

日间手术护理模式对老年白内障手术患者裸眼视力恢复及并发症的影响研究

曹增桢 朱丹丹^(通讯作者)

复旦大学附属眼耳鼻喉科医院 上海 200126

【摘要】目的：观察老年白内障患者手术期间采取日间手术护理模式的护理效果。方法：收集近1年以来在院内接受手术的120例老年白内障患者病历资料，根据手术期间采取的护理模式分成对照组（常规日间手术护理）和观察组（优质日间手术护理模式）两组，每组60例，对两组的裸眼视力、术后并发症及患者的健康情况进行对比，以评估护理方案的有效性。结果：观察组中，术后患者的裸眼视力 ≥ 0.05 的例数占比均明显高于对照组， $P < 0.05$ ；观察组的并发症总发生率低于对照组， $P < 0.05$ ；且该组患者健康状态有所改善，其PHQ-9评分低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：日间手术护理优化方案的实施利于提升老年白内障患者术后的裸眼视力，减轻并发症风险，促成患者及家属对护理服务的高度评价，具有推广意义。

【关键词】：日间手术护理模式；老年患者；白内障手术；裸眼视力；并发症

DOI:10.12417/2982-3676.25.05.003

白内障是老年人群常见的致盲性眼病，随着人口老龄化加剧，老年白内障发病率逐年攀升，手术是目前治疗该疾病的唯一有效方式^[1]。日间手术因具有缩短住院时间、降低医疗费用、减少院内交叉感染风险等优势，已成为老年白内障手术的主流模式^[2]。但老年患者生理机能退化，多合并慢性基础疾病，且术后自我护理能力较弱，若护理措施不当，易出现视力恢复缓慢、角膜水肿、眼内感染等问题，影响手术效果与患者生活质量^[3]。常规手术护理的重点都在配合手术流程上，对患者也仅是术前、术后的注意事项和准备工作介绍，所以在针对老年群体特点的个性化上不够充分^[4]。近年来，在常规基础上优化的特定日间手术护理模式逐渐应用于临床，其核心为术前、中和后的全周期干预，较为贴合老年患者的生理与心理特点^[5]。为了进一步探索合理有效的护理方案，本文如下将对常规与日间手术护理在老年白内障患者手术过程中的实践效果进行总结，以此评估后者的可行性，为日后相关手术的护理选择提供新方向。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾2024年11月到2025年11月期间的120例接受手术治疗的老年白内障患者资料，经眼科检查确诊为年龄相关性白内障，患者自身有清晰的意识和表述能力，能够配合检查和评估工作，无心脑血管疾病者，且对于后续无法配合随访工作的患者也不予录入。根据护理方式的不同分组，分别是：对照组60例，男女各30例，最大已有81岁、最小60岁，均值 (67.41 ± 5.12) 岁，基础病有高血压和糖尿病各有36例和24例，小学文化22例、初中17例、高中11例、大专及以上10例；观察组， $n=60$ ，男性28例、女性32例，年龄范围介于61岁到82岁之间，平均 (67.32 ± 5.08) 岁，高血压33例、糖尿病27例，学历和对照组的顺序对应依次有19例、18例、12

例和11例。比较两组的性别、年龄、病情、文化背景显示无显著差异， $P > 0.05$ ，能作为研究的基础保障。

1.2 方法

对照组：常规日间手术护理，（1）术前：详细询问患者病史，明确无手术禁忌症再安排；预约手术登记时即告知术前3d要使用抗生素滴眼液。（2）术中：进入手术室后，帮助患者调整体位，引导其放松，固定头部，核对患者姓名、手术眼别等信息；密切观察生命体征，若患者出现紧张情绪，给予简单语言安抚；配合手术医生完成器械传递、眼部消毒等操作。

（3）术后：即时护理，术眼纱布覆盖，将患者送至恢复室，监测生命体征及眼部情况（如有无渗血、疼痛），告知患者术后避免揉眼、低头弯腰等注意事项；待患者意识清醒、生命体征平稳后，向患者及家属发放出院指导手册，简要讲解术后用药方法、复查时间，随后办理出院手续。

观察组进行优质的日间手术护理模式，具体包括如下：

（1）预入院：①术前预检：术前2d由医生审核术前检查报告，如无异常如期来院手术。②设定AI电话程序，在术前2d时，通知患者或家属病房日间手术住院流程及注意事项，并以短信的形式发送相关内容。③门诊医生已告知患者术前3d开始双眼点抗生素眼药水，再次提醒术前3天点抗生素眼药水（如左氧氟沙星、妥布霉素等）。④科室护士助理再次电话通知患者或家属，以确保人人通知到位，如有报告异常（血压高、血糖高等）嘱患者再次来院检查，如影响手术则取消安排，待各项体征合格后再次预约。

