

· 临床探讨 ·

# 老年白内障患者手术焦虑和抑郁情绪护理干预效果评价

黄馨颖

(首都医科大学附属北京同仁医院眼科中心 100730)

**摘要:**目的 评价综合护理措施对老年白内障患者手术焦虑和抑郁情绪的干预效果。方法 将 86 例行超声乳化联合人工晶体植入术的老年患者随机分成观察组( $n=43$ )和对照组( $n=43$ )。对照组患者接受常规护理,观察组患者在常规护理的基础上接受综合护理干预。比较两组患者健康知识掌握水平、术后焦虑自评量表评分(SAS)、抑郁自评量表评分(SDS)、术后并发症发生率和护理满意度的差异。结果 观察组掌握健康知识的患者占 90.7%,高于对照组的 60.5%,且差异有统计学意义( $Z=4.25, P<0.05$ )。观察组患者术后 SAS 评分和 SDS 评分分别为(45.66±4.82)分和(39.10±3.93)分,均低于对照组患者的(50.32±4.42)分和(48.83±4.71)分,且差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者术后总体并发症发生率为 4.65%,低于对照组的 11.63%,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。观察组患者的总体满意度为 93.02%,高于对照组患者的 69.77%,差异有统计学意义( $Z=2.07, P=0.04$ )。结论 对行白内障手术的老年患者实施综合护理干预能够提高其健康知识掌握水平和满意度,缓解焦虑和抑郁情绪,值得在临床上推广。

**关键词:**老年; 白内障手术; 焦虑; 抑郁; 护理干预

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.052 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)15-2304-03

白内障是一种常见的眼科疾病,我国 60 岁及以上老年人的白内障总患病率高达 46.8%<sup>[1]</sup>,且患病率随年龄增长而升高。白内障是导致老年视力残疾的首要原因,据全国性眼病流行病学调查估计,我国 50 岁及以上的盲人中有 54.7%(291 万人)为白内障盲人<sup>[2]</sup>。超声乳化联合人工晶体植入手术是目前最常用的白内障治疗方法,手术通常在局部麻醉下进行,患者意识清醒,难免感到紧张,加之对手术效果的担忧和视力障碍带来的不确定感,导致患者出现不同程度的焦虑或抑郁<sup>[3]</sup>。多项研究发现<sup>[4-6]</sup>,心理护理可以减轻白内障手术患者的负性心理,对提高患者满意度、手术依从性和术后恢复效果有重要作用。本研究在心理护理的基础上加入了病友交流、家庭支持和健康教育,旨在评价综合护理干预对老年白内障患者手术焦虑和抑郁情绪的改善效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院眼科收治的 86 例老年白内障患者作为研究对象。纳入标准:(1)年龄 $\geq 60$ 岁;(2)在本院进行超声乳化联合人工晶体植入手术;(3)自愿签署知情同意书。排除标准:(1)因语言或身体原因有语言交流障碍;(2)有精神疾病或精神疾病家族史。用随机数字表法将随机数为奇数的对象分到观察组,偶数的分到对照组,两组例数不均时,用下一个随机数除以例数多的一组的例数得到余数,将该组内余数位置的对象划归至另一组,直至两组例数均衡。观察组男 22 例,女 21 例;年龄 65~87 岁,平均(73.4±5.2)岁;左眼 19 例,右眼 24 例。对照组男 23 例,女 20 例;年龄 65~89 岁,平均(74.2±6.5)岁;左眼 20 例,右眼 23 例。两组患者在性别、年龄、文化程度、婚姻状态、病情严重程度等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组均实施白内障超声乳化联合人工晶体植入术,对照组患者接受常规的围术期护理。观察组患者在常规围术期护理的基础上接受综合护理干预,包括病友交流、家庭支持、心理护理和健康教育。

**1.2.1 病友交流** 将病情相近,等待手术和成功做完手术的患者组织在一起,分享彼此的患病感受和治疗经验,医生负责在旁答疑解惑,纠正患者的错误认知,同时记录各患者的焦虑/抑郁来源,制订心理护理策略。

**1.2.2 家庭支持** 患者视力不便,来到医院这个陌生的环境容易不适应,缺乏安全感,因此鼓励家属全天陪护。护士负责告知家属陪护的注意事项,例如,患者饮食宜清淡易消化,术后需注意眼睛的保护,学习眼药水的使用方法等。同时,动员家属与患者多交流,让患者时刻感受到亲情的关爱,有途径发泄自己的负性情绪。

