

苏联医学科学院院士

П. Г. КОРНЕВ教授 著

骨关节结核病

人民卫生出版社

骨 关 节 結 核 病

苏联医学科学院院士 П. Г. Корнев 教授 著

郭文兴 苏邦孝 吴启秋 华宏顺 鄒正行 譯
李 通 唐景清 汪时信 鍾华卫 温晶昌

李起鴻 汪时信 孙祥燮 校訂

人 民 卫 生 出 版 社

一九六三年·北京

內 容 提 要

本书可供从事于治疗骨关节結核病人的外科医师、
矫形外科医师、結核科医师参考之用。书中詳尽地描述
了所有常見的骨关节結核病的发病机制、病理解剖学、临
床学、診斷学及治疗学。本书特别注重于介紹列宁格勒
外科結核病研究所所研究制訂的手术疗法。

所有这些問題都是根据作者大量的亲身經驗加以叙
述的。

Действительный член Академии
медицинских наук СССР
проф. П. Г. КОРНЕВ

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Медгиз—1959—Москва

骨 关 节 结 核 病

开本: 787×1092/16 印張: 27 ²/₈ 插頁: 53 字数: 612 千字

郭 文 兴 等 譯

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區錢子胡同三十六號 •

机 械 工 业 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 • 各地新华书店經售

統一書号: 14048·2492

1963年3月第1版—第1次印刷

定 价: 7.20 元

印 数: 1—2,820

序 言

1951年出版及1953年再版的专著“骨关节结核病”，总结了作者及其所领导的列宁格勒外科结核病研究所同事们在研究骨关节结核病的病理学、诊断学和治疗学基础方面的多年经验。本书是它的续篇，这里已不是讨论总论问题，而是论述临床及详细叙述治疗方法的各论问题。本书充分地介绍了我们独创的观点，而这是以总论为基础，与作者的理论探讨相联系的。这些部分反映在对骨关节的每一个单独病变的实用诊断及治疗方法的详细描述方面。同时，本书还介绍了在苏联科学和临床的最新成就基础上所获得的治疗骨关节结核病的全部卓越成果。列宁格勒外科结核病研究所在研究骨关节结核的本质、发生和发展方面作出了重大的贡献，这就巩固了对骨关节结核发病机制的统一看法，建立了疾病发展的三个时期的学说及制定演化分类法，后者不仅具有理论上的意义，而且有很大的临床意义。因为这种分类法是诊断和治疗的整个体系的基础。我们的治疗体系的独特性（即计划性、综合性和积极性三者互相结合的原则）决定了治疗能获得巨大成就。计划性必须依赖于组织措施，特别是依赖于早期诊断及整个病程的自始至终所进行的完善的治疗；综合性是以全身的和局部的措施和谐地结合成一个因疾病的时期不同而加以改变的治疗体系来保证的；积极性的特点是在于整个综合治疗中广泛地包括现今所采用的各种手术治疗，并配合积极应用抗菌素。

应该强调指出，近来在治疗骨关节结核方面所获得的巨大成就，在一定程度上是与上述的积极综合措施的进一步完善和实施有关。综合措施中手术疗法并不与非手术疗法对立，而是与非手术疗法相结合，作为非手术疗法的补充，并且多半是作为非手术疗法的结束措施，此即该体系的成效所在。所以在叙述治疗方法时，除介绍 T. П. Краснобаев 的参考书中为大家所熟知的经典疗养-矫形疗法外，我们认为有必要详细地叙述不同部位病变和疾病不同时期的手术适应证及手术方法，而这直到目前为止在任何一本参考书中都尚未有所介绍。下述情况亦说明了叙述手术疗法有特殊的必要性，其中的大部分手术都是列宁格勒外科结核病研究所研究或改进的，这些手术方法，在解决新的（截然不同于老的教科书中所叙述的一般任务）任务方面，具有独特的用途。我们研究所在苏联首创地，在整个治疗体系中加入了手术疗法，这种首创精神是以对病变演进的临床观察，以及X线的、病理形态学的及实验研究的资料为基础的。在这些研究中，确定了原发性骨炎在骨关节结核的发病机制及演进中的主导作用，以及证实了所获得的关节结核非手术治疗的疗效不够充分，这就论证了在疗程的终末施行外科手术，作为计划中的结束治疗的手术，是合理的和必要的。由于应用了晚期的、大部分是非典型的切除术，外科治疗的适应证扩大了。这种非典型的切除术是为了消除患有多年的陈旧性膝关节炎和髌关节炎的许多病人的缠绵不愈的疾病。清除病变的最早期表现——关节周围的原发性骨炎——以达到防止病变移行到关节的手术的适应证也扩大了。

