

编者按：5月21-23日，中华医学会第二十次全国风湿病学学术会议在重庆召开，来自国内外近2500位风湿病学领域的专家学者在会上开展了学术交流。为更好地了解会议热点，本报特邀中华医学会风湿病学分会中青年委员会副主任委员、北京协和医院风湿免疫科李梦涛教授，中国医师协会风湿免疫科医师分会副会长黄烽教授，以及中华医学会风湿病学分会副秘书长、北京大学第一医院风湿免疫科张卓莉教授，介绍风湿免疫性疾病的诊治进展和热点讨论的问题。



李梦涛 教授



黄烽 教授



张卓莉 教授

中华医学会第二十次全国风湿病学学术会议在重庆召开

合理维持治疗风湿病 改善患者生活质量

▲ 本报记者 袁佳

早诊、初治缓解和疾病控制是 RA 治疗药减停关键

RA 治疗的目标和疗程一直是风湿病学界的讨论焦点之一。李梦涛教授在艾伯维生物制药公司的 RA 专题会上作了“后 T2T 时代的治疗选择”的报告。他表示，T2T 即达标治疗，后 T2T 时代需要在完成第一步，即控制关节炎症的治疗目标后，下一步实现将治疗延续下去，使患者得到长期的临床获益，包

括持续缓解症状，抑制关节破坏，维持关节功能，恢复工作、社会能力，达到 RA 的全面控制。

“达标治疗的关键是早期诊断和靶向药物的合理使用。”李教授介绍，“目前，临床早期诊断已在逐渐实现，靶向治疗药（生物制剂）的应用也越来越广。但由于经济等因素，靶向治疗药的长期应用仍存在一定的困难。”

对于没有经济问题、应用很安全的 RA 患者，生物制剂维持治疗时间越长获益越大，已成为共识。但若经济条件不允许，或有相关不良反应时，如何减停药物以减少患者病情复发是风湿科医生关注的问题。李教授表示，药物能否减停主要看三方面：首先是早期诊断，患者病程越短，干预达标后，越

有可能将药物减停；其次，起始治疗非常重要，是阶梯治疗，疗效不佳再加药，还是根据病情起始即给予精确、强有力的治疗，控制后再减停？目前认为，起始治疗不一定要用生物制剂，只要患者达到迅速缓解，就有可能减停药；第三，看疾病控制程度，控制越好，减停药的机会越大。

加强超声在风湿科的规范化应用

张卓莉教授介绍了超声在风湿病诊治中的应用，她表示：超声对多种风湿病的诊治，包括诊断鉴别诊断、评价疾病活动度、随访和指导治疗中具有重要意义。

超声在风湿病很多领域都有应用，其中在关节炎中的应用最广，包括类风湿关节炎、痛风关节炎、脊柱关节炎、骨关节炎以及未分化关节炎。其他如风湿性多肌痛、干燥综合征、血管炎等风湿病中都有应用。

早期正确诊断是治疗的前提。根据患者病史、体格检查、实验室检查，再结合以超声为代表的影像学检查，能明显提高早期诊断的准确性。超声在风湿病鉴别诊断中有重要意义，如类风湿关节炎和银屑病关节炎虽然都表现为关节炎，但在超声下可呈现完全不同的病变，前者是滑膜炎改变，后者是肌腱和附着点炎。

张教授表示，由于炎症性关节病是慢性疾病，在患者随访过程中，超声

有更大的优势。例如类风湿关节炎患者每1~3个月需进行随访评估，磁共振成像虽然也是有效评估手段，但是若每次用核磁评估，无论在费用、操作时长上都会令患者难以接受。此外，超声在评价药物疗效方面也有重要意义。有些患者，从临床方面看已好转，但超声检查可能看到仍存在炎症，这对患者今后关节是否发生骨破坏，以及疾病复发的判断方面都有重要意义。

“在我国，2010年我们开始推动超声在风湿病中的应用，虽然起步晚，但发展迅速，目前北京大学第一医院在全国范围内已经完成风湿科医生的超声培训17期，500百位医生已经接受过培训，全国近百家医院的风湿免疫科已独立开展超声检查。”张教授说，“应该看到，我国注册的风湿科医生有8000余人，但接受过超声培训的仅几百名，继续普及和推广超声在风湿病领域的应用仍然任重而道远。”

多方努力推动生物制剂规范应用

目前，生物制剂在治疗风湿免疫病的应用越来越广泛。黄烽教授详细介绍了生物制剂治疗风湿免疫病的优缺点以及在我国的应用情况。

生物制剂有很多种，目前上市时间较长、国际认可度较高的是肿瘤坏死因子（TNF）拮抗剂，如阿达木单抗。风湿性疾病是一种炎症性疾病，TNF是最重要的致炎因子，抑制 TNF 后，多数炎症可获得好转。因此，抗 TNF 治疗针对炎症相关疾病，如 RA、AS 等都

有效。

经过近十年的应用经验，生物制剂的疗效获得了广泛肯定，其存在的一些问题也受到临床医生的广泛关注。少部分非 TNF 致炎患者抗 TNF 治疗可能效果不佳；另一部分患者由于机体产生综合性抗体，降低了药物疗效。“国外报道约20%~30%患者会出现继发性失效。国内相对少很多，主要是在目前的中国，生物制剂的应用比较谨慎，治疗周期较短。”黄教授介绍。

黄教授表示，TNF除了致病，还有免疫监视和免疫防御功能。对 TNF 长期、持续、高浓度的抑制，理论上认为会增加肿瘤几率，但目前报道较少。TNF 的免疫防御功能抑制会导致感染几率增加，在我国主要是结核和乙肝的感染。“因此，生物制剂使用前必须进行严格筛选，若有活动性结核，则不予使用，若为潜伏性结核感染，则须进行预防性抗结核治疗。”黄教授说，“近年来国内外都在尝试对

这些患者在抗感染基础上使用生物制剂的方案，需要患者共同决策。”

规范治疗、长期管理是患者达到疾病控制及良好预后的关键。在我国，经济负担问题是导致患者生物制剂用药依从性差的主要问题，需要多方共同努力解决，为患者带去福音。今年1月1日起，修美乐等26种特药正式列入青岛市大病医保清单，实现了政府、企业、基金会、患者四方共付模式，这种模式值得借鉴。



全国风湿病学学术会议现场

痛风患者不易罹患痴呆？

台湾一项研究显示，痛风患者罹患痴呆的风险较低。（Arthritis Res Ther.2015;17:139）

痛风患者中共病现象较常见，如高血压、高血脂、糖尿病、冠状动脉疾病、慢性阻塞性肺病、心衰、卒中和慢性肾病等。75%患者

至少使用一种抗痛风药物，如秋水仙素、别嘌醇、溴苯酰苯咪唑、苯磺唑酮和丙磺舒。

基于 ICD-9 国际疾病分类编码，该研究纳入2002-2008年台湾28769例痛风患者，并与114742例健康参试者进行对照，平均63.5岁。

结果显示，随访期间，共6848例参试者被诊断痴呆（1154例血管性痴呆，5694例非血管性痴呆），其中，痛风患者组1214例，对照组5634例；痛风组中，痴呆发病率为9.51‰/年，健康对照组为12.54‰/年。研究者表

示，痛风患者两种痴呆的发生风险均较低，相比对照组，痛风患者痴呆风险下降23%。

研究者指出，该研究无法证明此种低风险与尿酸潜在神经保护作用相关，但若证明其神经保护作用，临床医生或需重新评估降尿酸治疗。

新闻速递