

## 短篇论著

## 骶髂关节结核的临床特点及诊治

金格勒, 阿曼, 盛伟斌, 王武昌, 买尔旦, 邓强, 哈巴西, 崔泳

(新疆医科大学第一附属医院骨科 830054 乌鲁木齐)

中图分类号: R529.2 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2008)-05-0399-02

骶髂关节结核约占骨关节结核的 8%, 其临床表现、诊断及治疗有其特殊性, 临床上有很高的漏诊、误诊率, 可高达 61% 和 92%<sup>[1]</sup>。笔者对本院近 5 年收治的 29 例骶髂关节结核患者的病史、体征、分型及治疗方法进行分析, 以期提高早期诊断率, 及时治疗。

**临床资料** 自 1999 年 12 月至 2005 年 1 月我院共收治骶髂关节结核患者 29 例, 男 10 例, 女 19 例, 年龄 14~62 岁, 平均 38 岁; 病程 1~24 个月, 平均 7 个月。症状及体征见表 1。早期均行骨盆 X 线平片检查, 同时行骶髂关节 CT 检查, 可见关节间隙增宽或变窄, 骨质硬化、破坏或死骨。病变位于左侧 17 例, 右侧 11 例, 双侧 1 例。合并有胸腰椎结核 5 例, 髋关节及耻骨结核 4 例, 肺结核 5 例, 淋巴结核 3 例, 其他部位结核 2 例。根据 Kim 分型<sup>[2]</sup>, I 型 1 例, II 型 3 例, III 型 9 例, IV 型 16 例。

**治疗方法及结果** 单纯抗痨治疗共 5 例, 1 例 I 型和 3 例 II 型患者经过单纯抗痨治疗后治愈, 1 例 IV 型患者因不能耐受手术, 单纯抗痨治疗 10 个月后退

亡。手术治疗 24 例, 均为 III 型和 IV 型患者, 不伴活动性肺结核, 均在四联抗痨治疗 2~3 周后结核中毒症状减轻、血红蛋白 >100g/L、ESR <60mm/h 时进行手术治疗。根据脓肿位置采用前路、后路或前后联合入路行病灶清除、骶髂关节植骨融合术, 其中后路手术 19 例, 前入路手术 4 例, 前后路分期手术 1 例。手术所见与影像学表现符合情况见表 2。术后继续抗痨治疗 6 个月, 卧床 3 个月, 其中获得随访的 12 例均为临床治愈: 无结核中毒症状, 无臀部疼痛及腰痛等症状, 影像学检查无关节死骨、骨质破坏等改变, ESR <20mm/h, 植骨愈合 (图 1~3)。

表 2 24 例手术患者 X 线平片及 CT 主要征象与手术诊断符合率

|        | X线平片 |      | CT |      | 手术所见 |      |
|--------|------|------|----|------|------|------|
|        | 例数   | %    | 例数 | %    | 例数   | %    |
| 关节间隙改变 | 18   | 75.0 | 22 | 91.7 | 23   | 95.8 |
| 骨质破坏   | 17   | 70.8 | 21 | 87.5 | 24   | 100  |
| 骨脓肿    | 11   | 45.8 | 13 | 54.2 | 22   | 91.7 |
| 死骨     | 16   | 66.7 | 19 | 79.1 | 24   | 100  |
| 骨硬化    | 17   | 70.8 | 23 | 95.8 | 16   | 66.7 |
| 诊断符合率  | 15   | 62.5 | 21 | 87.5 | 24   | 100  |

