

低视力儿童的视觉康复及其健康教育

韦彩坚

(柳州市妇幼保健院 广西 柳州 545001)

摘要: 目的: 此次研究主要探讨低视力儿童应用视觉康复与健康教育干预的效果。方法: 随机选取我院 2020 年 5 月-2022 年 5 月时段内接收的 78 例低视力儿童展开研究, 利用数字表法将儿童分成对照组与研究组(各 39 例), 对照组采用常规视觉康复训练, 研究组采用视觉康复训练与健康教育, 观察两组应用效果。结果: 干预前统计两组儿童远视力、调节视力、阅读与精细工作和日常生活能力等评分视觉评分均无差异性, $P>0.05$ 。经干预, 研究组远视力、调节视力、阅读与精细工作和日常生活能力等评分视觉评分均高于对照组, $P<0.05$; 研究组儿童最佳视力矫正范围在 0.30-0.49、0.50 以上比率均高于对照组, $P<0.05$ 。结论: 低视力儿童应用视觉康复与健康教育训练能够取得理想效果, 可帮助儿童视力有效改善, 值得推广。

关键词: 低视力儿童; 视觉康复; 健康教育; 应用效果

低视力作为儿童比较多见的眼部疾病之一, 导致低视力发生原因较为复杂, 可能和先天性眼球震颤、高度复性近视散光或者是视神经萎缩远视等有关, 同时当儿童接受青光眼手术与先天性白内障手术过后康复期间存在的视力问题, 也被纳入在低视力范畴^[1]。由于低视力儿童视觉相比正常儿童会明显缺失, 所以会给儿童生长发育造成严重影响, 必须尽快进行干预, 帮助儿童视力得到改善。近几年在临床研究不断探讨下发现, 视觉康复与健康教育应用在低视力儿童干预中可以发挥出重要功效, 不仅可以改善患儿视觉功能, 还可以起到一定纠正视力的效果。基于此, 本文就视觉康复和健康教育的应用效果展开探究。

1 资料与方法

1.1 基础资料

自 2020 年 5 月开始一直到 2022 年 5 月结束针对低视力儿童康复训练方案开展为期 1 年研究, 将研究期间我院收治共 78 例低视力儿童当作研究对象, 利用数字表法将儿童分成两组, 一组是对照组, 39 例, 男女儿童例数分别是 20 例、19 例, 年龄介于 0-6 岁间, 年龄均值(3.01 ± 0.31) 岁, 低视力分级 I 级儿童 23 例, II 级儿童 16 例; 一组是研究组, 39 例, 男女儿童例数分别是 21 例、18 例, 年龄介于 0-5 岁间, 年龄均值(3.03 ± 0.28) 岁, 低视力分级 I 级儿童 24 例, II 级儿童 16 例; 上述两组儿童资料经统计学软件计算发现无差异性 ($P>0.05$)。

纳入标准: (1) 均经过最佳视力矫正视力检测评估确认均属于低视力儿童, 满足 WHO 低视力诊断标准严格^[2]; (2) $0.05 \leq I$ 级低视力 ≤ 0.1 、 $0.1 \leq II$ 级低视力 ≤ 0.3 ; (3) 儿童家属均知情本次研究, 并同意研究开展。排除标准: (1) 两眼失明儿童; (2) 智力障碍或者语言障碍儿童; (3) 不配合研究者。

1.2 方法

对照采用常规康复训练, 护理人员主要针对儿童实际情况, 给予相应的视力康复训练。研究组采用视觉康复训练与健康教育, 内容如下: (1) 制定针对性视觉康复训练方案, 当儿童入院后, 需要及时将患儿相关病历资料进行收集, 并且咨询儿童家属视觉活动以及日常活动等特点, 和患儿进行密切沟通交流, 掌握儿童性格特点, 并和医生一同协商, 为患儿制定出针对性视觉康复方案。当方案制定完成后, 需要给予家属方案叙述, 根据家属要求合理调整训练方案^[3]。(2) 健康教育, 选择一对一方式开展健康教育, 护理人员需要给予患儿家属低视力相关知识宣教, 并告知家属患儿实际病情情况, 讲解视觉康复训练安排, 指导家属相关家庭护理知识, 同时还需要将视觉康复训练重要性给家属与儿童讲解, 确保家属与患儿可以积极配合, 保证视觉康复训练可以正常进行。另外, 护理人员还

需要及时了解患儿心理状态, 及时给予疏导, 改善患儿负面情绪。

(3) 视觉康复训练方案实施, 第一, 需要根据患儿具体视力情况, 设计视觉训练方案, 并进行相关阅读材料设计, 在各个阶段中进行使用, 监测患儿视觉与阅读功能恢复情况。第二, 开展视觉定位能力训练, 可以选择患儿比较感兴趣的材料, 并从中挑选一个字母或者文字, 训练过程中指引患儿寻找挑选的文字或字母, 逐渐训练并提高患儿阅读能力与精准度; 同时还需要给予笔画训练, 从简到难开展, 指引患儿沿着线条轨迹逐渐开始临摹描红。第三, 开展视觉记忆能力训练, 护理人员需要带领患儿进入到一个房间中, 并指导患儿观察房间内各个物品陈设情况, 之后随意取走房间内的物体, 当患儿重新回到房间后, 观察缺少的物体, 并叙述出物体形态特征与陈设位置, 以有效锻炼视觉记忆功能。

1.3 观察指标

观察统计经训练干预后两组儿童最佳矫正视力情况; 分别在训练前与训练后六个月观察儿童视力恢复情况, 视力恢复情况根据中文低视力生活质量评估量表 (CLVQOL) 评估, 主要从儿童远视力、调节能力、阅读和精细工作、日常生活能力等方面评估, 分值与视力生活质量呈正相关^[4]。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理分析, X^2 、 t 检验, 并用 ($n\%$) ($\bar{x} \pm s$) 表示, $P<0.05$, 则数据有差异。

2 结果

2.1 最佳矫正视力情况

经观察对比可见, 研究组最佳矫正视力范围在 0.05-0.09、0.10-0.29 儿童占比均小于对照组, 而最佳矫正视力范围在 0.30-0.49、0.5 以上儿童比率均高于对照组, $P<0.05$ 。

表 1 观察比较两组儿童康复干预后最佳矫正视力 ($n\%$)

组别	n (例)	0.05-0.09	0.10-0.29	0.30-0.49	0.5 以上
研究组	39	3 (6.12)	10 (25.64)	15 (38.46)	12 (30.76)
对照组	39	11 (28.20)	19 (48.71)	5 (12.82)	4 (10.25)
X^2		5.5714	4.4462	6.7241	5.0323
P		0.0182	0.0349	0.0095	0.0248

2.2 矫正视力水平

两组儿童还未开展训练前矫正视力水平无明显差异, $P>0.05$; 干预后各个阶段, 研究组矫正视力水平均高于对照组, $P<0.05$ 。

表 2 对比两组儿童干预前后矫正视力水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n (例)	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月	干预后 6 个月
研究组	39	0.18 ± 0.06	0.41 ± 0.15	0.51 ± 0.11	0.60 ± 0.15

对照组	39	0.16 ± 0.05	0.28 ± 0.09	0.34 ± 0.10	0.42 ± 0.09
t		1.5992	4.6410	7.1414	6.4260
P		0.1139	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 训练前后低视力者生活质量评分

如表 2 表 3 所示, 两组儿童训练干预前 CLVQOL 评分均无明显差异性, P>0.05; 经康复训练干预后, 两组 CLVQOL 评分均得到提高, 相比下, 研究组远视力、调节视力、阅读和精细工作、日常生活能力与总分均高于对照组, P<0.05。

表 3 观察对比训练干预前 CLVQOL 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	远视力	调节视力	阅读与精细工作	日常生活能力	总分
研究组	15.58 ± 3.17	5.41 ± 1.38	6.34 ± 1.28	5.06 ± 1.28	37.24 ± 5.36
对照组	15.69 ± 3.25	5.39 ± 1.42	6.19 ± 1.17	5.11 ± 1.03	37.56 ± 5.45
t	0.1513	0.0631	0.5402	0.1901	0.2614
P	0.8801	0.9499	0.5907	0.8498	0.7945

表 4 观察对比训练干预后 CLVQOL 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	远视力	调节视力	阅读与精细工作	日常生活能力	总分
研究组	30.17 ± 4.85	8.68 ± 1.58	11.85 ± 3.74	10.24 ± 2.15	61.48 ± 5.85
对照组	22.06 ± 5.17	6.47 ± 1.45	7.36 ± 4.01	8.01 ± 1.27	46.84 ± 6.67
t	7.1446	6.4357	5.1136	5.5771	10.3052
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 远点检测情况

干预后相比干预前, 两组远点检测水平均得到提高, 干预后两组对比, 研究组高于对照组, P<0.05。

表 5 对比两组儿童远点检测水平 ($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	n (例)	干预前	干预后 6 个月	t	P
研究组	39	41.58 ± 19.36	114.37 ± 36.28	11.0542	0.0000
对照组	39	40.63 ± 18.75	88.58 ± 40.39	6.7246	0.0000
t		0.2201	2.9665		
P		0.8264	0.0040		

