

改良型创新俯卧位护具对视网膜病术后卧位护理的临床效果

卢秀兰 陈金焯 林静娴 江文静*

福建医科大学附属第一医院眼科中心 福建福州 350005

摘要:目的:探讨创新性俯卧位护具在玻璃体切割术后俯卧位的应用效果。方法:将160例160眼行玻璃体切割术联合硅油填充患者,随机分为对照组和观察组,每组各80例。观察组术后俯卧位采用自制的可调节式俯卧位趴枕,对照组术后俯卧位采用常用的凹陷型枕。观察两组患者俯卧位的依从性、舒适度、高眼压发生率及不良反应发生情况等。结果:观察组术后俯卧位依从性、舒适度、俯卧位总时长及满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后俯卧位颜面部水肿、额部皮肤压红、肩颈腰背不适及高眼压发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:行玻璃体切割术后患者使用自制的俯卧位护具不仅改善俯卧位的舒适度,提高俯卧位依从性,延长俯卧位总时长,同时减轻术后不良反应及并发症的发生率,对患者术后病情康复具有积极作用。

关键词: 俯卧位护具; 玻璃体切割术; 俯卧位

玻璃体切割术(pars plana vitrectomy, PPV)是近几年临床上治疗视网膜脱离、增殖期糖尿病视网膜病变、眼外伤或其他因素引起的视网膜病变等眼科疾病的治疗方法之一。术后要求患者严格采取面向下体位(face-down posturing, FDP)^[1],每天不少于16h,持续2~4周,借助填充物上浮力顶压脱离视网膜使其复位,同时预防填充物膨胀移到眼前诱发青光眼、角膜混浊等术后并发症^[2]。术后良好的体位控制是手术成功的关键之一,视网膜裂孔封闭与体位保持的准确性及持续时长成正比^[3],但长时间俯卧位易造成患者生理、心理等诸多不适,使患者难以坚持,影响术后康复。为提高玻璃体切割术后患者俯卧位的依从性,降低术后并发症的发生率,提高俯卧位持续时长,需借助俯卧位护理或俯卧位辅助用具确保手术质量,因此,设计一款让患者既感到舒适又利于术后康复的体位辅助用具非常重要。本研究以视网膜病玻璃体切割术后的患者为研究对象,改良创新一款俯卧位护具,探讨其用于视网膜病玻璃体切割术后患者中对效果指标和并发症的影响,以提供准确体位支持,现总结如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取某三级甲等医院2022年8月至2023年7月接受PPV联合硅油填充术患者为研究对象,将纳入的160例160眼患者采用随机数字表法分为两组。对照组80例:年龄20~63岁,平均(39.83 ± 13.24)岁,男52例,女28例;

病理类型:原发性视网膜脱离27例,外伤性视网膜脱离18例,糖尿病视网膜病变35例;观察组80例:年龄21~64岁,平均(40.28 ± 12.85)岁,男46例,女34例;病理类型:原发性视网膜脱离25例,外伤性视网膜脱离19例,糖尿病视网膜病变36例。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

纳入标准:确诊为视网膜性病变,单眼首次行PPV联合硅油填充术;年龄 > 18 岁,具有中文听、说和理解能力;无眼部手术史,均签署知情同意书者。

排除标准:伴随严重心、肝、肾等脏器功能疾病;合并腰椎或颈椎病变;存在语言交流障碍或认知功能障碍或精神疾病;依从性差,无法配合此研究者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规卧位护理。手术后,患者在医护人员的指导下保持正确的FDP,告知凹陷型枕的正确使用方法,下巴及额部放置软垫。

1.2.2 观察组

在对照组的基础上予俯卧位护具。可调式俯卧位趴枕分为两个部分,上半部分由两个对称设计的弧形头枕以及连接头枕下方的两个支架,支架上设有棘轮调向装置,头枕设有缓冲垫凹槽;下半部分为通过伸缩杆与头枕前侧连接的胸枕组成,填充物为记忆海绵,两者可拆式连接,方便患者趴

