

2017年北京医学会风湿病学分会学术年会召开,关注“关节炎和杂病”

多思路 多途径 多学科共同攻克风湿病

本报记者 裘佳 见习记者 秦苗

“2017北京医学会风湿病学分会学术年会”于11月17-18日在京召开。本届大会以“关节炎和杂病”为专题,特邀50多名国内专家进行了精彩的大会专题发言,重点探讨了新医保实施下类风湿关节炎达标治疗,并详细解读了2016年痛风治疗指南。大会中穿插病例串烧演讲比赛,为青年医师提供展示才华的平台,为风湿学界同仁提供有益的临床诊疗思路和信息。



曾小峰教授



赵岩教授



黄慈波教授



李梦涛教授



李大生教授



田新平教授

新医保实施下 如何给风湿病患者带来获益

北京协和医院风湿免疫科李梦涛教授介绍RA(类风湿关节炎)是国家的扶贫重点疾病,RA所致关节病是我国肢体残疾的主要原因,治疗费用外加工作能力下降所致收入减少,使得很多RA家庭因病致贫比比皆是。

根据最新的国家风湿病数据中心(CRDC)显示登记的3118例RA患者中,高疾病活动度患者占

56.7%,而临床达标率只有8.2%。文献报道的常规诊疗条件下中国RA患者的临床达标率也只有8.6%,远低于芬兰、以色列、土耳其等国家。李教授指出,原因在于首先我国RA患者达标治疗认知不足,用药不规范;患者存在慢病管理教育不足等问题。由于社会经济因素导致生物制剂使用率低是中国RA临床达标率低的重要因素。

同时,CRDC数据显示RA患者生物制剂使用比例低,仅为9.3%,其中在使用生物制剂的患者中足量使用3个月以上的患者仅占22.6%。

李教授强调,“对于活动性类风湿关节炎,我们提倡的治疗理念是达标,除了达标还是达标”。而生物制剂在RA达标治疗中的地位非常重要,2016年版的EULAR(欧

洲风湿病防治联合会)指南推荐DMARD(缓解病情抗风湿药)治疗3个月未改善或6个月未达标,且存在预后不良因素即可加用生物制剂。

在新医保时代下,生物制剂用于类风湿关节炎治疗的启动时间,疗程,如何减停等临床问题,李教授提出了“诱导缓解 维持缓解 减量停药”的治疗新理念。

三种身份+菱形思维=一名合格的感染科医生

北京协和医院感染内科主任、中华医学会感染病学分会候任主委兼艾滋病组组长李大生教授介绍,作为一名合格的感染科医生一定要具备以下三种“身份”:第一是临床微生物学专家,因为感染性疾病与风湿免疫性疾病最大的区别在于,感染性疾病都有明确的病因,所有的感染性疾病都是病原菌引发;第二是临床药学家,治疗感染性疾病一般使用的抗生素,熟练掌握药物的使用原则非常重要;第三是临床免疫学专家,因为宿主免疫功能决定了感染的类型,以及诊治的结果。

李教授从系统性红斑狼疮(SLE)合并感染及其与CD4细胞的相关性从而探究免疫功能评价技术对指导成人SLE患者诊治的意义。

对比初治SLE、治疗

后SLE合并机会性感染患者的淋巴细胞亚群的变化特点得出SLE存在CD4⁺T细胞亚群分布和活化的异常;激素和免疫抑制剂治疗后患者的CD4⁺T细胞数量明显降低,SLE合并机会性感染者减少的更加明显,李教授指出,CD4⁺T细胞对机会性感染具有预警作用。

李教授介绍,免疫抑制感染的临床诊断思路为首先明确不明原因的发热是否为感染,明确感染的部位、明确致病菌,以这三阶梯为基本。最后李教授强调一位感染科医生还应该具备“菱形思维”,所谓“菱形思维”就是将临床症状和体征、复查症状和体征、实验室检查、新的实验室检查组成四边形,从而形成一个闭环思维,反复检查后得出的结论对于疾病诊断意义重大。

跟随指南看痛风

北京协和医院风湿免疫科田新平教授指出,新指南制定严格按照国际标准和规范流程,针对我国临床问题和临床实践,引入国内外痛风治疗领域新证据。

2015年ACR和欧洲风湿病联盟(EULAR)指定的痛风分类标准较1977年ACR制定的痛风分类标准的敏感度和特异度方面更高,建议使用2015年的痛风分类标准。

◆更新解读:旧指南使用1977年ACR制定的痛风分类标准,该标准只适用于急性痛风患者,并不适用于间歇性和慢性痛风患者分类诊断。新版指南采用2015年的分类标准,次标准纳入临床参数、实验室参数和影像学参数综合分析,可用于痛风急性期和间歇期,能有效地将痛风从其他疾病中区分出来。

推荐2 对临床表现不典型的痛风疑似患者,可考虑使用超声检查受累关节及周围肌腱与软组织以辅助诊断。

推荐3 对尿酸正常的痛风疑似患者,在医院有关设备和条件允许的情况下,可考虑使用双源CT进行辅助诊断。

◆更新解读:在诊断方面,超声检查和双源CT不仅仅作为痛风分类中的要素,新版指南更是直接将其列入辅助诊断方法进行推荐,是基于目前的循证证据做出的推荐,强调了新的无创关节检查在痛风关节炎中的价值。

推荐4 痛风急性发作期,推荐及早(一般应在24h内)进行抗炎止痛治疗。

推荐5 痛风急性发作期,推荐首先使用NSAID(非甾体抗炎药)缓解症状。

◆更新解读:旧指南明确指出痛风急性发作期应及早、总量使用NSAID、秋水仙碱、糖皮质激素,3种药物均属于一线用药,并未指明NSAID的地位。在近年来国内外痛风指南里,主张痛风急性发作期的用药时间为12-24h甚至更早,NSAID应该作为首选用药。

推荐6 降尿酸治疗指征更清晰,尿酸目标<6mg/dl,对于急性痛风关节炎发作>2次/年,有慢性痛风关节炎或痛风石的患者进行降尿酸治疗,尿酸水平稳定控制在<6mg/dl。

推荐7 痛风患者在进行降尿酸治疗时,促进尿酸排泄药,建议使用苯溴马隆;抑制尿酸生成药物,建议使用别嘌醇或非布司他。

◆更新解读:在中国苯溴马隆被临床广泛运用,其安全性和有效性高与丙磺舒。新版指南根据国情促进尿酸排泄药物唯一推荐苯溴马隆,Ccr>20ml/min时无需调整剂量。作为抑制合成降尿酸药物,非布司他的安全性和有效性优于别嘌醇。

推荐8 痛风患者在降尿酸治疗初期,建议使用秋水仙碱预防急性痛风关节炎复发。

◆更新解读:开始使用降尿酸药物时,必然带来尿酸水平波动,诱发或加重痛风性关节炎。旧指南降尿酸时使用低剂量秋水仙碱或NSAID至少1个月,新版指南仅推荐秋水仙碱不再推荐NSAID,至少3-6个月,与国外指南推荐一致。

推荐9 调整生活方式有助于痛风的预防和治疗。痛风患者应遵循下述原则:(1)限酒;(2)减少高嘌呤食物的摄入;(3)防治剧烈运动或突然受凉;(4)减少富含果糖饮料摄入;(5)大量饮水(每日2000ml以上);(6)控制体重;(7)增加新鲜蔬菜的摄入;(8)规律饮食和作息;(9)规律运动;(10)戒烟。

图片新闻



由北京协和医院风湿免疫科、国家风湿病数据中心、北京医学奖励基金会倡议发起,全国从事风湿免疫疾病防治工作的医疗机构、社会组织、产学研单位共同组建的中国风湿免疫病医联体联盟11月19日在京成立。联盟理事长曾小峰教授上台向参会嘉宾介绍了联盟的成立背景、宗旨、章程和未来的工作重点,并欢迎全国各地各级风湿免疫科室及社会相关企业、机构积极加入医联体联盟,共同为推动中国风湿免疫病诊疗事业的发展贡献力量!