

Dr. Jin-Lei Wang
Associate Editor-in-Chief
World Journal of Clinical Cases
Baishideng Publishing Group Inc
December. 13, 2021

Dear Dr. Wang,

I enclosed the revised manuscript entitled “**Ankylosing Spondylitis Complicated with Andersson Lesions in the Lower Cervical Spine**” for publication as a research article in the World Journal of Clinical Cases.

I thank you and the reviewers for the valuable comments and suggestions. As suggested, we have gone through the manuscript carefully and made corrections. Changes in text are highlighted in **RED**. The point-by-point responses to the reviewers’ comments are included in this letter on the separated page.

Thank you for your time and consideration.

Sincerely yours,

Jun

Jun Yan, M.D., Ph.D.
Department of Orthopedics
The Second Affiliated Hospital of Soochow University
Suzhou 215004
P. R. China
Tel: 86-512-67784819

Fax: 86-512-68284303

Email: cxyanjun@hotmail.com

Editorial Office's Comments and Suggestions

1. Please further correct the language.

>> Thank you.

The manuscript language has been edited by American Journal Experts service and a new language certificate has been uploaded as an attachment and named as "Non-Native Speakers of English Editing Certificate"

2. Please provide evidence to determine whether the patient's cervical spine injury is caused by ankylosing spondylitis.

>> Thank you for your advice.

AL is misdiagnosed as infective spondylodiscitis or other tumorous conditions, such as spinal tuberculosis, especially in highly endemic areas for tuberculosis. However, in patients with AS who have localized vertebral/disco vertebral lesions without soft tissue swelling and a paravertebral mass on radiographic presentation, AL should be the first consideration. So, laboratory blood test and imaging examinations were performed and the results has been listed as follows: page 12-16 in this file.

3. Please provide cervical spine X-rays 6 months after the operation.

>> Thank you.

The X-ray images of cervical spine 6 months after surgery have been written in the manuscript, which was showed in Figure 5.

4. Figure 2, please replace with a clearer picture.

>> Thank you for your kindly advise.

I'm sorry about that but I've tried my best to adjust the image definition, When the patient was admitted to our hospital, considering the security that he had thoracic surgery several decades ago and there was metal internal

fixation in his body, so he only did magnetic resonance imaging (MRI) at a magnetic field strength of 1.5T instead of 3.0T in the preoperative, which is really not very satisfactory.

REVIEWER 1:

1. Please provide photos of the patient's admission medical record and the examination report mentioned in the article.

>> Thank you.

The photo of the patient's admission medical record and the examination report mentioned in the article has been listed as follows:

Admission medical record

并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能，术中如发现病变不能切除，则行姑息性手术。
2. 手术过程中，因病变浸润、炎症、粘连、解剖异常等因素，可能发生手术中意外情况，如发生窒息、心跳骤停等意外风险，应及时进行抢救。
3. 麻醉过程中，可能发生窒息、心跳骤停等意外风险，应及时进行抢救。
4. 术后可能发生出血、感染、伤口愈合不良等风险，应及时进行观察和处理。
5. 术后可能发生肺栓塞、深静脉血栓等风险，应及时进行观察和处理。
6. 术后可能发生低氧血症、呼吸衰竭等风险，应及时进行观察和处理。
7. 术后可能发生肾功能不全、电解质紊乱等风险，应及时进行观察和处理。
8. 术后可能发生谵妄、躁动等风险，应及时进行观察和处理。
9. 术后可能发生营养不良、低蛋白血症等风险，应及时进行观察和处理。
10. 术后可能发生便秘、尿潴留等风险，应及时进行观察和处理。
11. 术后可能发生皮肤压疮、褥疮等风险，应及时进行观察和处理。
12. 术后可能发生导管脱落、移位等风险，应及时进行观察和处理。
13. 术后可能发生跌倒、坠床等风险，应及时进行观察和处理。
14. 术后可能发生自杀、自伤等风险，应及时进行观察和处理。
15. 术后可能发生其他意外情况，应及时进行观察和处理。