骨关节结核病的现代临床学拥有各种各样的手术方法——根治术、治疗-辅助性手术及矫形手术，因而必须善于及时地把这些手术纳入在疾病发展的不同时期的治疗计划中。

不能不提及危险的并发症，尤其是严重瘻道的手术治疗这一极其重要的章节。由于

采用了本研究所制订的方法，那些直到目前仍列入为“无希望”的慢性病一类的病人开始获得治愈的希望。

由于应用抗菌素，产生了新的、比较积极的骨关节结核病的治疗方向。这首先表现在疾病的早期进行预防性治疗。在晚期，通常都引起不可逆性改变，但抗菌素治疗能显著地减轻病变的严重程度、缩短疾病的活动期，并可进一步扩大手术治疗的适应证。在链霉素和其他化学制剂的保护下，以前认为在结核病人所不许可的那些手术，现时已成为可能施行，例如，流注脓肿切开术、滑膜切开术、关节内病灶清除术，以及髋关节和脊柱的比较广泛的根治手术。在髋关节炎，我们对这类手术在此以前是抱着谨慎的态度，而最近已有所改变。至1956年底，在研究所施行的髋关节切除术达600例。在脊柱方面所施行手术数更多，有消除并发症（其中包括脊髓障碍）的，也有清除病变椎体的骨病灶的（坏死切除术），其中第二种目的的手术用得特别多。

在脊柱施行这种手术，是结核性脊椎炎治疗中的一个新阶段，在此以前，结核性脊椎炎是被列于根治手术范围以外的。

上述各点，预先规定了本书结构的整个计划。本书分四篇：前两篇叙述膝关节和髋关节结核病，第三篇是脊柱的结核性病变，第四篇为较少见的其他骨关节病变。

每一种疾病都按病变发展的三个时期来叙述（对关节来说是关节炎前期、关节炎期和关节炎后期；对脊柱来说是脊椎炎前期、脊椎炎期和脊椎炎后期）。在估价临床情况和治疗效果时，我们是应用我们的统一的计算方法，这样作就能以比较客观的指标来反映病变的程度和变化。

本书是以列宁格勒外科结核病研究所的综合性经验作为基础的。书中引用的许多资料都是列宁格勒外科结核病研究所同事们所研究提出的，这些资料在已发表的许多论文中和在最近所写出的不少学位论文中曾作过介绍。

在研究所的临床部，35年来已治疗了6,974例骨关节结核病人（从1920—1940年有4,082例；1941—1945年831例，1946—1953年2,061例）。小儿占60%，成人占40%。但这种比例是有变化的：在战前时期（1920—1940年）小儿占75%，而成人占25%，在伟大卫国战争以后，则相反，小儿占36%，而成人占64%。脊柱结核病人占38.8%，髋关节结核24.1%，膝关节结核24.1%，踝关节结核3.2%，上肢关节1.1%；其他骨骼的孤立性结核330例，多发性结核性病变伴有软组织病变者189例。

应该补充指出，1954—1955年在研究所的教学医院又治疗了707例病人，其中髋关节炎280例，膝关节炎169例，脊椎炎157例。病人比例关系的这种改变，是与髋关节病变患者的入院适应证和施行手术治疗的适应证扩大有关。因此，在1920—1956年的整个时期内，病人的整个比例有某些改变。例如，脊柱病变为2,843例，髋关节病变1,949例，膝关节病变1,849例及其他部位者994例，总共7,635例。

手术治疗的资料最富有意义。总共作了4,521例手术，其中4,228例手术是针对骨关节结核病人的主要疾病而施行的，共占住院治疗总数的53.4%。

下述情况是值得注意的，即在1920—1940年期间，手术治疗占病人总数的30%，而70%病人只采用非手术疗法，在战后时期，从1946—1956年手术病人已占70%，而非手术病人占30%。

在手术总数中，为治疗并发症，主要是化脓性并发症，而在软组织施行辅助性手术者，

为 520 例。

因此，专在骨与关节所施行的手术有 3,708 例，即占病人总数的 45%。手术的性质介绍于表 1。

表 1 1920—1956 年在列宁格勒外科结核病研究所所施行的手术

手术类型	部位	关 节			其他骨	总 数	
		脊 柱	膝关节	髌关节	其 他	绝对数	%
根治手术							
切除术	—	1,072	596	122	32	1,822	49.2
坏死切除术	60	60	36	7	396	559	15.0
治疗-辅助性手术							
关节固定术	—	—	144	—	—	144	3.8
骨成形性固定术	859	—	—	—	—	859	23.2
矯形手术							
切骨术	—	104	220	—	—	324	8.8
病人总数							
绝对数	919	1,236	996	129	428	3,708	100.0
%	24.7	33.3	27.0	3.5	11.5		
与同一部位病变病人总数的百分比(%)	23	37	25	2.8	12.2		
軟組織手术	252	73	147	32	16	520	
						4,228	

