

常见风湿病中西医结合诊疗指南（草案）

中国中西医结合学会风湿病专业委员会  
吴启富，范永中，叶志中

***< r*** —1—

刖 言

风湿病涉及的范围很广，目前国际风湿病学界将之分为10大类100余个病种，包括结缔组织病、退行性代谢性骨关节病以及感 染性关节炎等;不少其他系统的疾病也有风湿病的临床表现，患者常根据自己的临床表现分别到内科、儿科、皮肤科、骨科等科室就 诊的现象屡见不鲜。因此，风湿病成为‘‘跨系统跨学科‘‘的一类疾病。由于风湿病包含了许多新知识，因此，不要说一般的医务 人员,就是有些专家对其诊治也感到非常棘手。为了临床需要和能给风湿病专业医师提供较冶当的、个体化的治疗方案，笔者不揣 浅漏而编写此书。

近30年来，免疫学的飞速发展，不仅对许多风湿病逐步阐明了发病机制，而且给临床医师提供了大量的诊治手段。随着近40 多年来中、西医学者的学术交流，中西医结合的诊疗思路，尤其是在中医药理论指导下的辨证治疗风湿病的优势越来越明显，中西 医优势互补性越来越被临床医师所重视和认同，同时也被广大患者所接受。所以,本书从中西医结合的角度进行撰写，以供临床医 师参考。

风湿病的有关专著、文献汗牛充栋，本书参阅、学习了吴东海等专家主编的《临床风湿病学》、娄玉钤等专家主编的《中国风湿病 学》、王承德等专家主编的《实用中医风湿病学》、中华医学会风湿病学分会出版的《常见风湿病诊治指南》（草案）等和大量的文献 资料,并结合笔者的临床体会编写而成。本书共选编了 27种常见的风湿病的中西医结合诊疗方案，期望能为风湿病临床专科医师、 其他相科室的医师、研究生等提供一本实用参考书。风湿病学作为一门独立的学科，其发展日新月异，特别是中西医结合领域里的 发展更加迅速，笔者深知本书难免存在缺陷和疏漏，希望同道批评指正。

类风湿关节炎中西医结合诊疗指南

—概述

（—）西医对类风湿关节炎的认识 类风湿关节炎（rheumatoid arthritis，RA）是一种病因不明的自身免疫性疾病，多见于中年 女性，我国患病率约为0.32% ~0.36%。主要表现为对称性、 慢性、进行性多关节炎。关节滑膜的慢性炎症、增生，形成血管 翳,侵犯关节软骨、软骨下骨、韧带和肌腱等，造成关节软骨、骨 关节囊破坏，最终导致关节畸形和功能丧失。

（二）中医学对类风湿关节炎的认识RA属中医”痹证”范畴。 早在《内经》即有''风寒湿兰气杂至，合而为痹''的论述。历代医 家又有称为‘‘历节病鹤膝风痛风‘‘，也有很多学者认为 属”骨痹"、顽痹"。因本病可侵及多系统，故近年来又统属于" 痹病"范畴。焦树德教授把痹病中，表现为经久不愈，发生关节 肿大、僵直、畸形、骨质改变，筋缩肉卷，肢体不能屈伸等症状者， 统称为‘‘尪痹本病病因病机多为先天稟赋不足，正气亏虚， 腠理不密,或病后、产后机体防御能力低下，腠理空虚，卫外不 固，风寒湿热之邪乘虚而入，痹阻于肌肉、骨节、经络之间，使气 血运行不畅导致痹证；日久痰瘀互结，阻闭经络，深入骨骯发为 尪痹。本虚标实是本病的病机特点，本虚为气血、阴阳、脏腑亏 损，标实为外受风寒湿热之邪，内生痰浊瘀血之患。

二临床表现

（一）症状和体征病情和病程有个体差异，从短暂、轻微的少 关节炎到急剧进行性多关节炎。受累关节以近端指间关节、掌 指关节、腕、肘、肩、膝和足趾关节最为多见；颈椎、颞颌关节、胸 锁和肩锁关节也可受累，并伴活动受限;髋关节受累少见。关节 炎常表现为对称性、持续性肿胀和压痛，晨僵常长达1h以上。 最为常见的关节畸形是腕和肘关节强直、掌指关节的半脱位、手 指向尺侧偏斜和呈"天鹅颈"样及钮孔花样表现。重症患者关 节呈纤维性或骨性强直，并因关节周围肌肉萎缩、痉挛失去关节 功能,致使生活不能自理。除关节症状外，还可出现关节外或内 脏损害，如类风湿结节，心、肺、肾、周围神经及眼等病变。

（二） 实验室检查 多数活动期患者有轻~中度正细胞低色素 性贫血，白细胞数大多正常，有时可见嗜酸性粒细胞和血小板增 多，血清免疫球蛋白IgG、IgM、IgA可升高，血清补体水平多数正 常或轻度升高,60% ~80%的患者有高水平类风湿因子（RF）, 但RF阳性也见于慢性感染（肝炎、结核等）、其他结缔组织病和 正常老年人。其他如抗角质蛋白抗体（AKA）、抗核周因子 （APF）和抗环瓜氨酸多肽（CCP）等自身抗体对RA的诊断有较 高的诊断特异性,但敏感性仅在30%左右。

