今后对重大灾难性应激事件的心理危机干预工作中应特别注意:不能只将灾后工作的注意力集中在受灾者这个生理和心理双重危机群体,还应注意对救灾人员的心理危机状态进行筛查,将心理危机干预工作覆盖面扩大到可能发生心理危机的相关人群,必要时给予相关的心理咨询及治疗,以提高广大救灾官兵的心理应激能力和心理健康水平,避免因精神、心理疾病致部队减员,影响部队战斗力的发挥。

参考文献:

[1] 王志阳,汤月芬,施慎逊. 创伤后应激障碍国内研究现状[J]. 上海精神医院,2006,18(6):372-374.

[2] 尹 智,王东明,卢 杰. 震后灾难心一及其救援对策研究[J]. 防灾科技学院报, 2007, 9(3): 13-16.

[3] Kilic C, Ulusoy M. Psychologicai effects of the November 1999 earthquake in Turkeyan epidemiological study[J]. Acta psychiatr scand, 2003, 108(3): 2322-2328.

[4] 陈树林, 高雪屏, 李凌江, 等. PTSD症状自评量表的信效度初步评价[J]. 中国心理卫生杂志, 2005, 19(6): 373-376.

[5] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 127-131, 109-115.

[6] 汪向东, 赵丞智, 新福尚隆, 等. 地震后创伤性应激障碍的发生率及影响因素[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(1): 28-30.

[7] 杨国愉, 冯正直, 任 辉, 等. 军事应激条件下军人心理健康特点及其相关因素[J]. 解放军预防医学杂志, 2004, 22(1): 25-29.

[8] 徐 唯, 宋 瑛, 梁爱民, 等. 特大爆炸事故幸存者创伤后应激障碍的初步研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(9): 603-606.

[9] 汪向东, 高 岚, 新福尚隆. 灾害后的精神及行为障碍[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(3): 186-188.

[10] Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, *et al*. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature[J]. Encephale, 2001, 27(2): 159-168.

[11] Shalev A Y, Peri T, Canetti L, *et al*. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study[J]. Am J Psychiatry, 1996, 153(2): 219-225.

[12] 任 辉, 宫海燕, 杨国愉, 等. 军事应激条件下军队医院护士心理健康状况与其应对方式社会支持的相关性研究[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(9): 813-816.

[13] 胡淑芳, 何江萍, 王惠利, 等. 社会支持和应对方式与军人心理健康相关性研究[J]. 人民军医, 2003, 46(4): 188-190.

[14] Beutler L E, Moos R H, Lane G. Coping, treatmen planning, and treatment outcome: discussion[J]. J Clin Psychol, 2003, 59(10): 1151-1167.

[15] 高 岚, 罗 颖, 汪向东, 等. 对受洪灾群体创伤后应激反应的调查[J]. 中华精神科杂志, 2000, 33(2): 107-110.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)15-1494-01

类风湿关节炎合并强直性脊柱炎1例

肖 敬,尹智功,蒋耀平,关建国 (广西中医学院第三附属医院风湿免疫科,广西 柳州 545001)

患者,男性,16岁,因"反复四肢关节疼痛8年,腰背疼痛5年,加重1周"于2008年8月16日入院。患者于2000年12月无明显诱因出现右踝及右足背肿胀和疼痛,发病后1个月病变波及左踝及左足背,之后逐渐出现双膝、双肩、双腕及双手掌指关节(MCPJ)、近端指间关节肿胀(PIPJ)、疼痛,以及双手指关节畸形。病发后于外院就诊,诊断为类风湿关节炎(RA),后经治疗后症状缓解,近5年来出现背腰部疼痛不适,期间逐渐出现颈项部后仰时疼痛,被迫前屈位。查体:生命体征正常,患者神志清楚,精神可,慢性病容,轻度贫血貌,皮肤、淋巴结、头、颈、心、肺、腹部无阳性体征;腰椎前屈、侧屈、后伸受限,指地距8 cm,枕墙距6 cm,双腕,双手食指、中指和小指PIPJ、MCPJ肿胀,轻压痛,双手食指、无名指、小指屈曲畸形,以右侧为明显,双腕关节背伸中度受限,双足第2、3、4跖趾内收畸形,双"4"字征阳性,胸廓度3 cm,Schober试验阳性。血常规:血红蛋白108.0 g/L;风湿3项:血沉48 mm/h,抗链球菌溶血素O<200 U,类风湿因子阴性;免疫6项:补体C_3 2.19 g/L,补体C_4 0.43 g/L,C反应蛋白29.86 mg/L,人类白细胞抗原-B27(HLA-B27)阴性,抗可提取性核抗原(-);尿常规、大便常规、电解质、肝肾功能均正常,心电图、胸片、腰椎正侧位片未见异常。双手正斜位片:双手普遍性骨质稀疏,并相应诸关节不同程度变窄,屈曲畸形。双侧骶髂关节中下段关节面骨质毛糙,双侧骶髂关节间隙狭窄,关节周围软组织无明显肿胀。诊断:RA合并强直性脊柱炎(AS)。治疗上给予双氯芬酸钾片25 mg,2次/d,柳氮磺吡啶片0.25 g,3次/d,口服。2周后症状好转,柳氮磺吡啶片加至0.5 g,2次/d,口服,同时加用羟氯喹片0.1 g,2次/d,同时加强关节功能锻炼,患者经治疗后病情好转出院。

