

23G 玻璃体切割手术联合与不联合 ILM 剥除治疗特发性黄斑前膜的价值分析

夏世刚 彭 华

南华大学附属第二医院眼科 湖南衡阳 421001

[摘要] 目的 观察分析 23G 玻璃体切割手术与 23G 玻璃体切割手术联合内界膜剥除治疗特发性黄斑前膜不同临床疗效。方法 选取 2014 年 1 月—2016 年 12 月于我院就诊的 88 例 (88 只眼) 特发性黄斑前膜患者, 根据治疗方案的不同, 分为联合组 (n=44) 与不联合组 (n=44), 联合组患者给予 23G 玻璃体切割手术联合内界膜剥除术治疗, 不联合组患者给予 23G 玻璃体切割手术治疗, 观察两组患者的治疗效果。结果 两组患者治疗前、治疗后的 LogMAR 视力及黄斑中心凹厚度对比差异不显著, 无统计学意义 ($P < 0.05$); 但治疗后两组患者的 LogMAR 视力、黄斑中心凹厚度显著改善 ($P < 0.05$); 两组患者术前 1 环、2 环的振幅与潜时对比差异不显著, 无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后联合组的 1 环、2 环的振幅显著低于不联合组 ($P < 0.05$)。结论 23G 玻璃体切割手术治疗能够有效改善特发性黄斑前膜患者的视力, 但短期内联合内界膜剥除术治疗特发性黄斑前膜的效果无明显优势, 因此需进一步随访观察。

[关键词] 特发性黄斑前膜; 23G 玻璃体切割术; 内界膜剥除术

[中图分类号] R779.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 02-205-02

特发性黄斑前膜 (IMEM) 是黄斑部全层视网膜神经上皮组织缺损, 发病原因至今不明。IMEM 是一种与年龄有关的增生性疾病, 多见于中老年人, 55 岁以上的人群患病率为 3.3%, 且多为单眼发病, 临床特征表现为视力下降^[1]。目前在临床上多采用玻璃体切割术联合内界膜剥除术治疗, 但内界膜剥除后有可能导致视网膜表层皱褶及视物变形^[2]。因此, 本文为探讨 IMEM 治疗时是否必须剥除内界膜, 对比分析 23G 玻璃体切割手术与 23G 玻璃体切割手术联合内界膜剥除治疗特发性黄斑前膜不同临床疗效, 以期临床治疗提供依据, 现报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月—2016 年 12 月于我院就诊的 88 例 (88 只眼) IMEM 患者, 术前两组患者均经过检查符合 IMEM 的诊断标准^[3], 排除高血压、糖尿病、高度近视导致视网膜病变患者。根据治疗方案的不同, 分为联合组 (n=44) 与不联合组 (n=44); 联合组: 男 18 例 18 眼, 女 26 例 26 眼, 年龄 62~83 岁, 平均年龄 (68.83±5.94) 岁; 不联合组: 男 16 例 16 眼, 女 28 例 28 眼, 年龄 60~85 岁, 平均年龄 (68.32±5.58) 岁; 两组患者在性别、年龄等一般资料方面对比差异不显著, 无统计学意义, 两组具有可比性 ($P > 0.05$)。本次研究均征得我院医学伦理委员会及患者的同意, 并与患者签署知情同意书。

1.2 方法

不联合组患者给予 23G 玻璃体切割手术治疗, 具体为: 采用由 Alcon 公司提供的 Accurus23G 玻璃体切割系统及配套器械, 切割速率为 2500 次/分, 负压为 200~500mmHg, 术前每 10min 滴 1 次托吡卡胺滴眼液, 以扩大患者的瞳孔, 麻醉方式为球后麻醉与眼轮匝肌麻醉, 于角膜缘后 4mm 处穿刺, 采用 23-G 穿刺刀行三通道隧道式切口玻璃体切割, 注入 0.1mlTA 于玻璃体腔中, 手术完成后拔出套管及灌注管, 复位球结膜, 采用棉签轻压切口, 术后俯卧 1~2 周。

