

小板聚集,附着在支架的内表面形成微血栓从而导致狭窄。

当支架内再狭窄发生时,可以使用不同的治疗方法。对于支架术后严重的再狭窄,特别是在有硬斑块和钙化的情况下,无论是否使用球囊扩张或支架术,治疗结果都可能很差,甚至可能导致斑块脱落。在这种情况下,斑块剥脱术可能是最好的选择,因为可同时移除狭窄的斑块及支架。我们认为,要想达到成功剥离,首先是手术切口的设计应该足够长,切口的上端需沿着腮腺的后缘延伸至乳突。其次是在解

剖二腹肌和胸锁乳突肌肌肉时,必须做到足够暴露,以便颈内动脉的远端可以清楚地暴露。在剥离过程中,因为支架已经浸设在颈动脉壁的斑块中并且被外膜包裹着,斑块已经在支架内生长,因此,在打开和切割动脉时,需要小心剥离并移除支架以避免血管壁穿孔,以此达到颈动脉外膜完全保留并直接缝合。在解剖支架标本后,我们发现内膜增生,并且与动脉粥样硬化斑块相比,内膜增生是稳定的。

(2018-11-24 收稿,2019-03-05 修回)



颅骨成形术后钛网大面积外露并伤口长蛆 1 例

席海鹏 张 龙

【关键词】 颅骨成形术;钛网外露;显微手术
【文章编号】 1009-153X(2020)08-0576-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1*1

1 病例资料

46 岁男性,颅骨成形术后 3 年伴钛网外露 2 年余入院。3 年前,因交通事故导致重型颅脑损伤,当时予以行颅内血肿清除并去骨瓣减压术,术后并发脑积水。术后 2 个月行脑室-腹腔分流术,术后 4 个月行颅骨成形术,手术效果良好,术后伤口愈合拆线后出院。出院 4 个月后,因瘙痒导致伤口破溃并化脓,病人及家属未予重视,亦未就医。两年来,伤口破溃化脓进行性加重,并于近日出现头痛不能忍受就医。入院体格检查:右侧额顶部钛网外露,并局部头皮缺损,缺损大小约 8 cm×8 cm,溃烂头皮边缘可见化脓感染,并见头皮内活性蛆活动。入院头部 CT 检查示颅脑术后改变,右侧额顶部部分头皮缺损。经科室讨论及相关科室会诊后考虑目前存在伤口感染,先一期行清创及钛网取出术,二期行刃厚皮片移植。结合病人实际情况,沿创缘外 1 cm 左右(与原手术切口重合)行头皮切口,予以清除局部坏死及感染组织。取出钛网后见钛网下肉芽组织及头皮样组织化生,并有毛发生长,予以彻底清除,并用双氧水及稀释的络合碘冲洗创面,生理盐水反复冲洗,术中未见脑脊液漏。止血后创面予以凡士林纱布覆盖,纱布及棉垫等敷料包扎。一期术后予以积极伤口换药、抗感染、促进肉芽生长等对症支持治疗,待感染完全控

制后行二期头皮刃厚皮片移植。术后创口恢复可,已失去再行颅骨成形条件。

2 讨论

颅骨成形术后钛网外露是临床经常碰到的并发症,常见的原因可总结为:①伤口感染;②伤口瘢痕愈合;③钛网塑性欠佳;④术中操作不当;⑤个体因素或人为因素等等。钛网外露可导致严重的后果,给病人带来巨大的痛苦。我们认为预防和治疗钛网外露应从以下方面着手:①初次行颅骨成形术时应严格术前管理,积极处理高血糖等基础疾病,改善病人营养状态,以最佳的身体状态接受手术,同时术中仔细操作,注意分离头皮及颞肌,保持头皮解剖层次的完整性,内植钛网选用三维塑性材料;采用可吸收线缝合帽状腱膜层,术后留置引流管,保持引流通畅,预防术后伤口感染及术区积血积液,保持伤口干洁。②出院后嘱病人注意个人卫生,不要搔抓伤口,出现瘙痒等不适可用棉签轻轻擦拭;伤口局部出现线头外露、红肿、溃烂等情况及时就诊。③根据不同情况作不同处理,对于局部创面微小,感染不重,钛网无明显外露的病人,可在抗感染同时予以是伤口换药,观察伤口情况变化;对于微小创面反复换药不愈,或有钛网外露的小创面,炎症控制后早期扩创,去除皮下部分钛网后缝合头皮;对于创面较大,钛网外露严重病例,合并脑脊液漏等,建议早期行全钛网取出,待头皮愈合后二期行颅骨成形术。

(2018-08-21 收稿,2018-11-08 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.08.029
作者单位:421001 湖南衡阳,南华大学附属第一医院神经外科(席海鹏);410008 长沙,中南大学湘雅医院神经外科(张 龙)