

儿童眼部整形

李冬梅

(首都医科大学附属北京同仁医院 北京市眼科学与眼视光学重点实验室, 北京 100730)

关键词: 眼部整形; 儿童; 发育; 视功能; 眼眶

中图分类号: R771.1 文献标志码: A 文章编号: 1002-266X(2009)24-0001-02

在临床诊治过程中, 所有的眼部整形都会涉及儿童患者, 但由于后天外伤等原因所造成的一些畸形如眦角畸形、结膜囊狭窄等畸形, 这些对于儿童视功能发育及眼眶发育并无过多的影响, 其整复原则与成人相同, 在此我们不予阐述。我们主要针对儿童眼部整形中特异性部分进行阐述。

1 先天性上睑下垂

在眼部整形美容手术中, 上睑下垂是最常见的疾病之一。上睑下垂不仅影响眼部外观, 还可影响视功能, 造成儿童弱视的形成, 而且部分上睑下垂患者为摆脱下垂上睑的干扰, 常利用额肌的收缩或采用仰头视物, 可造成脊柱的畸形。上睑下垂手术与重睑手术等不同, 其不单纯是一种美容手术, 更多的是功能恢复。

1.1 手术时机的选择 对于儿童先天性上睑下垂手术时机的选择目前仍存在较多争议。①先天性重度或完全性上睑下垂: 单侧完全性上睑下垂者, 可导致患儿弱视形成, 从理论上越早手术对于患儿的视功能改善越好, 国内外一些学者主张在 1 岁内即手术^[1,2], 但幼儿提上睑肌和额肌都没有完全发育成熟, 因此过早手术必然影响手术效果。目前多数学者选择在患儿 1 岁左右手术, 手术方式则采用各种额肌悬吊方式, 如采用硅胶条^[2]、阔筋膜等。不论何种悬吊方式术后都可能存在一定程度的欠矫, 但患儿的瞳孔区可以暴露, 从而减少上睑对于视轴的遮盖, 而且采用此术式没有过多的损伤额肌, 3 岁后如患儿有弱视存在可考虑再次行直接的额肌悬吊手术。如双侧者完全性上睑下垂, 患儿多采取仰头视物, 因此不存有遮盖性弱视的发生, 所以不必过早手术。但由于患儿长期仰头视物可造成脊柱后弯畸形, 因此此类患儿可考虑学龄前手术。②先天性中度上睑下垂: 中度上睑下垂患儿

瞳孔未被完全遮挡, 而且患儿有可能采用仰头视物以代偿, 因此不一定存在弱视, 此种情况患儿屈光状态的判定则至关重要, 如已存在弱视者应在 3 岁左右手术, 术后尽早进行弱视训练。如无弱视的患儿, 单纯从美容角度及手术效果来考虑, 待提上睑肌发育较为成熟一般考虑在 12 岁后行手术矫正效果更好。但由于外观不良, 可造成患儿人格心理发育的异常, 故如家长有手术要求者也可在学龄前手术。再者由于下垂的上睑压迫角膜, 部分病例可能存在角膜不规则散光, 此种情况也可考虑学龄前进行手术治疗。③先天性轻度上睑下垂: 轻度上睑下垂者上睑遮盖瞳孔小于等于 1/3, 此种情况多数患儿不存在弱视, 而且外观影响并不严重, 因此可考虑 12 岁或以后再手术。

1.2 与其他眼外肌异常的相关性 在上睑下垂术前检查特别是先天性上睑下垂的检查中, 由于下垂的上睑遮挡及儿童的不合作, 医生常常忽略了其他眼外肌异常的判定, 从而导致手术时机及手术方式选择上的失误。而上睑下垂合并有其他眼外肌异常时, 则需判断是否需先行斜视矫正。因此上睑下垂术前检查中应特别关注眼位及眼球运动的检查。

