

本文引文格式:肖妮,曾小梅,唐敏.微视频结合健康教育路径在胆石症患者围术期中的应用效果[J].右江民族医学院学报,2026,48(4):699-702.

【临床护理】

微视频结合健康教育路径在胆石症患者围术期中的应用效果

肖妮,曾小梅,唐敏

(广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁 530023)

摘要:目的 探讨微视频结合健康教育路径在胆石症患者围术期中的应用效果和体会。方法 将 68 例胆石症手术患者按随机数字表法分为对照组和观察组,每组各 34 例。对照组给予责任制护理常规健康教育,观察组采用微视频结合健康教育路径实施健康教育。比较两组患者术后首次肛门排气时间、首次肛门排便时间、首次下床活动时间、健康教育知识掌握情况及健康教育满意度方面的差异。结果 观察组术后首次肛门排气时间、术后首次肛门排便时间、术后首次下床活动时间短于对照组($P < 0.01$, $P < 0.001$),观察组健康教育知识掌握情况及健康教育满意度优于对照组($P < 0.001$)。结论 微视频结合健康教育路径应用于胆石症患者围术期健康教育,可促进患者术后康复,提高患者对健康教育知识的掌握程度,提升其对健康教育的满意度,获得较好的健康教育效果。

关键词:微视频;健康教育路径;胆石症;围术期护理;健康教育

中图分类号:R473.6

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2026)04-0699-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.04.033

胆石症是临床上常见的一种疾病。近年来,随着生活水平提高、饮食结构变化,人们对高蛋白、高脂肪类物质摄入增多,使胆石症的发病率呈现逐年上升趋势,成年人胆石症的发病率约为 11%^[1-2],80 岁以上老年人的发病率则高达 23%^[3]。基于胆石症的临床特点,首选外科手术治疗已逐步达成共识^[4-6]。手术作为一种治疗手段的同时,会对机体造成一定的损伤,给患者身心带来不同程度的影响,如焦虑、抑郁,对该疾病及手术相关内容认识不足等围术期的负面效应,降低自我效能,从而影响术后康复。良好的健康教育,在提高患者对手术的认识、减轻围术期压力、保障手术安全等方面发挥着无可替代的重要作用。

微视频健康教育基于互联网思维,综合运用微信等新媒体工具,可实现健康教育内容、健康教育对象、健康教育过程的全覆盖^[7]。健康教育路径是借鉴临床路径的理论和实施方法,用于开展健康教育工作,具有针对性强、内容全面、条理清晰等特点。目前,将微视频结合健康教育路径应用于胆石症围术期方面的研究较少,本研究将探讨微视频结合临床路径在胆石症患者围术期中的应用效果,观察对术后康复、健康教育知识掌握情况及健康教育满意度等方面的影响,以期为胆石症患者围术期健康教育提供方法指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 临床资料 选取 2023 年 11 月至 2024 年 9 月在广西中医药大学第一附属医院肝胆外科住院的胆石症手术患者共 68 例为研究对象,采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组各 34 例。两组患者性别、年龄、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究通过本院伦理委员会审批(审批号:Z-A 2022-008-01)。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别		年龄/岁	文化程度		
		男	女		初中及以下	高中或中专	本科及以上
观察组	34	17	17	55.74±11.02	8	16	10
对照组	34	15	19	53.62±11.25	6	12	16
χ^2/t		0.236		0.784	2.242		
P		0.627		0.436	0.326		

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

1.1.2 纳入标准 ①经 B 超、计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)等影像学检查首次诊断为胆石症;②手术方式相同,均为腹腔镜胆总管切开取石术;③年龄 18~75 岁,会使用智能手机;④意识清楚,思维清晰,能理解和回答问题;⑤同意此项研究,并签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 ①病情危重,合并有其他器官严重

基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z-A20220903)

