

# 青光眼合并白内障手术患者围手术期疼痛护理

文金金

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

**摘要:** 目的: 观察青光眼合并白内障手术患者围手术期应用疼痛护理的临床效果。方法: 于 2022 年 1 月至 2023 年 3 月开展此次研究, 将在广西河池市人民医院眼科就诊的 80 例青光眼合并白内障患者纳入此次研究中。随机将其分为两组, 即对照组和分析组, 前组行常规护理干预, 后组在常规护理的基础上增加疼痛护理, 对比疼痛改善情况、疼痛对患者情绪状态和生活质量的影响, 以及护理满意度。结果: 分析组疼痛程度评分低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 分析组焦虑、抑郁状态改善情况优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 分析组生活质量评分高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 分析组护理满意度高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 加强青光眼合并白内障手术患者围手术期的疼痛护理, 不仅能减轻患者的疼痛感, 还能够通过增加身体的舒适感缓解患者焦虑、抑郁等消极情绪, 进而提高患者的生活质量, 同时还具有较高的护理满意度。

**关键词:** 青光眼; 白内障; 围手术期; 疼痛护理

白内障是老年人群高发, 且具有致盲性特点的眼科疾病, 疾病的发生与晶体浑浊导致视力障碍有关<sup>[1]</sup>。近年来, 越来越多的老年人深受白内障合并青光眼的困扰, 其发生率在临床上呈现逐年上升趋势, 由于视力的严重衰退, 对患者的生活及身心健康造成严重影响。目前临床上将手术作为白内障合并青光眼患者主要治疗手段, 围手术期的护理也成为直接影响手术效果和患者预后的前提条件, 但受患者疾病认知水平、疼痛敏感度、手术方式等因素影响, 疼痛成为影响患者接受手术治疗、情绪状态以及生活质量的关键要素<sup>[2]</sup>。目前临床上, 对此类患者的护理依然以常规护理干预为主, 对疼痛护理的重视程度不高导致部分患者因身体上的疼痛对心理状态和生活质量造成影响。有研究发现, 在原有护理干预的基础上增加疼痛护理, 能够让患者疼痛感减轻, 以放松的心理状态和充分的准备面对手术以及术后康复<sup>[3]</sup>。对此, 本研究通过对护理效果的观察, 探讨围手术期疼痛护理对青光眼合并白内障手术患者的影响, 现报道如下。

## 1、资料与方法

### 1.1 一般资料

研究区间为 2022 年 1 月至 2023 年 3 月, 按照随机抽样法设置例数相同、治疗措施不同的两组。对照组: 共 40 例, 男女人数分别为 22、18 人, 最大年龄为 75 岁, 最小年龄为 42 岁, 年龄均值为 ( $58.26 \pm 2.02$ ) 岁; 疾病类型为中闭角型青光眼、开角型青光眼以及继发性青光眼, 人数分别为 16、14、10; 分析组: 共 40 例, 男女人数分别为 21、19 人, 最大年龄为 75 岁, 最小年龄为 42 岁, 年龄均值为 ( $58.30 \pm 2.05$ ) 岁; 疾病类型为中闭角型青光眼、开角型青光眼以及继发性青光眼, 人数分别为 15、13、12。上述研究对象均符合青光眼合并白内障手术指征、均对本次研究表示知情, 并签署知情同意书; 排除患有其他器官或功能障碍患者、存在认知障碍以及无法配合手术患者。综上, 研究对象基本资料对比差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

实施常规护理, 入院后对患者进行常规的健康宣教, 定期检测患者的生命体征并做好记录; 认真执行术前方式、按时查房等; 针对患者情绪变化给予心理上的指导和安慰; 为患者制订详细的饮食计划; 协助患者完善术前相关检查及常规术前准备与护理。

#### 1.2.2 分析组

在常规护理的基础上应用围手术期疼痛护理, 具体步骤如下:

(1) 成立疼痛护理干预小组, 由护士长、5 名护理人员组成, 分析每位患者潜在的疼痛影响因素, 并根据患者病情严重程度、心理特点等制订具有针对性的疼痛管理方案, 并定期对护理对策的效果做出评价, 实时监测患者疼痛程度, 对原有的护理计划做出整改。(2) 疼痛教育, 向每位患者及家属讲述疾病以及术后引发疼痛的原因、疼痛对患者恢复的影响、疼痛管理的重要性; 兼顾患者的认知水平以及对相关知识的了解程度, 利用通俗易懂的言语对相关内容进行讲述; 并及时解答患者及家属对疼痛管理、手术治疗、注意事项等方面的困惑, 避免因对疾病治疗以及手术方式的不了解加重患者疼痛等不适感。(3) 管理疼痛的方法, 告知患者眼部出现不适、局部有疼痛感时应该及时告知医护人员, 将根据疼痛的严重程度采取相应的应对方案; 护理人员将根据患者的主诉对疼痛程度进行评估; 轻度疼痛者, 建议其通过与家属交流沟通、听音乐、做娱乐活动、深呼吸等方法转移注意力减轻疼痛感; 针对疼痛严重者, 根据医嘱指导患者服用止痛药。(4) 加强术后疼痛护理, 告知患者术后不能按压或者揉搓术眼, 尽量不低头。护士协助患者取舒适体位,

指导患者不要剧烈晃动头部。护理人员主动询问患者有无恶心欲呕、头痛等表现; 观察眼部敷料有无渗血、渗液以及有无持续性眼痛及分泌物增多等。指导患者面对眼睛局部的不适感可以通过深呼吸、聊天、听音乐等方法缓解。针对疼痛剧烈, 已经超出疼痛忍受度的患者, 由医生对患者术眼情况进行判断, 必要时给予止痛药物。(5) 院后指导, 住院期间定期开展有关眼部疾病预防、保健以及术后恢复等方面的知识, 嘱患者与家属一同参加, 增加患者对眼部疾病的了解程度, 提高其自我保健意识。最后, 告知患者术后复查的必要性及时间。

### 1.3 观察指标

(1) 患者疼痛程度的评定以视觉模拟评分法 (VAS) 为标准, 分值为 0~10 分, 分数与患者的疼痛程度成正相关。

(2) 患者焦虑、抑郁状态的评定分别以 Zung 设计的 SAS、SDS 量表为依据, 焦虑与抑郁状态的严重程度与分数呈反比。

(3) 患者生活质量的评定以生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74) 为依据, 分值为 0~100 分, 分数与患者的生活质量呈正比。

(4) 患者护理满意度的评定以我院自拟的调查问卷为标准, 包括患者对护理措施、护理人员工作态度、健康教育等内容的满意度。为了保证调查问卷结果的有效性及公平性, 严格保护患者个人隐私。根据问卷得分划定满意等级, 即满意=评分在 80 至 100 分之间; 基本满意=评分在 60 至 79 分之间; 不满意=评分在 0 至 59 分之间。

### 1.4 统计学方法

本次实验数据应用 SPSS 24.0 软件进行统计学数据的分析, 比较采用 t 检验和卡方检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 组间围术期疼痛情况的比较

护理前, 两组患者 VAS 评分无明显差异, 不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 分析组与对照组疼痛程度均有所改善, 但是分析组 VAS 评分降低明显 ( $P < 0.05$ ), 数据见表 1。

表 1 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	例数	治疗前	治疗后
分析组	40	5.23 ± 1.45	2.36 ± 0.50
对照组	40	5.25 ± 1.50	3.81 ± 1.35
t	-	0.061	6.370
P	-	0.952	0.000

#### 2.2 组间围术期患者焦虑、抑郁情绪的比较

护理前, 两组患者 SAS 评分、SDS 评分不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 联合组与常规组患者 SAS 评分、SDS 评分均降低, 但是联合组降低更显著 ( $P < 0.05$ ), 数据详见表 2。

表 2 SAS、SDS 评分改善情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
分析组	40	40.86 ± 2.12	25.67 ± 2.04	42.37 ± 1.42	33.24 ± 1.54
对照组	40	40.67 ± 1.21	34.29 ± 2.57	41.98 ± 0.30	39.76 ± 2.89
t	-	0.492	16.615	1.700	12.592
P	-	0.624	0.000	0.093	0.000

#### 2.3 组间围术期生活质量情况的比较

护理前, 分析组与对照组 GQOLI-74 评分对比无明显不同, 不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 两组患者 GQOLI-74 评分均上升, 但是分析组高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 数据见表 3。