1.3 手术方式的选择 目前各类文献报道及专业书籍中有关上睑下垂矫正手术方式百种之余, 但溯其原理上睑下垂矫正手术仅为两种: 一种为利用额肌的手术方式, 另一种为利用提上睑肌的手术方式。①利用额肌的手术方式: 手术分为两类: a. 直接利用额肌的力量, 如采用额肌组织瓣或额肌腱膜瓣等方法直接提拉上睑; b. 间接利用额肌的力量, 采用中间物将额肌与上睑发生联系, 如丝线、阔筋膜、硬脑膜或异体巩膜等提吊方法。学龄前儿童因提上睑肌未发育成熟, 肌肉发育过于菲薄, 如采用利用提上睑肌的术式术后多数出现欠矫, 而且行提上睑肌腱膜过度截除势必影响提上睑肌的发育, 综合考虑学龄前儿童多采用利用额肌力量的手术, 这样没有损伤提上睑肌可以保证提上睑肌的发育, 又可改善患儿外观及尽早行弱视治疗。②利用提上睑肌的手术方式: 提上睑肌为提举上睑的主要肌肉, 也是引起上睑下垂的主要原因, 因此利用提上睑肌的力量, 如提上睑肌缩短、前徙或折叠等方法来增强提上睑肌力量, 无论从解剖还是生理来讲都是更为理想和符合生理的。因此只要提上睑肌功能尚未完全消失的中、轻度上睑下垂应首选加强提上睑肌力量的手术。

作者简介: 李冬梅, 女, 北京同仁医院眼科中心教授、主任医师, 硕士研究生导师。主要从事眼整形及美容外科临床及科研工作。《山东医药》、《中华眼科杂志》等编委, 北京市科技成果及科技基金评审专家, 中华医学会眼科分会眼外伤眼整形眼眶病学组委员, 中国复合材料学会专业委员会委员。1996 年《羟基磷灰石材料行眶缘充填术》获北京市卫生局成果奖二等奖。2006 年《复杂眶窝及眶颧畸形的综合整复》获北京市科技成果三等奖。近五年发表相关学术论文 20 余篇, 其中 SCI 收录 3 篇。主译《眼整形外科》, 主编《眼部整形美容手术图谱》、《眼睑手术图谱》、卫生部医学 CAI 教材《眼险病》。

E-mail: lilyliw@gmail.com

因此在 8~12 岁以上的患者中除小睑裂综合征等外,大多都可先试行利用提上睑肌力量的手术方式来矫正其上睑下垂。

2 先天性小睑裂综合征

先天性小睑裂综合征不仅严重影响患儿面部外观,90% 以上存在有弱视,由于其视功能低下,对儿童生活亦有很大影响。但由于随年龄增长儿童鼻骨逐渐发育,情况可能有所改善,因此多主张不宜过早手术整复,而且患儿过小组织发育不成熟亦影响手术效果,一般认为睑裂开大术以 3 岁手术为宜,反向型内眦赘皮则可提前于 2 岁左右进行。睑裂开大术后 3~6 个月局部情况稳定后再行上睑下垂矫正手术,然后尽早行弱视训练。在小睑裂综合征病例中内眦成形及睑裂开大多选用“Y-V”成形术、Stallard 双“Z”成形术及 Mustard 内眦成形术。内外眦成形术后,3~6 个月待局部情况稳定后再行上睑下垂矫正术。因先天性小睑裂综合征患者提上睑肌多无肌力,一般选用利用额肌力量的手术方式^[3]。

3 先天性眼睑缺损

先天性眼睑缺损是一种少见的先天眼睑全层结构缺损畸形,多单眼受累,也可累及双眼,但双眼睑缺损程度往往不同,多见于上睑缺损,偶见于下睑及上下睑同时受累者。先天性眼睑缺损不仅严重影响患儿的外观,而且最大的潜在危害是患儿的角膜损害,此疾病没有自行愈合的可能,所以手术治疗是惟一的选择。有所争议的是手术时机的选择,大多数学者主张早期手术,以防止角膜损害,手术可提早在 1~3 月内施行。但是有人认为过早手术由于患儿视功能发育不完善可能会因手术原因而诱发弱视,所以在家长完全配合及医生密切观察下,手术可推迟至患儿 1~2 岁左右再施行。在我们临床所观察 20 余例 8 岁前不伴有睑球粘连病例中,术前及术后随访中都无角膜损害情况发生,因为患儿代偿能力强,一般早期不易发生暴露性角膜炎(但也有报告 12 岁的患者角膜浑浊),而且鉴于患儿的眼睑发育情况及全麻的承受能力,手术宜在患儿 6 个月~2 岁之间完成。但一些患儿由于伴有睑球粘连,眼球运动受限,因此可发生暴露性角膜炎,此种则需提早手术^[4,5]。手术原则同成人眼睑缺损。