讨论

本例患者有对称性多关节炎,尤其有对称性PIPJ和(或)MCPJ和(或)腕关节受累,以及PIPJ、MCPJ、腕关节异常X线征象,符合美国风湿病学会(ARA)1987年RA分类标准。且有CT证实的骶髂关节炎,下腰痛持续5年及腰椎前屈、侧屈、后伸受限,并排除其它血清阴性脊柱关节病如银屑病关节病,炎

(下转1497页)

作者简介:肖 敬,男,广西省桂林市人,硕士,医师,主要从事中西医结合治疗风湿病方面的研究,发表论文13篇。电话:(0772)2309641,E-mail:doctorxj@sohu.com

收稿日期:2008-10-26;修回日期:2009-02-04

尾是否损伤,对临床治疗和患者的康复训练有重要的指导意义;④MRI 的多参数成像,还可以比较敏感的显示颈部大血管的损伤程度,如颈椎骨折时合并的椎动脉损伤,椎动脉可表现为痉挛、狭窄和阻塞;⑤MRI 能敏感的显示病变周围软组织的损伤变化,如有无局部肿胀和血肿的形成等;⑥治疗后随访 MRI 检查,椎体的隐匿性损伤 3 ~6 个月可恢复正常椎体信号[1,7-10]。MRI 扫描还可对脊柱骨折的新旧程度做出判断,MRI 不仅可显示椎体外形的改变,更重要的是可通过对椎体信号的改变做出分析,陈旧性骨折椎体外形尽管有压缩改变,但椎体信号、尤其是 T_2WI 和 STIR 序列信号改变不明显是主要征象,新鲜骨折则有明显的信号变化,对骨折的新旧程度和原因的判断有指导意义。MRI 不足之处在于有时显示某些病变信号缺乏特异性,临床一时又很难做出合理的解释,所以在诊断时需密切结合临床病史和体征,增加 MRI 扫描的序列,如弥散成像和磁共振波谱(magnetic resonance spectroscopy, MRS)等,对诊断和其他原因所致的椎体压缩有一定的帮助;因为常规 MRI 扫描很难区分肿瘤组织 T_2 WI 高信号反映肿瘤细胞内水含量增加与骨折水肿反映组织间水含量增加这两种原因引起的骨髓水肿。因此,急需一种更为特异的检查方法,随着磁共振软硬件技术的进步,扩散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)的临床应用对于良、恶性椎体压缩骨折的鉴别诊断有极其重要的作用。Spuentrup 等[5,11]研究证实对比噪声比(contrast to noise ratio, CNR)将良性骨折与伴或不伴骨折的肿瘤病做比较,显示在良性骨折水肿病变 DWI 上病变信号明显减低,而肿瘤浸润的椎体信号无明显衰减。由此可以鉴别椎体的良性骨折水肿和肿瘤浸润。故脊椎损伤患者在允许的情况下可选择常规 X 线检查,在普通 X 线和 CT 等检查的基础上,应将 MRI 视为非常重要的补充,对病情的判断更加全面和准确,为患者以后的治疗、康复训练、避免医疗纠纷和提高生活质量有较大的帮助。

参考文献:

[1] 郭献日,李又成,李建策,等. MRI 对椎体骨折的诊断价值[J]. 放射学实践, 2006, 9(21): 945 -947.

