

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.21.040

网络首发 [https://kns.cnki.net/KCMS/detail/50.1097.R.20200807.1715.002.html\(2020-08-10\)](https://kns.cnki.net/KCMS/detail/50.1097.R.20200807.1715.002.html(2020-08-10))

## 29 例改良直埋法外耳再造术 I 期围术期护理\*

辜小花<sup>1</sup>, 曾夏莹<sup>2△</sup>, 蔡震<sup>1</sup>

(四川省人民医院:1. 整形外科;2. 胸外科, 成都 410017)

**[摘要]** **目的** 探讨改良直埋法全耳再造术 I 期的围术期护理方法。**方法** 对 29 例外耳再造 I 期患者进行精细化的围术期护理,包括术前充分准备,术后负压引流、皮瓣观察和护理、肋软骨供区的护理及再造耳保护等。**结果** 29 例患者中出现 2 例皮瓣局部缺血,1 例皮瓣局部坏死,经积极处理均恢复良好;5 个月后随访软骨覆盖良好,29 例再造耳郭全部成活,形态良好。患者无再造耳郭局部受压、耳支架移位及气胸等并发症发生,供皮区及肋骨处伤口愈合良好。**结论** 良好的围术期护理对保证手术效果至关重要。

**[关键词]** 小耳畸形;全耳再造;改良直埋法;围术期;护理**[中图分类号]** R764.7**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2020)21-3679-03

小耳畸形是一种严重的先天性耳郭发育畸形,是孕妇在怀孕最初 3 个月内由于多种原因造成胚胎第一、二鳃弓发育障碍形成的,需进行耳郭部分或全部再造的一种先天性疾病,在我国的发病率为 1.4/10 000<sup>[1]</sup>。目前,针对小耳畸形的治疗方式主要是利用自体肋软骨移植进行耳郭重建<sup>[2]</sup>,该种治疗方法重建的耳郭不但形态逼真,而且具有很好的组织相容性,患者家属容易接受<sup>[3]</sup>。常用的手术方式较多,而改良直埋法(Nagata 法)耳郭再造术操作简捷、术区软组织损伤小(再造耳支架外被皮肤软组织血运破坏较小)、手术周期短、第一次术后再造耳轮廓即清晰可见等优点<sup>[4]</sup>。本科自 2017 年底开始采用改良直埋法行全耳再造术。外耳再造手术疗程较长,术前及术后护理对治疗效果的影响较大,围术期护理较为繁琐,有效的护理干预可帮助患者早日恢复健康<sup>[5]</sup>。现收集 2018 年 1 月至 2019 年 1 月用改良直埋法行外耳再造术 I 期患者 29 例,将围术期护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月采用改良直埋法行外耳再造术 I 期患者 29 例,其中,男 19 例,女 10 例;年龄 6~24 岁,平均 10.5 岁。均为单侧耳郭畸形,左侧 12 例,右侧 17 例,其中单纯耳郭畸形 27 例,耳郭畸形伴颜面部乳突区凹陷 2 例。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 手术方法

本科采用的改良直埋法外耳再造术分三期完成。I 期手术主要行外耳解剖轮廓再造,包括肋软骨切取、耳郭支架的成形软骨耳支架埋植。II 期手术完成再造耳郭抬高,耳颅沟成形和耳垂转位。III 期完成耳垂、耳屏等局部细节调节,使再造耳形态更逼真。本文主要对 I 期手术的围术期护理进行总结。

#### 1.2.2 术前护理

##### 1.2.2.1 心理评估和护理

先天性小耳畸形给患者外观带来严重影响,从而影响患者的心理状况<sup>[6]</sup>,同时也会给患者人际交往带来不便,导致焦虑、抑郁等不良情绪<sup>[7]</sup>。故术前需跟患者及家属充分沟通,使患者能积极主动的配合手术和治疗,协助完成术前检查和拍照留档。

