

## 完全性头皮撕脱伤的整复外科治疗 4 例报道

吴世友<sup>1</sup>, 朱晓浩<sup>2</sup>, 刘剑毅<sup>2</sup>, 毋巨龙<sup>2</sup>

(1. 重庆市中山医院整形科 400013; 2. 第三军医大学西南整形美容外科医院, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)24-2493-02

头皮撕脱伤 (scalp avulsion injury) 是一种严重的头皮损伤, 多因长发被卷入高速转动的机器或皮带中, 导致头皮全部或部分撕脱, 严重者可连同前额、眉、上睑皮肤及耳等被一并撕脱<sup>[1]</sup>。文献报道的处理方法各异, 处理的好坏对治疗效果和后遗症的程度有很大的影响。通过对 2005 年 6 月至 2010 年 6 月收治的 8 例头皮撕脱伤中的 4 例典型病例临床资料进行回顾性分析, 以总结经验与教训, 探讨头皮撕脱伤外科治疗方法体会, 现报道如下。

### 1 临床资料

病例 1: 患者, 女, 33 岁, 因“头发卷入机器致完全性头皮撕脱 4 h”入院。入院查体: T 36.5 °C, P 102 次/分, R 24 次/分, BP 96/52 mm Hg, 神志清楚, 贫血貌。头皮完全撕脱, 撕脱范围前至眼睑, 后至枕骨隆突, 左耳完全撕脱, 仅有部分皮肤粘连, 右耳亦完全撕脱, 且耳软骨从中部断裂。大部分撕脱平面在帽状腱膜和颅骨骨膜之间, 颅顶部可见两处大小分别为 4 cm×13 cm, 3 cm×7 cm 的区域, 骨膜连同头皮一并撕脱, 颅骨外露。撕脱的头皮瓣尚完整, 但挫伤及污染严重, 有约 3 cm×14 cm 的区域头发缺失, 表皮脱落, 另颅顶中后部头皮可见两条裂口, 长各约 4、6 cm。实验室检查: 红细胞 2.46×10<sup>12</sup>/L, 血红蛋白 73 g/L。积极补液、输血、抗休克的同时进行急诊手术, 术前常规处理头皮瓣。术中探查: 撕脱头皮瓣边缘组织挫伤较重, 两侧颞浅动静脉、耳后动静脉、枕动静脉等残端均有不同程度的缺损与挫伤, 仔细修剪与游离可吻合的动静脉备用。将头皮瓣皮下组织进行修剪, 保留真皮层, 尽量保持毛囊不受损伤。术中估计吻合血管因挫伤较重完全存活的可能性不大, 有头皮坏死与再次植皮的可能, 在颅骨骨膜外露处用颅骨钻将颅骨以相隔 1 cm 间距钻孔至板障层, 见出血活跃。将修剪后的头皮瓣原位覆盖创面, 应用显微外科技术进行两侧颞浅动静脉、枕动静脉的血管吻合, 检查血管通畅后将撕脱头皮原位缝合, 同时修复双耳耳廓。缝合完毕后用丁胺卡那盐水冲洗皮下, 常规加压包扎。术后抗感染、止血、间断输血、补充维生素, 静脉给予清蛋白、脂肪乳、氨基酸等综合治疗, 术后第 2 天给予换药。皮片部分坏死, 给予湿敷换药, 培养肉芽组织; 待肉芽组织生长良好, 刃厚皮片移植覆盖创面, 全部存活。遗留永久性部分秃发畸形(封 3 图 1)。

病例 2: 患者, 女, 31 岁, 因“头发卷入机器致完全性头皮撕脱 4 h”入院。查体: T 36 °C, P 112 次/分, R 22 次/分, BP 80/52 mm Hg, 浅昏迷, 大部分撕脱平面在颅骨骨膜下, 顶、枕骨及部分颞骨骨膜完全撕脱, 头皮瓣被机器绞烂, 污染严重。手术反取头皮瓣, 制备成薄中厚皮片; 暴露颅骨用颅骨钻将颅骨以相隔 1 cm 间距钻孔至板障层, 见出血活跃; 将制备好的皮

片邮票状移植于创面, 用网眼纱覆盖, 常规加压包扎。术后第 2 天换药, 隔日 1 次, 2 周后大部分皮片存活, 4 周后残余创面补充刃厚皮片移植, 创面封闭。遗留永久性秃发畸形(封 3 图 2)。

