

- [14]贾鑫玮, 艾佳慧, 刘纯, 等. 指端软组织缺损皮瓣修复术后握力的影响因素研究进展[J]. 创伤外科杂志, 2024,26(1):67-71.
- [15]陆一鸣, 王斌, 戚仁竞, 等. 指动脉逆行岛状皮瓣治疗指腹缺损的长期疗效观察[J]. 中华手外科杂志, 2024,40(4):341-344.
- [16]陈艳, 谢斌, 刘远俊, 等. 第2掌背动脉穿支皮瓣接合力示指背侧岛状皮瓣修复拇指创面的疗效[J]. 中华烧伤与创面修复杂志, 2024,40(10):971-977.
- [17]贾鑫玮, 艾佳慧, 刘纯, 等. 近、中节指动脉背侧支血管链皮瓣修复指端缺损的疗效比较[J]. 临床骨科杂志, 2024,27(3):350-353.
- [18]谭金波, 彭旭东, 李剑, 等. 指动脉背侧支带蒂皮瓣桥接修复手指局部软组织缺损对患指血流动力学及瘢痕的影响[J]. 中国医师进修杂志, 2023,46(10):895-899.
- [19]赵立宁, 许亚男, 侯训凯. 指动脉背侧终末支皮瓣修复手指末端缺损的疗效[J]. 局解手术学杂志, 2020,29(5):424-427.

[收稿日期]2025-03-12

本文引用格式: 王川, 张晓军, 刘双利, 等. 指动脉带蒂皮瓣转移修复术治疗手指软组织缺损疗效观察[J]. 中国美容医学, 2026,35(5):51-55.

## 鼻唇沟皮瓣修复面部病灶切除术后皮肤缺损患者皮瓣臃肿变形的影响因素分析

陈亮, 郭南, 魏霞, 宋玫

(中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院烧伤整形科 甘肃 兰州 730050)

**[摘要]**目的: 探讨鼻唇沟皮瓣修复面部病灶切除术后皮肤缺损患者皮瓣臃肿变形的影响因素, 为临床预防和处理提供参考依据。方法: 回顾性分析2022年2月-2024年6月在笔者医院接受鼻唇沟皮瓣修复手术的96例患者资料, 收集其基本信息、手术相关数据及术后随访资料。采用单因素和多因素Logistic回归分析皮瓣臃肿变形的影响因素。结果: 96例患者中, 23例(23.96%)出现皮瓣臃肿变形。单因素分析显示, 皮瓣臃肿变形组与无臃肿变形组在皮瓣面积、术后感染、糖尿病史、手术方式及术后高凝状态方面比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组在年龄、体质指数、吸烟史、性别、高血压史、皮瓣厚度、切口方向、再灌注情况、局部放疗史、皮瓣修复部位方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。多因素Logistic回归分析表明, 糖尿病史( $OR=2.895$ , 95%  $CI$ : 1.155~7.265)、术后高凝状态( $OR=4.565$ , 95%  $CI$ : 1.825~11.428)、术后感染( $OR=5.235$ , 95%  $CI$ : 2.085~13.158)及手术方式( $OR=2.785$ , 95%  $CI$ : 1.125~6.895)是皮瓣臃肿变形的独立危险因素, 其中术后感染的影响最为显著。结论: 糖尿病、术后高凝状态、术后感染及手术方式是鼻唇沟皮瓣修复后皮瓣臃肿变形的独立危险因素, 术后感染是其中最强烈的危险因素。临床应针对此类因素采取预防措施, 以提高患者术后面部功能及外观的完整度。

**[关键词]**面部; 病灶切除术; 鼻唇沟皮瓣; 皮瓣修复; 术后感染; 危险因素

[中图分类号]R622 [文献标志码]A [文章编号]1008-6455(2026)05-0055-05

## Analysis of Influencing Factors of Flap Deformity and Swelling in Patients with Skin Defects after Facial Lesion Resection Repaired by Nasolabial Flap

CHEN Liang, GUO Nan, WEI Xia, SONG Mei

(Department of Burns and Plastic Surgery, the 940th Hospital of Joint Logistic Support Force of Chinese People's Liberation Army, Lanzhou 730050, Gansu, China)

**Abstract: Objective** To investigate the influencing factors of flap hypertrophy and deformation after nasolabial flap repair in patients with skin defects following facial lesion resection, and to provide a reference for clinical prevention and management.

