

风湿病科普丛书

中山大学 附属第三医院
THE THIRD AFFILIATED HOSPITAL OF SUN YAT-SEN UNIVERSITY

今日风湿家园

第四辑

JINRI FENGSHI JIAYUAN

总主编 古洁若

暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

风湿病科普丛书

今日风湿家园

第四辑

JINRI FENGSHI JIAYUAN

总主编 古洁若

中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

今日风湿家园. 第4辑/古洁若总主编. —广州: 暨南大学出版社, 2014. 6
ISBN 978 - 7 - 5668 - 1023 - 6

I. ①今… II. ①古… III. ①风湿性疾病—诊疗 IV. ①R593. 21

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 095050 号

出版发行: 暨南大学出版社

地址: 中国广州暨南大学

电话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)

传真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

邮编: 510630

网址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

排版: 广州市科普电脑印务部

印刷: 广州家联印刷有限公司

开本: 787mm × 1092mm 1/16

印张: 4.5

字数: 100 千

版次: 2014 年 6 月第 1 版

印次: 2014 年 6 月第 1 次

定价: 16.00 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

专家顾问团 (按音序排名)

顾越英 栗占国 刘泽星 唐福林 汤美安 吴东海 尹培达 张奉春

名誉主编 (按音序排名)

陈顺乐 董 怡 施桂英 游苏宁 余步云 余得恩

总主编 古洁若

主编 (按音序排名)

鲍春德 苏 茵 孙凌云 曾小峰 朱 平

本辑执行主编 吴玉琼

编委 (按音序排名)

毕黎奇	蔡道章	柴克霞	陈进伟	陈 盛	陈小青	程永静	褚爱春	达展云	戴 冽
戴生明	丁 峰	董凌莉	窦祖林	冯学兵	方勇飞	高 薇	高冠民	宫 怡	巩 路
龚五星	关 彤	郭惠芳	郭紫石	韩 锋	何 岚	何东仪	何伟珍	何善智	何羿婷
胡绍先	胡昔权	黄慈波	黄华扬	黄建林	黄清春	黄胜光	黄文辉	黄向阳	姜林娣
蒋 莉	金 欧	雷 玲	冷 南	冷晓梅	李彩凤	李彩萍	李 娟	李洪斌	李 龙
李 芹	李秋霞	李天旺	李 霞	李向培	李小峰	李晓霞	李兴福	李 洋	李忆农
李占全	李振彬	厉小梅	梁 晶	廖兢业	廖泽涛	林昌松	林 华	林 进	林 玲
刘冬舟	刘华锋	刘花香	刘久英	刘尚礼	刘升云	刘湘源	刘 毅	吕良敬	卢 昕
吕昭萍	马武开	梅轶芳	穆 荣	潘云峰	齐文成	钱 龙	饶家珍	荣 举	戎利民
邵凤民	沈凌讯	沈 鹰	施春花	孙维峰	孙维生	谭志明	唐加明	陶 怡	王彩虹
王国春	王 海	王吉波	王 昆	王美美	王庆文	王晓非	王 铁	王永福	韦 锋
魏艳玲	文 彬	吴恒莲	吴花香	吴启富	吴炜戎	吴玉琼	吴振标	伍沪生	武丽君
毋 静	肖长虹	肖文豪	徐沪济	徐 健	徐建华	许亦多	薛 静	杨程德	杨念生
杨 敏	杨少峰	叶 霜	叶珊慧	叶志中	于清宏	余俊文	袁国华	曾华松	詹 锋
张剑勇	张缪佳	张 文	张 晓	张晓莉	张亚萍	张志毅	张卓莉	赵 斌	赵东宝
赵丽珂	赵 岩	郑 毅	周 彬	周惠琼	周 毅	竺 红	邹和健	邹和群	左晓霞

通信编委 (按音序排名)

