

眼部熏蒸护理对白内障术后干眼患者生活质量的影响

张 艳

空军军医大学第一附属医院眼科 陕西 西安 710000

摘要: 目的: 探讨眼部熏蒸护理对白内障术后干眼患者生活质量及干眼愈合时间。方法选择2024年4月至8月本院收治的58例白内障术后干眼患者, 经随机数字表分为药物组和熏蒸组, 各29例。药物组常规药物治疗, 药物组基础上熏蒸组增加眼部熏蒸, 对比两组治疗后睑板腺指标改善情况, 并观察患者生活质量及干眼愈合时间等。结果: 熏蒸组治疗后眼表疾病指数评分(13.51±1.25分)均显著低于药物组(18.11±1.61分)($P < 0.05$); 熏蒸组干眼愈合时间(45.12±7.96d)均显著低于药物组(52.69±8.53d)($P < 0.05$)。熏蒸组治疗后睑板腺完整性评分(1.31±0.22分)、睑板腺排出能力评分(0.97±0.18分)、睑脂状评分(1.33±0.25分)均显著低于药物组(1.89±0.35分、1.35±0.39分、1.79±0.43分)($P < 0.05$)。熏蒸组治疗后视功能损害眼病患者生活质量评分(89.52±4.02分)均显著高于药物组(81.07±5.36分)($P < 0.05$)。结论: 眼部熏蒸护理可有助于改善患者眼表症状和睑板腺功能, 促进患者尽快康复, 可有效提升患者生活质量, 且未增加不良反应风险, 应用于白内障术后干眼患者效果良好, 应用价值较高。

关键词: 眼部熏蒸护理; 白内障; 术后干眼; 生活质量

干眼症是一种高发的慢性眼表疾病, 患者可出现眼部干涩、烧灼感、磨砂样感等症状, 严重者可影响视力, 对于患者工作及生活影响较大, 需尽早干预治疗, 避免引发严重眼部损害^[1]。白内障手术是干眼症发生、进展的常见病因, 可影响患者术后视功能恢复, 因此需及时治疗。干眼症的临床治疗主要采用玻璃酸钠等润滑剂, 可有效改善眼表不适症状, 但是治疗效果欠佳, 有必要联合其他疗法。眼部熏蒸是一种中医特色疗法, 可作为干眼症的辅助治疗方法, 但是其具有疗效尚有待明确^[2]。为此, 本次研究选择2022年3月至2024年4月期间本院收治的58例白内障术后干眼患者, 对比分析了眼部熏蒸护理的疗效和生活质量影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2024年4月至8月期间本院收治的58例白内障术后干眼患者, 经随机数字表分为药物组和熏蒸组, 各29例。熏蒸组, 患眼58眼, 男16例, 女13例, 年龄65~82岁, 平均73.57±8.43岁, 白内障病程5~15年, 平均9.41±2.48年; 体质量指数17~30 kg/m², 平均24.52±4.42kg/m²; 根据眼表疾病指数(OSDI)量表评估显示: 轻度干眼症11例, 中度干眼症10例, 重度干眼症8例。药物组, 患眼58眼, 男17例, 女12例, 年龄65~83岁, 平均73.21±8.18岁, 白内障病程5~14年, 平均9.28±2.37年; 体质量指数17~30 kg/m², 平均24.58±4.39kg/m²; 根据OSDI量表评估显示: 轻度干眼症11例, 中度干眼症11例, 重度干眼症7例。两组一般资料

方面, 具有可比性($p > 0.05$)。本研究经院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)患者均符合《眼科临床指南(第2版)》^[3]关于白内障术后干眼症诊断标准;(2)临床资料完善;(3)可配合治疗及随访;(4)首次眼部手术史者;(5)患者和家属均签署知情同意书。排除标准:(1)合并恶性肿瘤者;(2)合并眼部其他疾病者;(3)合并传染性疾病者;(4)重要脏器功能不全者;(5)合并眼部外伤者;(6)治疗期间失访者等。