**Methods** A retrospective analysis was conducted on 96 patients who underwent nasolabial flap repair in the hospital between February 2022 and June 2024. Basic information, surgical data, and postoperative follow-up data were collected. Univariate

基金项目: 甘肃省科技计划项目(编号: 20JR10RA002)

通信作者: 宋玫, 主任医师; 研究方向为烧伤整形、创面修复。

第一作者: 陈亮, 副主任医师; 研究方向为烧伤整形、创面修复。E-mail: agsa787956@163.com

and multivariate logistic regression analyses were used to identify the influencing factors of flap hypertrophy and deformation. **Results** Among the 96 patients, 23 (23.96%) experienced flap hypertrophy and deformation. Univariate analysis showed that there were statistically significant differences between the flap swelling and deformation group and the no-swelling-and-deformation group in terms of flap area, postoperative infection, history of diabetes, surgical method, and postoperative hypercoagulable state ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences between the two groups in terms of age, body mass index, smoking history, gender, history of hypertension, flap thickness, incision direction, reperfusion status, history of local radiotherapy, and flap repair site ( $P > 0.05$ ). Multivariate logistic regression analysis revealed that diabetes history ( $OR = 2.895$ , 95%  $CI$ : 1.155-7.265), postoperative hypercoagulable state ( $OR = 4.565$ , 95%  $CI$ : 1.825-11.428), postoperative infection ( $OR = 5.235$ , 95%  $CI$ : 2.085-13.158), and surgical method ( $OR = 2.785$ , 95%  $CI$ : 1.125-6.895) were independent risk factors for flap hypertrophy and deformation, with postoperative infection being the most significant factor. **Conclusion** Diabetes, postoperative hypercoagulable state, postoperative infection, and surgical method are independent risk factors for flap hypertrophy and deformation after nasolabial flap repair, with postoperative infection being the strongest risk factor. Clinical measures should be taken to address these factors to improve postoperative facial function and appearance.

**Key words:** face; lesion resection; nasolabial flap; flap repair; postoperative infection; risk factors

面部病灶切除术是治疗面部良恶性肿瘤、瘢痕等疾病的常用方法，但术后常遗留皮肤缺损，影响患者外观和功能<sup>[1]</sup>。鼻唇沟皮瓣因其颜色、质地与面部皮肤相近，成为修复面部皮肤缺损的常用方法之一，但部分患者术后可能由于皮下脂肪组织增生、纤维化或淋巴回流障碍等原因，导致皮瓣体积异常增大，出现皮瓣臃肿变形，表现为局部增厚、隆起，与周围正常组织在形态、质地或轮廓上不协调<sup>[2-4]</sup>。皮瓣臃肿变形不仅影响美观，还可能导致功能障碍，如眼睑闭合不全、口角歪斜等，导致患者心理负担加重，甚至影响其社会功能和生活质量<sup>[5]</sup>。目前，关于鼻唇沟皮瓣修复后皮瓣臃肿变形的机制尚未完全明确，但其可能涉及多方面的因素。皮瓣的设计和制备是关键环节，皮瓣的大小、厚度、形状以及血供状态均可能影响术后效果，如果皮瓣设计不合理或血供不足，可能导致皮瓣缺血、坏死或臃肿变形<sup>[6-7]</sup>。术后护理的质量也是重要影响因素，包括皮瓣的固定、压力包扎、感染控制等，若护理不当可能增加皮瓣变形的风险<sup>[8-9]</sup>。患者的个体差异，如年龄、皮肤弹性、基础疾病等，也可能对皮瓣修复效果产生一定影响。因此，探讨鼻唇沟皮瓣修复后皮瓣臃肿变形的影响因素，对于提高手术成功率、改善患者预后具有重要意义。本研究旨在通过回顾性分析，探讨影响鼻唇沟皮瓣修复后皮瓣臃肿变形的因素，为临床预防和处理提供参考依据。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料：选取2022年2月-2024年6月在笔者医院接受鼻唇沟皮瓣修复的面部病灶切除术后皮肤缺损患者96例作为研究对象。纳入标准：年龄 $\geq 18$ 岁；首次接受鼻唇沟皮瓣修复手术；术后随访时间 $\geq 6$ 个月。排除标准：合并严重系统性疾病；既往有面部手术史；术后失访。本研究经笔者医院伦理委员会批准，所有患者均签署知情同意书。