##### 1.2.2.2 精细化皮肤准备

术前做好耳周 5 cm 范围内的皮肤准备,协助女性患者将余发梳向对侧辫成发辫,充分暴露手术区域。改良直埋彻底清洗局部缝隙,如发现手术区域有毛囊炎、疖肿、耳前瘻管伴感染等异常,需采取局部抗炎治疗。

##### 1.2.2.3 协助制作个性化耳膜片

(1)将有标尺刻度的贴纸,贴于患者健侧耳前,平对耳郭平面拍照;(2)将照片导入 Word 文档,利用标尺刻度等长转化,调整照片实际大小,以使照片中物体大小与实物等化;(3)将照片打印,获得 1:1 等比图像;(4)沿耳郭各标线绘出耳膜形状;(5)以绘制的耳模为样本,将废弃的胸片修剪成耳膜片(图 1),以备

\* 基金项目:四川省科技计划项目(2018JZ0049)。 作者简介:辜小花(1984—),主管护师,本科,主要从事整形外科专科护理方面研究。

△ 通信作者,E-mail:164773656@qq.com。

术中使用。绘制耳模时,考虑覆盖耳支架的皮肤厚度,耳模大小应沿实际耳郭大小内收 1 mm。



图 1 制作个性化耳膜片

### 1.2.3 术后护理

#### 1.2.3.1 运用各类工具客观观察皮瓣血运

术后需重点观察皮瓣血运,从皮瓣颜色、温度、皮纹三方面观察。若出现患者局部皮瓣苍白或指压后颜色恢复慢,或皮温低于周围正常组织  $2^{\circ}\text{C}$ ,或皮纹加深,皮肤皱褶明显,则提示动脉血供不足,皮瓣缺血;若出现皮瓣颜色暗紫、皮纹消失、皮温高于正常组织  $2^{\circ}\text{C}$ ,则提示静脉回流不畅,皮瓣淤血。皮温监测方法:采用电子温度计于皮肤上方 2 cm 处测量,监测并比较皮瓣中央温度和皮瓣外缘 5~8 cm 处的皮肤温度。皮瓣颜色观察参考沈英飞<sup>[8]</sup>研制的自制比对卡,该卡由 10 个颜色图片和对应的颜色描述组成。皮瓣的色泽是判断血液循环是否正常的重要标志<sup>[9]</sup>,而不同的人对颜色的认知存在着较大的差异<sup>[10]</sup>。应用该比对卡可确保护士、医生对同一游离皮瓣颜色判断的一致性,以该比对卡为参照所做的观察记录能为医生提供更准确的病情评估依据。

#### 1.2.3.2 负压引流的观察及护理

术后良好的负压引流能有效防止血肿、死腔的形成,通过负压作用促进皮瓣紧贴软骨假体并粘合生长<sup>[11]</sup>。在 I 期术后于残耳垂下缘 0.5 cm 打孔,将 8~10 号细导管安置到支架深面耳甲腔处,及时引流积血液,使皮瓣与支架紧密贴合,利于再造耳塑形,促进皮瓣与支架间血供的建立,同时扩张皮瓣的毛细血管,增加皮瓣血供。术后负压引流的观察与护理的重点是维持稳定负压,保持引流通畅。判断负压引流是否有效,以手抽动针柄,松手后针柄回弹,表示负压有效。(1)维持引流管负压在合理水平:如引流液少,皮瓣苍白或暗紫,应减小负压;如引流液多,再造耳形态臃肿,予增大负压<sup>[12]</sup>。(2)保持引流通畅:妥当固定

引流装置,防止引流管受压、扭曲、折叠及脱出,注意观察引流管与空针链接处是否有血栓阻塞,以确保引流通畅。观察频率:术后 6 h 内每小时抽吸负压 1 次,6 h 及以上每 2~4 小时抽负压 1 次。注射器内引流液 1/2 满时应立即更换,更换时注意无菌操作,且始终保持在负压状态<sup>[13]</sup>。每天更换负压装置 1 次,以防止细菌感染。至引流液色泽清亮或淡黄,24 h 引流量小于 5 mL,予以拔出引流管。

