

热议风湿免疫与交叉学科间诊治难题

▲ 本报记者 苏宁宁

北京大学医学部风湿免疫学系系年中学术研讨会于9月13日举行，本次会议主题为风湿病跨学科热点问题解析，会上来自各个领域的专家分别探讨了肿瘤科、神经内科、骨科等与风湿免疫学科之间的交叉联系，为风湿病疑难患者的系统诊断和治疗提供了更全面的思路。



会议现场

骨关节炎

治疗最佳方法：非药物和药物联合的个体化治疗



栗占国 教授

北京大学人民医院风湿免疫科栗占国教授介绍了骨关节炎治疗方面的专家共识和循证依据。他指出骨关节炎非药物治疗不容忽视，药物治疗应标本

兼治。

骨关节炎是以软骨变性、破坏、骨质增生及滑膜炎性改变为主要表现的慢性关节炎。其发病机制主要在于致炎及破坏性因子增加。其治疗目标是通过缓解关节肿痛、减缓关节破坏以达到控制病情、改善生活质量的目的。

2007年欧洲抗风湿病联盟曾推荐，手骨关节炎治疗的最佳方法是非药物和药物联合的个体化治疗。2014年国际骨关节炎研究协会膝骨关节炎非手术治疗指南推荐，可通过生物

力学辅具、陆地或水中锻炼、力量训练、患者自我教育以及减重等方法进行非药物治疗，对于膝关节炎患者还可通过拐杖进行辅助治疗。药物治疗方面，针对不同病情患者分别推荐对乙酰氨基酚、辣椒素、关节腔注射激素、度洛西汀、以及外用(非甾体抗炎药) NSAIDs 等疗法。

我国，中华医学会风湿病学分会骨关节炎诊治指南也推荐治疗骨关节炎的非药物治疗方法，如患者教育、运动及生活指导以减轻关节负荷。药物治疗方

面，主要分为控制症状药物和改善病情药物两大类。其中控制症状药物为对乙酰氨基酚、NSAID等。改善病情药物为氨基葡萄糖、硫酸软骨素、双醋瑞因等。

栗教授指出，骨关节炎治疗要遵循个体化治疗理念，即最小有效量的NSAID或对乙酰氨基酚，足量足疗程的改善病情类药物，积极地外用药、局部治疗及理疗以及正确的生活指导如锻炼和减重等。在骨关节炎治疗策略选择上应以非药物治疗为首选，最后才考虑手术治疗。

肌肉病

合理使用辅助检查 以降低成本

北京大学第一医院神经内科袁云教授指出，骨骼肌疾病是一组以骨骼肌损害为主要特点的疾病，包括遗传性和非遗传性两大类。其诊断需要在临床表现的基础上采取不同的辅助检查方法。



袁云 教授

肌肉病患者的辅助检查主要分为无创和有创检查，在对患者进行辅助检查时要优先考虑无创、廉价和可直接定性的检查。其次是有创、昂贵和间接定性的检查。此外，还需清楚把握各种辅助检查的利弊以及检查顺序，以降低医疗和非医疗成本。

肌肉病无创检查包括：(1)肌酸激酶(CK)检查：其为必查项目，CK持续超过正常10倍，多提示骨骼肌原发性损害，但是CK正常者也不能除外肌肉病，并且CK升高也可能出现在一些神经源性疾病。(2)肌肉影像学检查：可通过分析不同肌肉水肿和脂肪化程度，了解受累肌群分布规律以及疾病活动性。(3)诱发试验：可通过肌疲劳试验，诊断重症肌无力的最小运动量试验。(4)免疫学检查：它主要是针对炎性肌肉病进行的免疫学检查，分为肌炎特异性和非特异性抗体两大类，然而目前只是在个别类型的炎性肌肉病中能够发现肌炎特异性抗体，而且我国

患者的阳性率并不高，因而其价值还有待确定。

(5)基因检查：它是遗传性离子通道疾病首选的诊断方法，对遗传性肌肉病可通过基因检查直接明确诊断。然而，没有一种基因检查方法，可发现所有基因突变类型，因而结果的分析还是不能脱离临床、肌肉活检以及临床遗传学家的参与。