第一作者:肖妮,副主任护师,研究方向:外科护理,E-mail:55075562@qq.com

功能障碍者;②伴有精神疾病或严重语言沟通障碍,无法配合者;③合并有躯体功能障碍或残疾,影响功能锻炼者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施责任制护理常规健康教育,具体方法如下:于患者术前一天上午,由责任护士发放健康教育资料,并向患者及其家属详细讲解手术相关知识及术前胃肠道准备的要求,演示术后呼吸功能锻炼、术后早期活动、术后促进胃肠蠕动及管道自我护理等方法。讲解和演示完毕后,要求患者对呼吸功能锻炼、早期活动等具体做法等重要知识点进行复述并现场演示,如有疑问或不到位之处,再由责任护士进行针对性指导,以确保健康教育效果。

1.2.2 观察组 ①建立科室健康教育小组,成员包括护士长 1 名、医师 1 名、护士 6 名。组织培训胆石症围术期相关知识,以达到标准化、同质化。结合此类患者围术期健康教育重点,拍摄并剪辑完成健康教育微视

频,以二维码的方式分享。每个微视频时长 3~5 min,内容主要包括手术介绍、术前胃肠道准备、术后呼吸功能锻炼方法、术后早期活动方法、术后促进胃肠蠕动方法及管道自我护理方法等;②健康教育路径表制定,根据前期调查的患者健康教育知识需求,查阅文献,咨询本科室及院内资深外科医疗、护理专家,并结合科室具体工作情况,制定健康教育路径表,主要包括健康教育时间、健康教育内容两个模块,健康教育内容涵盖围术期相关知识点,详见表 2;③健康教育形式:当患者计划于 3 d 内(含 3 d)进行手术时,由责任护士指导患者及家属使用手机扫描二维码观看健康教育微视频,同时告知可多次反复观看以加深印象。术前 1 d,再由责任护士根据健康教育路径表为患者及其家属实施健康教育,并将此路径表悬挂于患者床尾,指导患者或家属于术后准确记录相应内容,最后由责任护士在健康教育路径表上确认并签名。

表 2 健康教育路径表

健康教育时间	健康教育内容
术前 1 d	1. 手术方式;2. 麻醉方式;3. 疼痛知识;4. 戒烟戒酒;5. 皮肤准备;6. 清洁脐部;7. 胃肠道准备;8. 呼吸功能锻炼方法(深呼吸、有效咳嗽、吹气球);9. 术后促进胃肠功能恢复方法;10. 翻身方法;11. 上下肢运动;12. 管道护理知识;13. 睡眠指导;14. 心理指导。
手术日	1. 术晨:了解术前准备情况,安慰患者情绪,接台手术补液准备;2. 术后返回病房:解释各种管道的作用及注意事项、体位安置目的、镇痛泵使用方法、禁食禁饮具体要求。
术后 1~3 d	1. 饮食指导;2. 术后早期活动方法;3. 术后促进胃肠功能恢复方法;4. 呼吸功能锻炼方法;5. 管道护理知识;6. 拔除尿管前膀胱训练方法;7. 首次离床活动时间记录;8. 首次肛门排气、排便时间记录。
术后 4~7 d	1. 饮食指导;2. 指导床边活动、病房走廊活动;3. 告知相关并发症及预防措施、应对方法;4. 伤口护理知识

1.3 观察指标

1.3.1 术后康复相关指标 观察两组患者术后首次肛门排气时间、术后首次肛门排便时间、术后首次下床活动时间,以小时为单位计算,由责任护士观察、记录,必要时做好交接班。

1.3.2 健康教育知识掌握情况 比较两组患者对健康教育知识的掌握情况,由健康教育小组制定围术期健康教育知识调查表,内容主要包括胆石症发病危险因素、术前准备、术后功能锻炼、饮食、疼痛控制、留置管道作用及护理方法、手术伤口护理知识等内容,共 20 题,满分为 100 分,责任护士于术后第 5 天发放该调查表由患者填写并当场回收。分数越高,说明患者对健康教育知识掌握程度越高。

