

(上接 B6 版)

建党百年 回望初心——内蒙古篇

内蒙古风湿 四年大变样 全区一体慢病管理模式初显效

▲ 内蒙古科技大学包头医学院第一附属医院 王永福

2017 年经内蒙古自治区卫健委批准，依托内蒙古自治区免疫学专业医疗质量控制中心和临床医学领先学科——内蒙古科技大学包头医学院第一附属医院风湿免疫科，牵头全区 70 余家医疗单位，成立了内蒙古自治区风湿免疫专科联盟。

联盟成立后，积极响应中国医师协会风湿免疫科医师分会会长曾小峰教授提出的“一市一科一中心”学科发展目标。并提出在内蒙古积极推进“一市一科，一院一医”。根据不同级别医院的功能定位，完善协助机制，推行分级诊疗，形成医疗三级服务网络，逐步实现有序的双向转诊，促进患者的全程管理。



王永福 教授

规范化诊疗培训为纲 促进全区诊疗水平同质化

炎性关节疾病是风湿免疫科常见病，针对基层医师对此类疾病的认识不足、诊疗不规范的问题，联盟与内蒙古免疫学专业医疗质量控制中心联合启动了“炎性关节疾病规范化诊疗培训”，培训在基层旗县区医院举办，足迹遍布阿拉善盟、包头市、呼和浩特市、锡林郭勒盟、通辽市、赤峰市、呼伦贝尔市、巴彦淖尔市和兴安

盟等八个盟市，北京协和医院曾小峰教授、赵岩教授、李梦涛教授等国内 50 余位知名教授亲自授课，全区受益医师近 2000 人。该项目通过政府部门助力，通过专业培训，加强了人才培养，促进了全区风湿免疫科医师诊疗水平同质化。

积极落实国家学科规划

国家卫健委关于《综合医院风湿免疫科建设与管理指南（试行）》是指导全国风湿免疫科建设的重要文件。为了使国家的有关精神能在自治区实现快速推进，2019 年由联盟在包医一附院举办了“全区基层医院风湿免疫专业技术骨干医生培训班”，培训班包括理论学习和临床实践两个部分。来自全区的 12 名基层医生参加

培训后，有 7 家医院成立了风湿免疫门诊，每年惠及当地基层风湿免疫病患者近万人。2020 年虽然有疫情的影响，还是推动了第二期技术骨干理论培训和风湿免疫科主任培训等网络培训。

2021 年在北京医学会风湿病学分会主委李梦涛教授和内蒙古医学会风湿病学分会主委王永福教授的共同推动下，两地学会启动了“京蒙对口帮扶风湿免疫高峰论坛”，联盟积极协办，得到卫生行政部门的高度评价。

探索联盟框架下 全区一体化的慢病管理

在新医改的大背景下，慢病管理工作是摆在医务工作者面前的新课题。笔者一直致力于探索、构建区域一体化慢病管理

模式。对慢性疾病分级分层诊疗和长期慢病管理，是联盟总体工作的定位，也是国家医改的重要目标之一。如何让危急重症病人集中的区域中心医院和三甲医院来就诊，把轻症患者和恢复期患者留在基层医院就诊？内蒙古风湿人探索出了自己的道路：借助远程医疗技术，在联盟框架下打造一个远程诊疗、基层培训、慢病管理、相互交流的平台，实现与基层医院的转诊、会诊、病例分享、教学查房等工作，逐步实现专科联盟框架下的按照区域医疗中心—盟市级三甲医院—旗县区二级医院—社区门诊或乡镇卫生院的分级诊疗模式。

联盟利用远程医疗技术，探索开展了国内首家基于人工智能平台的远程

实时协同门诊。联盟的专家还利用每次基层培训的机会，积极为当地患者提供义诊活动，深受患者的好评，并于 2020 年获得内蒙古自治区改善医疗服务标杆科室和包头市学雷锋创新大赛奖。

联盟还充分利用其医疗资源优势，推进对基层医院的精准帮扶。先后在通辽市医院、九原区蒙中医院、通辽市第二医院等单位建设了“名医工作室”和“博士工作站”。2019 年在锡盟成立了“锡盟骨质疏松培训基地”；2020 年在包头市九原区成立了“高尿酸血症与痛风慢病管理培训基地”。培训基地实现了由联盟培训专科医生，由专科医生培训基层医师，并对患者进行长期随访管理。

向左走 向右走 系统性红斑狼疮与感染

▲ 上海交通大学医学院附属仁济医院风湿科 李佳 吕良敬



感染 无法跨越的话题

在 SLE 发病的环境因素中，感染有时会扮演“扳机手”的角色。感染可能在具有遗传背景的个体中，诱发 SLE 起病；同时，在患者免疫紊乱和免疫抑制的状态下，不同部位不同病原的感染此起彼伏。

EB 病毒、巨细胞病毒、细小病毒 B19 等被认为可能参与了 SLE 的发生和进展。仁济风湿团队研究显示，SLE 患者出现带状疱疹病毒再激活后 3 个月内，患者疾病活动的风险增加。病原体参与 SLE 的可能机制包括分子模拟、表位扩散、超抗原产生、旁观者激活、影响细胞凋亡、改变表观遗传等。

另一件令人担忧的事情是，感染伴随着风湿病

患者的全生命周期，极大影响疾病进程和患者预后。在 SLE 患者生存的“双峰”模式中，感染是影响患者短期生存的主要因素。2021 年，一项 Meta 分析显示，SLE 患者严重感染、肺炎、结核病和带状疱疹的发病率显著高于一般人群；美国的研究显示，在 17 万余例 SLE 住院患者中，感染死亡患者比例为 38%，超过因为疾病活动而死亡的人数；而狼疮肾炎的临床研究中则发现，亚裔患者严重感染的发病率和死亡率均高于其他族裔。

呼吸道是最常受累感染部位，细菌则是 SLE 患者感染的主力军，同时，机会性病原体的感染也不可忽视。台湾的一项研究发现，念珠菌、隐球菌和曲霉菌是最常见的病原体。SLE 疾病活动、糖皮质激素和免疫抑制剂的使用，造成患者天然免疫和适应性免疫应答的缺陷，给无处不在的病原体创造了生存的土壤。仅 10 mg 的泼尼松就会损害机体的免疫防御功能，而当激素剂量

>0.5 mg/kg 体重时，患者的感染风险明显增加，其中严重感染的发生风险则增加 11 倍。而新型生物制剂和小分子靶向化合物的蓬勃发展，令 SLE 患者的感染防治面临新的考验。

应对感染 值得全力以赴

免疫功能监测，感染预防和识别在患者管理中至关重要。使用大剂量激素和免疫抑制剂之前对患者进行全面的感染筛查，高危患者预防用药，重症患者抢先治疗。疫苗接种同样是感染防治中重要的一环。建议患者在疾病稳定期，及时接种流感病毒疫苗、肺炎多糖疫苗、带状疱疹疫苗、HPV 疫苗、以及新冠病毒疫苗。

免疫系统是一个跷跷板。在 SLE 治疗的历程中，控制疾病和感染，将会极大改善患者的生存和生活质量，真正实现医生们对于 SLE 治疗的期待——“Healthy, Competent, and Pretty”。

道阻且长，然而充满希望。

ANCA 相关性血管炎感染要及早预防

▲ 新疆维吾尔自治区人民医院风湿免疫科 罗采南 武丽君



武丽君 教授

抗中性粒细胞胞浆抗体（ANCA）相关性血管炎（AAV），是一组以小血管炎症和坏死为主要特征，与 ANCA 相关的系统性自身免疫疾病，包括肉芽肿性多血管炎（GPA）、显微镜下多血管炎（MPA）和嗜酸性肉芽肿性多血管炎（EGPA）。

感染是患者死亡主因

随着激素和免疫抑制剂的使用，AAV 的生存率较以往有了很大的提高。2011 年欧洲血管炎研究组进行的四项多中心试验表明，GPA 和 MPA 患者 1、2 和 5 年的累积生存率分别为 88%、85% 和 78%，引起患者死亡的主要原因中，感染占 48%。中国一项针对 124

例 AAV 患者的回顾性研究中，44% 的患者在 1 年左右的随访期间发生了确认的微生物学感染，69% 发生在开始免疫抑制剂治疗后前 6 个月。日本学者的研究也报道了结缔组织疾病（包括血管炎）患者，在开始缓解诱导治疗后的前 3 个月感染风险最高，特别是呼吸道的感染。

细菌感染超七成

AAV 治疗中的感染超过半数细菌感染，其中呼吸道感染发生率最高，在中国的回溯性研究中可达 74%，其次是泌尿系感染（9%）和全身感染（7%）。常见的呼吸道病原体包括肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌和金黄色葡萄球菌。

在感染因素中，机会性感染常会对 AAV 的治疗有阻碍的作用，使治疗复杂化，影响患者预后。

巨细胞病毒是 AAV 治疗中较常见的病毒感染，虽然巨细胞病毒在一般状态下致病性较低，但在人体免疫抑制状态下病毒的再激活，也会累及

肺、胃肠道、视网膜等器官，严重亦可致死。有 13%~24% 的 AAV 患者可发生水痘—带状疱疹病毒的激活感染，高龄、女性、免疫抑制剂的使用和肾功能不全可能是 AAV 患者发生水痘—带状疱疹病毒感染的危险因素。在使用生物制剂，如利妥昔单抗治疗的患者中，还需注意包括乙肝在内的各种潜伏病毒感染的再激活。

口咽部白念珠菌感染是糖皮质激素治疗的常见真菌感染，局部预防性使用抗真菌药物，可降低感染的发生率。

值得预防的高危因素

对于 AAV 患者，高龄、大剂量激素、免疫抑制剂和肾功能不全与感染事件相关，在随访中，需要做好患者的宣教和对高危因素的筛查、及早预防。研究报道，IgG 水平、淋巴细胞总数和 CD4⁺T 淋巴细胞计数可在一定程度上预测 AAV 患者感染的发生，还需在临床研究中进一步证实。