

• 病例报告 •

慢性髌部骨髓炎合并膀胱瘘及膀胱结石 1 例

官丙刚¹, 韩燕², 杨迪生¹

(1. 浙江大学医学院附属第二医院骨科研究所, 浙江 杭州 310009; 2 山东枣庄市立医院 CT 室)

关键词 髌; 骨髓炎; 膀胱瘘; 膀胱结石

Chronic hip osteomyelitis combine with bladder fistula and bladder calculus A case report GUAN Bing-gang^{*}, HAN Yan, YANG Di-sheng.^{*} Institute of Orthopaedics and Traumatology, the Second Affiliated Hospital of Medical College of Zhejiang University, Hangzhou 310009, Zhejiang, China

Key words Hip Osteomyelitis Bladder fistula Bladder calculus

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(1): 59 www.zggssz.com

患者,男,52岁。因右下肢跛行30年余,右髌外侧流清液10年伴疼痛2个月入院。自诉30年前因右髌外伤行关节手术,术后伤口愈合但跛行,10年前右髌关节外侧开始出现渗液,无尿急、尿痛,髌关节疼痛可忍,未处理,2个月前右髌疼痛伴跛行加重。右髌关节外侧见一纵形切口瘢痕,局部皮肤色素沉着,大转子下1cm见一渗液瘘口,直径约1cm,瘘口周围皮肤质硬,右腹股沟区深压痛但无波动感,右髌活动明显受限,Thomas征阳性,右下肢较健侧短缩约4cm,右耻骨区及耻骨左上区压痛。外阴正常。骨盆X线片示(图1):右侧耻骨及坐骨支大部分破坏,股骨头缺损,股骨颈残缺不整,关节间隙增宽,髌臼部分缺损,关节内散在分布高低密度影,关节周围组织层次不清,膀胱区左侧近髌臼处见一珊瑚状结石,大小约4cm×5cm×4cm。髌关节CT示(图2):膀胱底右后

术后病理为慢性骨髓炎,积极抗炎治疗,2周后伤口分泌物培养细菌生长阴性,尿常规正常,停止冲洗,治愈出院。出院诊断:慢性髌部骨髓炎合并膀胱瘘及膀胱结石。

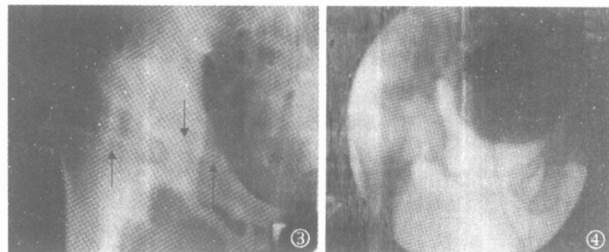


图3 术前经尿道造影,箭头示膀胱瘘道 图4 术后1个月经尿道造影膀胱与髌关节间未见有瘘道存在

讨论

本病的发病机制我们认为可能与下列因素有关:①患者右侧髌关节因早期手术后感染未及时彻底根治而间断抗炎造成股骨头的长期慢性炎症,逐步向内侵蚀盆壁(X线示耻骨及坐骨支亦被部分破坏),进而有机会向内继续侵犯膀胱造成瘘。②膀胱内大结石存在易造成膀胱壁黏膜慢性机械性损伤和炎症发生,这使膀胱壁对外来因素的侵犯抵抗力下降。③皮肤、关节和膀胱之间一旦形成瘘,一方面为关节及周围大大减压,缓解疼痛,这也是患者长期得以耐受的原因;另一方面,由于膀胱括约肌内在的收缩性以及膀胱内尿液压力较高,使一小部分尿液沿瘘管经关节从皮肤流出,对关节内坏死物的冲洗很有帮助,同时又不影响尿液正常从尿道排出,这也是患者不重视没有及时就诊的原因之一。④为何从影像学上只出现一条细窄的瘘管而没有出现尿液性腹膜炎,可能是因为关节内的长期慢性炎症与炎症周围组织纤维化而向某一方向局限化。本病例在处理上也颇为棘手,在切开取石的同时不能够I期行膀胱瘘口修补,术中见瘘口周围黏膜水肿明显,组织脆性大,这样很容易造成瘘口的复发,只有在长期留置尿管并健侧卧位的基础上,让尿液一段时间内不经过瘘口,给以充分的愈合时间,待瘘口愈合后才能处理髌关节,如果膀胱瘘处理不彻底,则髌部的骨髓炎得不到彻底的治疗。

(收稿日期:2005-12-20 本文编辑:李为农)

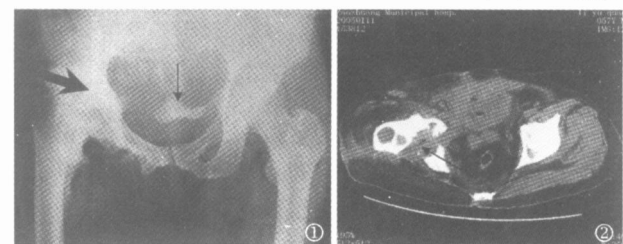


图1 术前骨盆平片,粗箭头示病变髌关节,细箭头示膀胱内结石
图2 术前髌关节CT,箭头示髌关节与膀胱间的瘘道

侧壁与右髌关节间见一直径约1cm的低密度管道阴影。静脉肾盂造影见双肾无明显增大,肾盏轻度扩张,输尿管无扩张,30min时示膀胱底右后外侧壁与髌关节有一直径约2mm的管道相连,并与髌关节外侧瘘口相通。经尿道逆行造影连续X线透视见造影剂不能充盈膀胱,膀胱底右后外侧壁与髌关节有一直径约2mm的管道相连,造影剂外泄(图3)。治疗情况:入院后先经泌尿外科会诊,I期行膀胱切开取石术,术中发现膀胱底部后外侧有一直径约1.5mm的瘘口,周围膀胱黏膜充血水肿,无法行修补术而留置尿管,术后嘱患者尽可能左侧卧位,辅以联合应用抗生素。6周后夹闭尿管见髌关节无尿液渗出,经尿道逆行造影见膀胱充盈良好(图4),拔除尿管转骨科行右侧髌部骨髓炎病灶清除加持续关节冲洗术。