

# 知信行健康教育联合耳穴压豆对腹部术后疼痛患者疼痛程度、睡眠质量及心理状态的影响

刘丽坤

包头市肿瘤医院, 中西医结合科 内蒙古包头 014030

**【摘要】**目的 将知信行健康教育与耳穴压豆联合应用于腹部手术, 探究其对患者疼痛程度、睡眠质量、心理状态的影响。方法 选我院 2019 年 6 月-2021 年 6 月行腹部手术的 350 例病人为研究对象, 随机分为对照组 (n=175) 和观察组 (n=175), 为前者提供常规术后药物镇痛与护理措施, 后者则在运用前者措施的同时联合知信行健康教育联合耳穴压豆。对比护理效果。结果 护理 3、5、7 天后, 两组疼痛程度均明显减轻, 观察组相较于对照组, 疼痛减轻情况显著优于对照组,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。干预后, 观察组患者的 PSQI 量表评分显著低于对照组患者, 具有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。干预后, 观察组 SAS、SDS 分数分别是:  $52.16 \pm 8.67$  分、 $50.86 \pm 8.63$  分, 明显低于对照  $58.79 \pm 9.56$  分、 $55.46 \pm 9.76$  分,  $P < 0.05$ 。结论 为腹部手术病人提供常规镇痛药物与护理措施的同时予以知信行健康教育联合耳穴压豆效果明显, 能够减轻患者疼痛, 对提高病人生活质量、改善心理状态具有积极意义。

**【关键词】**腹部手术; 知信行健康教育; 耳穴压豆; 疼痛程度; 睡眠质量

数据显示<sup>[1]</sup>, 腹部手术量在外科手术中一般位居前列, 术后机体可能因组织的损伤与修复而出现不同程度的疼痛反应, 这难免会加剧病人身体上的痛苦, 同时也会严重影响病人的睡眠质量, 引起病人的负性心理。尽管有越来越多的新型镇痛药与技术被研发并用于临床, 但镇痛药的应用可能不利于胃肠蠕动, 延缓术后康复速度, 且仍有五成-七成的术后疼痛不能被有效缓解<sup>[2]</sup>。因此, 如何更好的实现疼痛管理, 缓解腹部术后疼痛对机体的影响已得到越来越多学者的关注<sup>[3]</sup>。目前, 临床关于探究知信行、耳穴压豆应用于腹部手术术后疼痛的价值的研究并不少见, 但两者联合运用的并不多。报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

入组的研究对象为 2019 年 6 月-2021 年 6 月期间来我院接受腹部手术的、符合要求的 116 病人。研究符合伦理学原则, 经伦理委员会审核通过; 入组受试者及家属均知情研究, 自愿参与, 签署同意书。按随机数表法将 350 例随机分组, 其中观察组患者 175 例患者中男性 105 例, 女性 70 例, 患者年龄在 31-70 岁之间, 平均年龄  $59.30 \pm 3.28$  岁, 其中胃部手术 94 例, 肝胆手术 50 例, 肠道手术 20 例, 其他患者 11 例; 对照组患者 175 例患者中男性 106 例, 女性 69 例, 患者年龄在 32-70 岁之间, 平均年龄  $58.45 \pm 2.68$  岁, 其中胃部手术 95 例, 肝胆手术 49 例, 肠道手术 22 例, 其他患者 9 例。分析两组的年龄、病情、手术经历、文化水平、手术类型等一般资料, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间有可比性。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

为该组病人提供术后常规镇痛与护理措施。

#### 1.2.2 观察组

该组在运用对照组常规治疗、护理措施的基础上, 联合知信行健康教育与耳穴压豆, 其中耳穴压豆参考石学敏主编的《针灸学》<sup>[4]</sup>进行选穴、操作。具体内容如下。

