

# 右侧下腰部疼痛：骶髂关节炎 2 例鉴别与分析

陈芳 宋宝萍 宋奎龙 洪剑波<sup>(通讯作者)</sup> 陈跃

杭州文仲中医医院，浙江杭州，310000；

**摘要：**本文报道 2 例强直性脊柱炎-骶髂关节炎案例，均为“下腰部疼痛”，例 1 需与“上尿路感染、结石”相鉴别；例 2 合并有 7 年的“痴呆”和“癫痫”，两例患者的临床表现均较复杂，需进行鉴别诊断。例 1 的 HLA-B27 (-)，例 2 的 HLA-B27 (+)，两位患者的骨盆摄片均显示“右侧骶髂关节结构模糊”、确立了临床诊断，服用非甾体抗炎药后，症状获缓解。

**关键词：**强直性脊柱炎；骶髂关节炎；自身免疫；HLA-B27；骨盆摄片

## Differential diagnosis and analysis of 2 cases of pain in the lower lumbar region on the right side: sacroiliac arthritis

Fang Chen, Bo-ping Song, Kui Long Song, Jian-bo Hong\*, Yue Chen

Hangzhou Wenzhong TCM hospital, Zhejiang Hangzhou, 310000;

**Abstract:** Two cases of ankylosing spondylitis complicated with sacroiliitis were reported in this paper. Case 1 should be differentiated from upper urinary tract infection and calculus. Case 2 was combined with "dementia" and "epilepsy" for seven years. The clinical presentation of both patients was complex and required a careful differential diagnosis. HLA-B27 (-) in case 1 and HLA-B27 (+) in case 2. Pelvic radiographs in both cases showed "right sacroiliac joint obscuration," establishing a clinical diagnosis that was relieved by nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

**Keywords:** ankylosing spondylitis, sacroiliitis, autoimmune, HLA-B27, pelvic radiographs

**DOI:** 10.69979/3029-2808.25.12.052

本文报道 2 例强直性脊柱炎-骶髂关节炎案例，均表现为“下腰部疼痛”，临床表现较为复杂，需进行认真的鉴别诊断，详细过程如下：

### 1 临床资料

案例 1：吕某，男性，45 岁，美籍华人，住院号：20183574；右下腰部疼痛半月，加重 2 天。既往有运动神经元疾病（渐冻症），双下肢肌力 3 级，有颈-腰椎疼痛史。半月前，无明显诱因下，出现右下腰部持续性隐痛，活动后（弯腰、转身时）加重，休息后稍缓解；无明显发热、无尿频、尿急和尿痛。2 天前疼痛加重，无恶心、呕吐，无腹痛、腹泻。

体格检查：体温 36.5 度，右下腰、骶髂关节区域压痛（+），右下腹麦氏点压痛（-），反跳痛（-）；右侧肾区叩击痛（±），左侧（-）。双下肢皮肤浅感觉对称，双下肢肌力 3 级。

实验室检查：血常规、尿常规、C-反应蛋白（CRP）、血沉值均在正常范围内，HLA-B27（-）。影像学检查：腰椎 CT 示腰椎退行性改变、腰椎间盘未见明显突出；双肾 B 超：双肾、输尿管、膀胱未见异常；骨盆正位片示：右侧骶髂关节间隙变窄、结构模糊（见图 1），关节面骨质增生，（符合右侧骶髂关节炎表现）。

临床诊断：强直性脊柱炎-右侧骶髂关节炎。



图 1：吕某，男，45 岁，No：20183574；骨盆摄片：黄箭所示“左骶髂关节”结构清晰，红箭所示“右骶髂关节上 1/2”结构模糊（融合），确诊“右骶髂关节炎”。

案例 2：殷某，女性，64 岁，吉林省籍，住院号：20183414。患者因“认知功能减退 7 年，伴右臀部疼痛加重一周”入院，其当年的“痴呆原因”一直成谜。入院后有过一次“癫痫大发作”，经相应处理，症状缓解。相关医生发现她“上厕所困难”——右下肢挪步前行，甚是费劲。患者久坐后右臀不适加重，平卧后稍缓解；无排尿异常，无发热。

医生组从其儿子处询问病史，得知患者母亲是“驼背”（胸椎压缩性骨折→强直性脊柱炎）；患者本人于 7 年前开始“缄口不言”→渐进性智能减退；如今出现“右侧骶髂关节炎”，HLA-B27（+）；其骨盆正位片示

