



资料图片

强直性脊柱炎(AS)是以侵害脊柱及中轴关节为主的一种慢性的、系统炎症性疾病,其中骶髂关节受累最明显,炎症以骶髂关节为中心向上、向下蔓延,向上可累及腰椎、胸椎、颈椎小关节,甚至下颌关节;向下可累及髋关节、膝关节、踝关节及其周围的韧带和软组织。因为很多患者发展到最后,常常出现关节、脊柱失去正常的活动甚至完全强直,在X线片上显示脊柱呈竹节样改变,所以称为强直性脊柱炎。

强直性脊柱炎后期破坏性很大,会引起脊柱强直,会累及髋关节、膝关节、踝关节,导致关节强直,甚至累及下颌关节,导致患者张口困难,无法进食或咀嚼;还有部分患者会出现肋脊关节强直,导致胸廓活动度降低,肺功能受限,进而出现呼吸困难,也可以因为脊柱和胸廓的变形导致心脏受压,出现循环障碍甚至心脏衰竭。强直性脊柱炎早期若不能得到正确的诊断和相应的干预治疗,会发生畸形强直,产生严重的残疾,对社会和家庭的危害极大。因此,过去有人将这种疾病叫作“不死的癌症”。

强直性脊柱炎病因尚不明

强直性脊柱炎的诊断和治疗

□高延征

确,一般认为是在遗传因素的基础上受环境因素(包括感染)等影响造成,与HLA-B27(人白细胞抗原)有一定关系,属于自身免疫性疾病。对该病目前尚没有很确切的预防方法,最重要的是早发现、早治疗。

早期症状

发病年龄:强直性脊柱炎发病年龄为13~35岁,男性多于女性,且男性发病率和严重程度明显高于女性。

家族史:家中有强直性脊柱炎患者的人群患强直性脊柱炎的概率是正常人群的24倍左右。

症状:可能有轻度的不典型的全身症状(如低热、消瘦、乏力、厌食及贫血等)。

炎性腰背痛。

临床特点

典型特点:有一般起病比较隐匿,40岁前发病,夜间痛,随着活动改善,休息无缓解等5种症状。若满足其中4种且持续时间超过3个月,可以诊断为炎性腰背痛。

不典型特点:发生单关节或肌腱附着点疼痛、炎症;青少年反复发生葡萄膜炎和虹膜炎;发展规律是从骶髂关节向上、向下逐渐侵犯;脊柱关节相应的痉挛和强直症状,有半数以上的患者累及骶髂关节。后期症状:后期症状比较典型,如疼痛、功能障碍或强直、畸形。

检查方法

如果出现以上症状,患者应去医院做相关的体格检查,如胸廓扩张试验、髋关节的“4”字试验、骶髂关节的压痛或骨盆分离试验等,然后根据

结果做一些影像学 and 血液方面的检查。

HLA-B27检查与强直性脊柱炎密切相关,有重要的参考价值。强直性脊柱炎患者的血液HLA-B27检查阳性率为90%,但正常人中也有10%表现为阳性,HLA-B27阳性人群中只有10%确定为强直性脊柱炎,因此其不能作为确诊的指标。血沉、CRP(C反应蛋白)等有一定的参考价值,可作为强直性脊柱炎是否处在活动期的参考指标。还有一些血液指标可以让医生作为参考或做鉴别诊断。

强直性脊柱炎晚期影像学改变非常典型,胸腰椎X线片检查:1.脊椎骨广泛融合,出现典型的竹节样改变;2.脊柱侧弯后凸畸形;3.骶髂关节的融合。若有这3种情况,可以确诊。

早期影像学表现非常重要,这个阶段是确诊强直性脊柱炎、早期治疗和减少并发症的关键节点。早期X线片表现尚不太典型,主要依靠MRI(磁共振成像),我们把这个阶段称为放射学阴性阶段;早期MRI可以发现骶髂关节或腰椎的骨髓水肿,在排除其他原因的骨髓水肿后基本可以高度怀疑。

在没有MRI之前,确诊强直性脊柱炎需要X线片,到了脊柱融合出现竹节样改变或骶髂关节完全融合了才能确诊,这个时间需要5~10年。也就是说,从患病到出现典型的放射学改变确诊,这10年患者往往得不到合理规范的治疗,会延误治疗时机;而MRI检查一般在发病早期就出现相应的骨髓水肿信号,可以帮助确诊,进而早期进行干预,控制病情,减少

