



中华中医药学会团体标准

T/CACM 013—2017

类风湿关节炎病证结合诊疗指南

Guideline for Diagnosis and Treatment of Rheumatoid
Arthritis based on TCM Syndromes

2017-07-12 发布

中华中医药学会 发布

图书在版编目(CIP)数据

类风湿关节炎病证结合诊疗指南/中华中医药学会编. —北京: 中国中医药出版社, 2017. 10
ISBN 978 - 7 - 5132 - 4446 - 6

I. ①类… II. ①中… III. ①类风湿性关节炎 - 中西医结合 - 诊疗 - 指南 IV. ①R593. 22 - 62
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 236694 号

中华中医药学会
类风湿关节炎病证结合诊疗指南
T/CACM 013—2017

*

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013

网址 www.cptcm.com

传真 010 64405750

印刷

各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 2 字数 58 千字
2017 年 10 月第 1 版 2017 年 10 月第 1 次印刷

*

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 4446 - 6 定价 25.00 元

*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

目 次

前言	I
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语及定义	1
4 流行病学	1
5 西医诊断	1
6 辨证论治	2
7 现代方剂推荐	4
8 中成药选择	5
9 外治疗法	7
10 预防调摄	8
11 治疗推荐	8
12 指南的制定方法	10
附录 A (资料性附录) RA 国际分类标准	13
附录 B (资料性附录) 病情评估及疗效评价	15
附录 C (资料性附录) 常用方剂组成	19
参考文献	20

前 言

本指南按照 GB/T1.1—2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本指南由中华中医药学会风湿病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南负责起草单位：中华中医药学会风湿病分会。

本指南起草单位：中国中医科学院广安门医院、安徽省中医药大学第一附属医院、浙江中医药大学、上海市中医医院、上海光华中西医结合医院、南京中医药大学第一临床医学院、辽宁中医药大学附属医院、西南医院、云南省中医医院、山东中医药大学附属医院、深圳市中医院、广东省中医院、天津中医药大学第一附属医院、厦门市中医院、中国中医科学院望京医院、中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学东方医院、中日友好医院、甘肃省中医院、中国人民解放军白求恩国际和平医院、河南省中医院、河南风湿病医院、黑龙江中医药大学第一附属医院、首都医科大学附属北京中医医院、南通良春中医医院、北京中医药大学循证医学中心。

本指南指导委员会：路志正、王承德、孙树椿、沈丕安、陈湘君、张炳厚、张鸣鹤、胡荫奇、房定亚、冯兴华、范永升、阎小萍、张国恩、田新平、刘建平。

本指南主要起草人：姜泉、刘健、刘维、董振华、娄玉铃、汪悦、高明利、王伟刚、殷海波、陈进春、彭江云、苏晓、朱婉华、方勇飞、黄清春、郑福增、刘英、张剑勇、张华东、何东仪、王海东、王北、王义军、温成平、唐晓颇、朱跃兰、李泽光、李振彬、陶庆文、黄雪琪、王海隆。

本指南起草负责人：姜泉。

参与本指南专家（按姓氏笔划排序）：马桂琴、王伟钢、王义军、王海东、王海隆、方勇飞、付新利、朱婉华、朱跃兰、刘健、刘维、刘英、刘品莉、张华东、张剑勇、张俊莉、张海波、李泽光、李振彬、杨仓良、杨卫彬、苏晓、何东仪、汪悦、陈进春、周祖山、周彩云、范永升、郑福增、黄传兵、黄清春、黄雪琪、姜泉、娄玉铃、殷海波、徐世杰、高明利、唐晓颇、陶庆文、彭江云、董振华、温成平。

本指南执笔人：姜泉、王海隆、巩勋、罗成贵。

引 言

类风湿关节炎的中医病名为“尪痹”。《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》的编写是在符合中医药理论、辨证论治原则基础上，通过30年中医治疗类风湿关节炎文献的检索、梳理，结合现代研究成果，并经过中华中医药风湿病分会专家的广泛论证而形成的。本指南在于规范类风湿关节炎的中医临床诊断、治疗，为临床医师提供中医标准化处理策略与方法，全面提高中医风湿病临床疗效和科研水平，促进与国际学术发展接轨。

本指南参照国际最新的临床实践指南制订方法，并在相关法律法规和技术文件指导的框架下，结合中医药自身特色及临床实践情况，开展了《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》的循证医学研究。基于循证医学证据，充分结合专家经验，在广泛共识的基础上形成了中医药治疗类风湿关节炎的推荐意见，以保证本指南的科学性、实用性、有效性和临床可操作性。由于受地域、民族、种族、环境、生活习惯的影响，在具体实施过程中，应充分结合临床实际情况而定。

类风湿关节炎病证结合诊疗指南

1 范围

本指南规定了类风湿关节炎的流行病学、诊断要点、辨证论治、中成药选择、外治疗法、预防调摄、治疗推荐等。

本指南适用于类风湿关节炎病证结合诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本规范的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅所注明日期的版本适用于本指南。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版本）适用于本指南。证据推荐级别及证据水平，参照 GRADE 分级与推荐意见强度。

GB/T1.1—2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

《中医药标准制定管理办法（试行）》

GB/T 16751.1—1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2—1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis

3 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1

病证结合 Combination of Disease and Syndrome

辨病与辨证相结合的研究模式，主要是指现代医学诊断疾病结合辨证论治的模式。

3.2

药品不良反应 Adverse Drug Reaction, ADR

合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

4 流行病学

类风湿关节炎（rheumatoid arthritis, RA）是一种以对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病，以关节滑膜慢性炎症、关节的进行性破坏为特征。目前发病原因不明，可能与遗传、免疫、感染、环境等因素有关，该病属于中医风湿病（痹证、痹病）范畴，中医诊断为“尪痹”。

RA 几乎见于世界所有的地区和各种族；目前患病人数约占世界总人口的 1.0%，中国的患病率为 0.28% ~ 0.4%。RA 可以发生于任何年龄，女性高发年龄为 45 ~ 54 岁，男性随年龄增加而发病率上升，男女罹患本病的比例约为 1:3。

5 西医诊断

5.1 诊断标准

参照 1987 年美国风湿病学会（ARA）分类标准（附录 A）或 2010 年 ACR/EULAR 类风湿关节炎分类标准（附录 B）。

5.2 鉴别诊断

RA 需要与骨关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、痛风、银屑病关节炎和强直性脊柱炎等疾病进行鉴别。

5.3 病情评估及疗效评价

——疾病活动指数（DAS28）

——ACR 反应标准（ACR20/50/70）

——简化的疾病活动指数（SDAI）和临床疾病活动指数（CDAI）

- 美国健康评价问卷 (HAQ)
- 基于患者报告的临床结局量表—PRO 量表
- Sharp 评分 (X 线)
- MRI 评分系统
- 关节超声半定量评分标准

6 辨证论治

6.1 风湿痹阻证

6.1.1 诊断

主症：①关节疼痛、肿胀，游走不定；②关节疼痛、肿胀，时发时止。

次症：①恶风，或汗出；②头痛；③肢体沉重。

舌脉：舌质淡红，苔薄白，脉滑或浮。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.1.2 治法

祛风除湿，通络止痛。

6.1.3 方剂

羌活胜湿汤（《内外伤辨惑论》）（推荐使用；专家共识）

蠲痹汤（《医学心悟》）（有选择推荐使用；证据级别：C）

大秦芩汤（《素问病机气宜保命集》）（有选择推荐使用；专家共识）

6.1.4 中药推荐

羌活，独活，防风，蔓荆子，川芎，细辛，秦艽，桂枝，青风藤，穿山龙，黄芪，海风藤，桑枝，白芍，荆芥，白芷，葛根，乌梢蛇，威灵仙，薏苡仁，茯苓，陈皮。

6.2 寒湿痹阻证

6.2.1 诊断

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。

次症：①关节拘急，屈伸不利；②肢冷，或畏寒喜暖；③口淡不渴。

舌脉：舌体胖大，舌质淡，苔白或腻，脉弦或紧。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.2.2 治法

温经散寒，祛湿通络。

6.2.3 方剂

乌头汤（《金匮要略》）（推荐使用；证据级别：C）

桂枝芍药知母汤加减（《金匮要略》）（有选择推荐使用；专家共识）

麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）（有选择推荐使用；专家共识）

6.2.4 中药推荐

制附子，制川乌，桂枝，肉桂，麻黄，细辛，独活，黄芪，淫羊藿，姜黄，防风，鹿角胶，炮姜，五加皮，秦艽，茯苓，薏苡仁，白术，豨莶草，威灵仙，泽泻。

6.3 湿热痹阻证

6.3.1 诊断

主症：①关节肿热疼痛；②关节触之热感或自觉热感。

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。

舌脉：舌质红，苔黄腻或黄厚，脉弦滑或滑数。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.3.2 治法

