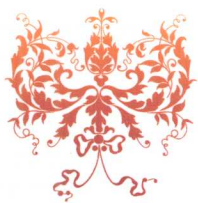


国内著名风湿病专家倾力创作的最新诊疗规范

传统医学的继承结合现代医学的创新



常见风湿病 诊治手册

CHANGJIAN FENGSHIBING
ZHENZHI SHOUC

主编◎阎小萍



NLIC 2970700951

中国医药科技出版社

常见风湿病诊治手册

主 编 阎小萍

学术秘书 孔维萍

编 委 (以下按姓氏笔画排列)

王建明 王 昊 王建东 孔维萍

刘 畅 李宏艳 辛大勇 张英泽

杨学青 金笛儿 罗 薇 邱新萍

徐 愿 阎小萍 陶庆文 赖斯宏

路 平



NLIC 2970700951

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书为我国著名风湿科专家阎小萍教授就其多年的临床治疗思路撰写的一部规范类著作。全书分为二十八章,每章详述了一种风湿类疾病的概述、临床表现、检查项目、诊断标准、鉴别诊断、治疗方法及调护原则,具有很强的系统性、实用性、指导性。本书适合广大医务工作者、医学院校师生、风湿病患者及家属参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

常见风湿病诊治手册/阎小萍主编. —北京:中国医药科技出版社, 2011.6
ISBN 978 - 7 - 5067 - 4978 - 7

I. ①常… II. ①阎… III. ①风湿性疾病 - 诊疗 IV. ①R593.21

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 047330 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 710 × 1020mm $\frac{1}{16}$

印张 14 $\frac{1}{2}$

字数 316 千字

版次 2011 年 6 月第 1 版

印次 2011 年 6 月第 1 次印刷

印刷 三河市腾飞印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 4978 - 7

定价 29.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

前 言

风湿性疾病是泛指影响骨、关节及其周围软组织，如肌肉、滑囊、肌腱、筋膜、神经等的一组疾病，这组疾病还会导致人体各脏器受累。风湿性疾病这种“跨系统”、“跨学科”的特点，为疾病的诊断、治疗提出了更高的要求。

我们说风湿病是一门新兴的临床学科，它涉及到基础医学和临床医学，如免疫学、遗传学、细胞生物学、皮肤病学、肾脏病学、骨科学等。在西方国家，风湿病学真正的兴起不过 50 年左右的历史。在我国风湿病学的起步则更晚些，仅有近 10 年的历史。1982 年中华医学会内科学会在北京召开了第一次全国风湿病学学术会议，嗣后，中医、西医、中西医结合相继成立了风湿病专业委员会。我们又说风湿病学是一门古老的临床学科，是因为风湿性疾病的发生发展有着十分悠久的历史。考古学家们发现，远古时代人类就有关节炎存在，在原始社会，人类已开始采用烘火、热石块等手段治疗肢体疼痛。自古至今，风湿病疾病对人类的生产和活动构成了危害，而人类在其漫长的生存发展历程中，在征服自然的同时，也与其进行着不懈的斗争。因此，风湿病的历史就是古今医学工作者对这类疾病不断深化的认识过程。

风湿性疾病的发病率较高，病因和发病机制大多数尚未明确，诊断困难，治疗棘手，致残率高，被认为是“难治性顽疾”。在国外被描述为五“D”，即痛苦（Discomfort）、死亡（Death）、残疾（Disability）、经济损失（Dollar lost）及药物中毒（Drug toxicity）。长期的临床实践中我们清楚地看到我国风湿性疾病患者之众多，但也清楚地看到了至今还存在许多风湿性疾病患者就医无门，诊断和治疗延误或得不到及时、合理、规范的诊断与治疗。我国地域辽阔，风湿病学科发展还很不平衡，全国还有许多省市的医院中还未建立“风湿科”，而从事风湿病的临床医师相对较少；专业的研究人员亦缺乏；相关的知识和临床经验知之不深；有关的新知识和进展还需要普及和推广；另外随着社会的发展，人们生活水平不断地提高，患者要求早诊断、早治疗降低致残率。增强体质及提高生活质量。要满足患者及社会的这种愿望和要求，对从事风湿病专业的医师来说更是极大的挑战。这就是我们编写此书的目的。对于难治的风湿性疾病（无论是中医还是西医），只要能减轻患者的症状、减少患者痛苦、保护关节功能、提高患者生活质量、降低患者致残率，无论是中医的方法、还是西医的方法都可以酌情的采用，因为大家必定是面对的同一个人，同一种疾病。如果将中医和西医的方法有机地结合应用而能取得更好的效果，那更是大家共同的愿望。这也是我们编写此书的目的。