苏州大学附属第二医院 入院记录

姓名 范保春 床号 B1109 科别 骨外科 病区：西十一病区 住院号：0001007134

颈椎CT（2021-02-22，本院）示：1. 颈椎退变，C6椎体及附件骨质破坏，请结合临床；2. 强直性脊柱炎；T11-L1椎体内固定术后改变；3. 两肺多发微小结节，建议年度随访；4. 两肺下叶陈旧性索条；5. 肺气肿。

初步诊断

1. 颈椎骨折（C6）
2. 强直性脊柱炎
3. 胸腰椎骨折内固定术后
4. 肺气肿

医师签名：

年 月 日

医师签名：张钱中

入院诊断

1. 颈椎骨折（C6）
2. 强直性脊柱炎
3. 胸腰椎骨折内固定术后
4. 肺气肿

主治医师签名：刘尧峰

日期：2021-02-22

Examination report

苏州大学附属第二医院影像诊断科

X 线 (DR) 诊 断 报 告 单

姓名:范保春 性别:男 年龄:77岁 X线号:210010465
住院号:0001007134 申请科室:骨外科 病区:西十一病区 床号:B1159
检查部位:[颈椎侧位][颈椎正位][胸腰段正侧位] 检查时间:2021-02-22
临床诊断:强直性脊柱炎

影像表现:

片示胸腰段脊柱内固定术后表现,颈椎及胸腰段脊柱曲度直,其前后韧带钙化,椎体呈竹节样改变,C3椎体前缘形态欠佳,双侧骶髂关节间隙变窄。

诊断:

1. 脊柱符合强直性脊柱炎表现;
 2. 胸腰段脊柱内固定术后,请结合临床;
 3. C3椎体前缘形态欠佳;
- 建议进一步检查!

审核医师:

刘伟

报告记录:余蕊

报告时间:2021-02-22 17:04:51

注:本报告单仅供临床医师参考

ACC:20210222001721

苏州大学附属第二医院影像诊断科

CT 诊断报告单

姓名:范保春 性别:男 年龄:77岁 CT号:101148886
住院号:0001007134 申请科室:骨外科 病区:西十一病区 床号:B1159
检查部位:[颈椎椎间盘,平扫][颈椎,平扫][胸部,平扫]
临床诊断:强直性脊柱炎

描述:

标准轴位颈椎序列正常,生理曲度存在,各椎间隙未见明显狭窄。C1-C7椎体连续轴位扫描示C6椎体及附件骨质破坏,椎管内未见异常密度影,椎管未见明显狭窄。椎间小关节在位。齿状突与寰椎两侧块间距对称。椎间盘轴位扫描示C2-C7椎间盘未见明显膨出。骨窗示椎体及附件可见骨质增生改变。

肺:两肺纹理增多,走行、分布基本正常。两肺见多发实性、亚实性结节,部分钙化,长径均小于5mm。两肺下叶见少许致密索条影。两肺见散在泡状透亮区。两肺各叶段支气管通畅,未见明显支气管扩张/狭窄征象。

纵隔:气管居中,纵隔无移位,两侧肺门区和纵隔内未见明显增大的淋巴结。心影不增大,心包不增厚,心包腔未见明显积液。

胸腔及胸膜:两侧胸腔未见明显积液,两侧胸膜局限性增厚。

胸壁:胸廓对称,胸壁未见明显软组织肿块。

腋窝:两侧腋窝区未见明显增大的淋巴结。

所见骨骼:胸椎和两侧肋骨未见明显溶骨性骨质破坏征象。所见脊柱退变,呈竹节样改变,T11-L1椎体内固定术后改变。

其他:未见甲状腺无明显占位性病变。未见肝脏、脾脏和肾脏未见明显占位性病变。

诊断:

1. 颈椎退变, C6椎体及附件骨质破坏, 请结合临床;
2. 强直性脊柱炎; T11-L1椎体内固定术后改变;
3. 两肺多发微小结节, 建议年度随访;
4. 两肺下叶陈旧性索条;
5. 肺气肿。

苏州大学附属第二医院骨外科

MR 诊断报告单

姓名:范保春	性别:男	年龄:77岁	MRI号:GK0134431
住院号:0001007134	申请科室:骨外科	病区:西十一病区	床号:B1159
检查部位:[颈椎,平扫]		检查时间:2021-02-23	
临床诊断:强直性脊柱炎			

