

单侧延髓背外侧综合征及并发呼吸衰竭 临床特征分析

高琳芝 张爱娟 张爱元 马梦冰 钟孟飞

【摘要】 目的 总结单侧延髓背外侧综合征的临床特征。方法与结果 回顾分析 2005 年 3 月至 2021 年 11 月山东省东营市胜利油田中心医院和潍坊市人民医院诊断与治疗的 28 例单侧延髓背外侧综合征患者临床资料。临床主要表现为痛温觉减退占 92.86% (26/28), 共济失调占 85.71% (24/28), 肢体麻木占 75% (21/28), 头晕占 71.43% (20/28); MRI 均可见延髓背外侧梗死灶, 病变位于延髓头部 9 例 (32.14%)、中部 7 例 (25%)、尾部 12 例 (42.86%); CTA 显示 27 例 (96.43%) 存在责任动脉, 分别为椎动脉狭窄 (15 例, 53.57%)、小脑后下动脉闭塞 (10 例, 35.71%)、双侧椎动脉闭塞和单侧椎动脉夹层 (各 1 例, 3.57%)。11 例 (39.29%) 予以静脉溶栓, 其中 3 例桥接椎动脉支架植入术, 17 例 (60.71%) 予以保守治疗; 19 例 (67.86%) 预后良好, 9 例 (32.14%) 预后不良。5 例 (17.86%) 并发呼吸衰竭, 对症治疗后 1 例预后良好、1 例呼吸机辅助通气、1 例重残、2 例死亡。**结论** 单侧延髓背外侧综合征临床表现多样, 影像学检查对明确诊断具有重要意义, 部分患者可并发呼吸衰竭, 应密切监测其呼吸功能。

【关键词】 延髓背外侧综合征; 呼吸功能不全; 椎动脉; 磁共振成像

Clinical features of unilateral Wallenberg syndrome and respiratory failure

GAO Lin-zhi¹, ZHANG Ai-juan², ZHANG Ai-yuan³, MA Meng-bing¹, ZHONG Meng-fei¹

¹Department of Neurology, Shengli Oilfield Central Hospital, Dongying 257034, Shandong, China

²Department of Neurology, ³Department of Cardiology, Weifang People's Hospital, Weifang 261000, Shandong, China

Corresponding author: ZHANG Ai-juan (Email: aijuazhang@aliyun.com)

【Abstract】 **Objective** To summarize the clinical features of unilateral Wallenberg syndrome. **Methods and Results** The clinical data of 28 patients with unilateral Wallenberg syndrome admitted to Shengli Oilfield Central Hospital and Weifang People's Hospital from March 2005 to November 2021 were retrospectively analyzed. Clinical manifestations were pain and temperature disturbance in 26 cases (92.86%), ataxia in 24 cases (85.71%), numbness in 21 cases (75%), dizziness in 20 cases (71.43%); MRI showed dorsolateral medulla oblongata infarction lesion in all patients, 9 cases (32.14%) with lesions located in the rostral medulla oblongata, 7 cases (25%) in the central region and 12 cases (42.86%) in the caudal region; CTA showed there were responsible arteries in 27 cases (96.43%), including vertebral artery stenosis (15 cases, 53.57%), posterior inferior cerebellar artery occlusion (10 cases, 35.71%), bilateral vertebral artery occlusion and unilateral vertebral artery dissection (one case each, 3.57%). Eleven cases (39.29%) were treated with intravenous thrombolysis, including 3 cases with bridging vertebral artery stent implantation and 17 cases (60.71%) with conservative treatment. 19 cases (67.86%) had a good prognosis, while 9 cases (32.14%) had a poor prognosis. There are 5 cases (17.86%) complicated with respiratory failure, one case with good prognosis after symptomatic treatment, one case of ventilator assisted ventilation, one case was severely disabled, and 2 cases were dead. **Conclusions** Unilateral Wallenberg syndrome has multiple clinical manifestations, imaging examination has great significance for clear diagnosis, some patients may develop respiratory failure and their respiratory function should be closely monitored.

