lated quality-of-life questionnaires in adults with strabismus[J]. Am J Ophthalmol, 2010, 149(4): 672-676.
[10] Hatt S R, Leske D A, Holmes J M, *et al*. Responsiveness of health-related quality-of-life questionnaires in adults undergoing sStrabismus surgery[J]. Ophthalmology, 2010, 117(12): 2324-2328. e1.
[11] 卞薇, 彭雪娇, 徐燕, 等. 中文版成人斜视患者生活质量量表的信度和效度[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(12): 24-26.
[12] 徐俊冕, 严和镔, 吴文源. 医学心理学[M]. 2版. 上海: 上海医科大学出版社, 1996: 210-211.
[13] 郑磊磊, 王也玲, 李惠春. 医院焦虑抑郁量表在综合性医院中的应用[J]. 上海精神医学, 2003, 15(5): 264-266.
[14] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. 中国临床心理学杂志, 1998, 6(2): 114-115.
[15] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(2): 98-100.
[16] Durnian J M, Owen M E, Baddon A C, *et al*. The psychosocial effects of strabismus: effect of patient demographics on the AS-20 score[J]. J AAPOS, 2010, 14(6): 469-471.
[17] Coats D K, Paysse E A, Towler A J, *et al*. Impact of large angle horizontal strabismus on ability to obtain employment[J]. Ophthalmology, 2000, 107(2): 402-405.
[18] Monro F, Huon G. Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety[J]. Int J Eat Disord, 2005, 38(1): 85-90.
[19] Olitsky S E, Sudesh S, Graziano A, *et al*. The negative psychosocial impact of strabismus in adults[J]. J AAPOS, 1999, 3(4): 209-211.
[20] 李翠芳, 安晶. 眼斜视对患者生活质量影响的护理研究[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(4): 88-89.
[21] 叶维菲. 957例住院病人焦虑、抑郁障碍的研究[J]. 中国行为医学科学, 1995, 4(4): 198-199.
[22] Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis[M]// Baum A, Singer J E, Taylor S E. Handbook of Psychology and Health. Hillsdale(NJ): Lawrence Erlbaum, 1984: 253-267.

(**收稿**:2014-07-25;**修回**:2014-09-08)
(编辑 张 维)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2014)22-2316-01

成人 still 病 1 例报告

李 艺,黄云剑 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院肾内科,全军肾脏病中心,重庆市肾病研究所)

[**关键词**] 成人 still 病;发热;糖皮质激素
[**中图法分类号**] R593.22 [**文献标志码**] B

1 临床资料

患者,男性,42岁,因"全身肌肉酸痛、发热4 d"入院。4 d前患者淋雨后出现全身肌肉酸痛、发热,体温波动在37.7~38.9 ℃之间,伴咽喉部肿痛,咳嗽、咳痰,痰为白色泡沫痰,无寒战、皮疹、腹痛、关节疼痛等不适,于当地医院就诊(具体不详),症状无明显好转,2014-08-10到我院就诊。门诊血常规提示:白细胞12.69×10^9/L,中心粒细胞84.1%,血红蛋白91 g/L,血小板180×10^9/L;尿常规:比重1.020,pH 6.5,尿蛋白+,红细胞-,白细胞-。入院后查体:体温38 ℃,脉搏89/min,呼吸20/min,血压109/75 mmHg,全身表浅淋巴结无肿大,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰因。心律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部平软,无压痛、反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。实验室检查:血常规白细胞11.84×10^9/L,中心粒细胞78.9%,血红蛋白136 g/L,血小板231×10^9/L;血沉79 mm/h、C反应蛋白195 mg/L、肿瘤坏死因子17 U/mL、白介素-6 101 pg/mL;铁蛋白964 ng/mL。类风湿因子、抗链球菌溶血素"O"无异常,肝功、肾功、电解质、抗核抗体谱、抗心磷脂抗体未见明显异常;痰抗酸染色、痰细菌培养、血培养阴性。骨髓细胞检查:①骨髓增生明显活跃,其中粒系占64.5%,红系占23.5%;②粒系增生活跃,各阶段可见,形态大致正常;③红系增生活跃,以中晚幼红细胞增生为主,形态未见异常。提示:增生性骨髓象。

