

· 临床指南 ·

中医康复临床实践指南·类风湿关节炎

中医康复临床实践指南·类风湿关节炎制定工作组

罗杰, 兰培敏*, 陈汉玉, 方兴刚, 陈曾凤, 牛玉明, 张超, 高峰, 温国宏, 王俊华, 郑苏, 李瑞, 张保, 冷冬月, 魏建东, 陈勇, 蒋磊, 王瑞

十堰市太和医院(湖北医药学院附属太和医院), 湖北 十堰 442000

* 通信作者: 兰培敏, E-mail: lpmanein@163.com

收稿日期: 2019-09-30; 接受日期: 2019-11-19

基金项目: 中国中医药科技开发交流中心中医康复服务能力规范化项目(GZK-KT201901-13)

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2020.01006

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



摘要 类风湿关节炎(RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病,最终导致关节畸形和功能丧失。为规范 RA 中医康复操作标准并更好地指导临床实践,专家组基于循证医学理念与方法并结合专家共识与论证及临床评价等证据,按照临床诊疗指南报告规则撰写中医康复临床实践指南·类风湿关节炎。本指南从范围、规范性引用、术语和定义、诊断标准、评定标准及治疗等方面,对 RA 的诊治流程进行了系统化的规范,旨在为中医风湿科、中西医结合风湿科、中医科、康复科、风湿科等相关临床医师提供更为专业化的诊疗指导及参考。该指南涉及治疗方案有康复治疗、中医治疗、心理康复、饮食及手术治疗等,其中康复治疗环节有物理因子治疗、运动疗法、作业治疗、矫形器及关节内注射等;中医治疗有针灸、推拿、中医传统功法及中医辨证论治。本指南具有较好的实用性、科学性及有效性,将为 RA 的中医康复治疗提供规范化的诊治流程,更好地为 RA 临床决策的实践提供可靠的证据参考。

关键词 类风湿关节炎; 中医; 康复; 临床实践; 指南

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由中国中医药科技开发交流中心提出并归口。

本标准由湖北省十堰市太和医院负责起草。

本标准主要起草人: 罗杰, 兰培敏, 陈汉玉, 方兴刚, 陈曾凤, 牛玉明, 张超, 高峰, 温国宏, 王俊华, 郑苏, 李瑞, 张保, 冷冬月, 魏建东, 陈勇, 蒋磊, 王瑞。

本标准于 2019 年 8 月首次制定发布。

1 范围

本标准规定了类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)中医康复的评定和治疗。

本标准适用于中医风湿科、中西医结合风湿科、

中医科、康复科、风湿科等相关临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

中华中医药学会风湿病分会发布的《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》^[1]。

中华医学会风湿病分会发布的《2018 中国类风湿关节炎诊疗指南》^[2]。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件,见表 1。

引用格式: 中医康复临床实践指南·类风湿关节炎制定工作组. 中医康复临床实践指南·类风湿关节炎[J]. 康复学报, 2020, 30(1): 16-25.

Working Group on Setting up Standardization Guidelines of Rheumatoid Arthritis of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation. Clinical practice guidelines in traditional Chinese medicine rehabilitation—rheumatoid arthritis [J]. Rehabilitation Medicine, 2020, 30(1): 16-25.

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2020.01006

表 1 常用缩写词中英文对照表

Table 1 Common abbreviations in Chinese and English

英文缩写	英文名称	中文名称
RA	rheumatoid arthritis	类风湿关节炎
ACR	American College of Rheumatology	美国风湿病学会
EULAR	The European League Against Rheumatism	欧洲抗风湿病联盟
TJC	tender joint count	压痛关节数
SJC	swollen joint count	肿胀关节数
ESR	erythrocyte sedimentation rate	红细胞沉降率
CRP	C-reactive protein	C 反应蛋白
VAS	visual analogue scale	视觉模拟量表
DAS	disease activity score	疾病活动评分
CDAI	clinical disease activity index	临床疾病活动指数
SDAI	simplified disease activity index	简化临床疾病活动指数
HAMD	Hamilton Depression Scale	汉密尔顿抑郁量表
HAMA	Hamilton Anxiety Scale	汉密尔顿焦虑量表
IRM	one repetition maximum	最大一个重复

类风湿关节炎康复,是指在 RA 病程中通过物理因子治疗、运动疗法、作业治疗、康复辅具、针灸、推拿等康复疗法配合药物治疗使患者肢体功能得到最大程度的恢复,延缓病程进展,减轻及阻止关节破坏,减低致残率,使患者具有更好的机体功能、心理功能及社会参与功能。

4 诊断及康复评定

4.1 诊断标准

参照 1987 年 ACR 及 2010 年 ACR/EULAR 类风湿关节炎分类标准^[3-4]。见表 2 和表 3。

表 2 1987 年美国风湿病学会的 RA 分类标准

Table 2 Classification criteria for rheumatoid arthritis proposed by the American College of Rheumatology in 1987

条件	定义
1 晨僵	关节及其周围僵硬感至少持续 1 h
2 ≥3 个以上关节区的关节炎	医生观察到下列 14 个关节区(两侧的近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节)中至少 3 个有软组织肿胀或积液(不是单纯骨隆起)
3 手关节炎	腕、掌指或近端指间关节区中,至少有 1 个关节区肿胀
4 对称性关节炎	左右两侧关节同时受累(两侧近端指间关节、掌指关节及跖趾关节受累时,不一定绝对对称)
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 RF 阳性	任何检测方法证明血清中 RF 含量升高(该方法在健康人群中的阳性率<5%)
7 影像学改变	在手和腕的后前位相上有典型的 RA 影像学改变(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)

表 2 中 7 条满足 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎即可诊断 RA,条件 1~4 必须持续至少 6 周。

表 3 中总得分 6 分以上可诊断 RA。

4.2 中医辨证标准

参照中华中医药学会风湿病分会发布的《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》^[1],将 RA 分为 8 型,分别如下。

4.2.1 风湿痹阻证

4.2.1.1 主症 ① 关节疼痛、肿胀,游走不定;② 关节疼痛、肿胀,时发时止。

4.2.1.2 次症 ① 恶风,或汗出;② 头痛;③ 肢体沉重。

4.2.1.3 舌脉 舌质淡红,苔薄白,脉滑或浮。

4.2.2 寒湿痹阻证

4.2.2.1 主症 ① 关节冷痛,触之不温,皮色不红;② 疼痛遇寒加重,得热痛减。

4.2.2.2 次症 ① 关节拘急,屈伸不利;② 肢冷,或畏寒喜暖;③ 口淡不渴。

4.2.2.3 舌脉 舌体胖大,舌质淡,苔白或腻,脉弦或紧。

表 3 ACR/EULAR 2010 年类风湿关节炎诊断标准
Table 3 Diagnostic criteria for rheumatoid arthritis proposed by the American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) in 2010

观察项目	指标和体征	得分/分
受累关节情况	受累中大关节数 1 个	0
	受累中大关节数 2~10 个	1
	受累小关节数 1~3 个	2
	受累小关节数 4~10 个	3
	受累至少 1 个为小关节数>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(>正常上限 3 倍)阳性	3
滑膜炎持续	<6 周	0
时间	≥6 周	1
急性时相反应物	CRP 或 ESR 均正常	0
	CRP 或 ESR 增高	1

