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。

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、手术方法：除剖宫产同时行输卵管伞端切除外，其它均采用下腹部局麻下小切口常规操作。进腹后，提出输卵管显露伞端，用两把艾迪氏钳固定输卵管、术者用中号弯血管钳夹挺伞端血管稀少部位，用 7 号丝线缝扎后切除伞端、对侧同法进行，检查无出血，轻轻送回盆腔，手术最短 3 分钟，一般 5～6 分钟。

四、随访结果：本组随访时间最短 6 个月，最长时间 15 年，1488 例中。术后 3 个月发现宫内妊娠 1 例，宫体约 70 天大小，后经手术证实为副输卵管所致，除此之外无一例发生宫内孕和宫外孕，术后发现慢性附件炎 123 例，占 8%，123 例中 114 例术前均有不同程度的下腹部隐痛及附件增厚，术中发现输卵管有轻、重不同的充血、增粗、管壁增厚等炎性改变，而术后未经治疗或未彻底治疗，以致形成慢性炎症，月经发生改变者 76 例，占 4.4%。

五、临床效果与评定：输卵管伞端切除行绝育手术是我院经过各种绝育术式相互对比而总结的一种绝育手术。78 年以前我院曾先后应用输卵管卷折切断法、输卵管卷折结扎法和输卵管抽心包埋法行绝育手术，后皆因术后复孕率高而停止使用，本术式仅切除输卵管伞端，使输卵管失去拾卵受孕的功能而达到绝育目地，手术不损伤输卵管及系膜。因此不影响输卵管及系膜，卵巢的血液循环和神经功能。从而避免了卵巢功能的明显影响，本文术后月经改变者占 4.4%，低于以前各种绝育手术的最低数。本组资料证明，输卵管伞端切除行绝育手术有以下优点：①手术效果完全确实、可靠，因输卵管伞端切除后使伞端完全失去了拾卵功能而达到绝育目地。②术中基本无出血。③近期、远期并发症少，手术只切除输卵管伞端，不损伤输卵管及系膜和卵巢。因而避免了上述器官的血液循环和神经的损伤，对卵巢功能无明显影响。④手术时间短、手术只缝扎切除输卵管伞端，和其它绝育手术相比明显缩短了手术时间，减少了手术感染机会。⑤本术式完全适用于分娩 2 次以上子女健在者。本文认为输卵巢伞端切除行绝育术是目前一种较为理想的绝育手术方法。

（收稿日期：1995—02—20）

肝癌患者肝动脉的变异

萍乡市人民医院心内科 叶君明

江西医学院二附院介入室 陈 平 倪惠文

（江西萍乡，邮政编码 337000）

[提要] 对已确诊为肝癌的 327 位患者做的 486 人次肝动脉插管介入治疗过程中，发现肝癌患者肝动脉的变异很大。327 位肝癌患者首次肝动脉造影，肝动脉有变异的 35 例，变异率为 10.7%。经过 1～3 次肝动脉化疗栓塞后肝动脉造影 159 人次，共 115 例，肝动脉有变异的 37 例，肝动脉变异率为 32.1%，变异的肝动脉主要是由肠系膜上动脉、右膈下动脉或直接由腹主动脉和脾动脉发出。本文详细叙述了肝癌患者变异肝动脉的起始方位，以便对我们在今后肝癌导管治疗中有所帮助。

[关键词] 肝癌；肝动脉；变异。

材料和方法

本组共 327 例，病例收集时间从 1987 年 12 月至 1993 年 11 月，男 283 例，女 44 例，年龄从 15 岁到 78 岁，平均年龄 47.2 岁。均经 AFD，"B" 超，CT，MRI 检查确诊为肝癌。其中原发性肝癌 275 例，转移性肝癌 52 例。巨块型占 67.9%，结节型占 30.1%，弥散型 2%。第 1～3 次插管间隔时间为 1～2 个月。化疗药物为表阿霉素、5—Fu、丝裂霉素、顺铂等。栓塞剂为碘化油，每次注射 10～20mg。X 线机为日本岛津 HD，15G—40，1250MA 诊断 X 光机。导管规格 6.5～7.0F。在透视下找到腹腔动脉后用高压注射枪进行快速造影摄片，如肿瘤的范围（对照辅助检查的