【Key words】 Lateral medullary syndrome; Respiratory insufficiency; Vertebral artery; Magnetic resonance imaging

Conflicts of interest: none declared

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2023.12.013

作者单位: 257034 东营, 胜利油田中心医院神经内科(高琳芝, 马梦冰, 钟孟飞); 261000 山东省潍坊市人民医院神经内科(张爱娟), 心内科(张爱元)

通讯作者: 张爱娟, Email: aijuazhang@aliyun.com

延髓背外侧综合征亦称 Wallenberg 综合征,是各种病因导致的延髓背外侧缺血性病变,由德国学者 Wallenberg 于 1895 年首次报道^[1]。延髓背外侧区由小脑后下动脉(PICA)供血,小脑后下动脉自椎动脉上 1/3 处发出,是椎动脉颅内段最大且变异最多的分支,约 80% 的延髓背外侧综合征由椎动脉狭窄或闭塞所致,亦可由颅内出血、脑肿瘤和颅脑创伤等所致^[2-3]。临床症状主要为头晕、恶心呕吐、肢体麻木、吞咽困难、饮水呛咳等,严重者可出现意识障碍,预后较好,但部分患者可因延髓呼吸中枢受损出现呼吸障碍,甚至呼吸困难、呼吸骤停,预后较差,因此,密切监测呼吸功能、及时采取对症治疗对改善预后具有重要意义。本研究回顾总结山东省东营市胜利油田中心医院和潍坊市人民医院收治的 28 例单侧延髓背外侧综合征患者的临床表现、影像学特征、治疗及预后,并对其中 5 例发生呼吸衰竭患者进行重点分析,以提高临床对疾病的认知。

临床资料

一、病例选择

1. 诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]中延髓背外侧综合征的诊断标准:(1)病灶定位于延髓,存在构音障碍和吞咽困难中至少一项。(2)病灶定位于延髓背外侧,存在痛温觉减退、共济失调和 Horner 征中至少一项^[5]。

2. 纳入与排除标准 (1)均符合延髓背外侧综合征的诊断标准。(2)首次发作且病变仅累及单侧延髓。(3)排除延髓出血,中枢神经系统肿瘤、感染、脱髓鞘疾病,其他神经系统疾病,严重心、肺、肝、肾功能障碍,以及临床资料不完整患者。

3. 一般资料 选择 2005 年 3 月至 2021 年 11 月在山东省东营市胜利油田中心医院和潍坊市人民医院神经内科住院治疗的单侧延髓背外侧综合征患者共 28 例,男性 20 例,女性 8 例;年龄 48~79 岁,平均(63.04±7.56)岁;受教育程度 5~14 年,平均(11.07±2.42)年;病程 2~12 周,中位值 2(2,6)周;既往合并高血压占 71.43%(20/28)、冠心病占 57.14%(16/28)、高脂血症占 42.86%(12/28)、糖尿病占 32.14%(9/28),吸烟占 60.71%(17/28)、饮酒占 35.71%(10/28)。

二、临床特征

1. 症状与体征 临床表现为痛温觉减退占 92.86%(26/28),共济失调占 85.71%(24/28),肢体麻

木占 75%(21/28),头晕占 71.43%(20/28),单侧 Horner 征阳性占 64.29%(18/28),吞咽困难、饮水呛咳占 60.71%(17/28),声音嘶哑占 60.71%(17/28),咽反射减弱或消失占 53.57%(15/28),恶心、呕吐占 50%(14/28),眼震占 35.71%(10/28),交叉性感觉障碍占 25%(7/28),偏身感觉障碍占 25%(7/28),眩晕占 21.43%(6/28),顽固性呃逆占 17.86%(5/28),头痛占 10.71%(3/28),复视占 10.71%(3/28),意识障碍占 7.14%(2/28),视物模糊占 3.57%(1/28),面神经麻痹占 3.57%(1/28)。其中 5 例(17.86%)发生呼吸衰竭(4 例呼吸困难、1 例呼吸骤停),主要发生于夜间睡眠期间,发生时间分别为入院第 2~12 天,中位时间为入院第 3 天(表 1),同时伴偏侧肢体麻木、复视、顽固性呃逆、吞咽困难、构音障碍加重。

