

- 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.老年患者头颈肿瘤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。

[关键词] 烧伤; 最佳证据总结; 多维干预策略; 心理弹性; 创面愈合

[中图分类号] R644 [文献标志码] A [文章编号] 1008-6455 (2026) 05-0059-04

Influence of Multidimensional Intervention Strategy Based on the Best Evidence Summary on Psychological Resilience and Wound Healing in Patients with Burns

HOU Liming, CAI Miao, DU Wan, WANG Shuai

(Department of Trauma, Daxing District People's Hospital, Beijing 102600, China)

Abstract: Objective To explore the influence of multidimensional intervention strategy based on the best evidence summary on psychological resilience and wound healing in patients with burns. **Methods** This study included 80 patients with burns who were treated in the hospital from February 2023 to September 2024. Using random number numbering method, they were divided into observation group and control group, with 40 cases in each group. The control group carried out routine nursing, while the observation group was given multidimensional intervention strategy based on the best evidence summary on the basis of routine nursing. The wound healing conditions (wound healing time, granulation tissue initial appearance time, wound infection) were compared between groups, and the psychological resilience in the two groups was compared by simplified 10-item Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). Chinese version of Post-Traumatic Growth Inventory (C-PTGI) was used to compare the post-traumatic growth in the two groups. General Self-Efficacy Scale (GSES) was used to compare the self-efficacy in the two groups. **Results** The wound healing time and granulation tissue initial appearance time in observation group were shorter than those in control group, and the incidence of wound infection was lower than that in control group ($P < 0.05$). After 2 months of intervention, the scores of CD-RISC-10, C-PTGI and GSES in the two groups were enhanced compared with those before intervention, and the scores of various scales in observation group were higher than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Multidimensional intervention strategy based on the best evidence summary can effectively promote wound healing and post-traumatic growth in patients with burns, improve the psychological resilience, and enhance the self-efficacy. **Key words:** burns; best evidence summary; multidimensional intervention strategy; psychological resilience; wound healing

烧伤在临床较为常见,既会对患者皮肤及深层组织造成直接损伤,阻碍创面正常愈合进程,还可能给患者造成严重的心理创伤,降低其心理弹性和自我效能感^[1]。烧伤创面情况复杂,不同深度、面积的创面愈合机制各异,其护理工作面临诸多难点。深度烧伤创面易发生感染,创面愈合时间久,且可能引发全身性炎症反应,严重时危及患者生命安全。创面愈合过程中常伴随瘢痕增生问题,影响患者外观及肢体功能,增加护理的复杂性^[2]。传统护理干预效果有限,难以全面满足烧伤患者在生理、心理及社会支持等多方面的需求^[3]。基于最佳证据总结的多维干预策略是整合多学科的研究成果和临床经验,从多个维度对患者进行全面、系统的干预,已有研究表明该方法能有效改善患者临床结局,减少不安全事件^[4-5]。本研究旨在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,以为临床护理提供参

1 资料和方法

1.1 一般资料:选取2023年2月-2024年9月笔者医院收治的80例烧伤患者作为研究对象。纳入标准:符合烧伤诊断标准^[6];年龄18~60岁;意识清楚,能够配合完成各项

评估和干预措施;知情同意书由患者和家属完成签署。排除标准:存在严重心、肝、肾功能障碍等重要脏器功能异常;有精神疾病既往史或患有认知功能障碍;妊娠或哺乳期女性;合并其他皮肤病;合并吸入性损伤和复合伤。采用随机数字编号法,随机数字表任一数字开始按同一方向选取80个随机数分别与患者编号对应,用随机数字除以2,整除的随机数字所对应编号的患者为观察组,反之为对照组,直至观察组与对照组各40例。经统计学分析,两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。本研究已通过笔者医院伦理委员会的审核。

表1 两组一般资料比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	性别		年龄/岁	烧伤面积/%	烧伤深度		
	男	女			浅II度	深II度	III度
对照组 ($n=40$)	22	18	36.25±4.42	21.36±2.54	15	18	7
观察组 ($n=40$)	23	17	37.18±5.96	22.49±3.02	16	17	7
t/χ^2 值			0.793	1.811	0.061		
P 值			0.430	0.074	0.970		

