

年龄相关性白内障合并睑板腺功能障碍患者术后满意度分析

满平仪 李桂荣 吴莲英^{通信作者}

广西壮族自治区人民医院 广西南宁 530021

〔摘要〕目的 探讨护理干预对合并有睑板腺功能障碍的白内障患者术后满意度的影响。方法 选取合并睑板腺功能障碍的白内障患者 80 例 80 眼，随机分为两组，观察组在术前 2 周每天行眼睑部清洁及热敷，对照组不采取措施。两组患者均行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术。分别于术前、术后 3wk 进行裂隙灯显微镜检查，记录并比较两组的眼表疾病指数、泪膜破裂时间 (BUT) 和患者满意度。结果 观察组的术后眼表疾病指数、BUT 和患者满意度均较对照组显著改善 ($P < 0.05$)。结论 术前护理干预可以显著改善白内障术后 MGD 患者的干眼状态和舒适度，提高患者术后满意度。

〔关键词〕 睑板腺功能障碍；白内障；护理干预；干眼

〔中图分类号〕 R779.6 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 05-012-02

〔基金项目〕 广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目 (编号: S2018079), 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会科研课题 (编号: Z2016644, Z2014617)

睑板腺功能障碍 (meibomian gland dysfunction, MGD) 是由于睑板腺脂质阻滞，从而引起眼睛干涩不适等症^[1]。目前越来越多的老年患者伴有 MGD。本研究通过术前 2 周对合并有 MGD 的白内障患者进行护理干预，对术前、术后患者眼表疾病指数、BUT 和患者满意度进行分析，从而得出护理干预对合并有睑板腺功能障碍的白内障患者术后满意度的影响。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2016 年 2 月-2017 年 5 月在我院施行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术的合并 MGD 的老年性白内障患者 80 例 80 眼。其中男 42 例 42 眼，女 38 例 38 眼。随机分为两组，A 组 (40 例 40 眼) 在术前 2 周每天行眼睑部清洁及热敷。B 组为对照组 (40 例 40 眼)，不采取措施。两组患者的年龄、性别均无统计学差异 ($P > 0.05$)。排除标准 (具有以下任一项者)：①近 2 个月使用过四环素类、激素类等药物。②孕产妇、血液系统疾病。③有其他眼表疾病史，如角结膜炎、眼睑闭合不全、沙眼、过敏性睑结膜炎等。④可能影响到眼表健康的全身疾病，如糖尿病、皮肤源性、神经源性疾病等。⑤其他可能影响干眼的相关病史，如近期佩戴过角膜接触镜、有眼部手术史。

1.2 方法

1.2.1 清洁。患者取平卧位，用消毒棉签蘸少许温生理盐水清洁睫毛根部，自内眦角起向外眦方向依次擦拭，清除睑缘的分泌物、睫毛根部的菌落以及皮脂碎屑等。

1.2.2 热敷。将清洁毛巾放入 42℃~43℃ 热水中，拧干，折叠成小块敷于眼部，每天晨起及睡前各 1 次，每次 10 分钟。

1.2.3 眼表疾病指数评分 (ocular surface disease index, OSDI) 调查。评价内容：在过去 1 周内是否出现畏光、异物感、眼痛、视物模糊、视力波动、阅读困难、夜间驾驶困难、操作电脑或银行提款机时困难、无法看电视、遇大风时眼部不适、低湿度环境和处于空调房内眼部不适。评分标准为每项计分按症状持续时间进行计算，从未有过症状为 0 分，少部分时间为 1 分，一半时间为 2 分，大部分时间为 3 分，症状持续为 4 分，12 道题目全部回答或可选择性回答。OSDI 计分计算公式为：(以上计分之和 / 答题数目) × 25，满分为 100 分。

1.2.4 BUT。应用 Keratograph 5M 对患者 BUT 进行检测。患者摆正头位，双眼平视前方，待中央位点对准瞳孔，患者瞬目 2 次后，嘱患者一直睁眼，待系统记录出患眼泪膜首次破裂的时间及位点，每例患者经同一操作者检查 3 次，取平均值。

1.2.5 满意度调查。

1.2.6 超声乳化联合人工晶状体植入术。两组患者术前 3d 点左氧氟沙星沙星眼液，4 次 /d。所有患者均接受白内障超声乳化摘除联合人工晶状体植入术，切口均为透明角膜切口，术中均未发生并发症，手术由同一手术医生完成。

1.2.7 统计方法：应用 SPSS15.0 软件对数据进行多因素方差分析和 t 检验等统计学分析；术前术后用配对 t 检验，3 组比较用多因素方差分析。

2 结果

2.1 两组患者术前一般资料分析

白内障术前，观察组和对照组在年龄、性别、眼表疾病指数评分、BUT 各项指标对比，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1: 术前两组患者一般情况比较 (n=40)

组别	性别 (男 / 女)	年龄 (岁)	文化程度 (%)				OSDI 评分 (分)	BUT (s)	SIt (mm)
			小学及以下	初中	高中	大学			
观察组	19/21	63.45±20.68	3	6	19	12	81.74±18.75	6.23±6.72	5.72±4.25
对照组	23/17	67.32±16.43	2	8	16	14	78.56±20.62	5.51±8.27	5.36±5.16
χ^2/t	0.8	0.51	0.21	0.35	0.46	0.23	0.72	0.42	0.34
p	0.37	0.31	0.64	0.56	0.5	0.63	0.24	0.36	0.37

2.2 两组患者手术前后眼表疾病指数评分、BUT 和满意度的比较，见表 2、表 3。

3 讨论

睑板腺功能障碍 (MGD) 是一种慢性、弥漫性睑板腺障碍性

眼表疾病，通常以睑板腺末端导管的阻塞和 / 或睑板腺分泌物或量的改变为特征，可引起泪膜稳定性异常及眼部刺激症状，导致眼表炎症和损伤^[2]。当睑板腺受到阻塞时，可使腺体细胞萎缩，以及腺体囊泡扩张、分泌降低等腺体退行性的改变，使泪膜有效性脂质的不足和泪膜稳定性降低使得白内障术后的恢复受到影响，

(下转第 15 页)

作者简介：满平仪，1982-，女，汉族，主管护师。

反应,提高手术安全性。而麻醉方式不同,也会影响麻醉效果进而影响手术效果和预后。

下肢骨折手术难度较大,手术时间较长,为了增加手术的安全性,学者一直在研究安全性高、麻醉效果更加佳,对循环系统功能影响更小的麻醉方式。全麻、腰麻、硬膜外麻醉、神经阻滞均是临床上常用的麻醉方式,其中全麻麻醉效果好,但在诱导麻醉和拔管时容易使患者产生应激反应而影响循环功能^[2]。腰麻和硬膜外麻醉麻醉效果显著,但此麻醉方式需要患者侧卧位,而下肢骨折患者因骨折部位疼痛,侧卧位比较困难,增加患者痛苦,麻醉风险较高^[3]。神经阻滞麻醉则容易出现阻滞不全^[4]。本研究采用喉罩全麻联合神经阻滞麻醉方式,喉罩保留自主呼吸全麻不会对喉头和气管产生刺激,不会太影响患者的血流动力学。而超声引导下神经阻滞能够远离神经和血管,减少麻醉风险。两种麻醉方式联合应用,相互补充,既保护了呼吸道的安全,也保证了麻醉镇痛的效果。

此项试验中,观察组 T₂、T₃ 的 MAP、HR 均显著低于对照组 (P < 0.05); 观察组术后苏醒时间、术后疼痛评分、苏醒时躁动发生率和术后嗜睡发生率均显著低(少)于对照组 (P < 0.05),表明喉罩全麻联合神经阻滞麻醉有助于稳定患者心率及平均动脉压,患者苏醒较快且平稳,麻醉效果好且安全。

综上所述,在下肢骨折手术过程中,应用喉罩全麻联合神经

阻滞麻醉,能够保持患者血流循环系统稳定,患者苏醒时间短,术后疼痛轻,麻醉有效且安全,可临床广泛应用。

[参考文献]

- [1] 李晋,冯飞,陈泉.喉罩保留自主呼吸全麻联合超声引导下神经阻滞在老年患者下肢骨折手术中的应用[J].中国医药科学,2019(13):138-140,241.
- [2] 张晓梅.喉罩保留自主呼吸全麻联合超声引导下神经阻滞在老年患者下肢骨折手术中的应用效果分析[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2019(33):63.
- [3] 刘彦.喉罩全麻联合神经阻滞麻醉对高龄骨科手术患者血流动力学的影响[J].中国合理用药探索,2019(2):121-123.
- [4] 宋晓华.超声引导下神经阻滞联合喉罩全身麻醉对老年下肢骨折患者苏醒期躁动的影响[J].临床医学,2019(3):83-84.

表 2: 两组患者苏醒时间、术后疼痛评分、苏醒时躁动发生率和术后嗜睡发生率对比

组别	术后苏醒时间 (min)	术后疼痛 (分)	苏醒时躁动发生率	术后嗜睡发生率
观察组(n=20)	4.94±1.44	3.45±0.51	5.00	10.00
对照组(n=20)	10.85±2.36	7.25±1.14	25.00	30.00
t/χ ²	7.202	5.514	8.077	5.009
P	0.00	0.003	0.000	0.008

(上接第 12 页)

睑板腺功能障碍引起的一系列的干眼症状最为常见。

白内障手术患者多为老年人,大多合并不同程度的 MGD。白内障手术过程中会损伤维持泪膜稳定的正常结构,易引起干眼症状,此诱因可通过术前和术中积极预防而避免,由于术中操作的局限性,所以更应该在术前积极干预。对合并 MGD 的老年性白内障患者术前进行睑板腺功能障碍家庭物理治疗的护理宣教,可改善患者干眼症状,增加了泪膜的稳定性,安全有效地缩短了白内障术后恢复的时间。本文通过对 80 例患者分组对照研究,术前通过护理宣教,让患者在家中进行检查腺功能障碍的基础物理治疗,术后各项指标评分改善情况优于术前未治疗的患者。随着白内障手术的日益盛行,人们对白内障手术的要求已从单纯提高视力上升到提高患者视觉质量及生活质量。对白内障患者尤其伴有 MGD 的患者,进行详细的术前干眼及 MGD 评估和术前干预至关重要,对于改善患者的生活质量有重大意义。

[参考文献]

- [1] Schaumberg DA, Nichols JJ, Papas EB, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee

on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. Invest Ophthalmol Vis Sci 2011;52(4):1994-2005

- [2] Geerling G, Tauber J, Baudouin C, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. Invest Ophthalmol Vis Sci 2011;52(4):2050-2064

表 2: 干预后两组患者 OSDI 评分、BUT、SIt 比较 (n=40)

组别	OSDI 评分 (分)	BUT (s)	SIt (mm)
对照组	45.24±14.25	11.65±6.28	10.21±8.71
观察组	35.87±15.16	15.2±7.23	14.14±7.23
χ ² /t	2.84	-2.34	-2.13
p	0.003	0.01	0.02

表 3: 干预前后两组患者满意度比较 (n=40)

组别	术前护理满意度 (%)	术后护理满意度 (%)	x 2/t	p
对照组	93.48±4.92	95.31±3.87	-1.86	0.03
观察组	93.75±8.78	97.53±4.92	-2.38	0.01
χ ² /t	-0.17	2.26		
p	0.43	0.01		

(上接第 13 页)

持续作用时间与芬太尼相比较短。即使是反复用药,也不会造成药物在体内蓄积,已被认为阿片受体激动剂中镇痛效果最强的一种。此外,该药还能够有效抑制胃镜检查所引发的应激反应,避免对患者血流动力学、心血管系统造成严重不良影响。本文研究结果表明,观察组麻醉总有效率为 99.73%,对照组为 88.53%,组间差异显著 (P < 0.05); 观察组相关可客观指标均显著优于对照组 (P < 0.05)。提示实施在无痛胃镜检查中实施异丙酚复合小剂量舒芬太尼可明显提高患者麻醉效果,减少药物用量,缩短麻醉后功能恢复时间。可能是由于舒芬太尼镇痛效果与芬太尼相比高出 4-9 倍,且作用时间长 1 倍;异丙酚剂量不断增加时,患者发生呼吸循环抑制风险增加,而当异丙酚与短效阿片类药物复合使用时可互相增强麻醉作用,减少维持麻醉药物用量以及异丙酚使用剂量,满足患者有效、安全镇痛需求。在实施静脉注射后患者可快速入睡,咽部反射减弱,咽部损伤风险很大程度上降低,恶心、干呕、呼吸抑制等副作用也会明显减少。本文研究显示,观察组

麻醉副反应发生率显著低于对照组 (P < 0.05)。再次证实了异丙酚复合小剂量舒芬太尼的安全性,与以往分析相符。

综上所述,异丙酚复合小剂量舒芬太尼在无痛胃镜麻醉中具有积极应用效果,值得推广。

[参考文献]

- [1] 库尔捷夫.异丙酚复合小剂量舒芬太尼用于无痛胃镜麻醉的临床效果分析[J].中国保健营养,2017,027(034):279.
- [2] 张浩.舒芬太尼复合丙泊酚应用于无痛胃镜麻醉中的效果分析[J].当代医学,2019,25(11):78-80.
- [3] 韩月平,邢晓乐,高瑞,等.依托咪酯+丙泊酚复合小剂量舒芬太尼在老年患者无痛胃肠镜中的临床应用体会[J].临床医药文献电子杂志,2018,v.5;No.258(45):142+146.
- [4] 库尔捷夫.异丙酚复合小剂量舒芬太尼用于无痛胃镜麻醉的临床效果分析[J].中国保健营养,2017,027(034):279.
- [5] 吴丹,张杰,俞红,等.丙泊酚复合小剂量舒芬太尼用于无痛胃镜检查麻醉的效果观察[J].中国基层医药,2018,25(23):3008.