#### 1.2.3.3 肋软骨供区护理

该期手术取 6~8 肋软骨,为雕刻软骨支架所用,创口经皮肤、皮下组织和肌肉,深达软骨膜。故 I 期术后需观察患者是否有胸闷、气紧等气胸症状;协助用腹带加压包扎胸廓,以减小呼吸动度缓解疼痛;注意保暖,预防感冒,若肺部有痰液难以排出,可遵医嘱给予氨溴索雾化吸入稀释痰液,拍背后手压伤口两侧,协助排痰。

#### 1.2.3.4 再造耳的保护

保持健侧卧位,避免再造耳受压。睡眠时取健侧卧位,勿使术区受压,以免局部皮肤坏死<sup>[3]</sup>。指导患者进食松软不需用力咀嚼的食物,以免咬肌及下颌过度活动导致皮瓣和再造耳软骨移位;再造耳稳定前,避免面部肌肉活动度大的表情动作,如大笑大叫等。

#### 1.2.3.5 并发症的处理

(1)皮瓣血运不良或皮瓣坏死。皮瓣血运不良的发生原因:①局部压力过大,血循环受阻。此时须适当松解加压敷料,减小引流负压,一般可改善;②支架过高,张力过大。患者一般伴有局部剧烈疼痛,须及时撤去负压,必要时需要手术降低支架高度减压。③血管挛缩。多为天气寒冷,病室保温措施不足,血管痉挛,或患者因疼痛、紧张等原因致交感神经兴奋,微小血管收缩等原因所致。可有针对性的给予保暖、镇痛、心理护理等措施。必要时遵医嘱使用扩血管和改善微循环的药物。若经处理皮瓣血运不良未得到改善,继续发展会发生皮瓣坏死。若皮瓣坏死无软骨外露,可直接植皮修复或通过换药、红外线照射等促进肉芽生长待创口自行愈合,若皮瓣坏死伴软骨外露,则视外露面积大小再行处理。(2)软骨支架变形或外露。避免软骨支架变形的首要措施是指导患者采取健侧卧位或平卧位,可协助患者侧卧位时腰背部垫枕保持舒适。软骨支架外露多为皮瓣感染坏死所致,若外露面积小于  $0.5\text{ cm}^2$ ,可直接拉拢缝合;若外露面积大于  $0.5\text{ cm}^2$ ,则考虑转瓣修复或局部负压封闭引流技术治疗促进创面愈合。(3)感染。感染是术后常见的问题,感染控制不良可直接引发皮瓣坏死、支架外露等问题,重者可导致手术失败。预防措施为严格无

菌操作,及时换药,保持伤口敷料清洁干燥;保持引流通畅,避免皮瓣下积血;密切监测体温,术后前 3 d 体温在 37.5 °C 左右波动,为正常体温,术后 3 d 后体温高于 38 °C 时,需及时对患者进行全血细胞的检查与分析<sup>[14]</sup>,必要时行血培养或分泌物培养,并及时选用敏感抗生素积极处理。

## 2 结 果

29 例患者术后发生皮瓣缺血 2 例,表现为皮瓣苍白、发凉,1 例为敷料加压包扎过紧所致,予以适当松解敷料和减小引流管负压,1 例为支架过高,皮瓣张力过大所致,即时撤去引流管负压,2 例患者经及时处理后皮瓣血运逐渐恢复正常。1 例患者发生皮瓣局部坏死,为引流管拔出过早,局部皮瓣下积血,经切开局部清除血肿,切除坏死皮瓣后拉拢缝合,约 7 d 伤口愈合,5 个月后随访软骨覆盖良好(图 2)。29 例再造耳郭全部成活,形态良好。患者无再造耳郭局部受压、耳支架移位及气胸等并发症发生,供皮区及肋骨处伤口愈合良好。



