

股骨颈骨折、股骨干骨折术后继发股骨头坏死医疗纠纷

Medical disputes of femoral neck fracture and femoral shaft fracture secondary to femoral head necrosis

葛睿 朴虎国

Rui Ge Huguo Pu

北京龙晟交通事故司法鉴定所 中国·北京 100176

Beijing Longsheng Traffic Accident Forensic Research Institute, Beijing, 100176, China

摘要:在法医检案(交通事故损伤)中股骨颈、股骨干损伤发生率较高,后继发股骨颈骨折的风险较大。对股骨颈骨折、左股骨干骨折术后继发股骨头坏死的诊断、发生的原因和机制、治疗方案及后续康复进行研究与分析,其结果对于正确合理解决纠纷、准确判断责任(医院对患者的诊疗行为有无过错及过错程度)、公平公正的处理案件至关重要。

Abstract: In forensic examination (traffic accident injury), the incidence of femoral neck and shaft injury is high, and the risk of subsequent femoral neck fracture is high. For postoperative femoral neck fracture, left femoral fractures secondary avascular necrosis of the diagnosis, causes and mechanism, treatment and follow-up rehabilitation research and analysis, the results for the right reasonable solve disputes, accurate judgment responsibility (hospital for patients of medical behavior without fault and fault degree), fair treatment cases is essential.

关键词: 医疗过错;司法鉴定;股骨头坏死;股骨颈骨折;法医临床学

Keywords: medical fault; Judicial expertise; Necrosis of femoral head; Femoral neck fracture; Clinical forensic science

DOI: 10.36012/pmr.v2i5.2755

1 案例介绍

1.1 简要案情

患者郑某某,男,32岁。2017年1月3日主因“交通事故伤后右髌及左大腿肿痛、活动受限伴头部外伤4小时”入A附属医院诊治,初步诊断为右股骨颈骨折、左股骨干骨折等,于2017年1月4日行“右股骨颈骨折、左股骨干骨折、切开复位内固定术”。2017年7月3日主因“髌部骨折术后6个月,行走疼痛3个月”入北京B医院,2017年7月6日行“内固定物取出、切开复位、动力髌螺钉内固定、取髌骨植骨术、股骨粗隆截骨术”,出院诊断为右股骨颈骨折术后骨不愈合,目前患者遗留右股骨头坏死和右髌关节功能丧失。患者及其家属认为A附属医院诊疗行为存在过失致其右股骨头坏死,诉至法院。

1.2 法医学鉴定意见

A附属医院对患者郑某某的诊疗行为存在医疗过失,该医疗过失行为与其损害后果(右股骨头坏死)之间存在一定因果关系,医疗过失参与度/原因力大小建议拟轻微~次要责任/作用为宜。

2 讨论

2.1 关于诊断

医方根据主诉(摔伤后右髌及左大腿肿痛、活动受限伴头部外伤4小时)、现病史(右髌及左大腿剧烈疼痛,不敢站立,不能行走)、体格检查(右髌部肿胀、压痛,右髌活动受限;左大腿中段肿胀、压痛、活动痛,可触及骨擦感,左髌活动受限)及影像学客观资料(右股骨颈、左股骨干上段骨折,骨折断端移位、可见游离骨碎片)等,作出右股骨颈骨折、左股骨干骨折等临床诊断,诊断明确,符合诊疗常规。

2.2 关于股骨干骨折的治疗评价

【作者简介】葛睿,女,本科,从事法医临床、法医病理疑难案件研讨与鉴定研究。

关于股骨干骨折是临床上最常见的骨折之一,约占全身骨折6%^[4]。股骨是人体最坚硬长管状骨之一,可承受较大的应力,对行走、负重、支撑均起重要作用。股骨骨折常由高能量损伤所致,且股骨周围有丰富的肌肉群,易造成广泛软组织损伤^[5],应尽早开始实施急诊处理。目前股骨干骨折治疗方法较多,应根据病人的骨折部位、类型、年龄等选择合理的治疗方法。不管选用何种方法治疗,必须遵循以下原则:不强调解剖复位,要恢复力线和长度,纠正旋转及分离移位,手术应尽量以微创保护骨折局部血运,促进骨折愈合并防止感染,并且采用生物学固定方式及尽早功能康复^[4]。内固定有利于早期功能锻炼,如交锁髓内钉、长柄 Richard、gamma 钉等,尽量采用闭合插钉,也可用接骨板^[5]。目前交锁髓内钉固定是大部分股骨干骨折的首选治疗方法^[4],尽早行髓内钉固定术,及时的髓内钉固定术可以帮助病人开始早期康复运动及减少并发症的发生。

