

从肾内科医师视角看系统性红斑狼疮诊断的更新

卓 莉

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(编号:81870495)

作者单位: 100029 北京, 中日友好医院肾内科

作者简介: 卓 莉(1978-), 女, 医学博士, 博士后, 副主任医师, 副教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 继发性肾小球疾病的诊治。E-mail: belindazhl@aliyun.com



卓 莉, 博士, 博士后, 副主任医师, 副教授, 硕士研究生导师。长期从事肾脏病临床和科研工作, 擅长各种肾小球疾病、肾小管间质疾病及急、慢性肾衰竭的诊断与治疗。目前担任中日友好医院肾病科副主任, 北京医学会肾脏病学会青年委员会副主任委员、北京感染控制与消毒技术产业协会血液净化感染防控分会常务委员、中国医药教育协会泌尿与血液净化专业委员会委员兼副秘书长等多项职务。担任国家自然科学基金项目评审专家及首都卫生发展科研专项评审专家, 以及《国际泌尿系统杂志》和《临床肾脏病杂志》编委。也是 *Cellular Physiology and Biochemistry*、*Aids Research and Human Retroviruses*、*Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*、*Molecular Medicine Reports*、*Experimental and Therapeutic Medicine*、*Renal Failure* 以及《中国中西医结合肾病杂志》特邀审稿人。作为课题负责人承担国家自然科学基金项目、中国博士后基金项目、首都发展科研基金项目等数项, 在国内外专业期刊上发表文章 70 余篇, 其中 SCI 收录论文 20 余篇。

【摘要】 系统性红斑狼疮(SLE)是一种侵犯全身结缔组织的自身免疫性疾病, 病变常累及多系统多脏器, 肾脏是其最常受累的器官之一。一般情况下, 临床上需先诊断为 SLE、狼疮性肾炎(LN), 肾脏病理才能诊断 LN 并分型。但在实际工作中, 临床经常缺乏确诊 SLE 的依据, 且肾脏病理不典型, 就只能诊断为某种继发性肾小球疾病, 待数月或者数年之后, 患者全身系统受累的症状出现才修正诊断为 SLE。一旦没有进行早期诊断, 就有可能延误治疗。随着对 SLE 认识的深入, SLE 的诊断也在不断更新, 从目前的更新来看, 其最大的特点是更利于 SLE 的早期诊断。但对肾内科医师而言, 更新的 SLE 诊断标准仍然没有解决, 在没有确切的临床证据下, 肾脏病理不提示典型 LN, 是否也能归类为 LN 的问题。

【关键词】 系统性红斑狼疮; 狼疮性肾炎; 肾脏病理

【中图分类号】 R 593.24*1 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2019)07-0708-06

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.07.03

Renewal of diagnosis of systemic lupus erythematosus from the perspective of nephrologists ZHUO Li. Department of Nephrology, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

【Abstract】 Systemic lupus erythematosus(SLE) is an autoimmune disease that invades the connective tissue of the whole body. The lesions often involve multiple systems and organs. The kidneys are the most commonly affected organs. Under normal conditions, clinical diagnosis of SLE and lupus nephritis(LN) should be confirmed firstly, and renal pathology can diagnose and classify LN. However, in clinical practice, there is often a lack of evidence for diagnosis of SLE, and renal pathology is atypical. As a consequence, only a certain secondary glomerular disease can be diagnosed. Several months or years later, the diagnosis will be corrected to SLE after the appearance of systemic involvement. Once an early diagnosis is not made, treatment may be delayed. With the deepening understanding of SLE, the diagnosis of SLE is constantly updated. From the current update, its greatest feature is more conducive to the early diagnosis of SLE. However, for nephrologists, the updated diagnostic criteria for SLE still do not resolve the problems. Without definite clinical evidence and in the absence of renal pathological results suggesting typical LN, can it be classified as LN?