（2）术日基础体征的把控：①患者的各项生命体征（血压、心率、脉搏）及检查报告（如视力、眼压、角膜曲率）均合格后将收治入院。②血糖及血压等基础疾病控制佳。③做好手卫生，医护人员严格按照外科洗手七步法执行。④做好术

前固视训练, 锻炼患者能双眼或单眼固定注视目标、保持头部与眼球静止的能力。

(3) 多元化健康宣教方式: 针对文化程度开展术前的健康宣教及病房安全教育: ①对小学文化患者, 可进行图片、视频和实物的演示过程。②初中及以上的话发放图文手册, 加上口头讲解原理、流程和康复关键点等。③病房护士统一进行术后的健康宣教, 并发放纸质健康教育资料(附二维码: 宣教内容的音频及点眼药水的视频)。④在病房的电视机滚动播放术后宣教内容及如何点眼药水的操作视频。⑤根据医嘱发放术后眼药水, 告知每种药物遵医嘱用药使用, 并告知时间、频次、剂量。⑥现场演示眼药水使用方法(使用前洗净双手, 头后仰, 拉开下眼睑, 将药液滴入下穹窿部, 避免药液直接滴在角膜上), 让患者或家属重复操作, 确保掌握。

(4) 心理疏导: ①针对有心理疾病, 组织一对一沟通, 患者提供个体化的心理干预, 如认知行为疗法(CBT)、放松训练和心理教育。②多给予鼓励和耐心, 介绍成功案例, 发放心理宣教手册, 增强信心。③护理人员应在患者入院时即热情接待患者, 并主动做好自我介绍, 消除患者顾虑, 与患者建立良好的护患关系, 赢得患者的充分信任。④为患者做好相关环境介绍, 让患者能安心的在陌生的环境下进行各项准备。

(5) 智能随访平台: ①协助每位患者使用微信加入病房全周期智能管理随访平台。②手术当日、术后第1d、术后第3d均推送相关宣教内容或问卷反馈。③患者也可在平台上提问, 病房护士会做好相对应的回复及回访。④做好延续性护理, 复查时协助患者针对推送内容及问卷进行反馈及答疑解惑。

(6) 一站式复查中心: 手术日当天帮助患者预约术后1天及术后3天复查。①术后1d: 复查时进行换药(拆纱布、清洁结膜囊), 测眼压、测视力、医生裂隙灯检查, 观察有无并发症发生等。②术后3d: 复查眼压及视力, 医生通过裂隙灯查看患者眼部情况。③术后第2周: 线下复查, 评估视力恢复情况, 告知患者术后长期眼部保护要点, 不要长时间玩手机, 定期检查。并与患者家属强调, 在休养期间避免情绪波动, 影响眼压。④全周期智能平台推送相关注意事项, 进行周期性随访。

1.3 观察指标

(1) 裸眼视力恢复情况: 采用国际标准视力表检测两组患者裸眼视力, 统计视力 ≥ 0.5 (临床认可的有效恢复水平)的患者比例。

(2) 并发症: 统计的是术后1个月时角膜水肿(表现为角膜混浊、视物模糊)、眼压升高(眼压 $> 21\text{mmHg}$)、眼内感染(表现为眼部剧痛、视力骤降、眼部分泌物增多)、前房出血(裂隙灯显微镜下可见前房内有红细胞积聚)的发生例数, 汇总发生率。

(3) 健康状态: 使用院内的《患者健康问卷》(PHQ-9)

量表进行评估, 主要有9个问题, 指导患者在符合的选项数字上面“√”, 从0到3依次代表完全不会、好几天、超过一半时间、几乎每天, 计算总分, 总范围在0~27分之间。

1.4 统计学方法

使用SPSS25.0统计学版本软件对研究数据进行处理分析, 计量资料($\bar{x} \pm s$)用t值检验; 计数资料(%) χ^2 检验, 差异显著, $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的视力恢复情况

如表1可见, 观察组患者术后的视力改善情况越来越好, 与对照组比, $P < 0.05$ 。

表1 比较两组术后的裸眼视力 ≥ 0.5 比例[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	60	60		
术后1d	41(68.33)	27(45.00)	6.651	0.009
术后3d	52(86.67)	39(65.00)	7.684	0.005
术后2周	57(95.00)	49(81.67)	5.175	0.022
术后1个月	58(96.67)	52(86.67)	3.927	0.047

2.2 术后并发症

在表2中, 观察组的总并发症率更低, 与对照组比, $P < 0.05$ 。

表2 两组术后并发症统计[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	60	60		
角膜水肿	5(8.33)	14(23.33)		
眼压升高	2(3.33)	10(16.67)		
前房出血	1(1.67)	3(5.00)		
眼内感染	0(0.00)	1(1.67)		
总发生率	8(13.33)	28(46.67)	15.873	< 0.001