至于治疗效果，则可根据综合资料加以评定。在这方面，死亡率是最主要的标志。在多年的长时期内，死亡率一直停留在 8% 左右。最近 9 年来，虽然手术病人的数字，特别是髌关节切除术和脊柱手术病人的数字显著增加，但死亡率却开始下降，并在最近 3 年降低至 1%。另一个比较重要的标志是，由于应用了以手术作为结束的综合疗法而大量病人得到治愈。关节结核病人的治愈率达 95—98%。这事实是极其出色的。在预防畸形和恢复劳动力方面获得了很大的成绩。伴有不愈合瘻道的所谓“无希望的慢性病”已不复存在，现在我们已能有成效地治疗这一类疾病；同时，我们能及时诊断和成功地清除原发性病灶。因此，在病变的萌芽时期就能消除危险的关节周围病灶，从而防止发生关节内的严重破坏性病变。

应特别满意地指出，我们研究所特别制订的治疗方法可保证获得十分良好的效果，而这些治疗方法不仅在本研究所受到极其严格的考验，而且在与本研究所直接联系的列宁格勒地区的各机构，以及在边区的许多治疗机构中受到考验。例如，根据列宁格勒外科结核病研究所方法组织科的资料，俄罗斯苏维埃联邦社会主义共和国的大多数边区疗养院的死亡率在最近已减少 1/2—1/3，而效果良好的数字显著增加。

本书详细地叙述了疾病的临床表现、诊断方法和治疗技术(后者的叙述特别详尽)，而这些资料已为作者多年的经验所证实。本书也详细介绍了国内和外国许多其他作者的丰富经验。我们希望本书的出版能促进现代化的积极的治疗方法贯彻到广泛的实践中去，

并有助于进一步提高防治如此复杂而顽固的骨关节结核病的成效。

为了具有更大的说服力和确凿的佐证,我们曾作了很大的努力,在本书中以充分的篇幅放入了独创的插图和文件资料;对详细而真实地描绘我们所研究制订的手术图予以特别的注意(画家 В. Х. Вейс),对我们自己的病理解剖标本彩色图的制作也是如此(画家 А. И. Калинина 和 Е. А. Моисеева)。

最后,作者认为有必要感谢研究所的全体同志所给予的巨大帮助,特别是 В. С. Геликонова、В. А. Званцева、Т. Г. Кадникова、Д. Г. Коваленко 和 Б. Н. Постников 同志,直接参加选择和编排文献资料、临床资料和文件插图资料,这在很大的程度上减轻了作者在编写本参考书时的劳动,并使这部参考书具有独创的研究特点,反映出作者所领导的列宁格勒外科结核病研究所科学工作者们多年的集体经验。

作者

目 錄

序言	郭文兴譯.....〔11〕
第一篇 膝关节结核病(膝关节炎)	郭文兴譯..... 1
概论	1
解剖资料	1
膝关节的骨結構(2) 关节內的披复軟骨(3) 半月板(3) 交叉韌帶(3)	
关节囊(4) 滑膜反折(5) 膝关节腔(5) 粘液囊(6) 韌帶装置和肌腱	
(7) 膝关节的血液供給(7) 膝关节的神經分布(7) 膝关节的活动(8)	
发病机制和病理解剖	9
原发性骨炎	11
結核性关节炎	15
繼发性关节炎的演进	18
结核性膝关节炎的临床	23
症状学和經過	24
关节炎前期	24
临床(24) 全身改变(25) 局部改变(25) 化驗室检查(26) 发展(26)	
关节炎期	27
初期(28) 疾病的极期(29) 靜止期(32)	
关节炎后期	33
年龄特点	33
儿童(33) 成人(33)	
诊断	34
检查方法	34
临床检查	34
問診(34) 望診(34) 捫診(35) 測量(36)	
X綫检查	37
化驗室检查	38
診斷性穿刺术和活組織检查	39
早期診斷	39
原发性結核性关节炎(40) Poncet 氏結核性风湿病(40)	
鉴别診斷	41
炎症疾病	41
急性炎症疾病(41) 其他传染性关节炎(41) 风湿性疾病(41) 膝关节慢性	
炎症疾病(41)	
非炎症疾病	42
膝关节損伤性疾病(42) 膝关节营养不良性疾病(42) 膝关节肿瘤(43) 关	
节周圍的骨疾病(43)	
治疗	44
綜合疗法	44

