



视觉功能训练在弱视及斜视治疗中的应用

陈燕玲

广西来宾市人民医院眼科 广西来宾 546100

【摘要】目的 分析视觉功能训练在弱视及斜视治疗中的应用效果。**方法** 选择我院收治的弱视及斜视患者 65 例作为观察对象（2016 年 5 月至 2017 年 2 月），采用随机分组的方式将其分成两组，对照组 32 例患者实施常规治疗，实验组 33 例患者在对照组基础上实施视觉功能训练，观察两组弱视及斜视患者的痊愈率、视力改善率、症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅之间的差异。**结果** 治疗后两组弱视及斜视患者之间对比的痊愈率、视力改善率、症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅之间的差异较为显著（ $P < 0.05$ ），统计学有意义。**结论** 针对弱视及斜视患者实施视觉功能训练的临床应用效果较为显著，有利于帮助患者恢复视力，改善眼部功能。促进预后。

【关键词】 视觉功能训练；弱视；斜视；治疗效果

【中图分类号】 R777.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-011-02

弱视主要是指眼球无明显器质性病变，患者单眼或双眼矫正视力达不到 0.8 的人群，弱视属于一种严重危害视功能的眼部疾病^[1]，若不及时进行治疗，严重者将会出现失明现象；斜视主要是指两眼无法同时注视某一目标，属于眼外肌疾病，主要分为麻痹性斜视及共同性斜视两种^[2]，严重影响患者的视力及生活质量。临床治疗过程中一般使用矫正眼位的方式进行，在矫正治疗后对患者实施视觉功能训练能显著提高治疗效果，促进患者视力的改善。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院收治的弱视及斜视患者 65 例作为观察对象（2016 年 5 月至 2017 年 2 月），采用随机分组的方式将其分成两组，对照组 32 例患者中男性患者与女性患者之间的比例为 20:12 例，年龄在 12 至 36 岁之间，均值为（25.10±3.26）岁，其中，弱视患者 18 例，斜视患者 14 例，患眼为 51 只；实验组 33 例患者中男性患者与女性患者之间的比例为 19:14 例，年龄在 13 至 35 岁之间，均值为（25.25±3.18）岁，其中，弱视患者 19 例，斜视患者 14 例，患眼为 54 只。

排除标准：存在其它严重眼部疾病患者及由于外伤导致眼部受损的患者、不同意进行此次观察的患者；

纳入标准：斜视患者注视某物时与另一只正常眼睛的夹角在 5 度左右，弱视患者眼部不存在器质性病变现象。

1.2 方法

对照组 32 例患者实施常规治疗，实验组 33 例患者在对照组基础上实施视觉功能训练，（1）温度传热法：首先指导患者紧闭双眼，两手掌互相摩擦后产生热量将手掌放置在双眼部位上，指导患者以最放松的姿态轻放双手在眼部，持续 10 秒，每次重复操作 5 次；（2）日光刺激训练：指导患者来到户外，平躺在草地上，面向天空，轻轻闭上双眼感受眼睛来自于光线的刺激，若患者不想外出，还可以在白炽灯下进行日光刺激的训练，一次 30 秒，每次间隔 2 分钟再次进行训练，一天 10 次；（3）眼部运动训练：指导患者放松身心之后，进行有规律的眨眼运动，速度为每 10 秒 3 次左右，不需要太快也不宜太慢，继而来回摆动头部及转动眼睛，幅度不要太大，以免产生呕吐头晕现象，一次 3 分钟，一天 3 次；（4）视觉融合训练：在患者眼前摆放两根筷子，分别树立在靠近眼部大约 40 厘米的距离上，指导患者直视筷子约 3 分钟后，将目光放在离筷子更远的距离上，若存在两只筷子清晰程度有差距应重复进行此次训练，训练过程中将未出现斜视或弱视的

健康眼遮挡起来，一天 3 次，一次 5 分钟。

1.3 疗效判定

观察两组弱视及斜视患者的痊愈率、视力改善率、症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅之间的差异。痊愈标准：患者临床症状（复视、眩晕感）基本消失，患者的视力矫正水平大于 0.9^[3]。

