

骨折后并发骨不连医疗鉴定路径的研究

彭加茂¹, 金跃明¹, 蒋士浩²

(1. 镇江市医学会医疗事故技术鉴定工作办公室, 江苏 镇江 212000; 2. 江苏省医学会医学鉴定中心, 江苏 南京 210008)

摘要:文章对收集到的33例骨折后并发骨不连医学鉴定病例进行回顾性分析,对骨折后并发骨不连鉴定路径进行了相关研究,对鉴定过程中的关注点展开了讨论,对损害后果及医疗过错行为与损害后果之间原因力度大小的判断进行了思考,藉以规范骨折后并发骨不连病例的医疗鉴定。

关键词:医疗鉴定路径;骨不连;医疗过错行为

中图分类号: R449

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)03-211-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20140310

骨不连是常见的骨折晚期并发症,发病率为5%~10%,也是医学鉴定过程中常见的病例类型。在医疗鉴定过程中,由于目前的医疗鉴定由鉴定专家组独立做出,专家组成员的不同工作经历、学识、不同的社会环境等多因素的影响,往往会导致针对同一类型的病例出现不同甚至截然相反的鉴定结论,从而引起社会对医学会组织的医疗鉴定的客观性、公正性的质疑。为减少和避免不同专家、不同地区针对同一类型的骨折后并发骨不连医疗鉴定病例不同鉴定结论的产生,提高医疗鉴定的社会公信力,规范医疗鉴定专家的鉴定过程,切实厘清医疗机构在诊疗活动中是否存在医疗过错行为以及行为与损害后果之间的因果关系,提高医疗鉴定组织人员对骨不连医疗鉴定公平性、客观性的把握能力,有必要设立规范的骨折后并发骨不连医疗鉴定路径。我会对收集到的33例骨折后并发骨不连医学鉴定病例进行回顾性分析,结合对相关医学文献资料的温习,对骨折后并发骨不连鉴定路径进行了相关研究,藉以规范骨折后并发骨不连病例的医疗鉴定。

一、33例骨折后并发骨不连医疗鉴定病例分析

在收集到的33起医疗鉴定病例中31例为医疗事故技术鉴定,2例为医疗损害鉴定病例。经鉴定构成医疗事故的有8例(三级丙等2例,三级戊等1

例,四级5例),无鉴定结论1例,不构成医疗事故24例。骨折后并发骨不连可见于全身多处骨骼,以长骨多见,本研究收集到的病例的骨折部位有:股骨干13例,胫骨7例,尺、桡骨5例,肱骨3例,指骨2例,锁骨2例,脊柱骨1例。经鉴定构成医疗事故的8例中,对医疗机构在对患者的诊治过程中违反的诊疗规范都作了详细说明,医疗过错的常见原因包括:不具备手术资质、内固定选择不当、功能锻炼指导不够、对出现的感染处理不及时等,见表1。而在不构成医疗事故的24例鉴定病例中,鉴定报告书也对患者发生骨不连的原因进行相关分析,见表2。在24例不构成医疗事故的鉴定病例中,在报告书中明确指出医疗机构存在医疗上的过错的有5例,过错原因为:手术时机选择不当、手术方法欠妥、内固定的选择与固定方法不当。

表1 8例构成医疗事故病例鉴定结果分析

事故等级	责任程度	例数	过错描述
三级丙等	主要	1	不具备手术资质、外固定时间过长
	轻微	1	过早指导活动,钢板断裂
三级戊等	次要	1	内固定物选择过多、对出现的感染处理不及时
四级	主要	2	内固定选择不当,出现骨不连后未及时告知、处理
	次要	1	内固定选择不当
	轻微	2	早期负重、发现骨折分离、移位处理不当

收稿日期:2014-04-21

作者简介:彭加茂(1978-),男,江苏海安人,公共卫生硕士,助理研究员,研究方向为医事法学。

表2 24例不构成医疗事故病例鉴定结果分析

骨不连的原因分析	例数
与原始损伤严重程度有关	13
术后感染	4
钢板断裂	3
早期活动	2
年老、自身体质	2

二、骨不连的定义及产生的原因

骨不连的临床诊断必须包括临床症状体征、影像学表现、时间。临床症状体征:骨折无临床愈合征象,最肯定的体征是骨断端之间有异常活动。但在有内固定物存在时,骨断端之间没有异常活动,这时主要是依据局部有无压痛及轴向叩击痛来判断。承重活动疼痛也具有诊断意义。影像学表现:从骨折部的正侧位X线影像表现看,不论骨折端有无骨痂、硬化、萎缩、疏松,以及髓腔闭塞等,骨断端间没有连续性骨痂通过骨断端间隙。时间:一般说,骨折后7个月仍未愈合时,就可诊断骨不连^[1]。

