

多方联动目标分类干预对25G微创玻璃体切割术患者术后康复的影响

金萍萍¹, 余梦琦², 王蒙蒙¹, 张娟²

(沧州市人民医院 1.眼耳鼻喉科; 2.眼科 河北 沧州 061001)

[摘要]目的: 探讨多方联动目标分类干预对25G微创玻璃体切割术患者干预后心理状态、认知度的影响。方法: 选择2020年1月-2023年6月笔者医院收治的80例预接受25G微创玻璃体切割术的患者为研究对象, 采用随机摸红白球的方式, 分为观察组(红球, 40例)和对照组(白球, 40例)。对照组实施常规护理干预, 观察组在常规护理的基础上, 采用多方联动目标分类干预。采用自评焦虑量表(Self-rating anxiety scale, SAS)和美容心理状态自评量表(Cosmetic mental states self-scale, CMSS)评价两组干预前后心理状态, 采用世界卫生组织生活质量评估量表(World health organization quality of life brief scale, WHOQOL-BREF)评价生活质量, 采用自我护理能力评估表(Exercise of self-care agency scale, ESCA)评价自护能力, 对比两组患者认知度达标率(手术知识、风险和并发症及处理措施)差异。结果: 干预后, 观察组SAS、CMSS评分低于对照组($P < 0.05$), 观察组WHOQOL-BREF中生理健康和心理状态评分高于对照组, 两组独立能力和环境条件评分比较差异无统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 观察组ESCA评分高于对照组($P < 0.05$), 观察组对手术认知、风险和并发症方面认知度达标率高于对照组($P < 0.05$)。结论: 对25G微创玻璃体切割术患者干预后进行多方联动目标分类干预可以改善其心理状态、生活质量, 并提高自护能力和认知度达标率。

[关键词] 多方联动目标分类干预; 25G微创玻璃体切割术; 护理; 心理状态; 认知度

[中图分类号] R473 [文献标志码] A [文章编号] 1008-6455(2025)06-0020-04

Effect of Multi-party linkage Target Classification Intervention on Postoperative Rehabilitation in Patients Undergoing 25G Minimally Invasive Vitrectomy

JIN Pingping¹, YU Mengqi², WANG Mengmeng¹, ZHANG Juan²

(1. Department of Eye, Ear, Nose and Throat, 2. Department of Ophthalmology, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061001, Hebei, China)

Abstract: Objective To explore the effect of multi-party linkage target classification intervention on psychological status and cognition degree in patients undergoing 25G minimally invasive vitrectomy. **Methods** 80 patients who underwent 25G minimally invasive pars plana vitrectomy surgery and were admitted to the author's hospital from January 2020 to June 2023. These patients were randomly assigned to either the observation group (red ball, 40 cases) or the control group (white ball, 40 cases). In the control group, standard nursing intervention measures were implemented, while the observation group received a multi-faceted, goal-oriented, classified intervention model on top of the routine nursing care. Self-rating anxiety scale (SAS) and cosmetic mental states self-scale (CMSS) were used to evaluate the psychological status of the two groups before and after intervention. World Health Organization quality of life brief scale (WHOQOL-BREF) was applied to assess the quality of life. Exercise of self-care agency scale (ESCA) was applied to evaluate the self-care ability, and the differences in compliance rate of cognition degree (surgical knowledge, risks and complications, and management measures) were compared between the two groups. **Results** After intervention, the SAS and CMSS scores of the observation group were lower than those of the control group ($P < 0.05$), the physical health and mental status scores of the WHOQOL-BREF of the observation group were higher than those of the control group, and there were no statistically significant differences in the scores of independent ability and environmental conditions between the two groups ($P < 0.05$). After intervention, the ESCA score of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$), and the standard rate of awareness of surgery, risks and complications in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Multi-party linkage target classification intervention after intervention in patients with 25G minimally invasive vitrectomy can improve the psychological status and quality of life of patients, and enhance the self-care ability and compliance rate of cognition degree.

Key words: multi-party linkage target classification intervention; 25G minimally invasive vitrectomy; nursing; psychological status; cognition degree

25G微创玻璃体切割术是眼科领域的一项创新技术，具有创口微小、出血少、术后疼痛轻等优势^[1]。由于该手术的实施需要高精度仪器设备配合，患者容易担心手术安全性、有效性等问题，且常规干预措施难以获得患者信任。多方联动目标分类干预模式是指由医护人员、家属、患者组成的多方共同参与，针对患者的身体、心理、情感及社会等多个目标进行干预的综合护理方法^[2]，其将医学、护理学、社会学、心理学等多学科知识引入临床护理实践，提供全面的个性化护理支持，并以患者为中心，强调护理全过程的连续性和完整性^[3]。多方联动目标分类干预模式中，医护人员要根据患者具体情况设计有效干预方案，以活动的形式组织安排实施，有主题、有目标、有诊断、有干预、有质控，从而为患者康复提供有益环境，提高生活质量。既往研究发现，通过多个方面的联合干预，可以使股骨颈骨折患者抱有良好心态面对手术和恢复，并增强患者对手术的认知度达标率^[4]。本研究旨在探讨多方联动目标分类干预对25G微创玻璃体切割术患者术后心理状态、认知度达标率的影响，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料：选择2020年1月-2023年6月笔者医院收治的80例预接受25G微创玻璃体切割术的患者为研究对象，采用随机摸红白球的方式，分为观察组（红球，40例）和对照组（白球，40例）。纳入标准：①确诊患有眼部疾病且符合25G微创玻璃体切割术治疗指征^[5]；②患者及家属已充分了解手术内容、风险和潜在并发症，并签署知情同意书；③干预前身体健康状况基本稳定；④单眼患病。排除标准：①患有严重心、肝、肾疾病；②存在心理或精神问题，不能合作完成心理评估；③依从性差；④对手术过程使用器械或药物过敏。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。见表1。本研究已通过伦理审核。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组：采取常规护理模式。术前发放宣教手册，告知进行注视练习和干预前用药的方法和必要性，为患者提供关于25G微创玻璃体切割术的基本知识、术前准备和术后注意事项。术中监测手术室温湿度，提醒患者保持放松，密切观察患者生命体征，同时留意其情绪状态，特别是焦虑抑郁等情况。干预后告知患者以平常心面对术后轻

微疼痛，指导患者正确使用眼药、定期复查、避免擦眼、避免提重物 and 剧烈活动等。

1.2.2 观察组：在对照组基础上采取多方联动目标分类干预模式。首先，设立照护干预团队，护士长担任组长，提供明确沟通渠道，负责协调组内各成员工作，确保每一项任务都能得到妥善处理。护士长还负责对小组成员进行多方联动目标分类干预模式相关培训，以保证成员都具备相应的专业知识和技能。培训内容分为多个模块，包括患者心理分析、病情管理，以及家属教育等。每个模块结束后进行考核，以确保所有团队成员都具备足够的能力开展后续的工作，只有考核合格的护士和医生才有资格进行实际的干预操作；小组成员由2名护士和2名医生组成，2名护士共同负责日常的患者评估，包括生命体征、心理状态等，执行医嘱，负责术前体位培训，清晰展示卧床俯身、坐床头低位、站立头低位及左右侧移动方式，并指导实践。术中引导患者眼球朝指定方向并固定，若需咳嗽，先通知医生停手术，避免玻璃体切割眼球受伤。术后通知患者按医嘱采用合适体位，使裂孔处于高位有助于视网膜复位，紧密观察患者生命指标、血糖、电解质等，并告知患者长期血糖波动大会加重病情，影响视力，与患者和家属进行一对一的心理座谈，了解其对25G微创玻璃体切割术需求、顾虑及手术期望值。由于25G微创玻璃体切割术过程患者始终保持清醒，应耐心向患者告知有关病情，手术环境、麻醉方法、设备及术中术后患者配合的注意事项，安抚患者紧张焦虑情绪，使患者以良好的心态配合手术，同时讲解相关并发症和风险知识，让患者对手术有充分的了解和认知。培训患者和家属如何换药、避免可能的并发症，强调眼部卫生的重要性，并告知术后应吃高纤食品以确保肠道畅通，避免剧烈咳嗽和打喷嚏等可能致眼压增加的行为。1名医生则负责对25G微创玻璃体切割术患者进行初步诊断包括体征检查、实验室检查以及相关的影像学检查并根据需要调整治疗方案，对每位患者制定个性化治疗方案负责进行25G微创玻璃体切割术或其他医疗操作。另一名医生作为团队中的专家，负责在特定情况下提供专业建议，处理更为复杂或需要特殊关注的病例，同时跟踪最新的25G微创玻璃体切割术的医学研究和治疗方法，并将这些信息纳入团队的治疗方案中，在整个干预过程中，团队成员会定期更新上述信息，并密切监控每位患者的病情变化。两组均连续干预至出院前，出院后随访3个月。

