

复杂性眼外伤患者玻璃体切割围手术期护理效果分析

王昭霞 姚玲莉 张孝钗

(重庆市人民医院 重庆 400014)

摘要:目的: 分析复杂性眼外伤患者玻璃体切割围手术期接受优质护理的效果。方法: 从2020年1月-2022年1月期间院内收治的复杂性眼外伤患者内选择70例研究, 根据干预形式分组, 即实验组与对照组, 各35例。对照组接受常规护理, 实验组接受优质护理, 对比护理效果。结果: 实验组排气时间为(55.91±17.21)h、可以进食时间为(3.15±3.26)h、住院时间为(9.65±1.54)d、引流管留置时间为(5.43±1.33)d, 对照组排气时间为(80.33±22.93)h、可以进食时间为(5.56±2.36)h、住院时间为(15.89±2.43)d、引流管留置时间为(9.65±1.65)d, $P < 0.05$ 。实验组干预前焦虑评分为(76.01±4.05)、抑郁评分为(69.10±3.56), 对照组干预前焦虑评分为(75.52±4.16)、抑郁评分为(68.27±3.69), $P > 0.05$ 。实验组干预后焦虑评分为(55.11±2.10)、抑郁评分为(52.33±1.57), 对照组干预后焦虑评分为(69.39±3.26)、抑郁评分为(63.10±2.28), $P < 0.05$ 。实验组视力恢复优于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 将优质护理用于复杂性眼外伤患者玻璃体切割围手术期护理内, 可以改善患者的住院指标、视力以及情绪, 值得临床推广应用。

关键词: 复杂性眼外伤; 玻璃体切割; 围手术期; 优质护理

复杂性眼外伤是临床仅次于白内障的第二位致盲性眼部疾病, 会对患者的视力产生严重影响^[1]。玻璃体切割术是临床治疗复杂性眼外伤的主要方式, 玻璃体切割手术为眼科的一种手术方式, 患者迫不得已才做此手术。比如患者视网膜脱离、玻璃体出血、眼部增殖膜、玻璃体增殖条索要进行切除^[2]。恢复视功能时, 必须采取玻璃体切割手术。这一方式虽然效果较好, 但手术比较复杂, 且手术时间比较长, 故手术内的风险性比较大, 一旦术后常存在任何意外都会发生不可逆转的结果^[3]。因此, 对复杂性眼外伤患者进行围手术期护理十分关键, 故本文分析优质护理在复杂性眼外伤玻璃体切割术患者内的效果, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2020年1月-2022年1月期间院内收治的复杂性眼外伤患者内选择70例研究, 根据干预形式分组, 即实验组与对照组, 各35例。实验组年龄在30-70周岁, 平均为(43.91±1.23)周岁, 男25, 女10, 玻璃体出血10, 视网膜脱离5, 人工晶体15, 眼内异物5。对照组年龄在30-70周岁, 平均为(43.92±1.21)周岁, 男24, 女11, 玻璃体出血9, 视网膜脱离6, 人工晶体16, 眼内异物4。对两组年龄、性别等资料分析后, $P > 0.05$, 具有可比性。本次实验经医院伦理委员会同意。纳入标准:(1)知情同意, 且积极参与。(2)确诊为复杂性眼外伤患者, 且接受玻璃体切割手术。排除标准:(1)存在血液疾病。(2)存在传染病变。

1.2 方法

对照组接受常规护理: 对患者进行常规的术前检查, 术中根据无菌技术进行操作, 帮助患者清洁眼部。

实验组接受优质护理:(1)心理疏导: 根据患者的实际制定针对性护理干预措施, 向患者讲解玻璃体切割术的优点及术前、术后相关注意事项, 促使其做好心理准备及适应过程; 主动与患者进行交流, 保证良好的护患关系, 对患者心理状态进行充分掌握和了解, 将手术方案、不良反应发生原因和处理方法告知患者, 对患者疑问进行耐心解答, 尽量满足患者合理护理需求, 以便患者可以用积极的心态面对治疗, 改善不良情绪, 将治疗信心增强, 提升治疗依从性。(2)术前护理: 手术前严格对手术室进行消毒处理, 合理调节手术室温湿度, 为患者营造良好的手术环境。护士还需告知患者如何控制咳嗽以及打喷嚏, 并用舌头抵住下巴, 并使用手指按压穴位, 避免眼压过高, 术前还需遵医嘱使用眼药水, 术前半小时内需进行散瞳措施, 并注意排空患者的大小便。(3)术中护理: ①器械护士手术配合: 对于器械护士而言, 应当提前20min上手术台, 在上台之后, 对手术器材及药品等进行仔细整理与检查, 拧紧螺丝, 避免出现意外丢失现象; 根据顺序将灭菌器械摆放好, 合理调整器械, 促使其处于最佳状态, 确保术中准确、及时向手术医师传递器械; 常