【Key words】 Systemic lupus erythematosus(SLE); Lupus nephritis(LN); Renal pathology

1971 年由美国风湿病学会(American Rheumatism Association, ARA)首先制定了系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)的诊断标准,其后又在 1982 年、1997 年、2012 年及 2017 年分别由美国风湿病学会[American Rheumatism Association (ARA)/American College of Rheumatology (ACR)]、系统性红斑狼疮国际临床协作组(Systemic Lupus International Collaborating Clinics, SLICC)以及欧洲抗风湿病联盟(The European League Against Rheumatism, EULAR)对 SLE 的诊断标准进行了补充及修订。更新的诊断标准有助于单脏器受累患者的诊断,也更利于 SLE 的早期诊断。但对肾内科医师而言,更新的 SLE 诊断标准仍然没有解决,在没有确切的临床证据下,肾脏病理又不提示典型狼疮性肾炎(lupus nephritis, LN),是否也能归类为 LN 的问题。本文则是从一名肾内科医师的视角看待 SLE 诊断的更新。

1 SLE 的主要临床与病理特征

SLE 是一种侵犯全身结缔组织的自身免疫性疾病,病变常累及多系统、多脏器,包括皮肤、关节、血液、神经以及心脏等。如果病变累及肾脏,则称之为 LN。大部分肾受累发生于皮疹、关节炎等全身受累之后,但约 1/4 患者以肾脏为首表现,其中 5% 肾受累持续数年之后才有全身系统受累的表现。LN 临床表现多样,其病理表现亦是如此,病变可以累及肾脏的各个部分,包括肾小球、肾小管、肾间质和肾血管等。目前普遍使用的 LN 分型仍然是 2003 年世界肾脏病理协会发布的 6 类分型(I、II、III、IV、V、VI),虽然 2018 年该协会对 LN 分类进行了新的修订^[1],但总体分型并没有大的变化。尽管 LN 病理有其特征性改变,比如免疫荧光“满堂亮”(即 IgA、IgG、IgM、C3、C1q、Fib 等皆呈阳性表现);光镜可见“白金耳”(内皮下免疫复合物沉积导致毛细血管袢成铁丝圈样改变);电镜可见肾小球多部位(系膜区、内皮细胞下、上皮细胞下)出现电子致密物,典型病例会出现指纹样结构或微管样结构、苏木素小体等。病理医师要下 LN 的诊断(并分型),一定要有临床 SLE 的支持。换句话说,临床上先诊断为 SLE、LN,肾脏病理才能诊断 LN 并分型。因此,临床上也经常会出现患者有多系统的改变(包括肾脏改变),但依据 SLE 的诊断标准不能诊断 SLE。在进行肾活检穿刺术后,由于临床缺乏确诊 SLE 的依据,且肾脏病理不典型,而只能诊断为某种继发肾小球疾病,待数月或者数年之后,患者全身系统受累的症状出现,才修正诊断为 SLE。但有些时候,由于这

部分患者未能早期诊断,以至延误治疗,导致脏器不可逆损伤或者出现疾病难以控制的状况。

2 典型病例的临床与病理确诊证据分析

2.1 病情介绍 张某,女性,55 岁,因反复“面部皮疹”2 年就诊皮肤科,化验发现大量蛋白尿、低蛋白血症,遂入肾内科诊治。“面部皮疹”,起初为鼻头,逐渐累及前额、两颊部及前胸部“V”字区。间断外用药物并口服中成药治疗(具体不详),效果不佳。既往高血压病史 10 年,血压最高 140/100 mmHg,服用“寿比山”0.5 片/d,血压控制在 110/80 mmHg 左右。查体:前额、鼻头、两颊部及前胸部均有红色皮疹,突出皮面,瘙痒伴脱屑。双下肢中度凹陷性水肿,余无明显异常。入院诊断:(1)肾病综合征;(2)皮损待查,SLE?(3)高血压 2 级,很高危。