程 鹏	董 静	方霖楷	高 静	郭兴华	胡载颖	黄志祥	林东方	林书典	林智明
刘 谓	龙 丽	罗雄燕	吕 青	满斯亮	祁 军	戚务芳	邱敏丽	施宏莹	施治青
史旭华	苏 娟	孙 琳	孙文闻	汪荣盛	王丽萍	王志强	王卓龙	魏 蔚	吴晓丹
谢颖颖	颜淑敏	杨 静	杨明灿	余 莲	张 娟	张兰玲	张 芹	张胜利	张 曦
张艳丽	张永锋	赵 义	朱欣航						

编辑委员会总秘书 金 欧

编辑部秘书 (按音序排名) 郭兴华 林东方 吕 青 袁日威 张 曦

编辑部: 中山大学附属第三医院风湿免疫科

地址: 广州市天河路600号综合楼16楼风湿科办公室 (510630)

E-mail: rheumtoday@163.com

电话: (8620) 85253396 ; (86) 13822115250

传真: (8620) 85252701 ; (8620) 85253396

目 录

人物专访篇

我与风湿热作斗争/余步云	1
老师邓家栋教授给予我的恩惠/尹培达	3
“路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”/张曦（采录）	5
痛风：一个古老疾病面临的新挑战/廖泽涛（采录）	8

专家门诊篇

系统性血管炎诊治有新认知/赵岩	11
如何寻找“不明原因发热”的蛛丝马迹/杨程德	13
系统性硬化病的诊治——风湿病的硬骨头/徐建华	15
肝脏的“隐形杀手”——自身免疫性肝病/王轶	20
结缔组织相关间质性肺病的早期诊断和干预/朱平	22
喜欢“捡骨头”的生物制剂丢失/李海波	25
磁共振检查对自身免疫疾病的神经病变检出率高/潘速跃	28
从“骨微结构改变”看风湿病相关骨质疏松症/谭丽珊	30
超声检查诊断类风湿关节炎的价值不容忽视/林东方	33
纳差、黄疸和腹胀患者要警惕系统性红斑狼疮/赵进军、杨敏	35

药闻天下篇

民族制药工业发展史上的一大步/孙飘扬	37
英夫利西单抗治疗类风湿关节炎和强直性脊柱炎的参考意见更新	39

杏林感悟篇

时间的无言 生命的目送/游苏宁	42
成就强大自己，必须十大坚持/师华读后感	47
眼患葡萄膜炎，警惕强直性脊柱炎/李海波	49
小小关节镜，让青年重返大健康/任建华	51

患者故事篇

病人感谢信/张菱	53
治疗类风湿关节炎——切莫轻信“特效药”/赵艳	55

爱心瞭望篇

让强直性脊柱炎患者年轻的生命更加精彩	57
合肥国际关节炎高峰论坛召开/徐建华、丁长海、徐胜前	59

健康随行篇

类风湿关节炎规范性康复治疗专家建议/汪荣盛	61
关节养生操/汪荣盛	64
避免可能加重关节痛的行为	66

我与风湿热作斗争

中山大学附属第三医院风湿科 余步云



我是从20世纪60年代开始从事风湿热研究的。当时，风湿性心脏病（风心病）的发病率很高，占了心脏病住院患者的30%~40%。于是，在我的导师——林柏荣教授的倡导下，我开展了这一项课题的研究。

当时的我，还是一名年轻医生，在亲眼看见了不少人因患上风心病而丧失了劳动能力、中年人因患病而早逝、不少家庭在困境中崩溃后，深深地感觉到自己有责任帮助这群患者，并努力解决这类严重危害群众健康的疾病，于是积极地参与到这项课题研究中来。

控制风心病，首先要从研究风湿热、建立风湿热动物模型入手。由于当时条件不足、设备简陋，在密切接触致风湿热的链球菌过程中，我感染了细菌，患上了严重的风湿性心肌炎。当时，我发热持续了8个月，主动脉瓣出现明显杂音，心功能严重减退，常常因心悸、气促而不得不停止一些轻微的活动，就连吃一两白米饭，也得得分两次才能吃完。不少人劝我放弃此项研究，但我意识到既然在近似的条件下我能患上风湿性心肌炎，那么，动物模型成功的概率就会很高，绝不应放弃！