特异性抗菌疗法(44) 疗养疗法(47) 矫形疗法(47) 手术疗法(48) 功能 方向(49) 医疗体育(51)	
治疗方法的选择	53
关节炎前期(53) 关节炎期(54) 关节炎后期(54)	
手术疗法	54
诊断性与治疗性手术	55
诊断性手术(55) 活組織检查(55) 探查性关节切开术(55) 治疗性手 术(55)	
根治性手术	56
坏死切除术	56
关节切除术	59
膝关节切除术的方法(60)	
膝关节精簡切除术	62
閉合性精簡切除术(63) 开放性精簡切除术(78) 补充方法的几点注意(83) 危險性和錯誤(85) 适应証和禁忌証(86) 切除术的結局(86)	
輔助性治疗手术	90
矫形手术	91
关节內的手术(91) 关节外的手术(91) 关节成形术(91)	
瘻道的手术	92
坏死切除术(92) 关节切除术(93) 关节切开术(93) 髌旁关节切开术(94)	
治疗結果	96
第二篇 髌关节结核(髌关节炎)	98
引言	98 苏邦孝譯
解剖资料	98 苏邦孝譯
髌臼(99) 髌臼的血液供給(100) 股骨关节端(100) 股骨关节端的血液 供給(101) 年龄特征(102) 股圓韧带(102) 关节囊(102) 滑膜(103) 髌关节韧带(103) 肌肉(104) 关节活动(105)	
发病机制和病理解剖	105 苏邦孝譯
历史(105) 发病机制(107)	
原发性髌关节炎	107
髌臼病灶(109) 股骨病灶(109)	
继发性髌关节炎	110
軟骨的变化(111) 骨的破坏(112) 骨的原发性破坏(112) 骨的继发性破 坏(112) 髌臼的扩大(113) 股骨上端的移位(114)	
結核性髌关节炎的后遺症	114
营养障碍性变化(115) 复发和恶化(116)	
結核性髌关节炎的临床	116 苏邦孝譯
症状学和經過	116
关节炎前期	117
临床症状(117) 临床检查(118) X綫检查(119)	
关节炎期	120
初期(120) 原发性滑膜病变(123) 极期(123) 靜止期(127) 兩側性結	

核性髖关节炎(127)	
关节炎后期	128
年龄特征	131
诊断	吳启秋、华宏順譯 132
检查方法	132
临床检查	132
問診(132) 望診(132) 捫診(133) 測量(135)	
X綫检查	137
化驗检查	139
鉴别診斷	139
炎症疾病	140
結核性大轉子炎(140) 骶髂关节炎(140) 脊柱結核性疾病(141) 髖关节的化膿性疾病及其他疾病(141)	
非炎症疾病	141
髖关节损伤后的疾病(142) 营养障碍性疾病(142) 肿瘤性疾病(142) 畸形和脫位(142)	
治疗	华宏順、吳启秋譯 142
非手术治疗	142
抗菌特效疗法(142) 疗养治疗(145)	
矫形治疗	145
減輕負重(145) 牵引(146) 肢体的制动(147) 石膏床(149) 矫正畸形位置(151) 縮短治疗时期(153) 医疗体操(153)	
手术治疗	155
治疗史	155
治疗方法的选择	160
关节炎前期(160) 关节炎期(161) 关节炎极期(161) 病变靜止期(161) 关节炎后期(161)	
診斷性手术	162
治疗性手术	163
根治术	163
坏死切除术	163
髖关节切除术	171
切除术的方法(172) 手术徑路(173) Ménard 氏手术(173) Langenbeck 氏手术方法(174) Kocher 氏方法(174) Тилинг 氏手术方法(175) Ollier 氏手术方法(175) Smith-Petersen 氏弧形切口(177) Sprengel 氏直角切口(177) Ombredanne 氏 Z 形切口(177) Gibson 氏方法(178) Depalm 氏方法(178) Lücke 氏方法(178) Iergessen 与 Abbot 氏方法(178) 列宁格勒外科結核病研究所采用的手术徑路(178) 我們的手术方法(179) 徑路(180) 股骨头脫位(182) 清除髖臼(185) 附加性固定(185) 手术的最后步驟(186) 晚期的非典型切除术(189) 髖关节切除术的錯誤及危險性(194) 关节切除术的效果(194)	
輔助性治疗手术	198
关节固定术	199

