• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.18.037

视频宣教结合一对一互动模式在肺癌术后呼吸功能训练中的应用

丁丽萍¹, 杜惠珍², 张晓微¹, 李丽君^{3△}

(中国人民解放军三〇六医院:1. 胸外科;2. 护理部;3. 内分泌科, 北京 100101)

摘要:目的 分析视频宣教结合一对一互动健康教育模式在肺癌术后呼吸功能训练中的应用效果。方法 选择 2015 年 6—12 月在该科手术治疗的肺癌患者 58 例为对照组;2016 年 1—7 月肺癌手术患者 58 例为试验组。对照组患者进行普通健康宣教模式;试验组在对照组的基础上,采用视频宣教结合一对一互动模式指导患者进行呼吸训练。观察比较两组患者经不同健康宣教后引流管留置时间、肺部并发症发生情况。结果 试验组患者引流管留置时间(3.87±0.67)d 明显优于对照组患者引流管留置时间(6.52±1.52)d, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组的并发症发生率(15.51%)明显低于对照组(44.82%), 差异有统计学意义($\chi^2 = 11.62, P < 0.05$)。结论 视频宣教结合一对一互动模式是一种有效的健康宣教方法,提高了呼吸功能锻炼的精准性,缩短了拔管时间,减少了肺部并发症,加速了患者康复。

关键词:健康教育; 肺癌; 呼吸功能训练**中图分类号:**R473.6**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2018)18-2807-03

原发性支气管肺癌简称肺癌,近半个世纪以来全世界发病率明显增高,据统计,在欧美某些国家和我国部分大城市中肺癌的发病率已位居男性各种恶性肿瘤之首^[1]。手术切除病变组织是目前治疗肺癌的主要方法,但患者术后易发生肺不张、肺部感染等并发症,早期呼吸功能锻炼能有效预防相关并发症^[2]。苏杰等^[3]将多媒体健康教育用于肺癌术后呼吸功能锻炼的患者中,取得较好效果。因此肺癌术后呼吸功能锻炼执行的准确性直接影响着患者的康复。为提高肺癌术后患者呼吸功能锻炼的准确性和减少肺部并发症,本研究将视频宣教结合一对一互动模式应用于肺癌术后患者呼吸功能锻炼中,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利取样,选择 2015 年 6—12 月和 2016 年 1—7 月在本科择期手术治疗的肺癌患者 116 例作为研究对象。采用单盲法,患者不知道具体的健康宣教方法。纳入标准:(1)拟行肺叶切除治疗患者;(2)术前肺功能介于正常与轻度受损之间;(3)无心理方面疾病史;(4)有良好的沟通能力;(5)知情同意参加本研究。排除标准:(1)肿瘤已有远处转移;(2)严重阻塞性肺疾病;(3)严重感染合并其他重要脏器疾病。2015 年 6—12 月收集的 58 例患者为对照组,其中男 43 例,女 15 例;年龄 41~69 岁,中位年龄 55.6 岁;文化程度:小学以下 28 例,初高中 22 例,大专及以上学历 8 例;左肺手术 28 例(左上肺叶切除 13 例,左下肺叶切除 15 例);右肺手术 30 例(右上肺叶切除 12 例,右下肺叶 11 例,中肺叶 7 例)。2016 年 1—7 月收集的 58 例患者为试验组,其中男 45 例,女 13 例;年龄 39~74 岁,平均 56.4 岁;文化程度:小学

以下 26 例,初高中 24 例,大专及以上学历 8 例;左肺手术 30 例(左上肺叶切除 15 例,左下肺叶切除 15 例);右肺手术 28 例(右上肺叶切除 10 例,右下肺叶 9 例,中肺叶 9 例)。两组患者性别、年龄、文化程度、手术部位等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 试验组干预方法

1.2.1 成立健康宣教小组 科室成立护理健康宣教小组,由护士长负责,组员包括 2 名责任组长和 6 名责任护士,聘请科室主任作为健康教育顾问,负责质量把关。护士长对所有参与护士进行呼吸功能锻炼的统一培训,确保每位护士能够正确掌握呼吸锻炼动作要领,做到标准统一;责任护士负责并发症防治手册和呼吸功能锻炼视频的制作。责任组长负责检查记录患者呼吸功能锻炼执行情况,将锻炼过程中发现的问题及时反馈给护士长,护士长每周召开质量分析会进行整改。