卧和收纳;均有拉链控制开合的胸枕套,方便拆卸更换清洗。为更好贴合患者面部轮廓及趴卧时的面部高度,可通过调节头枕下方的固定连接伸缩套杆及螺纹连接的调距螺杆,快速调整头枕间的距离、头枕的高度及角度;为改善患者的舒适体验,可更换套设不同的缓冲垫;患者可根据自我需求,适量调节头枕与胸枕的间距,满足趴卧需求。通过上述俯卧位护具的运用,减轻患者额面部及胸腹部压迫感产生的不适。通过规范标准的体位姿势,护士对患者采取严格的体位指导,俯卧位、坐位头低、站立头低位等多种体位之间转换;发放专科俯卧位护具,指导患者根据自身需求调整位置和高度;与患者共同制定合理的体位维持时长和转换时机;观察患者受压部位皮肤,实施肩背部按摩等舒适护理,改善患者舒适度;评估督查患者卧位执行情况,根据患者需求进行科学指导。

1.3 观察指标

1.3.1 俯卧位依从性

采用自制的俯卧位依从性问卷进行评价,包括俯卧位目的、姿势要点、安全防护、功能锻炼及俯卧位时长共5项,满分100分,得分与依从性成正比。

1.3.2 舒适度评分

采用舒适状况量表(General Comfort Questionnaire, GCQ)评估,包括生理、心理、环境及社会文化维度,总分28分~112分,得分与舒适度成正比。

1.3.3 长时间俯卧位高眼压发生率及不良反应发生情况

高眼压发生率、颜面部水肿、额部皮肤红痛、肩颈不适、腰背部不适、胸部压迫感等。

1.3.4 患者满意度

应用护理部患者满意度调查问卷,将满意度划分为非常满意(90%~100%)、满意(80%~89%)、较满意(70%~79%)、一般(60%~69%)、不满意(50%~59%)、很不满意(0%~49%)。

1.4 统计学方法

应用SPSS22.0软件行数据分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,行t检验;计数资料采用[n(%)]表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组俯卧位依从性评分比较,见表1。

表1 两组俯卧位依从性评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	俯卧位目的	姿势要点	安全防护	功能锻炼	俯卧位总时长
观察组	80	86.34 ± 5.33	83.65 ± 7.21	87.53 ± 8.54	86.47 ± 7.35	13.24 ± 0.81
对照组	80	76.58 ± 4.96	72.38 ± 6.38	76.98 ± 6.65	72.47 ± 6.32	17.56 ± 1.16
t		13.162	14.688	12.132	18.114	11.787
P		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 两组舒适度评分比较,见表2。

表2 两组舒适度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	生理维度	心理维度	环境维度	社会文化维度
观察组	80	35.53 ± 3.42	35.58 ± 4.47	36.53 ± 4.84	35.82 ± 4.26
对照组	80	32.24 ± 2.17	30.85 ± 2.72	32.42 ± 2.63	31.68 ± 3.61
t		10.232	11.438	9.342	9.328
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 手术前后双眼眼压比较,见表3。

表3 双眼眼压在FDP前后的比较($\bar{x} \pm s$, P/mmHg)

时间	n	手术眼	非手术眼	t	P
术前	160	14.62 ± 2.58	13.95 ± 2.42	4.193	0.673
术后	160	18.57 ± 2.93	15.61 ± 2.65	16.44	< 0.001
t		12.827	9.762		
P		< 0.001	< 0.001		

2.4 两组患者不良反应发生率比较, 见表 4。

表 4 患者不良反应发生率比较 [n (%)]

组别	n	颜面部水肿	额部皮肤红痛	肩颈不适	腰背部不适	胸部压迫感	总不良反应
观察组	80	15 (18.75)	13 (16.25)	17 (21.25)	19 (23.75)	11 (13.75)	75 (93.75)
对照组	80	5 (6.25)	4 (5.00)	6 (7.5)	8 (10.00)	3 (3.75)	26 (32.5)
χ^2							6.394
P							0.025

2.5 两组患者满意度对比, 见表 5。

表 5 两组患者满意度比较 [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	较满意	一般	不满意	很不满意	总体满意度
观察组	80	41 (51.25)	22 (27.50)	11 (13.75)	4 (5.00)	2 (2.50)	0 (0)	78 (97.50)
对照组	80	25 (31.25)	21 (26.25)	15 (18.75)	6 (7.50)	13 (16.25)	0 (0)	67 (83.75)
χ^2								8.976
P								0.012

