疾病完全缓解。

完全缓解的定义是:①关节炎疼痛消失;②晨僵消失;③疲劳症状消失;④关节检查滑膜炎消失;⑤连续的放射学检查无放射学损害的进展;⑥血沉未加快, C反应蛋白水平不高。按目前的治疗方法,虽然仅有部分患者能达到完全缓解,但这已是一个令人鼓舞的目标,让人看到了类风湿关节炎治疗的曙光。



关于关节炎的3个误区

误区一:

无论何种“关节炎”都称为“风湿性关节炎”

关节疼痛是很常见的临床症状。由于国内多数临床医生未系统地学习风湿病学知识,许多临床医生无法鉴别各种关节炎。不少人错误地将关节炎简单地分为所谓“风湿性”和“类风湿性”两大类,把许多骨关节炎、血清阴

性脊柱关节病等误诊为所谓的“风湿性关节炎”,或者将临床患者的关节炎都归为“风湿性关节炎”。实际上在医学疾病里,不存在“风湿性关节炎”这个疾病名称,这是个基本而又非常常见的错误。

误区二:

抗“O”(ASO)高就是风湿病或风湿热

抗链球菌溶血素“O”试验大于500单位为阳性,提示近期链球菌感染,对诊断风湿热有辅助意义。临床上怀疑风湿热者才需做此项检查,但许多临床医生,凡遇关节痛(许多毫无风湿热的特征)必查抗“O”,造成不必要的浪费,并且不管ASO高多少,只要ASO高就是风湿病或风湿热,这是概念上的错误。

风湿热是上呼吸道A组乙型溶血性链球菌感染后引起的一种自身免疫性疾病,可有全身结缔组织病变,尤好侵犯关节、心脏、皮肤,偶可累及神经系统、血管、浆膜及肺、肾等内脏。本病多发于冬春阴雨季节,潮湿和寒冷是重要诱因。居室过于拥挤、营养低下、医药缺乏有利于链球菌繁殖和传播,多构成本病流行。现如今随着生活环境提高,居住、卫生环境改

善,以及抗生素的广泛应用,风湿热已成为一种少见疾病。

典型的急性风湿热:传统上采用1992年修订的Jones标准,其内容包括:①主要表现:心脏炎,多关节炎,舞蹈病,环形红斑,皮下结节。②次要表现:关节痛,发热,急性期反应物(ESR、CRP)增高,P-R间期延长。③有前驱的链球菌感染证据:即咽拭子培养或快速链球菌抗原试验阳性,或链球菌抗体效价升高。如有前驱的链球菌感染证据,并有两项主要表现或一项主要表现加两项次要表现者,高度提示可能为急性风湿热。

所以说抗“O”(ASO)高提示患者既往或现在有链球菌感染,不能因为抗“O”(ASO)高就给患者下结论其为风湿病或者风湿热。

误区三:

HLA-B27阳性就是强直性脊柱炎(AS)

目前AS的病因未明,从流行病学调查发现,基因和环境因素在本病的发病中发挥作用。已证实AS的发病和HLA-B27(人类白细胞抗原)密切相关,并有明显家族发病倾向。在我国HLA-B27阳性率为2%~7%,而AS患者的HLA-B27阳性率达90%~95%。但AS的患病率在普通人群仅为0.1%,因此,绝大多数HLA-B27阳性者并不发

生AS,HLA-B27阳性者AS发病率约为10%~20%,所以HLA-B27阳性不是AS诊断标准,不能因患者HLA-B27阳性诊断其为强直性脊柱炎,这也是基本原则的错误。

而X线检查对AS的诊断有极为重要的意义,约98%~100%病例早期即有骶髂关节的X线改变,是本病诊断的重要依据。

专家介绍

王向党 主任医师 徐州市中心医院风湿科主任 副教授



毕业于上海第二军医大学,曾赴日本爱知医科大学研修类风湿性关节炎的病理与临床,对风湿科疾病如类风关、强直性脊柱炎、骨关节炎、系统性红斑狼疮等有丰富的临床经验。
擅长对发热待查及风湿科疑难病、危重病人的诊治处理。
专家门诊时间:周五全天
咨询电话:18952170598

2 以骨关节炎为代表的退行性关节炎

■典型症状:活动时痛休息后减轻



分钟。一些特殊类型的骨关节炎,如手指骨关节炎也可出现短暂的晨僵。这类关节炎需要减少负重活动,药物治疗主要是镇痛和保护软骨。

1. 镇痛治疗:可选用NSAID,一般不主张使用激素。NSAID的服药时间与类风湿关节炎不同,类风湿关节炎主张晚间给药,而骨关节炎主张白天给药,因为骨关节炎患者很少出现夜间疼痛。由于骨关节炎多发生在老年人,所以更需要注意选用对胃肠道刺激性小、心血管和肾脏安全性较高的