（三） X线检查为明确本病的诊断、病期和发展情况，在病初 应摄包括双腕关节和手及（或）双足X线片，以及其他受累关节 的X线片。RA的X线片早期表现为关节周围软组织肿胀，关 节附近轻度骨质疏松，继之出现关节间隙狭窄，关节破坏，关节 脱位或融合。根据关节破坏程度将X线改变分为4期（见表3） 及关节功能分为4级（见表4）

|  |  |
| --- | --- |
| 三诊断要点  （一）诊断标准RA的诊断主要依靠临床表现、自身抗体及X 线改变。典型的病例按1987年美国风湿病学学会分类标准 （表1）及2010年ACR/EULAR新的诊断分类标准（表2）诊断 并不困难，但以单关节炎为首发症状的某些不典型、早期RA,  表1 1987年美国风湿病学会（ARA） RA分类标准 | 常被误诊或漏诊。对这些患者，除了血、尿常规，血沉（ESR）, C 反应蛋白（CRP）, RF等检查外，还可做核磁共振显像（MRI）,以 求早期诊断。对可疑RA患者要定期复查、密切随访。  （二）1987年美国风湿病学会（ARA）分类标准 |
| 定义 | 注释 |

（1）晨僵 关节及其周围僵硬感至少持续1 h.（病程=6周）

,、人+ 人，「好皿卄卄土 医生观察到下列14个区域（左侧或右侧的近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节）中累

（2）[[1]](#footnote-2) [[2]](#footnote-3) [[3]](#footnote-4) [[4]](#footnote-5) [[5]](#footnote-6)个或3个以上区域关节部位的关节灸及3个，且同时软组织肿胀或积液（不是单纯骨隆起）（病程部周）

（6）类风湿因子阳性

（7）放射学改变

|  |  |
| --- | --- |
| （3）关节炎 | 腕、掌指或近端指间关节炎中，至少有一个关节肿胀（病程=6周） |
| （4）对称性关节炎 | 两侧关节同时受累（双侧近端指间关节、掌指关节及跖趾关节受累时，不一定绝对对称）（病程=6 周） |
| （5）类风湿结节 | 医生观察到在骨突部位，伸肌表面成关节周围有皮下结节 |

任何检测方法证明血清类风湿因子含量异常，而该方法在正常人群中的阳性率小于5% 在手和腕的后前位相上有典型的RA放射学改变：必须包括骨质侵蚀或受累关节及其邻近部位有 明确的骨质脱钙

以上7条满足4条或4条以上并排除其他关节炎即可诊断RA。

（三）2010年ACR/EULAR分类标准

表2 2010年ACR/EULAR关于RA的诊断（分类）标准

项目 分值

（1） 关节受累（0~5）

1. 1个大关节 0
2. 2 - 10小关节 1
3. 1~3个小关节（伴或不伴大关节受累） 2

@4-10个小关节（伴或不伴大关节受累） 3

⑤＞10个关节（至少一个小关节受累） 5

*（*2） 血清学E确诊至少需要一条,0~3）］

1. RF和ACPA均为阴性 0
2. RF和/或ACPA低滴度阳性 *2*
3. RF和/或ACPA高滴度阳性 3

（3） 急性时相反应物E确诊至少需要一条,0~1）］

1. CRP和ESR均正常 0
2. CRP和ESR异常 1

（4） 症状持续时间（0~1）

1. ＜6周 0
2. 部周 1

①适用人群:至少有一关节明确表现为滑膜炎（肿胀），滑膜炎无法 用其他疾病解释;②=6分可诊断为RA。

表3 RA X线进展的分期

（1） 骨质疏松加软骨或骨质破坏

（2） 关节畸形，如半脱位，尺侧偏斜,无纤维性或骨性强直

（3） 广泛的肌萎缩

（4） 有关节外软组织病损，如结节或腱鞘炎

W期（末期）

（1） 纤维性或骨性强直

*（*2） m期标准内各条均见

自理活动包括穿衣、吃饭、洗澡、饲养和上厕所;职业活动包括工作、 上学和做家务；业务活动包括休闲和（或）娱乐。

表4类风湿关节炎的关节功能分级

I期功能状态完好，能完成平常任务（包括日常、职业和业余活动）

n期能从事自理和职业活动，但业余活动有受限

m期能从事自理活动，但职业活动和业余活动均有受限

w期不能从事自理、职业和业余活动

自理活动包括穿衣、吃饭、洗澡、饲养和上厕所;职业活动包括工作、 上学和做家务；业余活动

（四） 活动性判断 判断RA活动性的项目包括疲劳的严重性、 晨僵持续的时间、关节疼痛和肿胀的程度、关节压痛和肿胀的数 目、关节功能受限程度，以及急性炎症指标（如ESR、CRP和血 小板）等。

（五） 缓解标准RA临床缓解标准有：①晨僵时间低于15min； ②无疲劳感;③无关节痛；④活动时无关节痛或关节无压痛；⑤ 无关节或腱鞘肿胀;⑥ESR（魏氏法）女性＜30mm/1h,男性20 ＜ mm/1ho

符合5条或5条以上并至少连续2个月者考虑为临床缓 解;有活动性血管炎、心包炎、胸膜炎、肌炎和近期无原因的体重 下降或发热，则不能认为缓解。

（六） 鉴别诊断 在RA的诊断过程中，应注意与骨关节炎、痛风 性关节炎、反应性关节炎、银屑病关节炎和其他结缔组织病（系统性红斑狼疮、干燥综合征、硬皮病等）所致的关节炎相鉴别。

