专业技术工作实例表

申报人：邢彬　　科室：骨外科　　申报资格：主任医师　　申报专业：骨外科学

第12胸椎压缩性骨折一例

患者 白某某 女性 61岁 职业：农民 地址：文成县大岙镇上龙村，病案号：75562，因“高处坠落致胸背部腰部外伤疼痛6小时”于2013年6月16日入院，入院诊断：第12胸椎椎体及左侧椎弓根骨折、两侧胸腔积液，骨质疏松症，全身多处软组织挫伤，有高血压病史10年。入院查体：?T37.4°C,P96次/分，Bp150/84mmHg,R20次/分，胸廓挤压征阳性，双肺呼吸音粗糙，未闻及干湿罗音，专科情况：第12胸椎体处压痛叩击痛阳性，活动受限，脊柱两侧肌肉压痛。两下肢肌力感觉正常，白细胞20.510^9/L；中性粒细胞百分比90.00%；血红蛋白116g/L；红细胞3.910`12/L；红细胞压积35.4%；2013-6-17纤维蛋白原2.62mg/mL；国际化标准比值1.02；总蛋白68.3g/L；白球比1.66；白蛋白42.6g/L；葡萄糖5.26mmol/L；心超：左室顺应性下降，心电图：ST段改变。根据患者外伤病史，结合体检，辅助检查，第12胸椎压缩性骨折诊断明确，T12椎体前柱压缩，前缘高度下降约1/2，前方有骨碎片具手术指征，无绝对手术禁忌症。考虑该患者两侧胸腔积液，检查心肺功能轻度不全，耐受麻醉手术等应急能力较很差，手术风险极大，向患者及家属讲清病情后仍积极要求手术治疗，做好术前准备。采取的主要措施：召集相关科室专家会诊，讨论病情，评估手术风险，围手术期处理，制定手术方案和应急预案，麻醉方式选择全身麻醉，手术方式选择：经后路切复椎弓根螺钉内固定术，手术时间：2013年6月21日，手术经过：全麻成功后，患者取俯卧位，常规术区消毒，沿T11、T12,L1棘突作后正中切口，长约10cm，切开皮肤、皮下及肌肉并向两侧剥离，显露T11、T12的横突和L1的关节突关节。术中见T11和T12之间隙狭窄，T12棘突后凸畸形明显。术中透视定位。T12椎体前柱压缩，前缘高度下降约1/2，前方有骨碎片。破坏以上终板为主。进行手法复位，撑开T12椎体前柱较困难。注意T11和L1椎弓根螺钉进钉的PSA和PTA，分别在合适的关节突位置打入克氏针4枚，并再行术中透视，见位置良好。植入Stryker公司脊柱后路固定系统，继而在T12打入直径6.5mm，长度4.0cm椎弓根螺钉2枚，L1打入直径6.5mm，长度4.5cm椎弓根螺钉2枚，并再次透视。位置良好。透视下可见椎体曲度恢复良好，T12椎体前柱高度恢复尚不完全。安装系统之纵杆，继而上紧上、下方一体化螺母，撑开中柱。并再次透视，观察内固定位置良好。冲洗，再次止血，观察无活动性出血后。放置负压引流管，逐层缝合，无菌包扎。术中麻醉满意，术中出血约150ml。手术顺利，安返病房，术后予抗感染，减轻组织水肿、预防静脉血栓，功能康复锻炼等对症处理。在大家的共同努力下，最终该患者康复出院，嘱其定期复查随诊，患者病情康复良好，病人和家属对治疗结果非常满意。

讨论；胸腰椎骨折是较为常见的脊柱创伤，由于胸腰段特殊的解剖特点，临床治疗的主要目的是重建脊柱的稳定性，维持正常脊柱的结构。胸腰段骨折的手术方式包括前路手术、后路手术以及前后路联合手术。关于胸腰椎骨折手术方式的选择一直存在争议，前路手术可以直接减压，解除脊髓前方压迫的效果肯定，但手术创伤大，手术要求高，操作复杂，并发症多。因此通常胸腰椎骨折手术治疗为后路固定，后路椎弓根螺钉内固定术主要适用于胸腰段骨折伴脱位，损伤以后柱为主，屈曲分离损伤及侧曲损伤等患者。其复位原理主要是通过韧带的轴向复位从而实现对三柱的固定，同时有撑开、旋转等作用，稳定性好，神经损伤小，手术操作更为简单，而且手术要求也相对低，同时病椎植入椎弓根螺钉，不仅有利于伤椎解剖复位，且固定更加坚强，减轻应力遮挡，减少断钉断棒及内固定松动等并发症发生，值得临床推广。近年来，胸腰椎骨折后路椎弓根螺钉内固定术广泛应用于临床且取得了较好的临床疗效，具有更少的出血量、更短的手术时间、更短的切口长度，具有固定牢固、临床疗效满意、脊柱融合率高、临床症状缓解快，神经功能影响轻的特点，显示了其优越性，对提高患者的病情康复具有重要意义。在本例患者治疗过程中，我是该患者主管医生，主持患者全部诊疗过程，术中担任主刀。

本人签名：　　年　　月　　日

科室审查意见	单 位 意 见
科主任签名： 年　　月　　日	负责人签名： 年　　月　　日（盖章）

注：填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术（科研）问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实，一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献，字数不少于1000字。每页填写1例，共填写5例。