2. 头部影像学检查 (1)MRI:所有患者均于入院 24 h 内行头部 MRI 检查,显示延髓长 T₁、长 T₂ 异常信号影,DWI 序列呈高信号。根据 DWI 序列对单侧延髓背外侧综合征行解剖学划分^[6],延髓头部梗死 9 例(32.14%,图 1)、中部梗死 7 例(25%,图 2)、尾部梗死 12 例(42.86%,图 3)。(2)CTA:所有患者均于入院 48 h 内完善 CTA 检查以评价责任动脉特征,15 例(53.57%)为单侧椎动脉狭窄、10 例(35.71%)为单侧小脑后下动脉闭塞、1 例(3.57%)为双侧椎动脉闭塞、1 例(3.57%)为单侧椎动脉夹层、1 例(3.57%)未见异常。

三、治疗与预后

本组有 11 例患者静脉溶栓时间窗(<4.50 h)内予阿替普酶 0.90 mg/kg,总剂量不超过 90 mg,1 min 内静脉注射总剂量的 10%,余 90% 于 1 h 内静脉泵入,静脉溶栓 24 h 后行头部 CT 或 MRI 检查,均无脑出血,予以阿司匹林 100 mg/d 和氯吡格雷 75 mg/d 口服双联抗血小板治疗;其中 3 例责任动脉为椎动脉起始部重度狭窄,静脉溶栓即刻桥接椎动脉支架植入术。余 17 例患者超过静脉溶栓时间窗,予以阿司匹林 100 mg/d 和氯吡格雷 75 mg/d 口服双联抗血小板、阿托伐他汀 20 mg/d 口服调脂、丁苯肽 100 ml/次(2 次/d)静脉滴注保护线粒体功能,以及兰索拉唑 40 mg/d 静脉滴注保护胃黏膜等综合治疗。5 例呼吸衰竭患者中 1 例(例 1)为短暂性呼吸困难,予中枢兴奋药烟酸二乙胺 1.25 g/d 静脉滴注,呼吸困难好转,出院时仅遗留声音嘶哑[改良 Rankin 量表(mRS)评分 1 分];4 例(例 2、例 3、例 4、例 5)予气管插管呼吸机辅助通气,其中 1 例(例 2)入院第 17 天拔除气管

表 1 5 例呼吸衰竭患者的临床资料

Table 1. Clinical data of 5 patients with respiratory failure

序号	性别	年龄(岁)	首发症状	解剖定位	责任动脉	治疗	呼吸困难发生时间	拔除气管插管或撤离呼吸机时间	预后(mRS评分)
1	男性	57	头晕、左侧肢体麻木	延髓体部	右椎动脉、右小脑后下动脉	保守治疗	入院第 2 天 2:00 呼吸困难	未予气管插管呼吸机辅助通气	遗留声音嘶哑(1分)
2	男性	68	头晕、行走不稳	延髓头部	左椎动脉	静脉溶栓	入院第 2 天 19:56 呼吸困难	入院第 17 天拔除气管插管	夜间佩戴无创呼吸机(3分)
3	男性	73	右侧肢体麻木	延髓头部	右椎动脉	保守治疗	入院第 7 天 3:45 呼吸困难	入院第 18 天放弃治疗	死亡(6分)
4	男性	69	发作性头晕	延髓头部	右椎动脉	保守治疗	入院第 12 天 4:00 呼吸困难	入院第 60 天拔除气管插管	重症(4分)
5	男性	69	头晕	延髓头部	右椎动脉	保守治疗	入院第 3 天 6:15 呼吸骤停	抢救无效即拔除气管插管	死亡(6分)

mRS, modified Rankin Scale, 改良 Rankin 量表

插管, 继续治疗 20 d 后佩戴无创呼吸机出院(mRS 评分 3 分), 1 例(例 4)入院第 60 天拔除气管插管出院, 出院后鼻饲、卧床(mRS 评分 4 分), 1 例(例 3)始终无法脱离呼吸机, 呈深昏迷, 家属要求撤离呼吸机, 主动出院后死亡, 1 例(例 5)气管插管抢救无效, 死亡(表 1)。

本组患者住院时间 7~60 d, 中位值 12.00(7.50, 13.00) d; 出院后随访 1~8 个月, 平均为(3.39 ± 1.17) 个月。至随访结束时, 19 例(67.86%)预后良好(mRS 评分 ≤ 2 分), 9 例(32.14%)预后不良(mRS 评分 > 2 分), 主要遗留声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳等症状。

