

# 手部烧伤康复护理干预模式的效果研究

朱丹 孔玲娟 邵弘 许晶 王春月

(大庆油田总医院烧伤手外科 黑龙江 大庆 163413)

**摘要:**目的: 探析康复护理干预模式在手部烧伤患者中应用效果。方法: 选择 2020 年 6 月至 2021 年 6 月在本院收治的 40 例手部烧伤患者为研究对象, 采用随机设计分组法将患者分为研究组与对照组, 各 20 例。对照组运用常规护理干预, 研究组在此基础上运用康复护理干预。探索两组患者负性情绪评分、康复情况、手部功能评分以及生活能力与疼痛评分指标。结果: 与对照组比较, 研究组患者康复情况、手部功能评分以及生活能力均显著升高( $P < 0.05$ ); 与对照组比较, 研究组患者负性情绪评分以及疼痛评分均显著降低( $P < 0.05$ )。结论: 对手部烧伤患者采取康复护理干预可缓解患者负性情绪与疼痛情况, 改善其手部功能与生活能力, 值得推广应用。

**关键词:** 康复护理干预模式; 手部烧伤; 生活能力

手部属于机体重要暴露器官, 较易发生烧伤<sup>[1]</sup>。与手掌相比, 手背皮肤更薄、更柔软, 其缺少角质层保护, 烧伤后手背烧伤程度更加严重, 并且较易发生瘢痕挛缩, 影响手部正常功能, 甚至会出现手部畸形, 威胁患者正常工作及生活<sup>[2]</sup>。故在临床治疗过程中配合科学护理干预尤为重要, 康复护理干预属于新型护理措施, 其核心目标为促进患者康复, 较为注重患者生理及心理康复。该次针对我院 40 例手部烧伤患者采取探讨, 现详细报道此次研究结果:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2020 年 6 月至 2021 年 6 月在本院收治的 40 例手部烧伤患者为研究对象, 采用随机设计分组法将患者分为研究组与对照组, 各 20 例。研究组男 7 例, 女 13 例, 平均年龄 ( $41.02 \pm 3.89$ ) 岁, 平均病程 ( $2.13 \pm 1.04$ ) 月, 病程: 重度 6 例, 中度 9 例, 轻度 5 例, 烧伤原因: 火焰烧伤 12 例, 热液烫伤 6 例, 化学烧伤 2 例; 对照组男 8 例, 女 12 例, 平均年龄 ( $40.82 \pm 4.12$ ) 岁, 平均病程 ( $2.46 \pm 1.25$ ) 月, 病程: 重度 7 例, 中度 8 例, 轻度 5 例, 烧伤原因: 火焰烧伤 11 例, 热液烫伤 7 例, 化学烧伤 2 例; 患者个人信息对比无明显差异, 有可比性 ( $P > 0.05$ )。纳入标准: ①火焰或蒸汽等热力烧伤; ②单侧手部烧伤; ③临床资料完整; ④自愿参与本研究。排除标准: ①患侧上肢合并骨骼或肌肉损伤者; ②合并血液系统异常者; ③既往手部手术者; ④中途退出者。所有患者及家属同意并签署知情同意书, 此探究课题已通过医院伦理委员会许可。

### 1.2 方法

对照组运用常规护理干预, 具体措施: ①创面处理; ②预防休克及感染; ③密切监测患者生命体征; ④日常护理; ⑤饮食指导; ⑥手部功能锻炼护理。

研究组在此基础上运用康复护理干预, 具体措施: ①创建康复护理小组: 组内成员由 1 名护士长、1 名心理咨询师、2 名康复医师以及 6 名护理人员构成, 组长为护士长, 对组内成员实施培训, 培训合格后方可上岗, 并根据组内成员专业素质及自身优势合理分配任务; ②心理疏导: 护理人员应积极与患者进行有效沟通, 评估其实际病情, 并给予针对性心理疏导, 鼓励其重拾生活热情, 从而增强治疗配合度; ③健康宣教: 护理人员应通过播放视频、口头讲解以及发放指导手册等方式进行健康宣教, 使患者充分掌握预防措施、治疗方法以及治疗过程中出现的不适反应等, 从而帮助患者正确认识自我病情程度, 并且对治疗中出现的疼痛或瘢痕等不适情况有心理准备; ④被动训练: 在换药过程中, 护理人员应结合浸浴疗法对患者实施手部关节被动训练, 20min/次, 并佩戴压力手套; ⑤