规消毒铺巾, 与巡回护士共同对纱条、器械进行清点, 将各种管道、导线固定在无菌单上; 在手术过程中, 积极配合手术操作, 结合屏幕内容准确、快速对各类手术器械进行传递, 并不定时应用碘伏纱布对镜头进行擦拭, 防止因雾化而对镜头造成干扰, 影响到手术; 如果烟雾比较多, 可开放锁孔进行放烟。②巡回护士手术配合: 当患者进入到手术室后, 应热情接待, 对其实施心理疏导, 及时消除患者的不良情绪; 在移动患者过程中, 动作应轻柔, 防止对患者造成碰伤; 对患者信息、腕带等进行仔细核对, 待确认无误之后, 将其送到手术室; 协助患者调整体位为膀胱截石位, 将肩托放置在患者肩部, 避免头部出现下滑; 将双层胶套穿在患者双下肢上, 放于搁脚架处, 以约束带进行固定, 避免患者双下肢出现过度外展情况, 对腓神经造成损伤; 在摆放体位时, 应当顺应机体循环功能及呼吸功能, 将手术视野充分暴露情况下, 以无损伤、舒适、安全作为摆放原则; 在摆放好体位后, 对其上肢建立静脉通路。(4)术后护理: 麻醉后患者的眼部会出现不同程度的疼痛, 护士对患者进行评估之后, 需给予药物进行镇痛, 必要时可以采用音乐疗法、松弛疗法转移患者的注意力, 改善患者的疼痛程度。同时, 护士还需在术后指导患者掌握规律呼吸的方式, 适当减少胸部的压力。此外, 护士需指导患者遵医嘱进行选择, 适当变化体位, 并进行按摩, 以缓解患者的机体不适程度。术后患者的饮食需以清淡饮食为主, 并遵循少食多餐的原则, 保证肠道可以恢复健康。针对术后存在眼部肿胀、眼压升高、眼前遮挡感的患者, 需及时上报, 并对患者进行处理。眼红、眼部疼痛的患者, 可以使用角膜上皮修复剂进行治疗, 每天使用3次, 并在眼部周围涂抹眼膏, 以改善症状。

1.3 观察指标及效果评价标准

对比两组排气时间、可以进食时间、住院时间以及引流管留置时间。

对比干预前后两组心理状态, 采用焦虑量表和抑郁量表评分, 分数越低心理状态越好。

对比两组患者的视力恢复情况, 观察指标包括 0.02-0.05; 0.05-0.10; 0.12-0.25; ≥ 0.30 。

1.4 统计和分析

统计学软件 SPSS 23.0 分析, 计数型指标则以例 (n/%) 表示, χ^2 检验, 计量型指标则选用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, t 检验。 $P < 0.05$, 则具有差异。

2 结果

2.1 临床指标

本次临床实验发现, 实验组患者排气时间可以进食时间、住院时间以及引流管留置时间均优于对照组, 对比数据发现, $P < 0.05$ 。详情请见表 1。

表 1 临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间 (h)	进食时间 (h)	住院时间 (d)	引流管留置时间 (d)
实验组	35	55.91 ± 17.21	3.15 ± 3.26	9.65 ± 1.54	5.43 ± 1.33
对照组	35	80.33 ± 22.93	5.56 ± 2.36	15.89 ± 2.43	9.65 ± 1.65
t 值	-	5.0391	3.5427	12.8320	11.7803
P 值	-	0.0000	0.0007	0.0000	0.0000

2.2 心理状态

干预前, 两组无差异, P > 0.05。干预后, 实验组优于对照组, P < 0.05。详见见表 2。

表 2 心理状态 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	75.52 ± 4.16	69.39 ± 3.26	68.27 ± 3.69	63.10 ± 2.28
实验组	35	76.01 ± 4.05	55.11 ± 2.10	69.10 ± 3.56	52.33 ± 1.57
t	-	0.4993	21.7858	0.9577	23.0166
P	-	0.6192	0.0000	0.3416	0.0000

2.3 视力指标恢复

实验组视力恢复优于对照组, P < 0.05。详见见表 3。

表 3 视力恢复情况 (n/%)

组别	例数	0.02-0.05	0.05-0.10	0.12-0.25	≥0.30
对照组	35	10 (28.57%)	12 (34.28%)	8 (22.85%)	5 (14.28%)
实验组	35	2 (5.71%)	2 (5.71%)	18 (51.42%)	13 (37.14%)
χ^2 值	-	6.4368	8.9286	6.1189	4.7863
P 值	-	0.0111	0.0028	0.0133	0.0286

