

头皮撕脱伤的整形外科治疗方法比较

郭群, 王继华, 魏韩笑

(昆明医学院第二附属医院整形外科, 云南 昆明 650101)

[关键词] 头皮; 撕脱伤; 治疗

[中图分类号] R622.41 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 02-0125-03

头皮大片自帽状腱膜下撕脱称为头皮撕脱伤, 头皮撕脱伤是一种骤然发生的意外创伤, 伤情重、出血多, 常伴休克、颅脑外伤等, 其发生率有逐年增加的趋势。头皮撕脱伤多发生于长发女性, 常见原因有机器暴力拉伤、交通事故、砸伤、动物咬伤等。撕脱平面常在帽状腱膜与颅骨骨膜间, 有时整个头皮甚至连额肌、颞肌或骨膜一起撕脱, 颅骨外露, 常合并耳郭、眉毛、眼睛的撕脱。头皮撕脱伤的特点是失血多, 易感染。治疗不及时可危及生命或致颅骨感染坏死。手术方式的选择直接关系到头皮撕脱伤的疗效和后遗畸形的程度及患者康复后的生活质量。笔者对 2003 年 5 月至 2013 年 5 月昆明医学院第二附属医院整形外科收治的 29 例头皮撕脱伤患者的临床资料进行了回顾分析, 以期总结经验教训, 为今后的临床工作提供借鉴, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

女性 29 例, 年龄 9~47 岁。受伤的原因包括头发绞入机器内 22 例、交通事故 5 例、砸伤 2 例。其中头皮全撕脱包括前额皮肤撕脱 15 例, 撕脱面积超过全头皮的 5 例, 其中颅骨骨膜一并撕脱, 颅骨外露的 18 例。

1.2 术前准备

由于头部血运丰富, 大面积或全头皮撕脱伤患者, 常因伤口剧烈疼痛及大量失血而发生不同程度的休克。单纯头皮撕脱伤的失血量至少在 1 600 mL 以上^[1]。患者如出现面色苍白、脉搏细数、眩晕、口渴、出汗等休克症状, 首先迅速抢救休克, 予输血、输液, 补充血容量的不足, 并给予镇静

止痛药, 待休克得到纠正、生命体征平稳后方可手术, 同时可以保证再植头皮微循环的正常。

头皮撕脱常伴有合并伤, 在处理头皮撕脱的同时, 应仔细检查有无合并伤, 如合并颅脑、颈椎或其它部位的损伤, 应及时请各专科会诊处理。

撕脱头皮不可随便丢弃, 应予留存备用, 在运输过程中冷藏保存。撕脱头皮的剃发与清创是不容忽视的重要环节, 剃发后的头皮用肥皂水刷洗 3 遍, 再用 1:4 000 新洁尔灭泡洗 3 次, 每次 5 min。对于拟吻合血管再植的头皮可用肝素盐水再泡洗 10 min, 避免术后早期形成血栓。

1.3 手术方法

1.3.1 原位缝合 由于头皮血运丰富, 因此潜行撕脱原位保留都能成活, 撕脱形成的皮瓣如果蒂不很窄, 远端有血运, 实践证明回植后成活率比较高。回植的皮瓣下和潜行撕脱区应放置引流, 以防术后血肿形成影响成活。

1.3.2 头皮再植术 手术均在全麻下进行。两组医生同时上台进行手术, 1 组处理撕脱头皮: 剃发、清洗。另 1 组行头部清创, 清除污染及失活组织, 创缘尽量修剪整齐, 运用显微外科技术解剖双侧颞浅动、静脉或枕动、静脉, 行血管吻合再植头皮。手术中特别强调彻底清创且又不损伤主干血管。头皮下积血易致感染, 术毕皮下安放引流管及时充分引流积血, 适当加压包扎。

1.3.3 游离植皮 如果骨膜完整, 游离植皮一般都能成活。供皮首选撕脱的头皮, 反取成中厚皮回植后成活率较高。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成活, 虽然毛囊保留后有利于毛发再生, 但保留了毛囊组织的皮肤, 常常因为皮片过厚而出现坏死。因此, 笔者一般采用削除毛囊组织的中厚皮片, 厚度约

[作者简介] 郭群 (1971~), 女, 云南昆明市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事整形外科临床工作。

[通讯作者] 王继华. E-mail:wangjihua1966@163.com

0.35 ~ 0.45 cm 左右. 制备中厚皮片时, 应将头皮反铺于弯盘底上, 用取皮鼓或取皮刀反复清除皮下组织, 直至清除干净形成中厚皮为止. 如果撕脱头皮挫伤重, 或丢弃, 则可从其他部位取皮. Fang^[2] 报告从撕脱头皮瓣表面取皮 (中厚断层皮片), 可防止其他部位取皮的供区继发畸形, 无疑是一种好办法. 移植的皮肤以大片为好, 减少缝合处的瘢痕. 为了保证皮片成活, 应打洞引流, 洞适当密一些, 但不宜太大. 头皮每隔 8 cm 左右将皮片与骨膜缝合 1 针以防滑动.

1.3.4 颅骨外露的处理 如果骨膜缺损面积不大, 周围又有条件, 可采用局部皮瓣、肌瓣、筋膜瓣转移覆盖的方法. 有报道, 在未撕脱区切取颅骨骨膜帽状腱膜瓣效果较好. 对于大片颅骨外露的处理, 以往是采用外板钻孔法^[3], 此法肉芽组织长满需 3~4 周, 且需多次植皮, 术后瘢痕挛缩明显. 现在笔者采用颅骨外板密集钻孔后凿除外板的方法, 创面以油纱覆盖. 待 1~2 周后肉芽组织自板障长出布满创面, 再做中厚皮片游离移植, 可一次性修复创面.

