维普资讯 http://www.cqvip.com

部皮肤,让病人用力咬紧牙关,可以有助于辨认局部饱满是由于皮下脂肪过多还是颊脂垫充盈引起,但有时也难以区分。

2.手术方法:采用口腔粘膜切口的颊脂垫切除术,先进行局部浸润麻醉,在第二磨牙相对的粘膜面,腮腺导管开口下1.0 cm处做平行腮腺导管切口,长约2.0 cm。切开粘膜后,用血管钳朝向后方轻柔钝性分离,颊脂垫经裂口溢出,打开外覆包膜,用手指在口外颧弓下轻压,颊脂垫就会自动经切口脱出,判断所要切除量,用血管钳在根部夹住脂肪,切除多余脂肪,电凝止血,勿将脂肪从切口处向外牵拉,以防损伤面神经、腮腺导管及出现颊部凹陷。术中两侧脂肪等量切除,如两侧充盈程度不同,可以不等量切除,口腔粘膜可用可吸收线缝合。

二、结果

作者对21例求诊者进行了颊脂垫切除手术。术后1~4个月随诊观察,医生及病人均认为效果明显和满意者占18例。略觉局部改变不明显3例,无一例手术并发症发生,颊脂垫切除术对改善颊部良好的轮廓特征有可靠的疗效。

三、讨论

1.颊脂垫位于额肌层浅面,充填于面侧部多个间隙的脂肪组织块。整个颊脂体表面包绕一层薄而透明的完整包膜,与周围组织连接较为疏松,并且通过少数菲薄的纤维束与周围的骨膜或肌膜连接固定。目前,大多数学者认为颊脂垫可分为一个体部和四个突起。体部:从咬肌深面延伸至翼上颌裂,为一扁长形脂肪组织块,充填于颌下间隙内,前方和上方贴于上颌骨骨膜,下部贴颊后部表面,使颊部组织向口内隆起,形成略似三角形的垫。四个突起分别为颊突、翼跨突、翼突和颌突。脂肪垫的各个部分所占比例不同,通常颊突部最大,约占总重量的31%~40%,体部略小,占25%~30%,两者约占总重量的55%~70%。脂肪切除术时只涉及体部和颊突的颊脂肪,经粘膜入路的手术,需穿经薄层的颊肌[1]。

2.许多学者认为,如要显示娇美动人和突出个性化面部特征,其颊部形态不要过于饱满,最好呈现轻度的低凹,以使颊部与周围结构可分辨。如果界定颊部良好轮廓,通常腮腺和咬肌的前缘组成颊部的后界,鼻唇沟的后缘为其前界,突起的颧突和颧弓是其上界,轮廓清晰的下颌骨体缘和下颌角构成颊部的下界。与西方人相比,中国人的面部较为丰满,外观更为柔和,面部的结构特征不是很突出。受西方美容观念的影响,在目前的美容外科就治人群中有一定比例的人们对颊部形态的美容已有要求[2]。

3.部分颊部饱满的病例,采用颊脂肪切除后效果并不理想,这可能与影响颊部形态的多个因素有关,如颊部皮下脂肪,颧突的位置,咬肌发育程度有关。颊脂垫的一个重要功能是垫衬于咀嚼肌和周围的骨性结构之间,有利于咀嚼肌的滑动,切除术后是否影响咀嚼功能有待于观察。另外,年轻时接受颊脂肪的切除,是否会导致随年龄增长的颊部萎缩过早出现。因为发现婴儿期的颊脂垫比较发达,随年龄的增长,其作用和在面部的相对体积都将自然减小。

4.总结口内行颊脂垫切除术的经验,手术可能并发症有血肿,感染,以及面神经及腮腺导管的损伤等,但发生率极低。一个明显的术后情况是局部肿胀,通常在两个月后能完全消退,如果与其他面部整形手术同时实施,面部肿胀可能持续4个月之久。但根据观察,术后局部肿胀时间并不长,通常只持续两周左右。

参 考 文 献

1.王志军,高景恒.面部表浅肌肉腱膜系统的解剖学研究,实用美容外科杂志,1992,3(3):115.

2.Fairre J. Subpalpebral lifting. Am J Cosmet Surg,1989,6:71.

(收稿日期:2003-01-17)

标准外伤大骨瓣开颅术的临床应用

许树元* 安贵群* 汤晓晖* 王稚钧*

重型颅脑损伤病人的残死率仍较高,如何降低死亡率是神经外科医生关注的重要课题。近年来国外文献报告标准外伤大骨瓣手术能够显著降低重型颅脑损伤病人的死亡率,且并发症少,尤其对难以控制颅内高压重型颅脑损伤病人效果更加确切。自1999年2月到2002年6月,我科对23例重型颅脑损伤病人行标准外伤大骨瓣开颅术,取得了理想的治疗效果,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:男17例,女6例。年龄16~69岁,平均42.5岁。车祸12例,坠落伤7例,砸伤和打击伤4例。术前GCS积分:3~5分8例,6~8分15例。单侧瞳孔散大15例,双侧瞳孔散大8例。广泛额颞顶脑挫裂伤13例,急性硬膜下血肿伴局灶脑挫裂伤8例,脑挫裂伤伴大面积脑水肿2例。