**1.2.3 心理护理** 运用病友交流时制订的策略为患者提供个性化的心理护理。术前,管床护士每天与患者交流 15~30 min,用心倾听他们的苦楚,鼓励其说出内心的不安或担忧;向其介绍主治医师丰富的医治经验和精湛的手术能力,列举一些与之有相似病情、成功手术的患者,帮助患者增强信心;耐心解答患者的问题,用专业知识减少患者不必要的担心和顾虑,使其对自己的疾病有一个理性、客观的认识,避免盲目乐观或悲观;与患者聊一些他们感兴趣的话题,如儿孙的情况、患者年轻时候的经历、新闻时事等,将其注意力从病痛转移至生活中美好的人和事物上。

**1.2.4 健康教育** 术前,由管床护士就患者对白内障疾病和手术的认知情况进行评估,找出患者最担心、最关注的问题,用通俗易懂的语言进行有针对性的健康教育,使患者和家属对白内障的发病机制、临床表现、治疗方法、术后并发症等有一个较为全面、清晰而正确的认识。手术当天,向患者介绍手术室环境、手术流程和配合要点,时刻在旁安抚患者情绪。术后,向患者介绍一些饮食、活动、用眼方面的注意事项和缓解术后眼部疼痛的方法,实时了解患者的躯体和心理感受,及时处理患者的各种不适。

**1.3 评价指标** (1)白内障健康知识得分。采用自制调查问卷进行调查,包括白内障的概念、术前/后注意事项、术中配合要点、常见术后并发症 5 部分,共计 100 分, $<60$ 分为未掌握,60~ $\leq 85$ 分为基本掌握, $>85$ 分为掌握,出院前 1 天由家属协助患者完成填写。(2)术前/后焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分。SAS 量表用于评估焦虑程度及其在治疗过程中的变化情况,共有 20 道选择题,选项分为从无、有时、经常和持续 4 个等级,由患者根据最近 1 周的感觉进行选择,50~ $\leq 59$ 分为轻度焦虑,60~ $\leq 69$ 分为中度焦虑, $\geq 70$ 分为重度焦虑;SDS 量表用于衡量抑郁状态的轻重程度及其在治

疗中的变化情况,其题型、题数、选项、评分方法与 SAS 相同,50~≤59 分为轻度抑郁,60~≤69 分为中度抑郁,≥70 分为重度抑郁;2 次测评分别在手术前 1 天和术后第 2 天由专职健康教育的护士完成,测评过程中尽量避免人为的暗示和诱导;(3)术后并发症(角膜水肿、虹膜炎、前房积血)发生率。(4)护理满意度得分。自制调查问卷,包括专业性和服务态度 2 部分,共计 100 分,<60 分为不满意,60~≤85 分为基本满意,>85 分为非常满意,出院前 1 天由家属协助患者完成填写。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS18.0 软件进行统计分析,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料用百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 确切概率法;单项有序资料采用 Wilcoxon 秩和检验进行比较。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 健康知识掌握情况比较** 观察组中掌握或基本掌握白内障健康知识的患者占 90.7%(39/43),高于对照组患者的 60.5%(26/43),且差异有统计学意义( $Z = 4.25, P < 0.05$ ),见表 1。

**表 1 组间健康知识掌握情况的比较[n(%)]**

组别	n	掌握	基本掌握	未掌握
对照组	43	10(23.26)	16(37.21)	17(39.53)
观察组	43	29(67.44)	10(23.26)	4(9.30)

**2.2 焦虑抑郁情绪评分比较** 术前组间 SAS 评分和 SDS 评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组患者术后 SAS 评分和 SDS 评分均低于对照组患者,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

**表 2 手术前后组间焦虑、抑郁情绪评分的比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )**

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		术前	术后	术前	术后
对照组	43	54.03±4.69	50.32±4.42	52.53±5.49	48.83±4.71
观察组	43	55.60±4.12	45.66±4.82	52.10±4.72	39.10±3.93
<i>t</i>		1.65	4.67	0.39	10.40
<i>P</i>		0.10	<0.05	0.70	<0.05

**2.3 术后并发症发生率比较** 观察组发生 1 例角膜水肿和 1 例前房积血,观察组患者术后并发症发生率为 4.65%(2/43);对照组发生 2 例角膜水肿、1 例虹膜炎和 2 例前房积血,并发症发生率为 11.63%,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**2.4 护理满意度比较** 观察组患者对护理的总体满意度为 93.02%(40/32),高于对照组患者的 69.77%(30/43),组间差异有统计学意义( $Z = 2.07, P = 0.04$ )。见表 3。

**表 3 两组间满意度的比较[n(%)]**

组别	n	非常满意	基本满意	不满意
对照组	43	16(37.21)	14(32.56)	13(30.23)
观察组	43	22(51.16)	18(41.86)	3(6.98)

**3 讨 论**

白内障是一种常见的老年性眼病,其所致的视力障碍不仅会降低老年白内障患者的自理能力和活动范围,还会引起他们对个人能力和自我价值的否定<sup>[7]</sup>,加之患者对手术的恐惧和对

