

《中国系统性红斑狼疮诊疗指南(2025版)》解读 动态评估及时调治 新指南更关心人

▲北京协和医院风湿免疫科 周央中 赵久良 田新平 曾小峰 李梦涛

近年，系统性红斑狼疮（SLE）临床研究证据快速更迭，在新理念与新药物不断出现、国际指南持续更新的背景下，我国原有指南已难以满足临床需求，因而需要以最新循证为支撑，重塑诊疗路径与质量控制要点。日前，国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心、中国系统性红斑狼疮研究协作组（CSTAR）牵头，联合中华医学会风湿病学分会等，在系统评估国内外最新研究基础上全面修订了《中国系统性红斑狼疮诊疗指南（2025版）》。新指南强调以“达标治疗（Treat-to-Target, T2T）—长期缓解/低疾病活动度—器官保护”为主线；以DORIS定义的临床缓解与低疾病活动状态（LLDAS）作为达标治疗的双锚点目标，强调动态评估与及时调治。指南高度融合中国人群研究数据与真实世界诊疗经验，推荐内容精准可行、操作性强，具有鲜明的本土实践导向。本文将对指南的核心更新内容进行解读，助力临床医师更好地理解与应用。

诊断与分类

强化本土证据 推动早诊早治

新版指南在沿用2012 SLICC与2019 EULAR/ACR两套国际主流分类标准的同时，强化了本土证据支撑，强调中国队列

验证其在中国人群中的敏感性与特异性，尤其突出2019 EULAR/ACR在ANA阳性、疾病早期病例识别中的应用价值。基层

医院仍存在对于症状隐匿或表型不典型SLE患者更易漏诊或误诊，需通过规范化识别流程与及时转诊提升诊断准确性。

评估与随访

完善规范化评估 落实规律性随访

新版继续以SLEDAI-2000与BILAG为主体工具，并强调依据疾病活动度动态设定评估频率：活动期建议按月评估，稳定期可适度延长随访间隔，以便更有效地指导治疗调

整。相较以往版本，新版将SLE-DAS作为对传统SLEDAI敏感性不足的关键补充，其指标覆盖更广，与PGA和SLEDAI-2000具有良好一致性，并在预后预测方面显示出优势。指南同

时重申SDI（SLE损伤指数）作为器官损伤评估的国际通用标准，在长期预后判断与慢病管理中仍居核心地位，整体形成更为完整、科学且可执行的“分类—评估—随访”闭环路径。

达标管理

明确倡导“达标治疗”理念

新版以“早诊早治+达标治疗（Treat-to-Target, T2T）”为总纲，旨在实现长期疾病控制的同时减少复发与药物相关不良反应，从而降低累积器官损伤与死亡风险并改善生活质量。

T2T的两大目标状态为临床缓解与低疾病活动状态：前者依DORIS

定义，要求cSLEDAI=0（SLEDAI-2000的临床分项为0）且PGA≤0.5，并允许稳定低剂量激素（如泼尼松≤5 mg/day）与抗疟药；后者采用APLC提出的标准，要求SLEDAI-2000≤4、PGA≤1，且泼尼松不超过7.5 mg/day。

两种状态可分别作为

短期与长期管理锚点，指导“目标—评估—调整”的用

药强度优化与减激素路径。多项研究表明，达到并维持DORIS缓解或LLDAS可显著降低器官损伤进展及其他不良结局风险，体现了SLE治疗由经验性“控制症状”向以明确目标与动态评估为核心的现代管理范式转变。

药物使用

药物应用：兼顾疗效与安全性平衡

活动期（尤其重要脏器受累）仍以糖皮质激素（GC）作为诱导基石，配合免疫抑制剂（IS）早联合、快减量；新版首次明确维持期泼尼松当量≤5 mg/day为目标，并强调在病情达标（缓解或LLDAS）基础上循序减量、个体化停用。相关证据显示，长期维持在<5 mg/day可显著减少感染、心血管事件与累及器官损伤，而不显著增加复发风险。由此，激素策略由“控制症状”转向“最小化暴露、优化

长期结局”，减量前提是IS有效巩固与规范随访监测，不主张一刀切。

IS的适应证与时机总体未变，仍用于中重度活动或关键器官受累的诱导与维持，依据表型、既往应答与合并症进行个体化选择与序贯。本版补充纳入西罗莫司证据：在难治或激素依赖表型中可见疾病活动度降低、用量下调与蛋白尿改善的信号，虽缺乏大样本随机对照研究，但真实世界中支持其在特定人群中的可选性。