4.2.3 湿热痹阻证

4.2.3.1 主症 ① 关节肿热疼痛;② 关节触之热感或自觉热感。

4.2.3.2 次症 ① 关节局部皮色发红;② 发热;③ 心烦;④ 口渴或渴不欲饮;⑤ 小便黄。

4.2.3.3 舌脉 舌质红,苔黄腻或黄厚,脉弦滑或滑数。

4.2.4 痰瘀痹阻证

4.2.4.1 主症 ① 关节肿痛日久不消;② 关节局部肤色晦暗,或有皮下结节。

4.2.4.2 次症 ① 关节肌肉刺痛;② 关节僵硬变形;③ 面色黧黯;④ 唇暗。

4.2.4.3 舌脉 舌质紫暗或有瘀斑,苔腻,脉沉细涩或沉滑。

4.2.5 瘀血阻络证

4.2.5.1 主症 ① 关节刺痛,疼痛部位固定不移;② 疼痛夜甚。

4.2.5.2 次症 ① 肢体麻木;② 关节局部色暗;③ 肌肤甲错或干燥无泽。

4.2.5.3 舌脉 舌质紫暗,有瘀斑或瘀点,苔薄白,脉沉细涩。

4.2.6 气血两虚证

4.2.6.1 主症 ① 关节酸痛或隐痛,伴倦怠乏力;② 面色不华。

4.2.6.2 次症 ① 心悸气短;② 头晕;③ 爪甲色淡;④ 食少纳差。

4.2.6.3 舌脉 舌质淡,苔薄,脉细弱或沉细无力。

4.2.7 肝肾不足证

4.2.7.1 主症 ① 关节疼痛,肿大或僵硬变形;② 腰膝酸软或腰背酸痛。

4.2.7.2 次症 ① 足跟痛;② 眩晕耳鸣;③ 潮热盗汗;④ 尿频,夜尿多。

4.2.7.3 舌脉 舌脉 舌质红,苔白或少苔,脉细数。

4.2.8 气阴两虚证

4.2.8.1 主症 ① 关节肿大伴气短乏力;② 肌肉酸痛,口干眼涩。

4.2.8.2 次症 ① 自汗或盗汗;② 手足心热;③ 形体瘦弱,肌肤无泽;④ 虚烦多梦。

4.2.8.3 舌脉 舌质红或有裂纹,苔少或无苔,脉沉细无力或细数无力。

4.3 康复评定标准

4.3.1 疾病活动度评定

4.3.1.1 疾病活动评分 DAS 是由 ACR 首次提出的评估 RA 患者疾病活动度评估标准。包括 4 项核心指标:TJC(0~53 个)、SJC(0~44 个)、ESR 或 CRP、患者整体状况评分(VAS 为 0~100 mm)。评定标准包括:① DAS<1.6:病情缓解;② DAS≤2.4:低疾病活动度;③ 2.4<DAS≤3.7:中等疾病活动度;④ DAS>3.7:高疾病活动度。相对 DAS 评定标准,DAS28 对于患者病情缓解评估更为严格,缩短了关节检查时间,计算较为方便。该评估方法将给定的 28 个关节中 TJC、SJC、VAS 评分指数、ESR 或 CRP 水平纳入综合考量,评定标准包括:① DAS28>5.1:病情高活动;② 3.2<DAS28≤5.1:病情中活动;③ 2.6≤DAS28≤3.2:病情低活动;④ DAS28<2.6:病情缓解。由于大多数 RA 患者并不能真正达到临床缓解,DAS28<2.85 可以认为亚临床缓解,以更好地指导临床。

4.3.1.2 临床疾病活动指数及简化临床疾病活动指数 CDAI 和 SDAI 与 DAS 及 DAS28 计算公式相比,SDAI 计算更为方便;缺乏实验室检查结果时,可采用未囊括实验室检查的 CDAI。ACR/EULAR 缓解标准中将符合 SDAI≤3.3 及 CDAI≤2.8 规定为病情缓解。

4.3.2 疼痛评价 采用 VAS(0~100 mm)。

4.3.3 关节活动度评定 采用通用量角器或方盘量角器,对腕、肘、肩、髋、膝、踝关节进行主动活动度及被动活动度测量,内容包括屈、伸、内收、外展、内旋、外旋。采用手总主动活动度(total active motion,TAM)评价手各关节的活动功能。

4.3.4 肌力评定 肢体采用徒手肌力测定法,握力计法对手握力进行测定,捏力计法对各手指捏力进行测定。

4.3.5 手灵巧度测定 采用 9 柱试验或普渡钉板测验或明尼苏达操作评估。

4.3.6 日常生活能力评定 采用健康评估问卷(health assessment questionnaire, HAQ)。

4.3.7 心理评定 ① HAMD; ② HAMA。

4.3.8 疾病分期 根据 RA 的病情变化,临床将其分为急性期、亚急性期和慢性期 3 个阶段^[5]。① 急性期:RA 疾病处于高活动,关节重度肿胀、疼痛,关节功能障碍急性加重到达高峰,患者活动、参与功能明显受限。② 亚急性期:RA 处于中等活动,此期的特点是关节情况已经基本稳定,但过度的关节活动会引起关节炎症状的加重。③ 慢性期:RA 处于低活动或临床缓解,关节肿胀、疼痛得到控制,或遗留不可逆的关节功能障碍。

5 康复治疗

康复治疗应根据患者疾病的不同时期,制定个体化康复目标和针对性康复治疗措施。急性期的康复原则是关节休息,尽可能使关节处于接近功能位置的舒适位置上,以减轻疼痛,控制炎症,避免关节负重;亚急性期原则是维持关节活动度,进行适当的主动和被动运动;慢性期以预防和矫正畸形为主。

5.1 物理因子治疗

5.1.1 电疗法

5.1.1.1 经皮神经电刺激 经皮神经电刺激有较好的镇痛作用,可减轻 RA 患者疼痛 VAS 评分、肿胀关节的静息痛,增加治疗部位的肌力评分^[6],对急性期、亚急性期及慢性期关节肌肉疼痛均适用。可采用 100 Hz 常规型电刺激方法,治疗时间每天 30 min (证据级别 4 级,推荐级别 C 级)。

5.1.1.2 微波治疗 微波治疗有较好的抗炎作用,可改善 RA 患者日常生活能力、晨僵时间、关节肿胀指数、关节压痛指数、平均握力及 RF、ESR、CRP 等指标^[7-8]。急性期可采用 20~40 W 小剂量无热量微波,亚急性期、慢性期可使用 60~80 W 中等剂量温热热量微波,每次治疗 10~20 min,每日 1 次(证据级别 3b 级,推荐级别 B 级)。

5.1.1.3 中频电疗 中频电疗有促进血液循环、镇痛、抗炎作用,适用于亚急性期、慢性期的关节肿胀、疼痛及晨僵^[9-10]。可采用调幅波频率 100 Hz 持续时间 3 s 的全波交调波,每次治疗 10~15 min,每日 1 次,10~15 次 1 个疗程(证据级别 4 级,推荐级别 C 级)。

