

# 玻璃体切割联合硅油注入治疗增殖性糖尿病视网膜病的术后护理效果

安小燕

包头市朝聚眼科医院 包头 014060

**摘要:**目的:探究玻璃体切割联合硅油注入治疗增殖性糖尿病视网膜病(PDR)的术后护理效果。方法:选出院内于2022年2月~2023年2月间收治的40例PDR患者(52眼)研究。所有患者均接受玻璃体切割联合硅油注入治疗,并予以其完善的术后护理措施,总结护理效果。结果:首先,从视网膜解剖复位情况上看,40例患者(52眼)的视网膜解剖复位率达到88.46%(46/52),整体疗效优良;其次,对比患者手术前、后的视力改善情况,结果发现术前视力 $< 0.05$ 有41眼(占比78.85%), $0.05-0.3$ 间有11眼(21.15%);而术后视力 $< 0.05$ 有13眼(25.00%), $0.05-0.3$ 间有33眼(63.46%), $\geq 0.3$ 有6眼(11.54%),术前术后相比 $P < 0.05$ ,患者的视力有明显改善。最后,则是统计出术后的并发症。40例患者(52眼)中,术后眼疼痛率为14.38%(8/52),且随访3-4个月未发现有患者出现视网膜脱离等严重的并发症,康复情况良好。结论:针对玻璃体切割联合硅油注入治疗的PDR的患者,要在治疗的基础上强化科学完善的术后护理措施,以促进患者视力的恢复,减少手术并发症的出现。

**关键词:** 术后护理;玻璃体切割;硅油注入治疗;增殖性糖尿病视网膜病

增殖性糖尿病视网膜病(proliferative diabetic retinopathy, PDR)是较常见的眼底疾病。随着糖尿病发病率不断提升,也导致临床上的PDR患者数量增多<sup>[1]</sup>。增殖性即血管发生增生性变化,血糖水平较高时会损害患者的视网膜血管,继而造成组织的缺氧、缺血,形成增殖改变。玻璃体切割术是治疗PDR患者的可行手段,且常常联合硅油注入治疗以达到更理想的效果。但由于该手术治疗方法的操作难度大,临床上常常需要搭配高质量的护理干预措施来加以保障。此次选择我院40例患者为样本展开探究,报告如下:

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

课题项目获院内伦理委员会审核批准后,特从2022年2月~2023年2月间收治的PDR患者资料中,选出40例(52眼)研究。纳入标准:(1)经检查后经诊断为增殖性糖尿病视网膜病,分期为V-VI期;(2)均于本院采取“玻璃体切割联合硅油注入治疗”方案,满足手术基本指征<sup>[2]</sup>。(3)患者术前的生命体征平稳,控制血糖血压水平,且签署手术知情同意书;(4)愿意配合护理工作,依从性高。排除标准:(1)严重的肝肾功能障碍、血液病等;(2)精神障碍、心理异常;(3)单纯玻璃体切除术;(4)因主观原因退出课题研究者。经统计:40例患者中男23例,女17例,

年龄26.0~78.0岁,平均 $(55.80 \pm 5.50)$ 岁。糖尿病史3.0~28.0年,平均 $(9.20 \pm 1.10)$ 年。

### 1.2 方法

40例患者纳入研究后,落实基础的检查、术前准备(饮食控制、空腹血糖保持在 $8.0\text{mmol/L}$ 以下)和宣教工作,随后安排相同医师实施科学的“玻璃体切割联合硅油注入治疗”方案。术后针对患者落实相应护理措施:

#### 1.2.1 体位护理

为PDR患者行玻璃体切割联合硅油注入治疗后,要予以针对性的术后体位护理。指导患者取俯卧位,并于其前额正中间部位安置软垫来避免患者术后眼睛受到挤压;于患者胸腹部位置也留置软枕来减少对其内脏的压力,提升术后舒适感。患者手臂可保持屈曲并置于头部两侧,下肢自然伸直,在髋部、踝部均可垫上软枕。由于患者长期保持相同体位可能引起疲劳与不适,因此护理人员要每间隔3-4h指导患者更换体位,如先半卧位休息20-30min后再保持俯卧位。护理人员注意在调整患者体位时操作要小心,避免用力牵扯。术后第一天,护理人员可指导患者下床活动,注意活动中尽量保持面向下的体位,每日活动时间分早晚两次,每次30min左右。

