

[编者按] 建立分级诊疗制度是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措,是深化医药卫生体制改革的重要内容。对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人民健康水平具有重要意义。安徽省结合实际,以常见病、多发病、慢性病为切入点,正逐步探索建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式。2015年安徽省卫生和计划生育委员会委托安徽省医学会,针对高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病、股骨颈骨折、腰椎间盘突出症,组织专家编写了《安徽省常见病分级诊疗指南(2015版)》(以下简称《指南》),《指南》详细叙述了以上6个病种的诊断、评估与治疗,明确各级医疗机构的功能定位、诊疗项目、转诊原则与流程等。《安徽医学》2016年将分期刊载《指南》,以期指导医疗机构开展分级诊疗,为临床医务人员践行常见病的分级诊疗提供参考,促进分级诊疗制度的发展。

安徽省股骨颈骨折分级诊疗指南

(2015年版)

股骨颈骨折是指股骨头下至股骨颈基底部的骨折,多数为关节囊内骨折,是老年人最常见的骨折之一,严重危害老年人生活质量。治疗方式以手术为主,内固定和人工关节置换是常用的手术方法,虽然治愈率较高,均存在一定比例的并发症,医疗单位需具备相应的技术水平和手术条件。

一、流行病学特点

股骨颈骨折是髋部最常见的骨折,占全身骨折总数的3.58%,多发生在老年阶段,尤以老年女性骨质疏松者多见。随着寿命延长,其发病率有增高趋势。中青年股骨颈骨折较少见,多由较大暴力引起。由于局部血供因素,常可出现骨折不愈合(15%左右)和股骨头缺血坏死(20%~30%)等并发症。

二、临床表现

多见于老年女性,多有跌倒、扭伤或其他轻微外伤史,因受伤暴力不明显,常因疏忽而延迟诊治。

(一) 症状:

1. 外伤后髋部疼痛;
2. 髋关节主动活动受限;
3. 除少数外展嵌插型骨折外,多数患者伤后站立、行走功能明显受限。

(二) 体征:

1. 畸形:患肢多有轻度屈髋屈膝及外旋畸形。
2. 压痛及叩击痛:腹股沟韧带中点下方压痛,在足跟部或大粗隆部叩打时,引发髋部疼痛。
3. 功能障碍:移位骨折患者在伤后不能坐起或站立,但有一些无移位的不完全骨折或嵌插骨折病例,在伤后仍能走路或骑自行车,对这些患者要特别注意。不要因遗漏诊断使无移位稳定骨折变成移位的不稳定骨折。
4. 患肢短缩:有移位骨折,骨折远端受肌群牵引而向上移位,因而患肢变短。
5. 患肢大粗隆升高:表现在大粗隆在髂-坐骨结节连线(Nelaton线)之上;大粗隆与髂前上棘间的水平距离缩短,短于健侧。

(三) 辅助检查

髋关节X线正侧位片一般可明确诊断,有些无移位骨折早期摄片可能看不见骨折线,1~2周后骨折处因骨折端发生吸收现象,X线可显示骨折,或行CT、MRI检查可明确诊断。因此,凡在临床上怀疑股骨颈骨折者,虽X线片上暂时未见骨折线,先制动随访观察2~3周后再拍片复查。另一种易漏诊的情况是股骨干骨折合并股骨颈骨折,常发生于年轻人,对此类患者需注意髋部检查,以免漏诊。

按骨折移位程度分型(Garden分型):

I 型: 骨折没有通过整个股骨颈, 股骨颈有部分骨质连接, 骨折无移位, 近折端保持一定血运, 这种骨折容易愈合。

II 型: 完全骨折轻微移位, 股骨颈虽然完全断裂, 但对位良好, 如系股骨头下骨折, 仍有可能愈合, 但股骨头坏死变形常有发生。

III 型: 完全骨折, 并有部分移位, 多为远折端向上移位或远折端嵌插在近折端的断面内, 形成股骨头向内旋转移位, 颈干角变小。

IV 型: 股骨颈骨折完全移位, 两侧的骨折端完全分离, 近折端可产生旋转, 远折端多向后上移位, 关节囊及滑膜有严重损伤, 因此经关节囊和滑膜供给股骨头的血管也容易损伤, 造成股骨头缺血坏死。