病情好转后，我继续进行研究。1965年，我终于成功创造了国内首个、国际上第二个典型的家兔风湿性心肌炎动物模型。经病理学家梁伯强教授及李瑛教授鉴定，在后来的20年中，这一模型在各项研究中发挥了重要的作用。20世纪80年代初期，我建立了有诊断风湿性心肌炎意义的方法——促凝血活性实验。由于这一方法是以致病的链球菌膜为刺激原，所以具有较高的特异性和敏感性，是国内外诊断风湿性心肌炎最有效的化验室诊断方法。与此同时，我还在前人的基础上，摸索出一套高疗效、

低副作用的治疗和预防风湿热的用药方案。

迄今为止，只要积极配合我治疗的风湿热和风心病患者，极少出现病情恶化或复发的情况。我追踪治疗了一些有 20 年至 50 年病史的患者，有的近在广州，也有的远在美国三藩市、日本东京，他们跟我保持着紧密的联系，建立了亲密的友谊。记得有一位患者，7~8 岁时患上风湿性心肌炎，以至于心律失常，多方治疗无效，在我给她诊治后，病情被控制了近 40 年。再复发时，她已是一位 40 多岁的高端企业工程师……

在全球医务工作者数十年的努力下，风湿热和风心病的发病率逐年下降，该病的严重程度逐渐减轻，这是非常值得庆幸的事。过去的 50 多年，我在十分繁忙紧张的临床和行政工作之余，艰辛地挤出时间进行风湿热的研究。我深切地体会到：只有坚持不懈，以最大的决心和毅力克服一切困难，才能取得今天的成就。作为一名医生，最大的幸福是看到自己的患者病情好转和康复、自己曾参与战斗的疾病得到控制。我想这不单独是我个人的感受，也是所有医务工作者的切身感受和快乐人生的重要组成部分吧！没有付出，就没有回报；没有艰辛，就不能享受到克服困难之后的快乐！愿与同道共勉。

面对当前纠结不清的医患关系，我希望通过个人的切身经历和体会，告诉我们亲爱的病友们：医生和患者是同一阵营的战友，我们共同的敌人是“疾病”。患者生病时是痛苦的，他们付出了健康，但医务人员也同样付出了他们的精力和心智。医患之间是忧患共戚、喜乐与共的！尽管在医务人员队伍中存在个别不负责任的案例，但毕竟是少数，我们应该相信绝大部分医务人员为战胜疾病、减除患者的痛苦付出了最大的努力和心血，有的甚至奉献了自己的健康和珍贵的生命！医患之间，绝非是消费与销售的关系，而是同一个战壕的亲密战友。只有密切合作，加强沟通和理解，才能战胜共同的敌人——疾病！愿与广大的病友共勉。

老师邓家栋教授给予我的恩惠

中山大学附属第一医院风湿科 尹培达



今年的教师节，我科师生聚会于广东清远的一个度假村，晚宴前大家兴高采烈地交谈一年来生活、工作、学习和科研的趣事，同学们也要我谈谈自己的体会。

我想，在我将达“八十高龄”的医生生涯里，最值得和大家分享的，是令我终生难忘的，并让我一生受益的事。那是在 50 年代，我第一年做住院医师期间的一件事，那时我正在北京协和医院内科工作和学习。

协和医院培养住院医师是很严格的，实行的是严谨的 24 小时值班制住院医师制度。比如，医生每天必须完成当天住院部新病人的住院病历、三大常规、简单生化检查等。协和医院有很多老师都是全国顶级著名的教授。例如，内科消化科的张孝骞，血液病学的邓家栋，内分泌学的刘土豪，热带病学的锺惠兰、张乃峥等。有一天晚上 10 点多，我接到一位 25 岁的发热半个多月的女病人，体查除了体温高达 38.8 度，轻度贫血，心尖区有吹风样收缩期杂音外，没有其他特殊发现。因当晚工作很忙，所以我匆匆忙忙写了病历，在诊断书上不假思索地写了个“发热待查”，想着还是等住院后再慢慢查明原因吧，就没写上“可能性最大”的疾病名称。