清热除湿，活血通络。

6.3.3 方剂

宣痹汤（《温病条辨》）（推荐使用；证据级别：C）

当归拈痛汤（《兰室秘藏》）（推荐使用；证据级别：C）

二妙散（《丹溪心法》）（推荐使用；专家共识）

6.3.4 中药推荐

金银花，生地黄，牡丹皮，黄柏，生石膏，知母，玄参，青蒿，赤芍，白花蛇舌草，土茯苓，苍术，茯苓，猪苓，薏苡仁，绵萆薢，防己，滑石，车前草，桑枝，伸筋草，忍冬藤，青风藤，络石藤，黄芩，黄连，秦艽。

6.4 痰瘀痹阻证

6.4.1 诊断

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。

次症：①关节肌肉刺痛；②关节僵硬变形；③面色黯黧；④唇暗。

舌脉：舌质紫暗或有瘀斑，苔腻，脉沉细涩或沉滑。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.4.2 治法

化痰通络，活血行瘀。

6.4.3 方剂

双合汤（《万病回春》）（推荐使用；专家共识）

6.4.4 中药推荐

薏苡仁，当归，丹参，鸡血藤，陈皮，骨碎补，川牛膝，皂刺，半夏，独活，胆南星，僵蚕，地龙，白芥子，桃仁，红花，莪术，全蝎，土鳖虫，络石藤，土贝母，苍术，徐长卿，川芎。

6.5 瘀血阻络证

6.5.1 诊断

主症：①关节刺痛，疼痛部位固定不移；②疼痛夜甚。

次症：①肢体麻木；②关节局部色暗；③肌肤甲错或干燥无泽。

舌脉：舌质紫暗，有瘀斑或瘀点，苔薄白，脉沉细涩。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.5.2 治法

活血化瘀，通络止痛。

6.5.3 方剂

身痛逐瘀汤（《医林改错》）（推荐使用；证据级别：C）

桃红饮（《类证治裁》）（有选择推荐使用；专家共识）

6.5.4 中药推荐

川芎，乌梢蛇，蜈蚣，鸡血藤，桃仁，没药，红花，丹参，当归，地龙，水蛭，姜黄，全蝎，土鳖虫，穿山龙，伸筋草，蜂房，莪术，僵蚕，赤芍，三七，血竭。

6.6 气血两虚证

6.6.1 诊断

主症：①关节痠痛或隐痛，伴倦怠乏力；②面色不华。

次症：①心悸气短；②头晕；③爪甲色淡；④食少纳差。

舌脉：舌质淡，苔薄，脉细弱或沉细无力。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.6.2 治法

益气养血，通经活络。

6.6.3 方剂

黄芪桂枝五物汤（《金匮要略》）（推荐使用；证据级别：C）

十全大补汤（《太平惠民和剂局方》）（推荐使用，专家共识）

归脾汤（《妇人良方》）（有选择推荐使用；证据级别：C）

6.6.4 中药推荐

生地黄，熟地黄，鸡血藤，当归，白芍，黄芪，党参，白术，茯苓，黄精，穿山龙，阿胶。

6.7 肝肾不足证

6.7.1 诊断

主症：①关节疼痛，肿大或僵硬变形；②腰膝酸软或腰背酸痛。

次症：①足跟痛；②眩晕耳鸣；③潮热盗汗；④尿频，夜尿多。

舌脉：舌质红，苔白或少苔，脉细数。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.7.2 治法

补益肝肾，蠲痹通络。

6.7.3 方剂

独活寄生汤（《备急千金要方》）（推荐使用；证据级别：B）；

三痹汤（《校注妇人良方》）（推荐使用；证据级别：C）；

虎潜丸（《丹溪心法》）（有选择推荐使用，证据级别：D）

6.7.4 中药推荐

熟地黄，仙茅，淫羊藿，肉苁蓉，补骨脂，牛膝，桑寄生，杜仲，续断，骨碎补，龟甲胶，鹿衔草，巴戟天，狗脊，千年健，枸杞子，制首乌，女贞子，旱莲草，山茱萸。

6.8 气阴两虚证

6.8.1 诊断

主症：①关节肿大伴气短乏力；②肌肉酸痛，口干眼涩。

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。

舌脉：舌质红或有裂纹，苔少或无苔，脉沉细无力或细数无力。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

6.8.2 治法

养阴益气，通络止痛。

6.8.3 方剂

四神煎（《验方新编》）（推荐使用；证据级别：B）。

6.8.4 中药推荐

黄芪，党参，白术，生地黄，山茱萸，太子参，白芍，山药，薏苡仁，石斛，麦冬，北沙参。

7 现代方剂推荐

7.1 清热活血方

主要由金银花、土茯苓、丹参、莪术、生黄芪、萆薢、青风藤等组成，主要用于 RA 湿热瘀阻证。临床研究证实该方药能降低 RA 疾病活动度，降低 ESR、CRP 等指标。（推荐使用；证据级别：B）

7.2 健脾化湿通络方（新风胶囊）

主要由生黄芪、薏苡仁、雷公藤、蜈蚣组成，在减轻 RA 患者关节疼痛、缓解晨僵等方面具有一定疗效。（推荐使用；证据级别：B）

7.3 羌活地黄汤

主要由羌活、生地黄、黄芩、制川乌、制附子、金雀根、羊蹄根等药组成，可用于 RA 的辨病治疗。（有选择推荐使用；证据级别：B）

7.4 四妙消痹汤

主要由金银花、当归、玄参、甘草、白花蛇舌草、山慈菇、豨莶草、虎杖、土茯苓、白芍、威灵仙、萆薢等组成，能改善患者症状、体征，降低中医证候积分、DAS28 评分，主要用于 RA 湿热痹阻证。（有选择推荐使用；证据级别：B）

7.5 痹速清合剂

主要由金银花、土茯苓、黄柏、北豆根、土贝母、红藤、蜂房、牡丹皮、赤芍、白芍、薏苡仁等药物组成，能缓解关节症状，改善中医证候及部分实验室指标，主要用于 RA 湿热痹阻证。（有选择推荐使用；证据级别：B）

7.6 清络饮

主要由苦参、青风藤、萆薢、黄柏等药物组成，能降低 RA 患者晨僵时间、关节压痛指数、关节肿胀指数及疼痛 VAS 评分，主要用于 RA 湿热痹阻证。（有选择推荐使用；证据级别：C）

7.7 益气养血通络方

主要由黄芪、白术、茯苓、当归、白芍、川芎、熟地黄、鸡血藤、续断、牛膝、桑寄生、秦艽等药组成，可用于 RA 伴有贫血的患者治疗。（有选择推荐使用；证据级别：C）

7.8 补肾祛寒治尪汤

主要由熟地黄、川续断、淫羊藿、骨碎补、补骨脂、桂枝、白芍、知母、苍术、麻黄、防风、威灵仙、伸筋草、牛膝等药组成，主要用于 RA 肾虚寒盛证的治疗，具有缓解症状、改善关节活动功能，降低 ESR、CRP 的效果，与 MTX 配伍具有协同作用。（推荐使用；证据级别：B）

8 中成药选择

8.1 雷公藤制剂

8.1.1 雷公藤多苷片

雷公藤多苷（TwHF）为中药卫矛科植物雷公藤的提取物，具有抗炎止痛、免疫抑制作用，可用于 RA 的辨病治疗。临床不良反应主要表现为消化道反应、血液系统损害及生殖系统损害三方面，因此，对于有生育需求的 RA 患者应慎用。用药方法：口服，一次 1~2 片，一日 3 次。（推荐使用；证据级别：A）

8.1.2 昆仙胶囊

昆仙胶囊是由昆明山海棠、淫羊藿、枸杞子和菟丝子提取物所组成的复方制剂，具有抗炎止痛、免疫抑制作用，临床起效较快。由于该药物含有雷公藤，对于有生育需求的 RA 患者应慎用。用药方法：口服，一次 2 粒，一日 3 次。建议饭中服，以减轻胃肠道不良反应，胃肠道不耐受者，可减量服用。（推荐使用；证据级别：A）

8.2 白芍总苷胶囊

白芍总苷（TGP）为中药白芍的提取物，具有抗炎镇痛、免疫调节及对肝细胞的保护作用，常与其他药物联合使用治疗 RA，其主要不良反应为腹泻。用药方法：口服，一次 2 粒，一日 3 次。（推荐使用；证据级别：A）

8.3 正清风痛宁

正清风痛宁是由青风藤提取的青风藤总碱组成，其有效成分青风藤碱具有镇痛、抗炎、抑制肉芽

组织增生作用，不良反应为偶见皮肤过敏反应。用药方法：口服，一次1~4片，一日3次。（推荐使用；证据级别：B）

8.4 痹病系列药

痹病系列药是1983年9月全国第一届痹病学术会议形成的系列处方，并通过国家七五攻关课题组研制而产生。

8.4.1 湿热痹颗粒

湿热痹颗粒由苍术、忍冬藤、地龙、连翘、黄柏、薏苡仁、防风、川牛膝、萆薢、桑枝、防己、威灵仙组成，具有清热利湿的功效，主要用于RA湿热痹阻证的治疗。用药方法：开水冲服，每次1袋，一日3次。（推荐使用；证据级别：C）

