

《2018 中国类风湿关节炎诊疗指南》发布 7 年来首次修订 汲取国际理念 融合国人临床实践

▲ 医师报记者 张亮

据悉，我国类风湿关节炎（RA）指南自 2010 年以后一直未做修改，《2018 中国类风湿关节炎诊疗指南》是 7 年来首次修订的版本。与此同时，美国风湿病学会（ACR）、欧洲抗风湿病联盟（EULAR）及亚太风湿病学学会联盟（APLAR）等多个学术组织也在同一时间分别制订或修订了各自的类风湿关节炎诊疗指南。

对话指南

曾小峰

贯彻达标治疗 规范类风湿关节炎诊治

田新平

量身定制国人指南

近年来，随着对 RA 发病机制的深入了解和大规模高质量临床研究证据的不断出现，已证实早期诊断、早期治疗是阻断或延缓关节结构破坏、阻止关节畸形发生发展改善预后的根本。

与 2010 年指南相比，2018 版指南明确提出对病情的“严密监测”和“达标治疗”是实现这一目标的具体措施和途径。中华医学会风湿病学分会主任委员、北京协和医院风湿免疫科主任曾小峰教授强调，通过“快速达标”的原则使患者的病情尽快得到控制，以及实现控制 RA 的疾病活动度、降低

长期并发症发生率、改善长远预后的治疗目标。但研究显示，目前我国 RA 患者的治疗达标率仍不足 20%，远低于西方发达国家，彰显制定我国 RA 指南的必要性。

“制定和实施符合我国国情的 RA 临床指南，对提高 RA 诊疗相关医师（风湿科、骨科、内科等），特别是县级与基层医疗机构医师正确诊断和治疗 RA 的能力，加强患者教育，提高我国 RA 诊疗水平将起到至关重要的作用。”曾小峰教授指出，“新指南严格按照目前国际上普遍使用的 GRADE 指南制定方法，基于当

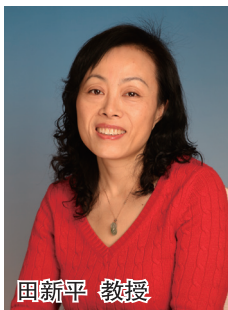
前的最佳证据，结合临床医师的经验，考虑我国患者的偏好和价值观，平衡干预措施的利与弊，给出 RA 诊疗推荐意见及等级。修订后的 2018 版指南治疗目标更明确、诊疗流程更清晰，治疗原则更积极。这是一部融合国际先进理念与我国国情的可操作性强、切实可行的指南。”

本指南的制订和发布，将会为广大临床医师和风湿病专科医师在日常临床工作中如何对 RA 做出早期、正确的诊断，在 RA 治疗中贯彻“严密监测”和“达标治疗”的规范治疗原则，实现改



曾小峰 教授

善 RA 患者整体预后的目标起到重要的指导作用。同时，本指南亦为今后的 RA 研究指明了方向，即在今后的工作中进行更多的高质量临床研究，为制定更适合我国国情，更能体现我国特色的 RA 诊疗指南提供依据，造福广大患者。



田新平 教授

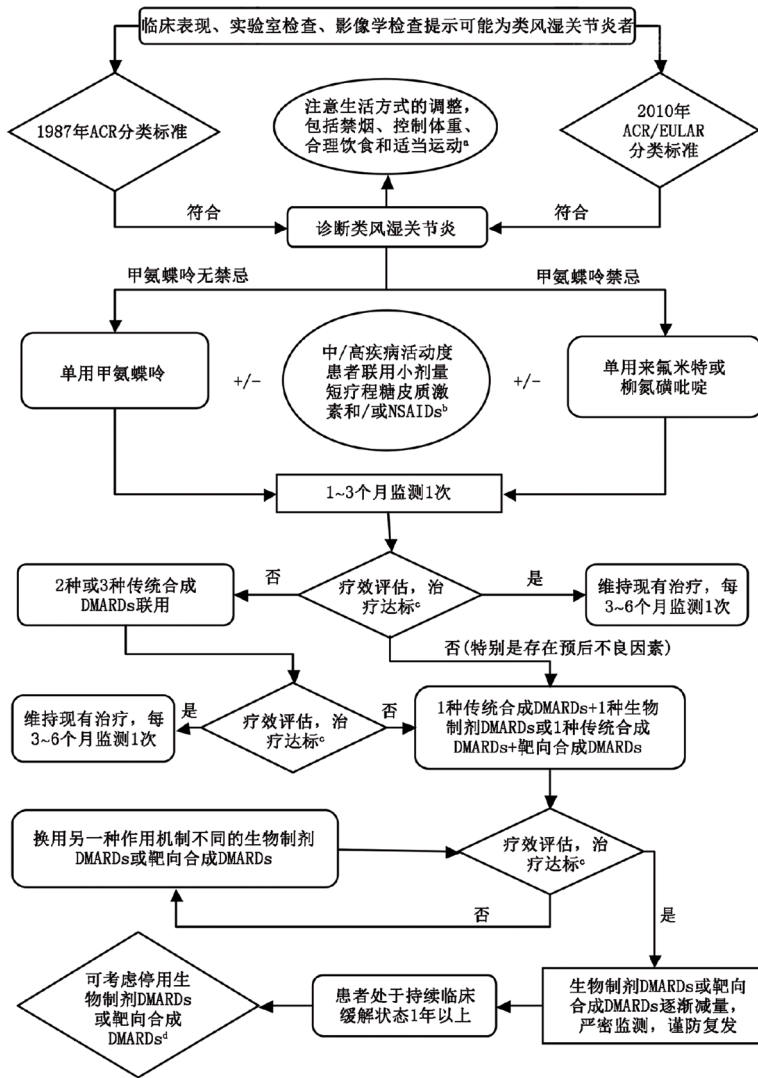
北京协和医院田新平教授指出，加强基层医务人员对 RA 的临床表现的认识，为 RA 患者尽早转诊至有风湿专科的医疗机构进行规范治疗非常必要。新指南兼顾风湿科专业医师和基层医务人员需求，不仅充分考虑了我国的实际情况，也贯彻了国家关于分级诊疗的精神。田教授表示，近年

