

不同康复方法对手部深度烧伤保留变性真皮并移植大张自体皮患者手功能及焦虑心理的影响



彭欢 梁鹏飞 王昂 岳丽青

【摘要】 目的 探讨不同康复方法对手部深度烧伤保留变性真皮 + 大张自体皮移植术患者手功能和焦虑心理的影响。方法 选择中南大学湘雅医院烧伤重建外科 2014 年 1 月—2015 年 6 月收治的符合入选标准的手部深度患者 44 例,根据随机数字表法并结合患者意愿分为宣教康复组 23 例和专人康复组 21 例,2 组分别有 36、33 只患手,均于伤后 3~7 d 行保留变性真皮 + 大张自体皮移植术。2 组患者均于术后 10 d 开始使用硅酮凝胶进行手部抗瘢痕治疗,此外,宣教康复组患者在责任护士的指导下进行主动功能锻炼,由持有二级心理咨询师证的责任护士进行心理指导;专人康复组患者在康复治疗师的指导下进行主动与被动相结合的功能锻炼,由中级心理治疗师进行心理指导。术后 1、3、6 个月,用关节角度尺测量 2 组患者患手各手指关节的主动活动度,计算其总主动活动度 (TAM) 优良率;用电子握力计测量患者患手握力值,并用焦虑自评量表 (SAS) 对患者焦虑心理进行评分。对数据行 χ^2 检验、独立样本 t 检验、McNemar 检验、重复测量方差分析、SNK 检验及 Bonferroni 校正。结果 (1) 专人康复组患者术后 6 个月患手指关节 TAM 优良率显著高于宣教康复组 ($\chi^2 = 10.745, P < 0.0167$)。2 组患者术后 3 个月患手指关节 TAM 优良率均显著高于组内术后 1 个月 (P 值均小于 0.0167)。(2) 专人康复组患者术后 1、3、6 个月患手握力值分别为 (8.2 ± 2.6) 、 (21.6 ± 2.6) 、 (30.1 ± 2.3) kg,显著高于宣教康复组的 (5.3 ± 1.3) 、 (12.8 ± 2.7) 、 (20.0 ± 1.8) kg (t 值为 5.934~20.403, P 值均小于 0.01)。2 组患者术后 3、6 个月患手握力值均明显高于组内前一时相点 (P 值均小于 0.05)。(3) 专人康复组患者术后 1、3、6 个月 SAS 评分明显低于宣教康复组 (t 值为 2.944~4.758, P 值均小于 0.01)。2 组患者术后 3、6 个月 SAS 评分均明显低于组内前一时相点 (P 值均小于 0.05)。结论 与宣教康复相比,专人康复治疗可提高手部深度烧伤保留变性真皮并移植大张自体皮患者患手指关节 TAM、握力值,改善患者的焦虑心理。

【关键词】 烧伤; 手; 皮肤移植; 康复

基金项目:国家自然科学基金(81471868)

Influences of different rehabilitative methods on function of hands and psychological anxiety of patients with deeply burned hands retaining denatured dermis and grafting large autologous skin Peng Huan, Liang Pengfei, Wang Ang, Yue Liqing. Department of Burns and Reconstructive Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China
Corresponding author: Yue Liqing, Email: ylq6998@163.com

【Abstract】 Objective To investigate influences of different rehabilitative methods on function of hands and psychological anxiety of patients with deeply burned hands retaining denatured dermis and grafting large autologous skin. **Methods** Forty-four patients with deeply burned hands, conforming to the study criteria were admitted to Department of Burns and Reconstructive Surgery of Xiangya Hospital of Central South University from January 2014 to June 2015. Patients were divided into propaganda education rehabilitation group (PER, $n = 23$) and specially-assigned person rehabilitation group (SAPR, $n = 21$) according to the random number table and patients' willingness. On post injury day 3 to 7, 36 burned hands in group PER and 33 burned hands in group SAPR underwent operation of retaining denatured dermis and grafting large autologous skin. Patients in 2 groups received anti-scar treatment of hands with silicone gel from post-operative day 10. Besides, patients in group PER underwent active functional exercise under guidance of du-

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.05.004

作者单位:410008 长沙,中南大学湘雅医院烧伤重建外科(彭欢、梁鹏飞、王昂),护理部(岳丽青)