引起骨不连因素很多,包括全身性因素和局部因素。医疗鉴定的主要任务在于对医疗行为正确与否的判断,在骨不连产生中与治疗有关的因素主要包括:①粗暴或反复的闭合复位;②外固定不足,外固定范围不够;③过度牵引;④手术中未恢复骨折部位骨骼的稳定性、骨骼的连续性和力学完整性;⑤未做到有监控早期合理功能锻炼;⑥未能充分保护骨与软组织足够血供;⑦未做到变坚强内固定为生物学内固定、坚强固定与弹性固定相结合;⑧内固定治疗技术应用方法的错误^[2]。

三、骨折后并发骨不连病例医疗鉴定过程中的关注点

通过对33例病例的分析及对相关医学文献资料的复习,归纳在鉴定过程中需要注重对以下几个方面的把握。

(一)手术资质的审查

手术资质是医疗行为合法性的前提。《中华人民共和国执业医师法》、卫生部《医疗技术临床应用管理办法》、《医疗机构手术分级管理办法(试行)(2012年)》、《医疗核心制度》中的手术分级管理制度、江苏省卫生厅《江苏省手术分级管理规范(2010版)》对医疗机构、医务人员所能开展的手术均作了明确规定,这是判断医疗机构医疗合法性的依据。

从鉴定实践工作看,大部分法医专家认同“一票否决制”,即认为只要医疗机构不具备手术资质,即

应承担损害后果的全部责任;而临床医学专家认为,鉴定过程中还是应对医方的医疗行为及患者的个体差异进行综合判断,不能仅以不具备手术资质而要求医疗机构承担完全责任。鉴于手术资质属于行政法意义上的违法,而目前医疗鉴定所作的因果关系分析属于民法意义上的判断,同时医疗鉴定的目的在于解决医患纠纷这一民法调整的内容,因此,我们建议对涉及手术资质问题应如实在鉴定报告中明确指出,对手术资质与损害后果之间的因果关系可以不作分析。

(二)手术适应证及手术时机的选择

具有手术适应证是医疗机构开展手术治疗的合理性前提。随着医疗技术水平及医疗器械的发展,骨科手术的适应证越来越广泛,在医学鉴定过程中应着重排除手术禁忌证,即患者的诊治过程中是不是存在不该进行手术的情形。常见的手术复位及固定的禁忌证包括:①骨质疏松骨太脆弱而不能承受内或外固定;②由于瘢痕、烧伤、活动性感染或皮炎导致骨折或计划手术部位的软组织覆盖太差;③活动性感染或骨髓炎为内固定的绝对禁忌证,但可行外固定支架外固定;④骨折片不够大,难以应用内固定或内固定不牢靠是相对禁忌证;⑤患者的全身情况差,不能耐受麻醉或手术;⑥无移位骨折或稳定的嵌入骨折其位置可能接受时,不需做手术探查或复位;⑦没有足够的设备、人力、训练和经验时。

手术切开复位的时机须视病情和局部指征而定。对开放骨折或脱位,或并发血管损伤的骨折,需紧急手术。对一般的闭合性骨折,可择期手术。有主张在24小时内手术,此时骨折周围软组织间隙尚易识别,操作方便。但是局部软组织条件不好时,则应等皮肤创面愈合、水泡或水肿消退再进行手术。临床工作中,常用“皱纹实验”作为测试皮肤功能的指数,即轻轻捏起两手指之间的皮肤,如果感觉皮肤活动柔软且产生正常的皱纹,说明能耐受手术。如果延迟手术,应对患者行暂时的外固定支架固定,用于维持肢体的长度和位置,并为组织提供稳定性。

(三)手术的操作过程

手术操作过程的判断是医学鉴定中的难点,由于手术过程的不可重复性,对操作过程的判断只能依靠手术记录及手术中的影像资料进行分析。使用切开复位内固定技术治疗各种类型的骨折,需要符合治疗要求的良好对位对线,所以在骨折断端,特别是压力侧的临床治疗过程中,要尽量防止骨间隙和骨缺损现象的出现。一般认为长骨骨折固定后断骨间隙不应超过骨折部位骨髓腔的1/4。同时手术应尽可能纠正骨折