来影像学在 RA 诊断和病情监测中的应用越来越广泛。国际上的 RA 指南并无影像学方法选择的推荐。新指南对如何选择影像学技术来满足不同的临床需求做出了推荐，使指南覆盖更广，更具实际的临床指导作用。

在药物治疗方面，甲氨蝶呤、柳氮磺吡啶作为一线传统合成改善病情抗风湿药（DMARD）具有疗效明确、价格低廉的优势，但在我国使用率远低于国际上的平均使用率。

因此，DMARD 在我国 RA 治疗中的核心地位应该加强，提高其使用率。此外，新指南还进一步规范了生物制剂在 RA 中的应用。

指南推荐类风湿关节炎诊疗流程



指南十大要点

- 1 RA 的早期诊断对治疗和预后影响重大，临床医师需结合患者的临床表现、实验室和影像学检查作出诊断（1A）。建议临床医师使用 1987 年 ACR 发布的 RA 分类标准和 2010 年 ACR/EULAR 发布的 RA 分类标准做出诊断（2B）。
- 2 建议临床医师根据 RA 患者的症状和体征，在条件允许的情况下，恰当选用 X 线、超声、CT 和磁共振（MRI）等影像技术（2B）。
- 3 RA 的治疗原则为早期、规范治疗，定期监测与随访（1A）。RA 的治疗目标是达到疾病缓解和低疾病活动度，即达标治疗，最终目的为控制病情、减少致残率，改善患者的生活质量（1B）。
- 4 对 RA 治疗未达标者，建议每 1~3 个月对其疾病活动度监测 1 次（2B）；对初始治疗和中 / 高疾病活动者，监测频率为每月 1 次（2B）；对治疗已达标者，建议其监测频率为 3~6 个月 1 次（2B）。
- 5 RA 治疗方案的选择应综合考虑关节疼痛、肿胀数量，ESR、CRP、RF 及环瓜氨酸蛋白抗体（ACPA）的数值等实验室指标（1B）。同时要考虑关节外受累情况；此外还应注意监测 RA 的常见合并症，如心血管疾病、骨质疏松、恶性肿瘤等（1B）。
- 6 RA 患者一经确诊，应尽早开始传统合成 DMARD 治疗。推荐首选甲氨蝶呤单用（1A）。存在甲氨蝶呤禁忌时，首先考虑单用来氟米特或柳氮磺吡啶（1B）。
- 7 单一传统合成 DMARD 治疗未达标时，建议联合另一种或两种传统合成 DMARD 进行治疗（2B）；或一种传统合成 DMARD 联合一种生物制剂 DMARD 进行治疗（2B）；或一种传统合成 DMARD 联合一种靶向合成 DMARD 进行治疗（2B）。
- 8 中 / 高疾病活动度的 RA 患者建议传统合成 DMARD 联合糖皮质激素治疗以快速控制症状（2B）。治疗过程中应密切监测不良反应。不推荐单用或长期大剂量使用糖皮质激素（1A）。
- 9 RA 患者在使用生物制剂 DMARD 或靶向合成 DMARD 治疗达标后，可考虑对其逐渐减量，减量过程中需严密监测，谨防复发（2C）。在减量过程中，如 RA 患者处于持续临床缓解状态 1 年以上，临床医师和患者可根据实际情况讨论是否停用（2C）。
- 10 建议 RA 患者注意生活方式的调整，包括戒烟、控制体重、合理饮食和适当运动（2C）。