##### 1.2.2.1 知信行健康教育

(1) 信息归档、评估: 在病人纳入研究组后即为其建立个人档案, 将性别、年龄、知识文化水平、手术经历、是否接受过系统的疼痛教育

以及手术类型等一般资料归入档案; 整理 VAS、PSQI、SAS、SDS 量表的评估结果。综合分析病例与归档资料, 确定需重点教育的内容, 为不同患者选择与其知识接受能力最为匹配的教育方式。(2) 组建干预小组: 成立一个由主治医师、6 名护理人员组成的专项小组, 要求入组护理人员在我院工作连续 3 年以上, 交流、表达能力俱佳, 均经培训且考核合格。6 名护理人员中有主管护师 2 名, 护师 4 名。(3) 知识获取: 在术前 3d 借助知识手册宣传、口头讲解、多媒体等途径让病人与家属了解相关知识, 包括疼痛产生原因、疼痛程度的评估、术后常用镇痛方式等。(4) 疼痛管理意识: 主要通过集体授课与同伴教育的形式完成。由我院疼痛专项管理小组在每周五组织领导择期于下周手术的病人参加术后疼痛知识管理讲座, 发放研究组在参考文献、结合临床实际、咨询专家并反复修改制定的“疼痛知识宣传手册”; 期间邀请疼痛控制住的病人分享经验, 起到同伴教育的效果。责任护士在术前 1d 检验病人对集体授课知识的掌握情况, 掌握不佳部分要求进行再教育。在科室公共区域开辟术后疼痛管理知识宣传栏, 进而达到视觉上知识强化目的。(5) 疼痛管理信念建立: 基于“自我效能”、“健康信念”理论模式, 制定有针对性的宣教计划, 纠正错误认知, 帮助病人形成对术后疼痛与镇痛药物的科学认知, 促进术后镇痛护理措施的顺利实施。向病人讲解术后疼痛的易感性、威胁性, 让其认识主动配合和采取镇痛措施的必要性和重要性; 尽量安排病人与使用 PCA 病人于同一间病房, 鼓励病友间交流沟通, 帮助其获取替代性经验; 为病人及家属提供术后镇痛知识的宣教与培训, 加强其疼痛自我护理能力。(6) 疼痛管理行为强化: 设置一床旁护理单, 嘱病人及家属按时记录各时间点的疼痛强度、使用镇痛药和镇痛泵的情况、非药物方法等。在每日交班时由 3 方共同总结与分析前 1d 疼痛控制情况, 指出不足并指导改进。整个健康教育实施过程中应做到跟踪监督、及时反馈, 根据病人病情、疼痛程度等及时调整教育重点。

##### 1.2.2.2 耳穴压豆

(1) 用物准备: 主要有王不留行籽、75%酒精、棉签、镊子、胶布、治疗盘、探针等。(2) 操作前评估、解释: 了解病人手术情况、过敏史、心理状况、认知配合程度、疼痛程度、耳部皮肤状况。向病人解释本操作的目的、作用机制、大概步骤等, 确认耳部皮肤无溃疡、破损、出血、

瘢痕、硬结等，确定耳道无分泌物、炎症。(3)取穴：腹穴与神明、三焦、交感 4 处固定穴位；根据疾病部位增加相应穴位，例如胃溃疡、胃癌手术者可加胃穴，阑尾炎手术则可加阑尾穴，肠梗阻、大肠癌加用大、小肠穴，肝脾手术加脾穴。(4)操作方法：在病人术毕麻醉清醒后即取平卧位，用酒精消毒耳穴皮肤并待干，使用探针刺激所选择耳穴处，若病人出现酸胀反应，护士左手固定病人耳郭，另一只手将粘有王不留行籽的医用胶布借助镊子夹起，接着对准选穴部位贴压固定。在贴敷完成后，嘱病人和家人定时轻轻用手按压，宜由轻到重循序渐进刺激，告知其以有酸胀热感为度。5min/次，3次/d。(5)注意事项：告知病人掌握压豆力度，以免用力过大对皮肤造成损害；在耳穴压豆期间注意观察耳郭皮肤情况，若出现发红、肿胀应及时报告医生处理；为预防发生感染，应注意每次起豆后消毒。

### 1.3 观察指标

1.3.1 疼痛程度<sup>[5]</sup>：其评价指标为：采用数字分级法(NRS)<sup>[6]</sup>，借助VAS视觉模拟评分法评判术后24h、48h内病人的疼痛程度。该评分法通过一条长10cm的直线来表示疼痛程度，直线0-10表示无痛-剧烈疼痛，嘱病人将能代表其疼痛程度的点标记出来，从零点到该点的直线距离即为疼痛评分值。疼痛分级：0分提示无痛；0-3分提示轻度疼痛，即轻微疼痛，能够忍受；3-6分提示中度疼痛，痛感影响睡眠；6-10分提示重度疼痛，痛感强烈，无法忍受。

1.3.2 睡眠 以匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, P-SQI)(CVI为0.93, Cronbach'  $\alpha$ 为0.85)作为本次研究睡眠质量的评价准则，该量表包含主观睡眠治疗、入睡时间、睡眠时间等7个维度，共计18个条目，每个维度分值为0-3分，量表总分21分，患者的得分越高，表明其睡眠质量越差；记录并对比两组患者干预前后的PSQI评分。