三、治疗

股骨颈骨折的治疗方法包括保守治疗、闭合或切开复位内固定、半髋或全髋关节置换等, 其治疗效果受患者的年龄、骨折类型、骨质情况、伴发疾病等多种因素影响。未移位骨折或嵌插骨折可采取内固定治疗或保守治疗; 对移位股骨颈骨折, 目前一致认为应采取手术治疗。

1. 保守治疗: 患者或家属拒绝手术者; 具有多系统合并症的老年患者, 不能耐受手术者。

将患肢置于轻度外展位, 皮肤牵引制动, 防止内收, 穿防旋鞋控制伤肢外旋, 注意良好的护理。

2. 手术治疗:

1) 内固定治疗

股骨颈骨折复位内固定的原则: ①解剖复位或近似解剖复位; ②有效小损伤内固定; ③早期活动不可负重, 扶拐要长达数年。

a. 闭合复位中空加压螺钉、螺纹斯氏钉或克氏针内固定术

手术指征: 各种类型股骨颈骨折均可先试行闭合复位内固定术。

b. 闭合复位克氏针多针内固定术

手术指征: 儿童股骨颈骨折。

c. 切开复位内固定术

手术指征: 移位严重股骨颈骨折闭合复位失败者。

d. 切开复位内固定 + 带血管蒂骨瓣移植术

手术指征: 年轻患者陈旧性股骨颈骨折。

2) 人工关节置换

a. 双极人工股骨头置换术

手术指征: 高龄体弱预期生存期不长, 股骨近端骨质严重疏松者, 难以满意复位内固定或内固定术失败的股骨颈骨折。

b. 人工全髋关节置换术

手术指征: ①年龄 65 岁以上 Garden III ~ IV 型骨折闭合复位内固定失败; ②髋关节原有严重骨关节炎; ③伴有股骨头完全脱位的股骨颈骨折; ④有移位的陈旧性股骨颈骨折。

3) 关于陈旧性股骨颈骨折或畸形愈合的转子间截骨治疗

转子间截骨治疗陈旧性股骨颈骨折或畸形愈合的方法是传统治疗方法, 过去在临床上获得了良好的疗效, 目前仍不失一种治疗手段。既往在二级医院就可实施。

截骨治疗的理论是: ①改变了股骨头颈负重力线; ②转子间截骨增加髋部骨质血液循环, 由此获得骨折愈合或降低股骨头坏死发生率。

手术后按照股骨颈骨折治疗临床路径常规给予镇痛、抗凝、抗感染和康复治疗。

四、股骨颈骨折诊疗服务目标、流程与双向转诊标准

(一) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务机构:

1. 服务目标:

- a. 首次接诊: 对病情进行评估及初步诊断, 建立病情档案; 对符合非手术治疗指证的患者给予保守治疗。
- b. 对有手术指证的患者视病情的复杂及严重程度, 酌情向二级医院或三级医院转诊; 需要急诊手术者, 就近急诊转诊。
- c. 接诊二级医院和三级医院手术后病情稳定, 需要继续康复治疗的患者。

2. 服务流程:

a. 首次接诊: 详细询问病史和体格检查, 摄髌关节前后位 X 线片或骨盆平片。同时注意是否存在其他部位的损伤。对病情进行评估并做出初步诊断(包括合并症诊断), 对临床症状体征明显, X 线片未显示骨折线者, 可就近医联体二级以上医院做 CT 检查明确诊断, 建立病情档案。

b. 治疗: 对合并多系统疾病不能耐受手术的老年患者, 或患者及家属不愿意接受手术者可以保守治疗。非手术治疗期间给予抗凝: 低分子肝素钠或口服药物(未下床之前需常规抗凝)或物理预防; 镇痛: 非甾体类抗炎镇痛药, 如双氯芬酸钠, 塞来昔布, 芬必德等治疗; 康复治疗。

3. 转诊:

上转二级医院标准:

- a. 保守治疗 3 个月, 复查 X 线, 骨折线依然明显;
- b. 有内固定或人工关节置换手术指证者;
- c. 保守治疗期间出现合并症或并发症无条件处理者。
- d. 保守治疗期间出现功能障碍无法处理者。

上转三级医院标准:

- a. 高龄、高危股骨颈骨折;
- b. 合并有骨盆、髌臼、股骨近端骨折者;
- c. 髌关节原有严重病变者;
- d. 初次髌关节置换失败需要翻修手术者;
- e. 初次内固定失败出现严重并发症者。
- f. 出现疑难功能障碍无法处理者。

