

# 康复护理对烧伤手切削痂植皮后功能恢复的作用分析

孙丽婷 黄迪 王春月 王艳艳 李丹丹  
(大庆油田总医院烧伤手外科 黑龙江大庆 163413)

**摘要:**目的 分析烧伤手切削痂植皮后接受康复护理对患者功能恢复产生的影响。方法 在本院 2019 年 3 月-2021 年 6 月内收治的手部烧伤患者中随机抽选 28 例,入选患者均接受切削痂植皮进行治疗,随机对其进行分组,对照组 14 例接受常规护理,试验组 14 例接受康复护理,对比两组患者临床护理效果、手功能恢复情况以及瘢痕评分。结果 试验组患者临床护理有效率明显优于对照组,组间差异显著,具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 试验组患者各项手功能恢复评分明显优于对照组,瘢痕评分明显低于对照组,组间差异显著,具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 手部烧伤患者接受切削痂植皮治疗过程中给予其康复护理取得了比较理想的效果,术后患者功能恢复良好,疼痛感受得到有效缓解,具有临床应用价值,值得推广。

**关键词:** 烧伤手切削痂植皮; 康复护理; 功能恢复

手是人体最重要的功能活动器官,出现损伤的几率相对较高。在所有烧伤患者当中手烧伤可占 40%~50%,其中深度烧伤约占手烧伤的 40%<sup>[1]</sup>。手部创面修复后早期康复治疗和功能锻炼是烧伤整体治疗序列中非常重要的一部分,要想有效提升手烧伤患者的治疗和康复效果,使其手部功能得到最大限度的恢复,必须经过长期细致的治疗和康复<sup>[2]</sup>。在烧伤康复当中,受到多种因素的影响,无法有效落实康复措施,导致康复效果受到一定的影响。本次研究主要分析烧伤手切削痂植皮患者接受康复护理的临床效果,现将结果报道如下:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月-2021 年 6 月于本院接受切削痂植皮治疗的手部烧伤患者 28 例,随机将其划分为对照组与试验组各 14 例。对照组男性患者数量为 9 例,女性患者数量为 5 例,年龄范围 19~64 岁,平均  $(34.11 \pm 3.33)$  岁,疾病程度: 9 例 II 度烧伤, 5 例 III 度烧伤; 试验组男性患者数量为 10 例,女性患者数量为 4 例,年龄范围 20~65 岁,平均  $(34.09 \pm 3.43)$  岁,疾病程度: 8 例 II 度烧伤, 6 例 III 度烧伤。纳入标准: ①入选患者均与切削痂植皮实施指征相符合,患者均为单手烧伤<sup>[3]</sup>; ②入选患者不存在严重器质性缺损情况; ③入选患者及其家属均知情并同意参与本次研究。排除标准: ①患者年龄低于 16 周岁; ②患者合并严重的躯干烧伤; ③患者严重深度电接触烧伤,合并骨髓肌腱损伤。对比试验组与对照组临床一般资料,无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 可以比较。

### 1.2 方法

对照组患者接受常规护理,护理人员给予患者临床基础护理,指导患者进行功能锻炼; 出院时采取口头宣教方式给予患者康复指导,告知患者如何进行自我康复锻炼; 出院后护理人员将医院电话给予患者,告知其可以在上班期间进行电话咨询。

