

青光眼与白内障共病患者的围术期护理策略优化研究

胡黎 陈州英^(通讯作者)

重庆市江津区中心医院 重庆 江津 402260

【摘要】目的：探讨优化围术期护理策略在青光眼合并白内障共病患者中的应用成效，为临床护理实践提供循证依据。方法：采用随机对照试验设计，选取2022年1月至2025年12月，于我院眼科收治并挑选100例患有青光眼且伴有白内障的患者，按照随机数字表方法分成对照组和实验组，每组50例。对照组实施眼科常规围术期护理，实验组在此基础上实施优化的综合护理策略，涵盖术前精准评估与心理疏导、术中精细化配合、术后并发症预防及个性化康复指导。结果：对照组术后并发症出现比率显著高于实验组($X^2=5.741, P<0.005$)；术后1个月时，对照组的最佳矫正视力(BCVA)较实验组差些。 $(t=3.329, P<0.05)$ ；患者护理满意度明显高于对照组($X^2=6.061, P<0.05$)。结论：针对青光眼与白内障共病患者实施优化的围术期护理策略在临床的推广运用相当值得，它能够显著推动视力康复、减少术后并发症出现的概率，并且提高护理的满意程度。

【关键词】：青光眼；白内障；围术期护理；护理策略

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.026

青光眼与白内障是导致失明的主要眼部疾病，60岁以上人群的共病发病率达到15%—20%。这类患者的病情较为复杂，同时存在眼压升高和晶状体浑浊的问题治疗难度较大^[1]。目前超声乳化白内障摘除联合人工晶状体植入术以及抗青光眼手术是主要的治疗手段，但手术过程复杂、风险较高，而且患者多为高龄且伴有全身性疾病，因此对围术期护理的要求十分严格^[2]。传统的护理模式缺乏针对共病的系统性方案，难以契合精准医疗与加速康复外科(ERAS)理念^[3]。本研究旨在构建优化的围术期护理策略，通过术前的精准评估与心理干预、术中的精细化配合、术后的并发症预防以及延续护理的全程管理，运用随机对照试验来评价其应用效果，从而为临床护理规范提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2025年12月，于我院眼科收治并挑选100例患有青光眼且伴有白内障的患者，按照随机数字表方法分成对照组和实验组，每组50例作为研究对象。实验组中男性22例，女性28例；年龄介于58-82岁，平均年龄为(68.5±6.3)岁；青光眼类型方面，原发性闭角型青光眼38例，原发性开角型青光眼12例。对照组中男性24例，女性26例；年龄在56-84岁之间，平均年龄为(69.2±6.8)岁；青光眼类型为原发性闭角型青光眼36例，原发性开角型青光眼14例。对两组患者诸如年龄、性别、青光眼类型、白内障分级及合并症等基础资料开展对比，均未呈现出具备统计学意义的差别($P>0.05$)，存在可对比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①年龄≥50岁，确诊为青光眼合并年龄相关性白内障；②符合联合手术指征，拟行超声乳化白内障摘除+人工晶状体植入联合小梁切除术或房角分离术；③单眼手术，术

前最佳矫正视力(BCVA)0.05-0.4；④术前眼压控制在21mmHg以下；⑤能够配合开展相关检查与问卷调查的患者，需处于意识清晰状态；⑥患者需对相关状况有所知悉并表示同意，同时签署知情同意书。

排除标准：①其他眼部病症；②既往有内眼手术史；③同时并发了严重的诸如心、肝、肾这类核心脏器的功能障碍。④患有精神疾病或者存在认知功能方面的障碍；⑤术中发生严重并发症需改变手术方式者；⑥随访期间失访或资料不完整者。

1.3 干预措施

对照组：对照组开展眼科常规围术期护理。①术前护理涵盖：进行常规入院宣教，介绍病区环境、主管医师以及责任护士；完善术前检查准备，在术眼局部滴用抗生素眼药水、修剪睫毛及冲洗泪道等。②术中护理：适宜体位由医师协助患者摆好，术中生命体征被医师密切关注，而后手术操作得以完成。③术后护理：对术眼进行包扎，常规使用抗生素、糖皮质激素及降眼压药物；观察术眼敷料是否有渗血渗液，患者是否存在眼痛、头痛等不适症状；出院时给予常规出院指导，嘱咐患者定期复查。

