

全麻下提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天性上睑下垂

黄晓波, 宋愈, 吴莹

作者单位: (226001) 中国江苏省南通市, 南通大学附属第二医院眼科 江苏南通市第一人民医院眼科
作者简介: 黄晓波, 毕业于南京医科大学, 硕士, 住院医师, 研究方向: 眼表、眼整形、屈光。
通讯作者: 宋愈, 毕业于南通医学院, 主任医师, 主任, 研究方向: 晶状体疾病、玻璃体视网膜疾病。181008981@163.com
收稿日期: 2013-06-10 修回日期: 2013-08-16

Upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication in general anesthesia for mild congenital ptosis

Xiao-Bo Huang, Yu Song, Ying Wu

Department of Ophthalmology, Nantong First People's Hospital, Affiliated Nantong University, Nantong 226001, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Yu Song. Department of Ophthalmology, Nantong First People's Hospital, Affiliated Nantong University, Nantong 226001, Jiangsu Province, China. 181008981@163.com
Received: 2013-06-10 Accepted: 2013-08-16

Abstract

- AIM: To explore clinical effect and influence factors of upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication in general anesthesia for mild congenital ptosis in children.
- METHODS: According to relevant data before operation 40 eyes of 37 cases of children with mild congenital ptosis were treated with upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication in general anesthesia. The clinical data were recorded and analyzed, the effect was evaluated.
- RESULTS: In the 40 eyes of 37 cases, the satisfactory rate was 78% (31 eyes), 5 eyes (12%) were under-corrected, 1 eye (2%) was over corrected, 3 eyes (8%) were return to back.
- CONCLUSION: The effect is affirmative that upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication in general anesthesia treated the mild congenital ptosis in children, it is one of main methods for treating mild congenital ptosis in children.
- KEYWORDS: general anesthesia; upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication; ptosis; congenital

Citation: Huang XB, Song Y, Wu Y. Upper eyelid blepharoplasty combined with levator aponeurosis plication in general anesthesia for mild congenital ptosis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013; 13 (9): 1901-1902

摘要

目的: 观察探讨全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天性上睑下垂的临床疗效及影响疗效的因素。
方法: 依照术前所测得有关数据对 37 例 40 眼确诊为轻度先天性上睑下垂的小儿实施全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术, 记录并分析其临床资料, 进行疗效评估。
结果: 患者 37 例 40 眼中矫正满意者 31 眼 (78%), 欠矫者 5 眼 (12%), 过矫者 1 眼 (2%), 回退者 3 眼 (8%)。
结论: 全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天性上睑下垂疗效肯定, 是治疗轻度先天性上睑下垂的主要方法之一。
关键词: 全身麻醉; 提上睑肌腱膜折叠术; 上睑下垂; 先天性
DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2013.09.53

引用: 黄晓波, 宋愈, 吴莹. 全麻下提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天性上睑下垂. 国际眼科杂志 2013; 13(9): 1901-1902

0 引言

正常人在无额肌作用下双眼向正前方平视时, 上睑覆盖角膜约 1.5 ~ 2mm。上睑下垂 (ptosis) 是指提上睑肌肉——提上睑肌和 Müller 平滑肌的功能不全或丧失, 或其他原因所致的上睑部分或全部下垂, 下垂的上睑遮盖上方角膜超过 2mm^[1]。因上睑下垂的病因不同分为先天性上睑下垂和后天性上睑下垂。先天性上睑下垂是眼科常见的一种先天性疾患, 与遗传有关, 绝大多数因提上睑肌及其腱膜发育不全或缺损, 或因支配提上睑肌的神经周围性或中枢性缺损所致。先天性上睑下垂不但有碍美观, 还可因遮挡视轴造成弱视, 甚至影响患者身心健康发育。因此绝大多数需手术治疗, 治疗关键为根据患者上睑下垂的类型和程度选择合适的手术方式及决定手术量。我们总结采用全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术治疗提上睑肌肌力 $\geq 8\text{mm}$ 、上睑下垂 $\leq 2\text{mm}$ 的轻度先天性上睑下垂病例, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组研究选取我科 2009-03/2012-03 的轻度先天性上睑下垂病例 37 例 40 眼, 年龄 3 ~ 7 (平均 4.7) 岁, 其中男 20 例 22 眼, 女 17 例 18 眼。

