系统化健康教育模式在超声引导下囊肿介入治疗患者的应用研究

田付丽[1,2],杨 斌[1],孟庆欣[1],黄鹏飞[1],范杰梅[3] (1. 南京军区南京总医院超声诊断科,江苏 南京 210002;2. 南京大学医学院,江苏 南京 210093;3. 南京军区南京总医院神经外科,江苏 南京 210002)

[摘 要] **目的** 探讨系统化健康教育模式在超声引导下囊肿介入治疗患者中的作用。**方法** 选择在我科行超声引导下囊肿介入治疗的患者 181 例,随机分为观察组和对照组,观察组采用系统化健康教育模式,对照组采用常规健康教育方法。**结果** 2 组患者在超声引导下囊肿介入治疗后 30 min 疼痛评分、在健康教育前、介入治疗后对超声引导下囊肿介入治疗相关知识的了解程度、对超声引导下囊肿介入治疗的配合程度比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 运用系统化健康教育模式,可以有效减轻超声引导下囊肿介入治疗患者的疼痛,使其对自身疾病有充分的认识及了解,主动接受治疗与护理,提高患者的配合程度,并可以提高医护人员工作质量和素质。

[关键词] 系统化;健康教育;囊肿;介入治疗

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2016)02-0119-03

Application of systematic health education in ultrasound guided interventional therapy for patients with cysts

TIAN Fu-li[1,2], YANG Bin[1], MENG Qing-xin[1], HUANG Peng-fei[1], FAN Jie-mei[3] (1. Department of Ultrasound, Nanjing General Hospital of Nanjing Military Area Command, Nanjing Jiangsu 210002, China; 2. Nanjing University Medical School, Nanjing Jiangsu 210093, China; 3. Nanjing General Hospital of Nanjing Military Area Command, Nanjing Jiangsu 210002, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of systematic health education on the ultrasound guided interventional therapy for patients with cysts. **Methods** Totally 181 patients with cysts who received the ultrasound guided interventional therapy in our hospital, were randomly divided into observation group and control group. The patients in the observation group received systematic health education, while patients in control group received convention health education. **Results** The differences of pain score between two groups were statistical

doi:10.11659/jjssx.11E014054

[收稿日期] 2015-07-28 [修回日期] 2015-08-23

[5] Alshahrani F, Aljohani N. Vitamin D: deficiency, sufficiency and toxicity[J]. Nutrients, 2013, 5(9): 3605 – 3616.

[6] von Mach MA, Stoeckli R, Bilz S, et al. Changes in bone mineral content after surgical treatment of morbid obesity[J]. Metabolism, 2004, 53(7): 918 – 921.

[7] Yu EW, Bouxsein ML, Roy AE, et al. Bone loss after bariatric surgery: discordant results between DXA and QCT bone density[J]. J Bone Miner Res, 2014, 29(3): 542 – 550.

[8] Lanzarini E, Nogues X, Goday A, et al. High-Dose Vitamin D Supplementation is Necessary After Bariatric Surgery: A Prospective 2-Year Follow-up Study[J]. Obes Surg, 2015, 25(9): 1633 – 1638.

[9] Lee P. PTH-vitamin D-glycemia interactions reloaded[J]. Diabetes, 2014, 63(11): 3593 – 3595.

[10] Olmos JM, Hernandez JL, Garcia-Velasco P, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D, parathyroid hormone, calcium intake, and bone mineral density in Spanish adults[J]. Osteoporos Int, 2015, Epub.

[11] Carrasco F, Basfi-Fer K, Rojas P, et al. Changes in bone mineral density after sleeve gastrectomy or gastric bypass: relationships with variations in vitamin D, ghrelin, and adiponectin levels[J]. Obes Surg, 2014, 24(6): 877 – 884.

[12] Moore CE, Sherman V. Vitamin D supplementation efficacy: sleeve gastrectomy versus gastric bypass surgery[J]. Obes Surg, 2014, 24(12): 2055 – 2060.

