



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2021.05.002

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.05.002

· 综述与讲座 ·

# 肠病性关节炎的诊断与治疗

王雷 魏智民 黄烽

**【摘要】** 肠病性关节炎(eSpA)是指脊柱关节炎(SpA)和炎症性肠病(IBD)的共患病状态,其诊治需要风湿科和消化内科医生的交流合作,目前尚缺乏关于 eSpA 学科间转诊和治疗的报道。在此,我们对 SpA、IBD 的概念、诊断和治疗进行介绍,并总结了 eSpA 学科间转诊的警示症状和治疗策略。

**【关键词】** 肠病性关节炎; 脊柱关节炎; 炎症性肠病

**【中图分类号】** R593, R574

**【文献标识码】** A

脊柱关节炎(SpA)是一组以脊柱关节受累为特征的慢性炎症性风湿性疾病,具有特定的病理生理、临床、放射学和遗传特征<sup>[1]</sup>。临床上可有中轴脊柱骨关节受累,多表现为慢性腰背痛、晨僵等不适;也可有外周关节炎、指(趾)炎、韧带和肌腱末端在骨的附着点炎,并可有一定的关节外表现。在脊柱关节炎国际评价协会(ASAS)2009 年的新分类标准中,将 SpA 按受累关节部位分为中轴型脊柱关节炎(ax-SpA)和外周型脊柱关节炎(p-SpA)两大类<sup>[2]</sup>。尽管如此,传统分类标准<sup>[3]</sup>将 SpA 按临床特征分为强直性脊柱炎(AS)、反应性关节炎(ReA)、银屑病关节炎(PsA)、肠病性关节炎(eSpA)和未分化脊柱关节炎(un-SpA),因其实用性,目前依然被临床广泛使用。

炎症性肠病(IBD)是免疫相关的胃肠道器质性疾病,主要包括溃疡性结肠炎(UC)、克罗恩病(CD)和未定型 IBD,临床上以腹泻伴黏液或脓血、腹痛、体重减轻和发热等为主要表现<sup>[4]</sup>。eSpA 也称作炎症性肠病相关的脊柱关节炎(IBD-SpA),是 SpA 传统分类中的一种亚型,通常指伴有 IBD 的 SpA<sup>[5]</sup>。临床报道中,SpA 与 IBD 的共患病率异质性强,欧美人群 SpA 患者合并 IBD 的患病率为 0~30% 不等,其中以 CD 更常见<sup>[6]</sup>;我国一项临床调查报道称 SpA 患者合并 IBD 的比例为 7.2%<sup>[7]</sup>;而在 IBD 患者中,符合 SpA 诊断标准的患者比例为 0~50% 不等<sup>[6]</sup>。

IBD 与 SpA 有一定的遗传和免疫因素重叠。在遗传方面,人类白细胞抗原(HLA)的等位基因如 HLA-B27、

HLA-B35 和主要组织相容复合体(MHC)Ⅱ型的等位基因 DRB1 0103 等均与 SpA、IBD 的患病具有较强的相关性<sup>[8]</sup>;在免疫方面,多种细胞因子,如肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 、白细胞介素(IL)相关的 IL-23/17 轴系统等均参与了两种疾病的发病,且针对细胞因子的生物制剂也对两种疾病病情有显著缓解和改善作用。环境因素也参与了两种疾病的发展,其中肠道生态相关因素如饮食和肠道菌群,是近年来的研究热点。研究发现,在 HLA-B27 转基因大鼠从无菌环境转到清洁环境后,能发展出肠道和关节的炎症,说明肠道菌群可能参与了两种疾病的发生和发展<sup>[9]</sup>;而病例对照研究也发现,IBD 和 SpA 患者的肠道菌群结构与健康人群相比有一定程度的重叠<sup>[10]</sup>。因此,越来越多的研究者认为,SpA 与 IBD 可能是相似病因背景在不同外界环境刺激下引起的不同器官的临床表现。