病例 3: 患者, 女, 48 岁, 因“头发卷入机器致完全性头皮撕脱 5 h”入院。查体: 头皮完全撕脱, 撕脱平面在帽状腱膜和颅骨骨膜之间, 顶骨有约 3 cm×4 cm 大小的颅骨外露。术中探查: 两侧颞浅动、静脉断端挫伤轻, 应用显微外科技术行血管吻合, 吻合后检查血管通畅, 将头皮瓣原位缝合于创面, 皮瓣下放置数根引流条, 微加压包扎。术后予头高卧位、保温、抗感染, 静滴低分子右旋糖酐、丹参等处理, 术后第 10 天拆线, 头皮瓣大部分存活, 头发已有生长, 仅枕部 2.5 cm×5 cm 皮瓣坏死, 经护痂、溶痂、培养肉芽等处理后, II 期中厚皮片移植, 全部存活, 创面封闭。术后 3 个月头发开始正常生长(封 3 图 3)。

病例 4: 患者, 女, 48 岁, 因“头皮完全撕脱 8 h”入院。查体: 双侧颞区、双侧颈后三角区、双侧乳突及双侧耳廓根部以上皮肤沿发际线的头皮完全撕脱, 颅骨骨膜部分撕脱, 大部分颅骨外露。术中探查: 两侧颞浅动、静脉断端挫伤严重, 应用显微外科技术进行双侧颞浅动、静脉吻合与头皮原位回植手术, 皮瓣下多处戳孔与放置数根引流条, 微加压包扎。术后予头高卧位、保温、抗感染, 交替输全血与血浆, 静滴低分子右旋糖酐、丹参等处理, 术后第 12 天拆线, 头皮瓣大部分呈干性坏死, 坏死区域逐渐扩大, 术后第 22 天头皮瓣全部坏死, 准备行坏死头皮清创、颅骨外板钻孔、培养肉芽组织生长后再行 II 期中厚皮片移植手术, 患者拒绝手术放弃治疗出院(封 3 图 4)。

### 2 讨论

头皮撕脱伤是一种意外的突发性创伤, 出血多, 常伴有昏迷、休克或身体其他部位的合并损伤, 急诊处理时, 应全面了解伤情, 分辨轻重缓急, 进行处理<sup>[2]</sup>。积极有效的急诊处理是创面修复的基础, 对预后也起着重要作用。本组的做法是: 首先建立静脉通道, 给予补液, 采取血样, 备血。休克时积极抗休克; 对创面处理应尽量简化, 避免增加患者痛苦, 加重病情; 在伤情允许的情况下, 应作颅脑 CT 检查<sup>[3]</sup>, 以除外危及生命的颅脑损伤与颅骨骨折。经急诊处理后, 明确有无合并重要脏器的损伤, 全身情况平稳, 则尽快手术, 进行头部创面的修复。

选择恰当手术方法是完全性头皮撕脱修复的关键。吻合血管行撕脱头皮回植, 是治疗的最佳方法<sup>[4]</sup>, 可避免或减轻秃发畸形的发生, 但应严格掌握适应证, 本组体会必须符合如下条件: (1) 离体头皮 6 h 内再植为最佳; (2) 头皮有部分连接不可随意离断, 保持有较好的血运回植成功率高; (3) 头皮无中、重度挫伤及撕裂伤, 头皮与骨膜较完整的可作血管吻合后的头

皮原位回植;(4)有可供血管吻合的颞浅动、静脉,吻合动脉静脉比例最好在 1:2~1:3 以上;(5)头皮及创面污染较轻;(6)操作者应有较高的显微外科技术。吻合血管行撕脱头皮回植手术须注意的重要环节:(1)清创彻底;(2)选择挫伤较轻、清洁完整的血管吻合;(3)血管无张力吻合;(4)术中仔细止血,术毕放置负压引流并适当加压包扎。对有撕脱头皮缺损,并且不能进行吻合血管回植者,游离植皮操作简单,代价小,存活率高,是首选的治疗方法。如果骨膜完整,游离植皮一般都能获得存活。无骨膜的区域形成有血运的创面后再植皮。本组第 4 例是头皮与知名血管挫伤严重,修剪挫伤血管不彻底,又大部分骨膜撕脱,头皮回植后全部坏死。说明选择吻合血管清创不严格与颅骨大面积外露是头皮回植失败的主要原因<sup>[5]</sup>。供皮的首选部位为撕脱的头皮,如果挫伤轻,用反鼓切取成中厚皮回植后存活率较高。由于头皮比较厚,如果只修剪去皮下脂肪用全厚皮回植则不易存活。本组第 1 例全厚头皮回植中大部分坏死,而第 2 例中厚头皮回植大部分存活,正说明此点。

总之,完全性头皮撕脱伤是一种严重损伤,吻合血管头皮回植是最好的治疗方法<sup>[6]</sup>。为提高回植存活率,临床上尚有许多问题需要进一步研究;而积极有效的急诊处理并针对损伤程度

