

重症上睑下垂额肌筋膜瓣悬吊术临床观察

李桂芹¹, 谢保田²

作者单位:¹(157000)中国黑龙江省牡丹江市,牡丹江医学院第二附属医院眼科;²(157000)中国黑龙江省牡丹江市爱民区诊所
作者简介:李桂芹,女,毕业于佳木斯医学院医疗系,主任医师,教授,研究方向:眼科临床及眼部美容整形。

通讯作者:李桂芹. Heacthl-5198@yahoo.com.cn
收稿日期:2010-07-05 修回日期:2010-07-13

Clinical observation of frontalis fascia petal suspension surgery for severe ptosis

Gui-Qin Li¹, Bao-Tian Xie²

¹Department of Ophthalmology, the Second Affiliated Hospital, Mudanjiang Medical College, Mudanjiang 157000, Heilongjiang Province, China;² Aimin Clinic, Mudanjiang 157000, Heilongjiang Province, China

Correspondence to: Gui-Qin Li. Department of Ophthalmology, the Second Affiliated Hospital, Mudanjiang Medical College, Mudanjiang 157000, Heilongjiang Province, China. Heacthl-5198@yahoo.com.cn

Received:2010-07-05 Accepted:2010-07-13

Abstract

• **AIM:** To observe the effect of frontalis fascia petal suspension surgery for severe ptosis.

• **METHODS:** Totally 52 patients 72 eyes with severe ptosis underwent the frontalis fascia petal suspension surgery.

• **RESULTS:** After the follow-up of 1-6 yaer, mild insufficient corrections were in 2 patients 4 eyes, mild asymmetrical were in 2 patients 4 eyes; Other patients obtained the satisfactory effect, with eyelid radian and natural beautifulness. The eyelid function was restored. Some cases presented palpebral fissure dysraphism. There was no exposition keratitis occurrences.

• **CONCLUSION:** The frontalis fascia petal suspension surgery is the most ideal method for severe ptosis. The height of upper eyelid limbus and suture position play the key effect in satisfactory operation.

• **KEYWORDS:** ptosis; severe; frontalis fascia petal suspension surgery

Li GQ, Xie BT. Clinical observation of frontalis fascia petal suspension surgery for severe ptosis. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(8):1616-1617

摘要

目的:观察额肌筋膜瓣转移悬吊术治疗重度上睑下垂的效果。

方法:对52例72眼重度上睑下垂进行额肌筋膜瓣转移悬吊术治疗。

结果:本组52例72眼随访1~6a,2例4眼矫正轻度不足,2例4眼重睑轻度不对称,其余均获得满意疗效,上睑弧度及双重睑自然美观,恢复了上睑功能。仅部分病例早期轻度睑裂闭合不全,无暴露性角膜炎等并发症发生。

结论:额肌筋膜瓣转移悬吊术是治疗重度上睑下垂最理想的手术方法,手术中的上睑缘位置高低,额肌缝合睑板的位置是手术成功的关键。

关键词:上睑下垂;重度;额肌筋膜瓣悬吊术

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.08.063

李桂芹,谢保田.重症上睑下垂额肌筋膜瓣悬吊术临床观察.国际眼科杂志2010;10(8):1616-1617

0 引言

上睑下垂不仅影响眼部以及整个容貌之美,重度上睑下垂遮挡瞳孔严重影响视功能。其治疗方法始终以手术为主,近年来我们对重度上睑下垂采用额肌筋膜瓣转移悬吊的方法,取得满意效果,积累了一些临床经验,现总结报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组52例72眼。其中男38例52眼,女14例20眼,先天36例,外伤性16例,年龄9~56岁。

1.2 方法

1.2.1 术前检查 (1)测定上睑提肌功能^[1]:用拇指按压眶上缘,排除额肌的牵拉作用,嘱患者睁眼,测其上睑缘的距离,以此估计上睑提肌的力量,正常上睑缘应位于瞳孔上缘上2mm或角膜上缘下方2mm。(2)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。(3)测定额肌功能:嘱患者用力抬眉,如上睑提肌动度<4mm,额肌功能完好。(4)鉴别下颌瞬目综合征:当患者进食或向两侧活动下颌时,眼睑可随之震动,下垂的眼睑也忽高忽低。(5)新斯的明试验,排除重症肌无力。(6)可卡因试验,除外交感神经性下垂。(7)注意眼球位置,眼球运动,有无复视等。(8)确定下垂量:双手紧压眉部,上睑睑缘低于正常位置的毫米数即为下垂量。(9)明确上睑下垂程度分级^[1]:轻度:下垂量1~2mm,肌力>8mm;中度:下垂量3mm,肌力4~7mm;重度:下垂量4mm,肌力0~3mm。