3. 讨论

随着医学技术的发展, 视网膜病患者施行玻璃体切割术逐渐发展、完善、成熟, 通过将混浊病变的玻璃体切割联合注入填充物, 促进视网膜和屈光间质的复位, 广泛应用于临床。根据填充物的物理特性, 术后要求患者根据裂孔位置取特殊体位^[4], 如俯卧位或头低坐位, 使裂孔处于最高位, 保持硅油泡充分上浮于眼球后极部。利用油泡的表面张力封闭裂孔, 依靠裂孔周围的视网膜色素上皮和神经层粘连, 使裂孔关闭, 从而使脱离的视网膜达到解剖复位。因此, 理论上, 良好的体位配合是眼内填充手术成功的必须条件。目前国内外普遍认为视网膜脱离患者在术后一定时间内正确保持特殊体位, 对提高视网膜解剖复位率是有意义的。甚至有学者研究认为, 体位控制是此类手术成功的关键之一^[5]。据国外文献报道, 对于黄斑裂孔直径大于 400nm 的患者, 取面向下特殊体位被认为是术后恢复的标准模式。通过对对照组实验, 黄斑裂孔直径 500-800nm 的患者^[6]中, 术后取面向下特殊体位患者的手术成功率为 94.4%, 而术后取坐位(头直立位)的患者, 手术成功率为 79.2%。如患者术后早期, 处于不正确的体位或每天维持特殊体位的时间不足, 眼内硅油就无法充分上浮顶压脱离的视网膜, 这将直接影响手术效果。据报道, 患者体位不配合或配合不佳, 视网膜再次脱离率达到 18%-30%^[7]。同时, 可能增加并发症的发生, 如角膜变性、继发性青光眼、并发性白内障等。据国外文献报

道, 约有 48% 的俯卧位患者无法每天坚持规定时间的特殊体位, 5 天以上的体位依从性则更差^[8-9]。国内文献记载, 约有 69%^[10] 的眼内填充术后病人不能坚持俯卧位。传统的卧位比较简单, 治疗效果有时并不理想, 难以达到预期效果。本研究结果显示, 观察组俯卧位依从性及俯卧位总时长均高于对照组 ($P < 0.05$), 在常规俯卧位护理的基础上给予俯卧位护具, 灵活的调整头枕支架迎合患者的颈椎和腰椎的生理弯度, 减轻患者的倦怠感和不适感, 同时为了配合人体的特性提高耐受性, 改良头枕缓冲垫凹槽及胸枕记忆海绵填充, 极大程度改善长期俯卧位引起的体位偏差。

长期的 FDP 易导致机体相关位置处于强直状态, 给患者带来生理和心理的高度不适, 同时会压迫眼眶, 加重眼痛和肿胀^[11], 影响患者预后。张邵容等^[12-13] 研究发现, 术后长期的强迫体位是患者产生不适的主要原因。本研究通过运用俯卧位护具对 PPV 术后患者进行针对性体位护理, 使患者上半身各处处于放松状态, 适当调整头枕宽度及高度, 运用合适的缓冲垫缓解垂直压力造成的各种不适, 增加回心血量, 有效改善患者胸闷及面部不适。结果显示, 观察组舒适度量表高于对照组 ($P < 0.05$), 术后观察组的胸闷、眼压增高及肩颈酸痛等不适均低于对照组 ($P < 0.05$)。因此, 以患者的实际情况为基础, 予以患者提供卧位、疼痛等舒适护理干预^[14-15], 实施按摩缓解肌肉酸痛, 可改善患者的负面情绪, 提高患者生理及心理舒适度, 减少术后强迫体位引