1.2.2 制作呼吸功能锻炼视频资料 健康宣教小组成员参考呼吸功能锻炼和肺癌护理相关书籍及文献,制作呼吸功能锻炼视频。视频由 4 位责任护士负责,1 名护士演示呼吸功能锻炼方法,1 名护士作语音说明,另外两名负责录像剪辑。整套视频按照循序渐进的方法分为 4 个步骤:(1)腹式呼吸,患者取卧位,两膝半屈,全身放松,双手分别放于前胸部和上腹部,用鼻缓慢吸气时,膈肌下降松弛,尽力将腹部缓慢鼓起,腹部的手有被上抬的感觉,胸部的手原位不动;憋气 3~5 s;呼气时,腹肌收缩,缓缓呼气,腹部手感下降;呼气末手稍用力压腹部使腹部内陷,将残余气体全部呼出。呼吸频率 $< 7 \sim 8$ 次/min,2 次/天,15 分钟/次^[4]。(2)缩唇呼吸,可产生呼气末正压,防止细支气管在呼气后过早塌陷,减少肺泡内残气量,有利于萎

△ 通信作者, E-mail:lijun245316@sina.com。

陷的肺组织在术后早期复张^[4-6]。患者取端坐位,双手扶膝,经鼻吸气,屏气 1~2 s,舌尖放在下颌牙齿内底部,舌体略弓起靠近上颌硬腭、软腭交界处。呼气时,将口唇缩成吹口哨状,使气体徐徐地通过,持续 4~6 s。吸呼之比为 1:2~1:3,呼出的气流能使距唇 15~20 cm 的蜡烛火苗倒向对侧不熄灭为宜,2 次/天,15 分钟/次。(3)有效咳嗽,减少支气管内因痰液阻塞造成的肺不张和感染^[4]。有效咳嗽分为 3 种方法:爆发性咳嗽、分段咳嗽、发声性咳嗽。以上 3 种咳嗽方式在手术当日去枕平卧 6 h 完全清醒后取半坐卧位,用枕头压紧伤口,训练 5 次,以后每天训练 3 次,3~5 分钟/次。(4)呼吸操,术后第 2 天下床活动,进行呼吸操锻炼,以缩唇呼吸配合肢体运动,本操共 6 节^[7]。

1.2.3 制作肺癌并发症防治手册 健康宣教小组另外两名成员负责收集整理肺癌相关并发症的防治并制作成手册。相关内容由科主任及高职称医师共同审核。手册介绍手术前后注意事项和术后常见的肺部并发症。如呼吸功能训练的注意事项,肺癌的分期及临床表现以及肺不张的危害等。

1.2.4 一对一互动模式的实施 责任护士按照防治手册依次介绍肺癌的临床表现及治疗原则、术后可能出现的并发症,呼吸功锻炼的目的、意义以及如何如何进行呼吸功能锻炼。与患者一起观看呼吸功能锻炼视频,一对一指导患者各种呼吸功能锻炼的方法。具体分为以下几个步骤:(1)评估患者是否掌握呼吸功能锻炼的各项内容。请患者复述视频宣教内容、呼吸功能锻炼的步骤。可以这样询问患者“您能讲述一下为什么要进行呼吸功能锻炼吗?”“您跟视频学会什么呼吸功能锻炼的动作了?”“每天如何进行锻炼?”评估患者对呼吸功能锻炼重要性的理解,呼吸功能锻炼的动作是否准确,完成次数和时间是否符合标准。(2)把重心放在患者未掌握的部分。患者回答正确及动作标准时给予支持和鼓励。当患者回答不正确或动作有偏差时,护士应当及时给予纠正“可能这个动作您还没有掌握,让我们再看一次视频。”“这个问题可能我没有给您讲清楚,咱们在一起回顾一下吧。”护士应一对一、手把手教患者进行准确的训练。(3)再次评估患者是否理解和掌握。请患者重新回答或演示先前没有掌握的问题或动作,判断患者是否彻底理解及掌握,确保健康宣教的效果。

1.3 对照组干预方法 患者入院后,责任护士进行手术前呼吸功能锻炼的口头宣教,包括呼吸功能锻炼的目的、意义,如何进行呼吸功能训练、日常生活中的注意事项以及可能出现的肺部并发症。现场逐个演示呼吸功能锻炼的 4 个步骤,告知呼吸锻炼的频次及时间。