2.2 诊断依据 入院后检验结果示,生化:总蛋白 41 g/L,白蛋白 21 g/L,血肌酐 46.7 $\mu\text{mol/L}$,估算肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR) 107.2 ml/(min · 1.73 m²),胆固醇 8.88 mmol/L,甘油三酯 2.26 mmol/L。抗核抗体谱:ANA 1:80 颗粒型,抗 SSA 阳性,抗组蛋白抗体阳性,抗 RNP 抗体弱阳性;补体 C3:65.7 mg/dl(参考值:70 ~ 128 mg/dl)(第一次),93.6 mg/dl(第二次);24 h 尿蛋白定量:5.97 g;尿相差:红细胞 2 ~ 3 个/HP,量少不分型;其余化验结果大致正常。皮肤活检病理结果:(面部)小块皮肤组织,毛囊角化亢进,表皮变薄,局灶微脓肿形成,基底层液化变性,真皮浅层附属器周围淋巴细胞小斑块状浸润,局灶侵表皮。(面部)免疫组化结果显示淋巴细胞 T、B 细胞均有表达,并未见明显抗原丢失,不支持淋巴组织增生性病变,免疫组化结果:CD20(L26)(+),CD2(+),CD3(+),CD4(+),CD5(+),CD7(+),CD8(+),Ki67(MIB-1)(+)(5%)。皮肤科会诊意见:亚急性皮肤型红斑狼疮(SCLE)。肾脏病理:免疫荧光:IgA 2+,GCW;C2 2+ ~ 3+;IgM 2+;C1q 2+;IgG 3+,GCW;FRA 2+;HBsAg 2+;HBcAg 2+;IgG1 2+ ~ 3+;IgG2 + ~ 2+;IgG3 -;IgG4 2+。光镜:肾穿组织可见 33 个肾小球,1 个缺血性球性硬化,其余肾小球基底膜弥漫不规则增厚,系膜细胞和基质轻度弥漫增生,局灶节段性中度加重伴内皮细胞增生,上皮下、系膜区可见嗜复红蛋白沉积,肾小管上皮细胞空泡及颗粒变性,灶状萎缩,可见蛋白管型,肾间质灶状淋巴细胞及单核细胞浸润伴纤维化,小动脉管壁增厚、管腔狭窄,符合不典型膜性肾病。电镜:符合不典型膜性肾病。虽然该患者肾脏免疫荧光呈现“满堂亮”,但狼疮特异性的

IgG3 表达为阴性,且临床不能提供确切诊断 SLE 的证据,因此,肾脏病理诊断为继发性/不典型膜性肾病。

2.3 临床与病理诊断分析 患者的临床表现符合大量蛋白尿($\geq 3.5\text{ g/24 h}$),低蛋白血症(白蛋白 $< 30\text{ g/L}$),高脂血症以及水肿,因此肾病综合征的临床诊断是明确的。关于 SCLE,首次报道于 1970 年代,好发于中青年女性日光照射部位,腰部以下部位发病少见。根据形态学表现,临床上主要分为环形红斑型和丘疹鳞屑型两型,少数患者可两型并存。血清抗 Ro(SSA)和(或)La(SSB)抗体阳性为本病的标志性抗体。但 SCLE 皮疹并不特异,许多皮肤疾病可有类似表现,如匍形性回状红斑、回状单纯红斑、离心性环状红斑和光化性苔藓样药疹等,临床需借助组织病理学检查进行鉴别(SCLE 有鳞屑丘疹性或环状非瘢痕性皮损)。此外,SCLE 样皮疹也可见于其他疾病,如干燥综合征、类风湿性关节炎、自身免疫性甲状腺炎、遗传性血管性水肿及 II 型自身免疫性多内分泌腺综合征。肿瘤性疾病如乳腺癌、肺癌、霍奇金病等也可出现 SCLE 样皮疹。此外,还有药物导致的 SCLE。因此,临床上出现 SCLE 样皮肤表现时应注意寻找病因^[2,3]。该患者临床存在环形红斑型和丘疹鳞屑型并存的红斑,且实验室检查 ANA 1:80,抗 SSA 阳性,也支持 SCLE 的诊断。

3 SCLE 与 SLE 的关系

按文献报道约 50% 的 SCLE 可诊断为 SLE。然

而,仅有 10% ~ 15% 的患者出现 SLE 的系统症状,且表现轻微,多以关节炎和关节痛为主。出现严重系统表现如狼疮血管炎、中枢神经系统受累及 LN 的几率低于 10%。免疫学检查 70% SCLE 患者抗 Ro(SSA)抗体阳性,70% ~ 80% 患者 ANA 阳性,抗 ds-DNA 抗体阳性率低于 5%^[2,3]。