生物制剂/靶向治疗面向常规治疗应答不佳或复发高风险人群，聚焦B细胞、I型干扰素与补体通路；其中贝利尤单抗、泰它西普已在国内可及，前者在多项BLISS研究及东北亚数据中证实提高SRI-4应答、助力减激素并延缓损伤，后者的中国研究显示提高应答、降低复发并改善肾指标。

利妥昔单抗/奥妥珠单抗、阿尼鲁单抗、依库珠单抗的研究证据还相对有限，需要权衡可及性、

安全性及有效性。JAK抑制剂（如托法替布）在皮肤/肌骨表型显示获益，可作为选择性补充而非常规一线；CD19 CAR-T在复发难治SLE中出现深度缓解与免疫重塑线索，但仍属探索阶段，需严格适应证、规范治疗管理与随访。

总体上，遵循“早联合、快减量、强维持、严监测”的序贯策略，在T2T框架下兼顾疗效与安全，实现最小化毒性暴露与长期结局优化。

多脏器受累

多器官受累应个体化管理

新指南在多器官受累管理上突出分层与个体化，较2020年更精细且循证更坚实。治疗方案的选择需综合病理分型、既往应答、复发风险及合并症，维持阶段以MMF或AZA等巩固，整体与国际共识保持一致。

在并发抗磷脂综合征（APS）、血小板减少（TP）与神经精神狼疮（NPSLE）等关键受累的处理上，新版更强调“分型—对策—监测”的一体化路径。

APS采用2023年分类标准，指出aPL与静/动脉血栓、瓣膜病、微血管病变及肾损伤等密切相关；管理遵循表型分层——静脉血栓以长期维生素K拮抗剂抗凝为主（常以INR 2.0~3.0为目标），动脉血栓或“三阳性”可考虑提高INR目标或合并抗血小板治疗；妊娠相关APS推荐低分子肝素联合小剂量阿司匹林；单纯aPL携带者以一级预防和动态风险评估为主，避免过度干预；复发或难治病例在排除依从性与药物相互作用后，可个体化加入

免疫调控。

TP参照原发性免疫性血小板减少（ITP）路径，治疗目标聚焦降低出血风险而非追求“正常计数”：一线为激素和/或静脉丙种球蛋白（IVIG），复发/难治可根据既往应答与复发模式选择利妥昔单抗、传统免疫抑制剂或TPO受体激动剂；同时强调鉴别诊断——血小板波动不应简单归因于疾病活动，需系统排查病毒感染、药物因素、血栓性微血管病（TMA）及APS相关机制，必要时结合血涂片、溶血与凝血指标及骨髓评估，避免误治。

神经精神狼疮（NPSLE）坚持“机制分型驱动”，免疫介导型以激素联合免疫抑制剂（如CTX或MMF）为主、并在达标框架下尽早减激素；以血管病变为主者优先采用抗血小板/抗凝策略；无器质性基础的功能性症状则以对症与心理干预为主，避免滥用免疫抑制，依托多学科协作实现更精准与更安全的个体化治疗。

全程管理

急性控制延展为全程管理

新指南将SLE管理由急性期控制延展为慢病全程的“识别风险—预防干预—随访评估”闭环。

感染方面强调基于免疫抑制相关风险进行高危人群识别与分层监测，合理应用预防性策略与早期干预，降低感染与相关死亡的累积风险。

妊娠方面延续“计划妊娠—风险分层—多学科管理”的路径，明确妊娠条件与药物管理、随访要点，力求在疾病可控前提

下减少母胎不良结局。

疫苗方面首次系统提出接种建议，建议所有患者每年评估接种状态，并依据疾病活动度与免疫抑制用药制定个体化方案：多数情况下灭活疫苗可安全接种（即便在激素或免疫抑制治疗期间亦可考虑），减毒活疫苗应避免；优先推荐流感、肺炎链球菌、乙肝、HPV等。上述措施共同指向减少复发与并发症、提升长期生存与生活质量的全程管理目标。



曾小峰 教授



李梦涛 教授



田新平 教授



赵久良 教授



关联阅读全文
扫一扫