讨 论

延髓背外侧综合征约占延髓梗死的 75%, 好发于男性, 高峰发病年龄为 57~64 岁, 首要病因为椎动脉狭窄或闭塞、次要病因为小脑后下动脉狭窄或闭塞^[3,7-8]。Kim^[9]对 130 例单侧延髓背外侧综合征患者行 DSA 检查, 发现 87 例(66.92%)责任动脉为椎动脉, 14 例(10.77%)为小脑后下动脉。本组 28 例患者中 17 例(60.71%)责任动脉为椎动脉, 10 例(35.71%)为小脑后下动脉, 1 例(3.57%)未见异常, 与既往研究结果相近^[9]。

延髓背外侧综合征临床表现多样, 前庭小脑束受损主要表现为头晕、恶心呕吐、眼震、共济失调; 疑核、舌咽神经、迷走神经受损可导致软腭塌陷、声带麻痹, 表现为声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳; 交感干受损可出现 Horner 综合征, 主要表现为瞳孔缩小、上睑下垂、眼球内陷、患侧面部少汗或无汗; 脊髓丘脑束受损可导致肢体感觉障碍; 三叉神经脊束核受损则导致面部感觉障碍^[10]。交叉性感觉障碍指同侧面部痛温觉障碍、对侧半身感觉障碍, 是

经典的延髓背外侧综合征感觉障碍, 具有重要诊断意义, 本组 28 例中 7 例表现为交叉性感觉障碍。此外, 本组患者最常见表现为共济失调(24 例)、肢体麻木(21 例)、头晕(20 例), 且合并高血压、高脂血症、糖尿病、吸烟等脑血管病危险因素比例较高, 因此, 临床对于以头晕、共济失调、肢体麻木为主要表现且合并脑血管病危险因素的患者, 应考虑延髓背外侧综合征的可能, 及时行头部 MRI 和 CTA 检查, 尽早准确诊断, 及时行静脉溶栓治疗和血管内治疗, 改善预后^[11-12]。

本组有 5 例(17.86%)患者入院第 2~12 天出现呼吸衰竭, 伴随症状进展加重, 出现严重构音障碍、声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳、顽固性呃逆、肢体麻木、复视等, 提示延髓背外侧梗死存在更长时间的症状不稳定性, 其中 1 例(例 3)表现为对侧肢体无力患者符合 Babinski-Nageotte 综合征的诊断^[13]。Babinski-Nageotte 综合征是延髓背外侧综合征的罕见亚型, 病变累及同侧皮质脊髓束, 出现对侧肢体运动障碍。本组 5 例呼吸衰竭患者中 1 例梗死灶位于延髓体部, 予以中枢兴奋药后呼吸功能改善, 其余 4 例梗死灶位于延髓头部, 均预后欠佳, 与既往研究结果相一致^[14]; 这 5 例呼吸衰竭患者均符合延髓相关中枢性肺泡低通气综合征(CAHS)的诊断^[15-17], 其诊断标准为: (1)睡眠期高碳酸血症和通气不足。(2)清醒状态下自主呼吸时动脉血氧分压(PaO₂)正常。(3)排除其他肺部疾病。CAHS 患者通常需终身睡眠期通气支持, 约 1/3 患者清醒时仍需持续辅助呼吸^[18]。支持通气是 CAHS 的主要治疗方法, 主要包括无创压力通气、负压通气、气管切开正压通气、安置膈肌起搏器等^[19], 若不及时予以呼吸机辅助通气, 患者多于睡眠期死亡。延髓背外侧综合征患者呼吸衰竭的机制主要包括以下 3 种: (1)呼吸中枢损