1.3.3 心理状态：借助由Zung编制的焦虑(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评价干预前后病人心理状态<sup>[7]</sup>。两量表均包含20个评分项，计分采用4级评分法；最终统一转换为标准形式，并进行程度判定：SAS量表评分50-59分提示轻度抑郁，60-69分提示中度抑郁，超过69分提示重度抑郁；SDS量表评分53-62分提示轻度焦虑，63-72分提示中度抑郁，超过72分提示重度抑郁。

### 1.4 统计学方法

所有数据均采用SPSS 22.0软件进行统计分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者疼痛改善情况

护理3、5、7天后，两组疼痛程度均明显减轻，观察组相较于对照组，疼痛减轻情况显著优于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组患者疼痛改善情况(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	护理前	3天	5天	7天
观察组	175	8.32 ± 2.41	7.32 ± 2.31	5.21 ± 1.32	2.31 ± 0.21
对照组	175	8.41 ± 2.21	8.12 ± 2.12	7.02 ± 1.42	6.41 ± 1.58
t		0.451	4.681	5.618	8.516
P		0.993	0.029	0.019	0.008

### 2.2 两组患者睡眠对比

干预后，观察组患者的PSQI量表评分显著低于对照组患者，具有统计学差异( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 两组患者睡眠对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数(n)	PSQI量表评分	
		干预前	干预后
对照组	175	16.35 ± 2.26	13.28 ± 1.40
观察组	175	16.42 ± 2.39	11.57 ± 1.62
t		-0.150	5.647
P		0.881	0.000

### 2.3 心理状态比较

干预后，观察组SAS、SDS分数分别是：52.16 ± 8.67分、50.86 ± 8.63分，明显低于对照58.79 ± 9.56分、55.46 ± 9.76分， $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

中医观念认为，术后离经之血、流于脉外，未能及时排出和消散，停留于肌肤，血行不畅，阻滞经络，不通则痛。临床一般在脏腑经络理论指导下循经取穴，通过刺激耳穴实现行气止痛的目的。《灵枢·口问篇》曰：“耳者宗脉之所聚也”，提示作为全身经络遍布最密集的部位，耳廓的许多穴位都与身体很多脏器密切相关。有学者在其研究中提到，耳廓集中了人体很大一部分的血管、淋巴管、神经等，全息生物学观点指出，任一相对独立的部位都为人体的缩影，蕴含着整体的信息。因此，当机体出现异常时，耳廓作为一个独立的器官可能会存在疼痛、压痛等。本研究显示，观察组疼痛明显低于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，表明知信行健康教育与耳穴压豆联合可提升术后镇痛效果。分析原因，可能是病人在接受疼痛知识的知信行健康教育后，自身所了解的疼痛相关知识增多，不仅能正面看待术后产生的疼痛，还能够更加积极的配合与接受术后常规的镇痛措施；此外，联合中医特色耳穴压豆护理刺激周围血管扩张，血液微循环得以改善，协同发挥缓解疼痛的作用。研究结果显示，干预后，观察组心理状态、睡眠质量评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。分析本文产生这一结果的原因，可能是通过知信行健康教育与耳穴压豆，病人焦虑、抑郁等负性情绪减轻，疼痛耐受阈值提高，疼痛得到有效控制，病人的睡眠时间、睡眠效率、入睡时间均明显改善，夜间睡眠质量好转，日间功能障碍也随之减轻，同时在知信行健康教育下纠正了病人镇痛催眠药使用错误观念。

综上，知信行健康教育与耳穴压豆联合应用于腹部术后病人能有效提升镇痛效果、改善病人睡眠质量，缓解焦虑、抑郁的心理状态。

### 参考文献：

- [1]李丽, 蒋丽. 腹部外科手术术后患者恢复期的护理[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(4): 205.
- [2]林宣晨. 耳穴压豆对妇科腹腔镜术后恶心呕吐及镇痛效果的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2017, 27(2): 144-146.
- [3]石学敏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 220-300.
- [4]张照莉, 汪波, 丁丽, 等. 多途径联合的健康教育模式对首次化疗患者知信行水平的影响[J]. 重庆医学, 2017, 46(25): 3585-3587.
- [5]张照莉, 汪波, 丁丽, 等. 多途径联合的健康教育模式对首次化疗患者知信行水平的影响[J]. 重庆医学, 2017, 46(25): 3585-3587.
- [6]张美燕. 知信行理论在预防产妇血栓形成健康教育中的应用[J]. 中华护理教育, 2017, 14(10): 748-752.
- [7]段美泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.