

# 河南省风湿病学学科的发展研究

□刘升云 李纳纳

虽然河南省风湿病学起步晚,但是发展迅速。在老一辈专家奠定的基础上,继任者不断开拓进取,促进学科快速发展,在主要研究领域不断取得新的进步,呈现多点开花的局面。

## 主要研究领域及研究进展

### 系统性红斑狼疮研究领域

目前,河南省多个研究团队针对系统性红斑狼疮进行了较为深入的研究。

我们所在的课题组聚焦于系统性红斑狼疮合并代谢综合征的临床和基础研究,目前已经建立完善的系统性红斑狼疮数据库及DNA(脱氧核糖核酸)标本库,进行河南省系统性红斑狼疮心血管事件的流行病学调查及危险因素分析,并探讨系统性红斑狼疮发生代谢综合征的基因组学、分子及细胞学研究。“系统性红斑狼疮心脑血管并发症发病机制的研究”获得2019年河南医学科技进步奖二等奖。重症系统性红斑狼疮的治疗仍然是临床工作中的难题,感染是系统性红斑狼疮患者转至ICU(重症监护室)治疗的首要原因,而ICU内狼疮

性肾炎(LN)患者的死亡率高达58%。针对这一临床问题,我们所在的课题组分析了ICU收治系统性红斑狼疮及LN患者的临床特点及预后,确定了9个与系统性红斑狼疮患者ICU内结局相关的危险因素和预后模型,以及5个与LN患者ICU内预后相关的危险因素和预后模型。以上研究结果有助于临床医生早期识别高危死亡风险的患者,制订个体化治疗方案并提供更多人关怀,从而改善ICU内系统性红斑狼疮患者的临床结局。

郑州大学第一附属医院郑朝晖团队参与了一项治疗LN的大型多中心、随机、对照、开放性Ⅲ期临床试验,发现对于活动性LN的初始治疗,口服他克莫司非劣效于静脉注射环磷酰胺,且不良反应未明显增加。该研究提

示,他克莫司可替代环磷酰胺作为LN的初始治疗方案,具有重要的临床指导意义。在基础研究方面,郑朝晖团队对LN患者及系统性红斑狼疮合并肺动脉高压患者进行基因组学研究。另外,郑朝晖团队在前期研究中发现系统性红斑狼疮患者普遍存在血清维生素D缺乏现象,并且维生素D缺乏是系统性红斑狼疮疾病活动的危险因素。在此基础上对LN患者足细胞自噬水平进行检测,发现LN患者足细胞自噬水平显著升高(较对照组肿瘤患者的正常肾组织)。

河南省人民医院楚天舒团队针对系统性红斑狼疮合并LN也进行了深入的研究。比如,该团队探讨了H因子水平的变化与LN的病理类型及病理改变的相关性,发现H因子水平降低可能参与了LN的

发生,且与LN的病理类型及损伤程度相关。动物实验研究发现,姜黄素通过抑制炎症小体、炎症通路,进而影响肾脏病理学改变及肾功能等,提示姜黄素可能是一种新的治疗方法。另外,该团队探讨了多种治疗方案对LN的有效性及安全性。比如,他克莫司治疗使用环磷酰胺无效的LN患者的有效性及安全性研究;雷公藤多苷、来氟米特对活动性LN的疗效性及安全性研究,为活动性、难治性LN探讨了新的治疗出口。

**强直性脊柱炎研究领域**  
郑州大学第一附属医院高冠团队对强直性脊柱炎人群进行了系统的回顾性分析,主要探讨RPR(快速血浆反应素)、NLR(中性粒细胞/淋巴细胞)、PLR(血小板/淋巴细胞)与强直性脊柱炎疾病活动度的关系以及对葡萄糖

发生风险的预测价值。河南省人民医院楚天舒团队也在积极参与脊柱关节炎一体化项目研究,旨在促进专病门诊建设、规范流程、自我及医师疾病评估等,从多个维度助力慢性骨病管理。