2.3 健康状态

表3可见, 护理后, 患者的PHQ-9评分明显降低, 且观察组比对照组更低, $P < 0.05$ 。

表3 护理前后两组患者健康问卷得分(分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	60	60		

PHQ-9 评分	护理前	17.33±4.22	17.14±4.05	0.251	0.801
	护理后	8.32±1.55	11.06±1.71	9.196	0.000

注：续表3。

3 讨论

于老年白内障患者来说，手术只是治疗的第一步，晶状体被替换后，眼睛需要一个稳定的适应和愈合过程，尤其术后，是并发症的高风险期，患者可能因炎症或激素药物反应导致眼压升高，需监测和及时处理^[6]。因此，系统、细致的护理至关重要，这直接关系到手术的最终效果、患者的恢复速度以及生活质量^[7]。作为治疗不可或缺的延续，护理干预不仅是医嘱的执行，更是对老年患者身心全方位的关照^[8]。现今社会老年人对于术后视力的恢复提出了更高的要求。而且，护理过程也是健康教育的过程，能够帮助患者和家属建立正确的用药习惯、科学的用眼和生活方式，以及定期复查的意识，确保即使出院后也能得到持续的专业照护，促进康复^[9]。

本研究结果显示，观察组患者术后1d、3d、2周、1个月这4个阶段的裸眼视力 ≥ 0.5 的比例均优于对照组， $P < 0.05$ ，这代表日间手术护理模式可有效加快老年患者术后视力恢复。详细说明：老年患者多因对手术认知不足、担心手术效果产生焦虑，而焦虑情绪可能导致交感神经兴奋，引起眼部血管收缩，

影响术后眼部血液循环与组织修复。日间手术护理通过分层健康宣教提升患者对手术的认知，结合CBT放松训练和心理教育缓解患者的情绪，确保患者以稳定的生理与心理状态接受手术，减少术中应激反应对眼部组织的影响，为术后视力恢复创造良好条件^[10]。所以在结果2.3部分显示，护理后，观察组患者PHQ-9评分显著降低，与对照组比， $P < 0.05$ 。同时，术后向患者提供正确的眼部保护与用药，促进视力恢复。结果部分还提到，在术后并发症方面，观察组的总发生率要比对照组更低， $P < 0.05$ ，这是由于日间手术护理能精准控制术前、术中和术后可能的风险，例如，术前，针对有合并症的患者，密切监测血压对和血糖，以免造成术后感染、眼压升高等问题，加上手术期间的严格无菌管理和消毒，都能从源头上规避一定程度的感染概率，并注意监测患者的生命体征，以便发现异常能及时处理，防止发生骤然性的眼压升高，此外，一站式复查中心及智能随访平台的延续性随访可及时发现出院后潜在的并发症，并在术后的不同阶段通过远程指导或督促返院治疗，避免并发症的发生与发展。

综上所述，特定的日间手术护理覆盖整个围术期，能充分实现对老年白内障手术患者的个性化干预，结合心理、生理等多个维度提供护理服务内容，提高视觉恢复质量，具有借鉴价值。

参考文献：

- [1] 曾金凤,欧阳旗,高雅萍.老年白内障日间手术患者出院指导质量与出院准备度、出院后延续性护理需求现状的调查分析[J].医学信息,2024,37(24):189-192.
- [2] 韩丽,周静洁,邱利华.老年白内障患者行日间手术后负性情绪和延续性护理的需求现状及相关性[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(11):112-114.
- [3] 孙东洋.PDCA循环管理联合延续护理在老年白内障患者中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(27):95-97.
- [4] 郑亚君,贾福祿,潘琪.日间手术护理模式对老年白内障手术患者裸眼视力恢复及并发症的影响[J].基层医学论坛,2024,28(06):114-116+120.
- [5] 代粲,欧阳平,许丹,等.临床判定法在眼科日间病房跌倒评估中的应用[J].现代医院管理,2023,21(06):111-113.
- [6] 石新茹,商晓芬,王凯选,等.多视角下老年白内障日间手术患者健康教育需求的质性研究[J].齐鲁护理杂志,2023,29(18):42-46.
- [7] 周征俐,唐星,马蓓,等.前馈管理护理模式在老年白内障日间手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(12):15-17.
- [8] 柳玉林,曲华,于丽.情绪释放技术在老年白内障日间手术患者术前护理中的应用[J].上海护理,2023,23(03):1-5.
- [9] 徐燕,黄娟,马剑晴.优质护理结合电话回访在老年白内障日间手术患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(02):21-24.
- [10] 李慧姣,史静华,郭丽霞,等.早期护理干预在行日间手术的老年白内障病人中的应用[J].护理研究,2021,35(05):928-930.