

糖尿病视网膜病变玻璃体切割术后患者体位护理规范方案与临床应用

覃 问

河池市第三人民医院 广西河池

【摘要】目的 分析糖尿病视网膜病变玻璃体切割术后患者体位护理规范方案与临床应用。**方法** 选择我院在 2024 年 7 月-2025 年 6 月于我院接受治疗的 80 例患者进行研究,随机数字表法分成对照组和实验组,每组 40 例,对照组常规管理,实验组规范化体位管理,对比两组患者的体位依从性率;平均维持时长;术后并发症的发生率和舒适度评分。**结果** 两组患者提供不同的干预措施后,实验组患者体位依从率高于对照组, $p < 0.05$, 评估平均维持时长,实验组高于对照组, $p < 0.05$, 对比并发症发生率,实验组低于对照组, $p < 0.05$, 对比舒适度评分,实验组高于对照组, $p < 0.05$ 。**结论** 对糖尿病视网膜病变患者提供玻璃体切割术后提供规范化的体位管理,可以提升患者的依从性,提高体位维持时长,降低并发症的同时,提升其舒适度。

【关键词】 玻璃体切割术; 糖尿病视网膜病变; 体位护理; 规范方案

【收稿日期】 2026 年 6 月 9 日

【出刊日期】 2026 年 7 月 3 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20260394

Standardized postural care protocol and clinical application for patients after vitrectomy for diabetic retinopathy

Wen Qin

The Third People's Hospital of Hechi City, Hechi, Guangxi

【Abstract】 Objective To analyze the standardized positional nursing protocol and its clinical application in patients following vitrectomy for diabetic retinopathy. **Methods** A total of 80 patients treated in our hospital from July 2024 to June 2025 were enrolled and randomly divided into a control group and an experimental group using a random number table, with 40 cases in each group. The control group received routine management, while the experimental group received standardized positional nursing management. The two groups were compared in terms of positional compliance rate, mean maintenance duration, incidence of postoperative complications, and comfort score. **Results** After different interventions, the experimental group showed a significantly higher positional compliance rate than the control group ($P < 0.05$). The mean maintenance duration in the experimental group was also significantly longer ($P < 0.05$). The incidence of complications was lower in the experimental group ($P < 0.05$), and the comfort score was higher in the experimental group ($P < 0.05$). **Conclusion** Providing standardized positional management after vitrectomy for patients with diabetic retinopathy can improve patient compliance, prolong positional maintenance duration, reduce complications, and enhance patient comfort.

【Keywords】 Vitrectomy; Diabetic retinopathy; Postural care; Standardized protocol

糖尿病视网膜病变 (diabetic retinopathy, DR) 属于糖尿病最为常见的微血管并发症,属于工作年龄人群首要的致盲性眼病。据统计,有 30%至 40%的 2 型糖尿病患者病程超过 10 年时会出现不同程度的视网膜病变,而且患病率随着年龄和病程的增加而提升。增殖性糖尿病视网膜病变属于 DR 的晚期,会出现玻璃体积血和视网膜脱离,影响患者的视力,甚至导致严重的视力损伤^[1]。玻璃体切割术是治疗 PDR 的常用方案,

通过手术切除病变的玻璃体、清除积血、剥离增殖膜,可以恢复屈光间质的透视、解除对视网膜的牵拉,促进视网膜的复位^[2]。在手术的过程中,需向玻璃体腔内注入气体或者硅油作为填充物,以顶压和封闭视网膜裂孔。因为气体和硅油的比重小于眼内液体,具有上浮的特性,故术后患者需要保持面向下体位,患者每天保持面向下体位在 12-20 小时,持续数周至数天不等。长时间强迫体位会导致胸闷、呼吸困难、颈肩疼痛、肢体麻木

不适感，甚至会出现压疮、静脉血栓等并发症，影响患者的睡眠质量。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2024 年 7 月-2025 年 6 月期间于我院接受治疗的 80 例患者进行研究。由不参与临床护理及结局评估批方护理人员将序列号装入按顺序编号的、不透光的密封信封中，患者组时，由护士依据入组顺序拆封信时，将患者分到对照组和实验组，因干预的特