### 1.2 方法

1.2.1 资料收集：收集患者的基本信息（年龄、体质指数、性别、吸烟史、基础疾病等）、手术相关数据（皮瓣厚度、皮瓣面积、手术方式等）和术后随访资料（并发症、皮瓣臃肿变形情况等）。

1.2.2 皮瓣臃肿变形评估<sup>[10]</sup>：术后6个月随访时，根据改良Kroll分级法，将皮瓣臃肿分为三级，分别为轻度（局部轻微隆起，质地柔软，无功能受限）、中度（明显增厚伴部分纤维化，轻微表情活动受限）和重度（显著隆起伴广泛纤维化，明显功能障碍）。皮瓣变形的判定需满足以下任一标准：①形态学上皮瓣轮廓与对侧/邻近区域差异 $> 30\%$ （通过3D成像测量）；②功能学上影响表情肌运动或器官功能；③患者对外观不满意。

1.3 统计学分析：采用SPSS 25.0软件进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 $t$ 检验；计数资料以频数和百分比表示，组间比较采用 $\chi^2$ 检验。采用单因素和多因素Logistic回归分析皮瓣臃肿变形的影响因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 皮瓣臃肿变形发生情况：96例患者中，23例（23.96%）出现皮瓣臃肿变形。其中，轻度臃肿15例（15.63%），中度臃肿6例（6.25%），重度臃肿2例（2.08%）。臃肿变形主要发生在皮瓣中央区域，表现为局部增厚、隆起，与周围组织界限不清。

2.2 皮瓣臃肿变形单因素分析：根据皮瓣臃肿变形发生情况将96例患者分为皮瓣臃肿变形组（ $n = 23$ ）和无臃肿变形组（ $n = 73$ ）。两组皮瓣面积、术后感染、糖尿病史、手术方式及术后高凝状态方面资料比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组在年龄、体质指数、吸烟史、性别、高血压史、皮瓣厚度、切口方向、再灌注情况、局部放疗史、皮瓣修复部位方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。见表1。

表1 皮瓣臃肿变形单因素分析 [例(%),  $\bar{x} \pm s$ ]

因素	臃肿变形组(n=23)	无臃肿变形组(n=73)	$\chi^2/t$ 值	P值
年龄			2.999	0.083
≥60岁	10 (43.48)	18 (24.66)		
<60岁	13 (56.52)	55 (75.34)		
体质指数/(kg/m <sup>2</sup> )	26.82±3.25	26.57±2.95	0.346	0.730
吸烟史			2.526	0.112
有	10 (43.48)	19 (26.03)		
无	13 (56.52)	54 (73.97)		
皮瓣面积			4.831	0.028
≥6 cm <sup>2</sup>	12 (52.17)	20 (27.40)		
<6 cm <sup>2</sup>	11 (47.83)	53 (72.60)		
术后感染			9.392	0.002
有	8 (34.78)	5 (6.85)		
无	15 (65.22)	68 (93.15)		
性别			0.068	0.795
男	13 (56.52)	39 (53.42)		
女	10 (43.48)	34 (46.58)		
糖尿病史			5.270	0.022
有	9 (39.13)	12 (16.44)		
无	14 (60.87)	61 (83.56)		
高血压史			1.142	0.285
有	9 (39.13)	20 (27.40)		
无	14 (60.87)	53 (72.60)		
皮瓣厚度			1.731	0.188
≥5 mm	10 (43.48)	21 (28.77)		
<5 mm	13 (56.52)	52 (71.23)		
手术方式			4.027	0.045
游离皮瓣	18 (78.26)	40 (54.79)		
转位皮瓣	5 (21.74)	33 (45.21)		
切口方向			0.897	0.343
纵向切口	10 (43.48)	40 (54.79)		
横向切口	13 (56.52)	33 (45.21)		
再灌注情况			2.359	0.125
良好	10 (43.48)	45 (61.64)		
不良	13 (56.52)	28 (38.36)		
局部放疗史			0.937	0.333
有	5 (21.74)	8 (10.96)		
无	18 (78.26)	65 (89.04)		
皮瓣修复部位			-	0.898*
鼻部	10 (43.48)	26 (35.62)		
颊部	7 (30.43)	21 (28.77)		
唇部	4 (17.39)	16 (21.92)		
其他部位	2 (8.70)	10 (13.70)		
术后高凝状态			5.270	0.022
有	9 (39.13)	12 (16.44)		
无	14 (60.87)	61 (83.56)		