急诊转诊标准:

- a. 严重移位的股骨颈骨折(Garden IV 型);
- b. 合并脱位的股骨颈骨折;
- c. 合并多发性骨折者;
- d. 合并严重并发症者。

4. 接诊上级医院转诊患者:

按照上级医院转诊医嘱对手术后病情稳定的患者, 进行康复治疗。

(二) 县级公立医院:

1. 服务目标:

- a. 接诊乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务机构转诊患者和三级医院转诊患者, 对病情进行评估, 进一步明确诊断, 对有手术指证者施行手术治疗。
- b. 转诊疑难复杂重症股骨颈骨折患者到三级医院。
- c. 转诊手术后病情稳定需要继续康复治疗的患者到基层医院。
- d. 接诊基层医院无法处理的需要继续康复的功能障碍患者。

2. 服务流程:

a. 接诊转诊患者: 详细询问病史和体格检查, 结合 X 线片、CT、MRI 等影像学表现做出专科诊断和合并疾病诊断。

b. 治疗: 依据患者病情, 采取保守治疗或外科手术治疗。

确定手术的患者(见内固定和人工关节置换手术指证)完善术前检查(血常规、尿常规、大便常规、血气分析、血生化检查、肝肾功能、肺功能、传染病检查、血型、凝血时间、心电图、胸透等),根据不同病情制定手术方案;在与患者及其家属充分沟通并知情同意后施行手术。对严重移位的股骨颈骨折和合并脱位的股骨颈骨折可急诊手术。

保守治疗方法同基层医院。

手术后治疗:①抗凝:低分子肝素钠或口服药物(未下床之前需常规抗凝)或物理预防;②镇痛:曲马多、杜冷丁、塞来昔布、帕瑞昔布、地佐辛;③预防感染(围手术期):一代头孢(头孢唑啉、头孢硫脒)、二代头孢(头孢西丁、头孢夫辛);④促进骨愈合:接骨七厘片、骨肽等;⑤固定:可根据内固定或关节置换稳定性情况对患肢进行制动或固定;⑥康复治疗。

3. 转诊:

上转三级医院标准:

- 高龄、高危股骨颈骨折;
- 合并有骨盆、髌臼、股骨近端骨折者;
- 髋关节原有严重病变者;
- 初次髋关节置换失败需要翻修手术者;
- 初次内固定失败出现严重并发症者。
- 无法处理的疑难功能障碍者。

下转基层医院标准:

- 符合非手术治疗指证的股骨颈骨折患者;
- 手术后病情稳定需要继续康复治疗的患者。

(三) 城市二级医院:

参照县级公立医院

(四) 城市三级医院:

1. 服务目标:

- 接诊基层医院和二级医院转诊的病情复杂、疑难、重症的股骨颈骨折患者,明确诊断和治疗方案,给予处理。
- 指导基层医院和二级医院合理正确双向转诊。
- 转诊手术后病情稳定需要继续康复治疗的患者到基层医院或二级医院。
- 接诊基层医院和二级医院无法处理的疑难功能障碍患者。

2. 服务流程:

a. 接诊转诊患者:详细询问病史和体格检查,结合X线片、CT、MRI等影像学表现做出诊断;根据不同病情进一步完善相关检查,对合并疾病做出诊断,有手术指证者按照NNIS手术风险分级标准对手术风险进行评估。

b. 治疗:对无手术禁忌证确定手术的患者(见上转三级医院参考标准)完善术前检查(血常规、尿常规、大便常规、血生化检查、血气分析、肝肾功能、肺功能、传染病检查、血型、凝血时间、心电图、胸透等),根据不同病情制定手术方案;在与患者及其家属充分沟通并知情同意后施行手术。对严重移位或合并脱位的股骨颈骨折应尽早手术治疗。

术后处理:①抗凝:低分子肝素钠或口服药物(未下床之前需常规抗凝)或物理预防;②镇痛:曲马多、杜冷丁、塞来昔布、帕瑞昔布、地佐辛;③预防感染(围手术期):一代头孢(头孢唑啉、头孢硫脒)、二代头孢(头孢西丁、头孢夫辛);合并感染者需依据细菌培养+药敏试验结果选用敏感抗菌药物;④促进骨愈合:接骨七厘片、骨肽等;⑤固定:可根据内固定或关节置换稳定性情况对患肢进行制动或固定;⑥康复治疗。

