

临床诊疗指南

风湿病分册

中华医学会 编著



人民卫生出版社

临床诊疗指南

风湿病分册

中华医学会 编著

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床诊疗指南·风湿病分册/中华医学会编著.

—北京:人民卫生出版社,2004.12

ISBN 7-117-06509-5

I. 临… II. 中… III. ①临床医学-指南②风湿病-诊疗-指南 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 111160 号

策划编辑 杜 贤 姚 冰

周春桃 刘 盛

责任编辑 陶 峰

封面设计 郭 森

版式设计 魏红波

责任校对 李 华

临 床 诊 疗 指 南

风 湿 病 分 册

编 著:中华医学会

出版发行:人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址:(100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话:010-67605754

印 刷:三河市宏达印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:9.5

字 数:163 千字

版 次:2005 年 6 月第 1 版 2005 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 7-117-06509-5/R·6510

定 价:19.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

内 容 提 要

本书是在卫生部、中华医学会的直接领导下,由“中华医学会风湿病学分会”制订完成。《临床诊疗指南·风湿病分册》突出两个特点,即先进性和实用性。在编写过程中笔者参考了美国和欧洲的风湿性疾病的《指南》以及国内外的最新资料,力求与国际接轨,体现出当今先进的诊治水平。另一方面,《指南》具有实用性,它是由从事风湿病临床工作多年的医师参与制订的,符合我国当前的实际情况。本次制订的“诊疗指南”并未涵盖风湿性疾病的全部。内容以西医为主,中医中药很少涉及。

本书科学性、实用性强,是临床医师必备的参考书。

序

在卫生部的领导和财政部的支持下,由中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会组织 50 多个专科分会的近千名医学专家编写的《临床诊疗指南》问世了。作为一名卫生管理工作者和医务工作者,我感到由衷的高兴,并热烈祝贺我国《临床诊疗指南》的出版。

随着医学科学技术的飞速发展和人民群众对医疗卫生工作要求的不断提高,无论是卫生管理部门还是广大临床医务人员,都希望能有一部全国权威性的学术著作,指导和规范临床医务工作者的诊断,治疗和护理行为,使各级医疗机构的医务人员在日常医疗、护理工作中有章可循。《临床诊疗指南》第一版的出版,是我国临床医学发展史上的重要里程碑。

中华医学会人才荟萃,汇集了我国卫生界的医学专家和学术权威。多年来,中华医学会在开展学术交流、引导和推动学术发展、培养医学人才方面发挥了积极而重要的作用。由中华医学会牵头组织的数千名来自全国各地的专家中有老一辈的医学专家,有担当医疗、教学、科研重任的医学骨干,也有近年来崭露头角的后起之秀。他们集中了我国医学界老、中、青医务人员的智慧,汇集了广大临床医学工作者的宝贵经验。专家们的广泛参与和认真讨论,保证了《临床诊疗指南》的代表性和可操作性。《临床诊疗指南》的编写,可谓是一项浩大的工程。借此机会,我代表卫生部对中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会以及各位专家为编写《临床诊疗指南》付出的心血和努力表示衷心的感谢!

《临床诊疗指南》的出版必将极大地推进我国医疗工作科学化、规范化、法制化的进程。卫生部要求我国广大医务工作者在临床实践中认真学习、领会、应用《指南》,为人民群众提供更高质量的临床医疗服务。

《临床诊疗指南》作为洋洋数百万字的医学巨著,第一版的问世难免存在不足之处。希望广大医务人员和医疗卫生管理工作者在医疗服务的实践过程中,及时向中华医学会、中华口腔医学会和中华护理学会反映《指南》中存在的不足。随着医学科学技术的发展,我们将对《指南》不断修订再版,使其日臻完善。



2004 年 9 月

序

在国家卫生部的重视和领导下,中华医学会组织编写的《临床诊疗指南》出版了。这是继《临床技术操作规范》出版后,我国医疗卫生管理界的又一项开创性的出版工程。这部旨在指导全国广大医务工作者临床诊疗行为的巨著的成功出版,是全国军地医疗卫生界数千名专家教授精诚合作的成果。我谨代表全军广大卫生人员,向为本书编写和出版工作付出辛勤劳动的军地医学专家、中华医学会和人民卫生出版社,致以崇高的敬意和衷心的感谢!

