维普资讯 http://www.cqvip.com

短篇报道 文章编号:0253-3626(2008)08-1024-01

髌骨慢性骨髓炎 1 例

陆 慧,倪卫东,高仕长

(重庆医科大学附属第一医院骨科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R681.2 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-01-22

髌骨慢性骨髓炎在临床上很少见[1,2],自 1829 年 Thirion 首次报告以来,国内外少有报道,临床上容易漏诊或误诊为膝关节其它方面的疾病,如痛风、化脓性关节炎、退行性骨关节炎等。我院收治 1 例,现报告如下。

1 临床资料

患者,男,39 岁,因"反复右膝疼痛、肿胀 10+月"入院。既往无肺结核、糖尿病、高血压等病史,无右膝外伤手术史。查体:发育良好,头、颈、胸、腹部未见异常,脊柱正常。双下肢等长,无明显跛行,未见双下肢肌肉萎缩。右膝明显肿胀,皮肤不红;局部皮肤温度较健侧稍高,髌前压叩痛明显,髌外侧可触及约 3cm × 4cm 大小质软的包块;浮髌实验阴性;右膝屈曲度数较左侧差 10°;神经系统检查阴性。辅助检查:右膝 X 片及 CT 见髌骨内有 2 个囊性骨质破坏区,周围骨质增生硬化,未见明显死骨。右膝 MRI 显示髌骨内明显信号改变,关节未见积液。右膝彩超显示膝关节下方肌层内异常回声,提示炎性病灶可能。实验室检查:血沉为 5mm/h,C 反应蛋白为 1.5mg/L,尿酸 428mmol/L,血常规正常。根据病史、体格检查及辅助资料诊断为右髌骨慢性骨髓炎。给予克林霉素(1.2g ivgtt q12h)治疗 1 周后疼痛明显减轻。1 周后行右髌骨病灶刮除+闭式灌洗引流术。术中见右膝髌韧带外侧有 1 个 3cm × 2cm 大小囊性包块、囊壁增厚,其内充满暗红色肉芽组织,此腔与髌骨骨质破坏区相通,而与关节腔不通。右髌骨内可见 1.5cm × 1cm 及 1cm × 1cm 大小 2 个骨质破坏区,其内充满暗红色肉芽组织,无明显死骨。清除肉芽组织,病灶内置 2 根引流管,缝合切口。术中刮除组织送病理检查结果示:慢性炎症细胞侵润。术后患肢伸直位石膏托外固定,给予抗感染治疗并行病灶闭式灌洗引流,持续 2 周。取灌洗液送细菌培养 3 次均为阴性。2 周后再次行病灶清除、取髂骨植骨术,手术顺利。术后再抗感染治疗 2周,患膝疼痛及肿胀明显减轻,X 片显示病灶被植骨充填,切口一期愈合出院。出院后 2 月门诊随访患膝疼痛肿胀已经完全消失,患膝关节活动与健侧基本相同。

作者介绍:陆 慧(1981-),男,硕士,
研究方向:骨折愈合基础与临床。

通讯作者:倪卫东,男,副教授,E-mail:niweidong18@163.com。

2 讨 论

髌骨是全身最大的籽骨,位于膝前皮下,容易受到直接暴力损伤,这就为外源性或内源性的病原微生物提供了入侵的机会。髌骨骨髓炎多为局部损伤所致,少见血源性感染。相邻的软组织肿胀范围较轻且局限,不像化脓性或结核性关节炎呈弥漫性肿胀且侵润的程度和范围十分严重。因髌骨无大血管供血又有关节软骨的屏障作用,相邻的骨质少有侵润。影像学表现主要以骨质缺损和慢性增生为主,髌骨内可见囊性破坏区,边缘硬化,因其红髓丰富,较少形成死骨,病变早期 X 片难以完全显示病灶的细微结构,可以行 CT 检查。

通常根据病史、体检以及必要的辅助检查诊断骨髓炎并不困难。但是,某些少见部位及症状不典型的骨髓炎诊断就比较困难,容易导致延迟诊断或者漏诊[3]。本例患者院外一直以痛风病治疗(血尿酸稍增高),病情未得到明显缓解而来我院就诊。本例诊断难点为发病前右膝无外伤及手术史,病史中局部亦无明显急性炎症反应及全身中毒症状,系低毒性细菌感染,继而疾病早期没有行 X 线片或 CT 等检查。因此,诊断此类疾病的关键在于准确采集病史、仔细查体,再结合血常规、血沉、C 反应蛋白及 X 片、CT 和(或)MRI 检查等以明确诊断。只要诊断明确以后,手术治疗就相对容易许多。需要强调的是术前需应用有效抗生素。手术最好分 2 次进行,先对局部行彻底病灶刮除+闭式灌洗引流术,术后行有效抗生素治疗,术后 2 ~ 3 周待灌洗液细菌培养至少 3 次均阴性后再行局部病灶清除+植骨术,术后仍需有效抗生素治疗 2 周以上。本病预后良好,不遗留明显后遗症。

参 考 文 献

[1] Durani Y.An unusual case of knee pain[J]. Pediatr Emerg Care, 2006;22(6):426-429.

[2] Roy DR.Osteomyelitis of the patella[J]. Clin Orthop,2001;389: 30-34.

[3] 郭艳民,赵毅锋.髌骨骨髓炎误诊为化脓性膝关节炎[J]. 临床误诊误治,2005;18(3):184.

(责任编辑:谭乐勤)