

# 围手术期综合护理干预在青光眼患者中的应用进展

曹艳杰

黑龙江省佳木斯大学附属第一医院 黑龙江佳木斯 154002

**摘要：**青光眼作为全球首位不可逆致盲性眼病，手术治疗的核心目标是控制眼压、保护视功能，而围手术期精细化综合护理是保障手术疗效、减少视功能损伤的关键环节。本文综述围手术期综合护理在青光眼患者中的应用进展，聚焦全周期精准干预，包括术前个体化风险评估、精准健康宣教与心理疏导，术中精准配合、实时生命体征与眼压监测，术后靶向眼压调控、并发症精准防控、阶梯式康复指导及长效出院随访。该护理模式相较于传统常规护理，可显著优化患者术后视力与眼压控制效果，缓解负性情绪，降低滤过泡瘢痕化等并发症发生率，提升治疗依从性，旨在为疾病围手术期护理提供参考。

**关键词：**青光眼；围手术期综合护理；视功能；并发症；负性情绪

## 前言

青光眼作为全球首要不可逆致盲性眼病，其核心病理表现为眼压异常升高诱发的视神经进行性损害，病程呈隐匿性进展，易造成视野不可逆缩减、视力逐步下降，严重损害患者视觉功能及生活质量<sup>[1]</sup>。手术是临床遏制青光眼病情进展的核心干预手段，其核心目标在于稳定眼压水平、阻断视神经损伤进程，而围手术期护理的精准程度与系统完整性，是保障手术疗效、改善患者预后的关键环节。传统围手术期护理存在个体化干预不足、全周期护理缺失等问题，难以匹配青光眼患者病情的异质性特征，无法充分发挥护理对手术效果的辅助增益作用<sup>[2-3]</sup>。围手术期综合护理打破传统护理局限，以全周期精准干预为核心导向，融合术前个体化风险评估与分层、术中精准协同配合、术后靶向眼压调控及阶梯式康复指导，构建起系统化、精细化的护理体系<sup>[4]</sup>。本文结合近年来临床护理研究成果，系统综述该护理模式在青光眼患者中的应用要点及优化方向，为临床提高护理精准度、改善患者视功能预后提供高质量的理论支撑与实践参考。

## 一、青光眼围手术期综合护理的核心内涵与理论支撑

青光眼围手术期综合护理的核心要义，是立足青光眼眼压波动性异质、视神经损伤不可逆的疾病独特性，以“靶向保护视功能、精准调控眼压、全周期闭环式干预”为核心导向，打破传统围手术期护理“重操作实施、轻个体适配”、“重术中配合、轻全程管理”的固有局限，

搭建“评估-干预-监测-优化”一体化的精细化护理框架<sup>[5]</sup>。其核心特征体现为“精准匹配”与“多维协同”，具体而言，即依据患者年龄、眼压波动范围、视神经纤维层厚度等基线临床数据，制定分层化护理方案，以视神经保护为核心切入点，兼顾眼压调控的精准度与护理干预的适度性，实现护理措施与患者疾病特质、个体需求的高度契合<sup>[6]</sup>。该护理模式并非各类护理技术的简单叠加，而是深度整合整体护理、循证护理与人文护理理念，形成完善的理论支撑体系：整体护理作为体系根基，打破生理与心理护理相互割裂的局面，将视功能保护、心理状态调节、康复能力提升纳入护理全过程；循证护理作为科学内核，依托近5年青光眼围手术期护理领域的Meta分析、随机对照试验等高质量研究证据，结合临床护理实践经验与患者个体差异，优化护理策略，杜绝经验型干预行为；人文护理作为情感支撑，重点关注患者因视功能损伤产生的负性情绪，通过个性化沟通与针对性心理疏导，增强患者治疗依从性与康复信心<sup>[7-8]</sup>。三者相互协同、互为补充，为该护理模式的规范化临床应用提供了坚实的理论保障，充分凸显其与青光眼疾病特点相适配的独特护理价值。

## 二、青光眼围手术期精准化综合护理的分层实施路径

### （一）术前：个体化风险分层与精准干预

术前干预以个体化风险分层为基础，围绕“风险预判、精准宣教、心理赋能”的核心目标，结合患者临床基线特征制定差异化护理策略。首先开展系统性个体化

风险评估,联合眼压动态监测、视神经纤维层厚度检测等精准手段,整合患者年龄、基础合并症(高血压、糖尿病等)、视神经损伤分级等核心指标,划分高、中、低三个风险层级,对高风险患者实施眼压动态监测常态化,提前规范干预基础疾病,从源头降低手术相关风险。同时开展精准化健康宣教,采用图文手册、可视化视频讲解、一对一实操示范相结合的方式,系统普及青光眼手术核心流程、术前准备规范(如术前1-2天遵医嘱停用抗凝药物、眼部清洁护理要点)及术中配合关键技巧,破解患者认知误区,避免因认知不足影响手术进程。针对患者因视功能损伤易产生的焦虑、恐惧等负性情绪,采用焦虑自评量表(SAS)进行量化评估,该量表用于量化患者焦虑情绪程度,对量表评分偏高者实施个性化心理干预,通过耐心倾听患者诉求、分享临床治愈案例、引导家属参与陪伴支持等方式,缓解负性情绪,强化患者治疗依从性与康复信念。

