

医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的效果观察

胡梦梅 魏丽

大理大学第一附属医院 云南大理 671000

摘要: 目的: 探究医护一体化护理干预辅助青光眼手术患者临床工作中开展的效果。方法: 研究时间点于2024.1-2024.12, 样本构成为青光眼手术患者, 数量记录60例, 分组处理方法为双色球随机进行, 组名即: 参照组、实验组, 前者组内的30例患者接受常规护理; 后者组内的30例患者接受医护一体化护理干预, 比对临床指标、视力、眼压、心理状态、并发症。结果: 临床指标组间差别大, 且实验组手术时间(89.67 ± 10.02) min、术后住院时间(5.01 ± 1.03) d、治疗费用(5457.67 ± 222.11)元均较参照组有更小数据值 $P < 0.05$ 。视力、眼压护理前组间相似 $P > 0.05$; 护理后, 实验组(0.78 ± 0.12)、(14.15 ± 1.32) mmHg 相较参照组同项有更佳表现 $P < 0.05$ 。心理状态护理前组间无差别 $P > 0.05$; 护理后, 实验组SAS(30.49 ± 3.14)分、SDS(30.23 ± 3.17)分均相较参照组同项有更低水平 $P < 0.05$ 。前房积血、浅前房、高眼压、角膜水肿等并发症的计算以实验组3.33% 偏低于参照组20.00% $P < 0.05$ 。结论: 青光眼手术患者在治疗期间实施医护一体化护理干预临床效果显著, 可有效改善其视力以及眼压水平, 并缓解焦虑、抑郁等不良情绪状况, 进而降低术后相关并发症的发生概率, 值得临床借鉴。

关键词: 医护一体化护理干预; 青光眼; 手术; 并发症; 心理状态

青光眼作为眼科发生率较高的疾病, 是以视盘萎缩凹陷、视力下降、视野缺失为主要特点, 较严重者可使得失明发生, 对患者日常生活以及工作均产生较大影响^[1]。现阶段青光眼临床治疗多以手术进行, 可利用小梁切开术、房角切开术来降低其眼压, 减少对眼部组织的损害, 从而促使视力功能恢复, 但为确保手术顺利开展, 还需辅以有效护理措施^[2]。以往临床实施的常规护理虽可满足青光眼手术患者的基本需求, 但在并发症预防以及心理关注缺乏有效性, 而医护一体化护理干预能够利用医护人员间的高效协调, 来使得患者身心状态得到较大改善, 从而为手术顺利实施、预后改善奠定良好基础^[3]。基于此, 选择60例青光眼手术患者, 来分析医护一体化护理干预的临床应用效果, 以此为后续临床工作开展提供资料参考。

1 资料与方法

一般资料

研究时间点: 2024.1-2024.12, 样本构成: 青光眼手术患者, 数量记录: 60例, 分组处理方法为双色球随机进行, 组名即: 参照组、实验组。具体资料: 实验组选录的30例患者中, 男性记录17例, 比重为56.67% (17/30), 女性记录13例, 比重为43.33% (13/30); 年龄方面, 最大者

73岁, 最小者20岁, 均值(46.53 ± 2.18)岁; 类型统计中, 原发性有10例, 继发性有11例, 先天性有9例。参照组选录的30例患者中, 男性记录18例, 比重为60.00% (18/30), 女性记录12例, 比重为40.00% (12/30); 年龄方面, 最大者74岁, 最小者21岁, 均值(47.48 ± 2.26)岁; 类型统计中, 原发性有11例, 继发性有11例, 先天性有8例。组间样本的资料比对, 结果无差异性 $P > 0.05$, 可研究。

纳入标准: (1)符合青光眼的临床诊断要求; (2)均选择手术治疗; (3)首次发病者; (4)研究内容讲解后, 患者、家属均自愿参与;

排除标准: (1)并发其他眼科病症; (2)临床资料缺失; (3)精神、认知障碍; (4)合并肝、肾脏器功能病变; (5)随访丢失。

方法

两组患者均进行手术治疗。

参照组: 常规护理, 具体: (1)术前。评估患者状况, 做好详尽的手术方案说明与健康宣教工作, 利用系统性地向患者阐明手术步骤、预期效果及配合要点, 有效缓解患者焦虑情绪, 提升其主动配合度。(2)术中。严格遵循无菌技术操作规范, 实时监控患者各项生命指标变化, 并完善转运

