

手部烧伤瘢痕挛缩整形手术及康复治疗的临床效果观察

张光新

(长春烧伤医院 吉林长春 130031)

摘要: 目的: 对手部烧伤瘢痕挛缩的患者实施整形手术及康复治疗的效果进行分析。方法: 选取 2021 年 1 月-2022 年 12 月在本院接受治疗的手部烧伤瘢痕挛缩整形手术的患者 80 例为研究对象, 根据不同的方式将患者分为两组, 每组患者 40 例, 比较两组患者手术完成情况、手指关节活动度、日常活动能力及手部外形评价。结果: 研究组患者手术完成情况比较中, 术中出血情况及移植皮片生存情况均优于对照组 ($P<0.05$); 研究组患者经过治疗后手指关节活动度由于对照组 ($P<0.05$); 所有患者在接受治疗前日常活动情况无差异 ($P>0.05$), 经过治疗后研究组的情况明显优于对照组 ($P<0.05$); 所有患者术前手部外形评价无差异 ($P>0.05$), 术后研究组的情况明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 对于手部烧伤瘢痕挛缩患者实施整形手术及康复治疗的效果良好, 且可以有效的改善患者手部情况, 可以进一步在临床上实施。

关键词: 手部烧伤; 瘢痕挛缩; 整形手术; 康复治疗

烧伤随着人们生活水平的提高而增加, 逐渐成为当前威胁居民生命安全的重要问题。手部是人们生存的重要器官之一, 在生产生活中有着不可磨灭的意义, 因此手部受伤会严重的导致患者的生活质量下降。瘢痕是机体受到损伤后自然修复的产物, 适当的瘢痕形成对患者损伤部位有着积极的作用, 而过度的瘢痕形成会为患者带来严重的生理及心理负担^[1]。手部畸形矫正技术不仅可以有效的缓解挛缩的发生, 消除瘢痕的出现, 但患者手部功能并未完全修复, 为有效的预防瘢痕挛缩的发生, 手术治疗极为重要。随着临床烧伤诊疗技术的进步, 对于手部过度烧伤后的治疗以移植皮片为主, 同时对患者实施有效的康复治疗可以有效的降低患者手部情况。本文主要对患有手部瘢痕挛缩整形手术及康复治疗效果进行以下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2022 年 12 月在本院接受治疗的手部烧伤瘢痕挛缩整形手术的患者 80 例为研究对象, 根据不同的方式将患者分为两组, 每组患者 40 例, 两组患者的一般资料无差异, 详见表 1。入选原则: 所有患者均接受手术皮片移植治疗; 患者临床资料完整且可以接受随访。排除原则: 除烧伤外其他原因导致手部瘢痕畸形; 处于妊娠或哺乳期患者。

表 1 两组患者一般资料比较

组别 (n=40)	研究组	对照组
性别		
男	26	14
女	23	17
年龄 (岁)	26.48 ± 11.32	24.48 ± 12.35
瘢痕形成时间 (月)	3.15 ± 1.31	3.65 ± 1.06

1.2 方法

两组患者采取统一的手术烧伤瘢痕挛缩整形手术治疗方式, 并根据患者的实际情况进行手术修复治疗^[2]。

对照组患者实施常规指导, 患者在主治医师的指导下帮助患者使用弹力手套, 进一步的对手术部位实施加压, 进而限制患者手指活动^[3]。

研究组患者实施手部烧伤处瘢痕挛缩整形手术后实施功能康复治疗: (1) 患者接受手术治疗后, 根据患者恢复情况进行拆线处理, 并一患者实际情况为主为其佩戴高弹力、作用大的高压手套, 每天需要佩戴 23 小时以上, 保证手术手部压力在 25mmHg 左右, 根据患者的情况对压力进行调节。(2) 患者手术结束后, 经过拆线的手部需要经过护理人员检查后确定有效的康复活动训练, 每天开展 3 次 30 分钟的手部活动^[4]。(3) 患者术后拆线后, 需要根据患者

手部恢复情况对患者实施每天 2 次 20 分钟温水治疗。(4) 根据患者的恢复情况为患者制定手部训练, 将计划由简到难的情况展开制定, 护理人员每日为患者进行手部评估, 保证患者可以及时进行有效的训练计划^[5]。