3 转诊:

下转基层医院标准:

- 病情稳定符合非手术治疗指证的股骨颈骨折患者;
- 手术后病情稳定,仅存在轻度功能障碍,主要关节活动度和肌力能够基本满足日常生活活动的需要,无需

住院康复治疗,可进行基层康复(社区康复或居家康复)。

下转二级医院标准:

- a. 无手术指证,但病情不稳定者;
- b. 年老体弱、全身合并疾病多、不能耐受手术者;
- c. 有手术指证但不愿接受手术的患者;
- d. 术后已接受或未接受系统早期康复治疗(指手术所在医院早期床边康复治疗)后仍存在明显功能障碍,需要继续住院康复治疗。

下转患者时,上级医院应将患者诊断、治疗、预后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构。

五、药物、固定材料

- ①抗凝:低分子肝素钠,口服药物如阿司匹林、利伐沙班;
- ②镇痛:曲马多、杜冷丁、塞来昔布、帕瑞昔布、地佐辛;
- ③预防感染(围手术期):一代头孢(头孢唑啉、头孢硫脒),二代头孢(头孢西丁、头孢夫辛),合并感染者需依据细菌培养+药敏试验结果选用敏感抗菌药物;
- ④促进骨愈合:接骨七厘片、骨肽等;
- ⑤内固定:中空加压螺钉、螺纹斯氏钉、克氏针;
- ⑥关节置换:人工股骨头、人工髋臼。

六、急诊处理

按照“急慢分治”的原则,对于急诊患者,按照急诊相关规定进行处理。

七、编写组成员(按姓氏笔划为序)

卜海富 马武秀 孔荣 王学东 朱晨 张迪 陈进 周建生 倪朝民 徐祝军

备注:本指南中关于股骨颈分级康复诊疗流程和技术规范方面的内容参考“附件:股骨颈骨折分级康复诊疗指南”部分。

附件:

股骨颈骨折分级康复诊疗指南

股骨颈骨折患者通常首诊于医院骨科,治疗方式以手术治疗为主,仅很少一部分予以保守治疗。不论采取何种治疗方式,早期康复和持续康复可最大程度恢复肢体功能,促进患者尽早生活自理、重返工作岗位,提高患者生活质量。

一、股骨颈骨折分级康复诊疗流程

(一) 建议在有条件的医院骨科诊疗期间由所在医院同步开展早期床边康复。

(二) 股骨颈骨折双向康复转诊标准: 根据股骨颈骨折不同手术治疗方法,双向康复转诊标准分以下两种情况:

1. 股骨颈骨折(内固定术后)

(1) 由城市三级医院、城市二级或县级医院转出标准

1) 由城市三级医院、城市二级或县级医院骨科转出至同级或下级医院康复的标准

①生命体征平稳。

②骨科专科处理结束,临床及影像学检查骨折对位对线良好、固定稳定可靠。

③骨折相关临床实验室检查指标基本正常或平稳。

④手术切口无红肿、渗出等感染征象。

⑤术后已接受或未接受系统早期康复治疗(指手术所在医院早期床边康复诊疗)后仍存在明显功能障碍,需继续住院康复治疗。

2) 由城市三级医院、城市二级或县级医院骨科转出至基层医院康复的标准。

①生命体征平稳。

②骨折相关临床实验室检查结果基本正常。

③没有需要住院治疗的复合伤、合并症、并发症。

④局部肿胀和疼痛基本缓解,骨折固定稳定牢靠,仅存在轻度功能障碍,主要关节活动度和肌力能够基本满足日常生活活动的需要,无需住院康复治疗,可进行基层康复(社区康复或居家康复)。

(2) 由基层医院、县级或城市二级医院转回上级医院相应专科的标准

1) 骨折内固定松动、感染或再骨折,骨折延迟愈合或不愈合等情形。

2) 骨折肢体疼痛、肿胀或功能障碍加重,经本级医院处理后不能缓解。

3) 发生本级医院诊治困难,需转回至上级医院治疗的其他疾病或并发症。

4) 骨折肢体功能恢复未达到预期目标或功能障碍加重或其他疑难功能障碍。

2. 股骨颈骨折(人工关节置换术后)

