

23G 微创玻璃体切割手术的治疗和护理

黄沁园¹, 周俊²

(1. 南华大学附属第一医院手术室, 湖南 衡阳 421001; 2. 南华大学附属第二医院眼科)

摘要: **目的** 总结 23G 微创玻璃体切割手术病人的治疗与护理体会。 **方法** 对 85 例行玻璃体切割手术患者治疗后视力恢复情况进行回顾性分析和经验总结。 **结果** 85 例患者手术效果满意, 术后视力恢复有效率为 85%, 无 1 例护理并发症发生。 **结论** 做好充分的术前准备、规范术中操作流程、做好术后专业护理、对患者进行细致的护理指导, 能有效减少并发症的发生, 有利于患者病情的康复。

关键词: 玻璃体切割手术; 微创; 护理

中图分类号: R473.77 **文献标识码:** B

随着现代眼科学的发展和显微手术器械的更新, 玻璃体手术已经广泛应用于临床。近年来开展的 23G 玻璃体切割手术整合了 20G 和 25G 玻璃体切割手术的优点^[1], 具有巩膜切口可自闭、无须缝合、术后炎症反应轻、结膜疤痕少、手术源性散光小、制作和关闭切口所需时间少、术后恢复快、住院时间短等特点, 而且手术适应证更广。本文回顾性分析 85 例 23G 玻璃体手术患者的临床资料, 总结玻璃体切割手术病人的治疗和护理经验。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集本院自 2011 年 1 月~2013 年 12 月 23G 玻璃体手术患者 85 例(85 眼), 男性 40 例(40 眼), 女性 45 例(45 眼), 年龄 18~72 岁, 平均 55 岁。其中, 视网膜脱离 30 例、玻璃体积血 22 例、糖尿病视网膜病变 21 例、眼外伤 7 例、黄斑裂孔 5 例。住院时间平均 7 ± 2 天, 术前视力: 0.05 至指数之间者 52 例, 指数至光感之间者 30 例, 无光感者 3 例。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方式 75 例采用球周或球后麻醉, 10 例采用全身麻醉。

1.2.2 手术治疗 患者取平卧位, 常规消毒铺巾

后, 以 2% 利多卡因 + 0.75% 布比卡因等量混合液 5 mL 行眼球后神经阻滞麻醉, 必要时加强麻醉, 常规做结膜切口, 分别在有晶状体眼和人工晶体眼角巩膜后 4.0 mm 和 3.5 mm 处倾斜插入套管针/套管, 拔出套管针插入灌注管, 同样方法插入颞上方和鼻上方套管, 分别置入导光纤和玻切头, 缝合角膜接触镜环, 进行玻璃体切割, 视具体情况行眼内激光、巩膜外冷凝环扎、气液交换、重水置换、全氟丙烷(C3F8)填充或硅油填充及玻璃体腔内注药术等处理。手术完检查眼底, 关闭切口, 结膜下注射庆大霉素、地塞米松混合液, 无菌纱布包术眼。

1.3 病情观察

观察术后切口恢复情况, 行眼前段、眼底、B 超、OCT、眼压检查, 观察有无视网膜脱离、眼内炎、术后低眼压、脉络膜脱离、玻璃体积血、切口渗漏等术后并发症发生。随访 1~12 月, 平均 6 月。将眼压低于 6 mmHg 定为低眼压, 眼压高于 30 mmHg 定为高血压^[2]。为便于统计, 将术后视力提高 2 行或 2 行以上记为视力有效, 视力变化 2 行以内记为视力稳定, 视力下降 2 行或以上者记为视力无效, 视力 < 0.1 者, 则以视力增减 0.04 判定为有效或无效, 否则为视力稳定。以视力有效及视力稳定为手术有效。

2 护理

2.1 术前准备

2.1.1 患者准备 患者入院后佩戴腕带, 左眼疾病戴左手腕, 右眼疾病戴右手腕, 以方便治疗及手术查对。术前完善必要的全身检查和眼科专科检查, 有高

收稿日期: 2013-12-30

作者简介: 黄沁园, 本科, 主管护师, 研究方向: 外科护理学, E-mail: 80915730@qq.com. 通讯作者周俊, 硕士, 主治医师, 研究方向: 白内障, E-mail: nhf2zhoujun@163.com.

