

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（通讯作者） 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“上卫生间困难”——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”，临幊上被确认是“右侧骶髂关节炎”。

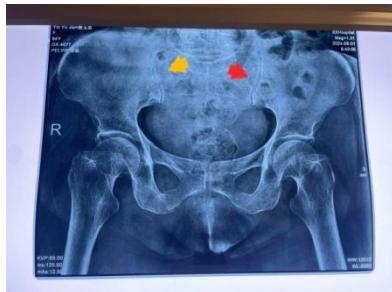


图2：患者女性，64岁，No. 20183414；对比观察，红箭示左骶髂关节正常，黄箭所示：右侧“结构模糊”。

2 治疗与转归

病例1：给予了塞来昔布胶囊200mg bid，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0.3g qd、塞来昔布胶囊200mg qd，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、流清涕，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^[1]。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”的临幊诊断。

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），归纳临幊病征特点：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，遂确定临幊诊断：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）。②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。③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^[2]。

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：定期复查影像学和炎症指标(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^[3]。

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^[4]。

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，临幊上须通过“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.