矫形手术·····	204
切骨术·····	204
适应証(204) 方法(204) 延长性切骨术(205)	
关节外及关节内重建性手术·····	206
关节成形术·····	207
瘻道的外科治疗·····	207
坏死切除术(207) 关节切除术(208) 关节切开术(208) 膿肿切开术(208)	
髓关节切断术(208)	
治疗結果·····	209
第三篇 脊椎结核病(脊椎炎)·····	210
概论·····	郭文兴譯··· 210
解剖资料·····	郭文兴譯··· 212
脊椎(213) 脊椎的构造(215) 椎間軟骨盘(216) 脊柱关节(217) 韧带装	
置(217) 脊柱的血液供給(217) 活动(219) 肌肉(219) 脊髓膜(219)	
脊髓(220) 交感神經系統(220)	
发病机制与病理解剖学·····	鄒正行譯··· 220
致病因素(222) 局部条件的作用(223)	
原发性骨病灶·····	225
結核性脊椎炎的发展·····	227
椎間盘外扩散徑路(227) 椎間盘內或經椎間盘扩散徑路(229) 脊柱的破坏	
和畸形(230)	
椎关节炎·····	231
后部脊椎炎·····	232
結核性脊椎炎的結局·····	232
結局(232) 畸形(234) 复发(234) 发展規律(235)	
結核性脊椎炎的臨床·····	鄒正行譯··· 235
症状学与經過·····	236
脊椎炎前期·····	237
脊椎炎期·····	237
初期·····	237
疼痛(238) 脊柱活动受限制(238) X綫检查的資料(239)	
极期·····	240
疼痛(240) 脊柱弯曲(240) X綫检查时发现的變化(244) 并发症(244)	
流注膿肿(244) 瘻道(246) 脊髓障碍(246)	
靜止期·····	247
脊椎炎后期·····	248
各論·····	250
頸部脊椎炎·····	250
上部頸椎結核病(250) 咽后膿肿(251) 中部与下部頸椎結核病(252)	
胸部脊椎炎·····	254
上部胸椎結核病(255) 中部胸椎結核病(255) 下部胸椎結核病(256)	
腰部脊椎炎与骶骨結核病·····	256

腰部脊柱結核病(256) 第5腰椎与第1骶椎結核病(258) 与第5腰椎无連 系的骶骨結核病(258) 尾骨結核病(258)	
诊断	258
检查方法	鄒正行譯 258
临床检查	259
望診(259) 捫診(260) “繩繩”症狀(261) 脊柱活动度的检查(261) 測量 脊柱弯曲(262)	
X綫检查	263
化驗室检查	265
鉴别診斷	李 通譯 265
炎症疾病	266
骨髓炎(266) 梅毒性脊椎炎(266) 伤寒后的脊椎炎(266) 脊柱放綫菌 病(267)	
脊柱的非炎症疾病	267
发育缺陷(267) 脊柱后天性畸形(268) 营养障碍性疾病(268) 椎关节强 硬与椎关节炎(269) 脊柱損伤(269) 脊柱肿瘤(269) 脊椎包虫病(270)	
治疗	苏邦孝譯 271
簡史	271
非手术疗法(271) 手术疗法(272)	
非手术疗法	274
抗菌疗法(274) 鏈霉素疗法(274)	
矫形疗法	275
石膏床制作技术(276) 阶段性矫正楔状畸形(276) 石膏背心的制作(278) 結核性脊椎炎时的医疗体育(282)	
并发症的治疗	283
流注膿肿的治疗(283) 穿刺技术(283) 瘻道的治疗(287) 麻痺的治疗(287)	
手术疗法	287
脊柱的骨成形固定术	288
手术方法	289
Albee 氏脊柱骨成形固定术方法(289) 用“絆釘”固定脊柱弯曲(292) Henle 氏法(294) Halstead 氏法(296) 手术的錯誤和危險(296) 手术适应証 (297)	
結局	297
远期疗效(297)	
根治手术	299
脊椎坏死切除术	302
頸椎坏死切除术	302
胸椎坏死切除术	303
肋骨横突切除术的方法(303) 旁側脊柱切开术(307) 后側徑路(308)	
腰椎坏死切除术	309
背部的脊椎后-側徑路(309) 前-側徑路(310) 腰骶部徑路(311)	
并发症的手术	312
椎板切除术(312) 椎板切除术的方法(312) 膿肿切开术(313) 瘻道縮短	

术(319) 手术方法(321) 碘仿凡士林紗布填塞术(325)	
治疗效果·····	333
第四篇 其余较少见的骨关节结核病 ·····	336
骶髂关节结核病·····郭文兴譯···	336
临床(336) 检查方法(337) 活动度检查(338) 鉴别诊断(338) 经过(338)	
预后(338) 治疗(338) 手术疗法(339)	
髋关节附近的病灶性骨结核病·····	340
耻骨和坐骨结核病·····唐景清譯···	340
临床症状(340) 诊断(341) 治疗(341) 坏死切除术(341)	
大转子结核病·····郭文兴譯···	342
发病机制和病理解剖学(342) 症状学和经过(343) 诊断(345) 鉴别诊断(345)	
治疗(346) 治疗结果(348)	
踝关节与足骨结核病·····汪时信譯···	348
踝关节结核病·····	349
解剖资料·····	349
发病机制与病理解剖·····	350
症状学与经过·····	350
检查方法和诊断·····	352
望诊(352) 捫诊(353) 活动度(353) 诊断(353) 腱鞘结核病(353) 鉴别诊断(353)	
治疗·····	354
非手术治疗·····	354
手术治疗·····	354
坏死切除术(355) 踝关节精简切除术(355) 距骨切除术(356) 关节旁关节固定术(357)	
足部骨结核病·····	358
跗骨炎(358) 跟骨结核(358) 坏死切除术(359)	
治疗效果·····	360
上肢结核病·····	361
肩关节结核病·····汪时信譯···	361
简要的解剖资料·····	362
发病机制·····	363
病理解剖·····	364
症状学和经过·····	365
关节炎前期(365) 关节炎期(366) 关节炎后期(368)	
检查方法和诊断·····	368
望诊(368) 捫诊(368) 活动度的检查(368) 测量(368) 诊断(369) 化验(369) 鉴别诊断(369) 预后和结局(370)	
治疗·····	370
非手术疗法·····	371
胸肱石膏绷带(371)	
手术疗法·····	373