图 2 典型患者改良直埋法术后 5 个月

## 3 讨 论

改良直埋法 I 期手术主要完成外耳轮廓的成型和显现,一定程度上决定了再造耳郭的最终形态,是外耳再造术最重要的 I 期。再造耳郭能否成功存活,主要取决于皮瓣能否存活。由于术前未行皮肤扩张,术后软骨支架植入后局部张力较大,易使皮瓣血运受到影响,故术后对皮瓣的观察和保护是术后护理的重点。(1)皮瓣观察:主要是观察皮瓣的血运情况,能否对皮瓣血运情况进行准确的判断,既需要护理人员有丰富的临床经验和敏锐的观察能力,也需要客观的标准作为参考,以保证观察判断的客观一致性。(2)需加强对皮瓣的保护:①敷料包扎不可过紧,以免对皮瓣造成压迫,更换敷料动作轻柔,避免对皮瓣造成牵拉;②需加强对患者的知识宣教,让患者理解避免再造耳皮瓣受压受撞的重要性,以取得患者的良好配

合。(3)其他:加强引流管的护理,避免皮瓣下积血影响皮瓣存活,也避免血液淤积引发感染;维持病室适宜的温湿度,注意保暖,避免寒冷导致血管收缩;加强生命体征尤其是对体温的监测,若有感染发生可及时发现并处理<sup>[3]</sup>。该组病例中,2 例患者出现皮瓣缺血,因观察和处理及时,采取措施后很快恢复。需要注意的是,敷料松解及引流管负压调小或去除后需密切观察皮瓣与软骨支架的贴合情况和有无皮瓣下积血。

积极疼痛管理也是该手术术后需关注的内容。该期手术包括肋软骨取出和软骨支架植入两大步骤,有耳部和胸廓两处创伤,患者疼痛感较为强烈。殷夕娣等<sup>[15]</sup>研究表明,疼痛会加重患者的紧张、焦虑和烦躁等不良情绪,诱发血管痉挛,重者诱发血管危象,故术后需加强对患者的疼痛评估和管理。另外,心理护理应贯穿于患者治疗与康复的整个过程中,护士应做到耐心细致,设身处地为患者着想,讲解先进医疗技术与护理水平,增强患者对手术的信心,使其积极配合手术治疗。

综上所述,先天性小耳畸形耳郭再造手术复杂,属于整形外科,是耳鼻喉科等多学科交叉的手术,手术的成功不仅需要手术医生的精确设计和精密操作,也需要良好的护理配合。整形科护士需要掌握充足的理论知识,积累丰富的临床经验,才能配合医生完成外耳再造患者的围术期护理。

## 参考文献

- [1] 杜佳梅,庄洪兴,蒋海越,等.先天性小耳畸形患者及家属心理状况调查研究[J].中华整形外科杂志,2005,21(3):218-221
- [2] 赵继英,路春兰,于文卿.外耳再造术医院感染管理[J].中华医院感染学杂志,2012,22(13):2739.
- [3] 方芳,马永青.自体肋软骨移植全耳廓再造术 20 例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2017,23(12):95-96
- [4] 刘学红,潘博,王春华,等.个性化耳罩在扩张器法耳廓再造术治疗小耳畸形中的应用[J].中华护理杂志,2009,44(11):1044.
- [5] 孟庆芳,刘学红.临床护理路径在外耳再造患者围手术期中的应用[J].中华耳科学杂志,2015,13(4):715-717.
- [6] SHIRAZI M, ABBARIKI E, PIRJANI R, et al. Congenital microtia in a neonate due to maternal isotretinoin exposure 1 (下转第 3684 页)