1.2 方法

1.2.1 对照组：接受常规护理干预，对患者实施烧伤康复知识模块化宣教，重点解析创面保护原则及并发症预防策略；建立病房环境动态监测机制，执行空气-物表双通道消毒流程；对于浅Ⅱ度、深Ⅱ度创面，创面定期换药；对于Ⅲ度烧伤创面，常规进行围手术期护理；指导患者穿着医用级抗菌棉质衣物；嘱咐患者注意补充营养，在患者出院之际，将居家注意要点一一告知，叮嘱按期复诊，并定期电话随访。

1.2.2 观察组：在对照组基础上，运用依据最佳证据总结而构建的多维干预策略。寻找最佳证据：团队确定以“烧伤患者护理”“心理干预”“创面愈合”等为核心检索词，在多个权威数据库如PubMed、Web of Science、中国知网等展开全面检索，设定检索时间范围为近10年。筛选文献时，排除低质量及相关性差的文献，对符合标准的文献，详细提取有关心理干预方式、创面护理技术、康复训练方案、营养支持及社会支持等方面的有效证据。组织多学科专家对上述证据进行综合分析评价，依据证据的可靠性和适用性进行分级，找出最佳证据进行系统整合。基于上述最佳证据的系统性整合，构建涵盖心理干预、创面护理、康复训练、营养支持及社会支持的多维干预策略，具体实施如下：①心理干预：护理人员每日主动与患者深度交流至少30 min，针对患者因烧伤瘢痕的自卑心理，耐心倾听诉求，给予心理支持，缓解创伤应激。护理团队邀请心理医生，借助工具识别患者灾难化等负面思维，每周开展3次认知行为课程，纠正其对康复的过度悲观认知。同时，每月组织2次同伴支持小组活动，邀请康复良好且烧伤经历相似的患者分享经验，如克服瘢痕挛缩功能障碍的康复过程，增强患者战胜疾病的信心。②创面美容护理：住院期间，根据创面深度分级实施护理。对于浅Ⅱ度、深Ⅱ度创面，遵循湿润愈合理念，入院后清创后遵医嘱选用银离子抗菌敷料覆盖创面以控制感染，根据创面渗出情况每2~3 d更换敷料；待肉芽组织生长良好后，联合生长因子凝胶与复方磺胺嘧啶锌软膏促进上皮化。对于Ⅲ度烧伤创面，重点在于围手术期护理：术前协助完成皮肤准备、营养支持及心理评估，术中配合体位护理与体温保护，术后重点监测皮片/皮瓣血运、观察供皮区愈合情况，预防皮皮下血肿与感染。护士每日动态评估创面愈合状态，重点记录渗出液性质、创面面积及肉芽色泽。出院后延续护理：患者出院时，发放《居家康复指导手册》。嘱患者出院后继续保持创面清洁，每日使用积雪草提取物配合康瑞保复方肝素钠尿囊素凝胶进行瘢痕处按摩，指导患者严格防晒及清淡饮食管理。③康复训练：早期（住院1~7 d，伤后1~7 d），暂不启动主动训练，仅做基础肢体保护，指导患者保持肢体功能位（如手部自然屈曲、下肢伸直），预防关节僵硬，每日由护士协助轻柔活动关节末端（不触碰创面），每次5~10 min，每日2次。中期（住院8~14 d，伤后8~14 d）：创面渗出减

