

[2] Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, et al. Music and preoperative anxiety: A randomized, controlled study[J]. *Artsthes Analg*, 2002, 94(6): 1489-1494.

[3] Miles MS, Carlson J, Brunssen S. The nurse parent support tool[J]. *Pediatr Nurs*, 1999, 14(1): 44-50.

[4] 杨菊萍, 周立兰, 冯艳, 等. 中药薰洗预防腮腺炎并发睾丸炎的护理研究[J]. *中国医药导报*, 2011, 8(36): 121-122.

[5] 魏爱荣, 汪磊萍, 周艾英. 个案管理优势模式对抑郁症患者抑郁情绪的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2012, 18(4): 1681-1683.

[6] 江华, 邹咏心, 吴丽华, 等. 住院患者及家属对护士角色的认知[J]. *护理管理杂志*, 2011, 11(4): 235-236.

[7] 化翠平. 小儿流行性腮腺炎的家庭护理[J]. *现代中西医结合杂志*, 2009, 13(3): 400-401.

[8] 屈红萍, 张颖. 小儿流行性腮腺炎 156 例优质护理体会[J]. *陕西医学杂志*, 2013, 42(1): 123-124.

[9] 唐建荣. 流行性腮腺炎并发脑炎的观察及护理[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2011, 14(18): 82-83.

[10] 杨园园, 刘惠丽. 住院患儿家属感知的护士支持与焦虑的相关性研究[J]. *护理管理杂志*, 2013, 13(3): 183-185.

[11] 龙超年, 白尧勇, 龙永南, 等. 广西凤山县 2004-2011 年流行性腮腺炎流行特征分析[J]. *医学与社会*, 2013, 26(1): 71-73.

[12] 彭涛. 流行性腮腺炎合并脑膜炎 83 例临床分析[J]. *中国医药导报*, 2011, 8(4): 160-161.

[13] 王桂丽. 56 例腮腺炎合并脑膜炎的观察及护理干预[J]. *中国药业*, 2012, 21(1): 291-292.

[14] 王雅丽, 黄俊山, 曾雪爱, 等. 门诊失眠患者焦虑、抑郁情况及影响因素分析[J]. *检验医学与临床*, 2011, 8(20): 2435-2437.

(收稿日期: 2014-02-16 修回日期: 2014-04-19)

个性化护理干预联合准分子 LASIK 治疗难治性近视效果分析

王召格(内蒙古医科大学附属医院近视眼中心, 呼和浩特 010050)

【摘要】 目的 探讨个性化护理干预联合准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)治疗难治性近视的临床效果。**方法** 采用随机、单盲、多中心的研究方案, 将 960 例(1 920 眼)行准分子 LASIK 治疗的难治性近视患者随机分为对照组和观察组, 每组各 480 例(960 眼)。对照组给予常规护理。观察组在常规护理基础上, 实施个性化护理干预。应用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS 量表)评估患者术前焦虑程度; 观察患者术中固视情况, 计算术后裸眼视力(UCVA)达到术前最佳矫正视力(BCVA)的比例, 观察术后并发症发生情况。**结果** 观察组和对照组患者术前 SAS 量表评分差异无统计学意义($P>0.05$); 观察组术中固视能力优于对照组($P<0.05$); 观察组术后 10 d、1 个月、3 个月时 UCVA 达到术前 BCVA 的比例均高于对照组($P<0.05$); 观察组术后干眼症发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 个性化护理干预措施可增强准分子 LASIK 治疗难治性近视的效果, 也有利于降低术后并发症的发病风险。

【关键词】 个性化护理; 准分子激光原位角膜磨镶术; 难治性近视
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)17-2470-03

