

# 先天性上睑下垂手术后并发症原因分析与处理

毛娅妮, 贾洪娟, 项道满

基金项目: 中国广东省科技厅基金资助项目 (No. 83086)  
作者单位: (510120) 中国广东省广州市, 广州医学院附属广州市妇女儿童医疗中心眼科  
作者简介: 毛娅妮, 女, 学士, 副主任医师, 研究方向: 小儿眼科。  
通讯作者: 项道满, 男, 硕士, 主任医师, 研究方向: 小儿眼科。  
xiangdm@sohu.com  
收稿日期: 2011-04-14 修回日期: 2011-05-04

## Discussion on the causes and treatment of postoperative complications in congenital ptosis

Ya-Ni Mao, Hong-Juan Jia, Dao-Man Xiang

**Foundation item:** Guangdong Province Technology Bureau Project, China (No. 83086)  
Department of Ophthalmology, the Affiliated Guangzhou Women and Children's Medical Center of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510120, Guangdong Province, China  
**Correspondence to:** Dao-Man Xiang, Department of Ophthalmology, the Affiliated Guangzhou Women and Children's Medical Center of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510120, Guangdong Province, China. xiangdm@sohu.com  
Received: 2011-04-14 Accepted: 2011-05-04

## Abstract

• **AIM:** To investigate the causes and treatment methods of postoperative complications in congenital ptosis.  
• **METHODS:** A total of 20 children (21 eyes) who requested reoperation after the correction of congenital ptosis from 2005 to 2010 were surveyed and treated, to observe the effect of surgical treatment.  
• **RESULTS:** The causes of reoperation were entropion trichiasis (9 eyes), under-corrected ptosis (14 eyes), under-corrected ptosis and eyelid defect companion fistula formation (1 eye), unsatisfied shape of double eyelids (19 eyes). 14 eyes were operated with frontal muscle flap's suture adjustable. 1 eye was operated with frontal muscle flap suspension and fistula resection combined reconstruction of eyelid defect. 4 eyes were operated with frontal muscle flap suspension. 2 eyes were performed with frontal muscle flap reinforcement. Through the observation after operation for 0.5-1 year, the postoperative effects of all patients were satisfactory except lid lag more or less.  
• **CONCLUSION:** The postoperative complications of ptosis are varied. There are never fixed pattern to treat complications. We should modify our surgical methods in accordance with specific conditions. The adequate preoperative examination and the choice of correct

operation technique, improving surgical skills are the key points to reduce the postoperative complications.

• **KEYWORDS:** congenital ptosis; complication; cause; treat

Mao YN, Jia HJ, Xiang DM. Discussion on the causes and treatment of postoperative complications in congenital ptosis. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011; 11(6): 1061-1063

## 摘要

**目的:** 探讨先天性上睑下垂术后并发症原因及治疗方法。  
**方法:** 对在我院住院行先天性上睑下垂再次手术的患儿 20 例 21 眼进行观察分析并行手术治疗, 追踪手术疗效。  
**结果:** 再次手术原因: 上睑内翻倒睫 8 例 9 眼, 上睑下垂矫正不足 14 例 14 眼, 上睑下垂矫正不足伴眼睑部分缺损瘵管形成 1 例 1 眼, 双重睑外形不美观 18 例 19 眼。14 眼行额肌瓣缝线调整术, 1 眼行额肌瓣悬吊术 + 瘵道切除眼睑缺损修复术, 4 眼行额肌瓣悬吊术, 2 眼行额肌瓣加固术。所有患儿术后追踪观察 0.5 ~ 1a, 效果满意。除轻度的上睑迟滞现象以外无其余并发症。  
**结论:** 上睑下垂术后并发症多种多样, 治疗无固定的模式, 需根据具体情况进行个性化处理。术前全面检查、正确选择手术方式、提高手术技巧是减少手术并发症的关键。  
**关键词:** 先天性上睑下垂; 并发症; 原因; 治疗  
DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2011.06.040

