

医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的效果观察及并发症发生率分析

吕静, 宋庆华

中国人民解放军联勤保障部队第970医院威海医疗区 山东威海

【摘要】目的 分析青光眼 (Glaucoma, GLA) 手术患者使用医护一体化护理的效果。**方法** 从2022年5月-2023年5月的GLA手术患者中随机抽取62例, 双盲法分为A组(31例, 常规护理)和B组(31例, 医护一体化护理), 对比两组效果。**结果** B组临床指标(术后7d、术后1月、术后3月)、护理后SQOL-DVI评分、并发症发生率优于A组($P < 0.05$)。**结论** GLA手术患者使用医护一体化护理, 有利于延缓疾病进展, 预防并发症发生, 使生活质量维持在较高状态。

【关键词】 医护一体化护理干预; 青光眼; 手术; 并发症发生率; SQOL-DVI评分

【收稿日期】 2024年1月20日 **【出刊日期】** 2024年2月17日 **【DOI】** 10.12208/j.jacn.20240053

Observation of the effect of integrated medical care intervention in glaucoma surgery patients and analysis of complication incidence

Jing Lv, Qinghua Song

Weihai Medical Area, the 970th Hospital of the PLA Joint Logistic Support Force, Weihai, Shandong

【Abstract】 Objective To analyze the effect of using integrated medical care for patients undergoing glaucoma (Glaucoma, GLA) surgery. **Methods** 62 patients were randomly selected from May 2022 to May 2023, and the double-blind patients were divided into group A (31 patients, usual care) and Group B (31 patients, integrated care) to compare the effect of the two groups. **Results** In group B, clinical indicators (7d, 1 month and 3 month), SQOL-DVI score and complication rate were better than those in group A ($P < 0.05$). **Conclusion** The use of integrated medical care for GLA surgery patients can delay the disease progression, prevent the occurrence of complications, and maintain the quality of life at a high state.

【Keywords】 Integrated care intervention; Glaucoma; Surgery; Complication rate; SQOL-DVI score

眼科患者中数量较多的是以视力下降、视野缺损、视神经萎缩等为主要表现的青光眼 (GLA), 如果任由疾病发展, 患者会完全丧失视力^[1-2], 严重影响正常的生活。目前临床主要通过手术治疗 GLA, 通过手术降低眼压和对正常眼组织的损伤, 使患者最大程度恢复视力^[3-4]。围手术期予以 GLA 患者高质量的护理干预, 是保证手术顺利实施、提高手术和预后效果的基础, 而以往临床所使用的常规护理已经不能满足临床所需, 迫切需要引入新型护理模式如医护一体化护理等^[5]。本研究分析了 GLA 手术患者使用医护一体化护理的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从2022年5月-2023年5月的GLA手术患者中随机抽取62例, 双盲法分组, A组(31例)年龄28-75

岁, 均值(53.68±5.24)岁, 体重45.52-87.15kg、均值(65.23±6.47)kg, 男/女(18/13); B组(31例)年龄25-74岁、均值(53.12±5.31)岁, 体重45.38-87.56kg、均值(65.49±6.38)kg, 男/女(16/15)。一般资料对比($P > 0.05$)。