并发症。

治疗方法

强直性脊柱炎的病理机制不是特别明确,因此其预防和治疗也没有很有效的方法。目前治疗目标主要是缓解疼痛、控制病情发展、减少并发症的发生和降低残疾程度。一般采取非药物治疗(体疗、物理治疗)、药物治疗和手术治疗等相结合的治疗方法。

非药物治疗一般是指合理的膳食,良好的生活环境,合适的湿度、温度等,更重要的是还要进行适当的功能锻炼。合理的锻炼可以恢复和防止脊柱及外周关节的粘连和强直,这是药物治疗和手术治疗所不能替代的。药物治疗即使有效,大多也是缓解疼痛,减轻症状。

锻炼主要包括:维持胸廓运动、保持脊柱运动、防止脊柱的后凸、增加肌力、防止骨质疏松。

强直性脊柱炎目前还没有确切的根治性药物,所有药物治疗都是基于改善患者的疼痛或炎性症状,在一定程度上控制病情,延缓病情的发展。非甾体消炎镇痛药仍然是首选的一线用药,安全有效。

近年来,生物制剂如恩利、益赛普等在缓解疼痛、延缓病情发展方面有了重要突破,但这类药物价格相对昂贵,在单纯使用非甾体消炎镇痛药效果不佳时,可以改用或联合应用上述药物。生物制剂的疗效还是比较好的,美国和国内的强直性脊柱炎治疗指南里也都推荐使用。

病程和预后

强直性脊柱炎的病程一般

为一二十年,前几年主要是炎症导致的不同程度的疼痛,后期是稳定期和后遗症期。强直性脊柱炎临床上的轻重程度差异较大,有的患者病情持续进展,有的长期处于相对稳定状态。绝大部分患者仅局部受累,可以保持几乎全部的功能和就业能力。然而,部分患者会发展成严重的骨骼活动受限或危及生命的肌肉骨骼外并发症。

研究表明,多个指标对判断强直性脊柱炎的预后有参考价值,包括髋关节炎、腊肠样指或趾、NSAIDs(非甾体消炎药)疗效差、ESR(红细胞沉降率)升高和发病年龄等;其他一些因素也可能与患者预后不良相关,如吸烟、进行性加重的放射学改变、功能障碍(自我报告评估)、受教育程度较低、其他疾病(银屑病、炎症性肠病、葡萄膜炎等)、不良的生活工作习惯、身体震动的职业活动(驾驶卡车或操作重型设备);另外还有诊断延迟、治疗不及时和不合理,以及不坚持长期功能锻炼等。应建立长期随访机制。

请扫描二维码了解详情



每周一练
(咳嗽与咯痰)

一、下列疾病对应的咯痰特点错误的是

A.脓性——吸人性肺炎
B.急性左心衰竭——粉红色泡沫样痰
C.铁锈色痰——肺炎葡萄球菌肺炎
D.砖红色胶冻样痰——肺炎克雷伯杆菌肺炎
E.细支气管肺泡癌——大量白色泡沫样痰

二、慢性咳嗽、咯痰最常见的原因是

A.慢性支气管炎
B.肺淤血
C.咳嗽变异型哮喘
D.急性咽炎
E.支气管扩张

三、痰的性状与其对应疾病的描述,不正确的是

A.铁锈色痰——肺炎链球菌肺炎
B.脓性泡沫痰——支气管扩张
C.果酱样痰——肺吸虫病
D.粉红色泡沫痰——肺炎支原体肺炎
E.红色胶冻样痰——肺炎克雷伯杆菌肺炎

四、关于咳嗽咯痰的转诊错误的是

A.诊断不明确或对症治疗效果不佳的严重咳嗽需要转诊
B.有危险的症状或体征者需要转诊
C.怀疑结核或肿瘤的需要转诊
D.怀疑哮喘、胃食管反流、鼻窦炎等需要转诊
E.普通咳嗽需要转诊

五、咳嗽的处理错误的是

A.有体重下降应进行胸片、结核及HIV(艾滋病病毒)感染的检查
B.有呼吸困难、咯血等高度疑似肺炎的患者需进行指尖氧饱和度和胸片检查
C.伴有发热,应进行血常规检查
D.还可进行肺功能、鼻窦部CT、食管pH(氢离子浓度指数)监测、痰培养等
E.应进行腹部CT检查