**骨关节炎研究领域**  
郑州大学第一附属医院风湿免疫科李天方课题组发现,促红细胞生成素可通过增强半月板修复,从而阻止骨关节炎的进展;来自骨关节炎小鼠的转录激活因子4修饰的血清外泌体,可以通过诱导自噬保护软骨并阻止骨关节炎进展;人甲状旁腺素1-34具有显著的镇痛抗炎作用,可以通过抑制MMP-13(胶原酶)的表达来减缓骨关节炎进展。目前,李天方课题组正在与老化相关的肌肉减少症与骨关节炎发病的相关研究。

## 发展趋势

### 目前的差距和短板

1. 河南省风湿病学临床研究和基础研究尚处于起步阶段,亚专业临床诊治不够细化,临床科学研究亚专业不够专一化。
2. 基础研究技术人员相对匮乏,高层次风湿专业技术人才相对不足。
3. 人才结构分布不平衡,特别是高端人才的引进和交流不足,国际化程度不够,整体研究能力仍待提高。
4. 承担重大项目的的能力不足,国家级重大课题缺乏。

5. 实验室关于前沿技术的分析手段有限,制约了原创性科技成果的形成。

### 学科优势

1. 风湿免疫性疾病谱广,患病人群庞大,便于进行大样本人群的相关研究。
2. 河南省风湿病的诊治理念紧跟时代发展,与国际接轨,治疗手段先进。
3. 省内多家医院均设有临床免疫实验室,为临床研究和基础研究提供了基本保障。
4. 已经部分建立或正在逐步建立临床随访资料库、临床

标本库。

**标志性技术成果**  
以与影像科合作为例。开展炎症性肌病患者肌肉MRI(磁共振)扫描病情评价、PET-CT(正电子发射计算机断层成像)对炎症性肌病患者病情评价、应用KL-6(唾液酸化糖链抗原-6)评估间质性肺疾病等新业务,为临床诊治提供了巨大的参考价值。肌肉超声评价炎性关节炎以及超声引导下关节腔穿刺术、IVIG(人体静脉注射免疫球蛋白)治疗MDA5(皮肌炎相关抗

体)阳性皮肌炎、免疫抑制剂联合治疗MDA5阳性皮肌炎、血浆置换治疗ANCA(抗中性粒细胞胞浆抗体)相关性血管炎等目前在临床上获广泛应用。

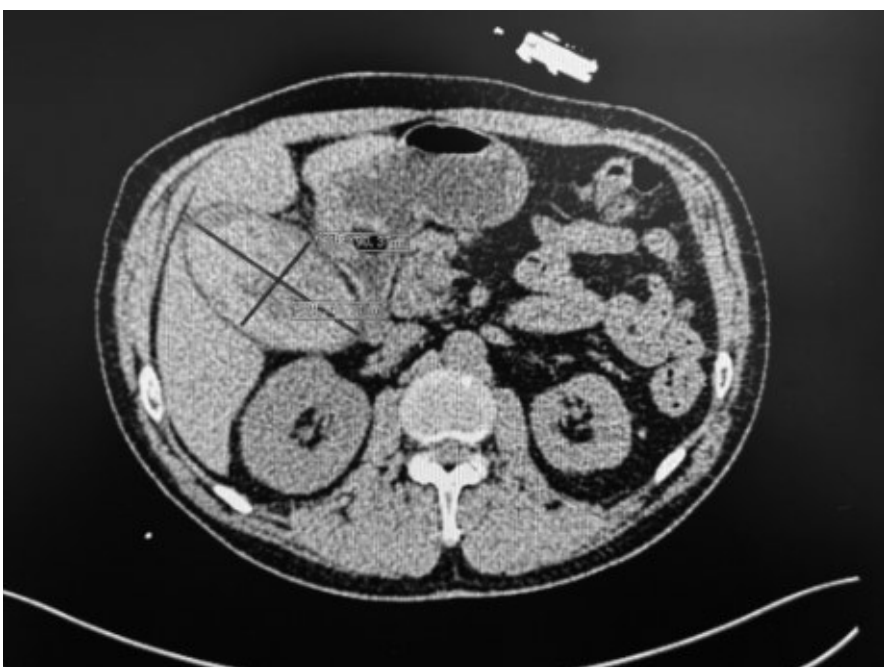
### 未来学科发展方向

1. 建立疑难危重风湿病诊疗中心。
2. 临床亚专业精细化、临床研究专项化。
3. 建立慢性病管理新模式。
4. 以临床为导向的基础研究。

## 技术·思维

# 对一例心脏瓣膜术后合并急性胆囊炎罕见病例的诊治分析

□姚丽 文/图



影像检查图

前段时间,患者陈先生因心脏瓣膜病来到河南省胸科医院心外科住院治疗。心脏瓣膜术后,陈先生感觉良好,并接受了规律抗凝、抗感染、强心、利尿、扩张血管等治疗。然而,在术后第12天,陈先生突然出现右上腹部剧烈且持续加重的疼痛。在体检中,医生发现陈先生的右上腹部有明显压痛,Murphy征(墨菲征)呈阳性,肝区叩击痛阳性。这些体征均指向胆囊区域

异常。血液检查结果显示白细胞计数达到 $21.57 \times 10^9/\text{L}$ ,中性粒细胞比例高达87.1%,C反应蛋白水平升高至8.94毫克/升。这些都是提示有炎症反应的强烈信号。

肝功能检测结果显示丙氨酸转氨酶580.5单位/升、天冬氨酸转氨酶1116.4单位/升、GGT(谷氨酰转氨酶)1097.1单位/升、碱性磷酸酶880单位/升、总胆红素

26.1微摩尔/升、直接胆红素17.1微摩尔/升、间接胆红素9.0微摩尔/升。这些数值均远远超出正常范围,提示肝脏功能异常。

患者又做了上腹部CT(计算机层析成像)扫描。根据扫描结果,医生发现了问题的严重性:胆囊增大,壁厚,内部密度不均,这些影像学特征提示可能存在炎症或其他病变。

根据陈先生的症状、体征和辅助检查结果,医生初步诊断为急性胆囊炎(胆汁淤积性胆囊炎)。

面对这种突发状况,普外科医生迅速介入。在与陈先生及其家属沟通后,普外科医生制订了两种治疗方案:1.超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流术;2.急诊行腹腔镜下胆囊切除术。考虑到陈先生心脏瓣膜术后正在接受抗凝治疗,在穿刺的过程中可能存在出血风险,或穿刺置管成功后胆汁引流

不畅,仍需外科手术治疗,最终决定急诊行腹腔镜下胆囊切除术。

在手术的过程中,医生发现陈先生的胆囊饱满,张力高,周围有血性渗出,均证实了术前诊断。手术顺利完成。术后,陈先生接受了抗感染、保肝、抗凝等治疗,最终康复出院。

心脏瓣膜术后,患者可能会面临一系列复杂的并发症。如果出现这种情况,需要快速诊断、精确治疗,而这离不开心外科、普外科、影像科、检验科等多学科的紧密协作。

患者术后出现急性结石性

胆囊炎,通常需要手术治疗,腹腔镜下胆囊切除术是根治手段。一旦确诊且患者状况稳定,建议尽早手术,无论病程长短。手术最佳时机为症状出现后7天内,尽可能在72小时内进行。医生会根据个体化原则,正确把握手术指征和时机,选择合适的手术方法。

急性非结石性胆囊炎的治疗原则是尽早进行胆囊穿刺引流术或手术治疗,还需要根据患者的具体情况,采取支持对症治疗、抗感染治疗措施。

(作者供职于河南省胸科医院)

## 相关链接

急性胆囊炎是由胆囊管梗阻、化学性刺激和细菌感染等引起的胆囊急性炎症性病变,是临床上常见的急腹症之一。这类患者的临床表现多为右上腹痛、发热、恶心等。若治疗不及时,可能导致胆囊坏疽、穿孔等严重并发症,危及患者的生命。

