

## 强直性脊柱炎临床分期探讨

廖志鹏,汪青春,谢秋屏,田明波(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

**摘要:**目的 分析强直性脊柱炎患者骶髂关节与脊柱和/或髋关节 X 线表现严重度之间的相关性,并对其临床分期进行探讨。方法 37 例确诊的强直性脊柱炎患者均行骶髂关节和受累脊柱和(或)髋关节 X 线检查,由两名医生对 X 片各自进行两次盲法阅片评分,对颈椎、腰椎、骶髂关节和髋关节均按 BASRI 的评分标准进行评分,将结果取平均值后进行统计处理。结果 37 例患者中脊柱受累 II 级以上 30 例,占 81%,髋关节受累 II 级以上 15 例,占 40.5%。骶髂关节评分与脊柱之间  $r=0.459$ ;骶髂关节评分与髋关节评分之间  $r=0.465$ 。结论 骶髂关节损害严重度并不能很好的代表脊柱及髋关节损害严重度,按骶髂关节改变来分期难以全面反映病情。

**关键词:**强直性脊柱炎;骶髂关节;BASRI;分期

**中图分类号:**R593.23 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-4254(2006)08-1176-03

### Clinical staging of ankylosing spondylitis

LIAO Zhi-peng, WANG Qing-chun, XIE Qiu-ping, TIAN Ming-bo

College of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

**Abstract: Objective** To compare the chronic changes between the sacroiliac joints (SIJ) and the spine or the hip joints in conventional radiography of patients with ankylosing spondylitis (AS) and discuss the clinical staging of this disease. **Methods** All images of the joints of the AS patients were evaluated twice in blinded manner by two doctors. The cervical spine, lumbar spine, sacroiliac joints and hip joints were separately evaluated by BASRI, and the results were averaged and analyzed. Definite involvement was defined as a score  $\geq 2$ . **Results** Thirty-seven AS patients (81.0% male with mean age of 28.49 years) were examined, and 81.0% of them had definite involvement of the spine and 40.5% of hip involvement. Pearson product-moment correlation coefficient was 0.459 between BASRI-SIJ and BASRI-s, and 0.465 between BASRI-SIJ and BASRI-h. **Conclusion** Separately, the severity of SIJ changes can not represent the severity of changes in the spine and hip, etc, therefore SIJ changes may not be sufficient evidence for AS staging.

**Key words:** ankylosing spondylitis; clinical staging; sacroiliac joints; bath ankylosing spondylitis radiology index

强直性脊柱炎(AS)是一种原因不明的全身慢性结缔组织疾病,病变主要累及骶髂关节、髋关节、椎间关节、肋椎关节等。临床按病程分三期<sup>[1]</sup>即早期、进展期、稳定期。国内大多数学者都是<sup>[2,3]</sup>按照骶髂关节的病损程度来分期。孟家晓<sup>[2]</sup>等参照纽约标准将 AS 病人骶髂关节炎的 CT 表现分为 0~IV 级,认为早期对应 CT I~II 级,临床进展期对应 CT III 级,临床晚期对应 CT IV 级。已经有学者提出目前关于 AS 的分期不够确切,但关于这方面的研究还不多。我们对 37 例 AS 患者的骶髂关节与脊柱和/或髋关节 X 线表现严重度之间的相关性进行研究,并提出一种新的临床分期方法。

### 1 材料与方法

收稿日期:2006-01-26

基金项目:广州市科技局资助课题(2006-z3-E0141)

Supported by Key Project of Guangzhou Science and Technology Bureau (2006-z3-E0141)

作者简介:廖志鹏(1977-),男,在读硕士研究生,E-mail: liaozp999@yahoo.com.cn

通讯作者:汪青春(1962-),硕士生导师,副教授,E-mail:wycqqq@fimmu.com

#### 1.1 临床资料

随机收集南方医院正骨科与脊柱骨科 2004 年 11 月~2005 年 11 月符合纽约诊断标准并具备完整颈、腰椎正侧位和骨盆正位片(包括双髋关节)的 AS 病例 37 例,男 30 例,女 7 例,年龄 14~69 岁,平均(28.49±10.55)岁。病程 1~50 年。