发的并发症和不良反应发生率。

FDP使PPV联合硅油填充术后早期眼压升高,术后手术眼眼压(18.57 ± 2.93) mmHg明显高于非手术眼(15.61 ± 2.65) mmHg,表面PPV联合硅油填充术使眼压升高,与大多数报道^[16]一致。本研究借助改良创新型俯卧位护具实施卧位护理,手术眼术后24小时高眼压的发生率为15.9%,低于国内外报道的发生率为20%~56%^[17],临床上超过90%的医生会选择严格的FDP。因此,为患者提供更全面的体位护理和舒适护理,在病情和体力允许的前提下,适当进行体位转换,尽可能延长体位持续时长,除了增加手术成功率之外,还可减少术后青光眼和白内障等并发症,真正解决患者护理问题,促进患者快速康复。

综上所述,在视网膜病患者实施玻璃体切割术后应用改良型俯卧位护具进行专科体位护理,能够减少并发症的发生,提高患者舒适度及卧位的依从性,减少颈椎腰椎不适发生,进一步改善患者心理状态,对患者术后病情的康复具有积极作用,进而提高患者满意度,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 周玲玲,戈晓华,何艳,等.体位改变对眼内填充术后患者早期眼压影响的临床研究[J].解放军护理杂志,2020,37(12):43-46.
- [2] 陈晓丹.视网膜脱离术后可调式体位垫的设计与应用[J].护理与康复,2021,20(04):101-102.
- [3] 曾穗婷,黄淑馨,夏志兰,等.品管圈在提高玻璃体切除术后患者俯卧位执行率中的应用[J].眼科学报,2021,36(05):347-355.
- [4] 廖富成.孔源性视网膜脱离流行病学特点及预后相关因素分析[D].南方医科大学,2021.
- [5] 周颖,杨勋.孔源性视网膜脱离并发脉络膜脱离发病机制的研究及治疗方法应用进展[J].山东医药,2024,64(03):107-110.
- [6] Kelly,NE,WendelRT.Vitreous surgery for idiopathic macular holes.Results of a pilot study.Arch Ophthalmol 2021;109:654-659.
- [7] 邵毅,马健,汪朝阳,等.玻璃体视网膜手术术前视功能和影像学检查规范操作专家共识(2024)[J].国际眼科

杂志,2024,24(12):1851-1862.

- [8] 丁来霞,钱芳,俞丹丹,等.团体人际心理护理对玻璃体切除围术期患者应对方式、不良情绪及遵医行为的效果评价[J].护理实践与研究,2022,19(24):3779-3782.
 - [9] Marsden J. Implications of and treatment options for retinal detachment[J]. Nurs Times, 2021, 100(37):44-47.
 - [10] Ciulla TA, Frederick AR, Kelly C Jr, Amrein R. Postvitrectomy positioning complicated by ulnar nerve palsy. Am J Ophthalmol 2018;122:739-740.
 - [11] 徐爱玲,于婷婷,程蓉.玻璃体切割术后患者循证护理效果观察[J].齐鲁护理杂志,2022,28(10):147-149.
 - [12] 曾婷婷,刘虹,蔡英莲.舒适护理及体位护理在复杂性视网膜脱离患者中的效果[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(07):131-133.
 - [13] 于丽菲,杨嫣,肖丽.舒适护理在玻璃体切除术治疗复杂性视网膜脱离围手术期护理中的应用效果观察[J].当代医学,2020,26(05):182-183.
 - [14] 庄君.舒适护理在玻璃体切除术治疗复杂性视网膜脱离患者围手术期护理中的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(14):49-52.
 - [15] 杨勇.穴位按摩结合“U”形枕干预在老年视网膜脱离术后病人中的应用[J].全科护理,2021,19(10):1372-1374.
 - [16] 李文迅.玻璃体切除联合硅油填充术后高眼压的危险因素分析及其机制分析[D].吉林大学,2024.
 - [17] 于俊洋,张隆吉,马晓华.玻璃体切割术后高眼压的相关因素分析及治疗[J].眼科学报,2023,38(06):466-471.
- 作者简介:**
 卢秀兰(1981—),女,汉族,大学本科,研究方向:眼科护理。
 通讯作者:江文静(1990—),女,汉族,大学本科,研究方向:眼科护理。
- 基金项目:**
 福建医科大学附属第一医院护理专项研究课题(N0.2022FY-HZ-12)。