

北京协和医院风湿免疫科田新平教授解读《中国类风湿关节炎诊疗指南(2024版)》 影响500万人 指南时隔6年再更新



田新平 教授

医师报讯(融媒体记者 王丽娜)类风湿关节炎(RA)是一种高致残性疾病,是造成我国人群残疾的重要原因,据估计我国目前RA患者可达500万人。2018年,中华医学会风湿病学分会在RA诊治指南2010版的基础上进行了修订,时隔6年,指南再次修订,并于4月18~20日“第四届国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心学术年会暨中国研究型医院学会风湿免疫专业委员会学术大会暨中国康复医学风湿免疫康复专业委员会学术年会暨第14届CSTAR/CRDC/CRCA年会”上发布。与2018版指南相比,《中国类风湿关节炎诊疗指南(2024版)》有哪些变化?带着这一问题,《医师报》记者采访了指南通讯作者之一、北京协和医院风湿免疫科田新平教授,她表示:“新指南立足国情,纳入近年国内外最佳循证医学证据,对于提高风湿免疫科、内科、骨科等从事RA相关诊疗的临床医师,特别是基层医师对RA的诊治能力和水平,加强患者教育等方面都将起到至关重要的作用。”

田新平教授介绍,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,主要发病人群是青壮年劳动力人群(45~60岁),其基本病理改变为滑膜炎、血管翳形成,并逐渐造成关节软骨和骨破坏,最终导致关节畸形和功能丧失,是造成我国人群残疾的重要原因。

因。除致残之外,RA还可并发肺部疾病、心脑血管疾病、骨质疏松及恶性肿瘤等,不仅造成患者身体机能、生活质量下降,也给其家庭和社会带来巨大的经济负担。

近年RA治疗领域新药不断上市,但国际RA指南中极少纳入有关中国人群的流行病学与临床研究证据,且国外风湿科医师关注的临床诊疗问题和用药习惯与我国风湿科医师亦有所不同。因此,修订更新我国的RA临床诊疗指南势在必行。

本指南由国家皮肤与

免疫疾病临床医学研究中心(NCRC-DID)(北京协和医院)组织发起,联合中国医师协会风湿免疫专科医师分会、中国康复医学会风湿免疫病康复专业委员会、中国研究型医院学会风湿免疫专业委员会和北京整合医学学会风湿免疫分会共同制订。

本指南依据国际国内最佳循证医学证据,结合我国RA疾病特征、医疗条件及风湿免疫科医师经验,对RA的诊断、评估、治疗和随访中的10个重要临床问题给出了推荐意见。

RA诊治中10个重要问题有了答案

生物制剂发起挑战 甲氨蝶呤仍为一线推荐

目前,合成DMARD(csDMARD)药物——甲氨蝶呤(MTX)单药仍推荐为初始治疗的首选。虽然有研究显示,RA患者使用MTX联合生物制剂治疗的疗效优于MTX单药,但并无充分证据证明未使用过MTX的患者中,生物制剂单药优于MTX单药,因此,综合考虑仍推荐以MTX为首选的csDMARD作为我国初治RA患者的一线治疗药物。

如果使用单一csDMARD治疗3个月没有临床改善或6个月没有达到治疗目标,应调整csDMARD治疗药物,可更换或联合使用其他csDMARD,或使用一种csDMARD联合一种生物DMARD(bDMARD)/靶向合成DMARD(tsDMARD)治疗。

指南中还介绍了多

种csDMARD、bDMARD(TNF α 抑制剂、抗白介素-6受体单抗、T细胞共刺激信号抑制剂、CD20单抗)和tsDMARD(JAK抑制剂)的优缺点,临床可结合患者合并情况选用。

田新平教授强调,需注意bDMARD和tsDMARD相比于csDMARD具有更高的感染风险。接受这两类药物治疗的患者应特别注意呼吸道感染(包括流感病毒感染、肺炎链球菌感染等)和带状疱疹,患者可考虑接种相应疫苗预防。新指南还定义了难治性RA(D2T RA),有5%~20%RA患者在接受规范治疗仍无法达标被定义为D2T RA患者。多因素分析发现,RF水平高、DAS28-ESR评分高及合并肺部疾病是D2T RA的危险因素。对于这类患者,应评估造成D2T原因,个体化治疗。

最新 Boolean 标准 评估“达标”更准确

RA的诊治强调早诊早治,规范治疗,并定期监测与随访。与

2018版指南相比,新指南在诊断方面的推荐意见变化不大,仍为结合患者的临床表现、实验室和影像学检查做出诊断(1A),并建议参照1987年ACR发布的RA分类标准与2010年ACR/EULAR发