殊性，无法对患者及实施的护士实施盲法，但本研究对结局评估者设盲，既评估者不清楚患者分组。分析所有患者的基础资料，并进行汇总分析，结果显示 $P>0.05$ ，可开展本研究，详见表 1。本研究经伦理委员会批准同意。

纳入标准：①均需要进行玻璃体切割术；②精神健康，可以正常沟通；③临床资料齐全；

排除标准：①合并影响本次研究的重大脏器疾病；②严重的认知障碍。

表 1 两组患者基线资料

基线指标	对照组 (n=40)	实验组 (n=40)	t/ χ^2 值	P 值
年龄（岁， $\bar{x}\pm s$ ）	71.38 $\pm$ 4.40	72.22 $\pm$ 5.82	-0.724	0.471
性别（男/女）	18/22	19/21	0.05	0.823
糖尿病病程（年， $\bar{x}\pm s$ ）	12.35 $\pm$ 3.21	13.01 $\pm$ 3.54	-0.871	0.386
术前 HbA1c（%， $\bar{x}\pm s$ ）	8.15 $\pm$ 1.23	8.02 $\pm$ 1.19	0.482	0.631
填充物类型（硅油/气体）	26/14	24/16	0.213	0.644
合并高血压（有/无）	22/18	20/20	0.201	0.654

1.2 方法

对照组常规管理，患者术后返回病房时，责任护理人员告知患者以及家属保持面向下体位的重要性，告知患者因为眼内填充气体或者硅油需利用其上浮力顶压裂孔的原理。简单指导患者俯卧于病床，保持面部朝下，未强制规定具体时长和耐受性训练。告知患者家属监督患者保持体位，提醒活动时注意安全，避免碰撞，若患者出现不适时，指导短暂更换体位。

实验组为规范化体位护理，具体包括：1、术前适应性训练，患者入院后，责任护理人员为患者提供床旁教学，通过系统化的口头宣教，为患者以及家属讲解术后体位要求、目的的重要性，指导患者先在床上开展俯卧位训练，使用软垫来垫高胸部，头部放置在“凹”型海绵枕上，保证口鼻处于悬空的状态，维持呼吸通畅，双臂可以自然弯曲置于头侧或者躯体两侧，每日两次，单次 30 分钟，并逐渐延长耐受时间^[3]。2、标准化体位指导，术后患者返回病房后，依据医嘱、填充物类裂、裂孔位置，严格执行个体化的体位要求，规范化坐、卧、立、行四种状态。若硅油填充，面向体位，时间约 3 个月；若为气体填充，为面向体位，时间约为 1 个月。裂孔位置在后极部/黄斑部位时，严格俯卧位，应保证面部现地面平行；若裂孔位置在颞侧/鼻侧时，应对侧卧位；裂孔位置在上方时，为半靠位或者半卧位为佳，裂孔位置在下方时，以头低位

为佳。1）俯卧表现与训练内容一致。2）行坐位时，在床边坐有靠背的椅子，在身前放置合适高度的桌子，在上方放置软枕，身体呈前倾状态，双手垫于额头或置于软枕上，使面部与地面平行^[4]。3）站立或者行走时，头部应呈前倾的状态，使视线和地面处于垂直的状态。4）行走时，头部保持前倾低垂状态，需要有人搀扶，注意安全，避免发生碰撞。3、辅助工具，为提升患者的舒适度，可以调节角度和高度，提供良好的支撑，分散面部以及胸部的压力，减轻患者的不适。集成面部托架、肘部支持、电子娱乐设备支架等相关工具需要患者结合自身需求自备，满足患者多状态需求^[5]。4、多维度体位评估和调整，护理人员定时巡查，患者自我报告和家属监测，结合体位日志记录体位维持时长，使用客观的监测设备进行量化评估。使用疼痛视觉模拟评分来评估患者不同部位的舒适度，记录患者受压部位的皮肤、评估患者下肢活动度，记录患者的呼吸情况。结合评估的结果来调整体位，促进患者恢复^[6]。

