

群及时的信息推送,可减少此类情况的发生,提高患者自我导管护理的实际能力及患者对发生意外风险的警觉性,也加强了患者对导管维护的重视度。

3.2 利用微信群实施延续性护理有利于降低患者 PICC 导管并发症的发生率 国内外研究发现,肿瘤患者 PICC 导管相关并发症总发生率为 30% ~ 40% [6]。院外延续护理可减少 PICC 置管患者 PICC 留置期间的安全隐患,降低导管相关并发症的发生率 [7]。本研究表明,通过微信群实施延续护理,降低了 PICC 置管后并发症的发生 ($P < 0.05$),通过微信群中推送的疾病相关知识,帮助缓解医疗资源的紧张,同时能更有效地指导患者进行正确的院外自我维护,提高了患者的生活质量,节约了社会和家庭人力资源。

3.3 利用微信群实施延续性护理有利于提高 PICC 置管患者的满意度 采用微信群作为沟通工具,对患者实施健康教育,通过护患之间的交流互动,增强了护患之间的互动性;对于出现的问题及时得到解决,患者会感到自己处于舒适、安全的环境中,改善了其负面心理;同时提高了专业护士的责任心、主动服务的意识和解决实际问题的能力,有利于其提供高质量、高效的护理服务,从而有效提升患者的满意度。

4 小结

通过微信群进行 PICC 置管患者的延续护理,能有效突破时间、地域和经济等方面的限制,为更多的患者提供便捷、有效的护理,减少了 PICC 置管院外不安全因素,降低了 PICC 置管并发症的发生,并充分发挥了患者自我护理的积极性,可为临床推广应用。

参考文献:

[1] Di Giacomo M. Comparison of three peripherally-inserted central catheters: pilot study [J]. Br J Nurs, 2009, 18(1): 8-16.

[2] 彭军, 谭静, 任道琼, 等. 区域维护模式在留置 PICC 患者中的应用 [J]. 中国护理管理, 2013, 13(12): 71-73.

[3] 张慧萍. 基于微信平台的高校图书馆信息服务研究 [J]. 农业图书情报学刊, 2014, 26(8): 15-17.

[4] 刘春丽, 颜美琼, 陆葳琦. 肿瘤患者 PICC 自我管理力量表的构建及测评 [J]. 护理学杂志, 2012, 27(23): 1-4.

[5] 唐莉. 微信教育对造口术后病人自我效能的影响 [J]. 全科护理, 2014, 12(3): 272-273.

[6] 胡君娥, 吕万丽, 陈道菊, 等. PICC 置管后并发症的原因分析及处理对策 [J]. 护士进修杂志, 2007, 22(6): 554-555.

[7] 李蓉梅, 袁玲, 吴玲, 等. PICC 患者置管期间的管理与效果 [J]. 护理管理杂志, 2012, 12(6): 436-437.

(本文编辑: 龚礼敏)

远端取穴埋针对预防子宫肌瘤腹腔镜术后腹胀的效果

向清华, 杨海江, 张瑶瑶
(广东省东莞康华医院, 广东 东莞 523070)

关键词: 皮内针; 穴位埋针; 子宫肌瘤; 揸针; 腹胀

中图分类号: R248 文献标识码: A 文章编号: 1009-8399(2018)12-0064-04

腹腔镜手术因切口小、恢复快等优点被广泛应用于妇科手术。腹胀是腹腔镜术后常见的并发症 [1], 发生率为 81% ~ 92% [2]。中医理论认为, 术后腹胀属于机体气血虚损、腑气不通致脾胃气机紊乱, 气滞中焦而致 [3]。西医认为术后腹胀的主要原因为腹腔镜手术前肠道准备使消化液量减少、术中 CO₂ 气腹造成胃肠道静脉高碳酸血症、术后疼痛呻吟咽下大量气体有关, 而药物麻醉、术中肠系膜损伤、腹腔内炎症刺激均可引起

