

非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗糖尿病视网膜的临床体会

黄 丹 邓芳祝 曹惠芬 王志勇

郴州市第四人民医院 湖南郴州 423000

【摘要】目的 研究非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗糖尿病视网膜病变的临床效果。**方法** 选择 2019 年 12 月-2020 年 12 月入本院接受治疗的糖尿病视网膜病变患者作为研究对象, 共计 100 例, 通过运用随机分组的方式将研究对象分为对照组和试验组, 每组各 50 例。其中对照组研究对象采用 23G 玻璃体切割术治疗, 试验组采用非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗, 对比两组研究结果。**结果** 试验组手术成功率 (100.00%) 高于对照组 (86.00%), $P < 0.05$, 具有统计学意义; 试验组并发症总发生率 (10.00%) 低于对照组 (28.00%), $P < 0.05$, 存在统计学意义。**结论** 非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗糖尿病视网膜病变效果显著, 且并发症少, 临床应用价值较高。

【关键词】 糖尿病视网膜病变; 非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术; 临床效果; 并发症

【中图分类号】 R587.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-4083 (2021) 01-069-02

近年来我国糖尿病发病率呈逐年升高趋势, 视网膜病变是糖尿病患者临床较常见的并发症, 该症状对患者的视力可造成较为严重的损伤, 需要对患者采取手术方式进行治疗^[1]。玻璃体切割术是临床治疗糖尿病视网膜病变疾病的常用治疗方式, 该手术方式对患者的视网膜环境、眼底玻璃体显示清晰, 进而可提高手术效果^[2]。非接触式广角镜能视野高, 可立体显示眼底全景图像, 在临床上得到了较为广泛的应用^[3]。为了进一步深入研究不同手术的应用效果, 本文将随机选择 2019 年 12 月-2020 年 12 月入本院接受手术治疗的 100 例糖尿病视网膜病变患者开展研究, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 12 月-2020 年 12 月入本院接受治疗的糖尿病视网膜病变患者作为研究对象, 共计 100 例, 通过运用随机分组的方式将研究对象分为对照组和试验组, 每组各 50 例。其中对照组研究对象中男性患者共计 28 例, 女性患者共计 22 例, 最大年龄在 83 岁, 最小年龄在 52 岁, 平均年龄为 (67.24±8.36) 岁; 试验组研究对象中男性患者共计 27 例, 女性患者共计 23 例, 最大年龄为 82 岁, 最小年龄为 53 岁, 平均年龄为 (67.19±9.01) 岁。本次研究通过我院伦理研究委员会批准同意, 两组研究对象基本资料没有明显区别, $P > 0.05$, 可做对比研究。

1.2 方法

试验组采用非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗, 治疗方法为: 指导患者取仰卧位, 常规消毒, 将术野充分暴露, 然后实施麻醉处理。应用开睑器开睑, 将术眼暴露, 睫状体扁平部三通道作为手术入路。将非接触式广角镜安装在角膜上方 6mm 左右位置处, 可对显微镜焦距进行及时调整, 以便能看清术野。根据患者实际病情进行玻璃体切割、视网膜前膜剥除、松解玻璃体视网膜下膜、交换气液、排出视网膜下液, 对眼内采取激光光凝以及电凝止血处理, 填充硅油。术后根据患者实际情况对其结膜、巩膜切口是否选择缝合, 予以结膜囊涂抹妥布霉素地塞米松滴眼液, 包扎术眼。

对照组研究对象采用 23G 玻璃体切割术治疗, 治疗方法为: 手术体位、消毒方式、麻醉方式以及操作方式均同试验组。组间区别在于术中安装好角膜接触镜系统以及缝合式金属环后, 需不断调整接触镜位置, 以便术野清晰。

1.3 观察指标

观察两组研究对象手术效果以及并发症发生情况。解剖痊愈: 术后, 患者眼球结构正常, 屈光清晰, 视网膜复位;

功能治愈: 术后, 患者视力大于 0.25; 未愈: 视力改善不明显, 视网膜脱离。手术成功率 = 解剖痊愈率 + 功能治愈率^[4]。并发症主要包括玻璃体出血、高眼压、医源性裂孔、白内障四项。

1.4 数据处理

本次研究的所有研究数据均通过 SPSS21.0 统计学软件进行处理和分析, 其中计数资料行卡方检验, 用 (n, %) 进行表示, 计量资料行 t 检验, 用 ($\bar{x} \pm s$) 进行表示。若 $P < 0.05$, 则代表组间数据存在明显差异, 具有统计学意义, 反之, 若 $P > 0.05$, 则代表组间数据不存在显著差异, 不具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组研究对象手术效果

试验组手术成功率 (100.00%) 与对照组 (86.00%) 对比, $P < 0.05$, 具有统计学意义, 详见表 1。

表 1: 两组研究对象手术效果比较 (n, %)

组别	例数	解剖痊愈	功能治愈	未愈	成功率 (%)
试验组	50	29	21	0	100.00 (50/50)
对照组	50	24	19	7	86.00 (43/50)
χ^2 值					7.527
P 值					0.006

2.2 对比两组并发症发生情况

试验组并发症总发生率 (10.00%) 与对照组 (28.00%) 对比, $P < 0.05$, 存在统计学意义。详见表 2。

表 2: 对比两组并发症发生情况 (n, %)

组别	例数	玻璃体出血	高眼压	医源性裂孔	白内障	总发生率 (%)
试验组	50	2	1	0	2	10.00 (5/50)
对照组	50	5	3	2	4	28.00 (14/50)
χ^2 值						5.263
P 值						0.022

3 讨论

糖尿病视网膜病变属于糖尿病患者眼部并发症, 视网膜脱离、玻璃体积血、继发性青光眼是导致糖尿病视网膜病变患者丧失视力的重要因素^[5]。玻璃体切割术用于临床治疗糖尿病视网膜病变效果明显, 该手术主要目的在于清除玻璃体积血, 使得屈光间质由混浊变为清晰, 切断机化膜, 松解对视网膜造成的牵拉, 使得视网膜解剖结果恢复正常, 同时激光光凝处理视网膜, 硅油填充玻璃体, 以使眼球保持完整^[6-7]。本研究主要对糖尿病视网膜病变患者采用非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗, 并取得了较为满意的结果。

研究结果显示, 试验组手术成功率 (100.00%) 与对照组

(86.00%) 对比, $P < 0.05$, 具有统计学意义; 试验组并发症总发生率 (10.00%) 与对照组 (28.00%) 对比, $P < 0.05$, 存在统计学意义。

综上所述, 予以糖尿病视网膜病变患者采用非接触式广角镜下 23G 玻璃体切割术治疗, 可显著提高手术成功率, 降低并发症发生风险, 临床应用价值较高, 值得大力推广应用。

参考文献

- [1] 王萍, 陈松. 玻璃体腔注射康柏西普辅助玻璃体切割术治疗严重增生性糖尿病视网膜病变的临床效果 [J]. 中华实验眼科杂志, 2019, 37(10):824-827.
- [2] 冯燕兵, 祝晨婷, 和艳艳, 等. 增生性糖尿病视网膜病变患眼抗血管内皮生长因子药物联合玻璃体切割手术后玻璃体再积血的相关危险因素分析 [J]. 中华眼底病杂志, 2020, 36(02):99-104.

(上接第 66 页)

[5]. 本研究对照观察, 结果发现研究组手术优良率 94.44% 不仅高于常规组 72.22%, 而且术后 FACT-B 生命质量评分也高于常规组 ($p < 0.05$)。充分证实了保留乳头乳晕复合体手术的优越性。相较于改良根治术而言, 保留乳头乳晕复合体手术切口小、微创, 切除范围也比较小, 故而有助于患者术后快速恢复乳房外形, 减轻对患者身心健康的影响, 达到改善生命质量的目的 [6]。

总而言之, 保留乳头乳晕复合体手术治疗效果确切、理想, 不仅可以提高老年乳腺癌患者手术优良率, 而且还可以显著改善其生命质量, 值得临床大范围借鉴普及。

参考文献

- [1] 陈宇霞, 吴宗源, 陈伯文, 等. 保留乳头乳晕复合体的乳房切除术治疗少腺体型乳腺癌的效果观察 [J]. 广东医科大

[3] 孙文涛, 王丽萍, 邓瑾. 23G 微创玻璃体切割手术对绝经后增生性糖尿病视网膜病变患者眼表功能的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2018, v.17;No.280(24):89-92.

[4] 吴志勇, 姚宜, 闵云花, 等. 康柏西普辅助微创玻璃体切除术治疗增生性糖尿病视网膜病变的临床观察 [J]. 临床眼科杂志, 2017, 02(v.15):49-52.

[5] 周林, 李芳芳. 玻璃体腔注射康柏西普联合 23G 玻璃体切割手术治疗增生性糖尿病视网膜病变疗效观察 [J]. 海南医学, 2017, 28(015):2458-2461.

[6] 崔义, 李晓东. 非诺贝特联合 23G 微创玻璃体切割术治疗糖尿病视网膜病变 [J]. 国际眼科杂志, 2018, 18(12):46-50.

[7] 周用谋, 陆颖丽, 黄继化. 玻璃体腔康柏西普注射联合 25G+ 玻璃体切割治疗增生性糖尿病视网膜病变疗效分析 [J]. 中国实用眼科杂志, 2017, 35(12):1178-1182.

学学报, 2020, 38(06):733-736.

[2] 林胡强, 黄练, 黄洪帅, 等. 保留乳头乳晕复合体在乳腺癌外科手术临床应用 [J]. 中国医药科学, 2020, 10(18):186-188.

[3] 叶丽芬, 敖彩民. 保留乳头乳晕复合体改良根治并 I 期乳房重建在早期乳腺癌患者中的运用价值 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(18):82-84.

[4] 邱涵, 孔珺. 两种改良根治术式治疗 I ~ II a 期乳腺癌临床对比研究 [J]. 国际肿瘤学杂志, 2018, 45(07):395-399.

[5] 李文斌, 汤晗, 邹洁雅, 等. 保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌的安全性 [J]. 国际肿瘤学杂志, 2017, 44(01):49-52.

[6] 孔令禹, 辛智芳. 保乳头乳晕全乳切除与标准改良根治术后即刻乳房重建的临床对照研究 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(17):1184-1188.

(上接第 67 页)

率, 如误吸或吸入性肺炎。同时, 若胃残留量低于 200ml, 误吸率为 20-26%, 但若超过 200ml 时误吸率会提高至 25-40%。为有效预防此类状况, 应准确把控患者高危因素, 通过针对性护理对策的施行, 逐步消除影响因素, 如时刻保证血压平稳、水电解质平衡, 预防气囊漏气。(2) 做好岗位培训。护士作为医疗服务的首要责任人、责任人, 应借助岗位培训的方式, 使之可在正确了解肠内营养基础知识的同时, 规范自身行为, 辅之胃潴留高危因素的掌握, 详细明确肠内营养合并症预防措施, 杜绝胃潴留。

综上所述, 在神经外科重症肠内营养患者治疗期间, 应明确胃潴留高危影响因素, 如 GCS 评分、肠鸣音减弱、机械

通气和低血钾等, 再通过针对性相关因素处理, 明确肠内营养护理的意义, 保证患者身心健康。

参考文献

[1] 黄志美. 持续与间断肠内营养支持方式对颅脑外伤患者肠内营养耐受性的比较分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(45):52-53.

[2] 王洁. 肠内营养后胃潴留的神经疾病重症患者临床结局 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(17):163-174.

[3] 钟其凤. 神经外科重症患者肠内营养合并胃潴留的相关因素分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(71):13944.

[4] 王明将, 常敬民. 探讨神经重症患者肠内营养合并胃潴留的相关因素分析 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(06):26-26.

(上接第 68 页)

器造成损伤, 从而使得出血量增加。为此, 我院研究分析微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者碎石效果及并发症影响结果: 观察组的手术时长高于对照组 ($P > 0.05$); 观察组患者的治疗时长、出血量低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组的结石清除率高于对照组 ($P > 0.05$); 观察组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 采取微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者进行取石治疗效果显著, 可有效缩短手术时长, 术后恢复较快, 适宜取较小结石, 但并发症较多, 在临床上有一定的应用意义。

参考文献

[1] 高江涛. 微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者碎石效果及并发症分析 [J]. 罕少疾病杂志, 2017, 24(03):59-63.

[2] 李新伟. 微通道经皮肾镜碎石术与标准通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石的效果对比研究 [J]. 黑龙江医学, 2018, 42(04):334-335.

[3] 董传江, 谢宗兰, 张路生, 胡敬祖, 陈晓波, 董自强. 输尿管软镜与微通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石的疗效比较 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2016, 31(05):453-455.

[4] 勇超. 微通道与小通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石疗效及安全性比较 [J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(03):283-285.