肌肉病有创检查包括：(1)肌电图检查：可协助排除神经肌肉接头疾病和周围神经病导致的肌肉无力，缩小鉴别诊断范围。(2)肌肉活检：对肌肉无力、存在肌酶升高以及肌源性损害患者。然而，由于取材体积小因而使该检查易存在假阴性风险。

在肌肉病诊断中，应先对患者进行家族史、CK、肌肉影像学、电生理、免疫学和基因等方面的检查。其次是病理诊断，主要为肌肉活检。最后是分子诊断，以确定遗传疾病的基因和蛋白，主要检查为蛋白检查。

淋巴瘤

合理适时地“观察与等待” 谨防过度治疗



朱军 教授

北京大学肿瘤医院朱军教授指出，淋巴系统是免疫系统的重要组成部分，一旦出现免疫异常，无论增强、

减弱或缺失都会对淋巴系统带来很大的影响，此外，还有来自治疗造成的免疫干预，如药物与疫苗。

全球近20年来，淋巴瘤每年以4%的速度增加，由于其发病率迅速增加，逐渐引起了人们的重视。虽然，关于淋巴瘤的病理研究已取得了诸多进步，但是关于其诊断还存有诸多困难和争议。

淋巴瘤是来源于并原发于淋巴造血系统的肿瘤，因此在诊断中需区分那些非来

源于淋巴造血系统，但侵犯淋巴造血组织的肿瘤，如平滑肌来源、脉管来源、网状组织细胞等来源的肿瘤。

恶性淋巴瘤还要与克隆性病区分，因为许多疾病存在良性克隆性增生，如干燥综合征、类风湿等。其次，不能将所有能够转移的肿瘤定义为恶性淋巴瘤，因为“游走”本身就是淋巴细胞的生理功能。

另外，也不能根据细胞遗传和分子畸变作为判断原则，因为肿瘤细胞畸变有

时也可见于正常细胞。

总之，在淋巴瘤诊断中，需坚守“不轻信、不懈怠、不要急”原则，理性看待治愈率、有效率、生存质量和性价比，合理适时地应用“观察与等待”，谨防过度治疗。治疗时应以全身调控为首选而不是局部治疗，因为淋巴瘤是一种全身性疾病，承载着系统与局部反应。治疗中，需识别淋巴瘤早期病变，针对患者不同病情，谨慎施予治疗，防止过度治疗。

免疫性血细胞减少症

根据不同发病机制及患者自身经济条件行个体化治疗



邵宗鸿 教授

天津医科大学总医院血液内科邵宗鸿教授指出，免疫性血细胞减少症是一种由免疫因素介导的疾病，根据发病机制不同可分为B细胞和T细胞介导的血细胞减少症，其最终临床表现均是贫血、出血和感染。

B细胞介导的血细胞减少症是因不明抗原刺激，导致B细胞过度活化自身

抗体产生，最终作用于血细胞表面抗原，导致细胞失能。可分为自身免疫性溶血性贫血、免疫性血小板减少性紫癜、自免疫性粒细胞减少症、伊文氏综合征、免疫性血细胞减少症、纯红再障以及特发性血小板减少性紫癜。其发病机制均可归结为Th2/B淋巴系统功能亢进性疾病，

治疗方面主要是针对B细胞治疗。

T淋巴细胞介导的血细胞减少症，主要是细胞毒性T细胞通过颗粒酶、穿孔素等途径导致的血细胞减少。它与Th1型细胞因子过度活化导致骨髓造血系统凋亡有关，包括血小板减少性紫癜以及粒细胞减少症等，此类疾病时是

临床上常见的顽固性血细胞减少，激素和免疫球蛋白治疗往往无效，需要抗胸腺球蛋白或抗淋巴细胞球蛋白治疗。

治疗方面，首先是对症治疗，改善患者基本状况。其次是完善免疫相关检查。最后根据其发病机制，进行个体化治疗。对于自身

抗体介导的免疫性血细胞减少症，经济条件许可时可选美罗华治疗，如经济条件不允许，可选用激素冲击等治疗，病情控制后均需环孢素巩固治疗。对于T细胞介导的免疫性血细胞减少症，需选用抗胸腺球蛋白、抗淋巴细胞球蛋白等治疗，病情控制后用环孢素巩固治疗。