

# 颅骨修补术后全颤肌挛缩 1 例

罗宝昌 刘华明 喻小平

【关键词】 颅骨修补术;钛网;颤肌挛缩

【文章编号】 1009-153X(2015)12-0768-01

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 628; R 651.1<sup>+1</sup>

2012年5月收治颅骨修补术后出现颤肌整体挛缩1例，现报告如下。

## 1 病例资料

患者，男，28岁，2012年5月因颅脑损伤行颅内血肿清除术加去骨瓣减压术，术后恢复良好，无面瘫及咬合困难等。2个月后，行钛网颅骨修补术。修补术后，患者感同侧颞部疼痛，张口、咬合困难，对症治疗无缓解。头颅CT示皮下积液、积血，多次抽出血性渗液(培养无细菌生长)，但密度无明显变化、积液量无减少。经3个月的理疗，上述症状也无明显好转。患者因彻夜疼痛及张口、进食困难再次就诊。拟行手术探查。考虑到全麻术中需了解张口困难的原因，我们和麻醉科讨论后，行经鼻插管，以使术中撑开口腔后了解颤肌运动的状况。术中探查所见：①翻开皮瓣后，见网板上颤肌整体挛缩机化；网板上下冻状肉芽肿形成，厚达2 cm(与术前CT检查吻合)。②请麻醉师辅助扩张口腔，见挛缩颤肌难以通过钛板与颧弓下的间隙，考虑系颤肌挛缩后运动功能障碍。遂取下钛钉、钛板，切除挛缩的颤肌，清除硬膜外的肉芽肿，再次辅助张口的力度较轻。考虑非感染性肉芽肿，反复清洗创面后重新还复钛网。患者清醒后，除感伤口疼痛外，以前颤肌疼痛症状缓解，张口咬合也无疼痛。术后水肿期过后，患者基本恢复正常，疼痛感消失，张口进食困难进行性好转。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.12.024

作者单位：431600 湖北，汉川市人民医院神经外科(罗宝昌、刘华明、喻小平)

## 2 讨 论

钛网修补缺损颅骨常见的方式有颤肌外修补术及颤肌下修补术。颤肌外修补术简捷、出血少、对颤肌的再次损伤小，但骨窗下缘处钛板固定过紧易卡压颤肌致术后疼痛，影响咀嚼功能。颤肌下修补虽能恢复解剖结构，但对颤肌纤维的再次损伤更重，并增加了供应支配颤肌的血管神经的再次损伤机会。颅骨修补术后，颧弓下颤肌因水肿致血运障碍，颤肌持续渗出致网板下形成肉芽肿，持续的血运障碍，最后导致颤肌整体挛缩，而出现颤肌运动功能障碍，临床表现为持续性疼痛及张口咬合困难。无论哪种手术方式，都必须保证术后颤肌的血运及功能及颤肌适度张力。本例修补术采用的是颤肌下修补，分析其导致颤肌挛缩的原因：①网板下缘占据了颤骨下间隙，颤肌的根部收到卡压；②再次损伤后颤肌因收缩水肿嵌顿于颤骨下间隙。二者共同导致了颤骨下颤肌的血运障碍和失神经支配，处于血运障碍状态的颤肌表现出血性渗出。硬膜外间隙因长期持续渗液形成肉芽肿；颤肌也因长期血运障碍而挛缩。最终患者表现为持续疼痛并伴随张口、咀嚼困难。钛网行颅骨修补术虽简单，但也需考虑周全。我们总结经验如下：①网板颤缘固定时是否与骨窗解剖贴合；②颤肌是否重新牵开平铺并固定与网板上；③检查颤骨下间隙是否适度。总之，任何手术只有充分考虑到可能的并发症，术后才可能避免或尽量减少因并发症给患者造成的痛苦。

(2015-08-31 收稿，2015-09-21 修回)