

- with Sjögren's syndrome: case report and review [J]. *Rheumatol Int*, 2017, 37(4):663-669.
- [3] MORIMOTO A, NAKAZAWA Y, ISHIE. Hemophagocytolymphohistiocytosis: pathogenesis, diagnosis, and management [J]. *Pediatr Int*, 2016, 58(9):817-825.
- [4] MELLON G, HENRY B, AOON O, et al. Adenovirus related lymphohistiocytic hemophagocytosis: case report and literature review [J]. *J Clin Virol*, 2016, 78:53-56.
- [5] MADKAIKAR M, SHABRISH S, DESAI M. Current updates on classification, diagnosis and treatment of hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) [J]. *Indian J Pediatr*, 2016, 83(5):434-443.
- [6] 噬血细胞综合征中国专家联盟, 中华医学会儿科学分会血液学组. 噬血细胞综合征诊治中国专家共识 [J]. *中华医学杂志*, 2018, 98(2):91-95.
- [7] MALINOWSKA I, MACHACZKA M, POPKO K, et al. Hemophagocytic syndrome in children and adults [J]. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*, 2014, 62(5):385-394.
- [8] 章琴, 高清平, 康玉敬. 成人噬血细胞综合征的临床分析
- [J]. *内科急危重症杂志*, 2013, 9(2):102-103.
- [9] EPPERLY R, FURMAN W, MELISSA H, et al. Secondary hemophagocytic syndrome after autologous hematopoietic cell transplant and immune therapy for neuroblastoma [J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2019, 66(11):e27964.
- [10] TAKESHITA M, ANAI S, MISHIMA S, et al. Coincidence of immunotherapy associated hemophagocytic syndrome and rapid tumor regression [J]. *Ann Oncol*, 2017, 28(1):186-189.
- [11] SATZGER I, IVANYI P, LÄNGER F, et al. Treatment-related hemophagocytic lymphohistiocytosis secondary to checkpoint inhibition with nivolumab plus Ipilimumab [J]. *Eur J Cancer*, 2018, 93:150-153.
- [12] MASOOD S, SEKWON J. Hemophagocytic lymphohistiocytosis with immunotherapy: brief review and case report [J]. *J Immunother Cancer*, 2018, 6(1):49.

(收稿日期:2021-04-16 修回日期:2021-10-12)

• 案例分析 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.02.044

表现为脑梗死样跌倒发作的脊髓型颈椎病 1 例报道

陈 敏

重庆市红十字会医院/江北区人民医院神经内科, 重庆 400020

关键词: 脊髓型颈椎病; 跌倒发作; 脊髓受压; 脑梗死

中图分类号: R681.5

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2022)02-0285-03

脊髓型颈椎病(CSM)是颈椎退行性改变导致脊髓受压和(或)脊髓供血障碍引起的脊髓功能障碍性疾病,占颈椎病的 10%~15%,是严重危害中老年人健康的最常见颈椎疾病之一。CSM 多见于 50 岁以上人群,大部分患者起病隐匿,呈慢性病程,病情反复或进行性加重,神经系统受累表现多样,以慢性进行性四肢瘫痪为主要特征,也有极少部分患者以突发偏瘫起病,易被误诊为脑梗死。本文报道了 1 例表现为脑梗死样跌倒发作,最终诊断为 CSM 的病例。

1 临床资料

患者,男性,54 岁,因“突发双侧上下肢无力、感觉减退 2 h”于 2021 年 2 月 20 日 16:46 入院。患者 2 h 前在下蹲后突然站立时出现意识丧失,跌倒在地,数秒后意识恢复,但出现双侧上肢及双侧下肢上抬无力,以双侧上肢症状较重,伴四肢感觉减退,也以双侧上肢较重,有轻微头晕,无恶心及呕吐,无言语障碍,无吞咽障碍,无肢体抽动,无大小便失禁,无胸痛及胸闷,无颈部不适。就诊于本院急诊科,行头颅 CT 检查