1. 骨关节炎:该病为退行性骨关节病，发病年龄多在40岁 以上，主要累及膝、脊柱等负重关节。活动时关节痛加重，可有 关节肿胀、积液。手指骨关节炎常被误诊为RA,尤其在远端指 间关节出现赫伯登（Heberden）结节和近端指关节出现布夏尔 （Bouchard）结节时易被视为滑膜炎。骨关节炎通常无游走性疼 痛，大多数患者血沉正常，类风湿因子阴性或低滴度增高改变。 X线示关节间隙狭窄、关节边缘呈唇样增生或骨疣形成。
2. 痛风:慢性痛风性关节炎有时与RA相似，痛风性关节 炎多见于中老年男性，常呈反复发作，好发部位为单侧第一跖 趾关节或附关节、也可侵犯膝、踝、肘、腕及手关节，急性发作时 通常血尿酸水平增高，慢性痛风性关节炎可在关节和耳廓等部 位出现痛风石。
3. 银屑病关节炎:银屑病关节炎以手指或足趾远端关节受 累为主，也可出现关节畸形，但RF阴性，且伴有银屑病的皮肤 或指甲病变。
4. 强直性脊柱炎：本病主要侵犯脊柱，但周围关节也可受 累，特别是以膝、踝、髋关节为首发症状者，需与RA相鉴别。该 病有以下特点：①青年男性多见；②主要侵犯骶髂关节及脊柱， 外周关节受累多以下肢不对称关节受累为主，常有肌腱端炎； ③90% -95%患者HLA-B27阳性;④RF阴性;⑤骶髂关节及脊 柱的X线改变对诊断极有帮助。
5. 结缔组织病所致的关节炎：干燥综合征、系统性红斑狼 疮均可有关节症状，且部分患者RF阳性,但它们都有相应的特 征性临床表现和自身抗体。
6. 其他:对不典型的以单个或少关节起病的RA要与感染 性关节炎（包括结核感染）、反应性关节炎和风湿热相鉴别。

（七）治疗药物 目前,RA的治疗包括药物治疗、外科治疗和心 理康复治疗等。药物治疗多种多样。当前应用的化学药物，以 及植物药均不能完全控制（仅有部分病情进展能得到控制）和 阻止关节破坏）关节破坏，而只能缓解疼痛、减轻或延缓炎症的 发展。

1. 西药与方法 治疗RA常用的西药可分为四大类，即非甾体 抗炎药（NSAIDs）、改善病情的抗风湿药（DMARDs）、糖皮质激 素和生物制剂。

（1） NSAIDs：NSAIDs通过抑制环氧化合酶活性，减少前列 腺素合成而具有抗炎、止痛、退热、消肿作用。由于NSAIDs使 前列腺素的合成减少，故可出现相应的不良反应，如胃肠道不 良反应：恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹胀、食欲不佳，严重者有消化 性溃疡、出血、穿孔等；肾脏不良反应：肾灌注量减少，出现水钠 潴留、高血钾、血尿、蛋白尿、间质性肾炎，严重者发生肾坏死致 肾功能不全。NSAIDs还可引起外周血细胞减少、凝血功能障 碍、再生障碍性贫血、肝功能损害等，少数患者发生过敏反应 （皮疹、哮喘），以及耳鸣、听力下降，无菌性脑膜炎等。治疗RA 的常用NSAIDs见表5。

表5 常用于治疗RA的NSAIDs

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分类 | | 半衰期  （h） | 每日总剂量  （mg） | 每次剂量  （mg） | 次/日 |
| 丙酸衍生物 | 布洛芬 | 2 | 1200 - 300 | 400 - 600 | 3 -4 |
|  | 萘普生 | 14 | 500 - 1000 | 250 - 500 | 2 |
| 苯酰酸衍生物 | 双氯芬酸 | 2 | 75 〜150 | 25 - 50 | 3 -4 |
| 吲哚酰酸类 | 吲哚美辛 | 3-11 | 75 | 25 | 3 |
|  | 舒林酸 | 18 | 400 | 200 | 2 |
| 毗喃羧酸类 | 依托度酸 | 8.3 | 400 - 1000 | 400 - 1000 | 1 |
| 非酸性类 | 萘丁美酮 | 24 | 1000 - 2000 | 1000 | 1 -2 |
| 昔康类 | 炎痛昔康 | 30-86 | 20 | 20 | 1 |
| 烯醇酸类 | 美洛昔康 | 20 | 15 | 7.5-15 | 1 |
| 磺酰苯胺类 | 尼美舒利 | 2-5 | 400 | 100 -200 | 2 |
| 昔布类 | 塞来昔布 | 11 | 200 - 400 | 100 -200 | 1 -2 |

