

2014 年我国烧伤康复发展状况调查报告

敖铭 吴军 陈建



【摘要】 目的 深入了解我国烧伤康复发展状况,以更好地促进我国烧伤康复事业的发展。

方法 2014 年底,由中国康复医学会烧伤治疗与康复学专业委员会(以下简称专委会)发起,对我国 65 家专委会委员单位进行了烧伤康复治疗开展情况的问卷调查。共计 26 个问题,这些问题主要针对:(1)所在单位烧伤科的一般情况,包括编制床位数、年收治烧伤患者数、年收治特重度烧伤患者数、医师数、护士数、康复治疗师数、有无康复场地、有无康复床位等。(2)烧伤康复治疗开展情况,包括康复工作开展情况、康复治疗介入时间、ICU 内康复治疗开展情况、康复治疗人员组成情况,以及康复治疗师的职称、专业背景、学历情况、职责分工等。(3)影响所在单位烧伤康复工作开展的主要问题。按年收治患者数对烧伤救治单位进行分组,统计各单位编制床位数,患者收治及医疗人员、康复配置情况,床位与医师数比,床位与护士数比,床位与专职康复治疗人员数比。对数据行 t 检验、单因素方差分析、 χ^2 检验。 **结果** (1)共发出调查问卷 65 份,回收 45 份(69.2%)。回复调查问卷的 45 家单位中,35 家为烧伤救治单位。(2)按年收治患者数将 35 家烧伤救治单位分为 500 例以下组 8 家、501~1 000 例组 11 家、1 001~1 500 例组 10 家、1 500 例以上组 6 家。1 001~1 500 例组单位的编制床位数显著多于 500 例以下组($t=4.563, P<0.05$),1 500 例以上组单位的编制床位数显著多于其余 3 组(t 值为 1.859~3.743, P 值均小于 0.05)。501~1 000 例组、1 001~1 500 例组、1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 500 例以下组(t 值为 6.027~12.684, P 值均小于 0.05),1 001~1 500 例组、1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 501~1 000 例组(t 值分别为 7.408、6.980, P 值均小于 0.05),1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 1 001~1 500 例组($t=4.239, P<0.05$)。4 组单位年收治特重度烧伤患者数、有康复场地、有康复床位情况相近($F=0.820, \chi^2$ 值分别为 5.266、2.848, P 值均大于 0.05)。1 500 例以上组单位医师数显著多于 500 例以下组($t=2.836, P<0.05$)。1 001~1 500 例组单位护士数显著多于 500 例以下组($t=2.837, P<0.05$),1 500 例以上组单位护士数、康复治疗师数显著多于其余 3 组(t 值为 1.762~4.789, P 值均小于 0.05)。(3)35 家烧伤救治单位均能够为烧伤患者提供至少 1 项康复治疗,其中体位摆放、关节活动训练、红外线照射、水疗、功能训练、日常生活活动训练、瘢痕按摩、瘢痕内药物注射开展较好,而心理治疗、音乐治疗、职业康复、社会康复等多数未开展。(4)仅有 9 家(25.7%)烧伤救治单位在患者伤后 3 d 内介入康复治疗。(5)27 家(77.1%)烧伤救治单位能够在 ICU 内开展体位摆放。(6)23 家烧伤救治单位拥有专职康复治疗人员,按年收治患者数分为 500 例以下组 1 家、501~1 000 例组 8 家、1 001~1 500 例组 9 家、1 500 例以上组 5 家。1 500 例以上组单位床位数与医师数比显著高于 501~1 000 例组($t=2.810, P<0.05$),1 001~1 500 例组单位床位数与医师数比与 501~1 000 例组相近($t=1.506, P>0.05$)。4 组单位床位数与护士数比、床位数与专职康复治疗人员数比相近(F 值分别为 0.783、0.434, P 值均大于 0.05)。(7)20 家烧伤救治单位有康复治疗相关专业背景的康复治疗师(共 73 人,占 76.0%),其中康复治疗专业人员占 80.8%(59/73),本科及以上学历人员占 60.3%(44/73),初、中级职称人员占 87.7%(64/73)。39.7%(29/73)的康复治疗师从事的是物理治疗师工作,12.3%(9/73)的康复治疗师从事作业治疗师工作,38.4%(28/73)的康复治疗师未明确具体职责。(8)35 家烧伤救治单位的烧伤康复工作在开展过程中,普遍的困难反映在康复治疗相关人员的编制、专业技术水平以及开展康复治疗的场地、设备方面。烧伤外科医师与康复治疗师的配合及资金方面也存在不少问题。医院、科室领导的支持较好。 **结论** 通过几年的发展,我国烧伤救治单位一般情况及康复治疗开展情况均得到了一定的改善,烧伤康复介入时间提前,从业人员数量增加、专业性提高,烧伤康复工作得到了来自医院、科室的大力支持。

