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

强直性脊柱炎合并股骨头坏死一例

患者 徐某某 男性 69岁 职业：农民、地址；文成县西坑镇叶岸村，病案号：96862因“左侧髋部疼痛10年，加重伴活动受限4月”于2015-11-26入院。有强直性脊柱炎病史20年，摄片示：“提示左侧股骨头坏死，强直性脊柱炎”，入院诊断：左侧股骨头缺血性坏死，强直性脊柱炎，脊柱侧弯畸形、严重骨质疏松症。入院查体：T36.0℃,P72次/分，Bp187/91mmHg,R20次/分，专科情况：脊柱侧弯后凸畸形，前屈、后伸、侧屈、旋转活动受限，无压痛和叩击痛，骶髂关节压痛，左侧髋部屈曲畸形，压痛，髋关节伸屈活动受限，肢端血运感觉正常，摄片示：提示左侧股骨头坏死，强直性脊柱炎、左侧股骨头缺血性坏死、强直性脊柱炎、脊柱侧弯畸形、严重骨质疏松症。辅助检查；HLA-B27抗原阳性，摄片、CT：强直性脊柱炎、左侧股骨头缺血性坏死，心超：左室顺应性下降，心电图：窦性心律，偶发房性早搏，血管超声：两下肢大动脉粥样硬化，骨密度检测：严重骨质疏松。根据患者既往病史，结合体检，辅助检查，患者强直性脊柱炎伴左侧股骨头坏死诊断明确，左侧股骨头坏死，左侧髋关节已达纤维骨性融合，出现明显的屈曲畸形，行走、生活不能自理，具有左侧全髋关节置换术手术指征。考虑该患者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，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，术前测量及术前准备应仔细查体，术前拍摄放有标尺的髋臼及股骨上段的正、侧位 X线 片及 CT 扫描。请麻醉科会诊，为手术麻醉制定合理方案，强直性脊柱炎的特性决定其不适于硬膜外麻醉，患者需行全身麻醉，手术的方式选择行左侧全髋关节置换术。强直性脊柱炎的患者由于胸腔扩张受限，呼吸功能易出现损害，心功能不全等引起一系列重要脏器损伤。术前应全面了解患者一般情况，包括肺功能、血气分析、肾功能及心功能等。除常规检查外还可包括血沉及血清肌磷酸激酶等特殊检查以明确病变的活动情况。做好术前检查准备，于2015-11-30在全身麻醉下行左侧全髋关节置换术，①手术人路采用外侧人路，由于关节纤维性或骨性强直，切除挛缩的关节囊及髂腰肌肌腱，先截断股骨颈，不可使用暴力使股骨头脱位以避免出现骨折及坐骨神经损伤，注意保留有足够的股骨距，有时需行大转子截骨以加大暴露范围，以利于髋关节的充分暴露。②术中髋臼的定位该患者出现纤维性骨性强直，充分清理髋臼周围的软组织，髋臼的定位选择髂前下棘下方1．5cm，即为髋臼上缘来定位，在股骨颈截骨后用骨刀及髋臼锉磨至真臼，术中以真臼下缘为基线，于其上缘扩大髋臼至所需大小，这样可以最大限度的保留髋臼的骨质，使假体安放牢固。③ 髋臼前倾角的确定由于存在严重的脊柱后凸，需靠髋关节的过度后伸来代偿，所以如果髋关节置换手术中髋臼假体的前倾角仍按正常的10°~20°安放，术后极易出现髋关节的前脱位，所以前倾角的大小是手术成功的关键。术后因手术过程中损伤较大，出血量较多，予输红细胞1.5单位，术后常规抗感染、应用低分子肝素钠抗凝及用双下肢气压泵治疗预防静脉血栓形成,同时在医护人员的指导下立即开展下肢的功能锻炼，术后3d床边站立、部分负重行走，术后4周扶拐下地，根据情况做外展肌及髋关节锻炼，3～4周负重锻炼。最终患者安然出院，随访关节功能良好。患者和家属对治疗结果非常满意。

讨论：强直性脊柱炎是一种慢性进行性疾病，主要侵犯骶髂关节脊柱骨突、脊柱旁软组织和外周关节，致残率高。髋关节受累是其致残的主要因素，全髋关节置换术作为髋关节严重病变的一种有效治疗手段正在被广泛使用。晚期强直性脊柱炎患者往往就诊时髋关节已达骨性强直或者纤维性融合，出现明显的屈曲畸形行走、生活不能自理。并且由于患者年龄的缘故，牵扯到假体的使用寿命问题。强直性脊柱炎患者被认为是条件最差的全髋关节置换术的适应证。有人认为，最初的全髋关节置换术适用于65岁以上的患者，施行全髋关节置换术是公认的有效措施，但强直性脊柱炎本身病理特点决定了其手术的特殊性，故强直性脊柱炎患者行全髋关节置换术治疗不同于一般的全髋关节置换术，在本例患者治疗过程中，本人是患者的主管医生，主持患者诊疗过程，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。