[13] Carlin AM, Rao DS, Yager KM, et al. Treatment of vitamin D depletion after Roux-en-Y gastric bypass: a randomized prospective clinical trial[J]. Surg Obes Relat Dis, 2009, 5(4): 444 – 449.

[14] Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery[J]. Obesity (Silver Spring), 2013, 21(Suppl 1): 1 – 27.

[15] Flores L, Osaba MJ, Andreu A, et al. Calcium and vitamin D supplementation after gastric bypass should be individualized to improve or avoid hyperparathyroidism[J]. Obes Surg, 2010, 20(6): 738 – 743.

[16] Sinha N, Shieh A, Stein EM, et al. Increased PTH and 1.25(OH)(2) D levels associated with increased markers of bone turnover following bariatric surgery[J]. Obesity (Silver Spring), 2011, 19(12): 2388 – 2393.

[17] Elias E, Casselbrant A, Werling M, et al. Bone mineral density and expression of vitamin D receptor-dependent calcium uptake mechanisms in the proximal small intestine after bariatric surgery[J]. Br J Surg, 2014, 101(12): 1566 – 1575.

[18] Vieth R. Vitamin D supplementation, 25-hydroxyvitamin D concentrations, and safety[J]. Am J Clin Nutr, 1999, 69(5): 842 – 856.

(编辑:周小林)

significance($P<0.05$). By health education, the patients in the observation group had a deeper knowledge of the operation and became more cooperative($P<0.05$). **Conclusion** Systematic health education could alleviate the pain and improve the psychological indisposition reactions of patients, and enhance therapeutic compliance of patients with ultrasound guided interventional therapy. In the meantime, systematic health education could improve the quality of work and enhance the diathesis of paramedic.

Keywords: systematic; health education; cysts; interventional therapy

超声引导下囊肿介入治疗以实时监测、定位准确、安全可靠及创伤小、经济实效等优势为广大患者和医护工作者所接受。但是如何使患者对自身的疾病、超声引导下囊肿介入治疗过程有所了解和认识,消除紧张与顾虑,保持良好的生理、心理状态,配合介入治疗,减轻疼痛,减少并发症等是护理工作者需要思考的问题。2013 年 9 月我科开始应用系统化健康教育模式对超声引导囊肿介入治疗的患者进行全面、系统的健康教育。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2013 年 9 月至 2014 年 8 月在我科行超声引导囊肿介入治疗的患者为研究对象。入选标准:①在超声引导下行单纯囊肿介入治疗的患者;②知情同意,自愿全程配合参与本研究;③能进行口头与书面交流。符合条件患者共 181 例,住院患者 24 例、门诊患者 157 例。其中男 52 例,女 129 例;年龄 20 ~ 84 岁,平均(48.25 ± 7.67)岁。其中肝囊肿 58 例,肾囊肿76 例,卵巢囊肿 44 例,盆腔囊肿 2 例,脾脏囊肿 1 例。所有患者均选择无水酒精硬化治疗。按随机数字表法分为观察组($n=91$)和对照组($n=90$),2 组性别、年龄、病情、文化程度比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规的健康教育方法,以口头宣教为主,利用超声引导下囊肿介入治疗的标准健康教育进行。观察组采用系统化健康教育模式。介入治疗前 1 d患者按预约时间至超声科健康教育室,由护士进行一对一或一对多的健康教育,内容为:①介入治疗前解读超声引导下囊肿介入治疗健康教育知识、观看超声引导下囊肿介入治疗过程视频及实地参观,将患者带入介入治疗房间,介绍医生、彩超机器、术中体位,进行简单过程模拟。增强健康信念,加强患者的理性认识。②介入治疗时随时询问患者的感受,指导患者配合介入治疗,例如怎么屏气,怎么深呼吸等。③介入治疗后指导患者如何预防并发症,知术后常规注意事项。最后以提问的形式将术中的配合要点、缓解疼痛和焦虑的方法、术后如何预防并发症等重要知识点强化。