DOI:10.3760/ema.j.issn.1009-2587.2017.05.002

作者单位:400038 重庆,第三军医大学西南医院全军烧伤研究所,创伤、烧伤与复合伤国家重点实验室

通信作者:陈建,Email:hhcc2003@aliyun.com

【关键词】 烧伤； 康复； 问卷调查； 发展状况

Investigation of burn rehabilitation development of China in 2014 Ao Ming, Wu Jun, Chen Jian. Institute of Burn Research, Southwest Hospital, State Key Laboratory of Trauma, Burns and Combined Injury, the Third Military Medical University, Chongqing 400038, China

Corresponding author: Chen Jian, Email: hhhcc2003@aliyun.com

【Abstract】 Objective To further study the development of burn rehabilitation in China, so as to promote the development of burn rehabilitation in China. **Methods** The questionnaire about the development of burn rehabilitation treatment was started by Specialized Committee of Burn Treatment and Rehabilitation Science of Chinese Association of Rehabilitation Medicine (hereinafter referred to as Specialized Committee) in the end of 2014, and 65 affiliations of Specialized Committee members participated in. There was a total of 26 questions, mainly focusing on problems as below: (1) General information of the burn department of the units, including the number of authorized beds, annual admitted burn patients, annual admitted patients with extremely severe burn, doctors, nurses, rehabilitation therapists, and the condition of rehabilitation area and rehabilitation beds, etc. (2) Development of burn rehabilitation treatment, including the development of rehabilitation treatment, the intervention time of rehabilitation treatment, the rehabilitation treatment carried out in intensive care unit (ICU), the composition of rehabilitation treating personnel, and the professional title and background, educational background, and division of responsibilities of rehabilitation therapists, etc. (3) Major problems affecting the development of burn rehabilitation treatment of the units. The burn treatment units were grouped according to the number of annual admitted patients. The units' situation of authorized beds, admitted patients, allocation of medical personnel and rehabilitation, and the ratio of beds to doctors, beds to nurses, beds to full-time burn rehabilitation treating personnel were recorded. Data were processed with *t* test, one-way analysis of variance, and chi-square test. **Results** (1) A total of 65 questionnaires were sent, and 45 questionnaires (69.2%) were retrieved. Among the 45 units that replied the questionnaires, 35 units were burn treatment units. (2) The 35 burn treatment units were divided into less than 500 cases group ($n = 8$), 501 – 1 000 cases group ($n = 11$), 1 001 – 1 500 cases group ($n = 10$), and more than 1 500 cases group ($n = 6$) according to the number of annual admitted patients. The number of authorized beds of units in 1 001 – 1 500 cases group was significantly more than that in less than 500 cases group ($t = 4.563, P < 0.05$). The number of authorized beds of units in more than 1 500 cases group was significantly more than that in the other 3 groups, respectively (with *t* values from 1.859 to 3.743, *P* values below 0.05). The number of annual admitted patients of units in 501 – 1 000 cases group, 1 001 – 1 500 cases group, and more than 1 500 cases group was dramatically more than that in less than 500 cases group (with *t* values from 6.027 to 12.684, *P* values below 0.05). The number of annual admitted patients of units in 1 001 – 1 500 cases group and more than 1 500 cases group was significantly more than that in 501 – 1 000 cases group (with *t* values respectively 7.408 and 6.980, *P* values below 0.05). The number of annual admitted patients of units in more than 1 500 cases group was significantly more than that in 1 001 – 1 500 cases group ($t = 4.239, P < 0.05$). The number of annual admitted patients with extremely severe burn and the condition of rehabilitation area and rehabilitation beds of units in the 4 groups was similar ($F = 0.820$, with χ^2 values respectively 5.266 and 2.848, *P* values above 0.05). The number of doctors of units in more than 1 500 cases group was significantly more than that in less than 500 cases group ($t = 2.836, P < 0.05$). The number of nurses of units in 1 001 – 1 500 cases group was significantly more than that in less than 500 cases group ($t = 2.837, P < 0.05$). The number of nurses and that of rehabilitation therapists of units in more than 1 500 cases group were significantly more than those in the other 3 groups (with *t* values from 1.762 to 4.789, *P* values below 0.05). (3) The 35 burn treatment units were able to provide at least one rehabilitation treatment for patients, among which body positioning, motion of joint exercise, infrared ray irradiation, hydrotherapy, function training, activities of daily life training, scar massage, and drug injection in scar were carried out well, while psychological therapy, music therapy, occupational rehabilitation, and social rehabilitation were mostly not carried out. (4) Only 9 (25.7%) burn treatment units started rehabilitation treatment for patients within 3 days after injury. (5) Twenty-seven (77.1%) burn treatment units could carry out body positioning in ICU. (6) Twenty-three burn treatment units had full-time rehabilitation treating personnel, and the units were divided into less than 500 cases group ($n = 1$), 501 – 1 000 cases group ($n = 8$), 1 001 – 1 500 cases group ($n = 9$), and more than 1 500 cases group ($n = 5$) according to the number of annual admitted patients. The ratio of beds to doctors of units in more than 1 500 cases group was significantly higher than that in 501 – 1 000 cases group ($t = 2.810, P < 0.05$) and the ratios of beds to doctors of units in 501 – 1 000 cases group and 1 001 – 1 500 cases group were similar ($t = 1.506, P > 0.05$). The ratios of beds to nurses and beds to full-time burn rehabilitation treating personnel in 4 groups were similar (with *F* values respectively 0.783 and 0.434, *P* val-