第二天上午是邓家栋教授查房。我向邓教授报告了该病人的病历，邓教授听完后，先给病人进行了床边查体，然后就问我：“你考虑可能性最大的是什么病？你写‘发热待查’是很不负责任的。病人住院就是希望医生给她最好的诊断和治疗考虑，医生在进行了问诊和体检后，应有一个可能性最大的诊断，这样才会有一个检查目标，有的放矢地检查，否则就会无目的地撒网式检查，增加病人检查的痛苦和医疗费

用。这样子，你既可以多动脑筋，在实践中不断学习，还能提高你的诊疗技术。”邓教授说这番话的时候，有很多医生在场，我觉得很没面子，很难过。后来，邓教授根据病人的情况作了仔细分析，他认为病人可能是感染性疾病，因心尖区听到心杂音，所以考虑应是心内膜炎的可能。后经检查证实，果然是“亚急性细菌性心内膜炎”。经过规范的抗菌治疗，病人后来痊愈出院。

这件事给了我深刻的教育，让我终生难忘，至今记忆犹新。从此，在我从医近60年的时间中，无论在门诊还是在病房工作，对病人的诊断我不再写“待查”两字。每个病人来看病，我一定给他一个可能性最大的诊断。即使考虑把握不大，也表示自己尽了责任，并一定交代病人要定期复查。老师的这些教导，教会了我做医生时时刻刻需要遵守的、最起码的要求和准则——认真负责。今天，我成为受人尊敬的名医，让我感慨最深的还是邓老师的这番话。我将永远、永远感谢他的教导！

“路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”

——对中国风湿病大型数据库的建立和应用的呐喊

中山大学附属第三医院风湿免疫科 张曦（采录）

在美丽羊城举行的“2013年广东省医学会风湿病学术会议暨第八届粤港风湿病学研讨会”上，中华医学会候任主任委员——北京协和医院曾小峰教授向参会的广大同仁详细分析了当前中国临床研究的现状及症结所在，以及目前存在的机遇及可采取的对策；就如何提高中国风湿病的诊治水平，他认为建立中国风湿病大型数据库及应用是当今最重要的一环，并以中国系统性红斑狼疮研究协作组的成立和工作为例进行了解析，强调了多个环节、多方重视和医患共同合作等的重要性。

一、证据输入国的尴尬现状

曾小峰教授对我国的临床研究现状作了系统的分析后，指出我国面临着证据输入国的尴尬，这主要表现在：①从全球范围来看，我国临床研究数量明显不足，仅占全球数量的2.7%，仅为美国的5.6%；②我国还缺乏以临床为导向的创新性和转化性研究，能够改变临床实践的研究很少；③中国应用的临床指南绝大多数出自西方，少有源于中国的一手证据，这可能导致我国的临床实践对中国患者的危害比发达国家的更大。最后，他特别强调由于生物学特征、生活习惯、文化背景、所处的临床环境和所利用的医疗设施等的差异，中国人群有自己的独特性，因此中国绝不应该只是证据输入国，而应该是证据输出国。

二、临床观念和研究平台缺失为症结所在

我国临床研究成果产出低下，散种零收，良莠不齐，难以符合国际规范，与所占有的临床资源不相匹配。他特别指出这种落差主要是源于研究观念、运作方式、研究能力等诸多方面的欠缺，具体来说有以下几个方面：①我国临床研究观念较为落后。②没有建成专业化临床研究平台与队伍。③缺乏专业、系统、规范化的综合性临床研究平台，导致研究持续性不足，数据共享不理想。④临床资源利用不充分，研究成果向临床实践和医疗服务相关产业的转化不足。⑤临床对医疗卫生政策的指导和支持力度也不够。