交接流程。用药方面需依据处方,来指导患者掌握药物使用方法和剂量标准,同时全面告知潜在不良反应及应对措施,促进用药依从性。(3)术后。监测患者状况,并结合具体恢复情况提供健康咨询,予以饮食、运动等指导。

实验组:医护一体化护理干预,具体:(1)组建一体化小组。由眼科医师、专科护理人员、麻醉师及康复师共同组建一体化小组,利用定期的病例讨论来制定个性化干预方案。组内成员需共同参与术前评估会议,针对患者视功能损害程度、合并症情况及心理状态进行综合分析,并据此拟定围手术期全流程管理计划。(2)术前流程优化。护理小组需执行详细的术前检查清单,重点包括眼压动态监测、前房角镜评估及视野缺损图谱分析,同步开展药物敏感试验,做以个性化降眼压用药方案制定,确保手术耐受性达到最佳状态。(3)术中精细护理。手术中实行医护协同配合机制,护理人员需全程监测患者生命体征波动情况,尤其关注眼压变化趋势,严格执行无菌操作规范。同时建立多环节质量核查制度,对手术器械准备、体位摆放、消毒范围等关键节点实行双人核对。此外,术中需密切观察患者情绪状态,利用语言安抚来缓解其紧张情绪,对出现不适症状者及时采取干预措施。另外,确保手术室环境参数的稳定性,包括温湿度调节、光线控制等细节管理。(4)术后康复指导。术后展开阶梯式的护理干预,初期以疼痛干预和并发症预防为主,可指导患者掌握正确的滴眼药手法,并强调无菌操作的重要性。中期加强视觉功能训练,结合手术的类型制定个性化康复计划,包括眼球运动锻炼、光敏感度适应等方法。后期侧重于生活能力重建,借助情景模拟训练来提升其日常活动适应性,同时建立持续评估机制,定期检查视力恢复程度、前房反应等指标,动态调整康复方案,尤其关注患者的心理调适,帮助其建立合理的康复预期。(5)出院指导。出院前需对患者展开系统性出评估,并制定书面化的随访计划,明确复诊时间节点,同时予以患者详细的居家护理手册,内容涵盖药物使用规范、症状监测要点、紧急情况处理等信息,并借助线上+线下方式予以患者健康指导。

观察指标

临床指标:就选取患者的手术时间、术后住院时间、治疗费用做以详细记录,并以均值进行比对。

视力、眼压:护理前后,结合国际标准视力表来对选取患者的视力做以系统监测,并借助 ST1000 全自动非接触式眼压计对选取患者的眼压进行精确测量。

心理状态:量表工具选择:焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[4]评价,于护理实践前后展开评价,各表均计有20个评估项,总分值范围于0-80分,分值越高,说明焦虑、抑郁情绪越显著,反映其心理状态有着更差表现。

并发症:关注术后选取患者的机体状况,统计其发生前房积血、浅前房、高眼压、角膜水肿等并发症状况,并计算总发生率比对。

统计学方法

SPSS26.0 软件版本做以研究涉及数据处理,计量资料:

($\bar{x} \pm s$)表述,t检验;计数资料:(n,%)阐述,卡方检验, $P < 0.05$ 可见组间符合差异性描述。

2 结果

2.1 临床指标

表1显示,临床指标统计差异大,且实验组的数据值均有更低水平 $P < 0.05$ 。

表1:临床指标比较(n=30, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	手术时间(min)	术后住院时间(d)	治疗费用(元)
参照组	101.52 ± 10.85	6.74 ± 1.33	6135.58 ± 231.52
实验组	89.67 ± 10.02	5.01 ± 1.03	5457.67 ± 222.11
T	4.395	5.633	11.573
P	0.000	0.000	0.000

2.2 视力、眼压

表2显示,护理前,视力、眼压值组间相似 $P > 0.05$;护理后,实验组呈现更佳结果值 $P < 0.05$

表2:视力、眼压比较(n=30, $\bar{x} \pm s$)

组别/时间	视力		眼压(mmHg)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	0.21 ± 0.04	0.59 ± 0.11	29.62 ± 2.03	16.44 ± 1.48
实验组	0.22 ± 0.03	0.78 ± 0.12	29.56 ± 2.01	14.15 ± 1.32
T	1.096	6.393	0.115	6.325
P	0.278	0.000	0.909	0.000