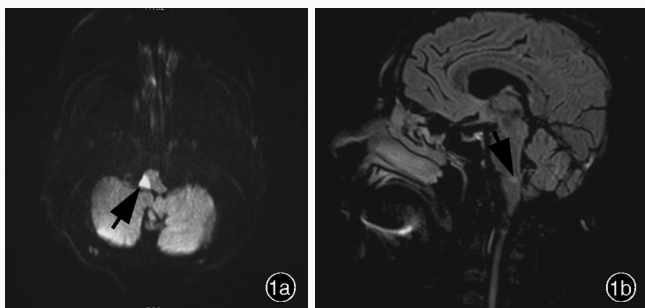


图1 男性患者,69岁,临床诊断为延髓头部背外侧综合征。头部MRI显示,延髓头部背侧偏右异常高信号影(箭头所示) 1a 横断面DWI 1b 旁正中矢状位抑脂T₂-FLAIR

Figure 1 A 69-year-old male was diagnosed with Wallenberg syndrome in rostral medulla oblongata. Head MRI showed abnormal hyperintensity on the right side of the rostral medulla oblongata (arrows indicate). Axial DWI (Panel 1a). Paramedian sagittal fat suppression T₂-FLAIR (Panel 1b).

图2 男性患者,55岁,临床诊断为延髓中部背外侧综合征。头部MRI检查显示,延髓中部背侧偏右异常高信号影(箭头所示) 2a 横断面DWI 2b 旁正中矢状位抑脂T₂-FLAIR

Figure 2 A 55-year-old male was diagnosed with Wallenberg syndrome in central medulla oblongata. Head MRI showed abnormal hyperintensity on the right side of the central medulla oblongata (arrows indicate). Axial DWI (Panel 2a). Paramedian sagittal fat suppression T₂-FLAIR (Panel 2b).

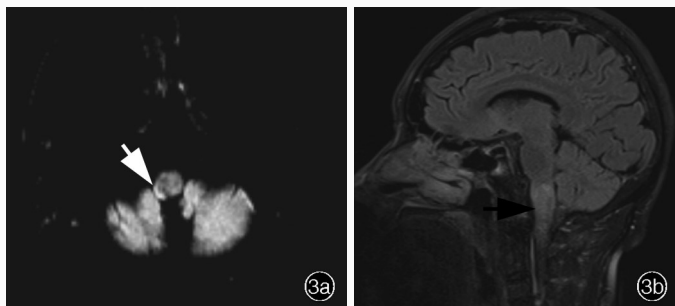
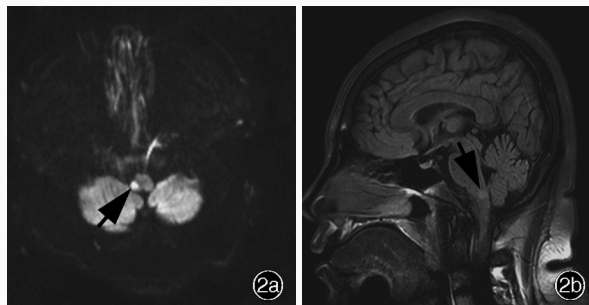


图3 男性患者,68岁,临床诊断为延髓尾部背外侧综合征。头部MRI显示,延髓尾部背侧偏右异常高信号影(箭头所示) 3a 横断面DWI 3b 旁正中矢状位抑脂T₂-FLAIR

Figure 3 A 68-year-old male patient was diagnosed with Wallenberg syndrome in caudal medulla oblongata. Head MRI showed abnormal hyperintensity on the right side of the caudal medulla oblongata (arrows indicate). Axial DWI (Panel 3a). Paramedian sagittal fat suppression T₂-FLAIR (Panel 3b).

伤。包钦格复合体是产生呼吸节律的关键部位,脑缺血致包钦格复合体损伤可以引起呼吸骤停^[20-21]。(2)中枢化学感受器损伤。中枢化学感受器位于延髓外侧浅表区域,正常状态下其对呼吸功能的调节效应占80%^[17],延髓背外侧综合征可导致中枢化学感受器损伤,继而对局部细胞外液和脑脊液氢离子刺激的反应性降低,导致安静状态或睡眠期呼吸困难或呼吸骤停^[22]。(3)神经传导通路损伤。延髓背外侧综合征损伤外侧髓质可导致神经传导通路受损,导致睡眠期频繁呼吸骤停^[17,23]。

综上所述,延髓背外侧综合征临床表现多样,影像学检查对明确诊断具有重要意义,患者可出现呼吸衰竭,应注意密切监测呼吸功能,尤其是夜间呼吸功能,必要时予以呼吸机辅助通气,改善患者预后。

利益冲突 无

参 考 文 献

[1] Lui F, Tadi P, Anilkumar AC. Wallenberg syndrome [M/OL].

