

· 学术动态 ·

2015 年亚洲太平洋地区风湿病学学会联盟 类风湿关节炎治疗建议

李雪 栗占国

迄今为止,已有多个来自欧美的 RA 治疗建议或共识发表,并在国际风湿病领域产生了重要影响,对 RA 的正确治疗起到了很好的指导作用。但是,这些治疗建议的证据主要基于国外的现状和研究,与亚洲太平洋地区 RA 患者的疾病特点并不完全相同。因此,在 2013 年,亚洲太平洋地区风湿病联盟(APLAR)成立了诊治指南指导委员会,启动了 RA 等疾病的诊治建议或共识的起草、讨论工作,并根据研究证据和

专家意见,于 2014 年首先形成了 40 项 RA 的治疗建议(表 1,图 1)。该建议刚发表在 *Inter J Rheum Dis* 上,其中多条建议更适合亚洲太平洋国家和地区的特点,比如,在传统 DMARDs 方面强调来氟米特和羟氯喹的地位,增加了艾拉莫德、布西拉明、他克莫司,更关注激素和生物制剂的正确使用等,对亚洲太平洋国家和地区的 RA 治疗有很好的指导意义。我们对该建议进行了摘译和介绍,以飨读者。

表 1 关于亚洲太平洋地区 RA 治疗的 APLAR 建议

建议	等级	强度
第一部分 RA 总体治疗策略		
1 RA 治疗目标是达到持续的疾病缓解或低疾病活动度	II	B
2 RA 一经诊断,应立即开始治疗,治疗方案由医生和患者共同决定	I	A
3 治疗方案的选择基于疾病活动度、有无不良预后因素以及并发症	II	B
4 预后不良因素包括抗环瓜氨酸多肽抗体、RF 阳性、ESR、CRP 升高,影像学有关节侵蚀的表现或关节破坏情况进展	II	B
5 所有新近诊断或处于疾病活动期的患者,每 1~3 个月监测疾病活动度	I	A
6 常规使用一种适用、标准的疾病活动度评估方法以判断疗效	I	A
7 对于接受生物类 DMARD 治疗的患者,推荐监测药物安全性	II	B
8 对患者的关节外表现、并发症及感染情况(如肺结核、肝炎)进行评估(II)。了解患者的疫苗接种情况及特殊情况(如妊娠和哺乳期)(II)	II	B
9 如果患者持续缓解达 6 个月,糖皮质激素和 NSAIDs 可以减量,并尽可能逐渐停药	II	B
10 如果停用 NSAIDs、糖皮质激素和生物类 DMARDs 后仍维持缓解超过 6~12 个月,在医师和患者充分沟通后,可以逐步谨慎减用传统类 DMARDs	IV	D
第二部分 NSAIDs[包括环加氧酶-2(COX-2)抑制剂]		
11 NSAIDs 和 COX-2 抑制剂应缩减到最短疗程、最低剂量	IV	D
第三部分 糖皮质激素		
12 不推荐口服糖皮质激素单药治疗 RA	IV	D
13 对于活动期 RA,可以口服糖皮质激素联合传统类 DMARDs 使用	I	A
14 对于早期 RA,传统类 DMARDs 联合小剂量糖皮质激素(甲泼尼龙 ≤ 7.5 mg/d)可以延缓影像学进展	I	A
15 病情允许情况下,糖皮质激素应使用最低剂量,并尽快减量	IV	D
第四部分 传统类 DMARDs		
16 RA 一经诊断,应尽快开始传统类 DMARDs 单药或联合治疗	I	A
17 甲氨蝶呤是 RA 首选的传统类 DMARDs,并被视为“锚定药”	I	A

