

. 护理技术 .

移动式多媒体视频健康教育对桥小脑角区肿瘤病人术后吞咽功能的影响

张 晴 李洁莉 王 蓓

【摘要】目的 探讨移动式多媒体视频健康教育对桥小脑角(CPA)区肿瘤病人术后吞咽功能的影响。方法 回顾性分析 2016~2017 年手术治疗的 98 例 CPA 区肿瘤的临床资料。按健康教育方法对照组(48 例)和观察组(50 例)。对照组采用常规健康教育方法,观察组在此基础上采用移动式多媒体视频进行健康教育。**结果** 观察组健康教育知识得分、功能锻炼依从性显著优于对照组($P<0.05$),而且吞咽障碍功能改善有效率明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 移动式多媒体视频健康教育可显著提高 CPA 肿瘤术后吞咽功能障碍病人健康教育效果,促进病人吞咽功能康复。

【关键词】 桥小脑角区肿瘤;显微手术;多媒体视频;健康教育;吞咽障碍

【文章编号】 1009-153X(2019)04-0240-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 473.6

桥脑小脑角(cerebellopontine angle, CPA)区肿瘤通常与后组颅神经关系密切,术后常出现咳嗽反射减弱或消失、吞咽障碍等后组颅神经受损症状^[1]。吞咽障碍又可引起营养不良、窒息、误吸、吸入性肺炎、焦虑等各种生理和心理问题^[2],严重影响病人生活质量。目前国内健康教育实施的方式主要是护士与病人面对面的交流与指导,效果不理想^[3]。随着网络时代移动医疗的发展,视频健康教育填补了传统健康教育的空白,效果显著^[4]。我们对 50 例 CPA 区肿瘤病人实施移动式多媒体视频健康教育,取得一定效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:①CPA 区肿瘤,术后出现吞咽障碍(吞咽障碍评级 \geq Ⅲ级);②年龄 >18 岁;③术后意识清醒,能完全配合资料收集。排除标准:术前已出现吞咽障碍(吞咽障碍评级 \geq Ⅲ级)。

纳入 2016~2017 年手术治疗的 CPA 区肿瘤共 98 例,按健康教育方法对照组(48 例)和观察组(50 例)。观察组男 19 例,女 31 例;平均年龄(45.25 ± 8.22);听神经瘤 40 例,脑膜瘤 3 例,胆脂瘤 3 例,其他肿瘤 4 例;吞咽障碍分级Ⅲ级 31 例,Ⅳ级 10 例,Ⅴ级 9 例。对照组男 20 例,女 28 例;平均年龄(43.28 ± 7.65);听神经瘤 37 例,脑膜瘤 4 例,胆脂瘤 2 例,其他肿瘤 5 例;吞咽障碍分级Ⅲ级 30 例,Ⅳ级 9 例,Ⅴ级 9

例。两组性别、年龄、肿瘤性质、吞咽障碍分级资料均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 健康教育方法 两组均采用我科医护与康复科医师合作、结合临床实际工作编写的《吞咽障碍病人健康教育手册》进行健康教育。

1.2.1 对照组 责任护士根据病人需求实施随机健康教育,对病人及家属以床旁口头讲述、示范宣教为主,同时发放健康教育知识手册。健康教育的具体时间、具体内容和具体方式由责任护士自己确定,教育后将教育内容记录在健康教育护嘱单。

1.2.2 观察组 采用多媒体视频进行健康教育。

1.2.2.1 制作视频资料 根据《吞咽障碍病人健康教育手册》,制作《吞咽障碍病人健康教育视频》,通过纸质和多媒体形式,指导病人及家属进行吞咽功能训练及设计摄食方案等。视频内容包括 4 个板块,具体分为 12 个条目,分别为:①吞咽障碍筛查(洼田饮水试验)^[5];②摄食训练,包括体位要求、食物的选择、喂食顺序、喂食量;③康复训练,包括口腔周围肌肉的运动训练、寒冷刺激法、屏气-发声运动、咳嗽训练、呼吸训练、屏气吞咽;④不良反应处理(呛咳)。