4 SLE 的诊断标准

SLE 最早的诊断标准,是 1971 年由 ARA 制定的^[4]。当时主要用于 SLE 临床试验、人群调查及其研究,而非临床诊断,但在实际应用中已成为 SLE 的临床诊断标准。具体如下:(1)面部蝶形红斑;(2)盘状红斑;(3)雷诺现象;(4)脱发;(5)光敏感;(6)口咽或鼻腔溃疡;(7)非畸形性关节炎;(8)狼疮细胞或抗非变性 DNA 抗体;(9)持续性梅毒生物学假阳性反应;(10)大量蛋白尿(每日排出 $> 3.5\text{ g}$);(11)管型尿(任何管型);(12)胸膜炎或心包炎;(13)发作性精神病或癫痫;(14)溶血性贫血,或血小板减少(低于 $100 \times 10^9/\text{L}$),或白细胞减少(两次测得值低于 $4 \times 10^9/\text{L}$)。需满足以上至少 4 条标准可诊断 SLE。1982 年,ARA 对 SLE 诊断标准进行第一次修订(见表 1)^[5],去除脱发和雷诺现象,增加了血清学指标(ANA、抗 ds-DNA 抗体和抗 Sm 抗体),并在制订过程中采用生物统计学技术,经验证后用于临床诊断。

表 1 1982 年 ARA 修订的 SLE 诊断标准

标 准	定义
1. 颧部红斑	遍及颧部的扁平或高出皮肤固定性红斑,常不累及鼻唇沟部位
2. 盘状红斑	隆起红斑上覆盖角质性鳞屑和毛囊栓塞,旧病灶可有皮肤萎缩性瘢痕
3. 光敏感	对日光有明显的反应,引起皮疹[依据病史和(或)医师观察]
4. 口腔溃疡	口腔或鼻部无痛性溃疡
5. 关节炎	非侵蚀性关节炎,累及 ≥ 2 个周围关节,特征为关节肿痛或渗液
6. 浆膜炎	(1)胸膜炎:胸痛、胸膜摩擦音或胸腔渗液(或);(2)心包炎:心电图异常、心包摩擦音或心包渗液
7. 肾脏疾病	(1)蛋白尿定量 $> 0.5\text{ g/24 h}$ 或尿常规尿蛋白 $> 3+$;(2)管型:可为红细胞、血红蛋白、颗粒、小管上皮细胞管型或混合管型
8. 神经系统异常	(1)抽搐:非药物或代谢紊乱(如尿毒症、酮症酸中毒、电解质紊乱)所致;(2)精神病:非药物或代谢紊乱(如尿毒症、酮症酸中毒、电解质紊乱)所致
9. 血液学异常	(1)溶血性贫血伴网织红细胞增多(或);(2)白细胞减少 $< 4 \times 10^9/\text{L}$,至少 2 次(或);(3)淋巴细胞减少 $< 1.5 \times 10^9/\text{L}$,至少 2 次(或);(4)血小板减少 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ (药物影响除外)
10. 免疫学异常	(1)狼疮细胞阳性(或);(2)抗 ds-DNA 抗体阳性(或);(3)抗 Sm 抗体阳性(或);(4)梅毒血清试验假阳性至少持续 6 个月,并经梅毒螺旋体固定试验或梅毒抗体吸收试验证实
11. 抗核抗体	未用药物诱发“药物性狼疮”情况下,免疫荧光或相当于该法的其他试验 ANA 滴度异常

注:同时或相继符合 11 项诊断标准中的 4 项及以上者,可诊断为 SLE。

1997 年, ACR (1988 年以前称为 ARA) 再次对 SLE 诊断进行修订^[5], 去除了第 10 项中“狼疮细胞阳性”, 并将“梅毒血清学试验假阳性”改为“抗磷脂抗体阳性”, 即增加了抗心磷脂抗体阳性和狼疮抗凝物阳性, 此次修订为 ACR 诊断治疗委员会的共识, 未经过任何验证。2012 年 SLICC 也发表了一个 SLE 的分类标准 (见表 2)^[6]。

