

型和硬斑病样型相对少见,但也多见于头面部。躯干最常见的是浅表型基底细胞癌。外耳基底细胞癌少见,在外耳恶性肿瘤中占第 2 位,但也有人报道发生于耳廓的基底细胞癌是鳞状细胞癌的 2 倍。基底细胞癌的组织病理:瘤细胞团位于真皮内与表皮相连,瘤细胞似表皮基底细胞,但细胞核大,卵形或长形,细胞质相对少,细胞境界不清,细胞间无细胞间桥,周边细胞呈栅状排列,境界清楚。瘤细胞的核大小、形态及染色均颇一致,无间变。瘤团周围结缔组织增生,围绕瘤团排列成平行束,其中有许多幼稚成纤维细胞,并可见黏蛋白变性,由于黏蛋白在标本固定与脱水过程中发生收缩,因而瘤团周围出现裂隙,此虽为人工现象,但为本病的典型表现,而有助与其他肿瘤鉴别。从组织细胞学上基底细胞癌可分为 2 类,即未分化类和分化类。分化性轻度向皮肤附属器即毛发、皮脂腺与大汗腺或小汗腺分化。但无明显界限,因很多未分化类也可在某些区域表现一些分化,而大多数分化类在某些区域则缺乏分化。结合临床损害形态,结节溃疡性可示分化或未分化,而色素性、硬皮病样性、表浅性和纤维上皮瘤性则常示极少分化或未分化。基底细胞癌首选手术切除。由于基底细胞癌是连续性侵

袭性生长的肿瘤,极少发生转移。循证医学研究显示,原发性基底细胞癌按照传统肿瘤扩切方法治疗 5 年治愈率约为 93%。基底细胞癌对于放疗和冷冻治疗也比较敏感。如果患者由于各种客观原因无法接受手术,可以选择放疗和冷冻治疗。对于硬斑病样型或微结节型等易复发、侵袭性强的基底细胞癌,建议术后追加放疗^[2-4]。本病例特点:①颜面部如此巨大的肿瘤,如腮腺多形性腺瘤常见,基底细胞癌实属罕见;②传统观点认为 80 岁以上老人为一个手术门槛,该患者已 91 岁,由于肿物过大,年事已高,给手术带来很大难度和挑战。建议术后 1 个月行预防性放疗,未做。术后随访至今,肿瘤无转移,无复发,手术切口愈合好。

参考文献

[1] 韩德民. 耳鼻喉头颈外科[M]. 北京:北京高等教育出版社,2010:235-235.
[2] 朱学骏. 现代皮肤病性病诊疗手册[M]. 北京:北京医科大学出版社,2001:145-145.
[3] BOLOGNI A, JORIZZ O, PAPIN I. 皮肤病学[M]. 第 2 版. 北京:北京大学医学出版社,2011:560-560.
[4] 余树观,何永慧. 头颈部恶性肿瘤[M]. 河南:河南科技出版社,2000:450-450.

(收稿日期:2014-05-21)

颌面及颈胸部金属贯通伤 1 例

盛国民¹ 莫志洋¹ 高东旺¹

[关键词] 创伤;贯通伤;金属异物
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.06.027
[中图分类号] R782 [文献标志码] D

A case report of metal penetrating trauma in maxillo-facial, neck and chest

Summary A 21 years old male patient was admitted with a complex trauma of metal penetrating wound in maxillo facial region, neck and chest because of a high falling accident one hour ago. General examination: the vital signs were stable. Specialized examination: metal foreign body penetrated from the front wall of the axilla, passing left clavicle superficies, through the middle of neck into the posterior pharyngeal wall, then piercing out from the superciliary arch lateral. The patient had apparent tenderness in the right arch, right zygomatic bone and the front of right maxilla, the degree of mouth was about 1.8cm. X-ray showed the foreign body: from left armpit to right temporal part. The admission diagnosis was: 1. metal penetrating wound in maxillo-facial, neck and chest; 2. right zygomatic maxillary and zygomatic arch fractures. Treatment: the foreign body was removed smoothly through the concurrent operation, and by secondary operation of open reduction and internal fixation of fractures, the finally result of patient was good.