部分近视患者由于屈光度高且角膜薄, 行准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)无法完全矫正视力, 成为难治性近视^[1]。采用缩小光学区直径、扩大修边半径的方法治疗难治性近视, 则可取得较为满意的疗效^[2]。准分子 LASIK 治疗效果除与手术设计、手术技巧、设备性能等密切相关外, 与患者术前心理状态、术中配合度及术后遵医行为等也有一定的关系^[3]。本研究采用随机、单盲、多中心的研究方案, 探讨了术前心理辅导、术后健康教育等护理干预措施在提高患者依从性和疗效方面的应用效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2012 年 12 月于本地 5 所医院接受准分子 LASIK 治疗的难治性近视患者 960 例(共计 1 920 眼), 男 501 例、女 459 例, 年龄 18~41 岁, 平均(24. 75±5. 61)岁; 近视度数-18. 25~-3. 5 D, 平均(-9. 67±3. 95)D; 角膜厚度(435~580)×10⁻³ nm, 平均(490±34. 82)×10⁻³ nm; 散光度数-5. 5~-0. 75 D; 自然光线下瞳孔直径 2. 67~4. 71 mm, 平均(3. 58±0. 79)mm, 暗室瞳孔直径 5. 33~8. 09 mm, 平均(5. 98±2. 03)mm; 最佳矫正视力(BCVA)≥0. 5。将 960 例患者随机分为观察组与对照组, 每组各 480 例(960 眼)。两组患者年龄、性别、近视度数等一般资料比较差异无统计学意

义($P>0.05$), 具有可比性。本研究方案经各家医院医疗伦理委员会批准后实施。

1.2 方法

1.2.1 护理干预措施 对照组给予常规护理, 观察组在常规护理的基础上采用个性化的护理干预, 护理内容如下。(1)术前护理: 采用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS 量表)对患者进行焦虑情绪评估。根据患者焦虑情绪的严重程度, 采用个性化的心理疏导方法, 由具有良好沟通能力的护士为患者介绍手术原理、术中体位和头位等配合要点, 以及手术注意事项等, 消除患者及其家属的顾虑。对于焦虑情绪过于严重的患者, 必要时给予口服安定, 以保证良好的睡眠。向患者示范眼球固视法, 以防止术中意外的发生。(2)术中护理: 在手术准备间对患者进行心理放松和自我暗示训练, 鼓励患者以增强其信心。适当播放轻柔、舒缓的音乐以减轻患者的焦虑程度, 并同时固视训练。首先安排术前心理状态良好的患者进行手术, 便于术前心理状态欠佳的患者通过观看手术视频缓解恐惧心理, 并通过组织后续患者与已治疗患者的交流, 进一步消除前者对手术的顾虑。护士在术中全程陪同患者, 在患者情绪紧张或配合不佳时, 给予相应的心理暗示, 或通过握手等形式增强患者的安全感和信赖感, 从而增强患者对手术的耐受力。(3)术后护理: 术

后指导患者正确使用滴眼液,强调需严格遵医嘱用药,详细解释擅自停药、减量或使用其他药物造成的不良后果。嘱咐患者尽量闭眼休息,闭眼、睁眼动作应轻柔,严禁用力挤眼或揉眼,避免挤出角膜接触镜以及角膜上皮瓣移位或感染。告知患者术后 1~2 h 有可能出现畏光、流泪、异物感、疼痛等角膜刺激症状,以消除患者过分担忧的情绪。嘱咐患者应摄入清淡、富含维生素、易消化的食物,避免吸烟、饮酒和摄入辛辣、刺激性食物。嘱咐患者在术后 1 周内以湿毛巾拭脸,入睡时佩戴眼罩,1 个月内避免剧烈活动,在风沙天气或光线较强时外出需佩戴太阳镜,3 个月内禁止在眼部化妆或美容,禁止游泳。(4) 术后电话随访:术后定期对患者进行电话随访,监督患者执行医嘱的情况,并对患者因手术治疗导致的各种不良情绪进行疏导。