(见图2): 右侧骶髂关节“结构模糊、部分融合”, 临床上被确认是“右侧骶髂关节炎”。

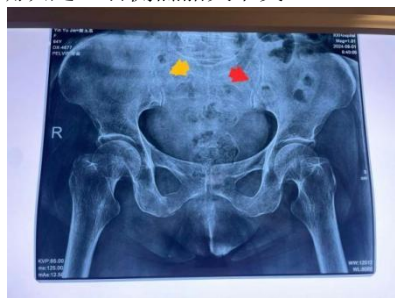


图2: 患者女性, 64岁, No. 20183414; 对比观察, 红箭示左骶髂关节正常, 黄箭所示: 右侧“结构模糊”。

## 2 治疗与转归

病例1: 给予了塞来昔布胶囊 200mgbid, 抗炎止痛, 配合物理治疗(骶髂关节稳定训练); 同时继续给予运动神经元病基础治疗, 1周后, 患者吕某的右下腰背痛明显缓解。病例2: 给予了布洛芬片 0.3gqd、塞来昔布胶囊 200mgqd, 1周后疼痛稍缓解; 半月后疼痛明显缓解。

## 3 讨论

### 3.1 骶髂关节炎鉴别诊断

本文例1吕某(男性)在查房时, 他告诉医生自己有“右侧下腰痛”, 给予同侧“肾区叩击痛”(±)……会否是“右侧肾盂肾炎, 或是输尿管结石”? 这属于“上尿路感染”(膀胱以上), 理应同时伴有尿频、尿急、尿痛(下尿路症状)和血尿、发热; 而患者吕某并无这些伴随症状, 故当时不考虑“肾盂肾炎或输尿管结石”可能。

管床医生又询问他“有无颈痛”? 他回答“有”; 并补充了一句“以往也有类似的疼痛, 涉及到肩关节、腰椎”患者吕某早年移民至美国, 他对当地的某种树种(花粉)过敏, 每到春季, 出门便会打喷嚏、流鼻涕, 由此推定, 吕某应是一位“过敏体质”者。之前, 他因“运动神经元疾病”(渐冻症)而入住本院。有基础研究表明, 该病与过敏体质——自身免疫机制紊乱有关<sup>[1]</sup>。归纳他的临床病征特点: ①有过敏性鼻炎史; ②有颈-肩-腰椎关节疼痛史; ③有运动神经元病变, 综合分析吕某是一位“风湿免疫重叠综合征”患者。这次的“右侧下腰痛”, 应属于“强直性脊柱炎-右侧骶髂关节炎”可能, 进一步摄取“骨盆正位片”(图1), 见吕某的右侧骶髂关节上1/2结构模糊、部分融合, 从而确立了

“右侧骶髂关节炎”的临床诊断。

本文例2殷某(女性)系吉林人, 7年前开始“缄口不言”, 其痴呆原因“一直成谜”; 此次因“右臀部疼痛加重一周”入住本院, 入院后不久, 有一次“癫痫大发作”。患者因智力受损而无法提供详细病史, 故向其家人询问“家族史”, 其母亲是“驼背”(胸椎压缩性骨折); 患者的儿子有“黑棘皮病”(一种自身免疫皮肤病), 归纳临床病征特点: ①7年前开始“认知功能减退”; ②不久前有“癫痫大发作”(CNS受累); ③有“风湿免疫家族史”; ④右下肢挪步前行, 如厕困难(右侧骶髂关节僵直所致)。

疑及“强直性脊柱炎-右侧骶髂关节炎可能, 进一步查HLA-B27(+); 骨盆正位片(图2)显示: 右侧骶髂关节结构模糊、部分融合, 遂确定临床诊断: 风湿免疫重叠综合征, 该病在侵及脊柱-骶髂关节时, 同时也侵及中枢神经系统, 导致其: ①7年前的自身免疫性痴呆(AiD); ②症状性癫痫, 共同构成了“重叠综合征”。

### 3.2 强直性脊柱炎复习

强直性脊柱炎(ankylosingspondylitis, AS)是一种主要侵犯脊柱, 并可累及骶髂关节和周围关节的慢性进行性炎性疾病。病因学要点: ①遗传: 与HLA-B27密切相关(约90%患者阳性); ②环境: 感染(如肠道感染、泌尿道感染)可能诱发或加重。临床表现: ①典型症状: 下腰背痛(静息痛, 活动后缓解; 夜间或晨起明显)、晨僵(持续≥30分钟)。③关节外表现: 可累及眼(葡萄膜炎)、肺(肺间质纤维化)、心血管内皮细胞受损等。④晚期: 脊柱强直、畸形(如“驼背”、弓腰), 活动明显受限。

诊断依据: ①症状: 慢性下腰背痛(≥3个月); ②体征: 骶髂关节压痛、脊柱活动受限(如“4字试验”阳性); ③特殊检查: 骶髂关节影像学(X线骨盆片/CT/MRI显示局部炎症或破坏、融合)、HLA-B27检测(辅助参考)。