Key words trauma; penetrating wound; metal foreign body

1 病例报告

患者,男,21 岁。因“高处坠落致颌面颈胸部嵌

入杆状金属物 1 h”于 2011 年 5 月 26 日急诊入院。患者在建筑工地作业时不慎自约 10 米高处坠落致使地面工地竖立的直径约 2.5 cm 的螺纹钢筋自左侧腋下穿入,穿过颈部后从右侧眉弓外缘穿出。钢

¹青海省人民医院颌面整形外科(青海西宁,810007)
通信作者:高东旺, E-mail:gdw33@sina.com

筋嵌入体内约 40 cm,致患者悬于空中,消防人员赶到后锯断地面钢筋后将患者救下,并紧急转送至我院。患者自觉伤口疼痛剧烈,伴头颈部活动受限。入院后无头昏、头痛、恶心、呕吐;无呼吸困难、四肢麻木、感觉异常。体检:体温 37.4℃,脉搏 90 次/min,呼吸急促,25 次/min,血压 100/60 mmHg。精神差、急性痛苦面容,面色略苍白、神志清楚,被动体位,查体合作,双侧瞳孔等圆等大,瞳孔直径 3.3 mm,对光反射存在,耳、鼻、口腔内未见明显血性渗出液,心肺腹检查未见明显异常。专科检查:直径约 2.5 cm 螺纹钢筋刺入并贯穿于体内,自左侧腋窝前壁穿入,经左侧锁骨上于左侧锁骨上方穿出后再经左侧颈中部穿入咽后壁;从右侧眉弓外缘穿出。患者部分衣物随着钢筋被带入腋窝部伤口内,无法拔出;钢筋表面带有大量水泥及沙土;右侧眶周弥漫性肿胀,青紫,淤血明显,睁眼困难,球结膜下大片出血斑;视物清楚,右侧颧弓、颧骨及上颌骨前壁压痛明显,上下颌骨未触及明显骨折动度,口内咬合关系可;张口度约 1.8 cm (图 1)。急诊行头颅 CT 示颅内未见明显出血,颅骨未见明显骨折。行颈部、胸部 CT,颈椎及胸腔内无异常。行 X 线片检查示:左侧腋下至右侧颞部金属异物(图 2)。入院诊断:①颌面及颈胸部金属贯通伤;②右侧颧上颌骨颧弓骨折。急诊请神经外科、胸外科、骨科、耳鼻喉科、麻醉科会诊,排除颅内、颅骨损伤,胸腔脏器损伤及颈椎损伤;讨论手术及麻醉方案。入院后立即嘱颈部制动,积极予以抗生素静脉滴注预防感染及破伤风抗毒素皮下注射,完善术前准备,备血;手术过程:当日行急诊手术。局部麻醉下先行气管切开后;再行全身麻醉下急诊探查术,术中先截断穿出右侧眉弓的钢筋约 29 cm,做附加切口,术中见前胸部贯通伤未累及胸腔,钢筋经过胸大肌表面进入,从锁骨上方穿出致锁骨脱位,再从颈中部及下颌骨内侧穿入,从左侧咽后壁穿出后,再从右侧咽部穿入,经右侧眉弓外穿出。解剖颈部钢筋穿出穿入部,在其周围垫入纱布,显露颈部血管,隔开颈部大血管,以避免钢筋拔出时损伤颈内动静脉及锁骨下动静脉(图 2)。拔除钢筋前在其表面涂石蜡油,以达到润滑目的,然后缓慢旋转

拔出金属异物;各伤口未出现活动性出血,但渗血明显,量约 1000 ml;各创腔内未见大血管损伤,创腔内污染严重,大量双氧水、生理盐水冲洗,给予反复清创后头部、腋窝创腔内各放置负压引流管 1 根,颌下区伤口放置橡皮引流片,分层缝合关闭创口;双侧鼻腔给予膨胀海绵填塞,术中输入红细胞悬浮液 1600 ml,血浆 500 ml,术中生命体征平稳(图 2)。术后给予预防感染、止血、消肿及对症治疗;待患者病情稳定后再次在全身麻醉下行右侧颧上颌骨颧弓骨折切开复位内固定术,术后恢复良好。住院 1 个月后患者痊愈出院(图 2)。