三、我国临床研究的发展机遇

1. 全球处于“极度干旱”状态

曾教授强调虽然我国临床研究存在着很多问题,发展面临着种种困难,但放眼全球,临床研究都处于“极度干旱”状态,所以对我国临床研究的发展而言,存在很大的机遇。目前在国际上最有影响力的16个指南共2711条建议中,具有确凿证据的仅占11%,半数以上建议仅来自于专家意见,难以满足临床需要。

此外,国外很多研究的设计近似于盲人摸象,研究者只针对自己感兴趣的问题开展研究,因此提供的证据往往具有片面性,符合真正临床实践需要的决策证据仍严重不足。对我国而言,临床病例多集中在大医院,相对易于组织,开展临床研究处于相对低成本、高顺应性时期,这是我国相对国外同行而言开展临床研究的优势。

最后,他介绍了由阜外心血管病医院与英国牛津大学临床试验中心共同组织实施的、一项覆盖中国1200多家医院的急性心肌梗死的随机对照研究,以及首都医科大学附属北京天坛医院副院长王拥军教授领衔的CHANCE研究的成功经验,让广大同仁充分意识到:我国具有独特而丰富的人群资源,我国有能力成为证据输出国。

2. 从“作坊式”到“大工业生产”的对策

中国的临床研究要突破困局,首先,要转变观念,树立临床医生都应是临床研究者的理念。其次,要从“作坊式”运作变成“大工业生产”,搭建专业化临床研究平台,促进研究队伍“从游击队变成正规军”。此外,他特别强调:一项大型多中心研究所建立的网络合作平台必须是系统性的、可反复利用的,而不是做一个研究就建一个平台;中国开展临床研究应建立广泛的研究协作网络,要保证协作网络的可持续利用,以及研究成果的有效转化。

3. 风湿病研究的现状和重大机遇

生命科学在21世纪得到了蓬勃发展,并取得了丰硕的成果,为探讨人类疾病的发生、发展提供了新的思路和方法。随着基因组、蛋白质等分子生物学技术的不断创新,生物信息学在生命科学中的广泛应用及其产生的重大基础研究成果,为生命科学研究带来了前所未有的深度和广度,使疾病的诊治变得个体化、精确化,使得当前很多“绝症”有了治疗的可能和治愈的希望。随着生命科学日新月异的发展,如何将基础医学的重大进展转化到临床医学实践中去,显得越来越重要。目前国家自然科学基金、科技部“十二五”计划均把转化医学研究列为重要的研究方向与内容,而转化医学也正是风湿病研究的重大机遇。

目前医学科学的发展趋势为大医学、系统生物学、多学科合作和多领域合作。风湿性疾病作为全身多系统受累的疾病,风湿科医生在理论学习及临床实践的过程中逐渐养成了整体的观念,其所研究范围涉及基础、临床及全身多个系统,因此,风湿科

医生最有希望成为多学科及多领域合作的纽带。

此外，风湿性疾病在我国患病率高，所以，曾教授认为，我国风湿病学研究存在很大的机遇。但同时他也提到，我国风湿病学研究存在很多问题。他特别提出并分析了我国在 SLE（系统性红斑狼疮）研究中的问题，例如，缺乏规范化的 SLE 生物标志物检测标准，缺乏适应我国 SLE 人群特点，并有询证医学依据的诊断评估和综合治疗指南，缺乏全国范围的患者登记注册数据库平台，缺乏大样本的多中心前瞻性研究。

总而言之，曾教授认为，虽然我国风湿病学研究存在很大的发展机遇，但目前我们并不知道我国风湿病的家底。因此，为了促进风湿病临床研究的发展，我们应当建立自己的临床医学数据库及生物样本库，这也是转化医学研究的最佳应用平台。

四、从 CSTAR 到 CRDC 的建立和应用看将来

自中国系统性红斑狼疮研究协作组（Chinese SLE Treatment and Researcher Group, CSTAR）成立以来，我们逐渐完善了对我国系统性红斑狼疮患者临床诊疗的数据，尤其是对生物样本的收集，构建了全国多中心、规范化、协调的、可持续发展的临床诊疗资料及生物样本库。本协作组的初步研究成果，已得到国际社会的广泛认可，并揭示了我国狼疮患者发病具有独特性，这将有助于针对中国人群诊治指南的制定。