出版与《临床技术操作规范》相配套的《临床诊疗指南》,是加强军队医院科学化管理、保证正常医疗秩序、提高医疗工作质量的前提。随着我国社会主义市场经济的迅猛发展,信息技术、生物技术和其他高新技术在各领域的广泛应用,临床诊疗新理论、新技术、新方法不断涌现,医学学科之间、医学学科与人文社会学科之间也广泛相互渗透、影响,形成了一大批引人注目的医学新学科。同时,人口的老龄化、疾病谱的变化、全民卫生保健意识的不断增强,对广大医务工作者的临床诊疗技术和执业能力提出了更高的要求。学习新理论,掌握新技术,不断提高诊治水平,是军地广大医务人员所面临的共同任务,更是提高我国医疗事业整体水平的紧迫需要。

中华医学会组织编写的这部《临床诊疗指南》,全面、系统地介绍了医学科学的最新进展,既有科学可靠的临床诊断标准,又有优化先进的临床治疗方案,充分体现了科学性、先进性、权威性的有机统一,这部巨著的出版,对于加强军队医院科学化管理,保证正常医疗秩序,提高医疗工作质量,确保医疗安全,都具有重要的指导意义。我希望,军队各级医疗机构以及全体医疗工作者,在严格执行《临床技术操作规范》的同时,重视抓好《临床诊疗指南》的学习和使用。以一流的业务技术,一流的医疗质量,一流的服务水平,为广大患者提供更优质的服务,为繁荣我国军地卫生事业,不断做出更大的贡献。

总后卫生部部长

2004年10月

前 言

《临床诊疗指南》是由国家财政部支持、卫生部领导、中华医学会组织编写的指导全国临床医务人员诊断治疗行为的第一部医学学术巨著。

现代临床医疗工作随着信息技术、生物技术和其他高新技术的发展和应用,临床新技术不断涌现,各相关学科的专业分化和交叉更加明显,对疾病的预防、诊断、治疗和转归、康复的认识更加深入,推动着临床医疗事业日新月异的向前发展。尤其是近年发展起来的循证医学采用信息技术,经过大样本的分析研究,在取得充分可靠证据的基础上,提出科学可靠的诊疗方案,实现优化的临床诊断治疗。人类疾病纷繁复杂,病人的病情千变万化,探求疾病预防、诊断、治疗、转归、康复的规律,是对广大医务人员的挑战,更是面临着新的发展机遇。

随着我国社会主义市场经济和社会事业的协调发展,人民生活水平的不断提高,对医疗服务的质量和水平提出了愈来愈高的要求。医务人员必须具备全面的医学理论知识、熟练的医疗技术操作能力、丰富的临床实践经验和良好的医德;要不断更新知识和技术,提高临床诊断治疗水平才能胜任临床医疗工作;要在医疗过程中对每一个病人进行连续、严密的观察,及时准确地做出分析、判断和处理,提供规范化服务。

为了满足广大医务人员学习提高业务水平的需要,对医务人员临床诊断、治疗工作进行具体的指导,使诊疗行为有章可循、有据可依,以有利于提高医务人员的综合素质,提高医疗服务的质量,有利于加强医疗工作的管理,有利于提高人民群众的健康水平,制定符合我国国情的临床诊断治疗指南,成为我国医疗事业发展过程中的一件大事。正是基于这样的考虑,在国家财政部的支持下,卫生部委托中华医学会组织专家编写了《临床诊疗指南》。

自 2001 年开始,《临床诊疗指南》在卫生部的领导下,中华医学会牵头组织了中华口腔医学会和临床专业密切相关的 56 个专科分会,由数千名专家教授历经 4 年编写而成。《临床诊疗指南》内容丰富翔实,具有科学性、权威性、先进性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医疗专业人员在临床医疗工作中参照使用。大家在实践中如发现有什么问题或意见和建议,希望能及时反馈给中华医学会,以便再版时进行修订。

