

风湿性多肌痛_风湿免疫科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E9_A3_8E_E6_B9_BF_E6_80_A7_E5_c22_609355.htm 风湿性多肌痛常见于老年人，是以持续性颈、肩胛带、骨盆带肌群疼痛僵硬感为临床特征的症候群[1]。【诊断】pmr是一个临床症候群，排除其他风湿性疾病之后，可根据下述临床表现作出诊断：50岁以上老人；颈、肩、腰背或全身僵痛持续4周以上；血沉 $>40\text{mm/h}$ ；对小剂量皮质激素治疗反应良好。须与下述几种风湿病鉴别：老年起病的类风湿性关节炎为：酸辣同有晨僵、对称性小关节肿痛、畸型，类风湿因子阳性等。多发性肌炎：本病亦多见于老年女性，有近端肢带肌无力与疼痛、肌力显著减弱、血沉增快等；但本病以肌炎为特征，血清肌酶活性增高，肌电图示肌源性损害，肌肉活检有肌炎特征。

纤维织炎综合征（fibrositis syndrome）：本综合征以关节外肌肉骨骼僵痛与疲乏为典型表现，躯体四肢有固定性敏感压痛点，如颈肌枕部附着点，上斜方肌中部；胸肌-第二肋骨与软骨交界处外侧，外上踝下2cm处，上臀部，大转子后2cm，膝关节内侧鹅状滑囊区，腓肠肌跟腱交换处等8处；多有睡眠障碍，常伴发激惹性肠炎、激惹性膀胱炎、紧张性并头痛、月经不调以及对甾体或非甾体抗炎药反应不敏感、血沉正常等。【治疗措施】pmr对糖皮质激素治疗有良好反应，可作为诊断性治疗指标。一般用泼尼松 $10\sim 20\text{mg/d}$ ，次日或数日内症状明显减轻，如1~2周仍无疗效反应，应注意是否与gca并存，或考虑其他诊断。对泼尼松治疗有反应者，一般维持2~4周即可开始减量，总疗效根据撤药反应确定；少数病人须

小剂量（7.5mg/d）维持治疗1~2年。轻症病例可试用非甾体抗炎如消炎痛、阿司匹林等治疗，但不如小剂量皮质激素效力强[1]。【临床表现】pmr常发生于50岁以上，50岁以下患者甚少。男女之比为1:2。我国发病情况不详。美国一份报道：50岁以上人群年发病率54/10万，患病率500/10万[2]。pmr起病隐袭，有低热、乏力、倦怠、体重下降等全身症状。典型临床表现为对称性颈、肩胛带或骨盆带近端肌肉酸痛、僵硬不适。也可单侧或局限于某组肌群。僵痛以晨间或休息之后再活动时明显。急性发病者，每诉夜间上床时尚可，早上醒来全身酸痛僵硬难忍。严重时梳头、刮面、着衣、下蹲、上下楼梯都有困难。这些活动障碍不易肌无力引起，不像多发肌炎那样肌力严重减退，乃因肌肉关节僵痛所致，活动之后可渐缓解或减轻。无论主诉如何，体格检查阳性体征较少，可有轻度贫血，肩及膝关节轻度压痛、肿胀或少许滑膜积液征，关节镜检证实可有滑膜炎[3]。一般无内脏或系统性受累表现。【辅助检查】pmr最突出的实验异常是血沉增快（40~50mm/h）、c-反应蛋白升高。类风湿因子、抗核抗体、血清补体、血清肌酶活性均正常。肌电图检查无肌源性和神经源性损害征象。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com