#### 2.4 组间围术期护理满意度的比较

护理后,分析组护理满意度为97.14%,显著高于对照组71.43% ( $P < 0.05$ ),数据见表4。

表3 QOL-74 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	例数	治疗前	治疗后
分析组	40	62.26 ± 5.03	85.16 ± 7.46
对照组	40	62.30 ± 5.02	76.61 ± 6.12
t	-	0.036	5.604
P	-	0.972	0.000

表4 护理满意度对比 [n (%)]

分组	例数	满意	基本满意	不满意	满意总人数
分析组	40	25 (62.50)	14 (35.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	19 (47.50)	11 (27.50)	10 (25.00)	30 (75.00)
$\chi^2$	-	-	-	-	8.538
P	-	-	-	-	0.003

### 3 讨论

青光眼合并白内障是一种严重影响患者生活质量,易出现眼角膜出血、前房出血、前房渗出等并发症的一种常见眼部疾病。随着医疗技术的发展,青光眼合并白内障的手术技术不断更新和优化,已经处于较为成熟状态,但是因为手术方式依然为有创治疗,所以高质量的围手术期护理对于手术治疗的成功性起到决定性作用<sup>[4]</sup>。临床上对于此类患者护理主要集中在心理护理、健康教育、生活护理以及饮食护理等方面,很多时候忽略了疼痛管理的重要性,而疼痛护理正是影响患者情绪状态、生活质量、康复速度、治疗及护理依从性的关键,因此在原有护理的基础上增加疼痛护理,将成为促进患者康复的关键。

本次研究发现,分析组患者经疼痛护理后 VAS 评分显著低于对照组患者 ( $P < 0.05$ ),由此说明加强疼痛护理对于减轻患者疼痛感具有重要意义,其原因为,分析组在围术期护理中,将围绕患者的具体病情、心理状态等展开疼痛护理干预,利用提高患者认知水平、增加健康教育以及眼部护理等方法,缓解眼部不适及疼痛感<sup>[4]</sup>。经护理后,两组患者焦虑、抑郁状态有明显差异,分析组 SAS 评分、

SDS 评分与对照组相比降低更显著 ( $P > 0.05$ ),说明合理的护理干预、科学的健康教育、有效的疼痛管理,将缓解患者焦虑、抑郁等消极情绪。因为大多数患者在疾病治疗的过程中,因为对疾病及治疗方式的不理解,再加上身体的疼痛和不适感,导致消极情绪的产生。因此疼痛管理的实施不仅能够增加身体的不适感,还能够让患者对治疗及预后充满信心。在本次研究中,分析组疼痛护理的实施在提高患者生活质量方面更具优势 ( $P > 0.05$ ),进一步说明了疼痛感的减轻有利于患者躯体功能、角色功能、社会功能、认知功能等影响生活质量指标的改善,在疼痛护理和保健知识的帮助下,将加快患者身体恢复的速度,尽快回归正常生活。最后,经不同方法护理后,分析组对护理措施的满意程度明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ),说明疼痛护理的实施令患者及家属满意,其原因为,身体上的不适是患者围手术期需要面临的一大难题,护理人员与患者及家属共同为克服疼痛、促进康复而努力,因此对于提高护理效果至关重要。

综上所述,围手术期疼痛护理的应用对于青光眼合并白内障手术患者具有重要意义,疼痛护理在减轻疼痛、缓解消极情绪、提高生活质量以及护理满意度方面具有显著优势,临床上有较好的发展前景。

### 参考文献:

- [1]周樱.针对性围手术期护理干预在超声乳化术治疗青光眼合并白内障患者中的应用[J].医疗装备,2019,32(04):153-154.
- [2]吴慧玲,林惠蓉.针对性围手术期护理干预在超声乳化术治疗青光眼合并白内障患者中的应用效果研究[J].中外医疗,2019,38(24):164-166+175.
- [3]张盼盼.青光眼合并白内障患者围术期的针对性护理体会[J].疾病监测与控制,2021,15(05):403-405.
- [4]郭春霞,黄萃影,邓朝生.干预护理在老年白内障合并青光眼患者围手术期应用的效果分析[J].当代医学,2020,26(10):168-170.
- [5]吴丽娟.干预护理在老年白内障合并青光眼患者围手术期应用的效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(20):142+144.