纳入标准: 根据临床相关标准确诊为GLA; 符合手术条件; 自愿参与且签署知情文件; 资料完整; 意识清晰且能和医护人员正常沟通。

排除标准: 合并恶性肿瘤、精神病、严重感染、其他类型眼部疾病者等。

1.2 方法

1.2.1 A组

A组采用监测患者病情和生理指标、口头健康宣教、用药和饮食干预等常规护理。

1.2.2 B组

B组: 医护一体化护理。(1) 成立由经验丰富的医护人员组成的医护一体化护理小组, 组长领导小组成员共同总结以往护理经验, 结合本科室实际情况和患者特征, 制定符合 GLA 患者需求的护理方案。(2) 术前管床医生重点向患者讲解治疗要点, 使其了解手术内容、注意事项、可能遇到的风险问题等。责任护士评估患者实际情况(营养和心理状态、麻醉风险等), 指导其完成术前检查(血常规、眼部检查等), 做好术前准备工作如教会患者术中如何配合转动眼球、避免咳嗽和打喷嚏的方法。(3) 术中对患者生命体征密切监测, 一旦异常立即告知手术医生并协助其对症处理, 叮嘱患者术中保持头部不动。(4) 术后向患者及家属客观介绍手术情况, 告知注意事项, 监测生命体征。术后叮嘱患者平卧 12h 后才能下床活动。每天定时检测视力、眼压, 对患者结膜、角膜等情况仔细观察, 如果分泌物过多, 需使用生理盐水清洗。告知患者预防并发症的有效措施, 叮嘱患者不能揉眼、大笑, 严格遵医嘱使用滴眼液和药物。(5) 出院前做好健康宣教, 叮嘱患者注意保持眼部卫生, 注意不能对术眼造成压迫。教会患者如何正确监测眼压、使用眼药水, 出门需要佩戴太阳镜, 不能直视强光, 遵医嘱回院复查。

1.3 指标观察

1.3.1 临床指标

非接触式眼压计测量眼压; 标准对数视力表测量最佳矫正视力 (Best Corrected Intermediate Visual Acuity, BCVA); OCTOPUS 检测颞侧视野 (Visual field, VF), OCT 检测黄斑中心凹厚度 (Foveal Thickness, CFT)、视盘颞侧视神经纤维层厚度 (Retinal Nerve Fiber layer thickness, RNFLT)。

1.3.2 SQOL-DVI 评分

SQOL-DVI 量表评价患者生活质量, 评价指标: 症状与视功能 (80 分)、身体机能 (40 分)、社会活动 (40 分)、精神心理 (40 分)、总分 (200 分)。分数和质量正相关。

1.3.3 并发症发生率

并发症发生率 = (低眼压 + 浅前房 + 前房出血 + 脉络膜脱落) / 总例数 × 100%。

1.3.4 SAS 评分

SAS 量表中的焦虑、害怕、不幸预感、乏力、睡眠障碍) 评价患者心态变化, 心态越好评分 (4 分/项) 越低。

1.4 统计学分析

SPSS25.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量

与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比临床指标

护理前两组临床指标对比 ($P > 0.05$), 护理后 B 组优于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 对比 SQOL-DVI 评分

护理前 SQOL-DVI 评分两组对比 ($P > 0.05$), 护理后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 对比并发症发生率

A 组并发症发生情况: 低眼压 4 例 (12.90%)、浅前房 2 例 (6.45%)、前房出血 2 例 (6.45%)、脉络膜脱落 1 例 (3.23%), 并发症发生率 29.03%; B 组并发症发生情况: 低眼压 1 例 (3.23%)、浅前房 1 例 (3.23%), 并发症发生率 6.45%。B 组并发症发生率低于 A 组 ($\chi^2 = 5.415, P = 0.019$)。

2.4 对比 SAS 评分

护理前 A 组 SAS 评分[焦虑 (3.05 ± 0.37) 分、害怕 (3.12 ± 0.38) 分、不幸预感 (3.08 ± 0.36) 分、惊恐 (3.18 ± 0.46) 分、静坐不能 (3.03 ± 0.36) 分]和 B 组的 SAS 评分[焦虑 (3.09 ± 0.35) 分、害怕 (3.15 ± 0.34) 分、不幸预感 (3.03 ± 0.32) 分、惊恐 (3.13 ± 0.47) 分、静坐不能 (3.06 ± 0.34) 分]相比 ($t = 0.437, 0.327, 0.577, 0.423, 0.337, P = 0.663, 0.744, 0.565, 0.673, 0.737$); 护理后 B 组 SAS 评分[焦虑 (0.62 ± 0.21) 分、害怕 (0.56 ± 0.19) 分、不幸预感 (0.67 ± 0.41) 分、惊恐 (0.65 ± 0.37) 分、静坐不能 (0.53 ± 0.21) 分]低于 A 组的 SAS 评分[焦虑 (1.48 ± 0.67) 分、害怕 (1.09 ± 0.41) 分、不幸预感 (1.19 ± 0.42) 分、惊恐 (1.25 ± 0.51) 分、静坐不能 (1.05 ± 0.43) 分], 组间对比 ($t = 6.819, 6.530, 4.932, 5.301, 6.050, P$ 均 = 0.000)。

