

髋髂关节结核 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_B6_E9_AB_82_E5_85_B3_E8_c22_304242.htm 名称髋髂关节结核所属科室骨科临床表现 病情隐渐，常见跛行，疼痛多限于患侧臀部，可沿坐骨神经方向放射。病人坐时着力于健侧臀部，盘腿穿鞋袜时较困难。脓肿或窦道可出现臀部、髂窝或股骨大粗隆等处。辅助检查 X线摄片早期关节面模糊，边缘糜烂，关节间隙增宽，晚期关节间隙变窄。并有窦道，常继发感染。关节呈现硬化。关节破坏严重者同侧髌骨和耻骨可上移发生病理脱位。患侧分髌试验和骨盆挤压试验常为阳性。诊断根据临床表现、X线摄片不难诊断。鉴别诊断应与腰椎间盘突出、急性化脓性关节炎、类风湿性关节炎、腰骶椎结核、致密性髌骨炎和髌骨及髌骨转移癌相鉴别。并发症髋髂关节结核50%病例同时伴有其他部位结核，如肺结核、胸膜炎或淋巴结核等。治疗一.本病常合并身体其他部位结核，系统化疗更不可忽视。病人一般情况差，非凡年纪大病人术前应给内科支持疗法。并窦道继发感染者，术前应给予敏感的抗菌素治疗。病人有较大的脓肿或死骨，窦道久治不愈者，可应用手术治疗，否则可单纯药物治疗。二.手术根据病灶脓肿及窦道的位置而定，可经前方或后方途径。脓肿位于髌窝，可经前方腹膜后通过脓腔达到病灶，注重勿损伤社经和血管。尽可能采用后方途径，手术野宽广，便于处理病灶。病灶清除术：1.麻醉 局麻、硬脊膜连续麻醉或气管插管全麻。2.体位 病人斜俯卧位躯干与手术台面成60deg.，病侧髌、腰关节微屈，躯干与下肢约束带固定。3.操作步骤（1）切口根据臀部脓肿及骨病灶的情况加以选择。 从髌后上棘到股骨大粗

隆的连线上，长约12cm（Roaf）（图1），切口是从髂嵴的后1/3处开始沿髂嵴外唇弧形式至髂后下棘，自髂骨骨膜下向外侧剥离臀大肌，显露髂骨外板和骶髂关节的后侧（图2）。图1 骶髂关节病灶清除术（仿Roaf）图2 骶髂关节病灶清除术（2）显露病灶 沿臀大肌纤维方向分开，直达骶髂关节的后侧，骶髂关节位于坐骨大切迹上方2~3cm，在该处凿开3cm见方的骨窗，即可显露骶髂关节的骶骨面（图3），保留凿下的骨块，待清除关节病灶后将骨块复位。在显露骶髂关节时，注重勿损伤坐骨大切迹向上方走行的臀上动脉。通过这骨窗，将所有结核性物质、肉芽和死骨清除干净。有时可通过骶髂骨病灶的小孔吸取骨盆内骶骨的脓肿，注重勿损伤骶髂关节前方的血管，最后冲洗病灶。自髂后上棘处取松质骨充填关节腔，并将开窗时保留的骨块恢复原位，即可达到关节融合的目的。图2 骶髂关节病灶清除术（仿Roaf）按层缝合，一般不放置引流。髂窝部如有脓肿，视病人情况而定，可于手术同期或二期清除之。4.术后处理病人继续抗结核药物治疗，卧硬板床8~12周左右，直至关节融合后起床活动。其他步骤和注重事项与前述切口相仿，不再重复（图4）。图2 骶髂关节病灶清除术 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