

drome and its correlation with disease activity: a systematic review and meta-analysis [J]. Clin Rheumatol, 2022, 41(9): 2791-2802.

- [14] Tcholakov B, Qasim H. The relationship between sjogren's syndrome and sleep disturbance: a case report [J]. Cureus, 2022, 14(10): e30321.
- [15] Dardin LP, Garcia ABA, Gazoni FM, et al. Correlation of sleep quality with fatigue and disease activity among patients with primary Sjögren's syndrome: a cross-sectional study [J]. Sao Paulo Med J, 2020, 138(2): 146-151.
- [16] Guan P, Sun C, Chen Z, et al. Long-term hydroxychloroquine therapy improves the quality of sleep in patients with primary Sjögren's syndrome: a real-world study [J]. Ann Palliat Med, 2020, 9(4): 2203-2210.
- [17] 钱彧, 茅建春. 原发性干燥综合征患者睡眠障碍及影响因素研究进展 [J]. 解放军医学院学报, 2023, 44(10): 1162-1166.

- [18] 韩晓蕾, 石磊, 任夏瑾, 等. 原发性干燥综合征患者睡眠质量情况及其对病情影响分析 [J]. 中华风湿病学杂志, 2022, 26(3): 179-184.
- [19] 陈豪爽, 倪利华, 吴小燕. 中性粒细胞/淋巴细胞比值在原发性干燥综合征肾损害中的临床意义 [J]. 临床肾脏病杂志, 2023, 23(11): 881-888.
- [20] Goulabchand R, Castille E, Navucet S, et al. The interplay between cognition, depression, anxiety, and sleep in primary Sjögren's syndrome patients [J]. Sci Rep, 2022, 12(1): 13176.
- [21] 梁爽, 姚胜, 高紫欣, 等. 艾拉莫德与羟氯喹治疗原发性干燥综合征有效性和安全性比较的系统分析 [J]. 中国免疫学杂志, 2022, 38(5): 591-598.

(收稿日期: 2024-11-04)

(本文编辑: 李昊阳)



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2025.12.007

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2025.12.007

· 病例报告 ·

自身免疫性胃炎导致脊髓亚急性联合变性二例

赵娟 王才霞 张鹏飞 王敏 杨春晓 于海生

[关键词] 自身免疫性胃炎; 维生素 B₁₂ 缺乏; 脊髓亚急性联合变性

[中图分类号] R573.3+2; R744.6 [文献标识码] B

病例 1, 女, 78 岁, 因“乏力、纳差 2 月, 头晕 10 天”于 2022 年 6 月 13 日收入我院。患者入院前 2 个月无明显诱因出现全身乏力、纳差, 走路时有踩棉花感、容易摔倒, 未予处置。入院前 10 天患者出现头晕, 双手麻木, 遂至我院就诊。患者自发病以来无明显腹部不适。既往曾于 2019 年行胆囊切除术。入院体格检查: T 39℃、P 74 次/分、R 18 次/分、Bp 125/72 mmHg, 神志清楚, 心脏、肺脏及腹部体格检查均未见明显异常。神经系统体格检查: 四肢肌力、肌张力正常, 闭目难立征(+), 双下肢震动觉减退。血常规: WBC 计数正常, RBC 计数 $1.9 \times 10^{12}/L$, Hb 83 g/L, 平均红细胞体积 (MCV) 122 fL (82~92 fL, 括号内为正常参考值范围, 以下相同), 平均红细胞血红蛋白 (MCH) 43 pg (27~31 pg), 平均血红蛋白水平 (MCHC) 正常, PLT 计数 $347 \times 10^9/L$, 提示巨幼细胞性贫血。血清叶酸 > 20.0 ng/ml (3.1~17.5 ng/ml), 维生素 B₁₂ 水平 50 pg/ml (190~940 pg/ml), 铁蛋白 306 ng/ml (13~150 ng/ml)。2022 年 6 月 15 日颅脑 CT 示脑内多发腔隙性梗死灶。头颈部 MRI 示 C4~6 水平颈髓内条片状 T2 压脂高信号影, 考虑颈髓变性 (图 1)。肌电图及诱发电位检查提示: 双下肢周围神经源性损害, 累及感觉纤维及 F 波。胃镜检查发现胃底和胃体黏膜萎缩, 胃窦黏膜无明显萎缩, 提示自身免疫性胃炎 (图 2)。C¹³ 呼气试验阴性, 提示无幽门螺杆菌感染。血清抗壁细胞抗体和抗内因子抗体均阳性。初步诊断: 自身免疫性胃炎导致的脊髓亚急性联合变性。给予甲钴胺

0.5 mg 隔日 1 次肌肉注射, 6 天后复查血清维生素 B₁₂ 水平 > 2000 pg/ml, 患者走路不稳、肢体麻木感明显好转, 遂于 2022 年 6 月 21 日出院。患者院外继续口服甲钴胺片治疗, 随访 1 年 9 个月, 未再出现肢体麻木和走路不稳, 未再贫血。

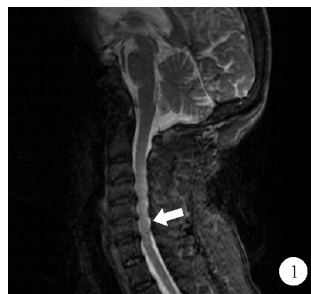


图 1 2022 年 6 月 15 日病例 1 患者的头颈部 MRI 检查结果 (C4~6 水平颈髓内条片状 T2 压脂高信号影如箭头所示, 考虑颈髓变性)

病例 2, 女, 67 岁, 因“头晕伴肢体麻木、走路不稳 2 月余”于 2022 年 5 月 12 日入住我院。患者 2 个月前无明显诱因出现头部昏沉感, 四肢麻木, 以双下肢为著, 行走不稳, 易摔倒, 日常活动受限, 伴乏力, 进食可, 无明显腹部不适。既往有高血压、房颤、腔隙性脑梗死病史。患者 10 年前右眼视力下降, 诊断为“黄斑病变”, 5 年前右眼失明, 左眼视力进行性下降。有抑郁病史, 口服帕罗西汀, 效果可。体格检查: T 36.6℃、P 54 次/分、R 16 次/分、Bp 117/72 mmHg, 神志清楚, 心脏、肺脏及腹部体格检查均未见明显异常。神经系统体格检查: 双下肢痛觉减退。血常规: WBC 计数 $3.4 \times 10^9/L$, RBC 计数 $2.1 \times 10^{12}/L$, Hb 86 g/L,

作者单位: 256600 山东滨州, 山东省滨州医学院附属医院消化内科 (赵娟、王才霞、张鹏飞、王敏、杨春晓、于海生), 全科医学科 (赵娟)

通讯作者: 于海生, E-mail: yhsmed@126.com

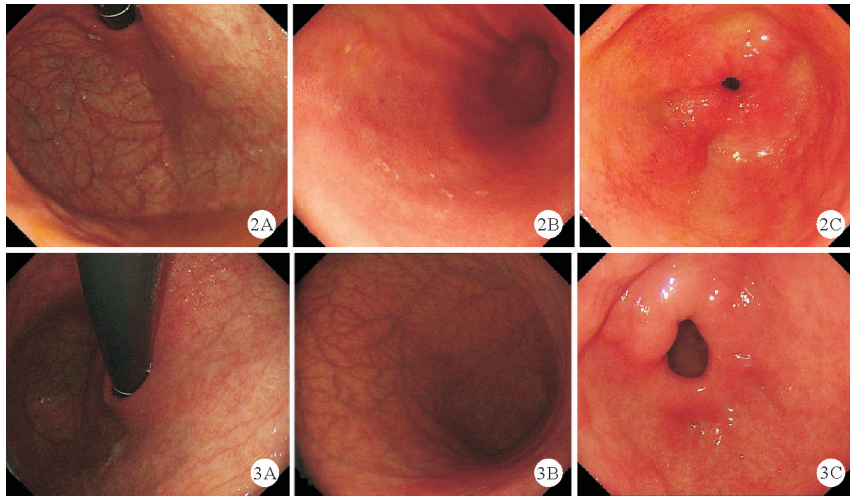


图2 2022年6月16日病例1患者的胃镜检查结果(A:胃底黏膜变薄,可见黏膜下血管纹;B:胃体大弯侧黏膜皱襞消失;C:胃窦黏膜无明显萎缩) 图3 2022年8月10日病例2患者的胃镜检查结果(A:胃底和胃体小弯侧黏膜变薄,可见黏膜下血管纹;B:胃体大弯侧黏膜皱襞消失,可见黏膜下血管纹;C:胃窦黏膜无明显萎缩)

MCV 122 fL, MCH 40 pg, PLT 计数 $94 \times 10^9/L$, 提示巨幼细胞性贫血。血清叶酸 $>20.0 \text{ ng/ml}$ ($3.1 \sim 17.5 \text{ ng/ml}$), 血清维生素 B_{12} 水平 175 pg/ml ($190 \sim 940 \text{ pg/ml}$), 铁蛋白 160 ng/ml ($13 \sim 150 \text{ ng/ml}$)。头颈部 MRI 示腔隙性脑梗死; C4~7 椎间盘突出并椎管狭窄。肌电图及诱发电位检查提示上下肢周围神经源性损害, 累及感觉纤维及 F 波。请神经内科会诊, 考虑诊断: 脊髓亚急性联合变性。给予甲钴胺 0.5 mg 每日 1 次静脉注射, 8 天后复查血清维生素 B_{12} 水平 $>2000 \text{ pg/ml}$, 血常规 RBC 计数升至 $3.1 \times 10^{12}/L$, Hb 110 g/L , 网织红细胞百分比 7.2% , 患者行走不稳症状明显改善, 于 2022 年 5 月 22 日出院。后于 2022 年 8 月 10 日胃镜检查示胃底和胃体黏膜明显变薄, 黏膜下血管纹理透见, 胃窦无明显萎缩, 提示自身免疫性胃炎(图 3)。幽门螺杆菌快速尿素酶试验阳性。血清抗壁细胞因子阳性, 抗内因子抗体阴性。最终诊断: 自身免疫性胃炎导致的脊髓亚急性联合变性。院外长期口服甲钴胺, 随访至今未再出现肢体麻木和走路不稳, 未再贫血。

讨论

亚急性联合变性是由于体内维生素 B_{12} 缺乏导致, 主要累及周围神经及脊髓后索、侧索, 表现为肢体对称性感觉异常, 走路不稳甚至摔倒, 常合并巨幼细胞性贫血^[1]。亚急性联合变性应早期诊断、早期治疗, 避免致残。本文中两例患者均出现感觉及运动障碍, 其中第 2 例患者伴有视力减退及抑郁可能也与维生素 B_{12} 缺乏有关^[1]。补充维生素 B_{12} 后, 患者神经系统症状迅速好转, 长时间随访未再复发。

诊断亚急性联合变性后, 还需进一步明确维生素 B_{12} 缺乏的病因并进行治疗。引起维生素 B_{12} 缺乏的病因很多, 包括摄入不足(如长期严格素食)及维生素 B_{12} 吸收障碍(如自身免疫性胃炎、胃大部切除术后、回肠炎症、回肠切除等)^[2-3]。

自身免疫胃炎发病与体内产生针对壁细胞的自身抗体有关, 导致胃体和胃底黏膜萎缩, 壁细胞数量减少^[4-5]。壁细胞数量

减少可导致胃酸和内因子分泌减少, 从而影响铁和维生素 B_{12} 的吸收, 导致贫血和神经变^[4-6]。自身免疫性胃炎在国内少见, 临床上往往认识不足, 而以亚急性联合变性就诊更为少见。自身免疫性胃炎的诊断需结合胃镜、病理、血清抗壁细胞抗体和(或)抗内因子抗体^[4-5]。自身免疫性胃炎的胃镜特征为黏膜萎缩局限于胃体和胃底, 而幽门螺杆菌感染导致的黏膜萎缩主要累及胃窦, 可延伸至胃体。自身免疫性胃炎目前没有特效治疗方法, 需要及时发现维生素 B_{12} 缺乏, 避免不可逆性神经损害和贫血, 同时需要定期复查胃镜, 注意有无并发异型增生、癌变及神经内分泌瘤等^[7-8]。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会周围神经病协作组, 中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组, 等. 中国亚急性联合变性诊治共识[J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(4): 269-273.
- [2] Oh R, Brown DL. Vitamin B12 deficiency [J]. Am Fam Physician, 2003, 67(5): 979-986.
- [3] Stabler SP. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency [J]. N Engl J Med, 2013, 368(2): 149-160.
- [4] Neumann WL, Coss E, Rugge M, et al. Autoimmune atrophic gastritis--pathogenesis, pathology and management [J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2013, 10(9): 529-541.
- [5] Lenti MV, Rugge M, Lahner E, et al. Autoimmune gastritis [J]. Nat Rev Dis Primers, 2020, 6(1): 56.
- [6] 王冲, 庄震, 李月红. 壁细胞抗体阳性的重度缺铁性贫血一例[J]. 临床内科杂志, 2020, 37(1): 63-64.
- [7] Rugge M, Bricca L, Guzzinati S, et al. Autoimmune gastritis: long-term natural history in naïve Helicobacter pylori-negative patients [J]. Gut, 2023, 72(1): 30-38.
- [8] Shah SC, Piazuelo MB, Kuipers EJ, et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review [J]. Gastroenterology, 2021, 161(4): 1325-1332.

(收稿日期: 2024-03-22)

(本文编辑: 高婷)