

. 个案报告 .

# 青少年颅骨骨膜下血肿机化 1 例

邢永国 吴会博 门树乐 张淑祥

【关键词】血肿机化; 颅骨骨膜; 青少年; 手术

【文章编号】1009-153X(2021)02-0140-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1<sup>+</sup>5; R 651.1<sup>+</sup>1

## 1 病例资料

16 岁男性, 因右顶部肿胀约 1.5 年入院。约 1.5 年前, 有明确头部外伤史; 1 年前曾 2 次在其他医院门诊“穿刺抽吸加压包扎”治疗, 很快复发。入院体格检查: 右顶部可触及一约 6 cm×8 cm 凸起, 局部质软, 波动感明显, 皮温稍高。头颅 CT 检查示右颞顶颅板外等密度混杂影, 颅骨外板凹凸不平, 部分内外板破坏, 约 1 cm×1 cm 缺损(图 1A~C)。头颅 MRI 检查见右顶部可见一梭形长短 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub> 混杂分隔样异常信号影, 硬脑膜完整, 脑实质内未见明显病变, 强化似造影剂外漏(图 1D~F)。初步诊断为: 头部肿物; 1、头皮血肿机化?; 2、头皮脓肿? 3、炎性肉芽肿? 行血肿穿刺抽吸术, 抽吸出少量暗红色血液及血凝块, 穿刺物病理检查为大量炎性细胞浸润生长, 排除脓肿及肿瘤。局麻下行手术治疗, 术中冒状腱膜下骨膜外分离包块, 可触及多处异常突起的骨脊; 切开后, 见多数为血性液混杂部分血凝块, 并有活动出血; 迅速清除血肿后, 可见骨质增生后形成的假骨与正常颅骨之间形成的凹凸不平的蜂巢样间隙, 间隙之间假骨连接, 间隙内部可见暗红色软组织覆盖, 出血明显; 迅速咬除假骨, 刮除附着软组织, 见颅骨外板导血管出血明显; 骨蜡止血, 修整假骨组织至与正常颅骨齐整, 局部颅骨骨质菲薄, 凹凸不平, 留有约 0.5 cm×0.6 cm 颅骨缺损; 探查硬脑膜完整, 未特殊处理; 留置橡胶引流管, 全层缝合伤口, 加压包扎。术中咬除假骨及刮除软组织快速冰冻病理检查为血肿机化伴骨质增生。术后予以广谱抗生素预防感染, 3 d 后拔除皮下引流管, 7 d 伤口拆线, 伤口甲级愈合。术后 2 周, 院外 2 家三甲医院病理会诊结果为: 送检纤维组织内可见大量毛细血管增生, 灶性血管腔吻合, 局部边界不规则, 在周围纤维组织内浸润性生长, 中央区域血肿形成, 伴大片机化, 考虑颅骨骨膜下血肿机化。与术前诊断相符基本相符。

## 2 讨论

婴幼儿头皮血肿机化临床上并不少见, 可能与个体体质或早期处置不当相关, 可影响婴幼儿颅骨正常发育和形态,

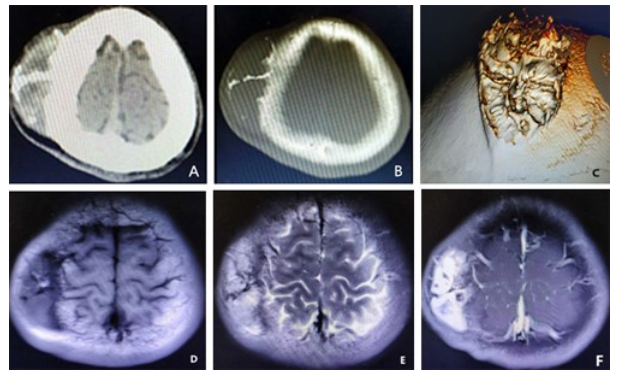


图 1 青少年颅骨骨膜下血肿机化术前影像学表现  
A~C. 前头部 CT 表现; D~F. 头部 MRI 表现

应及时处理。但青少年头皮血肿机化极少见, 检索 2005~2108 年知网、万方等数据库, 仅有几例婴幼儿病例, 无青少年病例报道。颅骨骨膜下血肿一般都伴有颅骨线形骨折, 出血来源多为板障出血或因骨膜剥离所致, 血液积聚在骨膜与颅骨表面之间。颅骨骨膜下血肿, 婴儿可因产伤或胎头吸引助产所致, 发病率在 0.2%~2.5%。这和新生儿的颅骨骨膜与颅骨外板贴合相对疏松相关。而本文病例系青少年, 生长发育正常, 发病原因考虑与明确外伤史相关, 外伤后局部抽吸不彻底或压迫不当或时间短等因素所致。

传统观点认为, 颅骨骨膜下血肿早期以冷敷为主, 强力的加压包扎为禁忌, 防止积血经骨折缝流入颅内, 进而形成硬脑膜外血肿; 血肿较大时, 超过 2 周未见缩小趋势时, 考虑予以严格备皮及消毒情况下行穿刺抽吸 1~2 次, 一般即可恢复。本文病例病程超过 1 年, 血肿包膜已机化并形成颅骨外板一部分, 局部突起明显, 虽未影响颅内, 但其对外观影响颇大, 故手术指征明确。术中于冒状腱膜下骨膜外分离包块, 彻底暴露边缘, 可防止术中分离过程大量出血的情况, 再切开骨膜, 迅速清除积血、咬除异常突起骨脊、清除骨脊间薄层肉芽样组织、骨蜡止血、锉平颅骨外板、骨蜡再止血, 分区域逐步进行, 未清除部位压迫止血, 有效减少出血。成形骨瓣开颅, 可以有效减少出血, 但需全麻、手术创伤大、术后局部颅骨血运丧失成为死骨, 是需要慎重考虑的问题, 不宜提倡, 仅用于病灶巨大、估计出血及其丰富者。

(2019-03-02 收稿, 2019-03-29 修回)