2.手术方法:标准外伤大骨瓣手术关键是要显露颞底,从侧方解除对脑干的压迫,其手术步骤如下:(1)手术切口:起自耳屏前1 cm,于耳屏上方向后延伸至顶骨正中线,然后沿正中线向前至前额发际内。(2)骨瓣:采用游离骨瓣或带颞肌骨瓣,顶部骨瓣必须旁开矢状窦2~3 cm。(3)切开硬脑膜:从颞前部

* 作者单位:200431 上海市仁和医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

切开硬脑膜，以"T"字弧型切开硬脑膜。显露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝。(4)清除硬膜下血肿、脑内血肿，彻底止血。(5)缝合硬脑膜和手术切口：取颞肌筋膜或帽状腱膜行硬脑膜减张缝合。

二、结果

本组23例，随访0.5～2.5年，恢复良好11例，占47.8%；中残5例，占21.7%；重残2例，占8.7%；植物生存2例，占8.7%；死亡3例，占13%。

三、讨论

1.临床疗效：标准外伤大骨瓣手术治疗重型颅脑损伤病人的临床疗效仍存在争议[1]。有人认为标准外伤大骨瓣手术虽然能够取得短期效果，但不能改善患者长期预后[2]。意大利Vicenta医院报道了22例大骨瓣减压手术，恢复良好41%，重残18%，植物生存23%，死亡18%[3]。本组23例疗效与之对比，死亡率有所下降，恢复良好率有所提高。作者认为大骨瓣减压是有效的。标准外伤大骨瓣手术由于损伤较大，可能因为降低死亡率而增加重残和植物生存，加重家庭和社会负担，一些人对此手术仍持有异议。

2.手术优点：(1)彻底止血、清除坏死组织和颅内血肿：显露范围广，它可以显露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝；能清除约95%单侧幕上急性颅内血肿；清除额叶、颞叶前回及眶回等挫裂伤区坏死脑组织；控制矢状窦桥静脉、横窦及岩窦撕裂出血；控制前颅窝、中颅窝颅底出血；降低迟发性血肿和再次手术率。(2)有效降低颅内压：标准外伤大骨瓣骨窗范围大、位置低，它从颞叶底面减压，并咬除蝶骨嵴，使侧裂静脉减压更充分，减压后促进了脑疝的还纳，提高了救治率。(3)改善脑血流和脑组织氧分压：减压后脑血流增加引起脑充血，但不伴有急性脑水肿的发展。减压区域局部血流增加，能够减轻脑组织缺血性损伤，保护脑组织[4]。

3.副作用及防治：标准外伤大骨瓣手术的近期并发症主要有迟发性血肿、局部脑水肿加重及急性脑膨出。后期可有脑软化、萎缩、积液、脑穿通畸形、脑积水、颅内感染及癫痫并发症。(1)术中迟发性血肿："填塞效应"的消失是术中再出血的主要原因。因此，对脑疝时间长，合并有广泛脑挫裂伤或外伤后急性脑肿胀者，血肿清除后应先探查易发生迟发性血肿部位，术后即刻复查CT以排除迟发性血肿。(2)局部脑水肿加剧：去骨瓣减压后颅内压力骤降，脑血管液静压与脑组织压力差增大，大量血浆从血管内进入脑组织，脑水肿急剧发展。因此，术前术中应采取多种措施尽力降低颅内压，可以减轻术后脑水肿。(3)急性脑膨出：术中迟发性血肿和脑水肿、脑肿胀是急性脑膨出的主要原因。早期诊断迟发性血肿和控制颅内高压是预防急性脑膨出的关键措施。术中若脑膨出剧烈，可以考虑行脑叶切除内减压。

标准外伤大骨瓣手术能够显著降低重型和特重型颅脑损伤病人的死亡率，为重型颅脑外伤临床救治提供了一种有效方法。由于目前报道病例数相对较少，致残率及死亡率仍较高。因此需要进一步前瞻性随机对照研究来明确其临床应用价值。

参 考 文 献

1. Alexander E Jr. Management of severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy. Neurosurgery, 2001, 48(3):704.
2. Munch E, Horn P, Schurer L, et al. Management of severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy. Neurosurgery, 2000, 47(2):315－323.
3. De Luca GP, Volpin L, Fornezza U, et al. The role of decompressive craniectomy in the treatment of uncontrollable posttraumatic intracranial hypertention, Acta Neurochir, 2000, 76(3):401－404.
4. Yamakami I, Yamaura A. Effects of decompressive craniectomy on regional cerebral blood flow in severe head trauma patients. Neurol Medchir, 1993, 33(6):616－620.

(收稿日期：2003－02－18)

腹部多脏器损伤的救治

柳运海* 郭福超* 唐连君*

腹部多脏器损伤(简称AMOT)时，由于损伤脏器出血量大，生理功能紊乱，处理较困难。急诊室应及时诊断，正确复苏，对于病情危重者应简化诊断程序，尽早手术可以降低病死率。我院1990年～2002年共救治158例，现就我们在诊治中的体会讨论如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组158例中男性127例，女性31例。年龄5～72岁。其中闭合性损伤146例，开放性损伤12例。致伤原因见表1。脏器损伤数与死亡关系见表2。

表1 158例腹部脏器致伤原因(例)

	车祸	坠落	撞击	刀刺	枪弹	挤压	爆震
存活	59	29	28	5	4	5	2
死亡	11	6	3	1	2	2	1

* 作者单位：116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院