2 讨论

口腔颌面部及颈部位于人体的暴露部位,容易受到损伤,随着工伤、各种意外事件及交通事故的频繁发生,口腔颌面部颈部创伤的发生率大大增加,口腔颌面部严重损伤常病情复杂、危重。如处理不及时,可导致患者严重并发症的发生,甚至导致患者死亡。由于口腔颌面部的特殊部位,既是呼吸道入口,又紧邻颅底,损伤时常伴有多种并发症,其中最严重的并发症是窒息、大出血及颅脑损伤,相比其他部位损伤,颌面部损伤更为紧急、抢救更为困难,因而死亡率也比较高^[1]。颌面部外伤常见危险并发症有窒息、颅脑损伤、颈椎损伤、失血性休克等,对于颌面部外伤可以遵循先解除呼吸道阻塞,保护颈椎的情况下行初步清创止血,再排除颅脑损伤和胸腹部损伤的顺序,在确保伤者生命体征稳定后再考虑颌面部的修复的原则进行,根据具体病情,作出全面的诊断,及时的救治才能确保提高救治成功率^[2]。对于颌面部复杂外伤的患者应根据患者的病情,科学及时判断伤情,救治人员要相互密切配合,必要时联合神经外科、骨科、胸外科、普腹外科、耳鼻喉科等相关科室进行会诊,而且应具有统一的观念,不仅随时密切观察患者的瞳孔、血压、神志等的变化,而且还要逐一仔细排查身体其他重要脏器。

2.1 保持呼吸道通畅,防止窒息

严重颌面创伤造成窒息的原因是多方面的:①由于此类患者多数在受伤后有短暂昏迷史,加之面部软组织裂伤和(或)颌骨的开放性骨折,容易造成

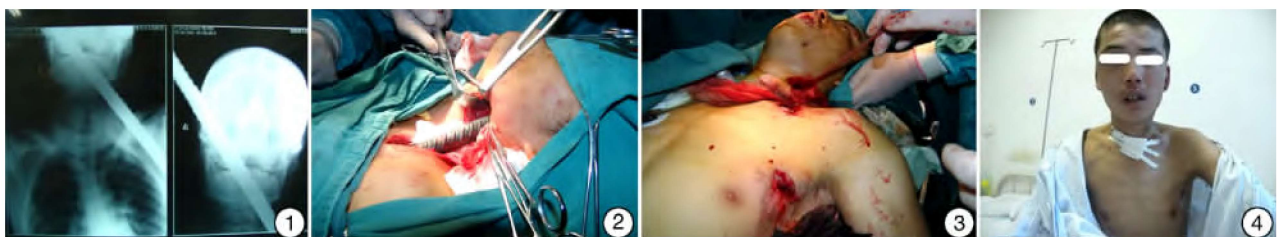


图 1 患者 X 线影像; 图 2 颌面及颈胸部金属贯通伤异物取出术中; 图 3 金属贯通伤钢筋异物被成功取出; 图 4 钢筋异物取出术后,并行颧上颌骨骨折复位内固定术后

血液误吸入气管内;②上、下颌骨骨折错位者,尤其是上颌骨骨折向下移位,使口咽腔缩小,而下颌骨颞部多发性骨折下颌后缩,使舌后坠;③由于面颈部血运丰富,软组织挫伤后易形成颌颈部的闭合性血肿,短期内可迅速增大,压迫气管;④严重复合伤患者口腔内血凝块、异物、呕吐物阻塞口咽腔。严重口腔颌面创伤存在上呼吸道窒息的高危险性,此类患者早期实施气管切开术就显得格外重要,甚至是施行颌面外科手术和其他治疗的先决条件。气管切开后,颌面部视野完全暴露,也容易进行颌骨骨折复位及软组织缝合,给手术操作带来方便^[3]。

2.2 失血性休克的处理

口腔颌面部损伤发生休克者,主要为创伤性休克和失血性休克,以低血容量为主要表现。临床表现早期即可表现出烦躁不安或表情淡漠、口渴、呼吸浅快、血压正常或降低、脉压小、四肢厥冷。随后患者转入抑制期,血压明显下降、面色苍白、四肢紫绀、表情淡漠、反应迟钝、意识模糊甚至昏迷、毛细血管充盈时间明显延长、尿量减少、代谢性酸中毒等。抗休克治疗的目的在于提高有效血容量,恢复组织灌流量和氧供。止血,同时迅速开放 2~3 条静脉通道,快速输入等渗晶体液、血浆代用品以维持有效血容量。必要时行中心静脉穿刺以快速补液,给药,监测中心静脉压^[4]。