疼痛护理: 护理人员应遵医嘱对患者行适当镇痛处理, 可通过播放娱乐视频等方式转移患者注意力, 从而缓解其生理疼痛, 针对剧烈疼痛者, 需在主治医师批准后给予患者止痛药, 缓解疼痛感; ⑥体位护理: 针对手背烧伤者, 需确保其腕关节保持掌屈位, 针对手掌烧伤者, 需保障其可维持腕关节背屈位, 针对全手烧伤者, 需确保其腕关节维持微曲, 针对接受包扎治疗者, 需运用纱布等物品对其踝间实施隔离, 避免出现粘连, 并且使指关节维持屈曲状态, 确保指关节处于伸直状态; ⑦功能锻炼: 护理人员应叮嘱患者将患肢运用温水浸泡 40min, 并指导患者实施手指屈伸、握拳、对指以及拇指对掌等训练, 20min/次, 确保功能锻炼全面性及细致性, 遵循循序渐进原则, 逐渐增加关节活动范围, 此外, 可运用握力器对手指握力实施辅助训练; ⑧创面护理: 护理人员需评估患者创面性质, 定期运用无菌棉球清理创面分泌物, 确保创面清洁干燥, 并定期修剪无细胞真皮; ⑨追踪护理: 患者出院前, 护理人员需向患者详细讲解后续注意事项, 并保留每位患者联系方式, 每月回访 1 次, 了解患者手部功能及外形恢复情况, 并依据随访结果, 调整护理措施, 及时纠正患者不良生活习惯, 叮嘱家属监督。

### 1.3 观察指标

对比两组患者负性情绪评分、康复情况、手部功能评分、瘢痕程度评分、康复时间以及生活能力与疼痛评分指标。

①对比两组患者负性情绪评分指标, 运用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分, 得分越高负性情绪越严重;

②对比两组患者康复情况指标, 包含握力(运用握力计检测)、手关节活动度(运用角度计评估)、烧伤量表(运用烧伤健康量表评分, 总分为 320 分);

③对比两组患者手部功能评分指标, 运用密歇根手功能调查问卷(MHQ)评分, 包含对指、对掌、手指屈伸、手指内收外展, 得分越高手部功能越好;

④对比两组患者生活能力与疼痛评分指标, 运用日常生活能力评估量表(Barthel 指数)评分, 得分越高生活能力越好, 运用疼痛数字评分法(NRS)评分, 得分越高疼痛感越强烈。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 24.0 统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比(%)表示, 结果采用  $\chi^2$  检验。计量资料采用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 结果采用 t 检验,  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者负性情绪评分

护理前, 负性情绪评分比较( $P > 0.05$ ), 护理后, 研究组负性情绪评分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者负性情绪评分[( $\bar{x} \pm s$ ); 分]

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	20	65.12 ± 6.21	33.19 ± 3.45	63.76 ± 5.11	30.89 ± 3.23
对照组	20	64.65 ± 5.94	39.42 ± 3.71	64.01 ± 5.23	36.11 ± 3.64
t		0.245	5.499	0.153	4.797
P		0.808	0.000	0.879	0.000

### 2.2 两组患者康复情况

护理前, 康复情况比较( $P > 0.05$ ), 护理后, 研究组康复情况高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者康复情况[( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	握力(kgF)		手关节活动度(°)		烧伤量表(分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	20	5.29 ± 0.86	21.21 ± 3.39	24.29 ± 2.33	42.61 ± 2.36	208.29 ± 19.82	300.21 ± 23.43
对照组	20	5.27 ± 0.92	16.19 ± 2.09	24.26 ± 2.03	35.13 ± 2.11	208.18 ± 20.46	273.22 ± 22.17
t		0.071	5.637	0.043	10.567	0.017	3.742
P		0.944	0.000	0.966	0.000	0.987	0.001

