

接后即可满足不同大小和形态的要求。(5)外耳轮不会有毛发生长,特别适合于耳廓皮肤烧伤或外伤致耳后条件皮肤无可利用者。(6)再造耳廓术后富有韧性和强度,可耐受一定压力,患者无需强制睡姿,不致造成其生活不便。支架性质稳定,不会被吸收变形。其不足有:植皮区颜色轻微改变,部分色素沉着较明显,短期内影响外观;颞侧头皮少许脱发或瘢痕形成;部分因植皮皮片挛缩,再造耳位置或耳廓角轻微改变。比较不同供皮区,根据笔者的经验,以对侧耳后全厚皮片颜色改变最小,腹壁皮片术后色泽大多与健侧不一致,偏黑,部分长出毛发,可能系取全厚皮时邻近阴阜有毛区所致。该手术主要的并发症为支架外露,本组发生率为 6.7%,分析其原因,系由植皮成活率低和筋膜瓣远端血运欠佳、组织坏死所致,清创后经局部颞肌瓣转移修复创面而愈合。

参 考 文 献

- 1 Brent B. Technical advances in ear reconstruction with autogenous rib cartilage grafts: personal experience with 1200 cases. *Plast Reconstr Surg*, 1999, 104: 319.
- 2 Thorne CH, Brecht LE, Bradley JP, et al. Auricular reconstruction: indications for autogenous and prosthetic techniques. *Plast Reconstr Surg*, 2001, 107: 1241 - 1252.
- 3 Park C, Suk RT. Total ear reconstruction in the devascularized temporoparietal region: Use of the contralateral temporoparietal fascial free flap. *Plast Reconstr Surg*, 2001, 108: 1145 - 1153.
- 4 吴建明, 林子豪, 刘麒, 等. 颞蒂耳后乳突区皮瓣 Medpor 支架全耳再造术. *中华整形外科杂志*, 2001, 17: 297 - 299.
- 5 Wellisz T. Reconstruction of the burned external ear using a Medpor porous polyethylene pivoting helix framework. *Plast Reconstr Surg*, 1993, 91: 811.
- 6 Sevin K, Askar I, Saray A, et al. Exposure of high-density porous polyethylene (Medpor) used for contour restoration and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2000, 38: 44 - 49.
- 7 Romo T, Fozo MS, Sclafani AP. Microtia reconstruction using a porous polyethylene framework. *Facial Plast Surg*, 2000, 16: 15 - 22.

(收稿日期:2003-06-02)

(本文编辑:张 红)

· 警钟 ·

烧伤手术取皮时应避免的几个问题

邓津菊 刘琼

1978 年 4 月 ~ 2003 年 4 月,笔者单位收治烧伤患者约 12.9 万例,其中手术取皮时出现问题 15 例,共占 0.12%,现介绍如下。

1. 对 2 例烧伤患者行局部麻醉取皮时,误将去甲肾上腺素视为肾上腺素进行皮下注射。术后该供皮区形成Ⅲ度干性坏死焦痂创面,经手术治愈。分析原因:由于去甲肾上腺素与肾上腺素的安瓿相似,护士在执行医生口头医嘱时误取了前者,而医生用药时并未认真核对。防范措施:药品摆放应规范化;术中用药时医护双方应严格执行三查七对。

2. 术中用取皮鼓或 Padgett 型电动取皮机(美国 Integra Lifescience 公司)切取约 20 cm × 10 cm 大张中厚皮后,误将其包入血纱布丢入污桶,共 6 例。术中需要用皮时才察觉,即从污桶中找出,反复用无菌等渗盐水冲洗,并用 0.1% 新洁尔灭溶液浸泡半小时,再用庆大霉素溶液浸泡,植于受皮区。术后皮片成活,无感染发生。分析原因:术中医护人员对所取大张皮片未做好交接,致其遗失和污染。防范措施:取下的大张皮应立即交给器械台护士,放在有明确标识的手术台固定位置,术中禁用血纱布包裹皮片。

3. 在对 2 例患者行双手切痂植皮术时,选其胸部供皮,面积均为 1.5% TBSA。因双面胶纸断货,取皮时改用补胎胶水。在等待胶水干燥的过程中,双手切痂创面正使用电凝止

血,供皮区突然起火,并引燃术区周围的一次性无菌手术巾。及时灭火后供皮区仍形成Ⅱ度烧伤创面,经换药治愈。分析原因:(1)医生急于让供皮区干燥,往往近距离使用立灯进行烘烤,导致供皮区温度升高。(2)取皮胶水为易燃品,温度较高时更易挥发,使其在室内空气中的浓度增加。(3)供皮区未干的胶水遇到电凝止血时的火花,导致起火。防范措施:有条件者应尽量不用胶水取皮,而使用双面胶纸或换用电动取皮机;无条件时,供区涂抹胶水处禁止用灯烘烤,待胶水自然干燥后再使用电凝,同时注意手术室通风、换气。

4. 头皮取皮发生问题 3 例。1 例大面积烧伤患者头皮因多次供皮,造成小范围毛囊损伤,形成 1.0 cm × 1.5 cm 斑秃。1 例小儿头皮局部取皮过厚,形成 2.0 cm × 1.0 cm 斑秃。另 1 例为取皮边缘超过发际线,造成术后额部供区痕迹明显,影响外观。

5. 误切 1/4 ~ 1/3 乳晕 2 例,均系于前胸切取大张中厚皮时操作不慎所致。

本组患者中 13 例为医源性原因所致,2 例属于意外。如果医务人员能在术中谨慎处置并加强自身的基本技能训练,上述问题均能避免。特此提请同道引以为戒。

(收稿日期:2003-06-26)

(本文编辑:莫 愚 罗 勤)