血压和糖尿病的患者,应先将血压和血糖控制在安全范围内方可手术。血压控制在正常或接近正常范围(140/90 mmHg);空腹血糖控制在 8.3 mmol/L 以下。如行全麻手术者术前至少禁食 8 h。护士于手术前 2 h 开始为患者点复方托吡卡胺滴眼液扩瞳。

2.1.2 心理护理 手术前 1 天向患者及其家属详细讨论病情、了解患者的期望值(包括视力预后)、介绍手术过程、术中及术后配合注意事项(如术后用药、体位、活动限制、航空旅行限制等),以帮助患者解除其顾虑并树立信心。协助麻醉科医生进行 ASA 分级(美国麻醉手术安全性分级),评估患者对局部麻醉和该手术的耐受能力,向患者介绍 23G 玻璃体切割手术方法的优点,减轻患者焦虑恐惧的心理和应激反应。告知患者术后俯卧位的重要性,并练习适应这种特殊体位。

2.1.3 术中配合 (1)器械与用物的准备:本手术采用美国 ALCON 公司生产的 Accurus2500cs 玻璃体切割机,Accurus23G 高速玻璃体切割头及与之相配的包括眼内激光、光导纤维、笛形针、眼内镊和剪、剥膜钩在内的套包,TPCON610 显微镜,高纯氮。备内眼电凝、倒像和录像系统等。专科材料硅油、重水、膨胀气体、特殊眼内灌注液、粘弹剂、8-0 可吸收缝线;常规金属器械和敷料打包高压蒸汽灭菌,显微器械术前用器械消毒液浸泡 30 min。

(2)术中配合:消毒术眼→铺巾→整理器械台→吸取麻醉药品→连接好灌注管道、导光纤、玻切头、灌注头→贴膜后上开睑器→结膜切口→做常规的巩膜三切口→缝环→夹取角膜接触镜环扣在角膜上→术者试机后开始玻璃体切割,术中根据需要递所需器械→术毕关切口→球结膜下注射→上眼膏、眼包,戴眼罩→清理用物^[3]。

2.2 术后护理

2.2.1 眼部护理 术后保持敷料清洁干燥,渗湿或污染时要及时更换。要求用眼垫和眼罩遮盖术眼 1 天,术后第 1 天打开眼罩,点散瞳剂(复方托吡卡胺,1 滴,4 次/日,减轻术后睫状体痉挛和疼痛)、糖皮质激素(妥布霉素地塞米松,1 滴,4 次/日,减轻术后炎症反应),由于尚无证据显示抗生素眼液可以降低眼内炎的风险,除外伤病人外不常规使用抗生素眼液。滴眼药时动作要轻柔,不能按压眼球,以免引起切口裂开、出血等并发症。注意无菌操作,防止交叉感染。

2.2.2 体位护理 手术后保持正确的头位和体位是手术成功的必要条件。单纯玻璃体切割术后无严

格体位要求。玻璃体切割加硅油注入术后取面向下位。玻璃体切割加注气术后早期取俯卧位,随着眼内气体的吸收,体位也应随之调整,原则是使裂孔和气泡处于最高位,以保持有效的气体顶压。

2.3 出院指导

嘱患者按时服药及点眼药水,指导患者及家属掌握滴眼药水和眼药膏的正确方法及注意事项,通常眼局部用药 1 个月左右。但散瞳药使用 2 周即可停药。糖皮质激素通常数周后逐渐减药。如每日 4 次持续 3 周后,改为每日 2 次持续 1 周,然后每日 1 次持续 1 周后停药。要向患者反复强调复查的重要性和必要性,书面提供复查的时间、地点、联系电话,如出现视力下降、视物变形、黑影、眼前闪光、眼痛等情况,应及时到医院复诊检查。若患者眼部无显著性病变,通常不需限制活动。但通常建议患者术后 1 周不做任何园艺活动以免灰尘入眼;术后半年内避免重体力活动及剧烈运动,以免眼部周围出现波动感。防止头部或眼睛遭受意外打击或撞伤,避免咳嗽、弯腰低头提重物、出现便秘不可过分用力应多食用粗粮及膳食纤维^[4]。

3 结 果

所有患者采用 23G 微创玻璃体切割术均顺利完成手术,术中医护之间配合默契,患者生命体征平稳,无特殊不适,术后 1 周眼底检查,所有病例的玻璃体腔透亮,无继发眼底出血和视网膜脱离,无感染发生。从表 1 可见,一期手术成功率为 90%,余者行二期手术,均达到一期手术效果,无 1 例护理并发症发生。术后患者严格按照护理指导执行,术后 1 周视力恢复有效率 60%,出院后随访发现术后 4 周患者视力恢复最好,其中有效 42 眼,稳定 35 眼,无效 8 眼,视力恢复有效率 90%,推测可能与患者对自身病情的重视程度和对医护人员出院指导的依从性高有关。术后 12 周及 24 周时患者视力恢复的有效率为 85%,较 4 周时稍有下降,考虑可能因为各种原因会不可避免的导致一些并发症的发生,但总体情况稳定,患者对手术效果的满意度也较高。可见,体贴细致的术前指导,熟练的术中配合,严格规范的术后护理对于减少并发症的发生和患者病情的康复有非常重要的意义。