表 1 本组 29 例骶髂关节结核患者临床表现

| 临床表现 |          | 有症状、体征<br>例数 (%) | 无症状、体征<br>例数 (%) |
|------|----------|------------------|------------------|
| 症状   | 臀部疼痛     | 23(79.3)         | 6(20.7)          |
|      | 下腰痛      | 20(68.9)         | 9(31.1)          |
|      | 疲乏       | 17(58.6)         | 12(41.4)         |
|      | 纳差       | 14(48.3)         | 15(51.7)         |
|      | 下肢放射痛    | 10(34.5)         | 19(65.5)         |
|      | 发热盗汗     | 8(27.5)          | 21(72.5)         |
|      | 呼吸道症状    | 6(20.7)          | 23(79.3)         |
| 体征   | 下腰部压痛    | 27(93.1)         | 2(6.9)           |
|      | 臀部压痛     | 26(89.7)         | 3(10.3)          |
|      | 骨盆分离挤压试验 | 16(55.1)         | 13(44.9)         |
|      | 盖斯兰试验    | 15(51.7)         | 14(48.3)         |
|      | 4字试验     | 13(44.8)         | 16(55.1)         |
|      | 包块、肿痛    | 9(31.1)          | 20(68.9)         |

**讨论** 骶髂关节结核从病理学上可分为滑膜型、骨型、全关节型, 绝大多数始于滑膜部, 但滑膜型结核早期症状不典型, 大多数骶髂关节结核发现时已是全关节型。因骶髂关节病变时对关节侵犯引起功能丧失不明显, 症状表现往往不明显<sup>[3]</sup>。Richter 报道骶髂关节结核以下腰及臀部疼痛不适最多见 (约 70%~80%), 体征方面则多表现为下腰及臀部压、叩痛 (93.1% 和 89.7%), 极少出现臀部包块。因此, 临床上遇有上述症状和体征时要高度警惕, 摄 X 线片对比观察左右骶髂关节, 但对于骶髂关节面的微细变化观察不甚清楚。原因是骶髂关节耳状关节面呈波浪状, 并与身体纵轴矢状面有 15° 的夹角, 在骨盆正位像难以显示骶髂关节面, 应摄骶髂关节正位片, 即令患者处于仰卧位, 患侧臀抬起 15°, 以充分显示骶髂关节面。早期可显示关节间隙增宽, 关节面模糊; 晚期可显示骨质破坏、死骨、硬