未见高密度灶。既往史:否认高血压及糖尿病史,否认颈椎疼痛史,吸烟史 30 年,每天 20 支,偶尔少量饮酒。查体:体温 36.5℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20 次/分,血压 125/75 mm Hg,平车推入病房,颜面正常,咽部无充血,心、肺、腹未见异常,四肢无皮疹及水肿,脊椎无压痛。神经科查体:神志清楚,对答切题,查体合作,记忆力及定向力正常,颈阻(一),双侧瞳孔等大等圆,直径 0.3 cm,光反射灵敏,双侧眼球向各方向运动到位,未见眼震,无面、舌瘫,双侧上肢近端肌力 5 级,远端肌力 3 级,双侧下肢肌力 5 级,双侧上肢感觉减退,双侧下肢感觉减退不明显,四肢肌张力正常,左侧病理征(+),右侧病理征(±),美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分为 4 分。急诊检查凝血、血常规、血糖正常,结合患者长期大量吸烟史,经评估后考虑不排除急性脑梗死,签署溶栓知情同意后给予尿激酶 80 万单位溶栓,于 17:27 开始静脉溶栓,18:05 溶栓完毕,患者未诉头痛,无头晕加重,双侧下肢肌力逐渐恢复正常,双侧上肢远端仍不能上

抬,肌力无改善,因此考虑不支持急性脑梗死诊断,患者在 20:00 左右行头颅及颈椎 MRI 检查,头颅 MRI 未见新发的脑梗死灶,只有陈旧的散在小缺血灶,颈椎 MRI 提示左侧椎动脉迂曲,颈 3~4,颈 4~5 椎间盘突出伴椎管狭窄,脊髓受压。再次检查患者体征,仍有双侧上肢远端无力,肌力 3 级,双侧上肢感觉减退,双侧下肢感觉及运动功能恢复,双侧下肢病理征(十),神志清楚,颈部无压痛,再次追问患者有无颈椎不适、疼痛等,患者仍不能回忆既往有此情况,但家属诉其在 10 年前有过颈椎疼痛史,当时在外按摩后好转,未再发。患者为装修工人,长期低头及过度仰头装修,考虑支持 CSM 的诊断,2021 年 2 月 21 日头颅及颈椎 MRI 结果提示:双侧额叶、顶叶、侧脑室旁小缺血灶及腔隙性脑梗死灶;考虑大枕大池或蛛网膜囊肿;鼻中隔偏曲,双侧上颌窦、筛窦炎症;颈 2~3、3~4、4~5、5~6、6~7 椎间盘突出;颈椎退行性变;颈 4~5 相应水平脊髓水肿不排除,建议结合临床;颅脑 TOF-MRA 示左侧椎动脉颅内段动脉瘤,建议结合 DSA 检查。腹部彩超提示:胆囊息肉样改变,双肾囊肿。心脏彩超提示:室间隔增厚(13 mm),左心室后壁增厚(12 mm),二尖瓣轻度反流,射血分数 61%。颈动脉彩超提示:左侧颈总动脉内中膜增厚,右侧锁骨下动脉粥样硬化斑块形成。根据检查结果立即请骨科会诊,考虑为颈椎反曲,颈椎间盘突出,脊髓受压,建议手术治疗。2021 年 2 月 22 日患者仍有双侧上肢无力、麻木感,给予甘露醇脱水减轻脊髓受压,甲钴胺及维生素 B₁ 营养神经治疗,藤黄健骨片抗骨质增生治疗,患者双侧上肢肌力恢复不明显,查体仍提示双侧上肢远端肌力 3 级,随后患者家属要求转上级医院行手术治疗。后期随访,患者于上级医院行手术治疗后双侧上肢肌力 4 级,但仍有持重物困难,双侧下肢行走可,但有踩棉花样感觉,在持续康复治疗中。

2 讨 论

CSM 的自然病程具有慢性、间歇性、隐匿性等特点,其发病是多种因素共同作用的结果。CSM 发病的危险因素包括年龄>50 岁、颈部外伤史和退行性骨病^[1]。CSM 的常见症状是平衡异常、手臂无力、手麻木、腿僵硬、尿急和颈部疼痛^[2],疾病进展因个体差异和环境因素而不同,环境因素可影响骨退化。CSM 的患病率男性高于女性,发育性椎管狭窄是 CSM 发病的一个重要因素。椎间盘是人体最容易随年龄增长而发生退行性改变的部位。随着年龄的增长,椎间盘逐渐发生退行性改变,然后出现椎骨和软组织的继发性病理改变,表现为骨赘形成,后纵韧带骨化,黄韧带肥厚等。椎间盘、关节囊及韧带组织等发生退行改变后,椎体出现向后滑移倾向,从而造成动态性椎管

