

· 骨伤科护理 ·

系列化视频在强直性脊柱炎健康教育中的应用

李洛宜, 张依山, 王笑青, 吴松梅, 陈少迪, 张利平

(河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院, 河南 郑州 450016)

摘要 目的:探讨系列化视频在强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)健康教育中的应用价值。方法:制作包括 AS 病因、饮食调理、疼痛和体位护理、功能锻炼方法及风湿病康复操等内容的 AS 系列化健康教育视频,每段视频时长 3~5 min。将 60 例 AS 患者随机分为视频教育组和常规教育组,每组 30 例。常规教育组患者住院期间,采用口头讲解、发放健康教育手册、现场示范等常规形式进行健康教育,并在出院时制定个性化康复计划、详细说明各项注意事项。视频教育组患者住院期间,在常规教育方法的基础上由责任护士集中播放 AS 系列健康教育视频,出院后通过微信群定期播放健康教育视频并与患者进行互动。分别在出院时和出院 3 个月后,采用疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评价患者腰骶部疼痛情况,记录晨僵时间、枕墙距和胸廓扩张度,并对 2 组患者的各项评价指标进行比较。结果:2 组患者均获随访,随访时间 3 个月。出院时,2 组患者腰骶部疼痛 VAS 评分、晨僵时间、枕墙距、胸廓扩张度比较,组间差异均无统计学意义[(2.2±1.3)分, (2.3±1.2)分, $t=0.764$, $P=0.442$; (21.5±6.1)min, (22.6±6.2)min, $t=1.482$, $P=0.162$; (6.4±2.1)cm, (6.2±1.7)cm, $t=0.470$, $P=0.674$; (4.3±0.9)cm, (4.5±0.7)cm, $t=0.730$, $P=0.471$]。出院后 3 个月时,视频教育组与常规教育组相比,腰骶部疼痛 VAS 评分低、晨僵时间短、枕墙距短、胸廓扩张度大[(2.0±1.4)分, (2.8±1.7)分, $t=2.462$, $P=0.016$; (19.2±4.8)min, (24.8±5.2)min, $t=3.241$, $P=0.001$; (4.5±2.4)cm, (5.8±3.6)cm, $t=2.012$, $P=0.041$; (4.8±1.2)cm, (3.8±1.6)cm, $t=3.102$, $P=0.001$]。结论:在常规健康教育方法的基础上采用系列化视频进行健康教育,比单纯采用常规方法更有利于 AS 患者的康复。

关键词 脊柱炎, 强直性; 健康教育; 视频-音频媒体

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种慢性炎性疾病,主要累及髋关节和脊柱,表现为关节活动障碍、腰背僵硬和顽固性腰骶部疼痛,严重影响患者的生活质量^[1]。AS 患者除急性发作期须住院治疗外,其他大部分时间的治疗是在院外进行的。因此,加强对患者的健康教育,提高患者的自护能力显得非常重要。但传统的以口授为主的健康教育模式,方法单一、形式枯燥,已远远不能满足患者的需求^[2]。2016 年 1—12 月,笔者分别采用常规健康教育和在常规健康教育方法的基础上向患者播放 AS 系列健康教育视频 2 种方法,对 60 例 AS 患者进行健康教育,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 在河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)住院治疗的 AS 患者 60 例,男 35 例、女 25 例;年龄 13~30 岁,中位数 20 岁;病程 2~6 年,中位数 5 年;骶髂关节炎分级^[3],Ⅱ级 13 例、Ⅲ级 47 例。本试验方案经河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)医学伦理委员会审查批准。

1.2 纳入标准 ①符合美国风湿病协会 1984 年修订的 AS 纽约诊断标准^[4];②具备良好的沟通交流能力;③对本研究方案知情同意并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并严重的心脑血管疾病或肝肾功能障碍者;②预计依从性差者。

1.4 退出标准 ①自行退出者;②病情突发变化须接受手术治疗者。

2 方法

2.1 分组方法 纳入 60 例患者,根据入组顺序按随机数字表分为视频教育组和常规教育组,每组 30 例。2 组患者性别、年龄、病程、骶髂关节炎分级等基线资料比较,组间差异无统计学意义(表 1),具有可比性。

2.2 视频制作方法 所有视频均由同一组护理人员进行演示,统一配音讲解。视频内容包括 AS 病因、饮食调理、疼痛和体位护理、功能锻炼方法及风湿病康复操等,重要部分为慢镜头加动作分解,并在后期剪辑时加上字幕。每段视频时长 3~5 min。

2.3 健康教育方法

2.3.1 常规教育组 住院期间由责任护士通过口头讲解、发放健康教育手册、现场示范等常规形式对患

表 1 2 组强直性脊柱炎患者基线资料比较

组别	样本量 (例)	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	骶髂关节炎分级(例)	
		男	女			Ⅱ级	Ⅲ级
视频教育组	30	18	12	22.06 ± 3.41	5.33 ± 1.16	6	24
常规教育组	30	17	13	22.09 ± 2.94	5.10 ± 1.03	7	23
检验统计量		$\chi^2 = 0.069$		$t = 0.136$	$t = 0.826$	$\chi^2 = 0.098$	
P 值		0.793		0.610	0.412	0.754	

