

## 改进结膜瓣缝合预防小梁切除术后结膜瓣渗漏的发生

金红娟

作者单位: (321000) 中国浙江省义乌市中心医院眼科

作者简介: 金红娟, 副主任医师。

通讯作者: 金红娟. jinhongjuan@sohu. com

收稿日期: 2010-08-15 修回日期: 2010-10-09

金红娟. 改进结膜瓣缝合预防小梁切除术后结膜瓣渗漏的发生.  
国际眼科杂志 2010; 10(11): 2227

### 0 引言

小梁切除术是使房水经滤过道聚集于结膜下形成滤过泡, 而后经结膜淋巴管吸收。因此结膜瓣渗漏可引起低眼压、浅前房、黄斑水肿、滤过泡感染和眼内炎等并发症发生。我科 2000-03/2007-03 改进结膜瓣缝合预防小梁切除术后结膜瓣渗漏的发生, 取得了良好的效果, 现报道如下。

### 1 临床资料

我科于 2000-03/2007-03 共收治青光眼 128 例 144 眼。其中男 50 例 58 眼, 女 78 例 86 眼。年龄 37~80(平均 62.5) 岁。急性闭角型青光眼 82 例 88 眼, 慢性闭角型青光眼 30 例 36 眼, 开角型青光眼 16 例 20 眼。按就诊次序随机分成两组: A, B 组。术前眼压均降至 21mmHg (1mmHg = 0.133kPa) 以下。所有病例均在手术显微镜下行小梁切除术。手术步骤依常规。作上方穹隆部为基底的 5mm × 6mm 大小结膜瓣, 巩膜瓣厚约 1/2, 以见到深层巩膜淡蓝色为好; 切除 1.0mm × 3.0mm 大小小梁组织, 虹膜根部切除。切口与小梁切除长度相一致。恢复虹膜组织。巩膜瓣两顶角用 10-0 尼龙线各缝合两针。然后用棉签擦干巩膜瓣切口上的液体, 轻轻加压眼球, 如有房水稍稍渗出说明巩膜瓣缝线松紧度和数目适中; 如前房注入平衡液前房仍不能形成, 或眼球稍加压后切口仍有大量房水流出, 前房变浅, 说明滤过太强, 需在巩膜瓣切口缘增加缝合或抽紧巩膜瓣顶角缝线; 如加压眼球后切口仍无房水

渗出则提示滤过不足, 需调松巩膜瓣顶角缝线。此后 A 组病例术中结膜瓣在角巩膜缘带浅层角膜组织均匀间段紧密缝合 5~6 针, 并超过透明角膜缘 1mm 以保证巩膜瓣切口不外露。B 组病例为常规结膜瓣两端对位缝合两针。术毕两组病例均在下方结膜下给予抗菌消炎处理。术后每日常规滴抗生素及激素眼液, 观察结膜瓣情况。结膜瓣渗漏的判断标准: Seidel 试验是目前常用的诊断方法<sup>[1]</sup>。在结膜内滴入荧光素, 结膜渗漏处荧光素颜色由桔红色变为浅绿色或房水将该处荧光素冲净, 呈溪流现象。统计学分析: 采用 PEMS 3.1 软件四格表资料的  $\chi^2$  检验。A 组 72 眼中, 术后 6 眼发生结膜瓣渗漏, 发生率为 8%, 均在术后 2d 内发生。经对应眼睑小棉枕加压、单眼绷带加压包扎保守治疗后, 4 眼在 1d 后 Seidel 试验呈阴性, 2 眼在 3d Seidel 试验呈阴性。B 组 72 眼中, 术后 17 眼发生结膜瓣渗漏, 发生率 24%, 经上述保守治疗, 10 眼在 1d 后 Seidel 试验呈阴性, 4 眼在 3d Seidel 试验呈阴性。3 眼再次在手术显微镜下紧密缝合漏孔后 Seidel 试验呈阴性。经统计学分析比较, 两组病例结膜瓣渗漏发生率有统计学差异 ( $\chi^2 = 8.66, P < 0.01$ )。

### 2 讨论

青光眼小梁切除术后结膜瓣渗漏原因较多, 主要有: 术中穿破结膜、注射时的针孔、巩膜瓣缝合线磨穿结膜、结膜瓣愈合不良、破裂及术中结膜瓣固定不好造成术后结膜瓣收缩后退, 巩膜瓣缘外露等。这些都会使房水失去滤过屏障保护, 造成房水渗漏而致浅前房。同时房水渗漏又影响结膜伤口的愈合。结膜瓣为滤过泡外层保护组织, 虽有巩膜瓣减压, 但仍有部分房水引流至结膜下。因此结膜瓣缝合好坏与手术成功率有着密切关系<sup>[2]</sup>。实验证明, 在小梁切除术缝合球结膜时, 通过改进加密球结膜缝合密度以及稍带浅层角膜组织来预防术后结膜瓣渗漏的发生, 是一种简单、经济、安全、有效的方法。特别对老年患者尤为重要, 因为老年人球结膜菲薄, 筋膜亦趋萎缩, 更容易发生术后结膜瓣收缩后退, 巩膜瓣缘外露以致结膜瓣渗漏的发生。

### 参考文献

- 1 郝艳洁, 孙慧婕. 抗青光眼术后晚期滤过泡渗漏的修复. 眼外伤职业眼病杂志 2003; 25(5): 309
- 2 于静, 杨长贵, 张东, 等. 小梁切除术后低眼压性浅前房的预防及处理. 沈阳部队医药 2007; 20(5): 332-333