1.4 统计学分析

采用 spss23.0 软件进行处理，症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅为计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，痊愈率、视力改善率为计数资料，采用 χ^2 表示，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 痊愈率、视力改善率

两组弱视及斜视患者的痊愈率、视力改善率存在较为显著的差异（ $P < 0.05$ ），统计学有意义；具体数据见表 1 所示：

表 1：两组弱视及斜视患者的痊愈率、视力改善率

组别	眼数	痊愈率 (n%)	视力改善率 (n%)
对照组	51	38 (74.51)	40 (78.43)
实验组	54	51 (94.44)	50 (92.59)
χ^2 值	-	8.0697	4.2956
P 值	-	0.005	0.038

注：两组弱视及斜视患者的痊愈率、视力改善率相比（ $P < 0.05$ ）。

2.2 症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅

两组弱视及斜视患者的症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅存在较为显著的差异（ $P < 0.05$ ），统计学有意义；具体数据见表 2 所示：

表 2：两组弱视及斜视患者的症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅

组别	症状缓解时间 (d)	P-VEPP100 峰潜期时长 (ms)	P-VEPP100 振幅 (uV)
对照组 (51)	18.12±3.25	115.38±10.46	3.05±0.36
实验组 (54)	13.15±2.58	106.32±8.79	3.62±0.57
t 值	8.7035	4.8148	6.0857
P 值	0.000	0.000	0.000

注：两组弱视及斜视患者的症状缓解时间、P-VEPP100 峰
(下转第 14 页)



重的药物不良反应或中毒。既往史也是其中一重要因素。针对这些因素, 给药的量及滴速要特别注意。

3.3 细化药物不良反应处理流程

针对几类常见的药物不良反应, 我们制定了相关的处理流程。主要有 3 种: ①一般的药物不良反应: 如患者生命体征稳定, 仅有恶心、呕吐或其他轻微不适(非过敏反应症状)等, 减慢输液速度, 呼叫首诊医生 5min 内到达, 动态观察, 准确及时执行医嘱并记录。②过敏反应: 如有皮肤轻微痒感、胸闷、喉部痒感、寒战, 但生命体征正常者需停药, 更换 0.9% 氯化钠 250ml 静脉滴注, 先呼叫急诊医生立即处置, 酌情再呼叫首诊医生, 动态观察, 准确及时执行医嘱并记录。③危及生命的急症: 如突然昏厥、过敏性休克、呼吸困难、窒息等生命体征不正常的患者等, 立即将患者平卧, 更换 0.9% 氯化钠 250ml 静脉滴注, 酌情进行给氧、吸痰等急救处置, 同时呼叫急诊医生, 动态观察, 准确及时执行医嘱并记录, 护送至急诊室及相关科室急救。

3.4 密切观察药物不良反应的先兆症状并及时采取对症处理

许多药物在发生严重药物反应之前, 常有先兆症状或早发症状, 应给予重视。如用药后皮肤瘙痒、发热、面红等往往是严重药疹, 甚至过敏性休克的先兆, 一旦出现就立即停药, 更换液体及输液器, 立即进行对症治疗, 病情缓解后保存原始药液并填写药物不良反应报告表, 并上报药物不良反应监测中心。

4 结果

已成功地救治的 ADR 患者, 无一例医疗纠纷和差错事故发生。因处理 ADR 及转诊及时, 为患者争取了宝贵的急救时间。同时接诊患者语言及 ADR 记录的规范性及发生不良反应药物

保存的完整性, 有效规避了医疗纠纷的发生。

5 讨论

5.1 提高了药物不良反应的抢救成功率

实践证明, 强化药物不良反应处理的规范化方法是切实可行的。药物不良反应标准化流程的建立与实施, 护士药物理论知识与应急能力的增强, 规范性的服务语言, 细心的观察, 从多方位对药物不良反应的观察与处理给予了一个有效的质量保障。护士在发生药物不良反应的第一时间内进行有效的急救处理, 争取了宝贵的急救时间, 尽可能将药物不良反应程度降到最低, 有效提高了抢救成功率。