ues above 0.05). (7) Twenty burn treatment units had rehabilitation therapists with rehabilitation treatment related professional background (a total of 73 person, account for 76.0%), 80.8% (59/73) rehabilitation therapists with rehabilitation and therapeutic professions, 60.3% (44/73) with bachelor degree or above, and 87.7% (64/73) with primary and intermediate titles. Besides, 39.7% (29/73) rehabilitation therapists did physical therapy; 12.3% (9/73) rehabilitation therapists did occupational therapy; 38.4% (28/73) rehabilitation therapists did not have specific duties. (8) During the development of burn rehabilitation treatment of 35 burn treatment units, the common problems were reflected in the authorized strength and professional technology level of rehabilitation treatment relating personnel, and the area and equipment for rehabilitation. There were also many problems in cooperation between burn surgeons and rehabilitation therapists and fund. The supports from hospital and department leaders were good. **Conclusions** Through the development of several years, the general condition and the development of rehabilitation treatment of burn treatment units in China are improved; the beginning time of burn rehabilitation treatment is advanced; the number of rehabilitation treatment personnel is increased with their speciality improved; the burn rehabilitation work get great support from hospitals and departments.

【Key words】 Burns; Rehabilitation; Questionnaires; Development

我国烧伤康复始于 20 世纪 70 年代,烧伤科与其所在医院的康复科协作开展烧伤后期康复锻炼^[1-2]。近十余年来,烧伤康复治疗得到了普及和推广,各烧伤科在与康复科协作的基础上展开了一些独立的工作,包括矫形器制作、压力衣制作、药物面膜治疗等。但烧伤康复治疗普遍存在内容单一、开始时间晚、缺乏全程康复、缺少专业康复人员、缺少医院在资金和政策方面的支持、烧伤科医护人员缺少康复知识和理念、没有多学科参与、极少有义工或志愿者参与、基本没有社会工作者介入等问题。

为了解我国烧伤康复开展、烧伤康复从业人员组成及康复治疗项目的开展情况,明确烧伤康复发展中存在的问题,笔者团队在 2010 年曾对我国烧伤康复治疗的情况进行了全国性的调查,得到 39 家烧伤救治单位的支持,所得数据在一定程度上反映了当时我国烧伤康复治疗的情况及存在的问题^[3],也是对我国烧伤康复发展的阶段性小结,得到业内人士的广泛认同和关注。近年来我国烧伤康复工作发展迅速,但无论是康复理念、技术,还是人员、设备、场地仍有巨大的发展空间。为更好地引导我国烧伤康复治疗的发展,深入了解我国烧伤康复发展状况,2014 年底,由中国康复医学会烧伤治疗与康复学专业委员会(以下简称专委会)发起,笔者对所有专委会委员单位进行了康复治疗开展情况的问卷调查。

1 对象与方法

1.1 调查对象

专委会委员单位,共计 65 家,其中烧伤救治单位(综合医院的烧伤科及单独的烧伤中心)51 家,康复专科单位(综合医院的康复科、独立的康复中心、康复专科医院)12 家,高等院校 2 家。所有委员信息及联系方式由专委会自建系统保存。

1.2 调查方式

通过电子邮件的方式向所有委员单位发送烧伤康复调查问卷,每家单位 1 份,对于同一家单位有多位委员的,调查表发给单位负责人,并回收问卷。在第 1 次电子邮件发出之后 2 周,未收到回复的情况下,再次通过电子邮件或电话的方式联系委员,以得到相关回复。