续表 1

	建议	等级	强度
18	不能耐受甲氨蝶呤的患者可以使用其他传统类 DMARDs, 如来氟米特、柳氮磺吡啶和羟氯喹作为一线选择药物	I	A
	在某些亚洲太平洋国家, 可选用布西拉明、艾拉莫德、环孢素、硫唑嘌呤、注射金制剂和他克莫司	I	B
19	在甲氨蝶呤治疗前, 应进行血常规、肝功能、肾功能、肝炎病毒血清学检测和胸部 X 线片检查	II	B
20	活动期 RA, 尤其是有不良预后因素的, 应考虑联合传统类 DMARDs 治疗	I	B
21	如无禁忌证, 应将甲氨蝶呤作为传统类 DMARDs 联合治疗的锚定药	II	B
22	对甲氨蝶呤单药治疗未完全缓解的患者, 可考虑传统类 DMARDs 三药联合治疗	II	B
23	在治疗早期或改变治疗方案后, 每 1~3 个月应评估病情, 直到完全缓解或达到低疾病活动度	I	A
24	对于低疾病活动度或缓解状态的患者, 可以每 3~6 个月随访 1 次	IV	D
25	如果 2 种生物类 DMARDs 联合治疗 6 个月仍未缓解或未达低疾病活动度, 认为传统类 DMARDs 治疗失败 (I)。治疗方案中必须包含甲氨蝶呤, 除非存在禁忌证 (I)	I	A
第五部分 生物类 DMARDs			
26	传统类 DMARDs 治疗不充分或不耐受时, 可选用 1 种生物类 DMARD 治疗	I	A
27	如存在不良预后因素且处于疾病活动期, 应考虑早期使用生物类 DMARDs	IV	D
28	所有患者在开始生物类 DMARDs 治疗之前, 应明确有无活动性感染或现症感染、并发症 (包括肿瘤)、疫苗接种、妊娠情况和可能的禁忌证	I	A
29	生物类 DMARDs 治疗之前应筛查结核、乙型肝炎及丙型肝炎	I	A
30	活疫苗接种应在生物类 DMARDs 给药前至少 4 周	III~IV	C~D
31	生物类 DMARDs 与甲氨蝶呤联用时疗效最佳	I	A
32	生物类 DMARDs 的选择包括 TNF 拮抗剂、阿巴西普、利妥昔单抗和托珠单抗	I	A
33	经生物类 DMARDs 治疗 6 个月仍未缓解或未达低疾病活动度, 建议改用另一种生物类 DMARDs	III	C
34	关于减量: 对于获得缓解的患者, 应考虑将药物减量。	I	A
	如果患者处于长期缓解状态 (>12 个月), 可以考虑减少生物类 DMARDs 的剂量	II	B
35	合并肺结核型 生物类 DMARDs 治疗前建议筛查肺结核	II	B
	所有潜伏期肺结核患者应接受预防性抗肺结核治疗	II	B
	活动性肺结核需要充分治疗后, 方可考虑生物类 DMARDs	III	C
36	合并病毒性肝炎 生物类 DMARDs 治疗前应筛查乙型肝炎和丙型肝炎	IV	D
	对活动期或未治疗的慢性乙型肝炎和活动性丙型肝炎患者, 应避免使用生物类 DMARDs	III	C
37	活动性感染 活动性感染是生物类 DMARDs 治疗的禁忌证	I	A
	当临床怀疑感染时, 应停止生物类 DMARDs 治疗, 并进行适当诊治	IV	D
38	妊娠和哺乳期患者接受生物类 DMARDs 治疗, 需权衡获益和风险	IV	D
39	疫苗接种 理想情况下应在生物类 DMARDs 治疗前至少 4 周接种疫苗	III~IV	C~D
	治疗期间绝对禁忌接种活疫苗或减毒疫苗。	IV	D
第六部分 托法替尼			
40	如果使用一种生物类 DMARDs 治疗失败, 可以考虑使用托法替尼	II	B