通信作者:岳丽青,Email:ylq6998@163.com

ty nurse and received psychological guidance from duty nurse with grade two psychological consultant certificate. Patients in group SAPR underwent active and passive functional exercise under guidance of rehabilitation therapist and received psychological guidance from psychotherapist with intermediate title. In postoperative month (POM) 1, 3 and 6, ranges of active motion of burned finger joints of patients in 2 groups were measured with joint goniometer to calculate excellent and good ratio of total active motion (TAM) range. Values of grip strength of burned hands of patients were measured with electronic hand dynamometer, and psychological anxiety was scored with Self-rating Anxiety Scale (SAS). Data were processed with chi-square test, independent sample *t* test, McNemar test, analysis of variance of repeated measurement, SNK test and Bonferroni correction. **Results** (1) Ratio of excellent and good of TAM range of burned finger joints of patients in group SAPR in POM 6 was obviously higher than that in group PER ($\chi^2 = 10.745, P < 0.0167$). Ratio of excellent and good of TAM range of burned finger joints of patients in 2 groups in POM 3 were obviously higher than that in POM 1 of the same group, respectively (with *P* values below 0.0167). (2) Values of grip strength of burned hands of patients in group SAPR in POM 1, 3, and 6 were respectively (8.2 ± 2.6), (21.6 ± 2.6) and (30.1 ± 2.3) kg, obviously higher than those in group PER [(5.3 ± 1.3) , (12.8 ± 2.7), (20.0 ± 1.8) kg, respectively, with *t* values from 5.934 to 20.403, *P* values below 0.01]. Values of grip strength of burned hands of patients in 2 groups in POM 3 and 6 were obviously higher than those at the previous time point of the same group (with *P* values below 0.05). (3) SAS scores of patients in group SAPR in POM 1, 3 and 6 were significantly lower than those in group PER (with *t* values from 2.944 to 4.758, *P* values below 0.01). SAS scores of patients in 2 groups in POM 3 and 6 were significantly lower than those at the previous time point of the same group (with *P* values below 0.05). **Conclusions** Compared with rehabilitation of propaganda and education, rehabilitation under specially-assigned person can improve TAM range of burned finger joints, value of grip strength, and psychological anxiety of patients with deeply burned hands retaining the denatured dermis and grafting large autologous skin.

[Key words] Burns; Hand; Skin transplantation; Rehabilitation

Fund program: National Natural Science Foundation of China (81471868)

据报道,全球手部烧伤在烧伤中的发生率高达 4%^[1]。手部烧伤后若处理不当,常导致瘢痕增生或挛缩,严重影响手部功能,患者自理能力及劳动能力明显下降。中南大学湘雅医院烧伤重建外科自 1999 年开始采用削刮痂保留变性真皮并移植大张自体皮修复手部深 II 度、III 度烧伤创面,取得了较好的临床疗效^[2]。术后患者可根据家庭经济条件选择行宣教康复治疗或在康复治疗团队的指导下行康复治疗,但这 2 种康复方法对患者手功能恢复及焦虑心理的影响如何尚不清楚。2014 年 1 月—2015 年 6 月,中南大学湘雅医院烧伤重建外科收治 44 例手部深度烧伤行保留变性真皮+大张自体皮移植术患者,观察不同康复方法对患者手部功能及焦虑心理的影响。

1 对象与方法

1.1 入选标准

纳入标准:年龄大于或等于 14 岁;全身多处(含头部)或单纯手部烧伤,不合并其他严重全身性疾病;创面深度为深 II 度、III 度,需要手术治疗;无智力障碍,语言理解和表达能力正常。排除标准:合并心、脑血管疾病,伴有上肢肌肉、肌腱、骨骼、神经损伤,有严重视力、听力障碍,既往有精神病史患者。本研究经本院医学伦理委员会批准(批准文号:

201403301),患者均签署知情同意书。

1.2 临床资料

本研究共纳入 44 例符合入选标准的手部深度烧伤患者,其中男 35 例、女 9 例,年龄 14~60 岁。烧伤总面积 5%~60% TBSA,手部烧伤总面积 3%~4% TBSA,患者中单手烧伤 19 例、双手烧伤 25 例。按随机数字表法并结合患者意愿将患者分为宣教康复组 23 例和专人康复组 21 例,分别有 36、33 只患手。2 组患者性别、年龄、烧伤总面积、烧伤深度、累及患手情况比较,差异无统计学意义(*P* 值均大于 0.05)。见表 1。