端遭受到剪切、扭转、成角等应力干扰。

(四) 植入物的选择及固定方法

坚强有效的固定是骨折的治疗原则之一,骨折的稳定性决定了在骨折愈合过程中的生物学反应的发展方向,手术治疗中针对不同骨折,应选择不同的内固定。内固定的选择、固定不当,导致内固定不能起到有效固定的目的,骨折断端仍处于活动状态或内固定物发生断裂而导致骨不连的发生。因此,鉴定过程中应对植入物的选择类型、固定的要求进行深入分析。

(五) 外固定器

在使用外固定器中首先应选择适当的外固定器,对有骨断间隙与骨缺损的骨折可采用早期自体松质骨移植术,要注意及时修复软组织创面。在使用外固定器固定过程中,应随骨折愈合进程的发展,逐渐降低骨外固定刚度。

(六) 感染的预防

感染是导致骨不连的重要因素。针对开放性骨折感染的预防,早期合理的清创冲洗和抗生素的使用是最重要的。早期的清创治疗应仔细彻底并且系统化,所有的异物和明显的无血供的组织应该辨认后切除,此时止血带的使用要短暂并且要保持保守态度,因为组织的出血是组织有活性最好的提示之一。在清创过程中应该对伤口进行大量的液体冲洗。

在开放性骨折的治疗中,应早期系统性地进行治疗,多数方案建议使用广谱抗生素。不论是手术病例还是非手术病例,在进行石膏托外固定时均应留有“视窗”,以及时发现可能存在的感染。而在感染发生时,应及时行分泌物培养等检查,采取

有效的引流、冲洗及敏感药物进行治疗。

(七) 术后处理

骨折术后处理事关骨折手术的成败,术后处理不当也是骨不连发生的重要原因。

1. 术后的外固定

在鉴定过程中应着重对术后是否应使用外固定、外固定方式是否符合要求、固定持续时间是否足够、拆除外固定的时机等进行判断。

2. 功能锻炼及康复治疗

指导患者进行功能锻炼是骨折治疗的内容之一。功能锻炼必须在不影响骨折固定稳定性的前提下进行,何时进行何种锻炼,患肢何时可以负重、持重以及支撑等,医务人员均应进行明确的告知。对此的鉴定主要集中在医疗机构是否对锻炼的时机、方法、复查的时间履行了相关的告知义务,在病程记录、出院小结、门诊复查病历中是否记录。

(八) 非手术病例的鉴定

对非手术治疗发生骨不连的病例,鉴定中应严格掌握非手术治疗的适应证。要考虑到治疗中骨折的对位对线是否符合治疗要求(功能复位),外固定是否有效。如在选择石膏固定的病例鉴定中,应注重对石膏应用的一般原则进行判断。如遵守三点固定的原理,以防止石膏变形失效;及时调整,防止过松或过紧;要进行良好的塑形,在治疗过程中是否及时复查,并根据复查结果及时对治疗作出调整。

