

骨与关节梅毒 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E9_AA_A8_E4_B8_8E_E5_85_B3_E8_c22_304157.htm 名称骨与关节梅毒所属科室骨科病理 梅毒螺旋体随血循至骨组织，滞留于干骺端，产生非化脓性炎性病变。若机体抵抗力强，则病原体可被消灭，炎症消失，否则组织可进一步被破坏，产生树胶样肿病变。骨质破坏并可以刺激骨膜增厚产生新骨。病变也可穿破组织产生瘰管及继发感染。关节受累可出现无痛性，对称性关节炎或树胶肿性关节性表现。临床表现（一）先天性早期梅毒 出生前妊娠后期发病。早者在出生后2~3周，晚者出生后6~7个月内出现临床症状。先天性梅毒婴儿中约70%~80%可有骨软骨炎病变。围绕着骨骺的四周，所以称病变为骨髓炎较符合。常见于长骨干骺端，骨骺四周有大量的炎性细胞浸润及肉芽组织形成，致骨化过程受阻，骨骺变宽，骺线不齐。软骨多为不成熟型细胞的增殖，细胞间质虽可钙化，但骨母细胞无活力，则钙化组织不能形成骨小梁。病变再发展，钙化的间质被纤维组织及肉芽组织所代替，即梅毒性肉芽肿。X线上可见干骺端增宽，其远侧有一带状密度增高区，为钙化软骨区。其下则有一不规则的骨质疏松区，由肉芽组织，纤维组织及骨样组织组成。远端骨骺线由于软骨细胞不能同步骨化，则形成不规则的锯齿状。严重者可见骨骺分离。干骺端四周可见片骨膜增生，呈骨膜炎表现。常见的病变部位为股骨，肱骨，尺骨，桡骨等长骨。多为对称性。受累肢体局部可有肿胀，压痛，肌肉萎缩，腰体下垂呈松弛状，不敢自主活动，被动活动时婴儿即啼哭，烦躁不安，临床上称这种表现为假性麻痹。患儿常伴有梅毒性角膜炎，皮疹，

粘膜斑，鼻炎，指甲损害等。同时全身表现为衰弱，消瘦，皮松皱纹多。常有低烧，难以哺养。当新生儿或婴儿有多发性骨骼病变时，即应想到梅毒的可能。骨损害在X线上的表现有助于诊断。但应注重与坏血病，佝偻病相鉴别。梅毒多发于出生后半年的婴儿，而其它的疾病发病年龄较大，有利于区分。

（二）先天性晚期梅毒可以发生于任何年龄，但以5~15岁为多见。主要表现为骨膜炎，骨炎，骨髓炎，滑膜炎。病理改变与后天性梅毒的第三期相似。主要特征为胫骨、股骨及颅骨明显的成骨改变。如胫骨前侧骨膜的显著增生改变，外观形如军刀状，故谓“或”。病变局部有肿胀，压痛，有时自觉痛明显，呈钻刺样骨痛，全身无发烧，白细胞计数正常。严重的骨膜下感染可以侵犯皮质，但树胶肿性骨髓炎较少见。病儿可有马鞍鼻，神经性耳聋。梅毒性指炎，指骨及腕骨肿大，但不痛。X线表现为指骨呈梭形密度增高，表面有树胶肿样破坏。较大的儿童（8岁以上）可以有双侧膝关节无痛性积液，影响活动不大，可以自行缓解。反复发作也不损坏关节，关节液内有大量的单核细胞，炎症不明显，X线上无阳性表现，称为Clutton关节。先天性骨关节的梅毒患儿及其母亲的康华氏血清反应呈阳性。

（三）后天性梅毒骨关节的病理改变发生在梅毒的第二、三期。第二期可累及骨膜，骨皮质，松质骨和滑膜，如关节囊，滑囊和腱鞘等。其中以骨膜炎为多见，约占三分之二。好发于胫骨，尺骨，桡骨，腓骨，股骨，肱骨等。常见于成年人梅毒发疹期发生。早期X线片上无变化，晚期显示骨皮质梭形增生。骨面有时光滑，有时有虫蚀样缺损，骨髓腔内发炎者较为少见。第三期表现以骨炎及骨髓炎多见。成年人在梅毒感染

后3~7年发病。骨皮质病变以增生为主。也可伴有虫蚀样骨破坏，为树胶肿性病变的表现。骨髓腔内也可发生，并可穿破软组织形成瘘管，死骨很少见。颅骨为好发部位。长管骨中则以胫骨，尺骨、桡骨，肱骨为多见，病变常可累及整个骨质。当骨与关节受累之后，临床上表现主要是疼痛，轻重不一，重时剧烈如钻刺，常为间歇性，活动后减轻，休息及夜间加重，影响睡眠。有时仅轻痛。病变局部皮肤有肿胀，压痛，常出现溃疡及瘘管。关节病变表现为关节痛及反应性积液，有的为树胶肿性关节炎。晚期脊髓痨病人能产生发生神经原性关节炎，通称为夏科氏关节（charcot关节），临床呈现关节肿大，不稳定，半脱位或脱位，活动范围加大，特点是没有疼痛。X线上见骨端硬化，破坏，脱位，骨赘增生及大小不等的游离体。当颅骨受累时，颅骨上可触及多个不规则的肿块呈弹韧性硬结，有时可穿破成溃疡。若向深部发展也可侵犯颅骨内板，并向内穿破致梅毒性脑膜炎。晚期梅毒患者可发生梅毒瘤性关节炎。多侵犯四肢大关节。发生于膝关节为最多。轻痛，运动受限，少数梅毒瘤可破溃形成瘘管。X线表现为关节的软组织肿大，骨质有增生及破坏。诊断梅毒在诊断上并不十分困难，根据其发病史，发病的时间，临床表现，X线上的改变及康华氏血清反应呈阳性等不至造成误诊及漏诊。但早期梅毒骨关节病变应注重和风湿性关节炎，结核性关节炎相区分。晚期应与慢性硬化性骨髓炎及骨肉瘤相鉴别。治疗骨与关节梅毒的治疗原则为全身治疗及局部治疗相结合，但以全身疗法为主。诊断确切后，应及早治疗。并要求梅毒患者夫妇，小儿患者的父母，必须同时接受治疗。治疗前应作全身检查。常用的驱梅疗法：1.油剂青

霉素疗法 对患先天性梅毒患者，两周岁以内，按每公斤体重35万单位计算为一个疗程总量，分10次肌肉注射，每日或隔日一次。14岁以下至2岁者，按每公斤体重25万单位计算。一般一个疗程总量不超过600万单位。共给以治疗两个疗程，中间间隔两周。对成人二期及晚期梅毒也以600万单位为一个疗程总量，每日注射60万单位。对复发性梅毒则以1200万单位为一个疗程的总量。每日注射60万单位，共20日。

2.砷铋联合疗法 用于对青霉素过敏的患者。在驱梅疗法治疗中，也应重视对局部的对症治疗。如受累的患肢应制动。用石膏托或外固定支具保持患肢于功能位。对溃疡创面及时清洁换药或病灶清除。对有剧烈疼痛的长管骨骨膜炎的患者可行开窗减压术，可明显减轻疼痛。但对有些畸形及夏科关节治疗上较困难。梅毒是以性接触为主的传染病，是可以预防的。从长远的观点看，应大力开展对梅毒致病的原因及该病对人体的危害性的宣传，设法提高人们的文化水平及道德观念及加强法制的监督是至关重要的。同时，建立性病防治网，使梅毒患者早期得到诊断，及时得到正确的治疗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com