3 讨论

GLA 是眼科患者数量较多的一种致盲性疾病, 患病率和致盲率仅低于白内障, 中老年是该病的高发群体, 如果患者出现显著视力降低、视野缺损、视神经萎缩等不良表现, 而未及时采取有效的处理措施, 患者有较大的概率彻底丧失视力^[6-7]。

由于 GLA 早期临床症状并不明显, 且病情发展缓慢, 随着视神经不可逆损伤日益加重, 临床症状明显, 此时已经错失最佳的治疗时机^[8]。目前临床治疗 GLA 患者主要采用手术的方式, 其能快速降低眼压, 最大程度保留残余视功能^[9], 确保患者生活质量恢复较高状态。

表 1 对比临床指标[$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	术前	术后 7d	术后 1 月	术后 3 月
眼压 (mmHg)					
B 组	31	25.63±2.32	19.21±2.06	17.34±1.58	15.27±1.24
A 组	31	25.51±2.35	21.95±2.13	19.26±1.64	16.89±1.35
t	-	0.202	5.148	4.694	4.920
P	-	0.840	0.000	0.000	0.000
BCVA					
B 组	31	0.41±0.12	0.54±0.15	0.61±0.13	0.68±0.11
A 组	31	0.44±0.17	0.46±0.11	0.49±0.14	0.57±0.10
t	-	0.802	2.394	3.497	4.119
P	-	0.425	0.019	0.000	0.000
CFT (μm)					
B 组	31	150.65±4.75	156.78±3.21	157.25±3.12	158.34±3.25
A 组	31	150.12±4.67	154.23±3.25	155.14±2.83	156.31±3.14
t	-	0.443	3.108	2.788	2.501
P	-	0.659	0.002	0.007	0.015
颞侧 VF ($^{\circ}$)					
B 组	31	64.35±5.46	70.81±4.85	73.13±5.26	75.68±7.23
A 组	31	64.58±5.12	67.34±3.52	69.49±3.61	69.12±5.54
t	-	0.171	3.223	3.168	4.009
P	-	0.864	0.002	0.002	0.000
视盘颞侧 RNFLT (μm)					
B 组	31	65.12±5.75	71.67±5.48	74.58±5.12	83.64±5.35
A 组	31	65.68±5.62	68.12±3.46	70.72±3.69	78.12±4.27
t	-	0.387	3.049	3.405	4.489
P	-	0.699	0.003	0.001	0.000

注: 和本组护理前对比* $P < 0.05$ 。表 2 对比 SQOL-DVI 评分[$\bar{x} \pm s$ (分)]

分组 例数	症状与视功能 (80 分)		身体机能 (40 分)		社会活动 (40 分)		精神心理 (40 分)		总分 (200 分)		
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	
B 组 31	48.26±4.53	65.81±4.62*	18.58±2.24	28.39±3.18*	20.15±2.36	28.42±2.53*	21.38±2.51	28.53±2.21*	137.16±8.49	158.72±9.15*	
A 组 31	48.35±4.61	61.13±4.15*	18.67±2.26	24.14±3.35*	20.32±2.28	25.48±2.37*	21.46±2.64	26.17±2.23*	137.89±8.52	150.43±8.61*	
t 值	-	0.077	4.195	0.157	5.123	0.288	4.721	0.122	4.185	0.337	3.673
P 值	-	0.938	0.000	0.875	0.000	0.774	0.000	0.903	0.000	0.736	0.000