1.3 治疗方法

1.3.1 手术方法 伤后 3~7 d,对未出现溶痂的部位,行削痂术,保留变性真皮;对开始溶痂的部位,用辊轴刀或手术刀与创面垂直刮除创面坏死组织,保留未坏死的变性真皮,对较厚变性真皮行多个“#”字形切口达真皮。取大腿或侧胸壁大张薄中厚皮移植于创面,行间断缝合,无菌纱布覆盖,加压包扎。

1.3.2 康复方法 2 组患者均于术后 10 d 开始使用硅酮凝胶进行手部抗瘢痕治疗,每天 3~4 次。宣教康复组患者涂药后在责任护士的指导下由患者家属进行瘢痕按摩 30 min,专人康复组患者由康复治疗师进行相同时间的瘢痕按摩。宣教康复组由责

表 1 2 组手部深度烧伤患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	烧伤总面积(%TBSA, $\bar{x} \pm s$)	烧伤深度(例)		累及患手情况(例)	
		男	女			深Ⅱ度	Ⅲ度	单手	双手
宣教康复组	23	18	5	37 ± 13	38 ± 13	16	7	10	13
专人康复组	21	17	4	36 ± 13	39 ± 12	17	4	9	12
χ^2 值		<0.001		—	—	0.759		0.002	
<i>t</i> 值		—		0.217	0.232	—		—	
<i>P</i> 值		1.000		0.829	0.818	0.348		0.967	

注：“—”表示无此统计量值

任护士对患者和患者家属进行口头宣教,指导患者进行弹力球抓放练习等患手的主动功能锻炼,每日用温水浸泡患手 3~4 次,每次 20~30 min。由持有二级心理咨询师证的责任护士采用音乐疗法^[3]、支持性心理干预^[4]、放松疗法^[5]对患者进行心理指导,并给患者讲解烧伤康复相关知识,提高患者对烧伤的认知,帮助患者树立康复信心。专人康复组患者给予蜡疗,每天 2 次,每次 20~30 min,此外,由康复治疗师协助患者进行手指关节的被动锻炼,包括手指屈伸、内收和外展,拇指对掌,腕掌的内收和外展训练,每天 3~4 次,每次 20~30 min。每天根据患者耐受情况应用自制可控式矫形器等进行牵伸训练。午间、夜间休息时佩戴压力手套,指蹼间用压力垫隔开。夜间用可塑夹板将手固定于功能位。由中级心理治疗师采用音乐疗法^[3]、支持性心理干预^[4]、放松疗法^[5]、认知行为疗法^[6]等进行心理指导。2 组患者均从入院后开始心理指导。

1.4 评价指标

1.4.1 总主动活动度(TAM)优良率 术后 1、3、6 个月,选用 YF-YDC 型关节角度尺(常州亚菲医疗器械器材有限公司),根据文献[7]测量 2 组患者患手掌指关节、近位指间关节及远位指间关节活动度,计算三者之和,即患手手指关节 TAM 并评级。优:活动范围正常,良:TAM 大于或等于健侧的 75% 且小于 100%,可:TAM 大于或等于健侧的 50% 且小于 75%,差:TAM 小于健侧的 50%^[8]。患手手指关节 TAM 优良率 = (评级为优患手数 + 评级为良患手数) ÷ 总患手数 × 100%。

1.4.2 握力值 术后 1、3、6 个月,采用 WCS-100 型电子握力计(上海欣曼科教设备有限公司),按文献[9]测量患者患手握力值。重复测量 2 次取平均值,2 次测量之间间隔 15 s。

1.4.3 焦虑心理评分 术后 1、3、6 个月,根据患者应用焦虑自评量表(SAS)^[10]对焦虑等情绪的自我评分,计算 SAS 总粗分(以下称为 SAS 评分)。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行重复测量方差分析、独立样本 *t* 检验、SNK 检验;2 组患者性别、烧伤深度、累计患手情况比较行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。2 组患者手指关节 TAM 优良率组间比较采用 χ^2 检验,组内比较采用 McNemar 检验及 Bonferroni 校正,以 $P < 0.0167$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 TAM 优良率