少、肉芽组织生长良好后，启动针对性被动训练：针对手部烧伤，每日3~4次，每次15~20 min，被动屈伸手指关节，动作轻柔，避免牵拉创面，不增加训练强度，重点预防关节粘连。针对下肢烧伤：指导床边坐位训练，每日2次，每次10 min，逐步过渡到床边站立（每次5 min，每日2次），不进行行走训练（避免创面受压、撕裂）。后期（住院15~21 d，伤后15~21 d）：创面基本闭合（闭合率≥90%），逐步增加训练强度，同时启动日常生活能力训练。针对手部烧伤，在被动训练基础上，增加简单主动动作（如抓握棉签、轻握水杯），每次10 min，每日2次。针对下肢烧伤，在床边站立基础上，指导短距离行走（在病房内，每次5~10 min，每日2次），避免长时间行走。针对面部烧伤，指导简单洗漱、小口进食训练，每日2次，动作轻柔，避免牵拉面部创面，帮助恢复基础自理能力。出院后指导患者于出院后1~8周开展，以主动训练为核心，延续住院期康复基础。出院时发放《居家康复训练手册》，附动作示意图，明确频次与注意事项。指导患者执行康复方案：手部每日3次、每次20~30 min，循序渐进进行被动屈伸与主动抓握训练；下肢每日2次、每次30 min，从居家步行逐步过渡至户外行走，配合下蹲等训练改善力量；面部每日2次、每次15 min，进行洗漱、进食及表情训练，预防挛缩。同时指导完成穿衣、如厕等日常生活能力训练。建立微信随访群，每周推送示范视频，家属拍摄视频供护士在线指导；每周电话随访评估并调整方案，每月复诊，确保康复连续性与有效性。④营养支持：为患者制定个性化方案，对于大面积烧伤患者，鼓励每日摄入高蛋白食物，如瘦肉、鱼类、蛋类；高热量食物满足机体高代谢需求；高维生素食物（如新鲜蔬果）增强免疫力，对于无法经口进食或摄入不足的患者，及时给予肠内营养（如鼻饲高蛋白营养液）或肠外营养支持，维持患者营养状态。⑤社会支持：加强与患者家属沟通，每周至少与家属沟通2~3次，详细告知患者病情进展、康复阶段注意事项，指导家属如何在日常生活中给予患者情感支持，如陪伴患者进行康复训练、关注患者情绪变化及时给予安慰；鼓励家属参与患者护理，协助患者进行简单的创面护理操作（在医护指导下），增强患者家庭归属感。两组均连续干预2个月。

1.3 观察指标

1.3.1 创面愈合情况：观察并记录两组患者的创面愈合时间（从患者入院接受首次创面处理起，至创面完全被上皮组织覆盖，且创面干燥、无渗出、无需换药为止的时间）；肉芽组织初现时间及创面感染情况（创面出现红肿、疼痛加剧、有脓性分泌物，且分泌物培养有病原菌生长）。

1.3.2 心理弹性：干预前及干预2个月后，采用简易心理弹性量表（CD-RISC-10）展开评估。该量表含10个条目，采用Likert 5级评分规则，具体为：0分对应“完

全不是这样”；1分对应“很少这样”；2分对应“有时这样”；3分对应“经常这样”；4分对应“几乎总是这样”，量表总分范围为0~40分，得分越高，意味着患者心理弹性越强^[7]。

1.3.3 自我效能感：干预前及干预2个月后，采用自我效能感量表(GSES)进行评估。该量表设有10个条目，运用Likert 4级评分体系，从“完全不正确”到“完全正确”依次对应1~4分，量表总分范围为10~40分，得分越高意味着个体自我效能感越强^[8]。

1.3.4 创伤后成长：干预前及干预2个月后，采用中文版创伤后成长量表(C-PTGI)进行评估。C-PTGI量表设有5个维度，总计21个条目，在上述维度里，人际关系增强维度包含7个项目，新的可能性维度5个项目，个人力量感维度4个项目，精神性改变维度2个项目，对生活的欣赏维度3个项目。量表采用Likert6级评分法，从0分(表示完全没有变化)到5分(表示变化非常显著)，量表总分范围为0~105分，得分越高，表明患者创伤后成长水平越高^[9]。

1.4 统计学分析：运用SPSS 26.0分析数据，计数类型数据以“例(%)”表示，通过 χ^2 检验判断不同组别之间的差异，计量连续性数据以平均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间对比则依靠独立样本t检验，所有差异考察均设定概率 $P<0.05$ 作为判断存在统计学意义差异的阈值。

2 结果

2.1 创面愈合情况：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，创面感染发生率低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者创面愈合情况比较 [$\bar{x}\pm s$, 例(%)]

组别	创面愈合情况比较 [$\bar{x}\pm s$, 例(%)]		
	创面愈合时间/d	肉芽组织初现时间/d	创面感染
观察组 (n=40)	16.32±3.56	7.12±0.86	2 (5.00)
对照组 (n=40)	18.56±3.24	7.68±1.02	8 (20.00)
t/ χ^2 值	2.943	2.655	4.114
P值	0.004	0.010	0.043

2.2 心理弹性及患者自我效能感评分：干预2个月后，两组CD-RISC-10、GSES评分均较干预前升高，且观察组评分高

于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 两组干预前后CD-RISC-10评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	CD-RISC-10评分		GSES评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=40)	25.36±4.18	32.18±3.12*	20.18±3.24	28.12±4.02*
对照组 (n=40)	25.12±4.36	30.05±4.06*	20.32±3.46	23.56±3.56*
t值	0.251	2.631	0.251	3.199
P值	0.802	0.010	0.802	0.002