入院后诊断考虑:①感染性疾病;②结缔组织疾病;③结核;④肿瘤。入院后经过对症处理后患者持续高热,最高体温39.8 ℃,血象提示白细胞、中性粒细胞较高,患者发病前有受凉病史,故考虑感染,给予抗病毒及抗细菌治疗后均无效。入院后10 d,根据临床症状、体征、辅助检查结果排除了感染、结核、肿瘤及系统性红斑狼疮、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、甲状腺疾病等,全院会诊后考虑诊断:成人 still 病。给予甲泼尼龙60 mg/d,治疗观察5 d均未发热,患者精神、食欲明显好转,全身酸痛明显缓解,无红斑、皮疹、咽痛、反酸、恶心、呕吐、关节疼痛等,患者好转出院。患者出院后继续口服甲泼尼龙60 mg/d,体温正常后2周逐渐减量,每2周递减5 mg/d,5~10 mg/d维持,定期门诊复诊,未诉特殊不适。

2 讨论

成人 still 病(adult onset still's disease, AOSD)是一组病因、发病机制不明,累及全身多系统的疾病。主要临床症状:高热,多形性皮疹,关节痛、肌肉酸痛[1]。该病临床症状复杂、无典型,常合并多系统表现,实验室诊断缺乏特异性,极易漏诊误诊。目前该病的诊断标准为1992年日本"成人 Still 病研究委员会"提出的 Yamaguchi 诊断标准。主要标准:①发热39 ℃,持续1周以上;②关节痛持续2周以上;③典型皮疹;④白细胞总数≥10×10^9/L,包括中性粒细胞≥80%。次要标准:①咽痛;②淋巴结和/(或)脾大;③肝功能异常;④类风湿因子和抗

(下转2330页)

[**通信作者**] 李 艺,E-mail:liyi813816@126.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20141020.1014.006.html(2014-10-20)

Ruf等[13]的研究报道21例小年龄段(1～13岁,平均5岁)后路椎体切除椎弓根螺钉内固定手术患者,证实采用该方法不会阻滞椎体发育。对于预防和减少神经损伤并发症的发生,不但要求手术医师有丰富的经验,提高椎弓根螺钉置入的准确,在截骨操作时,也应对截骨的另一侧进行临时固定;对于重度脊柱畸形,钉、棒需承受较大的负荷,所以充分植骨并合理分配螺钉数量及位置尤为重要。本组随访病例中,无严重脊髓损伤及内固定脱钉、断棒等严重并发症发生。对于有神经损害的患者应早期使用甲基泼尼龙冲击治疗,联合神经营养药、脱水剂的药物,待病情平稳后,再辅助高压氧治疗。

术中及术后出血必须引起足够重视,以及提高手术技巧。本组病例均采取控制性低血压,可明显减少出血量。术中采取双极电凝、促凝、可吸收纱布填塞、骨蜡封闭等多种方式尽量减少出血,并及时输血,保证机体内环境稳定。

综上所述,全脊椎切除治疗儿童严重脊柱后凸畸形,矫形效果好,适用于创伤、肿瘤、感染及其他原因引起的严重后凸畸形,通过椎管成形和植骨可进一步提高该术式的骨融合率,减少术后并发症,是一安全有效的手术方式。

参考文献:

[1] Bridwell K H. Decision making regarding Smith-Petersen vs. pedicle subtraction osteotomy vs. vertebral column resection for spinal deformity[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31(19 Suppl): S171 – S178.

[2] Sugrue, P A. O'Shaughnessy B A, Blanke K M, *et al*. Rapidly progressive Scheuermann's disease in an adolescent after pectus bar placement treated with posterior vertebral-column resection: case report and review of the literature[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2013, 38(4): E259 – E262.

[3] Lenke L G, Sides B A, Koester L A, *et al*. Vertebral column resection for the treatment of severe spinal deformity[J]. Clin Orthop Relat Res, 2010, 468(3): 687 – 699.

[4] Freund M, Hahnel S, Thomsaen M, *et al*. Treatment planning in servere scoliosis: the role of MRI[J]. Nemoradiology, 2001, 43(6): 481 – 484.