8.4.2 寒湿痹片

寒湿痹片由制附子、制川乌、黄芪、桂枝、麻黄、炒白术、当归、白芍、威灵仙、木瓜、细辛、炙甘草组成，具有温阳散寒、祛湿活血的功效，主要用于RA寒湿痹阻证的治疗。用药方法：口服，一次4片，一日3次。因该药含有附子及乌头，均含有乌头碱，心血管疾病患者需慎用，不宜超量服用。（推荐使用；证据级别：C）

8.4.3 疔痹片

疔痹片由生地黄、熟地黄、续断、制附子、独活、骨碎补、桂枝、淫羊藿、防风、威灵仙、皂刺、羊骨、白芍、制狗脊、知母、伸筋草、红花组成，具有滋补肝肾、散寒祛湿的功效，主要用于RA肝肾亏虚、寒湿痹阻证的治疗。用药方法：口服，一次4片，一日3次。因该药中有附子，含有乌头碱，心血管疾病患者须慎用，不宜超量服用。（推荐使用；证据级别：B）

8.4.4 瘀血痹胶囊（片）

瘀血痹胶囊由制乳香、威灵仙、红花、丹参、制没药、川牛膝、川芎、当归、姜黄、香附、炙黄芪组成，具有活血化瘀、通络止痛的功效，主要用于RA瘀血痹阻证的治疗。用药方法：口服，一次6粒，一日3次。（推荐使用；证据级别：C）

8.5 益肾蠲痹丸

益肾蠲痹丸由骨碎补、熟地黄、当归、徐长卿、土鳖虫、僵蚕、蜈蚣、全蝎、蜂房、地龙、炙乌蛇、延胡索、鹿衔草、淫羊藿、寻骨风、老鹳草、鸡血藤、生地黄、虎杖、葎草组成，具有温补肾阳、益肾壮督、搜风剔邪、蠲痹通络的功效，用于RA肾阳不足证或痰瘀痹阻证的治疗，临床不良反应主要表现为胃肠道反应及皮肤瘙痒。用药方法：口服，一次8~12g，一日3次。妇女月经期行经量多时停药；孕妇禁服；过敏体质和湿热偏盛者慎服。（推荐使用；证据级别：B）

8.6 痹祺胶囊

痹祺胶囊由制马钱子、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、活血止痛的功效，用于RA气血不足证。本药含有马钱子，若出现恶心、头晕、口干症状应停止用药。此外，服用该药有血压升高的报道，还可出现胃肠道反应和眩晕。用药方法：口服，一次1.2g，一日2~3次。（有选择推荐使用；证据级别：B）

8.7 四妙丸

四妙丸由苍术、牛膝、生薏苡仁、黄柏组成，具有清热利湿、活血化瘀的功效，主要用于RA湿热痹阻证。用药方法：口服，一次6g，一日2~3次。（推荐使用；专家共识）

8.8 新痹片（含西药成分的中成药）

新痹片是由肿节风、三七、人工牛黄、肖梵天花、珍珠层粉、吡喹美辛等组成的中西结合复方制剂，新痹片每片含吡喹美辛5.76~8.0mg，具有清热解毒、活血化瘀的功效，主要用于RA湿热痹阻证。用药方法：口服，一次2~4片，一日3次；或外用，用冷开水调化，敷患处。因该药含西药吡喹美辛，口服时建议避免与其他非甾体抗炎药联合使用。（有选择推荐使用；证据级别：D）

8.9 通痹胶囊

通痹胶囊由制马钱子、金钱白花蛇、蜈蚣、全蝎、地龙、僵蚕、乌梢蛇、天麻、人参、黄芪、当归、羌活、独活、防风、麻黄、桂枝、制附子、制川乌、薏苡仁、苍术、炒白术、桃仁、红花等药物组成，具有滋补肝肾、祛寒除湿的功效，用于 RA 肝肾亏虚证、寒湿痹阻证。用药方法：饭后服，一次 1 粒，一日 2~3 次。因通痹胶囊含马钱子、朱砂、乌头等成分，故肾功能不全者慎用，不宜长期或超量服用。（有选择推荐使用；证据级别：C）

8.10 盘龙七片

盘龙七片由盘龙七、制川乌、制草乌、当归、杜仲、秦艽、铁棒锤、红花、五加皮、牛膝、过山龙、丹参等二十九味药物组成，具有活血化瘀、祛风祛湿、消肿止痛的功效，用于 RA 风湿痹阻证、瘀血阻络证。用药方法：一次 3~4 片，一日 3 次。因盘龙七片含有乌头，不宜长期及超量服用，孕妇禁用，心血管病患者需慎用。（有选择推荐使用；证据级别：C）

8.11 祖师麻膏药

祖师麻膏药是一种传统黑膏药，主要成分为祖师麻，具有祛风除湿、活血止痛的功效，用于 RA 风湿痹阻证、寒湿痹阻证。用药方法：外用，温热软化后贴敷于患处。（有选择推荐使用；证据级别：C）

9 外治疗法

9.1 中药外敷法

适用于活动性 RA，症见：关节肿胀、疼痛，或痛有定处，关节屈伸不利，局部发热或皮色发红或暗红。常用药物：包括复方雷公藤外敷剂（由雷公藤、乳香、没药等组成），（推荐使用；证据级别：B）；金黄膏（由大黄、苍术、黄柏等组成），（有选择推荐使用，证据级别：C）。

9.2 中药泡洗或熏蒸法

利用药物煎煮后所产生的蒸汽或泡洗关节局部，通过熏蒸机体达到治疗目的的一种中医外治疗法，适用于 RA 所致的四肢肿胀、疼痛、功能障碍等，可根据证候类型择方用药（推荐使用；专家共识）。

9.3 中药离子导入

适用于 RA 所致的四肢肿胀、疼痛等，能扩张小动脉和毛细血管，改善局部血液循环，可根据 RA 患者证候类型选方用药，具有改善关节疼痛的效果。（推荐使用；证据级别：专家共识）

9.4 针灸疗法

常用穴位：风池、风府、风门、风市、肾俞、足三里、三阴交、内关、公孙。配穴：肩关节取天宗、肩髃、肩贞、肩内阿是穴，肘关节取曲池、尺泽穴，腕关节取阳池、外关、阳溪、腕骨穴，指关节取八邪穴，膝关节取阳陵泉、犊鼻、膝阳关、梁丘穴等（有选择推荐使用；专家共识）。

9.5 针刀疗法

针刀微创治疗能改善类风湿关节炎临床症状，急性期以减张减压、缓解疼痛为主，功能障碍期以松解粘连、解筋结、改善功能为主，针刀能较好地改善 RA 膝关节疼痛及功能评分。（推荐强度：有选择推荐使用；证据级别：C）；其次，对于 RA 腕关节病变亦能较好地改善关节疼痛、晨僵及功能障碍。（有选择推荐使用；证据级别：C）

9.6 中药蜡疗

蜡疗能促进局部血液循环，具有一定镇痛作用，研究表明中药蜡疗可改善关节肿痛、晨僵等症状，具有降低炎症指标的作用。（有选择推荐使用；证据级别：C）

9.7 推拿按摩疗法

可根据各部组织生理病理特点采用相宜的多种按摩手法，推拿按摩配合中药可改善患者疼痛及晨僵症状。（有选择推荐使用；证据级别 C）

9.8 穴位贴敷疗法

按照中医经络学说将药物直接贴敷穴位或阿是穴，亦可按风、寒、湿气的偏重以及病变部位进行配穴。另外，可采用冬病夏治穴位贴敷（推荐使用；证据级别：B）、三九贴敷（推荐使用；证据级别：B）、春秋分穴位贴敷（有选择推荐使用；证据级别：C）等，作为RA的辅助治疗。

9.9 穴位注射疗法

根据中医辨证和经络理论，选用中西药物注入有关穴位，能起到减轻疼痛等作用。（有选择推荐使用；证据级别：C）

10 预防调摄

10.1 功能锻炼

类风湿关节炎患者进行适当的功能锻炼，能维持和恢复关节的功能，加强肌肉的力量，防止关节变形，并且能促进机体血液循环，改善局部营养状态，有助于病情的缓解。急性期以休息为主，可做一些床上功能锻炼，如关节的屈伸。稳定期逐渐加强肢体功能锻炼，以恢复关节功能。（推荐使用；专家共识）。