3 讨论

近几年针对儿童眼部卫生问题, 国家逐渐加强重视程度, 尤其是低视力儿童, 已经成为儿童眼部疾病的一个研究重点^[5]。儿童一旦存在低视力后, 则会给日常生活造成严重影响, 不利于儿童正常认知社会与环境, 并对各项肢体活动产生干扰, 不利于儿童正常生长发育, 如果没有及时有效干预, 在病程不断延长下, 危害越来越大, 最终可能导致儿童视力丧失, 因此必须及时采取有效措施干预, 以改善患儿视力。

儿童低视力和成人低视力存在明显区别, 儿童缺乏一定的视觉经验, 难以建立完善视觉记忆, 并且许多患儿无法正确意识到自我视觉缺陷, 仅仅是使用残余视力, 同时个别患儿还伴有其他生理缺陷, 所以给视觉康复训练增加极大难度。结合儿童低视力特点, 必须设计出针对性视觉康复训练方案, 在训练过程中严格遵循儿童生长发育规律, 尽可能改善患儿视觉功能, 帮助患儿心理与智力发育

障碍进行纠正^[6]。

本次研究低视力儿童应用视觉康复与健康教育效果展开探究, 结果发现, 研究组患儿最佳矫正视力范围有效率与纠正后视力水平均高于对照组, 且经过训练后研究组患儿 CLVQOL 评分高于对照组, 远点视力水平比对照组高, 均 P<0.05。结果体现出视觉康复和健康教育干预能够有效改善低视力儿童视觉功能, 提高患儿视力。原因分析如下: 低视力儿童视觉康复训练难度较大, 在具体训练过程中, 必须要合理根据病情病理特点与患儿心理特点, 不断完善训练方案, 在实际训练时, 需要制定针对性视觉康复方案, 并根据患儿家属需求合理调整方案, 在方案开展前给予健康教育, 提高家属与儿童积极性, 同时适当开展心理疏导, 以改善患儿心理状态; 接着借助助视器与配套阅读材料, 可以提高视觉康复训练效果, 帮助患儿视觉功能有效改善; 同时给予视觉定位能力与记忆能力训练, 可以提高儿童记忆能力与视觉定位能力^[7-10]。另外, 训练过程中增强患儿日常生活技能训练, 确保患儿可以掌握日常基本能力, 提高患儿独立性, 促进正常行为发育, 为家属减轻一定生活负担, 以提高日常生活能力。

综上, 针对低视力儿童来说, 应用视觉康复与健康教育能够发挥出显著效果, 可以有效改善患儿视觉功能, 矫正患儿视力, 以提高生活质量, 可以在临床中推广应用。

参考文献:

- [1] 国家重点研发计划 2020YFC2008200 项目组, 中华医学会眼科学分会眼视光学组, 中国医师协会眼科医师分会眼视光专业委员会. 中国低视力康复临床指南(2021)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2021, 23(03): 161-170.
- [2] 李丽娟, 刘长菊, 刘青焱, 梁静, 王雪, 袁梅, 夏洪芬. 视觉感知训练对低视力儿童视觉感知能力、社会技能和活动表现的作用[J]. 解放军护理杂志, 2020, 37(01): 26-30.
- [3] 付金京, 赵云鹤, 朱嘉丽, 惠视, 封月娟, 李春艳. 6~14 岁低视力儿童行屈光矫正与助视器佩戴的视力康复情况研究[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(13): 75-77+81.
- [4] 赵永旺, 秦裕辉, 杨晓斌, 蒋阳春, 蒋双妃, 黄磊. 居家培训在学龄期低视力儿童视觉康复中的应用[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(10): 1184-1190.
- [5] 邓敏, 许江涛, 苏晓丹, 赵书萍, 周莹. 儿童盲和低视力的病因与屈光状态及运用助视器康复研究[J]. 国际眼科杂志, 2018, 18(09): 1750-1752.
- [6] 李悦宁. 视觉康复训练对低视力儿童视力的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(32): 76.
- [7] 吴文英, 邵锦华, 言丽萍, 李锦嫦, 赵丹青, 吴煜坚. 视觉康复训练对低视力儿童视力的影响研究[J]. 中国医学创新, 2017, 14(13): 124-127.
- [8] 胡运涛. 康复训练对低视力儿童视觉质量的影响[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(07): 119-120.
- [9] 林穗智, 古衍萍, 胡运涛. 低视力儿童三位一体综合康复干预治疗临床数据分析[J]. 广州医药, 2015, 46(01): 88-89.
- [10] 杨俊芳, 陶利娟, 漆争艳, 张金梅, 田密, 向剑波. 低视力儿童应用助视器提高视觉质量的效果及护理[J]. 当代护士(学术版), 2011(10): 63-64.

项目名称: 视觉综合评估与训练在 0-6 岁儿童低视力中的应用
(合同编号: 2020NBAB0109 自)