腹胀、恶心、呕吐等不适 [4]。腹胀严重时可使腹内压升高、下腔静脉回流受阻, 诱发下肢深静脉血栓形成 [5]。手术后迅速恢复肠蠕动是预防术后并发症的关键措施 [6]。本研究使用埋藏揸针于膻穴皮内或皮下, 以探讨穴位埋针法在预防术后腹胀中的效果。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 于 2016 年 10 月—2017 年 5 月, 选取广东省东莞康华医院行妇科腹腔镜手术的患者 100 例。样本量参照 α 取值 0.025 (单侧), β 取 0.2, 有效率为 70%, 计算得出样本量为 94, 考虑研究样本脱落情况

收稿日期: 2017-09-11

作者简介: 向清华 (1972—), 女, 主管护师, 本科, 主要从事妇产科护理工作。

基金项目: 广东省东莞市社会科技发展一般项目 (20175071059041)。

等,最终确定样本量为 100。纳入标准:年龄 17~70 岁;符合腹腔镜下子宫部位手术指征,并常规完成全麻下二氧化碳气腹腔镜手术者;同意接受揸针穴位埋针,并签署知情同意书;送患者入手术室前听诊肠鸣音 4~5 次/min,术前大便 1~2 次/d,无腹胀。排除标准:进针部位有明显炎症、湿疹、破溃等情况;严重心脏病患者;无法配合治疗者;中转开腹手术者;手术后 48 h 出现腹胀者;腹腔镜下 IV 手术;术后留置一次性微电脑镇痛泵或使用其他方式镇痛者。剔除和脱落标准:病例入选后未能按研究方案完成预期治疗,治疗中途放弃;疗效模糊无法判定护理效果及资料不全,如治疗记录不完整、排气及大便时间不确定、治疗过程中同时采用了其他治疗方法。采用随机化分配法分为观察组、对照组各 50 例,由临床研究人员通过 SAS 软件得出随机数字,并制成随机分配卡片,加信封密封,信封序号与卡片序号相同,合格病例进入研究时,按其进入的先后次序,拆开号码相同的信封,按信封内卡片规定的分组进行治疗。对照组中子宫肌瘤 21 例、子宫多发肌瘤 13 例、子宫平滑肌瘤 12 例、子宫浆膜下肌瘤 2 例、巨大子宫肌瘤 2 例,平均年龄(35.8±14.5)岁,平均体质量(53.8±7.67)kg,病程(9.37±1.9)月,手术时间(35.7±12.5)min。观察组中子宫肌瘤 22 例、子宫多发肌瘤 15 例、子宫平滑肌瘤 11 例、子宫浆膜下肌瘤 1 例、巨大子宫肌瘤 1 例,平均年龄(34.57±13.32)岁,平均体质量(55.5±6.81)kg,病程(8.86±3.3)月,手术时间(30.5±14.6)min。两组患者疾病种类、年龄、体质量、病程、手术时间等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组予以腹腔镜手术后常规护理,包括术后心电监护 6 h;低流量吸氧 2 h;禁食 6 h 后进食流质饮食,通气后进食软食,排便后进食普食;肛门排气前禁食牛奶、豆浆等产气食物;留置尿管 6 h;鼓励患者早期床上运动,术后 6 h 下床活动。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加揸针穴位埋针,患者术毕回病房后立即进行揸针穴位埋针。①取穴:足三里(在小腿前外侧,外膝眼下 3 寸,距胫骨前缘一横指)、上巨虚(在小腿前外侧,当犊鼻穴下 6 寸,距胫骨前缘一横指)、下巨虚(在小腿前外侧,当犊鼻下 9 寸,距胫骨前缘一横指);②操作方法:患者取仰卧位,在选定穴位处用 0.5% 的安尔碘消毒针刺部位皮肤后待干,核对揸针型号及有效期(揸针选用日本清铃株式会社生产的清铃揸针,直径为 0.2 mm×1.5 mm 的单片胶布型产品,国械注进 2016227159),撕开外包装,

拆下密封纸,将塑料容器向后屈折,用拇指及食指夹紧一半剥离纸和胶布,将其一并从另一半剥离纸分开,从塑料容器中取出。带着剥离纸刺入已经消毒的穴位皮肤上,按压胶布使其与皮肤紧密贴好,除去另外一半剥离纸。留针期间每隔 4 小时按压揸针 5~6 次。患者 48 h 内自解大便后立即取出揸针;48 h 内未自解大便者,在埋针 48 h 后及时取出。取出揸针后消毒局部皮肤,再用干棉签按压针孔片刻。