1.4 效果评价 (1)患者呼吸功能锻炼执行准确性的评价,包括:口述和动作要领两部分。口述部分评估患者对呼吸功能锻炼重要性的认识、呼吸功能锻炼

的注意事项、持续的时间及频次,每条占 10 分,总分 30 分。后者评估呼吸功能锻炼 4 个步骤动作要领是否准确掌握,第 1、2 个各占 10 分,第 3 个占 30 分,第 4 个占 20 分,总分 70 分,两部分总计 100 分。术后第 1 天由责任组长评价患者呼吸功能锻炼的准确性,执行两部分内容总分的 30% 以下为差,执行总分的 30%~50% 为欠佳,执行总分的 51%~70% 为一般,执行总分的 71% 以上为佳。(2)观察患者在院期间肺部并发症发生的情况。

1.5 统计学处理 采用 Excel2007 数据录入整理,采用 SPSS20.0 软件进行统计学处理。计数资料采用频数描述;等级资料采用非参数检验中 Mann-Whitney U 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

试验组采用视频宣教结合一对一互动模式进行健康宣教,比较两组执行呼吸功能锻炼的准确性,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组住院期间发生肺炎 6 例、肺不张 3 例,胸腔闭式引流管留置时间(3.87 ± 0.67)d,观察组住院期间发生肺炎 15 例、肺不张 11 例,胸腔闭式引流管留置时间(6.52 ± 1.52)d,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

视频宣教结合一对一互动模式提高了患者呼吸功能训练的精准性,减少了肺部并发症。肺癌患者行肺叶切除术后因肺部本身病变、手术和气管插管的刺激使呼吸道分泌物增多,而呼吸道炎症、分泌物黏稠或大量分泌物超过黏膜-纤毛系统负荷时使呼吸道正常清除分泌物机制受损,同时患者因手术创伤会引起肺组织炎症渗出、肺表面活性物质减少、肺顺应性下降、小支气管内膜水肿、管腔变窄、间质水肿,使肺通气和换气功能下降,呼吸功能受到不同程度的影响^[8]。加之开胸手术创伤及麻醉药物影响,手术后伤口疼痛、咳嗽能力减弱、体质下降等影响易造成术后肺部感染、肺不张等并发症^[9]。早期呼吸功能锻炼是最有效、最经济的预防方法。本研究显示,试验组呼吸功能锻炼精准性高于观察组($P < 0.05$),分析原因可能与试验组给予患者经过培训的护士演示的呼吸功能锻炼的视频和肺癌并发症防治手册,采用视频宣教与护士现场模拟演示比较,视频画面呼吸功能锻炼动作标准统一且更加直观形象,不受护士个人水平及能力影响。有确切研究表明:传统的健康教育模式是一种单纯灌输式单向信息传递模式,患者接受健康教育后,40%~80% 的信息被直接遗忘,接近 50% 的信息理解有误。一对一互动模式是一种双向信息传递模式,健康教育后进一步评估患者对信息的理解和掌握程度,通过适度的提问使患者用自己的语言或动作反馈,以评价健康教育的效果。本研究在视频宣教的基础上结合一对一互动模式,使呼吸功能锻炼执行准确性 71% 以上的患者由原来的 8 例升至 31 例;本科

肺癌患者年龄偏大,文化程度偏低,采用直接形象、通俗易懂的视频宣教结合一对一互动模式,患者更易于接受和掌握。在护士不断提问、患者反馈、护士解释纠正的互动中,能够帮助患者掌握正确的呼吸功能锻炼的方法。

视频宣教结合回馈法作为一种健康教育手段已被广泛应用于健康教育领域,能够提高患者的自我管理能力和本研究显示,拍摄质量高、科学、合理的视频对健康教育有着事半功倍的效果,在应用一对一互动模式时应注意以下几点:(1)与患者交流时态度应当亲切和蔼,严禁使用傲慢无礼、生冷的语言,使患者产生不悦的心理感受,影响健康教育的效果。(2)在训练过程中,患者演示的动作出现偏差时,不能取笑患者,责任护士应当从自身的角度寻找问题的根源,保护患者的自尊心和学习的积极性,以便患者能更好地投入到以后的学习中。(3)训练过程应循序渐进的原则,不可操之过急,尤其是面对健康素养低的老年患者,应充满爱心、耐心和细心地指导患者掌握正确的呼吸功能锻炼的方法,促进患者早日康复。