1.3 调查内容与分组统计

在 2010 年问卷基础上,笔者重新设计了新的问卷,包括三大方面,共计 26 个问题。这些问题主要针对:(1)所在单位烧伤科的一般情况,包括编制床位数、年收治烧伤患者数、年收治特重度烧伤患者数、医师数、护士数、康复治疗师数、有无康复场地、有无康复床位等。(2)烧伤康复治疗开展情况,包括康复工作开展情况、康复治疗介入时间、ICU 内康复治疗开展情况、康复治疗人员配置情况,以及康复治疗师的专业背景、职称、学历情况、职责分工等。(3)影响所在单位烧伤康复治疗开展过程中遇到的主要困难。

按年收治患者数对烧伤救治单位进行分组,统计各组单位编制床位数,患者收治及医疗人员、康复配置情况,床位与医师数比,床位与护士数比,床位与专职康复治疗人员数比。

1.4 统计学处理

部分数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS 10.0 统计软件行 t 检验、单因素方差分析、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查单位情况

共发出调查问卷 65 份,回收 45 份(69.2%)。回复问卷的 45 家单位中,35 家为烧伤救治单位,来

自 18 个省、3 个直辖市,多分布于华东、华南、华北地区,西北、东北地区相对较少。其中 31 家为三甲医院,1 家为三级乙等医院,3 家为二级医院,另外 10 家为康复专科单位。20 家未回复问卷的委员单位包括 15 家三甲医院、4 家二级医院、1 家高等院校(无烧伤临床服务)。经与以上未回复问卷的各委员单位联系,确认这些单位未开展任何类型的烧伤康复工作。

2.2 编制床位及患者收治与医疗人员和康复配置情况

35 家烧伤救治单位 2014 年共收治烧伤患者 38 098 例,平均每家单位收治患者 1 088.5 例。按年收治患者数将 35 家烧伤救治单位分为 500 例以下组 8 家、501~1 000 例组 11 家、1 001~1 500 例组 10 家、1 500 例以上组 6 家。

1 001~1 500 例组单位的编制床位数显著多于 500 例以下组 ($t = 4.563, P < 0.05$),1 500 例以上组单位的编制床位数显著多于其余 3 组 (t 值为 1.859~3.743, P 值均小于 0.05)。501~1 000 例组、1 001~1 500 例组、1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 500 例以下组 (t 值为 6.027~12.684, P 值均小于 0.05),1 001~1 500 例组、1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 501~1 000 例组 (t 值分别为 7.408、6.980, P 值均小于 0.05),1 500 例以上组单位年收治患者数明显多于 1 001~1 500 例组 ($t = 4.239, P < 0.05$)。4 组单位年收治特重度烧伤患者数、有康复场地、有康复床位情况相近 (P 值均大于 0.05)。1 500 例以上组单位医师数显著多于 500 例以下组 ($t = 2.836, P < 0.05$)。1 001~1 500 例组单位护士数显著多于 500 例以下组 ($t = 2.837, P < 0.05$),1 500 例以上组单位护士数、康复治疗师数显著多于其余 3 组 (t 值为 1.762~4.789, P 值均小于 0.05)。见表 1。

2.3 康复工作开展情况

35 家烧伤救治单位均能够为烧伤患者提供至少 1 项康复治疗。从治疗项目来看,运动治疗中体位摆放、关节活动训练等被动运动项目开展较好,物理因子治疗中红外线照射、水疗等项目开展较好,作业治疗中手功能训练、日常生活活动训练开展较好,皮肤恢复与瘢痕综合治疗中瘢痕按摩、瘢痕内药物注射开展较好;而其他治疗包括心理治疗、音乐治疗、职业康复、社会康复等需要其他临床科室配合的治疗多数未开展。见表 2。

2.4 康复治疗介入时间

9 家(25.7%)烧伤救治单位在患者伤后 3 d 内介入康复治疗,16 家(45.7%)烧伤救治单位在患者伤后 4 d~2 周介入康复治疗,5 家(14.3%)烧伤救治单位在患者伤后 3~4 周介入康复治疗,5 家(14.3%)烧伤救治单位在患者伤后 1 个月以后介入康复治疗。

2.5 ICU 内康复治疗开展情况

27 家(77.1%)烧伤救治单位能够在 ICU 内开展体位摆放,22 家(62.9%)烧伤救治单位能够在 ICU 开展运动治疗,但仅有 14 家(40.0%)烧伤救治单位能够在 ICU 为患者进行矫形器治疗。