表6 RA常用的DMARDs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药物 | 起效时间 个月 | 常用剂量  mg | 给药途径 | 毒性反应 |
| 甲氨蝶吟 | 1 -2 | 7.5-15每周 | 口服、肌肉注射、静脉滴注 | 胃肠道症状、口腔炎、皮疹、脱发，偶有骨髓抑制、肝脏毒性，肺间质病 变（罕见但严重，可能危及生命） |
| 柳氮磺毗啶 | 1 -2 | 1000每日23次 | 口服 | 皮疹,偶有骨髓抑制、胃肠道不耐受。对磺胺过敏者不宜服用腹泻、 瘙痒、可逆性转氨酶升高，脱发、皮疹 |
| 来氟米特 | 1 -2 | 10 -20每日1次 | 口服 | 腹泻、瘙痒、可逆性转氨酶升高，脱发、皮疹 |
| 羟氯喹 | 2 -4 | 200每日1 -2次 | 口服 | 偶有皮疹、腹泻，罕有视网膜毒性，禁用于窦房结功能不全， 传导阻滞者 |
| 硫唑嘌吟 | 2-3 | 50 - 150每日1次 | 口服 | 骨髓抑制、偶有肝毒性、早期流感样症状（如发热、胃肠道症状、肝功 能异常） |

研究发现环氧化酶有两种同功异构体，即环氧化酶。 （COX-1）和环氧化酶0 （COX-2）。选择性COX0抑制剂（如昔

布类)与非选择性的传统NSAIDs相比，能明显减少严重胃肠道 不良反应。必须指出的是无论选择何种NSAIDs，剂量都应个体 化;只有在一种NSAIDs足量使用10周无效后才更改用另一 种;避免两种或两种以上NSAIDs同时服用，因其疗效不叠加， 而不良反应却增多；老年人宜选用半衰期短的NSAIDs药物，对 有溃疡病史的老年人，宜服用选择性COX0抑制剂以减少胃肠 道的不良反应。NSAIDs虽能减轻RA的症状，不能改变病程和 预防关节破坏，故不要单用、长期用NSAIDs治疗RA，最佳选择 是与DMARDs联合应用。

1. DMARDs：该类药物较NSAIDs发挥作用慢，临床症状的 明显改善大约需1 ~6个月，故又称慢作用药。它虽不具备即刻 止痛和抗炎作用，但有改善和延缓病情进展的作用。目前尚不 清楚RA的治疗首选何种DMARDs。从疗效和费用等考虑，一 般首选甲氨蝶吟，并将它作为联合治疗的基本药物。常用于 RA 的 DMARDs 见表 *6。*
2. 甲氨蝶呤(methotrexate，MTX) :口服、肌肉注射或静脉 滴注均有效。口服60%吸收，每日给药可导致明显的骨髓抑制 和毒性作用，故多采用每周1次给药。常用剂量为7.5 ~25mg/ 周，个别重症患者可以酌情加大剂量。常见的不良反应有恶心、 口炎、腹泻、脱发、皮疹，少数出现骨髓抑制，听力损害和肺间质 变。也可引起流产、畸胎和影响生育能力。服药期间，应定期查 血常规和肝功能。
3. 柳氮磺吡啶(salicylazosulfapyriding，SASP): 一般服用 4 ~8周后起效。从小剂量逐渐加量有助于减少不良反应，使用 方法:每日250 ~500mg开始,之后每向增加500mg，直至每日2. 0g，如疗效不明显可增至每日3. 0g，如4个月内无明显疗效二 应改变治疗方案。主要不良反应有恶心、呕吐、厌食、消化不良、 腹痛、腹泻、皮疹、无症状性转氨酶增高和可逆性精子减少，偶有 白细胞、血小板减少，对磺胺过敏者禁用。服药期间应定期查血 常规和肝功能。
4. 来氟米特(leflunomide， LEF):剂量为 10 ~ 20mg/d 治 疗。主要不良反应有腹泻、瘙痒、高血压、肝酶增高、皮疹、脱发 和一过性白细胞下降等，服药初期应定期查肝功能和白细胆。 因有致畸作用，故孕妇禁服。由于来氟米特和MTX两种药是通 过不同环节抑制细胞增生，故二者合用有协同作用。服药期间 应定期查血常规和肝功能。
5. 抗疟药(antimalarials):有氯喹(250 mg/片)和羟氯喹 (100 mg/片)两种。该药起效慢,服用后3.4个月疗效达高峰， 至少连服6个月后才宣布无效，有效后可减量维持。用法为：氯 喹250mg/d，羟氯喹200 ~400mg/d。本药有蓄积作用，易沉淀 于视网膜的色素上皮细胞，引起视网膜变性而致失明，服药半 年左右应查眼底。另外，为防止心肌损害，用药前后应查心电 图，有窦房结功能不全，心率缓慢,传导阻滞等心脏病患者应禁 用。其他不良反应有头晕、头疼、皮疹、瘙痒和耳鸣等。
6. 硫唑嘌吟(azathioprine，AZA) : 口服后50%吸收。常用 剂量1 ~2mg/kg。一般100mg/d，维持量为50mg/d。不良反应 有脱发、皮疹、骨髓抑制(包括血小板减少、贫血)，胃肠反应有 恶心、呕吐，可有肝损害，胰腺炎，对精子、卵子有一定损伤，出现 致畸，长期应用致癌。服药期间应定期查血常规和肝功能等。