1.3 观察指标

1.3.1 分析两组患者的体位依从性，患者术后每日实际保持有效面向下体位的时间达到医嘱要求时间（ ≥ 12 小时/天）的比例。

1.3.2 平均体位维持时长，患者在清醒状态下，单次能够连续保持标准面向下体位而不因不适主动中断

的平均时间。

1.3.3 记录并发症发生率。

1.3.4 采用简化舒适状况量表 (General Comfort Questionnaire, GCQ) 中文版, 在术后第 3 天和第 7 天对患者进行评价。该量表包含生理、心理精神、环境、社会文化 4 个维度, 共 28 个条目, 采用 1-4 级评分法, 总分 28-112 分, 分数越高表示舒适度越高。量表的内容效度指数(CVI)为 0.86, 总量表 Cronbach's α 系数为 0.92, 具有良好的信效度。

1.4 统计学分析

本研究连续变量 (体位维持时间、GCQ 评分) 以

均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 分类变量 (依从率) 采用 χ^2 检验。所有检验均为双侧, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。数据分析使用 SPSS 26.0 软件完成。

2 结果

2.1 实验组患者的体位依从率更高, $p<0.05$, 见表 2。

2.2 对照组平均单次维持时长 $1.68\pm 0.62h$; 实验组平均单次维持时长 $2.41\pm 0.71h$; 实验组长于对照组, $p<0.05$ 。

2.3 实验组并发症发生率更低, $p<0.05$, 见表 3。

表 2 两组患者体位依从性率

组别	例数	依从 (n)	不依从 (n)	依从率 (%)
对照组	40	26	14	65.00
实验组	40	34	6	85.00
χ^2				4.267
P				0.039

表 3 比较两组患者并发症[n (%)]

组别	数量	颈肩腰背重度疼痛	I 期及以上的压疮	高压眼	发生率
对照组	40	4 (10.00%)	2 (5.00%)	1 (2.50%)	7 (17.50%)
实验组	40	2 (5.00%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)	3 (7.50%)
χ^2		/	/	/	4.501
P		/	/	/	0.034

2.4 对照组术前舒适度评分 85.24 ± 6.15 分; 术后 3 天 70.58 ± 6.85 分;

实验组术前舒适度评分 86.01 ± 5.98 分; 术后 3 天 76.13 ± 5.94 分; 实验组舒适度评分更高, $p<0.05$ 。

3 讨论

糖尿病视网膜病变 (DR) 作为糖尿病常见的微血管并发症, 其进展至增殖期需要开展玻璃体切割联合眼内填充物手术作为挽救 PDR 患者残存视功能的有效手段, 但术后疗效高度依赖于患者对特殊体位的严格遵从, 糖尿病患者年龄大, 存在基础疾病, 比如高血压、心脑血管疾病、周围神经病变及皮肤愈合能力下降等基础问题, 身体机能和耐受性较差, 长期被动体位的执行会其身心状态, 导致体位执行质量下降, 故通过合理的护理干预, 提升患者的依从性十分重要^[7]。

本文通过建立不同的干预方案后, 实验组的依从性和体位维持时间更长, $p<0.05$, 分析原因: 术前适应性训练可以降低患者因为长时间俯卧的未知恐惧和心理上的抗拒, 通过预先的渐进适应提升了患者的耐受力。