注: \*表示采用Fisher检验。

### 2.3 皮瓣臃肿变形多因素Logistic回归分析: 以皮瓣

是否臃肿变形作为因变量, 将单因素分析中显著项赋值后纳入多因素Logistic回归分析, 见表2。结果显示, 有糖尿病史 (OR=2.895, 95%CI: 1.155~7.265)、术后高凝状态 (OR=4.565, 95%CI: 1.825~11.428)、术后感染 (OR=5.235, 95%CI: 2.085~13.158) 及手术方式为游离皮瓣 (OR=2.785, 95%CI: 1.125~6.895) 是皮瓣臃肿变形的独立危险因素。见表3。其中术后感染的OR值最高 (OR=5.235), 表明术后感染是皮瓣臃肿变形的最强危险因素。

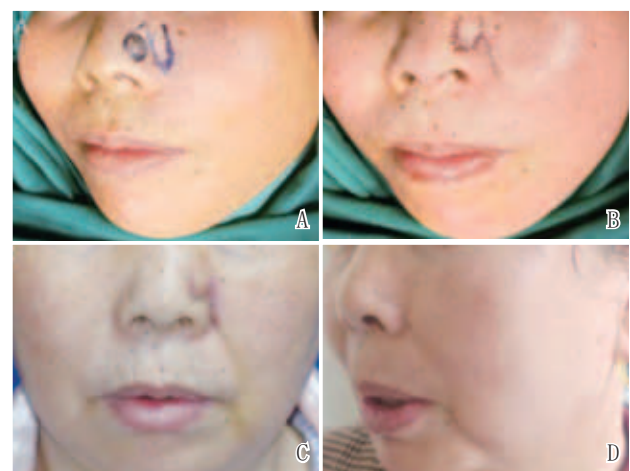
表2 多因素Logistic回归分析变量赋值表

变量	赋值说明
皮瓣臃肿变形	无=0, 有=1
皮瓣面积	<6 cm <sup>2</sup> =0, >6 cm <sup>2</sup> =1
术后感染	无=0, 有=1
糖尿病史	无=0, 有=1
手术方式	转位皮瓣=0, 游离皮瓣=1
术后高凝状态	无=0, 有=1

表3 皮瓣臃肿变形多因素Logistic回归分析

因素	$\beta$	OR值	95%CI	SE	Wald	$\chi^2$ 值	P值
糖尿病史	1.062	2.895	1.155~7.265	0.398	4.892	0.024	
术后高凝状态	1.518	4.565	1.825~11.428	0.512	8.123	0.001	
术后感染	1.655	5.235	2.085~13.158	0.625	10.456	<0.001	
手术方式	1.023	2.785	1.125~6.895	0.385	4.789	0.027	

2.4 典型病例: 某女, 53岁, 鼻翼处色素痣26年, 渐大, 无疼痛、瘙痒、破溃等症状, 切除后鼻唇沟设计旋转皮瓣覆盖创面。术后1年随访, 患者皮瓣质地与受区一致, 鼻翼解剖结构正常, 皮瓣无臃肿变形, 美学修复效果良好。见图1。



注: A. 术前皮瓣设计; B. 术后即刻, 皮瓣血运正常, 组织对位良好; C. 术后1个月随访; D. 术后1年随访, 皮瓣无臃肿变形, 美学修复效果良好

图1 典型病例手术前后

### 3 讨论

本研究通过多因素Logistic回归分析, 探讨了面部病

灶切除术后经鼻唇沟皮瓣修复患者皮瓣臃肿变形的影响因素。结果显示,糖尿病、术后高凝状态、术后感染及游离皮瓣手术方式是皮瓣臃肿变形的独立危险因素。这些发现为临床预防和处理皮瓣臃肿变形提供了重要的理论依据,同时也揭示了术后管理中的关键环节。