患者术后第 1 天眼压为 10.1 ± 4.6 mmHg,有 9 眼眼压低于 6 mmHg,1 周后均自行恢复正常,接近

表 1 患者手术治疗前后视力情况

治疗时间	有效(眼)	稳定(眼)	无效(眼)	有效率
术后 1 周	23	30	32	62%
术后 4 周	42	35	8	90%
术后 12 周	40	36	9	89%
术后 24 周	35	38	12	86%

术前水平。有 6 眼眼压高于 24 mmHg,与眼内填充 C3F8 气体有关,经局部降眼压治疗后恢复正常。末次随访时所有患者眼压均正常。术后发生视网膜脱离 4 例,脉络膜脱离 1 例,玻璃体积血 2 例,切口渗漏 4 例;眼痛、异物感等不适症状较轻,术后眼前节、结膜反应较轻,恢复良好。

4 讨 论

玻璃体切割手术为临床常见的眼科手术,传统的 20G 玻离体切割术的优点是切口相对较大,可以使用功能更为强大的硬轴性玻璃体切割头,其切割速率较快、效率较高,导光纤维较亮,笛形针的负压吸力较大^[5]。与传统的 20G 玻离体切割术比较,25G 玻璃体切割术的优点是其直接经球结膜穿刺,建立“三通道”及关闭切口时间短,患者术后炎症反应轻,恢复快,同时其应用固定套管避免了手术器械反复进出导致对玻璃体基底部的牵拉,减少出血、炎性反应及周边部视网膜裂孔的发生。缺点是切割头较重,而导管较细软,易折断,玻切头较细,切割效率较低,进行复杂的眼内操作较困难,切割头还易堵塞,并且切口还易发生渗漏^[6]。而 23G 玻璃体切割术整合了 20G 和 25G 玻璃体切割手术的优点^[7],手术切口直径仅 0.6 mm,手术器械硬度增加,既是无缝线切口,同时能切除周边玻璃体并行周边视网膜光凝,手术适应证范围与 20G 基本相同,而同时又具有 25G 的优点。由于玻璃体切割手术所涉及的适应证范围非常广,手术风险相对较高,术后并发症亦非常多,因此做好充分、细致的术前准备和术后护理就尤为重要,除了术前完善必要的全身检查和眼科专科检查,患者佩戴的腕带所对应的左右眼别,在手术开始前也应再次予以核对。手术前 2 h 开始为患者点扩瞳药,并要用电筒照射查看,术前瞳孔已经完全扩大方可送入手术室,确保手术的顺利开展。需行玻璃体手术的患者一般视力都严重低下,甚至基本丧失,因此心理压力都非常大,既渴望复明又害怕手术,因此术前 1 天与患者及其家属进行充分的

沟通也非常重要,可以帮助患者消除顾虑,调整心态,建立信心。因玻璃体切割手术过程较为复杂,因此要求配合的护理人员也必须具备扎实的理论基础和专业技能,要熟悉手术的整个过程,才能及时准确的配合医生完成手术,术中任何一个环节出现失误,都可能会造成严重的后果。术后密切观察病情变化,除了敦促患者按时点药,更要再次强调保持正确体位的重要性。出院时亦要详细告知患者在家里的一些注意事项和可能发生的情况。事实上,手术仅仅只是治疗疾病的一个手段,而患者要想达到最佳的治疗效果,除了医生对患者的直接治疗,护理人员对患者围手术期的护理对于患者的康复及以后的生存质量也非常重要。

综上所述,做好 23G 微创玻璃体切割手术充分的术前准备、规范术中操作流程、做好术后专业护理、对患者进行细致的护理指导,能有效减少并发症的发生,有利于患者病情的康复。

参考文献:

[1] Unal M, Balikoglu M, Teke MY, et al. Comparison of two scleral incision techniques in 23-gauge transconjunctival vitrectomy [J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina, 2013, 44(6):572-576.

[2] 马健利, 孙先勇. 23G 玻璃体切割术后早期高眼压的相关危险因素分析及处理[J]. 国际眼科杂志, 2012, 12(11):2094-2095.

[3] 方艳飞, 宋勤. 23G 高速玻璃体切割术的护理配合[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(7A):50-51.

[4] 张淑琴, 汤秀容, 刘肖霞, 等. 23G 微创玻璃体切割手术的临床护理观察[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(增刊):126.

[5] Ghoraba HH, Elgouhary SM, Ellakwa AF. Different techniques of transconjunctival cannulated vitrectomy versus conventional non-cannulated vitrectomy in various vitreo-retinal disorders [J]. Clin Ophthalmol, 2013, 7:1859-1865.

[6] Rezende FA, Qian CX, Robert MC. Fibrovascular ingrowth after 25-gauge transconjunctival vitrectomy in proliferative diabetic retinopathy[J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina, 2013, 44(4):405-408.

[7] Cho HY, Kim SJ, Ha HS, et al. Healing of conjunctival wounds after 23-gauge sutureless vitrectomy[J]. Retina, 2013, 33(6):1166-1171.

(此文编辑:朱雯霞)