

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.12.050

垂体瘤术后合并成人 Still 病 1 例报道*

张琳, 胡洪玮, 阳琰[△]

(遵义医学院附属医院内分泌科, 贵州遵义 563099)

[中图分类号] R736.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)12-1725-02

成人 Still 病 (adult onset Still's disease, AOSD) 是一种以高热、皮疹、关节炎并伴有血象增高、肝脾及淋巴结肿大为主要表现, 伴有多系统受累的临床综合征。由于其病因及发病机制至今未明, 临床表现复杂, 早期缺乏特异性症状、体征, 因此临床上诊断 AOSD 很困难, 若同时合并垂体功能减退症, 机体免疫力较差, 易合并感染, 极易造成误诊、漏诊。本院近期收治 1 例垂体瘤术后合并 AOSD 患者, 现将诊治经过报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 59 岁, 因“垂体瘤术后 3 个月, 咳嗽、咳痰 4 d”于 2016 年 4 月 5 日收入本科。3 个月前无明显诱因出现全身水肿就诊于本院, 完善相关检查诊断为 Cushing 病。2016 年 1 月 5 日于外院行头颅 MRI 示鞍区占位性病变, 并行“经鼻窦入鞍区占位病变切除术”。术后鞍区 MRI 示: 鞍区占位术后, 鼻道、蝶窦及鞍区可见填充物, 信号不均。病理诊断: 垂体增生。术后促肾上腺皮质激素、血皮质醇明显降低, 尿量增多, 予氢化可的松 8:00 口服 40 mg, 16:00 口服 20 mg 逐渐调整剂量为 8:00 口服 20 mg, 16:00 口服 10 mg, 去氨加压素每日睡前口服 0.1 mg, 未服用优甲乐。院外反复出现怕冷、乏力、食欲缺乏、头晕等症状。4 d 前受受凉后出现咳嗽、咳痰、寒战, 未测体温, 自行停用氢化可的松, 伴疲乏无力、食欲缺乏, 无呕吐、腹泻, 无意识障碍, 为进一步诊治, 门诊以“垂体微腺瘤术后”收入内分泌科。病来精神、饮食、睡眠欠佳, 大小便正常。既往身体健康。无阳性家族史。

入院查体: 体温 38.0 °C, 心率 100 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 120/80 mm Hg, 无力体型, 神清, 查体合作。全身皮肤及黏膜无黄染、出血点, 无皮肤紫纹、瘀斑, 全身浅表淋巴结未扪及肿大。咽无充血, 双侧扁桃腺不大。颈软, 气管居中, 甲状腺不大, 两侧对称, 随吞咽动作上下活动, 质软, 无触痛, 表面光滑, 未扪及震颤, 未闻及血管杂音。双肺呼吸音粗, 左肺闻及少量湿性啰音。心腹阴性。四肢关节无红肿、畸形, 双下肢无水肿。四肢肌力、肌张力正常。

辅助检查: 血常规, 白细胞 $29.62 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $28.14 \times 10^9/L$ 。肝功能: 天冬氨酸转氨酶 (AST) 41 U/L, 余项正常。电解质, 钾 3.32 mmol/L, 氯 96.9 mmol/L, 磷 0.72 mmol/L, 余项正常。血渗透压 281 mOsm/kg H₂O, 尿渗透压 175 mOsm/kg, 8:00 促肾上腺皮质激素小于 1.0 pg/mL, 血皮质醇 359.2 nmol/L, 促卵泡激素 21.2 mIU/mL, 人生长激素 0.5 mIU/L, 促黄体激素 11.7 mIU/mL, 泌乳素 215.7

mIU/L。性激素: 硫酸脱氢表雄酮小于 0.41 μmol/L, 雌二醇小于 18.4 nmol/L, 孕酮小于 0.1 nmol/L, 总睾酮小于 0.1 nmol/L。甲状腺功能: 第 3 代促甲状腺素 0.998 μIU/mL, 游离三碘甲状腺原氨酸 3.0 pmol/L, 游离甲状腺素 16.2 pmol/L。红细胞沉降率 42 mm/h。白细胞介素 (IL)-6 15.680 pg/mL。降钙素原 0.16 ng/mL。血清铁蛋白大于 1 500.0 μg/L。骨髓涂片示感染骨髓象。骨髓培养: 孔氏葡萄球菌孔氏亚种。胸部 CT: 考虑慢性支气管炎。尿常规、肾功、T-SPOT 试验、女性肿瘤相关抗原、HIV、梅毒、丙肝、乙肝、脑脊液 (常规、生化、脱落细胞、涂片、培养)、血培养、痰培养、尿培养、抗核抗体、类风湿因子、抗环瓜氨酸肽抗体、胸腹水探查、全腹 CT 平扫+增强均正常。心脏彩超: 二尖瓣及三尖瓣轻度反流; 肺动脉高压, 左室弛张减低。