检查技术:
颈椎: T2WI/T1WI/STIR/SAG; T2WI/TRA

MR 表现:

颈椎序列未见明显异常,生理曲度变直。C6椎体及附件骨皮质不完整。C2-5椎体前缘见骨桥形成。多发椎体见斑片状T2WI/T1WI高、STIR低信号影。诸椎间盘T2WI信号减低。C5-7椎间盘膨出,相应水平硬膜囊前缘受压。C6-7双侧椎间孔狭窄,神经根受压。颈椎椎管最小正中矢状径位于C6椎体水平,约为11mm。颈椎管内未见明显占位征象。颈部软组织内见斑片状STIR高信号影。

印象:

颈椎平扫: 1、强直性脊柱炎表现; 2、C6椎体及附件骨质破坏,请结合CT检查; 3、C6-7双侧椎间孔狭窄,神经根受压; 4、C5-7椎间盘膨出; 5、颈部软组织挫伤。

2. Provide patients with informed consent to publish cases.

>> Thank you.

The informed consent has been listed as follows:

苏州大学附属第二医院
骨科手术(操作)知情同意书

姓名 范保春 性别 男 年龄 78 病室 西十一病区 B1109 住院号 0001007134

术前拟诊: 1. 颈椎骨折 (C6) 2. 强直性脊柱炎 3. 胸腰椎骨折内固定术后 4. 肺气肿

拟定手术(操作)名称: 前后联合入路颈椎骨折切开复位内固定术

由于医学科学技术水平的局限性及患者年龄、疾病、全身或局部等条件的复杂性,凡接受手术治疗的病人,术中和术后可能会发生下列情况:

- √1 麻醉意外、严重者致呼吸、心跳停止可能。
- √2 术中术后多脏器功能衰竭,内分泌功能严重紊乱可能。
- √3 术后损伤周围血管、脊髓、神经、肌腱及其他组织器官,致严重后果可能。
- √4 术中术后出血、感染致休克、骨髓炎、关节炎等,经久不愈,需进一步处理可能。
- √5 术后伤口延迟愈合或不愈合,皮肤坏死需进一步处理可能。
- √6 术后患者病情较术前可能出现进步、无改善、退步。
- √7 术后骨折脱位无法安全复位可能。
- √8 术中术后并发骨折、脱位可能。
- √9 术后骨折延迟愈合或不愈合,需要二次手术可能。
- 10 术后植入物(内固定或假体)松动、断裂,需进一步处理可能。
- 11 术后植入物(自体或异体或异种骨及其他组织)吸收,需进一步处理可能。
- √12 术中根据实际病情,可能改变手术方案。
- √13 术后疾病复发可能。
- 14 术后肿瘤转移可能。
- 15 内固定物无法完整取出可能。
- 16 异体骨、韧带、内固定物、假体等生物及人造植入物致排异反应,过敏反应可能。
- √17 术后疤痕挛缩,影响外观或功能可能。
- √18 手术无法一次性彻底解决问题,需多次手术可能。
- √19 手术仅做姑息性治疗或仅提供很小的康复机会可能。
- √20 术后致反应性精神障碍、心脑血管意外、应激性溃疡、肢体静脉栓塞、筋膜间室综合征等难以预料的并发症可能。
- √21 术后功能恢复情况不完全取决于手术,需配合理疗、康复锻炼等综合措施。
- √22 手术风险大、是否接受手术,请认真考虑,慎重决定。
- √23 可能感染艾滋病及其他传染病。
- √24 手术中需使用植入物,价格较高,患者及家属同意承担相关费用,具体情况见下:
名称: 颈椎内固定系统 品牌: 美敦力 价格约: 60000元

该手术过程由我科(或植入物供应方提供技术支持)负责,植入物的质量由提供单位保证
以上 项已告知患者/近亲属/受委托人(或单位代表),患者/近亲属/受委托人(或单位代表)

对以上情况表示完全理解,同意手术,愿意承担风险及费用,谈话记录上签字为证。

病员意见 病员签名或指印 范保春 (11.2)