注：*表示与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

2.3 创伤后成长：干预2个月后，两组C-PTGI各维度评分均较干预前升高，且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表4。

3 讨论

烧伤患者由于身体创伤和心理应激，往往存在心理弹性降低、创伤后成长不足及自我效能感下降等问题，上述问题不仅影响患者的心理健康，还会对创面愈合产生不利影响^[10]。基于最佳证据总结的多维干预策略源于循证医学模式，通过系统检索PubMed等权威医学数据库，严格筛选高质量随机对照试验、系统评价、Meta分析等研究证据，经多学科团队(医护、康复、营养等领域专家)评估证据等级与适用性。随后，结合临床实践经验、患者生理心理特点及个性化需求，整合创面管理、疼痛控制、功能康复、心理疏导、营养支持等多领域干预措施，形成以科学证据为核心，兼顾临床实用性与患者体验的多维干预体系^[11]。

创面愈合不佳易引发感染、瘢痕增生，影响患者外观和肢体功能，致使住院时长延长，加重经济负担^[12]。本研究结果显示，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，创面感染发生率低于对照组，表明基于最佳证据总结的多维干预策略能够有效促进烧伤患者的创面愈合。严雪芹等^[13]总结的烧伤后创面瘙痒患者非药物干预的最佳证据，为临床应用提供循证依据，医护人员可参考临床场景、伤口愈合状态以及患者诉求，合理将证据应用于实际，制订干预方案，认为可减轻患者的瘙痒症状，能提升护理质量，与本研究的思路一致。其原因可能在于循证为全面干预奠定坚实基础，团队检索多领域有效

表4 两组干预前后C-PTGI评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	人际关系增强		新的可能性		个人力量感		精神性改变		对生活的欣赏	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=40)	12.14±2.52	23.78±3.63*	10.98±1.45	16.45±1.58*	10.86±2.42	14.22±1.61*	5.55±0.38	8.89±1.55*	8.79±1.44	13.12±0.59*
对照组 (n=40)	12.09±2.50	21.85±3.51*	10.92±1.43	15.56±1.52*	10.82±2.40	13.18±1.53*	5.50±0.36	7.98±1.48*	8.75±1.42	12.73±0.50*
t值	0.089	2.417	0.186	2.567	0.074	2.961	0.604	2.686	0.125	3.189
P值	0.929	0.018	0.853	0.012	0.941	0.004	0.548	0.009	0.901	0.002

注：*表示与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

证据并整合,为干预提供科学指引;创面护理采用分级管理模式,浅Ⅱ度、深Ⅱ度创面遵循湿润愈合理念,Ⅲ度创面重点做好围手术期护理,规范使用银离子抗菌敷料、生长因子凝胶等,优化创面微环境、预防感染,助力肉芽组织生长;个性化营养支持满足烧伤患者高代谢需求,增强机体抵抗力;康复训练分住院三期(早期保护、中期被动训练、后期主动训练)及出院后延续训练,循序渐进,既避免损伤创面,又能优化局部血液循环,为创面愈合奠定良好基础。

患者若心理弹性差,难以承受创伤应激,易长期陷入负面情绪;若创伤后成长不佳,无法从创伤中获得积极转变,会阻碍身心康复,影响生活质量与回归正常生活的进程^[14]。本研究结果显示,干预后,两组CD-RISC-10评分和C-PTGI各维度评分均较干预前升高,且观察组评分高于对照组,差异有统计学意义,说明基于最佳证据总结的多维干预策略能够提高烧伤患者的心理弹性,促进创伤后成长。查晓慧等^[15]认为严重烧伤患者创伤后应激障碍发生率颇高,实施基于循证构建的心理弹性干预,强化患者心理韧性,可切实提升其心理弹性水平,降低应激障碍发生率,与本研究的结论一致。分析原因为通过建立良好的护患关系,护理人员每日深度交流,耐心倾听患者因烧伤瘢痕产生的自卑心理诉求并给予支持,缓解创伤应激,让患者感受到被关注,逐步恢复自信。采用认知行为疗法及同伴支持小组活动等方式,帮助患者缓解心理压力,调整心态,增强应对疾病的能力。康复训练和社会支持等措施使患者在身体功能逐渐恢复的同时,感受到来自家庭和社会的关爱与支持,从而在认知、情感和人际关系等方面体验到积极的变化。

