维普资讯 http://www.cqvip.com

以水密巩膜瓣的可拆除缝线防止小梁切除术后浅前房

曹丽辉* 胡玉新* 孟 岩*

【摘 要】 目的 探讨改良小梁切除术通过可拆除缝线灵活控制眼压，以避免术后发生浅前房。方法 将 127 例急性闭角型青光眼患者随机分成两组，Ⅰ组为传统小梁切除术组(71 例)，Ⅱ组为改良小梁切除术组(56 例)，改良小梁切除术的术中做三角形巩膜瓣，紧密闭合，并做二根可拆除缝线，术后根据眼压拆除缝线。结果 术后一周内Ⅱ组眼压明显高于标准小梁切除术组($P<0.01$)，二周后两组无差异，4～7 天拆除 1 针缝线可降低眼压 0.53～2.51kPa，平均 1.63kPa。第二周拆线对眼压的调节甚微。浅前房的发生率两组有显著差异($P<0.05$)。结论 本方法能于术后早期调节眼压，并能减少浅前房及其一系列并发症的发生。

【关键词】 急性青光眼；改良小梁切除术；浅前房

To prevent from shallow anterior chamber after trabeculectomy with removed thread of water-closed scleral flap *Cao Li-hui, Hu Yuxin, Meng Yan. Department of Ophthalmology, First Affiliated Hospital, Jiamusi University, Jiamusi 154002*

【Abstract】 Objective Improved trabeculectomy can prevent from shallow anterior chamber by using removable suture to control ophthalmotonus. **Methods** 127 cases of acute angle-closure glaucoma were randomly divided into two groups. Group Ⅰ (71 cases) was traditional trabeculectomy, Group Ⅱ (56 cases) improved trabeculectomy. In gronp Ⅱ, triangle shape scleral flap should be closed together, two removable suture were performed. Removing the suture should be determined by the scale of ophthalmotonus. **Results** The ophthalmotonus of group Ⅱ was obviously higher than that of group Ⅰ in one week after operation. And there was no obviously difference between two groups after two weeks. If one suture removed, ophthalmotonus can be reduced 0.53～2.51kPa (average 1.63kPa) during 4 to 7 days. And it could adjust little of ophthalmotonus. Shallow anterior chamber in groupe Ⅱ decreased obviously. **Conclusion** Improved trabeculectomy could adjust ophthalmotonus in early stage, and decrease shallow anterior chamber.

【Key word】 Acute glaucoma; Shallow anterior chamber; Improved trabeculectomy

小梁切除术是治疗青光眼的主要方法，术后前房形成迟缓将导致角膜水肿、白内障等一系列严重并发症，而巩膜切口对合欠佳及巩膜瓣缝合不妥所致外滤过作用过强，是前房迟缓形成的最常见的原因[1]。本文报告一种对传统的小梁切除术进行改良，术中紧密缝合巩膜瓣，术后通过可拆除缝线灵活地控制眼压以避免浅前房的发生，效果良好，报告如下。

资料与方法

1.一般资料

我院于 1997 年 7 月－2000 年 9 月间收治的青光眼中的急性闭角型青光眼患者 127 例，其中男 39 例，女 88 例，年龄 33～81 岁。平均 60.2 岁。随机分为两组，可拆除缝线组 56 例，标准小梁切除组 71 例。术前药物降眼压 2～5d，对角膜水肿，前房渗出较重的患者，术前给予适量激素局部治疗。

2.手术方法

手术均在显微镜下操作，做以角膜缘为基底的结膜瓣，显露巩固膜，双极水下电凝止血，作以角膜缘为基底的正三角形巩膜瓣(边 5mm)，深达 1/2～2/3 巩膜厚度，切除 1.5mm×3mm 小梁组织，作虹膜根切，可见 2～3 个睫状突，整复虹膜至瞳孔圆形。用 10－0 尼龙线缝合巩膜瓣，先在巩膜的一侧腰部间断缝合 1 针，将线结拉入巩膜内，再在顶点及另一腰部缝合两针可拆除的缝线。具体方法为：在透明的周边角膜处平行于角膜缘板层穿过一针，再在出针前约 1mm 处垂直角膜缘板层穿过角膜缘，在巩膜瓣表面穿出，然后在巩膜瓣尖端(或另一腰部)自巩膜瓣侧穿入，巩膜床侧穿出，左手持镊夹住缝线末端，右手持打结镊将缝线在镊子上绕 4 圈，挟住巩膜瓣表面的缝线向后拉紧(图 1)，使巩膜瓣紧密闭合，在间断缝针的巩膜瓣下方，以冲洗针头注入平衡盐液使前房成立，并检查巩膜瓣是否紧密，调整缝线使之水闭。最后拉紧角膜上游离线头，贴角膜表面剪断之，断端回缩角膜内(图 2)。连续缝合结膜瓣，远离术区结膜下注射庆大霉素素 2 万 U，地塞米松 3mg。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院眼科