试验组患者接受康复护理,操作内容如下: (1) 制定康复路径表: 首先查找相关文献,根据患者实际情况和康复方式有护士长和主治医师研究制定包含治疗、护理、心理、康复四个层面内容的康复路径表, 主要根据患者实际情况给与患者心理支持、预防瘢痕、健康宣教以及功能康复四个方面的护理。(2) 住院 1d 护理: 患者入院时护理人员需要热情接待,了解患者烧伤情况,评估患者心理情况,给予患者良好的入院宣教,有效缓解期焦虑心理。配合换药,做好伤口处置工作,防止患者创面出现感染情况。护理人员可指导患者进行肌肉等长收缩、静力性运动等,密切观察患者患肢一侧首末端血液循环和是否出现水肿情况。根据患者手烧伤程度、预后效果以及患者临床配合情况将患者患肢抬高 10~30°, 指导患者摆放相应的体位,为患者阅读《烧伤住院患者服务指南》宣传资料。(3) 住院 2~5d: 及时管理患者体位和创面,与患者进行交流,给予患者尊重和鼓励,缓解患者焦虑、抑郁等负性心理情绪。评估患者疼痛情况并根据患者耐受程度遵循医嘱适当给予患者药物进行止痛。对创面进行包扎护理,防止患者出现感染情况。手术治疗后患者手部制动,护理人员需要密切观察患者手指端血液循环情况,查看其是否出现肿胀,如果发现异常情况需要及时通知主治医师进行处理。早期手术患者需要做好相应的术前准备工作,对其进行健康宣教,手术后密切观察和保护患者植皮区域伤口情况,指导患者使用清淡的食物,告知患者抬高患肢的必要性,告知患者预防瘢痕的方法以

及手功能康复锻炼情况。(4) 住院 6~9d: 护理人员及时与患者家属进行沟通,告知家属多陪伴和鼓励患者,为患者讲解疾病治疗成功的案例,增强患者自信心。(5) 术后 10~14d: 指导患者正确认识长期性康复运动,采用资料、图片展示等方式为患者展示锻炼后功能效果展示图,激发患者主观能动性。拆线之后指导患者外用抗瘢痕药物,保持手功能位,佩戴可塑夹板或者采用石膏固定 3~6 个月,指导患者进行运动和功能康复练习。被动活动关节,活动训练前进行温水浸浴。为患者示范康复技术,发放宣传手册。(6) 术后 15~28d: 患者创面愈合后按摩疤痕,指导患者进行手精细功能训练、全手关节主动运动训练、日常生活能力训练,评定患者初期康复情况。锻炼过程中指导患者掌握水疱的预防和处理方法,叮嘱患者必须坚持康复训练。(7) 住院 29 日~出院日: 告知患者坚持使用抗瘢痕药物,评估患者及其家属掌握康复方法的程度,根据患者实际情况制定针对性院外康复计划,叮嘱患者定期到医院复诊。(8) 出院~伤后 6 个月: 定期打电话随访患者实际情况,了解患者康复训练情况,术后 1、3、6 个月分别对患者瘢痕程度、心理情绪以及手整体功能进行评估。

### 1.3 观察指标

(1) 比较两组患者护理后临床效果。护理显效: 护理后患者患肢可以正常握拳,拇指和各个指头可以自如对指; 护理有效: 护理后患者患肢可以握拳,但是手指活动度相对较差; 护理无效: 护理后患者患肢无法握拳,活动度极差。

(2) 采用密歇根手功能量表 (michigan hand outcomes questionnaire, MHQ) 评估患者手功能恢复情况, 主要内容包括患者手部总体功能、患者满意度、外观、疼痛、工作以及日常生活能力, 每个项目共有 5 个选项, 总分为 100 分, 分数与患者手功能情况成正相关关系, 其中疼痛评分越高患者疼痛感受越严重<sup>[4]</sup>。

(3) 采用温哥华瘢痕量表 (vancouver scai scale, VSS) 评估患者瘢痕情况, 主要包括 4 个维度: 柔软度、厚度、血管分布、色泽。该量表操作比较简单, 仅依靠测试者徒手触诊和肉眼观察评定患者 4 个维度情况, 内容相对全面, 总分为 15 分, 分数与患者瘢痕严重程度成反比<sup>[5]</sup>。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据, 计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 组间比较方差用独立样本的 t 检验。计数资料采用 (%) 表示, 用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 比较两组患者护理后临床效果

试验组患者临床护理有效率明显比对照组高, 两组比较存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组护理后临床效果[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	14	7 (50.00)	6 (42.86)	1 (7.14)	13 (92.86)
对照组	14	4 (28.57)	14	4 (28.57)	8 (57.14)
$\chi^2$	-	-	-	-	4.762
P	-	-	-	-	0.029