糖尿病是皮瓣臃肿变形的独立危险因素( $OR=2.895$ ,  $P=0.024$ )。李炜伟等<sup>[11]</sup>研究发现糖尿病患者行转位皮瓣修复术发生血管危象的风险相比无糖尿病史的患者上升4.642倍。糖尿病患者普遍存在微血管病变,表现为基底膜增厚、血管内皮细胞功能障碍及毛细血管通透性异常,这些改变可显著削弱皮瓣的血供稳定性,在高血糖状态下,糖基化终末产物的过度积累会加剧氧化应激反应,导致内皮依赖性血管舒张功能受损,进一步阻碍微循环的灌注效率,使皮瓣在术后早期易因缺血缺氧而出现肿胀或脂肪组织重塑异常<sup>[12]</sup>。糖尿病患者的代谢紊乱可能干扰组织修复的分子调控过程,如胰岛素信号通路的抑制会减少成纤维细胞增殖和胶原合成,延缓创面愈合,而高脂血症则可能通过促炎因子的释放加剧局部炎症反应,导致皮瓣水肿和纤维化风险增加<sup>[13]</sup>。糖尿病患者常伴随免疫功能异常,增加了术后感染风险,而感染本身可诱发局部组织坏死、瘢痕增生,进一步加剧皮瓣形态的臃肿和变形。因此,对于糖尿病患者,术前应严格控制血糖水平;术中应尽可能选择血供丰富的皮瓣设计,避免过度修剪皮下脂肪,以免破坏皮瓣的微血管网;术后加强抗感染,以降低臃肿变形的风险。

术后高凝状态显著增加了皮瓣臃肿变形的风险( $OR=4.565$ ,  $P=0.001$ )。鲁明等<sup>[14]</sup>研究指出术后高凝状态是影响皮瓣恢复的重要因素。高凝状态对皮瓣预后的影响主要源于其对微循环的破坏:血液黏稠度升高、血小板过度活化及凝血因子水平异常增高,可导致皮瓣内微血栓形成,阻碍毛细血管血流,引发组织缺血缺氧和静脉回流障碍,最终表现为皮瓣水肿、脂肪液化甚至坏死变形<sup>[15]</sup>。研究显示,术后高凝状态患者血液中D-二聚体、凝血酶-抗凝血酶复合物等血栓标志物显著升高,且血小板膜糖蛋白的异常表达进一步加剧了血小板聚集倾向,形成恶性循环<sup>[16]</sup>。此外,手术创伤本身会激活凝血系统,而高凝状态可能放大这一病理过程,使皮瓣边缘及血管蒂周围的微血栓发生率增加,进一步威胁皮瓣存活与康复<sup>[17]</sup>。因此,对于术后高凝状态的患者,应密切监测凝血功能,必要时使用抗凝药物,如低分子肝素或阿司匹林,以改善微循环,术中应尽可能保证皮瓣的血供,避免血管蒂的过度牵拉或扭曲,术后对于确诊高凝状态者,应早期启动预防性抗凝治疗。

术后感染是皮瓣臃肿变形的最强危险因素( $OR=5.235$ ,  $P<0.001$ )。吴育煜等<sup>[18]</sup>指出皮瓣感染是皮瓣坏死的独立危险因素,其局部坏死可能会导致皮瓣臃肿变形。张天怡等<sup>[19]</sup>指出良好的血供可减轻皮瓣的挛缩变形,感染后可引起皮瓣的再灌注损伤,皮瓣的良好恢复受阻,增大皮瓣臃肿变形的概率。感染对皮瓣预后的破坏性机制主要体现在

在两方面:局部炎症级联反应和微循环障碍。金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌等病原体定植后释放毒素及超抗原,激活中性粒细胞、巨噬细胞等炎性细胞,导致肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白介素-6等促炎因子大量释放,引发毛细血管通透性增高、组织间隙液体渗出,形成持续性水肿<sup>[20]</sup>。同时,炎症反应可上调基质金属蛋白酶活性,加速细胞外基质降解,破坏皮瓣与受区组织的黏附,影响皮瓣血供,进一步阻碍愈合进程<sup>[21]</sup>。严重感染还可能引起皮瓣部分或全部坏死,进一步加重臃肿变形。因此,严格的无菌操作、合理的抗生素使用以及术后密切观察对于预防感染至关重要。建议术前常规进行细菌培养和药敏试验,根据结果选择合适的抗生素。术中应严格遵守无菌操作规范,术后定期更换敷料,密切观察伤口情况。对于高风险患者,如糖尿病患者或免疫功能低下者,可适当延长抗生素使用时间。

手术方式是皮瓣臃肿变形的重要影响因素( $OR=2.785$ ,  $P=0.027$ )。不同皮瓣修复具有不同优势<sup>[22]</sup>。游离皮瓣相较于转位皮瓣,其臃肿变形的风险更高。游离皮瓣由于需要完全切断与供区的血供联系,依赖受区血管吻合,术后血供稳定性较差,容易发生血运障碍和组织水肿,而转位皮瓣保留了部分血供,血运更为可靠,臃肿变形风险较低<sup>[23-24]</sup>。因此,在条件允许的情况下,应优先选择转位皮瓣修复,尤其是对于大面积缺损或血供条件较差的患者。尽管单因素分析显示年龄、再灌注情况与皮瓣臃肿变形相关,但在多因素分析中未达到显著性水平。这可能与样本量较小或其他混杂因素的影响有关。未来需要更大样本量的研究进一步验证这些因素的作用。

综上所述,糖尿病、术后高凝状态、术后感染及游离皮瓣修复是面部病灶切除术后皮肤缺损患者经鼻唇沟皮瓣修复后皮瓣臃肿变形的独立危险因素。临床医生应充分认识此类危险因素,在术前评估、手术设计和术后管理中采取针对性措施,以降低皮瓣臃肿变形的发生率,提高手术效果和患者面部功能及外观的完整性。

声明:本文中所有病例图片的使用均已获得患者知情同意。

#### [参考文献]

- [1]李振华,任蕾. Burow's楔形推进皮瓣与V-Y推进皮瓣对面面部皮肤肿瘤切除术后修复的效果比较[J].中国现代医学杂志,2025,35(2):13-18.
- [2]Reece M K, Angermayer M, Noel T, et al. Intraoral nasolabial flap for lower lip augmentation following post-radiation contracture[J]. Am J Otolaryngol, 2023,44(2):103703.
- [3]马绍崑,李函聪,周思淇,等.鼻唇沟皮瓣联合耳廓复合组织瓣修复基底细胞癌切除术后鼻翼全层缺损的临床探讨[J].华西医学,2024,39(12):1893-1898.
- [4]Chakraborty S S, Goel A D, Sahu R K, et al. Effectiveness of nasolabial