表 2 2012 年 SLICC 制定的 SLE 诊断标准

临床标准	免疫学标准
1. 急性或亚急性皮肤狼疮	1. ANA 阳性
2. 慢性皮肤型狼疮	2. 抗 ds-DNA 抗体阳性 (或 ELISA 法 >2 倍参考值)
3. 口腔或鼻部溃疡	3. 抗 Sm 抗体阳性
4. 非瘢痕性脱发	4. 抗磷脂抗体阳性, 符合以下任何一项即可: 狼疮抗凝物阳性, 梅毒血清学试验假阳性, 抗心磷脂抗体中或高滴度升高, 抗 β2-糖蛋白 1 抗体阳性
5. 累及 ≥2 个关节的滑膜炎	5. 补体降低: C3、C4 或 CH50
6. 浆膜炎: 胸膜炎和 (或) 心包炎	6. 直接抗人球蛋白实验 (Coombs) 阳性 (排除溶血性贫血)
7. 肾脏病变: 24 h 蛋白尿 >0.5 g/24 h 或红细胞管型	
8. 神经病变: 癫痫、精神病、多发性单神经炎、脊髓炎、外周或颅神经病变、急性意识模糊	
9. 溶血性贫血	
10. 至少一次白细胞减少 ($<4 \times 10^9/L$) 或淋巴细胞减少 ($<1 \times 10^9/L$)	
11. 至少一次血小板减少 ($<100 \times 10^9/L$)	

注: 确诊标准: (1) 满足上述 4 项标准, 包括至少 1 项临床标准和 1 项免疫学标准; 或 (2) 肾活检证实 LN, 同时 ANA 阳性或抗 ds-DNA 抗体阳性。

2017-06 在西班牙马德里举行的 EULAR 年会标准 (见表 3)^[7]。上, EULAR 和 ACR 共同推出 SLE 诊断的新分类

表 3 2017 年 EULAR 和 ACR 共同制定的 SLE 诊断标准

入围标准	ANA 阳性史 (Hep2 免疫荧光法 ≥1:80)	
临床领域及标准	定义	权重
全身状况		
发热	无其他原因可解释的发热 >38.3 ℃	2
皮肤病变		
口腔溃疡	不需要一定是医生观察到的	2
非瘢痕性脱发	不需要一定是医生观察到的	2
亚急性皮肤狼疮	环形或丘疹鳞屑性的皮疹 (常分布在曝光部位)	4
急性皮肤狼疮	颊部红斑或斑丘疹, 有或无光过敏	6
关节病变		
≥2 个关节滑膜炎或 ≥2 个关节压痛 + ≥30 min 的晨僵	以关节肿胀和压痛为特征, 如 X 线存在骨侵蚀或 CCP 抗体滴度超过 3 倍, 则不计该项	6
神经系统病变		
谵妄	意识改变或唤醒水平下降, 和症状发展时间数小时至 2 d 内, 和 1 d 内症状起伏波动, 和认知力急性或亚急性改变, 或习惯、情绪改变	2
精神症状	无洞察力的妄想或幻觉, 但没有精神错乱	3
癫痫	癫痫大发作或部分/病灶性发作	5
浆膜炎		
胸腔积液或心包积液	需影像学证据支持, 如超声、X 光、CT、MRI	5
急性心包炎	≥以下 2 项: (1) 心包痛 (锐痛, 吸气时加重, 前倾位减轻); (2) 心包摩擦音; (3) 心电图广泛 ST 段抬高或 PR 段偏移; (4) 影像学新发或加重的心包积液	6