1.2.2.2 临床应用 ①CPA 区肿瘤病人入院即由责任护士接待,发放健康教育手册,观看健康教育视频。②通过信息中心后台控制,病房电视机每天上午 9:30 集中播放视频。视频每次播放 10 min,之后责任护士对病人及家属关注的问题进行针对性的解答,时间为 5 min 左右。病人也可随时与责任护士沟通有关问题。③将视频上传至优酷网站,病人及家属通过网站搜索或网址链接,即可随时观看视频。对于住院期间康复效果不佳的病人,出院后可继续进

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.03.004

作者单位:430071 武汉,武汉大学中南医院神经外科(张晴、李洁莉、王蓓)

行视频康复训练指导。

1.3 评价方法 ①健康教育知识掌握情况。采用我科自行设计的吞咽障碍病人健康教育知识调查表,由责任护士在出院前1 d根据相应条目进行评价,共12条目。每个条目采取3级评价:掌握,能够正确回答或描述全部内容,计5分;部分掌握,能够回答或描述部分内容,计3分;未掌握,不能够回答或描述,计1分。②功能锻炼依从性。由责任护士于术后5 d评价:完全依从,病人完全按要求进行功能锻炼,观看视频频次 ≥ 5 次;部分依从,病人观看频次或总锻炼时间未达到要求,但病人观看视频频次3~4次,锻炼总时间 ≥ 30 min;不依从,病人偶尔进行锻炼或不锻炼,病人观看视频频次 < 3 次,锻炼总时间 < 30 min。③吞咽功能的改善情况。由责任护士分别于术后1、5 d根据洼田饮水试验评价。将术后5 d吞咽障碍评级与术后1 d进行对比:显效,吞咽障碍评级提高两级或以上;有效,吞咽障碍评级提高一级;无效,吞咽障碍评级无提高。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行处理;计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组健康教育知识得分比较 观察组健康教育知识评分明显高于对照组($P<0.05$),见表1。

2.2 两组功能锻炼依从性比较 观察组完全依从35例,部分依从12例,不依从3例;对照组完全依从16例,部分依从24例,不依从8例。观察组完全依从率(70.0%)明显高于对照组(33.3%, $P<0.05$)。

2.3 两组吞咽功能的改善有效率比较 观察组显效31例,有效15例,无效4例;对照组显效19例,有效17例,无效12例。观察组总有效率(92.0%)明显高于对照组(75.0%, $P<0.05$)。

3 讨论

3.1 移动式多媒体视频健康教育能提高健康教育效果 观察组前期采用健康教育手册,以责任护士为宣教主体,实施口头宣教和功能锻炼示范,发现病人对宣教内容无法记牢,或者功能锻炼时动作不规范,难以达到康复效果。视频资料相较于其他单一的信息传递方式(视或听),则更加生动具体,富有感染力^[6]。多媒体视频健康教育可强化病人或家属的记忆,提高健康教育掌握率^[7,8]。原因可能与病人在视听感

表1 两组健康教育知识得分比较(分)

评分条目	对照组(n=48)	观察组(n=50)
吞咽障碍筛查	3.22 \pm 1.08	4.12 \pm 0.89*
体位要求	3.58 \pm 1.21	4.35 \pm 1.23*
食物的选择	4.05 \pm 1.42	4.80 \pm 0.86*
喂食顺序	4.12 \pm 0.98	4.75 \pm 1.21*
喂食量	4.10 \pm 1.22	4.54 \pm 1.04
口腔周围肌肉训练	2.78 \pm 0.67	3.23 \pm 1.22*
寒冷刺激法	3.56 \pm 1.08	4.41 \pm 1.34*
屏气-发声运动	3.04 \pm 1.25	3.89 \pm 0.86*
咳嗽训练	3.32 \pm 1.28	4.22 \pm 1.25*
呼吸训练	4.12 \pm 1.34	4.76 \pm 0.66*
屏气吞咽	2.89 \pm 0.94	3.90 \pm 1.25*
不良反应处理	3.33 \pm 1.26	4.25 \pm 1.54*
总得分	42.11 \pm 8.22	51.22 \pm 4.56*