10.2 心理指导

类风湿关节炎病情缠绵，一些患者关节功能障碍，生活质量降低，导致患者有不同程度的心理障碍，及时有效的心理疏导十分必要。指导和帮助患者正确对待疾病，减轻病人心理上的压力，同时争取患者家属的配合与协助，营造和谐的治疗环境，恢复患者失调的心理，可促进病情好转。（推荐使用；专家共识）

10.3 饮食指导

整体来讲，类风湿关节炎患者无严格饮食禁忌，可多食清淡、易消化食物；加强营养，多食富含维生素食物；同时可适当限制糖、盐的摄入。具体要根据患者的证型进行个体化饮食指导。（推荐使用；专家共识）

10.4 生活起居

类风湿关节炎患者在日常生活中，应注意避风寒湿，居住地应干燥、温暖、向阳，同时注意保暖，多晒太阳，预防感冒。（推荐使用；专家共识）

11 治疗推荐

11.1 推荐 1

类风湿关节炎（尪痹）是一种慢性疾病，致残率高，目前尚无根治方法；早期诊断、早期规范治疗是病情控制的关键。

11.2 推荐 2

良好的医患沟通是延缓疾病进展的前提和条件，应提高患者对疾病的认识，了解治疗方案，解除患者因精神与经济压力而产生的心理负担，树立战胜疾病的信心。

11.3 推荐 3

治疗应以改善症状和体征，达到临床缓解或低疾病活动，延缓关节破坏，减少并发症，提高生活质量为目标。

11.4 推荐 4

中医治疗以扶正祛邪，因人因时因地三因制宜为基本原则。病证结合是临床治疗的核心。

11.5 推荐 5

辨证准确是临床疗效的关键，诊断要点应抓住主症。在疾病的发生、发展过程中，同一患者在不同阶段可呈现不同证候，具有证候个体化、动态演变的特点，临床除出现单一证候，也可出现两证或三证夹杂等复合证候。

11.6 推荐6

治疗方案选择应充分考虑患者年龄、体质及生活环境，结合疾病分期、疾病活动度、疾病预后不良因素等进行中医综合治疗方案或中西医结合方案选择。

11.7 推荐7

治疗全程应对患者进行病情评估，包括四诊信息、疾病活动度、基于患者的报告结局（PRO）、系统性损害等；根据病情活动轻重及对治疗方案的反应每1~3个月评估一次，根据评估结果进行治疗方案的调整。

11.8 推荐8

中医治法应根据症状体征，或攻或补、或清或温、或攻补兼施、或寒温并用等，内外兼治结合的综合疗法为最佳治疗方案。

11.9 推荐9

治疗方案中推荐的方药是依据有效古方及具有循证研究证据的方药，在此基础上可根据症状体征进行加减。中医用药具有地域特点，在药物剂量上没有特别界定，可参考《中国药典》。

11.10 推荐10

治疗应以辨证用药为主导，若能结合现代药理学研究成果，配伍针对性较强的专用药物，则可明显增强疗效，减轻毒副作用，进一步发挥中医药的优势。

11.11 推荐11

正虚邪实是本病的基本病机，临床治疗在祛邪同时应注意扶正，即祛邪不宜攻伐过猛，以免损伤正气；且扶正不宜峻补，以防邪气壅滞。

11.12 推荐12

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，活血药复方、单味药及注射剂对改善本病瘀血证候具有起效快、疗效好的优势，但临床要根据活血药的不同药性进行选用。

11.13 推荐13

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。

11.14 推荐14

临床应用药性峻猛、毒副作用较强的中药时，应注意合理使用，密切观察药物的不良反应，降低药物毒副作用。

11.15 推荐15

达到临床缓解或低疾病活动时，减停药物应在医生指导下进行，中药适合长期维持治疗，可以调和脏腑气血阴阳，减少疾病复发。

11.16 推荐16

治疗全程应重视用药安全性监测，建议每1~3个月检查一次血常规、肝肾功能，关注心肺变化。在疾病全过程中应在医生指导下开展关节康复训练，保持关节功能。

11.17 推荐17

基于治未病理念的三伏贴、三九贴、春秋分穴位贴敷、膏方等治疗可改善症状，减少疾病复发。

11.18 推荐18

预防调摄应遵循未病先防、既病防变、瘥后防复的原则，顺应四时节气，正确指导患者生活起居、饮食宜忌和情志调摄等，提高机体的抗病能力，延缓疾病的进展。

12 指南的制定方法

12.1 制定计划书

计划书主要包括以下几个方面：指南制定的背景、原理、目的和目标、适用人群和范围、项目组成员和顾问团队、构建临床问题、系统评价实施步骤、证据评价和推荐体系、撰写人员和指南体例要求、外审流程、公示方式、更新计划等。

12.2 指南临床问题的构建

通过制作问卷、访谈、会议等形式分析目前西医诊疗方案、流程，发现目前治疗中存在的问题、不足、待优化之处，提出中医药可以单独或目前治疗方案联合应用发挥治疗优势的疾病分期等，通过向工作在临床一线的主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师及博士生等发放调查问卷，整理形成第一轮临床问题。本指南通过第一轮调查问卷，合并表述相近或内涵相似的临床问题，得出 45 个临床问题。通过进一步整理合并，结合临床实践，采访中西医风湿病专家及指南顾问，形成 28 个临床问题，由工作在临床一线的风湿病专家对临床问题按重要程度进行打分，并对相关临床问题进行专家讨论，确定共识，最终确定 15 个作为本指南主要研究的临床问题。

临床问题的构成应用国际上通用的 PICO 方式，P—研究对象：类风湿关节炎患者；I—干预措施：目前国内外中医药治疗类风湿关节炎的常用方式及手段，包括中药汤剂、单味药、中药单体、穴位贴敷、针灸疗法、推拿按摩疗法、中药泡洗或熏蒸疗法、针刀疗法、膏方、蜡疗、中药外敷疗法、穴位注射疗法、中药离子导入等；C—对照措施：西医常规治疗措施，使用甲氨蝶呤、来氟米特、硫酸羟氯喹、柳氮磺吡啶等免疫抑制剂单用或联合使用；O—结局指标：类风湿关节炎的疾病活动情况（DAS28）；类风湿关节炎的临床缓解率（ACR20、ACR50、ACR70）；类风湿关节炎的致残率；药物相关不良反应等。

12.3 文献检索、筛选、评价

12.3.1 文献检索的方式

包括电子检索和手工检索。手工检索：古籍文献、重要的过期期刊以及发布的标准化文件和出版物。电子检索：相关文献数据库。

12.3.2 确定文献检索来源

本指南的循证医学证据来源主要为国内外常用的医学数据库和业内公认的、权威的医学文献资料。用于证据检索的中文数据来源主要有：中国期刊全文数据库（CNKI）、中文科技期刊数据库（维普）、万方医学数据库（WANFANG MED）、中国生物医学文献数据库（Sinomed）；外文数据库主要有：MEDLINE、美国国立指南库（NGC）用于相关指南的检索，考克蓝图书馆（Cochrane Library）用于系统综述、meta 分析等文献的检索。

缺乏循证医学证据支持，或无法采用循证医学证据分级方法推荐的临床问题文献检索内容为：已公开发布的“指南”“共识”“临床路径”“古今专家经验”“病例报告”“病例系列”等与此问题相关的中医药推荐意见。

12.3.3 确定检索策略

12.3.3.1 确定检索词

检索词主要分为三大类：①疾病相关的检索词，包括 ICD-10 中公布的规范的西医病名，与之对应的所有西医临床惯用名，如类风湿关节炎、类风湿性关节炎、类风湿等，与之对应的中医病名、中医临床惯用名，如尪痹、痹病、历节等；②干预措施相关的检索词，需全面检索中医药单独或联合应用作为干预措施的文献，如中西医结合、中药治疗、中成药治疗、降低疾病活动度等；③研究类型相关的检索词：包括系统综述、Meta 分析、随机对照试验、非随机对照试验、观察性研究等相关的检索词。

12.3.3.2 确定检索路径

进行了主题词标引的数据库采取主题词与自由词联合检索；未进行主题词标引的数据库，可以采用高级检索或主题检索的方式（含标题、关键词、摘要）进行检索。检索词之间通过布式检索的方式进行组合。

12.3.3.3 明确检索时间

检索自建库以来的所有类风湿关节炎的相关文献及部分相关古代文献。

12.3.4 文献纳入、排除标准

12.3.4.1 纳入标准

①明确诊断为类风湿关节炎，诊断标准为1987年ARA或2010年ACR/EULAR分类标准；②干预措施为中医药疗法，包括中药汤剂、单味药、中药单体、中医非药物疗法等单用或与西药联合应用；③对照措施为免疫抑制剂单用或联合使用；④既往颁布的RA指南、诊疗规范、临床路径等；⑤RA治疗的系统综述、meta分析；⑥研究设计类型不做限定。