5.1.2 光疗法

5.1.2.1 激光治疗 激光治疗可有效改善慢性炎症性关节疾病的急性期肌肉关节疼痛,增强肌力^[11]。激光对 RA 具有消炎、镇痛、调节免疫功效^[12],可改善 RA 的疼痛、肿胀、晨僵,降低血清 IL-1、TNF- α 及 ESR、CRP、RF 水平,疗效优于纯药物治疗^[13]。可采用中低能量激光疗法,每次照射 10~15 min,每日 1~

2 次(证据级别 3b 级,推荐级别 B 级)。

5.1.2.2 红外线治疗 红外线治疗可改善局部血液循环,促进炎症消散,改善 RA 患者的疼痛^[14],有助于活动性 RA 早期关节症状的控制及关节肌肉功能的恢复^[15]。亚急性期、慢性期可采用红外线治疗,每次 10~15 min,每日 1~2 次(证据级别 2b 级,推荐级别 B 级)。

5.1.3 磁疗法 磁疗法对肌肉骨骼、神经病理性疼痛、炎性疼痛和风湿性疼痛的镇痛作用是阳性的^[16]。磁疗不仅能减轻关节炎状态下的疼痛,改善肌肉骨骼系统的功能,而且提供软骨保护,发挥抗炎作用^[17]。尽管大量报告显示磁场对 RA 患者有作用,但磁疗的有效性尚未得到明确证实^[18]。可采用旋磁治疗,双机头对置,每部位 15~30 min,每个疗程 15~20 次,急性期宜小剂量、低强度、无热量(证据级别 5 级,推荐级别 D 级)。

5.1.4 传导热疗法

5.1.4.1 蜡疗 蜡疗具有温热作用和机械作用,一方面通过温热作用改善微循环,使局部皮肤毛细血管扩张,促进血液和淋巴液的循环,增加汗腺的分泌,使组织水肿吸收,炎症介质排除,达到消肿止痛的目的;另一方面,蜡在冷却过程中体积逐渐缩小,对皮下组织造成局部机械压迫,从而起到消除肿胀以及松弛关节韧带、肌肉肌腱的作用,有利于关节功能的康复^[19]。蜡疗能改善 RA 患者 VAS 评分、压痛指数、肿胀指数、功能分级、晨僵时间^[20]。研究表明蜡疗可以明显降低 RA 血清中 MMP-3、RANKL、IL-37、IFN- γ 、CD-62p、CD-41 水平,升高血清 OPG 的含量,可能的机制为参与调节 MMP-3、OPG、RANKL 介导的炎症反应,降低 IL-37、IFN- γ 、CD-62p、CD-41 介导的促炎症反应作用,阻断炎症因子的大量释放,并且改善血管内环境,从而起到减轻炎症反应的作用^[21-22]。亚急性期、慢性期可选用蜡疗,每次 15~30 min,每日 1 次,每个疗程 15~20 次(证据级别 1b 级,推荐级别 A 级)。

5.1.4.2 中药熏蒸疗法 中药熏蒸疗法作为中医特色外治法,主要依靠药力和热力联合作用,抗炎镇痛,提高免疫力,恢复关节功能^[23]。中药熏蒸疗法对 RA 具有明显的抗炎消肿及镇痛作用,可减轻关节的滑膜细胞、纤维组织的增生和炎性细胞的浸润,消除无菌性炎症,提高 RA 患者的临床疗效与中医证候疗效,并降低血液中前列腺素 E2(PGE2)和 NO 水平,同时可降低 ESR、CRP、RF 等急性炎症指标,减少热休克蛋白表达^[24-25](证据级别 1a 级,推荐级别 A 级)。目前没有明确证据指导临床中熏蒸疗法的具体使用,没有明确的适用温度范围、熏蒸时间及疗程,临床有效的方药局限于传统理论指导下的个人经验,缺少大数据的支持。

5.1.5 冷冻疗法 冷冻疗法具有镇痛、抗炎、肌肉松弛、收缩血管、阻断酶和抗氧化作用,可明显刺激下丘脑-垂体-肾上腺轴和交感神经系统的激活,增加皮质醇和儿茶酚胺的分泌,增强抗氧化能力,显著降低RA患者血液中TNF- α 、IL-6及组胺水平。无论局部还是全身冷冻疗法均能降低疾病活动评分(DAS28)、HAQ评分,改善疼痛、晨僵、疲劳程度^[26-29]。在RA急性期可采用间隔喷射冷冻法,每次喷射3~5 s,间隔30 s~1 min,每次治疗可反复喷射3~10次(证据级别1a级,推荐级别A级)。

5.1.6 水疗法 水疗的浮力和温热作用,可以松弛肌肉,缓解痉挛,改善肌肉关节疼痛和功能,有利于克服关节病变引起的关节运动障碍,能够减轻功能障碍或使部分病变关节功能得到康复^[30-31]。水疗辅以药物治疗可以改善RA患者疼痛、关节肿胀、功能及疾病活动度^[32](证据级别1a级,推荐级别A级)。

5.2 运动疗法

运动疗法包括关节被动活动、主动助力活动、关节主动活动、等长肌肉收缩、等张肌肉收缩、抗阻力活动、肌耐力训练、牵引训练。

5.2.1 关节活动度训练 急性期宜进行被动活动,逐渐过渡为主动助力活动,疼痛明显者宜佩戴矫形器或支架;运动顺序由小关节到大关节逐步进行。每次时间20 min,活动频率每日2~3次^[33]。亚急性期及慢性期对病变关节进行关节承受范围内的主动运动,逐渐过渡为抗阻力运动。各种运动训练循序渐进,单次训练时间控制在45 min内。若训练后24 h内疼痛加重,关节肿胀、僵硬感增加,应减少运动量或改进方法,可采用腕部矫正器或适合的鞋或鞋垫,以促进运动功能恢复^[34]。

运动方式包括指间关节屈曲、伸展、内收、肌腱滑动、手指指向行走、手指握伸锻炼;手腕关节离心性伸展训练、手腕环行、手掌抓握训练、手掌内翻外翻锻炼;抓握强度是手部强化伸展锻炼的重要组成部分,并决定着整体训练的效果^[35];肩肘关节活动度训练、握力训练、屈伸运动训练;膝(髌)关节的旋转、内收以及外展等方式缓慢、协调进行(证据级别1b级,推荐级别A级)。

5.2.2 有氧及肌力训练 RA患者适合的运动形式是骑自行车、步行、慢跑、体操、舞蹈以及使用机器或橡胶扩张器进行肌肉强化运动^[34]。急性期,制动的关节周围肌肉应做等长肌肉训练,防治肌肉萎缩,以关节活动范围允许及疼痛能耐受的前提下,逐步增加强度及频率;亚急性期及慢性期,逐步过渡为等张肌肉训练及抗阻肌力训练。

训练的类型、强度和频率是影响训练效果的关键因素,中度或高强度的力量训练方案对RA肌肉力量的训练效果优于低强度方案,推荐长时间的陆

上训练^[36]。运动强度或负荷应缓慢引入,并在至少2~3周期间逐渐增加,以减少加重症状的风险。根据疾病的波动调整运动也很重要。

5.2.2.1 短期(8~12周) 短期中高强度的陆上有氧运动(3次/周,至少40%的最大摄氧量与进展的最大摄氧量的65%)能增加氧气的吸收,但不能提高肌肉强度。中高强度的水上有氧运动可增加吸氧量。短期陆上有氧运动和高强度的肌肉强化运动(2~5次/周,至少40%的最大摄氧量与进展的最大摄氧量的85%,增加70% 1RM),可增加氧气摄取和肌肉强度。