1.2.3 评价指标 两组患者统一在手术 6 h 后,由责任护士每 2 小时听诊并记录肠鸣音 1 次,在每次听诊肠鸣音后询问患者肛门排气、排便情况并记录,同时询问患者有无腹胀、恶心、呕吐等伴随症状及其程度。①肠鸣音恢复时间为术后 6 h 至患者肠鸣音恢复 4~5 次/min 所用的时间^[9];②术后排气时间为手术结束至首次排气的的时间,术后排便时间为手术结束至首次排便的时间^[10];③评估术后 6 h 至患者自解大便时间段内腹胀症状出现的时间及程度^[8],其中无腹胀为胃脘部及腹部无不适感觉(0 分),轻度腹胀为患者自述胃部及腹部轻度胀气、没有明显阳性腹部体征(1 分),中度腹胀为患者自述腹胀、明显不适、腹围增大、腹部隆起(2 分),重度腹胀为患者诉腹胀不能忍受、伴有呕吐、腹部明显膨隆(3 分);④伴随症状包括暖气、肠鸣、排气增多、腹痛等,其中 0 分为无症状,1 分为伴随 1 项症状,2 分为伴随 2 项症状,3 分为伴随 ≥ 3 项症状^[11]。

1.2.4 统计学方法 由 2 名研究人员使用 Epidate 3.1 软件独立录入数据,经一致性检验后,采用 SPSS 软件进行统计分析。连续性变量采用均数和标准差表示,组间比较采用 t 检验或非参数检验,分类变量采用率/比例表示,组间比较采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气、排便时间比较 见表 1。

表 1 两组患者术后肠鸣音恢复时间、术后首次排气、排便时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肠鸣音恢复时间	首次肛门排气时间	首次排便时间
观察组	50	6.01±2.03	14.02±6.80	27.85±17.03
对照组	50	8.22±6.30	19.53±11.17	40.63±24.65
t 值		2.359	2.979	3.017
P 值		0.034	0.023	0.013

2.2 两组患者术后腹胀发生情况比较 见表 2。

表2 两组患者术后腹胀发生情况比较

组别	n	无腹胀	轻度腹胀	中度腹胀	重度腹胀
观察组	50	39	8	3	0
对照组	50	21	15	11	3
Z 值			-3.836		
P 值			<0.001		

2.3 两组患者术后伴随症状发生情况比较 见表3。

表3 两组患者术后伴随症状发生情况比较

组别	n	0分	1分	2分	3分
观察组	50	45	4	1	0
对照组	50	34	13	2	1
Z 值			-2.676		
P 值			0.007		

3 讨论

3.1 术后远端取穴埋针能缩短术后肛门排气、排便时间 《黄帝内经》记载“病在上者下取之,病在下者高取之;病在头者取之足,病在腰者取之膈”。江勇等^[12]使用耳穴穴位埋针治疗胃肠道术后呃逆,取得94.3%的有效率;郑蔚^[13]使用内关穴穴位埋针改善乳腺癌患者化疗术后恶心、呕吐,取得满意疗效。主治术后腹胀的腧穴在下肢分布较多,本研究遵循远端取穴原则,所取三穴均位于膝关节下。研究结果显示,观察组腹胀发生率、术后肠鸣音恢复时间、术后首次肛门排气、排便时间等指标均低于对照组($P < 0.05$),观察组术后伴随症状发生率低于对照组($P < 0.05$),说明远端取穴能促进腹部术后患者胃肠功能恢复,缩短肛门排气、排便时间,减轻患者术后恶心、呕吐和疼痛等伴随症状。

3.2 远端取穴埋针有和胃、降逆、改善胃肠功能之效 中医理论认为腹部手术损伤血络,导致血瘀气滞及腑气不通,从而引起脾胃通降失司。因此,腹胀治疗应以健脾、和胃、行气、导滞为主。《灵枢·邪气脏腑病形》记载“合治内府”指治六腑病应取其下合穴^[14],本研究所取三穴均属足阳明胃经^[15]。足三里为胃的下合穴,针刺足三里具有行气导滞、调理脾胃的功效^[16];上巨虚为大肠下合穴,取之可使胃与大肠共调,腑气下行;下巨虚为小肠经下合穴^[17],具通肠腑气功能,诸穴配合共奏理气、通腑之效。

