

上睑下垂 225 例手术治疗临床观察

南银娟, 欧阳红专

作者单位: (412002) 中国湖南省株洲市, 株洲三三一爱尔眼科医院

作者简介: 南银娟, 女, 副主任医师, 研究方向: 眼整形、眼眶病。

通讯作者: 南银娟. njy7788@126.com

收稿日期: 2012-05-22 修回日期: 2012-11-15

Clinical observation of surgical treatment of ptosis in 225 cases

Yin-Juan Nan, Hong-Zhuan Ouyang

Department of Ophthalmology, Zhuzhou San San Yi Aier Eye Hospital, Zhuzhou 412002, Hunan Province, China

Correspondence to: Yin-Juan Nan. Department of Ophthalmology, Zhuzhou San San Yi Aier Eye Hospital, Zhuzhou 412002, Hunan Province, China. njy7788@126.com

Received: 2012-05-22 Accepted: 2012-11-15

Abstract

• **AIM:** To observe the advantages and disadvantages of different surgeries for the treatment of ptosis to provide theory and basis for clinical choice of reasonable operation method.

• **METHODS:** A retrospective analysis of 225 cases 298 eyes performed ptosis operation in our hospital from January 2008 - December 2011. According to the different operation modes patients were divided into two groups: borrow frontalis muscle power operation, as well as the levator palpebrae superioris complex operation. Patients were performed 3 - 6 months' follow-up observation, evaluation and analysis. The effects of two groups were compared.

• **RESULTS:** All of the patients divided into two groups, borrowed from the frontal muscle power operation in 38 cases 44 eyes, 2 eyes overcorrection, 1 case of recurrence, the cure rate was 93.2%; levator palpebrae superioris complex operation in 187 cases 254 eyes, 6 eyes and 2 eyes overcorrection, undercorrection, the cure rate was 97.6%, significantly higher than the amount of muscle strength in use operation group 2 cases 2 eyes with ptosis after operation of short-term undercorrection, reopened incision and upregulated the levator palpebrae superioris muscle fixed position; 1 case 1 eye recurred after half year, the re-operation found suture exfoliated then repaired; 4 cases 6 eyes of overcorrection released upper eyelid muscle to adjust the margin position. All surgeries have improved the blepharoptosis symptoms and reached the appearance change.

• **CONCLUSION:** Congenital ptosis in principle should be treated early, earlier operation can prevent children from

amblyopia and mental disorders. Acquired ptosis due to a variety of causes, which should be treated according to the different causes first, then in stable condition 3 - 6 months after choose different operation methods. Correction of ptosis based on the severity, select the appropriate operation, improve the curative effect to reduce complications.

• **KEYWORDS:** ptosis; levator muscle; operation improvement

Citation: Nan YJ, Ouyang HZ. Clinical observation of surgical treatment of ptosis in 225 cases. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(12):2376-2378

摘要

目的: 观察治疗上睑下垂的各种术式的疗效及优缺点, 为临床选择合理手术方法提供理论依据。

方法: 回顾性分析我院 2008-01/2011-12 间 225 例 298 眼已施行上睑下垂手术的患者, 按照不同的手术方式分为两组: 借用额肌力量的手术和提上睑肌复合体的手术。对患者行 3 ~ 6mo 的术后随访观察, 进行疗效评价与分析。

结果: 全部患者分成两组, 借用额肌力量的手术患者 38 例 44 眼, 其中 2 眼过矫, 1 眼复发, 治愈率 93.2%; 提上睑肌复合体的手术患者 187 例 254 眼, 其中 4 眼过矫, 2 眼欠矫, 治愈率 97.6%, 明显高于借用额肌力量手术组。2 例 2 眼上睑下垂手术后短期欠矫患者, 重新打开切口上调提上睑肌固定位置; 1 例 1 眼上睑下垂 6mo 后复发, 再次手术发现缝线脱落给予修复; 4 例 6 眼过矫给予松解额肌或提上睑肌调整睑缘位置, 均改善了上睑下垂症状和达到了容貌改观。

结论: 先天性上睑下垂原则上应及早矫治, 早手术可防止儿童弱视和心理障碍。后天性上睑下垂病因多样, 应根据不同病因进行治疗, 待病情稳定 3 ~ 6mo 后根据受术者的病情程度选择不同的上睑下垂矫正术, 以提高疗效, 并减少并发症。

关键词: 上睑下垂; 提上睑肌; 手术改良

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2012.12.41

引用: 南银娟, 欧阳红专. 上睑下垂 225 例手术治疗临床观察. 国际眼科杂志 2012;12(12):2376-2378

0 引言

双眼平视时上睑缘遮盖角膜上部 2mm 以上即为上睑下垂, 可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, 不仅明显影响外观, 更重要的是有碍于儿童的身心健康发育和视功能发育, 可发生于单眼或双眼。有家族遗传性, 多是由于提上睑肌营养不良所致, 也有腱膜缺陷或神经麻痹所致^[1]。上

睑下垂还可合并有其它眼部异常,如内眦赘皮、小睑裂、斜视等。后天性上睑下垂包括外伤性上睑下垂、腱膜性上睑下垂、神经麻痹性上睑下垂、肌源性上睑下垂、重力性上睑下垂以及假性上睑下垂等,病情较复杂。上睑下垂绝大多数需手术治疗,矫治必须根据不同情况来选择适当的手术方式或分期手术。

1 对象和方法

1.1 对象 收集 2008-01/2011-12 间我院收治的已施行上睑下垂手术的患者 225 例 298 眼(单眼 152 例,双眼 73 例),其中男 127 例 167 眼,女 98 例 131 眼,年龄 3~68(中位数 35.5)岁。先天性上睑下垂 162 例 221 眼;其中包括单纯性上睑下垂 145 例 199 眼,睑裂狭小综合征 5 例 10 眼,复发性上睑下垂 3 例 3 眼,下颌瞬目综合征 2 例 2 眼,合并斜视的 7 例 7 眼。后天性上睑下垂 63 例 77 眼:包括外伤性上睑下垂 14 例 14 眼(其中 2 例为完全性上睑下垂);老年性腱膜性上睑下垂 11 例 11 眼,手术引起腱膜损伤者 3 例 3 眼;神经纤维瘤病引起者 2 例 2 眼;特发性眼睑痉挛及上睑松弛引起假性上睑下垂 15 例 21 眼;动眼神经麻痹性上睑下垂 7 例 7 眼;进行性肌无力 5 例 10 眼;重症肌无力性上睑下垂 6 例 9 眼。术前矫正视力:0.1~0.3 者 49 眼,0.4~0.6 者 128 眼,0.6 以上者 121 眼。按上睑下垂量的测定将上睑下垂分为轻度下垂(1~2mm)、中度下垂(3~4mm)及重度下垂(>4mm)。正常人提上睑肌肌力为 13~16mm,按肌力的大小分为 3 级:良好(≥ 8 mm)、中等(4~7mm)、弱(0~3mm)。本组患者中重度上睑下垂 60 例 83 眼,中度 89 例 130 眼,轻度 76 例 85 眼。

1.2 方法 术前作新斯的明试验,排除重症肌无力性上睑下垂;排除心、肺及其他有影响手术的疾病。测量提上睑肌肌力、睑裂高度、额肌肌力、Bell 征、泪液分泌试验及眼部有否其他异常,并详细记录。轻中度及部分重度上睑下垂采取提上睑肌复合体手术;包括提上睑肌腱膜缺损修复术、提上睑肌徙前术、缩短术等,是治疗轻、中度先天性上睑下垂的有效术式,对于节制韧带限制过紧而提上睑肌发育尚好的重度下垂也可以获得较好的疗效,合乎生理要求,操作较额肌瓣悬吊术简单,术中出血少^[2]。提上睑肌徙前术、缩短术术式:(1)设计重睑线:单眼参照对侧眼设计;双眼根据对称原则及患者的脸型、眉眼距宽窄,一般儿童 3~4mm,成人约 4~5mm,术后较自然。皮肤松弛者可适当切除。(2)分离皮下组织,切除切口下一条眼轮匝肌,暴露睑板,切口上、下唇皮肤置牵引线;(3)打开眶膈,见有脂肪脱出下方即提上睑肌腱膜并见白色节制韧带,在睑板上缘上约 10~12mm(节制韧带下方水平)切断提上睑肌腱膜,向上分离提上睑肌前后面,剪开内外角,根据肌肉的厚度及弹性、有否腱膜异常包裹、节制韧带限制是否过紧相应调整手术量。(4)将计划手术量后的提上睑肌,以 3/0 丝线 3 针褥式缝合方式固定于睑板上中上 1/3 处,观察上睑缘高度及弧度并调整至满意,一般矫正至上睑缘位于角膜上缘或与对侧眼一致大小。(5)皮肤切口对位缝合并形成重睑。涂抗生素眼膏,轻加压包扎,术后每日换药观察角膜情况,夜间予抗生素眼膏涂眼预防暴露性角膜炎,1wk 拆线。部分重度上睑下垂、提上睑肌肌力极差者采用提上睑肌腱膜—额肌瓣吻合术及传统额肌悬吊术(2~3 岁较小患儿):设计重睑线,打开眶膈暴露提上睑肌腱膜及节制韧带同提上睑肌复合体手术,节制韧带下横行切断提上睑肌腱膜,向下游离制作提上睑肌腱膜瓣备用,从原