本书对临床较常见的二十八种风湿性疾病，如强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、干燥综合征、系统性红斑狼疮等，从中西医诊治思路的角度进行了总结整理。每个病种又从中西医对本病的认识、临床表现、诊断、评估及中医、西医的治疗方法和药物选择等方面阐述了其特点，力求能重点突出、思路清晰、临床实用、内容新颖。但是风湿病学的发展是迅速的，新的学术观点和治疗方法是层出不穷的。由于我们的学识水平和临床经验有限，在编写过程中虽然做了努力，但纰漏在所难免，恳请读者批评指正。

阎小萍

2011年3月

目 录

第一章 类风湿关节炎	1
类风湿关节炎	1
回纹型风湿症	11
缓和的血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征	17
成人斯蒂尔病	22
原发干燥综合征	28
第二章 系统性红斑狼疮及相关综合征	41
系统性红斑狼疮	41
抗磷脂抗体综合征	54
第三章 脊柱关节病	62
强直性脊柱炎	62
银屑病关节炎	75
肠病性关节炎	83
反应性关节炎	88
未分化脊柱关节病	94
第四章 硬皮病和混合性结缔组织病	105
系统性硬化	105
混合性结缔组织病	113
第五章 炎性肌病	123
多发性肌炎、皮肌炎	123
第六章 血管炎综合征	132
风湿性多肌痛	132
结节性多动脉炎	137
大动脉炎	145



白塞病	153
第七章 晶体关节病	161
痛风	161
第八章 骨与软骨疾病	169
骨关节炎	169
骨质疏松症	180
第九章 儿童风湿病	189
幼年特发性关节炎	189
风湿热	196
第十章 其他风湿免疫性疾病	204
雷诺综合征	204
纤维肌痛综合征	210
嗜酸性筋膜炎	215
化脓性关节炎	220

第一章 类风湿关节炎

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。

类风湿关节炎属于中医学“痹证”范畴。现代中医名家焦树德教授于 1981 年 12 月在武汉召开的“中华全国中医学会内科学会成立暨首届学术交流会”上正式提出的“尪痹”病名, 并纳入了国家中医药管理局 1994 年 6 月发布、1995 年 1 月实施的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》: “尪痹是由风寒湿邪客于关节, 气血痹阻, 导致小关节疼痛、肿胀、晨僵为特点的疾病”, 并明确指出: “本病主指类风湿关节炎”。

【临床表现】

一、症状和体征

1. 关节表现 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。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。

2. 关节外表现

(1) 类风湿结节: 类风湿结节常见部位为关节伸面、受压部位或经常受到机械摩擦处, 如尺骨鹰嘴、足跟、枕部、坐骨结节等处。类风湿结节的出现多与类风湿因子相伴, 很少见于类风湿因子阴性者。

(2) 类风湿血管炎: 类风湿血管炎可出现在患者的任何系统。皮肤是小血管炎最常累及的部位, 可导致皮疹、甲周小面积的皮肤梗死, 指端坏疽, 腿部溃疡。突发的单神经病变是血管炎较特异的表現, 发生率很低。眼部可造成巩膜炎, 肺部常见表现是肺泡炎和胸膜炎, 心脏可见心包炎及瓣膜病变, 有临床表现的冠状动脉炎较少见。

(3) 呼吸系统: 肺间质病变是最常见的肺部病变, 有时虽有肺功能或 X 线片的异常, 但临床无症状, 晚期可出现肺间质纤维化。另外, 还可出现肺内类风湿结节的表现。

