

23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗玻璃体积血的临床体会

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 探索 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗玻璃体积血的临床体会。**方法** 选择 50 例 (50 只眼) 玻璃体积血患者为试验对象, 此次试验均在 2017 年 01 月至 2019 年 12 月期间完成; 均实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗; 分析患者的临床治疗效果。**结果** 所有患者均顺利完成手术治疗, 手术完成率为 100.00% (50/50); 手术时间为 16-60min, 手术时间均值为 (30.65±3.50)min; 所有患者的切口、巩膜穿刺口均闭合良好无需缝合; 患者的术后末次视力提高有 33 例, 术后末次视力提高占比率为 66.00% (33/60); 所有患者的手术前后眼压变化不明显 ($P > 0.05$)。**结论** 对玻璃体积血患者实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗的效果显著, 并且治疗安全性高。

【关键词】 玻璃体积血; 23G 玻璃体切割术; 非接触式广角镜; 临床体会

【中图分类号】 R776

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-4083 (2021) 05-026-02

璃体积血是临床常见病症, 其诱发原因十分多, 尤其是外伤、手术并发症等。璃体积血患者发病后, 其视力明显模糊, 经临床相关检查可见, 玻璃体内血液弥散, 并且逐渐透明。随着璃体积血患者的病情逐步严重会失明。随着临床医疗技术不断发展及进步、成熟, 玻璃体视网膜手术方法也随之发生变化, 其中明显改进包括广角观察系统的引进。23G 玻璃体切割术、非接触式广角镜是临床近年来微创玻璃体手术系统的一种, 其手术时间短、手术创伤性小, 术后伤口愈合快等优势, 从而越来越广泛应用在临床工作中^[1]。基于此, 本研究进行了探索 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗玻璃体积血的临床体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 50 例 (50 只眼) 玻璃体积血患者为试验对象, 此次试验均在 2017 年 01 月至 2019 年 12 月期间完成。50 例 (50 只眼) 玻璃体积血患者中, 男性患者有 36 例, 女性患者有 14 例, 年龄最小为 18 岁, 年龄最大为 78 岁, 平均年龄为 (45.10±10.65) 岁。所有患者均对此次研究工作知情同意, 并且配合完成此次研究工作。

1.2 方法

所有患者均实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗, 具体实施: 首先给予全身麻醉 (或者是球后阻滞麻醉), 球结膜与巩膜错位约 1-2mm, 在颞上、颞下及鼻上象限距角巩膜缘约 3.50mm 处以 23G 穿刺刀做放射状巩膜隧道切口 3 个; 穿刺刀退出后, 置入套管于切口处, 颞下象限套管安装灌注头。接着安装非接触广角镜, 拉适配器盘并滑动至视野内, 将镜头支架展开, 128D 镜头转至视野, 直至角膜上方 (保持一定距离), 物像反转旋钮转到倒像, 从套管将光源及切割头插入玻璃体腔, 手术显微镜灯光熄灭, 用脚踏板将焦旋钮调整到眼底以最清楚显示; 术后操作者按顺序将套管及灌注头拔除; 选择显微镊 (或者棉签) 对穿刺口轻轻按压使之闭合; 仔细观察切口情况, 如果患者出血则给予轻轻按压到自然止血。

1.3 观察指标

观察分析所有患者的一般情况、术后眼压情况、术后治疗效果。

1.4 统计学处理

处理数据经 SPSS20.0 统计学软件, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 经 t 检验, 计数资料采用百分比 (%) 描述, 经卡方分析; 若存在数据统计差异, 用 $P < 0.05$ 替代。

2 结果

2.1 患者的一般情况分析

所有患者均顺利完成手术治疗; 手术平均时间为 (30.65±3.50) min; 在开展手术过程中无发生医源性视网膜裂孔、晶状体损伤、脉络膜或视网膜下灌注等并发症情况; 所有患者的切口、巩膜穿刺口均闭合良好无需缝。

2.2 患者的术后眼压情况分析

有 8 例患者的早期眼压 ≤ 8 mmHg, 持续跟踪观察 7 日后患者恢复眼压到 8-22mmHg; 有 30 例患者维持术后眼压在 8-20mmHg; 有 10 例患者术后的眼压轻度偏高 (21-30mmHg), 予以局部降眼压治疗, 患者眼压恢复正常范围; 有 1 例患者术后的眼压 40mmHg 以上, 均属于增殖性糖尿病视网膜病变; 有 1 例患者手术前合并新生血管性青光眼, 手术过程中给予填充硅油, 手术后眼内再次出血伴眼压升高, 而且控制不良, 术后 2 个月给予二次手术治疗, 术后眼压降低为 22-24mmHg。