尽管 SpA 和 IBD 有着相似的病因背景和较高的共患病率,但在临床工作中,以主要症状和体征为导向的就诊模式、患者选择性地向专科医生报告相关症状及风湿科医生和消化科医生在繁重的医疗工作中问诊和检查不充分都可能导致共患病的漏诊、学科间转诊合作的缺乏,并可能出现治疗分歧。因此,本文总结了 SpA 和 IBD 共患病的相关诊治文献,旨在提高医生的认知,增加学科间交流合作,为 eSpA 患者更好的诊治提供依据。

## 一、诊断

### 1. SpA

SpA 的临床表现异质性较强,按 ASAS 标准将其分为 ax-SpA 和 p-SpA,诊断标准也不同。

#### (1) ax-SpA 的诊断

基金项目:军委后勤保障部卫生局应用基础研究项目(19BJZ41)

作者单位:100853 北京,解放军总医院第一医学中心风湿免疫科(王雷、黄烽);中央军委联合参谋部警卫局卫生保健处(魏智民)

通讯作者:黄烽, E-mail: fhuang@301hospital.com.cn

根据 ASAS 标准,患者若存在慢性( $\geq 3$  个月)腰背痛,且发病年龄 $<45$  岁,应行进一步检查。

影像学方面,可行骨盆 X 线平片和(或)骶髂关节 CT 检查,确定有无骶髂关节炎;磁共振(MRI)检查有助于 ax-SpA 的早期诊断,若发现软骨下骨髓水肿,高度提示 SpA 相关的骶髂关节炎,但在运动后、女性分娩后等情况下也可能出现骨髓水肿,需要进行鉴别<sup>[11]</sup>。若存在骶髂关节炎症,同时确定有至少 1 项 SpA 特征,则可以考虑 ax-SpA。

SpA 特征包括:①炎性腰背痛:其特点为发病年龄 $<40$  岁、隐匿发病、夜间疼痛(起床后改善)、休息无改善、运动改善;②~④外周关节炎、趾/指炎、附着点炎(跟腱炎常见);根据有无红肿、疼痛或压痛判断,必要时可进一步行关节超声确认;⑤~⑦银屑病、葡萄膜炎、IBD;需要皮肤科、眼科、消化内科医生协助诊断;⑧HLA-B27 阳性;⑨C 反应蛋白升高;⑩SpA 家族史;⑪非甾体抗炎药(NSAIDs)治疗有效;若尚无法明确诊断,可尝试 NSAIDs 治疗。若影像学并未发现骶髂关节炎,但 HLA-B27 呈阳性,同时有至少两项 SpA 特征,也考虑诊断 ax-SpA<sup>[2-3]</sup>。

## (2) p-SpA 的诊断

根据 2011 年 ASAS 标准,满足以下 a 或 b 其中一种情况即可考虑诊断 p-SpA:a:以下 5 项中,满足至少 3 项:SpA 特征的①(曾发生过)、②~④、⑩;b:SpA 特征②~④中满足 1 项,同时有以下任意 1 项:SpA 特征⑤~⑧、骶髂关节炎、前驱感染史<sup>[2,12]</sup>。

## (3) IBD 患者中 SpA 的识别与转诊

IBD 患者合并 SpA 的比例较高,但这一情况经常被忽视,据报道 IBD 患者 SpA 的延迟诊断时间达 5.2 年。因此消化内科医生在 IBD 患者的诊疗中有必要对 SpA 进行鉴别和筛查,若存在以下不适,应将患者转诊至风湿科,明确诊断,有助于患者的治疗和病情长期控制<sup>[13]</sup>:①慢性( $\geq 3$  个月)腰背痛;②外周关节肿胀或疼痛;③附着点炎(足跟疼痛或压痛);④趾/指炎。若消化内科医生对 SpA 的诊断有一定掌握,可进一步检查其他 SpA 特征如家族史、关节外表现、影像学检查和实验室检查,为患者转诊风湿科提供更充分的资料支持。

## 2. IBD

IBD 的诊断缺乏金标准,需要根据临床表现、实验室检查、影像学检查、内镜检查、组织病理检查结果综合分析。尽管内镜检查需要在消化内科完成,但风湿科医生掌握 IBD 的内镜和活组织检查基本特征也是必要的。

