

2015 年美国风湿病学会类风湿关节炎的治疗指南

徐丽玲 苏茵

2015 年 11 月 6 日在美国风湿病年会之际, 风湿界权威杂志 *Arthritis Rheumatol* 和 *Arthritis Care Res* (Hoboken) 同时发表了 ACR 关于 RA 的 2015 年治疗指南, 见表 1~3, 指南主要针对 DMARDs、糖皮质激素、生物制剂、小分子药物的应用

和高风险人群应用生物制剂和 DMARDs 等问题, 为 RA 患者的治疗提供了全面详细的指导意见。与 2012 年的指南相比, 该版指南采用了国际公认的方法-推荐分级的评价、制定与评估系统(GARDE 系统), 并通过 PICO 原则收集更可信的循证

表 1 针对长病程 RA 患者的推荐意见

针对长病程 RA 患者的推荐意见		证据水平	推荐强度
1	无论疾病活动度如何, 均采取目标治疗策略而不是非目标治疗策略	中度	强烈推荐
2	既往未用 DMARD 的低疾病活动度患者, DMARD 单药治疗(首选甲氨蝶呤)优先于 TNF 抑制剂	低度	强烈推荐
3	既往未用 DMARD 的中高度活动度患者 DMARD 单药治疗(首选甲氨蝶呤)优于托法替尼 DMARD 单药治疗(首选甲氨蝶呤)优于 DMARD 联合用药	高度 中度	酌情推荐
4	若 DMARD 单药治疗后仍处于中高度活动度, 则应联合 cDMARD 或加用 TNF 或非 TNF 抑制剂或托法替尼(无先后之分, 可联合或不联合甲氨蝶呤), 而非继续 DMARD 单药治疗	中至极低度	强烈推荐
5	TNF 抑制剂治疗后仍处于中高度活动度, 且未同时服用 DMARDs 的患者, 应联合 1 种或 2 种 DMARDs, 而非继续 TNF 抑制剂单药治疗	高度	强烈推荐
6	单一 TNF 抑制剂治疗仍处于中高度活动度 非 TNF 抑制剂优于另一种 TNF 抑制剂, 可联合或不联合甲氨蝶呤 非 TNF 抑制剂优于托法替尼, 可联合或不联合甲氨蝶呤	低至极低度 极低度	酌情推荐
7	单一非 TNF 抑制剂治疗仍处于中高度活动度的患者, 推荐使用非 TNF 抑制剂优于托法替尼, 可联合或不联合甲氨蝶呤	极低度	酌情推荐
8	先后使用 2 种及以上 TNF 抑制剂治疗仍处于中高度疾病活动度的患者, 应首选非 TNF 抑制剂, 而非另一种 TNF 抑制剂或托法替尼, 可联合或不联合甲氨蝶呤	极低度	酌情推荐
9	应用多种 TNF 抑制剂治疗仍处于中高度疾病活动度的患者, 如果不选择非 TNF 抑制剂, 托法替尼优于另一种 TNF 抑制剂, 可联合或不联合甲氨蝶呤	低度	酌情推荐
10	至少使用过 1 种 TNF 抑制剂和 1 种非 TNF 抑制剂后仍处于中高度活动度 首选另一种非 TNF 抑制剂优于托法替尼, 可联合或不联合甲氨蝶呤 若仍处于中高度疾病活动度托法替尼优先于另一种 TNF 抑制剂, 可联合或不联合甲氨蝶呤	极低度 低度	酌情推荐
11	使用 DMARDs、TNF 抑制剂、非 TNF 抑制剂治疗后仍处于中高度活动度的患者, 应加用短疗程、小剂量糖皮质激素	高至中度	酌情推荐
12	DMARDs、TNF 或非 TNF 抑制剂治疗时疾病复发的患者, 应加用最短疗、最小剂量糖皮质激素	极低度	酌情推荐
13	若患者病情缓解: DMARD 治疗逐渐减量 TNF 抑制剂、非 TNF 抑制剂、托法替尼逐渐减量(请同时参考第 15 条推荐意见)	低度 中至极低度	酌情推荐
14	疾病活动度若低: 继续 DMARD 治疗 继续 TNF 抑制剂、非 TNF 抑制剂、托法替尼治疗而非停用药物	中度 高至极低度	强烈推荐
15	即使患者病情缓解, RA 的治疗不能停止	低度	强烈推荐

注: 指南采用 GRADE 证据质量分级: 证据水平分为高度、中度、低度、极低度; 推荐强度分为强烈推荐、酌情推荐

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-7480.2016.01.018
作者单位: 100044 北京大学人民医院风湿免疫科
通信作者: 苏茵, Email: suyin0921@163.com

