维普资讯 http://www.cqvip.com

16-17

7

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

# 颞侧角膜缘切口的选择

白求恩医科大学一院眼科 周炳华

白求恩医科大学解剖教研室 吕衡发

（吉林长春，邮政编码 130021）

R77.6

[提要]青光眼术后眼压失控、并发性白内障等常需进行第二次以上的内眼手术，本文通过 40 例青光眼术后并发白内障病例的观察，认为颞侧角膜缘切口对大部分病例，特别是对显微囊外摘除术适用。此处切口视野较开阔，术野清晰，结膜分离容易，出血少，有利于各种操作，因而可以认为颞侧角膜缘切口适用于第二次以上的并发障及青光眼手术。

[关键词]并发性白内障；显微囊外摘除术；颞侧切口。

在临床工作中，并不是所有的内眼手术都能按常规进行。青光眼术后眼压失控、并发性白内障等情况。常常需要用非常规方法进行手术。几年来我们对非常规手术的切口进行了探讨（如青光眼术后并发障、青光眼术后眼压失控，上方角巩膜裂伤缝合术后并发障等）。结果认为，颞侧角膜缘切口对以上病例，特别是对显微囊外摘除术适用。

## 临床资料

一、一般资料：本文选择了 1989 年 10 月～1991 年 10 月住院的 40 例青光眼术后 3～12 个月，眼压正常（≤280KPa）并发白内障的患者，随机分为两组。颞侧切口组 20 人 20 只眼，其中男 8 人，女 12 人，对照组上方常规切口组 20 人 20 只眼，其中男 7 人，女 13 人，均在 OMS—320 型手术显微镜下行囊外摘除术，随访 1～12 个月，并对术后效果进行了比较。

二、手术方法：

1. 颞侧切口组：常规麻醉，置外直肌固定缝线，自 7～11 点方位角膜缘做以穹隆部为基底的结膜瓣，截囊后做囊外摘除术，以 10～0 尼龙线创口结节埋藏缝合 4～6 针，结膜瓣缝合于原位。

2. 上方切口组：常规麻醉，置上直肌固定缝线，自 10～2 点处角膜缘做以上穹隆部为基底的结膜瓣，于原巩膜瓣位置进行分离至角膜缘处，向两侧半层扩大切口约 120 度，进行囊外摘除术，Ω 形创口以 10～0 尼龙线结节埋藏缝合 6 针，结膜瓣缝合于原位。

## 结 果

1. 视力：两组裸眼视力均增加。颞侧切口组，术前为 2.0±0.76，术后为 3.51±1.54；上方切口组术前为 2.0±0.81，术后为 3.60±1.13，两组术后视力无明显差异。

---

感而定）其余狭窄部位均不恒定。在出现狭窄的部位中以肾盂够行于输尿管处最为狭窄，近膀胱壁处的狭窄范围较大。本文所测结果与一般教科书中所述输尿管有三个狭窄不同。亦与覃能武提出的输尿管除壁内段外，胶段细、越髂血管处最粗的看法不同，但与赢怀君所测 50 例输尿管中第一狭窄内经不大于输尿管内直经（距狭窄下 1cm）的有 25 例占 50%，而小于输尿管内直经的有 2 例占 24%相等的 13 例占 26%的结果有相近。本文是经输尿管内插管进行观察测量；因此所测结果更与临床插管符合，亦可供临床分析生理性狭窄与病理性狭窄参考。

## 参考文献

1. 覃能武．国人输尿管局解特点的研究．南医内部资料．

2. 赢怀君．输尿管第一狭窄局解特点的研究，南医内部资料．

3. 施锡恩．吴阶平泌尿外科学，人民卫生出版社．1963：255.

4. 李同度．膀胱镜检查学，安徽科技出版社 1979：103.