2.3 心理状态

表3显示,护理前,心理状态评分组间相似 $P > 0.05$;护理后,实验组结果呈现更低值 $P < 0.05$ 。

表 3: 心理状态比较 (n=30, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别 / 时间	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	55.43 ± 4.22	40.76 ± 3.25	54.78 ± 4.33	40.61 ± 3.24
实验组	55.35 ± 4.41	30.49 ± 3.14	54.82 ± 4.28	30.23 ± 3.17
T	0.072	12.448	0.036	12.543
P	0.943	0.000	0.971	0.000

2.4 并发症

表 4 显示, 并发症的总发生率计算在实验组中有更低表现 $P < 0.05$ 。

表 4: 并发症比较 [n (%)]

组别	n	前房积血	浅前房	高血压	角膜水肿	总发生率
参照组	30	1	2	1	2	(6) 20.00%
实验组	30	0	0	0	1	(1) 3.33%
χ^2	--	--	--	--	--	4.043
P	--	--	--	--	--	0.044

3 讨论

青光眼作为不可逆性致盲眼病的典型代表, 其本质在于病理性眼压升高导致视神经纤维渐进性损伤, 此疾病具有隐匿性发展的临床特点, 早期可仅表现为间歇性视物模糊或虹视现象, 随病情进展将出现特征性视野缺损^[5]。临床可分为急性和慢性两种进展形式, 但若不及时干预, 将造成视野进行性缺损, 最终导致视功能永久丧失。现代青光眼治疗多以手术进行, 利用建立房水外引流通道来调控眼压, 但术后并发症风险与功能恢复程度密切相关^[6]。临床实践证实^[7], 单纯依靠手术技术难以确保理想疗效, 系统化护理干预成为不可或缺的治疗环节, 利用规范化的围手术期管理, 能有效预防术后感染、前房积血等并发症, 同时通过科学的康复指导促进滤过通道形成, 这对维持手术效果具有决定性作用。

研究显示: 临床指标、视力、眼压、心理状态、并发症等在护理后进行评估组间差异显著, 且实验组的结果呈现数据更佳 $P < 0.05$, 可见医护一体化护理干预对于青光眼手术患者有着积极影响, 优化临床指标的同时, 能够改善视

力、眼压状况, 减轻诸多不良情绪状况。实践中, 常规护理虽可满足青光眼手术患者的基本护理需求, 但其存在较大缺陷, 如护理实践多以被动化为主、缺少患者个体差异考虑, 致使整体效果不能达到预期。而医护一体化护理干预作为医生、护士、患者三方有效联动的干预模式, 可借助标准化流程构建来实现诊疗与护理高效衔接, 并将被动执行转变为主动干预, 使得护理措施与治疗方案形成有机整体, 从多个维度满足患者的实际需求^[8]。

总之, 青光眼手术患者的临床工作中加以医护一体化护理干预, 能够显著改善其手术状况及术后恢复质量, 具有积极的临床协同效应, 尤其在心理状态调整、并发症降低等方面更具积极作用。

参考文献:

- [1] 刘文文, 程龙, 李俊. 医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的应用探讨 [J]. 黔南民族医学专学报, 2024, 37(1): 76-78.
- [2] 周伟娜, 高亚梅. 探讨延续护理干预模式对青光眼患者护理的应用价值 [J]. 每周文摘·养老周刊, 2024(1): 236-238.
- [3] 谢文丽, 刘妮. 医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的应用效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(6): 177-179.
- [4] 王晓晗, 展素梅. 护士主导专病一体化护理联合精细化护理对白内障合并青光眼患者术后健康行为、不良情绪的影响 [J]. 临床研究, 2024, 32(3): 156-159.
- [5] 李俊莲, 杨丽萍. 医护一体化优质服务模式在眼科日间手术中的实施效果探究 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2022(S01): 1417-1417.
- [6] 孙祥丽, 杨文娟. 系统护理干预对原发性青光眼患者术后并发症及视觉相关生活质量的影响 [J]. 临床医学工程, 2024, 31(1): 89-90.
- [7] 张婧, 秦培燕, 李姝珈. 临床护理干预用于白内障合并青光眼效果观察 [J]. 中国药业, 2024, 33(S02): 175-177.
- [8] 黄华美. 分析医护一体化护理干预在青光眼手术患者中的应用 [J]. 医药, 2024(12): 257-260.