### (二) 术中:精准协同配合与动态监测

术中护理以“术式适配、精准协作、安全防控”为核心,根据不同术式的操作特点开展精准协同配合。针对小梁切除术,护理人员精准协助医生暴露术野、规范传递手术器械,严格执行无菌操作规范,防范交叉感染风险;针对青光眼引流装置植入术,精准调整患者手术体位,协助医生完成引流装置的精准植入与固定,保障手术操作的精准性。全程实施动态监测管理,采用便携式眼压计开展术中眼压实时监测,严防眼压剧烈波动引发的手术风险,同时同步监测患者心率、血压等核心生命体征,及时识别头晕、心慌等异常表现,快速协助医生采取针对性干预措施。此外,术中通过温和沟通安抚、规范指导患者平稳呼吸等方式,缓解患者术中紧张情绪,保障手术顺利实施,降低术中不良事件的发生概率。

### (三) 术后:靶向康复与并发症精准防控

术后干预以眼压精准调控、并发症靶向防控、阶梯式康复指导为核心内容,构建全流程闭环护理体系。眼压调控环节,根据患者术后眼压监测结果,制定个体化给药方案,规范指导患者使用 $\beta$ 受体阻滞剂、前列腺素类等降眼压药物,详细讲解药物给药剂量、用药频次及不良反应的观察要点,确保患者规范用药。并发症防控重点聚焦滤过泡瘢痕化、眼内感染等高发类型,定期观察滤过泡形态、张力及眼部体征,遵医嘱规范使用抗瘢痕药物,指导患者养成良好的眼部卫生习惯,避免揉眼、污水入眼等行为,一旦发现眼部红肿、分泌物增多等感

染迹象,立即上报医生并协助开展针对性处理。康复训练采用阶梯式递进模式,术后1-3天以眼部绝对休息为主,避免视觉疲劳;术后4-7天逐步开展简单视力训练,循序渐进过渡至视野保护专项训练,促进视功能恢复。同时建立长效随访机制,术后1天、3天、1周、1个月、3个月定期开展随访,动态监测眼压、视功能恢复情况,及时优化护理与康复方案,保障患者预后效果。

### 三、围手术期综合护理的临床应用效果与循证依据

大量高质量临床研究及Meta分析,为围手术期综合护理在青光眼患者中的规范化实施提供了坚实的循证依据。许爽<sup>[9]</sup>针对白内障合并青光眼这一高发共病开展的研究,充分体现了该护理模式的适配性与应用价值。该研究选取86例手术患者并采用随机分组方式,对照组实施以基础护理操作为核心的常规护理方案,观察组则应用围手术期综合护理模式,建立起“共病精准评估-术式适配干预-术后协同康复”的全周期护理框架。与常规护理中术后被动干预的模式不同,观察组通过术前精准评估、术中眼压调控及术后个体化康复指导,研究结果表明,观察组患者的眼压、前房深度显著低于对照组,视力水平则明显优于对照组( $P<0.05$ ),为共病患者双眼视功能的协同保护提供了有力支撑。

马丽荣<sup>[10]</sup>针对微创小梁切除术这一青光眼主流治疗术式开展的专项研究,进一步完善了围手术期综合护理的临床证据体系。该研究选取130例接受该术式治疗的青光眼患者,采用随机分组方式分为两组,对比系统护理干预与一般护理干预的临床效果。研究结果显示,系统干预组患者的焦虑抑郁评分、睡眠质量评分均显著低于一般干预组,而生活质量评分(SF-36)与自我护理能力评分则同步提升( $P<0.05$ );术后30d时,系统干预组视力 $>1.0$ 的患者占比更高,且术后并发症发生率显著低于一般干预组( $P<0.05$ )。该研究结论与前述共病相关研究形成有效互补,前者重点关注眼压、视功能等客观指标的改善,后者则明确了该护理模式对患者主观健康状态的正向影响,两者共同证实,围手术期综合护理并非对单一护理操作的简单优化,而是一套覆盖生理护理、心理干预与康复指导的全周期护理体系。

另有研究聚焦护士主导专病一体化护理,进一步丰富了围手术期综合护理的循证内涵。该研究选取2021年94例青光眼手术患者,随机分为两组各47例,对照组行常规护理,观察组采用护士主导专病一体化护理。结果显示,护理后观察组Connor-Davidson韧性量表各维