## (1) UC

临床上,UC 患者以持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便最为常见,还可伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状,病程多在 4~6 周以上。若患者存在上述临床特点,应首选结肠镜检查明确诊断。结肠镜检查结果是 UC 诊断的主要依据。结肠镜下,UC 病变部位多始于直肠,连续弥漫分布,依据严重程度不同,可有黏膜红斑、糜烂、溃疡,甚至自发性出血。缓解期患者结肠镜下可为正常黏膜表现。病程较长患者的黏膜萎缩和瘢痕形成可导致结肠袋形态消失、肠腔狭窄及炎(假)性息肉。黏膜组织活检方面,UC 有固有膜内炎性细胞浸润、隐窝结构改变,并可见黏膜表面糜烂、浅溃疡形成和肉芽组织;缓解期时,黏膜糜烂、溃疡可愈合,隐窝改变多保留,并可见帕内特细胞化生<sup>[14]</sup>。

根据改良 Truelove 和 Witts 分型标准<sup>[15]</sup>,UC 的严重程度主要从反应排便、贫血、炎症 3 个方面的以下 6 项指标判断:①排便次数;②便血;③脉搏;④体温;⑤血红蛋白;⑥红细胞沉降率。

## (2) CD

CD 的临床表现多样,消化道以腹泻、腹痛常见,可有血便、肛周病变(瘘管、脓肿、皮赘等);全身症状以体重减轻常见,也可有发热、食欲不振、疲乏等。若患者存在上述临床特点,首选结肠镜检查,以明确诊断。

结肠镜检查是 CD 诊断的主要依据,进镜应达末端回肠。镜下 CD 病变以阿弗他溃疡为主要表现,严重者溃疡融合可形成纵行溃疡;此外,还可见卵石征、肠壁可增厚甚至狭窄、团簇样息肉增生等;病变分布多不连续,病变间黏膜可完全正常。黏膜组织活检方面,CD 镜下特点为局灶性的慢性炎症、局灶性隐窝结构异常和非干酪样肉芽肿。若结肠镜未能明确诊断,根据临床特点还可进行小肠镜、小肠 CT/MRI 成像、胃镜等检查辅助诊断<sup>[14]</sup>。

CD 的严重程度评估通常采用克罗恩病活动指数(CDAI)或简化 CDAI,主要评估以下方面:①一般情况;②腹痛;③腹泻;④腹部包块;⑤伴随疾病:关节痛、虹膜炎、结节性红斑、坏疽性脓皮病、阿弗他溃疡、裂沟、新瘘管和脓肿等<sup>[16]</sup>。

## (3) SpA 患者中 IBD 的识别与转诊

在 SpA 的诊疗过程中,风湿科医生应将 IBD 相关筛查纳入常规问诊中,若存在以下问题,应将患者转诊至消化内科,明确诊断,有助于患者的治疗和病情长期控制<sup>[13]</sup>:①IBD 家族史;②临床症状:a. 慢性腹泻;b. 慢性腹痛;c. 直肠出血;d. 体重减轻;e. 持续发热;③肛周瘘管/脓肿(既往/现症);④贫血。

若风湿科医生对 IBD 的诊断有一定掌握,在 SpA 患者有上述临床特点出现的同时,还需考虑实际情况

进行初步鉴别:如 NSAIDs 的使用可能导致胃肠道损伤,出现腹痛、粪便潜血等表现;而 TNF 拮抗剂(TNFi)的使用有感染结核的风险,可能出现发热、体重减轻等表现。在排除用药等因素后,应将患者转诊至消化内科,尽早完成内镜检查,明确诊断,并调整治疗方案。此外,有条件的医院还应将粪便钙卫蛋白检测纳入到 IBD 的筛查中<sup>[17-18]</sup>。

## 二、治疗

### 1. SpA

根据“2016 年更新的 ASAS/欧洲抗风湿病联盟(EULAR)的强直性脊柱炎治疗推荐”<sup>[19]</sup>,所有 ax-SpA 患者均应进行规律锻炼和戒烟,并考虑物理治疗。当出现症状时,以 NSAIDs 作为基础用药,并以 TNFi 作为症状不能控制时的补充用药。而 p-SpA 的治疗,目前尚缺乏共识意见,但在 ax-SpA 治疗指南中,若患者以外周关节为主要表现时,推荐使用柳氮磺吡啶(SSZ),并可局部注射糖皮质激素治疗。