**第一作者简介:** 男 (1963-), 医学博士, 主任医师, 副教授, 硕士生导师, 研究方向: 脊柱外科, 创伤骨科, 骨组织工程  
电话: (0991) 4362829 E-mail: jingl81@yahoo.com.cn

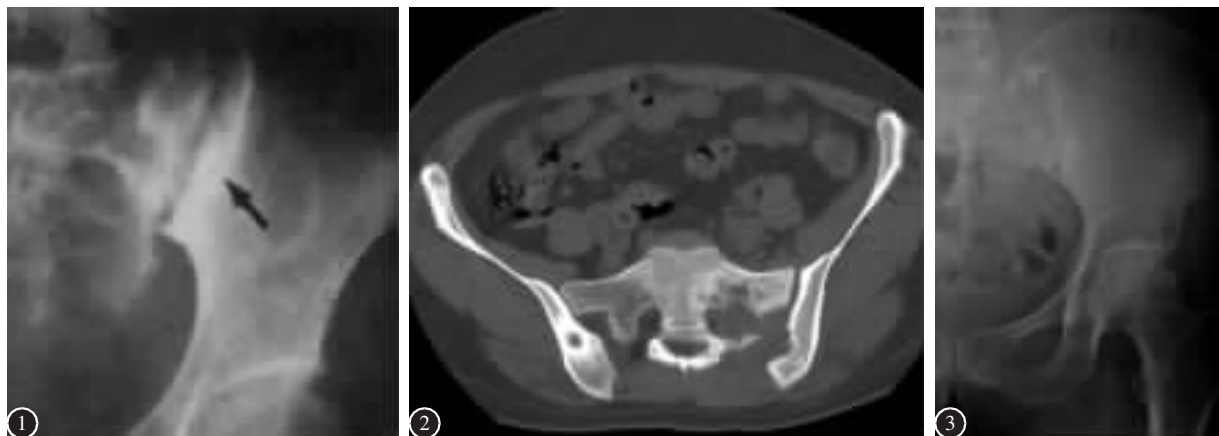


图1 术前X线片示骶髂关节骨质破坏,有死骨形成 图2 术前CT示关节间隙增宽,关节面破坏 图3 后路病灶清除植骨融合术后1年X线片示植骨处关节融合

化甚至囊性变。本组X线诊断符合率仅为62.5%。

CT能显示早期滑膜增厚及周围较小的圆形或楔形骨质破坏,双侧对比能显示关节间隙轻微增宽,提高早期诊断率<sup>[4]</sup>。另外,对晚期病例,可充分显示死骨、硬化骨、脓肿、窦道。CT检查有助于了解骶髂关节滑膜、关节软骨、死骨、干酪样组织及骨质病变和关节周围器官组织的关系,并可了解臀部或骶前脓肿的大小、形态及与周围器官组织的关系。本组CT检查诊断符合率为87.5%。

由于该病发病率较低,解剖及病理有其特殊性,症状、体征表现不典型,X-线诊断符合率较低,极易造成漏诊、误诊。本组病例1/3漏诊、误诊,确诊时绝大多数已属晚期病变,值得重视。必要时可行MRI、同位素、穿刺、细菌学及病理学检查,以进一步提高早期诊断率。腰椎间盘突出症、腰椎不稳、腰椎结核致密性骨炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等疾病与骶髂关节结核在早期症状上有相似之处,需鉴别<sup>[5]</sup>。

对骶髂关节结核的治疗包括:全身治疗(休息、营养、一般支持疗法)、局部制动、药物化疗及外科治疗等。分型是治疗方法选择的重要依据,I、II型可采用保守治疗,III型、IV型应行药物+手术治疗。手术目的在于彻底清除病灶内结核性病变物质如干酪、肉芽、死骨及坏死组织和脓肿,切除瘘管、融合稳定骶髂关节。

骶髂关节结核病灶清除术有前后两种途径,通常都采用后路手术。因该入路较简单和安全可靠,同时将自体髂骨植入关节间,使骶髂关节得到骨性融合,增加其稳定性,提高治愈率。而对少数病灶局限于骶骨且脓肿局限于骶前者可采用前方入路。骶髂关节骨质破坏

较严重,臀部和骶前均有较大脓肿者可前后路同期手术或前后路分期手术,通常先行前路手术,术后4~6周再行后路手术。原因是如先行后路手术,术后因患者体位和重力作用,骶前病变及脓液污染手术区域。本组19例采用后路手术,4例采用前路手术,1例行前后分期手术。

为预防术后复发,对合并脓肿、窦道的骶髂关节结核,手术时应注意以下几点:首先,对骶后脓肿合并窦道者,在清除脓肿及窦道的同时,需做骶后骨开窗术进入关节,彻底清除关节内死骨及干酪样组织。其次,合并骶前脓肿及窦道者,需做骶前入路病灶清除,彻底刮除关节内死骨及干酪样组织。另外,不管是保守治疗还是手术治疗,都必须坚持化疗,并遵循规律、全程、足量、联合用药的化疗原则。

#### 参考文献

1. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints[J]. J Bone Joint Surg Am, 1996, 78(3): 288-298.
2. Kim NH, Lee HM, Yoo JD, et al. Sacroiliac joint tuberculosis. Classification and treatment[J]. Clin Orthop, 1999, 358: 215-222.
3. Murat B, Fatih K, Nuri A, et al. Tuberculous spondylitis of the lumbosacral region[J]. Spine, 2005, 18(5): 425-429.
4. Rosenberg D, Baskies AM, Deckers PJ, et al. Pyogenic sacroiliitis: an absolute indication for computerized tomographic scanning[J]. Clin Orthop, 1984, 184: 128-132.
5. 郑金龙, 韩萍, 史河水, 等. 骶髂关节病变的CT诊断[J]. 实用放射学杂志, 2002, 12(1): 22-25.

(收稿日期: 2007-08-06 修回日期: 2007-10-08)

(本文编辑 卢庆霞)