[2] 马晓文,李亚森,文一红,等. 脊柱爆裂骨折的 CT、MRI 对照研究[J]. 实用放射学杂志, 2004, 9(20): 825 -827.

[3] 宋海涛,贾连顺,袁　文,等. 胸腰椎爆裂性骨折的影像学诊断与分类[J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(10): 965 -967.

[4] Tomomitsu T, Murase K, Sone T, *et al*. Comparison of vertebral morphometry in the lumbar vertebrae by T_1-weighted sagittal MRI and radiograph[J]. Eur J Radiol, 2005, 56: 102 -106.

[5] Spuentrup E, Buecker A, Adam G, *et al*. Diffusion-weighted MR imaging for differentiation of benign fracture edema and tumor infiltration of the vertebral body[J]. AJR, 2001, 176(2): 351 -358.

[6] Oner FC, van Gils AP, Dhert WJ, *et al*. MRI findings of thoracolumbar spine fractures: a categorization based on MRI examinations of 100 fractures[J]. Skeletal Radiol, 1999, 28: 433 -443.

[7] Katzberq RW, Benedetti PF, Drake CM, *et al*. Acute cervical spine injuries: prospective MR imaging assessment at a level 1 trauma center[J]. Radiology, 2000, 217(1): 301 -303.

[8] 邱永友,蒲书译,冯海光,等. 胸腰椎爆裂性骨折的影像学诊断[J]. 实用放射学杂志, 2003, 19(6): 524 -526.

[9] 吕发金,罗天友,黄永火,等. 骨挫伤的 MR 诊断[J]. 重庆医科大学学报, 2007, 32(4): 402 - 406.

[10] 唐　啸,戴冀斌. 脊柱损伤的 MRI 诊断及临床应用[J]. 数理医药学杂志, 2008, 21(1): 40 -42.

[11] 丁建林,梁立华,王毓佳. 脊柱爆裂性骨折的影像学评价[J]. 影像诊断与介入放射学, 2006, 15(1): 25 -28.

(编辑　栾　嘉)

(上接 1494 页)

性肠病形关节病反应性关节炎等,也符合 1984 年修订的 AS 的纽约分类标准。本例患者开始起病以双手关节骨质的改变及全身对称性多关节炎,后逐渐出现骶髂关节的疼痛及骨质的破坏。值得注意的是 AS 引起周围关节受累,主要以下肢大关节如髋、膝为主,为非对称性,而双手指间关节,掌指关节、腕关节对称性骨侵蚀性改变少见,并且不引起永久性损害。而 RA 很少累及骶髂关节,并且其改变与 AS 的骶髂关节炎有明显不同,一般为单侧不对称性,骨强直少,即或有,也是呈节段性、局限性、骨硬化程度轻或不存在。这是基于骶髂关节仅部分存在滑膜,而 RA 的病理基础为滑膜炎。因此 RA 引起骶髂关节受累仅发生在有滑膜部位处。当鉴别诊断有困难时,检查 HLA-B27、DR4、DR2 和 RF 将有助诊断[1]。由于有些 AS 患者中轴关节受累的表现并不突出,而外周关节炎又可被 RA 症状掩盖。绝大多数患者是以 RA 的表现为突出,临床上对肯定的 RA 往往很少进行 HLA-B27 检测和摄骶髂关节片。而且国内学者张林江等[2]发现即使 RF 和 HLA-B27 均阴性的患者亦可有 AS 和 RA 的合并。由于以上几种原因,AS 与 RA 合并存在的患者往往被漏诊。所以对于发病年龄较轻;有肌腱端炎、虹膜睫状体炎、窦性心动过缓等类似 AS 的关节外表现以及有突出的髋关节病变的 RA 患者应追问有无腰背疼痛. 行骶髂关节影像学检查(X 线或 CT 扫描)及 HLA-B27 检查,以尽早发现并存的 AS。

关键词: 类风湿关节炎;强直性脊柱炎

中图法分类号: R593.22　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 肖征宇, 黄少弼. 强直性脊柱炎并发类风湿关节炎[J]. 汕头大学医学院学报, 1995, (2):26 -28.

[2] 张江林, 黄　烽, 蔡醒华. 强直性脊柱炎合并类风湿关节炎[J]. 中华风湿病学杂志, 1998, 2(1):32 -35.

(编辑　张　维)