狭窄^[3]。在上述静态因素及动态因素的基础上,颈椎管的代偿空间明显减小,当颈椎过伸或过屈运动时,脊髓即受到来自前后方的嵌压,导致出现脊髓休克现象。长期慢性压迫一方面导致脊髓灰白质的直接损伤,另一方面引起脊髓的血供障碍及蛛网膜下腔脑脊液循环流体力学的改变。RYOICHI 等^[4]研究发现,脑脊液搏动性血流障碍与脊髓疾病的严重程度高度相关。脑脊液流动障碍的测量可以量化硬膜囊和脊髓受压的程度。在急性期,椎管内压的改变不仅会导致脊髓改变,也会导致颅内静脉回流变化,进一步导致颅内压的改变,最终引起患者意识的改变。该患者在下蹲后突然站立时发生短暂性意识障碍,以及四肢肌力及肌张力快速下降,从而表现为跌倒发作,在急诊送入本院的过程中仍有四肢肌力障碍,但以双侧上肢为主,查头颅 CT 未见出血灶,考虑不排除急性后循环障碍引起的脑梗死,给予溶栓治疗后患者双侧上肢肌力仍无改善,双侧下肢肌力逐渐恢复,随后急诊行头颅及颈椎 MRI,根据结果考虑为 CSM。分析本例患者不支持脑梗死的原因:(1)追问病史,患者在几年前有过颈椎疼痛史,但在按摩后好转,疼痛未再发作,且患者为装修工人,长期低头及仰头工作,颈椎的活动度较大;(2)查体发现神经系统体征与单纯的脑血管疾病不符,无语言障碍,无颅神经受累的表现,只有四肢肌力下降;(3)头颅 MRI 及血管检查未见明确的责任病灶;(4)颈 2~3、3~4、4~5、5~6、6~7 椎间盘突出,颈椎退行性变,颈 4~5 相应水平脊髓水肿不排除。CSM 与急性脑梗死的易患人群年龄相当,多见于中老年人群。CSM 起病较为隐匿,多无明确外伤史,且多数患者没有典型的颈椎病表现,在临床上也多表现为慢性病程。林参等^[5]报道了 1 例以突发偏瘫为主要表现的 CSM;OGNETEGA 等^[6]报道了 1 例患者在前列腺切除术后出现右侧上下肢刺痛和麻木,考虑为脑梗死,后经过仔细查体及实验室检查,考虑为 CSM;WHITESON 等^[7]报道了 1 例在拔牙术中过度伸展颈部导致肢体轻瘫的 CSM 病例。本文报道的这例患者主要以跌倒发作为主要表现,其发病机制可能与脊髓急性损伤及颅内脑脊液循环急性障碍有关。

脑梗死的发病率居神经科各类疾病首位,故临床上容易将 CSM 等此类临床表现不典型的疾病误诊为脑梗死,为了避免误诊的发生,要求临床医师在询问病史时更加全面详细,查体时更加认真细致。

参考文献

- [1] 陈华,夏良政,李胜华. 脊髓型颈椎病发病机制研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2009,30(5):323-324.

- [2] YOUNG M D. Cervical spondylotic myelopathy: a common cause of spinal cord dysfunction in older persons[J]. Am Fam Physician, 2000, 62(5): 1064-1070.
- [3] WANG B, LIU H, WANG H, et al. Segmental instability in cervical spondylotic myelopathy with severe disc degeneration[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31(12): 1327-1331.
- [4] RYOICHI S, KAZUO Y, TOSHIKI K, et al. Pulsatile cerebrospinal fluid flow measurement using phase-contrast magnetic resonance imaging in patients with cervical myelopathy[J]. Spine, 2002, 27(10): 1087-1093.
- [5] 林参, 陈志刚, 王玲璞. 脊髓型颈椎病误诊为急性脑梗死 1 例[J]. 临床荟萃, 2011, 26(9): 813-814.
- [6] OGENETEGA J, LEE S, ROBERT L. Cervical spondylotic myelopathy presenting as ischemic stroke: a case report[J]. Cureus, 2019, 11(3): e4291.
- [7] WHITESON J H, PANARO N, AHN J H, et al. Tetraparesis following dental extraction: case report and discussion of preventive measures for cervical spinal hyperextension injury[J]. J Spinal Cord Med, 2016, 20(4): 422-425.
- (收稿日期: 2021-05-10 修回日期: 2021-11-02)
- 案例分析 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.02.045

低凝血酶原血症-狼疮抗凝物综合征 1 例实验室检查结果分析

龚继涛, 安倍莹[△]