近亲属/受委托人(单位代表)意见 签名 与病人 关系

医师签名: 刘志鹏 日期: 2021-03-03

CRRT 置换液/枸橼酸/PPB
滤出液

苏州大学附属第二医院
手术同意书

姓名 范保春 床号 B1109 科别 骨外科 病区：西十一病区 住院号：0001007134

患者因于 2021-02-22 10:05，入住我院骨外科。根据患者所述的病情、存在的症状及有关检查，术前拟诊 1. 颈椎骨折 (C6) 2. 强直性脊柱炎 3. 胸腰椎骨折内固定术后 4. 肺气肿。因病情需要，经治医师建议于 2021-03-04 拟行 前后联合入路颈椎骨折切开复位内固定术。手术以达到满意的治疗目的。手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄因素，绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因，本次手术可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官等某些难以防范和处理的意外情况。即使医务人员已经认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，手术仍有可能发生如下医疗风险：

- 1 麻醉过程中，可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
 - 2 手术过程中，因病变浸润、炎症、解剖异常等因素，可能发生手术中难以控制的出血，并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能，手术中发现病变不能切除，则行姑息性手术或仅作探查。
 - 3 术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成，切口不愈合，组织和器官粘连，术后再次出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
 - 4 可能感染艾滋病及其他传染病。
 - 5 其他详见《骨科手术(操作)知情同意书》。
- 医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的一些情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识：

- 1 医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律，行政法规，部门规章和诊疗护理规范，恪守医疗服务职业道德。
- 2 患者已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊；对其中的疑问，已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。

3 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示，并确认医方已履行了告知义务，患者已享有知情、选择及同意的权利，将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份，医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字：范正东 (代) 日期：2021-03-03

医院经治医师签字：刘志鹏 日期：2021-03-03

苏州大学附属第二医院
病史复印专用章(2)

3. How to determine whether the patient's cervical spine damage was caused by ankylosing spondylitis. For example, if you have been screened for spinal tuberculosis, please provide pictures for relevant examination.

>> Thank you for your kindly advise.

AL is misdiagnosed as infective spondylodiscitis or other tumorous conditions, such as spinal tuberculosis, especially in highly endemic areas for tuberculosis. However, in patients with AS who have localized vertebral/discovertebral lesions without soft tissue swelling and a paravertebral mass on radiographic presentation, AL should be the first consideration. So, laboratory blood test and imaging examinations were performed and the results has been listed as follows:

Differential diagnosis of pictures for relevant examination

苏州大学附属第二医院影像诊断科

X 线 (DR) 诊断报告单

姓名:范保春	性别:男	年龄:77岁	X线号:210010465
住院号:0001007134	申请科室:骨外科	病区:西十一病区	床号:B1159
检查部位:[颈椎侧位][颈椎正位][胸腰段正侧位]	检查时间:2021-02-22		
临床诊断:强直性脊柱炎			

影像表现:

片示胸腰段脊柱内固定术后表现, 颈椎及胸腰段脊柱曲度直, 其前后韧带钙化, 椎体呈竹节样改变, C3椎体前缘形态欠佳, 双侧骶髂关节间隙变窄。

诊断:

1. 脊柱符合强直性脊柱炎表现;
 2. 胸腰段脊柱内固定术后, 请结合临床;
 3. C3椎体前缘形态欠佳;
- 建议进一步检查!

审核医师: 刘伟

报告记录: 余蕊

报告时间: 2021-02-22 17:04:51

注: 本报告单仅供临床医师参考

ACC: 20210222001721

苏州大学附属第二医院影像诊断科

CT 诊断报告单

姓名: 范保春	性别: 男	年龄: 77岁	CT号: 101149375
住院号: 0001007134	申请科室: 骨外科	病区: 西十一病区	床号: B1159
检查部位: [腹部, 平扫] [盆腔, 平扫]	检查时间: 2021-02-23		
临床诊断: 强直性脊柱炎			

描述:

肝脏: 肝脏形态、大小基本正常, 轮廓光整, 密度均匀。
胆道系统: 肝内外胆管未见明显扩张, 胆囊不增大, 囊壁不增厚, 腔内未见明显阳性结石影。

胰腺: 胰腺形态、大小基本正常, 边缘清楚, 胰周未见斑片索条影。胰腺密度均匀。主胰管不扩张。

脾脏: 脾脏不增大, 轮廓光整, 密度均匀。

肾上腺: 两侧肾上腺形态、大小基本正常, 未见明显肿块。

泌尿系统: 两侧肾脏形态、大小基本正常, 轮廓光整, 密度均匀。两侧肾盂肾盏及所见输尿管未见明显扩张和阳性结石影。膀胱充盈尚可, 膀胱壁不增厚, 膀胱后缘见少许斑点、短条高密度影, 与膀胱壁分界不清。

胃肠道: 胃充盈欠佳, 胃壁未见明显软组织肿块; 小肠不扩张; 阑尾不增粗, 各段结肠及直肠未见明显软组织肿块。

男性生殖系统: 前列腺增大, 轮廓光整, 实质内见钙化灶。两侧精囊腺不增粗, 两侧膀胱精囊角存在。

腹盆腔及腹膜后腔: 腹盆腔、腹膜后腔及两侧腹股沟区未见明显增大的淋巴结 (短径 < 10mm)。腹盆腔内未见明显积液。

所见骨骼: 所见骨密度减低, 所见椎体呈竹节样改变, T12椎体变扁、密度不均, 骨皮质欠光整; T11椎体楔形变; T11-L1椎体术后改变。

其他: 所见两肺背侧见窄条及条索影。

诊断:

1. 前列腺增大伴钙化灶; 膀胱少许结石/膀胱壁钙化;
2. 骨质疏松; 强直性脊柱炎表现; T11-L1椎体术后改变;
3. 所见两肺少许炎症/不张。

苏州大学附属第二医院影像诊断科

MR 诊断报告单

姓名: 范保春 性别: 男 年龄: 77岁 MRI号: 200316521
 住院号: 0001007134 申请科室: 骨外科 病区: 西十一病区 床号: B1109
 检查部位: [前列腺, 平扫] [前列腺, 增强] 检查时间: 2021-03-01
 临床诊断: 强直性脊柱炎

检查技术:

前列腺: T2WI/SAG; T1WI/TRA; T2WI/TRA; T2WI-SPAIR/TRA; DWI/TRA; e-THRIVE/Dyn/C+;
 e-THRIVE/TRA/C+; e-THRIVE/COR/C+

MR 表现:

前列腺大小约为57mm (LR) × 46mm (AP) × 48mm (CC), 移行带体积增大, 向上突入膀胱约9mm, 其内信号不均匀, 移行带可见多发结节状混杂信号灶, 尖部及体部见两枚小结节样T2稍低、DWI高、ADC低信号, 长径约6mm。外周带于T2WI信号减低, 中央带与外周带分界清, 前列腺包膜光整。双侧精囊大小、形态未见明显异常, 内未见明显异常信号。膀胱充盈不佳, 膀胱壁未见明显局限性增厚, 膀胱腔内见斑片状各序列低信号灶。直肠肠壁光整, 未见明显局限性增厚, 直肠周边脂肪间隙存在。双侧腹股沟区及髂血管旁未见明显肿大淋巴结。盆腔内未见明显积液征象。骨盆诸骨未见明显异常信号灶。
 增强扫描: 前列腺明显不均匀强化, 移行带多发异常信号呈弱强化。右侧坐骨结节旁及右髋关节前方软组织见明显斑片状强化, 余骨盆诸骨及软组织未见明显异常强化征象。

印象:

1. 前列腺增生症, 移行带不典型增生结节 (PI-RADS 3) 请结合临床及PSA检测, 定期随访复查
2. 前列腺外周带异常信号灶, 考虑: 慢性炎症, 请结合临床病史
3. 膀胱腔内异常信号灶, 考虑: 膀胱结石或炎性沉积物可能
4. 右侧坐骨结节旁及右髋关节前方软组织炎性水肿