#### 1.2 放射学评分系统

所有评分均由两名资深放射科医生在盲法下分别进行两次阅片完成。

采用 AS 放射学评分标准 BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index) 对颈椎、腰椎、骶髂关节和髋关节分别评价,每个部位分 5 个等级。其中对椎体的评分:0 为正常;1 为可疑;2 为有侵蚀、椎体方形变、 $\leq 2$  个椎体的硬化形成或韧带骨赘;3 为  $\geq 3$  个以上椎体韧带骨赘或有 2 个椎体骨性融合;4 为  $\geq 3$  个椎体骨性融合。对髋关节的评分:0 为正常;1 为负重区关节间隙变窄;2 为明确的关节间隙变窄但  $>2$  mm;3 为关节间隙变窄  $<2$  mm 且关节面接触  $<2$  cm;4 为关节融合或者骨性接触  $>2$  cm。

#### 1.3 统计学处理

将得到的 4 次评分结果取平均值后,采用

SPSS12.0 软件包对骶髂关节、脊柱和髋关节进行 Spearman 等级相关分析。

## 2 结果

37 例患者中脊柱受累Ⅱ级以上 30 例,占 81%;髋关节受累Ⅱ级以上 15 例,占 40.5%;骶髂关节Ⅱ级 10 例,Ⅲ级 16 例,Ⅳ级 11 例。骶髂关节评分与脊柱之间  $r=0.459$ ;骶髂关节评分与髋关节评分之间  $r=0.465$ 。

从表 1 可见,骶髂Ⅱ级 10 例中,4 例脊柱未见明显受累,7 例髋关节未见明显受累,1 例有髋关节损害者其程度要重于骶髂关节;Ⅲ级 16 例中,5 例脊柱为 0~轻度受累,12 例髋关节未见明显受累,1 例有髋关节损害者其程度要重于骶髂关节;Ⅳ级 11 例中,3 例脊柱为 0~轻度受累,3 例髋关节未见明显受累。

表 1 骶髂关节 X 线分级与脊柱、髋关节损害分级对照  
Tab.1 Comparison of damage grading in X-ray between the sacroiliac joints, spine and hip joints

| Spine and hip joint damage grading | SIJ II (n=10) | SIJ III (n=16) | SIJ IV (n=11) |
|------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| No obvious damage in spine         | 4             | 2              | 1             |
| 2-3 scores in spine                | 1             | 3              | 2             |
| 4-6 scores in spine                | 5             | 11             | 4             |
| 7-8 scores in spine                | 0             | 0              | 4             |
| No obvious damage in hip joints    | 7             | 12             | 3             |
| 2 scores in hip joints             | 2             | 0              | 1             |
| 3 scores in hip joints             | 1             | 3              | 3             |
| 4 scores in hip joints             | 0             | 1              | 4             |

在研究中还发现,髋关节受累是合并脊柱损害的一个危险因素。髋关节损害严重的 12 名患者都伴有较严重的脊柱损害,平均年龄( $27.50 \pm 7.78$ )岁,具有发病早的特点,都是在发病的最初 5 年内髋关节活动就有了相当的受限并随即出现严重的骨质损害。而没有髋关节受累者则脊柱损害及整体病情都相对较轻。这与 Amor 的结果相似<sup>[4,5]</sup>。

## 3 讨论

BASRI 由 MacKay<sup>[6]</sup>、Calin<sup>[7]</sup>等相继报导后,得到了 ASAS 工作组的认同,是一个目前在国际上被广泛采用的 AS 放射学评分标准。它对颈椎、腰椎、骶髂关节和髋关节分别评价,是目前唯一一个对髋关节进行分级的标准,但没有对胸椎进行评价,它的总分值范围为 2~16。

临床上可根据 CRP、ESR 和 AS 疾病活动评分 (BASDAI) 等将 AS 病情分为相对静止期和活动期;国外学者近年来临床研究中一般根据 AS 功能评分 (BASFI)、BASDAI、BASRI 等将 AS 按病情轻重分为轻、中、重三度;国内习惯按病程分为早、中、晚三期,