环孢素(cyclosporin，Cs):与其他免疫制剂相比，Cs的主要 优点为无骨髓抑制作用，用于重症RA。常用剂量3 ~5mg/kg， 维持量是2 ~3mg/kg。Cs的主要不良反应有高血压、肝肾毒 性、神经系统损害、继发感染、肿瘤以及胃肠道反应、齿龈增生、 多毛等。不良反应的严重程度、持续时间均与剂量和血药浓度 有关。服药期间应查血常规、血肌酐和血压等。

1. 糖皮质激素：能迅速减轻关节疼痛、肿胀，在关节炎急 性发作、或伴有心、肺、眼和神经系统等器官受累的重症患者，可 给予短效激素，其剂量依病情严重程度而调整。小剂量糖皮质 激素(每日泼尼松10mg或等效其他激素)可缓解多数患者的症 状，并作为DMARDs起效前的”桥梁"作用或NSAIDs疗效不满 意时的短期措施，必须纠正单用激素治疗RA的倾向，用激素时 应同时服用DMARDso激素治疗RA的原则是:不需用大剂量时 则用小剂量；能短期使用者，不长期使用；并在治疗过程中，注意 补充钙剂和维生素以防止骨质松。关节腔注射激素有利于减轻 关节炎症状,改善关节功能。但1年内不宜超过3次。过多的 关节腔穿刺除了并发感染外，还可发生类固醇晶体性关节炎。
2. 生物制剂(biololgic agents):是近年来新出现的抗风湿 病制剂，大量的动物实验和临床试验资料都显示生物制剂可以 很好地控制RA和其他自身免疫病的症状,有改善病情的功效。 生物制剂的出现是RA等风湿病发病机制的深入研究，以及免 疫学、生物技术迅速发展的结果。生物制剂治疗的特点是选择 性地针对免疫反应中的某一致病因素进行靶向治疗，而不产生 全身性的免疫抑制作用。目前对生物制剂的研究多集中在RA 动物模型RA或患者的临床应用上。

RA的发病机制相当复杂，涉及到一系列的免疫反应：抗原 进入关节腔后，诱导巨噬细胞和树突状细胞等抗原呈递细胞 (antigen-presenting cells, APCs)释放细胞因子和趋化性细胞因 子，并上调黏附分子在外周血免疫细胞和滑膜上皮细胞上的表 达，招募炎症细胞向关节腔内聚集。抗原、MHC-n分子和T细 胞受体结合形成的三分子复合物(MHC n -Ag-TcR)激活T细 胞,加上黏附分子和协同刺激分子表达的上调，导致细胞因子的 进一步释放。这些促炎症细胞因子刺激滑膜纤维母细胞、巨噬 细胞、软骨细胞增生，又反过来产生基质金属蛋白酶，最终导致 软骨和骨的降解。

生物制剂治疗即是针对上述在滑膜发生并导致关节损害 的病理过程而进行的。按照作用部位的不同，目前已上市或尚 在研制中的生物制剂主要有以下几类：①针对炎症细胞招募过 程的生物制剂;②针对T细胞功能的生物制剂；③针对细胞因 子的生物制剂；④针对滑膜细胞增殖和功能的生物制剂。

2. 中药

中药治疗RA具有悠久的历史，临床效果良好。近30多年 来，对治疗RA有效的中药，无论是单味药物或复方制剂(中成 药),对其作用机理、作用靶点，都进行了较系统和深入的研究。

(1)单味中药的研究：早期对凡具有祛风、止痛、消肿、疏 筋、健骨作用的药进行研究，如一叶萩、七叶通、山慈菇、马钱子、 桑寄生、牛膝;丹参、水牛角、地龙、元胡、杜仲、苍术、补骨脂；附 子、川乌、青风藤、虎杖、昆明山海棠、知母；细辛、草乌、威灵仙、 祖师麻、秦艽、桂枝、徐长卿;臭梧桐、黄柏、雪上一枝蒿、淫羊藿、 雷公藤、豨釜草、进行较系统的实验研究。还有对补气、补血、滋 阴、温阳药进行了系统研究。

研究结果发现，①以多糖成分为主，具有"补气血、调阴 阳‘‘，功效的中药如：黄黄、灵芝、甘草、人参、山药、黄精及复方 中药四君子汤，黄黄建中汤，补中益气汤，其免疫调节作用明显。

②以苷类、生物碱类成分为主，具有”通利关节、疏经活络、

解痉止痛‘‘功效的中药如忍冬藤、防风、秦艽、威灵仙、牛膝、独 活、鸡血藤、羌活、青风藤、南蛇藤、马钱子、雷公藤、昆明山海棠、 白芍、丹参、川乌、虎杖等；独活寄生汤，羌活胜湿汤，大秦艽汤、 防风汤等，具有良好的抗炎、止痛、抗凝和免疫调节作用;主要通 过对ILs、TNF、MMP等细胞因子的调节以及改善血液流变学指 标、活血化瘀、改善微循环等发挥作用。