2011 年，在卫生部医管司的领导下，在 CSTAR 的基础上中国风湿病数据中心（Chinese Rheumatoid Disease Center, CRDC）成立了。CRDC 致力于打造中国风湿病研究的航空母舰，建立可持续发展的研究模式，以期在我国风湿病临床信息资料库的基础上，能通过应用基础医学的技术和知识，进行发病与防治机理的研究，即转化医学研究；也能通过应用临床流行病学的专业知识及技术，进行询证医学研究。最终，通过进行医学前沿研究、发表高质量的科研论文，来制定适合国情的临床诊疗指南及相关卫生法规，实现我国风湿病患者、医生、医院、国家利益的最大化。

最后，曾教授用“路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”来形容我国风湿病学临床研究的任重而道远，但他认为“面包总会有的”。笔者也坚信，在国家政策的扶持下，在广大风湿病学领域同仁的努力下，我国风湿病学临床研究定会如春日里的羊城一样姹紫嫣红、欣欣向荣。

痛风：一个古老疾病面临的新挑战

中山大学附属第三医院风湿科 廖泽涛（采录）

痛风是一个古老的疾病，早在古希腊时代，希波克拉底就详细描述了这种疾病。在现代医学中，痛风被定义为嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病和/或尿酸排泄障碍所致的血尿酸增高的一组疾病，特征表现为：起病急骤，在数小时之内受累关节即可出现明显的红、肿、热、痛，严重情况下可引起关节变形、肾脏受累等严重并发症。高尿酸血症是痛风病变发展中的一个极其重要的阶段。近年来医学界针对高尿酸血症的诊治，以及新型降尿酸药物的研发取得了许多新的进展。但同时也有许多争论，尤其是在新诊疗手段的体会方面。

在2013年9月28日广东省风湿病学学术年会上，复旦大学附属华山医院风湿科邹和建教授在访谈中特别强调了如下几点：

一、何时需要开始降尿酸治疗

关于“无症状的高尿酸血症是否需要治疗、何时进行治疗”的问题一直是争论的焦点。激进派认为，高尿酸血症是痛风的主要病理基础，不仅会导致痛风的发生，还会累及全身多个系统，是心血管不良事件的独立危险因素，还可以引起肾脏的损害，因此，应该积极进行降尿酸治疗。但这样一来就会带来巨大的经济社会负担。以上海市为例，高尿酸血症发生率约为10%，如果全部进行降尿酸治疗，即使是使用最普通的药物，一年的治疗费用也会以数十亿元计，而且这还不包括药物副作用（尤其是别嘌呤醇过敏）带来的风险和治疗费用，因此对降尿酸治疗应该有所选择。

中华风湿病学会、中国医师学会心血管医师分会和内分泌医师协会都对高尿酸血症的治疗提出了自己的共识，其标准并不一致。国内胡大一教授等提出的共识综合了多个指南的观点，总体上有这几点：①所有无症状的高尿酸血症患者均需进行生活方式改变（低嘌呤饮食），尽可能避免服用使血尿酸升高的药物；②无症状HUA合并心血管危险因素或心血管疾病时（包括高血压、糖耐量异常或糖尿病、高脂血症、冠心病、脑卒中、心力衰竭或肾功能异常），血尿酸值 $>8\text{mg/dl}$ 应给予药物治疗；无心血管危险因素或心血管疾病的HUA，血尿酸值 $>9\text{mg/dl}$ 应给予药物治疗。治疗的初级目标是使血尿酸值 $<6\text{mg/dl}$ ，最终治疗目标为血尿酸值 $<5\text{mg/dl}$ 。