(4) 血液系统: RA 患者的贫血比较常见, 贫血的程度通常与 RA 病情活动性相关。血小板增多常见于活动性 RA, 其程度与有活动性滑膜炎的关节数和关节外表现相关。血



小板减少者比较少见,可发生于某些药物治疗后和 Felty 综合征。

(5) 肾脏病变:原发性血管炎、淀粉样变和药物治疗等多种原因可导致 RA 肾脏受损。肾功能受损程度与 RA 的病程、活动性、类风湿结节、类风湿因子阳性相关。

(6) 神经系统:外周神经受压是 RA 外周神经系统受累最常见的形式,通常是由于神经通过炎症增生的滑膜和一个固定结构之间受到压迫所致。中枢神经系统病变绝大多数是继发于颈椎破坏后的脊髓或脑干损伤。

(7) 消化系统:临床可见消化不良、消化道溃疡甚至穿孔等,大部分与各种治疗药物有关。活动性 RA 可出现转氨酶升高,部分的 Felty 综合征可伴有肝脏损害。

二、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。其他如抗角蛋白质抗体、抗核周因子和抗环瓜氨酸多肽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。

三、影像学检查

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)。

表 1 类风湿关节炎 X 线进展的分期

分期	表现
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	有关节外软组织病损,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	有关节外软组织病损,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

注:标准冠有 * 号者为病期分类的必备条件



【检查项目】

1. **必查项目** 血常规, 尿常规, 便常规 + 潜血, 肝功能, 肾功能, 红细胞沉降率, C 反应蛋白, 类风湿因子, IgG、IgM、IgA, 补体 C3, 补体 C4, AKA、APF, 抗 CCP 抗体, 双手相 (包括腕) 及胸片。

2. **鉴别诊断检查** ANA、ENA、抗 ds-DNA、ANCA、自身抗体谱, 眼科查干眼症及口腔科查唇腺活检。

3. **可选择的检查项目** 根据患者病情需要而定, 如 HLA-DR4、双髋关节 CT、肺高清 CT、颈椎正侧双斜加开口位相、其他受累关节相、手或其他受累关节 MRI、骨密度、骨代谢、关节超声、心电图、超声心动图、腹部 B 超。

【诊断】

一、常用诊断标准

目前仍多采用 1987 年美国风湿病学学会分类标准 (表 2)。

表 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
晨僵	关节及其周围僵硬感至少持续 1 小时 (病程 ≥ 6 周)
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) 中累及 3 个, 且同时软组织肿胀或积液 (不是单纯骨隆起) (病程 ≥ 6 周)
手关节炎	腕、掌指或近端指间关节炎中, 至少有 1 个关节肿胀 (病程 ≥ 6 周)
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)
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
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%
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

注: 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类风湿关节炎

二、ACR/EULAR 2009 年诊断标准

ACR/EULAR 2009 年的新标准对及早鉴别早期炎症关节炎, 提示临床医生给予早期积极的治疗, 有效防止患者发生骨质侵蚀, 诱导患者病情缓解发挥着重要的作用。其分为关节受累、血清学、滑膜炎持续时间、急性时相反应物四个部分, 评分为 10 分。总得分大于等于 6 分以上可确诊为类风湿关节炎。可疑类风湿关节炎得分大致设为 3~4 分 (3~5 分疑似类风湿关节炎), 具体见表 3-1、3-2、3-3、3-4。



表 3-1 ACR/EULAR 2009 年类风湿关节炎分类标准 (一)

受累关节数	受累关节情况	得分 (0~5 分)
1	中大关节	0
2~10	中大关节	1
1~3 个	小关节	2
4~10	小关节	3
>10 个	至少 1 个为小关节	5

表 3-2 ACR/EULAR 2009 年类风湿关节炎分类标准 (二)

血清学	得分 (0~3 分)
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

表 3-3 ACR/EULAR 2009 年类风湿关节炎分类标准 (三)

滑膜炎持续时间	得分 (0~1 分)
<6 周	0
>6 周	1

表 3-4 ACR/EULAR 2009 年类风湿关节炎分类标准 (四)

