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

右侧腓骨下端、胫骨内踝、后踝粉碎性骨折伴右侧踝关节半脱位一例

患者 周某某 女性 50岁 农民、地址：温州市文成县大峃镇鹤东村 病案号：80734，因“摔倒致右下肢肿胀疼痛2小时”于2013-12-31入院，有2型糖尿病史多年，入院查体：T 36.0°C,P78次/分，BP169/86mmHg，R20次/分，右小腿，足踝部瘀血肿胀，局部见张力性水疱，趾端血运可、感觉稍麻木感。X线片检查：右侧腓骨下端、胫骨内踝、后踝粉碎性骨折，右侧踝关节半脱位，CT:右肺下叶少许炎症。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，因该患者右侧腓骨下端、胫骨内踝、后踝粉碎性骨折，右侧踝关节半脱位，右侧足踝部瘀血肿胀明显，右侧足踝部皮肤条件差，切开复位必须推迟到软组织情况已经改善时才能施行。遇到这种情况时骨折应行闭合复位并固定于良好衬垫的石膏内，在切开复位之前小腿应抬高，使用下肢静脉泵以减轻肿胀，推迟6-8天左右待水肿减轻后再施行手术，这样可以明显减少皮肤软组织坏死感染风险。做好术前检查准备，于2014-1-7在腰麻硬膜外联合麻醉下行右侧腓骨下端、胫骨内踝、后踝粉碎性骨折，右侧踝关节半脱位切开复位内固定手术治疗。麻醉成功后，取仰卧位，右下肢使用止血带，常规手术野皮肤消毒铺巾，手术的顺序为外踝、内踝和后踝，取右内、外踝纵向切口致踝尖下，切开皮肤、皮下、筋膜、依层切开，部分剥开骨膜、暴露骨折端。见内外踝及后踝骨折块分离移位,骨折端有少量软组织嵌入。1）将右腓骨下段骨折块复位、用巾钳夹紧，见骨折位置好。用1枚4孔锁定解剖钢板固定。2）将右内踝骨折块复位，用2枚拉力螺钉固定骨折块。术中注意保护胫后神经、血管和肌腱。3) 将右后踝骨折块复位、钻入两枚导针。C臂机透视见骨折对位线佳，导针角度、长度合适。根据测量结果选用45MM和40MM两枚空心钛质螺钉拧入固定骨折块。4）再次C臂机透视见骨折对位线佳，导针、螺钉角度、长度合适。5）冲洗创口逐层缝合，放置引流皮片二条。术后治疗：术后常规使用抗生素 3～5 天预防感染，前3天使用下肢静脉泵消除和防止下肢肿胀和瘀血；从第4天起，使用持续被动活动进行下肢被动活动，使踝关节在无痛前提下逐渐达到生理活动度，同时进一步防止下肢深静脉血栓形成；术后10天起嘱患者在床上进行踝关节主动活动；术后2周患者非负重站立；6-8周X线片显示骨折线模糊，开始负重行走练习。术后不使用石膏外固定，患者出院后定期随访，随访骨折愈合良好，右下肢足踝关节功能康复满意。

讨论；踝关节骨折是一种常见的创伤，致伤原因多为行走不慎、骑自行车摔倒、运动损伤、交通伤及建筑工地外伤等。随着人口老龄化及城镇交通的繁杂，此类骨折的发生频数在不断增加，三踝骨折是踝关节损伤中最严重的类型之一，大部分损伤因素是由于间接外力引起的，常常移位大，韧带损伤重，且由于是关节内骨折，要求解剖复位，踝关节解剖及其骨折的特点：踝关节由胫骨、腓骨下端和距骨形成，属于屈戊关节，关节结合紧密，以屈深为主要动力方向，以负重为主要功能，是将人体重力由垂直柱状转化为弓状平面负重形式的重要关节。由于上述特殊的结构和功能，当踝关节骨折时，要求整复达到解剖复位，这与肢体长管状骨骨折修复是有明显区别的。踝关节骨折复位不佳会导致关节活动度受限、疼痛及创伤性关节炎等，因此，踝关节骨折整复时的解剖对位是关节功能恢复的重要前提。为了达到准确复位，内固定治疗的优点在于：骨折断端复位准确可靠，不难达到解剖复位；固定准确，可以早期进行踝关节功能训练，以减少创伤性关节炎的发生。术后系统的肢体功能训练对关节功能的恢复是重要的一环，应给予充分的重视。在本例患者治疗过程中，我主持患者本次诊疗过程，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。