入院诊断: (1) 全垂体功能减退症-垂体 ACTH 微腺瘤术后; (2) 肺部感染; (3) 电解质紊乱。治疗: 先后予五水头孢唑林、头孢噻肟钠、左氧氟沙星抗感染, 泼尼松片 8:00 口服 5 mg, 16:00 口服 2.5 mg。1 周后将泼尼松片增加至 8:00 口服 10 mg, 16:00 口服 5 mg, 优甲乐每日睡前口服 25 μg, 体温无下降趋势, 热型呈弛张热, 最高达 39.8 °C, 血压下降至 68/45 mm Hg, 抗感染 10 d 复查胸部 CT: 双肺炎。纵隔、双侧腋窝淋巴结增多。心包少量积液。双侧少量胸腔积液。故将抗菌药物升级为哌拉西林他唑巴坦, 扩容、升压。入院后 14 d 患者胸背部、双上肢、双下肢出现密集斑片状红色皮疹。尿量逐渐增加, 多次测 24 h 尿量大于 3 500 mL, 加用去氨加压素睡前口服 1 片。皮肤科会诊考虑过敏性皮炎 (药物因素) 可能性大, 予外用炉甘石洗剂。感染科会诊考虑感染可能性大, 药物热不能除外。予停用一切可能性药物, 将泼尼松调整为 8:00 口服 5 mg, 16:00 口服 2.5 mg。呼吸科会诊考虑肺部感染, 于 2016 年 4 月 26 日转入呼吸科进一步治疗, 诊断社区获得性肺炎 (双侧细菌性肺炎)、脓毒血症 (孔氏葡萄球菌孔氏亚种)。抗菌药物升级为美罗培南, 体温持续不降, 伴呕心、呕吐, 加用万古霉素, 仍间歇性高热, 未发热时精神状态可, 请全院会诊考虑 AOSD, 故停用抗菌药物, 予地塞米松静脉滴注 5 mg 每天 1 次, 消炎痛口服 12.5 mg 每日 3 次, 泼尼松 8:00 口服 10 mg, 16:00 口服 5 mg, 优甲乐 8:00 口服 37.5 mg。经上述治疗, 体温恢复正常, 皮疹消失, 无咳嗽、咳痰, 精神、饮食、睡眠可, 大小便正常, 生命体征平稳, 心腹阴性。复查胸部 CT: 与前次比较, 肺内渗出性病变更明显减少, 胸腔积液消失。2016 年 5 月 17 日

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (81460168); 贵州省科学技术基金资助项目 [黔科合 J 字 LKZ(2013)19 号]; 遵义医学院博士启动基金 [(2012)F-574]。作者简介: 张琳 (199—), 硕士, 主要从事糖尿病与脂肪因子的研究。△ 通信作者, E-mail: 2006yangyan80@163.com。

出院,嘱规律服药,定期门诊随诊。

2 讨论

本院收治该患者为垂体瘤术后继发性肾上腺皮质功能减退、性腺功能减退、甲状腺功能减退、尿崩症的患者。此次入院在腺垂体功能减退的基础上,合并肺部感染,经抗感染治疗后影像学提示肺部病变吸收,但患者反复高热不能单用肺炎并胸腔积液解释,且出现皮疹、一过性胸腔积液、血象高、经激素治疗,体温逐渐恢复至正常符合 AOSD 表现。由于该患缺乏关节症状,结合胸部 CT 考虑为肺炎,当出现皮疹时,又误以为是药疹,忽略了 AOSD,导致误诊、漏诊。首发症状为肺部病变的 AOSD 病例较为少见,尤其是合并垂体功能减退症患者,机体免疫力、防御功能较差,易合并感染,若感染未能及时有效的控制易进展为感染性休克且往往同时合并垂体危象,故需警惕。现无大规模 AOSD 合并垂体功能减退症的相关研究,因此 AOSD 的诊断十分棘手,研究证实活动期 AOSD 的血清铁蛋白升高非常显著,若血清铁蛋白大于或等于 $1\ 250\ \mu\text{g/L}$,特异性较高^[1]。该患诊断采用 Yamaguchi 标准^[2]且血清铁蛋白大于 $1\ 500.0\ \mu\text{g/L}$,AOSD 诊断成立。