2.3 患者的术后治疗效果

所有患者的手术前后眼压变化不明显 ($P > 0.05$); 有 33 例患者的术后末次视力提高, 其术后末次视力提高占比率为 66.00% (33/60)。

3 讨论

玻璃体积血主要是因为各个原因而导致, 给予保守治疗无效或者经眼球 B 超检查显示玻璃体机化条索现象、增殖性视网膜病变现象等均需考虑实施手术治疗。玻璃体切除术能够利于将玻璃体积血及机化组织去除, 能够使新生血管依据的支架结构有效消除, 以及解除玻璃体的视网膜牵引; 以预防发生牵引性视网膜脱离现象, 预防发生黄斑水肿等并发症情况; 同时还能够有效预防发生血液的视网膜毒性影响^[2]。故此, 玻璃体积血实施玻璃体切除手术, 将大量陈旧积血切除, 能够使大多数患者的视力得到保存及提高, 同时可以有效减少及预防发生牵引性视网膜脱离等干预效果^[3]。

给予玻璃体积血患者实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗, 无需将开球结膜及缝合巩膜切口剪开, 并且可以使手术切口建立及关闭时间明显缩短; 微创伤口为巩膜切口直径 0.72mm, 并且在开展手术过程中有套管保护切口, 从而不会出现器械损伤及牵拉现象, 更有助于术后伤口早日愈合^[4]。患者接受 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗后, 其眼痛异物感等不适症状比较轻微, 而且术后结膜眼前段反应比较少, 术后恢复快速, 与非接触式广角镜联合能够

(下转第 28 页)

四肢骨折是由外力引起的骨骼断裂,通常情况下患者的软组织损伤严重。患者在发生骨折后,患处会出现严重的肿痛的情况,严重的影响患者的肢体功能。而且由于四肢骨折部位的特殊性,平时活动较多,如果治疗效果不理想,会对患者的行动能力和生活造成严重的不便^[4-5]。所以,在四肢骨折的治疗中,通常给予复位固定治疗,但是传统的治疗都是螺钉内固,治疗过程中患者需要承受剧烈的疼痛,而且术后的愈合时间也较长,还会引发不同的并发症。愈合时间越长对于患者的生活影响就越大。而采用锁定加压钢板内固定可以减轻患者的疼痛,而且固定程度好,能够促进骨骼恢复,而且能够避免患者的骨骼发生位移,有助于患者能够更快的恢复,提升患者的恢复效果^[6]。本次观察研究中,患者使用动力加压钢板与锁定加压钢板内固定术并发症和手术指标差异明显,具有统计学意义($p < 0.05$)证明锁定加压钢板内固定术可以广泛应用于四肢骨折的治疗过程中。

综上所述,通过给予四肢骨折患者锁定加压钢板内固定术能够有效降低患者的并发症,优化手术指标,值得临床治疗中广泛推广。

参考文献

- [1] 钱勇军, 郑琦涵, 赵亮. 微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定治疗急诊四肢粉碎性骨折的临床研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(11):93-96.
- [2] 魏小康, 王传舜, 李豪青. 经掌侧联合入路内固定术与掌侧入路万向锁定加压钢板内固定术治疗桡骨远端骨折的效果[J]. 上海医学, 2021, 44(05):343-347.
- [3] 成克松, 孙巨文. 掌侧万向锁定加压钢板内固定术对 C 型桡骨远端骨折的疗效[J]. 河南医学研究, 2021, 30(10):1819-1820.
- [4] 朱茂军. 四肢骨折分别选择微创经皮锁定加压钢板以及钢板螺钉内固定方法治疗的可行性[J]. 智慧健康, 2021, 7(10):81-83.
- [5] 章志祥. 微创经皮锁定加压钢板内固定术对老年四肢骨折患者凝血功能与血清炎症因子水平的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(06):142-144.
- [6] Huang Jingkai. Comparative analysis of the clinical value of minimally invasive percutaneous locking pressurized steel plate and steel plate screw internal fixation in the treatment of limb fractures[J]. Rural Health in China, 2021,13 (04): 33 + 32

(上接第 25 页)