#### 1.2.2 眼部监护

PDR 患者术后的眼部监护至关重要,“玻璃体切割联合硅油注入治疗”方案操作难度系数相对大,可能加大患者眼内组织损伤、水肿等风险;术后若患者未遵照医嘱采取卧位,还可能由于眼压升高诱发疼痛,有部分患者疼痛时还常合并恶心、呕吐症状。护理人员要及时询问患者术后感受,密切关注患者术后眼压、心率、血压等指标变化,并结合实际针对性干预。例如有患者眼压升高后疼痛感剧烈,可遵照医嘱为患者用 20%甘露醇静滴、噻吗心安眼药水处理<sup>[3]</sup>。

### 1.2.3 心理护理

由于手术后身体出现一系列不适感,再加之患者长期卧床,还可能伴随疼痛、并发症等等,都会在无形中加大其心理压力,激发出患者的焦虑、抑郁等情绪,严重影响患者的术后康复。作为护理人员要主动耐心帮助患者,多安慰鼓励患者,避免患者情绪常常有大幅度的波动。指导患者要学会正确的放松方法,例如为患者播放动听的乐曲,或是让患者冥想、深呼吸,都能起到愉悦身心的效果。此外,护理人员可为患者布置舒适安静的病房,并多和患者沟通来转移注意力;引导患者家属发挥出亲情支持的力量,让家属多鼓励患者来树立起早日康复的信心,更愿意配合后续的护理工作。

### 1.2.4 生活护理(饮食+运动+用药)

严格落实对患者生活上的护理干预,主要围绕饮食和运动三个层面。首先,关于饮食护理。叮嘱患者保持科学膳食习惯,减少高糖类食物的摄入,多食用新鲜蔬菜降低膳食血糖指数;进餐时要定时定量,烹调要少油少盐,不可饮酒。此外,饮食中可多补充维生素 B 族和维生素 C,以加快术后伤口的愈合。其次,运动护理。叮嘱患者可下床进行简单的活动,但注意不可剧烈运动。活动期间要保持头低位,避免要剧烈咳嗽、用力排便等,养成良好生活习惯。最后,用药护理。护理人员须遵照内分泌医生的叮嘱,为患者注射胰岛素,确保剂量准确。当患者使用胰岛素治疗过程中突发心悸、多汗等症状时,要立刻处理以防止低血糖性昏迷。护理人员要叮嘱患者定期检测血糖指数,以及科学调整用药量。

### 1.2.5 健康宣教、出院指导

术后部分患者对于疾病和自我护理知识了解并不清晰,护理人员要告知患者术后也要保持稳定的血糖水平,并且学会自我检测血糖。宣教的方式可采取下发宣教小手册、公众号推送科普文章、播放 PPT、组织专题讲座等等。待患者康复出院时,要落实严密的指导,如叮嘱患者睡眠时可将头部适当抬高 15-20°,以减少术后眼球的后血管压力;且术后

3 个月内每半月都要到医院来复查,以检查是否存在视网膜病变。当患者在日常生活中有视物变形、视力下降、眼睛疼痛等问题时,都要随时到院诊断;叮嘱患者术后半年不可重体力的劳动,防止视网膜脱落<sup>[4]</sup>。此外,要叮嘱患者滴眼药液的正确方法,且生活中也要注意保护眼睛。

### 1.2.6 随访调查和延续性护理

医护人员还应当为患者做好出院后的随访调查以及延续性护理干预工作,为患者预后以及日常生活中提供指导,以确保患者的康复治疗效果和预后质量,逐步提升患者的生活质量。一般而言,在患者出院后的每 3 个月实施以此随访调查,医护人员要主动联系患者与患者家属,询问患者是否在家,患者当前的眼睛恢复情况如何,患者的视力水平恢复状况如何,要及时与患者和患者家属保持联系,取得沟通,通过电话以及微信访问的方式来了解患者当前的病情康复状况和日常饮食、生活。休息状况,然后还需要及时为患者的日常生活提供必要指导。出资之外,可与患者和患者家属约定时间进行居家调查和延续性护理,在医护人员进入患者家中后,要为患者自信检查好身体状况,评估患者当前的营养状态以及检查患者的眼睛部位,告知患者要重视滴眼药水,要做好该项工作,同时要营养餐食,坚持少食多餐的原则,可根据患者当前的身体营养状况以及患者的饮食爱好制定预后与休养期间的个性化食谱,做好延续性护理干预工作。

## 1.3 评价指标

1.3.1 视网膜解剖复位。分别于手术前、后检查 40 例患者(52 眼)的视网膜复位情况,将结果划分为完全复位、未完全复位,复位率越高表示效果越好。

1.3.2 视力改善情况。于日常照明光线下以国际标准来检查患者的视力情况,同样分别于手术前、后检查,视力提高 $\geq 2$ 表示有所改善,提高或降低 $< 1$ 则表示未有明显改善。患者视力改善情况越好,则表示治疗与护理的效果越好。

