

齿状突加冠综合征 1 例报道

孟全华 张萍 田婧 何妮 李茂林

【中图分类号】 R744 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2020)01-0117-02
【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2020.01.028

1 病 例

患者,女,73 岁,于 2019 年 1 月 4 日因“头颈部疼痛 1 d 余”入院,主要表现为 1 d 前患者坐位看电视时出现后颈部疼痛,为颈部牵扯痛,程度较重,呈持续性,不敢转动头部,转动头位时明显加重,无言语不清、肢体无力、麻木,无大小便异常,无恶心、呕吐,无视物模糊、视物成双,无束带感,患者自认为是“落枕”,故入当地诊所行“按摩、膏药”等治疗后颈部疼痛无明显好转,且逐渐出现头部疼痛,为顶部及双侧额部头皮轻度疼痛,呈持续性,现为诊治,遂入本院,门诊以“头颈部疼痛待诊? 高血压病,糖尿病”收入本科。既往史:糖尿病史 20 年余,现使用诺和灵 N 早晚 14 U 降血糖,未正规监测血糖,4 年前因“胸闷、气紧”在本院心内科住院,诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定性心绞痛、陈旧性心肌梗死、窦性心律,心功能Ⅳ级并行冠状动脉支架置入术,术后服用“阿司匹林、氯吡格雷”1 年余后停用。今日发现血压升高,具体值不详。入院查体:体温 36.5℃,脉搏 80 次/min,呼吸 20 次/min,血压 120/77 mmHg,双肺未见明显阳性体征,心界向两侧扩大,窦性心律。专科查体:神志清楚,言语清晰,高级智能活动检查无异常。双瞳等大形圆,直径 3 mm,光反射灵敏,眼球各方向活动自如,无眼震。无面舌瘫,软腭上抬好,悬雍垂居中,咽反射对称,饮水无呛咳。肢体无萎缩及不

自主运动,四肢肌张力正常,肌力Ⅴ级,共济运动正常,感觉系统正常,四肢腱反射对称性引出,双侧 Babinski's 征、Chaddock's 征、Oppenheim's 征、Gordon's 征阴性,颈部活动受限。Kerniger's 征阴性。双侧颈动脉、桡动脉搏动一致对称,双侧眼眶区、颈动脉区、锁骨上区及椎动脉听诊区未闻及血管杂音。入院后完善血常规+超敏 CRP 示白细胞计数 $8.12(3.5\sim 9.5)\times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比 81.4(45~75)%、超敏 C 反应蛋白 95.90(0.5~10) mg/L。感染性疾病项目定量测定、肝肾功能、电解质、凝血、心肌损伤标记物未见明显异常。因怀疑患者可能存在寰枢椎脱位,急诊完善寰枢椎张口位 X 片示环齿关节间隙疑似左宽右窄,故给予颈托固定,加用蔡普生止痛,阿司匹林抗血小板聚集,他汀调脂、稳定斑块,降血糖等治疗。患者 C 反应蛋白水平异常升高,反复询问患者无受凉、咳嗽等感染的病史,完善红细胞沉降率测定 54 (<38) mm/h,故进一步完善环枢关节 CT 示(1)寰椎左右侧块与枢椎齿状突距离基本相等,约 0.3 cm,齿状突与寰椎前弓间距未见增宽;(2)环齿关节间隙内见环状高密度影,考虑齿状突加冠综合征可能(图 1)。颈椎 MRI 示(1)颈 3/4,颈 4/5,颈 5/6,颈 6/7 椎间盘突出,对应脊髓硬膜囊受压,椎管狭窄;(2)颈椎退行性变,局部椎间孔狭窄。最后诊断为齿状突加冠综合征,取消颈托固定,继续蔡普生、阿司匹林等治疗,患者 2 d 后明显好转,诉无颈痛、头痛,颈部活动可;6 d 后复

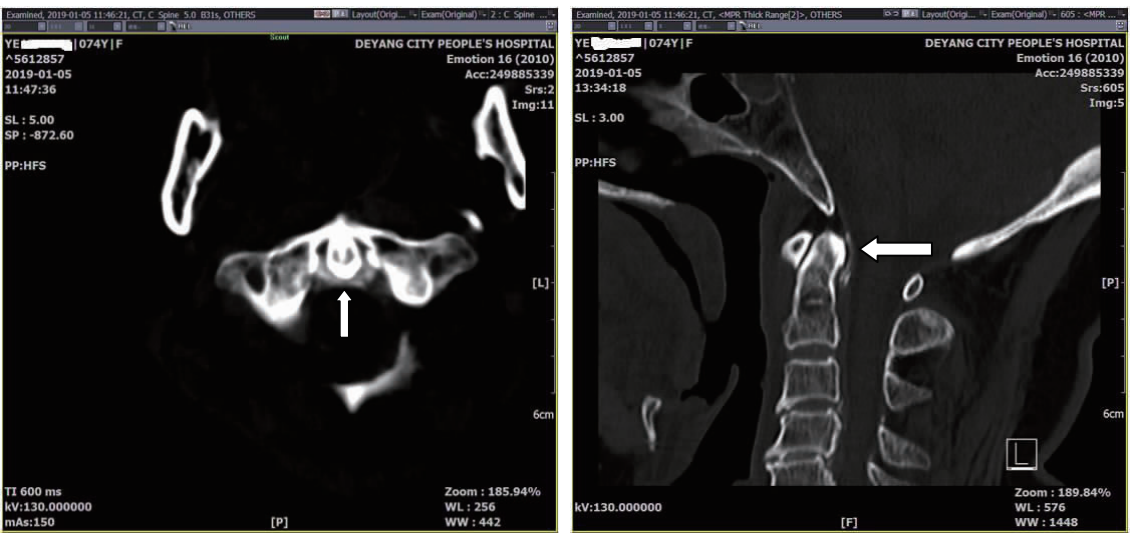


图 1 箭头所指为齿状突周围钙化影

(下转第 122 页)