4 先天性或获得性无眼球、小眼球患儿的治疗

临床上可见到先天性或后天性的无眼球或小眼球的患儿,而先天性无眼球者罕见,常见的是停滞在不同发育阶段直径小于 15 mm 的小眼球^[6]。小眼球患儿除眼轴长明显不同于健康眼外,其眼球结构及眼眶容积都不同于健眼^[7]。此种患者即使有一个小眼球存在,但多数都没有视力的存留,治疗只是围绕改善外观及刺激儿童眼眶发育而进行的。

4.1 目前争议的焦点 目前认为,发育期患儿无眼球或眼球摘除患者越早期行眶内植入物手术其对眼眶及面部发育影响越小。那么发育期患儿眶内植入物手术的最佳时机应为何时? 一个固定大小的植入物是否能满足幼儿眼眶发育

和面部对称性的要求? 先天性无视力的小眼球是否需要摘除。通过大量文献的复习^[8-10],我们可以得出一个结论:一个固定大小的眶内植入物并不能刺激眼眶发育达到正常水平。而且越早期植入尤其是 1 岁内行眶内植入物者,随着患儿的发育必将面临二次或三次手术的可能。先天小眼球者尽管是眼球较小,但其对眼眶发育较之眶内植入物更为有效。

4.2 问题的解决 眼眶的发育是依赖于眼球的生长,5 岁时儿童眼球及眼眶发育达成人的 90%,因此了解儿童眼球和眼眶的发育对于儿童眼窝的处理是非常重要的。那么幼儿及儿童眼球摘除后如何刺激其眼眶的发育,解决这一问题的理想方法应为 5 岁前眼球摘除或无眼球的患儿植入一个可增长的眶内植入物,而 5 岁后则植入一个较大而固定的植入物。

综上所述,儿童眼部整形在很大程度上是不同于成人眼部整形,它不单纯为一个美容整形手术技术问题,更多涉及的是儿童的视功能、眼眶以及面部发育问题,因此应给予更多的关注。

参考文献:

- [1] Berry-Brincat A, Willshaw H. Paediatric blepharoptosis: a 10-year review [J]. Eye, 2008, [Epub ahead of print].
- [2] Cetinkaya A, Brannan PA. Ptosis repair options and algorithm [J]. Curr Opin Ophthalmol, 2008, 19(5):428-434.
- [3] 李冬梅. 眼部整形美容手术图谱[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:193-220.
- [4] Yeo LM, Willshaw HE. Large congenital upper lid coloboma--successful delayed conservative management [J]. J Pediatr Ophthalmol Strabismus, 1997, 34(3):190-192.
- [5] 李冬梅, 闵燕. 先天性眼睑缺损修复术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2003, 25(1):48-49.
- [6] Oberhansli C, Charles-Messance D, Munier F, et al. Management of microphthalmos and anophthalmos: prosthetic experience [J]. Klin Monatsbl Augenheilkd, 2003, 220(3):134-137.
- [7] Demirci H, Singh AD, Shields JA, et al. Bilateral microphthalmos and orbital cyst [J]. Eye, 2003, 17(2):273-276.
- [8] Lo AK, Colcleugh RG, Allen L, et al. The role of tissue expanders in an anophthalmic animal model [J]. Plast Reconstr Surg, 1990, 86(3):399-408.
- [9] Buchman SR, Bartlett SP, Wornom IL 3rd, et al. The role of pressure on regulation of craniofacial bone growth [J]. J Craniofac Surg, 1994, 5(1):2-10.
- [10] Reedy BK, Pan F, Kim WS, et al. The direct of intraorbital pressure on orbital growth in the anophthalmic piglet [J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 104(3):713-718.

(收稿日期:2009-01-22)