

- [13] Scaleta F, Borlak J, Beckmann B, et al. Endogenous nitric oxide synthesis inhibitor asymmetric dimethyl L-arginine accelerates endothelial cell senescence[J]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2004, 24: 1816-1822.
- [14] Shlipak MG, Fried LF, Crump C, et al. Elevations of inflammatory and procoagulant biomarkers in elderly persons with renal insufficiency[J]. *Circulation*, 2003, 107: 87-92.
- [15] Riellam MC. Malnutrition in dialysis: malnourishment or uremic inflammatory response[J]? *Kidney Int*, 2000, 57: 1211-

1232.

- [16] Panichi V, Migliori M, de Pietro S, et al. C-reactive protein as a marker of chronic inflammation in uremic patients[J]. *Blood Purif*, 2000, 18: 183-190.
- [17] Kaneda H, Taguchi J, Ogasawara K, et al. Increased level of advanced oxidation protein products in patients with coronary artery disease[J]. *Atherosclerosis*, 2002, 162: 221-225.
- [收稿日期] 2006-05-24 [修回日期] 2006-09-05
[本文编辑] 曹 静

· 个案报告 ·

强直性脊柱炎合并神经鞘瘤一例报告

Ankylosing spondylitis complicated by neurolemmomas: a case report

包 军, 张 清, 徐沪济 (第二军医大学长征医院风湿免疫科, 上海 200003)

[关键词] 脊柱炎, 强直性; 神经鞘瘤; 坐骨神经痛

[中图分类号] R 681.51; R 739.42

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2006)10-1117-01

1 临床资料 患者, 女性, 26 岁, 因“双臀部及下肢疼痛 7 个月余, 加重半个月”于 2005 年 12 月 5 日入住本院风湿科。患者于 2005 年 4 月无明显诱因出现双臀部疼痛, 向下肢放射, 右侧尤甚, 在当地医院查 HLA-B27 可疑阳性, 骨盆 CT 示双侧骶髂关节炎, 腰椎 CT 示腰 4/5 椎间盘突出, 给予萘丁美酮、泼尼松等治疗后疼痛减轻。半个月前双臀部及下肢疼痛加重, 伴右下肢麻木感, 以右侧为著, 夜间疼痛较剧, 站立行走困难, 无发热。体格检查: T 37.4, BP 150/90 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 神清, 全身皮肤、黏膜未见黄染, 浅表淋巴结未及肿大, 颈软, 心、肺、腹部体检未见异常, 脊柱生理弯曲平直, 腰 4、5 椎体压痛, 腰部活动受限, 各关节无肿胀、压痛, 无活动障碍, 双侧 4 字试验阴性, 右直腿抬高试验 30°(+), 加强试验(+), 左直腿抬高试验(-), 双下肢无水肿, 右小腿及足外侧浅感觉减退, 深感觉及位置觉未见异常, 肌力、肌张力正常, 左膝腱反射正常, 右侧未引出, 病理征阴性。辅助检查: 血常规: 白细胞 $8.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 74.9%, 血红蛋白 107 g/L, 血小板 $202 \times 10^9/L$; 红细胞沉降率 11 mm/1 h; C 反应蛋白 3.13 mg/L; HLA-B27(+); 肝肾功能、电解质、肌酶谱未见异常; 类风湿因子、抗核抗体、ANCA、乙肝免疫、肿瘤标志物、M 蛋白阴性。骶髂关节 CT: 双骶髂骨密度增高, 髌骨面模糊, 边缘不整齐(图 1A)。腰椎 MRI: 腰 2~4 水平椎管内见一长约 7 cm 的占位性病变, 以等信号为主, 其内可见不规则形态的高信号影, 增强后实性部分明显强化, 其内可见不强化的坏死区; 圆锥、马尾受压; 各腰椎间盘形态未见明显异常, 未见明显突出、膨出改变; 黄韧带未见明显增厚, 骨性椎管不窄, 椎旁软组织未见特殊(图 1B)。胸片、心电图、腹部 B 超未见异常。诊断: 椎管内占位; 强直性脊柱炎。全麻下行腰 2~4 椎管内占位切除术, 术后病理示: 神经鞘瘤。

2 讨论 强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种以中轴关节慢性炎症为主的全身性疾病, 多发生于 10~40 岁, 男性比女性多见。一般认为女性 AS 发病晚, 进展慢, 病

情轻, 预后好, 外周关节、颈椎受累较多见。本例患者为青年女性, 臀部疼痛明显, HLA-B27(+), 双侧骶髂关节炎 Ⅱ级, 故 AS 诊断明确。但临床还主要表现为坐骨神经痛, 非甾体消炎药、激素长期治疗效果不佳, 因此对此类患者, 应及时行 MRI 检查, 以排除椎间盘突出、椎管内占位等其他疾病。神经鞘瘤(neuroilemmoma)在脊髓肿瘤中发生率最高, 属于良性肿瘤, 生长缓慢, 好发于 20~50 岁, 尽早手术切除可治愈。迄今仅见 1 例国外文献报道强直性脊柱炎合并神经鞘瘤^[1], 此两病是否存在相关性尚需进一步探讨。

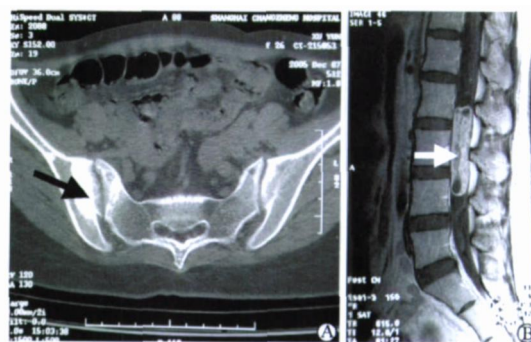


图 1 强直性脊柱炎合并神经鞘瘤患者影像学检查

A: 骶髂 CT, 箭头所示为关节模糊处;

B: 腰椎 MRI, 箭头所示为椎管内占位

[参考文献]

- [1] Sorensen JS, Albert HB, Manniche C. Unexpected MRI findings in patients with sciatica [J]. *Ugeskr Laeger*, 2004, 166: 3207-3208.

[收稿日期] 2006-04-25

[修回日期] 2006-09-18

[本文编辑] 贾泽军

[作者简介] 包 军, 女, 博士, 主治医师。

E-mail: janebaosun@hotmail.com