【标记免疫】

住院

苏州大学附属第二医院检验报告单

2021-02-23

NO. 20210223FMS 0210

姓 名	范保春	性 别	男	年 龄	78岁	样本类型	血清
住院号	0001007134	病 区	西十一病区	床 号	B1159	检验部门	核医学科放免中心
检验项目	结果	单位	参考范围	检测方法	仪器		
AFP甲胎蛋白	1.19	ng/mL	<7.00	电化学发光法	cobas8000-1		
CEA癌胚抗原	1.67	ng/mL	<6.50	电化学发光法	cobas8000-1		
Fer铁蛋白	516.00 ↑	ng/mL	30.00~400.00	电化学发光法	cobas8000-1		
CA125糖类抗原	12.90	U/mL	<35.00	电化学发光法	cobas8000-1		
CA199糖类抗原	12.50	U/mL	<34.00	电化学发光法	cobas8000-1		
PSA总前列腺特异性抗原	8.530 ↑	ng/mL	<4.000	电化学发光法	cobas8000-1		
CYFRA211细胞角蛋白19片段	1.58	ng/mL	<3.30	电化学发光法	cobas8000-1		
NSE神经元特异性烯醇化酶	11.80	ng/mL	<17.00	电化学发光法	cobas8000-1		
ProGRP胃泌素释放肽前体	25.10	pg/ml	<68.30	电化学发光法	cobas8000-1		

【血常规】

苏州大学附属第二医院检验报告单

2021-02-23

住院

NO. 20210223XYD 0008

姓 名 范保春

性别 男

年龄 78岁

样本类型 血液

住院号 0001007134

病区 西十一病区

床号 B1159

检验部门 检验科血液组

检验项目	结果	参考范围	单位	检验项目	结果	参考范围	单位
1 白细胞计数	6.4	3.5~9.5	10 ⁹ /L	13 RBC分布宽度CV	14.5	11.0~14.5	%
2 淋巴细胞比率	10.5	↓ 20.0~50.0	%	14 RBC分布宽度SD	44.7	35.1~46.3	%
3 单核细胞比率	9.4	3.0~10.0	%	15 淋巴细胞数	0.7	↓ 1.1~3.2	10 ⁹ /L
4 中性粒细胞比率	77.4	↑ 40.0~75.0	%	16 单核细胞数	0.6	0.1~0.6	10 ⁹ /L
5 嗜酸粒细胞比率	2.4	0.4~8.0	%	17 中性粒细胞数	5.0	1.8~6.3	10 ⁹ /L
6 嗜碱粒细胞比率	0.3	0.0~1.0	%	18 嗜酸粒细胞数	0.15	0.02~0.52	10 ⁹ /L
7 红细胞计数	4.69	4.30~5.80	10 ¹² /L	19 嗜碱粒细胞数	0.02	0.00~0.06	10 ⁹ /L
8 血红蛋白	128	↓ 130~175	g/L	20 血小板计数	371	↑ 125~350	10 ⁹ /L
9 红细胞压积	40.0	40.0~50.0	%	21 血小板压积	0.440	↑ 0.108~0.282	%
10 平均红细胞体积	85.3	82.0~100.0	fL	22 平均血小板体积	11.9	9.0~13.0	fL
11 平均血红蛋白含量	27.3	27.0~34.0	pg	23 血小板分布宽度	15.0	9.0~17.0	fL
12 平均血红蛋白浓度	320	316~354	g/L	24 大血小板比率	40.8	13.0~43.0	%