急性结石性胆囊炎初期可能是由结石直接损伤受压部位的胆囊黏膜引起的,随着病情发展,胆汁淤积和细菌感染可能随之而来。

急性非结石性胆囊炎的病因尚不明确,常见于严重创伤、烧伤、腹部非胆道手术后(如腹主动脉瘤手术)、脓毒症等危重患者。约70%的患者伴有动脉粥样硬化。

## 临床笔记

这是一位中年男性患者,因“右下腹疼痛2天”就诊。2天前,患者感觉上腹部疼痛,并且逐渐向右下腹转移。体检时,医生发现患者右下腹有明显压痛、轻微反跳痛,还有些腹肌紧张,疑似阑尾炎发作。再详细询问,医生得知患者4年前曾有间断性右下腹疼痛病史,当时就被他院医生考虑为阑尾炎。

结合患者的病史、体检结果,应该是慢性阑尾炎急性发作,直接开刀就行了。真这么简单吗?能确诊吗?

还是应该做一些辅助检查,以免造成误诊。医生安排患者做血常规和腹部CT(计算机层析成像)检查。腹部CT检查结果:肝脏轮廓清,边缘光整,各叶比例可,肝实质内未见明显异常密度影;胆囊体积不大,壁可见,其内未见明显异常密度影;脾、胰及双肾未见明显异常密度影;升结肠局部肠壁可见多个囊袋状凸起,部分密度增高,周围脂肪间隙模糊,可见絮状密度影及小淋巴结影;阑尾结构尚可,管腔内可见积气;膀胱充盈尚可,壁薄均匀,其内未见明显异常密度影;盆腔内未见明显肿大淋巴结影;无积液征。

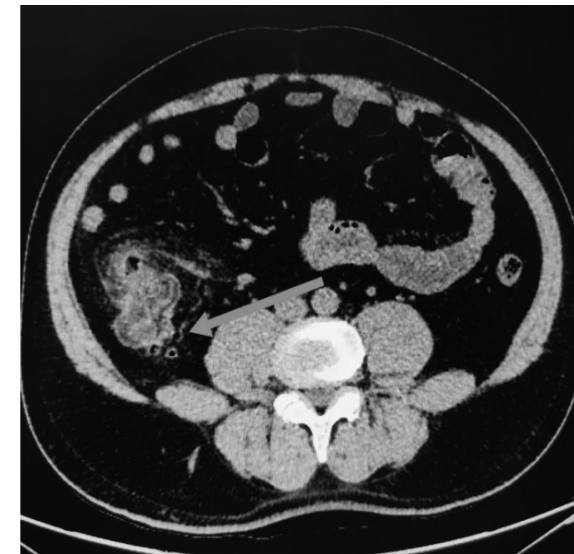
诊断:考虑升结肠多发憩室合并周围炎性病变。  
升结肠下端接盲肠,而阑尾开口于盲肠。憩室内粪石梗阻嵌顿,继发感染,和阑尾炎太像了。诊断明确后,患者被外科医生转至我这里,做结肠镜检查。

我给患者做了结肠镜检查。镜下见盲肠及升结肠多发憩室,其中两个憩室因粪石嵌顿而高高鼓起。想起检查前患者诉说右下腹疼痛,我考虑与此粪石嵌顿有关,于是用活检钳小心翼翼地这两个憩室内的粪石慢慢“掏出来”,并对憩室反复冲洗。

取出憩室内粪石的第2天,我专门随访了这位患者。他说,腹痛已经彻底消失了。我给他做了腹部体检,没有了右下腹压痛、反跳痛和腹肌紧张。患者说要出院。但是,憩室还在,以后会不会再发粪石嵌顿,谁都说不准。

腹痛的原因复杂多样,在诊断时,医生要细心。

(作者供职于新乡市第二人民医院)



影像检查图

## 相关链接

腹痛并非仅由腹部器官器质性或功能性病变引起,也可由全身性疾病引起。由于腹痛起病急,病情重,变化快,病因复杂多样,给早期诊断带来了许多困难,可能会导致误诊和漏诊。许多急性腹痛未必是简单的腹痛,有可能是急危重症的临床表现形式。

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313  
投稿邮箱:337852179@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社社编室