### 2. IBD

根据 2021 年国际 IBD 研究组的报道<sup>[20]</sup>和我国炎症性肠病诊断与治疗共识的意见<sup>[14]</sup>,IBD 患者最重要的长期治疗目标是临床缓解、黏膜愈合、生活质量改善和致残率降低。临床上,UC 的治疗主要以氨基水杨酸(ASA)制剂作为基础用药,包括 SSZ、5-ASA(如美沙拉嗪);当 ASA 制剂控制不佳时,考虑加用糖皮质激素。用药方法依据严重程度而定。此外,也有小样本报道硫嘌呤类药物、沙利度胺和环孢素等可用于难治性 UC。当糖皮质激素或上述免疫抑制剂不能控制症状时,考虑使用生物制剂治疗,首选 TNFi,其中推荐英夫利昔单抗(IFX),有报道显示阿达木单抗(ADA)也可用于 IBD 的治疗。CD 的治疗用药与 UC 相似,但考虑 CD 的病变部位差异,更推荐口服 ASA 而非栓剂。而布地奈德对病变局限在回肠末端、回盲部或升结肠者效果更优。此外,IBD 的治疗依据具体情况,需考虑抗感染治疗、手术治疗等。

### 3. IBD-SpA

研究发现,AS 伴随情况并不影响 IBD 预后<sup>[21]</sup>,而 IBD 对 AS 有单向正相关的因果关系<sup>[22]</sup>,提示在 eSpA 患者治疗中,需要优先考虑 IBD 的治疗。目前,鲜有针对 eSpA 而制定的国际共识。2014 年 Olivieri 等<sup>[23]</sup>首次提出了意大利的 eSpA 治疗共识,并在随后被其他研究认可采用。ESpA 的治疗将 SpA 分为 ax-SpA 和 p-SpA,将 IBD 分为活动性 IBD 和缓解期 IBD,设定不同的治疗方案(图 1),特点如下:(1)NSAIDs:IBD 活动期避免使用,缓解期可短期(<2 周)使用环氧合酶

(COX)2 选择性抑制剂(COXIB),如艾瑞昔布控制 SpA 相关症状;(2)TNFi:推荐使用 IFX 和 ADA;依那西普有诱发 IBD 的风险,应避免使用;其他 TNFi 也可尝试应用治疗 eSpA。在 IBD 活动期,TNFi 按照 IBD 的治疗方案使用,缓解期按照 ASAS 的 SpA 治疗方案逐渐减量;(3)糖皮质激素、ASA:按照 IBD 或 p-SpA 的治疗指南使用。

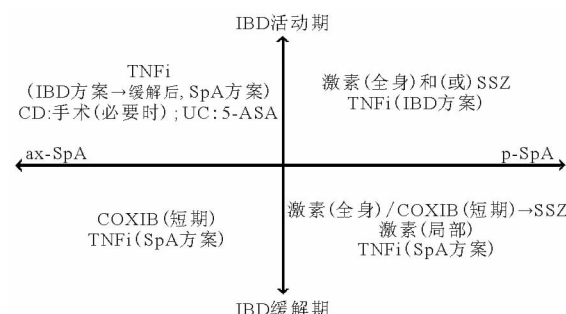


图 1 eSpA 的治疗策略

此外,值得一提的是,近年来肠道微生态相关研究给 IBD 和 SpA 的治疗带来了新希望。已有多项研究报道了肠微生态移植,即粪菌移植(FMT)对 IBD 有较好的治疗效果<sup>[24]</sup>,而多项病例-对照研究也发现了 SpA 患者与健康人的肠道菌群差异,且 SpA 患者与 IBD 患者的肠道菌群部分重叠<sup>[10]</sup>;另外还有研究发现,eSpA 患者在 FMT 治疗后关节疼痛和晨僵的显著缓解<sup>[25]</sup>。若能通过改善患者肠道菌群,使有益的微生物定植于肠道并长期发挥抗炎治疗作用,或许能改变目前 SpA 和 IBD 患者长期用药或治疗不佳的现状。以上研究结果提示我们,通过肠道微生态可能为 SpA(尤其是 eSpA)的治疗带来革命性的进步。

## 三、总结

由于 eSpA 是相似病因在骨关节和肠道的共同表达,其诊断和治疗对专科医生的跨学科知识掌握有较高的要求,且目前尚无国际国内共识。因此我们总结了相关文献,为风湿科医生和消化内科医生对 eSpA 的诊断、转诊、治疗提供支持。未来,多学科会诊、远程会诊模式或 SpA 诊疗中心可能在 eSpA 的诊治中发挥良好的交叉衔接作用。

## 参 考 文 献

- [1] Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of Spondyloarthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2009, 68 Suppl 2: ii1-ii44.
- [2] Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general[J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70(1): 25-31.
- [3] Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing Spondylitis and Axial

- Spondyloarthritis[J]. N Engl J Med, 2016, 374(26):2563-2574.
- [4] Matsuoka K, Kobayashi T, Ueno F, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease[J]. J Gastroenterol, 2018, 53(3):305-353.
  - [5] 张江林, 金京玉, 李红霞, 等. 肠病性关节炎 30 例临床特征分析并文献复习[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(3):223-225.
  - [6] Felice C, Leccese P, Scudeller L, et al. Red flags for appropriate referral to the gastroenterologist and the rheumatologist of patients with inflammatory bowel disease and spondyloarthritis[J]. Clin Exp Immunol, 2019, 196(1):123-138.
  - [7] 马颖沛, 冀肖健, 胡立冬, 等. 强直性脊柱炎伴发炎症性肠病的临床资料分析[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(3):189-194.
  - [8] Fragoulis GE, Liava C, Daoussis D, et al. Inflammatory bowel diseases and spondyloarthropathies: From pathogenesis to treatment[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(18):2162-2176.
  - [9] Taurog JD, Richardson JA, Croft JT, et al. The germfree state prevents development of gut and joint inflammatory disease in HLA-B27 transgenic rats[J]. J Exp Med, 1994, 180(6):2359-2364.
  - [10] So J, Tam LS. Gut Microbiome and Its Interaction with Immune System in Spondyloarthritis[J]. Microorganisms, 2020, 8(11):1727.
  - [11] 王炎焱, 赵征, 罗贵, 等. 骶髂关节 MRI 对慢性腰背痛患者确诊中轴脊柱关节炎的特异性与局限性[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11):833-839.
  - [12] Molto A, Sieper J. Peripheral spondyloarthritis: Concept, diagnosis and treatment[J]. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2018, 32(3):357-368.
  - [13] Pouillon L, Bossuyt P, Vanderstucken J, et al. Management of patients with inflammatory bowel disease and spondyloarthritis[J]. Expert Rev Clin Pharmacol, 2017, 10(12):1363-1374.
  - [14] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年, 北京)[J]. 中华消化杂志, 2018, 38(5):292-311.
  - [15] Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial[J]. Br Med J, 1955, 2(4947):1041-1048.
  - [16] Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity[J]. Lancet, 1980, 1(8167):514.
  - [17] Montalto M, Gallo A, Santoro L, et al. Role of fecal calprotectin in gastrointestinal disorders[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2013, 17(12):1569-1582.
  - [18] Klingberg E, Strid H, Ståhl A, et al. A longitudinal study of fecal calprotectin and the development of inflammatory bowel disease in ankylosing spondylitis[J]. Arthritis Res Ther, 2017, 19(1):21.
  - [19] van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2017, 76(6):978-991.
  - [20] Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD[J]. Gastroenterology, 2021, 160(5):1570-1583.
  - [21] Atay K, Eyvazov H, Bozcan S, et al. The effect of concomitant ankylosing spondylitis on long-term outcome of patients with inflammatory bowel disease[J]. Turk J Gastroenterol, 2019, 30(7):599-604.
  - [22] Cui Z, Hou G, Meng X, et al. Bidirectional Causal Associations Between Inflammatory Bowel Disease and Ankylosing Spondylitis: A Two-Sample Mendelian Randomization Analysis [J]. Front Genet, 2020, 11:587876.
  - [23] Olivieri I, Cantini F, Castiglione F, et al. Italian Expert Panel on the management of patients with coexisting spondyloarthritis and inflammatory bowel disease[J]. Autoimmun Rev, 2014, 13(8):822-830.
  - [24] Tan P, Li X, Shen J, et al. Fecal Microbiota Transplantation for the Treatment of Inflammatory Bowel Disease: An Update [J]. Front Pharmacol, 2020, 11:574533.
  - [25] Mahajan R, Midha V, Singh A, et al. Incidental benefits after fecal microbiota transplant for ulcerative colitis [J]. Intest Res, 2020, 18(3):337-340.

(收稿日期:2021-04-06)

(本文编辑:周三凤)

## · 读者 · 作者 · 编者 ·

### 2021 年 5 期《临床内科杂志》综述与讲座——“脊柱关节炎的诊治进展”栏目导读

脊柱关节炎是一组以脊柱关节受累为特征的慢性炎症性风湿性疾病。在国际脊柱关节炎专家协作组 2009 年的新分类标准中,将脊柱关节炎按受累关节部位分为中轴型脊柱关节炎和外周型脊柱关节炎两大类。尽管如此,传统分类标准将脊柱关节炎按临床特征分为强直性脊柱炎、反应性关节炎、银屑病关节炎、肠病性关节炎和未分化脊柱关节炎,因其实用性,目前依然被临床广泛使用。本期“综述与讲座”栏目特别邀请安徽医科大学第一附属医院风湿免疫科徐胜前教授为“脊柱关节炎的诊治进展”专栏组稿,并邀请该领域的知名专家撰稿。中轴型脊柱关节炎包括强直性脊柱炎和放射学阴性的中轴型脊柱关节炎。2015 年美国风湿病学会(ACR)、美国脊柱炎协会(SAA)及脊柱关节炎研究治疗网络(SPARTAN)发表了关于强直性脊柱炎和放射学阴性的中轴型脊柱关节炎的治疗建议,并于 2019 年进行更新。2019 年指南对 2015 年指南提出的 20 个临床问题进行了文献回顾和更新,又提出了 26 个新临床问题共 86 条推荐意见,其中包括强直性脊柱炎 5 项 51 条推荐和放射学阴性的中轴型脊柱关节炎 4 项 35 条推荐,其在新兴治疗药物、治疗策略、影像学应用等方面提出了新的建议。徐胜前教授撰写的《中轴型脊柱关节炎的诊疗进展》从多个角度对上述指南进行解读,为中轴型脊柱关节炎的诊疗提供新思考。肠病性关节炎也称作炎症性肠病相关的脊柱关节炎,通常指伴有炎症性肠病的脊柱关节炎,主要包括溃疡性结肠炎、克罗恩病和未定型炎症性肠病。解放军总医院第一医学中心风湿免疫科黄烽教授撰写的《肠病性关节炎的诊断与治疗》总结了脊柱关节炎和炎症性肠病共患病的相关诊治文献,旨在提高风湿科和消化科医生的认知,增加学科间交流合作,为肠病性关节炎患者更好的诊治提供依据。除了关节表现外,脊柱关节炎可出现关节外表现,如眼部受累、银屑病、炎症性肠病和实质脏器受累等。任何类型脊柱关节炎均可出现眼部受累,约有 1/3 表现为葡萄膜炎,葡萄膜炎也是脊柱关节炎最常见的关节外表现。北京协和医院风湿免疫科郑文洁教授撰写的《脊柱关节炎相关性葡萄膜炎的诊治进展》主要阐述脊柱关节炎相关性葡萄膜炎的临床表现、早期筛查及治疗,强调眼科和风湿免疫科医生密切合作的重要性。银屑病关节炎即银屑病的关节损害。上海交通大学附属第六人民医院风湿免疫科戴生明教授撰写的《银屑病关节炎的诊治》从银屑病关节炎的诊断现状、早期筛查、早期诊断、实验室检查、影像学检查、鉴别诊断及治疗等方面进行详细论述,内容全面、系统。限于篇幅,更多精彩内容请参阅本期杂志“综述与讲座”栏目各篇文章。您可登陆万方数据库、中国知网、维普网及本刊官方网站(www.lcnkzz.com)搜索本期杂志。感谢您持续关注《临床内科杂志》!