

眼眶爆裂骨折围手术期综合护理效果分析

金晓丽

浙江大学医学院附属第二医院 浙江 杭州 310009

【摘要】目的：探讨眼眶爆裂骨折围手术期综合护理效果；**方法：**选择2021年月至年月间我院收治的眼眶爆裂性骨折实施手术治疗者眼眶爆裂性骨折实施手术治疗患者100例为本次研究对象，随机将患者分成观察组和对照组，每组50例，对照组患者实施常规方式护理，观察组患者实施综合护理，比较分析两组患者的临床效果；**结果：**护理前两组疼痛NRS评分和心理焦虑SAS评分相比无明显差异，不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ），通过方式护理后观察组患者的疼痛NRS评分和心理焦虑SAS评分均明显低于对照组患者，疾病主观认知得分和护理满意度得分均显著高于对照组，住院时间显著短于对照组，住院过程中并发症发生率显著低于对照组，两组患者相比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；**结论：**眼眶爆裂骨折患者在手术治疗以后，通过使用综合护理干预措施，使患者的疼痛感得到了高效的缓解，同时也会使患者的心理应对能力发生根本性的改变，患者能够在较短的时间之内恢复身体健康。

【关键词】眼眶爆裂骨折；手术治疗；围手术期；综合护理

在颜面部外伤中，最为常见的骨折类型为眼眶爆裂骨折，临床上的主要表现为眶壁骨折和眼眶缘完整性损伤，也被称之为是眼眶单纯性骨折。该骨折给视力造成了严重的损伤，还会出现运动障碍和眼球内陷的问题。如果损伤比较严重，会出现面颊部异常的感觉，颜面部也会出现畸形的问题，在外伤的影响下，眼功能也会跟着出现严重的损伤。在治疗时，使用的主要方式为手术治疗，核心治疗方法为将固定修复眶壁植入眼眶内，有效的复位合并的内陷眼球。从眼眶爆裂骨折手术患者的实际情况出发，围术期护理与常规的四肢手术与腹腔腔手术有着本质的差别。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年月至年月间我院收治的眼眶爆裂性骨折实施手术治疗者眼眶爆裂性骨折实施手术治疗患者100例为本次研究对象，随机将患者分成观察组和对照组，每组50例，观察组患者中男29例，女21例，年龄18-48岁，平均年龄（ 34.65 ± 2.98 ）岁；对照组患者中男22例，女28例，年龄19-53岁，平均（ 36.69 ± 3.84 ）岁。两组患者在一般资料方面相比差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），可进行比较分析。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

开展手术的主要目的为使眼球的运动环境恢复正常，同时使骨质的解剖完整性得到恢复。患者的最佳手术时间为受伤后的14天以内，手术采取气管插管的全麻方式，依据骨折的位置来选择手术的切口。下壁骨折的切口方式为下睑睫毛下切口，内眦皮肤切口是内侧壁骨折的主要切口方式，联合切口为复合爆裂眼眶骨折的主要切口方式。逐层完成分离活动，分离到骨膜位置即可，将骨折部位暴露出来。对相应部位的神经进行高效的保护，比如保护好眶下神经，对复位骨折端进行解剖。对骨折位置处的镶嵌软组织进行高效的复位，在手术的过程中完成被动牵引实验，对眼外肌松紧度进行认真的检查，确保软组织恢复到最初的位置^[1]。

1.2.2 护理方法

对照组患者使用常规护理措施，严格遵循医嘱，及时开展眼科的常规护理工作。观察组患者使用综合护理干预措施，做好眼压的监测工作，对患者的情绪进行高度的关注，并采取积极的措施要预防术后并发症。

（1）入组心理护理。患者出现眼眶爆裂骨折外伤以后，立即开展心理护理工作，使用切实可行的措施来处理患者的紧张、焦虑情绪，给患者创造舒适的治疗环境，防止患者处于陌生的环境中，使患者出现焦虑、恐惧和紧张的情绪。医院接收患者以后，对患者的就诊环境进行全面的介绍，使患者和家属清楚治疗的方式方法，最大程度的消除患者的恐惧心理和陌生感。眼眶骨折患者在受伤以前没有任何的心理准备，突然受到外力的攻击以后受到伤害。眼眶的生理功能非常的重要，骨折所引起的后果非常严重。眶内软组织疝出、眶壁破裂外移等会使眶内软组织容量出现急剧的减少，同时扩大了骨性眶腔，在这些因素的影响下，眼球出现内陷的情况，给患者面部美观造成了不良的影响。有些患者还会给视力造成损伤，使得患者出现了视力障碍问题，在重重打击下，患者的心理负担越来越严重。在手术以前，将手术的相关情况详细的告知患者，最大程度的对患者的焦虑情绪进行降低^[2]。护理人员从患者的实际情况出发，借鉴成功的案例，使用简单明了的语言来向患者介绍手术的优势和原理。患者手术以后，眼眶骨折得到了高效的修复，对眼球的运动功能进行了改善，手术越早取得的效果也就越理想。将成功的手术案例讲述给患者听，观察成功案例图片，对术后注意事项进行详细的讲解，患者在术后会出现局部肿胀、疼痛的

感觉，患者要有一定的心理准备。如果患者在术后出现了躁动的情绪，医师可以给患者适当的镇静剂来缓解患者的情绪。对于那些年轻的患者来说，护理人员要有足够的耐心，与患者进行有效的交流与沟通，帮助患者树立起战胜困难的决心。在开展心理护理工作时，要学会抓住主要矛盾，采取具有较强针对性的措施来处理矛盾，帮助患者快速的恢复身体健康。

（2）术前护理。在手术以前，对患者原有的疾病进行控制，确保患者能够获得有效的治疗。在手术的前一天，对患者的泪道和结膜囊进行清洁，修剪睫毛，做好术眼的包扎和消毒工作。如果使用全麻的措施，患者术前12小时禁食，术前6小时禁水。在手术的前半小时，采取肌肉注射的方式注射止血药。

（3）监测围术期的眼压和视力。围术期定期监测患者的视力和眼压，对患者的视功能变化情况进行全面的了解，为后续的手术效果和手术治疗提供可靠的支撑，在测定视力和眼压时，一旦发生异常情况，要向主治医生进行及时的汇报，采取高效的措施进行干预治疗，尽量在异常出现的2h之内对其进行控制，使眼压降低导致的视功能损伤得到最大程度的改善，为后续的治疗争取更多的时间。

（4）防治术后并发症。对患者眼部的充血情况和局部肿胀问题进行密切的观察，对术后的敷料渗血和疼痛程度进行了解，如果有必要，遵循医嘱对眼局部进行加压包扎，使用冷敷的方式来对疼痛感和水肿进行缓解。如果患者突然出现视力下降、眼部肿胀等情况，要马上向主治医师汇报，对患者的视力恢复情况进行仔细的观察，做好患者视力的监测工作，研判是不是出现了神经损伤的情况。如果出现了视力障碍的问题，立即通知主治医师，防止出现功能性损伤，而无法恢复到最佳效果。对眶下感觉区的感觉恢复情况进行观察，患者头部尽量不要出现剧烈的运动，不能用力来挤压眼睛和揉眼睛，患者不能自己将敷料撕脱。术后包扎采取加压包扎的形式，使用典必殊滴眼液滴眼，将结膜水肿减轻到最小。在换药和滴眼时，要在无菌的环境下完成。术后静脉滴注甘露醇，将眼眶内容物的水肿降到最低，使眼眶内眼压随之下降。使用地塞米松来对炎症反应进行最大程度的降低，同时使用神经营养药物来对手术过程中导致的视神经损伤降到最低，使用抗生素来预防全身炎症^[3]。

（5）锻炼眼球功能。术后及时锻炼眼球功能，对于术后眼部复视者来说，要尽早对眼部肌肉进行锻炼，术后72h之内对手术眼球进行检查，是否出现内陷、斜视或者是突出的问题，做好眼球运动、眼位高低情况的信息记录。具体的方法为：将目标物悬挂在天花板上，摆动频率为1秒1次，以眼球运动为核心，每天运动次数为3次，每次持续15分钟。通过开展眼球运动，能够使复视得以快速的消失，重建双眼的同视功能。

1.3 观察指标

对观察组和对照组两组患者干预前后的心理状况和疼痛感进行对比；对两组患者干预前后的整体护理满意度评分和疾病主观认知度变化情况进行对比；对两组患者在住院时出现的并发症和术后住院时间进行对比。

1.4 评定标准

开展疼痛感评分工作，在对疼痛数字进行评分时，得分为10分代表着剧烈疼痛，患者无法忍受；得分为0分代表着疼痛感全无；得分为3分以下代表着没有疼痛感或者是疼痛感比较轻。使用焦虑自评量表来对心理状况焦虑情况进行评分，具体内容包含20个大项，满分为100分，随着分值的升高，表明患者的焦虑情绪越明显。评估患者眼眶爆裂性骨折主观认知情况时，使用的主要媒介为医院自制的眼眶爆裂性骨折认知度评价量表，满分为100分，责任护士在床旁跟踪评估，患者以匿名的形式完成调查工作。

1.5 统计学方法

数据分析采用 SPSS 26.0 统计学软件, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者在护理前后 NRS 和 SAS 评分情况
护理前两组疼痛 NRS 评分和心理焦虑 SAS 评分相比无明显差异, 不具有

统计学意义 ($P > 0.05$), 通过方式护理后观察组患者的疼痛 NRS 评分和心理焦虑 SAS 评分均明显低于对照组患者, 两组患者护理后疼痛 NRS 评分和心理焦虑 SAS 评分相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者疾病主观认知度、护理满意度评分以及住院时间情况
观察组患者疾病主观认知度得分和护理满意度得分均显著高于对照组, 住院时间显著短于对照组, 两组患者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者在护理前后 NRS 和 SAS 评分比较情况

组别	时间	疼痛 NRS 评分	心理焦虑 SAS 评分
观察组	护理前	7.31 ± 0.62	76.92 ± 5.88
	护理后	2.43 ± 0.36	27.65 ± 2.85
对照组	护理前	7.42 ± 0.67	76.88 ± 6.13
	护理后	4.23 ± 0.44	39.71 ± 3.42

表 2 两组患者疾病主观认知度、护理满意度评分以及住院时间比较情况

组别	例数	认知情况评分	护理满意度评分	住院时间 (d)
观察组	50	83.59 ± 3.62	93.22 ± 3.48	5.19 ± 1.22
对照组	50	72.18 ± 3.74	79.96 ± 2.28	8.16 ± 1.23
t	-	17.561	21.529	8.267
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者在住院过程中并发症发生情况
观察组患者在住院过程中并发症发生率显著低于对照组, 两组患者相比差

异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者在住院过程中并发症发生比较情况

组别	例数	感染	眼球疼痛	敷料出血渗漏	发生率
观察组	50	0	1	1	2 (4.00%)
对照组	0	3	6	2	11 (22.00%)
χ^2	-				4.915
P	-				0.039

3 讨论

对于眼眶爆裂骨折而言, 其在眼科疾病范畴中属于严重的眼眶外伤, 具体的表现包括复视、眼球运动障碍和眼球内陷等, 也会因为面部运动神经损伤后给眼球运动功能造成伤害^[4]。如今医学界能够准确的诊断眼球爆裂骨折这一病症, 使得眼科医生对该病的认识水平也随之升高。开展眼眶爆裂骨折治疗工作, 患者的眼部功能能够得到快速的恢复, 使其结构的完整性得到保证, 将复视彻底的消除。眼眶爆裂骨折手术的过程比较复杂, 损伤比较大, 需要消耗掉大量的精力, 术后会出现很多的并发症, 术后护理也比较困难^[5]。

对比观察组和对照组患者干预前后的心理状况和疼痛感后, 对照组患者干预后的心理焦虑 SAS 评分和疼痛 NRS 评分要高于观察组。对眼眶爆裂骨折采取综合护理干预措施以后, 患者的不良心理情况和围术期疼痛感得到高效的降低。综合分析两组患者干预后的整体护理满意度评分和主观认知度, 对照组的主观认知度得分和整体护理满意度得分要低于观察组。在对眼眶爆裂骨折患者开展综合护理干预措施以后, 对患者的护理满意度和对疾病的主观认知起到的积极的促进作用。对两组患者的住院时间和住院期间出现并发症的情况进行统计分析以后发现, 观察组患者在住院期间, 患者出现敷料出血渗透、感染和眼球严重疼痛的比例要比对照组低很多, 观察组患者的住院时间也比对照组更短一些。这也充分的证明, 眼眶爆裂骨折患者在开展综合护理干预措施以后, 将术后并发症的发生几率控制到了最低, 同时也使住院时间得到最大程度的缩减。

眼眶爆裂骨折患者的心理和身体遭受着严重的创伤, 患者担心在外力的作用下, 使得自身的外貌和视力受到严重的不良影响。眼眶爆裂骨折手术治疗非常的繁琐, 经常会有并发症出现, 因此, 对于此类患者来说, 要在围术期采取积极的措施进行护理干预。观察组患者对心理护理干预给予了足够的重视, 患

者能够更好的融入社会和家庭, 可以积极主动的配合医生开展治疗工作, 该护理模式的舒适度非常高, 患者的心理应对能力得到了显著的提升, 将手术的不适感降到最低, 患者在整个治疗的过程中, 能够保持着预约的心情, 治疗的依从性发生了明显的改变。在开展治疗工作的过程中, 及时监测眼压和视力变化情况, 一旦出现异常的情况, 要在 2h 之内采取高效的措施应对, 将手术并发症的发生几率控制到最低。患者在术后 3h 开始对眼球功能进行恢复训练, 患者的预后得到了积极的改善^[6]。

综上所述, 眼眶爆裂骨折患者在手术治疗以后, 通过使用综合护理干预措施, 使患者的疼痛感得到了高效的缓解, 同时也会使患者的心理应对能力发生根本性的改变, 患者能够在较短的时间之内恢复身体健康。

参考文献:

[1] 王红云. 综合护理对脊柱损伤并四肢骨折围手术期的临床疗效分析 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(11): 117-118.

[2] 李英. 风险管理在腰椎爆裂性骨折围手术护理的应用分析 [J]. 医药前沿, 2016, 6(6): 39-39, 40.

[3] 唐洁凤, 樊新宁, 林文娟. 胸腰段压缩性骨折行次全环状减压术 26 例围手术期护理体会 [J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(12): 1121-1122.

[4] 庄英群, 庄英娜, 庄学功, 等. 脊柱骨折伴脊髓损伤术后护理中行康复护理的临床疗效分析 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 55(19): 201-202.

[5] 谢蕾. 老年脊椎压缩性骨折围术期的护理分析探讨 [J]. 医学理论与实践, 2013, 1(8): 1090-1091.

[6] 薛娟, 王传林, 高山, 等. 氯诺昔康片结合综合护理对四肢骨折术后疼痛 65 例的临床观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2013, 7(19): 3038-3040.