1.2.2 术前设计 (1)画出重睑线,根据睑裂长短距睑缘3~6mm。(2)画出眉下辅助切口线,在于眶上切迹外0.5~0.8cm处,紧贴眉弓下缘平行眉弓长约1.5~2.0cm。(3)设计上睑及额部皮下剥离范围,即以瞳孔为中心,避开眶上切迹,作相距1.5~2.0cm垂线两条,上达眉上缘上方1.0~2.0cm,向下止于重睑切口。

1.2.3 手术操作 (1)麻醉:20g/L利多卡因加1:1000肾上腺素局部浸润麻醉。(2)按重睑线切开皮肤及皮下组织,分离眼轮匝肌,剪除一条约2~3mm宽睑板前眼轮匝

肌, 显露睑板上缘。(3) 制作额肌瓣: 切开眉弓下辅助切口, 深达皮下组织, 用两把组织钳在辅助切口两端夹住额肌及筋膜, 在皮下组织与额肌浅面按设计范围向上分离, 在额肌与眼轮匝肌交汇处横行切开额肌纤维 1.5 ~ 2cm, 直达骨膜, 以此为起点, 钝性分离额肌与帽状腱膜浅层, 范围同上, 两段端纵行剪断额肌约 1.5 ~ 2.0cm, 制成以上方额肌为蒂的矩形额肌瓣, 肌瓣长度以能直接拉下与上睑提肌腱膜缝合为度。(4) 分离上睑隧道: 在重睑切口上唇轮匝肌深面向眉区钝性分离形成隧道, 宽约 1.8cm, 确保额肌瓣无阻力通过。(5) 固定额肌瓣: 将额肌瓣通过隧道牵至上睑提肌腱膜前, 用 3/0 丝线在睑板上 1/3 高度水平褥式缝合 3 针, 调整睑缘高度至角膜上缘 1 ~ 2mm 处, 使睑缘与眼球接触弧度流畅无分离, 无成角畸形, 无睫毛内倒使之略上翘为宜。(6) 用 5/0 丝线按重睑成形术缝合皮肤切口, 间断或皮内缝合眉下辅助切口, 结膜囊涂抗生素眼膏, 眉区加压包扎 24 ~ 48h, 7d 拆线。

2 结果

2.1 疗效评价^[2] (1) 治愈: 正常平视无额肌参与下, 上睑缘位于角膜上缘下 1 ~ 2mm 处, 重睑与睑缘弧度自然美观, 双眼对称, 双眉在同一水平线上, 无高低不平, 眉缘距恢复正常, 额部皱褶消失, 瞬目动作自如, 闭目时睑裂 < 2mm, 角膜无暴露。(2) 欠矫: 睑缘位置较术前提高, 但平视时上睑缘遮盖角膜上缘 > 2mm, 仍有术前部分症状。(3) 过矫: 上睑缘位于角膜上缘或其上, 闭目时睑裂 > 3mm 以上, 下方角膜部分暴露。

2.2 手术效果 本组 52 例 72 眼上睑下垂, 随访 1 ~ 6a。治愈: 50 例 68 眼, 欠矫: 2 例 4 眼, 无过矫。并发症: 术后早期部分病例有眼睑轻度闭合不全, 1mo 后逐渐好转, 2 例 4 眼重睑两侧轻度不对称, 无暴露性角膜炎, 无内翻倒睫, 无成角畸形等并发症。