12.3.4.2 排除标准

干预措施和对照措施均为中医药疗法。

12.4 文献质量评价

为保证评价结果的客观、公正，采取“分别评价、一致通过、存疑讨论”的办法进行文献质量的评估。每篇文献由2人分别进行单独评价，如果二者评价的结果一致，则按照二者共同的评价结果进行文献质量评估登记；如果二者评价结论不同，并在讨论后仍然未能达成一致意见，则作为质量存疑文献，在课题组工作会议上集体讨论决定。最后形成制作指南推荐意见决策表和证据质量总结表。基于证据，召开四轮专家会议，依照德菲尔法形成专家共识，最终成为推荐意见。

12.5 专家共识的实施

遴选的共识成员包括风湿病临床一线专家：中医医师、西医医师、中西医结合医师；方法学专家：循证医学专家；患者1名；医疗管理人员3名；药学专家1名；护理人员1名。

根据文献证据，制作指南推荐意见调查表，采用面对面专家打分法，逐条确定推荐意见及强度，在共识过程中，凡是对某项治疗措施推荐人数超过总人数的80%，则为推荐使用；推荐人数在>60%且≤80%，则为有选择推荐使用。

本指南最终进行了201人次的调研，通过四轮德尔菲法共识问卷调研结合面对面共识会议法达成指南的共识内容。根据文献证据，制作指南推荐意见决策表和证据质量总结表，采用面对面专家打分法，逐条确定推荐意见和强度，将多元化的决议进行整合。

专家共识的实施：第一轮主要针对指南的内容进行评价；第二轮主要对基于证据评价的所有治疗措施进行评价；第三轮主要针对药物的适用范围进行评价；第四轮对治疗策略进行评价。经过四轮德尔菲法，以及广泛征求意见之后，达成专家共识。

12.6 采用的指南制定证据级别和推荐强度标准

本指南采用卫生系统中证据推荐分级的评估、制定与评价（the grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE），即GRADE标准。GRADE评价结果显示，由于所纳入的研究之间异质性过大，无法进行meta分析，故只进行了单一研究的GRADE评价分析，对于GRADE的五条降级因素，除“不一致性”无法适用外，其他条目均进行了评价。研究最终有三个证据质量评价结果为“A”，其他均为B级、C级、D级。通过专家共识，建议RA推荐证候分为8型：风湿痹阻、寒湿痹阻、湿热痹阻、痰瘀痹阻、瘀血阻络、气血两虚、肝肾不足、气阴两虚。

12.7 指南的评审和咨询过程

本指南草案经指南制定工作组讨论、修改，形成指南征求意见稿后，向本指南顾问委员会征询意见，并组织了4次专家论证会，广泛征求临床一线医师、方法学专家、患者、医疗管理人员、护理人

员的意见，并进行了面对面访谈。于2017年6月在中华中医药学会网站开展了为期2周的公开征求意见。征求意见稿修订后，中华中医药学会组织专家审查，进一步完善为指南报批稿，报送中华中医药学会审批、发布。

12.8 指南的推广应用

12.8.1 推广对象

全国各级医院中具有风湿病专科的单位及从事风湿病诊疗工作的医务人员。

12.8.2 推广模式

在中华中医药学会领导下，由中华中医药学会风湿病分会统一部署，依托各省市中医药学会风湿病专业委员会开展《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》的推广工作；成立《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》专家宣讲团，并对参与宣讲的专家进行统一培训，确保宣讲专家深入理解指南内容，并能结合临床诊疗实际，正确解读指南；由风湿病分会组织专家，针对类风湿关节炎的辨证诊疗难点、治疗方案、中成药使用、治疗策略等，统一制作指南宣讲的幻灯片；借助全国及各省市中医药学会组织的学术年会、研讨会、培训班，并充分利用社会力量，进行指南的推广工作。

12.9 指南的更新

根据《中华中医药学会团体标准管理办法》，拟2~3年更新，更新的内容取决于指南发布后，新的研究证据的出现，证据变化对指南推荐意见的影响。

附录 A

(资料性附录)

RA 国际分类标准

A.1 1987 年美国风湿病学 (ARA) 分类标准

1. 晨僵至少 1 小时, 持续至少 6 周。
 2. 3 个或 3 个以上关节区的关节炎。14 个关节区 (双侧近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝和跖趾关节) 中, 至少 3 个关节区有软组织肿胀或积液, 持续至少 6 周。
 3. 手关节炎。腕关节、掌指关节或近侧指间关节至少有一个区域肿胀 6 周或以上。
 4. 对称性手关节炎。持续至少 6 周。
 5. 类风湿结节。位于骨突起部位、伸肌表面或关节旁的皮下结节。
 6. X 线改变。手 X 线片应具有典型的类风湿关节改变, 必须包括骨侵蚀或肯定的关节局限性脱钙或受累关节临近有明显脱钙。
 7. 类风湿因子阳性。
- 具备上述 4 项或 4 项以上即可诊断。

A.2 2010 年 ACR/EULAR 类风湿关节炎分类标准

目标人群:

至少一个关节明确临床滑膜炎 (关节肿胀);

其他原因无法解释的滑膜炎;

患者如果按下列标准评分 6 分或以上, 可确诊类风湿关节炎。

a. 受累关节

1 个大关节 (0 分)

2~10 个大关节 (1 分)

1~3 个小关节 (有或没有大关节) (2 分)

4~10 个小关节 (有或没有大关节) (3 分)

超过 10 个关节 (至少一个小关节) (5 分)

b. 血清学 (至少 1 项结果)

RF 和 ACPA 阴性 (0 分)

RF 和 ACPA, 至少有一项是低滴度阳性 (2 分)

RF 和 ACPA, 至少有一项是高滴度阳性 (3 分)

c. 急性反应物 (至少 1 项结果)

CRP 和 ESR 均正常 (0 分)

CRP 和 ESR 异常 (1 分)

d. 症状持续时间

<6 周 (0 分)

≥6 周 (1 分)

注: 大关节: 肩关节、肘关节、髋关节、膝关节和踝关节;

小关节: 掌指关节、近端指间关节、第 2~5 跖趾关节、拇指指间关节和腕关节;

a~d 项, 取符合条件的最高分 (如患者有 5 个小关节和 4 个大关节受累, 评分为 3 分);

阴性: 低于或等于当地实验室正常值上限;

低滴度阳性：高于正常值上限，但低于正常值上限 3 倍；

高滴度阳性：高于正常值上限 3 倍；

如 RF 为定性检测，阳性结果应视为低滴度阳性；

ACPA：抗瓜氨酸蛋白抗体。

附录 B
(资料性附录)
病情评估及疗效评价

B.1 疾病活动指数 (DAS28)

以 28 个关节肿胀数 (SJC) 和关节压痛数 (TJC)、ESR (或 CRP)、基于视觉模拟标尺 (VAS) 对于整体健康状况 (GH) 的评估。28 个关节包含肩关节、肘关节、腕关节、掌指关节、近端指间关节和膝关节, 公式如下: $DAS28 = 0.56 \times \sqrt{(TJC28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC28)} + 0.70 \times \ln(ESR) + 0.014 \times GH$ 。在 DAS28 中, 2.6 作为缓解与否的分界点 [DAS28: 缓解 (≤ 2.6)、低度活动度 (> 2.6 且 ≤ 3.2)、中度活动 (> 3.2 且 ≤ 5.1)、高度活动 (> 5.1)]。

B.2 EULAR 反应标准

EULAR 反应标准以 DAS28 为基础, 分为目前 DAS28 为 ≤ 2.4 , 较前评分降低 > 1.2 视为效果好; 目前 $2.4 < DAS28 \leq 3.7$, 较前评分降低介于 0.6 与 1.2 之间视为效果一般; 目前 $DAS28 > 3.7$, 较前评分降低 ≤ 0.6 视为效果差。

B.3 简化的疾病活动指数 (SDAI) 和临床的疾病活动指数 (CDAI)

SDAI 是传统的 5 个核心变量的数值总和: SJC、TJC (同于 DAS28 的 28 个关节数)、患者对疾病活动性的整体评估 (PGA)、评价者对疾病活动性的整体评估 (EGA)、CRP 水平。除缺少 CRP 外, 其余均相同的指数 CDAI 作为临床判断标准更简便实用, 更适用于 RA 的日常评估。二者计算公式: $SDAI = SJC28 + TJC28 + EGA + PGA + CRP$; $CDAI = SJC28 + TJC28 + EGA + PGA$ 。

CDAI 和 SDAI 均与 DAS28 高度相关, 且两者均划分了疾病活动分期的截止点 [SDAI: 缓解 (≤ 3.3)、低度活动 (> 3.3 且 ≤ 11)、中度活动 (> 11 且 ≤ 26)、高度活动 (> 26); CDAI: 缓解 (≤ 2.8)、低度活动 (> 2.8 且 ≤ 10)、中度活动 (> 10 且 ≤ 22)、高度活动 (> 22), 其与关节破坏程度密切相关。

B.4 健康评价调查表 (Health Assessment Questionnaire, HAQ)

在过去的一周内您进行下述活动	无困难 0	稍有困难 1	很困难 2	不能进行 3
穿衣和梳洗				
1 能自己穿衣吗? 包括系鞋带/纽扣?				
2 能自己梳头吗?				
起身				
3 能从无扶手的椅子中直接站起来吗?				
4 能自己上床/下床吗?				
饮食				
5 能拿筷子吗?				
6 能将装满水的杯子送到嘴边吗?				
7 能开启未启封的易拉罐吗?				