1.3 评价指标

1.3.1 疼痛评分 术后 30 min 进行疼痛评分,采用疼痛数字分级法(NRS)和 WONG-BAKER 面部表情量表[1]评估患者的疼痛程度。0 分为无痛,1 ~ 3 分为轻度疼痛,4 ~ 6 分为中度疼痛,7 ~ 9 分为重度疼痛,10 分为剧痛。

1.3.2 对相关知识的了解程度 2 组患者均在健康教育前及介入治疗后采用自行设计的调查问卷评估患者对健康教育知识的了解程度。包括对超声引导下囊肿介入治疗的认识、介入治疗前后的注意事项,介入治疗过程中的配合、缓解疼痛的方法、并发症预防措施等 20 题,每题 5 分,总分 100 分,80 ~ 100 分为优,60 ~ 79 分为良,小于 60 分为差。

1.3.3 患者的配合程度 主要内容:①配合程度优,能正确配合医师治疗,完全配合术中各项的护理措施,对术中出现的反应能积极应对;②配合程度良,不能完全配合医师治疗,不能完全配合术中各项护理措施,对术中出现的反应不能完全应对;③配合程度差,完全不能配合医师治疗,完全不能配合术中的各项护理措施,对术中出现的反应完全不能应对。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 16.0 统计软件,计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以率的形式表示;采用 t 检验或方差分析。$P<0.05$ 为差异具有统计学意义,$P<0.01$为差异有极显著性统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者疼痛评分情况

介入治疗后的 30 min 后观察组 NRS 评分为(1.74 ± 1.03)分,对照组为(4.11 ± 1.14)分,观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 2 组患者对相关知识了解程度

健康教育前,2 组患者对超声引导下囊肿介入治疗相关知识了解程度,无统计学差异($P>0.05$);介入治疗结束后,2 组患者对超声引导下囊肿介入治疗相关知识了解程度,观察组高于对照组,差异有极显著性统计学意义($P<0.01$),见表 1。

2.3 2 组患者配合程度

2 组患者对超声引导下囊肿介入治疗的配合程度,观察组优于对照组,差异有极显著性统计学意义($P<0.01$),见表 2。

表 1 2 组患者在健康教育前、介入治疗后对相关知识的了解程度[例(%)]

组别	n	健康教育前			介入治疗后		
		优	良	差	优	良	差
观察组	91	32(35.2)	36(39.6)	23(25.3)	77(84.6)	12(13.2)	2(2.2)
对照组	90	28(31.1)	35(38.9)	27(30.0)	54(60.0)	26(28.9)	10(11.1)
Z			0.754			3.781	
P			0.451			0.000	

表 2 2 组患者配合程度比较[例(%)]

组别	n	优	良	差
观察组	91	80(87.9)	9(9.9)	2(2.2)
对照组	90	58(64.4)	24(26.7)	8(8.9)
Z			3.721	
P			0.000	

3 讨论

超声引导下囊肿介入治疗过程中因穿刺、固定或治疗过程中的肢体摆放、翻身等均可不同程度引发患者的疼痛。同时,无水酒精对囊壁强烈的烧灼作用,致使患者在治疗过程或拔针时疼痛较剧烈,出现心悸、出汗、面色苍白等症状。且无水酒精治疗时需要多次冲洗,治疗过程中常见醉酒样反应、发热、疼痛难忍等不良反应[2]。疼痛是一种伤害性刺激,可导致机体血压升高、血氧饱和度下降、焦虑等一系列不良反应[3]。而健康教育是改善疼痛护理质量的一个重要措施[4],是有效疼痛管理的基础[5]。我们依据系统化健康教育模式给予患者合理的疼痛健康教育知识,有利于患者正确地认识疼痛并促进患者采用积极的应对方式,主动参与到疼痛控制中来。研究证实,系统化术前疼痛教育可以改变患者对疼痛控制的认识和态度[6]。常规的健康教育缺乏个体性,内容缺乏针对性。2 组患者在介入治疗后疼痛评分有显著性差异,说明运用系统化健康教育对超声引导下囊肿介入治疗的患者实施健康教育可以有效缓解患者疼痛,减轻不适。

