

■ 技术·思维

遇到发热患者，请警惕！

三门峡市中心医院检验科 杨 青

临床上遇到咳嗽、发热的患者，很多时候医生都会优先考虑感染，尤其是白细胞升高、C反应蛋白升高、血沉升高、降钙素原升高的患者。

在此分享最近遇到的一例疑难病例。

病例：患者女，28岁，发热、咳嗽3月余，在外院治疗症状未见缓解后于2017年5月8日转入我院。

查体：肺部湿啰音及CT显示双肺间质性肺炎。C反应蛋白20.68毫克/升，血沉96毫米/小时，降钙素原0.30纳克/毫升，血常规化验白细胞18.74×10⁹/升，血红蛋白89克/升，血小板588×10¹²/升。

从这些常规检查结果看，是否有很多人同样觉得是感染？患者之所以发热、咳嗽“3月余”，只因就诊的第一家医院诊断为肺部感染，使用抗生素治疗3月余疗效不佳后才转入我院。

CT显示患者为间质性肺炎。我院医生考虑其可能为自身免疫病，完善检查抗核抗体、抗核抗体谱：Ro-52强阳性，组蛋白

弱阳性。

此时，不知道各位同仁心里有何判断？胞浆颗粒型1280阳性，Ro-52强阳性，高度怀疑自身免疫病。

这个判断，没毛病吧？该患者抗核抗体镜下荧光模型是一个较典型的核糖体P蛋白型，然而，抗核抗体谱印迹法中核糖体P蛋白为阴性。

抗核糖体P蛋白抗体作为红斑狼疮的标志性抗体，从实验室角度出发，我觉得该患者所患疾病为狼疮的可能性较大。然而根据抗核抗体标准报告流程，是没有核糖体P蛋白型的。

我试图搞清楚抗核抗体和抗核抗体谱不吻合的问题在哪里。在我打电话与临床联系时，对于这个患者的病情，医务人员正在和省里的专家远程会诊。我匆匆与主管医生沟通两句，我们一致认为患者自身免疫病可能性很大。

当天晚上值班时，我再次联系临床医生，恰好他们会诊结果也出来了，省里风湿免疫科专家认为狼疮可能性较大，而呼吸内

科专家考虑为隐孢子肺炎。当我说出根据抗核抗体荧光模型看患者可能是狼疮时，能感觉到电话那头医生的喜悦心情。

这个检验结果，是和省里风湿免疫科专家意见相吻合的。

在被确诊狼疮并规范治疗（糖皮质激素+免疫抑制剂环磷酰胺）后3天，患者之前不能控制的持续发热就消失了，身体状况趋于恢复。

狼疮这一诊断是正确的！

在治疗1个月后，患者不再咳嗽，查体间质性肺炎也在逐渐好转。这证明，抗核抗体的核型对临床明确诊断是很有意义的，尤其是在抗核抗体谱靶抗原结果未出来的时候。

系统性红斑狼疮（SLE）是一种多发于青年女性的累及多脏器的自身免疫性炎症性结缔组织病，早期、轻型和不典型的病例日渐增多。例如本病例中，患者并没有典型的SLE常见症状：1.皮疹；2.肾脏病变（患者无蛋白尿，肾功中仅胱抑素C轻度增高，其余正常）；3.神经病变包括癫痫和

精神疾病；4.毛囊炎导致弥漫性脱发；5.血液系统改变包括白细胞低贫血血小板低（患者仅贫血，白细胞和血小板反而升高，故易误诊为感染）；6.关节炎症状。在SLE的呼吸系统受累中，肺间质病变仅见于10%~20%的

患者，其中1%~10%表现为急性狼疮肺炎，9%以内表现为慢性肺间质浸润性病变。该患者临床表型比较少见，假如仅仅根据临床表型诊断，极易被误诊、漏诊。结合自身抗体实验室检查对患者明确诊断有很大意义。

结语

在很多大医院，发热患者入院后抗核抗体为必查项目，类似血常规；而在基层，很多医生并没有这个认知，往往是抗感染治疗无效后，才想起来可能是自身免疫病。

不只是医生认识不足，还有基层医院检验科开展的自身抗体项目较少，方法学单一，提供给临床的诊断价值十分有限；包括检验类公众号上，自身免疫病、自身抗体相关的文章也很少。然而，我们体现检验工作的价值，往往就在这些临床医生看不到、想不到的地方。自身免疫病的诊断十分依

赖实验室自身抗体检测。检验科经常被临床医生和护士误认为是“只需要看着仪器”的“轻松工作”，甚至同为医技科室，也会被误认为含金量不如需要执业医生资格证的B超。放射科的工作人员，仅仅靠“呼吁我们有很高的技术含量，希望检验医师被临床重视”这些话，并不会引起别人的注意。打铁还需自身硬，只有当临床看不到的我们能看到，他们搞不定的我们帮他们搞定的时候，我们发声说“检验医学是很有意义的工作，可以协助临床诊断”，此时，才会赢得临床医生们的尊重！

腹部几个小切口 为胎儿造个“大房子”

河南实施首例宫腹腔镜联合下双角子宫融合术

本报讯（记者冯金灿）近日，26岁的双角子宫患者宋女士在河南省人民医院妇科三病区主任党群的帮助下，接受了全省首例宫腹腔镜联合下双角子宫融合术。

这个技术究竟是怎么回事，能够帮女性完成啥心愿？

通俗来讲，女性的子宫是胚胎发育的“房子”。正常的子宫大小适中，随着胚胎发育不断增大，适合胚胎的生长发育直至孩子顺利出生。但是，有些女性却没有那么幸运，她们由于先天发育的问题导致了双角子宫，这就相当于同样一间房子被隔成了两个小房间，

无论胚胎着床在什么位置，其生长空间都比较受限，很容易在怀孕3个月左右就发生流产。双角子宫是一种常见的对称性子宫畸形，其发生率约占

子宫畸形的13.6%；发生原因是在胚胎发育过程中，两个副中肾管融合后，中段未完全吸收，形成1个子宫颈、2个宫腔，宫腔上部及宫底部呈分叉状，未吸收的隔板末端呈钝圆形。

一般双角子宫患者可以不需要手术治疗自然受孕，但由于宫腔小且在妊娠以后的弹性差，仍有40%的患者在孕期出现流产、早产，也可能有分娩异常或不孕等情况。

26岁的宋女士由于双角子宫，虽然已经怀孕两次，但均已流产。子宫的先天问题深深困扰着她和家人。

为了能够孕育一个宝宝，早日实现成为一个母亲的梦想，宋女士慕名来到河南省人民医院妇科求助。党群接诊后，根据患者各项检查情况和身体状况，认为可以选择一种微创的方式解决子宫容积不足

的问题，为未来的胚胎造一个舒适的“大房子”。

制造“大房子”的方式就是将双角子宫两个狭窄的宫腔融合成为一个正常形态的宫腔。根据患者的实际情况，党群在充分的手术准备并与家属沟通后，最终决定为患者实施宫腹腔镜联合下双角子宫融合术。

整个手术历时近2个小时。经过术后配合完善的治疗方案和护理计划，患者安全度过围手术期，于术后第四天顺利出院。子宫切口愈合一年后，患者就可以备孕！

与传统手术方式相比，宫腹腔镜联合下双角子宫融合术的优势在于：纵隔分离彻底，术中、术后出血少，创伤小，恢复快，再次粘连率低，远期预后好，患者及家属接受度高。但该手术操作难度高、吻合切合度要求高。

纯中药疗法

让糖尿病患者避免截肢

本报讯（记者李 季）日前，开封市中医院糖尿病一区收到了一份特别的“礼物”。该市禹王台区汪屯乡黄庄村民邵有兰老人及家属将一面绣有“医德高尚暖人心，医术精湛除顽疾”的大幅锦旗送到了院长庞国明手中。

今年90岁的邵有兰罹患糖尿病50余年，脚溃烂4年。老人四处求医，花光所有积蓄，却得到一个必须截肢的“结论”。心灰意冷之时，老人经人介绍到开封市中医院糖尿病科，经过庞国明的三联疗法纯中药降糖和引进民间特色中医疗法治疗后，仅仅十几天，竟然康复出院了！

庞国明告诉记者，大量临床数据揭示，纯中药治疗2型糖尿病确有疗效。

庞国明认为，中药可显著改善2型糖尿病患者胰岛素抵抗，与注射胰岛素、口服降糖西药相比，起效相对缓慢，但低血糖、胃肠道反应等副作用小，通过改善胰岛功能有效调控血糖，降低胰高血糖素，从而达到综合调控降糖的作用，有别于西药的“扬汤止沸”。