急性时相反应物	得分 (0~1 分)
CRP 或 ESR 均正常	0
CRP 或 ESR 增高	1

附

1. RA 关节功能分级标准 (ACR)

I 级: 日常活动不受限。

II 级: 有中等强度的关节活动受限, 但能满足日常活动需要。

III 级: 关节有明显的活动受限, 不能从事大多数职业或不能很好照料自己。

IV 级: 丧失活动能力或被迫卧床或只能坐在轮椅上。

2. RA 影像学评估标准 (Sharp 系统)

Sharp 评价主要是评价类风湿关节炎患者的手腕部骨破坏情况的方法。

手和腕部的 27 个部位被作为评分点, 以下 2 项分别打分相加。

(1) 侵蚀: 无骨侵蚀为 0 分。广泛骨侵蚀和丢失为 5 分; 介于两者之间为 1~4 分。

(2) 关节腔变窄: 无狭窄为 0 分; 局部狭窄 1 分, 弥漫狭窄但面积 <50% 为 2 分, 弥漫狭窄、面积 >50% 为 3 分, 强直为 4 分。

由于 Sharp 评价部位比较多, 由 van der Heijde 推荐修订的 Sharp 评分则关节数量较少,

糜烂处和关节间隙处分别仅 17 处和 18 处,其优点是缩短了评估时间,更准确地反映异常范围。

3. RA 疗效评价标准 (ACR)

(1) 完全缓解:①炎症性关节痛消失;②无晨僵;③无疲劳;④关节检查中未发现滑膜炎;⑤影像学资料不提示骨关节进行性破坏;⑥红细胞沉降率 (ESR) 或 C 反应蛋白 (CRP) 水平正常。

(2) ACR70:①触痛关节数减少 $\geq 70\%$;②肿胀关节数减少 $\geq 70\%$;③以下五条中三条好转 $\geq 70\%$:患者对疼痛的评估;患者对疾病活动的整体评估;医生对疾病活动的整体评估;患者对活动能力的自我评估 (健康评估问卷 HAQ);急性时相反应物 (ESR 或 CRP)。

(3) ACR50:①触痛关节数减少 $\geq 50\%$;②肿胀关节数减少 $\geq 50\%$;③以下五条中三条好转 $\geq 50\%$:患者对疼痛的评估;患者对疾病活动的整体评估;医生对疾病活动的整体评估;患者对活动能力的自我评估 (健康评估问卷 HAQ);急性时相反应物 (ESR 或 CRP)。

(4) ACR20:①触痛关节数减少 $\geq 20\%$;②肿胀关节数减少 $\geq 20\%$;③以下五条中三条好转 $\geq 20\%$:患者对疼痛的评估;患者对疾病活动的整体评估;医生对疾病活动的整体评估;患者对活动能力的自我评估 (健康评估问卷 HAQ);急性时相反应物 (ESR 或 CRP)。

4. 健康评价调查表 (HAQ)

在过去的 1 周内,您进行下述活动:0 = 无困难;1 = 有些困难;2 = 很困难;3 = 不能进行。

(1) 穿衣 (系鞋带、纽扣)?

(2) 梳头?

(3) 从椅子上无支撑站起?

(4) 上床、起床?

(5) 举杯饮水?

(6) 切菜?

(7) 开瓶塞?

(8) 在户外平地上行走?

(9) 上五节楼梯?

(10) 洗澡后擦干?

(11) 上下盥洗室?

(12) 弯腰拾起地上东西?

(13) 伸手摘下衣架上衣帽?

(14) 开关水龙头?

(15) 上下车?

(16) 逛商店?

(17) 做家务事如打扫卫生?

(18) 步行 2000m?



(19) 参加所喜爱的活动?

(20) 晚上睡好觉?

在过去的1个月内,您有下列感觉:0=从不;1=有时;2=常常;3=总是。

(21) 喜爱您从事的事情?

(22) 紧张或焦虑?

(23) 烦躁不安、难以镇静?

(24) 伤心或情绪低落、难以兴奋?