手术效果的担忧,约 10% 的患者会出现焦虑、抑郁等负性心理<sup>[3]</sup>。而这些负性心理又会反过来对手术效果和预后造成不良影响<sup>[8]</sup>,形成恶性循环。研究发现,病友交流、家庭支持、心理护理和健康教育可以显著缓解白内障患者的焦虑、抑郁,对治疗有正向的辅助作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,对行白内障手术的老年患者实施综合护理干预能够提高患者健康知识掌握水平和满意度,缓解焦虑和抑郁情绪。可能的原因如下:(1)陈清清等<sup>[9]</sup>发现,患者间信息传递的效果比医护宣教的效果更好。同病相怜,病友在生理和心理的感受上容易产生共鸣,更能够敞开心扉,畅所欲言。做完手术的患者不仅能就手术方面的问题给予待手术者一些经验之谈,帮助他们做好心理建设,而且前者成功的治疗效果能够为后者带来信心。此外,医生也可以从患者间的交流中发现他们焦虑的来源,更有针对性地制订心理护理策略。(2)家庭支持能够提高患者对生活的期望和对自我价值的认同,亲人的关心、鼓励、劝慰是患者最坚实的心理后盾,也是其获得安全感的最大源泉。而且,家属可以为患者提供贴心周到的照顾,有利于疾病恢复。随着视力的好转,患者的生活质量和情绪也会渐入佳境<sup>[10-11]</sup>。(3)近年来,心理护理已被许多医院用于白内障手术患者的护理工作中并取得了良好的效果,显著缓解了老年患者的焦虑、抑郁情绪。(4)认知学派认为,焦虑是由人们对事件的消极解释和错误认识所致<sup>[12]</sup>。由于缺乏相关知识,白内障患者不可避免地会对手术技术和手术结果产生疑虑和恐惧。因此,术前帮助患者认识疾病、术中带患者熟悉手术环境和流程、术后指导患者正确使用眼,对缓解焦虑、抑郁至关重要<sup>[13]</sup>。

本研究将病友交流、家庭支持、心理护理和健康教育 4 种干预措施结合起来,对老年白内障患者进行综合护理干预。结果显示,与仅接受了常规护理的对照组相比,额外接受了综合护理干预的观察组对白内障相关知识的掌握情况更好,对护理的满意度更高,术后焦虑和抑郁评分也相对较低,且低于国内常模,说明综合护理干预能够有效提高患者对白内障的认识,改善护患关系,缓解患者的焦虑和抑郁,是一种值得在临床上推广的护理措施。

**参考文献**

- [1] 郑宏,于普林,洪依舒,等.我国城乡老年人白内障的患病情况调查[J].中华流行病学杂志,2001,22(6):446-448.
- [2] 管怀进.我国防盲与眼科流行病学研究的现状及发展[J].中华眼科杂志,2010,46(10):938-943.
- [3] 陈红梅.山东大学齐鲁医院白内障门诊患者焦虑与抑郁发生现状及影响因素研究[D].济南:山东大学,2012.
- [4] 韩奎.心理护理干预对白内障患者术前焦虑的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(20):105-106.
- [5] 王淑和,陈木标,任葵顺,等.术前心理护理干预对行老年性白内障手术患者的影响[J].现代临床护理,2011,10(5):30-31.
- [6] 林文莹.手术前综合因素评估在老年白内障患者中应用的效果评价[J].中国实用护理杂志,2011,27(18):55-56.
- [7] 孙丹君,吴卫,郑飞.老年白内障患者心理生活质量与社会关系质量的调查分析[J].浙江临床医学,2015,17(5):851-852.
- [8] 张丽琼,崔浩,赵家良,等.我国九省眼病调查中黑龙江省双城市 50 岁及以上人群育和中、重度视力损伤患病率及

- 致病原因调查[J]. 中华眼科杂志, 2014, 50(3):173-178.
- [9] 陈清清, 黄丽萍. 马斯洛需要层次论在白内障患者心理护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(33):3520-3522.
- [10] 陈红梅, 侯文静, 丛茜. 白内障手术对患者视觉相关日常活动量及心理状态的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(17):54-55.
- [11] 吴航洲, 李峥, 金维佳. 乳腺癌患者的疾病不确定感及其与社会支持的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(2):101-104.
- [12] 杨眉. 与焦虑同行: 社交焦虑与考生焦虑的调节[M]. 北京: 北京出版社, 2001.
- [13] 苗金红, 张岩, 张英萍, 等. 不同健康教育内容对一日白内障手术患者焦虑程度的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(30):3135-3137.
- (收稿日期: 2017-02-16 修回日期: 2017-04-11)

## • 临床探讨 •

## 临床护理路径联合健康教育在经鼻蝶窦入路显微手术治疗垂体瘤中的应用价值

安惠娟

(陕西省榆林市第一医院绥德分院 718000)

