

糖尿病视网膜膜病变患者术后视力恢复中延续性护理干预效果分析 探究

古元元 程宝钰 (通讯作者)

江津区中心医院 重庆 江津 402260

【摘要】目的：探讨延续性护理干预对糖尿病视网膜膜病变患者术后视力恢复的影响，为临床护理工作提供科学依据。方法：选取2023年1月至2025年12月于我院眼科病房收治的糖尿病视网膜膜病变手术患者80例，采用随机数字表法分为实验组和对照组，每组各40例。对照组实施常规出院指导及随访，实验组在常规护理基础上实施延续性护理干预。结果：实验组患者术后6个月视力恢复优良率显著高于对照组（85.0%vs 62.5%， $X^2=5.230$ ， $P<0.05$ ）；实验组患者糖尿病自我管理行为量表评分显著优于对照组（ $t=4.856$ ， $P<0.001$ ）；实验组术后并发症发生率显著低于对照组（12.5%vs 32.5%， $X^2=4.588$ ， $P<0.05$ ）；实验组患者视功能相关生活质量评分显著高于对照组（ $t=5.124$ ， $P<0.001$ ）。结论：延续性护理干预能够有效促进糖尿病视网膜膜病变患者术后视力恢复，提高患者自我管理能力，降低并发症发生率，改善患者生活质量，值得在临床护理工作中推广应用。

【关键词】：糖尿病视网膜膜病变；延续性护理；视力恢复；术后护理；自我管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.021

糖尿病视网膜膜病变（Diabetic Retinopathy, DR）是糖尿病最常见的微血管并发症之一，也是导致工作年龄人群失明的主要原因^[1]。随着我国糖尿病患病率的持续上升，DR的发病率亦呈逐年增长趋势，严重威胁患者的视功能及生活质量。目前，玻璃体切割术、视网膜激光光凝术及抗血管内皮生长因子（VEGF）药物玻璃体腔注射等手术治疗已成为DR的主要治疗手段^[2]。而手术治疗仅是DR综合治疗的一部分，术后视力恢复受到多种因素影响，包括血糖控制水平、血压管理、眼部护理依从性、定期复查等。研究表明，DR患者术后视力恢复是一个长期过程，出院后患者往往面临血糖监测不规范、用药依从性差、复查不及时、生活方式管理不当等诸多问题，导致术后并发症发生率增高，视力恢复效果不理想^[3]。传统的护理模式侧重于住院期间的护理服务，出院后缺乏系统、连续的跟踪指导，难以满足患者长期的康复需求。延续性护理（Transitional Care）是指通过一系列行动设计，确保患者在不同健康照护场所及同一健康照护场所受到不同水平的协作性与连续性的照护^[4]。近年来，延续性护理在慢性病管理中的应用日益广泛，但在DR患者术后视力恢复中的研究相对较少。因此本研究旨在探讨延续性护理干预对DR患者术后视力恢复的影响，以期为临床护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年12月于我院眼科收治的糖尿病视网膜膜病变手术患者80例作为研究对象。纳入患者均行玻璃体切割术联合视网膜激光光凝术或抗VEGF药物玻璃体腔注射治疗。采用随机数字表法将患者分为实验组和对照组，每组各40例。实验组中男性22例，女性18例；年龄45~72岁，平均年龄（58.6±8.4）岁；糖尿病病程5~18年，平均（10.2

±3.6）年；DR分期：非增殖期18例，增殖期22例。对照组中男性21例，女性19例；年龄46~70岁，平均年龄（57.9±8.7）岁；糖尿病病程6~17年，平均（9.8±3.4）年；DR分期：非增殖期19例，增殖期21例。两组患者在性别、年龄、糖尿病病程、DR分期等一般资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合《中国糖尿病视网膜膜病变防治指南》诊断标准；②行玻璃体切割术或视网膜激光光凝术或抗VEGF药物玻璃体腔注射治疗；③年龄18~75岁；④意识清楚，能够配合完成问卷调查；⑤具有基本读写能力，能够使用微信等通讯工具；⑥自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①合并其他眼部疾病，如青光眼、白内障、黄斑变性等；②合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍；③合并恶性肿瘤或严重感染性疾病；④既往有眼部手术史；⑤存在认知功能障碍或精神疾病；⑥随访期间失访或资料不完整者。