根据骶髂关节改变为依据来分期,有其简易便易行的优点,且骶髂关节损害严重度与脊柱及髋关节损害严重度之间均存在一定的正相关关系 ( $P \leq 0.01$ ),然而从两者的  $r$  值分别为 0.459、0.465 可以看出,这种相关性并不大,骶髂关节损害严重度并不能很好的代表脊柱及髋关节损害严重度,按骶髂关节改变来分期难以真实全面反映病情。

张俊等<sup>[8]</sup>对 148 例接受矫形治疗的确诊为 AS 驼背畸形患者进行了照片和脊柱 3 节段 (T6~8, T11~12, L2~4) CT 断层扫描。依据纽约标准,发现骶髂关节炎Ⅲ级 56 例,Ⅱ级 88 例,Ⅰ级 4 例。病程在 5 年以内者 53 例,5~10 年 72 例,10 年以上者 23 例。从他的研究中我们发现,骶髂关节炎的发展情况与病情的严重度并不完全呈平行关系,病情的发展与年龄病程也不完全呈正比关系。一般来说,驼背畸形与活动受限应该是晚期患者才会出现的表现,而按照骶髂关节炎分级情况来分期的话,许多患者在早期就可以出现驼背畸形,甚至有 4 例仅为骶髂关节炎Ⅰ期改变,这显然不太合常理。王西惠等<sup>[9]</sup>在研究中发现,75 例 AS 患者中髋关节与骶髂关节受损虽然存在正相关,但病变越至后期,髋关节受损程度无论从 CT 表现及临床症状看,均重于骶髂关节,她考虑这种现象的原因可能与髋关节除负重外,尚属多动关节有关。

我们认为仅仅按照骶髂关节炎的程度来对 AS 患者进行临床分期,难以对临床治疗及分析预后太大的指导意义,原因如下:(1)许多学者<sup>[10,11]</sup>发现 AS 常以外周关节症状为首发,等到骶髂关节发生改变要经历一段时间。(2)本研究显示,骶髂关节炎的发展情况与病情的严重度并不完全呈平行关系。(3)骶髂关节是微动关节,即使受累严重如不全脱位或者骨性融合也不会对人体功能产生太大的影响,而脊柱、髋关节等的受累可导致残废等严重后果。

AS 患者早期肌腱端部位常有广泛的软组织和骨髓水肿,炎症物质的渗出,使关节出现不同程度的疼痛,患者因疼痛而惧动;而长期惧动进一步加重了关节的僵化,形成恶性循环。病情逐步进展,出现关节周围软组织纤维化,这是导致关节严重受限的主要病理环节。关节软骨因缺失正常的运动负荷和关节液的泵作用而失去营养,出现变性、坏死,关节间隙越来越窄,加之纤维化组织不断钙化,最后形成骨性连接而完全失去活动功能。

在临床治疗研究中,我们综合其 X 线表现、临床症状与体征、预后等方面将 AS 分期予以新的诠释,与国外“轻、中、重”的分期基本相对应,并新增纤维性强直期这一临床分期。骶髂关节的受累分级情况是确

诊治 AS 的必要条件,但原则上不再把它作为临床分期的参考指标。大致分三期:(1)隐匿期(早期),对应于轻型 AS:尚无脊柱或外周关节活动受限的 AS 患者,此时尚未达到 1984 年纽约标准,临床上难以确诊,基本上属于回顾性诊断;(2)进展期,对应于中度 AS:达到 1984 年纽约标准,病情进展,脊柱和(或)外周关节轻、中度活动受限,对药物治疗仍有较好反应的患者;(3)强直期,对应于重型 AS,又分两期:①纤维性强直期:脊柱和(或)外周关节重度活动受限,常规药物治疗改善甚微,影像学显示关节尚未部分或完全融合者;②骨性强直期:关节活动严重受限,影像学显示关节已部分或完全融合,进入此期后,意味着保守治疗难以使病程逆转了,然而合适的治疗仍可使其他部位的功能受限得到改善。