**摘要:**目的 探讨临床护理路径联合健康教育在经鼻蝶窦入路显微手术治疗垂体瘤中的应用价值。方法 选取该院2014年2月至2015年11月接收的行鼻蝶窦入路显微手术治疗的垂体瘤患者104例,采用数字随机表法分为对照组与联合组,对照组患者围术期给予常规健康教育,联合组患者在对照组基础上联合临床护理路径进行干预,对比两组患者平均监护室护理、术后住院时间及住院费用。同时,对比两组患者并发症发生率及护理不良事件发生率以及两组患者护理满意度。结果 联合组监护室护理时间、住院时间、住院费用与对照组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );联合组患者并发症发生率为15.38%,明显低于对照组的50.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );联合组护理不良事件发生率为1.92%,与对照组(17.31%)相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );联合组患者护理满意度为96.15%,明显高于对照组的78.85%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 垂体瘤患者经鼻蝶窦入路显微手术治疗时应用临床护理路径联合健康教育效果较好,可临床推广应用。

**关键词:**临床护理路径; 健康教育; 鼻蝶窦入路显微手术; 垂体瘤

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.053 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)15-2306-03

垂体瘤属于颅内良性肿瘤,其发病占颅内肿瘤的10%,该病的发病部位多在垂体前、后叶及咽咽管上皮位置。垂体瘤对机体内分泌及神经功能等均可造成损伤,因此垂体瘤患者确保生命治疗的方法为实施手术<sup>[1]</sup>。目前临床多借助鼻蝶窦入路显微手术治疗垂体瘤,整体创伤较小。另有研究指出<sup>[2]</sup>,垂体瘤患者手术方式及肿瘤位置、大小等因素均可对手术预后质量造成影响,可借助护理干预改善患者手术预后。临床护理路径是指在通过疾病诊断及手术方法根据患者实际情况制订护理路径实施护理的方法<sup>[3]</sup>。有研究指出,临床护理路径的实施较规范化,可明显提高护理效率,有效降低医患双方医疗成本,效果显著<sup>[4]</sup>。本研究主要对经鼻蝶窦入路显微手术治疗的围术期垂体瘤患者给予健康教育联合临床护理路径进行干预的效果进行分析,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2014年2月至2015年11月本院接收的104例行鼻蝶窦入路显微手术治疗的垂体瘤患者,随机将其分为对照组与联合组,每组患者52例。对照组患者男33例,女19例;年龄30~79岁,平均(46.25±3.78)岁;垂体瘤类型:混合型瘤17,生长激素型瘤12例,催乳素型瘤15例,其他类型8例。联合组患者男30例,女22例;年龄32~77岁,平均(46.63±3.52)岁;垂体瘤类型:混合型瘤21例,生长激素型瘤11例,催乳素型瘤13例,其他类型7例。两组患者一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:(1)患者术前均行颅脑MRI及CT检查提示为占位性病变;(2)经鼻蝶窦入路显微手术治疗后病理检查确诊为垂体瘤;(3)本研究经医院伦理委员

会审核并出示书面同意书,患者自愿参加本研究并签订同意书。排除标准:(1)合并心脏病、高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病等疾病者;(2)既往有颅部手术史;(3)无法完成本研究调查者。

### 1.3 方法

**1.3.1 对照组** 对照组患者围术期均实施健康教育进行干预。患者入院后均发放健康教育手册,向患者及家属介绍医院科室情况,患者住院期间对患者进行健康指导,术前叮嘱患者术中注意事项,术后常规实施并发症预防。

**1.3.2 联合组** 联合组患者给予健康教育联合临床护理路径进行围术期护理。(1)成立临床路径小组。对本科室近年来经鼻蝶窦入路显微手术治疗的垂体瘤患者病历资料进行查阅,结合患者常见护理问题及术后并发症情况,在循证医学基础上制订临床护理路径表。对护理小组成员进行培训,确保其熟练掌握护理路径实施并进行考核。(2)患者入院后向其详细介绍病区患者及科室医护人员情况,常规进行体检及入院护理评估。给予患者心电图、头颅MRI、头颅CT、大小便检查等常规检查。术前行健康教育,向患者介绍垂体瘤相关知识,并叮嘱手术治疗相关事项,做好备皮等术前准备,提醒患者手术当天清晨需禁食、禁饮。告知患者术后早期监护内容,分发健康教育手册,并开展生理及心理适应性锻炼。(3)术前缓解患者情绪并将其送至手术室内,与手术室医护人员做好交接,患者术后送至病房后即可辅助吸痰并借助呼吸机辅助呼吸,直至患者恢复自主呼吸功能。对患者手术过程中出血情况、各项生命体征及麻醉停药时间、输血量等情况进行了解,根据患者实际情况遵医嘱用药。严格按照重症监护规范对患者瞳孔、意识、肌张