1.3.3 患者对健康教育的满意度 比较两组患者对健康教育的满意度评价结果,于患者出院前填写,采用自行设计的调查问卷,从健康意识行为的改变、健康技能的掌握、健康教育形式、时间及效果等维度进行评价,总分 100 分,分数越高,说明对健康教育的满意度

越高。

1.4 统计学方法 本研究采用 SPSS 26.0 进行数据分析。符合正态分布或近似正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较采用独立样本 t 检验,对比分析两组患者在术后首次肛门排气时间、术后首次肛门排便时间、术后首次下床活动时间、健康教育知识掌握得分、对健康教育满意度得分之间的差异情况。对两组患者的性别、文化程度等计数资料以例数(n)、百分比(%)描述,使用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后康复相关指标比较 观察组在术后首次肛门排气时间、术后首次肛门排便时间及术后首次下床活动时间均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.001$),见表 3。

2.2 两组患者健康教育知识掌握情况比较 观察组在健康教育知识掌握情况方面得分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 4。

表 3 两组患者术后康复相关指标比较					单位:h
组别	n	术后首次肛 门排气时间	术后首次肛 门排便时间	术后首次下 床活动时间	
观察组	34	29.85±7.48	40.47±8.85	20.70±5.52	
对照组	34	36.44±7.59	52.20±6.91	26.02±8.74	
t		3.602	6.090	3.001	
P		<0.001	<0.001	0.004	

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 4 两组患者健康教育知识掌握情况比较			单位:分
组别	n	健康教育知识掌握情况	
观察组	34	81.02±5.61	
对照组	34	73.52±5.15	
t		5.740	
P		<0.001	

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

2.3 两组患者对健康教育的满意度得分比较 观察组在对患者健康教育的满意度得分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.001$),见表 5。

表 5 两组患者对健康教育的满意度得分比较			单位:分
组别	n	对健康教育的满意度得分	
观察组	34	84.56±4.32	
对照组	34	70.15±4.52	
t		13.427	
P		<0.001	

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

3 讨论

胆石症具有较高的发病率,虽然是一种良性疾病,若未及时有效治疗,可诱发急慢性胆囊炎、梗阻性黄疸、胆囊癌、胆管癌等后果^[8]。外科手术作为主要治疗手段的同时,也具有一定的风险,使患者承受生理及心理的双重压力,极大影响手术顺利进行乃至术后恢复。良好的健康教育可帮助患者正确理性认识疾病,减轻不良情绪影响,从而提高手术配合度,增强自我护理能力,促进术后康复。

3.1 微视频结合健康教育路径可促进胆石症患者术后康复 本研究结果显示,观察组患者术后首次肛门排气时间、术后首次肛门排便时间、术后首次下床活动时间均短于对照组,表明微视频结合健康教育路径能有效促进胆石症患者术后康复。由于胆石症围术期健康教育内容较多,知识点相对零散,且以往的常规健康教育方法主要以口头讲授为主,患者需要在短时间内接收大量信息,处于较为被动的状态,直接影响患者对健康教育的参与度,导致健康教育实施效果不佳。微视频能真实、生动地传达信息,也能在短时间内吸引患者的注意力,具有较好的视觉体验,患者可根据视频播放的内容学习术后功能锻炼的方法,使比较抽象的医

学知识更形象化、具体化。健康教育路径以患者需求为导向进行设计,有准确的时间框架和标准化的教育内容,患者可依据健康教育路径表上的时间和内容为指引,进行相应的准备和功能锻炼。让患者从以往的被动接受健康教育知识,转变为主动参与健康教育过程,提高其主观能动性,在术后能够早期下床活动并成功能锻炼,加速胃肠功能的恢复,因此对术后康复起到了积极的促进作用。

3.2 微视频结合健康教育路径可提高患者对健康教育知识的掌握程度 本研究结果表明,观察组患者对健康教育知识的掌握优于对照组,说明微视频结合健康教育路径可提高患者对健康教育知识的掌握水平。患者由于文化程度、教育背景等方面差异,加之部分护理人员健康教育意识薄弱,语言表达能力欠缺,且健康教育过程中各种因素干扰而遗漏知识点等,影响了患者对健康教育知识的掌握。微视频在拍摄内容的选择上,聚焦于胆石症患者围术期的相关知识点,以视频为载体,方便记忆。健康教育路径可使健康教育内容规范化、同质化、程序化,路径表中的条目可将相对碎片化的知识点进行有效整合,形成完整且系统的知识框架,让健康教育行为有章可循。健康教育路径的实施,能给患者清晰提示,让患者在理解中掌握知识点,积极进行术后早期功能锻炼,预防术后并发症,促进康复。有研究显示^[9],对于携带 T 管出院的胆石症患者,尤其是文化水平较低的老年患者,医护人员可采用床旁演示、视频教学等方式帮助患者及家属掌握健康教育内容,以提高患者的应对效能。因此,微视频中管道自我护理方法部分,对因病情需要携带引流管出院患者的延续性健康教育及护理,也发挥了重要作用。

3.3 微视频结合健康教育路径可提高患者对健康教育满意度的 本研究结果发现,观察组对健康教育满意度的评分高于对照组,说明微视频结合健康教育路径可提高患者对健康教育的满意度。随着社会的发展及人民生活水平不断提高,患者在就医过程中除了关注医疗水平、医疗质量外,也越来越注重体验感与获得感。传统以口头讲授为主的健康教育方法,虽然有统一的健康教育资料,但由于护理人员在呈现健康教育内容上的差异,导致健康教育流于形式,无法达到良好的效果,一定程度上也存在护患矛盾隐患。借助微视频进行健康教育,能使一些比较抽象的医学知识以更加直观的方式呈现,有助于患者更好理解,便于记忆,且播放端选择多样化,不受时间、空间限制,可反复观看学习,而健康教育路径内容全面详实,指引明确,同时避免了宣教内容的遗漏。患者在参与健康教育的过程中,获取了知识,增强了体验感。这些既体现了以患者为中心的服务理念,也深化了优质护理服务的内涵。

4 小结

综上所述,对胆石症围术期患者实施微视频结合

路径式健康教育,能有效促进患者术后康复,提高患者对健康教育知识的掌握程度及满意度,丰富了胆石症患者围术期健康教育方法。本研究也存在一定的局限性,如健康教育路径表实施时间不长,其内容标准化程度有待继续完善,样本量较小,且为单中心研究,影响结果的稳定性和普适性。未来将通过扩大样本量和多中心协作,延长研究时间,进一步验证结论的可靠性和有效性。

参考文献:

[1] 孙苗苗,曹立瀛,孙卫东,等.血清高密度脂蛋白胆固醇与新发胆石症的关系[J].临床肝胆病杂志,2019,35(8):1745-1750.

[2] 孙国强.腹腔镜治疗肝胆结石分析[J].中外医疗,2019,38(25):54-56,81.

[3] 张清花.吴茱萸热熨对肝郁气滞型胆石症患者疼痛的影响[D].福州:福建中医药大学,2020.

[4] LI E L, YUAN R F, LIAO W J, et al. Intrahepatic bile duct exploration lithotomy is a useful adjunctive hepatec-

tomy method for bilateral primary hepatolithiasis: an eight-year experience at a single centre[J]. BMC Surg, 2019,19(1):16.

[5] MIR F, JONNALAGADDA S. Bile cast syndrome: Diagnosis and management, a case series[J]. Endosc Int Open, 2017,5(5):E321-E323.

[6] LI H, ZHENG J, CAI J Y, et al. Laparoscopic VS open hepatectomy for hepatolithiasis: an updated systematic review and meta-analysis[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(43):7791-7806.

[7] 季芳,卜杨,夏源.微视频联合情境体验健康教育在腹腔镜胆总管切开取石术病人中的应用研究[J].蚌埠医学院学报,2021,46(11):1619-1622.

[8] 刘昌,孟凡迪,王瑞涛.胆石症基础研究现状与展望[J].中国实用外科杂志,2021,41(1):48-51.

[9] 朱敏,韩雅婷,范慧敏,等.带T管的胆管结石患者出院准备度现状及与应对效能相关性分析[J].右江民族医学院学报,2025,47(1):177-181.

收稿日期:2025-11-06;修回日期:2026-01-07

(本文编辑 钟琳)

(上接第 690 页)

[12] KERNAN W N, VIERA A J, BILLINGER S A, et al. Primary care of adult patients after stroke: a scientific statement from the American heart association/American stroke association[J]. Stroke, 2021, 52(9): e558-e571.

[13] MANIACI A, LECHIEN J R, D'AMICO E, et al. Post-cerebro vascular stroke and early dysphagia assessment: a systematic review[J]. Acta Biomed, 2022, 93(4): e2022263.

[14] 石的红.脑卒中患者吞咽障碍的饮食护理干预效果[J].吉林医学,2022,43(11):3156-3158.

[15] 侯静.精密型摄食训练监管护理联合吞咽神经肌肉电刺激在脑卒中吞咽障碍患者康复中的应用[J].医学理论与实践,2023,36(13):2303-2305.

[16] NOUH A, AMIN-HANJANI S, FURIE K L, et al. Identifying best practices to improve evaluation and management of in-hospital stroke: a scientific statement from the American heart association[J]. Stroke, 2022, 53(4): e165-e175.

[17] 孙娟,张敏,王清,等.基于食物改进在脑卒中吞咽障碍患者经口进食管理的系统评价[J].当代护士:下旬刊,2021,28(10):37-44.

[18] LIN S C, LIN K H, TSAI Y C, et al. Effects of a food preparation program on dietary well-being for stroke patients with dysphagia: a pilot study[J]. Medicine, 2021, 100(25): e26479.

[19] 刘丽,唐朝霞,黄英华,等.以专科护士为主导的分级喂养管理在脑卒中吞咽障碍患者中的效果观察[J].护理实践与研究,2022,19(20):3135-3139.

[20] 袁媛,隋莹,魏小利,等.呼吸训练联合个体化健康教育对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(13):134-137.

[21] 黄宏汰,汪莉,庞舒娴,等.基于信息-动机-行为技巧模型理论的脑卒中吞咽障碍护理方案对老年脑卒中吞咽障碍病人的干预效果[J].实用老年医学,2023,37(12):1278-1282.

[22] ZHANG B H, WONG K P, LIU M Y, et al. Effect of artificial intelligence-based video-game system on dysphagia in patients with stroke: a randomized controlled trial[J]. Clin Nutr, 2025, 45: 81-90.

[23] 邢媛媛.摄食训练联合冰盐水口腔护理对脑卒中吞咽障碍患者康复效果研究[D].荆州:长江大学,2021.

[24] 何薇,尤敏,袁娟,等.中医护理干预脑卒中后吞咽障碍疗效的 Meta 分析[J].牡丹江医学院学报,2021,42(1): 22-26.

[25] 黄华清,施家芳,施碧霞.经颅磁刺激联合穴位按摩在中风后吞咽障碍中的应用[J].中国卫生标准管理,2024, 15(13):155-158.

[26] 张云,王幽.康复团队协作模式下的吞咽障碍分级管理在脑卒中吞咽障碍病人中的应用[J].循证护理,2023,9(23):4282-4286.

[27] DZIEWAS R, MICHOU E, TRAPL-GRUNDSCHÖBER M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia[J]. Eur Stroke J, 2021, 6(3): LXXXIX-CXV.

收稿日期:2025-12-15;修回日期:2026-01-06

(本文编辑 覃洪含)