者进行健康教育,并在出院时为患者制定个性化康复计划、详细说明各项注意事项。

2.3.2 视频教育组 在常规健康教育方法的基础上,住院期间由责任护士集中为患者播放 AS 系列健康教育视频,对患者疑问进行现场解答;出院时建立微信群,引导患者入群,出院后定期播放健康教育视频,定期和患者互动、更新视频内容并及时回答患者的问题,提醒患者出院后关注群内信息,鼓励患者在群内记录、展示康复日志。

2.4 康复效果评价方法 分别在出院时和出院后 3 个月时,采用疼痛视觉模拟量表^[5] (visual analogue scale, VAS) 评价患者腰骶部疼痛情况,记录晨僵时间、枕墙距和胸廓扩张度。①晨僵时间:早晨起床后自腰部僵硬活动不利至症状消失的时间,取连续 2 d 的平均值。②枕墙距:患者靠墙站立,身体放松,双目平视,头枕部与墙面的距离即为枕墙距。③胸廓扩张度:患者直立,软尺置于第 4 肋间隙水平,分别记录患者深吸气和深呼气时的胸围,二者的差值即为胸廓扩张度^[6]。

2.5 数据统计方法 采用 SPSS20.0 统计软件处理数据。2 组患者性别、骶髂关节炎分级的组间比较采用 χ^2 检验;年龄、病程、疼痛 VAS 评分、晨僵时间、枕墙距、胸廓扩张度的组间比较采用 t 检验;检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

2 组患者均获随访,随访时间 3 个月。出院时,2 组患者腰骶部疼痛 VAS 评分、晨僵时间、枕墙距离、胸廓扩张度比较,组间差异均无统计学意义(表 2)。出院后 3 个月时,视频教育组与常规教育组相比,腰部疼痛 VAS 评分低、晨僵时间短、枕墙距短、胸廓扩张度大(表 3)。

4 讨论

功能锻炼适用于 AS 的各个时期,正确积极的康复锻炼可改善关节活动度,预防或减轻关节活动障碍的发生,是防止病情发展、缓解症状的重要环节。越早锻炼,脊柱的稳定性越强,疗效越佳^[7]。对功能锻炼知识的掌握情况是影响患者功能锻炼依从性的重要因素之一^[8]。利用系列化视频对患者进行 AS 健康教育、指导患者功能锻炼,内容规范统一、形式生动直观,有利于患者更加直观地了解、掌握 AS 康复知识。

微信已成为人们获取信息的一个重要途径^[9]。AS 好发于青壮年,该类患者拥有一定的网络基础,与医护人员一起参与网络信息互动,更有利于健康信息的传播^[10]。时长 3 ~ 5 min 的视频内容可随时通过微信下载在手机上播放,保证了健康教育的有效性、及时性,有利于患者出院后各项康复计划实施的准确性

表 2 出院时 2 组强直性脊柱炎患者各项评价指标

组别	样本量 (例)	腰骶部疼痛视觉模拟评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	晨僵时间 ($\bar{x} \pm s$, min)	枕墙距 ($\bar{x} \pm s$, cm)	胸廓扩张度 ($\bar{x} \pm s$, cm)
视频教育组	30	2.2 ± 1.3	21.5 ± 6.1	6.4 ± 2.1	4.3 ± 0.9
常规教育组	30	2.3 ± 1.2	22.6 ± 6.2	6.2 ± 1.7	4.5 ± 0.7
t 值		0.764	1.482	0.470	0.730
P 值		0.442	0.162	0.674	0.471

表 3 出院后 3 个月时 2 组强直性脊柱炎患者各项评价指标

组别	样本量 (例)	腰骶部疼痛视觉模拟评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	晨僵时间 ($\bar{x} \pm s$, min)	枕墙距 ($\bar{x} \pm s$, cm)	胸廓扩张度 ($\bar{x} \pm s$, cm)
视频教育组	30	2.0 ± 1.4	19.2 ± 4.8	4.5 ± 2.4	4.8 ± 1.2
常规教育组	30	2.8 ± 1.7	24.8 ± 5.2	5.8 ± 3.6	3.8 ± 1.6
t 值		2.462	3.241	2.012	3.102
P 值		0.016	0.001	0.041	0.001