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

- [2] Kamogawa M, Koide T, Kikuchi R, Nakamura A, Tagawa A, Miyazaki H. A case of Wallenberg's syndrome presenting with spontaneous thrombosis of a vertebral artery aneurysm [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2020, 29:104492.
- [3] Uchida Y, Kobayashi S, Takada K, Tsugu Y. Opalski syndrome caused by vertebral artery dissection [J]. Rinsho Shinkeigaku, 2015, 55:497-500.
- [4] Neurology Branch, Chinese Medical Association; Cerebrovascular Diseases Group, Neurology Branch, Chinese Medical Association. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute ischemic stroke 2018 [J]. Zhonghua Shen Jing Ke Za Zhi, 2018, 51:666-682. [中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51:666-682.]
- [5] Pang Y, Liu YK. Misdiagnosis of dorsolateral medullary syndrome: 3 cases report [J]. Jilin Yi Xue Za Zhi, 2009, 30: 1494. [庞艳, 刘英坤. 延髓背外侧综合征误诊3例报告 [J]. 吉林医学杂志, 2009, 30:1494.]
- [6] Hong YH, Zhou LX, Yao M, Zhu YC, Cui LY, Ni J, Peng B. Lesion topography and its correlation with etiology in medullary infarction: analysis from a multi-center stroke study in China [J]. Front Neurol, 2018, 9:813.
- [7] Du B. The analysis of clinical manifestation of the Wallenberg syndrome [D]. Jilin: Jilin University, 2015. [杜冰. 延髓背外侧综合征的临床分析 [D]. 吉林大学, 2015.]
- [8] Cao F, Dai DW, Wang X. Research progress of brainstem

- infarction syndrome [J]. Zhongguo Lin Chuang Shen Jing Ke Xue, 2017, 25:68-76.[曹凡, 代大伟, 王勋. 脑干梗死综合征的研究进展[J]. 中国临床神经科学, 2017, 25:68-76.]
- [9] Kim JS. Pure lateral medullary infarction: clinical - radiological correlation of 130 acute, consecutive patients [J]. Brain, 2003, 126(Pt 8):1864-1872.
- [10] Gasca - González OO, Pérez - Cruz JC, Baldoncini M, Macías - Duvignau MA, Delgado - Reyes L. Neuroanatomical basis of Wallenberg syndrome [J]. Cir Cir, 2020, 88:376-382.
- [11] Qureshi AI, Singh B, Huang W, Du Z, Lobanova I, Liaqat J, Siddiq F. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke patients performed within and outside clinical trials in the United States [J]. Neurosurgery, 2020, 86:E2-E8.
- [12] Berge E, Whiteley W, Audebert H, De Marchis GM, Fonseca AC, Padiglioni C, de la Ossa NP, Strbian D, Tsvigoulis G, Turc G. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke [J]. Eur Stroke J, 2021, 6: I -LXL.
- [13] Oruç S, Demirbaş H, GüzelA, Beker Acay M, Yaman M. Babinski-Nageotte syndrome diagnosed in postpartum period [J]. Case Rep Neurol Med, 2016:5206430.
- [14] Wang QL, Xue YH, Yan W, Zhao JG. Dorsolateral medullary syndrome: 15 cases [J]. Zhongguo Lao Nian Xue Za Zhi, 2010, 30:2986-2987.[王全录, 薛迎红, 闫巍, 赵建功. 延髓背外侧综合征 15 例 [J]. 中国老年学杂志, 2010, 30:2986-2987.]
- [15] Lim W, Breitling M, Nugent B, Sinha A, Diaz K. A case of medullary infarct causing central alveolar hypoventilation [J]. Cureus, 2021, 13:e17153.
- [16] Bogousslavsky J, Khurana R, Deruaz JP, Hornung JP, Regli F, Janzer R, Perret C. Respiratory failure and unilateral caudal brainstem infarction [J]. Ann Neurol, 1990, 28:668-673.
- [17] Sivakumar K, Garcha M, Mehta D, Leary MC, Yacoub HA. Central hypoventilation: a rare complication of Wallenberg syndrome [J]. Case Rep Neurol Med, 2018:4894820.
- [18] Demartini Z, Maranha Gatto LA, Koppe GL, Francisco AN, Guerios EE. Ondine's curse: myth meets reality [J]. Sleep Medicine, 2020, 2:100012.
- [19] Muzumdar H, Arens R. Central alveolar hypoventilation syndromes [J]. Sleep Med Clin, 2008, 3:601-615.
- [20] Mendoza M, Latorre JG. Pearls and oysters: reversible Ondine's curse in a case of lateral medullary infarction [J]. Neurology, 2013, 80:e13-e16.
- [21] Tanaka K, Kanamaru H, Morikawa A, Kawaguchi K. Central hypoventilation syndrome complicated with lateral medullary infarction after endovascular treatment of the vertebral artery dissecting aneurysm: a case report [J]. NMC Case Rep J, 2016, 3:133-136.
- [22] Huang RX. Ondine's curve syndrome secondary to infarction in medulla oblongata [J]. Zhongguo Shen Jing Jing Shen Ji Bing Za Zhi, 2004, 30:419-422.[黄如训. 延髓梗死继发 Ondine's curse 综合征 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2004, 30:419-422.]
- [23] Zhang YL, Zhang LM. Ondine's curse syndrome secondary to medullary infarction: two cases report and literature review [J]. Shen Jing Ji Bing Yu Jing Shen Wei Sheng, 2020, 20:68-71.[张银丽, 张黎明. 延髓梗死继发 Ondine's curse 综合征 2 例报道及文献复习 [J]. 神经疾病与精神卫生, 2020, 20:68-71.]