### 2.2 比较两组患者手功能恢复情况

试验组患者手功能恢复情况明显比对照组好, 两组比较存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组手功能恢复情况[( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	例数	总体功能	ADL	满意度	外观	疼痛	工作能力
试验组	14	80.52 ± 10.01	87.13 ± 7.37	84.87 ± 8.69	63.49 ± 8.49	40.24 ± 8.36	74.69 ± 2.00
		58.09 ± 5.85	67.29 ± 13.18	63.83 ± 11.81	61.09 ± 8.71	65.91 ± 7.79	69.11 ± 3.50
t	-	7.248	4.916	5.369	0.738	8.405	5.179
P	-	0.000	0.000	0.000	0.467	0.000	0.000

### 2.3 比较两组患者瘢痕情况

试验组患者瘢痕发生情况明显比对照组好, 两组比较存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3 两组瘢痕情况[( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	例数	柔软度	厚度	血管分布	色泽
试验组	14	1.20 ± 0.75	2.00 ± 0.60	1.48 ± 0.57	1.52 ± 0.57
		2.66 ± 1.93	2.79 ± 0.60	2.29 ± 0.48	2.19 ± 0.68
t	-	2.638	3.484	4.067	2.825
P	-	0.014	0.002	0.000	0.009

### 3. 结论

随着现代烧伤医学事业的不断发展, 当前临床主要采用切削痂植皮术治疗手部烧伤, 其主要优点为创面感染率低、植皮成功率高, 如果患者手部烧伤面积较小则当日即可实行植皮手术, 如果创面比较大则可在 3~5d 后接受植皮手术, 清除表层肉芽组织、创面坏死组织后对患者进行皮肤移植手术, 效果良好。相关研究显示, 54.02% 患者并不清楚烧伤后对患者肢体功能障碍造成的影响, 认为只要创面愈合即为痊愈, 无法接受功能障碍情况<sup>[6]</sup>。为有效改善患者肢体功能障碍情况临床在进行手术后需要给予患者良好的临床护理进行干预。

康复护理在临床应用比较广泛, 护理重点为术后康复功能锻

炼, 可有效使患者生活质量得到提升。患者入院后护理人员首先需要了解患者烧伤实际情况, 根据患者情况制定针对性护理和康复训练计划, 从入院 1d 开始直到出院 6 个月给予患者长期的康复指导、心理护理、健康宣教以及预防瘢痕的相关知识指导等, 护理人员制定一整套护理内容, 循序渐进, 定期对患者手部功能恢复情况进行评价, 提升患者临床积极性。护理人员还可以邀请患者家属参与到临床护理当中, 为其讲解和科普相关知识, 减少患者康复训练的盲目性。经过本次研究可知, 试验组患者手部功能恢复情况良好, 瘢痕评分相对较低, 护理效果显著。由此可知, 手部烧伤患者接受切削痂植皮后接受康复护理效果良好, 患者在专业人员的指导下手部功能得到了良好的恢复, 其自信心得到提升。

综上所述, 少上手切削痂植皮患者接受康复护理干预后患者手部功能得到了良好的恢复, 瘢痕恢复效果良好, 患者心理状态得到了良好的改善, 对促进患者社会、心理、身体等全面恢复十分有利, 具有良好的社会价值, 值得临床应用和推广。

#### 参考文献:

- [1]王艳玲. 康复护理在烧伤手切削痂植皮后功能恢复中的应用效果观察[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(6): 975-977.
- [2]韩旭, 孟蕴芳, 梁艳. Meek 植皮术联合综合性康复护理干预对烧伤患者创面愈合的影响[J]. 中国美容医学, 2021, 30(6): 46-49.
- [3]乔淳, 柴秋香, 李宇轩, 等. 一例超大面积脱套伤行反取皮植皮术感染患者的观察与护理[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(17): 1347-1350.
- [4]李莎, 黄美霞, 王秀美, 等. 精细化美容护理对烧伤整形植皮术后患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(6): 82-84.
- [5]陈虹, 周娴, 陈伟. 植皮术修复烧伤后瘢痕挛缩畸形的护理干预[J]. 中国医疗美容, 2021, 11(4): 109-112.
- [6]晏海凤, 王淑影, 孙欣欣. 预见性护理对手部烧伤行整形植皮患儿术后疼痛、恢复时间的影响[J]. 皮肤病与性病, 2021, 43(2): 283-284.