实验组：实验组在常规护理的基础上实施优化综合护理策略：①术前精准评估与个性化准备：构建专项评估单，着重评估眼压波动、视野损害、晶状体核硬度、前房深度以及房角开放状况；联合内科进行会诊，将血压控制在<140/90mmHg、空腹血糖控制在<8.0mmol/L；术前1日，责任护士以图文形式讲解手术原理、流程以及配合要点。②分层心理干预：运用SAS、SDS量表进行评估，对于轻度焦虑者实施支持性心理护理，中重度者邀请心理科进行会诊；组建“同伴支持小组”，采用回授法确保患者掌握注意事项。③术中精细化配合：确认身份标识，将室温控制在22-24℃、湿度控制在50%—60%，让患者取平卧位并在头下垫软枕；给予低流量吸氧、进行心电监护，用语言安抚清醒的患者，精准配合手术，严格把控灌注液参数，

备好抢救药品以防并发症。④术后并发症预防：建立“高危期”观察制度，术后24小时内每2小时监测眼压、视力以及前房深度；有针对性地预防高眼压、浅前房、炎症反应、恶性青光眼。⑤快速康复与延续护理：术后6小时让患者在床上活动，第1天在床旁活动；制定个性化视觉康复训练方案；建立微信管理群，实施“2-1-1”随访模式。

1.4 观察指标

①术后并发症发生率：统计两组患者术后1个月内并发症的发生状况，涵盖高眼压、浅前房、角膜水肿、前房积血、恶性青光眼等。②视力恢复情况：在术后1个月复查时，测量两组患者的最佳矫正视力(BCVA)，运用标准对数视力表进行检查，并记录小数记录值。③生活质量评分：采用中文版视功能相关生命质量量表(NEI-VFQ-25)于术前及术后1个月开展评估。④护理满意度：采用自制满意度调查问卷在出院前进行调查，涉及护理技术、服务态度、健康教育、疼痛管理、康复指导5个维度，总分100分。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0软件开展数据分析，计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)呈现，组间对比运用独立样本t检验；计数资料以例数(%)来体现，组间对比采用 χ^2 检验，差异具备统计学意义的判定标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

对照组患者术后并发症的发生概率明显高于实验组，该差异具备统计学上的意义($P < 0.005$)。具体见表1：

表1 两组患者并发症的发生概率进行对比[n(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	P
例数	50	50		
高眼压	1(2.0)	4(8.0)		
浅前房	1(2.0)	3(6.0)		
角膜水肿	2(4.0)	5(10.0)		
前房积血	0(0.0)	1(2.0)		
并发症发生率	4(8.0)	13(26.0)	5.741	0.005

2.2 两组患者术后视力恢复及生活质量比较

术后1个月，实验组最佳矫正视力及生活质量评分均优于对照组，该差异具备统计学上的意义($P < 0.05$)。具体见表2：
表2 两组患者术后BCVA及NEI-VFQ-25评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	实验组	对照组	t	P
----	-----	-----	---	---

例数	50	50		
BCVA	0.62±0.15	0.51±0.18		
NEI-VFQ-25评分	78.35±8.42	71.28±9.16	4.024	$P < 0.05$

2.3 两组患者护理满意度比较

对照组患者护理满意度明显高于实验组，该差异具备统计学上的意义($P < 0.05$)。具体见表3：

表3 两组患者护理满意度对比[n(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	P
例数	50	50		
非常满意	32(64.0)	20(40.0)		
满意	16(32.0)	20(40.0)		
不满意	2(4.0)	10(20.0)		
满意度	48(96.0)	40(80.0)	6.061	$P < 0.05$

3 讨论

青光眼与白内障共病患者的手术治疗，是当前眼科领域的热点与难点。联合手术虽可同时解决两种疾病，但存在手术创伤大、操作时间长、术后并发症风险高等问题，给围术期护理带来了严峻挑战^[4]。本研究借助随机对照试验证实，实施优化的围术期运用护理举措，可显著降低术后并发症的出现概率，促进患者视力的康复，更能够提升患者对护理的满意状况，为临床护理实践提供了循证依据。