布的RA分类标准进行诊断(2B)。影像学推荐仍为建议临床医师根据RA患者的症状和体征,恰当选用X线、超声、CT和磁共振成像等影像技术(2B)。

RA无法治愈,如何才能让患者缓解症状、控制病情?答案是:RA治疗目标是“达标治疗”,即达到疾病缓解或低疾病活动度。如何评估疾病达标?田新平教授解释,目前,基于评估工具(28个关节疾病活动度、临床疾病活动指数、简化疾病活

动指数)进行疾病活动度评价存在一定局限性。2011年,ACR和EULAR推出Boolean缓解标准,由于其特异度较高,便于评价和记忆,已逐渐在临床实践中采用。

然而,Boolean标准达标率较低,且会高估疾病的严重程度,因此,2023年ACR和EULAR推出新的Boolean缓解标准(Boolean 2.0标准),与2011年Boolean标准相比,Boolean 2.0标准将患者对疾病的整体评价阈值从 ≤ 1 改为 ≤ 2 。

关于减停药和患者教育

田新平教授强调,指南不推荐“0”用药。大多数患者停用所有DMARDs都存在中至高度复发风险和潜在的不可逆损伤风险,因此患者需维持至少1种DMARD。对于DMARD药物是否可以减量?国际多认为RA患者病情持续缓解至少6个月以上,可选择减少DMARD剂量,减量过程中需严密监测,

谨防复发。联合用药时,如一种药物减量后病情仍能够持续缓解6个月以上,可考虑逐渐减停该药物。

新指南更重视对RA患者应进行健康教育和心理支持的重要意义,认为RA患者提供积极有效的认知干预和心理支持,对于缓解疼痛、改善躯体功能、疾病活动度等都有明显帮助。

不是痛风 高尿酸血症 要不要治?

医师报讯(融媒体记者 王丽娜)痛风(gout)是因血尿酸水平过高导致尿酸结晶沉积在关节内而引发的一种疾病,沉积的结晶导致关节内和关节周围出现疼痛性炎症发作。但大多数高尿酸血症不会导致痛风。那么未确诊痛风的高尿酸血症患者到底是否需要治疗?在医疗界还未达成共识。4月18日,第四届国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心(NCRC-DID)学术年会上,哈佛医学院医学教授、A&R杂志主编Daniel Solomon教授曾表示,很多高尿酸血症患者临床中不需治疗。《医师报》记者就此问题采访了中国医师协会风湿免疫科医师分会会长、北京协和医院曾小峰教授和副会长、四川大学华西医院刘毅教授。

刘毅教授 干预无效的高尿酸血症需要降尿酸治疗

高尿酸血症对患者神经系统、心血管都有风险,中国台湾一项纳入2000余人研究发现,年轻心梗患者70%以上存在高尿酸血症,所以建议对高尿酸血症患者进行干预。刘毅教授介绍了一句记忆痛风风绕着走”,是说尿酸值(6 $\times$ 7)420 μ mol/L是正常值;尿酸值在(6 $\times$ 8)480 μ mol/L时,需饮食干预,保持健康生活方式;

尿酸值在(6 $\times$ 9)540 μ mol/L以上时,即使没有痛风发作,也会导致心血管风险和代谢综合征风险增高,多数专家认为应开始降尿酸治疗。

高尿酸血症很易复发,对于血尿酸值过高,通过生活干预无法降低者,持续药物干预和患者随访很重要。刘毅教授表示,如今降尿酸有很好的药物,需要持续用药,使尿酸值降到(6 $\times$ 6)360 μ mol/L以下,

再使用小剂量维持治疗。有痛风石患者,血尿酸降到(5 $\times$ 6)<300 μ mol/L才能使尿酸盐结晶逐渐溶解,直至痛风石消失。

风湿免疫病都是慢性疾病,刘毅教授所在医院在慢性病管理方面有很多经验,其中一种是患者可在慢病管理门诊购买套餐,服务内容包括预约挂号、复诊、电话咨询、病重绿色通道,保证其可在第一时间得到专业医疗建议。

曾小峰教授 高尿酸血症两种误区要不得

曾小峰教授表示,所有的痛风患者都有高尿酸血症,治疗应采用“达标治疗”。控制尿酸对于患者非常重要,尤其是有心血管病、神经系统疾病危险因素者,但并非所有高尿酸血症患者都需要降尿酸,只有合并危险因素的患者需要降尿酸治疗。

曾教授强调,目前临床对于高尿酸血症治疗有两种误区:一种是不控制任其发展;另一种是有高尿酸血症就要降尿酸治疗,这两种误

区要不得。因为不是所有高尿酸血症者都会得痛风,且尿酸在疾病发展中机制还有很多不清楚之处。对于有反复痛风发作,尤其有肾结石等痛风结石的患者,需要积极降尿酸。有很多痛风患者发作一次后就不发作,此类患者要定期监测其肾功能,而非降尿酸治疗。如何降尿酸,降尿酸治疗需要多长时间,尿酸应该降到什么程度,目前临床尚无共识,需要通过更多临床研究回答。



曾小峰 教授



刘毅 教授