

常规护理结合自行眼球按摩护理对青光眼小梁切除术后患者的影响

白世凤

陆军特色医学中心

DOI:10.12238/carnc.v3i6.15809

[摘要] 目的: 本研究探讨常规护理结合自行眼球按摩对青光眼小梁切除术后患者康复的影响。方法: 选取我院 76 例接受小梁切除手术的青光眼患者, 随机分为干预组 (常规+自行眼球按摩) 与对照组 (常规护理)。观察术后的眼压 (IOP)、功能性滤过泡形成率、前房深度 (ACD) 及并发症发生率。结果: 干预组在术后各时间点的平均眼压、功能性滤过泡形成率、前房深度与浅前房发生率明显更优 ($P<0.05$), 两组并发症差异不明显 ($P>0.05$)。结论: 在常规护理基础上指导患者进行规范眼球按摩, 有助于优化手术预后和效果。

[关键词] 青光眼; 小梁切除术; 常规护理; 眼球按摩

中图分类号: R473.7 文献标识码: A

To Explore the Effect of Routine Nursing Combined with Self-eyeball Massage on Patients with Glaucoma after Trabeculectomy

Shifeng Bai

Full name of hospital: Army Characteristic Medical Center

Abstract: Objective: To explore the effect of routine nursing combined with self-eye massage on the rehabilitation of patients with glaucoma after trabeculectomy. Methods: A total of 76 glaucoma patients who underwent trabeculectomy in our hospital were randomly divided into an intervention group (routine nursing + self-induced eyeball massage) and a control group (routine nursing). IOP, functional filtering bleb formation rate, ACD and complications were observed. Results: The average intraocular pressure, functional filtering bleb formation rate, anterior chamber depth and the incidence of shallow anterior chamber in the intervention group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in complications between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Guiding patients to perform standardized eye massage on the basis of routine nursing is helpful to optimize the prognosis and effect of surgery.

Keywords: Glaucoma; Trabeculectomy; Usual care; Eye massage

引言

小梁切除术作为治疗青光眼的主流滤过手术, 其长期成功率很大程度上依赖于功能性滤过泡的形成与维持^[1]。虽然常规术后护理强调体位、用药及并发症观察, 但对于主动调节滤过通道通畅性的干预相对有限^[2]。眼球按摩作为一种辅助物理手段, 在临床上被部分医生用于促进房水引流、维持滤过通道功能, 但其操作通常依赖医护人员, 患者主动参与的规范性与效果尚缺乏系统评估^[3]。考虑到术后长期管理对滤过泡存活的关键作用, 探索一种安全、有效、可由患者自行规范操作的术后辅助护理方法, 具有现实的临床需求。本研究旨在评估在常规护理基础上, 引入规范化自行眼球按摩指导对促进青光眼小梁切除术后患者康复的效果。

1 对象和方法

1.1 研究对象

随机抽取 2023 年 7 月至 2025 年 3 月我院眼科收治的 76 例接受标准小梁切除术的原发性开角型或闭角型青光眼患者, 采用随机数字表法 (由独立统计师使用 SAS9.4 生成随机数字序列, 区组长度设为 4。将分配方案装入密封不透光信封, 信封编号与患者筛查序号对应, 研究者拆解对应编号信封, 按内藏卡片标记干预组或对照组) 分为干预组 ($n=38$, 年龄 57.23 ± 9.23 岁) 与对照组 ($n=38$, 年龄 58.35 ± 10.43 岁), 两组患者的年龄、性别比例、病程等基线资料不具有统计学差异 ($P>0.05$)。本试验所有患者均已签署知情同意书, 且本院伦理委员会也已知情。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：明确诊断为原发性青光眼；首次接受单眼小梁切除术；年龄 40 至 75 岁；理解研究内容并自愿签署知情同意书；具备完成自行按摩和随访的认知与行动能力。

排除标准：继发性青光眼；既往眼部手术史（除单纯白内障手术外）；严重角膜病变影响眼压测量；活动性眼部炎症；合并严重心脑血管疾病或精神疾病无法配合；术后发生脉络膜脱离、恶性青光眼等严重并发症。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组干预方法

对照组患者严格实施青光眼小梁切除术后常规护理方案：重点包括术后眼部保护教育、特定体位指导、确保患者理解并严格执行医嘱的眼药水使用方案，同时反复宣教眼部卫生的重要性及活动限制；护理人员需密切监测患者术眼状况，包括疼痛程度、视力变化、异常分泌物情况以及滤过泡的形态特征，并安排患者按计划定期返院复查，主要监测眼压和前房深度等核心指标。