2.6 有专职康复治疗人员的烧伤救治单位康复人员配置情况

35 家烧伤救治单位都开展了不同程度和种类的康复治疗,其中 12 家单位的康复治疗由兼职人员或康复科开展,另 23 家单位(三甲甲等医院)拥有专职康复治疗人员(由康复治疗师和/或护士组成)。23 家烧伤救治单位共有专职康复治疗人员 96 人,每家单位 1~13 人,平均每家单位 4.17 人,床位数与医师数比为 4.8 ± 1.7 ,床位数与护士数比为 2.5 ± 1.1 ,床位与专职康复治疗人员数比为 27 ± 14 。

按年收治患者数将有专职康复治疗人员的 23 家

表 1 35 家烧伤救治单位 2014 年编制床位、患者收治及医疗人员、康复配置情况

组别	单位数 (家)	编制床位数 (张, $\bar{x} \pm s$)	患者数(例, 特重度烧伤患者 $\bar{x} \pm s$)	医师数(名, 护士数(名, 数(例, $\bar{x} \pm s$) $\bar{x} \pm s$)	康复治疗师数 $\bar{x} \pm s$)	有康复场地 (名, $\bar{x} \pm s$)	有康复床位 (家)	有康复床位 (家)	
500 例以下组	8	36 ± 6	368 ± 132	41 ± 36	10 ± 3	19 ± 4	0.25 ± 0.71	2	2
501~1 000 例组	11	57 ± 18	769 ± 151 ^a	73 ± 67	16 ± 9	28 ± 14	1.55 ± 2.11	7	6
1 001~1 500 例组	10	82 ± 28 ^a	1 281 ± 166 ^{ab}	86 ± 81	18 ± 6	35 ± 16 ^a	2.30 ± 2.21	5	6
1 500 例以上组	6	128 ± 71 ^{abc}	2 198 ± 665 ^{abc}	80 ± 53	25 ± 14 ^a	59 ± 24 ^{abc}	5.17 ± 4.36 ^{abc}	5	4
χ^2 值	—	—	—	—	—	—	—	5.266	2.848
F 值	—	9.591	47.896	0.820	3.564	8.535	4.836	—	—
P 值	—	<0.001	<0.001	0.493	0.025	<0.001	0.007	0.153	0.416

注:“—”表示无此统计量值; χ^2 值、 F 值、 P 值为各组各指标总体比较所得;与 500 例以下组比较,^a $P < 0.05$;与 501~1 000 例组比较,^b $P < 0.05$;与 1 001~1 500 例组比较,^c $P < 0.05$

表 2 35 家烧伤救治单位 2014 年康复工作开展情况

治疗项目	单位数(家)	百分比(%)
运动治疗		
体位摆放	34	97.1
关节活动训练	35	100.0
关节松动训练	29	82.9
牵伸技术	28	80.0
肌力训练	28	80.0
耐力训练	18	51.4
平衡功能训练	22	62.9
协调功能训练	22	62.9
呼吸功能训练	12	34.3
站立训练	28	80.0
步行训练	29	82.9
转移训练	14	40.0
物理因子治疗		
中频电疗法	18	51.4
超短波	15	42.9
微波	13	37.1
红外线照射	25	71.4
紫外线照射	11	31.4
激光	17	48.6
气压	10	28.6
蜡疗	18	51.4
水疗	23	65.7
磁疗	6	17.1
超声	14	40.0
作业治疗		
手功能训练	35	100.0
日常生活活动训练	33	94.3
矫形器	22	62.9
压力治疗	30	85.7
压力垫	31	88.6
透明面罩	7	20.0
辅具选用和训练	23	65.7
肿胀控制技术	18	51.4
皮肤恢复与瘢痕综合治疗		
瘢痕按摩	30	85.7
药物面膜	26	74.3
瘢痕内药物注射	32	91.4
其他治疗		
心理治疗	19	54.3
音乐治疗	7	20.0
职业康复	14	40.0
社会康复	13	37.1

烧伤救治单位分为 500 例以下组 1 家、501~1 000 例组 8 家、1 001~1 500 例组 9 家、1 500 例以上组 5 家。1 500 例以上组单位床位数与医师数比显著高于 501~1 000 例组 ($t = 2.810, P < 0.05$), 1 001~1 500 例组单位床位数与医师数比与 501~1 000 例组相近 ($t = 1.506, P > 0.05$)。4 组单位的床位数与护士数比、床位数与专职康复治疗人员数比相近 (P 值均大于 0.05)。见表 3。