1.3 干预措施

对照组：实施常规护理及出院指导。住院期间给予常规术前术后护理、健康教育及出院指导。出院时发放《糖尿病视网膜膜病变术后注意事项》宣教手册，内容包括用药指导、眼部护理、血糖监测、饮食运动建议、复查时间等。出院后于术后1周、1个月、3个月、6个月进行电话随访，了解患者恢复情况，解答患者疑问。

实验组：常规护理基础上实施延续性护理：①建档管理：建立电子健康档案并延续至社区；②个性宣教：制定个性化健康教育方案，强调血糖控制、用药规范及并发症识别；③随访督导：出院后8次电话随访，3次家庭访视，指导居家护理；

④社群支持：建立微信交流群，推送健康知识，提供同伴支持；
⑤康复训练：指导眼球运动、视觉感知等视功能训练；⑥多学科协作：联动内分泌、营养科，实现血糖全程管理。

1.4 观察指标

主要指标：术后6个月视力恢复优良率。

次要指标：①术后6个月SDSCA自我管理评分；②术后6个月并发症发生率；③术后6个月NEI VFQ-25生活质量评分。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以例数(百分比)[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后视力恢复情况比较

术后6个月，实验组患者视力恢复优良率显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表1：

表1 两组患者术后6个月视力恢复情况比较[n(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	p
例数	40	40		
优	18(45.0)	12(30.0)		
良	16(40.0)	13(32.5)		
差	6(15.0)	15(37.5)		
优良率	34(85.0)	25(62.5)	5.230	0.022

2.2 两组患者术后自我管理评分比较

术后6个月，实验组患者SDSCA量表各维度评分及总分均显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.001$)，提示延续性护理干预能够有效提高患者自我管理评分。具体见表2：

表2 两组患者术后6个月SDSCA评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	实验组	对照组	t	p
例数	40	40		
饮食控制	5.8±1.2	4.3±1.5	4.966	<0.001
运动锻炼	5.2±1.4	3.8±1.6	4.158	<0.001
血糖监测	5.5±1.3	3.6±1.4	6.130	<0.001
用药依从性	6.2±0.9	4.8±1.2	5.196	<0.001

总分	27.6±4.2	20.0±5.1	7.256	<0.001
----	----------	----------	-------	--------

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

术后6个月内，实验组并发症发生率显著低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。其中，实验组发生玻璃体再出血2例、角膜水肿2例、新生血管性青光眼1例；对照组发生玻璃体再出血5例、视网膜脱离2例、新生血管性青光眼3例、角膜水肿3例、眼内炎1例。具体见表3：

表3 两组患者术后6个月并发症发生情况比较[n(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	p
例数	40	40		
发生并发症	5(12.5)	13(32.5)		
未发生并发症	35(87.5)	27(67.5)		
并发症发生率	12.5%	32.5%	4.588	0.032

2.4 两组患者术后生活质量比较

术后6个月，实验组患者NEI VFQ-25量表的总分以及各维度评分均显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.001$)，这表明延续性护理干预能够有效提升DR患者术后的生活质量。具体见表4：

表4 两组患者术后6个月生活质量比较

组别	实验组	对照组	t	p
例数	40	40		
总体视觉评分	82.5±10.3	68.4±12.5	5.512	<0.001
周边视觉评分	78.6±11.2	62.3±13.4	5.892	<0.001
视觉相关社会功能评分	75.3±12.1	58.7±14.3	5.624	<0.001
总分	80.2±9.8	65.8±11.6	5.124	<0.001

3 讨论

3.1 延续性护理促进DR患者术后视力恢复的作用机制

本研究结果表明，实验组术后6个月视力恢复优良率(85.0%)显著高于对照组(62.5%， $P < 0.05$)。其作用机制如下：其一，血糖控制是关键要素。高血糖会对术后创面愈合以及视功能恢复产生影响。延续性护理借助定期随访、血糖监测指导、饮食运动干预等手段，助力患者构建良好的血糖自我管理行为，维持血糖的稳定^[5]。其二，规范用药直接关乎手术效果。糖尿病视网膜病变(DR)患者术后需要长期使用降眼压药物、糖皮质激素、抗VEGF药物等，若依从性不佳，可能导