NSAID。

2. 保护软骨的治疗:(1)包括关节腔内注射透明质酸钠,一般每隔1~2周注射1次,根据不同分子量和品牌,大多3~5次为一个疗程。在完成一个疗程后,疗效多可维持半年至1年。如果骨关节炎出现继发性滑膜炎,关节腔内有较多滑液,此时注射透明质酸钠将难以获得预期效果。有必要先在关节腔内注射激素,待关节腔内积液明显减少或消失后,再注射透明质酸钠,方可有效。(2)硫酸氨基葡萄糖具有促进软骨代谢,保护软骨的作

用,但起效较慢,一般需要连续用药6周以后患者才能感觉到疗效。(3)双醋瑞因(也是一种生物制剂):为骨关节炎IL-1的首要抑制剂。经细胞实验及动物实验证实:①本品可诱导软骨生成、具有止痛、抗炎及退热作用;②抑制前列腺素合成;③对骨关节炎有延缓疾病进程的作用;④阻遏胶原酶及基质溶解素等金属蛋白酶和过氧化物的生成;⑤促进胶原及氨基多糖的合成;⑥抑制白细胞的趋化作用及稳定溶酶体。目前,本药主要用于治疗骨关节炎。

3 以痛风为代表的代谢性关节炎

■典型症状:首发部位常是脚的大脚趾,关节红肿、灼热发胀

痛风是一种因嘌呤代谢障碍,使尿酸堆积而引起的疾病,属于关节炎的一种,又称代谢性关节炎。

痛风在临床上可分为4个阶段:第1阶段为高尿酸血症期,病人除了血尿酸升高外,并未出现痛风的临床症状;第2阶段为痛风早期,血尿酸持续性增高,导致急性痛风性关节炎突然发作,一般多在子夜发作,可使人从睡眠中像被刀割般的疼痛所惊醒,首发部位常是脚的大脚趾,关节红肿、灼热发胀,不能盖被子,脚伸在外边,若有轻微的风吹过或稍有触碰,活动一下脚趾头,立马疼痛得像钻心一样,但在几天

或数周内会自动消失,这种“来去如风”的现象,称为“自限性”。一次疼痛之后,看起来关节的炎症消除了,和正常人一样,实际上尿酸的结晶并没有消失,继续作怪,渐渐关节变得肿胀僵硬、屈伸不利;第3阶段为痛风中期,由刚开始发病时的一个脚趾关节,痛风性关节炎反复急性发作,几次急性发作以后,逐渐波及到指、趾、腕、踝、膝关节等全身关节,进而周围的软组织和骨质也遭到不同程度的破坏和功能障碍,尿酸结晶不断沉积,慢慢地形成了结石一样的“痛风石”,此时,肾功能正常或表现为轻度下降;第4阶段为痛风

晚期,患者关节畸形及功能障碍日益严重,痛风石增多,体积增大,易破溃流出白色尿酸盐结晶,由于关节永久性畸形,影响工作和生活,给病人带来极大地身心痛苦。尿酸盐不断沉积到肾脏里,形成肾结石等,临床出现肾功能损害,病情进一步发展,则出现不易逆转的肾功能衰竭而危及生命。

痛风的治疗归纳为“三管齐下”:一是日常膳食实施素食为主原则,旨在减少、杜绝“毒物”嘌呤摄入。同时多喝水促进尿酸从尿中排泄,要防止疲劳和受凉,嗜烟酒者要戒除烟酒,这些都是急性痛风的诱发因素。二是急

性发作期治标:即运用药物消除炎症。对付急性痛风最有效药物叫秋水仙碱,但对副作用较大,故须慎用,一般可选用扶他林、莫比可、消炎痛等。三是间歇期治本:即非发作期同时服用抑制尿酸合成与促尿酸排泄的药物。

这类患者应忌食高嘌呤食物,如:酵母、胰脏、浓缩肉汁、肉脯、沙丁鱼、凤尾鱼、动物心脏等。可吃白菜、卷心菜、胡萝卜、芹菜、黄瓜、茄子、西兰花、甘蓝、莴苣、甘蓝、甘蓝菜、莴笋、刀豆、南瓜、西葫芦、蕃茄、山芋、土豆、泡菜、咸菜、雌性红萝卜、咖啡、茶、奶、蛋、海藻类等低嘌呤偏碱性食物,切忌喝啤酒。