术后 3 个月,宣教康复组和专人康复组分别有 12、20 例患者 TAM 评级为优或良;术后 6 个月,宣教康复组和专人康复组分别有 17、28 例患者 TAM 评级为优或良。2 组患者术后 1、3 个月患手手指关节 TAM 优良率相近(P 值均大于 0.0167)。专人康复组患者仅术后 6 个月患手手指关节 TAM 优良率显著高于宣教康复组($P < 0.0167$)。2 组患者术后 3 个月患手手指关节 TAM 优良率均显著高于组内术后 1 个月(P 值均小于 0.0167)。2 组患者术后 6 个月患手手指关节 TAM 优良率与组内术后 3 个月相近(P 值均大于 0.0167)。见表 2。

表 2 2 组手部深度烧伤患者各时相点手指关节总主动活动度优良率比较(%)

组别	患手数(只)	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
宣教康复组	36	0	33.3 ^a	47.2
专人康复组	33	0	60.6 ^a	84.8
χ^2 值		—	5.150	10.745
<i>P</i> 值		—	0.023	0.001

注：“—”表示未进行统计分析;与组内前一时相点比较,^a $P < 0.0167$

2.2 握力值

专人康复组患者术后 1、3、6 个月患手握力值显著高于宣教康复组(P 值均小于 0.01)。2 组患者术后 3、6 个月患手握力值均明显高于组内前一时相

点 (P 值均小于 0.05)。见表 3。

表 3 2 组手部深度烧伤患者各时相点患手握力值比较
(kg, $\bar{x} \pm s$)

组别	患手数(只)	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
宣教康复组	36	5.3 ± 1.3	12.8 ± 2.7 ^a	20.0 ± 1.8 ^a
专人康复组	33	8.2 ± 2.6	21.6 ± 2.6 ^a	30.1 ± 2.3 ^a
t 值		5.934	13.765	20.403
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

注:处理因素主效应, $F = 43.518$, $P < 0.001$;时间因素主效应, $F = 115.193$, $P < 0.001$;两者交互作用, $F = 3.159$, $P = 0.032$;与组内前一时相点比较,^a $P < 0.05$

2.3 SAS 评分

专人康复组患者术后 1、3、6 个月 SAS 评分明显低于宣教康复组 (P 值均小于 0.01)。2 组患者术后 3、6 个月 SAS 评分明显低于组内前一时相点 (P 值均小于 0.05)。见表 4。

表 4 2 组手部深度烧伤患者各时相点焦虑自评量表评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
宣教康复组	23	56 ± 14	41 ± 9 ^a	32 ± 8 ^a
专人康复组	21	38 ± 10	31 ± 8 ^a	25 ± 6 ^a
t 值		4.758	3.666	2.944
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

注:处理因素主效应, $F = 20.382$, $P < 0.001$;时间因素主效应, $F = 103.171$, $P < 0.001$;两者交互作用, $F = 9.785$, $P = 0.001$;与组内前一时相点比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

对于手部深度烧伤患者来说,在封闭创面的基础上,最大限度地保留手功能是其治疗目标。早期削刮痂保留变性真皮并移植大张自体皮不仅可以修复创面,而且可以缩短手指的制动时间,从而尽早进行功能锻炼,防止继发畸形和功能丧失。黄晓元等^[2]对烧伤后真皮组织的研究表明,采用削刮痂保留变性真皮并移植大张自体皮修复手部深度烧伤创面,尤其是深 II 度或 III 度创面,临床疗效较好。此外,患者由于遭受生理上的剧痛,易出现烦躁、焦虑、不安等不良情绪。据临床研究显示,烧伤患者中 80% 以上的患者有焦虑症,这种负面情绪对患者的康复极为不利^[11]。

研究表明,手术后采取积极的康复治疗措施,能较大限度地减少患者功能障碍^[12-13]。本研究结果显示,2 组患者术后 3 个月患手手指关节 TAM 优良率显著高于组内术后 1 个月,术后 3、6 个月患手握力值明显高于组内前一时相点,说明 2 种康复治疗方

