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

高龄股骨颈骨折一例

患者 周某某 男性 81岁 职业：农民、地址：文成县大峃镇周村村，病案号：106786，因“摔倒致左髋部外伤疼痛伴活动受限8小时”于2017-03-26入院，摄片示“左侧股骨颈骨折”（头下型），有高血压病史20年，入院诊断：左侧股骨颈骨折、严重骨质疏松症、高血压病、肺部感染、冠状动脉粥样硬化性心脏病。入院查体：T37.6 ℃,P99次/分，Bp142/70 mmHg, R20 次/分，专科情况：左侧髋部肿胀压痛，左侧髋关节活动受限，左下肢缩短、屈曲外旋畸形，肢端血运感觉正常。四肢见多处皮肤挫伤，其余各骨关节活动可，辅助检查：血红蛋白127 g/L；红细胞压积 39.8 %；红细胞 5.2910`12/L；C反应蛋白 32 超敏C-反应蛋白 >5.0葡萄糖?10.36mmol/L、钾3.19mmol/L、氧分压58mmHg总蛋白68.8g/L、白蛋白 35.6g/L、肌酸激酶 542U/L 、B型钠尿肽 40 pg/ml、D二聚体 16.39mg/L摄片。CT检查：左侧股骨颈（头下型）骨折，两肺气肿多发肺气囊，两下肺感染、冠脉散在钙化、脑内少许缺血灶、腔梗灶、右顶叶软化灶，超声：两侧腘动脉粥样硬化，心超：室间隔增厚，左室舒张功能下降，左房增大，主动脉窦增宽，考虑该患者高龄，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，做好术前准备召集科室术前讨论会诊，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，经大家讨论麻醉方式选择：腰硬联合麻醉，做好术前准备，排除手术禁忌症，于2017-03-28在连硬加腰麻下行右侧人工股骨头置换术，手术经过：1.左侧髋外侧切口显露髋关节，2.于小粗隆上1cm处锯断股骨颈，取出股骨头，测得最大直径为49mm，切除髋臼内圆韧带。3.股骨髓腔扩髓至9号挫，冲洗髓腔，放置塞子，拭干髓腔，4.准备骨水泥，注入髓腔，安装股骨柄，骨水泥硬化后安装49mm直径颈长+1.5的水泥型双极股骨头。5.关节复位顺利，冲洗缝合创口，关节腔放置引流管1条。术后常规使用抗生素 3～5 d预防感染，应用低分子肝素钠抗凝，不应用止血药物，当天立即应用双下肢气压泵治疗,同时在医护人员的指导下立即开展下肢的功能锻炼，术后3 d床边站立、部分负重行走，3～4周负重锻炼，术后患者出现血压偏低，血常规检查：2017/03/31血红蛋白 9.7g/L；红细胞 2.4210`12/L；红细胞压积 22.6%；，予输悬浮红细胞1.5单位、补液等对症支持治疗。最终病人病情好转安然出院，随访关节功能良好，患者和家属对治疗结果非常满意。

讨论：随着社会人口老龄化，老年骨折患者逐渐增多，高龄患者由于骨质疏松容易发生股骨颈骨折，对于老年股骨颈骨折的治疗强调早期离床活动。然而传统的牵引治疗，需长期卧床，容易并发肺部、尿路感染，循环系统紊乱，全身情况恶化。老年人股骨颈骨折治疗方法较多，牵引复位内固定或切开复位内固定，均有骨折不愈合及股骨头缺血性坏死而不能早期负重的缺点，老年患者股骨颈骨折后易出现的严重并发症如褥疮、肺炎、泌尿系统感染等。因此，及时、有效、成功的手术治疗在解决骨折问题的同时可以防止合并症，对于囊内型股骨颈粉碎性骨折、陈旧性骨折骨不连、内收型骨折、头下型骨折、股骨头缺血性坏死等可作为人工股骨头置换术首选，人工股骨头置换术可彻底解决骨不愈合及股骨头坏死的问题，使患者早日下地活动，促进全身机能的康复，减少各种并发症的发生。为避免再次手术，严重骨质疏松者可考虑行全髋关节置换术，其次，由于老年患者运动量相对减少，目前多选择双动人工股骨头置换术后对髋的磨损程度，以及假体的松动、下沉发生率明显减低。效果显著。老年患者多伴有多种脏器功能下降，机体应激与代偿能力较差，人工股骨头置换术对患者打击较小，出血少，手术时间短，术后能很快解除疼痛，患者早期下床负重活动，避免了长期卧床造成的骨质疏松、褥疮、泌尿道感染和结石等并发症，尽快恢复老年患者生活自理能力。在本例患者治疗过程中，本人是患者的主管医生，主持患者全部诊疗过程，手术中担任主刀。

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。