1.2 方法

1.2.1 术前检查 能配合者均行视力、眼位、屈光状态、眼前节及眼底检查。本组病例提上睑肌肌力 $\geq 8\text{mm}$ 、上睑下垂 $\leq 2\text{mm}$, Bell 征 (+)。屈光参差与弱视者术后按弱视治疗原则给予矫正。

1.2.2 手术方法 术前在鼻根处做上睑缘高度标记线 (单眼参照健眼上睑缘高度)。患儿全身麻醉成功后做重睑线, 沿所画重睑线切开皮肤 (重睑线宽度约 3 ~ 4mm, 切记勿宽), 依照个体情况去除部分皮肤、皮下组织及眼轮匝肌, 暴露睑板, 在睑板上缘上方横向剪开眶膈, 去掉脱出的眶脂肪, 暴露提上睑肌腱膜, 并从其附着处分离提上睑肌腱膜, 剪除部分眶膈 (不要伤及提上睑肌腱膜); 用 6-0 丝

线,于睑板中央部平行睑缘行睑板板层缝合后,穿过睑板上缘4~6mm处提上睑肌腱膜及Müller肌行三组褥式缝合,打活结;松开皮肤切口牵引线,观察调整眼睑高度及弧度再结扎褥式缝合,如不满意可调整缝线穿过睑板的位置及结扎松紧度。剪除多余之皮肤条带和轮匝肌,按皮肤切口下唇、睑板、皮肤切口上唇顺序间断缝合皮肤伤口,共5针。术后口服抗生素3d,每日换药1次,术后第7d拆除皮肤缝线。

2 结果

手术疗效判定标准:过矫:上睑缘位置高于角膜上缘上1mm,睑裂大于对侧健眼1~2mm。矫正满意:上睑缘位置于角膜缘或缘下1mm,与对侧健眼相当或高于健眼1mm。欠矫:上睑缘低于瞳孔上部1/3或睑裂小于健眼2mm。回退:术后6mo重新发生欠矫者。

本组37例40眼中,术后矫正满意者31眼(78%),欠矫者5眼(12%),过矫者1眼(2%),欠矫者于术后2~3d重新调整缝线至高度满意未复发。1眼过矫者随访,于术后2mo达高度满意。术后6mo随访发生回退者3眼(8%),改行提上睑肌缩短术效果满意未复发。术后3mo内,均有不同程度的眼睑闭合不全及上睑迟滞现象,于3mo后,以上现象逐渐减轻。本组病例术后抗生素应用,属患儿家长涂眼膏,均未出现感染、暴露性角膜炎等并发症。

3 讨论

矫正上睑下垂手术(包括各种改良术式)有百余种之多。目前常用手术方法主要分为以下三类:(1)增强提上睑肌力量的手术;(2)缩短Müller肌及(或)睑板的手术;(3)借用额肌力量的手术。提上睑肌腱膜折叠术是一种增强提上睑肌力量的手术,不仅具有一般提上睑肌缩短术的符合解剖及生理、疗效可靠、睑功能恢复良好等优点,而且因术中不需进行睑结膜与上睑提肌间分离、不切断和切除节制韧带及提上睑肌,具有手术操作简便、创伤小、术后反应轻等优点。文献报道其适用于轻中度先天性上睑下垂的患者。以往文献^[2-4]报道的病例主要集中在年龄偏大、能够配合局部麻醉下手术的患者,而对于年龄偏小、无法配合局部麻醉手术的轻度上睑下垂患者采用提上睑肌腱膜折叠术治疗的鲜有报告。可能原因为各地经济文化教育差距较大,相当部分地区患者未得到早期的诊断和治疗本病。或因为上睑下垂程度较轻,未明显影响视力和容貌而延缓治疗。近年来国内外有许多老年患者眼部手术后轻度上睑下垂发病率较高的报告,这些病例也是提上睑肌腱膜折叠术适应证。本地区经济文化教育水平较高,我院眼科在小儿屈光斜弱视等方面积累了较丰富的临床经验和病源,学龄前儿童常规在我院筛查屈光异常,所以一些患有轻度上睑下垂的患儿能得到早期的诊断。我们回顾了3a在我院行全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术治疗轻度上睑下垂的病例40眼占全部上睑下垂矫正手术率9.4%。其中欠矫5眼,过矫1眼,回退3眼。