[5] Zhou C, Liu L, Song Y, *et al*. Anterior and posterior vertebral column resection for severe and rigid idiopathic scoliosis[J]. Eur Spine J, 2011, 20(10): 1728 – 1734.

[6] Lenke L G, O'Leary P T, Bridwell K H, *et al*. Posterior vertebral column resection for severe pediatric deformity: minimum two-year follow-up of thirty-five consecutive patients[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2009, 34(20): 2213 – 2221.

[7] Hamzaoglu A, Alanay A, Ozturk C, *et al*. Posterior vertebral column resection in severe spinal deformities: a total of 102 cases[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2011, 36(5): E340 – E344.

[8] Suk S I, Chung E R, Kim J H, *et al*. Posterior vertebral column resection for severe rigid scoliosis[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2005, 30(14): 1682 – 1687.

[9] Jeszenszky D, Haschtmann D, Kleinstuck F S, *et al*. Posterior vertebral column resection in early onset spinal deformities[J]. Eur Spine J, 2014, 23(1): 198 – 208.

[10] 张宏其, 刘少华, 郭超峰, 等. 单纯后路脊椎切除治疗僵硬型角状脊柱后凸畸形[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(12): 1099 – 1103.

[11] 吴闻文, 刘汝落, 侯树勋, 等. 全椎骨截骨加椎弓根螺钉固定矫正脊柱角状后凸畸形[J]. 解放军医学杂志, 1994, 19(6): 464 – 466.

[12] Willems K F, Slot G H, Anderson P G, *et al*. Spinal osteotomy in patients with ankylosing spondylitis: complications during first postoperative year[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2005, 30(1): 101 – 107.

[13] Ruf M, Harms J. Pedicle screws in 1- and 2-year-old children: technique, complications, and effect on further growth[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2002, 27(21): E460 – E466.

(收稿:2014-06-12;修回:2014-07-18)

(编辑 龙 亮)

(上接2316页)

核抗体阴性。具有以上5项或5项以上,其中至少应有2项主要标准,并排除感染性疾病、恶性肿瘤、其他风湿性疾病才能确诊[2]。临床上需要结合病史、症状体征、实验室相关检查、排除上述疾病,才能明确诊断,为一排他性诊断。铁蛋白是一种急性反应物,目前研究已经证实炎症、肿瘤、感染条件下,铁代谢紊乱可导致铁蛋白升高,然而铁蛋白在AOSD中往往要高出3～5倍,可作为疾病活动和疗效评价的指标。首先符合Yamaguchi标准,如果血清铁蛋白≥1 250 μg/L,特异性较高[3]。目前AOSD治疗尚无统一方案,大部分学者认为可用糖皮质激素治疗,而对糖皮质激素治疗无效或不能耐受患者可用环磷酰胺、雷公藤多甙、环孢素、硫唑嘌呤等药物治疗[4]。本例患者确诊为成人still病后应用甲泼尼龙60 mg/d治疗1 d后症状明显缓解,激素逐渐减量,患者好转出院。

通过对本病例的诊疗,我们对AOSD有了进一步的认识。首先提高对该病的认识以免延误诊治,其次结合病史、症状体征、实验室检查结果,排除其他相关疾病后,诊断AOSD,最后使用激素时要逐渐减量,降低不良反应,定期随访观察,避免病情反复。

参考文献:

[1] Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, *et al*. Preliminary criteria for classification of adul1 Still's disease[J]. J Rheumatol, 1992, 19(3): 424 – 430.

[2] 徐磊, 杨波, 郑金亮, 等. 成人still病15例临床分析并文献复习[J]. 中国实用医药, 2012, 7(36): 25 – 26.

[3] Moore C Jr, Ormseth M, Fuchs H. Causes and significance of markedly elevated serum ferritin levels in an academic medical center[J]. J Clin Rheumatol, 2013, 19(6): 324 – 328.

[4] 蔡宝云, 张金福. 成人still病的诊治进展[J]. 中国临床医生, 2013, 41(4): 10 – 13.

(收稿:2014-08-08;修回:2014-09-29)

(编辑 龙 亮)