**强直性脊柱炎**

**【简介】**强直性脊柱(AS)是一种慢性炎性疾病，累及骶髂关节、中轴骨，有时也可累及外周关节、关节周围的附属组织以及内脏器官[1-2]。AS的患病率、致残率均较高，尤其多数在创造力最丰富的18~22岁发病，严重影响患者、家庭及社会生产力构成，易对患者的心理产生不良影响，严重者会出现焦虑、抑郁，甚至自杀行为。

**【临床与病理】**

本病发生于10~40岁，以20岁左右发病率最高，男女性之比约为5：1。发病隐匿，起初多为臀部、骶髂关节或大腿后侧隐痛，难以定位。活动期，骶髂关节、耻骨联合、脊椎棘突、髂嵴、大转子、坐骨结节、胫骨结节和跟骨结节等疼痛及压痛。

实验室检查：急性期，部分病例可有C-反应蛋白升高，血沉加快。90%的病例HLA-B27阳性，但正常人群中4%~8% HLA-B27为阳性。类风湿因子多为阴性，故本病属于血清阴性脊椎关节病(seroneg-ative spinal arthropathy)。

关节滑膜的一般病理学检查为非特异性炎症。免疫组织化学分析，AS浆细胞浸润以IgG、IgA型为主，而RA则以IgM型为主，可资鉴别。

**【影像学表现】**

**X线** 髂关节常为最早受累的关节，并且几乎100%被累及，双侧对称性发病为其特征，是诊断的主要依据。平片显示，骨质破坏以髂侧为主，开始髂侧关节面模糊，以后侵蚀破坏，呈鼠咬状，边缘增生硬化，关节间隙假增宽。随后关节间隙变窄，最后骨性强直，硬化消失，为其最终表现。骶髂关节炎依程度分为五级：0级：正常；I级：可疑异常；Ⅱ级：轻度异常，可见局限性侵蚀、硬化，但关节间隙无改变；Ⅲ级：明显异常，为中度或重度骶髂关节炎，有以下一项或一项以上改变：侵蚀、硬化、关节间隙增宽或狭窄，或部分强直；IV级：严重异常，关节完全骨性强直。

骶髂关节炎发病后，逐渐上行性侵及脊柱，约74.8%受累。开始病变侵蚀椎体前缘上、下角(Romanus病灶)及骨突关节；Romanus病灶加重则椎体前面的凹面变平直，甚至凸起，形成“方椎”；炎症引起纤维环及前纵韧带深层发生骨化，形成平行脊柱的韧带骨赘(svndesmophyte)，使脊柱呈竹节外观，即竹节状脊柱(bamboo spine)。晚期，骨突关节囊、黄韧带、棘间和棘上韧带均可骨化；广泛的骨化使脊柱强直，但其强度下降，轻微外伤即可导致骨折。

寰枢椎侵蚀多发生于齿状突的前侧和背侧，寰枢椎半脱位较RA为少。

肌腱、韧带及关节囊与骨的附着部(enthesis)可有与骨面垂直的骨化，呈粗胡须状，也可有骨侵蚀，即为附丽病(enthesopathy)，占AS患者的10.7%。坐骨结节、股骨大转子、髂嵴、脊柱的棘突和跟骨结节等为常见发病部位。

髋关节是最常受累的周围关节，占AS的37.9%。髋关节炎多双侧对称，表现为关节间隙变窄、关节面侵蚀、关节面下囊变、反应性骨硬化、髋臼和股骨头关节面外缘骨赘及骨性强直。其他周围关节少有X线改变。

早期普遍性骨质疏松者预后多不良。

**CT**主要行骶髂关节扫描，因它可消除关节前后重叠的干扰，比平片能更清晰地显示关节的轮廓和关节面侵蚀灶，并能早期发现侵蚀灶。

**MRI** 骶髂关节常有典型MRI表现。早期常显示相邻骨质水肿，关节间隙血管翳为长T、长T信号，明显强化，与侵蚀灶相延续。平扫加增强可以100%地诊断出炎症，并可根据强化的程度来判断病变的活动性，是最敏感的影像学方法。MRI发现强直后脊柱骨折比平片敏感，并能显示出脊髓受压情况等。

**【诊断与鉴别诊断】**

主要依靠临床病史、体征和X线发现双侧对称性骶髂关节炎进行诊断，当临床高度怀疑本病，而平片正常时，可以选用CT和MRI检查。

本病几乎100%对称侵犯骶髂关节，大多侵犯脊柱，青年男性易发病，类风湿因子阴性，因而容易与类风湿关节炎鉴别。银屑病性关节炎和Reiter综合征累及脊柱和骶髂关节较少，病灶不对称，常形成与脊柱垂直的骨赘，而本病则形成与脊柱平行的韧带骨赘；另外，临床发现皮肤银屑病、泌尿系的感染更有利排除本病。

**参考文献：**[1]黄烽著.强直性脊柱炎[M].北京：人民卫生

出版社，2011:9-10.