1.3.5 背阔肌肌皮瓣移植 术前用多普勒超声血管测定仪探测并标记胸背动脉及颞浅动脉及其分支的走行, 再根据创面面积和形状设计肌皮瓣, 肌皮瓣形成后, 转移至受区, 采用两定点法将胸背动脉与颞浅动脉吻合, 间断缝合皮瓣. 术后使用扩血管、抗凝和预防感染、营养支持等治疗.

2 结果

术后 29 例均随访 3 个月 ~ 5 a. 吻合血管头皮再植 2 例头皮存活且毛发生长良好. 头皮修薄回植患者 5 例部分头皮坏死, 2 例 II 期行背阔肌肌皮瓣移植修复, 3 例 II 期行游离植皮修复. 其余创面均



图 1 术前



图 2 术后 2 周肉芽创面



图 3 植皮术后 10 d



图 4 患者佩戴假发的照片 I 期愈合. 术后遗留秃发区.

3 讨论

3.1 游离植皮

笔者认为, 中厚植皮修复头皮撕脱伤对于头皮丢弃、离体头皮损伤、撕裂较重, 或全身情况较不稳定的病例, 应是首选术式, 其术后效果较理想, 能满足戴假发套需要. 但此方法治疗虽然简便, 却遗留秃发, 治疗期较长, 且创基软组织匮乏, 表面易溃破, 常形成慢性溃疡.

3.2 头皮再植术

供区血管无广泛损伤, 撕脱头皮完整无明显挫裂伤及污染者^[4], 头皮吻合血管再植是目前治疗头皮撕脱伤的最佳方法^[5]. 因大面积头皮缺损目前尚

缺乏理想的修复方法,故如确有条件则应争取吻合血管回植^[6]。其显著的优越性在于茂密头发自然再生,不仅具有美容的功效,更弥补了患者的巨大心灵创伤^[7]。此方法效果好,但选择该手术须掌握指征,对于头皮损伤、撕裂较重、污染明显、离体时间较长、或血管条件不理想的病例,应果断放弃头皮再植。因该术式操作要求极高,需要专业的显微设备及技术,在基层医院救治时,不应作为常规术式。

3.3 背阔肌肌皮瓣移植

适用于大面积头皮颅骨复合缺损或头皮回植大面积坏死。肌皮瓣移植后具有耐压、耐磨、不易破损的优点,且有利于保护颅内脑组织,并为二期行人工材料植入修复颅骨缺损提供了良好的组织覆盖。其缺点是肌皮瓣移植后早期臃肿,且遗留秃发区,影响外观。

3.4 后遗症的治疗

如未能急诊处理,为防止颅骨干性坏死或颅骨外板分离,应争取在伤后1个月内修复为佳。伴有耳廓,眼部及面部其它部位皮肤缺失者,首先要修复五官周围皮肤缺失,同时,积极预防继发性感染,避免颅内感染,在全身情况好转后,行器官再造

修复。对遗留秃发区可考虑采用头皮扩张法治疗,面积较大者可行多次扩张。

[参考文献]

- [1] 刘林嶙,陈言汤,张建文,等. 头皮撕脱伤的整形外科治疗[J]. 中华整形外科杂志,2002,18(4):208.
- [2] FANG K, STEVENSON T R. Skin graft from scalp flap [J]. *Plast Reconstr Surg*, 1987, 79(4):622 - 624.
- [3] 陈言汤,黄云阳,牛扶幼,等. 头皮撕脱伤20例报告[J]. 中华整形外科杂志,1987,3(1):41 - 44.
- [4] 石美鑫,熊汝娥,李鸿儒主编. 实用外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997:410 - 411.
- [5] CHENG K, ZHOU S, JIANG K, et al. Microsurgical replantation of the avulsed scalp: report of 20 cases [J]. *Plast Reconstr Surg*, 1996, 97(6):1 099 - 1 106.
- [6] 周苏,程开祥,王善良,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,1997,13(60):435 - 438.
- [7] 张涤生主编. 张涤生整形外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:245.

(2013-11-15 收稿)

(上接第117页)

术出版社,2003:546 - 567.

- [2] 陆云飞,曾健,覃光灵,等. 乳腺癌保留乳房手术85例临床疗效及美容效果观察 [J]. 中国肿瘤临床, 2007, 34(5): 258 - 260.
- [3] VERONESI U, MARUBINI E, MARIANI L, et al. Radiotherapy after breast-conserving surgery in small breast carcinoma: long-term results of a randomized trial [J]. *Ann Oncol*, 2001, 12(7):997 - 1003.
- [4] BARTELINK H, HORIOT JC, POORTMANS P, et al. Re-

currence rates after treatment of breast cancer with standard radiotherapy with or without additional radiation [J]. *N Engl J Med*, 2001, 345(19):1 378 - 1 387.

- [5] HAFFTY B G, YANG Q, REISS M, et al. Toppmeyer D. Locoregional relapse and distant metastasis in conservatively managed triple negative early-stage breast cancer [J]. *J Clin Oncol*, 2006, 24(36):5 652 - 5 657.

(2013-11-19)