（收稿日期：1994—10—21）

维普资讯 http://www.cqvip.com



2. 眼压：以≤2.80KPa 为正常。颞侧切口组 18 例≤2.80KPa，2 例≤3.20KPa。止方切口组 14 例≤2.80KPa，2 例＜3.20KPa，4 例≥3.20KPa（用药物可维持），两组眼压有明显差异。

3. 瞳孔：以原瞳孔为标准。颞侧切口组维持原瞳孔者 18 眼。2 眼颞侧虹膜全切，瞳孔呈ɔ型，无上移。上方切口组维持原瞳孔者 16 眼。4 眼瞳孔呈Ｖ型，上方虹膜缺损。

4. 滤泡：颞侧切口组 20 例原有滤泡均存在。上方切口组有 4 例上方无明显滤泡，可能为玻璃体脱出，堵塞滤道所致。笔者还遇到 2 例于他院进行了上方角膜缘创口缝合 1～2 周并发白内障的患者，同样选用了颞侧切口进行了囊外摘除术，效果满意。而对抗青光眼术后并发障，上方滤过功能不良者可于颞侧做联合术。对抗青光眼术后眼压失控者，颞侧同样为再次手术的首选位置。

## 讨　论

青光眼术后并发白内障是一种常见病，此种病人均最少于上方进行过一次手术，因而第二次以上的手术难度很大。基于眼球的位置特点从鼻侧和下方进行显微囊外手术非常困难。同时由于过去手术的创伤，结膜下间隙纤维增生及疤痕，造成上方的结膜分离困难，易破碎出血，且破坏了原滤道，影响滤过功能，可能造成术后眼压失控。而从颞侧切口则可避免以上的缺点。

在活体肉眼所见的角膜缘呈淡兰色，那是由于它是由浅层苍白色的巩膜组织和深层的透明组织共同组成的结果。它的宽度于各部不尽相同，以 12 点处最宽，约 1.43～1.73mm，侧方最窄，约 0.49～0.64mm[1]，颞侧角膜缘的浅兰色极淡，前后缘较上方难以辨认，切口应尽量靠近前 1/3，否则术中易出玻璃体，而对于眼压失控或上方滤过功能不良者可以从颞侧直接做联合术，但应注意根切应偏颞上方，且不可过大，以免形成双瞳。小梁切除术后眼压控制率仅能达 72%[2]，因而笔者建议首次青光眼手术应尽量偏离 12 点方位，以便给下次手术创造方便条件。同样的道理，颞例可做为第二次以上的抗青光眼手术的常规位置。且最近亦有于颞侧做囊内摘除术的报道[3]。

鉴于以上原因，可以认为颞侧对于手术显微镜的使用仅次于上方。此处视野较开阔，术野清晰，结膜分离容易，出血少，有利于手术操作。因而笔者认为，颞侧角膜缘切口适用于第二次以上的并发障、青光眼的手术治疗。

### 参考文献

1. 肖仁度．实用眼科解剖学，山西：山西人民出版社 1980：34.

2. 胡秀兰．小梁切除术对各型青光眼的远期疗效，实用眼科杂志 1986；4（6）：526.

3. 李自芹．青光眼术后白内障术式改进的体会，实用眼科杂志 1991；9（10）：638.

（收稿日期：1994—12—27）

17-10

输卵管伞端切除 绝育手术

# 1488 例输卵管伞端切除行绝育手术临床效果与评价

新疆奎屯 128 团医院　魏安民　石大荣

卫生科　谢荷英

（新疆奎屯，邮政编码 833207）

R713.51

本文统计，随访 1978 年至 1994 年 5 月间采用输卵管伞端切除行绝育手术 1488 例，随访半年至 15 年，报道如下。

一、临床资料：1488 例中，农民 1251 例，职工、干部 237 例。年龄 25～45 岁，本组均为经孕经产妇。其中分娩 2 次者 380 例、3 次者 448 例、4 次者 488 次、5 次者 120 例、6 次者 28 例、7 次者 14 例、8 次者 7 例、9 次者 3 例，子女健在者最少 2 人，最多 9 人。

二、手术时机选择：月经干净后 1～7 天手术者 692 例，哺乳期月经未来者 480 例，正常阴道分娩 24 小时以后手术者 168 例，人工流产术后手术者 108 例，剖宫产同时行输卵管伞端切除者 18 例，中期妊娠引产术后 24 小时内手术者 22 例。