毛娅妮, 贾洪娟, 项道满. 先天性上睑下垂手术后并发症原因分析与处理. 国际眼科杂志 2011; 11(6): 1061-1063

## 0 引言

先天性上睑下垂是儿童眼科中的常见病, 它不仅影响美观还可影响屈光系统的发育<sup>[1]</sup>, 患儿为摆脱上睑下垂的干扰常皱眉仰头视物, 从而造成过多的额纹, 重者造成脊柱畸形。上睑下垂手术已在国内各级医院广泛开展, 随着病例数的增多, 并发症也不断出现, 由于儿童组织脆弱、检查不配合且术后护理困难, 儿童手术后并发症尤为多见。但是国内文献对此报道不多, 我们开展先天性上睑下垂手术已多年, 处理过来自多家医院的各种原因导致的并发症, 在这方面积累了一定的经验, 因此我们就先天性上睑下垂再次手术的原因及方法进行了探讨。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 2005-04/2010-01 在我院眼科住院的先天性上睑下垂患儿 20 例 21 眼, 其中男 16 例 17 眼, 女 4 例 4 眼, 年龄 2.4 ~ 6 岁。21 眼中有 14 眼是在外院手术后出现并发症, 7 眼在我院手术后出现并发症, 在我院出现并发症的患儿中有 2 例是术后受暴力撞击额部后出现。并发症出现时间最短为术后第 1d (共 8 例 8 眼, 均为外院手术矫正的患儿), 最长为术后 1.1a。术前检查: (1) 上睑下垂度: 原位注视时上睑缘位于瞳孔上缘, 下垂量约为 1 ~ 2mm

为轻度上睑下垂;上睑缘遮盖瞳孔上1/3,下垂量约为3~4mm 为中度上睑下垂;上睑缘下落到瞳孔中央水平线,下垂量约为4mm 或4mm 以上为重度上睑下垂。(2)提上睑肌肌力的检查:用拇指向后压住患侧整个眉部,尽量完全阻断额肌提上睑的作用,嘱患者尽量向下注视,用米尺零点对准上睑缘,再嘱患者尽量向上看,睑缘从下向上提高的幅度(以 mm 表示)即为提上睑肌肌力。肌力 > 10mm 为良好,肌力 4~9mm 为中等;肌力 < 4mm 为弱。(3)额肌肌力的检查:令患儿下视,在眉弓下缘中部作一标记,将尺子0点放于标记处,嘱患儿向上注视,测量额肌的活动幅度。(4) Bell 氏现象检查:闭眼时眼球上转为阳性。(5)眼外肌功能检查:排除眼外肌纤维化等特殊的上睑下垂。(6)咀嚼情况:排除咀嚼综合征。

**1.2 方法** 手术方式主要以额肌瓣缝线调整术最为多见。手术方法:患儿清醒状态下用数码相机照相,作睑裂高度的标志线。全身麻醉状态下单眼上睑下垂者,参考术前的照片按健眼重睑的高度和弧度用亚甲蓝标出皮肤切口,双眼上睑下垂者,按正常重睑线的高度结合患儿家长的需求对称设计皮肤切口。用肾上腺素稀释液在上睑皮肤作局部浸润,切开上睑的皮肤和皮下组织,寻找额肌瓣。分离额肌瓣上方的瘢痕及粘连组织,使上方充分游离,在额肌瓣与睑板连接的部分的边缘切开,斜视钩伸入额肌瓣下方勾出额肌瓣后,进行钝性分离,分离出一长约1.5cm,宽1.0~1.5cm 的额肌瓣,分离好后剪断其与睑板的附着。作3条额肌瓣的褥式缝线,将其固定在睑板的合适位置,结扎拉紧缝线直至睑裂开大到术前的标志线或角膜缘上1mm 且上睑无内翻倒睫、双眼对称、睑缘弧度满意。用6-0可吸收线作皮肤睑板固定缝线形成满意的重睑。下睑作牵引缝线,将缝线用胶布固定于额部皮肤,眼垫覆盖绷带加压包扎。术中若发现上睑有少量倒睫可行睑缘灰线切开。若上睑内翻倒睫较严重,重新调整睑板固定的位置。术后加压包扎2d,于3d后拆除下睑牵引缝线,出院后定期复查。

## 2 结果

并发症包括:8例9眼为上睑内翻倒睫,14例14眼为上睑下垂矫正不足,1例1眼为上睑下垂矫正不足伴眼睑部分缺损瘻管形成,18例19眼为双重睑外形不美观。处理:14眼行额肌瓣缝线调整术,1眼行额肌瓣悬吊术+瘻道切除眼睑缺损修复术,4眼行额肌瓣悬吊术,2眼行额肌瓣加固术。所有患儿均根据不同的并发症设计手术方式,术后均追踪观察0.5~1a,所有患儿除有轻度的上睑迟滞现象以外均无其余并发症。典型病例:患者1,男,1岁,左眼上睑下垂(图1A),在外院行额肌瓣悬吊术,术后欠矫(图1B),术后3mo仍下垂,可见手术后瘢痕(图1C,D)。患儿于第一次手术后2a来我院行额肌瓣缝线调整术,术后无上睑下垂,手术效果满意(图1E,F)。患者2,男,9岁,右眼上睑下垂,4岁时在外院行提上睑肌缩短术,术后上睑下垂欠矫,上睑中部有缺损伴瘻道形成,瘻道经常流脓(图2A)。5a后在我院行右眼额肌瓣悬吊术+上睑缺损修补瘻道切除术,术后效果满意(图2B)。

## 3 讨论

先天性上睑下垂术后进行再次手术的主要原因是术后上睑内翻倒睫、上睑下垂矫正不足或过矫、睑缘弧度不良、重睑外形不美观、眼睑闭合不全、上睑迟滞等。

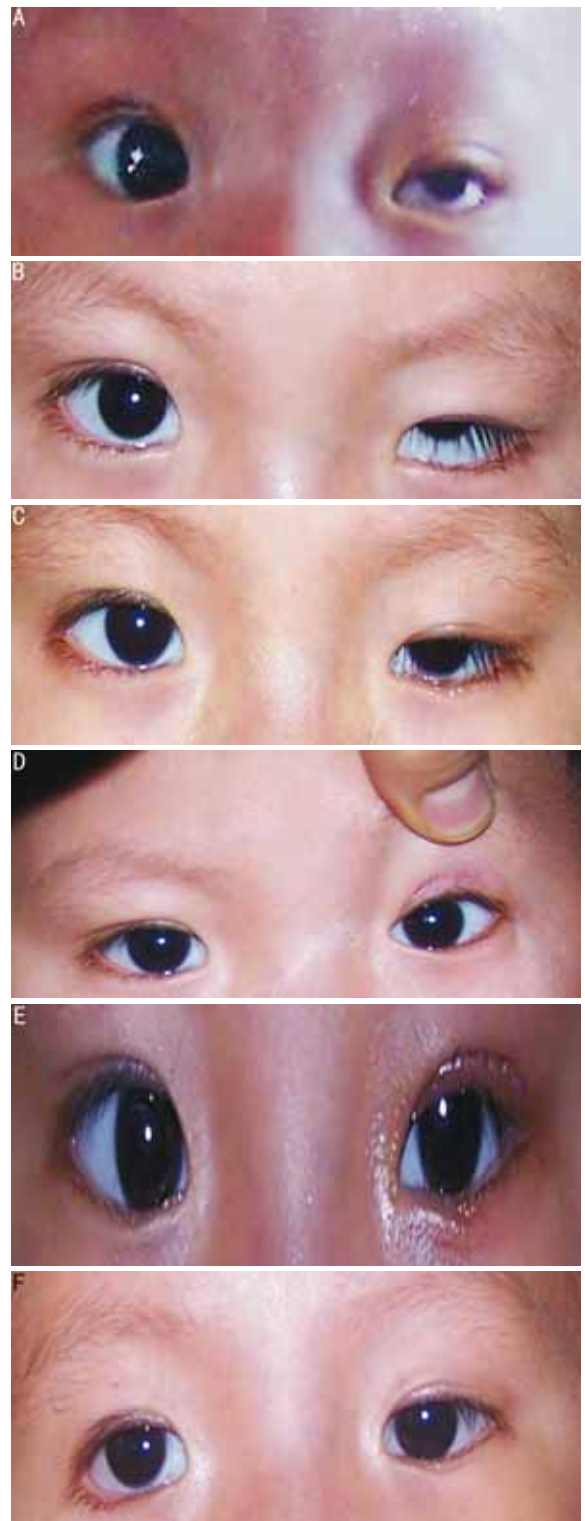


图1 患者1 A:第一次手术前照片;B:第一次手术后照片;C:第一次手术后3mo照片;D:第一次手术后3mo照片,上睑仍下垂,可见手术后瘢痕;E:第二次手术后照片;F:第二次手术后3mo照片。

**3.1 上睑内翻倒睫** 多数是由于额肌瓣与睑板固定的位置和深浅不当、眼睑肿胀痉挛等造成,少数病例是由于睑板发育的畸形所致。睑板发育畸形的患儿睑板薄弱无力,眼睑松弛,术后极易上睑内翻倒睫并且出现后矫正非常困难,即使短期效果好长期效果也不理想,对于有家族遗传史的应更加注意。术中发现轻度的上睑内翻倒睫可以进行灰线切开。术后患儿哭闹不适要高度警惕内翻倒睫导



图2 患者2 A:第一次手术后照片;B:第二次手术后照片。

致的角膜溃疡,应尽快行角膜荧光素染色检查角膜受损的程度,倒睫不多可以拔除倒睫等角膜愈合后再行进一步的处理,如果眼睑肿胀消退后倒睫能消失就不需特殊处理,如果倒睫仍然很严重,则需再次手术调整额肌瓣与睑板附着的位置及深浅或行睑板部分切除术、灰线切开术等。