【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。

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结节和近端指关节出现布夏尔结节时易被视为滑膜炎。骨关节炎通常无游走性疼痛,大多数患者红细胞沉降率正常,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;④类风湿因子阴性;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】

本书主编集多年临床实践经验,提出“五连环”治疗方案:健康教育、体育医疗、中药为主、内外兼治、中西合璧。

一、一般治疗

1. 健康教育 关节疼痛、害怕残废或已经面对残废、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地给类风湿关节炎患者带

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。抑郁是类风湿关节炎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,还应注重类风湿关节炎的心理治疗。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。

2. 体育医疗 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,具体可参照本书主编编制的《强直性脊柱炎医疗体操》进行锻炼治疗。

二、药物治疗

(一) 中医治疗

1. 辨证论治

(1) 活动期

① 肾虚寒盛证

证候: 关节疼痛、肿胀,疼痛剧烈,痛发骨内,入夜尤甚,关节变形,晨起关节僵硬感甚则僵直蜷挛,屈伸不能,畏寒喜暖,易疲倦不耐劳,腰膝酸软,或腰腿疼痛。舌苔较白,脉多沉细带弦,尺脉多弱。

治则: 补肾祛寒,化湿散风,活瘀通络,强壮筋骨。

方药: 补肾祛寒治尪汤加減。

川断 12~20g	补骨脂 9~12g	熟地 12~24g	淫羊藿 9~12g
制附片 3~6g	骨碎补 10~20g	桂枝 9~15g	白芍 9~12g
知母 9~12g	防风 10~12g	麻黄 3~6g	苍术 6~10g
威灵仙 12~15g	伸筋草 30g	牛膝 12~18g	炙山甲 6~9g
地鳖虫 6~9g			

加減: 如上肢病重者,可去牛膝,加片姜黄 9~12g、羌活 9~12g;腰痛明显者,可去苍术,加桑寄生 30g,并加重川断、补骨脂用量,且随汤药嚼服炙胡桃肉 1~2 枚;肢体关节蜷挛僵屈者,去苍术、防风,加生薏苡仁 30~40g、木瓜 9~12g、白僵蚕 10g;关节痛者可加海风藤 10~15g,并酌情加重附片用量,也可用七厘散 1/3 管,随药冲服。

② 肾虚标热轻证

证候: 关节肿胀疼痛,甚则拘挛僵硬,入夜关节痛重时,喜将患处放到被外,似感痛减轻,然而且久则痛反加重,又速放入被内,手足心时觉发热,痛剧则关节处微有发热,但皮肤不红,伴倦怠乏力,口干便涩。舌质微红,舌苔微黄,脉沉弦细略数。

治则: 补肾祛寒,化湿散风,疏经活络。

方药: 加減补肾治尪汤加減。

生地 15~20g	酒浸黄柏 12g	络石藤 20~30g	桑寄生 30g
生薏苡仁 30g	补骨脂 9~12g	川断 12~20g	知母 9~12g
威灵仙 12~15g	制附片 3~5g	桂枝 6~9g	地鳖虫 9g

加減: 若手足心热或关节处皮温较明显时,可加入忍冬藤 30g 以清其热;若上肢晨僵



疼痛明显，伴见腕肘关节附近瘰块者，则加入片姜黄 10~12g、白僵蚕 10~12g，具有通经祛寒、散结除僵之效；若见腕胀、纳呆者，可减生地为 12~15g，加陈皮 10g、生麦芽 15g，或加千年健 12~15g。

③肾虚标热重证

证候：关节肿胀疼痛，甚则屈伸不能，并有热感，局部皮肤略发热发红，喜将患处放于被外，但放久受凉，疼痛加重，又收回被内，如此反复。伴口咽干燥，五心烦热，小便黄，大便干。舌质红，苔黄厚而腻，脉滑数或弦滑数。

治则：急则治其标，补肾清热；缓则治其本，补肾祛寒，佐以散风除湿、荣筋壮骨。

方药：补肾清热治尪汤加減。

川断 15g	炒黄柏 12g	地骨皮 10g	赤芍 12g
桑枝 30g	秦艽 20~30g	忍冬藤 30g	威灵仙 15g
羌独活（各）6~9g	白僵蚕 9g	制乳没（各）6g	地鳖虫 9g
红花 10g	透骨草 12~15g		