· 短篇及病例报道 ·

度的不同,采取不同的手术方式及外科综合治疗是决定患者预后的关键因素。

#### 参考文献:

- [1] 李世荣. 现代美容整形外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:727-732.
- [2] 郭恩覃. 现代整形外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2000:526-529.
- [3] 曹谊林,张涤生,周苏,等. 全头皮撕脱再植成功 1 例[J]. 中华显微外科杂志,1991,14(2):223.
- [4] 丁立,刘加宁,郑清健,等. 28 例头皮撕脱伤的整复[J]. 中国修复重建外科杂志,2007,21(1):102-103.
- [5] 曹卫刚,程开祥,祁强,等. 头皮撕脱伤治疗体会[J]. 中华整形烧伤外科杂志,1997,13(3):178.
- [6] 周苏,程开祥,张涤生,等. 吻合血管的撕脱头皮回植 21 例[J]. 中华整形烧伤外科杂志,1997,11(6):435-438.

(收稿日期:2011-03-05 修回日期:2011-04-14)

## 双子宫剖宫产分娩一活女婴 1 例

陈学玲

(重庆市城口县人民医院 404900)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)24-2494-02

### 1 临床资料

患者,女,23岁,因“妊娠10月,要求剖宫产”为主诉于2010年4月1日入院。末次月经(last menstrual period, LMP)2009-07-04,预产期(expected date of confinement, EDC)2010-04-01。患者素来月经规则,30 d 1次,停经40 d左右自测尿人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotrophin, HCG)阳性,孕4个月感胎动,孕中晚期产前检查无特殊,否认孕期阴道流血、流液史,否认射线接触史,否认皮肤瘙痒及胸闷、心悸等。因已临预产期故来我院要求剖宫产术终止妊娠。

既往史:患者2008年妊娠26周因胎膜早破、羊水减少致胎儿宫内窘迫,患者及家属放弃妊娠行引产术,产后复查B超示双子宫单宫颈,产后5 d严密消毒下妇科检查,外阴:已婚已产式;阴道:畅,未见子宫纵膈;宫颈:宫颈光滑;宫体:孕3个月大小;双附件:未扪及异常。

体格检查无异常。产科检查示:宫高35 cm,腹围103 cm,未扪及宫缩,头位,跨耻征阴性,胎心148次/min。肛查:先露-2,宫颈质中,位中,Bishop评4分。

辅助检查:2010年4月1日超声示:BPD 9.3 cm, FL 7.4 cm,胎盘成熟度3级,羊水4.5 cm。宫内单活胎,晚孕,双子宫单宫颈。骨盆外测量:髂棘间径24 cm,髂嵴间径26 cm,骶耻外径20 cm,出口横径9 cm。胎儿估计3 805 g。

患者择期于2010年4月2日在持续硬膜外麻醉下行经腹

子宫下段剖宫产术。常规进腹,见子宫增大与停经月份相符,切开子宫,以LoA娩出一活女婴,体质量3 500 g, Apgar评9-10-10分,羊水清亮,约500 mL。胎盘自娩,完整。脐带长60 cm,无缠绕。肠线连续扣锁缝合子宫肌层,检查术野无渗血,发现孕子宫左下方另一非孕子宫约8 cm×7 cm×5 cm大小,未予处理。检查术野核对器械后关腹。术中失血300 mL,补液1 500 mL,尿量200 mL,尿液清亮。返室测血压100/75 mm Hg,子宫收缩好,阴道无活动性出血,切口无渗血。术后5 d出院。

出院诊断:(1)妊娠40周G2P2LOA剖宫产;(2)双子宫畸形。

### 2 讨论

双子宫属生殖道畸形,其发生是由于胚胎发育期两侧苗勒管发育正常但未完全融合,各自发育形成双子宫。双子宫妊娠比较罕见,有文献报道该病发生率为0.04%~12.00%。上述病例中患者曾行引产术一次,自述当次妊娠为妊娠26周因胎膜早破、羊水减少致胎儿宫内窘迫放弃妊娠。引产术前不仔细检查宫腔,不易发现双子宫畸形<sup>[1]</sup>。而本次妊娠顺利至足月孕,则更为特殊。生殖器畸形往往难以受孕,如果受孕又会出现反复的流产、死胎、早产、胎位异常、产后子宫复旧差、产后出血多等并发症<sup>[2]</sup>。生殖道的畸形以子宫畸形最为常见,妊娠失败率高达36.7%<sup>[3]</sup>。但双子宫在行妇科检查及B超检查时较