5.2.2.2 长期(52~104周) 陆上有氧和肌肉加强锻炼(2~5次/周,至少40%的最大摄氧量与进展的最大摄氧量的85%,增加70% 1RM),可以减少关节活动限制,提高心肺功能和肌肉力量^[34]。

相比运动距离训练,肌肉力量训练更能增加肌肉群的运动强度,维持时间更长,并且在降低DAS评分及减轻患者疼痛症状方面更具有优势^[37](证据级别1a级,推荐级别A级)。

5.2.3 肌耐力训练 肌耐力训练应在关节炎消退后进行,定期的动态肌力训练结合耐力型体力活动可以提高肌力和身体功能,但不能改善骨密度,对疾病活动没有不利影响^[38](证据级别1b级,推荐级别A级)。

5.2.4 牵引训练 病情稳定期,关节周围肌肉、肌腱、关节囊有挛缩时,可应用关节牵引。牵引应在疼痛耐受范围之内,不应产生肌肉痉挛(证据级别5级,推荐级别D级)。

5.2.5 瑜伽疗法 瑜伽疗法具有改善RA症状、增加自我护理行为和改善消极情绪的潜在辅助治疗作用^[39],能够提高RA患者应对能力和改善睡眠、灵活性、精力、力量、平衡、疼痛、情绪和身体机能^[40]。瑜伽练习可以为成人RA患者提供许多好处,但并不是对每一个患有RA的成年人都有益,练习不当可能出现肌肉拉伤^[41]。虽然瑜伽疗法对RA患者显示出一些作为替代疗法的前景,但文献缺乏针对更大患者群体的长期研究(证据级别5级,推荐级别D级)。

5.3 作业治疗

有针对性、综合性的职业治疗干预可以改善有工作障碍风险RA患者的功能,使其更加地适应工作^[41]。作业训练在炎症稳定后开始进行,主要包括关节防护、日常生活能力训练以及手功能锻炼。

5.3.1 关节防护 通过关节防护对患者进行教育,使用夹板等辅助设备保护关节,限制运动,减少疼痛^[42]。选择合适的辅助器具可以使RA患者适应患病环境,帮助患者进行日常活动,缓解患者痛苦^[43](证据级别1b级,推荐级别A级)。

5.3.2 日常生活能力训练 包括进食、洗脸、穿衣、

倒水、梳头、起床、如厕、写字、弯腰、躺下、行走以及一些家务劳动训练。在训练中强调减少用力,使用器皿、坐便及推车、自助器辅助;避免一种静位姿势持续时间超过 10 min 以上;尽量用较大关节替代小关节活动,减少小关节用力(证据级别 4 级,推荐级别 D 级)。

5.3.3 手功能锻炼 适度的手关节活动度训练对 RA 患者的康复是有益的,应纳入 RA 患者的常规治疗。手部强化训练有利于改善握力和关节功能,既能降低患者的手部晨僵时间,缓解关节胀痛程度,也有利于降低关节畸形废用。即使是 RA 手畸形患者,也不能忽视^[44-45]。手功能性作业训练包括抓胶网、用胶粒插图形、练健身环、练健身球、泥塑等训练项目^[46](证据级别 1a 级,推荐级别 A 级)。

5.4 矫形器

矫形器可以对关节制动,稳定和保护受累关节,预防和矫正关节挛缩畸形^[47]。可运用于 RA 患者的早期、中期、晚期和末期^[48]。腕手部矫形器对于 RA 常见手部畸形如拇指掌指关节变形、尺侧偏斜、天鹅颈及纽扣花样畸形起到保护和矫治作用,使其恢复功能位^[49-50]。在 RA 足和踝关节病变中,矫形器有助于减轻疼痛,提高前足底压力,降低残疾和活动受限,且毒副作用小^[51](证据级别 1a 级,推荐级别 A 级)。

5.5 关节内注射

关节内注射是 RA 治疗的重要组成部分,可改善疼痛、关节被动活动范围、疾病活动度评分、ESR、CRP,降低滑膜炎的功率多普勒超声和灰阶超声评分^[52]。

5.5.1 糖皮质激素 起效迅速,缓解疼痛效果显著,联合透明质酸注射在改善关节活动度方面为优先推荐^[52]。推荐甲基强的松用于小关节的剂量为 10~20 mg,用于中大关节的剂量为 20~40 mg;腕关节用 20 mg 剂量的效果不低于 40 mg^[53]。建议每年应用不超过 3 次,注射间隔不短于 3~6 个月(证据级别 2b 级,推荐级别 B 级)。

5.5.2 甲氨蝶呤 甲氨蝶呤相比皮质类固醇在改善滑膜厚度及降低滑膜炎的功率多普勒信号方面,更具有优势^[54]。甲氨蝶呤联合曲安奈德治疗 RA 关节滑膜炎效果更明显,起效更快,且不易复发^[55](证据级别 2b 级,推荐级别 B 级)。

5.5.3 依那西普 依那西普关节内注射在患者改善滑膜炎的功率多普勒信号方面,优于皮下注射,联合倍他米松和/或透明质酸在缓解疼痛、减轻关节滑膜炎效果更佳^[56](证据级别 2b 级,推荐级别 B 级)。

5.5.4 臭氧 臭氧作为一种强氧化剂,具有强大的消炎、镇痛及免疫抑制作用。臭氧结构不稳定,应现用现制,浓度控制于 20~50 $\mu\text{g/mL}$ ^[57](证据级别 3b 级,推荐级别 B 级)。

5.5.5 玻璃酸钠 玻璃酸钠能够改善 RA 患者关节功能,提升治疗效果,安全性较高,在早中期对缓解疼痛、改善关节功能具有一定优势^[58-59](证据级别 4 级,推荐级别 C 级)。

6 中医治疗

6.1 针灸

6.1.1 针刺治疗 针刺治疗对改善 RA 症状有显著疗效^[60],具有调节免疫功能,改善血液流变学和微循环,调节皮质醇分泌,镇痛等作用机制^[61]。针刺治疗 RA 对患者疼痛、生理功能和与健康有关的生活质量具有明显的有效性,无不良反应报道^[62-63]。选穴上主要有手足三阳经、阿是穴及督脉穴位等。艾灸治疗 RA 疗效确切,对 RA 滑膜细胞因炎性损伤所导致的结构和功能异常具有良好的修复作用^[64],通过调节细胞因子、信号通路、镇痛、滑膜细胞、免疫等多靶点、多途径的机制产生治疗效应^[65](证据级别 1a 级,推荐级别 A 级)。目前针灸度量研究较少,关于具体的针刺手法量、电针频率、波形等欠缺标准。

6.1.2 芒针治疗 芒针体长刺深,治疗可直达病变所,深刺可通调经络深部气血,以改善微循环,镇痛消炎,加速组织修复,调整生理机能^[66](证据级别 4 级,推荐级别 C 级)。

6.1.3 小针刀治疗 小针刀可以切割松解,解除压迫,松解紧张挛缩的肌肉,恢复力学的动静态平衡,改善局部血液循环,消除无菌性炎症,对 RA 的关节、肌肉挛缩具有较好效果^[67-69](证据级别 4 级,推荐级别 C 级)。