坏死切除术(373) 关节切除术(373)	
治疗效果·····	375
肘关节结核·····鍾华卫譯·····	375
简要的解剖资料·····	375
发病机制·····	376
症状学与经过·····	376
诊断·····	378
望診(378) 捫診(378) 鉴别诊断(378) 预后(378)	
治疗·····	378
非手术治疗(378) 手术治疗(378)	
腕关节结核·····郭文兴譯·····	380
简要的解剖资料·····	380
发病机制·····	380
症状学和经过·····	381
临床检查·····	381
望診(381) 捫診(382) 活动度的检查(382)	
鉴别诊断·····	382
治疗·····	382
管状骨骨干结核病·····溫晶昌譯·····	382
足、手部短管状骨结核病·····	382
发病机制及病理解剖学(383) 症状学及经过(383) 鉴别诊断(384) 治	
疗(384) 预后(385)	
长管状骨骨干结核病·····	385
症状学及经过(385) 鉴别诊断(386) 治疗(386)	
扁平骨结核病·····郭文兴譯·····	387
肋骨结核病·····	387
临床(387) 诊断(387) 预后(387) 治疗(387)	
胸骨结核病·····	387
临床(388) 鉴别诊断(388) 预后(388) 治疗(388)	
鎖骨和肩胛骨结核·····	388
鎖骨结核病(388) 肩胛骨结核病(388)	
顛骨和面骨的结核病·····	389
参考文献·····	391

第一篇 膝關節結核病(膝关节炎)

概 論

在骨关节结核总的问题中,膝关节病变的研究与治疗具有特别重要的意义,并值得最先予以探讨。膝关节病变(结核性膝关节炎——gonitis tuberculosa)甚为多见,这是最典型的关节结核病。由于解剖条件上的关系,该关节最易于作临床检查和接受各种类型的治疗作用,例如药物、理疗、机械矫形,尤其是手术治疗,其中包括关节切除术。关节切除术在膝关节应用得最早,并且至今仍是最常施行的手术。

在治疗结核性膝关节炎时,我们最先实行外科-内科综合疗法,并在治愈局部病变方面取得了最优良的效果。同时,在骨关节结核病的发病机制与病理解剖学方面研究得最为透彻的也是膝关节。在膝关节证实了原发性骨炎在疾病发生上的主导作用,并论证了关节结核性病变的三个发展时期的学说,这个学说是构成病变演进的顺序和分类及建立被广泛采用的特殊治疗体系的基础。应当补充说明,可以将膝关节病变的研究与治疗,特别是与手术治疗紧密联系起来,因为局部病理-组织学标本的检查在这方面起着重要的作用。我们在多次精简切除术中获得的局部病理-组织学标本使有可能详细地研究本病各发展时期之病理形态学表现。

以上所述,是为了在叙述方面首先提出讨论最典型的,同时也是在病理解剖、临床与治疗上研究得最清楚的膝关节结核病的根据。结核性膝关节炎的这种重要性是与其发病率及严重性完全相适应的,而其严重性是由膝关节的面积及其解剖构造的复杂性引起的。

膝关节与髌关节最常罹患结核病。根据 П. И. Тихов 所搜集的统计资料,结核性膝关节炎占所有关节结核病的 35%,结核性髌关节炎占 27%。根据 Т. П. Краснобаев 的著作中所引用的比较晚近的资料,膝关节病变较髌关节病变要少些,但这两个关节病变仍保持很高的比重。根据列宁格勒外科结核病研究所搜集的最近的资料,膝关节结核病在该研究所的各个防治所及门诊部就诊的病人中占 19%,而髌关节占 20.5%。根据我们的 7,000 例以上住院病人的临床资料,膝关节结核病有 1,849 例,即占全部病人总数的 24.2%,髌关节结核病的病人数与此相仿(23.8%)。