二、降尿酸药物的选择要规范

1. 别嘌呤醇

别嘌呤醇（allopurinol）是黄嘌呤氧化酶（xanthine oxidase）的抑制剂，于1996

年获得美国 FDA 批准，在过去 40 多年中是使用最为广泛的降尿酸药物。别嘌醇价格低廉、历史悠久。其药理机制是“从源头”控制尿酸，而且可用于肾结石和肾功能不全的患者，因此在西方长期被作为首选药物。但值得警惕的是，别嘌醇可能引起各种药疹，轻者如固定性红斑型、麻疹样红斑型、荨麻疹型、玫瑰糠疹型；重者包括重症多形红斑型、大疱性表皮坏死松解型和剥脱性皮炎型，一旦发生 Steven-Johnson 综合征，致死率高达 30%~50%。

在体内，别嘌醇很快被黄嘌呤氧化酶代谢为活性产物羟别嘌醇，羟别嘌醇被认为是别嘌醇的主要活性成分，也是引起不良反应的主要物质。别嘌醇药疹的发生与 HLA-B5801 密切相关，中国人群的 HLA-B5801 阳性率远高于西方白种人，大约为 15%，服药发生皮疹者几乎 100% 呈阳性，无皮疹者其阳性率与正常人群相当，该基因阳性的个体发生别嘌醇药疹的危险性是阴性个体的 580 倍。由此，邹和建教授呼吁：应该把 HLA-B5801 基因检测作为处方别嘌醇前的一项常规检查，从而尽量避免药疹的发生。

2. 苯溴马隆

苯溴马隆 (benzbromarone) 属于促尿酸排泄药，可抑制肾小管重吸收，增加尿酸排泄，用于尿酸排泄减少型患者，以及对别嘌醇过敏或疗效不佳者。起始剂量 25mg/d，渐增至 50~100mg 每日一次。

3. 尿酸酶

目前国外使用的尿酸酶是聚乙二醇化重组尿酸氧化酶，用法为每两周一次，静脉注射，由于价格昂贵，即使在美国，也不被用作痛风的常规降尿酸用药，而且它还存在尿酸酶的过敏反应和耐药现象。

4. 非布司他/非布索坦

非布司他是一种非嘌呤类黄嘌呤氧化酶抑制剂，2009 年获得美国 FDA 批准用于治疗痛风和高尿酸血症。由于它主要经过肝脏代谢，仅有 3% 经肾脏排泄，所以肾功能异常者不需要减量。推荐剂量为 40mg 或 80mg，每日一次。不推荐用于无临床症状的高尿酸血症。

三、双能 CT——具有划时代意义的痛风诊断新技术

双能 CT 是一种新的 CT 检测手段，主要原理是使用两个不同分布的能谱对物体进行成像，从而具有较高的检测精度和材料识别能力。它对痛风的诊断意义主要体现在以下几个方面：

(1) 对症状不典型的疑似痛风，双能 CT 可以清晰显示尿酸盐结晶状态，包括尿酸盐结晶沉积的部位、形状、大小、数量以及受累部位是否伴有软组织肿胀、骨侵蚀等因素，改变了以往只能通过关节穿刺偏振光显微镜检查获得尿酸盐结晶沉积证据的

限制，对于不典型痛风的诊断是一个巨大的进步。

(2) 对疗效考核方面，双能 CT 可以直观地显示痛风患者的关节尿酸盐结晶数量，因此可以对比痛风患者治疗后的尿酸盐清除情况，从而指导治疗方案的调整。

对于如何降尿酸治疗，双能 CT 可以提供很好的参考。目前有两个常见问题常常困扰临床医生，即：对于无症状的高尿酸血症患者是否需要降尿酸治疗？对于血尿酸已降到治疗范围的痛风患者是否需要继续降尿酸治疗？对于这些困惑，双能 CT 给出了明确的解答。双能 CT 显示尿酸盐并不仅仅存在于血液中，而是遍布全身，这给临床医生降尿酸治疗提供了明确的指征。