备注

申请医生 刘志鹏

检 验 者 张宏

审 核 者

张丹

※此报告仅对所留样本本页有效

【生化】

苏州大学附属第二医院检验报告单

2021-02-23

住院

NO. 20210223SHE 0942

姓 名 范保春

性别 男

年龄 78岁

样本类型 血清

住院号 0001007134

病区 西十一病区

床号 B1159

检验部门 检验科生化组

检验项目	结果	参考范围	单位	检验项目	结果	参考范围	单位
1 总胆红素	12.9	3.5~20.5	μmol/L	19 肌酐	44	↓ 59~104	μmol/L
2 直接胆红素	7.1	↑ 0.0~6.8	μmol/L	20 尿酸	176	89~420	μmol/L
3 间接胆红素	5.8	0.0~15.0	μmol/L	21 葡萄糖	4.50	3.89~6.11	mmol/L
4 总蛋白	65.2	60.0~83.0	g/L	22 总胆固醇	3.09	0.00~5.69	mmol/L
5 白蛋白	34.0	↓ 35.0~50.0	g/L	23 甘油三酯	0.91	0.30~1.70	mmol/L
6 球蛋白	31.2	25.0~35.0	g/L	24 钙	2.22	2.00~2.70	mmol/L
7 白球比例	1.09	1.00~2.50		25 镁	0.96	0.70~1.20	mmol/L
8 丙氨酸氨基转移酶	28	4~43	U/L	26 磷	1.00	0.81~1.55	mmol/L
9 天门冬氨酸氨基转移酶	19	7~38	U/L	27 钾	3.60	3.50~5.50	mmol/L
10 碱性磷酸酶	132	45~135	U/L	28 钠	141.5	135.0~145.0	mmol/L
11 γ-谷氨酰转移酶	25	11~50	U/L	29 氯	100.6	98.0~108.0	mmol/L
12 肌酸激酶	23	↓ 38~174	U/L	30 总二氧化碳	27.1	22.0~29.0	mmol/L
13 α-羟丁酸脱氢酶	106	72~182	U/L	31 淀粉酶	51	25~104	U/L
14 乳酸脱氢酶	149	109~245	U/L	32 腺苷脱氨酶	9	0~25	U/L
15 胆碱酯酶	6120	5000~12000	U/L	33 脂肪酶	24	<60	U/L
16 前白蛋白	0.12	↓ 0.20~0.40	g/L	34 视黄醇结合蛋白	21	↓ 25~70	mg/L
17 C-反应蛋白	55.6	↑ 0.0~10.0	mg/L	35 总胆汁酸	3.25	0.00~9.67	μmol/L
18 尿素	5.2	2.8~7.1	mmol/L				

备注

申请医生 刘志鹏

检 验 者 贾延伟

审 核 者

杨勇

【标记免疫】

2021-02-23

住院

苏州大学附属第二医院检验报告单

NO. 20210223MYD 0096

姓名 范保春

性别 男

年龄 78岁

样本类型 血液

住院号 0001007134

病区 西十一病区

床号 B1159

备注

检验项目	结果	单位	参考范围	检测方法
1 结核感染T细胞斑点实验	阴性			ELISA-SPOT法
2 阴性对照孔斑点数	0			ELISA-SPOT法
3 检测孔斑点数	3			ELISA-SPOT法

结果判读:

一、当阴性对照孔斑点数<13 时:

1. 检测孔斑点数-阴性对照孔斑点数 ≥ 16 , 结果判读为: 阳性, 说明样本中存在针对结核杆菌的效应T细胞。
2. 检测孔斑点数-阴性对照孔斑点数 ≥ 11 且 ≤ 15 , 结果判读为: 可疑阳性, 建议定期复查。
3. 检测孔斑点数-阴性对照孔斑点数 < 11 , 结果判读为: 阴性, 说明样本中不存在针对结核杆菌的效应T细胞。

二、当阴性对照孔斑点数 ≥ 13 且 ≤ 20 时:

1. 检测孔斑点数 $\geq 2 \times$ 阴性对照孔斑点数, 结果判读为: 阳性
2. 检测孔斑点数 $< 2 \times$ 阴性对照孔斑点数, 结果判读为: 阴性

申请医生 刘志鹏

检验者 高晨慧

审核者 范保春

采样时间 2021-02-22 17:33

接收时间 2021-02-22 22:31

报告时间 2021-02-23 10:26

检验部门 核医学科放免中心

※此结果仅对所做样本负责※

4. X-ray images of cervical spine 6 months after surgery can be included in the article.

>> We appreciate for your kindly advise

The X-ray images of cervical spine 6 months after surgery have been written in the manuscript, which was showed in Figure 5.

5. Figure 2 is not clear.

>> Thank you.

I'm sorry about that but I've tried my best to adjust the image definition, When the patient was admitted to our hospital, considering the security that he had thoracic surgery several decades ago and there was metal internal fixation in his body, so he only did magnetic resonance imaging (MRI) at a magnetic field strength of 1.5T instead of 3.0T in the preoperative, which is really not very satisfactory.

REVIEWER 2:

>>Thank you for your kindness.