1.2.2 观察指标 采用 SAS 量表于术前 1 d 对所有患者进行焦虑情绪评估。SAS 量表共 20 个条目,均为正向评分,分值 1~4 分,分值越高表示焦虑程度越重。术中观察患者固视情况,通过手术显微镜和监视器观察眼位偏移状况,以周边角膜 6 点位对应下眼睑标记点为参照点,无偏移者为固视好,偏移范围较小、时间较短者为固视较好,偏移范围较大、时间较长者为固视差。观察角膜上皮愈合及视力恢复时间。计算术后裸眼视力(UCVA)达到术前 BCVA 者所占比例。观察术后并发症发生情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行数据处理和统计学分析。计数资料以频数或百分率表示,组间比较采用卡方检验;固视能力组间比较采用 Ridit 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者术前 SAS 量表评分比较 观察组和对照组患者术前 SAS 评分分别为(36.9±2.7)、(40.6±3.1)分,组间比较差异无统计学意义(*t* = 0.213, *P* > 0.05)。

2.2 两组患者术中固视能力比较 观察组术中固视能力评级为好、较好、差的例数分别为 497 眼(51.8%)、401 眼(41.8%)和 62 眼(6.4%),对照组分别为 409 眼(42.6%)、456 眼(47.5%)和 95 眼(9.9%),组间比较差异有统计学意义(*Z* = -4.325, *P* < 0.05)。

2.3 两组患者术后 UCVA 比较 观察组术后 10 d、1 个月、3 个月 UCVA 达到术前 BCVA 的比例均高于对照组,见表 1。

表 1 两组患者术后不同时间达到术前 BCVA 的比例比较[n(%)]

组别	眼数(<i>n</i>)	10 d	1 个月	3 个月
观察组	960	658(68.5)	763(79.5)	819(85.3)
对照组	960	609(63.4)	724(75.4)	756(78.8)
χ^2	—	5.572	4.536	10.381
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.4 两组患者术后并发症发生情况比较 观察组和对照组患者术后干眼症发生率分别为 11.4%(119 例)和 19.5%(187 例),比较差异有统计学意义(χ^2 = 24.30, *P* < 0.05);角膜感染发生率分别为 3.9%(37 例)、5.6%(54 例),比较差异无统计学意义(χ^2 = 3.334, *P* > 0.05);术后 1 个月 Haze 评级小于 0.5 的患者分别为 67 例(7.0%)和 82 例(8.7%),比较差异无统计学意义(χ^2 = 1.999, *P* > 0.05)。

3 讨 论

准分子 LASIK 和准分子激光角膜上皮下磨镶(LASEK)是目前治疗屈光不正的最普及且行之有效的术方式。既往研究显示,术方式的选择与角膜厚度具有相关性^[4]。难治性近视由于屈光度高且角膜薄,准分子 LASIK 与准分子 LASEK 的临床疗效较为接近,但准分子 LASIK 治疗效果的稳定性和患者满意度均优于准分子 LASEK^[5-6]。术方式一旦明确后,术效果除取决于手术技巧外,患者良好的心理状态、术中及术后依从性等也是影响手术疗效的重要因素。行准分子 LASIK 治疗的患者多数年龄较小,对手术意外、疼痛以及术效果存在一定的顾虑,易产生紧张、焦虑等负面情绪,进而影响其术中配合度。而且,患者若忽视术后合理饮食和药物应用等因素,有可能增加干眼症等术后并发症的发病风险,影响治疗效果^[6-8]。

本研究给予观察组患者个性化护理干预措施,内容包括:术前与患者进行沟通,针对患者的心理状态进行相应的疏导,耐心、细致地向患者介绍手术原理、麻醉方式以及术后可能出现的不适感,使其充分了解手术的科学性和安全性;向患者讲述术中配合相关注意事项,示范眼球固视训练法,消除患者的顾虑,使其以良好的心态接受手术;给予症状较重、难以入睡的患者口服镇静、镇痛药物;术中给予适当的干预以消除其紧张心理;术后指导患者正确使用滴眼液,嘱其严格遵医嘱用药,不得擅自停药、减量或使用其他影响视力恢复与稳定的药物;嘱其摄入清淡、富含维生素、易消化的食物以利于角膜营养,促进角膜上皮修复;采用湿毛巾拭脸,入睡时佩戴眼罩以保护术眼;禁揉眼、碰撞术眼及剧烈运动等,以防止上皮瓣移位;眼部不适及发痒时,可轻轻按压结膜部位;在风沙天气或光线较强时外出,应佩戴太阳镜;禁止游泳及在眼部化妆或美容等,避免刺激眼部。研究结果显示,上述护理干预措施的应用,减轻了患者的术前焦虑情绪,术中固视能力好,术后并发症少。

需手术治疗患者普遍存在一定程度的紧张、焦虑等负面情绪。因此,在护理工作中应重视心理学理论知识和实用技术的运用,加强与患者的沟通,从而帮助患者以最佳身心状态接受手术治疗。多项研究结果显示,对眼科手术患者采用心理支持疗法,可有效提高手术效果和患者术后生存质量^[9-16]。通过护理人员与患者的互动,通过适当的心理护理干预,可使患者的负面情绪得到很好的缓解。需要注意的是,建立良好的护患关系,是对患者实施心理干预的重要基础。因此,在日常护理工作中,应强调心理护理的重要性,从而改善和提高护理工作质量。

综上所述,给予准分子 LASIK 治疗患者个性化护理干预,可以改善患者心理状态、增加其依从性、降低术后并发症的发病风险。在临床应用中,应强调针对患者的个性特点,制订相应的护理干预措施,加强护患沟通,通过健康教育等方式从心理、配合度等多方面对患者进行辅导,从而最大程度地提高手术效果。

参考文献

[1] Martin R, Ortiz S, Rio-Cristobal A. White-to-white corneal diameter differences in moderately and highly myopic eyes: Partial coherence interferometry versus scanning-slit topography[J]. J Catar Refrac Surg, 2013, 39(4): 585-589.

[2] Ibrahim A, Sharif KW. Evaluation of Haze formation after

thin-flap microkeratome LASIK for myopia[J]. J Refrac Surg, 2012, 28(6): 749-750.

[3] 王楠. 飞秒激光联合准分子激光原位角膜磨镶术的护理[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2011, 33(7): 627-628.

[4] 祖培培, 王雁, 吴迪, 等. 角膜屈光手术后早期角膜生物力学特性变化研究[J]. 中国实用眼科杂志, 2013, 31(7): 866-871.

[5] 朱云喜, 金敏, 王小园, 等. 非球面切削 LASEK 和 LASIK 治疗不同厚度角膜的高度近视[J]. 中国实用眼科杂志, 2010, 28(6): 637-639.

[6] 韩冬梅, 周文天, 俞益丰, 等. 超薄瓣 LASIK 与 LASEK 治疗角膜相对较薄高度近视比较分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2011, 29(2): 135-139.

[7] 万雄, 周峻. 羟糖甘滴眼液缓解准分子激光原位角膜磨镶术后干眼症的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(5): 574-575.

[8] 裴文莹, 罗为. 丝裂霉素在准分子激光角膜上皮瓣下磨镶术中的应用[J]. 检验医学与临床, 2013, 1(7): 2272-2273.

[9] 王楠. 飞秒激光联合准分子激光原位角膜磨镶术的护理[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2011, 33(8): 627-628.

[10] 牛凌凌, 周行涛, 丁岚, 等. 小牛血去蛋白提取物对 LASEK 与 LASIK 术后角膜神经修复作用的研究[J]. 中华眼科杂志, 2011, 47(6): 539-545.

[11] 洪伟兰. 护理干预在减轻眼科手术患者应激反应中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(8): 73-74.

[12] 黄松芬. 心理护理干预对老年眼科手术患者生活质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(15): 61-62.

[13] 马晓娟, 方菊花, 李杨, 等. 护理干预对眼科住院患者心理应激因素的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(22): 2649-2651.

[14] 毛艳民. 护理干预对急性闭角型青光眼患者护理满意度及 SAS 评分的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(14): 75-77.

[15] 张丽珍, 徐湘, 赵素琴. 青光眼与心理应激的关系及相关护理干预[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(7): 131-132.

[16] 邹海棠. 心理护理干预对眼科临床治疗效果的影响分析[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(12): 2322-2324.

(收稿日期: 2014-02-18 修回日期: 2014-04-22)

阶段性康复促进模式在宫颈癌手术患者中的应用研究

曹 征¹, 丁丰华¹, 肖风华¹, 王 新² (1. 广东省深圳市盐田区盐港医院妇产科 518083; 2. 辽宁省抚顺市第三医院妇产科 113004)

【摘要】 目的 探讨阶段性康复促进模式在宫颈癌手术患者中的应用效果。**方法** 于 2009 年 10 月至 2013 年 9 月, 将 148 例宫颈癌择期手术患者随机分为康复组和对照组, 每组各 74 例。术前及术后给予对照组患者常规护理, 康复组在此基础上采用阶段性康复促进模式进行康复治疗。比较两组患者术后不良反应发生情况、镇痛药物使用情况、首次下床时间、肛门排气时间、进固体食物时间、住院时间及术后 1 个月健康调查简表(SF-36)评分。**结果** 康复组患者术后恶心、呕吐发生率及腹胀发生率分别为 18.92%、16.22%, 低于对照组的 39.19%、45.95% ($P<0.05$)。康复组患者镇痛药物使用率为 17.57%, 低于对照组的 56.76% ($P<0.05$)。康复组患者首次下床时间、肛门排气时间、进固体食物时间及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)。康复组患者术后 1 个月 SF-36 总评分及各项目评分均高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 阶段性康复促进模式在促进宫颈癌患者术后病情恢复、降低术后不良事件发生率、提高患者生活质量等方面具有重要的作用。

【关键词】 阶段性康复促进模式; 宫颈癌; 手术
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)17-2472-03

随着环境的不断恶化以及女性工作和生活压力的不断增大, 宫颈癌的发病率呈上升趋势, 且患者日益年轻化^[1-2]。手术治疗是目前早期治疗宫颈癌的首选方法。但是, 由于手术作为有创的治疗方法, 对患者的术后生存及生活质量存在一定的影响^[3]。因此, 术后早期康复逐渐成为临床关注和研究的焦点。本研究以宫颈癌手术患者为研究对象, 探讨了围术期采用阶段性康复促进模式进行康复治疗的效果。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 10 月至 2013 年 9 月住院治疗的宫颈癌择期手术患者 148 例, 年龄 34~68 岁, 平均 (50.31±7.47) 岁, 平均体质量 (66.25±6.14) kg; 排除重度营养不良者、合并严重心、肺等器质性病变者。将 148 例患者随机分为康复组和对照组, 每组 74 例, 年龄、性别、体质量及病情等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 对照组患者采用围术期常规护理, 术后早期鼓励患者坚持深呼吸训练及床上翻身训练。康复组在围术期常规护理的基础上, 以阶段性康复促进模式进行康复治疗。依据不同阶段康复治疗的目的, 将其分为准备阶段、实施阶段和递进阶段。(1) 准备阶段: 患者入院后至手术前的时间为准备阶段, 该阶段的治疗目的是为术后康复创造有利条件。入院后对患者基本病情进行综合评估, 建立个人康复促进档案; 及时与患者进行沟通、交流, 增强医患之间的信任感, 争取患者的积极配合。术前 2~3 d, 向患者详细讲解病情、诊疗流程、治疗方案、预后等, 认真解答患者的疑问, 对患者诊疗过程中出现的焦虑、抑郁、急躁、沮丧等负性情绪及时予以疏导, 鼓励患者树立信心, 积极、主动地配合并完成各项诊疗措施。按照患者的意愿, 为其播放节奏缓慢的音乐, 以缓解紧张情绪。嘱咐患者进行半卧位深呼吸锻炼 (每日 2 次, 每次 5 min)。指导患者掌握咳嗽、咳痰的正确方法, 侧卧位咳嗽时将膝关节屈曲。指导在坐位咳嗽时将身体微微前倾, 将双手放至模拟伤口处, 双肩