1. 补气血中药：具有免疫调节作用，主要影响巨噬细胞系 统及影响抗原生成。通过增强肾上腺皮质功能，增强Ts细胞对 B细胞的增殖调控，促进ILs、IFNs等免疫调节因子调节免疫细 胞功能。
2. 滋阴药：生地、熟地、麦冬、沙参、玄参，玉竹、天冬、石斛、 枸杞、山萸肉、女贞子、旱莲草，鳖甲及经方六味地黄丸、二至丸 等，可调节下丘脑至体一肾上腺轴功能作用，减轻糖皮质激素 的副作用。六味地黄丸促进淋巴细胞转化；生地、熟地对CTX、 MTX引起的动物白细胞减少有显著的抑制。⑤温阳补肾药：附 子、肉桂、干姜、巴戟、淫羊藿，补肾脂，杜仲，虫草，肉丛蓉,蛤蚧， 菟丝子，仙茅，锁阳及经方肾气丸，右归丸等，这一类药物主要是 促进激素分泌；虫草多糖可对抗CTX和激素对体液免疫的抑 制；肾气丸可抑制激素所致动物胸腺萎缩退化。
3. 中成药:对治疗风湿病的中成药的研究有：
4. 昆仙胶囊：昆仙胶囊是以昆明山海棠为主药的治疗RA 的复方制剂，由昆明山海棠、淫羊藿、枸杞子、菟丝子四味中药材 提取物组成。采用大孔树脂分离纯化技术等现代化制药工艺， 去除了药材中95%以上的无效或高毒成份(鞣质、多糖等)，保 留了 5%以下的有效成份,使其质量更为稳定。

研究结果显示其抗炎镇痛作用主要是通过抑制免疫细胞 和滑膜过度分泌TNF、ILJ、IL0、L4、IL\_8等细胞因子、抑制 MMPs，促进TIMP的产生和抑制COX0及NO的产生。

其免疫调节作用是通过抑制细胞因子TNF、ILJ、IL2L4、 IL-8的过度产生、抑制免疫细胞增殖和T细胞亚群分布和抗体 产生、诱导滑膜细胞、淋巴细胞凋亡而发挥作用。研究还提示其 对关节软骨有保护作用，对佐剂性关节大鼠关节损伤有保护作 用较为明显，表现在减轻滑膜炎症、修复关节软骨的损伤。

经过近二十年来的临床应用，治疗RA临床效果满意。近 年来，全国9家三甲医院风湿科又进行了治疗RA IV期临床研 究，结果显示昆仙胶囊单独使用治疗RA疗效良好。昆仙胶囊 与MTX联合使用，具有协同作用，疗效优于单用MTX或昆仙胶 囊。

1. 痹祺胶囊：痹祺胶囊是以马钱子为主药组成的复方制 剂，由马钱子(调制粉)、地龙、党参、茯苓、白术、甘草、川芎、丹 参、三七、牛膝组成。具有益气养血、祛风除湿、活血止痛功效。 痹祺胶囊的处方来源于汉代名医华佗的"一粒仙丹"，由华佗弟 子吴普的23代传人安徽省著名老中医吴香山先生献方，经华佗 弟子吴普的23代传人安徽省著名老中医吴香山先生献方，经科 研人员历时八年精心研制而成的纯中药制剂。用于气血不足， 风湿瘀阻,肌肉关节酸痛，关节肿大、僵硬变形或肌肉萎缩，气短 乏力RA的治疗，临床效果良好。

痹祺胶囊高、低剂量组均能增加免疫体血流作用，还能改 善RA患者全血粘度、血桨粘度等血液流变学指标、降低血循环 外周阻力作用。

研究显示痹祺胶囊还具有显著的免疫调节作用：明显升高 IL-4水平，抑制Th1分泌及活化，促进Th2产生，纠正Th1/Th2 失衡。

痹祺胶囊能抑制促炎因子IL书、IL4和TNF-a而发挥抗炎 镇痛作用，抑制MMP』1、MMP13、减轻关节滑膜增生而保护关 节功能。

1. 尪痹片：尪痹片的基础方是已故著名中医大家焦树德树 教授治疗风湿病临床经验，并在1983年9月汇集了全国26个 省、市医疗、科研单位的专家教授，在召开全国第一痹病学术研 讨会时进行了论证，经认真修改，最终形成了尪痹片处方。该方 由熟地、生地、淫羊藿、知母、续断，骨碎补、羊骨、狗脊、附子、独 活、防风、威灵仙、皂刺、桂枝、白芍、伸筋草、红花组成，具有补益 肝肾、壮腰健骨、祛风除湿、温经散寒、疏筋通络、活血止痛功效。

研究发现:尪痹片可抑制小鼠脾淋巴细胞的增殖，对CDA +细胞和CD8 +细胞均有明显的抑制作用，维持CD4 + /CD8 + 比值动态平衡，纠正T细胞亚群分布上紊乱。研究中还显示， MMPJ、MMP3mRNA在AA模型大鼠滑膜组织中的阳性表达明 显比正常组增多，尪痹片能够抑制MMPJ、MMP3mRNA在大鼠 滑膜组织的表达,提示尪痹片对MMP的抑制作用是保护关节、 治疗RA的作用机制之一，体现了复方药物作用具有多层次、多 靶点疗效的特点。

1. 正清风痛宁：正清风痛宁，别名青藤碱(sinomenine，SN)*、* 盐酸青藤碱，正清风痛宁为其商品名，成分为盐酸青藤碱，是从 中药青风藤 防己科植物青藤Sinomenium acutum (Thumb) Re­hd. et Wils或毛青藤(S. cinereum Rehd. et Wils)的茎或根茎］中 提取的生物碱单体，药用多为其盐酸盐。研究发现，SN可降低 血清IL-1p, TNF-a水平，通过抑制自身免疫反应发挥治疗作用； SN能使佐剂性关节炎大鼠血清及关节液骨ILd、TNF水平显著 降低，使IL-4及IL-10水平显著增高，从而抑制细胞因子促炎效 应，增强细胞因子的抗炎效应。