待标热之邪清除后，再根据辨证论治的原则，渐渐转入补肾祛寒法为主（方药同“肾虚寒盛证”）以治本收功。

④湿热伤肾证

证候：此证候多见于久居湿热之乡患者，病程较长，关节肿痛，用手扪之发热，或下午潮热，久久不解；膝腿酸痛无力，关节蒸热疼痛，痛发骨内，关节有不同程度的变形。舌苔黄腻，脉滑数或沉细数不清，尺脉多小于寸、关。

治则：补肾清热，化湿散风，舒筋通络。

方药：补肾治尪清化汤加減。

骨碎补 15~20g	川断 10~20g	怀牛膝 9~15g	黄柏 9~12g
苍术 12g	地龙 9g	秦艽 12~18g	青蒿 10~15g
稀莪草 30g	络石藤 30g	青风藤 15~25g	防己 10g
威灵仙 10~15g	银柴胡 10g	茯苓 15~30g	羌独活（各）9g
炙山甲 6~10g	薏苡仁 30~40g	忍冬藤 25~35g	泽泻 10~20g

加減：四肢屈伸不利者，加桑枝 30~40g、片姜黄 9~12g，减银柴胡、防己；疼痛游走不定者，加防风 9g、荆芥 10g，去地龙；痛剧难忍者，可加制延胡索 10~15g；肌肉痛者，可加蚕沙 9~15g。治疗一段时间，如出现关节喜暖怕凉之症者，可参照肾虚标热轻证及肾虚寒盛证加減。

（2）缓解稳定期

证候：关节肿痛已不明显，可仍变形，化验无特殊。

治则与方药：鉴于病情明显减轻，且较稳定，则仅将取效明显后的最后一诊方药 4~5 剂，共研细末冲服，或入胶囊服 6g/次，3 次/日。

2. 中成药辨治

（1）寒证：可选尪痹颗粒，金乌骨通胶囊，雷公藤多苷片，草乌甲素片，天麻壮骨丸，血塞通片等。

（2）热证：可选白芍总苷（帕夫林胶囊），知柏地黄丸，血塞通片，天麻壮骨丸，湿热痹颗粒，青藤碱，四妙丸等。

3. 外治方法辨治

(1) 寒证：①治疗方法：中药热敷、中药离子导入，半导体激光照射，超声药物透入，针灸，拔罐等。每日3~4次，每次1~2项。②治疗药物：寒痹外用方（川乌10g、桂枝15g、透骨草20g、乳香10g、没药10g、制延胡索15g），辣椒碱，穴位贴。

(2) 热证：①治疗方法：湿包裹，药敷，半导体激光照射，针灸等。②治疗药物：热痹外用方（黄柏15g、知母15g、大黄15g、冰片6g、忍冬藤20g、地丁20g）、如意金黄散，新癬片，冰硼散，穴位贴。每日3~4次，每次1~2项。

(二) 西医治疗

1. 非甾体类抗炎药 (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) 非甾体类抗炎药是指一类具有大致相同的作用机制、非糖皮质激素而具有抗炎、解热、镇痛作用的药物。该类药物虽然不能影响RA的自然发展病程，但是可以迅速改善患者的关节疼痛、僵硬等症状，起效快、效果明显，适用于早期、活动性RA患者，可作为治疗本病的一线药物。常用药物如双氯芬酸钠、美洛昔康、塞来昔布、洛索洛芬钠等。

2. 改善病情药物 (Disease modifying anti-rheumatic drug, DMARD) 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。目前尚不清楚类风湿关节炎的治疗首选何种DMARDs。从疗效和费用等考虑，一般首选甲氨蝶呤，并将它作为联合治疗的基本药物。常用于类风湿关节炎的DMARDs见表4。