(1) 由城市三级医院、城市二级或县级医院转出标准

1) 由城市三级医院、城市二级或县级医院骨科转出至同级或下级医院康复的标准。

①生命体征平稳。

②骨科专科处理结束。

③无严重关节疼痛、肿胀;手术切口无红肿、渗出等感染征象。

④临床及影像学检查人工关节位置及其稳定性良好。

⑤关节置换术相关临床实验室检查指标基本正常或平稳。

⑥无复合伤、合并症和并发症需其他专科特殊处理或需优先处理。

⑦术后已接受或未接受系统早期康复诊疗(指手术所在医院早期床边康复诊疗)后仍存在明显功能障碍,需继续住院康复治疗。

2) 由城市三级医院、城市二级或县级医院骨科转出至基层医院康复的标准。

①生命体征平稳。

②骨科专科处理结束。

③临床及影像学检查人工关节位置及其稳定性良好。

④关节置换术相关临床实验室检查结果基本正常。

⑤没有需要住院特殊处理的复合伤、合并症和并发症。

⑥手术关节仅存在轻度功能障碍,疼痛轻微或无疼痛,日常生活基本自理,无需住院康复治疗,可进行基层康复(社区康复或居家康复)。

(2) 由基层医院、县级或城市二级医院转回上级医院相应专科的标准

1) 人工关节假体松动、脱位或假体周围骨折,局部血管、神经损伤。

2) 手术关节严重疼痛、肿胀,疑似关节感染。

3) 发生下肢深静脉血栓形成经本级医院治疗无效。

4) 发生本级医院诊治困难,需转回至上级医院治疗的其他疾病或并发症。

5) 关节功能恢复未达到预期目标或其他疑难功能障碍。

二、股骨颈骨折康复诊疗技术规范

依据股骨颈骨折不同临床治疗方法,分级康复诊疗技术规范分以下3种情况:

(一) 股骨颈骨折(内固定术后)

1. 早期康复

(1) 根据病情,建议在城市三级医院、城市二级或县级医院骨科临床处置完成后24~72小时内由手术所在医院开展早期床边康复。

(2) 鼓励有条件医院在手术前根据病情开展康复宣教和诊疗。

2. 康复评定

(1) 评定时间

1) 首次评定:首次康复诊疗当日。

2) 定期评定:根据病情,每1~2周评定1次。

(2) 评定内容

1) 一般情况:包括意识、生命体征、睡眠和大小便等基本情况;有无复合伤、合并症、并发症等伴发病症及其诊治情况。

2) 康复专科评定:评定骨折肢体的疼痛、肿胀和切口愈合情况;神经功能和循环功能。在不影响骨折稳定性的前提下评定关节活动度、肢体围度、肢体长度和肌力等。根据病情评定患者的转移、站立、步行功能,心肺功能以及日常生活活动能力。