1.3 观察指标

比较两组患者手术完成情况、手指关节活动度、日常活动能力及手部外形评价。

(1) 手术完成情况: 术中出血情况、移植皮片生存率。

(2) 手指关节活动度: 使用本院自制测量表对患者进行评估, 以手指关节活动度标准, 确定患者情况, 满分 100 分, 分数大于 70 分为优秀, 分数在 40-70 之间为良好, 分数低于 40 分为差。

(3) 日常活动能力: 使用本院自制日常活动力量表进行上肢评估, 分数与患者恢复情况成正比。

(4) 手部外形评价: 术后患者恢复情况进行评估使用温哥华瘢痕量表, 满分 15 分, 分数越低患者恢复情况越好。

1.4 统计学意义

采用 SPSS 25.0 统计软件对此次研究获的数据实施统计学评估, 其中显示为正态分布计数资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 形式表示。计数资料用百分比 (%) 表示, 结果用 χ^2 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手部完成情况比较

患者术中出血量相比较, 研究组的情况明显低于对照组 ($P<0.05$), 经过检查后研究组患者手部移植皮片生存率明显高于对照组 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者手部完成情况比较[n; % ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	术中出血量 (ml)	移植皮片生存率 (%)
对照组	40	13.48 ± 2.34	92.42 ± 6.61
研究组	40	12.56 ± 2.12	91.45 ± 7.34
χ^2/t		5.301	5.314
P		0.05	0.05

2.2 手指关节活动度比较

经过治疗后研究组患者手指关节活动度情况明显优于对照组 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组患者手指关节活动度比较 (n; %)

组别	例数	优秀	良好	差	活动度
研究组	40	25	15	0	40 (100)
对照组	40	10	10	20	20 (50%)

χ^2	5.324
P	0.05

2.3 日常活动能力比较

所有患者在接受治疗前手部日常活动能力无差异 ($P>0.05$), 经过治疗后研究组患者的情况明显优于对照组 ($P<0.05$), 详见表 4。

表 4 两组患者日常活动能力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=40)		研究组	对照组	t	P
洗脸	治疗前	2.05 ± 0.34	2.04 ± 0.31	0.329	>0.05
	治疗后	3.25 ± 0.51	3.02 ± 0.34	4.315	<0.05
梳头	治疗前	2.06 ± 0.35	2.05 ± 0.32	0.351	>0.05
	治疗后	3.12 ± 0.21	3.01 ± 0.31	6.325	<0.05
吃饭	治疗前	2.15 ± 0.26	2.06 ± 0.35	0.314	>0.05
	治疗后	3.26 ± 0.36	3.05 ± 0.36	5.301	<0.05
穿衣	治疗前	2.06 ± 0.36	2.04 ± 0.35	0.312	>0.05
	治疗后	3.61 ± 0.41	3.16 ± 0.61	6.321	<0.05

2.4 手部外形评价比较

所有患者接受治疗前手部外形无差异 ($P>0.05$), 经过治疗后研究组患者的情况优于对照组 ($P<0.05$), 详见表 5。

表 5 两组患者手部外形评价比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后
研究组	40	11.35 ± 1.35	2.92 ± 1.36
对照组	40	11.32 ± 1.09	2.61 ± 1.26
t		0.354	6.312
P		>0.05	<0.05

3 结论

手部组织结构精密且复杂, 并且可以根据高感知度可以做出多种精妙的动作, 但手部一旦受到严重的损伤, 其后果具有强大的毁灭性。手部烧伤后, 患者创面血管通透性急剧增加, 血浆纤维蛋白溢出, 沉积于关节、肌腱部位, 造成患者组织粘连, 瘢痕增生, 手部因而发生挛缩畸形。手术治疗能使挛缩得到有效的缓解, 疤痕也能得到彻底的消除; 但患者的手部功能无法恢复, 有再次粘连组织的可能, 手术后还会出现瘢痕挛缩的继发^[6]。有研究显示, 在手部烧伤后整形后进行功能康复治疗, 结果表明, 接受术后功能康复治疗的观察组比接受常规康复治疗治疗效果要好得多; 但手术后仅进行了弹力手套加压治疗和主动活动手指等简单的门诊导向性康复功能训练, 虽然患者的手关节总活动度和日常起居能力在前后有了显著提高, 但对于手部恢复的精细程度和协调能力还达不到患者的要求。可见, 康复治疗治疗、主动被动手指活动治疗治疗以及手术后的操作治疗等, 在疤痕挛缩整形后, 对提高患者的手指关节活动总量和日常生活能力都有很大的帮助^[7]。