## 参考文献

- [1] MEYER C H, RODRIGUES E B, SCHMIDT J C. Congenital optic nerve head pit associated with reduced retinal nerve fibre thickness at the papillomacular bundle [J]. *Br J Ophthalmol*, 2003, 87(10):1300-1301.
- [2] MCDONALD H R, SCHATZ H, AABERG T M. Reticular-like pigmentary patterns in pseudoxanthoma elasticum [J]. *Ophthalmology*, 1988, 95(3):306-311.
- [3] SHUKLA D, KALLIATH J, TANDON M, et al. Vitrectomy for optic disk pit with macular schisis and outer retinal dehiscence [J]. *Retina*, 2012, 32(7):1337-1342.
- [4] SADUN A A, KHADERI K H. Optic disc anomalies, pits, and associated serous macular detachment [J]. *Elsevier Health Sciences*, 2013, 93(2):1583-1588.
- [5] SKAAT A, MOROZ I, MOISSEIEV J. Macular detachment associated with an optic pit: Optical coherence tomography patterns and surgical outcomes [J]. *Eur J Ophthalmol*, 2013, 23(3):385-393.
- [6] OHNO-MATSUI K, HIRAKATA A, INOUE M, et al. Evaluation of congenital optic disc pits and optic disc colobomas by swept-source optical coherence tomography [J]. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2013, 54(12):7769-7778.
- [7] KRIVOY D, GENTILE R, LIEBMANN J M, et al. Imaging congenital optic disc pits and associated maculopathy using optical coherence tomography [J]. *Arch Ophthalmol*, 1996, 114(2):165-170.
- [8] THEODOSSIADIS G P, CHATZIRALLI I P, THEODOSSIADIS P G. Macular buckling in optic disc pit maculopathy in association with the origin of macular elevation: 13-year mean postoperative results [J]. *Eur J Ophthalmol*, 2015, 25(3):241-248.
- [9] TODORICH B, SHARMA S, VAJZOVIC L. Successful repair of recurrent optic disc pit maculopathy with autologous platelet rich plasma: report of a surgical technique [J]. *Retin Cases Brief Rep*, 2017, 11(1):15-17.
- [10] HARA R, TSUKAHARA Y, SIMOYAMA T, et al. Refined internal limiting membrane inverted flap technique for intractable macular detachment with optic disc pit [J]. *Case Rep Ophthalmol*, 2017, 8(1):208-213.
- [11] OOTO S, MITTRA R A, RIDLEY M E, et al. Vitrectomy with Inner Retinal Fenestration for Optic Disc Pit Maculopathy [J]. *Ophthalmology*, 2014, 121(9):1727-1733.
- (收稿日期:2020-01-21 修回日期:2020-06-18)
- (上接第 3681 页)
- month before pregnancy: case report [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2015, 41(6):975-978.
- [7] 林美华, 王维, 王彪. 先天性小耳畸形二期法耳廓再造术的护理 [J]. *中国美容医学*, 2015(10):73-76.
- [8] 沈英飞. 自制比对卡在游离皮瓣血液循环观察中的应用 [J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(8):F0003.
- [9] 王巧君, 杨淑芳, 王英彩, 等. 58 例显微外科皮瓣修复小腿复杂伤软组织缺损患者的护理 [J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(8):702-704.
- [10] 杨跃勤. 皮瓣移植修复口腔颌面部缺损的观察护理 [J]. *重庆医学*, 2005, 34(7):1113-1114.
- [11] 张丽萍, 冀晨阳, 王颖敏. 先天性小耳畸形听力重建术后全耳廓再造的术后护理 [J]. *中国实用护理杂志*, 2010, 26(11):44-45.
- [12] 林美华, 王维, 王彪. 先天性小耳畸形二期法耳廓再造术的护理 [J]. *中国美容医学*, 2015, 24(10):73-76.
- [13] 张雪琴, 潘正英, 周先利, 等. 应用 Medpor 行全耳再造术后的护理及耳支架外露的防治 [J]. *中国美容医学*, 2012, 21(10):291-292.
- [14] 宋春琼, 敖健飞. 改良的 nagata 法耳廓再造术的临床应用及评价 [J]. *中华耳科学杂志*, 2018, 16(1):33-35.
- [15] 殷夕娣, 刘敏, 赵波. 游离皮瓣移植术后并发症的护理观察与应对策略 [J]. *中华显微外科杂志*, 2018, 41(3):299-300.
- (收稿日期:2020-01-21 修回日期:2020-07-21)