3. 康复治疗:根据评定结果,开展以下康复治疗项目,每项治疗方法酌情每天执行1~2次。

(1) 正确肢位摆放与处理。

(2) 防治并发症:特别是下肢深静脉血栓形成、关节粘连、肌肉萎缩和骨化性肌炎等。

(3) 有效控制合并症:如高血压病、糖尿病、冠心病等慢性基础疾病。

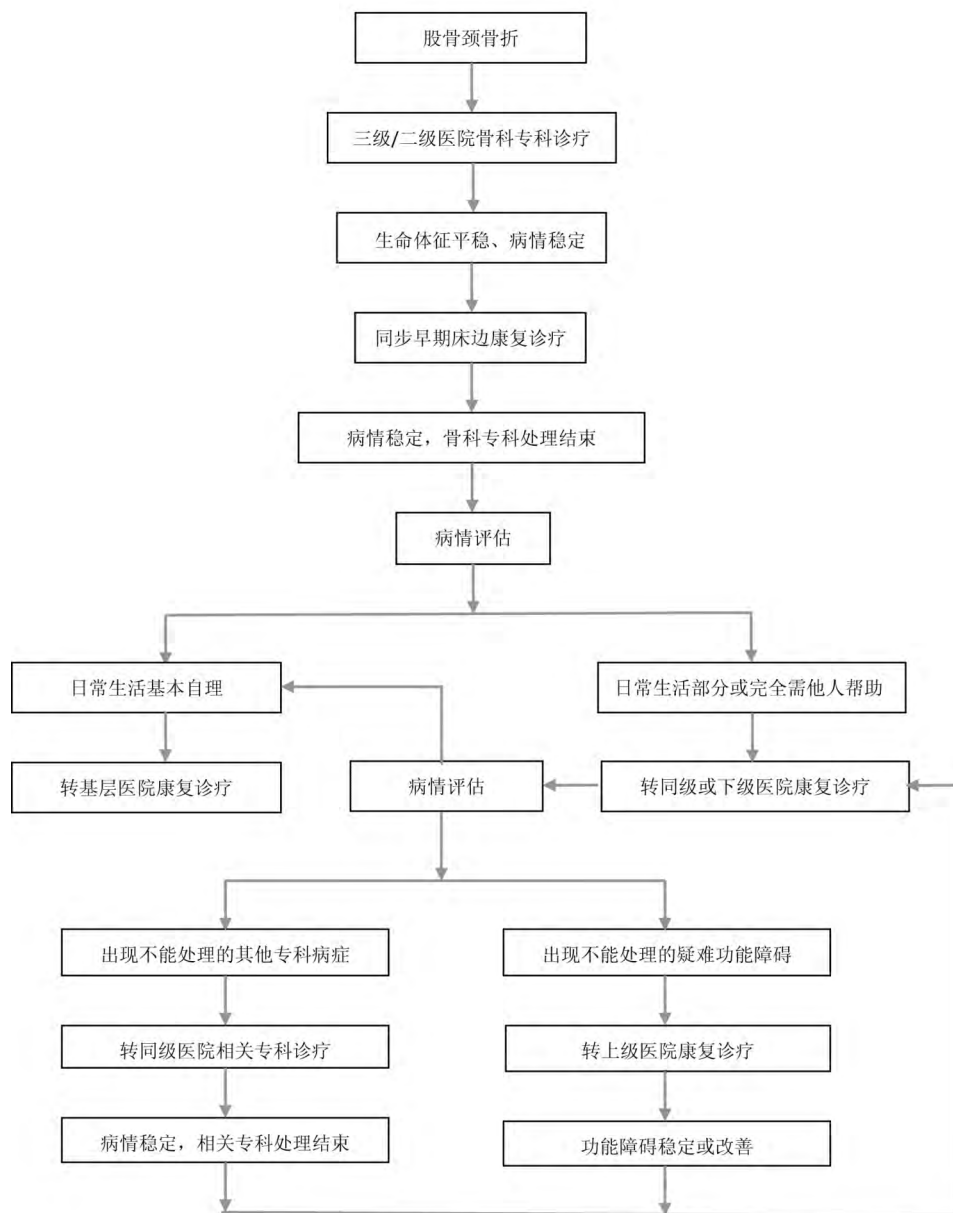
(4) 骨折局部治疗:消肿、止痛、促进骨折部位的愈合。根据骨折部位及固定方法,实施骨折固定部位的肌肉等长收缩运动和相邻关节主动、助动或被动运动;选择适宜物理因子治疗,如红外线治疗、紫外线治疗、低频电疗、中频电疗、磁疗、超声波治疗、气压治疗等;中医中药治疗。

(5) 根据患者病情,开展体能训练;适时开展转移、负重和步行训练以及日常生活活动能力训练;必要时配备辅助器具和进行辅助器具的使用指导。

4. 注意事项:

(1) 根据骨折固定方式和骨折愈合情况,制定患肢负重时间进度表。

股骨颈骨折分级康复诊疗简易流程图



(2) 康复治疗不可引起患肢明显疼痛、肿胀加重，运动量应当循序渐进。

(3) 患者出现以下情况或并发症时，应及时调整或暂停康复治疗：生命体征不稳定、发热（体温 $>38^{\circ}\text{C}$ ）、下肢深静脉血栓形成、肺栓塞、骨折固定不稳定、伴发不宜康复治疗的其他病症以及患者不配合等。

(二) 股骨颈骨折（人工髋关节置换术后）

1. 早期康复：

(1) 根据病情，建议在城市三级医院、城市二级或县级医院骨科临床处置完成后 24 ~ 72 小时内由手术所在医院开展早期床边康复诊疗。

(2) 鼓励有条件医院在手术前根据病情开展康复宣教和诊疗。

2. 康复评定：

(1) 评定时间

1) 首次评定：首次康复诊疗当日。

2) 定期评定：根据功能状况，每 1 ~ 2 周评定 1 次。

(2) 评定内容

1) 患者一般情况: 包括意识、生命体征、睡眠和大小便等基本情况, 有否复合伤、合并症和并发症等伴发病症及其诊治情况, 了解患者整体治疗状况。

2) 康复专科评定: 评定手术部位的疼痛、肿胀、切口愈合情况, 肢体神经功能和循环功能。在不影响人工关节稳定性的前提下评定关节活动度、肢体围度、肢体长度和肌力等。根据病情评定患者的转移、站立、步行功能和心肺功能以及日常生活活动能力。