表 2 针对症状性早期 RA 患者的推荐意见

针对症状性早期 RA 患者的推荐意见		证据水平	推荐强度
1	无论疾病活动度如何,均采取目标治疗策略而不是非目标治疗策略	低度	强烈推荐
2	对于既往未用 DMARD 的低疾病活动度患者:DMARD 单药治疗(首选甲氨蝶呤)优于二联用药 DMARD 单药治疗(首选甲氨蝶呤)优于三联用药	低度	强烈推荐
3	对于既往未用 DMARD 的中高度活动度患者:DMARD 单药治疗优于二联用药 DMARD 单药治疗优于三联用药	中度	酌情推荐
4	若 DMARD 单药治疗后(联合或未联合激素)仍处于中高度活动度,联合 DMARD 或 TNF 抑制剂或非 TNF 抑制剂(无先后之分,可联合或不联合甲氨蝶呤),而非继续 DMARD 单药治疗	低度	强烈推荐
5	若 DMARDs 治疗仍处于中高度活动度:TNF 抑制剂单药治疗优于托法替尼单药治疗 TNF 抑制剂+甲氨蝶呤优于托法替尼+甲氨蝶呤	低度	酌情推荐
6	若 DMARD 治疗仍处于中高度活动度,则加用小剂量糖皮质激素 若生物制剂治疗仍处于中高度活动度,则加用小剂量糖皮质激素	中度	酌情推荐
7	若疾病病情复发,应加用最短疗程和最小剂量的糖皮质激素	低度	酌情推荐

注:指南采用 GRADE 证据质量分级:证据水平分为高度、中度、低度、极低度;推荐强度分为强烈推荐、酌情推荐

表 3 针对伴不同危险因素 RA 患者的推荐意见

高风险因素		推荐意见	证据水平	推荐强度
充血性心力衰竭	充血性心力衰竭	联合 DMARDs 或非 TNF 抑制剂或托法替尼均优于 TNF 抑制剂	中至极低度	酌情推荐
	TNF 抑制剂治疗时出现心力衰竭恶化	联合 DMARDs 或非 TNF 抑制剂或托法替尼均优于另一 TNF 抑制剂	极低度	酌情推荐
乙型肝炎	活动性乙肝感染并正接受或既往接受有效的抗病毒治疗	推荐意见与未合并乙型肝炎的患者一致	极低度	强烈推荐
丙型肝炎	丙型肝炎感染并正在接受或既往接受有效的抗病毒治疗	推荐意见与未合并丙型肝炎的患者一致	极低度	酌情推荐
	丙型肝炎感染但未正在接受或既往未接受有效的抗病毒治疗	DMARDs 优于 TNF 抑制剂	极低度	酌情推荐
既往有恶性肿瘤病史(治疗或未治疗)	既往有治疗或未治疗的皮肤肿瘤病史(非黑色素瘤或黑色素瘤)	黑色素瘤患者使用 DMARD 优于生物制剂 黑色素瘤患者使用 DMARD 优于托法替尼 非黑色素瘤患者使用 DMARD 优于生物制剂 非黑色素瘤患者使用 DMARD 优于托法替尼	极低度	酌情推荐
	淋巴增生性疾病并已接受治疗	利妥昔单抗优于 TNF 抑制剂	极低度	强烈推荐
	淋巴增生性疾病并已接受治疗	联合 DMARDs 或阿巴西普或妥珠单抗优于 TNF 抑制剂	极低度	酌情推荐
	恶性实体肿瘤并已接受治疗	推荐意见同无该表现者	极低度	酌情推荐
既往严重感染病史	既往发生严重感染	联合 DMARDs 优于 TNF 抑制剂 阿巴西普优于 TNF 抑制剂	极低度	酌情推荐

注:指南采用 GRADE 证据质量分级:证据水平分为高度、中度、低度、极低度;推荐强度分为强烈推荐、酌情推荐

医学证据。在总体原则上,专家小组以疾病活动度为选择治疗的主要考虑因素,不再单独考虑预后不良等因素,将治疗费用作为考虑因素之一。此外,对早期及长病程 RA 患者的治疗,无论是低疾病活动度还是中/高疾病活动度,均明确推荐首选 DMARD(甲氨蝶呤)单药,单药治疗后仍然是中/高疾病活动度的患者,推荐给予 DMARD 联合或 TNF 抑制剂或非 TNF 抑制剂(联合或不联合甲氨蝶呤)而不是继续使用 DMARDs 单药,并强调联合治疗的推荐不分先后;且指南中首次纳入

了托法替尼这一新型小分子药物;此外该指南中还规范了相关名词的定义,还将既往有严重感染史纳入高风险因素,并给出相应的推荐意见。现将该指南中针对早期、长病程及具有高危因素 RA 患者的治疗推荐意见整理,以供广大临床工作者参考。

(收稿日期:2015-11-06)
(本文编辑:董海原)