《临床诊疗指南》按学科以分册的形式将陆续出版发行。

中华医学会

2004 年 9 月

临床诊疗指南

领导小组名单

组 长 王陇德

副组长 朱庆生 余 靖 黄洁夫 马晓伟 白书忠
傅 征 宗淑杰

成 员 杨 镜 曹泽毅 刘海林 肖梓仁 胡亚美
郭应禄 王忠诚 王澍寰 汤钊猷 巴德年
吴孟超 吴咸中 陈可冀 陆道培 史轶繁
朱晓东 顾玉东 韩济生 陈洪铎 高润霖
王正国 庄 辉 张震康 吴明江 王海燕
李超林 钟南山 刘彤华 王春生 赵书贵

领导小组办公室

主 任 王 羽 赵书贵

副主任 张宗久 佟维训 赵明钢

临床诊疗指南

编辑委员会名单

名誉主任委员	吴阶平	韩启德					
主任委员	王陇德						
常务副主任委员	宗淑杰						
副主任委员	杨 镜	曹泽毅	刘海林	肖梓仁	胡亚美	郭应禄	
	王忠诚	王澍寰	汤钊猷	巴德年	吴孟超	吴咸中	
	陈可冀	陆道培	史轶蘩	朱晓东	顾玉东	韩济生	
	陈洪铎	高润霖	黄洁夫	王正国	钟南山	庄 辉	
	刘彤华	张震康	吴明江	王海燕	李超林	王春生	
	赵书贵						

委 员 (以姓氏笔画为序)

于中麟	王正国	王忠诚	王海燕	王新房	丛玉隆
朱晓东	朱积川	庄 辉	刘贵麟	江观玉	孙永华
杜如昱	李 晶	李春海	杨伟炎	吴明辉	何晓琥
邱贵兴	张乃鑫	张宏誉	张明园	张思仲	张惠霞
张震康	陆道培	陈 新	陈可冀	陈明哲	陈洪铎
陈振光	陈盛祖	陈清棠	罗 敏	罗爱伦	孟迅吾
赵家良	赵瑞琳	钟南山	顾玉东	钱荣立	徐光炜
殷蔚伯	高润霖	高景恒	郭应禄	唐福林	萧树东
曹泽毅	戚可名	章咏裳	湛贻璞	斯崇文	韩济生
端木宏谨		燕树林	戴建平		

编委会办公室

主 任	王 羽	赵书贵
副主任	张宗久	佟维训 赵明钢

临床诊疗指南·风湿病分册

编写说明

风湿病学是内科学系的一个分支,是一门新兴的学科。它在我国起步较晚,但其发展速度却很快。自1985年“中华医学会风湿病学分会”成立以来,不到20年,从事风湿病学的医生几乎遍布全国,现已有20多个省市成立了风湿病学分会或学组。在学术领域,它更是充满生机,异常活跃。风湿病学领域中的新概念、新术语不断涌现,新的病因和发病机制不断被阐明,新的检查手段和新的治疗方法不断地被应用于临床。但是,应该看到,目前国内风湿病学的发展仍不平衡,与国际风湿病学相比还有很大的差距。至今仍有许多医师片面地认为风湿性疾病就是“关节炎”、“关节痛”或“痹证”,甚至错误地认为:类风湿因子阳性即患了“类风湿关节炎”,“抗O”增高则患了“风湿性关节炎”。因此,大量的风湿病人得不到及时和正确的诊治,从而导致残疾或死亡。近年来世界卫生组织(WHO)的负责人指出:“当前,对致死的疾病给予了很大努力,但忽视了致残的疾病,而后者对社会和经济上的负担很可能大于前者”。WHO将2000~2010年指定为“关节炎年”,此10年中的每年10月12日为“世界关节炎日”,其目的是为了提高各国卫生部门及医护人员对风湿性疾病的认识,动员全社会的力量来防治风湿性疾病,以提高患者的生活质量,减少致残率和死亡率。

为对广大人民群众的健康负责,使全国不同地区、不同专业的医务人员对风湿性疾病有较全面、正确的认识,并使医务人员在诊治病人的过程中有法可依,有章可循,提高医疗质量,避免医疗纠纷,必需规范临床诊治行为。为此,在卫生部、中华医学会的直接领导下,“中华医学会风湿病学分会”制订了《临床诊疗指南·风湿病分册》。

本《临床诊疗指南·风湿病分册》有两个特点,即先进性和实用性。在编写过程中我们参考了美国和欧洲的风湿性疾病的《指南》以及国内外的最新资料,力求与国际接轨,体现出当今先进的诊治水平。另一方面,《指南》具有实用性,它是由从事风湿病临床工作多年的医师参与制订的,符合我国当前的实际情况。