#### 参考文献:

- [1] 曹来宾,张立安,徐爱德,等.强直性脊柱炎临床、实验室及影像学分析与评估[J].中华放射学杂志,1995,29(2):95-8.
- [2] 孟家晓,沈君,梁碧玲,等.骶髂关节强直性脊柱炎的 CT 诊断价值[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2004,4(2):46-8.
- [3] 邹清旭,孟凯,柳澄.强直性脊柱炎 CT 与临床表现[J].医学影像学杂志,2002,12(4):285-7.
- [4] Amor B, Santos RS, Nahal R, et al. Predictive factors for the longterm outcome of spondyloarthropathies [J]. J Rheumatol, 1994, 21: 1883-7.
- [5] Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al. Ankylosing spondylitis: an overview[J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61: 8-18.
- [6] Mackay K, Mack C, Brophy S, et al. The bath ankylosing spondylitis radiology index (BASRI): a new, validated approach to disease assessment[J]. Arthritis Rheum, 1998, 41: 2263-70.
- [7] Calin A, Mackay K, Brophy S. A new dimension to outcome: application of the bath ankylosing spondylitis radiology index [J]. J Rheumatol, 1999, 26: 988-92.
- [8] 张俊,李朝.强直性脊柱炎的 CT 表现及临床意义[J].中国初级卫生保健,1999,(13):60.
- [9] 张官智,王进修.强直性脊柱炎累及髋关节 106 例临床及 X 线分析[J].中医正骨,1997(1):33-4.
- [10] 施桂英,郑毅. AS 累及髋关节 53 例分析[J].中华内科杂志,1985,24(8):453.
- [11] 王西惠,任转琴,齐秋绪.强直性脊柱炎髋关节损害的 CT 探讨(附 75 例报告)[J].实用放射学杂志,2003,8(19):721-3.

## 局限型与重型斑秃的临床比较

熊春萍,张滨岳,侯显曾(广州医学院第一附属医院皮肤科,广东 广州 510120)

**摘要:** 回顾性分析近 5 年诊治的 646 斑秃病例。发现斑秃病情的严重性与性别无关,病情严重者病程长,与局限型斑秃比,重型斑秃的初发病年龄小,复发率高,多伴甲病变,且易伴多种甲病变,较少有诱因,易伴瘙痒等自觉症状。

**关键词:** 斑秃;重型斑秃;回顾性分析;临床分析;

**中图分类号:** R758 **文献标识码:** B **文章编号:** 1673-4254(2006)08-1178-02

斑秃是皮肤科常见病和多发病,为了解不同类型斑秃的临床特征及探索重型斑秃发病的相关因素,我们对我院脱发专科近 5 年诊治的临床资料较完整的斑秃 646 例进行回顾性分析。

### 1 病例和方法

对 2000 年 1 月~2005 年 12 月我院脱发专科门诊保存的专科病历中,通过病历记录和电话随访,获得临床资料较完整的病例 646 例,对其进行回顾性分析。收集患者的性别、年龄、初发病年龄、病程、脱发部

位、初发部位、诱因、自觉症状、斑秃家族史、个人和家族遗传过敏性体质、伴随症状、伴发疾病等。

按照 Olsen 等<sup>[1]</sup>的斑秃调查研究评价指南,分为局限型斑秃(<S<sub>3</sub>), S<sub>3</sub>~S<sub>4</sub> 组和全秃/普秃 3 组。统计学方法:将所有数据资料输入电脑,采用 SPSS 统计软件统计分析,计数资料用百分比表示,采用  $\chi^2$  检验;计量资料用  $Mean \pm SD$  表示,采用方差分析,进一步组间比较采用 LSD 方法。

### 2 结果

#### 2.1 斑秃临床类型

根据受累面积大小和部位,分为仅头部受累,受累面积<S<sub>3</sub>的局限性斑秃(AA<sub>0</sub>);仅头部受累,受累面积 S<sub>3</sub> 至 S<sub>4</sub> 的斑秃(AA<sub>1</sub>);不同程度的头部受累+不同程度的其他部位受累的斑秃(AA<sub>2</sub>);全秃(AT);全

收稿日期:2006-07-10

基金项目:广东省卫生厅科研项目(A2001253);广东省科技厅科研项目(2005B34201014)

作者简介:熊春萍,女,电话:13422067499, E-mail:xping@medmail.com.cn