通过对收集到的鉴定病例的回顾性分析及对相关鉴定过程中关注点的把握,我们制订出骨折后并发骨不连医疗鉴定路径示意图(图1)。在鉴定过程

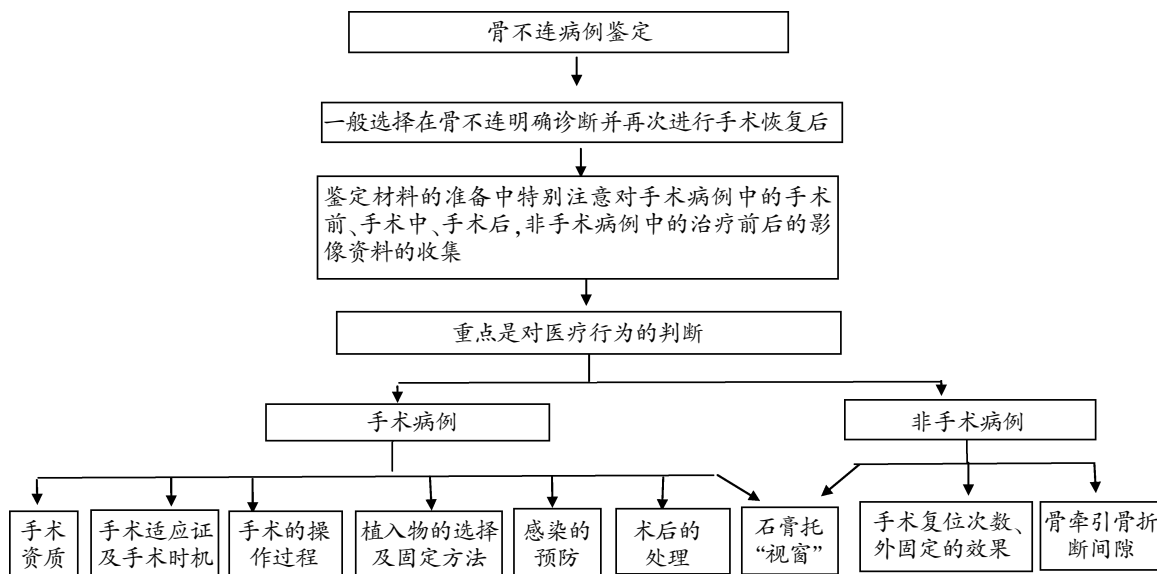


图1 骨折后并发骨不连医疗鉴定路径图

中要严格按照路径中的关注点,规范化地进行鉴定,从而提高医疗鉴定的社会公信力。

四、损害后果及医疗过错行为与损害后果之间原因力大小的判断

医学鉴定就是对某一个有争议的医疗行为是否存在过错,是否造成了损害后果,过错与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行判定,分析的内容就是要依据法律法规、常规规范,正确的医疗行为应该怎么做,而争议的医疗行为实际是怎么做的,是否存在过错进行分析。针对骨折后并发骨不连的鉴定病例,在鉴定过程中应该分析骨折后并发骨不连的原因,分析医疗行为中是否采取措施防范骨折后并发骨不连,是否注意骨折后并发骨不连的及时发现,是否注意骨折后并发骨不连的及时处置。

但到目前为止,引起骨不连的原因尚不十分明确,大多数学者认为在骨不连的发生中,全身和局部因素均发挥作用,因此在确定了医疗机构存在医疗过错后,对医疗过错行为与损害后果之间的原因力大小的判断上应综合分析,要考虑到骨折的原始损伤(损伤的部位、类型、损伤的严重程度等)、患者的个体因素(年龄、体质、营养、基础疾病等)对骨不连发生的影响,对医疗过错行为在损害后果中的原因力大小应当予以明确。

参考文献

- [1] 曾炳芳,梁国穗. 中华骨科学——创伤骨科卷[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:4
- [2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 4版. 北京:人民军医出版社,2012:1

《南京医科大学学报(社会科学版)》

2013年度优秀论文揭晓

一等奖(2篇)

操 奇

戴庆康,葛菊莲

生命文化学论纲

精神障碍患者保安性非自愿住院的主体与标准问题研究

二等奖(4篇)

冷明祥,王 林,王鹏飞

王锦帆,刘庭芳,王 虹,等

曾庆苓

顾加栋,雷 海

幸福视角中的我国城市居家养老

江苏、宁夏两省六所医院医患沟通专题调查分析

浅谈东西方文化视野下的“堕胎观”

医政管理语境中“非法行医”之内涵及应然性分析——以1978年以来国家卫生部相关文件为基础

三等奖(6篇)

龙柏林,苏俏云

施姣姣,姜柏生,杨 芳

夏媛媛

李 辉,孙雅艳

张爱林

黄晓光,徐 璇,刘 蕾,等

个人如何让自己生活更幸福?

论人工生殖纠纷的类型、特征及处理原则

民国时期公医制的形成过程及其对医学教育的影响

论志愿服务与大学生精神成人的关系——以“西部计划”为个案

陈果夫与江苏省立医政学院

基本药物制度实施后的经济补偿分析与完善财政投入机制的对策建议

提名奖(8篇)

王 虹,唐晓东,薛 琴

白 爽

刘 燕,黄晓光

王 勇

张明敏,冷明祥,万 彬,等

尹跃进,张晓丽

新制度下医院成本核算体系的构建研究

二战时期英国紧急医院服务的问题初探

对我国社会资本办医的思考及建议

兰安生与中国近代公共卫生

某大型综合医院医保药品目录执行效果研究

建国初期我国对于突发公共卫生事件的应对机制——以1950年江苏高邮县血吸虫病爆发事件为例

万 彬,程向前,陈 蕾

李少冬

镇江市医保基金医疗服务支付方式控费现状研究

建立有中国特色的基本药物制度