吉林大学第一医院检验科, 吉林长春 130021

关键词: 低凝血酶原血症-狼疮抗凝物综合征; 凝血因子; 狼疮抗凝物

中图分类号: R593

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2022)02-0287-02

低凝血酶原血症-狼疮抗凝物综合征(HLAS)是一种狼疮抗凝物(LAC)阳性同时伴有凝血酶原(凝血因子Ⅱ)降低的疾病, 该病典型临床表现为出血。近年来关于 HLAS 的相关报道甚少, 一方面由于该病是一种罕见的疾病, 临床医生对该病的诊断和治疗缺乏经验, 另一方面部分该病患者临床表现不典型, 容易与其他疾病混淆, 造成误诊。本文对本院诊断的 1 例 HLAS 患者的实验室检查结果进行分析, 以期临床诊疗提供依据。

1 临床资料

患儿, 女, 3 岁, 主诉睡眠时打鼾伴张口呼吸两年余, 2019 年 12 月 2 日就诊于本院耳鼻喉科, 临床诊断腺样体肥大, 双耳分泌性中耳炎, 入院后准备进行腺样体肥大手术切除治疗。2019 年 12 月 3 日术前常规检查发现部分凝血指标异常, 活化部分凝血活酶时间(APTT)61.2 s, 凝血酶原时间(PT)15.2 s, 国际标准化比值(INR)1.32, 凝血酶原时间比值(PTR)1.31, 凝血酶原活动度(PTA)55%。2019 年 12 月 4 日异常检查结果回报, EB 病毒早期抗原 IgM 抗体 1.223 S/CO(正常<1.100 S/CO), EB 病毒核心抗原 IgG 抗体 2.437 S/CO(正常<1.090 S/CO), EB 病毒衣壳抗原 IgG 抗体 6.750 S/CO(正常<1.090 S/CO), EB 病毒核酸定量检测 9.36×10^3 copy/mL(正常<500 copy/mL), 肌酸激酶同工酶 35.9 U/L, γ -谷氨酰转肽酶 3.9 U/L, 碱性磷酸酶 212.7 U/L, 总

蛋白 63.7 g/L, 清蛋白 38.6 g/L, 间接胆红素 5.0 μ mol/L, 总胆汁酸 15.6 μ mol/L, 前清蛋白 0.17 g/L。泌尿系统彩超: 双肾、输尿管未见异常。2019 年 12 月 5 日异常检查结果回报, APTT 纠正试验即刻为 73 s, APTT 纠正试验孵育 2 h 后为 87 s; 凝血因子Ⅱ活性 7.40%, 凝血因子Ⅺ活性 64.90%, 凝血因子Ⅷ活性 42.90%, 凝血因子Ⅸ活性 33.90%, 以上凝血因子活性正常参考范围均为 70%~120%, 应用日本 Sysmex CS5100 全自动血凝分析仪及配套试剂进行检测, 检测方法为凝固法。狼疮抗凝物检测结果增高, 稀释蝰蛇毒时间试验(dRVVT)标准化比值为 1.57(正常<1.20), 应用美国 Instrumentation Laboratory 公司的 ACL TOP700 全自动血凝分析仪及配套试剂进行检测, 检测方法为改良 dRVVT 法。患儿于 2019 年 12 月 6 日出现间断发热 3 次, 最高体温可达 39.5℃, 查甲型流感病毒抗体阳性, APTT 81.3 s, APTT 纠正试验即刻为 89 s, APTT 纠正试验孵育 2 h 后为 104 s; 采用单点法检测凝血因子Ⅷ、凝血因子Ⅸ、凝血因子Ⅱ、凝血因子Ⅶ、凝血因子Ⅺ活性分别为 9.40%、3.90%、8.60%、68.70%、106.50%; 采用多点稀释法对凝血因子活性进行复检, 并对两种方法检测结果进行对比, 其中凝血因子Ⅱ活性仍为减低, 凝血因子Ⅷ、Ⅸ活性被纠正为正常, 凝血因子Ⅴ活性和凝血因子Ⅹ活性两种方法检测结果相符, 均为正常, 凝血因子Ⅺ活性单点法检测结果正常, 由于样本量原因未用多点

[△] 通信作者, E-mail: anby@jlu.edu.cn.

本文引用格式: 龚继涛, 安倍莹. 低凝血酶原血症-狼疮抗凝物综合征 1 例实验室检查结果分析[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(2): 287-