续表 3

入围标准		ANA 阳性史(Hep2 免疫荧光法≥1:80)	
临床领域及标准		定义	权重
血液系统损害			
白细胞减少	(<4 ×10 ⁹ /L)		3
血小板减少	(<100 ×10 ⁹ /L)		4
免疫性溶血	(1) 存在溶血证据,网织红细胞升高,血红蛋白下降,间接胆红素升高,LDH 升高,以及(2) Coomb's 试验阳性		4
肾脏病变			
蛋白尿 >0.5 g/24 h	收集的 24 h 尿蛋白定量 >0.5 g 或尿蛋白肌酐比值提示 24 h 尿蛋白定量 >0.5 g		4
肾穿病理符合狼疮肾炎	Ⅱ或Ⅴ型狼疮肾炎		8
	Ⅲ或Ⅳ型狼疮肾炎		10
免疫学领域及标准			
抗磷脂抗体	抗心磷脂抗体 IgG >40 GPL 单位或抗 β2GP1 IgG >40 单位或狼疮抗凝物阳性		2
补体方面			
低 C3 或低 C4			3
低 C3 和低 C4			4
高度特异抗体方面	ds-DNA 阳性或 Sm 抗体阳性		6

注:对于每条标准,均需要排除感染、恶性肿瘤、药物等原因;既往符合某标准可以计分;标准不必同时发生;至少符合一条临床标准;在每个方面,只取最高权重标准得分计入总分。总分≥10 分可以分类诊断为 SLE。

随着对 SLE 这一疾病认识的不断深入,以及诊断手段的日趋精准化,SLE 的诊断标准也在与时俱进,不断更新(见表 4)^[8]。从目前的更新来看,其最大的特点是更利于 SLE 的早期诊断。

表 4 SLE 诊断标准的更新与比较

指 南	内 容	评 价
1971 年 ARA	(1)14 条 21 项,4/14 项及以上归类为 SLE;(2)以临床表现为主,免疫学指标仅有梅毒血清阳性	7 年回顾评价,敏感度为 90%,特异度差
1982 年 ARA	(1)剔除敏感度及特异度差的雷诺现象及脱发 2 项;(2)增加新技术血清学指标 ANA、ds-DNA 抗体、Sm 抗体 3 项;(3)对脏器受累情况进行归纳;(4)从 14 条降到 11 条,24 项降至 20 项,4/11 项及以上归类为 SLE	临床验证其敏感度为 96%,特异度为 96%
1997 年 ACR	(1)合并为 11 条 19 项,4/11 项及以上归类为 SLE;(2)只剔除第 10 中“狼疮细胞阳性”,增加了“磷脂抗体、心磷脂抗体和狼疮抗凝物阳性”,并包含了梅毒血清试验假阳性	内容只为 ACR 共识,无临床验证结果
2012 年 SLICC	(1)共 17 条,分为临床 11 条、免疫学 6 条两部分;(2)符合 4 条,其中至少包含两部分中的 1 条或以上,符合 SLE	国际协作组临床验证结果:敏感度为 97%,特异度为 84%,误诊率低于 ARC
2017 年 EULAR/ACR	(1)设定了入围标准(ANA 1:80)为必须条件;(2)剔除免疫学标准 Coomb's 试验阴性,但无溶血性贫血;(3)共 10 条,分为临床 7 条 17 项,免疫学 3 条 4 项两部分;(4)至少符合 1 条临床标准,每条只取最高权重得分计入总分,总分≥10 分,诊断为 SLE	临床验证其敏感度为 98%,特异度为 97%

5 典型病例的诊断结论和解释

以上述患者为例,按照 1971 年 ARA 的诊断标准,该患者仅仅满足面部盘状红斑以及大量蛋白尿,符合 14 条中的 2 条,不能诊断 SLE。1997 年修订的 ACR 标准与 1982 年的标准仅在免疫学上略有不同,如果按照 1982/1997 年的标准,该患者仅仅有面部盘状红斑、肾脏病变以及 ANA 阳性,符合 11 条中的 3 条,也仍然不能诊断 SLE。如果按照 2012 年 SLICC 的诊断标准,该患者符合 SCLE、肾脏病变、