续表

在过去的一周内您进行下述活动	无困难 0	稍有困难 1	很困难 2	不能进行 3
行走				
8 能出门在平路上行走吗?				
9 能上五个楼梯台阶吗?				
个人卫生				
10 能自己洗澡并擦干身体吗?				
11 能洗盆浴吗?				
12 能自己上厕所吗?				
触物				
13 弯腰拾起地上东西?				
14 伸手摘下衣架上的衣帽?				
握物				
15 能用钥匙开门吗?				
16 能打开已打开过的罐头瓶吗?				
17 能开关水龙头吗?				
活动				
18 能出门到商店购物吗?				
19 能上下公共汽车或出租车吗?				
20 能做家务吗, 如扫地、收拾房间、洗菜?				

B.5 患者报告临床结局

1. 您感觉关节疼痛程度如何?

完全没有 疼痛较轻 疼痛较重, 可以忍受 疼痛很重, 难以忍受

2. 您感觉关节肿胀程度如何?

无 很轻 较重 极重

3. 您感觉晨起关节僵硬持续多少时间 (活动多长时间关节僵硬可以缓解)?

无 ≤1 小时 > 1 小时, ≤2 小时 > 2 小时

4. 与其他关节相比, 您的疼痛关节触摸是否发热?

不热 触摸有热感, 但不觉发热 触摸热, 且自觉发热

触摸热, 且关节局部红热

5. 您上肢关节活动 (端碗、提物、梳头等) 有困难吗?

无困难 有困难 很困难 完全不能

6. 您下肢关节活动 (蹲起、上下楼梯、平地行走) 有困难吗?

无困难 有困难 很困难 完全不能

7. 在日常生活、工作中, 您感觉疲劳吗?

无疲劳 有疲劳 很疲劳 非常疲劳, 不能干任何事

8. 您感觉肌肉酸痛吗?

无 偶尔 经常 几乎总是

9. 您感觉胃口如何?

很好 有点差 很差 一点胃口都没有

10. 您感觉烦躁不安或情绪低落吗?

几乎没有 偶尔 常常 几乎总是

11. 您日常生活或工作、学习有困难吗?

无困难 有困难 很困难 完全不能

B. 6 Sharp 评分 (X 线)

双手 X 线关节间隙狭窄评分标准

Standard of evaluation for joint space narrowing in Sharp

0 分	正常
1 分	部分狭窄
2 分	普遍狭窄, 有 >50% 原有关节间隙留存
3 分	普遍狭窄, <50% 原有关节间隙留存或关节半脱位
4 分	关节强直或关节脱位

双手 X 线关节骨侵蚀评分标准

Standard of evaluation for bone erosion in Sharp

0 分	正常
1 分	散在的骨皮质破坏侵蚀
2 分	<50% 的任何一侧关节面的侵蚀
3 分	>50% 的任何一侧关节面的侵蚀
5 分	关节完全侵蚀破坏

意义: 主要评价 RA 患者近端指间关节、掌指关节及腕关节的侵蚀和关节间隙情况。特征性的侵蚀破坏或对称性关节间隙变窄常提示病灶所在部位, 这种征象的假阳性率很低。

B. 7 MRI 评分系统

应用国际类风湿磁共振评分系统 (OMERACT RAMRIS, the Intentional Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials, OMERACT, Rheumatoid Arthritis MRI system, RAMRIS) 进行评分, 并参照 EULAR - OMERACT 腕关节、掌指关节 MRI 图谱校准评分。

滑膜炎: 腕关节滑膜炎评价部位包括远端桡尺关节、桡腕关节、腕骨间及腕掌关节 (第一腕掌关节除外), 掌指关节滑膜炎包括 2~5 掌指关节。根据滑膜增生强化程度进行半定量分级, 3 处腕关节最高计 9 分, 4 处掌指关节最高计 12 分, 具体评分方法如下:

0 分: 不强化, 无明显强化;

1 分: 轻度滑膜炎, 滑膜总体积或厚度的 1/3 强化;

2 分: 中度滑膜炎, 滑膜总体积或厚度的 2/3 强化;

3 分: 重度滑膜炎, 滑膜总体积或厚度的全层均强化。

骨侵蚀: 腕和掌指关节共计 23 处: 腕 15 处, 即桡骨远端、尺骨远端、掌骨近端 5 处和腕 8 处; 掌指关节 8 处, 即 2~5 掌骨远端和近节指骨近端。根据骨侵蚀占被评价骨的容积进行评分, 腕骨被评价骨容积为其整块骨头, 其他长骨, 被评价骨容积从其关节面 (如关节面缺失, 取其估计的最佳

位置) 至深 1cm 处。具体评分标准如下:

评分	侵蚀程度	评分	侵蚀程度
0 分	无侵蚀	6 分	51% ~ 60%
1 分	1% ~ 10%	7 分	61% ~ 70%
2 分	11% ~ 20%	8 分	71% ~ 80%
3 分	21% ~ 30%	9 分	81% ~ 90%
4 分	31% ~ 40%	10 分	91% ~ 100%
5 分	41% ~ 50%		

骨髓水肿: 根据骨髓水肿占骨体积的比例评价每块骨, 共 23 处, 腕 15 处, 即桡骨远端、尺骨远端、掌骨近端 5 处和腕骨 8 处; 掌指关节 8 处, 即 2 ~ 5 掌骨远端和近节指骨近端。腕骨评价整块骨骼, 长骨评价从关节面至深度 1cm 处。0 分: 无骨髓水肿; 1 分: 水肿体积为 1% ~ 33%; 2 分为 34% ~ 66%; 3 分为 67% ~ 100%。

B.8 7 个半定量超声评分标准

对 RA 最常累及的 7 个关节采用半定量评分法, 评估内容包括四个方面: 关节渗出、滑膜炎症、骨侵蚀及滑膜层的血流 (采用能量多普勒评估)。根据病变的严重程度不同, 上述每项都分为 4 级 (0 ~ 3)。具体内容如下:

7 个具体关节分布 (Specific distribution of seven joints)

关节部位	关节个数 (n)	包含关节名称
手指	4	MCP2、MCP3、PIP2、PIP3
脚趾	2	MTP2、MTP5
腕关节	1	腕关节

滑膜增厚分级: 0 级未见增生滑膜; I 级为可辨认的最小滑膜组织, 即填充关节周围骨之间, 不超过骨面最高点连线; II 级为滑膜组织增厚并超过骨面最高点连线, 但不超过骨干; III 级: 增厚的滑膜组织超过骨面最高点连线, 并延伸超过一侧骨干。

滑膜内血流信号分级: 0 级滑膜内无血流信号; I 级为增生的滑膜内见点状彩色血流信号; II 级为增生的滑膜内见充盈面积不到滑膜面积一半的条状彩色血流信号; III 级为增生的滑膜内见条状丰富彩色血流信号, 充盈面积为滑膜面积一半以上甚至被彩色血流信号充填。

骨侵蚀分级: 0 级骨表面光滑、平整、未见骨质破坏; I 级为骨表面毛糙、欠平整, 未见明显骨质连续性中断或缺失, 骨质轻度破坏; II 级为两平面探及骨表面连续性中断或缺失, 骨质中度破坏; III 级为骨表面凹凸不平, 骨质严重受损, 骨质广泛破坏。

关节积液分级: 0 级无积液; I 级为微量积液; II 级为较多量积液, 关节囊无肿胀; III 级为大量积液, 范围广泛, 可见关节囊肿胀。

附录 C

(资料性附录)