本例,针对股骨干骨折医方选择行“髓内钉内固定术”,有手术适应证,无禁忌症,术式选择符合医疗护理技术操作常规和患者当时病情的客观需求。

2.3 关于股骨颈骨折的治疗评价

股骨颈骨折多数为关节囊内骨折,多发生于老年人,中青年股骨颈骨折常由高能量创伤所致^[1]。由于局部血供因素,股骨颈骨折严重并发症为股骨头缺血性坏死(20—40%)和骨折不愈合,其发生率和患者年龄、损伤能量、骨折部位、移位程度、血供破坏程度、复位程度、固定程度、术后康复状况等相关^[3]。早期的解剖复位、骨折的加压固定可促进骨折愈合、减少股骨头的血供破坏,故,准确复位和可靠固定是良好预后的重要因素,对年轻患者更是如此。

(1)大多数股骨颈骨折需要手术治疗,只有少部分无移位骨折和外展嵌插的稳定性骨折(内翻畸形及股骨头后倾超过30°除外)可行骨牵引及卧床8—12周的保守治疗,但因长期卧床引发其他并发症,故条件允许情况下建议行手术内固定治疗。移位型股骨颈骨折如患者无手术禁忌证均应采取手术治疗,12小时之内进行手术治疗的患者死亡率明显低于延迟手术的^[1]。另外,急诊手术尽快恢复骨折端的正常关系,对于缓解对股骨头、颈血供的进一步损害有一定益处。

患者郑某某2017年1月3日11:38入院,1月4日10:00行“右股骨颈骨折、左股骨干骨折、切开复位内固定”,符合诊疗常规。

(2)股骨颈骨折手术治疗原则:早期无创伤复位、合理多钉固定,早期康复^[2]。手术复位可分为闭合复位和切开复位,应尽量先采取闭合复位,其创伤小、对周围血供破坏少,早期治疗有利于尽快恢复骨折后血管扭曲、受压或痉挛。切开发节囊较闭合复位增加股骨头坏死机率,故,应先尝试闭

合复位,在闭合复位失败无法达到解剖复位时采取切开复位^[1](直视下复位)。

患者郑某某2017年1月3日入院,次日行“关节囊切开复位内固定术”,经阅医方诊治材料,医方未尝试闭合复位即行关节囊切开复位内固定术,且未告知患者/家属替代疗法,医方治疗行为不符合诊疗规范。

(3)移位型股骨颈骨折的治疗原则是:坚强内固定、骨折端获得加压、解剖复位^[1]。

A.合格的内固定是坚强固定和骨折端获得加压,目前经常应用的内固定材料包括:多针、螺钉、钩钉、滑动螺钉加侧方钢板。加压螺钉:多根加压螺钉固定股骨颈骨折是目前最为提倡的方法,其具有骨折端可获得良好加压,3枚螺钉固定具有很高的强度和抗扭转能力、手术操作简便创伤小,但对于严重粉碎骨折,单独螺钉固定的支持力作用较差,有继发骨折移位和髓内翻可能。滑动螺钉加侧方钢板:对股骨颈后外侧粉碎、骨折端复位后缺乏骨性支持的提供可靠支撑,单纯使用抗扭转能力较差,建议在头钉上方再拧入1颗加压螺钉^[1]。

B.骨折的解剖复位是股骨颈骨折治疗的关键因素,直接影响骨折愈合及股骨颈缺血坏死的发生,骨折固定失效将增加骨不连、股骨头坏死的发生率。X线显示复位不满意者,实际上股骨颈骨折端接触面积只有1/2,由于骨折端接触面积少,自股骨颈基底向近端生升的骨内血管减少或生长受阻,从而降低了股骨头颈的血液灌注量,大大增加了股骨头坏死的机率^[1]。

股骨颈复位后通过 Garden 对位指数判断复位,及 X 线正侧位片评价复位的结果:正常正位片上股骨干内缘与股骨头内侧压力骨小梁呈160°交角,侧位片上股骨头轴线与股骨颈轴线呈一直线(180°)。复位的标准为 Garden 指数,可接受的复位为:正位股骨头内侧骨小梁和股骨干内侧皮质夹角介于155°—180°之间,侧位股骨头前倾/后倾小于20°^[2]。

本例,经阅术后多次复查的 X 线正侧位片,Garden 指数未在规定范围内,股骨颈骨折断端嵌插明显、对位对线不良,股骨颈骨折复位不良,医方的复位固定未达到复位要求。故,医方的诊疗行为存在过错。

2.4 关于 A 附属医院其他行为的评价

《手术知情同意书》中告知不全面、不详细。由于切开发节囊可能加重骨头坏死可能性,对此应更加详细告知,同时告知替代治疗方案^[6]。医方只在原常规告知书基础上添加“右股骨头坏死的可能”,告知不详细、不充分,存在不足。

2.5 关于郑某某自身情况评价

(1)青壮年股骨头骨折,坏死率高。青壮年骨质坚硬,需较大暴力才能发生骨折,(下转第51页)