3 讨论

任何机械性、物理性和化学性的外来因素作用于眼部, 造成视觉器官结构和功能的损害, 统称为眼外伤^[4]。眼外伤视力损害的主要原因之一, 由于眼的位置比较暴露, 受伤的机会远远高于身体的其他部位, 故临床上眼外伤是很常见的^[5]。一般来说, 由于眼睛的结构特殊精细, 所以一次严重的眼外伤可以同时伤及眼部多种组织结构, 引起严重的后果^[6]。复杂性眼外伤一般来说, 可能是由于人体受到了外力的冲击, 造成了眼球的破裂伤, 这种情况下人体不止一个眼球的组织结构发生损伤, 有可能角膜、结膜、晶状体、玻璃体都受到了损伤^[7]。由于眼球是开放性的外伤, 会产生眼内炎这种情况, 会导致患者出现了视网膜脱离、玻璃体积血非常严重的并发症^[8]。因此, 复杂性眼外伤是非常可怕的, 如果出现了这种情况, 一定要积极的治疗^[9]。

玻璃体切割术是在上世纪 70 年代才逐渐发展起来的眼科显微手术, 它的出现是眼科治疗史上的里程碑, 已经越来越广泛的应用到眼科的治疗中, 且是非常有效的治疗方法^[10]。玻璃体切割术分为玻璃体的部分切除, 以及玻璃体的大部分切除, 但不论是何种切除方法, 都不能将所有的玻璃体完全切除。在绝大多数的情况下, 玻璃体切割术是对大部分的玻璃体进行切除。玻璃体切割术是视网膜玻璃体的手术方式。一般来说玻璃体混浊, 视网膜病变需要玻璃体手术治疗。目前来说都用微创来治疗, 手术方式是在眼球上打三个洞, 一个洞连着一个管, 蒸汽水维持眼球形态和压力。第二个洞可以进去光线, 像探照灯一样将眼球里照亮。第三个孔要进去刀子、剪子以及镊子、玻璃体切割头等。这些器械在洞内操作, 将玻璃体切掉, 将膜剥掉。在光照的条件下清晰手术视野, 进行操作。这三个口很小, 现在都用微创治疗。无需缝合, 器械拔出后伤口会自闭。现在的手术方式和手术技术明显改进, 治疗效果也明显提高。临床上, 玻璃体切割术的适应证已经越来越多, 如玻璃体出血经保守治疗后效果不明显; 眼内有异物, 在进行玻璃体切割术的同时, 医生还会取出异物, 以促进视力的恢复; 眼部有炎症, 如眼内炎, 通

过玻璃体切割术, 可以去除混浊的玻璃体, 以促进炎症的恢复; 比较复杂的视网膜脱离等。

综上所述, 复杂性眼外伤玻璃体切割术患者围手术期实施优质护理, 可以改善患者存在的不良情绪, 提升患者的视力, 缩短住院时间, 提高预后。

参考文献:

- [1]杨笑. 综合护理在复杂性眼外伤玻璃体切割围术期患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2020,32(24):162-164.
- [2]杨培. 循证护理干预在玻璃体切割手术患者围术期的应用效果分析[J]. 四川解剖学杂志,2020,28(04):169-171.
- [3]陈美爱,杜建云,龙田仪. 玻璃体切割联合硅油填充治疗孔源性视网膜脱离患者围术期的护理干预分析[J]. 黑龙江中医药,2020,49(04):252-253.
- [4]岳义,周萍. 分析玻璃体切除术的围手术期护理研究[J]. 智慧健康,2020,6(19):190-191.
- [5]吴娟. 眼内窥镜下玻璃体切除术治疗严重眼球破裂伤的围手术期护理干预效果分析[J]. 中国实用医药,2019,14(24):164-166.
- [6]陈美爱,杜建云,龙田仪. 护理干预在玻璃体切割治疗糖尿病视网膜病变围术期中的应用[J]. 数理医药学杂志,2019,32(06):943-944.
- [7]古月. 孔源性视网膜脱离患者行玻璃体切除术的围手术期护理[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(45):127.
- [8]阿丽亚吾甫尔,吐妮沙克孜·阿不力米提. 复杂性眼外伤患者玻璃体切割围术期的临床护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(74):232.
- [9]胡芳萍,余林敏,夏纯洁. 玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤的护理效果分析[J]. 中国妇幼保健研究,2017,28(S3):600-601.
- [10]赵艳霞,张丽红. 玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤的手术室护理配合效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(20):91+95.