- flap versus paramedian forehead flap for nasal reconstruction: A systematic review and meta-analysis[J]. *Aesthetic Plast Surg*, 2023,47(1):313-329.
- [5] 李建杭, 赵军, 陈裕祥, 等. 高频彩色多普勒超声辅助定位在修薄穿支皮瓣移植术中的临床疗效[J]. *中华显微外科杂志*, 2024,47(6):679-685.
- [6] 李旭文, 葛秀玉, 宋培军, 等. 窄蒂鼻唇沟皮下蒂皮瓣在鼻部及鼻旁恶性肿瘤切除后创面修复中的应用[J]. *中华解剖与临床杂志*, 2023,28(8):527-532.
- [7] Das A, Kakati K, Das K, et al. Modified nasolabial flap- the nasomentolabial flap: A new arrow in surgeon's quiver[J]. *Oral Oncol*, 2022,125(1):105697.
- [8] 谭娟, 吕红莉, 王上上. 鼻唇沟皮下组织蒂皮瓣在鼻部缺损修复中的应用[J]. *实用皮肤病学杂志*, 2023,16(4):235-237.
- [9] 蒲晓华, 常春华. 面动脉穿支鼻唇沟皮瓣修复中面部肿瘤切除术后创面效果观察及护理[J]. *中国美容医学*, 2017,26(2):124-126.
- [10] 汪良能, 高学书. *整形外科科学*[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989:318-323.
- [11] 李炜伟, 覃小荣, 唐小芳, 等. 股前外侧穿支皮瓣修复口腔颌面部肿瘤术后缺损发生血管危象的相关因素分析[J]. *中国美容医学*, 2023,32(5):162-166.
- [12] 赵建军, 谢振军, 赵国红, 等. 多学科团队协作模式下游离股前外侧穿支皮瓣修复糖尿病足溃疡的临床效果[J]. *中华烧伤与创面修复杂志*, 2024,40(8):756-761.
- [13] 陈滢, 赵莉, 何林, 等. 影响游离皮瓣移植修复口腔颌面部肿瘤术后皮瓣失活的危险因素分析[J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2020,36(5):285-288.
- [14] 鲁明, 洪育明, 郑朝晖, 等. 头颈肿瘤游离皮瓣修复术后高凝状态的影响因素分析[J]. *中国癌症杂志*, 2021,31(4):317-322.
- [15] 刘迪, 张思敏, 阿迪力江·赛买提, 等. 血栓弹力图检测在70例口腔颌面部缺损游离皮瓣修复围术期中的效果评价[J]. *中国口腔颌面外科杂志*, 2022,20(3):244-250.
- [16] 马立宇. 社区健康管理对急性ST段抬高型心肌梗死患者PCI术后高凝状态的改善[J]. *血栓与止血学*, 2022,28(1):136-137,139.
- [17] 徐玉, 魏志力, 何海涛, 等. 腹腔镜手术治疗脾良性病变对患者凝血功能及免疫球蛋白水平的影响[J]. *中国现代普通外科进展*, 2024,27(10):825-829.
- [18] 吴育煜, 胡朝波, 陈绵川, 等. 游离股前外侧皮瓣坏死的危险因素分析及预测模型的建立[J]. *中国美容医学*, 2023,32(5):63-67.
- [19] 张天怡, 宋达疆, 李赞, 等. 带蒂腹直肌皮瓣修复胸壁肿瘤术后大面积复杂缺血性障碍的原因分析[J]. *中华医学美容美容杂志*, 2024,30(5):413-418.
- [20] 张鹏飞, 王春书, 丁子晗, 等. 手部急性创面皮瓣修复术后患者创口感染影响因素分析[J]. *临床军医杂志*, 2023,51(12):1288-1290,1293.
- [21] 蒋玉贵, 杨凯钧, 李文亮. VSD联合肌皮瓣移植术对胫骨开放性骨折继发感染患者细胞因子、炎性因子及功能恢复的影响[J]. *临床误诊误治*, 2023,36(1):86-89.
- [22] 吴苏州, 华栋, 方小魁, 等. 不同皮瓣修复面部病灶切除术后软组织缺损的效果探讨[J]. *中国美容医学*, 2020,29(2):41-43.
- [23] 陈思杏, 覃凤英, 余秀梅, 等. 老年患者头颈癌游离皮瓣修复术后发生谵妄的危险因素分析[J]. *中华口腔医学杂志*, 2025,60(1):54-60.

[收稿日期] 2025-04-02

本文引用格式: 陈亮, 郭因, 魏霞, 等. 鼻唇沟皮瓣修复面部病灶切除术后皮肤缺损患者皮瓣肿胀变形的影响因素分析[J]. *中国美容医学*, 2026,35(5):55-59.

## 基于最佳证据总结的多维干预策略对烧伤患者心理弹性及创面愈合的影响

侯丽名, 蔡森, 杜婉, 王帅

(北京市大兴区人民医院创伤科 北京 102600)

**[摘要]**目的: 探究基于最佳证据总结的多维干预策略对烧伤患者心理弹性及创面愈合的影响。方法: 选取2023年2月-2024年9月于笔者医院就诊的80例烧伤患者, 运用随机数字编号法, 将其分为观察组和对照组, 各40例。对照组实施常规护理, 观察组则在常规护理基础上, 采用基于最佳证据总结的多维干预策略。比较两组患者创面愈合情况(创面愈合时间、肉芽组织初现时间、创面感染情况), 采用简易心理弹性量表(10-item Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10)评估比较两组患者的心理弹性; 采用中文版创伤后成长量表(Chinese version of the Posttraumatic Growth Inventory, C-PTGI)评估比较两组患者创伤后成长; 采用自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)评估比较两组自我效能。结果: 观察组患者的创面愈合时间、肉芽组织初现时间均短于对照组( $P < 0.05$ ), 创面感染发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。干预2个月后, 两组CD-RISC-10、C-PTGI、GSES评分均较干预前升高, 且观察组各量表的评分均高于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 基于最佳证据总结的多维干预策略可有效促进烧伤患者创面愈合和创伤后成长, 提高患者心理弹性, 增强其自我效能感。