6.2 推拿

作为中医传统治疗之一的推拿疗法,对缩短 RA 晨僵时间、减轻关节肿痛和改善功能障碍等方面具有一定的优势^[70-72]。在推拿治疗中应用挤压加摆动类手法可解凝开滞,促进气血畅通,达到“通则不痛”的效果;按摩揉搓手法能温经散寒,推擦拍击等法可活血祛瘀;使用运动关节类手法可滑利关节,矫正畸形,恢复关节功能。魏爱泉^[73]以穴位为点、经络为线、局部为面的点线面结合治疗 RA。手法以点法为始,以疏通整条经络经气为主,以揉、按、捏法为辅,加强经与经、穴与穴之间的疏通;擦法以面为主,以调节整个患部的气血,有步骤、有先后地进行系统治疗,可恢复关节的活动功能,并可延缓或控制病情的发展,推迟从早期、中期到晚期的疾病进程,还可使体质增强,在一定程度上减少或阻断疾病的反复发作。刘正^[74]认为,活动期 RA 多采用补益肝肾、补益气血、通经活络、祛风散寒为主的手法。背部选取的穴位有大椎、腰阳关、长强、肺俞、肝俞、脾俞、肾俞等,按压时用力要均匀、缓慢、持久,由轻

到重,要将力度渗透到肌肉的深部。选取关节周围的穴位和压痛点可以起到疏通经络、滑利关节、祛风散寒的作用。慢性期以补益正气、扶正祛邪、提高机体免疫力为原则,采用的手法多以揉、搓、擦、按压为主,选取的穴位有背俞穴、中脘、关元、气海、中府、尺泽、内关、足三里、三阴交、涌泉等(证据级别4级,推荐级别C级)。

6.3 中医传统功法

临床研究表明,太极运动不会加剧RA的症状,相反地其对RA患者的下肢,尤其是踝关节活动范围的改善具有统计学意义^[75](证据级别1c级,推荐级别A级)。

八段锦可改善RA患者上肢功能,有学者采用上肢功能评定表(disability of the arm, shoulder and hand, DASH)评价八段锦对RA患者上肢功能的影响,研究结果提示,RA患者练习八段锦对上肢功能恢复有显著的促进作用^[76](证据级别4级,推荐级别C级)。

有学者在常规药物治疗基础上给予RA患者健身气功、易筋经练习,显示健身气功、易筋经可以改善RA患者关节活动范围,提升患者肢体运动能力;可以对RA患者焦虑、抑郁、疲劳等心理状态进行较好的调节,明显改善患者消极的心理环境;对RA患者健康评估指标起到良性影响,整体提高患者生活质量^[77](证据级别4级,推荐级别C级)。

6.4 中医辨证论治

正虚邪实是本病的基本病机,临床治疗本病时祛邪应注意扶正,且扶正不宜峻补;瘀血既是病理产物又是致病因素,贯穿于本病的始终,可采用活血化瘀、通络止痛治疗;久病入络,病情顽固者可配伍藤类、虫类药物搜风通络;脾胃失调、湿邪为患是本病病情迁延难愈的重要病因,加之长期药物治疗更易伤及脾胃,因此治疗全程应注重健脾祛湿、顾护脾胃。参照《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》^[1],RA中医主证、治法、方剂、证据及推荐级别推荐如下。

6.4.1 风湿痹阻证 ① 治法:祛风除湿,通络止痛。② 推荐方剂:羌活胜湿汤^[78](推荐使用,专家共识);蠲痹汤^[79](有选择推荐使用,证据级别:C级);大秦芩汤^[78](有选择推荐使用,专家共识)。

6.4.2 寒湿痹阻证 ① 治法:温经散寒,祛湿通络。② 推荐方剂:乌头汤^[80](推荐使用,C级);桂枝芍药知母汤加減^[81](有选择推荐使用,专家共识);麻黄附子细辛汤^[78](有选择推荐使用,专家共识)。

6.4.3 湿热痹阻证 ① 治法:清热除湿,活血通络。② 推荐方剂:宣痹汤^[82](推荐使用,C级);当归拈痛汤^[83](推荐使用,C级);二妙散^[84](推荐使用,专家共识)。

6.4.4 痰瘀痹阻证 ① 治法:化痰通络,活血行瘀。② 推荐方剂:双合汤^[78](推荐使用,专家共识)。

6.4.5 瘀血阻络证 ① 治法:活血化瘀,通络止痛。② 推荐方剂:身痛逐瘀汤^[85](推荐使用,C级);桃红饮^[86](有选择推荐使用,专家共识)。

6.4.6 气血两虚证 ① 治法:益气养血,通经活络。② 推荐方剂:黄芪桂枝五物汤^[87](推荐使用,C级);十全大补汤^[88](推荐使用,专家共识);归脾汤^[89](有选择推荐使用,C级)。

6.4.7 肝肾不足证 ① 治法:补益肝肾,蠲痹通络。② 推荐方剂:独活寄生汤^[90](推荐使用,B级);三痹汤^[91](推荐使用,C级);虎潜丸^[92](有选择推荐使用,D级)。

6.4.8 气阴两虚证 ① 治法:养阴益气,通络止痛。② 推荐方剂:四神煎^[93](推荐使用,B级)。

姜黄、白花蛇舌草、雷公藤、青风藤、土茯苓、白芍单味中药及有效成分提取物治疗RA已有基础及临床研究。相关研究表明,雷公藤、青藤碱、白芍总苷可改善关节肿胀疼痛,但由于研究达不到预期的方法学标准,缺乏高质量的证据^[94-95],且缺乏对其长期疗效的研究资料,临床可酌情选用(证据级别1b,推荐级别B级)。

7 心理康复

由于RA治疗的疗程长、致残性高、患者经济负担重等负面特点,对患者负面情绪影响明显,严重降低了患者生活质量。改善RA患者负性情绪已成为治疗RA的一个重要部分^[96]。RA合并抑郁的发生率约为39.6%^[97],并且抑郁、焦虑等情绪状况和RA疾病活动度成正相关^[98]。对RA患者进行心理干预后,患者整体评估、功能障碍、疼痛、疲劳、焦虑和抑郁及自我效能感均有改善,在较长时间内维持性的心理干预措施更有效^[99](证据级别1a级,推荐级别A级)。

8 饮食

饮食也是非药物治疗的重要组成部分。治疗性饮食可以减轻疼痛和炎症,降低疾病的严重程度,还可以保护关节^[100]。具有减轻炎症、减少疾病复发功效的饮食称为抗炎饮食。高纤维素、高维生素、低热量和低脂的地中海饮食是推荐的抗炎饮食^[101],补充n-3多不饱和脂肪酸如鱼油等可以减轻关节炎症,减缓病情进展^[102](证据级别1a级,推荐级别A级)。

