

时间在线答疑,可使患者所存问题得到及时解决;护理人员指导患者及家属熟练掌握血糖监测方法和胰岛素注射方法,利于提高患者自护能力,指导患者家属予以患者心理疏导,利于减轻患者负性情绪;每周 1 次电话随访,可使护理人员了解患者病情进展,及时调整用药方法,以加快患者康复进程;干预后再次对患者所存问题进行评分,依照评估结果调整护理计划,可有效提高护理质量。同时,本研究结果还显示, 试验组护理工作满意度 94.59%较参照组 78.38%高($P<0.05$),提示奥马哈系统的延伸护理服务可提高护理工作满意度。

综上所述,PDR 患者予以奥马哈系统的延伸护理服务可减轻患者负性情绪,提高患者自护能力及

生活质量,并具有较高护理工作满意度。

参考文献

[1]贾雪芳,冯学峰,辛志坤,等.玻璃体切除联合白内障手术治疗增生性糖尿病视网膜病变[J].局解手术学杂志,2017,26(3):215-217.
 [2]吴志勇,姚宜,闵云花,等.康柏西普辅助微创玻璃体切除术治疗增生性糖尿病视网膜病变的临床观察[J].临床眼科杂志,2017,25(2):141-144.
 [3]王萍,陈松,何广辉,等.不同联合手术方式治疗增生性糖尿病视网膜病变的有效性及其并发症[J].国际眼科杂志,2017,17(5):970-973.
 [4]肖茜予,龚放华.以奥马哈系统为框架延伸护理模式对急性脑卒中偏瘫患者的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(9):1228-1230.
 [5]张婧祎,余静,王小妮.以奥马哈系统为框架的延伸照护表对癫痫患儿慢性病管理质量的影响[J].护理研究,2019,33(1):122-126.
 [6]肖适崎,范玲.慢性病延伸护理领域中奥马哈系统的应用进展[J].护理研究,2015,29(33):4102-4105.

(收稿日期: 2020-02-20)

中西医结合护理对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响观察

孙蕊 王敏

(郑州大学第一附属医院眼科门诊护理 河南郑州 450052)

摘要:目的:探讨中西医结合护理对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的干眼症患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。对照组给予常规护理干预,观察组患者给予中西医结合护理干预。比较两组患者干预前后干眼症积分改善情况、泪膜破裂时间、泪液分泌量、角膜荧光素染色及泪液中炎症介质水平。结果:两组治疗后泪膜稳定性指标较治疗前明显改善,且观察组泪膜破裂时间、泪液分泌量、角膜荧光素染色等泪膜稳定性指标改善情况均优于对照组($P<0.05$);两组治疗后干眼症状积分及泪液中肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素- β 水平较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合护理可明显改善干眼症患者临床症状,提高泪膜稳定性,抑制炎症反应。

关键词:干眼症;中西医结合护理;症状积分;炎症介质

中图分类号:R473.77

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.074

干眼症是多种因素使泪膜稳定性下降导致眼睛出现异物感、干涩、易疲劳、对外界刺激敏感等症状的眼部慢性炎症反应,随着病情进展,严重者可出现眼睛失明^[1]。临床常见类型有水样液缺乏性、泪液动力缺乏性、脂质缺乏性、黏蛋白缺乏性以及混合性,其中以水样液缺乏性最为常见。随着科技发展,电子产品的增多,干眼症的发病率呈逐年递增,并趋于年轻化^[2]。由于该病病变部位的特殊性,在积极治疗的同时给予有效的护理干预,可以提高临床疗效,防止复发。本研究以干眼症患者 100 例为研究对象,旨在探讨中西医结合护理干预对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月我院收治的干眼症患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。观察组男

17 例,女 33 例;年龄 37~48 岁,平均(42.15± 3.66)岁;病程 3~6 个月,平均(4.72± 1.41)个月;病情严重程度:轻中度 39 例,重度 11 例。对照组男 14 例,女 36 例;年龄 38~49 岁,平均(42.32± 3.53)岁;病程 3~6 个月,平均(4.68± 1.30)个月;病情严重程度:轻中度 41 例,重度 9 例。两组患者一般资料均衡可比($P>0.05$)。纳入标准:符合干眼症的诊断,病程≤6 个月,近 1 个月内未进行药物治疗;睑板腺功能正常;双侧病变;水样液缺乏性干眼症;患者知晓本研究并签署同意书。排除标准:合并睑外翻者;伴全身性重症疾病者;合并青光眼、沙眼等其他眼部病变者;依从性差者。

1.2 护理方法 对照组患者给予眼科常规护理。(1)雾化护理,超声雾化器中置入生理盐水,调节温度为 38~40℃,协助患者佩戴好热敷眼罩,将眼睛靠近雾化口进行熏蒸,注意避免烫伤;(2)用药护理,遵

医嘱正确指导患者进行用药,并注意观察不良反应,指导患者坚持用药,保持疗效;(3)做好健康教育,如避免频繁或长时间使用滴眼液,保持适宜的环境湿度,注意用眼卫生,避免长期佩戴隐形眼镜,避免长时间使用电脑,注意补充富含维生素 A 的食物,日常工作或学习保持良好的坐姿,用眼 1~2 h 后注意休息,或向远处眺望,做眼保健操,放松眼部肌肉;(4)保留泪液护理,指导患者经常做瞬目动作,注意保持眼睛湿润;(5)饮食护理,指导患者均衡饮食,忌食辛辣刺激性食物,多食蔬菜、水果。观察组给予中西医结合护理。西医护理内容同对照组,中医护理:(1)睑板腺中医手法按摩,按摩前 10 min 给予眼部湿热敷,随后遵医嘱给予涂抹妥布霉素眼膏,于裂隙灯下进行睑板腺按摩,一只手固定上下眼睑,向外侧牵拉外眼角,一只手由鼻侧向颞侧轻轻按压睑板腺,按压方向为上眼睑向下,下眼睑向上,若发现睑板腺存在阻塞,可用棉签将黏稠的睑脂挤干净,按摩结束后使用滴眼液滴眼冲洗结膜囊,每次按摩 5 min,1 次/周;(2)情志护理,由于眼睛的不适感,加上病程相对较长,患者容易出现烦躁、焦虑等不良情绪,护理人员应做好患者的心理评估,根据患者心理状态

给予针对性情志护理干预,改善患者不良情绪,耐心倾听,提高治疗积极性和配合度。两组均干预 6 周,随访 12 周。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者干预前后干眼症积分改善情况,包括眼干、眼痛、畏光流泪、眼胀、近距离阅读重影等,根据症状轻重评为 0~3 分,总共 0~15 分;(2)比较两组泪膜稳定性指标水平,包括泪膜破裂时间、泪液分泌量、角膜荧光素染色等泪膜稳定性指标;(3)比较两组泪液中炎症介质水平,采用酶联免疫吸附法测定泪液中炎症介质肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS23.0 统计学软件分析处理,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用独立样 t 检验和配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组泪膜稳定性指标比较 治疗前两组泪膜稳定性指标比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后两组泪膜稳定性指标均较治疗前明显改善,且观察组泪膜稳定性指标改善情况优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组泪膜稳定性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	泪膜破裂时间(s)		泪液分泌量(mm/5 min)		角膜荧光素染色(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	3.42 \pm 1.15	11.85 \pm 1.44 [#]	3.48 \pm 1.10	12.17 \pm 1.18 [#]	8.79 \pm 1.33	6.10 \pm 0.98 [#]
对照组	50	3.39 \pm 1.37	8.30 \pm 1.56 [*]	3.41 \pm 1.28	9.20 \pm 1.25 [*]	8.75 \pm 1.42	4.13 \pm 0.81 [*]

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组干眼症状积分及泪液中炎症介质水平比较 治疗前两组干眼症状积分及泪液中炎症介质水平比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后两

组干眼症状积分及泪液中 TNF- α 、IL-1 β 水平均明显低于治疗前,且观察组各指标低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组干眼症状积分及泪液中炎症介质水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干眼症状积分(分)		TNF- α (ng/L)		IL-1 β (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	12.67 \pm 2.33	5.16 \pm 1.07 [#]	213.24 \pm 19.37	36.64 \pm 10.75 [#]	137.10 \pm 11.47	28.77 \pm 9.10 [#]
对照组	50	12.59 \pm 2.20	8.10 \pm 1.14 [*]	210.72 \pm 20.06	89.77 \pm 11.52 [*]	135.28 \pm 12.10	65.82 \pm 9.75 [*]

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

泪膜对保持眼表各组织和光学参数的稳定具有重要作用,泪膜稳定性下降可导致干眼症的发生,继而引发的多种形式的眼表组织病变或眼部不适,随着疾病进展,严重者可造成角膜损伤,甚至失明^[3]。人工泪液为常用治疗方法,具有明显的润滑湿润作用,还可调节眼表电解质、渗透压、黏度,提高泪膜稳定性,降低角膜损伤发生风险^[4-5]。由于干眼症多为慢性病且病程较长,治疗期间给予有效的护理干预

对改善临床疗效意义重大。

泪膜脂质皮层由睑板腺分泌的睑脂组成,位于泪膜最外一层,能够防止泪液直接与空气接触避免泪液过度蒸发,在增加泪膜的稳定性方面起到重要作用,睑板腺功能异常或阻塞可影响睑脂的正常分泌,使泪膜脂质皮层变薄从而失去预防泪液过度蒸发的功能,不利于泪膜稳定^[6]。按摩睑板腺可进一步促进睑板腺开口充分扩张,继而促进睑板腺脂质的排出,使睑板腺管畅通,维持正常的眼部代谢和微循

环。同时通过情志护理达到疏肝解郁的效果,排解患者焦虑、烦躁等不良情绪,使患者更加积极地配合治疗,对疾病及治疗过程保持良好的心态,进而保证坚持用药的疗效。

随着临床对于眼症不断深入研究以及分子生物学的发展,发现炎症介质在干眼症的发病机制中占据重要地位。TNF- α 为细胞趋化和黏附的主要炎症介质,可调控炎症细胞间迁移产生广泛的生物学效应,IL-1 β 为促炎症介质,TNF- α 可诱导炎症细胞分泌 IL-1 β ,二者在干眼症炎症反应中发挥协同作用,共同参与炎症反应的发生及进展^[7-8]。本研究结果显示,观察组治疗后泪膜稳定性指标优于对照组,炎症介质水平及症状积分明显低于对照组,说明通过中西医结合护理干预可有效抑制炎症反应,促进患者临床症状的改善,提高泪膜稳定性。综上所述,中西医结合护理可明显改善干眼症患者临床症状,提高

泪膜稳定性,抑制炎症反应,临床应用价值显著。

参考文献

[1]廖美英,黎琴,黄明丽,等.睑板腺按摩联合中药雾化熏眼治疗干眼症的疗效观察及护理[J].广西中医药大学学报,2015,18(2):39-41.

[2]刘婧,陆婷婷,韩德雄,等.穴位埋线治疗泪液生成不足型干眼症:随机对照研究[J].中国针灸,2019,39(7):721-725.

[3]黄进花.中医护理在中西医结合治疗干眼症中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(28):233-236.

[4]李鹏斐,李静,黄少兰,等.干眼病人中医干预及护理措施[J].护理研究,2019,33(22):3984-3987.

[5]张伟萍.中医特色护理技术联合人工泪液治疗干眼的观察及护理[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(83):157-158.

[6]苏杰.不同类型干眼患者泪膜脂质厚度与干眼临床特征的关系研究[J].西南军医,2019,21(5):417-421.

[7]王姝丹,张红,金鑫,等.干眼症的免疫调节机制及相关治疗新进展[J].现代生物医学进展,2019,19(3):572-575.

[8]马艳碧,杨黎.干眼症常见因素及中西医结合护理干预[J].中国社区医师,2019,35(10):153,155.

(收稿日期: 2020-08-12)

(上接第10页)

[2]王垂杰,郝微微,唐旭东,等.消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南(基层医生版)[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4721-4726.

[3]吕亚丽,李晓峰.四君子汤加减联合雷贝拉唑治疗脾胃气虚证胃溃疡临床研究[J].世界中西医结合杂志,2019,14(11):1563-1566.

[4]王媛.应用四君子汤加味治疗胃溃疡的临床效果分析[J].内蒙古中医药,2018,37(1):23-24.

[5]王晓东.应用加味四君子汤治疗胃溃疡的疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(12):22.

[6]魏建华.四君子汤与奥美拉唑联合治疗复发性幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(11):1522-1524.

[7]石爱伟.中西医结合治疗消化性溃疡的疗效观察[J].中医药导报,2010,16(12):46-47.

[8]郭晓星.中药香砂六君子汤对胃溃疡的治疗作用研究[J].中国现代药物应用,2018,12(21):205-206.

[9]沈净,张军梁,黄春霞.香砂六君子汤结合质子泵抑制剂治疗老年脾胃虚弱型消化性溃疡的临床效果[J].中华全科医学,2018,16(8):1372-1374.

[10]周昕瞳.香砂六君子汤加减治疗活动性胃溃疡的疗效[J].中国民族医学,2018,30(23):63-65.

[11]潘娜.香砂六君子汤治疗胃溃疡 116 例临床疗效观察[J].中国民族医学,2017,29(20):63-65.

[12]李淑红,刘华一,唐艳萍.香砂六君子汤联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染致脾胃虚弱型消化性溃疡 48 例临床观察[J].中医杂志,2016,57(21):1854-1857,1863.

[13]邢瑞斌.探究香砂六君子汤加减治疗胃溃疡的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(45):192.

[14]金姣君,楼巧勤,叶育双.中西医结合治疗脾胃虚寒型消化性溃疡临床研究[J].新中医,2015,47(4):91-92.

[15]田晓娜.香砂六君子汤联合西药治疗消化性溃疡疗效分析[J].四川中医,2015,33(9):87-89.

[16]袁月平.香砂六君子汤加减治疗活动性胃溃疡疗效观察[J].实用

中医药杂志,2015,31(7):618-619.

[17]陈君千,孟繁甦,黄小洵.香砂六君子汤治疗脾胃气虚型消化性溃疡临床疗效研究[J].亚太传统医药,2014,10(16):65-66.

[18]王纪岗.香砂六君子汤加减治疗活动性胃溃疡疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(4):763-764.

[19]李燕,王海彬.香砂六君子汤联合西药治疗消化性溃疡 109 例[J].河南中医,2013,33(5):789-790.

[20]彭飞.加味香砂六君子汤治疗老年人 NSAIDs 相关性溃疡中虚气滞证的临床观察[D].南京:南京中医药大学,2012.

[21]钟炳武.六君金铃四逆散治疗消化性溃疡 64 例临床观察[J].中医药导报,2010,16(4):28-29.

[22]余旭超.疏肝健脾法治疗消化性溃疡伴焦虑抑郁状态的临床疗效观察[D].成都:成都中医药大学,2017.

[23]李树瑾.参苓白术散加减治疗十二指肠球部溃疡(脾胃虚弱型)的临床观察[D].成都:成都中医药大学,2017.

[24]张会林.参苓白术散加减配合西药治疗老年消化性溃疡疼痛 78 例[J].中医临床研究,2015,7(11):69-70.

[25]王琨,段丽萍.长期使用质子泵抑制剂可能导致的副作用分析[J].胃肠病学和肝病杂志,2010,19(8):766-769.

[26]戴高中.论中医药治疗消化性溃疡的地位及优势[J].中国中西医结合消化杂志,2007,15(1):61-64.

[27]杜鹃,王秀琴,季风清,等.加味四君子汤对脾虚胃溃疡大鼠细胞外信号调节激酶信号传递分子的影响[J].中国组织化学与细胞化学杂志,2007,16(1):6-11.

[28]王长宏,刘明晖,王璞,等.六君子汤对胃溃疡大鼠胃组织中 EGF、TGF- α 的影响[J].长春中医药大学学报,2015,31(3):448-450.

[29]毕珺辉,杨天仁.香砂六君子汤及其拆方对脾虚胃溃疡模型大鼠胃蛋白酶、SOD、MDA 水平的影响[J].南京中医药大学学报,2010,26(4):280-282.

[30]陈宇宁,曹辉琼,张毅.参苓白术散对乙酸诱导大鼠胃溃疡的保护作用[J].中国医药指南,2014,12(16):92-93.

(收稿日期: 2020-08-22)