(收稿日期:2023-08-27)

(本文编辑:柏钰)

《中国现代神经疾病杂志》关于谨防盗用编辑部名义的声明

近日,有作者举报不法分子盗用《中国现代神经疾病杂志》编辑部名义给作者发送邮件,让作者添加其微信好友,借以窃取相关信息甚至进行钱财诈骗。这种行为严重违反了国家《关于维护互联网安全的决定》等法律法规,严重损害了我刊编辑部和作者的利益。

《中国现代神经疾病杂志》特此郑重声明:我刊迄今不曾以编辑个人名义请求添加作者微信好友,我刊使用网上采编系统进行稿件处理(www.xdjb.org),所有录用和缴费通知均由系统或公共邮箱(xdsjbbzz@263.net.cn)发出,请广大作者提高安全意识,以免上当受骗。

若遇假冒我刊网站、盗用编辑部名义、伪造采编中心、中介、代理等不法事件,欢迎广大作者和读者向我刊提供相关线索!对于以我刊名义从事不法活动的个别网站、个人或微信号,我刊保留通过法律途径解决问题的权利。此声明长期有效,最终解释权归我刊所有。

《中国现代神经疾病杂志》关于谨防伪造微信采编中心的声明

《中国现代神经疾病杂志》编辑部近期发现伪造本刊微信采编中心的非法行为,微信号jiayou1583,昵称知了,伪造《中国现代神经疾病杂志》采编中心。该微信号以核对作者信息为由,请我刊作者添加其为微信好友,借以窃取相关信息甚至索取审稿费和版面费等,此举对我刊及广大作者、读者造成严重不良影响。

《中国现代神经疾病杂志》特此郑重声明:我刊迄今为止并未建立微信平台的采编中心,作者投稿的唯一途径是登录我刊官方网站www.xdjb.org,进入“作者在线投稿”界面,按照操作提示提交稿件。稿件经外审通过后,需作者配合修改,达到发表要求后方可待编、排期和刊出,这一过程中编辑部人员与作者之间的联系均采用我刊公共邮箱(xdsjbbzz@263.net.cn)和公用电话[(022)59065611,59065612]。

若遇假冒我刊网站、伪造我刊采编中心、中介、代理等不法事件,欢迎广大作者和读者向我刊提供相关线索!对于以我刊名义从事非法活动的个别网站或微信号,我刊保留通过法律途径解决问题的权利。此声明长期有效,最终解释权归我刊所有。