9 手术治疗

对于中晚期RA患者,使用矫形器仍不能矫正或有明显功能受限患者,可考虑行手术治疗。常用的手术方式有滑膜切除术、截骨矫形术、软组织松解术、关节清理术、关节置换术。

参考文献

- [1] 中华中医药学会风湿病分会. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2017, 59(20): 1794-1780.
- [2] 中华医学会风湿病学分会. 2018 中国类风湿关节炎诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2018, 57(4): 242-251.
- [3] AMETT F C, EDWO R, THY S M, et al. The American Rheumatism Assotiation 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315-324.
- [4] ALETAHA D, NEOGI T, SILMAN A J, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [J]. Ann Rheum Dis, 2010, 69(9): 1580-1588.
- [5] 陈朝晖. 类风湿关节炎的康复治疗[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(5): 382-383.
- [6] KIBISA R, KRISCIUNAS A, SARAUSKAITE J. Transcutaneous electrical nerve stimulation in treatment of rheumatoid arthritis patients [J]. Medicina (Kaunas), 2004, 40(1): 38-41.
- [7] 施治青, 闻坚强, 韩星海, 等. 关节微波辐射器照射治疗类风湿关节炎 32 例[J]. 中国临床康复, 2003, 7(24): 3393.
- [8] 吴燕红, 庞学丰. 微波照射与药物治疗类风湿关节炎的对比观察[J]. 吉林医学, 2008, 29(13): 1081-1082.
- [9] 陈素娥. 电脑中频联合中药透入治疗类风湿关节炎 42 例[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(2): 118.
- [10] 黄智胜. 中频导入正清风痛宁治疗类风湿关节炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(25): 3041-3042.
- [11] BALTZERL A W A, STOSCH D, SEIDEL F, et al. Low level laser therapy: A narrative literature review on the efficacy in the treatment of rheumatic orthopaedic conditions [J]. Z Rheumatol, 2017, 76(9): 806-812.
- [12] 武宏, 李大可, 宋绍亮, 等. 激光对类风湿关节炎作用的研究[J]. 中国医学物理学杂志, 2002, 19(3): 146-147.
- [13] 武宏, 宋绍亮, 付新利, 等. 激光穴位照射与药物治疗类风湿关节炎的对比研究[J]. 激光杂志, 2004, 25(2): 80-81.
- [14] 李能, 张旭燕. 红外线治疗仪辅助治疗类风湿关节炎疼痛的临床疗效[J]. 中国农村卫生, 2016, 8: 28.
- [15] 潘舒月, 青玉凤, 周京国, 等. 多源红外治疗仪辅助治疗类风湿关节炎的临床研究[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(4): 5-8, 17.
- [16] ECCLES N K. A critical review of randomized controlled trials of static magnets for pain relief [J]. Altern Complem Med, 2005, 11(3): 495-509.
- [17] GANESAN K, GENGADHARAN A C, BALACHANDRAN C, et al. Low frequency pulsed electromagnetic field—A viable alternative therapy for arthritis [J]. Indian J Exp Biol, 2009, 47(12): 939-948.
- [18] ZWOLINSKA J, GASIOR M, SNIJEZEK E, et al. The use of magnetic fields in treatment of patients with rheumatoid arthritis. Review of the literature [J]. Reumatologia, 2016, 54(4): 201-206.
- [19] 郭凤红, 范鹏, 张逊, 等. 蜡疗临床应用新进展[J]. 中华全科医学, 2018, 16(3): 465-469, 483.
- [20] 李飞燕, 刘婷. 中药蜡疗对类风湿关节炎临床疗效的影响[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(5): 25-27.
- [21] 王晶, 闻锐. 中药蜡疗止痛技术治疗风寒湿痹型类风湿关节炎的临床疗效及对血清 MMP-3、OPG 及 RANKL 的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(8): 1868-1871.
- [22] 李妍. 中药蜡疗止痛技术治疗风寒湿痹型骨痹及对血 IL-37、IFN- γ 、CD-62p、CD-41 表达的影响[J]. 长春中医药大
- 学学报, 2018, 34(3): 534-537.
- [23] 刘波, 汲泓. 中药熏蒸治疗类风湿关节炎的研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2018, 7(9): 66-68.
- [24] 赵霞, 高静, 李雨琦, 等. 中药熏蒸对类风湿关节炎疗效的系统评价[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(3): 143-148.
- [25] 陈志煌, 沈鹰, 孙维峰, 等. 中药熏蒸治疗类风湿关节炎疗效及对滑膜热休克蛋白 70 影响的研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(10): 3104-3107.
- [26] GUILLOT X, TORDI N, MOUROT L, et al. Cryotherapy in inflammatory rheumatic diseases: a systematic review [J]. Expert Rev Clin Immunol, 2014, 10(2): 281-294.
- [27] JASTRZABEK R, STRABURZYFISKA-LUPA A, RUTKOWSKI R, et al. Effects of different local cryotherapies on systemic levels of TNF- α , IL-6, and clinical parameters in active rheumatoid arthritis [J]. Rheumatol Int, 2013, 33(8): 2053-2060.
- [28] WOJTECKA-LUKASIK E, KSIEZOPOLSKA-ORLOWSKA K, GASZEWSKA E, et al. Cryotherapy decreases histamine levels in the blood of patients with rheumatoid arthritis [J]. Inflammation Res, 2010, 59 (Suppl 2): S253-S255.
- [29] HIRVONEN H, KAUTIAINEN H, MOILANEN E, et al. The effect of cryotherapy on total antioxidative capacity in patients with active seropositive rheumatoid arthritis [J]. Rheumatol Int, 2017, 37 (9): 1481-1487.
- [30] KARAGULLE M, KARDES S, KARAGULLE M Z. Real-life effectiveness of spa therapy in rheumatic and musculoskeletal diseases: a retrospective study of 819 patients [J]. Int J Biometeorol, 2017, 61(11): 1945-1956.
- [31] SANTOS I, CANTISTA P, VASCONCELOS C. Balneotherapy in rheumatoid arthritis—a systematic review [J]. Int J Biometeorol, 2016, 60(8): 1287-1301.
- [32] KARAGULLE M, KARDES S, DISCI R, et al. Spa therapy adjunct to pharmacotherapy is beneficial in rheumatoid arthritis: a crossover randomized controlled trial [J]. Int J Biometeorol, 2018, 62(2): 195-205.
- [33] 邱春媚, 李小兰, 冯小京. 分期运动训练联合健康指导对类风湿关节炎患者关节疼痛和功能复的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(10): 145-147.
- [34] SWARDH E, BRODIN N. Effects of aerobic and muscle strengthening exercise in adults with rheumatoid arthritis: a narrative review summarising a chapter in physical activity in the prevention and treatment of disease [J]. Br J Sports Med, 2016, 50(6): 362-367.
- [35] CIMA S R, BARONE A, PORTO J M, et al. Strengthening exercises to improve hand strength and functionality in rheumatoid arthritis with hand deformities: a randomized, controlled trial [J]. Rheumatol Int, 2013, 33(3): 725-732.
- [36] GENEEN L J, MOORE R A, CLARKE C, et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 4: CD011279.
- [37] HAKKINEN A, SOKKA T, HANNONEN P. A home-based two-year strength training period in early rheumatoid arthritis led to good long-term compliance: a five-year followup [J]. Arthritis Rheum, 2004, 51(1): 56-62.
- [38] HAKKINEN A, SOKKA T, KOTANIEMI A. A randomized two-year study of the effects of dynamic strength training on muscle strength, disease activity, functional capacity, and bone mineral density in early rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 2001, 44(3): 515-522.
- [39] SADANA V. Yoga—therapy for rheumatoid arthritis; Rapid im-