囊肿是一种良性疾病,当囊肿逐渐增大时,会压迫正常组织,患者会出现一系列不适症状,因此需要治疗,而超声介入治疗囊肿弥补了传统开刀切囊肿的缺点。由于超声介入技术是一门新发展起来的利用超声显像进行临床诊断和治疗的新技术,很多患者缺乏这方面的知识,对治疗的方法、效果、注意事项都不甚了解[7]。作为护理人员,给予患者系统化健康教育,包括囊肿知识讲解、治疗过程视频播放、介入治疗成功病例介绍及实地参观治疗场地、仪器等让患者了解此项技术的起源、发展、现状,可以使其对自身疾病有充分的认识及了解,对介入治疗充满信心,消除紧张和恐惧心理,主动接受有效治疗与护理。系统化健康教育模式包括多种健康教育方法,患者可以根据自身特点选择易于接受的方法,激起患者对健康知识的求知欲,强化患者及家属对健康知识的遵守性,调整认知。有学者指出健康教育营造了一个充满人情味,有利于患者身心康复的医疗环境,有利于增加手术患者的认知程度,短时间内改善心态,减轻患者术前焦虑,增加手术配合度[8]。本组资料显示,2 组患者在健康教育前,对超声引导下囊肿介入治疗相关知识了解程度无统计学差异,而在介入治疗后,2 组患者的知识了解情况呈现了显著差异,而且在介入治疗的过程中观察组患者的配合程度明显高于对照组。

系统化健康教育模式是有目的、有步骤、有计划地连续进行的一种健康教育方法,可以有效促进护患沟通,达到教与学的互动。通过护士讲解、视频观看、过程模拟等方法使患者获得简单的医学知识和有效的信息指导,降低患者生理和心理的应激反应,稳定患者的心理紧张状态。同时对医护人员提出了更高的要求,激发医护人员的学习热情,因为健康教育不仅需要专业知识,还需要管理学、心理学等边缘学科的知识,也要具备良好的表达能力与沟通技巧[9]。运用系统化健康教育模式客观地提高了工作质量与医护人员的素质,满足了责任制护理工作的需要。

[参考文献]

[1] 王 艳,邓胜平. 病人疼痛评估及其护理对策[J]. 护理学杂志,2004,19(15):78 - 80.

[2] 余松远. 2 种硬化剂在单纯性肝肾囊肿硬化治疗中的对比研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志,2011,9(3):233 - 235.

[3] 张春玲,孙胜男,张春燕. 创伤骨科以护士为主导的疼痛管理模式研究[J]. 护理学杂志,2012,27(2):25 - 27.

[4] 王 彤. 外科手术后病人疼痛情况调查及护理干预[J]. 继续医学教育,2004,18(6):57 - 58.

[5] Hader CF, Guy J. Your hand in pain management[J]. Nursing Management, 2004, 35(11): 21 - 27.

[6] Lin LY, Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention[J]. J Adv Nurs, 2005, 51(3): 252 - 260.

[7] 王金凤,张义彬,孙 伟,等. 超声介入治疗病人的护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(23):3304 - 3305.

[8] 甘 英. 健康教育对择期手术患者手术配合度及术前焦虑的影响[J]. 贵阳中医学院学报,2013,35(3):221 - 222.

[9] 苏丽霞,杨圣俊,李英棉,等. 系统化健康教育对高职血症患者治疗依从性的影响[J]. 护理实践与研究,2013,10(5):143 - 145.

(编辑:周小林)