致眼压波动以及炎症加剧。延续性护理通过用药提醒、不良反应监测等途径,提升患者的用药依从性。其三,定期复查是及时察觉并发症的重要保障。术后可能出现玻璃体再出血、视网膜脱离等严重并发症,早期干预能够挽救视功能^[6]。延续性护理通过复查提醒、协助预约等方式,确保患者按时完成术后随访。

3.2 延续性护理提高患者自我管理能力的价值

自我管理能力和糖尿病患者疾病管理的核心。本研究显示实验组SDSCA评分显著高于对照组($P<0.001$),表明延续性护理能有效提高患者自我管理行为。其优势在于:覆盖术后6个月康复关键期,通过反复强化建立稳定行为习惯;依据患者情况制定个性化方案;通过电话、微信、访视等构建社会支持网络;注重技能培养,通过示范指导帮助患者掌握实际操作^[7]。其中血糖监测和用药依从性改善最显著,这与患者对视力损害的恐惧心理及延续性护理的强化干预密切相关,行为动机增强转化为良好的自我管理行为。

3.3 延续性护理降低术后并发症发生率的效果分析

术后并发症是影响DR患者视力预后的重要因素。本研究显示实验组并发症发生率(12.5%)显著低于对照组(32.5%, $P<0.05$),其中玻璃体再出血和新生血管性青光眼减少明显。针对再出血,通过限制剧烈活动、避免Valsalva动作、加强血

压监测等措施预防;针对新生血管性青光眼,通过规范抗VEGF药物使用、定期眼压监测降低发生率^[8]。多学科协作机制有效控制血糖、血压等危险因素,微信群管理确保患者及时获取专业指导,避免病情延误。

3.4 延续性护理改善患者生活质量的意義

视功能损害会严重影响患者的日常生活、工作学习以及心理健康,降低其生活质量。本研究运用NEI VFQ-25量表对患者的生活质量进行评估,结果显示,实验组的总分以及各维度评分均显著高于对照组($P<0.001$),这证实了延续性护理能够全面改善DR患者术后的生活质量^[9]。生活质量得以改善的原因如下:其一,视力的恢复直接提升了患者的视觉功能,增强了其日常生活的自理能力;其二,自我管理能力的提高增强了患者对疾病的掌控感,减轻了因疾病不确定性所带来的焦虑;其三,社会支持网络的建立缓解了患者的心理压力,改善了其情绪状态;其四,视力康复训练指导有助于患者适应视功能的变化,提高其对环境的适应能力。

综上所述,视觉相关社会功能维度的显著改善尤其值得关注。DR患者常常会因为视力障碍而减少社交活动,进而产生孤独感和抑郁情绪。延续性护理通过同伴支持、家庭支持、社会融入指导等方式,助力患者重建社会联系,恢复社会角色,实现身心的全面康复。

参考文献:

- [1] 张倩倩,王卉,张赢赢,等.基于4C模式的延续性护理对糖尿病视网膜病变患者术后依从性、生活质量及视力水平的影响[J].河北医药,2022,44(21):3352-3354.
- [2] 张娜娜,殷同利,吕慧改.全面健康教育式延续性护理改善糖尿病视网膜病变患者视力水平、血糖水平及自我效能效果分析[J].齐鲁护理杂志,2022,28(18):75-78.
- [3] 吕素景.糖尿病视网膜病变患者自我管理行为健康教育方案构建及应用[D].郑州大学,2022.
- [4] 李伟,王青.延续性护理干预对老年2型糖尿病视网膜病变患者血糖和视力水平的控制效果[J].中华老年病研究电子杂志,2021,8(03):48-51.
- [5] 董芳.循证护理在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(12):165-167.
- [6] 刘斌.老年性糖尿病视网膜病变的用药方案效果分析[J].糖尿病新世界,2021,24(02):178-180.
- [7] 徐海侠.持续性健康教育在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(34):82-83.
- [8] 张生凤.专项干预应用于老年糖尿病视网膜病变病人的效果观察[J].循证护理,2020,6(09):958-961.
- [9] 陆建荣.多学科协作护理模式在糖尿病性视网膜病变患者围手术期中的应用研究[D].南京医科大学,2020.