表 3 有专职康复治疗人员的 23 家烧伤救治单位 2014 年康复人员配置情况

组别	单位数(家)	床位数与医师数比	床位数与护士数比	床位数与专职康复治疗人员数比
500 例以下组	1	8.0	3.1	20
501~1 000 例组	8	3.7 ± 1.2	2.1 ± 0.5	31 ± 13
1 001~1 500 例组	9	4.8 ± 1.7	2.9 ± 1.6	26 ± 15
1 500 例以上组	5	5.7 ± 1.3 ^a	2.2 ± 0.9	22 ± 15
F 值		3.824	0.783	0.434
P 值		0.027	0.518	0.731

注: F 值、P 值为各组各指标总体比较所得;除 500 例以下组外,表中数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示;与 501~1 000 例组比较,^a $P < 0.05$

2.7 有专职康复治疗人员的烧伤救治单位康复治疗师情况

20 家烧伤救治单位有康复治疗相关专业背景的康复治疗师(共 73 人,占 76.0%),他们有国家认可的康复相关专业教育背景、职称、学历;其余 24.0% (23/96) 为护理及医疗等专业背景。

有康复治疗相关专业背景的康复治疗师中,康复治疗专业人员占 80.8% (59/73),中医理疗专业人员占 13.7% (10/73),运动医学专业人员占 5.5% (4/73);本科学历人员占 54.8% (40/73),大专学历人员占 31.5% (23/73),中专及以下学历人员占 8.2% (6/73),硕士及以上学历人员占 5.5% (4/73);初级职称人员占 67.1% (49/73),中级职称人员占 20.5% (15/73),暂未取得康复治疗师资质人员占 12.3% (9/73)。

从具体职责分工来看,39.7% (29/73) 的康复治疗师从事物理治疗师工作,12.3% (9/73) 的康复治疗师从事作业治疗师工作,2.7% (2/73) 的康复治疗师为假肢与矫形器师,4.1% (3/73) 的康复治疗师为心理治疗师,2.7% (2/73) 的康复治疗师为社会工作者,38.4% (28/73) 的康复治疗师未明确具体职责。尚未有专职音乐治疗师。

2.8 康复治疗开展过程中遇到的主要困难

35 家烧伤救治单位的烧伤康复工作在开展过程中,均遇到不少困难。普遍的困难反映在康复治疗相关人员的编制、专业技术水平以及开展康复治疗的场地、设备方面。68.6% (24/35) 的单位反映缺少康复治疗相关人员编制,62.9% (22/35) 的单位反映开展康复治疗人员的专业技术水平低,65.7% (23/35) 的单位反映缺少开展康复治疗的场地,74.3% (26/35) 的单位反映缺少开展康复治疗的相关设备。

烧伤外科医师与康复治疗师的配合也存在不少

问题。77.1% (27/35) 的单位反映缺乏临床治疗与康复治疗紧密结合的良好运作机制,51.4% (18/35) 的单位反映临床康复工作缺乏专业的指导,25.7% (9/35) 的单位反映烧伤外科医师缺乏临床烧伤康复的正确理念。资金方面,60.0% (21/35) 的单位反映缺少资金支持,68.6% (24/35) 的单位反映患者经费紧张。医院、科室领导支持较好,仅 20.0% (7/35) 的单位反映医院领导不支持,5.7% (2/35) 的单位反映科室领导不支持。

3 讨论

3.1 烧伤康复发展地域分布不平衡

本次调查的烧伤救治单位多分布于华东、华南、华北这些具有经济、地域优势的地区,而在其他地区,如西北、东北地区烧伤康复工作开展相对较少,这与我国地区经济发展不平衡密切相关。经济基础好的地区,医疗卫生投入较多,医疗行业与国外同行交流机会多,视野开阔,对烧伤康复工作的接受度较高,因此烧伤康复得到较快发展。而另外一些经济基础相对较差的地区,综合性医院的烧伤科和各级康复机构建设还不完善,不能很好满足烧伤患者康复治疗的需求,有些地区烧伤康复工作甚至仍呈缺失状态。

3.2 烧伤康复总体发展变化

通过几年的发展,各烧伤救治单位无论在烧伤康复理念还是实际开展上均取得了可喜的进步。本次调查显示,编制床位多的烧伤救治单位收治患者多,其医师、护士、治疗师的数量也相应增多,有康复场地及康复床位单位比例也有所增加,如 1 500 例以上组单位的编制床位数、年收治患者数、医师数、护士数、康复治疗师数显著多于其他组。同时,各烧伤救治单位能开展的康复治疗项目已涵盖了运动治疗、物理因子治疗、作业治疗、皮肤恢复与瘢痕综合治疗等,基本能满足患者的需求。

