

[文章编号] 1000-2200(2011)09-1032-01

· 个案报道 ·

头皮半冠状切口治疗颧弓凹陷性粉碎性骨折 1 例

顾 巍 张 辉 汪国栋

[关键词] 颧骨骨折; 头皮半冠状切口; 治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 782.4 [文献标识码] B

患者 48 岁,因“摔伤致全身多处疼痛不适 1 h”急诊入我院骨科。入院诊断:左胫骨平台粉碎性骨折;左颧弓凹陷性粉碎性骨折;脑震荡;硬膜下积液。于 2010 年 7 月 4 日转入我科,体格检查:白细胞 $6.2 \times 10^9/L$,红细胞 $3.11 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $92 g/L$,血小板 $367 \times 10^9/L$,凝血酶原时间 $13.9 s$,活化部分凝血活酶时间 $36.8 s$ 。左面部略肿胀,张口度约 1 cm,左侧咬合差。上颌骨 CT + 三维重建:左侧颧弓多发骨折,并成角,伴左侧颜面部软组织肿胀。给予完善术前准备,于 2010 年 7 月 5 日在静吸复合麻醉下行头皮半冠状切口左颧弓骨折切开复位钛板内固定术,术中取左侧头皮冠状切口,自头皮中点发际上 3 cm 经左颞部发际至左耳轮廓,然后顺耳屏前皮肤皱襞向下至耳屏,以含 1:100 000 肾上腺素的生理盐水在切口线帽状腱膜下浸润注射,按切口线切开头皮直达帽状腱膜下层、骨膜的浅面,在此层边翻瓣边上头皮夹止血直到眶上缘上方,在眶上缘 2 cm 处切开骨膜,在骨膜下向下分离翻瓣,暴露眶上缘、眶外侧缘和颧骨。头皮翻瓣至颞部时,在颞筋膜的浅层进行分离,直至颧弓上缘 1 cm 处,在此处切开颞筋膜,向前与眶外侧缘骨膜切口相连,在骨膜的深面向下分离暴露颧弓,见颧弓呈“M”形凹陷骨折,撬动骨折处,将颧弓复位,取 8 孔微型钛板,塑形后用钛钉固定。用氯己定反复冲洗,检查无活动性出血,清点器械后,依次分层缝合手术切口,留置橡皮管引流,自切口下方戳洞后引出,接负压引流装置,加压包扎。手术完毕,术中出血约 500 ml,输红细胞悬液 400 ml。手术顺利,术后患者清醒,拔除气管插管后安返病房。术后 2 周出院,未出现头皮下血肿,切口一期愈合。颧弓切线位片示钛板在位,颧弓形态恢复良好。出院时左侧额纹变浅,眼睑闭合正常,张口度约 4 cm,咬合关系正常,患者自诉头皮轻度麻木感,咀嚼较前明显改善,对治疗效果满意。

讨论 患者外伤后 23 d 转入我科,颧弓凹陷骨折压迫喙突致张口受限,咬殆差,咀嚼无力,无法正常进食,有手术指征,且患者手术愿望强烈。在向患者及家属详细说明手术利弊后行手术治疗。

头皮冠状切口的优点:术野暴露好,可在直视下探查伤情;易于解剖复位并进行坚强内固定;美观性好,面部无明显瘢痕,对已错位愈合的陈旧性骨折可在直视下磨改、修整高低不平的骨质;对于外伤性骨质缺损患者,手术中可从同一术区切取颅骨外板作为移植材料进行修复衬垫,避免了在身体其他部位取骨的创伤和痛苦^[1]。

并发症及防治:(1)面瘫。切口两端可以用头皮夹,不使用电刀,颞部切口应紧贴耳屏,此处面神经颞支在腮腺上缘发出,耳屏前切口到达颧弓根部时应注意保护面神经,分离时应严格限于颞深筋膜浅面、颞浅筋膜的深面,在颧弓上方 1.5~2 cm 处切开颞深筋膜浅面和颞浅脂肪垫,向下分离显露颧弓上缘,术中应减少翻开和过度牵拉,避免损伤额支。(2)头皮麻木和感觉异常。常常难以避免,大多在 1~5 个月内即可恢复。(3)瘢痕与脱发。术中切口未沿毛囊方向、过多使用电刀止血、钳夹时间过长、创缘对位欠佳、切口裂开及家族性秃发有关,顺毛囊方向切开头皮至帽状腱膜下,切口边缘用头皮夹止血,分离平面在帽状腱膜下进行,头皮内出血尽量不用电凝止血,可减少毛发损伤。(4)头皮下血肿。头皮下血肿的发生与术中血管结扎不牢、术后加压包扎不牢固、引流不畅有关,若血肿较大怀疑是动脉出血时,应及时打开创口止血,血肿较小时可采取穿刺抽吸、畅通引流、加压包扎等措施。(5)感染。冠状切口发生感染的机会较小,减少皮下积血积液,缝合前将创面冲洗干净,术中注意无菌操作,合理使用抗生素,感染即可防止。

[参 考 文 献]

[1] 毛天球. 颌面外科手术与技巧[M]. 北京:人民军医出版社, 2005.

(本文编辑 姚仁斌)

[收稿日期] 2010-09-26

[作者单位] 解放军第 123 医院 口腔科 安徽 蚌埠 233000

[作者简介] 顾 巍(1981-),男,住院医师。