注:与对照组相应值比,* $P<0.05$

官时,身体处于自然放松状态,对知识的理解和接受程度更快有关。另外,将视频资料上传至互联网公共平台,使健康教育资料处于公开共享的状态,病人及家属可随时下载观看不熟悉的部分,避免了单纯在病房播放视频的弊端。

3.2 移动式多媒体视频健康教育能提高功能锻炼依从性 早期功能锻炼,有利于促使神经功能恢复,提高吞咽障碍的康复效果^[9]。经过特效处理的健康教育视频,将抽象、难以理解的康复训练知识以简单具体的方式呈现在病人面前,突出动作要点,规范功能锻炼动作,便于任何文化层次的病人模仿学习。该视频上传至互联网公共平台,不受时间、地点、人员的限制,可反复观看与练习,便于掌握。另外,整个病房在规定的时段每天上午9:30统一播放健康教育视频,营造了一个公开的学习环境和氛围,同病房病友一起学习探索,提高了病人学习积极性和功能锻炼依从性。

3.3 移动式多媒体视频健康教育能改善吞咽功能 吞咽障碍病人早期护理干预措施,包括吞咽基础训练和尝试性摄食训练,可使康复的总有效率提高到82.4%^[10]。术后1 d,通过对吞咽障碍的筛查,可明确诊断吞咽障碍,即可通过多媒体健康教育视频进行早期护理干预。本文观察组经过多媒体视频进行健康教育,吞咽功能改善的总有效率提高至92%,分析原因:一是病人对康复训练的知识掌握牢靠,视频资料可反复观看;二是功能锻炼依从性高,跟随视频动作模仿;三是早期筛查诊断,及时进行科学规范的护理干预。

总之,移动式多媒体视频健康教育可显著提高CPA区肿瘤病人健康教育效果和功能锻炼依从性,改善病人吞咽功能。

【参考文献】

[1] 黄冠又,张俊廷,吴震,等.小脑脑桥角脑膜瘤显微外科治疗及面听神经保护[J].中华神经外科杂志,2012,28(7):674-677.

[2] Warnecke T, Oelenberg S, Teismann I, et al. Dysphagia in X-linked bulbospinal muscular atrophy (Kennedy disease) [J]. Neuromusc Disord Nmd, 2009, 19(10): 704-708.

[3] 赵莹莹,李军文,刘素蓉.护理健康教育方法的研究进展[J].现代临床医学,2017,43(2):150-153.

[4] 王华芬,马燕,吕敏芳,等.网络互动式健康教育对炎症性肠病病人生活质量的影响[J].中华护理杂志,2013,48

(2):163-165.

[5] 武文娟,毕霞,宋磊,等.洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍病人中的应用价值[J].上海交通大学学报(医学版),2016,36(7):1049-1053.

[6] 王悦.健康教育音像制品编辑制作的实践与思考[J].中国健康教育,2012,28(5):419-420.

[7] 庞继艾,梁雁芳,吴铖林,等.鼻咽癌放疗健康教育视频的制作及应用[J].护理学杂志,2017,32(4):97-99.

[8] 黄天雯,肖萍,张伟玲,等.临床护理路径结合视频健康教育在骨科病人围手术期的应用[J].护理学杂志,2017,32(6):101-104.

[9] 柏慧华,姚秋近,祝晓娟,等.脑出血病人术后早期吞咽障碍筛查及康复护理[J].中华护理杂志,2013,48:299-301.

[10] 张璐,郎黎薇,金煜峰,等.后颅窝肿瘤病人术后吞咽障碍的早期护理干预[J].中华护理杂志,2016,51:539-542.

(2018-05-29收稿,2018-08-09修回)