法均促进了患手功能的恢复,减少了手部功能障碍。此外,本研究结果显示,2 组患者术后 1 个月患手手指关节 TAM 优良率均为 0,均表现为关节活动受限,握力值也处于较低水平,可能与本组患者治疗过程中较长时间的敷料包扎、制动导致的肌肉牵缩有关。专人康复组患者术后 6 个月患手手指关节 TAM 优良率,术后 1、3、6 个月患手握力值均明显高于宣教康复组,表明专人康复组给予的康复治疗对手部功能恢复、提高手指关节 TAM 及手握力值效果更好,与郑红艳等^[14]应用多种康复方法进行综合康复治疗的结果一致。这也在一定程度上表明,与宣教康复组采用的康复方法相比,专人康复组采用的康复方法能明显促进变性真皮的修复。上述研究结果表明,若患者术后在专业的烧伤康复团队的指导下进行系统、全面的康复治疗可进一步促进患手功能的恢复。但本研究中宣教康复组和专人康复组患者分别由患者家属和康复治疗师进行瘢痕按摩,虽然按摩手法相同,但娴熟度、专业性可能差异较大;另外,2 组患者功能锻炼措施差异较大,尚不能说明具体是何种康复措施在患者手功能恢复中发挥决定性作用,有待进一步研究。

严重烧伤一般突然发生,但需要经历长时间的住院治疗 and 康复过程,除了烧伤本身的疼痛,烧伤患者常可能遭受手术、换药等产生的操作性疼痛等,极易出现强烈、持续的应激反应^[15]。为减轻患者疼痛,宣教康复组和专人康复组患者分别采用温水浸泡和蜡疗缓解疼痛。在临床工作中,患者总是在出现心理障碍时才会引起医务人员的注意。本研究结果表明,专人康复组患者术后 1、3、6 个月 SAS 评分低于宣教康复组,可能是因为专业的心理治疗师对患者进行心理干预,能转移患者在康复治疗过程中对疼痛的注意力,提高患者的痛阈值,改善患者因自身疾病导致的焦虑,这与王红霞等^[16]研究结果一致。另外,本研究结果表明,2 组患者术后 3、6 个月 SAS 评分均显著低于组内前一时相点,可能是由于手部功能改善,在一定程度上缓解了患者的焦虑,患者焦虑的改善,又进一步提高康复治疗的依从性。所以应及时采取有效的措施解决开始出现或者即将出现的心理问题,并将心理治疗贯穿于烧伤后的整个治疗过程中,以增强患者对康复的信心,提高康复治疗的效果^[17]。

综上所述,行保留变性真皮 + 大张自体皮移植术的手部深度烧伤患者,由主管医师、烧伤外科康复治疗师、中级心理治疗师、责任护士组成专业的康复

治疗团队指导其进行手部功能康复治疗和心理康复治疗,对于提高其手指关节 TAM、手握力值、改善其焦虑心理效果更好。因此,可从患者入院后即向患者宣告康复治疗的重要性,使更多患者接受专业的康复治疗并从中受益。

参考文献

[1] Wong JM, Nyachio DO, Benzekri NA, et al. Sustained high incidence of injuries from burns in a densely populated urban slum in Kenya; an emerging public health priority[J]. Burns, 2014, 40(6):1194-1200. DOI:10.1016/j.burns.2013.12.010.

[2] 黄晓元, 杨兴华, 雷少榕, 等. 变性真皮与自体皮复合移植修复手部深度烧伤[J]. 中华烧伤杂志, 2001, 17(1): 60-61. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2001.01.021.

[3] Tan X, Yowler CJ, Super DM, et al. The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn dressing changes: a prospective randomized crossover trial[J]. J Burn Care Res, 2010, 31(4): 590-597. DOI:10.1097/BCR.0b013e3181e4d71b.

[4] 沈传侠. 社会支持对外伤性截瘫患者应付方式及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(32): 3871-3873. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2010.32.009.

[5] 杨芳, 叶小兰, 吴金花. 早期心理干预对中重度烧伤病人焦虑抑郁及生活质量状况的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(7A): 1984-1985. DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2013.19.031.

[6] Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain[J]. Pain, 2011, 152(9): 2098-2107. DOI:10.1016/j.pain.2011.05.016.

[7] 王亚娜, 边冬梅, 柏静, 等. 护患共同参与模式在手部烧伤患者瘢痕整形术后功能锻炼中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(13): 53-55. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2016.13.015.

[8] 雷芳, 唐有玲, 陈佩, 等. 运动疗法联合自制简易矫形器治疗儿童手部烧伤瘢痕挛缩的疗效观察[J]. 中华烧伤杂志, 2014, 30(6): 477-481. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2014.06.003.

[9] 李琳, 许乐, 黄珍霞, 等. 手部烧伤康复护理干预模式的效果研究[J]. 中国护理管理, 2015, 15(8): 954-958. DOI: 10.

3969/j.issn.1672-1756.2015.08.019.

[10] Waljee JF, Kim HM, Burns PB, et al. Development of a brief, 12-item version of the Michigan Hand Questionnaire[J]. Plast Reconstr Surg, 2011, 128(1): 208-220. DOI: 10.1097/PRS.0b013e318218fc51.

[11] 胡英军. 整体护理对烧伤患者的生活质量及心理健康的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(2): 334-336. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2013.02.059.

[12] 胡大海, 易南. 烧伤康复治疗技术现状与展望[J]. 中华烧伤杂志, 2014, 30(6): 469-471. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2014.06.001.

[13] 刘亦峰, 刘森, 周荣芳, 等. 大面积深度烧伤伴双手深度烧伤的治疗策略[J/CD]. 中华损伤与修复杂志: 电子版, 2015, 10(1): 27-29. DOI:10.3877/cma.j.issn.1673-9450.2015.01.008.

[14] 郑红艳, 王春艳, 张晓艺, 等. 康复护理干预对促进手深度烧伤患者功能恢复的作用[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(10): 1421-1422.

[15] Anderson NJ, Bonauto DK, Adams D. Psychiatric diagnoses after hospitalization with work-related burn injuries in Washington State[J]. J Burn Care Res, 2011, 32(3): 369-378. DOI: 10.1097/BCR.0b013e318217f83a.

[16] 王红霞, 鲁秀远, 宋应红, 等. 心理护理二联法对烧伤患者焦虑及抑郁情绪的干预效果[J]. 中华烧伤杂志, 2011, 27(4): 305-306. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2011.04.022.

[17] 刘冬梅, 李明华, 刘进辉. 心理护理干预对烧伤患者抑郁、焦虑状况及依从性的影响[J]. 中国医疗美容, 2015(4): 141-143.

(收稿日期:2016-09-27)

(本文编辑:牟乾静)

本文引用格式

彭欢, 梁鹏飞, 王昂, 等. 不同康复方法对手部深度烧伤保留变性真皮并移植大张自体皮患者手功能及焦虑心理的影响[J]. 中华烧伤杂志, 2017, 33(5): 272-276. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.05.004.

Peng H, Liang PF, Wang A, et al. Influences of different rehabilitative methods on function of hands and psychological anxiety of patients with deeply burned hands retaining denatured dermis and grafting large autologous skin[J]. Chin J Burns, 2017, 33(5): 272-276. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.05.004.

· 科技快讯 ·

急性手烧伤的物理治疗观点

急性手烧伤病情复杂,且可能会影响患者生活的多个方面。手功能的物理治疗康复对患者生活自理及重新回归社会十分关键。本研究旨在探讨物理治疗师在治疗手烧伤患者方面的认识及经验。在南非夸祖鲁-纳塔尔省 5 家公立医院招募为烧伤患者进行治疗的,由物理治疗师和助理物理治疗师组成的 5 个团队。物理治疗师认为,由于早期优先关注烧伤患者生存,导致手烧伤后急性期治疗被忽视。物理治疗师认为有多种因素可以影响患者对物理治疗的参与度和积极性,治疗产生的疼痛就是其中之一。物理治疗师在康复治疗框架中的角色对患者的康复十分关键;然而,物理治疗师与医疗护理专业人员之间的协作和沟通似乎是断裂、不顺畅的,这会对治疗效果产生不利影响。因而建立多学科综合小组治疗方案是治疗烧伤急性期和整个治疗的基础。

敖铭,谭江琳,编译自《Afr Health Sci》,2016,16(1):266-275;吴军,审校