联合组患者给予 23G 玻璃体切割手术联合内界膜剥除术治疗, 在 23G 玻璃体切割手术的基础上剥除患者的内界膜。并在术前术后采用美国 EDI 公司提供的 VERIS III 系统对两组患者进行 MERG 检查^[4]。

1.3 统计学分析

本文采用 SPSS22.0 进行统计学分析, “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料, 组间行 t 检验, “%” 表示计数资料, 组间行 χ^2 检验, $P < 0.05$, 数据对比差异, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术前、术后 LogMAR 视力及黄斑中心凹视网膜厚度对比

两组患者术前、术后的 LogMAR 视力及黄斑中心凹厚度对比差异不显著, 无统计学意义 ($P < 0.05$); 但术后两组患者的 LogMAR 视力、黄斑中心凹厚度显著改善 ($P < 0.05$); 详见表 1。

表 1: 两组患者术前、术后 LogMAR 视力及黄斑中心凹视网膜厚

度对比

组别	LogMAR 视力		黄斑中心凹视网膜厚度 (um)	
	术前	术后	术前	术后
联合组 (n=44)	0.41±0.23	0.20±0.11*	396.72±103.61	294.41±76.27*
不联合组 (n=44)	0.38±0.25	0.22±0.13*	403.38±102.14	303.55±71.19*
t	0.586	0.779	0.304	0.581
P	0.560	0.438	0.762	0.563

注: * 表示与术前对比, $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者术前、术后 P 波振幅及潜时对比

两组患者术前 1 环、2 环的振幅与潜时对比差异不显著, 无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后联合组的 1 环、2 环的振幅显著低于不联合组 ($P < 0.05$); 详见表 2。

表 2: 两组患者术前、术后 P 波振幅及潜时对比

组别	振幅 (nV/deg ²)		潜时 (ms)	
	联合组 (n=44)	不联合组 (n=44)	联合组 (n=44)	不联合组 (n=44)
1 环				
术前	18.63±8.17	21.49±8.04	29.94±2.11	30.54±1.77
术后	14.02±5.34*	22.27±8.36	31.22±2.73	30.25±1.63
2 环				
术前	12.25±5.44	15.47±5.18	30.08±1.87	30.44±1.94
术后	11.54±3.74	16.22±4.58#	30.62±1.92	29.98±1.87

注: * 表示与术前对比, $P < 0.05$; # 表示与联合组对比, $P < 0.05$ 。

3 讨论

目前临床上治疗 IMEM 的方法较多, 包括激光治疗、玻璃体切除、硅油填充及玻璃体腔注气术等。研究表明, 玻璃体切割术联合内界膜剥除术是治疗特发性黄斑前膜的有效方式, 能够有效改善患者的视力^[5]。但有学者认为, 联合内界膜剥除术治疗会损伤覆辙在内界膜上的 Muller 细胞, 造成黄斑正常支撑结构的丢失和神经纤维损伤, 这可能会导致患者失去黄斑中心凹的正常轮廓, 干扰黄斑局部视网膜的功能^[6, 7]。

本研究显示, 两组患者治疗前、治疗后的 LogMAR 视力及黄斑中心凹厚度对比差异不显著, 无统计学意义 ($P < 0.05$); 但治疗后两组患者的 LogMAR 视力、黄斑中心凹厚度显著改善 ($P < 0.05$); 两组患者术前 1 环、2 环的振幅与潜时对比差异不显著, 无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后联合组的 1 环、2 环的振幅显著低于不联合组 ($P < 0.05$)。结果显示, 23G 玻璃体切割术联合与不联合内界膜剥除术治疗特发性黄斑前膜的疗效相似, 均能够改善患者的黄斑水肿, 但联合内界膜剥除术治疗的患者 1 环 P 波振幅显著下降, 这可能是由于剥除内界膜导致 Muller 细胞基底膜恶化^[8]。

综上所述, 23G 玻璃体切割手术治疗能够有效改善特发性黄斑前 (下转第 207 页)

在本文中,将冰片、五倍子和滑石粉按照 10 比 1 比 1.5 的比例配制成滑冰散,通过涂抹的方式能够在皮肤组织形成一层保护膜,不仅具有清热祛湿的效果,还可预防直肠癌患者在放疗期间出现放射性皮炎,避免治疗时间的延长,另一方面还可减轻患者的痛苦。

在本次研究中,我院将收治的 98 例直肠癌患者计算机随机分为对照组(49 例)和观察组(49 例)。对照组采用壳聚糖凝胶治疗,观察组采用滑冰散治疗。观察组直肠癌患者的放射性皮炎发生情况、放射性皮炎发生时间与对照组相比更具优势($P < 0.05$),说明滑冰散预防放射性皮炎的效果较好。

总而言之,滑冰散适合应用在直肠癌患者放疗期间,可预防放射性皮炎的出现。

[参考文献]

- [1] 彭平亚,宁俊华.滑冰散防治头颈部肿瘤放射性皮炎的临床观察[C].//肿瘤多学科综合诊治新进展学术研讨会论文集.2015:143-144.
- [2] 马志跃,余晓旭.中西医结合治疗老年喉癌气管造瘘周围放射性皮炎的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2016,25(3):313-315.
- [3] 范明明.放射性皮炎研究进展[J].山西医药杂志,2014,

(上接第 203 页)

然存在再缺血的情况,往往更加容易发生如心脏破裂等并发症。此外,患者的 ECG 是否存在异常的 Q 波与 PIA 的发生几率也是有直接关系的,通常无 Q 波患者的 PIA 发生几率明显高于有 Q 波的患者($P < 0.05$),而有高血压病史的患者的 PIA 的发生几率也是明显高于不存在高血压病史的患者($P < 0.05$)。

通过本次临床研究可以得出以下结论:患者的年龄、心律失常和性别等与后心绞痛的发生率并无明显关系($P > 0.05$);而与后心绞痛的发生率存在明显关系的因素包括:溶栓、高血压、梗死前心绞痛、心功能,以及 ECG 是否存在异常 Q 波等($P < 0.05$)。因此,在对心梗后心绞痛疾病进行治疗时可以参照患者的溶栓、高血压、梗死前心绞痛、心功能,以及 ECG 是否存在异常 Q 波等来采取科学的治疗方式,

(上接第 204 页)

研究显示,病毒性脑炎病理改变主要在于脑膜弥漫性充血水肿^[2]。在脑实质炎性反应下,患者毛细血管内皮细胞肿胀、血淤,特别是单纯疱疹病毒感染所致的炎症在机体免疫力下降时将会隐匿在颌下淋巴结形成复发性疱疹或者直接侵入颅内造成颞叶多区域受损坏死。为了改善后遗症的不良影响,临床常采用康复训练对患者进行干预,内容丰富多样,可改善患者日常生活能力以及肢体运动、感觉等功能,其应用价值已得到临床公认。另外有学者研究发现,早期进行高压氧治疗效果显著,预后良好^[3]。

高压氧治疗可通过改善患者脑脊液、脑组织血气分析指标,增加血氧以及氧气的有效弥散率,促进脑部组织血液循环,实现对受损组织的保护。另外在该治疗模式下,患者脑血管能够收缩降低血流量,从而可改善脑水肿程度以及降低颅内压。此外实验发现,高压氧还可促进侧肢微循环的形成,对于改善神经功能受损情况效果显著^[4]。本

(上接第 205 页)

膜的患者视力,但短期内联合内界膜剥除术治疗特发性黄斑前膜的效果无明显优势,因此需进一步随访观察。

[参考文献]

- [1] 刘豪杰,周明,胥利平等.23G 微创玻璃体切割术联合视网膜内界膜剥除治疗特发性黄斑裂孔[J].中国实用眼科杂志,2013,31(12):1599-1601.D
- [2] 毛新帮,游志鹏,赵菊莲等.25G 玻璃体切割联合白内障超声乳化治疗特发性黄斑前膜[J].中国实用眼科杂志,2015,33(6):664-666.
- [3] 王泓,张平,陈凤娥等.23G 玻璃体切割手术联合与不联合内界膜剥除治疗特发性黄斑前膜的疗效对比观察[J].中华眼底病杂志,2014,30(4):361-365.

43(19):2283-2285.

- [4] 林勇,高丽红,贾荣娟.中药制剂防治放射性皮肤损伤的疗效观察[J].中国医师杂志,2014,16(9):1259-1261.
- [5] 刘小平,刘锐.三乙醇胺乳膏防治急性放射性皮炎的疗效观察[J].现代肿瘤医学,2014,22(6):1441-1442.
- [6] 杨慧,王国蓉,黄敏等.我国直肠癌放射性皮炎研究文献与设计方案分析[J].中华现代护理杂志,2014,20(9):1020-1023.
- [7] 朱莹玉,黄冠就,袁娜.两种方法治疗Ⅲ级及以上急性放射性皮炎的效果分析[J].中国医药指南,2014,12(33):9-9.
- [8] 付佳,韩映华,魏红等.壳聚糖成膜凝胶治疗Ⅲ度放射性皮炎的效果观察[J].护理研究:下旬版,2012,26(11):3148-3149.
- [9] 黄新,喻瑛,龚俊仙等.气囊填堵联合壳聚糖抗菌成膜凝胶治疗肠造口周围皮炎的效果观察[J].中华护理教育,2014,11(7):545-547.
- [10] 罗朝霞,江华容,陈大春等.三种皮肤外用药物在防治鼻咽癌患者放射性皮炎中的效果研究[J].中国实用护理杂志,2016,32(27):2118-2122.

做到针对性的治疗,提高该疾病的治愈率和降低疾病的死亡率。

[参考文献]

- [1] 胡大一,陈尚恭,戴王华,等.全国心肌缺血再灌注损伤和无症状心肌缺血专题研讨纪要[J].中华心血管杂志,1992,20(2):77-78.
- [2] 王俊彪.88 例急性心肌梗死后心绞痛的临床分析[J].医学信息,2009,1(12):104-105.
- [3] 付丽新.急性心肌梗死后心绞痛 78 例原因分析[J].中国医药指南,2009,7(3):102-103.
- [4] 刘惠民,刘海波.青年与老年急性 AMI 临床差异探讨[J].吉林医学,2006,21(4):230.
- [5] 张思团.心梗后心绞痛相关因素分析[J].中国实用医药,2010,5(7):55-56.

研究结果显示,观察组患者治疗后总有效率明显提高,且 FMA 评分改善,说明高压氧配合康复训练联合治疗方案应用效果显著,可有效提高患者运动功能,改善预后。

综上所述,高压氧配合康复训练能够有效病毒性脑膜炎后遗症严重程度,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 郭改艳,刘胜武.高压氧配合康复训练对病毒性脑膜炎后遗症治疗的影响[J].脑与神经疾病杂志,2016,24(9):553-555.
- [2] 黄烈华.高压氧促进病毒性脑膜炎患儿功能恢复的效果观察[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(18):33-34.
- [3] 任建宇,罗国宏.高压氧治疗对病毒性脑膜炎患者神经功能及脑血流状态的影响[J].海南医学院学报,2014,20(6):763-766.
- [4] 常文更.按摩配合高压氧水疗治疗病毒性脑炎后遗症 100 例[J].陕西中医,2013,11(10):1388-1389.

[4] 丁晓霞,王欣玲,王禹等.23G 玻璃体切割术治疗特发性黄斑前膜近期评价[J].中国实用眼科杂志,2013,31(12):1557-1561.

- [5] 毛新帮,游志鹏,赵菊莲等.应用 25G 经结膜无缝合玻璃体切割系统治疗特发性黄斑前膜[J].眼科新进展,2013,33(3):273-275.
- [6] 郭隽,刘豪杰,周明等.特发性黄斑前膜应用 23-G 微创玻璃体切除术治疗的手术疗效分析[J].医学与哲学,2016,37(2):50-52.
- [7] Kew J, Rees GL, Close D. Multiplanar reconstructed computed tomography images improves depiction and understanding of the anatomy of the frontal sinus and recess. Am J Rhinol. 2013.16(2):19-23.
- [8] Shelbourne KD, Brueckmann RR. Rush-pin fixation of supracondylar and intercondylar fractures of the femur. J Bone Joint Surg Am, 2014, 64(2):161-169.