1.3 方法

药物组常规药物治疗: 根据患者干眼症严重程度选择人工泪液治疗, 轻度者采用0.1%玻璃酸钠滴眼液(规格: 0.1%, 10ml 眼用制剂, 注册证号 H20150150, 德国URSAPHARM Arzneimittel GmbH), 1滴/次, 5~6次/d; 中、重度患者采用0.3%玻璃酸钠滴眼液(玻璃酸钠滴眼液(规格: 5ml:15mg, 0.3%, 国药准字HJ20171192, 日本 Santen Pharmaceutical Co.,Ltd. Noto Plant)1滴/次, 5~6次/d; 存在角膜上皮损伤者, 牛碱性成纤维细胞生长因子滴眼液(规格: 21000IU:5ml, 国药准字S19991022, 珠海亿胜生物制药有限公司), 1滴/次, 2~3次/d; 持续治疗8周。

药物组基础上, 熏蒸组增加眼部熏蒸护理, 采用蒸汽熏蒸患眼, 持续约15min, 合理控制温度, 避免烫伤; 熏蒸治疗每日1次, 每周治疗5d。

1.4 观察指标

1.4.1 治疗效果评估

采用眼表疾病指数(OSDI)量表评估患者治疗效果,

量表总分0~60分,评分0-13分属于正常范围,13-20分为轻度干眼症,21-45分为中度干眼症,46分为重度干眼症,统计两组患者治疗前后评分,评估干眼严重程度改善情况,并追踪记录患者干眼愈合时间^[4]。

1.4.2 睑板腺指标评估

观察患者治疗前和治疗后上下眼睑睑板腺完整性、睑板腺排出能力评分(MGES)及睑酯状评分(MQS)^[5]。

1.4.3 生活质量评估

采用视功能损害眼病患者生存质量量表(SQOL DVI)评估患者生活质量,量表分为症状与视功能、身体机能、社会活动、精神心理共4个维度,总分0~100分,评分越高,则生活质量越好^[6]。

1.4.4 安全性评估

观察患者治疗后是否出现眼部发红、肿胀等不良反应情况。

1.5 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件分析所有数据,以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,采用 t 检验;以(%、 n)表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异显著,有统

计学意义。

2 结果

2.1 眼表疾病指数评分和干眼愈合时间比较

两组治疗后眼表疾病指数评分均显著低于治疗前($P < 0.05$);熏蒸组治疗后眼表疾病指数评分均显著低于药物组($P < 0.05$);熏蒸组干眼愈合时间(45.12±7.96d)均显著低于药物组(52.69±8.53d)($P < 0.05$);见表1。

表1 眼表疾病指数评分和干眼愈合时间比较($\bar{x}\pm s$)

分组	OSDI评分		干眼愈合时间(d)
	治疗前	治疗后	
熏蒸组	44.25±7.25	13.51±1.25*	45.12±7.96
药物组	44.31±7.21	18.11±1.61*	52.69±8.53
t	0.049	16.416	19.052
P	0.892	<0.001	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 睑板腺指标比较

两组治疗后睑板腺指标评分均显著低于治疗前($P < 0.05$);熏蒸组治疗后眼表睑板腺完整性评分、睑板腺排出能力评分、睑酯状评分均显著低于药物组($P < 0.05$);见表2。

表2 睑板腺指标比较($\bar{x}\pm s$)

分组	眼表睑板腺完整性评分		睑板腺排出能力评分		睑酯状评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
熏蒸组	3.11±0.28	1.31±0.22*	2.43±0.36	0.97±0.18*	2.23±0.36	1.33±0.25*
药物组	3.10±0.29	1.89±0.35*	2.45±0.38	1.35±0.39*	2.25±0.34	1.79±0.43*
t	0.046	13.027	0.043	9.829	0.056	10.523
P	0.943	<0.001	0.938	<0.001	0.927	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 生活质量比较

两组治疗后视功能损害眼病患者生活质量评分均显著高于治疗前($P < 0.05$);熏蒸组治疗后视功能损害眼病患者生活质量评分(89.52±4.02分)均显著高于药物组(81.07±5.36分)($P < 0.05$);见表3。

表3 两组生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$)

分组	SQOL DVI(分)	
	治疗前	治疗后
熏蒸组	73.63±7.85	89.52±4.02*
药物组	73.71±7.82	81.07±5.36*
t	0.052	5.829
P	0.914	0.013