度及总分、治疗依从性、护理满意度均显著高于对照组 ( $P<0.05$ ), 证实该护理模式能有效提升患者心理韧性与治疗配合度, 进一步印证围手术期综合护理在主观体验与护理质量层面的价值。

徐进等研究发现, 综合护理干预应用于青光眼合并白内障患者围手术期具有提高生存质量和护理满意度的效果, 也证实了这一护理模式的应用价值。何娟等研究中, 选取2016年3月-2018年10月我院收治的94例晶状体脱位继发青光眼患者调查, 均行手术治疗, 对照组实施常规护理, 观察组在此基础上采用综合护理, 结果证实对晶状体脱位继发青光眼实施围术期综合护理可有效降低并发症发生风险, 提升护理满意度。

#### 四、当前应用中的现存问题与优化策略

当前, 青光眼围手术期综合护理实践存在多重瓶颈, 护理效能未达最大化。具体体现在: (1) 个体化护理精准适配性不足, 方案同质化明显, 未结合患者基因易感特征、生活行为及心理耐受度等维度, 干预针对性弱; (2) 多学科协同机制不完善, 未整合眼科、心血管内科等学科资源, 对合并基础病、心理问题患者缺乏系统一体化干预; (3) 长效随访体系有短板, 以单一电话回访为主, 难追踪居家康复与用药情况。优化可从以下3个方面着手: (1) 依托智能监测与分析系统, 推动护理从“经验驱动”向“数据驱动”转型; (2) 组建多学科协作团队, 实现多维度护理同频协同; (3) 完善“线上随访+线下复诊+居家指导”闭环模式, 以智能手段提升随访实效。

#### 五、未来研究方向与展望

未来, 青光眼围手术期综合护理将向智能化、精准化、多元化方向迭代, 打破传统护理局限。借助人工智能算法挖掘患者临床数据, 可实现护理方案个性化推演与动态调整; 推广可穿戴眼压监测设备, 能实时捕捉眼压波动并精准预警干预。同时, 将开展多中心长期随访研究完善循证依据, 探索与中医特色护理、康复理疗的融合路径。此外, 搭建智能科普平台, 构建“医院-社区-家庭”三位一体护理体系, 提升患者自我护理能力, 护航全病程, 改善患者长期视功能预后。

#### 结论

围手术期综合护理以全周期精准干预为核心, 通过

术前风险分层、术中协同配合、术后康复管控的系统化体系, 可优化青光眼患者眼压控制与视功能恢复, 缓解负性情绪, 降低并发症, 提升治疗依从性与护理满意度。目前该模式在个体化适配、多学科协同上仍有不足, 但通过智能化赋能、多学科团队构建及随访完善可提升效能。综上所述, 围手术期综合护理作为保障青光眼手术疗效的核心护理模式, 临床应用价值高, 未来需深化研究, 向精准、高效、人文方向发展。

#### 参考文献

- [1] 邵毅, 朱欣悦, 洪琪.《青光眼患者眼表炎症管理的专家共识建议》解读(2024)[J].眼科新进展, 2025, 45(10): 757-760.
- [2] 魏敏, 曹娟, 黄晓云.综合护理干预应用在急性闭角型青光眼患者中的效果[J].结直肠肛门外科, 2021, 27(2): 94-95.
- [3] 徐进, 朱文君, 滕晓菊.综合护理干预在青光眼合并白内障患者围手术期的应用效果[J].皖南医学院学报, 2021, 40(6): 610-612.
- [4] 谷乔, 刘洋.原发性青光眼患者综合护理路径的临床应用价值[J].中国医科大学学报, 2021, 50(5): 461-463.
- [5] 荣幸, 王妍, 陈玉兰, 等.糖尿病视网膜病变眼科手术围术期综合护理方法核心思路分析[J].糖尿病天地, 2022, (12): 278-279.
- [6] 张秀兰, 潘晓晶, 柯敏, 等.房角切开术围手术期前房出血及术后一过性眼压升高管理方案专家推荐意见[J].中华实验眼科杂志, 2024, 42(10): 881-886.
- [7] 程萌, 黄娟, 马剑晴.手术切除联合自体板层角膜移植术治疗幼儿角膜皮样瘤的围手术期综合护理[J].护士进修杂志, 2022, 37(15): 1432-1435.
- [8] 张鑫, 郑阳, 李倩.白内障超声乳化摘除联合人工晶体植入术治疗青光眼的护理及疗效观察[J].山西医药杂志, 2021, 50(22): 3196-3198.
- [9] 许爽.白内障合并青光眼患者围术期护理干预的效果探讨[J].现代消化及介入诊疗, 2022, (1): 1317.
- [10] 马丽荣.系统护理干预在行微创小梁切除术患者围术期的应用价值探究[J].长春中医药大学学报, 2021, 37(2): 404-406.