3.3 烧伤康复介入时间提前、ICU 内烧伤康复开展项目更为具体

各烧伤救治单位烧伤康复介入时间提前,在 ICU 内开展康复工作更为积极,开展的项目更加具体。本次调查中,4 d ~ 2 周内即开始康复治疗的烧伤救治单位占 45.7%,比 2010 年增加了 16.5%;而 2 周以上才开始介入康复治疗的烧伤救治单位占 28.6%,较 2010 年降低 8.9%^[3]。说明康复治疗介入时间较 2010 年明显提前。在 ICU 内开展的康复项目方面,各单位在体位摆放、运动治疗、矫形器使

用方面均有不同程度涉及。

3.4 烧伤康复从业人员与床位数比例仍较低

在从业人员方面,烧伤康复从业人员群体正逐步发展壮大。相比 2010 年,39 家烧伤救治单位拥有 82 位烧伤康复从业人员^[3],参与本次调查的 35 家烧伤救治单位共拥有 96 位专职康复治疗人员。即便如此,从本次调查结果看,仍是 20 ~ 30 个床位才拥有 1 个专职康复治疗人员,除 1 500 例以上组单位床位数与医师数比显著高于 501 ~ 1 000 例组外,4 组单位的床位数与护士数比、床位数与专职康复治疗人员数比相近。显然这样的人员配置并不足以满足患者的康复治疗需求,康复治疗人员仍有巨大的缺口。

3.5 烧伤康复从业人员专业性提高

本次调查中,拥有康复治疗相关专业背景的烧伤康复从业人员数明显增加,烧伤康复从业人员专业化日趋明显。烧伤康复工作主要依靠烧伤外科医师、康复治疗师和护士共同实施,康复治疗师在整个康复治疗团队中占有中坚、基础的地位。烧伤康复治疗工作主要由护士或康复治疗师承担,在 2010 年的调查中,护士占了很大比例(42.7%)^[3]。而本次问卷调查中,专职康复治疗人员中康复治疗师比例为 76.0%,比 2010 年增加 30.9%;在受教育程度上,本科及以上学历人员占 60.3%,比 2010 年增加 18.8%^[3]。由此可见,这几年来,烧伤康复从业人员专业性得到较大提高。

3.6 烧伤康复治疗具体职责分工有待明确

从本次调查结果看,各烧伤救治单位能够开展的康复治疗项目相对完善,但仍存在较大随意性,缺乏系统性。现代康复医学将康复治疗分为基础的物理治疗、作业治疗、假肢矫形和言语治疗等,本次调查中,康复治疗从业人员对自身定位模糊,存在分工不明的现象,多数治疗师认为自己从事的是物理治疗师的工作,较少涉及作业治疗。另外,本次调查中有单位提到了心理治疗和音乐治疗,但这些心理辅导多由康复治疗师或护士承担,而非专业的心理治疗师、心理医师或音乐治疗师,往往只是简单的倾听及辅导性工作,缺乏对烧伤患者继发心理问题病因的深入细致的研究及专业治疗。

3.7 烧伤康复治疗开展困难减少

在我国,大多数烧伤救治单位仍未形成由医师(烧伤外科医师、康复医师)、康复治疗师、护士(普通护士与康复护士)共同组成的烧伤康复基本治疗团队,烧伤外科医师仍主导患者的一切治疗,从而出

现烧伤患者对康复治疗的接受程度低、依从性差等问题,使康复工作的开展遇到较多阻力。在本次对烧伤康复发展遇到困难调查中,烧伤康复得到的来自各方面的支持明显增多、烧伤外科医师康复理念明显提高。与 2010 年^[3]比较,除开展康复治疗的人员专业技术水平低、患者经费紧张这两大共性问题外,所列举的其余困难均有明显的下降趋势。这也从侧面反映了烧伤康复工作得到了来自医院、科室等各个层次的大力支持,临床治疗与康复治疗也显示出密切结合的良好运作机制。

3.8 烧伤康复发展方向

3.8.1 持续深入地推广烧伤康复理念

烧伤康复的理念仍需大力推广和普及,尤其需要向康复治疗发展较弱的地区投入更多精力,建议从专委会委员单位开始,首先在委员单位内建立良好的烧伤康复治疗体系。同时,考虑以地区为单位,建立数个烧伤康复治疗标准示范单位,采取地区辐射、以点带面的方式,持续有效地推广烧伤康复治疗。

烧伤之后的生理及心理障碍会严重影响患者生存质量,康复治疗师与早期烧伤救治小组的协调显得尤为重要,这种多学科间协作的康复治疗模式将有利于解决烧伤后出现瘢痕、瘢痕挛缩及其他限制身体功能的问题^[4]。因此,要大力提倡“烧伤康复从受伤后开始”的理念,鼓励各烧伤救治单位摸索临床治疗与康复治疗更早相互结合的路径与方法;在康复治疗项目方面,强调综合运用运动治疗、物理因子治疗、作业治疗及瘢痕综合治疗等多种方式,最大限度改善患者瘢痕及功能问题,使之尽快重返工作岗位和其他社会活动中。

3.8.2 加强职业培训,提高烧伤康复从业人员专业素质

烧伤康复的发展需要提高烧伤康复从业人员素质,因此,烧伤康复专业人才的培养是烧伤康复发展的核心内容。建议各高等院校的康复治疗学系开设烧伤康复课程,各级医院提供有关烧伤康复的在职培训,为烧伤康复医师和治疗师提供参加国际性烧伤会议和烧伤康复培训班的机会。同时,欢迎不同专业背景的治疗师加入烧伤治疗体系,并细分治疗方向,促进烧伤康复治疗向深度和广度发展。

2014 年 10 月专委会成立以来,一直非常重视康复治疗人才的培养,建立了烧伤专科康复治疗师培训体系,有计划、有目的地开展烧伤康复专业人才的学历培训及各类烧伤康复工作人员的短期培训。在专委会的指导下,现已举办 4 期烧伤康复相关学习班,内容涵盖烧伤后运动治疗理论与实践、烧伤后肢

体肿胀治疗技术、烧伤儿童康复治疗等,来自全国各地超过 100 位相关人员参加了培训,包括医师、护士、治疗师。2016 年 6 月,专委会康复治疗师与康复护士学组成立,标志着烧伤治疗团队中的康复治疗师和康复护士已成为团队中的一支重要力量。

3.8.3 重视烧伤康复科研

目前已有大量关于烧伤后康复治疗的文献报道,但关于烧伤康复治疗技术的报道较少^[4]。这与从事烧伤康复的一线工作人员多为护士与治疗师,其学术能力普遍较低,科研能力较差有关。因此,应鼓励烧伤康复从业人员参与科研工作,支持其参加各级专业会议,全面了解烧伤康复的发展;鼓励烧伤康复从业人员有计划、有步骤地全面开展康复治疗理论与实践的相关研究,并结合国情,推陈出新,切实加强国际合作,定期组织学术交流^[5];鼓励烧伤康复从业人员在会议和期刊上发表烧伤康复治疗相关研究结果,从而提高烧伤康复从业人员综合素质,为行业后续发展积累人才,使烧伤康复进入良性发展轨道。

笔者认为,可针对以下几个方面对烧伤康复进行研究:专门针对烧伤患者物理治疗及作业治疗特殊性的康复中心设计、从事烧伤治疗的物理治疗师及作业治疗师的工作状况、烧伤患者瘢痕挛缩的控制方法、烧伤患者物理治疗的治疗流程、物理治疗后的疗效分析及烧伤物理治疗中心的收入情况。

参考文献

- [1] 谢卫国. 烧伤康复与重回社会:中国烧伤外科的新挑战[J]. 中华烧伤杂志, 2010, 26(6):407-410. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2010.06.001.
- [2] 吴军, 陈建. 关注患者生存质量展望烧伤康复未来[J]. 中华烧伤杂志, 2013, 29(2):119-121. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2013.02.007.
- [3] Chen J, Li-Tsang CW, Yan H, et al. A survey on the current status of burn rehabilitation services in China[J]. Burns, 2013, 39(2):269-278. DOI: 10.1016/j.burns.2012.06.016.
- [4] Esselman PC. Burn rehabilitation: an overview[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88(12 Suppl 2):S3-6. DOI: 10.1016/j.apmr.2007.09.020.
- [5] 李曾慧平, 林国徽, 刘颂文. 烧伤康复及增生性瘢痕处理之科研发展[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(1):89-92. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2010.01.028.

(收稿日期:2016-12-07)

(本文编辑:程林)

本文引用格式

敖铭, 吴军, 陈建. 2014 年我国烧伤康复发展状况调查报告[J]. 中华烧伤杂志, 2017, 33(5):260-266. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.05.002.

Ao M, Wu J, Chen J. Investigation of burn rehabilitation development of China in 2014[J]. Chin J Burns, 2017, 33(5):260-266. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.05.002.