其免疫调节作用是优先抑制Th1细胞的免疫应签，抑制 CD4+ T细胞的增殖，使细胞周期停滞在Go/G1,阻止T细胞异 常活化，阻断NF-KB信号通路,抑制树突状细胞激活T细胞。

SN还对于T及B细胞活化有抑制作用，研究显示，对于体 外培养的人RA滑膜细觖增殖有直接抑制作用，并通过下调突 变型P53来抑制滑膜细胞增生和诱导细胞凋亡，减轻关节炎症。

1. 心理和康复治疗

关节疼痛、害怕残疾或已经面对残疾、生活不能自理、经济 损失、家庭、朋友等关系改变、社交娱乐活动的停止等诸多因素 不可避免的给RA患者带来精神压力，他们渴望治疗，却又担心 药物不良反应或对药物实际作用效果信心不足，这又加重了患 者的心理负担。抑郁是RA患者中最常见的精神症状，严重的 抑郁有碍疾病的恢复。因此,在积极合理的药物治疗同时，还应 注重RA的心理治疗。另外，在治疗方案的选择和疗效评定上 亦应结合患者精神症状的改变而调理。对于急性期关节剧烈疼 痛和伴有全身症状者应卧床休息，并注意休息时的体位,尽量避 免关节受压，为保持关节功能位，必要时短期夹板固定(2 - 3 周),以防畸形。在病情允许的情况下，进行被动和主动的关节 活动度训练，防止肌萎缩。对缓解期患者，在不使患者感到疲劳 的前提下，多进行运动锻炼，恢复体力，并在物理康复科医师指 导下进行康复治疗。

1. 外科治疗

RA患者经过内科积极正规或药物治疗，病情仍不能控制， 为防止关节的破坏，纠正畸形，改善生活质量可考虑手术治疗。 但手术并不能根治RA,故术后仍需内科药物治疗。常用的手 术主要有滑膜切除术、关节形成术、软组织松解或修复手术、关 节融合术。

（1） 滑膜切除术:对早期（I期及II期）患者经积极正规的 内科治疗仍有关节肿胀、疼痛，且滑膜肥厚，X线显示关节软骨 已受侵犯,病情相对稳定，受累关节比较局限，为防止关节软骨 进一步破坏应考虑滑膜切除术。有条件时，应尽可能在关节镜 下进行滑膜切除，这样手术创伤小，术后恢复快。滑膜切除术对 早期类风湿病变疗效较好，术后关节疼痛和肿胀明显减轻，功 能恢复也比较满意，但疗效随术后时间的逐渐延长而减退，部 分残留滑膜可增生，再次产生对关节软骨的侵蚀作用。因此，滑 膜切除禾后仍需内科正规治疗。

（2） 人工关节置换术：是一种挽救关节畸形和缓解症状的 手术,其中髓、膝关节是目前临床置换最多的关节。其术后10 年以上的成功率达90%以上。该手术对减轻RA病变、关节疼 痛、畸形、功能障碍、改善日常生活能力有着十分明确的治疗作 用，特别是对中晚期、关节严重破坏、由于疼痛、畸形、功能障碍 不能正常工作和生活的病人尤为有效。肘、腕及肩关节为非负 重关节，大多数病人通过滑膜切除术或其他矫形手术，以及其 他各关节之间的运动补偿，不一定必须采用关节置换术。

（3） 其他软组织手术：由于RA除了骨性畸形和关节内粘连 所造成的关节畸形外，关节囊和周围的肌肉、肌键的萎缩也是 造成关节畸形的原因之一，因此，为了解除关节囊和周围肌肉、 肌键的萎缩，从而达到矫正关节畸形的目的，可作软组织松解 术，包括关节囊剥离术、关节囊切开术、肌健松解或延长术，由于 这些手术常同时进行，故可称之为关节松解术。其中肌腔手术 在手部应用最广泛，在进行人工关节置换时，常需要采用软组 织松解的方法来矫正畸形。软组织松解术常用于镜关节内收 畸形时，切断内收肌，以改善关节活动及矫正内收畸形，还可用 于某些幼年型RA病人畸形的早期矫正。腕管综合征亦常采用 腕横韧带切开减压术。滑囊炎见于RA的肩、髓关节等处，如经 保守治疗无效，常需手术切除胭窝囊肿，较常见于各类膝关节 炎,尤其是RA，原发疾病缓解后常能自行退缩，偶需手术治疗。 类风湿结节一般见于疾病的活动期，很少需手术切除,只有结 节较大，有疼痛症状，经保守治疗无效者，需手术切除。

*（*4） 关节融合术：随着人工关节置换术的成功应用，近年 来，关节融合术已很少使用，但对于晚期关节炎患者，关节破坏 严重，关节不稳可行关节融合术。此外，关节融合术还可作为关 节置换术后失败的挽救手术。