ANA 阳性以及补体 C3 降低,符合 4 条,勉强是能够诊断 SLE 的。如果按照 2017 年 EULAR/ACR 的标准,该患者首先符合入围标准(ANA 1:80);皮肤病变:SCLE,计 4 分;即便不算病理诊断 LN,仅按肾脏病变蛋白尿 >0.5 g/24 h,计 4 分;免疫学领域:补体 C3 低,计 3 分;总分 11 分,也可以诊断为 SLE。因此,我们最终修正该患者的诊断为:(1)肾病综合征,Ⅴ型 LN;(2)SLE,SCLE;(3)高血压 2 级,很高危。本例的诊断过程也验证了新标准,在诊断敏感

度提高的同时,也有着较高的特异度。相较于之前的诊断标准,2017 年 EULAR/ACR 推出的 SLE 新分类标准增加了各项诊断要点的权重积分,有助于单脏器受累患者的诊断,也更利于 SLE 的早期诊断。我们知道,SLE 越早开始治疗,能达到持续缓解并改善疾病预后的机会就会越大。如果没能早期诊断,进行适当治疗,等到疾病发展累及多系统,导致脏器出现不可逆损伤时,其治疗缓解率下降,临床复发率以及致死、致残率也会增加。因此,SLE 诊断标准的不断更新,也确实提高了 SLE 诊断的敏感度以及特异度。但对肾内科医师而言,新的 SLE 诊断标准仍然没有解决,在没有确切的临床证据情况下,肾脏病理又不提示典型 LN,是否也能归类为 LN 的问题。但是,新诊断标准引进了加权积分系统,这也是新的尝试。我们相信,更多的临床实践数据会验证这一新标准的敏感度以及特异度,而未来也会有更加精准的 SLE 诊断标准更新出现。

参考文献

1 Bajema IM, Wilhelmus S, Alpers CE, et al. Revision of the International Society of Nephrology/Renal Pathology Society classification for lupus nephritis: clarification of definitions, and modified National In-

stitutes of Health activity and chronicity indices [J]. *Kidney Int*, 2018,93(4): 789–796.

2 Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates[J]. *Lupus*, 2010,19(9): 1050–1070.

3 韩钢文,刘 萍,张建中. 红斑狼疮的皮肤表现[J]. *中华全科医师杂志*,2015,14(7):499–504.

4 Cohen AS, Canoso JJ. Criteria for the classification of systemic lupus erythematosus—status 1972[J]. *Arthritis Rheum*,1972,15(5): 540–543.

5 Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [J]. *Arthritis Rheum*,1997, 40(9): 1725.

6 Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification-criteria for systemic lupus erythematosus [J]. *Arthritis Rheum*, 2012, 64(8): 2677–2686.

7 Schmajuk G, Hoyer BF, Aringer M, et al. Multicenter Delphi Exercise to Identify Important Key Items for Classifying Systemic Lupus Erythematosus[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2018, 70(10): 1488–1494.

8 曾凡钦. 红斑狼疮的诊疗进展与展望[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2017,24(2):63–67.

[收稿日期 2018–11–12][本文编辑 吕文娟 余 军]

《中国临床新医学》杂志作者在线投稿操作说明

操作步骤如下:

- 1 在浏览器中输入 **www.zglcxyxzz.com**;或通过浏览器搜索“中国临床新医学”,点击具有“官网”认证标识的《中国临床新医学》官方网站,进入主页的“作者在线投稿”。
 - 2 进行网站注册,申请成为《中国临床新医学》杂志的作者(新用户请牢记注册邮箱账号和密码,忘记密码时可通过填写的邮箱索取密码)。
 - 3 进入投稿系统,点击菜单栏中的【提交新稿】,按照投稿要求填写完善相关内容。
 - 4 点击“完成”,投稿成功。
 - 5 投稿成功后,系统会自动将相关投稿信息回复至作者所注册邮箱,作者根据相关提示尽快完成后续的相关内容和步骤。
 - 6 作者投稿后可在系统中进行稿件处理状态查询、与编辑部编辑在线沟通及稿件退修的修改补充等。
- 本刊除在线投稿外,仍继续接收电子邮箱投稿,E-mail:zglcxyxzz@163.com。

• 本刊编辑部 •