AOSD 病因及机制尚未完全明确,一般认为可能与感染、免疫及遗传因素有关^[3]。垂体功能减退合并的孔氏葡萄球菌孔氏亚种感染,极有可能是 AOSD 发病的诱因。目前认为 AOSD 感染的大量细菌可能影响自身免疫反应,导致免疫应答紊乱^[4]。单核-巨噬细胞的活化是 AOSD 发病的中心环节^[5]。有研究证实 IL-17 可以刺激单核细胞产生 IL-1 β 、TNF- α 、IL-6,扩布炎症级联反应^[6-7]。此外,研究表明,AOSD 活动期血清 TNF- α 升高水平与病情活动性相关^[8]。TNF- α 是由活化的单核-巨噬细胞和淋巴细胞产生的致炎细胞因子,参与自身免疫的炎症过程。在垂体功能减退症合并感染时,TNF- α 升高,单核-巨噬细胞处于高度活化状态。因此,垂体功能减退症合并感染患者单核巨噬细胞的活化是 AOSD 发病的基础。

临床医生在诊治过程中对已经确诊垂体功能减退的患者,应加强教育,该病为终身性疾病,需长期应用激素替代治疗,告知规律服药的必要性,避免擅自停药。尤其是在发热、腹泻等应激状态下,需要遵医嘱调整剂量。临床工作中为了减少误、漏诊,需详细问诊,加强对疾病的认识,开阔诊断思路,引起发

热的疾病非常多,但本例 AOSD 合并垂体功能减退症患者较少见,提醒临床医生当发生感染时考虑是否合并垂体功能减退症,垂体功能减退症患者合并感染时使用抗菌药物治疗效果欠佳需考虑 AOSD 可能。

参考文献

- [1] Moore C, 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.
- [2] Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease [J]. J Rheumatol, 1992, 19(3): 424-430.
- [3] 戴冽, 曾庆徐. 成人斯蒂尔病[J]. 中国药物与临床, 2003, 3(4): 335-336.
- [4] 王书杰, 张涛, 卢胜家. 酒精性肝硬化合并成人 Still 病 (AOSD) 1 例[J]. 复旦学报(医学版), 2012, 39(6): 684-685.
- [5] Zou YQ, Lu LJ, Li SJ, et al. The levels of macrophage migration inhibitory factor as an indicator of disease activity and severity in adult-onset Still's disease [J]. Clin Biochem, 2008, 41(7/8): 519-524.
- [6] Hueber AJ, Asquith DL, McInnes IB, et al. Embracing novel cytokines in RA-complexity grows as does opportunity [J]. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2010, 24(4): 479-487.
- [7] Chabaud M, Lubberts E, Joosten L, et al. IL-17 derived from juxta-articular bone and synovium contributes to joint degradation in rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Res, 2001, 3(3): 168-177.
- [8] 戴生明, 冷伟建, 韩星海, 等. 成人 Still 病患者血清细胞因子水平及与病情活动性的关系[J]. 第二军医大学学报, 2002, 23(12): 1351-1353.

(收稿日期: 2016-12-18 修回日期: 2017-02-21)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.12.051

上颌多生牙与第三磨牙结合 1 例报道

张琳林, 邹林洪[△]

(重庆医科大学附属永川医院口腔科 402160)

[中图分类号] R782.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)12-1726-02

多生牙是常见的先天畸形,一般较易发生在上颌前牙区,但是发生在第三磨牙区的多生牙比较少见,多生牙与第三磨牙结合且临床资料齐全的病例更是少见报道。重庆医科大学附属永川医院口腔科发现上颌多生牙与第三磨牙结合 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,45 岁,汉族。2015 年 10 月因“右上后牙区反复肿胀疼痛数月”于本科就诊。专科检查:18 中位垂直阻生,咬合面有较多食物残渣及软垢,远中牙龈肿胀,探及盲袋及出血。全景片示:18 中位垂直阻生,18 区有一多生牙影像,其形态小