当患者自我效能感处于较低水平时,其对康复训练与日常护理的配合程度会显著下降,缺乏主动尝试恢复身体功能的意愿,进而导致创面愈合进程延缓,阻碍整体康复进程^[16]。本研究结果显示,干预后,两组GSES评分均较干预前升高,且观察组患者的GSES评分高于对照组,差异有统计学意义。说明基于最佳证据总结的多维干预策略能够增强烧伤患者的自我效能感。可能是依据患者具体烧伤情况制定专属计划,从早期被动活动到逐步增加强度,患者在训练过程中不断实现小目标,每一次进步都强化其对自身能力的认可,进一步提升自我效能。

综上所述,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,提高患者心理弹性、创伤后成长及自我效能感,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1]梁仁芬.可视化教育模式在烧烫伤患者门诊换药的应用效果及影响因素分析[J].川北医学院学报,2024,39(9):1293-1296.
- [2]桑婧榕,栾美君,杨笑.Maslow理论指导下的护理干预对烧伤后瘢痕整形患者术后康复和心理状态的影响[J].中国美容医学,2024,

33(7):164-167.

- [3]许娟娟,刘蓉,许腊梅.精细化护理干预对化学灼伤患者心理状态及治疗效果的影响[J].工业卫生与职业病,2023,49(4):371-373.
- [4]马丽君,李娜,尹钰焯,等.多发性骨髓瘤患者运动干预的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2024,59(11):1324-1331.
- [5]郭慧琦,沈蕴之,蒋红,等.基于最佳证据的危重症患者ICU谵妄三级护理管理[J].护理学杂志,2018,33(18):25-28.
- [6]中华医学会烧伤外科学分会,海峡两岸医药卫生交流协会暨烧伤创面修复专委会.Ⅱ度烧伤创面治疗专家共识(2024版)Ⅱ:手术治疗和感染防治[J].中华烧伤与创面修复杂志,2024,40(2):101-118.
- [7]刘晓华,刘春琴,赵健,等.心理弹性量表简化版在社区居民中的信效度检验[J].中华行为医学与脑科学杂志,2022,31(4):366-371.
- [8]卫伟,何畅,王利军,等.认知行为干预对子宫内窥镜手术患者心理状态、自我效能感及生活质量的影响[J].癌症进展,2024,22(13):1485-1488.
- [9]王红艳,乔晓婷,盛丽.基于扎根理论的心理护理对面面部烧伤患者自我残障接受度及创伤后成长的影响[J].中国美容医学,2023,32(11):167-171.
- [10]Sahin A T, Sahin S Y. Influence of burn specific pain anxiety on pain experienced during wound care in adult outpatients with burns[J]. Burns, 2023,49(6):1335-1343.
- [11]张媛,郭锦丽,刘宏,等.慢性伤口患者创面操作性疼痛管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2024,59(14):1761-1768.
- [12]Lima Júnior E M, de Moraes Filho M O, Costa B A, et al. Nile tilapia fish skin-based wound dressing improves pain and treatment-related costs of superficial partial-thickness burns: A phase III randomized controlled trial[J]. Plast Reconstr Surg, 2021,147(5):1189-1198.
- [13]严雪芹,柏素萍,刘巧艳,等.烧伤后创面瘙痒患者非药物干预的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2024,59(5):610-617.
- [14]Chen F, Fan W, Li Y. Influence of psychological supervision on athletes' compliance, mental elasticity characteristics and acute stress disorder in traumatic fracture rehabilitation training[J]. Iran J Public Health, 2022,51(1):133-141.
- [15]查晓慧,曾秀仁,黄美霞.基于循证构建的心理弹性干预对严重烧伤患者创伤后应激障碍发生的影响[J].中国医药科学,2020,10(7):119-122.
- [16]陈金玲,晁丽华,彭京霞.多维自我效能促进性干预策略对Hp阳性慢性胃溃疡患者遵医行为、自我效能及治疗转归的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(6):1015-1019.

[收稿日期]2025-03-25

本文引用格式:侯丽名,蔡淼,杜婉,等.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[J].中国美容医学,2026,35(5):59-63.