•1184- 中华骨科杂志 2012 年 12 月第 32 卷第 12 期 Chin J Ortho. December 2012, Vol. 32, No. 12

-会议纪要• 类风湿关节炎的诊断与治疗骨科专家共识

一、 概述

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis,RA)是一种以关节软 骨侵蚀为主要表现的全身性自身免疫性疾病。病变可累及所 有含滑膜的关节，以手、足最常见。其病理特征是滑膜增生和 向外生长，增生的炎症组织(血管肉芽翳)破坏关节和关节周 围组织，引起关节畸形和功能障碍。全球各人种总发病率为 1%~2%,男女之比为1：2.5,以30~50岁为发病高峰。我国RA 患病率约为0.23.4%：”。

RA的临床特征性表现主要有滑膜炎和关节软骨破坏所 致的关节肿胀、疼痛。滑膜炎反复发作，初期阶段可采用药物 治疗。经治疗部分患者临床症状缓解，而多数患者在患病后 约2年开始出现关节破坏变形，并持续进展，关节活动范围 减小，造成永久性残疾。X线表现为关节间隙狭窄、关节周围 侵蚀和软骨下骨疏松控制疾病进展、降低致残率的关键在 于早期诊断及合理、及时的治疗。

二、 RA的诊断标准

RA的诊断主要依靠特征性的临床表现、实验室检査及 影像学检查。1987年美国风湿病学会(American College of Rheumatology,ACR)制定了 RA的诊断标准，其敏感性为 91%~94%,特异性为89%⑵。不建议用于早期症状不典型的 病例。2009年ACR和欧洲抗风湿病联盟(The European League Against Rheumatism,EULAR)联合制定了操作性更 强、分类更细的RA分级标准和评分系统⑶。其主要内容为： 至少1个关节肿痛，并有滑膜炎的证据(临床、超声或MRI)； 同时排除其他疾病引起的关行炎，有典型的放射学RA骨破 坏。该标准评估内容包括关节受累情况、血清学指标、滑膜炎 持续时间和急性时相反应物四个部分，总分6分以上可诊断 RA(表 Do

应注意RA与骨关节炎、痛风性关节炎、血清阴性脊柱关 节病、系统性红斑狼疮、干燥综合征及硬皮病等其他结缔组 织病所致关节炎的鉴别。

三、 RA的治疗方案

RA的治疗［j的是控制症状、防止结构破坏、恢复生理功 能及提高日常生活能力，并最大限度地改善与健康相关的生 存质量。达到治疗冃标最重要的方法是消除炎症，强调早期 治疗、联合用药和个体化治疗的原则。

(…)非手术治疗

1. 非药物治疗

做好患者教育工作，让患者充分认知疾病特点和转归， 树立与疾病长期斗争的信念；家庭成员应对患者给予多方面 的关怀，帮助其恢复生活信心。

1)01： 10.3760/cma.j.issn.0253-2352.2012.12.0l8

通信作者：邱贵兴，E-mail: qguixi[ng@126.com](mailto:ng@126.com)

表**1** ACR/EULAR 2009年RA分级标准和评分系统

评估项目 得分

关节受累情况

中、大关节

1个关节受累 /0

2〜10个关节受累 1

小关节

1〜3个关节受累 2

4〜10个关节受累 3

至少1个为小关节，受累关节数超过10个 5

血清学

RF或抗CCP抗体均阴性 0

RF或抗CCP抗体至少1项低滴度阳性 2

RF或抗CCP抗体至少1项高滴度阳性 3

滑膜炎持续时间

<6周 0

>6周 1

急性时相反应物

CRP或ESR均正常 0

CRP或ESR增高 1

注：表内RF为类风湿因子,CCP为环瓜氨酸肽,CRP为C反泣蛋 口，ESR为红细胞沉降率

强调整体规范治疗的理念。避免各种诱发因素，适当的 休息、理疗、体疗、核素治疗、正确的关节活动和肌肉锻炼对 缓解症状及改善关节功能有一定作用。

1. 药物治疗
2. NSAIDs

包括传统NSAIDs和选择性COX-2抑制剂(如音布类)<> 这类药物主要通过抑制环氧化酶(cyclooxygenase ,COX)活 性，减少前列腺素合成，具有抗炎、止痛、减轻关节肿胀的作 用.、相对于前者，选择性COX-2抑制剂能明显减少严重胃肠 道不良反应14。NSAIDs使用中应注意药物种类、剂量和剂型 的个体化；避免两种或两种以上NSAIDs同时服用；注意血常 规和肝肾功能监测；使用前应进行胃肠道和心血管风险评 估，特别是老年患者。应强调NSAIDs虽能减轻RA症状，但 不能改变病程和预防关节破坏，需与其他药物联合应用。