维普资讯 http://www.cqvip.com

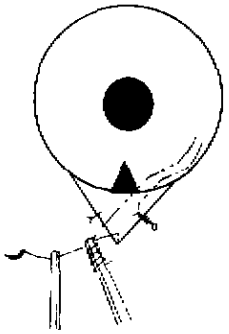


图1 可拆除缝线缝合方法示意图

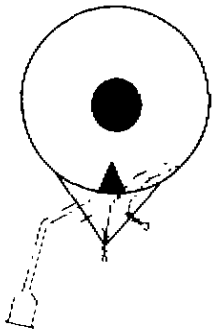


图2 水流巩膜瓣建立前房示意图

3.术后处理

每日裂隙灯显微镜检查，早期前房深，无滤过泡，指测眼球饱满者，以指压按摩建立滤过泡来降低眼压。第四天开始测眼压，>3.07kPa者，拆除1针缝线（每次只拆1针，以免过多滤过）；第二周眼压>2.67 kPa者，仍拆线调节。具体拆线方法：表面麻醉后，用显微线结镊夹住伏在角膜表面的一段缝线，拉出埋在角膜内的断端后再向下拉拆除。若两周后眼压≤2.13kPa，对拆线困难者可自角膜缘处剪断缝线。

结 果

术后眼压（见表1）：1周内拆线降眼压的幅度0.53～2.51kPa，平均1.63kPa。第2周拆除缝线可降眼压0～0.55kPa，平均0.23kPa。术后眼压控制的临床效果为：术后1周内可拆除缝线组的眼压明显高于标准组（$P<0.01$），2周后虽然在眼压值上可拆线组低于标准组，但无统计学意义（$P>0.05$）。

术后浅前房的发生：术后浅前房按3级统计[2]，可拆线组仅有4例1级浅前房者，占7.2%，标准组1～3级浅前房者共21例，占29.5%。两组比较差异显著（$P<0.05$）。其中3例3级浅前房者，保守治疗3～5d仍无缓解，角膜水肿者再行手术，加缝巩膜瓣恢复前房。

表1 术后眼压（kPa）（$\bar{x}\pm s$）

时间	可拆线组	标准组	P值
4～7d	1.27±0.59	0.78±0.33	<0.01
2w	1.62±0.43	1.74±0.67	>0.05
1m	1.93±0.57	2.02±0.85	>0.05

讨 论

青光眼滤过术后浅前房不仅可导致角膜的病变，虹膜粘连，并可促进白内障的发展。1993年Pappa[3]研究术中紧密缝合巩膜瓣，术后根据情况采用氩激光断线的方法，证明拆除巩膜瓣的缝合对滤过量有调节作用。但氩激光断线受Tenon氏囊及结膜水肿、瘢痕等条件的限制，并且拆线时有击穿滤过泡引起漏水及感染的可能。为克服上述缺点，我们采用术中紧密缝合巩膜瓣，术后早期限制房水过多外流，在眼压升高时通过拆除巩膜瓣缝线增加滤过，有效地防止了术后浅前房（$P<0.05$）及其引起的一系列并发症。并且避免了缝线过紧所致的高眼压。

Johnstone[4]指出，术后早期眼压升高不应过早拆线，应首先采用按摩增加滤过，否则将增加低眼压的发生率，并且长期疗效并不提高。还有许多学者认为宜在2周内拆线，超过2周后拆线易拆断而起不到调节滤过的效果[5-6]。本文病例术后3天内指测眼球饱满，裂隙灯检查角膜上皮水肿且无滤过者，均以指压按摩建立滤过泡来降低眼压，4天后始测量眼压并拆线调节。1周内拆除1针缝线可降低眼压1.63kPa左右，第2周拆除缝线，对眼压的调节量甚微，组织愈合趋向稳定。

可拆除的水密缝合巩膜瓣法的优点：(1)两针可拆缝线分次拆除，互不影响，呈梯形调节眼压，(2)缝线尾部埋在角膜基质内，患者无不适感，(3)缝线可于裂隙灯下拆除，操作简单、安全、不接触及损伤滤过泡，(4)尽管远期降眼压的效果与标准小梁切除手术无显著差异，却避免了术后早期浅前房、低眼压等一系列严重的并发症，(5)无需昂贵设备及特殊器械用品，可在基层医院推广应用。

参 考 文 献

1.宋琛，主编.手术学全集眼科卷.北京人民军医出版社.北京：1994.517

2.何守志，主编.眼科显微手术.北京人民军医出版.北京：1994.187.

（下转22页）