切口或眉下辅助切口直视下分离额肌制成片状组织瓣,向下通过眶膈膜下通道吻合提上睑肌腱膜额肌瓣(3/0 丝线 3 针褥式缝合),观察上睑缘高度及弧度并调整至满意,一般过矫 2mm。术后处理同提上睑肌复合体手术。

2 结果

2.1 临床疗效评估 治愈:(1)上睑下垂矫正术后上睑缘位于上方角膜缘或角膜缘下 1~2mm;(2)双眼对称性好;(3)上睑缘弧度正常无切迹,睫毛方向正常或稍上翘;(4)术毕眼睑闭合不全程度不应超过 4~5mm,并于 3~6mo 后改善;(5)无暴露性角膜炎的发生情况;(6)无眼睑内外翻现象。欠矫:上睑缘遮盖上方角膜缘>2mm,或单眼患者上睑缘低于对侧眼>1mm。过矫:上睑缘位于上方角膜缘>2mm,睑裂大于对侧健眼 1~2mm。

2.2 术后疗效 提上睑肌复合体手术组 187 例 254 眼,术后 177 例获完全或基本矫正,2 眼矫正不足,4 眼不同程度过矫,其中 1 眼眼睑闭合不全 5mm,发生暴露性角膜炎,经积极药物治疗和松解提上睑肌并短暂缝合眼睑后痊愈,其余 3 眼 3mo 后回退至角膜缘下 1mm 左右。借助额肌手术组 38 例短期内均有不同程度过矫,指导患者每晚数次涂眼膏,3mo 后回退约 2~3mm。睑内翻 1 例 1 眼刺激眼球,发生角膜炎给予药物治疗,及时行睑内翻手术矫正后痊愈。上睑缘弧度各组基本满意。提上睑肌手术组双眼对称性好,外观更自然。两组均可以观察到术后短期内睑裂不同程度闭合不全、上睑迟滞现象,额肌手术组较多见,每日数次涂眼膏(先涂入小牛血去蛋白提取物眼用凝胶滋养角膜,再涂入黏度较高的抗生素眼膏),特别是夜间必须睑裂保持涂满眼膏防止角膜干燥,随时间推移有改善。全部患者随访 3~6mo,除 2 例 2 眼矫正不足,1 例 1 眼上睑下垂复发行再次手术,4 例 6 眼过矫外,余均获得良好效果,总治愈率 97.0%。术后 6mo 各组大部分患者眼睑能自然闭合,未见暴露性角膜炎发生。术后视力与术前比较无明显变化。

3 讨论

上睑下垂是一种严重影响眼部美容和功能的常见疾病,绝大多数需要手术治疗,由于上睑下垂发生原因及其具体情况各有差异,所以没有任何一种术式能适用所有上睑下垂的矫正^[3]。临床上手术方法种类繁多,而每种方法都不是尽善尽美,因此要求根据上睑下垂种类不同和程度差异选择适宜的手术^[4]。总的来说,上睑下垂的手术类型分为两大类:增强提上睑肌复合体力量和借用额肌的力量来抬起上睑。先天性者手术方式选择一般遵循下列原则:从是否符合生理特点角度看,首选提上睑肌缩短和前徙或肌腱折叠等方法,次选直接或间接利用额肌力量,如可能用直接的方法,就不要选择间接的方法^[5]。提上睑肌复合体手术适用于轻中度上睑下垂,我们也用于术前测量提上睑肌功能差的部分重度上睑下垂。术前提上睑肌肌力仅作为手术量参考,术中应根据肌肉的厚度及弹性、有否腱膜异常包裹、节制韧带限制是否过紧作相应调整。对提上睑肌肌力极差甚至消失的完全麻痹性上睑下垂,选择利用额肌的方法矫正,包括额肌肌止点下移、额肌悬吊术、额肌瓣联合其他组织瓣、眼轮匝肌转位等方法。

后天性上睑下垂治疗方面包括防止视力减退和改善外貌,应针对病因治疗。外伤性上睑下垂有腱膜破损的,亦有提上睑肌完全离断的,手术中根据提上睑肌腱膜是否裂孔或离断程度给予修补或适当缩短。医源性引起的腱

膜性上睑下垂要观察 3mo 后行手术探查松解手术瘢痕,使重睑出现与健眼对称,必要时可行腱膜与肌肉加强术。老年性上睑下垂手术方法从医疗及美容两个方面考虑,采取提上睑肌折叠和眼睑皮肤松弛矫正联合手术^[6]。神经源性上睑下垂一定要根据动眼神经恢复的时间,病情稳定的程度行提上睑肌加强术,Bell 现象存在者可按常规手术,上直肌功能差的手术仅露出瞳孔区即可,以免暴露性角膜炎发生。肌源性上睑下垂重症肌无力一般选择药物治疗,定期随访观察。进行性肌无力待病情稳定后,手术仅露出瞳孔区即可。神经纤维瘤病引起的上睑下垂提上睑肌和睑板均受累以外侧多见,呈 S 形厚重感,手术中出血量较多,在切除肿瘤后加强提上睑肌,重建眼睑形态。

重度上睑下垂严重影响患者视功能和美观,先天性者可造成重度弱视。目前许多医院仍采用传统额肌悬吊术,由于额肌损伤严重,术后造成额肌僵硬提睑功能明显降低,远期回退多见。矩形额肌瓣悬吊集中于眼球凸出部分致上睑臃肿,亦不利于形成睑缘正常弧度,不能达到美容的效果。本组病例改良传统的额肌瓣悬吊术手术方式,对重度上睑下垂患者改行提上睑肌腱膜额肌瓣吻合术,下颌瞬目综合征亦采取此手术方式,以切断提上睑肌和翼外肌的异常连动,取得了良好效果。提上睑肌腱膜瓣、额肌瓣、隧道制作是确保手术成功的三个重要步骤,先期我们做节制韧带带下提上睑肌腱膜横行切断向下分离预制腱膜瓣,部分腱膜过于菲薄力量弱者保留部分眶隔膜组织加强;后期改为从结膜面注入麻药液体分离后,做一结膜垂直小切口分离提上睑肌腱膜并折叠形成双层瓣和额肌瓣吻合以加强肌力,手术操作简化。为便于制作额肌组织瓣,可做眉毛下辅助切口,额肌分离制成片状组织瓣,其两侧不予剪开,上下分离达眉上缘 10~12mm,使额肌瓣能像抽屉一样自由拉出,既克服了剥离范围大出血多,以及两侧剪开有可能损伤神经血管致术后麻木、血肿的缺点,又加强了额肌悬吊的力量。

上睑下垂手术时机的选择方面,重度者我们一般选择 2~4 岁时手术,此时麻醉风险减少,术后患儿阿托品扩瞳

验光后配戴合适的眼镜,防止弱视的发生。本组病例中有 177 眼约 59.4% 的患儿视力低于 0.6,均有不同程度的屈光不正及弱视,给予口服中成药杞明胶囊,该药由食药两用明目的植物枸杞子、决明子等原料配伍,功效补益肝肾,活血化痰,用于防治青少年近视、弱视及消除视疲劳等症,可促进视觉发育。术后大部分患者随着时间的推移,上睑缘高度会逐渐下降至角膜上缘 2mm 以下,为重度上睑下垂矫正术后回退,所以我们一般过矫 2~3mm。中度上睑下垂者学龄前手术适宜,以利儿童身心发育。轻度者可在 12 岁以上局麻下手术。青年人多数以美容为目的而就诊,十分重视上睑下垂治疗的美容效果,所以对手术要求很高,也对手术医生提出了更高的要求。应该注意的是,尽管采用适合于某种情况的术式,但因患者的个体差异及术者不同,术后效果也会有差异。所以手术医师应熟悉每一种手术方式,按照上睑下垂的严重程度及提上睑肌的功能选择其适用范围,结合术者的娴熟程度及经验,选择最佳的术式,提高疗效减少并发症。我们从 2009/2011 年基本采用提上睑肌复合体手术,通过观察手术后患者,约 96% 可达到满意的睑裂高度及重睑效果。但术后短期甚至有长期眼睑闭合不全者,需涂眼膏保护角膜。术后上睑迟滞现象目前亦无法完全解决,应在术前反复向患者交代清楚,避免不必要的医疗纠纷。

参考文献

- 1 喻长泰,涂惠芳. 临床眼整形与重建手术学. 武汉:湖北科学技术出版社 2007:64
- 2 詹冬梅,马雅玲,牛伟,等. 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 邵庆,朱承华,杭荟,等. 额肌瓣悬吊术治疗重度先天性上睑下垂临床观察. 国际眼科杂志 2006;6(4):949-950
- 4 高明宏,徐旭,于静,等. 上睑下垂手术治疗 500 例. 中华整形外科杂志 2007;23(5):398-401
- 5 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(3):454-458
- 6 程立波,华国红. 提上睑肌折叠联合眼睑皮肤松弛矫正术治疗老年性上睑下垂. 眼科新进展 2009;29(2):126-127