### 2.3 两组患者手部功能评分

护理前, 手部功能评分比较( $P > 0.05$ ), 护理后, 研究组手部功能评分高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者手部功能评分[( $\bar{x} \pm s$ ); 分]

组别	例数	对指		对掌		手指屈伸		手指内收外展	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	20	9.93 ± 1.94	17.04 ± 1.01	10.92 ± 0.94	17.38 ± 0.68	10.32 ± 0.89	17.23 ± 0.71	10.06 ± 0.96	17.21 ± 0.67
对照组	20	9.94 ± 1.91	14.37 ± 1.02	10.94 ± 0.93	14.45 ± 0.69	10.39 ± 0.91	14.39 ± 0.71	10.07 ± 0.98	14.04 ± 0.68
t		0.016	8.318	0.068	13.526	0.246	12.649	0.033	14.851
P		0.987	0.000	0.946	0.000	0.807	0.000	0.974	0.000

### 2.4 两组患者生活能力与疼痛评分

护理前, 生活能力与疼痛评分比较( $P > 0.05$ ), 护理后, 研究组生活能力高于对照组, 疼痛评分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者生活能力与疼痛评分[( $\bar{x} \pm s$ ); 分]

组别	例数	Barthel 指数评分		NRS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	20	74.36 ± 6.15	90.47 ± 7.36	6.83 ± 1.31	1.97 ± 0.73
对照组	20	74.28 ± 6.04	85.12 ± 6.93	7.17 ± 1.24	4.01 ± 1.32
t		0.042	2.367	0.843	6.048
P		0.967	0.023	0.404	0.000

### 3 讨论

手部为暴露部分, 一旦被烧伤, 极易影响手部正常功能<sup>[1]</sup>。既往临床多应用常规护理干预, 虽可以获得较为理想效果, 但创面愈合期间继发感染率相对较高, 严重影响临床护理效果<sup>[4]</sup>。而康复护理干预可减少患者创面面积及创口大小, 并减轻畸形程度, 加快患者康复进程<sup>[5]</sup>。

根据该次探析结果可发现, 研究组采取康复护理干预后患者康复情况、手部功能评分以及生活能力均高于对照组, 负性情绪评分以及疼痛评分均低于对照组( $P < 0.05$ ), 充分证实采取康复护理干预对提高手部烧伤患者预后质量具有显著效果。分析原因为常规护理干预虽能缓解患者病情, 但预后效果不佳, 患者依从性较低, 致使治疗效果不理想。而康复护理干预可从患者心理、生理以及功能指导等层面实施护理措施, 可以避免发生功能性障碍等不良事件<sup>[6]</sup>。

综上所述, 对手部烧伤患者采取康复护理干预可缓解患者负性情绪与疼痛情况, 改善其手部功能与生活能力, 值得推广应用。

#### 参考文献

[1]王慧,范卢明,程雨虹,等.基于知识转化模式构建的手部烧伤

患者住院期间手功能康复管理方案[J].中国康复理论与实践,2019,25(5):608-615.

[2]赵娟,黄建琼,周敏,等.封闭式负压吸引联合显微手术对手烧伤后瘢痕挛缩患者手部功能及挛缩组织 TIMP-1 表达的影响[J].医学临床研究,2019,36(3):439-441,444.

[3]蔡夺,贺婷婷,张丹丹,等.多学科团队制作手功能康复视频在烧伤患儿中的应用[J].护理学杂志,2021,36(6):101-104.

[4]杨芳,刘慧.心理疏导在严重呼吸道烧伤护理中的应用对患者依从性的影响[J].山西医药杂志,2020,49(22):3186-3188.

[5]火秋莹.中西医结合护理对烧伤患者创面愈合与继发感染的影响[J].西部中医药,2019,32(8):142-144.

[6]孙林利,孙丽娟,何珍珠,等.基于 TTM 的康复护理方案对颜面部烧伤病人歧视感及伤残接受度的影响[J].护理研究,2021,35(11):2006-2009.