3. 康复治疗: 根据评定结果, 开展以下康复治疗项目, 每项治疗方法酌情每天执行 1~2 次。

(1) 正确肢位摆放与处理。

(2) 防治并发症: 特别是预防人工关节松动、脱位和下肢深静脉血栓形成等。

(3) 有效控制合并症: 如高血压、冠心病、糖尿病等慢性基础疾病。

(4) 手术部位治疗: 消肿、止痛、促进伤口愈合。根据手术方式和假体类型, 实施肌力训练和关节主动、助动或被动运动; 选择适宜的物理因子治疗, 如冷疗、红外线治疗、紫外线治疗、低频电疗、中频电疗、磁疗、超声波治疗、气压治疗等; 中医中药治疗。

(5) 根据患者病情, 积极开展体能训练; 适时开展转移、负重和步行训练以及日常生活活动能力训练; 必要时配备辅助器具和进行辅助器具的使用指导。

4. 注意事项:

(1) 人工髋关节置换术后早期应当保持手术下肢轻度外展、中立位, 避免易引发假体脱位的体位和动作。

(2) 根据手术方式和假体类型, 确定患肢负重时间进度表。

(3) 康复治疗不可引起肢体明显疼痛、肿胀加重, 运动量应当循序渐进。

(4) 患者出现以下情况应当调整或暂停康复治疗: 生命体征不稳定、发热(体温 $> 38^{\circ}\text{C}$)、下肢深静脉血栓形成、肺栓塞、假体松动或脱位、伴发不宜康复治疗的其他病症以及患者不配合等。

(三) 股骨颈骨折(保守治疗后)

1. 骨折无移位, 可行下肢皮肤或骨牵引制动, 牵引时保持患肢外展、中立位。

(1) 康复诊疗以加强卧床康复护理, 防治卧床系列并发症为主, 如体能下降、下肢深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、尿路感染、便秘、皮肤压疮、肌肉萎缩、关节挛缩等。

(2) 根据病情及骨折愈合情况, 评估患者生命体征、睡眠和大小便等基本情况; 有否复合伤; 重要脏器功能; 合并症和并发症诊治情况。评定骨折肢体疼痛、肿胀、神经功能和循环功能以及关节活动度、肢体围度、肌力、日常生活活动能力等。

首次康复诊疗当日应及时评定相应功能, 以后酌情每 1~2 周评定 1 次。

根据评定结果, 适时开展心肺功能训练、肌力训练、关节活动度训练、转移训练、站立训练、步行训练、日常生活活动能力训练等。选择适宜的物理因子治疗, 如光疗、电疗、磁疗、超声波治疗等。选择适宜的中医中药治疗。每项康复治疗方法酌情每天执行 1~2 次。

2. 骨折有明显移位, 一般不可能通过牵引使骨折愈合, 可放弃骨折本身治疗。根据病情, 建议患者早期坐起, 病情允许即可离床使用轮椅或双拐下地活动。

备注: 按照卫生部《综合医院康复医学科建设与管理指南》、《综合医院康复医学科基本标准(试行)》(卫医政发〔2011〕31号)和《康复医院基本标准(2012年版)》(卫医政发〔2012〕17号)文件要求, 上述股骨颈骨折康复诊疗技术规范中列出的康复评定和康复治疗项目均为二级及以上医院应开展的诊疗项目。基层医院可根据医院条件, 酌情开展上述诊疗项目中的运动治疗、作业治疗、物理因子治疗和中医传统治疗等。

鉴于我省各级各类医院发展很不均衡, 即使同级同类医院康复诊疗技术和水平亦参差不齐, 为畅通转诊渠道, 建议在双向转诊时着重考虑转诊医院实际情况, 可通过加强医联体建设、区域内三级康复网络建设等多种合作、协作形式发挥上级医院帮扶指导作用, 有效落实康复诊疗。