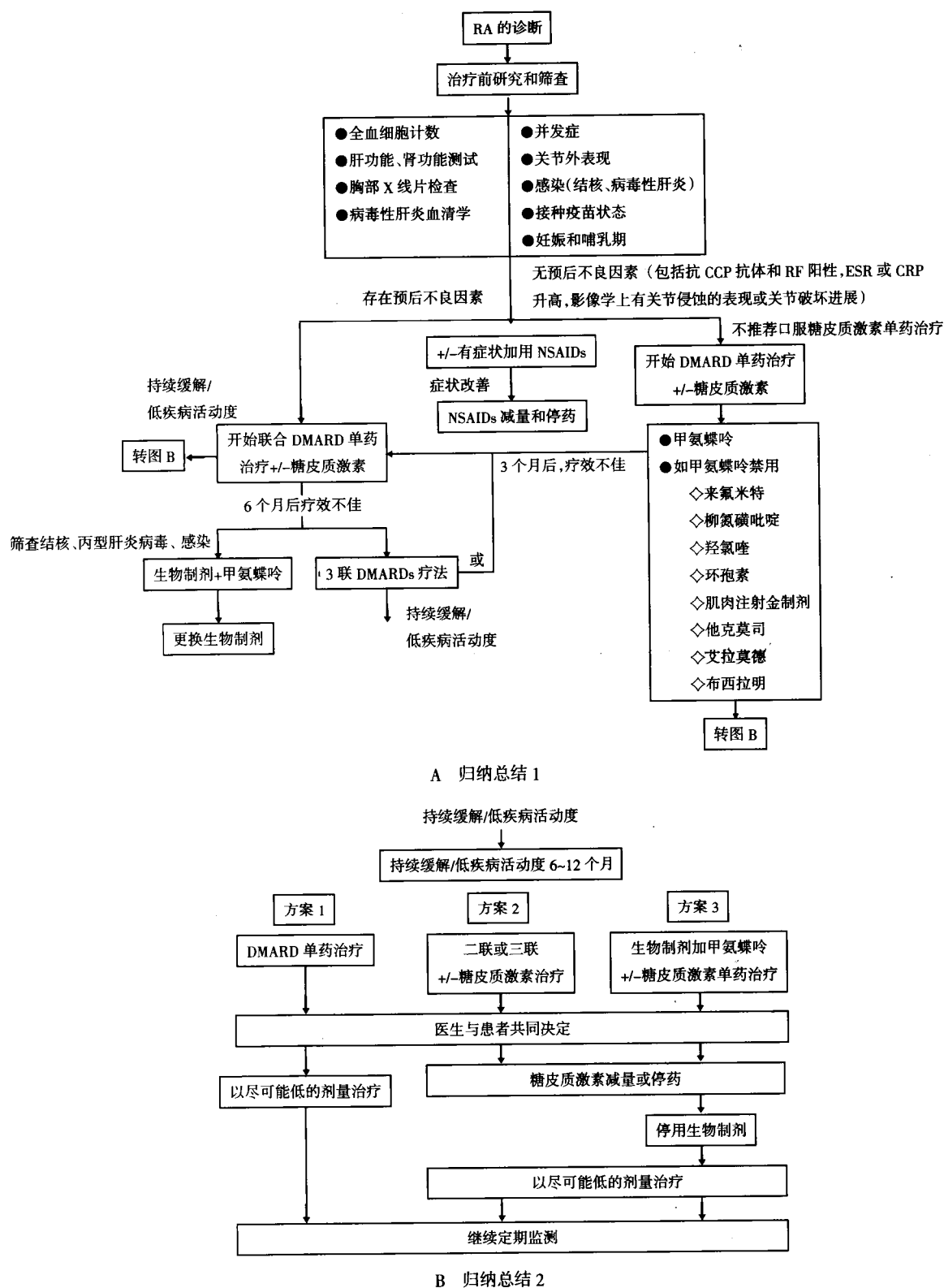


图 1 亚洲太平洋地区 RA 患者治疗建议的归纳总结

参考文献

685-713. DOI: 10.1111/1756-185x.12754.

- [1] Lau CS, Chia F, Harrison A, et al. APLAR rheumatoid arthritis treatment recommendations [J]. Int J Rheum Dis, 2015, 18(7):

(收稿日期:2015-12-25)

(本文编辑:王艳军)