同时必须指出,骨关节结核病的治疗近来所获得的成就是与采用抗菌疗法分不开的,这种成绩在膝关节结核病的治疗上得到最早和最明显的证实。同样,也是在膝关节最早令人信服地看到现代综合疗法的优点,它将传统的疗养-矫形治疗与最新的手术及抗菌疗法结合成一个相互补充的前后连贯的总的治疗体系。

由此可见,膝关节结核病比其他关节结核病较为多见。

解 剖 資 料

膝关节无论是从关节表面的面积,或关节腔的容积来说,都是最大的关节,它可容纳

60—120 毫升液体,在充盈时可达到 200 毫升。同时膝关节按其解剖学构造来说,也是最复杂的,因系由三块骨构成。该关节是由滑膜组成数个反折的多房构造。膝关节的特点是有许多粘液囊,其中部分粘液囊与关节相通;这些粘液囊就是炎性病变扩散至关节范围以外的起源。在关节的各部分之间有非常狭小的间隙,这样的结构虽然有助于炎性病变迅速隔离,但同时也恰使治疗发生困难。在前面,关节所处的位置甚为表浅,此处且无肌肉复盖;肌肉集中在后部,主要位于两侧,菱形窝即以此为界,其深部有血管与神经的主干通过。

膝关节解剖构造的上述特点,在病理改变的发生与发展过程中有重大的意义。这些特点对临床表现、诊断及治疗,均有重大的影响,而主要的是这些特点在膝关节结核病时对选择与施行现时已最广泛采用的那些手术,具有决定性作用。

膝关节的骨结构(图 1) 系由股骨下端、胫骨上端及髌骨所组成(图 2)。股骨下端有两个髁及两个上髁,且内髁较外髁大得多。两髁之间(主要在后部)有髁间窝,交叉韧带在此处附着。与胫骨接触的两髁的关节面在额状面及矢状面上凸起,呈圆柱状半球形。股骨前面有扁平凹陷的髌骨关节面,分成外侧大、内侧小两部分,以与髌骨关节面的凸凹相适应。髌骨是籽骨,外形象有两个凸面的凸镜,伸肌腱交织附着其上,前面粗糙,而与股骨窝相对的后侧面则光滑。

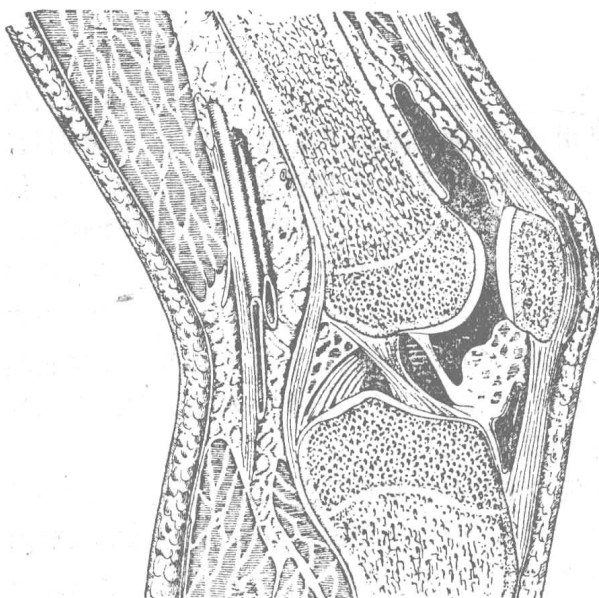


图 1 膝关节区——矢状断面(仿 Синельников)

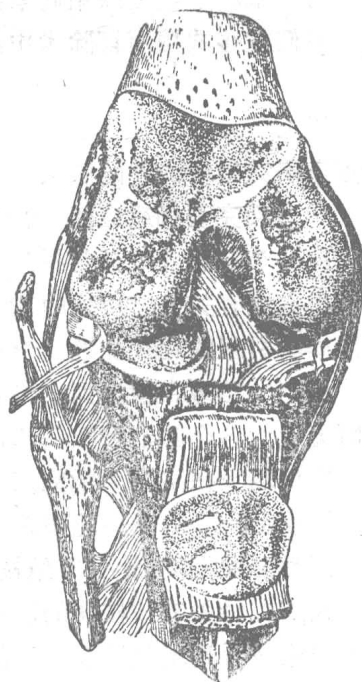


图 2 膝关节诸骨的关节末端;披复软骨。关节韧带:交叉韧带,侧副韧带及髌韧带(仿 Воробьев)。

胫骨关节面也是由两个髁组成,关节面略凹陷,但凹陷的程度与股骨之较为凸出的两个髁的关节面并不完全相适应。这种不适应所造成的间隙由两个半月板填补。胫骨的两个关节面被髁间隆起分开,在髁间隆起的前方、后方各有一窝,前后交叉韧带在此附着。在胫骨的前上面有一极明显的骨性隆凸,叫做胫骨粗隆,是伸肌腱的附着处。