- provement in proms [J]. *Ann Rheum Dis*,2018,77 (Suppl 2): 1852-1853.
- [40] GREYSEN H. It was just my right pace: A qualitative study exploring yoga practice in adults with rheumatoid arthritis [J]. *Arthritis Rheumatol*,2015,67 (Suppl 10):1087.
- [41] GREYSEN H M,GREYSEN S R,LEE K A,et al. A qualitative study exploring community yoga practice in adults with rheumatoid arthritis [J]. *J Altern Complement Medicine*,2017,23(6): 487-493.
- [42] POLLUSTE K,KALLIKORM R,MATTIK E,et al. Assistive devices,home adjustments and external help in rheumatoid arthritis [J]. *Disabil Rehabil*,2012,34(10):839-845.
- [43] MACEDO A M,OAKLEY S P,PANAYI G S,et al. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted,comprehensive occupational therapy [J]. *Arthritis Rheumatol*,2009,61(11):1522-1530.
- [44] CIMASR,BARONE A,PORTO J M,et al. Strengthening exercises to improve hand strength and functionality in rheumatoid arthritis with hand deformities:a randomized,controlled trial [J]. *Rheumatol Int*,2013,33(3):725-732.
- [45] HAMMOND A,PRIOR Y. The effectiveness of home handexercise programmes in rheumatoid arthritis:a systematic review [J]. *Br Med Bull*,2016,119(1):49-62.
- [46] 王庆,卞尧尧,陈俊羽,等. 手功能训练在类风湿关节炎患者中的应用进展[J]. *风湿病与关节炎*,2017,6(4):57-59.
- [47] FIKENTSCHER T,SPRINGORUM H R,GRIFKA J,et al. Ortheses and assistive devices in rheumatology:Prevention of disability,support of residual function [J]. *Z Rheumatol*,2017,76(3):245-258.
- [48] 熊恩富,丁明甫,何成奇. 矫形器在慢性关节疾病治疗中的应用[J]. *中国临床康复*,2002,6(5):642,645.
- [49] RAMSEY L,WINDER R J,MCVEIGH J G. The effectiveness of working wrist splints in adults with rheumatoid arthritis:a mixed methods systematic review [J]. *Rehabil Med*,2014,46(6): 481-492.
- [50] PORTER B J,BRITTAI A. Splinting and hand exercise for three common hand deformities in rheumatoid arthritis:a clinical perspective [J]. *Curr Opin Rheumatol*,2012,24(2):215-221.
- [51] TENTEN-DIEPENMAAT M,VANDER LEEDEN M,VLIEET VLIELAND T P M,et al. The effectiveness of therapeutic shoes in patients with rheumatoid arthritis:a systematic review and meta-analysis [J]. *Rheumatol Int*,2018,38(5):749-762.
- [52] LI Z Q,ZHENG Z H,PANG L X,et al. Cost-effectiveness of different intra-articular drug injections on wrist and/or elbow compromise in patients with established rheumatoid arthritis: short-term results of an open observational evaluation [J]. *J Clin Rheumatol*,2018. doi:10.1097/RHU.0000000000000608.
- [53] CUSHMANDM,OFEK E,SYED R H,et al. Comparison of varying corticosteroid type,dose,and volume for the treatment of pain in small-and intermediate-size joint injections:A narrative review [J]. *PM R*,2019,11(7):758-770.
- [54] MORTADA M A,ABDELWHAB S M,ELGAWISH M H. Intra-articular methotrexate versus corticosteroid injections in medium-sized joints of rheumatoid arthritis patients—an intervention study [J]. *Clin Rheumatol*,2018,37(2):331-337.
- [55] 周子朋,孟庆良,郑福增,等. 甲氨蝶呤关节腔注射治疗类风湿关节炎的临床研究[J]. *中国疼痛医学杂志*,2015,21(8): 639-640.
- [56] ZHANG F,MA C. Comparison of the effectiveness on intra-articular and subcutaneous TNF inhibitor in rheumatoid arthritis patients [J]. *Clin Rheumatol*,2018,37(1):199-204.
- [57] 鞠文峰,孙玉凡,杨建,等. 甲氨蝶呤、来氟米特联合关节腔注射臭氧治疗类风湿关节炎疗效观察[J]. *中外健康文摘*,2014(25):141-142.
- [58] 罗志勤. 关节腔内局部注射玻璃酸钠注射液治疗膝关节类风湿性关节炎的疗效研究[J]. *当代医学*,2015,21(19):130-131.
- [59] 杨渊,陈晓明,陆敏安,等. 玻璃酸钠关节腔内注射治疗类风湿性关节炎[J]. *中国生化药物杂志*,2002,23(4):199-200.
- [60] LI J. Effects of acupuncture on rheumatoid arthritis:A systematic review and meta-analysis [J]. *Afr J Tradit,Complem Altern Med*,2016,13(2):61-71.
- [61] 谢志功,武平,熊燕,等. 针灸治疗类风湿关节炎的机制及应用效果[J]. *世界最新医学信息文摘*,2018,18(45):82-83,86.
- [62] CHOU P C,CHU H Y. Clinical efficacy of acupuncture on rheumatoid arthritis and associated mechanisms:a systemic review [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*,2018,2018:8596918.
- [63] SECA S,MIRANDA D,CARDOSO D,et al. The effectiveness of acupuncture on pain,physical function and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis:a systematic review protocol [J]. *JBIC Database System Rev Implement Rep*,2016,14(5):18-26.
- [64] 朱田田,赵中亭,赵怡坤,等. 艾灸对类风湿性关节炎滑膜细胞炎性损伤修复机制的现代研究进展[J]. *中华中医药杂志*,2017,32(6):2599-2601.
- [65] 吴晓,景中坤,马文彬,等. 近10年艾灸治疗类风湿关节炎的实验研究进展[J]. *中华中医药学刊*,2018,36(5):1089-1090.
- [66] 龙海鹏,徐伟辉,罗雅萍,等. 芒针温灸结合电针加 TDP 治疗风湿性膝关节炎 45 例[J]. *中医药导报*,2011,17(6):80.
- [67] 宋维海,李琴,马辉中,等. 小针刀治疗类风湿关节炎的临床研究[C]//中国中西医结合学会风湿病专业委员会. 全国第十一届中西医结合风湿病学术会议论文汇编,2013:168-169.
- [68] 潘红. 针刀治疗类风湿关节炎疗效观察[J]. *上海针灸杂志*,2011,30(6):392-394.
- [69] 顾钧青,杨晓凌,陈亮,等. 针刀松解术治疗类风湿关节炎引起膝关节病变疗效观察[J]. *上海针灸杂志*,2009,28(1):31-32.
- [70] 刘强,吕明芳,李军. 推拿为主治疗类风湿性关节炎的研究概述[J]. *中医外治杂志*,2010,19(6):51-53.
- [71] 唐健强. 手法为主配合药物治疗类风湿性关节炎 181 例[J]. *中国中医骨伤科杂志*,2000,8(3):30-31.
- [72] 商雷,商亮,陈彤伟. 四步推拿法辅助水针缓解类风湿性关节炎患者关节疼痛及运动障碍 50 例报告[J]. *中医临床康复*,2004,8(18):3525-3527.
- [73] 魏爱泉. 略论点线面结合按摩治疗类风湿性关节炎[J]. *按摩与导引*,1999,15(4):36-38.
- [74] 刘正. 刘正指压推拿治疗类风湿性关节炎[J]. *中华养生保健*,2005,4(11):12-13.
- [75] 林玺,刘建平. 太极运动治疗类风湿性关节炎[J]. *中西医结合学报*,2008,6(1):82.
- [76] 章冲,汪悦. 八段锦对类风湿关节炎患者上肢功能恢复的促进作用研究[J]. *护理学报*,2015,22(12):4-8.
- [77] 刘芳. 健身气功·易筋经改善类风湿关节炎患者患肢功能的研究[D]. 北京:北京体育大学,2013:1-3.
- [78] 王承德,沈丕安,胡荫奇. 实用中医风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:35-43.