目前对于手部瘢痕畸形的严重程度尚无公认的分级标准, 有学者将手部烧伤瘢痕挛缩分为四级, I 级: 手有紧绷的症状, 但在活动上不受限, 结构正常; II 级: 手部活动轻微受限, 日常生活无明显影响, 结构与正常接近; III 级: 手功能明显受限, 手的外形早期发生改变; IV 级: 手功能丧失, 外形明显畸形^[8]。有研究研究发现, 无论是手指关节的总活动度, 还是日常生活能力, 经过手术与康复训练相结合的患者, 治疗效果都很好; 但仍有部分患者经手术、功能康复治疗疗效不佳, 分析原因可能有以下几点: (1)患者在运动

过程中采取了不正确的运动方法; (2)患者手部功能锻炼因疼痛不能坚持, 手指活动未达到功能要求的幅度; (3)因患者未按临床医师要求配戴弹力手套: 手套规格不宜不宜、时间过短、制作新手套未定期测量等原因, 导致配戴效果达不到; (4)患者未按标准进行温水治疗治疗等其他辅助性康复治疗方法; (5)病情在康复阶段没有做出阶段性的针对性治疗计划, 如病情在不同出现不同的情况。此外, 患者手部烧伤后瘢痕挛缩畸形手术后的康复治疗效果是一个早期的过程, 患者仅靠在医院时接受医生的指导并进行锻炼是远远不够的, 应在训练的同时对患者本人、家属、陪护等进行有针对性的知识的培训和指导, 将康复治疗训练融入到患者日常生活的活动中, 融入到社区活动中, 使患者得到全面、完整的康复疗效, 使患者在接受康复治疗的同时, 更有效地提高患者的整体生活质量^[9]。

本研究显示, 研究组患者手术完成情况比较中, 术中出血情况及移植皮片生存情况均优于对照组 ($P<0.05$); 研究组患者经过治疗后手指关节活动度由于对照组 ($P<0.05$); 所有患者在接受治疗前日常活动情况无差异 ($P>0.05$), 经过治疗后研究组的情况明显优于对照组 ($P<0.05$); 所有患者术前手部外形评价无差异 ($P>0.05$), 术后研究组的情况明显优于对照组 ($P<0.05$), 由此可见, 对患有严重手部烧伤瘢痕急性的患者来讲, 实施有效的治疗方式不仅可以改善患者情况, 还可以有效的提升患者皮瓣生活几率, 更加利于手术的恢复^[10]。

综上所述, 对患有手部烧伤瘢痕挛缩的患者来讲实施有效的整形手术与康复治疗不仅可以改善患者的情况, 还可以提升患者日常生活能力, 可以进一步在临床上实施。

参考文献:

- [1] 田琰, 达娃卓玛. 手部烧伤瘢痕挛缩整形手术及康复治疗的临床效果分析[J]. 中文科技期刊数据库 (全文版) 医药卫生, 2021(7):2.
- [2] 王飞田阳罗昌其徐晓然. 手部烧伤瘢痕挛缩整形手术后康复治疗的必要性及有效性研究[J]. 健康之友, 2021, 000(014):135.
- [3] 赵书英, 李长明. 整形手术配合系统康复锻炼应用于手部烧伤患者瘢痕挛缩畸形中的疗效观察[J]. 2022(6).
- [4] 郑华. 手部烧伤后瘢痕挛缩畸形患者手术治疗的临床治疗有效性研究[J]. 2021.
- [5] 黄古月. 烧伤瘢痕整形手术患者临床护理方法与护理效果体会[J]. 2021.
- [6] 李令新. 手部烧伤瘢痕挛缩整形术后综合康复治疗的效果分析[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(10):4.
- [7] 吕庆, 纪庚. 手部烧伤后瘢痕挛缩畸形的整形治疗方法及应用效果观察[J]. 中文科技期刊数据库 (全文版) 医药卫生, 2021(9):2.
- [8] 尚立宏. 手部烧伤后瘢痕挛缩畸形患者手术治疗的临床效果[J]. 中国医药指南, 2023, 21(2):3.
- [9] 陈英雄. 手部烧伤瘢痕挛缩畸形的整形修复治疗临床研究[J]. 2021.
- [10] 孙丽超, 陈伟, 周娴. 手深度烧伤后瘢痕挛缩整形术后的康复训练[J]. 首都食品与医药, 2021, 28(1):2.