鉴别疾病: ①与上尿路感染相区别; ②腰椎间盘突出(腰痛伴下肢放射痛, 活动后加重); ③类风湿关节炎(多累及手足小关节, 类风湿因子阳性)。掌握以上重点, 可快速梳理出“强直性脊柱炎”的核心要点<sup>[2]</sup>。

治疗上, 可给予: ①非甾体抗炎药(NSAIDs, 如塞来昔布): 缓解疼痛和晨僵(首选)。②生物制剂(如TNF-α拮抗剂): 用于难治或重症患者; ③慢作用药(如

柳氮磺吡啶)：改善外周关节症状；④非药物：1) 运动：有规律地进行脊柱拉伸(如扩胸、靠墙站立)、游泳(推荐)；2) 姿势：避免久坐、弯腰驼背，睡眠用硬板床；3) 随访：定期复查影像学 and 炎症指标(如血沉、C-反应蛋白)，监测病情的变化。

### 3.3 骶髂关节炎鉴别诊断

骶髂关节炎(Sacroiliitis)的鉴别诊断需结合临床表现、影像学及实验室检查，鉴别要点如下：

(1) 强直性脊柱炎(AS)临床特点是：①青年男性多见，慢性腰背痛(夜间加重、活动缓解)；②影像学显示双侧骶髂关节有对称性病变(早期关节面模糊，晚期骨性强直)；③实验室检查：HLA-B27 阳性(90%以上)，CRP/ESR 升高。鉴别时，需结合家族史、脊柱活动受限、附着点炎等。

(2) 肠病性关节炎关联疾病有：克罗恩病、溃疡性结肠炎。临床特点有：①肠道症状(顽固性腹泻、便血)先于或伴关节痛；②骶髂关节炎多为双侧，HLA-B27 可能阳性。鉴别要点：肠镜或粪便中的钙卫蛋白检查，能帮助诊断。

(3) 肿瘤或转移瘤临床特点有：①单侧骶髂关节破坏，疼痛持续且夜间加重；②影像学检查：溶骨性或成骨性破坏，有软组织肿块。鉴别要点：积极寻找原发灶(如乳腺癌、前列腺癌)。

鉴别诊断流程建议：①详细询问病史：起病方式、伴随症状(皮疹、腹泻、尿路刺激症状)、家族史；②影像学：骨盆 X 线片：初筛，观察关节间隙、硬化或强直；CT 扫描：能清晰显示骨质破坏或硬化；③实验室检查：HLA-B27、CRP/ESR、RF/抗 CCP(抗环瓜氨酸肽抗体)、血、尿细菌培养等。根据上述特点，结合患者个体情况，

可逐步缩小鉴别范围。疑似感染或肿瘤时，应尽早活检或穿刺<sup>[3]</sup>。

### 4 结语

本文报道 2 例强直性脊柱炎-骶髂关节炎案例，均为“下腰部疼痛”，例 1 需与“上尿路感染、输尿管结石”相鉴别；例 2 则合并有 7 年前的“自身免疫性痴呆”和“症状性癫痫”，两例患者的临床表现均较为复杂，需要进行认真的鉴别诊断，例 1 的 HLA-B27(-)，例 2 的 HLA-B27(+)，两位患者的骨盆正位片均显示“右侧骶髂关节结构模糊、部分融合(强直)”征象，综合分析后确立了临床诊断，服用非甾体抗炎药后，症状获缓解<sup>[4]</sup>。

骶髂关节炎隶属于强直性脊柱炎，是右下腰部疼痛极易被误诊的病因，临床上须通过“症状特点-体征定位-影像学验证”三步鉴别法，与腰椎间盘突出症、腰肌劳损、泌尿系结石与感染等疾病相鉴别。重视骶髂关节的筛查性检查，可提高诊断准确性，改善患者的预后。

### 参考文献

- [1] 顾卫红, 王国相, 王康, 等. 脊髓小脑共济失调 3 型临床变异型特征及突变分析 [J]. 中国现代神经疾病杂志, 2008(2): 134-138.
- [2] 初广宇. DCE-MRI 对强直性脊柱炎-骶髂关节量化评估的研究 [D]. 长春: 吉林大学, 2015.
- [3] 邱晓丽, 朱金威. 强直性脊柱炎早期骶髂关节炎的磁共振诊断价值 [J]. 影像研究与医学应用, 2019(7): 229-230.
- [4] 杨旭, 徐幼苗, 董蕊, 等. 超声引导联合 CT 扫描下双极射频脉冲调节治疗难治性神经根型颈椎病效果 [J]. 临床军医杂志, 2022, 50(8): 855-857.