本次制订的“诊疗指南”并未涵盖风湿性疾病的全部。内容以西医为主,中医中药很少涉及。

我们始终强调,诊疗指南要以循证医学为基础。但是,由于本学科的年轻,我们尚无大样本、多中心、随机双盲和前瞻性研究的验证材料。加之,我国既往对风湿性疾病的认识程度不一,诊治不甚规范,因此制订“指南”有许多困难,我们更多的是汇集了大多数人认可的医学经验来制订的,故欠缺在所难免。希望临床医师在实践过程中,能够不断地总结、发现问题。以冀下次改版中扩大“指南”的范围,使其更加科学、实用、正确和完整。因此,本“指南”还只是“试行稿”。

特别需要指出的是,《临床诊疗指南·风湿病分册》是集体智慧的结晶。在制订的过程中先由全国主要知名风湿病学专家分别执笔,然后集中讨论,各抒己见,统一观点,如是反复十余次,几易其稿,草案始成。“指南”的诞生是我国风湿病学发展中的一个里程碑,它展示了我国风湿病学学科的当前水平,体现了中华医学会风湿病学分会的团结协作精神。

中华医学会风湿病学分会

2004年10月

临床诊疗指南·风湿病分册

编著者名单

主 编 唐福林 吴东海

副主编 顾越英

编 者 (按章节顺序)

唐福林	教授	中国医学科学院 中国协和医科大学	北京协和医院
王来远	教授	山西医科大学	附属第二医院
栗占国	教授	北京大学	北京人民医院
施桂英	教授	北京解放军总医院	
黄 烽	教授	北京解放军总医院	
何培根	教授	武汉同济医科大学	附属同济医院
董 怡	教授	中国医学科学院 中国协和医科大学	北京协和医院
顾越英	教授	上海第二医科大学	附属仁济医院
吴东海	教授	北京中日友好医院	
林懋贤	教授	成都华西医科大学	附属第一医院
杨虎天	教授	上海第一人民医院	
张奉春	教授	中国医学科学院 中国协和医科大学	北京协和医院
孟济明	教授	上海第二军医大学	附属长海医院
赵丽娟	教授	中国医科大学	
曾小峰	教授	中国医学科学院 中国协和医科大学	北京协和医院
尹培达	教授	中山医科大学	第一附属医院
李向培	教授	安徽省立医院	
叶德富	教授	福建医科大学	附属第一医院
陈顺乐	教授	上海第二医科大学	附属仁济医院
伍沪生	教授	北京积水潭医院	
李兴福	教授	山东医科大学	附属医院
余步云	教授	中山大学	附属第三医院

目 录

第一章	类风湿关节炎	1
第二章	成人斯蒂尔病	11
第三章	骨关节炎	16
第四章	强直性脊柱炎	21
第五章	赖特综合征	28
第六章	银屑病关节炎	34
第七章	干燥综合征	40
第八章	系统性红斑狼疮	45
第九章	系统性硬化	57
第十章	多发性肌炎和皮肌炎	63
第十一章	混合性结缔组织病	70
第十二章	大动脉炎	77
第十三章	风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎	82
第一节	风湿性多肌痛	82
第二节	巨细胞动脉炎	84
第十四章	结节性多动脉炎	89
第十五章	韦格纳肉芽肿	94
第十六章	显微镜下多血管炎	99
第十七章	白塞病	103
第十八章	结节性脂膜炎	109
第十九章	原发性抗磷脂综合征	114
第二十章	原发性痛风	120
第二十一章	复发性多软骨炎	127
第二十二章	风湿热	132

第一章 类风湿关节炎

【概述】

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,我国的患病率约为 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、骨和关节囊破坏,最终导致关节畸形和功能丧失。

【临床表现】

1. 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均可出现。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,常常伴有晨僵。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”样及纽扣花样表现。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,还可出现类风湿结节和心、肺、肾、周围神经及眼等内脏病变。

2. 实验室检查 多数活动期患者有轻至中度正细胞性贫血,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%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)等自身抗体对类风湿关节炎有较高的诊断特异性,敏感性在 30%~40%左右。

