

# 老年性上睑下垂手术治疗临床观察

王莉, 蒋华章, 左志刚, 徐苏敏

作者单位: (430400) 中国湖北省武汉市新洲区人民医院眼科  
作者简介: 王莉, 女, 毕业于武汉大学医学院, 主治医师, 研究方向: 临床眼科。  
通讯作者: 蒋华章, 男, 副主任医师, 研究方向: 青光眼、白内障。  
1048460215@qq.com  
收稿日期: 2013-01-07 修回日期: 2013-07-04

## Clinical observation of surgical management for senile blepharoptosis

Li Wang, Hua-Zhang Jiang, Zhi-Gang Zuo, Su-Min Xu

Department of Ophthalmology, Xinzhou District People's Hospital, Wuhan 430400, Hubei Province, China

Correspondence to: Hua-Zhang Jiang. Department of Ophthalmology, Xinzhou District People's Hospital, Wuhan 430400, Hubei Province, China. 1048460215@qq.com

Received: 2013-01-07 Accepted: 2013-07-04

## Abstract

• AIM: To evaluate the efficacy of various surgical techniques for correcting different types of senile blepharoptosis.

• METHODS: From June 2008 to October 2011, 150 cases (164 eyes) patients with senile blepharoptosis underwent surgical treatment. Patients with severe blepharoptosis received frontalis muscle flap suspensio, patients with moderate blepharoptosis get levator palpebrae superioris muscle shortening and those with mild blepharoptosis underwent pleating of levator palpebrae superioris.

• RESULTS: After 3-month to 1-year follow-up, 154 (93.9%) eyes get satisfactory results and 10 (6.1%) eyes obtained better results.

• CONCLUSION: In order to achieve the best correction in patients with blepharoptosis, it is important that making objective and careful preoperative examinations, selecting appropriate operation managements according to the levator palpebrae superioris muscle strength, the degrees of blepharoptosis and combined with experience.

• KEYWORDS: blepharoptosis; myodynamia; surgery

Citation: Wang L, Jiang HZ, Zuo ZG, et al. Clinical observation of surgical management for senile blepharoptosis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(8):1726-1728

## 摘要

目的: 评价不同术式治疗老年性上睑下垂的手术效果。

方法: 将 2008-06/2011-10 明确诊断为老年性上睑下垂的 150 例 164 眼患者分为 3 种临床类型, 从而选择不同手术方法: (1) 轻度下垂: 选择提上睑肌腱膜折叠术; (2) 中度下垂: 选择提上睑肌缩短术; (3) 重度下垂: 选择额肌瓣悬吊术。

结果: 老年性上睑下垂患者 164 眼, 随访 3mo ~ 1a, 均获得良好效果: I 级(良好)者 154 眼(93.9%), II 级(尚可) 10 眼(6.1%)。

结论: 根据患者提上睑肌肌力、上睑下垂程度以及结合术者经验, 做出客观仔细的术前检查来选择适当术式, 可达到最佳矫正效果。

关键词: 上睑下垂; 肌力; 手术方式

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2013.08.70

引用: 王莉, 蒋华章, 左志刚, 等. 老年性上睑下垂手术治疗临床观察. *国际眼科杂志* 2013;13(8):1726-1728

## 0 引言

老年上睑下垂是困扰老年人的常见退行性眼病, 不仅影响美容, 亦影响视功能, 影响老年人的正常生活, 过去人们常认为是单纯老年人眼睑皮肤松弛而未给予重视。随着生活水平的提高和医疗条件的改善, 人们的寿命逐渐延长, 也越来越关注老年人的生活质量问题, 治疗老年性上睑下垂的手术方式很多, 但尚无一种手术方法能适用于所有的患者。现对 2008-06/2011-10 明确诊断为老年性上睑下垂的 164 眼患者, 根据上睑下垂程度的不同, 分别采用不同的术式, 取得满意效果, 现对其临床效果总结如下。

## 1 对象和方法

1.1 对象 2008-06/2011-10 连续收治入院, 除去先天性、外伤性、神经源性后, 明确诊断为老年性上睑下垂的患者 150 例 164 眼, 其中男 72 眼, 女 92 眼, 年龄 51 ~ 82 岁。根据提上睑肌肌力和上睑下垂程度将患者分为 3 种临床类型: 轻度上睑下垂: 提上睑肌肌力 > 7mm 且上睑缘下垂量为 1 ~ 2mm。中度上睑下垂: 提上睑肌肌力在 4 ~ 7mm, 上睑缘下垂量为 3mm。重度上睑下垂: 提上睑肌肌力 < 4mm, 上睑缘下垂量为 4mm 以上。

1.2 方法 提上睑肌肌力测定: 用拇指压住眉部, 以阻断额肌的提上睑作用, 嘱患者尽量向下注视, 用钢尺 0 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即提上睑肌肌力, 正常情况下为 13 ~ 16mm。测定上直肌功能: 双手提起上睑, 嘱患者向上方注视了解上直肌功

能。嘱患者闭眼,医师撑开上睑,观察眼球位置,如角膜仍在原位,说明缺乏 Bell 现象。术后眼睑闭合不全,角膜暴露,容易发生并发症。测定额肌功能:嘱患者用力抬眉,如上睑提肌动度 $<4\text{mm}$ ,额肌功能完好。原则上提上睑肌缩短 $4\sim 6\text{mm}$ 可矫正 $1\text{mm}$ 下垂。老年性上睑下垂提上睑肌缩短量不超过 $10\text{mm}$ 。肌力、下垂量与手术方式的关系见表1。

**1.2.1 提上睑肌腱膜折叠术** 常规双眼消毒,上睑缘上 $5\sim 7\text{mm}$ 画重睑线,无齿镊夹起松弛皮肤并画出需切除松弛皮肤的标线。麻醉:20g/L利多卡因与7.5g/L布比卡因等量混合加1:100000肾上腺素行皮下及上穹隆结膜下浸润麻醉。在眼科手术显微镜下,沿画线切除松弛皮肤及睑板前一条轮匝肌;打开眶隔暴露提上睑肌腱膜前表面,于肌止端 $6\sim 10\text{mm}$ 处以4-0可吸收线做3对褥式缝线,缝合固定于睑板上缘下 $2\text{mm}$ ,先打活结。观察上睑缘与角膜上缘的位置关系,使上睑缘位于角膜上缘下 $0.5\sim 1\text{mm}$ ,上睑缘位置与弧度满意后结扎缝线;皮肤肌层缝合:用8-0可吸收线将上切口皮下轮匝肌进针挂睑板缝合数针,以将上睑睫毛略为上翘为妥,皮肤切口用6-0吸收线间断缝合,缝线过睑板上缘,睁眼观察两侧重睑形态对称。

**1.2.2 提上睑肌缩短术** 消毒、画线、麻醉同上;沿画线切除松弛皮肤及睑板前一条轮匝肌;分离提上睑肌:于睑板上缘由内眦至外眦分离提上睑肌腱膜,并切断其与Müller肌的联系;打开眶隔暴露提上睑肌腱膜前表面,沿提上睑肌腱膜两侧向上剪开内、外角及节制韧带,钳夹提上睑肌腱膜,于肌止端上方 $6\sim 10\text{mm}$ 拟定缩短量处用4-0可吸收线做3对褥式缝线,缝合固定于睑板上缘下 $2\text{mm}$ 打活结;切除提上睑肌残端及多余的眶脂肪;观察上睑缘与角膜上缘的位置关系,使上睑缘位于角膜上缘下 $0.5\sim 1\text{mm}$ ,上睑缘位置与弧度满意后结扎缝线;缝合皮肤肌层同上。

**1.2.3 额肌瓣悬吊术** 消毒、画线、麻醉同上,沿画线切除松弛皮肤及睑板前一条轮匝肌,在眶隔表面、眼轮匝肌下方,用眼科剪分离组织直达眉上缘 $1.5\sim 2\text{mm}$ 处,找到额肌及其筋膜,将额肌筋膜瓣前部与眉部及上睑皮肤,后部与眶隔膜分离,形成上蒂游离肌筋膜瓣,将游离筋膜瓣牵拉到睑板上缘,用4-0可吸收线在睑板上缘内、中、外3点与睑板前筋膜褥式缝合3针固定。调整上睑缘位置及重睑皮肤肌层缝合同上。

**1.2.4 术后处理及随访** 术眼加压包扎48h,每日换药并注意观察角膜情况,重睑高度、弧度、及睫毛方向。每晚涂眼膏,7d拆线。术后随访3mo~1a。

## 2 结果

**2.1 手术效果评定方法** 根据手术后眼外观和眼睑功能情况将疗效分为4级<sup>[2]</sup>: I级(良好),上睑下垂矫正满意,重睑皱襞形成良好。睑缘位置、弧度形态比较理想,两侧对称,睑裂闭合 $<2\text{mm}$ ; II级(尚可),上睑下垂较术前有明显好转,位置与对侧相比不足; III级(差),上睑下垂未得到矫正,程度与术前大致相同; IV级(过矫),上睑下垂

表1 临床分型与手术方式的关系

临床分型	肌力	下垂量	手术方式
轻度	$>7\text{mm}$	$1\sim 2\text{mm}$	提上睑肌腱膜折叠术
中度	$4\sim 7\text{mm}$	$3\text{mm}$	提上睑肌缩短术
重度	$<4\text{mm}$	$>4\text{mm}$	额肌瓣悬吊术

表2 不同术式治疗上睑下垂远期效果

术式	眼数	手术效果	
		I级(%)	II级(%)
提上睑肌腱膜折叠术	72	68(94.4)	4(5.6)
提上睑肌缩短术	64	61(95.3)	3(4.7)
额肌瓣悬吊术	28	25(89.2)	3(10.8)
合计	164	154(93.9)	10(6.1)

矫正过度,上睑缘位于角膜缘上 $1\text{mm}$ 以上。

**2.2 治疗效果** 采用不同的术式治疗老年性上睑下垂手术164眼,经3mo~1a的随访,所有患者疗效明显,其中I级(良好)者154眼(93.9%),II级(尚可)者10眼(6.1%)。见表2。

## 3 讨论

老年性上睑下垂是由于皮肤松弛、弹性减退及眶膈薄弱、眶脂肪脱出、提上睑肌乏力及Müller肌渐趋萎缩乏力综合因素所致。老年人上眼睑的皮肤过度松弛,就会造成眼睑下垂,如同“帘子”一般遮挡视线,导致视野变小。由于上眼睑皮肤松弛,老年人需用力睁眼方能抬起下垂的眼皮,加重了眼肌的负担,导致老年人常有疲劳感,不愿睁眼。还由于上眼睑皮肤的堆积,使褶皱加深,皮肤的分泌物不易被及时清除,导致炎症,使褶皱处的皮肤出现糜烂,有灼痛感等。因此,对老年性上睑下垂的治疗不能简单地按照重睑成型的方法,由于具体情况各异,没有任何一种矫正上睑下垂的手术方式适合于所以上的睑下垂病例<sup>[3,4]</sup>。因此,在认真做好术前检查,掌握好手术时机的基础上,更重要的是选择一种最适合于患者的手术方式。上睑下垂的手术治疗方法很多,主要有:(1)增加上睑提肌力量的手术,如上睑提肌缩短术或前徙缝合术。(2)借用额肌力量的手术,如额肌瓣悬吊术。(3)借用眼轮匝肌力量的手术,如叠扎术。(4)借助上直肌力量的手术。目前临床上手术方式主要有增加上睑提肌力量和借助肌力量的手术<sup>[5]</sup>。上睑提肌缩短术较符合生理功能,但对肌力极差的重度上睑下垂需作超量缩短术,术后常伴有明显睑裂闭合不全和暴露性角膜炎,因此重度上睑下垂一般不采用此术式,而采用借助额肌力量的悬吊手术<sup>[6]</sup>。

对于提上睑肌力量在 $7\text{mm}$ 以上或下垂量 $1\sim 2\text{mm}$ 的轻度上睑下垂患者可采用提上睑肌腱膜折叠术,手术操作简便,损伤小,术后重睑自然,闭合好,我们采取此术治疗72眼,效果满意,并发症较少。对于提上睑肌力 $4\sim 7\text{mm}$ 的 $<4\text{mm}$ 或下垂量 $3\text{mm}$ 中度上睑下垂患者,提上睑肌缩短术的矫正效果更佳,更符合生理功能,外观较自然灵活,上睑迟滞现象和闭合不全度小,眼睑回落量小<sup>[7,8]</sup>。我们采取此术治疗64眼,效果满意,并发症较少。轻、中度老

年性上睑下垂,术中提上睑肌缩短量应不超过10mm,共行手术136眼,129眼获得满意效果。对于提上睑肌肌力低于4mm或下垂量>4mm和额肌力量良好的重度上睑下垂患者,可采用额肌瓣悬吊术,额肌瓣悬吊术治疗上睑下垂的原理是借助额肌的力量提拉上睑达到矫治的目的。额肌瓣有丰富的血供及神经支配,并有足够的肌力上提上睑,具有符合生理和解剖的优点且操作简便,损伤小,出血少,矫正效果持久可靠<sup>[9,10]</sup>。我们采取此术治疗28眼,效果满意,经长时间随访,证明不易复发。

综合上述病例的治疗过程,我们体会如下:(1)上睑下垂的病因及病情比较复杂,患者对手术效果的要求也不断提高,要求医生一定要根据患者提上睑肌肌力、上睑下垂程度以及结合术者经验,做出客观仔细的术前检查来选择适当术式,以达到最佳矫正效果。(2)缝合时要注意肌力的平衡,避免3点提升力量不均引起的上睑弧度不均匀。(3)在分离额肌时注意边分离边压迫止血,防止大出血而影响手术操作。在剪开额肌瓣时,内侧要避免眶上神经和血管,防止损伤。由于额肌的营养血管和神经支配均来自外侧,如果损伤,额肌瓣将失去收缩功能,逐渐纤维化而导致手术失败。所以,外侧不宜剪开太多,但太少则影响额肌瓣下移,一般不超过5mm。(4)目前治疗老年性上睑下垂的手术方法大多未采用眼科显微镜下进行,且未缝合皮下肌层,从疗效的综合评定看,或是矫正不足,或是睑

缘不自然,或是手术处瘢痕明显,且手术主要是着眼于皮肤方面,未解决皮肤下眼轮匝肌和纤维组织的问题,所以手术存在着一定的缺憾。我们用手术显微镜镜下行老年性上睑下垂手术,皮肤肌层缝合时采用8-0或6-0可吸收线皮肤肌肉双层成形术,进行矫正,疗效满意。

#### 参考文献

- 1 Leibovitch I, Leibovitch L, Dray J. Long-term results of frontalis suspension using autogenous fascia lata for congenital ptosis in children under 3 years of age. *Am J Ophthalmol* 2003;136:866-871
- 2 林茂昌. 上睑下垂术式选择及其评价. *中国美容医学* 2006;1:42-45
- 3 赵堪兴, 杨培增. 眼科学. 第7版. 北京: 人民卫生出版社 2008:63-65
- 4 范先群. 眼整形外科学. 北京: 北京科学技术出版社 2009:110-133
- 5 陶利娟, 杨慧玲, 王平, 等. 改良额肌腱膜瓣悬吊术在儿童先天性上睑下垂治疗中的应用. *中国斜视与小儿眼科杂志* 2010;18:174-176
- 6 Finsterer J. Ptosis: causes presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27:193-204
- 7 马涛, 郑永生. 先天性上睑下垂手术治疗及术式选择. *中国美容医学* 2008;17:454-458
- 8 陈涛, 李冬梅, 赵颖, 等. 提上睑肌缩短前徙术治疗重度先天性上睑下垂疗效观察. *中国美容医学* 2008;17:196-199
- 9 刘淑英, 刘凤, 朱惠敏, 等. 改良式额肌瓣悬吊术治疗先天性上睑下垂的体会. *国际眼科杂志* 2009;9:2436-2437
- 10 张丽娜. 改良额肌瓣悬吊术治疗先天性上睑下垂. *中华眼外伤职业眼病杂志* 2011;33:701-703