六、关于咳嗽不正确的是

A.急性咳嗽多见于急性炎症或慢性肺部疾病急性发作
B.亚急性咳嗽持续时间3~8周
C.慢性咳嗽持续时间>8周
D.急性咳嗽持续时间<3周
E.亚急性咳嗽多见于慢性支气管炎

参考答案

一、C
四、E

二、A
五、E

三、D
六、E

征 稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,注重实践操作,内容涉及常见病和流行病的诊治、安全用药等,具体栏目有《慢性病防治》《合理用药》《答疑释惑》《抛砖引玉》《老药新用》等,欢迎大家踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。
投稿邮箱:54322357@qq.com
联系人:杨小玉 联系电话:(0371)85967338

你们是甘居人后、内心温暖的“醉”美医生——致敬新郑市人民医院解放路院区麻醉手术部医护人员

新郑市人民医院解放路院区 杨东红 文/图

主刀、一助、二助等外科医生围着手术床站立,目不转睛地进行操作与配合,护士默契地交接着手术器具、纱布等;各种仪器上跳动的数字、或高或低的线条、滴滴答答的声响……这就是大家想象中的手术画面。麻醉医生默默关注着手术的进展,守着大大小小的监控,时而走近患者与其说两句话,看起来很“闲”的他们,却是手术中的保护伞,为患者保驾护航;他们是无影灯下患者生命的保护神,他们在一线默默地奉献着。

揭开面纱

他们是守护生命的“隐形人”

很多患者可能对麻醉医生不太了解,因为麻醉医生在整个治疗过程当中和患者以及家属接触的机会比较少,通常都是在术前访视的时候和麻醉前,才见到麻醉医生。因此,对于麻醉在手术中所起的作用,我们知之甚少,很多人只是简单地理解为不让患者疼痛,在手术前打上一针,“睡着了”就行。可是,麻醉医生的工作不仅仅是这一部分。当手术医生为患者开出手术通知单时,麻醉医生就已经开始关注患者了。

麻醉医生要了解患者的病情,了解患者有没有合并症(高血压病、糖尿病、冠心病、哮喘),熟知患者的检查结果(如血常规、肝功能、肾功能、电解质、尿常规、呼吸功能、心电图、胸片、超声检查等);与患者沟通交流,了解患者的一般情况及病史,做必要的体格检查,在此基础上进行术前评估;然后,根据患者的病情,手术需要、麻醉配合度、现有的设备支持度等,综合以上各种复杂情况,制定合适的麻醉方法,或者设计合适的围手术期管理预案。

麻醉医生与患者沟通结束后,还要和患者家属详细介绍这个手术麻醉的相关风险,解除家属的后顾之忧,让家属签署麻醉知情同意书。

手术开始前,麻醉医生早已在手术室候场,并把术前设备(如麻醉时所需的药物、麻醉的器材、

呼吸机、监护仪等)准备好。

一切术前探访和准备,在大多数人眼里,并没有什么技术含量,麻醉医生的出场对患者来说印象并不深刻,也没有多少存在感!

救危于人之危 镇痛于人之痛

当患者躺在手术台上的时候,麻醉医生时刻关注着监测仪器上的数据。他们与患者谈话,消除患者紧张焦虑的情绪,一切准备就绪后,开始为患者实施麻醉。

此时,麻醉医生的工作是否已完成,可以退场了?事实并非如此。患者全身麻醉后,麻醉医生与患者聊天时,患者已进入麻醉状态,连自主呼吸都没有了。麻醉医生在患者“睡觉”时,始终陪伴着患者,因为手术中可能出现很多突发的危急情况,都需要麻醉医生及时处理(如给予麻醉药之后患者出现过敏反应、严重的过敏性休克,手术过程中出现大出血需要补充血容量或输血,某些刺激引起的脉搏减慢、心律失常,这些危急时刻都需要麻醉医生及时进行处理)。

如果患者合并高血压病、糖尿病、冠心病、甲亢、贫血、呼吸功能障碍、严重感染等,那么手术过程中麻醉医生就更忙了。手术过程当中,患者很可能出现低血压、高血压、血糖过高或过低、心律失常、甲亢危象、休克、低氧血症、酸碱电解质紊乱等。手术期间,患者的病情瞬息万变,稍有疏忽就会造成无法挽回的后果。因此,麻醉医生更需打起十二分的精神,使出浑身解数,充分运用自己的技能,以确保患者的生命安全。麻醉医生像患者的保护伞一样,默默地守护在患者身边。