3. 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Ⅳ期(表 1-1)。

【诊断要点】

1. 诊断标准 类风湿关节炎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 1-2)诊断并不困难,但以单关节炎为首发症状的某些不典型、早期类风湿关节炎,常被误诊或漏诊。对这些患者,除了血、尿常规、血沉、C 反应蛋白、类风湿因子等检查外,还可做磁共振显像(MRI),以求早期诊断。对可疑类风湿关节炎患者要定期复查、密切随访。

表 1-1 类风湿关节炎 X 线进展的分期

I 期(早期)
1* X 线检查无破坏性改变
2 可见骨质疏松
II 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
3 邻近肌肉萎缩
4 有关节外软组织病变,如结节和腱鞘炎
III 期(严重期)
1* 骨质疏松加上软骨或骨质破坏
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 有关节外软组织病变,如结节或腱鞘炎
IV 期(末期)
1* 纤维性或骨性强直
2 III 期标准内各条

标准前冠有 * 号者为病期分类的必备条件

2. 活动性判断 判断类风湿关节炎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、关节功能受限制程度以及急性炎症指标(如血沉、C 反应蛋白和血小板)等。

3. 缓解标准 类风湿关节炎临床缓解标准有 ①晨僵时间低于 15 分钟;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;⑥血沉(魏氏法)女性小于 30mm/h,男性小于 20mm/h。

符合五条或五条以上并至少连续 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。

4. 鉴别诊断 在类风湿关节炎的诊断过程中,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。

表 1-2 1987 年美国风湿病学学会(ARA)类风湿关节炎分类标准

定 义	注 释
1. 晨僵	关节及其周围僵硬感至少持续 1 小时(病程 ≥ 6 周)
2. 3 个或 3 个区域以上关节部位的关节炎	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)中至少累及 3 个,且同时有软组织肿胀或积液(不是单纯骨隆起)(病程 ≥ 6 周)
3. 手关节炎	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,伸肌表面或关节周围有皮下结节
6. 类风湿因子阳性	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%
7. 放射学改变	在手和腕的后前位相上有典型的类风湿关节炎放射学改变: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

满足分类标准中 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎即可诊断类风湿关节炎。

(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类风湿关节炎,尤其在远端指间关节出现赫伯登(Heberden)结节和近端指间关节出现布夏尔(Bouchard)结节时易误为滑膜炎。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阳性。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类风湿关节炎相似,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,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,但类风湿因子阴性,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,需与类风湿关节炎相鉴别。该病有以下特点:①青年男性多见;②主要侵犯骶髋关节及脊柱,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;④类风湿因子阴性;⑤骶髋关节及脊柱的 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,且部分患者类风湿因子阳性,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类风湿关节炎要与感染性关节炎(包括结核感染)、反应性关节炎和风湿热相鉴别。

【治疗方案及原则】

目前,类风湿关节炎的治疗包括药物治疗、外科治疗和心理康复治疗等。

1. 药物治疗 当前国内外应用的药物,包括植物药均不能完全控制关节破坏,而只能缓解疼痛、减轻或延缓炎症的发展。治疗类风湿关节炎的常用药物分为四大类,即非甾类抗炎药(NSAIDs)、改善病情的抗风湿药(DMARDs)、糖皮质激素和植物药。

(1)NSAIDs:通过抑制环氧化酶活性,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,严重者有消化道溃疡、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。治疗类风湿关节炎的常见 NSAIDs 见表 1-3。

表 1-3 类风湿关节炎常用的 NSAIDs

分类	英文	半衰期(小时)	每日总剂量(mg)	每次剂量(mg)	次/日
丙酸衍生物					
布洛芬	ibuprofen	2	1,200~3,200	400~600	3
萘普生	naproxen	14	500~1,000	250~500	2
洛索洛芬	loxoprofen	1.2	180	60	3
苯酰胺衍生物					
双氯芬酸	diclofenac	2	75~150	25~50	3
吲哚酰胺类					
吲哚美辛	indometacin	3~11	75	25	3
舒林酸	sulindac	18	400	200	2
阿西美辛	acemetacin	3	90~180	30~60	3
吡喃羧酸类					
依托度酸	etodolac	8.3	400~1,000	400~1,000	1
非酸性类					
萘丁美酮	nabumetone	24	1,000~2,000	1,000	1~2