3 讨论

上睑下垂可因先天性上睑提肌或动眼神经发育障碍, 或激发于外伤造成上睑提肌减弱或丧失而引起。先天性上睑下垂可对视觉发育造成障碍, 尤其是单眼患者可导致形觉剥夺性弱视和立体形觉减退^[2], 甚至形成额皱, 抬眉, 下颌拉长, 仰头等现象。无药物可治, 目前仍以手术为主, 手术方法很多, 从原理上讲可分三大类: (1) 利用上直肌力量的手术, 此法可影响上直肌的功能, 远期效果差, 并发症多, 已基本被淘汰; (2) 上睑提肌缩短或增强上睑提肌力量的手术; (3) 借助额肌力量的手术。国外现仍多用自体腱膜悬吊和其他材料悬吊, 如储存或辅照的自体筋膜、尼龙线、或膨体聚四氟乙稀等^[3], 因缺少收缩功能, 术后只能维持在静态的睁眼状态, 上睑不能完全闭合, 如悬

吊过低上睑提肌需靠抬眉牵拉筋膜来实现, 术后可能出现抬眉皱额的不自然动作; 如采用自体筋膜悬吊, 则造成另一部位的手术创伤, 自体筋膜是优良的悬吊材料, 但来源不足, 睑板部分切除术和上睑提肌缩短术仅实用于轻度上睑下垂与上睑提肌仍有部分功能者, 对重度上睑下垂不能获得满意效果。我们采用额肌瓣转移悬吊的方法治疗重度上睑下垂, 取得良好效果, 因为额肌瓣是有神经和血供的活力组织, 缝合使其与睑板广泛接触, 基本接近上睑提肌的正常解剖结构, 额肌瓣收缩时可均匀上提睑板, 增加上睑的活动度, 使睑缘弧线流畅自然, 避免成角畸形。国内亦先后有报道, 大多数学者均认为额肌筋膜瓣悬吊术是临床矫正上睑下垂最理想的手术方法, 更能提高眼睑美学效果。其成功的关键在于以下几点: (1) 术前必须仔细检查, 详询病因, 明确诊断与鉴别诊断, 掌握上睑下垂程度分级, 测量好下垂量和上睑提肌肌力, 设计切口和剥离范围。如为单眼患者可与健侧做对照, 如为双眼则参照正常值为标准, 以便术时对睑裂高度作出合理判断。(2) 制作额肌筋膜瓣时, 必须使额肌筋膜能顺利向下推进, 并保持适当的张力^[3]。麻醉时要注意将麻药注射在预分离区的皮下和骨膜表面, 即容易分离额肌瓣, 又能减少对额肌损伤, 两端用组织钳夹起暂不切开额肌纤维, 先做皮肤与额肌前间隙的分离, 剥离眉下时切勿损伤眉毛之囊, 以免术后眉毛脱落。在辅助切口认真辨别额肌与眼轮匝肌交汇处, 再在此处两把组织钳之间做一横切口, 切开额肌纤维, 紧贴骨膜钝性游离, 因而减轻避免由于额肌损伤导致额肌纤维化, 弹性差^[4], 眼睑活动度差, 表情呆板等不良现象。剥离范围勿超过眉上 2cm, 略偏外侧, 以免损伤内侧的眶上神经血管束。(3) 额肌筋膜瓣与睑板固定时要注意其张力适宜, 位置在睑板上 1/3 处, 深浅适度, 过低过深易内翻成角畸形, 过低过浅易外翻成角畸形, 过高易矫正不足。睑板前眼轮匝肌剪除不要太彻底, 以免缝合困难。(4) 睑缘的位置应在原位注视时睑裂比正常或较对侧眼高 1 ~ 2mm, 临床观察术后消肿均有一定程度下降。(5) 重睑线设计高度一般较正常低 1 ~ 2mm, 否则恢复后宽于健眼, 两侧不对称。(6) 术后 1d 换药, 除去眼垫, 嘱患者做睁闭眼动作, 已促进功能形态恢复, 避免组织粘连, 影响手术效果。

参考文献

- 1 宋琛. 手术学全集(眼科卷). 北京: 人民军医出版社 1994: 185-201
- 2 詹冬梅, 马雅玲, 牛伟. 提上睑肌缩短术在治疗中重度先天性上睑下垂中的应用. 国际眼科杂志 2004; 4(6): 1135-1137
- 3 张涤生. 整复外科学. 上海: 上海科技出版社 1979: 197-198
- 4 皮练鸿, 李世荣, 胡康, 等. 额肌瓣悬吊术治疗儿童重度上睑下垂. 中国美容医学 2004; 6(3): 351-353