常用方剂组成

- 羌活胜湿汤（《内外伤辨惑论》）：羌活 独活 藁本 防风 甘草 川芎 酒洗 蔓荆子
- 蠲痹汤（《医学心悟》）：秦艽 羌活 独活 乳香 木香 桂心 川芎 当归 桑枝 甘草 海风藤
- 大秦艽汤（《素问病机气宜保命集》）：秦艽 甘草 当归 白芍 细辛 川芎 羌活 防风 黄芩 石膏 白芷 白术 生地黄 熟地黄 白茯苓 独活
- 乌头汤（《金匮要略》）：川乌 麻黄 芍药 炙黄芪 甘草
- 桂枝芍药知母汤（《金匮要略》）：桂枝 芍药 甘草 麻黄 生姜 白术 知母 防风 附子
- 黄芪桂枝五物汤（《金匮要略》）：黄芪 桂枝 芍药 生姜 大枣
- 麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）：麻黄 细辛 炮附子
- 宣痹汤（《温病条辨》）：防己 杏仁 滑石 连翘 山栀 薏苡仁 半夏 晚蚕砂 赤小豆
- 当归拈痛汤（《兰室秘藏》）：羌活 防风 升麻 葛根 白术 苍术 当归身 人参 甘草 苦参（酒浸） 黄芩（炒） 知母（酒洗） 茵陈（酒炒） 猪苓 泽泻
- 二妙散（《丹溪心法》）：黄柏（炒） 苍术（米泔浸炒）
- 双合汤（《万病回春》）：桃仁 红花 甘草 当归 白芍 陈皮 白芥子 半夏 生地黄 茯苓 生姜
- 身痛逐瘀汤（《医林改错》）：秦艽 川芎 桃仁 红花 甘草 羌活 没药 当归 五灵脂 香附 牛膝 地龙
- 当归四逆汤（《伤寒论》）：当归 桂枝 芍药 细辛 通草 大枣 炙甘草
- 桃红饮（《类证治裁》）：桃仁 红花 川芎 当归尾 威灵仙
- 十全大补汤（《太平惠民和剂局方》）：人参 肉桂（去粗皮，不见火） 地黄（洗酒，蒸，焙） 茯苓（焙） 白术（焙） 甘草（炙） 黄芪（去芦） 川芎 当归（洗，去芦） 白芍
- 归脾汤（《妇人良方》）：人参 黄芪 炒白术 茯神 炙甘草 当归 龙眼肉 炒枣仁 远志 木香 生姜 大枣
- 独活寄生汤（《备急千金要方》）：独活 桑寄生 杜仲 牛膝 细辛 秦艽 茯苓 肉桂心 防风 川芎 人参 甘草 当归 芍药 干地黄
- 三痹汤（《校注妇人良方》）：独活 秦艽 川芎 熟地黄 白芍 肉桂 茯苓 防风 细辛 当归 杜仲 牛膝 甘草 人参 黄芪 续断 生姜
- 二仙汤（《妇产科学》）：仙茅 淫羊藿 当归 黄柏 巴戟天 知母
- 虎潜丸（《丹溪心法》）：黄柏（酒炒） 龟甲（酒炙） 知母（酒炒） 熟地黄 陈皮 白芍 锁阳 虎骨（狗骨代） 干姜
- 四神煎（《验方新编》）：生黄芪 远志肉 牛膝 石斛 金银花

参 考 文 献

- [1] 李幼平, 杨克虎. 循证医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [2] 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.
- [3] Ru Li, Jian Sun, Li - Min Ren. et al. Epidemiology of eight common rheumatic diseases in China: a large - scale cross - sectional survey in Beijing Rheumatology. 2012; 51: 721 - 729 doi: 10. 1093.
- [4] 张奉春, 栗占国. 内科学风湿免疫科分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [5] Amett FC, Edworthy Sm, Block DA, et al. American Rheumatism Assotiation 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. [J]. ArthritisRheum 1988, 31: 315 - 324.
- [6] Aletaha D, Neogi T, SilmanAJ, et al. ArthritisRheum. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collabora - tive initiative 2010 Sep; 62 (9): 2569 - 81. doi: 10. 1002/art. 27584.
- [7] Veena K Ranganath, Jeonglim Yoon, Dinesh Khanna, et al. Comparison of composite measures of disease activity in an early seropositive rheumatoid arthritis cohort Ann Rheum Dis 2007; 66: 1633 - 1640. doi: 10. 1136/ard. 2006. 065839.
- [8] David T. Felson, Jennifer J. Anderson, Maarten Boers, et al. ACR Preliminary Definition of improvement in Rheumatoid Arthritis [J]. Arthritis & Rheumatism, 1995, 38 (6): 727 - 735
- [9] J. S. Smolen, F. C, Breedveld, M. H. Schiff, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. Rheumatology 2003; 42: 244 - 257.
- [10] D. Aletaha, J. Smolen. The Simplified Disease Activity Index (SDAI) and the Clinical Disease Activity Index (CDAI): A review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis. Clinical and Experimental Rheumatology. 2005. Sep - Oct; 23 (5 suppl 39): s100 - 8.
- [11] Leann Maska, Jaclyn Anderson, Kaleb Michaud. Measures of Functional Status and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Arthritis Care & Research Vol. 63, No. S11, November 2011, p S4 - S13 DOI 10. 1002/acr. 20620.
- [12] 刘宏潇, 姜泉, 刘保延, 等. 基于类风湿关节炎患者报告的临床结局测量量表的初步构建 [J]. 中医杂志, 2009, 50 (6): 503 - 506.
- [13] vanderHeijde DM, vanLeeuwen MA, van Riel PL, et al. Biannual radiographic assessments of hands and feet in a three - year Prospective follow - up of Patients with early rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1992; Jan; 35 (1): 26 - 34.
- [14] Stergaard M, Edmonds J, McQueen F, et al. An introduction to the EULAR - OMERACT rheumatoid arthritis MRI reference image atlas, Ann Rheum Dis 2005; Feb; 64 (Suppl I): i3 - 7.
- [15] Hammer HB, Bolton - King P, Bakkeheim V, et al. Examination of intra - and interrater reliability with a new ultra so no - graphic reference atlas for scoring of synovitis in patients with rheumatoid arthritis [J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70 (11): 1995 - 1998.
- [16] 牛洁. 蠲痹汤联合甲氨喋吟、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.
- [17] 施波. 乌头汤加味治疗类风湿性关节炎 64 例 [J], 社区中医药, 2007, (7): 75.
- [18] 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.
- [19] 刘源, 张锟, 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.
- [20] 陈小朋, 李满意, 李坚. 当归拈痛汤治疗湿热痹阻型类风湿关节炎 50 例, 中医临床杂志, 2010, 2 (23): 78.
- [21] 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.
- [22] 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, (5): 17 - 18.
- [23] 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.
- [24] 王成福, 张红梅. 黄芪桂枝五物汤治疗类风湿关节炎 58 例 [J]. 实用中医内科杂志 2004, 18 (5): 434.
- [25] 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.
- [26] 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.
- [27] 马晴, 薛鸾. 独活寄生汤治疗类风湿性关节炎临床疗效的 Meta 分析, 职业与健康, 2014, 30 (22): 3247 - 3249.
- [28] 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.
- [29] 何桂兰. 虎潜丸治疗类风湿关节炎 39 例临床观察 [J]. 青海医药杂志, 2012, 42 (1): 65 - 66.
- [30] 曹炜, 张华东, 刘宏潇, 等. 四神煎治疗类风湿关节炎 50 例临床观察 [J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31 (7): 490 - 498.
- [31] 姜泉, 冯兴华, 王承德, 等. 清热活血方治疗类风湿关节炎患者 71 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53 (6): 488 - 491.
- [32] 姜泉, 曹炜, 唐晓颇, 等. 清热活血方药治疗活动期类风湿性关节炎的临床疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5 (7): 588 - 592.
- [33] Wan L, Liu J, HuangCB. Xinfeng Capsule for the Treatment of Rheumatoid Arthritis Patients with Decreased Pulmonary Function - A Randomized) Controlled) Clinical Trial. Chin J Intear Med 2016Mar; 22 (3): 168 - 176. PHam
- [34] 黄传兵, 刘健, 谌曦, 等. 新风胶囊治疗类风湿性关节炎疗效观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33 (12): 1599 - 1602.
- [35] 刘健, 徐桂琴. 新风胶囊治疗类风湿性关节炎临床疗效的系统评价 [J]. 中医药临床杂志, 2011, 23 (6): 502 - 508.
- [36] 陈朝蔚, 孙剑, 李玉梅. 沈氏羌活地黄汤治疗类风湿关节炎随机对照临床试验 [J]. 中西医结合学报, 2010, 8 (1): 35 - 39.
- [37] 周彩云, 唐今扬, 房定亚, 等. 四妙消痹汤治疗类风湿关节炎活动期临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30 (3): 275 - 279.
- [38] 孙素平, 周翠英, 樊冰. 痹速清合剂治疗活动期类风湿性关节炎的临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2003, 22 (9): 526 - 529.
- [39] 范为民, 李艳. 清络饮加味治疗类风湿性关节炎临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2016, 32 (2): 108 - 109.
- [40] 温伟强, 黄胜光, 谭宁, 等. 益气养血通络法对类风湿关节炎血红蛋白、血小板的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2012, 30 (7): 1682 - 1684.
- [41] 王建明, 陶庆文, 张英泽, 等. 补肾祛寒治尪汤联合甲氨喋呤治疗类风湿关节炎肾虚寒盛证的

- 疗效与安全性评价 [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33 (5): 614 - 618.
- [42] Lv Q - wen, Wen - Zhang, Qun Shi et al. Comparison of Tripterygium wilfordii Hook F with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis (TRIFRA): a randomised, controlled clinical trial *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1078 - 1086.
- [43] Hai - Long Wang, Quan Jiang, Xing - Hua Feng et al. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (2016) 16: 215.
- [44] 孙萍萍, 张天娇, 许可嘉, 等. 雷公藤及其制剂临床不良反应分布特点随机对照试验的系统评价 [J]. 世界科学技术 - 中医药现代化, 2015, 17 (9): 1899 - 1904.
- [45] 林昌松, 杨岫岩, 戴冽. 昆仙胶囊治疗类风湿关节炎多中心临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31 (6): 769 - 774.
- [46] Xianjin Zhu, Jie Zhang, Rongfen Huo, et al. Evaluation of the efficacy and safety of different Tripterygium preparations on collagen - induced arthritis in rats *Journal of Ethnopharmacology* 158 (2014) : 283 - 290.
- [47] 李海昌, 温成平, 汪梅姣, 等. 白芍总苷联用甲氨蝶呤治疗类风湿性关节炎的 Meta 分析 [J]. 中华中医药杂志, 2012, 27 (4): 1115 - 1119.
- [48] Nan Xiang, XiaoMei Li, Miao - Jia Zhang. et al. Total glucosides of paeony can reduce the hepatotoxicity caused by Methotrexate and Leflunomide combination treatment of active rheumatoid arthritis. *International Immunopharmacology* 28 (2015) : 802 - 807.
- [49] Zhu Chen, Xiang - Pei Li, Zhi - Jun Li. , et al. Reduced hepatotoxicity by total glucosides of paeony in combination treatment with leflunomide and methotrexate for patients with active rheumatoid arthritis. *International Immunopharmacology* 15 (2013) 474 - 477.
- [50] 王文琴. 甲氨蝶呤联合正清风痛宁缓释片治疗类风湿关节炎 120 例. 浙江实用医学 [J], 2010, 15 (4): 280 - 281.
- [51] Xiu - min Chen, Run - yue Huang, Qing - chun Huang, et al. Systemic Review and Meta - Analysis of the Clinical Efficacy and Adverse Effects of Zhengqing Fengtongning Combined with Methotrexate in Rheumatoid Arthritis. *Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015; 2015: 910376. doi: 10. 1155/2015/910376. Epub 2015 Aug 24.
- [52] Min Xu, Liang Liu, Chen Qi, et al. Sinomenine Versus NSAIDs for the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Planta Med* 2008; 74: 1423 - 1429
- [53] 何东仪, 沈杰, 张之澧, 等. 湿热痹冲剂治疗类风湿关节炎 46 例. 上海中医药杂志, 2002, 12: 14 - 15.
- [54] 杜天信, 任汉阳, 李根林. 寒湿痹片治疗寒湿痹阻型风湿病的临床观察. 中医正骨 [J], 2002, 14 (8): 5 - 7.
- [55] 吴军伟, 申涛. 尪痹片治疗类风湿关节炎临床研究. 辽宁中医杂志 [J], 2011, 38 (12): 2392.
- [56] 邬亚军, 沈杰, 张之澧. 瘀血痹胶囊治疗类风湿关节炎临床研究. 中国中医药信息杂志 [J], 2002, 9 (2): 13 - 14.
- [57] Miao Jiang, Qinglin Zha, Chi Zhang, et al. Predicting and verifying outcome of Tripterygium wilfordii Hook F. based therapy in rheumatoid arthritis: from open to double - blinded randomized trial. *Sci Rep*. 2015 Apr 15; 5: 9700. doi: 10. 1038/srep09700.
- [58] 郭进, 黄宝英. 甲氨蝶呤联合益肾蠲痹丸治疗类风湿性关节炎的临床观察 [J]. 浙江临床医学, 2005, 7 (11): 1184.

- [59] Perera Pathirage – Kamal, Peng Cheng, Lv Xue, Li Yunman, Fang Weipong, et al Effects of Yishen Juanbi (YJB) Pill on Experimental Rheumatoid Arthritis [J]. Chinese Journal of Natural Medicines, 2010, 8 (1): 57 – 61.
- [60] 接红宇, 吴启富, 丁朝霞, 等. 痹祺胶囊联合甲氨喋呤治疗类风湿关节炎的临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32 (2): 195 – 197.
- [61] 白人骁, 痹祺胶囊治疗类风湿关节炎的多中心随机对照临床试验 [J]. 中华中医药杂志, 2016. 31 (9): 3821 – 3825.
- [62] 杨艳, 范琳琳, 顾丽丽, 等. 痹祺胶囊治疗类风湿关节炎随机对照试验的 Meta 分析 [J]. 天津中医药大学学报, 2014. 33 (6): 333 – 337.
- [63] 胡晓民. 痹祺胶囊治疗类风湿性关节炎 (气虚血瘀型) 的临床研究 [D]. 郑州: 河南中医学院. 2006.
- [64] 王晓玉, 张晓兰, 张丽, 等. 四妙丸对大鼠佐剂性关节炎作用机制的研究 [J]. 中国中药杂志, 2010, 35 (21): 2889 – 2892.
- [65] 倪娜, 曾训庭, 杜文民. 新癩片 1 万例前瞻性合理用药及风险分析 [J]. 上海医药, 2011, 32 (10): 481 – 483.
- [66] 陈伏宇, 于广莹, 王慧. 中医临床研究. 雷公藤多苷片、新癩片合用治疗湿热瘀阻型类风湿关节炎 80 例. 中医临床研究, 2010, 2 (22): 86 – 87.
- [67] 胡金芳, 刘静, 王春风等. 新癩片皮肤外涂给药抗炎镇痛实验研究 [J]. 药物评价研究, 2010, 33 (1): 66 – 69.
- [68] 车洪勇, 车晓青. 通痹胶囊治疗类风湿关节炎临床研究 [J]. 药学研究, 2014, 33 (8): 485 – 487.
- [69] 张雪冲, 师芳琴, 吉海旺. 盘龙七片治疗类风湿性关节炎 60 例 [J]. 现代中医药, 2011, 31 (6): 41 – 42.
- [70] 王海东, 年芳红, 金芳梅. 祖师麻膏药治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎腕关节病变 40 例 [J]. 西部中医药, 2016, 29 (10): 107 – 109.
- [71] 焦娟, 唐晓颇, 姜泉, 等. 复方雷公藤外敷剂对类风湿关节炎患者关节疼痛的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36 (1): 29 – 34.
- [72] 王薇萍, 史生铭, 刘欢, 等. 外敷金黄膏结合常规治疗湿热瘀阻型类风湿关节炎临床观察 [J]. 上海中医药杂志, 2007, 41 (6): 47 – 48.
- [73] 董宏生, 陈諳, 王玉明, 等. 中医药泡洗对 60 例类风湿关节炎活动期疗效观察与评价 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17 (4): 454 – 456.
- [74] 钟丽, 万萍. 正清风痛宁注射液离子导入疗法改善类风湿关节炎疼痛程度疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2010, 19 (10): 1690 – 1691.
- [75] 刘冀东. 针灸治疗类风湿性关节炎 64 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21 (3): 110 – 111.
- [76] 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.
- [77] 王海东, 王智明, 李伟青. 针刀治疗类风湿性关节炎腕关节病变 89 例 [J]. 西部中医药杂志, 2014, 27 (4): 117 – 118.
- [78] 刘秀凤, 宁秀兰, 陈国清. 中药蜡疗膏治疗活动期类风湿关节炎的临床观察及护理 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47 (8): 726 – 728.
- [79] 王京利. 祛湿方熏蒸联合推拿治疗类风湿关节炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29 (3): 151 – 153.

- [80] 王海隆, 姜泉, 冯兴华. 等. 冬病夏治穴位贴敷治疗类风湿关节炎的随机、盲法、安慰剂对照研究 [J]. 中国医药导报, 2016, 13 (4): 97 - 100.
- [81] 孔范胜, 李云多. 三九贴敷治疗类风湿性关节炎临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13 (1): 159 - 160.
- [82] 刘婷, 高明利. 春、秋分贴敷治疗类风湿性关节炎 100 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27 (4): 60 - 61.
- [83] 蔡明明, 马宝东. 穴位注射丹参冻干粉针治疗类风湿关节炎手关节肿痛 43 例 [J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2 (5): 21 - 23.
- [84] 吴丹纯, 潘英华, 严扬, 等. 个性化护理干预对类风湿关节炎患者的疗效及生活质量的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15 (54): 15 - 16.
- [85] 陈丽. 类风湿关节炎患者心理护理研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (16): 2995 - 2996.
- [86] 王静莲, 赵秀兰. 类风湿关节炎患者饮食调护体会 [J]. 光明中医, 2015, 30 (9): 2002 - 2004.
-