其研究成果表明，该治疗方法有利于提高患者的生存质量，有利于减轻患者的经济负担，有利于广大“糖友”从根本上得到治疗和长期获益。

医技快讯

音乐治疗

为特殊儿童成长助力

本报讯（记者刘永胜 通讯员高春丽）近日，记者从洛阳市妇女儿童医疗保健中心获悉，自今年2月该中心儿童康复科开展音乐治疗以来，已收治患儿800多例，取得了满意的疗效。

“目前，特殊儿童人数呈上升趋势，早期诊断、早期干预，科学又持之以恒的教育和训练被认为是最有效的方式。”该中心儿童康复科负责人说。

音乐与人类息息相关，人一出生，便与音乐结下不解之缘，从婴儿具有节奏性的哭声、手舞足蹈的摆动中，都可看到音乐的韵律。在音乐治疗中，医务人员针对每个孩子的具体情况，确定小组康复目标和个别化教育方案，通过音乐治疗手段恢复其心理、生理的功能，

补偿其智力和适应行为上的缺陷，帮助他们尽早适应、融入社会。

据介绍，随着对生理、心理科学的研究，音乐治疗的概念开始显现。音乐治疗被广泛应用于各种身心残疾的康复治疗。

在特殊儿童的康复治疗中，以改善特殊儿童生理、心理障碍，使之获得健康而有质量的生活状态为目标的音乐治疗已成为越来越受关注和欢迎的方式之一。音乐治疗以歌唱、乐器演奏、律动和音乐剧等形式来改善特殊儿童的问题行为，提高认知、语言、运动、社交等能力；运用音乐的节奏模式、声音模式等的速度、时间特性，可以改善特殊儿童的神经系统功能。

征 稿

科室里开展的新技术，临床中积累的心得体会，治疗上取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……

欢迎您将来稿发送至343200130@qq.com，与广大医务工作者共享。

■ 图 说

简单三步
诊治胃食管反流病(一)

由于胃内容物异常反流到食管，导致黏膜损伤，发生率达10%~20%。如未及时控制会导致继发性食管、咽喉、肺、牙齿损伤，甚至诱发食管癌。治疗包括日常生活方式改变、应用抑酸药和抗酸药等。

第一步：及时识别

常见症状

烧心

泛酸

恶心

咽下困难

剑突下疼痛

胸痛

唾液过多

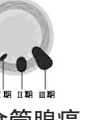
吞咽痛

并发症/伴发情况

食管炎

溃疡缩窄

巴雷特氏食管

食管腺癌

慢性咳嗽

哮喘

声音嘶哑

牙釉质腐蚀

第二步：一般疗法

饮食注意事项

饮食结构

- 避免油炸食物、咖啡、巧克力、茶、薄荷等。
- 多摄入富含膳食纤维的食物，如水果、蔬菜、坚果。

进餐时间

- 很多人认为碳酸饮料会增加胃酸并产生刺激性，但分析结果显示，它并不引发胃食管反流病。

碳酸饮料

柳小毛/制图

■ 医学影像

腰椎生理曲度变直要写入诊断结果

脊柱是人体运动的主轴，由多个椎体和多重关节（椎间关节和椎小关节）组成，并有生理弯曲，以满足脊柱的坚固性和可动性（柔韧性）。其活动分三维方向和6个自由度。

腰椎曲度依赖于椎间盘和其后方小关节组成的三关节复合体，且腰椎生理曲线可能在椎间盘和小关节之间起协调作用，使关节复合体之间相互作用。

生理曲度变直的临床意义
脊柱正常的生理弯曲也使各部位椎体和后部结构承受压力的比例各有不同，如胸腰段曲度直，椎体承受压力载荷的比例

最高，达80%；中下部腰椎体则承受70%的压力载荷。

腰椎曲度变直是腰椎自身增加稳定而出现的代偿性姿势，可继发引起关节软骨损伤和腰神经后支嵌顿，形成腰腿疼痛症状。同时腰腿疼症状因避痛反应使患者处于被动体位，促使腰椎前凸消失。由于失去腰部对压力负荷的缓冲，腰椎曲度变直可能使脊柱腰段的整体刚度增强，腰椎各椎体承受压力负荷的比例相同或相似且处于较高的水平。

生理曲度变直的椎体信号改变
腰椎曲度正常组胸腰段

(T11~L1)椎体内T1WI像上出现高信号的比例较高(66.7%~100%)，L2~L5椎体内出现高信号的比例较低(16.7%~30%)，统计学处理结果显示差别有显著性意义。

曲度变直组T11~L4椎体内高信号的比例处于较高的水平(63.3%~93.3%)，统计学处理结果显示各椎体内高信号的发生率无明显差异(P=0.11>0.05)，但L5椎体内高信号的发生率低于T11~L4的水平。