然而，双能 CT 并非完美，高昂的价格和检查费用，以及放射线辐射都限制了其广泛和频繁的应用。

四、高尿酸血症治疗的新挑战和中国医生的重任

邹和建教授总结了高尿酸血症治疗的几个新挑战。

(1) “治”还是“不治”，长期以来都是一个争论不休的话题，随着人们认识的不断深入，治疗理念也在不断更新。

(2) 治疗药物的选择，面对“老药”的副作用，如何运用新的检测手段进行避免；面对新的药物选择，如何更加规范地应用。

(3) 对于肾功能不全的患者，如何更好地进行降尿酸治疗。

最后，邹教授特别提到了中国的资料在各个指南/共识中的缺失问题：现在的各种指南/共识都是参照国外的指南而来，国外的指南一般基于循证医学的证据，但国内这方面几乎是空白的。邹教授呼吁完善中国人自己的痛风高尿酸血症研究管理平台，为中国的痛风高尿酸血症的诊治指南提供属于自己的数据基础。

邹和建教授说，痛风虽然是一个古老的疾病，但至今很多领域仍未明确，很多领域还在不断创新，其研究方兴未艾。在痛风研究中，中国需要从多个方面去突破提高自己的水平，团队的合作尤其重要。

系统性血管炎诊治有新认知

北京协和医院 赵岩

什么叫系统性血管炎？系统性血管炎（systemic vasculitis）是一类较少见且难治的全身性自身免疫性疾病。该类疾病主要表现在血管本身及周围出现炎症的病理变化，临床上可出现因血管破裂、狭窄、栓塞、出血等导致的相应的临床表现，会导致部分患者病情严重，甚至可危及生命。近年来，系统性血管炎的研究和新的专家见识不断出现，主要包括：疾病分类命名的更新、诊治手段的进步、治疗策略的变化，以及生物制剂的使用经验和建议等方面。

有关新的分类：目前，国际上研究系统性血管炎最为权威的组织是 EUVAS。该组织在 2012 年提出新的 Chapel Hill 系统性血管炎分类标准。分类标准包括：大血管炎、中等血管炎、小血管炎、变化血管的血管炎、单器官血管炎、与系统性疾病相关的血管炎、与可能的病因相关的血管炎。小血管炎中包括了 ANCA 相关性血管炎和免疫复合物相关性血管炎两类。该标准删除了如韦格纳肉芽肿等以人名命名的荣誉性命名，改为基于病理表现的更为精确的命名。但该标准也有局限性。例如，某些部位局部出现的血管炎分类不明确，如仅有耳鼻喉受累的肉芽肿性多血管炎、仅肾脏受累的显微镜下多血管炎。此外，ANCA 相关性血管炎的治疗反应、预后和 ANCA 这类抗体密切相关，是否应该细分为 PR3 - ANCA 相关性血管炎和 MPO - ANCA 相关性血管炎的话题，至今仍有争议。

诊断手段有哪些新的变化呢？既往传统的诊断手段主要是有创的血管造影，此后 CT 血管重建技术迅速发展，无创的 CT 检查替代了有创的血管造影。MRA 对于大、中等血管炎诊断也有很大的价值。近年来，PET - CT 异军突起，成为诊断大血管炎、检测活动性的极有价值的工具。通过这些新的影像学技术，我们发现，既往对一些病的诊断有不少误区。如巨细胞动脉炎，既往认为只会出现颈动脉、颞动脉受累，而现在通过 PET - CT，发现 5% 患者可有主动脉受累。

近年来，在治疗策略方面的更新及通过临床经验的交流和总结，已使系统性血管炎的预后有了明显的改善。回顾历史，1960 年以前，在无任何治疗措施的情况下，系统性血管炎平均存活期为 5 个月、50% 存活率；使用糖皮质激素单药治疗后，存活期延长到 1 年，有 50% 的存活率；1970 年后，使用糖皮质激素联合环磷酰胺治疗，使得存活期延长到 8 年，有 80% 的存活率。

目前，国际上普遍认为，系统性血管炎治疗策略主要包括两个时期：即诱导缓解期和巩固维持期。具体的措施和新疗法主要包括如下：