- [79] 牛洁. 蠲痹汤联合甲氨喋呤、柳氮磺胺吡啶治疗类风湿关节炎活动期的临床疗效[J]. 世界最新医学信息, 2015, 55(15): 64.
- [80] 施波. 乌头汤加味治疗类风湿性关节炎 64 例[J]. 中国社区医师, 2007, 9(7): 75.
- [81] 田河水, 李向录. 桂枝芍药知母汤加减治疗类风湿性关节炎 136 例疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(8): 63.
- [82] 刘源, 张锐, 郭艳幸, 等. 四妙散合宣痹汤联合西药治疗湿热型类风湿性关节炎 35 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(6): 800-803.
- [83] 邹庆华, 石颖, 蒋毅, 等. 加减当归拈痛汤辅助治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(6): 44-45, 47.
- [84] 刘喆, 考希良. 二妙散不同配伍比例干预 Wistar 大鼠佐剂性关节炎的实验研究[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(7): 1601-1603.
- [85] 杜健, 杨铭, 李成. 身痛逐瘀汤治疗类风湿关节炎瘀血阻络证的临床观察[J]. 黑龙江中医药, 2012, 41(5): 17-18.
- [86] 石昌平. 加味桃红饮为主辨证治疗类风湿性关节炎 34 例[J]. 陕西中医, 1997, 18(2): 60.
- [87] 蒋总, 唐芳, 马武开, 等. 黄芪桂枝五物汤治疗类风湿关节炎临床疗效的 Meta 分析[J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8(5): 33-38.
- [88] 李文. 类风湿关节炎的汉方治疗[J]. 国外医学: 中医中药分册, 2004, 26(5): 290-292.
- [89] 温伟强, 黄胜光, 谭宁, 等. 独活寄生汤和归脾汤分别联合西药治疗类风湿关节炎贫血的对照研究[J]. 中医杂志, 2012, 53(14): 1219-1222.
- [90] 马晴, 薛蕊. 独活寄生汤治疗类风湿性关节炎临床疗效的 Meta 分析[J]. 职业与健康, 2014, 30(22): 3247-3249.
- [91] 纪德凤, 张春芳. 三痹汤治疗类风湿性关节炎的 Meta 分析[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(14): 80-83.
- [92] 展俊平, 谷慧敏, 孟庆良, 等. 虎潜丸加减治疗类风湿关节炎肝肾阴虚证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(1): 107-113.
- [93] 符小艳, 黄万洋, 吴建梅. 四神煎配合西药治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 四川中医, 2012, 30(6): 75-77.
- [94] PAN X, LOPEZOLIVO M A, SONG J, et al. Systematic review of the methodological quality of controlled trials evaluating Chinese herbal medicine in patients with rheumatoid arthritis [J]. BMJ Open, 2017, 7(3): e013242.
- [95] 曾克勤, 武剑, 郭雨凡, 等. 雷公藤治疗类风湿关节炎的临床疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 中国血液流变学杂志, 2017, 27(3): 284-287.
- [96] MOJS E, ZIARKO M, KACZMAREK L, et al. Anxiety level and its determinants in rheumatoid arthritis patients [J]. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol, 2011, 76(4): 219-224.
- [97] 文振华, 李敬扬, 罗筱雯, 等. 类风湿关节炎合并抑郁状态的发生率及相关因素分析[J]. 中华风湿病学杂志, 2012, 16(2): 120-123.
- [98] KELLEY G A, KELLEY K S. Effects of exercise on depressive symptoms in adults with arthritis and other rheumatic disease: a systematic review of meta-analyses [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2014, 7(15): 121.
- [99] PROTHERO L, BARLEY E, GALLOWAY J, et al. The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews [J]. Int J Nurs Stud, 2018, 82: 20-29.
- [100] VIJAYALAKSHMI S, KRIPA K G. Dietary approaches in the management of rheumatoid arthritis-a review [J]. Int J Res Pharm Sci, 2018, 9(3): 958-964.
- [101] FORSYTH C, KOUVARI M, D'CUNHA N M, et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies [J]. Rheumatol Int, 2018, 38(5): 737-747.
- [102] PETERSSON S, PHILIPPOU E, RODOMAR C, et al. The Mediterranean diet, fish oil supplements and rheumatoid arthritis outcomes: evidence from clinical trials [J]. Autoimmun Rev, 2018, 17(11): 1105-1114.

Clinical Practice Guidelines in Traditional Chinese Medicine Rehabilitation—Rheumatoid Arthritis

Working Group on Setting up Standardization Guidelines of Rheumatoid Arthritis in Traditional Chinese Medicine Rehabilitation
LUO Jie, LAN Peimin*, CHEN Hanyu, FANG Xinggang, CHEN Zengfeng, NIU Yuming, ZHANG Chao, GAO Feng, WEN Guohong, WANG Junhua, ZHENG Su, LI Rui, ZHANG Bao, LENG Dongyue, WEI Jiandong, CHEN Yong, JIANG Lei, WANG Rui
Affiliated Taihe Hospital of Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000

*Correspondence: Lan Peimin, E-mail: lpmancin@163.com

ABSTRACT Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease characterized by erosive arthritis, eventually leading to joint deformity and loss of function. To standardize the operating standards of RA for traditional Chinese medicine (TCM) and better guide clinical practice, the experts group compiled RA clinical practice guidelines for TCM rehabilitation according to the rules of clinical practice guidelines based on the principles of evidence-based medicine combined with expert consensus and argumentation, and clinical evaluation. Aiming to provide more specialized medical guidance for clinical practitioners, such as rheumatology of TCM, rheumatology of integrated traditional Chinese and Western medicine, TCM rehabilitation, and rheumatology, the diagnosis and treatment process of RA, including scope, normative references, terminology and definitions, diagnostic criteria, assessment criteria, treatment, and other aspects, were systematized and standardized in the guidelines. The part of treatment is divided into rehabilitation treatment, TCM treatment, psychological rehabilitation, diet, and surgical treatment. Rehabilitation therapy includes physical factor therapy, exercise therapy, operation therapy, orthopedic apparatus, and intra-articular injection; and the TCM treatment includes the acupuncture and moxibustion, the massage, the TCM practice and the TCM syndrome differentiation. The guidelines has excellent practicality, scientificity and effectiveness, and it will provide a standardized diagnosis and treatment process for RA's TCM rehabilitation treatment, and provide reliable evidence for better clinical decision-making practice.

KEY WORDS rheumatoid arthritis; traditional Chinese medicine; rehabilitation; clinical practice; guidelines

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2020.01006