正常人双眼平视前方时,上睑遮盖角膜上缘2mm。上睑下垂分轻度、中度及重度,矫正2mm下垂量,需缩短提上睑肌8~12mm。上睑板中央部高6~11mm,我们于睑板上缘上方5~6mm处缝合提上睑肌腱膜或部分肌,将其折叠缝合至睑板中部,缝合后相当于将提上睑肌缩短了8~11.5mm,因此可以矫正1~2mm下垂量。我们选择轻度上睑下垂的先天性病例,手术成功率达到78%。因此可以认为全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天

性上睑下垂是可靠的。

我们在术后发现5眼欠矫者,于术后2~3d重新调整缝线至高度满意,随访中未见上睑下垂复发。欠矫者比例相比较其他术式,以及在局部麻醉下行提上睑肌腱膜折叠术的病例均偏高。我们考虑较成人上睑下垂、先天性上睑下垂治疗更具困难性,主要表现为术前检查不能完全配合,需在全身麻醉下手术,术中无法观察睑缘高度、不能明确与对侧眼的比较,无法实时调整手术效果等。欣慰的是,在术前与家长充分沟通、讲明术式简单、创伤小、但欠矫可能大时患者家长均较理解并同意手术方式,在出现欠矫后亦配合再次手术,均取得满意效果。

术后6mo随访发生回退者3眼,年龄分别为4,6,7岁,由于病例数少,暂无法评估是否与年龄相关。检查这3眼发现睑裂高度、提上睑肌肌力较术前无明显改善,我们改行提上睑肌缩短术,术中我们观察到患者提上睑肌腱膜较薄弱、术中评估提上睑肌肌张力较弱。缩短提上睑肌量约4~6mm,调整至睑缘高度合适。术后早期均出现眼睑轻度闭合不全,嘱睡眠时抗生素眼膏封眼,未见明显并发症发生,约1mo后眼睑闭合不全均消失。先天性上睑下垂绝大多数因提上睑肌及其腱膜发育不全或缺损,或因支配提上睑肌的神经周围性或中枢性缺损所致的,目前发病机制尚未完全明了。Berke等^[5]认为先天性上睑下垂主要是由于上睑提肌发育性肌营养不良所致,Isaksson等^[6,7],Kuwabar等^[8],Sutuh^[9]研究找到此病为原发性肌营养不良症的证据。随着病理技术和取材技术的进步,Clark等^[10]采用了冰冻切片技术,证实发育异常的学说外还发现了新的不定形物质。在这种新的物质中,通过免疫组织化学技术确认了Ⅲ型胶原纤维和纤连蛋白的存在。目前该物质在提上睑肌腱膜发育异常中的作用,还有待进一步考证。对回退的患者我们行提上睑肌缩短术后未再复发。

回顾病例,我们发现全身麻醉下提上睑肌腱膜折叠术临床疗效可靠,具有睑功能恢复良好、手术操作简便、创伤小、术后反应轻等优点,较适用于轻度先天性上睑下垂患者,但欠矫发生率偏高。

参考文献

- 1 宋琛,马志中.眼科手术学.北京:人民军医出版社2008:167-185
- 2 王平.提上睑肌腱膜折叠术矫正轻度先天性上睑下垂.眼科2002;11(1):51
- 3 卢银波,唐勇华,韦丽娇.提上睑肌腱膜折叠术治疗轻中度上睑下垂临床观察.眼科2010;19(2):116-118
- 4 包丰英,罗晓幸.提上睑肌腱膜折叠术治疗老年性上睑下垂.国际眼科杂志2012;12(6):1208
- 5 Berke RN, Wadsworth JA. Histology of levator muscle in congenital and acquired ptosis. *Arch Ophthalmol* 1955;53(3):413-428
- 6 Isaksson I, Mellgren J. Pathological-anatomical changes in the levator palpebrae superioris muscle in congenital blepharoptosis. *Acta Pathol Microbiol Scand Suppl* 1961;51(144):157-160
- 7 Isaksson I. Studies on congenital genuine blepharoptosis. Morphological and functional investigations of the upper eyelid. *Acta Ophthalmol Suppl* 1962;72:1-121
- 8 Kuwabara T, Cogan DG, Johnson CC. Structure of the muscles of the upper eyelid. *Arch Ophthalmol* 1975;93(11):1189-1197
- 9 Sutuh FC. Histological changes in congenital and acquired blepharoptosis. *Eye* 1988;2(2):179-184
- 10 Clark BJ, Kemp EG, Behan WM, et al. Abnormal extracellular material in the levator palpebrae superioris complex in congenital ptosis. *Arch Ophthalmol* 1995;113(11):1414-1419