注: 和本组护理前对比* $P < 0.05$ 。

但是围手术期多种因素都会影响手术的顺利实施以及手术和预后效果,因此在围手术期予以患者高质量的护理干预具有重大的临床价值^[10]。

本文结果: B组临床指标(术后7d、术后1月、术后3月)、护理后SQOL-DVI评分、并发症发生率优于A组($P < 0.05$),提示GLA手术患者使用医护一体化护理具有较高的有效性和安全性。以往临床针对GLA手术患者多采用常规护理,护理人员被动遵医嘱针对疾病本身实施护理,具有较强的被动性,导致护理人员工作积极性较差,再加上忽视患者心态变化,导致医患难以有效沟通,护理人员不能真正了解患者的实际需求,使护理质量和护理满意度均较低^[11]。随着临床引入医护一体化护理模式,提高了医护人员的协同性,确保及时为患者解决问题,为其提供全面的优质护理服务和常规护理相比,医护一体化护理能将医护人员在护理服务中的作用充分发挥出来,责任医生和护士针对GLA手术患者的实际情况,立足于患者需求,从不同角度为患者制定针对性干预方案,将医护协同作用充分发挥出来,提高临床护理服务的质量和效果,从而达到协同增效的目的,使GLA手术患者术后康复时间显著缩短,预防出现并发症,提高手术和预后效果^[12]。医护一体化护理的实施,优化医护协调沟通机制,责任医生和护士共同对患者实际情况进行评估,结合评估结果对护理方案进一步优化,从而促使患者最大程度恢复视功能,使其在治疗期间维持较高的生活质量,降低围手术期并发症发生率。

综上所述, GLA手术患者使用医护一体化护理,有利于延缓疾病进展,预防并发症发生,使生活质量维持在较高状态。

参考文献

- [1] 肖桃红,徐艺维,贺攀.运动康复联合心理护理在改善青光眼患者视力、眼压及心理状态中的应用[J].包头医学,2023,47(4):36-38.
- [2] 李君玲.个体化护理措施对急性闭角型青光眼患者术后负性心理情绪、预后的影响研究[J].黑龙江医学,2023,

47(24):3047-3049.

- [3] 李泽琼,李静南,江焱,等.互动达标理论下护理干预对急性闭角型青光眼术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(24):66-69.
- [4] 朱会均,杨勇,徐厚香.基于CICARE沟通模式的护理对青光眼术后患者视力、眼压及睡眠情况的影响[J].中外医学研究,2023,21(35):110-113.
- [5] 黄水明.人文关怀护理在青光眼合并白内障患者术后疼痛护理中的应用与效果评价[J].中国医药指南,2023,21(34):152-154.
- [6] 刘莉.精细化护理模式对青光眼合并高血压患者围术期血压的影响[J].河北北方学院学报(自然科学版),2023,39(12):16-18.
- [7] 贾淑华,张艳.预见性护理干预在原发性闭角型青光眼患者术后的应用[J].实用防盲技术,2022,17(2):91-93.
- [8] 吴晓云,周桂琴,吴贤慧.程序化疼痛护理联合引导式干预在急性闭角型青光眼患者疼痛管理中的应用效果评价[J].实用防盲技术,2022,17(3):128-130+127.
- [9] 叶池林,樊迎春.护理干预对急性闭角型青光眼患者SAS评分与护理满意度的影响分析[J].基层医学论坛,2022,26(21):47-49.
- [10] 陶晶梅,杜林,刘莉.互动达标理论结合个性化护理干预在急性闭角型青光眼患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(6):109-111.
- [11] 徐磊.医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的应用效果分析[J].婚育与健康,2023,29(8):160-162.
- [12] 谢文丽,刘妮.医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(6):177-179.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS