

中国首份类风湿关节炎发展报告出炉

类风湿关节炎患者通过规范治疗才能获益

▲《医师报》融媒体记者 王丽娜



曾小峰教授

7月11日，国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心与国家风湿病数据中心发起并编撰的《类风湿性关节炎发展报告》发布。该发展报告由北京协和医院风湿免疫科曾小峰教授和田新平教授执笔。这是目前中国类风湿关节炎（RA）领域首份全面展现了RA最新流行病学资料、临床特征、诊治现状，学科资源与发展现状以及对学科未来展望的发展报告。曾小峰指出：“几十年来我国RA诊疗水平已经取得了巨大进步，但由于RA主要呈现患病多、病程长、中重度患者多以及并存疾病多的‘四多’特征，这些都为RA的防治与改善远期预后带来了巨大的挑战。同时，仍存一些亟待解决的问题。”



扫一扫
阅读关联全文

认识程度低仍为“短板”

发展报告指出，RA的预后与病程、关节破坏情况和启动抗风湿药物治疗的时机密切相关。强调早期诊断、早期治疗是阻断或延缓关节结构破坏、阻止关节发生畸形与残疾、改善预后的根本措施，可避免或显著减慢多达90%患者的关节损伤进展，从而预防不可逆的残疾的发生。

控制RA的最佳“治疗机会窗”为发病后的1年之内。然而，田新平教授指出，目前我国仍存在风湿免疫病专业知识普及程度低的问题，漏诊和误诊现象仍比较普遍，

尤其在基层医疗机构。据CREDIT数据显示，我国RA患者从出现症状到确诊的时间间隔平均为2.1年。

“由于对RA规范治疗的重要性认知不足，有些患者在诊断时即已错过治疗的最佳时间窗；有些患者一旦症状缓解就自行停药，导致疾病循环往复，逐渐加重最终导致严重的不良预后。”

因此，有必要全民普及RA的疾病知识，做到早期诊断、早期治疗、规范治疗、快速达标、严密监测和定期随访。”曾小峰教授表示。

治疗达标率不足三成 规范及达标治疗有待加强贯彻

目前在我国RA常用治疗药物的使用率远低于国际水平，且药物不规范使用问题也较突出，如药物使用疗程不足或同一种药物长疗程、大剂量等不规范使用问题比较突出，

发展报告显示，目前我国仅RA患者约有500万。但风湿免疫专科医师无论从数量上还是质量上都无法满足患者的需求，存在较大缺口。

尽管随着2015年“一市一科一中心”学科建设活动的推广，成立独立风

湿免疫专科的医院已增至100余家，相关从业人员也增至12189人，但“缺医”问题仍是风湿界目前面临的重大困境。

RA的达标治疗也有待贯彻。曾小峰教授解释说：“达标治疗是目前RA临床治疗的核心策略。”但根据2019年12月CREDIT的数据，我

国RA患者的达标率仅为28.65%，且近半数患者治疗1年仍未达标。

未达标的患者经过1年的严密监测与积极调整治疗方案，1年后RA患者的达标率可以提高到

67.07%。“这一方面说明在我国贯彻达标治疗确能提高RA患者的达标率，改善患者的预后，同时也充分说明，在我国实行RA的达标治疗是可行的。”田新平教授表示。

专业从业人员严重不足 扩充专科医师队伍势在必行

湿免疫专科的医院已增至100余家，相关从业人员也增至12189人，但“缺医”问题仍是风湿界目前面临的重大困境。

让人感到欣慰的是，2019年国家卫健委发布《综合医院风湿免疫科建设与管理指南（试行）》，提

出要促进和加强综合医院对风湿免疫学科的建设与管理，以不断提高风湿免疫病的诊治能力和规范化水平。

“该政策的出台无疑是我国风湿免疫科快速发展的东风。”同时，曾小峰教授也希望能以此政策

为契机，并借助发展报告对RA防治现状与主要问题的客观认识和全面了解的基础上，制定相应学科发展方略，进一步加速风湿免疫科学学科发展和建设，加强风湿免疫科专科培训基地建设，扩充风湿免疫病专科医师队伍。

中国痛风诊疗规范发布

痛风规范诊疗亟待解决：注重长程管理 长程达标

近期，基于目前已有的诊疗进展，为规范并推广痛风的诊断和治疗手段，中国医师协会风湿免疫科医师分会痛风专业委员会撰写了《痛风诊疗规范》，在痛风的分类诊断、临床分期、生活方式管理、降尿酸治疗以及抗炎治疗等方面进行了详尽阐述，以规范痛风和高尿酸血症的诊疗水平，改善患者预后，提高患者生活质量。

诊断与评估 规范建议，对每一位疑似痛风的患者，均有必要进行关节滑液的晶体鉴定或可疑痛风石的检测，在发作关节发现单钠尿酸盐（MSU）晶体是痛风诊断的强有力证据，但关节滑液检测MSU晶体阴性，并不能排除痛风的诊断，这与穿刺技术有着非常重要的关联。近年来，影像学检查在痛风和高尿酸血症中的应用不断推广，尤其是关节超声和双能CT。2018版EULAR更新的痛风诊断循证专家建议提出了痛风临床病程新分期，包括无症状期和有症状期，

前者又分为无症状高尿酸血症期和无症状MSU晶体沉积期。

慢病管理 痛风和高尿酸血症患者管理是防治高尿酸血症与痛风的基础，科学的防治方法是患者在医师的帮助下，对疾病及自身情况充分了解后，与医师共同制定并执行治疗方案，注重长程管理，长程达标。

降尿酸治疗的时机 规范中提出，痛风急性期症状控制2周后启动降尿酸治疗。因血尿酸波动可诱发或加重痛风性关节炎，短时间内的降尿酸治疗对血尿酸长程达标无明确获益。除非出现血、尿中尿酸水平急剧上升时，可考虑紧急降尿酸治疗。

痛风性关节炎的预防性治疗 在降尿酸治疗起始3~6个月，血尿酸急剧下降

反而易诱发急性痛风的发作。因此，推荐给予预防急性痛风发作的药物。药物的选择根据合并症/并发症以及患者喜好等个体化情况而定，一般预防用药3~6个月。

碱化尿液 2019年ACR会议公布痛风临床实践指南草案提出，碱化尿液无足够循证医学依据，故不推荐。若患者有泌尿系尿酸盐结石，或者服用促尿酸排泄药物者，应进行碱化尿液治疗。过度碱化尿酸，容易诱发泌尿系磷酸钙、碳酸钙结石的发生。



阅读关联全文
扫一扫



年轻女性出现急性腹痛 别误诊！

▲上海交通大学医学院附属仁济医院风湿科 吕良敬

临床上，若年轻女性出现急性腹痛应考虑SLE可能，可根据2012年相关学会制定的系统性红斑狼疮（SLE）分类标准以明确诊断。

SLE是一种非器官特异性的自身免疫病，8%~40%的SLE患者可累及胃肠道，但SLE的分类标准至今未能涵盖胃肠道表现，有些患者以急性腹痛或腹泻等为首发症状而就诊于消化科、普外科或急诊科，常导致误诊、误治，部分患者甚至因贻误诊治时机而死亡。

SLE合并腹痛病死率最高达半数

SLE患者病情活动累及消化系统的临床症状无特异性。胃肠道是SLE累及消化系统最常见的部位，占SLE腹痛患者的29%~65%。有研究提示SLE合并急性腹痛的病死率最高可达50%，因此，早期诊断、及时处理对患者的预后很重要。狼疮肠系膜血

管炎是最常见的临床表现，其次是假性肠梗阻、蛋白丢失性肠病和其他少见的并发症，如脂膜炎、IBD等。

腹部增强CT检查有助于疾病早期诊断

SLE活动累及胃肠道无特异性血清标志物，因此需要根据其他临床线索来鉴别胃肠道感染、药物不良反应或其他消化系统疾病相关的共病等因素。

目前尚未发现与SLE胃肠道病变相关的特异性自身抗体。其实实验室检查指标往往表现为SLE活动性的整体改变。腹部增强CT检查有助于SLE胃肠道累及的早期诊断。

对于SLE胃肠道累及的患者，其胃镜和结肠镜检查可以显示黏膜缺血或溃疡改变，然而黏膜下层的活组织检查标本不易获取，且因其病理改变多表现为慢性非特异性炎症，黏膜层组织病理对诊断的价值



吕良敬教授

并不高。

及时治疗至关重要

针对SLE胃肠道累及的治疗，因缺乏相关大规模临床研究和循证医学证据，目前尚缺乏特定的治疗指南。早期诊断、综合评估、及时干预对病情控制至关重要。

总体的治疗原则是保护脏器，控制疾病活动，辅助支持治疗，防治继发感染和减少相关药物的不良反应，必要时采取手术治疗。



阅读关联全文
扫一扫