1.3.3 手术后出现的并发症。由护理人员统计患者术后出现的并发症,如疼痛、视网膜脱离等。

## 1.4 统计学方法

SPSS19.0 处理,  $t$  或  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者视网膜解剖复位情况

经统计:40 例患者(52 眼)中,视网膜完全解剖复位共 46 眼,未完全复位有 6 眼,视网膜解剖复位率达到

88.46% (46/52), 整体疗效优良。如表1所示:

表1 患者视网膜解剖复位情况 (n.%)

| 患者数          | 视网膜完全解剖复位       | 未完全复位          | 视网膜解剖复位率 |
|--------------|-----------------|----------------|----------|
| 40例<br>(52眼) | 46眼<br>(88.46%) | 6眼<br>(11.54%) | 88.46%   |

### 2.2 患者手术前、后视力改善情况

40例患者(52眼)的视力分布情况如下表2, 术后与术前相比, 改善情况显著  $P < 0.05$ 。

表2 患者手术前、后视力改善情况 (n.%)

| 时间  | < 0.05 |       | 0.05-0.3 |       | ≥ 0.3 |       |
|-----|--------|-------|----------|-------|-------|-------|
|     | N      | 率 (%) | N        | 率 (%) | N     | 率 (%) |
| 手术前 | 41     | 78.85 | 11       | 21.15 | 0     | 0.00  |
| 手术后 | 13*    | 25.00 | 33*      | 63.46 | 6*    | 11.54 |

注: 和手术前相比, \* $P < 0.05$ 。

### 2.3 患者手术后出现的并发症情况

40例患者(52眼)中, 有8眼出现术后疼痛, 疼痛率为14.38% (8/52), 其中, 有6眼是因患者手术治疗刺激后所致疼痛, 还有2眼是因患者的眼压升高且合并特殊体位后诱发所致; 术后针对40例患者进行为期3个月的随访, 发现所有患者未出现诸如视网膜脱离等严重的并发症, 且眼睛康复情况良好。

## 3 讨论

增殖性糖尿病视网膜病(PDR)患者主要的临床表现有三个方面, 包括视网膜新生血管形成、玻璃体的积血、视网膜的前出血。临床上针对此疾病的治疗方法较多, 如眼内注药、激光治疗等, 严重时还是需要采取手术治疗。玻璃体切割术的作用是能切除混浊的玻璃体或切除玻璃体视网膜牵拉, 从而恢复患者的视觉功能, 有着安全性高、适应症范围广的特点<sup>[5]</sup>。同时搭配硅油注入治疗, 能有效提升PDR患者的临床疗效。回顾到此次研究成果中: 40例患者(52眼)

中, 视网膜完全解剖复位率达88.46% (46/52), 视力也有了明显改善, 且随访后显示并未有患者发生视网膜脱离等严重的并发症, 整体疗效理想。究其原因, 是此次针对40例PDR患者采取了非常完善的术后护理方案。其中, 体位护理和眼部监护是为了改善患者术后眼部的舒适度, 减少外部风险导致的并发症; 心理护理、生活护理则是从患者的生理、心理两个层面来进行干预, 让患者的饮食、运动、用药、情绪状态等方面都保持良好; 护理人员还针对患者进行了详细的宣教和出院指导, 是为了提升患者自我护理能力, 让患者掌握关于增殖性糖尿病视网膜病(PDR)的相关知识, 实现长期的疗效巩固。

综上所述, 玻璃体切割联合硅油注入治疗PDR患者可搭配全面完善的术后护理措施(包括体位护理、眼部监护、心理护理、生活护理、健康宣教、生活指导), 不仅能强化治疗效果, 还能促进患者视力恢复减少并发症。作为护理人员要自觉提升护理技巧, 严格按照规章制度实施护理干预, 以改善PDR患者预后。

### 参考文献:

- [1] 李爽, 王露萍, 王薇, et al. 早期增殖性糖尿病视网膜病变全视网膜激光光凝术后脉络膜结构的变化[J]. 中国激光医学杂志, 2023.
- [2] 及勇静, 田玮, 张青, 等. 延续性个案管理对糖尿病视网膜病变患者术后遵医行为, 自护能力及视觉与生存质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(19):3629-3633.
- [3] 赵妍, 陈秀菊, 张明琴, 等. 多学科协作健康教育在糖尿病视网膜病变激光术后护理中的效果[J]. 中国医药指南, 2023, 21(13):181-183.
- [4] 许彦, 温立萍. 糖尿病视网膜病变患者综合护理干预的效果评价[J]. 现代养生, 2022(011):022.
- [5] 秦美云. 护理干预在糖尿病性视网膜病变中的临床效果[J]. 2021.