1. 抗风湿药

这类药物较NSAIDs发挥作用慢，大约需1〜6个月。不具 有明显的镇痛和抗炎作用，但可延缓或控制病情进展。常用 药物包括柳氮磺毗陇、甲氨喋吟。为弥补其起效慢和抗炎作 用弱的缺点，町与-种NSAIDs联合应用田。

1. 糖皮质激素

糖皮质激素不能阻止RA进展，且不良反应大。-•般不主 张长期口服或静脉应用。对重症RA伴有心肺或神经系统受 累的患者，可给予短效激素，其剂量依病情严重程度而定。关 节腔注射激素有利于减轻关节炎症状，改善美节功能。但1 年内注射次数不宜过多，避免产生类固醇晶体性关节炎。

1. 生物制剂

生物制剂为一种新型的控制RA的药物，具有良好的抗 炎和阻止疾病进展的作用，主要包括肿瘤坏死因子(tumour necrosis factor,TNF)抑制剂、IL-1拮抗剂JL-6受体拮抗剂 等。TNF-a抑制剂主要包括依那西普(etanercept,25 mg/支，辉 瑞，美国)、英夫利西单抗(infliximab, 100 mg/支，西安杨森，美 国)及阿达木单抗(adalimuniab,40 mg/支，雅培，美国)。与传 统抗风湿药相比,TNF抑制剂治疗RA的主要特点是起效快、 患者总体耐受性好，延缓或抑制骨破坏的效能明显。早期应 用可使更多RA患者的临床症状、躯体功能障碍得到缓解，阻 止影像学进展

生物制剂有可能发生注射部位反应或输液反应，有增加 结核感染、肝炎病毒激活和肿瘤的风险。依那西普不会引起 表达跨膜TNF的免疫细胞裂解，使其诱发结核感染和肿瘤的 风险降低⑺。用药前应进行结核、肝炎筛査，除外活动性感染 和肿瘤，用药期间定期复查血常规及肝肾功能"叫

(二)手术治疗

1. 手术治疗的目的

类风湿关节炎的外科治疗应达到消除疼痛、延缓肌腱或 软骨破坏、増加或减少关节活动，以改善功能、矫正畸形、增 加稳定性。

1. 术前准备
2. 整体评估：术前需仔细评估，特别是多关节受累时C 首先评估疼痛、畸形和功能障碍程度，精神心理状态，对疾病 预后的期望值等。RA患者病情波动，应在积极的内科干预下 使患者达到较好的身体状态再行手术。此外,应对其预后影 响因素进行分析，包括全身情况、病程、躯体功能障碍、关节 外表现、血清中自身抗体、皮肤情况和X线骨破坏征象等。
3. 麻醉评估：麻醉评估是最重要的术前评估项目之- 麻醉方式的选择主要依据患者全身情况和手术方式，尚无统 一的麻醉标准作为参考。对采用全麻的患者,术前需考虑患 者颈部疾病、畸形和不稳对气管插管的影响，特别是伴有寰 枢椎关节半脱位者；必要时行颈椎影像学、心肺功能和神经 病学检查；全麻术后需加强镇痛管理。对下肢手术，在非全麻 情况下可采用椎管内麻醉联合局部麻醉，同时予以术后镇 痛；也可采用外周神经阻滞或腰髄神经丛阻滞，相对于硬膜 外麻醉，单侧外周神经阻滞可提高麻醉效果咛。上肢手术可 釆用臂丛阻滞。
4. 呼吸功能评估：对合并慢性肺部疾病的患者，需全面 评估呼吸功能，行肺功能检查。术前常规行咳嗽、咳痰训练， 必要时请呼吸内科会诊。
5. 内科药物准备：RA患者围手术期用药需调整(B20F! (表2)。以个体化治疗为基础，减少手术并发症,维持药物疗效°

表**2** RA患者围手术期内科治疗药物使用方法

|  |  |
| --- | --- |
| 药物种类 | 围手术期使用方法 |
| NSAiDs | 传统NSAIDs术前停用5个半衰期.选择性  COX-2抑制剂无须停用 |
| 甲氨蝶吟 | 围手术期持续使用 |
| 柳氮磺毗暁 | 围手术期持续使用 |
| TNF-ot抑制剂 | 参照相应药品的半衰期，建议无菌手术术前停 用2个半衰期，术后伤口愈合且无感染时可开 始使用’ |
| 糖皮质激素 | 继续使用,手术当天可静脉给予気化可的松  100〜150 mg, I〜2d内按每天50 mg递减，逐渐 减量至术前口服剂量 |

注:•'药物半衰期：依那西普70 h,英夫利西单抗7.7T.5 d,阿达木 单抗i4d

1. 手术方式

李术治疗分为预防性、治标性和重建性三种，根据手术 部位、软组织情况和疾病分期制定手术方案。

1. 手术时机选择:RA多侵犯数个关节。确定手术顺序 的一般原则：下肢手术为先，上肢手术为后；下肢手术以脚 趾、髏、膝为先，后足、踝关节为后°早期手术方法主要是滑膜 切除术；中期可行软组织松解和肌腱、韧带重建；晚期为关节 切除或截骨术、关节置换术及关节融合术。
2. 滑膜切除术：是RA早期手术治疗最重要的方法。滑 膜切除可缓解疼痛、肿胀，延缓软骨破坏，适用于大的滑膜关 节°手术时机：关节疼痛、没有明显的结构破坏、药物治疗6 个月以上无效。冃前，关节镜下滑膜切除术是标准术式。RA 晚期行关节镜下滑膜切除术失败率高，不建议采用。

对仅有1~2个关节受损较重、经药物治疗无效者可试用 滑膜切除术。肌腱重建术应与滑膜切除术联合应用，且滑膜 切除术越早、越彻底，肌腱重建手术的必要性就越小。

1. 关节置换术：全关节置换技术的进展，使RA的手术 指征明显扩大。对关节软骨和软骨下骨中到重度破坏的关 节，全关节置换术可使关节疼痛消失、畸形矫正和功能改善。 最适用于多关节受累的终末期关节炎病变患者，特别是同侧 號或踝及对侧膝、髄或踝关节均受累者，但其他关节病变不 能影响患膝术后的功能康复锻炼。
2. 关节融合术：关节融合术的适应证逐渐减少，一般作 为关节置换术失败的挽救措施。对小关节病变、非中心关节 或活动要求低的关节，在要求关节稳定或关节成形效果不好 时应用。
3. 其他手术：小关节的手术还包括关节囊和韧带折叠 术、关节囊和韧带成形术、肌腱固定术c在关节囊折叠和成形 术均不能应用时，可采用肌腱固定术，达到关节稳定。后期病 变静止，关节明显畸形时可行截骨矫正术和小关节成形术。
4. 术后管理
5. 术后护理：术后以绷带妥善包扎，适度功能锻炼，抬 高患肢。考虑到切口延迟愈合的可能，建议术后2周拆线°对 有肾功能不全患者，术后需监测肾功能。此外，还需行凝血 谱、血常规、血生化和影像学检查。
6. 康复锻炼：术后应坚持长期功能锻炼。一旦伤口愈 合、疼痛减轻即开始积极主动的功能锻炼。术后理疗可以早 期进行，保护关节功能，避免软组织挛缩。
7. 术后用药：手术并非病因治疗，术后选择合适的抗风 湿药物并适时进行个体化用药治疗闾是手术疗效的重要保证。

(本文由蔡友治、严世贵整理)

参 考 文 献

1. 中华医学会风湿病学分会,类风湿关节炎诊断及治疗指南.中 国风湿病学杂志，2010, 14(4)： 265-270.
2. St Clair EW, Pisetsky DS, Haynes BF.类风湿关节炎.王吉波, 吕振华，译.北京：人民卫生出版，2008: 13-16.
3. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/Eu­ropean League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum, 2010, 62(9)： 2569-2581.
4. Saudan M, Saudan P, Perneger T, et al. Celecoxib versus ibupro­fen in the prevention of heterotopic ossification following total hip replacement: a prospective randomised trial. J Bone Joint Surg Br, 2007, 89(2): 155-159.
5. van der Heijde D, Klareskog L, Rodriguez-Valverde V, et al. Comparison of etanercept and methotrexate, alone and combined, in the treatment of rheumatoid arthritis: two-year clinical and ra- diograhpic results from the TEMPO study, a double-blind, ran­domized trial. Arthritis Rheum, 2006, 54(4): 1063-1074.
6. van der Heijde D, Klareskog L, Landewe R, et al. Disease remis­sion and sustained halting of radiographic progression with com­bination etanercept and methotrexate in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 2007, 56(12): 3928-3939.

[7 ] Horiuchi T, Mitoma H, Harashima S, et aL Transmembrane TNF- alpha: structure, function and interaction with anti-TNF agents. Rheumatology (Oxford), 2010, 49(7): 1215-1228.

1. Maksymowych WP. Update on the treatment of ankylosing spondylitis. Ther Clin Risk Manag, 2007, 3(6): 1125-1133.
2. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylos­ing spondylitis. Ann Rheum Dis, 2011, 70(6): 896-904.
3. Dougados M, Braun J, Szanto S, et al. Efficacy of etanercept on rheumatic signs and pulmonary function tests in advanced anky­losing spondylitis: results of a randomised double-blind placebo- controlled study (SPINE). Ann Rheum Dis, 2011, 70(5): 799-804.
4. Braun J, van der Horst-Bruinsma IE, Huang F, et al. Clinical ef­ficacy and safety of etanercept versus sulfasalazine in patients with ankylosing spondylitis: a randomized, double-blind trial. Arthritis Rheum, 2011, 63(6): 1543-1551.
5. Heldmann F, Brandt J, van der Horst-Bruinsma IE, et al. The European ankylosing spondylitis infliximab cohort (EASIC): a European multicentre study of long term outcomes in patients with ankylosing spondylitis treated with infliximab. Clin Exp Rheumatol, 2011, 29(4)： 672-680.

[13 ] Baraliakos X, Listing J, Fritz C, et al. Persistent clinical efficacy and safety of infliximab in ankylosing spondylitis after 8 years- early clinical response predicts long-term outcome. Rheumatology (Oxford), 2011, 50(9): 1690-1699.

1. Finckh A, Dudler J, Wermelinger F, et al. Influence of anti-in­fliximab antibodies and residual infliximab concentrations on the occurrence of acquired drug resistance to infliximab in rheuma­toid arthritis patients. Joint Bone Spine, 2010, 77(4): 313-318.
2. Radstake TR, Svenson M, Eijsbouts AM, et al. Formation of anti­bodies against infliximab and adalimumab strongly correlates with functional drug levels and clinical responses in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 2009, 68(11): 1739-1745.
3. Moots RJ, Haraoui B, Matucci-Cerinic M, et aL Differences in bi­ologic dose-escalation, non-biologic and steroid intensification a­mong three anti-TNF agents: evidence from clinical practice. Clin Exp Rheumatol, 2011, 29(1): 26-34.

[17} Kim EM, Uhm WS, Bae SC, et al. Incidence of tuberculosis among korean patients with ankylosing spondylitis who are taking tumor necrosis factor blockers. J Rheumatol, 2011, 38(10): 2218-2223.

[18] Ding T, Ledingham J, Luqmani R, et al. BSR and BHPR rheuma­toid arthritis guidelines on safety of anti-TNF therapies. Rheuma­tology (Oxford), 2010, 49(11): 2217-2219.

〔19] Horlocker T, Kopp S, Pagnano M, et al. Analgesia for total hip and knee arthroplasty: a multimodal pathway featuring peripheral nerve block. J Am Acad Orthop Surg, 2006, 14(3): 126-135.

[20] Pham T, Claudepierre P, Deprez X, et al. Anti-TNF alpha therapy and safety monitoring. Clinical tool guide elaborated by the Club Rhumatismes et Inflammations (CRI), section of the French Soci­ety of Rheumatology (Societe Francaise de Rhumatologie, SFR). Joint Bone Spine, 2005, 72 Suppl 1： SI-58.

[21 ] Pappas DA, Giles JT. Do antitumor necrosis factor agents increase the risk of postoperative orthopedic infections? Curr Opin Rheumatol, 2008, 20(4): 450-456,

[22 ] Christy NP. Corticosteroid withdrawal."Bardin CW. Current thera­py in endocrinology and metabolism. 3rd ed. New York: BC Becker, 1988: 113.

[23] Bajaj P, Bal I ary CC, Dongre NA, et al. Comparison of the effects of parecoxib and diclofenac in preemptive analgesia: a prospec­tive randomized assessor-blind single dose parallel group study in patients undergoing elective general surgery. Current Therapeutic Research, 2009, 65(5): 383-397.

(收稿日期：2012-07-15) (本文编辑：马英)

《类风湿关节炎的诊断与治疗骨科专家共识》制定专家名单（以姓氏笔画为序） 史占军吕厚山许建中严世贵张克李子荣杨庆铭杨惠林沈彬邱贵兴周勇刚 胡永成赵宇翁习生袁文裴福兴

[类风湿关节炎的诊断与治疗骨科专家共识](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhgkzz98201212018.aspx)[1515](http://g.wanfangdata.com.cn/)[載据](http://g.wanfangdata.com.cn/)

刊名： [中华骨科杂志](http://c.g.wanfangdata.com.cn/periodical-zhgkzz98.aspx)

英文干刊名： [Chinese Journal of Orthopaedics](http://c.g.wanfangdata.com.cn/periodical-zhgkzz98.aspx)

年，卷(期)： 2012,32(12)

本文链接： [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhgkzz98201212018.aspx)\_zhgkzz98201212018.aspx