该种渐时式暴露疗法可以有效的降低患者因对术后长时间强迫体位的未知而产生的恐惧与心理抗拒或值^[8]。而且多模式的宣教从知、信、行理论出发, 强化患者对体位认知的重要性, 激发了患者的内在信念, 而坐、卧、立、行四状态的标准化指标, 为患者提供了清晰、可以执行的替代方案, 打破了患者单一卧位的不适, 使得患者在疲劳时变换姿势, 降低了顶压时间^[9]。该种管理模式, 摆脱了传统强调俯卧的单一模式, 允许患者在保持面部与地面平稳的核心原则下变换姿势, 既保证了填充物对视网膜裂孔的有效顶压, 又通过姿势轮替缓解了单一部位持续受压导致的肌肉疲劳与循环障碍, 从源头上提升了患者长期坚持体位的可行性。

对比两组患者的舒适度, 实验组评分高于对照组, $p<0.05$, 分析原因: 规范化的体位支撑与定时疼痛干预, 缓解了患者的肌肉骨骼的不适, 在宣教过程中对患者负性情绪进行有效的疏导, 鼓励家属参与患者陪伴, 并给予有效的支持, 避免了患者因为在隔离壁导致的封闭感以及时间冗长感。除此之外, 灵活性的管理患者的

姿势,提升了患者的控制感,继而患者的焦虑状态得到改善,提升了患者的整体舒适度。

虽然本次研究取得了积极的成果,但仍存在一定的局限性,纳入的样本量相对较小,而且为单中心研究,会对结果的外推造成影响,未来应进行多中心、大样本的随机对照试验进行验证。研究通过关注术后早期的体位依从性和并发症,忽略了远期视网膜复位率、最佳矫正视力恢复等临床结局指标。未来应增加随访周期,判断体位管理的长期效率。

综上所述,对玻璃体切割术后糖尿病视网膜病变患者提供术前适应性训练、标准化体位指导、辅助工具应用和多维度动态评估,可以提升患者的体位依从性,延长有效体位维持时间,降低并发症产生的同时,提高患者的舒适度。

参考文献

- [1] 张琦,乐燕.体位干预护理应用于玻璃体切割手术治疗糖尿病视网膜病变(DR)中的影响价值分析[J].中国科技期刊数据库 医药,2024(12):225-228.
- [2] 杨洁,李傲梅,丁颖,苏婷,常静.2型糖尿病性视网膜病变患者行玻璃体切割术前药物性散瞳受限的风险预测[J].临床眼科杂志,2024,32(6):506-510.
- [3] 林胜亭,顾汉泽,卢婷婷,王亚青,陈娇娇,叶云.康柏西普结合玻璃体切割术对增殖期糖尿病性视网膜病变的疗效及并发症预防的效果分析[J].基层医学论坛,2024,28(35):8-11.
- [4] 徐灵灵.体位干预护理在玻璃体切割手术治疗糖尿病视

网膜病变中的应用效果[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(1):156-157.

- [5] 叶彩顺,梁雪英,张润红,吴霭明.基于互动达标理论的延续性护理在糖尿病性视网膜病变玻璃体切割术患者中的应用[J].中国医药指南,2024,22(1):116-119.
- [6] 于英.糖尿病视网膜病变玻璃体切除术患者整体护理干预研究[J].智慧健康,2024,10(29):166-168.
- [7] 王静,赵昕,陶远,聂巧莉.聚焦解决模式对糖尿病性视网膜病变玻璃体切割术患者心理韧性及生活质量的影响[J].国际医药卫生导报,2024,30(16):2811-2816.
- [8] 徐鑫.标准化体位管理联合结构化心理干预对糖尿病视网膜病变患者玻璃体切割术后舒适度、不良情绪的影响[J].反射疗法与康复医学,2023,4(24):116-119.
- [9] Xue D ,Zhang Y ,Kang Z , et al.Intraoperative precision of 25-gauge beveled-tip versus 23-gauge flat-tip probes in day surgery vitrectomy for proliferative diabetic retinopathy: a comparative cohort study[J].International Journal of Retina and Vitreous,2025,11(1):123-123.DOI:10.1186/S40942-025-00746-6.
- [10] 应雅芬,姜艳.体位干预对糖尿病视网膜病变患者术后依从性和生活质量的影响[J].中国科技期刊数据库 医药,2023(3):7-10.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS