

# 上睑退缩手术治疗与效果观察

李妍<sup>1</sup>, 武群英<sup>1</sup>, 肖丽<sup>1</sup>, 杨俭伟<sup>1</sup>, 白萍<sup>1</sup>, 李楠<sup>2</sup>

作者单位:<sup>1</sup>(054001)中国河北省邢台市,河北省眼病治疗中心邢台市眼科医院;<sup>2</sup>(055550)中国河北省宁晋县医院眼科  
作者简介:李妍,女,毕业于张家口医学院,硕士,主治医师,研究方向:眼整形、眼外伤、泪道疾病。  
通讯作者:白萍,女,毕业于河北医科大学,本科,主任医师,研究方向:眼整形、眼外伤、泪道疾病。e00579@126.com  
收稿日期:2012-01-17 修回日期:2012-02-02

## Upper eyelid retraction surgery and its effect

Yan Li<sup>1</sup>, Qun-Ying Wu<sup>1</sup>, Li Xiao<sup>1</sup>, Jian-Wei Yang<sup>1</sup>, Ping Bai<sup>1</sup>, Nan Li<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hebei Eye Disease Treatment Center, Xingtai Eye Hospital, Xingtai 054001, Hebei Province, China; <sup>2</sup>Department of Ophthalmology, Ningjin County Hospital, Ningjin County 055550, Hebei Province, China

Correspondence to: Ping Bai. Hebei Eye Disease Treatment Center, Xingtai Eye Hospital, Xingtai 054001, Hebei Province, China. e00579@126.com

Received: 2012-01-17 Accepted: 2012-02-02

### Abstract

• AIM: Through the clinical case discussion and study of upper eyelid retraction in indexing, choosing different operation scheme and observing the therapeutic effect of operation, to provide more effective treatment options for different patients.

• METHODS: Retrospective summary was conducted on 98 patients (146 eyes) with upper eyelid retraction during November 2000 to December 2010. Indexing was conducted on the patient's condition and according to the indexing, different operation treatment was selected and curative effect of the operation was observed.

• RESULTS: According to the different indexing to choose a suitable operation method can be effective in correction of eyelid retraction.

• CONCLUSION: Eyelid retraction indexing due to the cause and degree of eyelid retraction, implementation of personalized operation in different types of patients, and normative clinical treatment path have filled the domestic gaps in diagnosis and treatment method of the same disease.

• KEYWORDS: upper eyelid retraction; indexing; operation treatment; curative effect

Li Y, Wu QY, Xiao L, et al. Upper eyelid retraction surgery and effect. *Guji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(3):514-516

### 摘要

目的:通过临床病例探讨和研究上睑退缩的分度,及选择不同的手术方案,并观察手术治疗效果,以便对不同患者提供更加有效的治疗方案。

方法:回顾性总结 2000-11/2010-12 上睑退缩患者 98 例 146 眼,对其病情程度进行分度及根据其分度选择不同的手术治疗,观察其手术疗效。

结果:针对不同分度选择适宜的手术方法,可以有效矫正眼睑退缩。

结论:眼睑退缩由于病因及眼睑退缩的程度进行分度,对不同类型患者实施个性化手术,规范眼睑退缩临床治疗路径,填补国内同种疾病的诊断和治疗方法的空白。

关键词:上睑退缩;分度;手术治疗;疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.03.44

李妍,武群英,肖丽,等. 上睑退缩手术治疗与效果观察. 国际眼科杂志 2012;12(3):514-516

### 0 引言

正常人双眼平视时上睑应位于角膜缘下 2mm,如果上睑位置高于此界限而致角巩膜缘或巩膜暴露,则为上睑退缩。提升上睑的肌肉组织由动眼神经支配的提上睑肌和交感神经支配 Müller 氏肌组成,所以, Müller 氏肌和/或提上睑肌功能过强均可导致上睑过度提升而出现上睑退缩。上睑退缩是甲状腺相关眼病 (thyroid associated ophthalmopathy, TAO) 最常见最明显的体征之一。除此之外, parinaud 氏综合征、先天性提上睑肌和上直肌纤维化、外伤和手术瘢痕牵拉也可出现限制性上睑退缩。

#### 1.1 对象和方法

1.1 对象 回顾性总结 2000-11/2010-12 上睑退缩患者 98 例 146 眼,其中男 22 例 29 眼,女 76 例 117 眼,年龄 10 ~ 72 (平均 46) 岁。其中甲状腺相关性眼病 78 例 120 眼,外伤 12 例 14 眼,上睑下垂 6 例 10 眼及眼睑肿瘤切除术后 2 例 2 眼。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 上睑退缩分度与手术方式选择

1.2.1.1 上睑退缩分度 上睑退缩临床上分为三度:轻度:上睑退缩 1 ~ 2mm;中度:上睑退缩 3 ~ 4mm;重度:上睑退缩 5mm 以上。

1.2.1.2 手术方式选择 轻度上睑退缩矫正——Müller 氏肌切除、切断术;中度上睑退缩矫正——提上睑肌腱膜部分切除术或联合后徙术;重度上睑退缩矫正——提上睑肌腱膜延长术或提上睑肌腱膜切断 + 异体巩膜延长术。

##### 1.2.2 手术要点

1.2.2.1 Müller 氏肌切除、切断术 在 10g/L 地卡因结膜表面麻醉后,用 20g/L 利多卡因液加少量 1g/L 肾上腺素行上穹隆结膜下局部浸润麻醉;作上睑缘牵引缝线,翻转

上睑,暴露睑结膜及穹隆结膜;在上穹隆结膜内外侧,各作长约10mm纵形切口,并由切口处伸入整形剪刀在结膜与Müller氏肌之间进行钝性分离;距睑板上缘约10mm处水平剪开结膜,作成“门”形结膜瓣,翻转结膜瓣使Müller氏肌表面充分暴露;用剪刀钝性分离Müller氏肌与提上睑肌腱膜,将睑板上缘和其上方10mm处之间的Müller氏肌切除;嘱患者坐起,观察上睑位置,此时上睑睑缘的理想位置为正常位置过矫1~2mm。如果上睑位置偏高,可在睑板上缘中间切断部分提上睑肌腱膜,达到理想位置为止;用5/0丝线连续缝合结膜切口,缝线两端不打结,保留较长缝线便于拆线时拉出。

**1.2.2.2 提上睑肌腱膜部分切除术** 用20g/L利多卡因液加少量1g/L肾上腺素行上睑局部浸润麻醉后,距离上睑缘3mm皮肤面顺睑缘弧度做3根牵引缝线,翻转上睑,置上直肌牵引缝线向下牵引眼球,充分暴露上穹隆结膜;自睑板上缘做水分离,分离结膜于结膜下组织,自外眦部睑板上缘下方2mm处剪开结膜,钝性分离至内眦部;沿睑板上缘水平剪开结膜,钝性分离并暴露出Müller肌;用剪刀钝性分离Müller肌与上睑提肌腱膜,切除Müller肌约5~7mm;嘱患者坐起,观察上睑位置,若患侧眼睑下降高度不满意,则对暴露的上睑提肌腱膜进行分离,切断部分上睑提肌腱膜,直至睑缘下降至正常位置;连续缝合结膜,涂抗生素眼膏,加压包扎(注意:保留上睑牵引缝线,并将其向下牵引胶布固定于下睑皮肤面)。

**1.2.2.3 提上睑肌腱膜部分切除联合后徙术** 用20g/L利多卡因液加少量1g/L肾上腺素行上睑局部浸润麻醉后,距离上睑缘3mm皮肤面顺睑缘弧度做3根牵引缝线,翻转上睑,置上直肌牵引缝线向下牵引眼球,充分暴露上穹隆结膜;自睑板上缘做水分离,分离结膜于结膜下组织,自外眦部睑板上缘下方2mm处剪开结膜,钝性分离至内眦部;延睑板上缘水平剪开结膜,钝性分离并暴露出Müller肌;用剪刀钝性分离Müller肌与上睑提肌腱膜,切断部分提上睑肌腱膜(约总腱膜宽度的1/2)后,观察上睑位置,将切断的提上睑肌附着点后徙缝合于睑板上缘;嘱患者坐起,观察上睑位置,如上睑退缩严重,徙后量超过上睑板缘,可将提上睑肌腱膜缝在预计的结膜上;连续缝合结膜,涂抗生素眼膏,加压包扎(注意:保留上睑牵引缝线,并将其向下牵引胶布固定于下睑皮肤面)。

**1.2.2.4 提上睑肌腱膜延长术** 按重睑线标记皮肤切口线,用20g/L利多卡因液加少量1g/L肾上腺素行上睑皮下及上穹隆局部浸润麻醉;沿切口线切开皮肤,分离并切除睑板前眼轮匝肌,去除脱出的眶隔脂肪,暴露睑板上缘和提上睑肌;作上睑缘牵引线翻转上睑,于穹隆结膜外侧作纵行小切口,用剪刀分离结膜与Müller氏肌,下至睑板上缘,上至眶缘附近;测量睑板上缘提上睑肌的宽度,将提上睑肌宽度四等分后分为三部分(中央部分占提上睑肌总宽度的2/4,两侧部分各占1/4),两侧部分沿睑板上缘用美兰画线,中央部分用美兰标记为“ $\Gamma$ ”型,高度为手术所需的提上睑肌延长量;沿标记线剪短提上睑肌,用3/0丝线在提上睑肌两侧部分的下端预置缝线;剪断提上睑肌的内外侧角,使提上睑肌肌瓣后退,将提上睑肌两侧部分下端的预置缝线和保留呈“ $\Gamma$ ”型的提上睑肌中央部分的上端缝合,再将后退的提上睑肌两侧部分之间缝合;嘱患者坐起,观察上睑位置,上睑睑缘的位置要求过矫2mm,调整睑缘高度直到满意为止;皮肤切口5/0丝线间

断缝合,加压包扎(注意:手术量计算:提上睑肌延长量为上睑退缩量 $\times 2 + 2\text{mm}$ ;单纯提上睑肌延长术是提上睑肌和Müller氏肌本身的肌肉延长,方法简单易行,延长量容易控制,手术效果可靠,术后双重睑自然,并发症少,是矫正中度和重度上睑退缩的首选方法,值得临床推广应用)。

**1.2.2.5 提上睑肌腱膜切断+异体巩膜延长术** 按重睑线标记皮肤切口线,用20g/L利多卡因液加少量1g/L肾上腺素行上睑皮下及上穹隆局部浸润麻醉;沿切口线切开皮肤,分离并切除睑板前眼轮匝肌,去除脱出的眶隔脂肪,暴露睑板上缘和提上睑肌;作上睑缘牵引缝线翻转上睑,于穹隆部结膜外侧作纵形切口,钝性分离结膜与Müller氏肌;在睑板上缘全长切断提上睑肌腱膜和Müller氏肌,钝性分离提上睑肌腱膜和Müller氏肌与结膜,向上推移提上睑肌腱膜和Müller氏肌,使根据手术量预制的巩膜片能置入到提上睑肌和睑板上缘之间;用5/0丝线将巩膜片上端与提上睑肌腱膜和Müller氏肌间断缝合,下端与睑板上缘间断缝合。嘱患者坐起,观察睑缘高度,此时上睑睑缘的理想位置为正常位置过矫2mm。如果上睑位置偏高,重新调整巩膜片或在提上睑肌两侧作两个小的水平切口,调整高度直到满意为止。皮肤切口5/0丝线间断缝合;将上睑牵引缝线上拉使上睑呈伸展位,线头固定于面颊部,加压包扎(注意:手术量计算:移植巩膜长度等于上睑退缩量 $\times 2 + 4\text{mm}$ ,宽度为12~15mm;异体巩膜移植提上睑肌延长术对中度和重度上睑退缩的疗效比较可靠,异体巩膜取材比较容易。但异体巩膜移植提上睑肌延长术存在下列缺点:(1)三重睑现象。该手术除在上睑切口处形成皱折外,在巩膜片上缘也容易形成皱折,造成三重睑。(2)异体巩膜有逐渐吸收现象和慢性炎症,使上睑增厚)。

**1.2.3 术后处理与观察指标** 术后全身应用抗生素1d以预防感染,应用止血药3d防止术后出血。每天常规局部换药,观察上睑缘的位置。

## 2 结果

**2.1 手术效果评价标准** 测量第一眼位时双眼睑裂高度(垂直通过瞳孔中心距离)及上睑缘覆盖12:00位角膜距离。观察睑裂闭合情况。要求患者对治疗效果的满意程度进行分级:非常满意,比较满意,不满意。疗效分级为:I级,II级,III级(表1)。为评估长期效果,所有治疗患者均于手术后3~12mo复查,并对其疗效再次进行评估。

**2.2 手术效果** 本组146眼,观察1~3a, I级98眼, II级44眼, III级4眼(表2)。

**2.3 不同手术方案的疗效** Müller氏肌切除、切断术适应于矫正轻度上睑退缩患者,即退缩量为2mm以下,这两种术式联合施行可矫正3mm以下的退缩;提上睑肌腱膜部分切除术或联合后徙术适应于矫正中度上睑退缩患者,提上睑肌每徙后2mm可矫正1mm退缩,如上睑后退严重,徙后量超过上睑板缘,可将提上睑肌腱膜缝在预计的结膜上;提上睑肌腱膜延长术或提上睑肌腱膜切断+异体巩膜延长术适应症较广,可矫正程度不同的上睑退缩,目前多用于矫正重度上睑退缩,其术后效果稳定。

## 3 讨论

眼睑退缩(lid retraction)指原位注视时,上睑缘或下睑缘超过正常睑缘位置,致使角膜缘或巩膜暴露。正常原位注视时,上睑缘位置应位于角膜上缘下2mm,当上睑缘位置在这上方时,是上睑退缩(upper lid retraction);正常

表1 上睑退缩治疗效果分级

疗效分级	标准
I级	(1)上眼睑覆盖12:00位置上方角膜0.5~1.5mm;(2)左右两眼睑裂高度差≤1mm;(3)睑裂闭合良好;(4)睑缘轮廓自然,光滑;(5)患者非常满意。
II级	(1)上眼睑覆盖12:00位置上方角膜<0.5mm,或>1.5mm且<2mm;(2)左右两眼睑裂高度差≤2mm;(3)睑裂闭合良好;(4)睑缘轮廓自然,光滑;(5)患者比较满意。
III级	以上提到的标准均未达到。

表2 手术效果

分度	眼数	手术效果		
		I级	II级	III级
轻度	46	36	8	2
中度	89	52	34	3
重度	11	5	4	2
合计	146	93	46	7

人下睑缘中央位置与角膜缘处于同一水平位置或略低,当下睑缘位置低于角膜下缘时,致使巩膜暴露,即为下睑退缩(lower lid retraction)<sup>[1]</sup>。

上睑退缩的治疗一直是眼科以及整形学科中关注的热点。上睑退缩是甲状腺相关眼病最常见的症状<sup>[2]</sup>,患者由于睑裂明显增大,呈现出“眼球突出样”外观;其不仅由于暴露上方巩膜引起眼部外观异常,对容貌造成严重影响外,轻者还可造成角膜和结膜的暴露、干燥和角膜上皮脱落,而导致显著的充血、干眼、流泪以及畏光,重者也可因睑裂闭合不全而引起暴露性角膜炎等多种并发症。目前尚没有根治性药物进行临床治疗。因此,对于临床症状严重或者病变已经出现纤维化者,外科手术治疗成为了主要的治疗手段。

矫正上睑退缩的手术较多,常用的有Müller氏肌切断<sup>[3]</sup>或切除术、提上睑肌Müller氏肌延长术<sup>[3]</sup>、提上睑肌腱膜部分切除术或联合后徙术以及异体巩膜延长术<sup>[4]</sup>等。对于不同程度的上睑退缩,各医学同仁多采用自己比较熟悉或熟练的手术进行校正治疗,因此缺乏统一的治疗标准。对于不同的患者,应该根据其病情的程度选择适当的治疗方案,从而减少对患者造成不必要的创伤,以达到最小的创伤获得最佳的疗效。

本研究通过对146眼上睑退缩患者实施个性化手术方案并对手术效果观察发现:(1)矫正上睑退缩术式:Müller氏肌切断或切除、提上睑肌延长、提上睑肌附着点后徙、异体巩膜延长术等,这些手术符合眼睑生理解剖特

点,操作简单,易于掌握,术中可随时调整睑缘位置和弧度。(2)根据上睑退缩度选择不同的手术方式,其疗效良好;Müller氏肌切除、切断术适用于矫正轻度上睑退缩患者,即退缩量为2mm以下者,这两种术式联合施行最大可矫正3mm以下的退缩量;提上睑肌腱膜部分切除术或联合后徙术适用于矫正中度上睑退缩患者,提上睑肌每徙后2mm可矫正1mm退缩<sup>[5]</sup>,如上睑后退严重,徙后量超过上睑板缘,可将提上睑肌腱膜缝在预计的结膜上<sup>[6]</sup>;提上睑肌腱膜延长术或提上睑肌腱膜切断+异体巩膜延长术适应证较广,可矫正不同的程度上睑退缩患者,目前多用于矫正重度上睑退缩,其术后效果稳定。I级效果达63.7%,II级效果达31.5%,III级效果达4.8%。(3)脸部减张线应保留4wk,具有良好的调整作用。于术后1d第一眼位上睑缘低于瞳孔中央可放松牵引线;如上睑位置正常,牵引线还要向下拉牵拉;如拆线后上睑开始退缩应嘱患者向下按摩眼睑。

因此在临床工作中,眼睑退缩由于病因及眼睑退缩的程度进行分度,对不同类型患者实施个性化手术,这样不仅对患者的损伤降到了最低,同时又规范眼睑退缩临床治疗路径、优化了手术的操作,填补了国内同种疾病的诊断和治疗方法的空白。

#### 参考文献

- 1 徐乃江,朱惠敏,杨丽.实用眼整形美容手术学.第2版.郑州:郑州大学出版社2010;336-340
- 2 张向东.提上睑肌延长术治疗眼型Graves病上睑退缩.眼科研究2006;24(2):183
- 3 李冬梅,陈涛,秦毅,等.提上睑肌Müller氏肌延长术矫正中、重度上睑退缩.临床眼科杂志2006;14(2):149-151
- 4 易文殊,许雪亮,向前,等.异体巩膜提上睑肌延长术治疗甲状腺相关眼病上睑退缩.中国现代医学杂志2003;13(24):57-58
- 5 Baylis HI, Cies WA, Kamin DF. Correction of upper eyelid retraction. *Am J Ophthalmol* 1976;82:790-794
- 6 Putterman A, Fett DR. Müller's muscle in the treatment of upper eyelid retraction: a 12-year study. *Ophthalmic Surg* 1986;17:361-367