3.3 皮内针治疗术后腹胀依据充分 《素问·离合真邪论》中记载“吸则内针,无令气忤,静以久留”。留针的目的在于候气或者调气,最终达到气血调和、阴阳平衡的状态。本研究所使用的揲针属于皮内针的一种,为名中医承淡安发明,是以特制小型针具固定在膻

穴皮内或者皮下,进行长时间埋藏,通过对皮肤长时间的持续稳定刺激,激发机体卫外功能,对脏腑功能调节从量变到质变,从而达到疏通经络、调节脏腑气血的目的。现代医学认为,神经节段将体表皮肤和内脏紧密联系在一起,其生理、病理、治疗信息可以相互表达。本研究埋针于皮部腧穴后,通过神经末梢的传导作用解除深部病灶痉挛,增加内脏器官血液循环而改善脏器功能,减轻腹胀并缩短肛门排气、排便时间^[18]。

3.4 子宫肌瘤腹腔镜术后远端取穴埋针适应证广、使用方便 现阶段治疗腹胀常用的西医方法有胃肠减压、小量不保留灌肠、肛管排气等,但这些治疗方法多在出现腹胀后进行,因其疗效不确定常影响患者康复。侵入性操作给术后患者带来身体上的不适,对术后有严格体位要求的患者也带来诸多不便。子宫肌瘤腹腔镜术后患者腹部有3~4个伤口,近端取穴部位常被敷料覆盖影响取穴,且后期伤口换药难度增加。因此,腹部术后即使“近端取穴”有效,但不宜选用^[19]。远端穴位埋针治疗简便易行,不受患者术后饮食、体位影响,适合各年龄段和体质的患者,取穴方便,操作简单,埋针基本无痛,皮内针仅留在皮下,不伤及深层组织及内脏,安全性高。

4 小结

远端取穴埋针在子宫肌瘤腹腔镜术后使用,可促进患者胃肠功能恢复,缩短肛门排气、排便时间,减轻术后腹胀、恶心呕吐和疼痛,值得在临床推广。

参考文献:

[1] 李光仪. 妇科腹腔镜手术难点与对策[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 32.

[2] 刘彦. 妇科内镜手术常见并发症及其预防[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(7): 493-495.

[3] 谭旭东, 张波, 张彬, 等. 足三里注射治疗腹腔镜术后腹胀的临床观察[J]. 海南医学, 2014, 25(7): 972-973, 974.

[4] 黄美凌. 妇产科护理学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2014: 268.

[5] 张佐伦, 刘立成, 周东生. 脊柱外科手术及并发症学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002: 19.

[6] 谢光荣, 何先琼, 李丽. 早期床上运动对妇科腹腔镜术后病人肠功能影响的研究[J]. 护理研究, 2010, 24(5B): 1234-1235.

[7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中华人民共和国中医药行业标准: 中医病证诊断疗效标准(试行) [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-202.

[8] 陈霞. 行气温阳散外敷神阙穴用于改善慢性心力衰竭病人腹胀的效果观察[J]. 护理研究, 2012, 24(1B): 136-137.

[9] 戴万亨. 诊断学基础[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 17.

[10] 马天妹, 王富春. 基于现代文献对针灸治疗术后腹胀的同功穴规律分析[J]. 世界中医药, 2016, 11(2): 194-197.

[11] 张佐伦, 刘立成, 周东生. 脊柱外科手术及并发症学[M]. 济南:

- 山东科学技术出版社 2002: 19.
- [12] 江勇, 王亚国, 李震宇, 等. 耳穴埋针治疗胃肠道术后呃逆临床疗效观察[J]. 蚌埠医学院学报, 2010, 35(5): 493-494.
- [13] 郑蔚. 内关穴皮内针埋针对乳腺癌病人化疗恶心、呕吐的影响[J]. 护理研究, 2012, 26(10A): 2641-2642.
- [14] 顾忠平. 针刺下合穴为主治疗顽固性呃逆疗效观察[J]. 中国针灸, 2012, 32(11): 991-993.
- [15] 麦思聪, 孟尽海, 王文娟, 等. 电针预处理对结肠癌手术患者全麻用药及恢复质量的影响[J]. 宁夏医科大学学报, 2017, 39(1): 42-45.

