

河南省消化病学学科的发展研究

□张炳勇 李纳纳

消化病学学科是研究消化系统及其相关疾病的临床学科。其任务是研究消化系统疾病的流行病学、发病机制、病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、预防、治疗、预后等。

学科的发展方向

多中心循证医学和临床路径研究

开展流行病学、疾病诊疗的多中心随机对照临床研究,建立具有我国特色的消化系统疾病临床数据库和标本资源库。以循证医学为依据,积极推进河南省消化系统疾病的预防、诊疗。建立临床路径。临床路径是以循证医学和指南为基础和指导,针对某一种疾病建立一套相对标准化的诊疗模式或医师操作程序。临床路径需要随着循证医学和技术的发展不断更新。

新的诊断技术的应用

蛋白质指纹图谱技术(PFP)是一种研究蛋白质种类全貌的高通量技术。PFP能对

临床上常见的体液标本进行检测分析,具有快速、简便、准确和超敏感等特点,现已成为检测、分析疾病蛋白质变化,寻找疾病相关生物标志物的新手段。PFP在消化系统恶性肿瘤的研究中得到了广泛应用。PFP可用于筛查原发性肝癌高危人群,综合判断病变的性质,及时发现早期肝癌。

干细胞技术的应用

间充质干细胞治疗重症溃疡性结肠炎的临床试验已经在河南省人民医院开展,初步效果不错,显示了干细胞技术的应用前景。

与全肝移植比较,肝脏干细胞移植具有技术简单、对受体影响小、即时使用、并发生

发生率低等优势。

关于胃肠功能动力性疾病的研究与新技术的研发

胃肠功能动力性疾病是一大类疾病,发病机制尚不明确,流行病学资料有待完善。10年来,一些新技术开始应用于这类疾病的治疗,如经口内镜下食管括约肌切开手术治疗贲门失弛缓症,以及脊髓神经电刺激术治疗便秘等。应用新的传感技术研究肠道动力和传输功能。利用新的分子信号转导机制研发新的治疗药物。

消化道肿瘤的早发现及内镜微创治疗

肿瘤的早发现和早治疗是获得根治的关键。

新的内镜诊断技术,如荧光内镜、窄带成像放大内镜、共聚焦激光显微内镜等微成像技术,在消化道肿瘤的早发现

分子靶向治疗的应用

分子靶向治疗是一种针对特定基因或蛋白质变异的治疗方法,它通过抑制或阻断这些变异来抑制肿瘤细胞的生长和扩散。近年来,一些分子靶向药物在治疗消化道恶性肿瘤、炎性肠病等方面取得了明显的效果,为消化系统疾病的分子靶向治疗带来了新

的研究方向。

关于机器人的研究

目前,临床上可使用机器人开展腹腔脏器疾病的手术治疗。医工结合,研发具有自主知识产权的肝胆胰手术机器人、胃肠内镜手术机器人、胃肠腔内微型机器人等有广阔的前景,是河南省消化病学学科发展的方向之一。

关于肠道微生态的研究

肠道微生态是目前消化病学学科研究的热点,既涉及基础生理病理,又与临床诊疗密切相关。国内多家医院都在开展肠道菌群及粪菌移植方面的研究。在河南省,部分医院已开展上述研究,并取得了一定成绩。

扩大学科影响力

河南省消化病学学科如何提高在国内外的影响力呢?

首先,加大学科建设经费投入力度。通过加大对专业、专病的资金投入力度,积极推进消化病学学科的基础研究及临床研究,逐步扩大河南省消

化病学学科在国内外的影响力。

其次,加强人才队伍建设。组建师资队伍,提高师资队伍的教学水平,并不断加强规范化培训。目前,河南省消化病学学科存在以下问题:研

究型人才明显不足,导致日常工作负荷过大;专科医生队伍建设尚不成体系,人才资源不能与实际需求相匹配;随着老龄化问题日益突出,出现了消化专科家庭医生和护理人员明显缺乏现象。因此,要合理投入人力、物力、财力,建立符合河南省实际的消化专科医生培训体系,在充分调研社会需求后制订培训计划,进行科学化管理,使消化专科医务人员在完成日常医疗工作后仍有余力进行科研活动。

再次,整合资源,重点投入。河南省要推进国家级重大疾病防治中心和研究技术平台

建设,实现消化系统重大疾病基础研究、关键诊疗技术的研发和推广覆盖全省的临床和科研协作网络,推动消化系统疾病诊疗技术的普及。以技术研究、转化为导向,促进跨行业、跨领域的多学科交叉合作,重视分子诊断技术、分子靶向治疗技术、分子影像技术、干细胞技术、内镜微创治疗技术、手术机器人技术等前沿技术的应用,建立消化系统重大疾病、重要技术的研发创新体系。可重点研究以下领域:

1.消化道肿瘤的早诊断、早治疗,以及应用新技术进行治疗。

2.在酸相关性疾病的治疗方面,要结合河南省的中医药特色进行新药物的研发,并且要加强微创治疗技术及相关附件的开发应用。

3.在肝硬化及其并发症治疗方面,要重视干细胞技术、细胞移植技术、内镜技术和介入技术的应用,关注抗病毒药物的研发。

4.在肠道微生态方面,应用宏基因组学技术、蛋白质组学技术等,研究肠道微生态种群、功能及其与疾病的关系,认识疾病的发生、发展。这对于微生态制剂、新药物的研发等具有潜在的重要意义。

临床技术

主动脉根部瘤是指主动脉根部的异常扩张,通常累及主动脉瓣环、主动脉窦和升主动脉近端。主动脉根部瘤可由动脉粥样硬化、中层囊性坏死、梅毒感染、细菌感染、马方综合征、风湿性主动脉炎及创伤等引起。主动脉根部瘤逐渐增大时,会引起深部钻孔样疼痛、呼吸困难、继发感染、咳血等症状。随着病情进展,主动脉根部瘤可能导致主动脉瓣关闭不全,增加心脏负担,并存在发生破裂的风险,危及患者生命。因此,对于患者来说,手术治疗是不可避免的。

目前,在临床上,主动脉根部瘤的主要手术方式包括 David 手术(保留主动脉瓣的主动脉根部重建手术)、Bentall 手术(主动脉瓣人工血管升主动脉替换手术)等。其中,David 手术因具有较高的长期生存率、保护瓣膜功能及避免发生抗凝相关风险等优势,已成为治疗主动脉根部瘤的重要术式。

David 手术的核心目标是在重建主动脉根部

的同时,保留患者自身的主动脉瓣,从而避免发生人工机械瓣或生物瓣相关并发症。

David 手术的具体步骤如下:

主动脉阻断:在体外循环的支持下,切除异常扩张的主动脉根部,保留患者自身的主动脉瓣。

人工血管重建:选择合适尺寸的人工血管替代原有的主动脉根部。

主动脉瓣重塑:调整主动脉瓣的几何结构,确保瓣叶对合良好,达到“零反流”或“轻度反流”的目标。

主动脉吻合:将人工血管远端与升主动脉吻合,完成重建。

David 手术的关键在于瓣叶的修复与对合,这需要术者具备极高的手术技巧,因此并非所有医院都能开展这项手术。

(作者供职于河南省胸科医院)

相关链接

哪些患者可以接受 David 手术?

1. 主动脉根部瘤+主动脉瓣关闭不全患者

对于主动脉根部异常扩张导致的主动脉瓣关闭不全患者,如果其瓣叶质量良好(无严重钙化或撕裂),David 手术是理想的选择。

2. 马方综合征患者

马方综合征患者常伴有主动脉扩张,若其主动脉瓣尚无明显病变,可接受 David 手术。这种手术可在保留主动脉瓣的同时,降低术后并发症发生率。

3. 遗传性主动脉病变患者

对于 Loays-Dietz 综合征(一种罕见的常染色体显性遗传性结缔组织病,典型表现为主动脉瘤、动脉迂曲、眼距增宽等)、Ehlers-Danlos 综合征(一组异质性结缔组织病,会累及皮肤、血管、内脏和关节)患者,若其主动脉瓣可保留,则 David 手术可提供更长久的生理功能。

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楼医药卫生报社总编室

1期股骨头坏死为什么容易被误诊、漏诊

□陈献韬 文/图

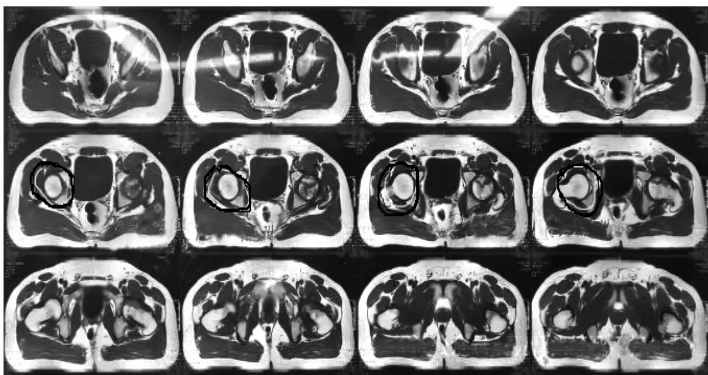


图 1

股骨头坏死是一种由于各种原因导致股骨头血供受阻或者中断,引起股骨头的骨髓成分、骨细胞死亡,造成股骨头疼痛、塌陷,以患侧髋关节疼痛、活动受限为主要临床表现的疾病。

除了创伤因素外,股骨头坏死基本是由全身性因素(如激素使用、酗酒)导致的,因此它的双侧发病率较高。相关研究指出,50%~60%的非创伤性股骨头坏死患者会发展为双侧病变。但是,即使双侧发病,进展也可能不同步。发生股骨头坏死时,在一侧确诊后,另一侧可能在数月或数年后才出现症状(一般2年内风险最高)。因此,一旦一侧确诊,即使另一侧

无症状,患者也应定期进行MRI(磁共振)检查。

需要注意的是,早期股骨头坏死没有症状,只能在体检中“碰巧”被发现,最容易被漏诊。中期股骨头坏死经常不出现典型的腹股沟或臀部疼痛,而表现为下腰部或者大腿、膝关节疼痛,最容易被误诊。单侧股骨头坏死患者采取预防性措施,如减少负重、避免使用激素、不喝酒、改善骨代谢等,可减少对侧发病风险。若确诊股骨头坏死的一侧在发现时就是晚期,要尽早进行关节置换,可以显著改善未确诊一侧的预后。

下面,我举一个具体的病例。

男性患者王某,29岁,左侧确诊股骨头坏死。

王某做了MRI检查。在MRI片上,可见右侧的(左)股骨头“黑白混杂”,就是坏死;圈住的股骨头是纯白色的,看起来“正常”(图1);但是,在另外一个序列上,白色箭头指的地方,好像不“正常”(图2、图3)。确定不了,怎么办?对于股骨头坏死的诊断,要本着非常慎重的原则,要么换机器再做,要么等一段时间进行复查。20天后,王某进行复查。复查中可见MRI信号发生了明显变化,明确股骨头坏死。

因此,对于单侧确诊股骨头坏死的病例,若病因与长期使用激素、酗酒等全身性因素有关,建议患者进行预防性治疗,以消除病因。同时,患者5年内要定期进行MRI复查。

为什么1期股骨头坏死容易发生误诊和漏诊呢?原因如下:

1. 症状不典型。1期股骨头坏死通常没有任何症状。而2期时大部分患者症状轻微(髋部或腹股沟区轻微疼痛,且呈间歇性),导致易被忽视或被误认为是其他疾病,如腰椎间盘突出、关节炎、滑膜炎等。

2. 影像学表现不明显。在X线片上难以发现1期股骨头坏死,这是因为这个时期股骨

头内的骨小梁结构并不会出现明显的稀疏、缺损或丢失。

MRI检查虽然是1期股骨头坏死的最佳手段,但若机器分辨率低或医生经验不足,仍可能导致漏诊。

3. 医生经验不足。非专科医生可能对1期股骨头坏死症状和影像学表现不熟悉,导致误诊或漏诊。

4. 患者忽视。患者缺乏相关知识,会对1期股骨头坏死的

轻微症状不够重视,错过早期诊断时机。

5. 缺乏特异性检查。1期股骨头坏死缺乏特异性生物标志物,诊断主要依赖影像学检查,增加了诊断难度。

6. 与其他疾病相混淆。1期股骨头坏死的症状与腰椎间盘突出、软组织损伤等相似,容易被误诊为其他疾病。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

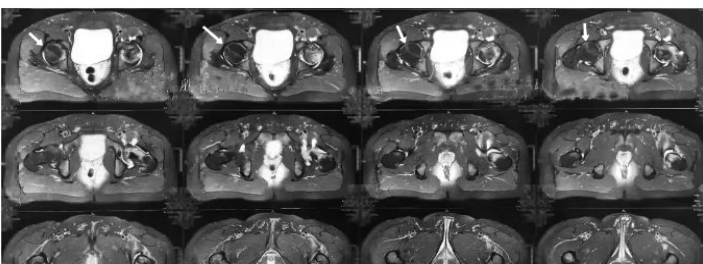


图 2



图 3