表4 类风湿关节炎常用的DMARDs

药物	起效时间 (个月)	常用剂量	给药途径	毒性反应
甲氨蝶呤	1~2	7.5~15mg, 每周	口服 肌内注射 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、肺间质变（罕见但严重，可能危及生命）
柳氮磺吡啶	1~2	1000mg, 2~3次/日	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
来氟米特	1~2	10~20mg, 1次/日	口服	腹泻、瘙痒、可逆性转氨酶升高、脱发、皮疹
羟氯喹	2~4	200mg, 1~2次/日	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
金诺芬	4~6	3mg, 1~2次/日	口服	可有口腔炎、皮疹、骨髓抑制、血小板减少、蛋白尿，但发生率低，腹泻常见。
硫唑嘌呤	2~3	50~150mg, 1次/日	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）

类风湿关节炎一经诊断即开始DMARDs治疗。推荐首选甲氨蝶呤（MTX），也可选用柳氮磺吡啶或羟氯喹。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、预后不良和难治性类风湿关节炎患者可采用治疗机制不同的DMARDs联合治疗。目前常用的联合方案有：①MTX+柳氮磺吡啶；②MTX+羟氯喹；③MTX+金诺芬；④MTX+硫唑嘌呤；⑤柳氮磺吡啶+羟氯喹。国内还可采用MTX和植物药（如雷公藤、青藤碱和白芍总苷）联合治疗。如患者对MTX不能耐



受,可改用来氟米特或其他 DMARDs,难治性类风湿关节炎可用 MTX + 来氟米特或多种 DMARDs 联合治疗。联合用药时,可适当减少其中每种药物的剂量。

为避免药物不良反应,用药过程中应严密观察血、尿常规和肝、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程度及数目、关节肿胀程度及数目、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。

3. 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,并在 DMARDs 起效前发挥“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类风湿关节炎的倾向,用激素时应同时服用 DMARDs。激素治疗类风湿关节炎的原则是:不需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疏松。

关节腔注射激素有利于减轻关节炎症状,改善关节功能。但一年内不宜超过 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。

4. 生物制剂

(1) TNF- α 抑制剂:①英夫利昔,其特点是:与 TNF- α 结合率高,可清除循环和细胞上的 TNF- α ,但对 TNF- β 无作用。使用方法:每次 3~10mg/kg 静脉滴注,每 4~8 周 1 次,也有人推荐初始剂量为 3mg/kg,然后第 2、6 周给相同剂量,以后每 8 周给药 1 次,如疗效不理想,可增量至 10mg/kg 或间隔缩短到每 4 周 1 次。②依那西普,其特点是:与 TNF 结合率较低,作用比较温和,同时中和循环中可溶的 TNF- α 和 TNF- β ,有更好的耐受性和非免疫原性。推荐方法是 25mg,每周 2 次,皮下注射,单独使用能有效控制病情。③阿达木单抗是一特异性针对 TNF- α 的完全型人单克隆抗体,与人 IgG₁ 非常相似,半衰期为 14 日。该药过敏发生率较 Infliximab 低,用法是 40mg 每两周 1 次,或 20mg 每周 1 次。

(2) IL-1 抑制剂:阿纳白滞素 (Anakinra) 是重组人 IL-1 受体拮抗剂 (IL-1Ra),是 IL-1 β 的特异性竞争性抑制剂,通过和 IL-1 受体结合而抑制靶细胞的活性。Anakinra 的推荐剂量是 100mg/日皮下注射。极少数患者在注射部位可以出现局限的荨麻疹样皮疹,一般不需要停药以及特殊处理。Anakinra 不增加严重感染的危险性,但对于有反复感染病史的患者仍应注意。

(3) CD20 单抗:利妥昔单抗 (Rituximab) 是嵌合的抗 CD20 单克隆抗体。Rituximab 治疗 RA 的标准治疗方案是:间隔 2 周各予 1000mg 静脉滴注。第一次静脉滴注时速度为 50mg/小时,如无过敏反应或输液反应,静脉滴注速度可逐渐提升,最高可达 400mg/小时。在每次静脉滴注前予静脉滴注糖皮质激素,如甲基泼尼松龙 100mg 以减少减轻输液反应。静脉滴注 Rituximab 应联用甲氨蝶呤。该药静脉滴注相关不良事件主要是输液反应。一般第一次输液时最容易出现,多在 30~120 分钟内出现,表现为发热、畏寒或寒战、恶心、头痛,有时有一过性低血压。