**3.2 上睑下垂矫正不足** 上睑下垂矫正不足多由于分离的额肌瓣过短使额肌瓣固定在睑板的位置过高,额肌瓣的分离不完全或肌瓣破裂损伤导致肌纤维过少,力量薄弱,额肌瓣与睑板固定不牢固或受外力的冲击导致肌瓣松脱所致。有文献<sup>[2]</sup>报道运用睑板结膜部分切除术矫正上睑下垂不足。我院多采用额肌瓣缝线调整术。术前应认真进行切口的重新设计,单眼上睑下垂要根据患儿健眼弧度和高度设计标志线并进行数码相机摄像以便术中参考,双眼上睑下垂的患儿以术毕睑缘位于角膜上缘1mm为宜。术中重新分离额肌瓣时不要损伤肌瓣,并且长短厚薄合适。

**3.3 上睑下垂过矫** 多由于额肌瓣分离过长,导致肌瓣与上睑睑板固定的位置过低,额肌瓣分离不充分与邻近的组织发生粘连,额肌肥厚力量过强所致。进行额肌瓣分离时要充分,保证肌瓣完全从眶隔上隧道通过,分离得到一大一小适宜的额肌瓣后将其重新缝合。

**3.4 重睑线位置不对称、不连续或不显著、睑缘弧度不良** 重睑线位置不对称、不连续或不显著、睑缘弧度不良(成角畸形等)也是先天性上睑下垂手术后较为常见的并发症。这多数与手术切口的设计、重睑缝合时上睑皮肤未固定于睑板或间断固定、肌瓣与睑板固定位置不良或移位有关。由此可见手术中的每一个细节即便是看上去不太重要的一步操作都直接关系到手术的效果。

**3.5 眼睑闭合不全** 与额肌瓣悬吊的松紧及眼轮匝肌的功能有关,术中尽量做到额肌瓣固定不要太高,保持与睑板紧贴不要悬空,同时避免损伤或切除过多的眼轮匝肌。眼睑闭合不全多数能自行改善或恢复,但术后角膜的保护非常重要,如果角膜保护不好极易造成暴露性角膜炎和角膜溃疡,处理非常棘手。因此术前需常规进行Bell氏征检查,如果Bell氏征阴性不能贸然手术。

**3.6 上睑迟滞现象** 上睑迟滞现象是额肌瓣悬吊术中不可避免的并发症,目前尚无好的治疗办法,眼睑闭合不全恢复后上睑迟滞现象会有所改善。

由于儿童检查的不配合给术前检查及手术的设计增添了难度,另外小儿组织脆弱加上手术后遗留的瘢痕导致术中出血较多、组织结构不清,额肌瓣的分离困难使先天性上睑下垂再次手术的难度比初次手术明显加大。手术中我们常发现寻找原来的额肌瓣难度较大,原来的额肌瓣多数不完整且与周围组织严重粘连,有时根本就没有额肌瓣,有的只是筋膜或皮下组织固定在睑板上,这时需重新分离,分离必须充分才能保障肌瓣具有足够的力量提起上睑。

先天性上睑下垂手术方式多种多样,提上睑肌缩短术和额肌瓣悬吊术是最常用且效果最好的两种术式<sup>[3]</sup>。术式的正确选择是避免手术并发症的前提。具体选择何种术式与术前的检查密不可分。由于儿童提上睑肌发育尚未成熟,肌肉过于菲薄,利用提上睑肌的术式术后多出现欠矫,而且行提上睑肌腱膜的过度截除势必影响提上睑肌的发育,综上考虑儿童上睑下垂多采用利用额肌瓣的手术<sup>[4]</sup>。额肌瓣悬吊术具有效果理想、持久可靠的特点已被广泛应用,加之近年来的不断改良完善使其术后的并发症大大减少。手术时机的选择也很重要,对于轻中度上睑下垂一般主张3岁后手术,重度上睑下垂严重影响视功能的需提前手术,国内外一些学者主张1岁以内手术<sup>[5]</sup>,由于幼儿提上睑肌及额肌均未发育成熟,过早手术必然影响手术效果,术后并发症也相应增多,再次手术的可能性加大。

综上所述,再次手术原因多种多样,处理也各不相同,不能套用固定模式,术中根据具体情况随机应变保证手术效果。为减少并发症的发生,术前必须详细检查,准确选择手术时机和方式,发现并发症时积极处理。

#### 参考文献

- 1 王建勋,项道满,凌士奇. 单眼中重度先天性上睑下垂患者双眼屈光状态的差异性研究. 实用医学杂志 2008;24(23):4097-4098
- 2 张建华,马杰,李丹,等. 上睑下垂手术矫正不足者再手术的方法探讨. 眼外伤职业眼病杂志 2008;30(3):203-205
- 3 李冬梅,艾立坤. 重视上睑下垂手术的术前评估. 眼科 2008;17(6):364-367
- 4 Berry-Brincat A, Willshaw H. Paediatric blepharoptosis: a 10-year review. Eye 2009;23(7):1554-1559
- 5 Cetinkaya A, Brannan PA. Ptosis repair options and algorithm. Curr Opin Ophthalmol 2008;19(5):428-434