1.3.2 干预组干预方法

干预组患者则在上述常规护理的所有基础上，额外整合了规范化的患者自行眼球按摩护理指导。这一干预的关键部分在于患者操作的规范性与安全性，故在术后第3天，由经过统一培训的资深护士进行一对一床边教学。护士首先详细讲解并示范按摩的正确方法：患者取舒适坐位或仰卧位，彻底清洁双手后，使用食指指腹通过下眼睑皮肤，轻柔、垂直地向眼球中心（需要避开角膜区域）施加压力，力度控制以能观察到指腹下结膜轻微泛白为度（为患者模拟约 15 mmHg 左右的压力感，让患者多次感受并牢记），维持 5 到 10 秒后缓慢松开，完成一次动作；每次操作包含 10 到 15 次这样的按压为一组，建议每日进行 3 至 4 组，特别提醒需要在刚滴完眼药水后立即按摩。为了确保患者掌握要领并安全执行，护士在初期每日会检查患者的操作规范性、力度是否适中，并通过观察滤过泡的隆起情况初步评估效果，及时纠正不当之处；在患者出院之后，该指导将会通过定期的随访来进行延续。在这期间至关重要，护士明确告知患者停止按摩的指征：当出现显著的眼痛、视力骤降、伤口渗漏或察觉前房明显变浅，必须要立即停止按摩并寻求医疗帮助。整个干预设计的重点在于，在常规的被动观察和药物治疗之外，赋予患者一种在专业指导和严密监控下、可主动参与调节滤过通道通畅性的标准化自我护理技能，旨在早期促进房水引流并维持滤过泡功能。

1.4 观察指标

本研究需要观察两组患者在接受护理干预之后的眼压、功能性滤过泡形成率、前房深度、并发症发生率以及患者舒

适度。

眼压：使用压平眼压计测量，记录术后 1 周、1 月、3 月的数值。

功能性滤过泡形成率：术后 3 月时由同一位经验丰富的青光眼专科医生评估，采用 Indiana 滤过泡分型标准，将弥漫、微囊状滤过泡定义为功能性。

前房深度：使用裂隙灯显微镜联合前房深度测量附件或 UBM 测量中央前房深度，记录术后数值，并记录期间浅前房（中央前房深度≤1.5 mm）发生例数。

并发症发生率：记录术后 3 个月内发生浅前房、滤过泡渗漏、低眼压、脉络膜脱离、恶性青光眼、感染性眼内炎等。

患者舒适度：术后 1 月采用视觉模拟评分法（VAS，满分 10 分，0 为无不适，10 为极度不适）评估患者术眼日常感受（如异物感、紧绷感等）。

1.5 统计方法

采用 SPSS 26.0 软件，使用 t 和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料，组间比较采用 t 检验及方差分析，诊断效能通过 ROC 曲线评估。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的主眼压下降幅度比较

两组患者术后各时间点平均眼压均较术前显著下降，但干预组术后各随访时间点的平均眼压均显著低于对照组，数值差异均具有统计学意义（P<0.05）。详细数据见表 1。

表 1 两组患者的眼压下降幅度详细数值对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 1 周	术后 1 月	术后 3 月
干预组	38	12.58±2.41	14.32±2.15	15.04±2.37
对照组	38	14.76±3.05	16.85±2.67	17.43±2.91
t	-	3.46	4.55	3.93
P	-	0.01	0.01	0.01

2.2 患者的功能性滤过泡形成率与浅前房发生率比较

干预组功能性滤过泡形成率较对照组更高，且干预组浅前房发生率相较对照组明显更低，数值差异均具有统计学意义（P<0.05）。详细数据见表 2。

表 2 两组患者的功能性滤过泡形成率与浅前房发生率详细数值对比[n,(%)]

组别	例数	功能性滤过泡(%)	需处理的浅房(%)
干预组	38	89.47 (34/38)	5.26 (2/38)
对照组	38	71.05 (27/38)	21.05 (8/38)
χ^2	-	4.07	4.15
P	-	0.04	0.04

2.3 患者的舒适度与不良反应发生率比较

干预组主观不适感评分显著低于对照组，数值差异均具有统计学意义（P<0.05）。干预组的并发症发生率略低于对照组，但不具备统计学意义（P>0.05）。详细数据见表 3。

Clinical Application Research of Nursing Care

表3 两组患者舒适度与不良反应发生率详细数值对比

		[n,(%)]			
组别	例数	VAS 评分 (分)	短暂性低眼压 (%)	轻度结膜下出血 (%)	严重并发症
干预组	38	2.63±1.24	7.89 (3/38)	10.53 (4/38)	0
对照组	38	3.92±1.57	13.16 (5/38)	15.79 (6/38)	0
χ^2	-	t=3.977	0.56	0.46	-
P	-	0.01	0.45	0.50	-

注: 严重并发症包括滤过泡渗漏、脉络膜脱离、眼内炎等, 两组均未发生。

3 讨论

青光眼是一种以特征性视神经萎缩和视野缺损为表现的不可逆性致盲眼病, 核心病理机制是病理性眼压升高超过视神经耐受限度。眼压升高的直接原因是房水循环失衡——通常由于房水流出通道(主要经前房角的小梁网途径)受阻, 导致房水积聚、眼内压力进行性增高, 最终压迫并损伤视神经纤维^[4]。小梁切除术是其治疗的经典手术, 需在角膜缘处制作一个约 4×4 mm 的巩膜瓣, 深层切除部分小梁组织及周边虹膜, 形成一个瘘口; 随后覆盖巩膜瓣并缝合, 使房水得以缓慢渗入巩膜瓣下间隙, 最终引流至结膜下形成滤过泡。该手术通过人为造瘘实现房水向眼球外引流, 从而降低眼压、保护视神经^[5]。

目前对于接受了小梁切除术的青光眼患者多采用常规的护理方法, 其核心通常可以概括为三点: 最重要的便是维持滤过通道的功能, 通过指导患者避免压迫术眼以减少外力对滤过泡的机械损伤; 其次需要规范使用抗炎和抗生素滴眼液, 二者协同抑制术后早期瘢痕化进程; 此外常规护理还需要识别早期的并发症, 要密切地监测眼压波动、滤过泡形态、前房深度以及眼内炎症征象。尽管常规护理可以改善患者的生理性指标, 其依旧有内在的局限性, 首先, 其本质上属于被动维护^[6], 十分依赖患者避免危险性行为以及医护人员的观察; 此外常规护理对滤过通道功能性维持的主动干预不足, 术后早期纤维素渗出、血块堵塞或巩膜瓣缝合过紧导致的引流不畅, 需依赖医生进行被动按摩或缝线拆除等医疗操作, 患者无法自主参与^[7]。

针对上述情况, 在常规护理中引入自行眼球按摩的护理方法逐渐受到了业内的关注, 本研究表明, 在标准小梁切除术后常规护理方案中, 整合规范化的患者自行眼球按摩指导, 在促进手术成功的关键指标上展现出明确优势。干预组患者术后各期眼压水平平均显著低于仅接受常规护理的对照组, 且这种差异在术后早期已显现, 并持续至术后 3 个月。自行按摩可能通过周期性的、适度的外力作用, 模拟了临床上被动按摩的效果, 有助于维持新建立的巩膜瓣下通道开放, 防止早期纤维素、血凝块或组织水肿导致的阻塞, 从而促进了房水更顺畅地外流, 为眼压的平稳控制提供了物理支持。此外

干预组显著更高的功能性滤过泡形成率, 进一步印证了自行按摩对维持滤过泡有效性的潜在作用。按摩产生的温和压力波动, 可能不仅促进了即时房水引流, 也在一定程度上干扰了成纤维细胞的过度增殖和胶原沉积的早期过程, 延缓了滤过通道的瘢痕化进程。这提示我们, 这种物理干预可能作用于伤口愈合的早期阶段, 影响滤过区的微环境。值得关注的是, 干预组浅前房发生率(5.26%)显著低于对照组(21.05%)。这一结果似乎与“按摩促进引流可能增加低眼压风险”的直觉相悖, 可能的解释是, 规范指导下的按摩强调力度适中、频次固定, 其效果更倾向于维持一种适度而稳定的滤过状态, 避免了术后早期因引流不畅导致的眼压波动和随后可能出现的激进医疗干预, 反而有助于前房深度的稳定^[8]。患者舒适度评分的显著改善, 或许也间接反映了这种更平稳的术后恢复过程, 减轻了因眼压波动或滤过泡形态不良引起的眼部不适感。

综上所述, 将规范化的患者自行眼球按摩整合入青光眼小梁切除术后常规护理体系, 展现出改善术后早期及中期疗效的潜力, 有较高的临床实用价值。

【参考文献】

- [1]陈诗源,江福群,王品忠.复合式青光眼滤过术与小梁切除术治疗青光眼的临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2024,34(23):84-86.
- [2]李晓,蒋婷婷,李幸,等.青光眼小梁切除术后浅前房发生相关影响因素调查分析及护理干预[J].齐鲁护理杂志,2024,30(9):95-98.
- [3]胡修洁,刘磊.自行眼球按摩护理干预在青光眼小梁切除术后患者中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(23):107-109.
- [4]方梦丹,周春媛,邹迎,等.视野损害程度对青光眼患者眼位和立体视功能的影响[J].中国斜视与小儿眼科杂志,2023,31(3):37-39.
- [5]朱芙蓉,李华,徐霁,等.超声乳化白内障摘除人工晶状体植入联合房角分离及小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障的效果评价[J].科学咨询,2025(3):225-228.
- [6]林牡丹.表面麻醉下白内障超声乳化联合小梁切除术围手术期的护理体会[C]//中华医学会.第三届全国华人眼科学术大会暨中华医学会第十一届全国眼科学术大会论文汇编.汕头大学,2006:891.
- [7]颜波.晚期青光眼行复合小梁切除术的康复护理指导[C]//中华护理学会.全国第九届老年护理学术交流暨专题讲座会议论文集.深圳市暨南大学附属深圳眼科中心,2006:295-297.
- [8]闫慧,石焕亭,谭春青.常规护理结合自行眼球按摩护理对青光眼小梁切除术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(14):137-139.

作者简介:

白世凤(1994.04-),女,汉族,重庆九龙坡人,本科,护师,研究方向为临床护理。