2.3 颈部血管损伤的处理

对颈部外伤患者应高度重视颈部大血管损伤的可能,颈部大血管损伤后出血量大,呈涌泉样或喷射状;颈部大血管管径大、压力高,损伤后短时间内可引起失血性休克,颈内静脉损伤还可造成空气栓塞;两者均可能引起死亡及严重并发症。一般需立即作创口延长,完全暴露颈部大血管,并在大血管下方放置止血用橡皮片,在暂时阻断血供的前提下探查血管,因为颈部解剖结构复杂,未完全暴露颈部重要解剖结构,而盲目探查容易损伤颈部血管、神经,盲目用血管钳钳夹血管,还可能加剧血管壁的损伤^[5]。对于颈部血管损伤的处理方面,颈外动静脉和椎动脉及其分支损伤只需简单结扎,颈总动脉、颈内动脉受损伤及时予以修复,包括端端吻合、侧面修复或血管移植。颈总动脉损伤可根据局部伤情,做局部修补或聚四氟乙烯人造血管移植修复。颈内动脉损伤,如果颈外动脉无损,亦可做颈内外动脉吻合术。若破裂口难以修复而必须结扎时,则宁可结扎颈总动脉而不能结扎颈内动脉,因为结扎颈总动脉后,颈外动脉的血液可经过颈动脉分叉流入颈动脉^[6]。

2.4 颈部异物的处理

由于颈部解剖结构复杂,故颈部异物成功取出的关键是对异物的位置、颈部解剖的熟悉和合理的手术入路。所以术者必须熟悉颈部的解剖结构,术前对颈部异物伤的程度有一定估计,术中拔出异物前,要分析是否损伤大血管,不能盲目拔出,做好应急准备后,才能缓慢拔出,并仔细观察术腔情况,要充分止血。

2.5 积极治疗并发症

维持心、脑、肺、肾功能,控制感染,及时纠正和维持水、电解质平衡。营养的补充十分重要,可通过静脉输入能量合剂、氨基酸及白蛋白等,并经鼻饲管注入高蛋白质的各类汤汁。

因颈部分布着重要的血管、神经等组织,所以颈部外伤是一种严重的外伤,常因血管破裂,大量失血而迅速引起死亡。本例患者钢筋穿通伤累及颌面部、颈部、胸部等多个部位,术前我们进行了全面仔细的全身检查,并请神经外科、胸外科、骨科会诊,排除了颅内、颅骨损伤,胸腔脏器损伤及颈椎损伤;术前由耳鼻咽喉科先行气管切开,保证了呼吸道通畅;术前备血并做了充分应急准备后顺利拔除钢筋异物。术中,我们在解剖出颈部重要解剖结构的同时,尽可能多的暴露钢筋异物,以便使手术视野清楚;在钢筋异物与组织间垫入纱布,一方面可以有效保护颈部重要结构,避免在颈部异物取出时二次损伤,另一方面也可起到暂时填塞止血的目的;在钢筋异物的表面尽可能多的涂抹石蜡油,起到润滑作用,减小阻力,以便使异物顺利拔出。本病例钢筋穿通未伤及颈部重要神经血管,对术后功能恢复影响相对较小,未造成术后严重的并发症发生。

参考文献

- [1] 吴滨. 颌面部外伤大出血 19 例的救治体会[J]. 广西医学, 2008, 30(9): 1417-1418.
- [2] 李焰, 张建设, 李晨军, 等. 浅谈颌面部外伤中危险并发症的急救[J]. 西南军医, 2006, 8(3): 76-77.
- [3] 关丽梅, 赵德安. 15 例严重口腔颌面外伤患者窒息分型及气管切开术救治的探讨[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(6): 58-59.
- [4] 张霞, 白晓峰. 口腔颌面外科学(6)口腔颌面部损伤的急救[J]. 中国实用口腔科杂志, 2010, 5(3): 319-320.
- [5] 陈昕映, 郑平, 陈邦灯, 等. 颈部大血管损伤的临床处理探讨[J]. 上海口腔医学, 2004, 13(3): 211-213.
- [6] 徐先发, 谭静, 卢云云, 等. 颈部复合性外伤的急救处理[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志 2007, 6(2): 349-352.

(收稿日期: 2014-07-09)