参考文献

[1] 王雪文. 外科护理学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2018. 18. 038

2012:409.
 [2] 蔡海娜. 术前呼吸功能锻炼对老年全肺切除术患者肺功能的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(2): 26-27.
 [3] 苏洁, 徐宝玲, 杨秀玲, 等. 影响心脏外科患者疾病知识宣教效果的因素及护理对策[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(3): 63-65.
 [4] 褚秀美, 祝凯, 魏丽丽. 胸外科临床护理手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 88-89.
 [5] 古彩英. 呼吸锻炼对慢性阻塞性肺疾病病人肺功能和生存质量影响[J]. 护理学杂志, 2005, 20(3): 7-9.
 [6] 林世红. 中国康复理论与实践[J]. 医用生物力学, 2001, 16(1): 43.
 [7] 顾美华, 张洪波, 倪蓉, 等. 呼吸功能训练对胸腔镜下肺叶切除术患者肺功能康复的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2015, 12(4): 25-27, 28.
 [8] FARRIS C. The teach back method[J]. Home Healthc Now, 2015, 33(6): 344-345.
 [9] 黄丽, 王晓霞, 张娟. 回馈教学对食管癌开胸手术患者呼吸功能锻炼依从性的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1): 26-28.

(收稿日期:2018-02-10 修回日期:2018-04-26)

伤椎后 1/3 切除重建在椎体爆裂骨折患者中的应用效果

刘建, 何苗

(重庆市急救医疗中心骨科 400014)

摘要:目的 探究胸腰椎爆裂性骨折患者应用伤椎后 1/3 切除重建和后路椎体次全切除减压重建治疗效果。方法 选取 2012 年 11 月至 2016 年 11 月于该院接受治疗的胸腰椎爆裂性骨折患者 84 例,按随机数表法将患者分为对照组和观察组,每组各 42 例。对照组患者接受后路椎体次全切除减压重建,观察组患者接受伤椎后 1/3 切除重建。检测并比较两组患者的术中出血量、手术时间和内固定失败率,在术前、术后和最后 1 次随访检查两组患者的 Cobb 角及矫正度丢失并进行比较,对两组患者的植骨量和骨性融合程度进行比较;检测两组患者治疗前后 Frankel 分级情况。**结果** 对照组患者术中出血量、手术时间和内固定失败率分别为 (815.27±142.74)mL、(146.8±21.7)min 和 7 例(16.7%);观察组患者分别为 (693.49±131.68)mL、(118.5±17.6)min 和 1 例(2.3%)。对照组患者术前、术后 Cobb 角、最后 1 次随访 Cobb 角及矫正度丢失与观察组患者比较,差异无统计学意义(P>0.05)。对照组患者植骨量为 (27.9±7.9)cm³,骨性融合程度:坚强融合 32 例(76.2%)、可能融合 10 例(23.8%)和不融合 0 例,骨性融合率 76.2%。观察组患者植骨量为 (11.3±2.7)cm³,骨性融合程度:坚强融合 41 例(97.6%)、可能融合 1 例(2.4%)和不融合 0 例,骨性融合率 97.6%。两组患者植骨量和骨性融合程度比较,差异有统计学意义(P<0.05)。治疗后两组患者 Frankel 分级情况比较,差异无统计学意义(P>0.05)。**结论** 伤椎后 1/3 切除重建能够在传统治疗方法的基础上有效提高手术效果,患者骨性融合程度更好。

关键词:伤椎后 1/3 切除重建; 胸腰椎; 爆裂性骨折; 疗效

中图法分类号:R683.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)18-2809-04

胸与腰椎位于人体中部,是由多个运动节段组成的脊柱,也是机体的中枢支柱,胸腰椎位于活动交界处,绝大部分运动都会用到胸腰椎,因此是较易产生

损伤的部位,当胸腰椎遭受过度的运动或外力时即可引起损伤^[1-2]。胸腰椎骨折是指由于外力造成胸腰椎骨质连续性的破坏,按照 Denis 三柱概念,爆裂骨折已