儿童的股骨与胫骨粗大的关节部分是由含骨髓的骨松质组成,并由骨骺软骨在水平面分为两部分:接近关节的骨骺部及与管状骨干相交接的干骺部。在侧位X线照片上能很清楚地看到将股骨分为两部的骨骺线;骨骺线具有弯曲的卵圆形,与股骨的上关节端的凸面相一致,而胫骨的骨骺线则几乎是水平方向的直线,只是在前部斜行向下弯曲,在此处分出胫骨粗隆的骨化核。

骨骺是原发性软骨内骨化中心,而干骺部则是骨生长的连合区。应该着重指出,下肢膝关节部的长度是依靠膝关节的骨生长区,主要是依靠股骨而生长的,当外科手术时应考虑到此点。大约在18岁,骨的长度生长停止,骨骺与干骺端长合成一整块松质骨构造的骺-干骺端部,此时该处骨小梁分为:垂直的、横的、斜的与扇形的四种型式。这决定了骨对关节的静力学与动力学负重的功能适应性(图3)。骨的表层致密;但于关节部甚薄,然却呈一种非常结实而光滑的玻璃样薄片,成为软骨下的骨质层。这层薄的骨质连接复盖着它的软骨片,这点无论是在机械学或发病机制上均有意义。在关节以外部分的外表面有密质骨的一般外观。在关节边缘通常可以看到某些枕状隆起或嵴状的增生(孟缘),其外缘可以看到骨内血管通过的许多小孔。随着年龄的增长,这些嵴状缘的增生亦加大,有时甚至达到畸形性关节病的程度。

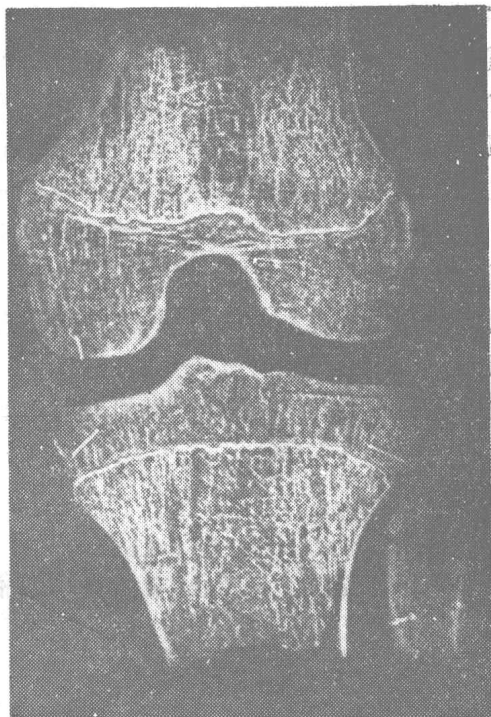


图3 膝关节的骨质构造。按 Schmorl 氏法制作的标本额断面(仿 Д. Г. Коваленко)。

关节内的披复软骨 是透明软骨,富有弹性,在某种程度上是一种缓冲物。它披复着骨关节面的所有部分;在股骨前面它分布的部位很高,披复着整个髌窝,而在后部披复着两个髌,只有髌间窝没有软骨披复,因该处有交叉韧带附着。在胫骨部软骨只披复关节面,仅有小部分移行到两髌的后部,并且留下中部的髌间隆起没有软骨披复。软骨层厚度不一:在关节面的中心部分较厚(在股骨厚达7毫米,在胫骨厚约4—5毫米),而在边缘部分较薄(约1—3毫米)。这种构造在某种程度上消除了关节面的不一致。

半月板 是一薄层纤维软骨,它的横断面呈楔形;半月板的上面和下面复盖着变性的滑膜。两个半月板从关节的外侧和内侧突入两关节面之间,沿着胫骨髌的边缘与胫骨髌形成一可移动的联合装置;并在此处与纤维囊粘着。内侧半月板与膝内侧韧带粘着,但外侧半月板没有这种联系。外侧半月板类似字母“O”,并占满胫骨外髌的整个关节面,而内侧半月板则呈“C”形,且其前角移行到位于关节面前缘的膝横韧带,并进一步与外髌的前部交织在一起。

交叉韧带 位于关节内,并成为强有力的中部韧带装置,保持关节面相互间的接触,并限制膝关节的侧方活动和旋转活动。前交叉韧带较靠前,起始于股骨外髌侧的髌间窝,而附着在胫骨髌间隆起的前部。后交叉韧带起始于股骨内髌,而附着于胫骨髌间隆起的