5、治疗策略与中西医结合方案

*（*1）治疗策略：在目前,RA不能被根治的情况下，防止关节 破坏,保护关节功能，最大限度地提高患者的生活质量，使病情 处于最低活动度，是风湿科医务工作者的最高目标，因此，治疗 时机非常重要。早期积极、合理使用DMARDs治疗是减少致残 的关键。NsAIDs和糖皮质激素只可以减轻症状，尽管疼痛得以 缓解，但是关节炎症和破坏仍可发生或进展。现有的DMARDs 一般认为有可能减轻或防止关节破坏的作用。西药治疗RA的 原则是迅速给予NSAIDs缓解疼痛和炎症，尽早使用DMARDs, 以减少或延缓骨破坏。必须指出，药物的选择要符合安全、有 效、经济和简便原则。RA患者一经诊断即开始DMARDs治疗。 推荐首选常用的如MTx、SASP、羟氯喹、生物制剂。视病情可单 用也可采用两种或两种以上的DMARDs联合治疗。一般对单 用一种DMARDs疗效不好，或进展性、预后不良和难治性RA 患者可采用机制不同的DMARDs联合治疗。联合用药时，其不 良反应不一定比单一用药多。联合用药时，可适当减少其中每 种药物的剂量，如MTX可选用7.5 ~25mg /周和SASP1.0 ~3. 0g/d。目前常用的联合方案有：①MTX + SASP;②MTX +羟 氯哇（或氯喹）；③MTX +青霉胺;④MTX +金诺芬;⑤MTX +硫 嘌吟;⑥SASP +羟氯匿 如患者对MTX不能耐受，可改用来氟 米特或其他DMARDs,难治性RA可用MTX +来氟米特或多种 DMARDs联合治疗。必须再次强调指出：无论选用哪一种治疗 方案,在治疗前必须照双手（包括腕关节片）X线片或受累关节 的对称性X线片，并于治疗后逐年复查X线片用以比较疗效。 为避免药物不良反应，用药过程中应严密观察血尿常规、肝肾功 能并随时调整剂量。评价治疗反应除比较治疗前后的关节压 痛、肿胀程度和关节痛数、受累关节放射学改变外，还应包括功 能状态的评价，医生和患者对疾病活动性的总体评估。

对所有患者都应监测病情的活动性。对早期、急性期或病 情持续活动的患者应当密切随访，直至病情控制。处于缓解期 的患者可以每半年随访一次，同时，根据治疗药物的要求定期化 验相应指标。

应该明确，经治疗后的症状缓解，不等于疾病的根治，近期 有效不等于远期有效。DMARDs可以延缓病情进展，但亦不能 治愈RA,基于这一点，为防止病情复发原则上不停药，但也可 依据病情逐渐减量维持治疗，直至最终停用*。*大多数RA患者 病程迁延,RA头2 ~3年的致残率较高，如不及早合理治疗,3 年内关节破坏达70%。积极、正确的治疗可使80 %以上的RA 患者病情缓解，只有少数最终致残。

目前对RA尚无统一准确预测预后的指标，通常认为：男性 比女性预后好;发病年龄晚者较发病年龄早者预后好;起病时关 节受累数多或有跖趾关节受累、或病程中累及关节数＞20个预 后差；持续高滴度RF增高、持续ESR增快、CCR、CRP增高、血 中嗜酸性粒细胞增多均提示预后差；有严重周身症状（发热、贫 血、乏力）和关节外表现（类风湿结节、巩膜炎、间质性肺病、心 包疾病、系统性血管炎等内脏损伤）预后不良；短期激素治疗症 状难以控制或激素维持剂量不能减至10mg/d以下者预后差。

（2）中西医结合治疗方案：RA病情复杂，临床治疗十分棘 手。单用西药或单用中药均有其不足之处。近30年来应用中 西医结合治疗方案治疗，临床效果良好，非常明显的提高了 RA 病情缓解率，明显降低了 RA的病情活动度，提高了患者的生活 和工作质量。

1. RA早期轻度常用治疗方案：单用昆仙胶囊、正清风痛 宁、痹祺胶囊+MTX；
2. 重症RA：关节肿胀、疼痛明显者：以上三种中成药+MTX + NSAIDs,或加糖皮质激素（10mg, 1/早），一种NSAIDs晚间一 次,缓解后（一个月左右），撤除NSAIDs,糖皮质激素逐步减量， 以5mg/早，维持一个月左右，最后以中成药+MTX治疗；湿热 症明显著,加服湿热痹片，1.5g, —日3次。
3. 稳定期或晚期（非活动病情）：以尪痹片+益肾蠲痹丸， MTX片仍用维持量以巩固。
4. 重症RA伴多系统损害者，可用MTX +生物制剂，或加 LEF、HCQ等，因病人及病情而异。
5. 系统学习过中医学，对辨证论治、理法方药熟知的医师， 可结合辨证论治，阶段性应用中药煎剂调理治疗。

1. I期（早期） [↑](#footnote-ref-2)
2. X线检查无关节骨质破坏性改变 [↑](#footnote-ref-3)
3. 可见骨质疏松

   U期（中期）

   （1） 骨质疏松，可有轻度的软骨破坏，有或没有轻度的软骨下骨质破坏

   （2） 可见关节活动受限,但无关节畸形 [↑](#footnote-ref-4)
4. 邻近肌肉萎缩 [↑](#footnote-ref-5)
5. 有关节外软组织病损，如结节和腱鞘炎

   m期（严重期） [↑](#footnote-ref-6)