及连续性。在常规健康教育方法的基础上采用系列化视频进行健康教育,比单纯采用常规方法更有利于 AS 患者的康复。

5 参考文献

- [1] 阎小萍,朱俊岭. 中医药治疗强直性脊柱炎临床研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(6): 8-10.
- [2] 李则宾,李素娟,张力,等. 锻炼日志联合多媒体技术对强直性脊柱炎患者功能锻炼的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(6): 673-675.
- [3] 黄烽. 强直性脊柱炎[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 87.
- [4] 施桂英. 关节炎概要[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2000: 824.
- [5] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 123-124.
- [6] 李傲梅,刘凌昕. 指导性功能锻炼对强直性脊柱炎康复效果研究[J]. 山西医药杂志(下半月版), 2011, 40(2): 103-104.
- [7] 孙楠,林春花,赵佩珊. 功能锻炼在强直性脊柱炎护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(19): 1791-1792.
- [8] 李杨,孙红霞,马咏梅. 护理干预对强直性脊柱炎患者功能锻炼依从性的影响[J]. 滨州医学院学报, 2012, 35(6): 444-446.
- [9] 胡竹芳,万承贤,徐璐,等. 运用微信对强直性脊柱炎出院患者行延续护理的效果[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 175-178.
- [10] 谢艳芳,潘霞,罗鸿超,等. 网络延续护理对强直性脊柱炎患者生活质量的影响[J]. 广东医学, 2015, 36(1): 161-163.

(收稿日期:2017-11-10 本文编辑:杨雅)

· 通 知 ·

全国水针刀微创技术及中医筋骨三针法学习班通知

水针刀微创技术、中医筋骨三针疗法是由北京世针联中医微创针法研究院院长吴汉卿教授经过 30 余年潜心研究,在传统九针、刀针、水针疗法、针挑疗法、运动针法及太极针法基础上,根据中医经筋学说及软组织解剖学所总结的融中西医针法于一体的中医微创技术。该技术已被纳入国家中医药管理局“中医医疗适宜技术”,写入全国高等中医药院校创新教材,确定为中医药 I 类继续教育推广项目。该技术问世以来,全国性培训班已成功举办 200 余期,培训学员数万名,学员来自国内包括台湾、香港等地区及国外,如:马来西亚、新加坡、韩国、俄罗斯、澳大利亚、美国等,其“短、平、快”的治疗特点受到了国内外专家及广大学员的好评。为满足广大医师要求,继续举办学习班,培训内容如下。

水针刀微创技术、三氧融盘技术 ①水针刀微创技术结合三氧融盘技术治疗软组织损伤病,如:颈椎病、肩关节周围炎、肘关节病变、腕管综合征、腰椎间盘突出症、膝关节病变、坐骨神经痛、臀上皮神经痛、风湿类风湿关节炎、腱鞘炎、跟痛症等骨伤疼痛疾病。②水针刀尸体解剖微创入路内容:该班在医学院解剖馆进行,结合新鲜尸体全面讲解人体全身三维解剖以及三针法定位、进针方向、针下层次、危险区的划分、常用针法及操作技巧等内容,学员能自己动手练习。

中医筋骨三针疗法 中医筋骨三针疗法分为微型筋骨三针疗法与巨型筋骨三针疗法 2 种,微型筋骨三针疗法的优点:该针具针体细如银针,创伤微、痛苦小,融合了中医针法和西医刀法,定位独特,针法灵活多变,既有微创针刀的松解分离功能,又有针灸的补泻候气、疏通经络功能;该疗法主治:中风偏瘫、失语症、三叉神经痛、面瘫、肋间神经痛、坐骨神经痛、皮神经卡压症、四肢末端病等。巨型筋骨三针疗法的优点:该针法有钝性松解、安全可靠、通透力强、松解力度大等特点。其主要针法有:筋膜扇形撬拨法、筋骨减压术、椎间孔针旋转术等 10 大针法;该疗法主治:颈腰椎术后综合征、腰椎管狭窄症、强直性脊柱炎驼背、颈 1 横突综合征、颈 7 棘突综合征等临床疑难病。同时培训水针刀松解埋线技术内容:脊背九大诊疗区,应用水针刀松解、注射、磁线留置并配合整脊手法快速治愈颈性心脏病、颈性咽炎、面瘫、癫痫、慢性支气管炎、哮喘、胃炎、胃溃疡、结肠炎、生殖疾病等;并教授三氧自血疗法治疗心脑血管疾病,乙肝、丙肝、脂肪肝等肝病,妇科疾病及皮肤病性病等。

培训时间:每月 1 日正式上课,学期 12 天,请提前 1 天报到。

培训方式及待遇:学习班由吴汉卿教授主讲,采用小班授课,理论结合临床实习和尸体解剖操作,学期结束后颁发培训证书及 I 类继续教育学分证书。

培训地址:①北京班地址:北京市东城区广渠门内夕照寺街东玖大厦 B 座 703 室,北京世针联中医微创针法研究院。②河南南阳班地址:河南省南阳市仲景路与天山路口,水针刀研究院。

联系电话:400 8377 618 **联系人:**黄建老师 13721820657, 0377-63282507

网址:www.shuizhendao.com (中华水针刀微创网)