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应情况监测

药物组治疗期间出现局部发红1例,肿胀1例;熏蒸

组出现局部发红1例,肿胀2例。药物组不良反应发生率(6.90%,2/29)与熏蒸组(10.34%,3/29)比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.089$, $P > 0.05$)。

3 讨论

近年来,人口老龄化逐渐加重,白内障发病率呈明显升高趋势,而手术治疗是改善患者视功能的可靠方法,临床开展率较高,但是术后患者容易出现睑板腺萎缩、睑脂质量下降等问题,可导致患者出现干眼症状,严重影响患者术后生活质量,需尽早治疗。白内障术后干眼的常规治疗以润滑剂滴眼为主,但是疗效有限,需联合其他治疗方法^[7]。

眼部熏蒸是一种物理疗法,可通过热力作用改善眼部血液循环,促进睑板腺功能恢复,有助于有效改善睑板腺终末导管阻塞症状,促进睑酯正常分泌,有助于改

善睑板腺萎缩、功能异常等症状,对于干眼症治疗较为有利,因此可应用于白内障手术后干眼患者治疗中^[8]。白内障术后干眼相关文献报道显示,眼部熏蒸治疗的效果可靠,可有效提升患者睑板腺功能,促进患者眼表症状消退,疗效可靠^[9,10]。本次研究也发现,熏蒸组治疗后眼表疾病指数评分(13.51±1.25分)均显著低于药物组(18.11±1.61分)($P < 0.05$);而熏蒸组治疗后眼睑板腺完整度评分、睑板腺排出能力评分、睑酯状评分均显著低于药物组,且熏蒸组干眼愈合时间均显著低于药物组,可知联合眼部熏蒸治疗,可有效改善患者眼表疾病指数,促进症状消退,同时也可改善眼睑板腺功能,因此可提升治疗效果,促进白内障术后干眼症状尽快消退。在治疗安全性方面,本次研究追踪调查发现,药物组不良反应发生率(6.90%, 2/29)与熏蒸组(10.34%, 3/29)比较,无显著差异,可知联合眼部熏蒸治疗,未增加不良反应风险,安全性可靠。此外,本次研究还发现,熏蒸组治疗后视功能损害眼病患者生活质量评分(89.52±4.02分)均显著高于药物组(81.07±5.36分),可知联合眼部熏蒸治疗,患者治疗效果更佳,因此有效改善了患者生活质量,临床应用价值较高。

综上所述,眼部熏蒸护理可有助于改善患者眼表症状和睑板腺功能,促进患者尽快康复,可有效提升患者生活质量,且未增加不良反应风险,应用于白内障术后干眼患者效果良好,应用价值较高。

参考文献

[1]孙晓敏,李维欣. [J]. 实用防盲技术, 2024, 19 (01): 44-46+9.

[2]陈斌妮,倪倾凤,黄小栏,等. 化坚二陈散眼部熏蒸治疗睑板腺功能障碍型干眼的效果 [J]. 中国医学创新, 2023, 20 (35): 159-163.

[3]美国眼科学会.眼科临床指南(第2版)[M].人民卫生出版社,2013; 152-155.

[4]程杰,于璐,郝晓琳,等. 雾化熏蒸、睑板腺按摩对白内障合并睑板腺功能障碍患者术后干眼的疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 2022, 38 (13): 1662-1666.

[5]左建霞,冯艳霞,孙朝晖,等. 中药熏眼联合睑板腺按摩治疗白内障术后干眼症疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (15): 1637-1641+1646.

[6]严吕霞. 熏蒸疗法联合药物治疗翼状胬肉术后干眼的临床效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15 (17): 172-175.

[7]蔡佳伟,邱雪凤,郑建华. 人工泪液联合中药熏蒸治疗白内障术后干眼症的临床疗效及安全性观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32 (10): 29-32.

[8]李萌,惠春艳,朱燕妮,等. 眼部按摩八法联合中药熏蒸治疗焦虑状态干眼症病人的临床疗效观察 [J]. 全科护理, 2022, 20 (10): 1355-1357.

[9]张祥,陈利,周杨. 睑板腺按摩联合中药眼部熏蒸治疗睑板腺功能障碍临床研究 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (13): 2103-2105.

[10]吕红,姚冰,魏正林,等. 针刺、眼部熏蒸联合玻璃酸钠治疗干眼症临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23 (11): 146-150.