微名于名之外 忘利于利之切

当克服重重困难后,手术结束了,患者醒了,就好像舒舒服服地睡了一觉。很显然,在这场没有硝烟的战场上,麻醉医生一直在幕后工作着。

手术成功了,我们最常听到的就是“谢谢手术医生,你们真



麻醉手术部医护人员合影

厉害!”从对患者的术前探访,到进入手术间后抚慰患者,几乎没有人知道麻醉医生在手术中的重要性。因此,能做好麻醉工作的人,一定是甘居人后、内心温暖的人。

闪闪银针绣出百姓安全 默默努力托起人民健康

新郑市人民医院解放路院区麻醉手术部有着30多年的历史,集临床麻醉、疼痛治疗、科研教学为一体,技术力量与设备处于全省领先地位;现拥有多名高级职称和中级职称人员,麻醉医生共25人,本科以上学历占95%以上,护理人员36人,形成了合理的业务人才梯队。

为了提高全科医护人员的专业知识水平,新郑市人民医院解放路院区麻醉手术部在主任史国强的带领下,每周五雷打不动地组织全科医护人员进行业务学习,交流麻醉专业知识,学习麻醉前沿技术,联系省级专家授课讲学。正是有了这样一群不懈努

力、不断学习的麻醉医护人员,过去一些不能做、不敢做的高龄、危重患者手术得以顺利进行;百岁老人髓关节置换术、自体血回收技术、精准治疗完全性前置胎盘……一场场硬仗,一次次攻坚克难,锻炼了这支队伍,他们用闪闪银针绣出百姓的安全,用不懈努力托起人民的健康。

在急救与复苏工作中,麻醉手术部充分发挥了其在气管内插管、呼吸管理、重症监测方面的优势,在各种危重患者的抢救治疗中担当重要的角色;在心、肺、脑复苏方面,也积累了丰富的经验。

麻醉手术部积极开展新业务、新技术。如美国可视纤维支气管镜在困难气管插管中的应用、喉罩在全麻中的应用,全凭静脉麻醉、各种方式的术后镇痛技术、外周神经刺激仪引导下和超声引导下神经阻滞麻醉、无痛人流、无痛分娩、无痛引产、吗啡鞘内埋入式输注癌症疼痛治疗等麻醉前沿技

术等。

麻醉手术部医护人员现已掌握以下特色技术:

一、舒适化精准麻醉技术,术后快速康复ERAS(快速康复外科)在外科中的应用与实践,围术期医学的临床应用,减轻手术患者痛苦,减少入院花费和各种并发症,促进患者快速、安全康复出院。

二、高龄患者、小儿患者及各种危重症患者麻醉:胸科、脑瘤、肝肿瘤、嗜铬细胞瘤、颈椎手术等特殊大手术的麻醉;靶控输注麻醉技术(TCI)的临床应用。

三、控制性低血压在嗜铬细胞瘤及颅内肿瘤切除中的应用。

四、可视纤维支气管镜、可视喉镜视频、纤维支气管镜等各种新型插管工具在困难气管插管中的应用。

五、超声联合神经刺激仪引导下神经阻滞麻醉技术和超声引导下神经阻滞复合喉罩全身麻醉在老年人工髓关节置换术中的应

用。

六、超声引导下动静脉穿刺置管连续测压技术、超声引导下各种透析中心静脉置入技术。

七、无痛胃肠镜、支气管镜检查,无痛人流,无痛分娩,无痛引产。

八、吗啡鞘内埋入式输注癌症疼痛治疗。

九、自体血回收技术的临床应用。用专用的血液回收机对患者手术中流失的血液进行收集、过滤、分离、清洗、净化,然后再输入患者体内。这适用于术中可能大出血、急诊大出血的患者,可以避免血液浪费,解决血源紧张问题,没有输异体血输血反应,并发症较少,避免血液传

染病的发生,解决特殊血型的供血问题。

十、保温技术在手术中的临床应用。

十一、麻醉恢复室(PACU)应用。

新郑市人民医院解放路院区麻醉手术部在不断改善医疗环境,提高服务质量和患者满意度的同时,还十分注重与国内外麻醉中心的交流与合作,多年来经常派遣高年资医生赴国内各大医院进修、学习、研讨,并组织医生参加省内各大医院麻醉专家学术会议,以及开展各种业务学习,以便及时了解国内外麻醉发展动态,促进科室临床建设、业务水平的提高,从而更好地为广大人民群众服务。



麻醉操作指导



团队内部学习提升