研究表明，实验组术后并发症发生率仅为8.0%，显著低于对照组的26.0%，这一结果与术前的精准评估、术中的精细配合以及术后的针对性预防紧密相关。青光眼与白内障共病患者术后，高眼压和浅前房是最为常见的早期并发症，其发生与术前房角功能状态、术中粘弹剂残留、术后炎症反应以及滤过泡功能密切相关^[5]。在优化护理策略中，术前通过全面评估房角开放程度及眼压波动规律，为手术方案的选择提供依据；术中严格把控灌注液流速，配合医师彻底冲洗粘弹剂；术后建立“高危期”重点观察制度，每2小时监测眼压和前房深度，以便早期发现高眼压征象并及时处理。此外，针对患者开展体位管理、排便指导等健康教育，避免因腹压增高导致眼压波动，有效减少了浅前房的发生。视力恢复是评价联合手术效果的核心指标^[6]。本研究中，实验组术后1个月的BCVA显著优于对照组，这与优化护理策略中的视觉康复训练及并发症预防密切相关。首先，通过术前精准的角膜内皮计数评估和术中精细化护理，减少了角膜内皮损伤，降低了角膜水肿的发生率，保证了屈光间质的透明性。其次，术后早期便开始进行眼球运动训练和双眼视功能训练，有助于消除术后遮盖导致的形觉剥夺，

促进双眼视功能重建^[7]。此外,优化的延续护理模式确保了患者出院后的用药依从性和定期随访,能够及时发现并处理影响视力恢复的因素。

护理满意度是评估护理质量的重要主观指标。在本研究中,实验组的满意度达到96.0%,显著高于对照组的80.0%,这得益于优化护理策略中的人文关怀和全程管理。传统的眼科护理往往更侧重于技术操作,而忽略了患者的心理需求。青光眼与白内障共病患者因病程较长、视力呈进行性下降,普遍存在焦虑、抑郁等负面情绪。这些负性情绪不仅会影响手术配合度,还会通过神经内分泌途径对术后恢复产生影响^[8]。在优化护理策略中,术前运用SAS/SDS量表进行心理状态筛查,并实施分层心理干预,有效缓解了患者的负性情绪;术中采取语言安抚、体位舒适护理等措施,减轻了患者的恐惧与不适;术后建立微信管理群,实施“2-1-1”随访模式,满足了患者出院后的延续性护理需求,增强了患者的安全感和信任感。本研究构建的优化围术期护理策略具备系统性、个性化和全程化的特

点,符合现代循证护理和加速康复外科理念^[9]。该策略并非进行颠覆性变革,而是在常规护理基础上进行优化与细化,便于临床推广实施。通过建立共病患者专项评估单、制定并发症预防标准化流程、构建延续护理平台,实现了护理质量的同质化。值得注意的是,优化护理策略的实施对护理人员的专业能力提出了更高要求,护理人员需要掌握青光眼和白内障的病理生理机制、联合手术的关键步骤及并发症识别要点^[10]。这提示护理管理者应加强专科护士培训,建立眼科亚专科护理团队。综上所述,针对青光眼与白内障共病患者实施优化的围术期护理策略,通过术前精准评估与心理干预、术中精细化配合、术后并发症预防及延续护理,可显著降低术后并发症的出现几率,促进患者视力的康复,更能够提升患者对护理的满意状况。该策略体现了以患者为中心的整体护理理念,符合现代眼科专科护理发展方向,值得在临床推广应用。护理管理者应重视专科护士培养,完善护理质量评价体系,将优化护理策略标准化、流程化,以改善共病患者的手术预后和生活质量。

参考文献:

- [1] 邓婷,李莉.基于创新扩散理论的护理干预对青光眼合并白内障患者术后视力恢复的影响[J].智慧健康,2025,11(21):139-142.
- [2] 马艳茹,黄佳桐,王田田,等.手术室护理模式在老年性白内障合并青光眼患者中的应用价值[J].中国当代医药,2025,32(08):181-184.
- [3] 王蓉蓉.基于循证理论的临床护理路径在青光眼合并白内障手术治疗患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(02):120-122.
- [4] 赵世曼.基于创新扩散理论的系统性护理干预对白内障伴青光眼患者的影响[J].临床研究,2024,32(10):172-175.
- [5] 许美婷,陈清霞,陈丽贞.多元化护理对老年性白内障合并青光眼患者不良情绪及依从性的影响[J].中国医药指南,2024,22(15):41-43.
- [6] 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(03):156-159.
- [7] 赵楠,李斯桐.整体护理在白内障合并青光眼患者围术期护理中的应用价值[J].中国社区医师,2024,40(02):139-141.
- [8] 熊丹,熊沫,谭思娜,等.循证理念指导下的CICARE沟通模式对青光眼合并白内障患者围术期临床效果[J].齐鲁护理杂志,2023,29(14):30-33.
- [9] 宁晓红,毛咏梅.责任制护理在白内障合并青光眼患者围术期的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(27):162-164.
- [10] 周化敏.针对性护理对老年白内障围术期的效果观察及并发症发生率分析[J].基层医学论坛,2022,26(21):22-24.