受到人工通气建立情况的直接影响。在院前急救中,临床相对较难将气管插管人工气道在短时间内建立起来。相关医学研究表明^[5],气管插管、球囊辅助呼吸具有类似的效果,但后者较前者具有较短的建立通气时间。

本研究结果表明,球囊辅助通气组患者的建立通气时间短于气管插管通气组($P < 0.05$),复苏成功率 23.33% (7/30)、16.67% (5/30) 之间的差异不显著($P > 0.05$),和上述研究结果一致。同时,球囊面罩辅助呼吸具有简便的操作,在院前急救中更为适用。但是,球囊面罩辅助呼吸在具有较粗、短的颈、较多的分泌物、呕吐等患者的抢救中缺乏理想的效果,无法使患者充分的通气得到有效保证,也无法长时间应用,通气可能会在转运过程中中断等。因此临床应该依据具体情况将心肺复苏院前急救通气方法选取出来,为成功抢救患者争取宝贵的时间,将条件创造给患者后期复苏^[6]。

综上所述,比较心脏骤停心肺复苏院前急救中球囊辅助呼吸与气管插管通气的应用效果相当,但前者较后者更能有

效缩短建立通气时间,值得推广。

参考文献

- [1] 李伟, 张劲松, 陈旭峰, 等. 体外心肺复苏在急诊成人心脏骤停患者中的临床应用分析[J]. 中华急诊医学杂志, 2020, 29(2):231-234.
- [2] 浮志坤, 杨慧娟, 张曙光, 等. 冠脉造影在心脏移植供体评估中的应用[J]. 医药论坛杂志, 2020, 41(2):42-44.
- [3] 韩宗茂, 高洁, 高传玉, 等. 早期血运重建及体外膜肺氧合支持治疗急性心肌梗死合并心源性休克的疗效观察及影响因素分析[J]. 中国循环杂志, 2021, 36(5):433-438.
- [4] 王小芳, 杨露露, 肖莉丽, 等. 体外膜肺氧合治疗成人暴发性心肌炎的疗效分析[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(12):1186-1190.
- [5] 吴昕, 叶继. 球囊与气管插管辅助呼吸在心脏骤停院前急救中的效果比较[J]. 医药前沿, 2018, 8(31):92-93.
- [6] 漆青忠, 魏强. 球囊辅助呼吸与气管插管在心脏骤停心肺复苏中应用对比[J]. 家庭医药, 2019, 11(4):394-395.

(上接第 26 页)

更好配合主动实施手术治疗。非接触式广角镜的观察角度广泛,而且立体感十分强,经改变显微镜焦距进行观察某一特定部位,可以配合操作者转动手术眼。除此之外,在开展实施手术过程中,无需助手顶压,从而明显降低因机械顶压而致损伤,提高手术安全系数^[5]。此次研究工作结果显示,50 例均顺利完成手术治疗(占比率为 100.00%);手术时间平均为 (30.65 ± 3.50) min;50 例切口、巩膜穿刺口均闭合良好无需缝合(占比率为 100.00%);33 例术后末次视力提高(占比率为 66.00%);手术前后眼压变化不明显($P > 0.05$),结果显示,实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗方法,能够有助于提高手术完成率,缩短手术时间,提高术后视力。

综上所述,给予实施 23G 玻璃体切割术联合非接触式广角镜治疗的效果确切,利于玻璃体积血患者的临床效果提高,而且不良反应低,安全性高。

参考文献

- [1] 齐飞, 李若溪. 抗 VEGF 药物联合 23G 玻璃体切割术治疗老年性黄斑变性玻璃体积血的疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(19):9-11.
- [2] 钟伟友, 罗佩芳. 23G 玻璃体切割术治疗视网膜静脉阻塞性玻璃体积血[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(6):147-148.
- [3] 高韶晖, 裴晗, 赵朝霞, 等. 增生型糖尿病视网膜病变患眼玻璃体切割手术未联合眼内填充治疗后玻璃体积血的危险因素分析[J]. 中华眼底病杂志, 2019, 35(2):135-139.
- [4] 宋先德, 路航, 张晓峰, 等. 对比探究微创 23G 和传统 20G 玻璃体切割术用于玻璃体积血患者治疗中的效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(48):35.
- [5] 赖江峰, 彭静, 蓝诚红, 等. 玻璃体腔注射雷珠单抗对玻璃体切割术治疗玻璃体积血手术效果及并发症的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17(6):30-33.