表1 两组一般资料比较

(例, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别 (男/女)	年龄/岁	文化程度		病因		
				大专以下	大专及以上	视网膜脱离	玻璃体混浊与玻璃体出血	黄斑孔与黄斑前膜
对照组	40	19/21	25.67±3.08	19	21	8	10	22
观察组	40	18/22	25.11±3.23	20	20	8	12	20
t/χ^2 值		0.050	0.793		0.050		0.277	
P值		0.823	0.429		0.823		0.871	

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态：入院时及出院前，使用焦虑自评量表（SAS）^[6]和美容心理状态自评量表（CMSS）^[7]评估患者心理状态。SAS标准分的分界值为50分，其中50~59分为轻度焦虑，60~69分为中度焦虑，70分以上为重度焦虑。CMSS量表共20个条目，每个条目0~3分，“无”即没有该情况，评0分；“一般”（轻）每周1~2 d有该情况，评1分；“较多”（中）每周3~4 d有该情况，评2分；“最多”（重）每周5 d以上有该情况，评3分，分值越低表示心理状态越好。

1.3.2 生活质量：入院时及随访3个月后，使用世界卫生组织生存质量评估量表（WHOQOL-BREF）进行评估^[8]，该评估工具覆盖四个主要领域，分别是生理健康、心理状态、社会关系和环境条件，共有24个条目，每个条目1~5分，总分越高表示患者生活质量水平越高。

1.3.3 自护能力：入院时及出院前，利用自我护理能力评估量表（ESCA）来对比两组患者在护理干预前后的自我护理技能。该量表包含自我概念、自护责任感、自我护理技能、疾病知识4个维度，共43个条目，每个条目0~4分，分数越高表示个体的自我护理能力越强^[9]。

1.3.4 认知度达标率：入院时及出院前，对两组患者进行认知度达标率评估，评估项目包括手术知识、风险和并发症及处理措施。手术知识评估内容：①手术目的和预期效果；②手术基本流程（术前准备和术后恢复）；③术中可能使用的药物。达标标准：①患者能准确描述手术的目的和预期效果；②患者能简要概述手术的基本流程和关键步骤；③患者对术中可能使用的药物和设备有基本的了解。手术风险和并发症评估内容：①术前、术中和术后可能出现的风险因素；②常见的手术并发症及其症状。达标标准：①患者能列举至少3个与手术相关的主要风险因素；②患者能准确识别至少两种常见的手术并发症和相应的症

状。处理措施评估内容：①并发症发生时的紧急处理措施；②术后恢复期间的日常护理和预防措施。达标标准：①患者能描述出如何应对至少一种手术并发症的紧急情况；②患者了解并能执行基础的术后恢复和预防措施，如药物管理和康复锻炼。只有当患者在所有三个方面的评估中都达到以上标准时，才认为其认知度达标^[10]。

1.4 统计学分析：运用SPSS 22.0统计学软件分析数据，计数资料以“例（%）”表示，采用 χ^2 检验；符合正态分布的计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、CMSS评分：干预后，两组SAS、CMSS评分均明显低于干预前，且观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组干预前后SAS、CMSS评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	SAS		CMSS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	58.91 ± 2.99	39.22 ± 2.33*	44.67 ± 3.27	22.34 ± 2.18*
对照组	40	58.17 ± 3.08	41.35 ± 2.18*	44.14 ± 3.08	25.11 ± 2.34*
t 值		1.090	4.222	0.746	5.477
P 值		0.279	<0.001	0.457	<0.001

注：*表示与同组干预前比较， $P < 0.05$ 。

2.2 生活质量评分：干预后，两组WHOQOL-BREF各维度评分均明显高于干预前，且观察组生理健康和心理状态评分高于对照组（ $P < 0.05$ ），两组独立能力和环境条件评分比较差异无统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表3。

2.3 自护能力评分：干预后，两组ESCA评分均明显高于干预前，且观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表4。

表3 两组干预前后WHOQOL-BREF各维度评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	生理健康		心理状态		独立能力		环境条件	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	8.32 ± 1.23	12.35 ± 3.44*	7.44 ± 2.35	11.45 ± 2.44*	9.63 ± 2.79	10.56 ± 3.17*	10.11 ± 1.56	12.11 ± 1.88*
对照组	40	8.67 ± 1.34	10.11 ± 3.67*	7.78 ± 2.56	9.78 ± 2.19*	9.78 ± 2.66	10.22 ± 3.22*	10.09 ± 1.76	12.07 ± 1.23*
t 值		1.216	2.816	0.618	3.221	0.246	0.475	0.053	0.112
P 值		0.227	0.006	0.537	0.001	0.805	0.635	0.957	0.910

注：*表示与同组干预前比较， $P < 0.05$ 。

表4 两组干预前后ESCA评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	自我概念		自护责任感		自我护理技能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	20.71 ± 2.17	25.01 ± 3.61*	19.78 ± 2.09	23.11 ± 2.11*	22.87 ± 2.36	26.23 ± 2.77*
对照组	40	20.34 ± 2.33	23.09 ± 3.23*	19.34 ± 2.06	21.56 ± 2.09*	22.98 ± 2.67	24.11 ± 2.98*
t 值		0.734	2.613	0.822	3.300	0.195	3.295
P 值		0.464	0.001	0.413	0.001	0.845	0.001

注：*表示与同组干预前比较， $P < 0.05$ 。

2.4 认知度达标率：干预后，观察组对手术认知、风险和并发症方面认知度达标率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

表5 两组干预后认知度达标率比较 [例 (%)]

组别	例数	手术知识	风险和并发症	处理措施
观察组	40	35 (87.50)	39 (97.50)	31 (77.50)
对照组	40	29 (72.50)	28 (70.00)	27 (67.50)
χ^2 值		4.588	11.114	2.143
P值		0.032	0.001	0.143

3 讨论

与传统的玻切手术相比，25G微创玻璃体切割术创伤小、出血少、恢复时间短，因此受到医生和患者的广泛青睐^[11]。但此类手术患者仍可能面临诸如并发症、延迟恢复、心理压力增加、容貌焦虑等问题，尤其是心理状态的管理，若被忽视，可能导致患者的焦虑、抑郁，严重影响患者恢复及生活质量^[12]。

在25G微创玻璃体切割术后，患者可能会缺乏容貌自信，由于该手术通常涉及视觉功能的恢复或维护，因此患者对手术结果往往抱有较高期望，任何对视觉功能产生负面影响的情况，都可能导致患者担心在恢复正常生活后，自己在工作、学习和社交方面是否会受到他人的歧视或者不公平对待；其次，手术过程中或术后出现的暂时性的视觉模糊或其他不适，可能进一步加重患者的心理压力^[13]。常规护理主要关注手术后的生理恢复，例如疼痛管理、药物使用和伤口护理，而往往忽视患者的心理需求，此外，传统护理模式并没有为家属提供足够的心理支持和教育，导致患者在心理调适和社交恢复方面得不到有效的帮助。本研究结果显示，干预后，采用多方联动目标分类干预的观察组在SAS评分和CMSS评分上均显著高于对照组。这表明该干预策略对降低25G微创玻璃体切割术患者的心理压力和容貌焦虑有明显作用。可能与多方联动从多个角度为患者提供支持有关，包括由医生、护士和家人组成的团队合作，确保患者得到全面的关心和指导^[14]；且该模式更注重个体差异，允许医护团队根据每个患者的具体需求和情况来定制干预方案，不仅有助于解决患者当前的医学和心理问题，还有助于预防潜在心理困扰^[15]。

术后康复过程延长可能导致如感染、出血或视网膜再脱离等并发症发生，术后的疼痛和不适也将长期困扰患者，影响患者阅读、驾驶或其他日常活动，尤其对于需要高度视觉集中的职业，视觉问题直接导致患者难以顺利回归工作^[16]。本研究进一步发现，干预后，观察组WHOQOL-BREF生理健康、心理状态、独立能力和环境条件评分均明显提高，相比干预前具有显著差异，且生理健康和心理状态评分观察组高于对照组。突显出多方联动目标分类干预对于增强25G微创玻璃体切割术患者的生活质量和心理健康

的潜在价值，推测原因为该干预模式获得多方支持，这有助于全面解决患者在手术后可能面临的生理和心理问题；且一对一心理咨询和教育，有助于患者充分了解和掌握自身状况，提高生活质量^[17]。

随着25G微创玻璃体切割术患者逐渐康复，患者对医护人员或家人可能产生过度依赖，将会导致康复进度缓慢。本研究结果表明，观察组在干预后，ESCA自我概念、自护责任感、自我护理技能评分明显提高，相比干预前具有显著性，且观察组评分高于对照组。证明多方联动目标分类干预对25G微创玻璃体切割术患者自我管理和自护意识重建具有积极影响^[18]。由于医护人员对患者进行25G微创玻璃体切割术相关知识教育，对患者及家属均进行术后护理培训，故该干预模式实际上有助于患者建立更加独立和负责任的自我护理行为^[19]。同时本研究结果还显示，干预后，观察组对手术认知、风险和并发症方面认知度达标率显著高于对照组。表明多方联动目标分类干预对25G微创玻璃体切割术患者认知度有显著提升作用，通过对此类患者展开深入教育，帮助患者建立起对手术的全面了解，从而增强其康复信心；当患者获得足够的知识和心理储备，在恢复期将表现出更加积极、主动的行为，从而快速恢复到最佳状态^[20]。

综上所述，多方联动目标分类干预应用于25G微创玻璃体切割术患者，能有效改善心理状态，同时增强其自护能力，以及提高手术相关知识的认知水平，可在临床推广应用。

[参考文献]

- [1]白石, 韩道新. 27G+/25G+微创玻璃体切割手术治疗玻璃体视网膜疾病的比较[J]. 国际眼科杂志, 2023,23(5):856-859.
- [2]李虹儒, 蔡素平, 陈燕美. 多方联动干预联合手法按摩对初产妇哺乳效果及育儿胜任感的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023,29(2):71-74.
- [3]李崇义, 熊艳丽, 耿明英, 等. 基于多学科诊疗模式联合以病例为基础的的教学模式在放射肿瘤学科住院医师规范化培训中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2022,19(1):68-71,84.
- [4]李临博. 加速康复外科护理对老年股骨颈骨折患者术后恢复及认知功能的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2019,39(1):104-107.
- [5]张明昌, 刘欣 (主译). Kanski临床眼科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2024:196.
- [6]Chagas M H, Tumas V, Loureiro S R, et al. Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease[J]. Parkinsonism Relat Disord, 2010,16(1):42-45.
- [7]杨春玲, 程然, 康洪翥. 渐进式健康教育联合同理心理护理对乳腺癌术后乳房整形患者美容效果及心理状态的影响[J]. 中国美容医学, 2021,30(2):167-170.
- [8]李凌江, 杨德森, 周亮, 等. 世界卫生组织生活质量问卷在中国应用的信度及效度研究[J]. 中华精神科杂志, 2003,36(3):143-147.
- [9]夏捷, 包雪青, 黄芬, 等. 基于遗忘曲线理论的护理干预对急性胰腺炎患者疾病知识水平和自我管理能力的影 响[J]. 中华现代护理杂志, 2021,27(28):3867-3870.