5.2 减少医疗纠纷、差错事故的发生

药品不良反应纠纷是由药品应用于人体后产生的不良反应引发的和不良反应密切相关的涉法纠纷, 属于医疗纠纷的一种。药物不良反应引发的纠纷是不可预料的, 但药物不良反应密切相关的涉法纠纷是可控制的。如医护人员是否在第一时间给予正确处置, 抢救工作记录是否及时正确、完整, 医护人员的服务语言是否规范, 医护人员的态度是否关心, 发生不良反应的药物是否保存完整, 这些问题都是与药物不良反应相关的涉法问题, 通过规范药物不良反应处理的管理, 确保了以上诸多环节质量, 将此类原因引发的医疗纠纷降为零。

参考文献:

- [1] 孙静. 护士应注意观察中药的不良反应 [J]. 中国中医药现代远程教育. 2011, 12 (03): 112-113
- [2] 王贵锋, 姜东亮, 白玉晓. 大剂量地塞米松治疗特发性血小板减少性紫癜疗效和安全性观察 [J]. 中国误诊学杂志. 2011, 5 (15): 1112-1113.
- [3] 李桂芳, 邵立君. 药物不良反应的观察与用药安全管理 [J]. 中国误诊学杂志. 2010, 2 (34): 156-157.

(上接第 11 页)

潜期时长、P-VEPP100 振幅相比 ($P < 0.05$)。

3 讨论

弱视及斜视属于一种较为常见的视觉功能异常疾病, 临床中一般针对患者给予视觉功能训练进行治疗及控制。斜视患者由于眼位不正, 在注视某一物体时, 该物体的影像在凹以外的位置, 而正常眼在视网膜中心凹上^[5], 斜视患眼则可能存在复视现象; 弱视的临床症状主要表现为视力及屈光异常、分读困难及固视困难等^[5]。

视觉功能训练主要是针对患者的视觉功能异常的具体情况从融合功能、调节功能、眼球运动、视觉灵敏度等全方面进行训练, 在一定程度上具有改善视觉功能、开发视觉潜能、增进视觉技巧、提高视力等效果及作用^[6]。通过进行视觉功能训练利于患者视力的改善及治疗效果的提高。本次观察的结果数据显示, 实施视觉功能训练的实验组弱视及斜视患者训练后各项指标明显优于单纯实施常规治疗的对照组弱视及斜视患者。

(上接第 12 页)

分娩结局中的应用分析 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(31): 85-86.

[2] 陈一明. 舒适护理对改善疤痕子宫阴道分娩患者护理满意度的效果研究 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(3): 79-80.

[3] 刘沼清. 产前护理干预在改善疤痕子宫阴道分娩产妇分娩结局中的应用效果观察 [J]. 当代护士: 专科版旬刊,

综上所述, 针对弱视及斜视患者实施视觉功能训练的临床效果较为显著, 能改善患者的视觉功能, 提高患者的视力。

参考文献:

- [1] 刘斐. 视觉功能训练对弱视及斜视的治疗效果分析 [J]. 中国社区医师, 2016, 32(26): 75-76.
- [2] 王中正, 蔡晓菲. 弱视融合训练时融合范围减小及斜视角增大 1 例 [J]. 赣南医学院学报, 2015, 35(4): 625, 627.
- [3] 闫玲. 对弱视及斜视患者进行视觉功能训练的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2017, 15(10): 145-146.
- [4] 肖凡. 视觉敏感期后弱视治疗效果分析 [D]. 南昌大学, 2013.
- [5] 袁海琴. 视觉训练在治疗弱视及斜视方面的应用价值探讨 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(10): 365-366.
- [6] 巴哈尔古丽·赛依提, 刘淑媛, 克拉拉·乌甫尔等. 视觉训练在治疗弱视及斜视方面的应用价值探讨 [J]. 医药前沿, 2017, 7(19): 140-141.

2017, 22(6): 90-92.

[4] 陈丽, 张小英, 郭妮娜. 认知干预联合舒适护理在超声介入联合清宫术治疗子宫瘢痕妊娠患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(7): 139-140.

[5] 杜静. 综合护理干预在瘢痕子宫妊娠分娩中的应用效果研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(26): 2956-2958.