- [16] 王佩, 陈亮. 电针治疗腹部术后胃肠功能紊乱临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(12): 1397-1400.
- [17] 程凯, 秦卓, 王婧, 等. 关于足三里、上巨虚、下巨虚的下合顺序与主治特异性思考[J]. 中国针灸, 2015, 35(11): 1167-1170.
- [18] 高寅秋, 李辛洁, 贾擎, 等. 皮内针疗法在疼痛治疗中的应用[J]. 北京中医药, 2017, 36(4): 373-375.
- [19] 张敏. “远道取穴”针刺促进腹部术后患者胃肠功能恢复的作用[J]. 中医药导报, 2012, 18(2): 65-66.

(本文编辑: 龚礼敏)

肾穿刺活检术前患者应用视频化健康教育的效果评价

莫伊雯, 陈伟红, 王 蕾, 印 影, 巫雅萍
(上海交通大学医学院附属瑞金医院, 上海 200025)

关键词: 肾穿刺活检术; 健康教育; 视频

中图分类号: R473.5

文献标识码: A

文章编号: 1009-8399(2018)12-0067-03

经皮肾穿刺活检术(percutaneous renal biopsy)是肾病分型诊断、指导治疗和判断预后必不可少的检查手段,已广泛应用于临床^[1]。通过术前健康教育,可使患者了解肾穿刺相关知识,帮助患者及其家属确立健康信念并建立健康行为。常规术前健康教育以护理人员口头讲解为主,教育形式单一,教育内容局限,同时部分患者和家属文化程度较低,护理人员语言表达能力不足等都会影响健康教育的效果^[2]。本研究自制了肾穿刺活检术健康教育视频,应用于肾穿刺患者的术前健康教育,取得良好效果。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选取2017年5—12月在上海交通大学医学院附属瑞金医院肾病科行肾穿刺活检的慢性肾脏病患者240例。纳入标准:无肾穿刺禁忌症;需通过肾穿刺活检术检查明确病因或病理;能正常进行语言沟通;认知功能正常;患者知情同意,自愿参加。排除标准:语言沟通及听力障碍者;合并有严重的心、肺等重要脏器疾病。将2017年5—8月的120例患者设为对照组,将2017年9—12月的120例患者设为观察组。对照组中男66例,女54例;年龄18~75岁,平均年龄(42.2±10.5)岁;初中及以下文化程度40例,高中

(中专)48例,大专及以上学历32例;肾病综合征26例,肾小球肾炎63例,肾功能不全24例,其他7例。观察组中男68例,女52例;年龄20~77岁,平均年龄(45.5±12.2)岁;初中及以下文化程度34例,高中(中专)56例,大专及以上学历30例;肾病综合征27例,肾小球肾炎68例,肾功能不全20例,其他5例。所有患者均为首次行肾穿刺活检术,两组患者在性别、年龄、文化程度、疾病种类、穿刺方法等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者采用常规肾穿刺活检术前健康教育,主要包括用语言和文字的形式讲解穿刺活检术的目的、术前准备、术中配合、术后注意事项等,并发放肾穿刺健康教育宣传单。

1.2.2 观察组 观察组患者采用视频化健康教育模式进行肾穿刺活检术前教育,主要包括:①宣教护士均经过肾穿刺术前宣教统一培训,组织宣教护士观看视频,并进行宣讲内容和方式的培训,明确实施健康教育各环节的要求及内容,统一规定讲解内容、方式、时间安排等;②将视频存入宣教室LED液晶电视机中,术前1d,护士安排患者及家属就坐于宣教室,以3~4人为1组,先播放视频,再对于肾穿刺活检的注意点和特殊之处进行讲解,之后,对于患者提出的疑问予以解答。③对于不能起床或行动不便的患者,将视频内容导入科室平板电脑内,在床旁进行宣教。

1.2.2.1 视频内容 健康教育内容根据2008年北京

收稿日期: 2018-08-01

作者简介: 莫伊雯(1978—),女,主管护师,本科,主要从事肾内科临床护理工作。

通信作者: 陈伟红(1967—),女,主管护师,大专,主要从事临床护理管理。E-mail: cwh20319@rjh.com.cn