磁共振信号改变的原因
腰椎曲度变直时腰椎各椎体承受的压力负荷增高且在

T1WI像上表现为高信号(代表脂肪信号)，对此现象的解释可能为：

一、腰椎曲度变直减小了关节复合体(椎间盘和椎小关节)和肌肉等软组织在承受压力负荷时的缓冲作用，增加了各椎体承受压力的比例并使各椎体承受的压力趋于一致。

二、有学者提出椎体同椎间盘一样属黏弹性材料，在承受负荷时内压将明显增加，即椎体终板在加压时有肯定的向内移位，在垂直压缩时，椎体上下终板的中央及松质骨邻近终板的中央部位应力最高。

三、经常或过度的负载导致骨内压增加，增高的骨内压使骨髓血管中血流变慢，血液淤滞。增高的骨内压和淤滞的血液均可造成血管内皮细胞的损伤和血管堵塞，最终导致骨髓内营养障碍，导致骨髓造血细胞的减少和脂肪成分增多，即绝对或相对缺血造成红骨髓向黄骨髓的转化。

四、经常承受的较高应力增加了骨内压，后者可能直接导致局部骨髓内红骨髓的退变和黄骨髓的替代。

(本文由新乡医学影像诊断中心整理)

内镜微创巧摘三十二厘米长胃内肿瘤

本报记者 冯金灿

37岁的李女士最近吃不下饭，总感觉胃里满满的，在当地医院做胃镜检查发现胃里竟然有一个“巨大肿块”，已经占满大半个胃，而且延伸到十二指肠。这个巨大肿块就是导致李女士吃不下饭的原因。当地医院建议其做开腹手术。害怕手术的李女士多方咨询，最后来到河南省肿瘤医院，找到内窥镜中心副主任医师曹新广。

据曹新广介绍，李女士的肿块可能是错构瘤。所谓错构瘤是指机体某一器官内正常组织在发育过程中出现错误的组合、排列，因而导致的类瘤样畸形。

李女士的肿物从胃角长到窦幽门口，并延伸到十二指肠，长达22厘米。若按传统的方法，需要把胃、十二指肠切开，将肿块拿出来，然后做消化道重塑手术。

“若做这样的手术，患者创伤大，术后恢复慢，且易发生严重并发症，费用也比较大。”考虑到患者害怕手术，不愿意做外科手术，曹新广决定采用内镜下微创切除手术，解除患者的病痛。但是，微创切除手术的难点在于肿物过于巨大，易造成难以控制的出血和穿孔风险；而且，在术中较关键的步骤需要用圈套器，医院现有的常规圈套器无法完成手术。

为此，曹新广联系厂家，为李女士专门定制了巨大圈套器。

手术一开始，曹新广首先使用特制圈套器将肿物从十二指肠拖到胃腔。这么做的原因在于十二指肠肠腔狭小，操作空间有限，视野不清楚，如果在十二指肠内进行切除，容易造成并发症，而且由于肿物巨大，如果在十二指肠内取不出来，可能造成肠梗阻等意外情况，而胃部空间比较大，便于对肿物进行观察、切除、取出等操作。由于胃腔下部的幽门比较窄，在拖的过程中，需要谨慎操作，控制力度、方向，防止肿物因用力过大而被割断。

接着，曹新广把下垂的肿物采用巨大圈套器直接电切。这个“大家伙”太大了，以至于把胃窦腔都充满了。电切的过程也是费了一番周折。

随后，曹新广采用内镜黏膜剥离术把从胃角到幽门口处的巨大扁平肿物完整切下来。

最后，怎样取出这么大的肿物也是很困难的一步。胃腔上部的贲门口舒张时直径大约为3厘米，而这个肿物的直径超过5厘米。手术中，曹新广使用圈套器牢牢套住肿物，将肿物持续向上拖拽，慢慢地等贲门适应肿物的直径并舒张时，缓缓通过贲门，并经过食管拉出来。肿物拿出时需要患者嘴巴张到最大才勉强取出，取出后测量肿块竟达到22厘米×7厘米×5厘米。

整个手术历时3个多小时，过程顺利。术后病理检测显示，肿物为错构瘤。

初步检索文献显示，这个肿物是目前国内外经消化道内镜切除的最大肿物。曹新广说，近年来，随着内镜治疗技术的飞速发展，新型内镜治疗器械的问世，使更多、更复杂的消化道病变可以通过内镜下治疗并获得痊愈。