

44 Chan ST, Tang KW, Lam KC, et al. Neuroanatomy of adult strabismus: a voxel-based morphometric analysis of magnetic resonance structural scans [J]. Neuroimage, 2004, 22: 986-994

(收稿: 2008-07-03 修回: 2009-04-02)

(本文编辑: 刘 艳)

· 临床经验 ·

# 复合式上睑下垂矫正术疗效观察

沈 玲 董火林 徐公其

中重度上睑下垂多为先天性,严重影响视功能和心理健康。本研究对 28 例婴幼儿先天性上睑下垂患者采取的手术方式进行总结,探讨适合这一年龄段的上睑下垂矫正术的最佳术式。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2000—2006 年在焦作市人民医院眼科行先天性上睑下垂手术的患儿 28 例(49 眼);年龄 1.5~6 岁,其中男 21 例,女 7 例;双眼先天性上睑下垂者 21 例,单眼先天性上睑下垂者 7 例;向上仰头视物伴有代偿头位者 19 例;中度上睑下垂(3 mm)者 22 例,重度上睑下垂(4 mm)者 6 例。

**1.2 手术方法** 依据每个患儿术前测定的提上睑肌肌力设计手术。提上睑肌肌力测定的标准:上睑上提 < 3 mm 为弱、4~7 mm 为中等、> 8 mm 为良好。根据手术方式不同将患儿分为额肌瓣悬吊术组和复合式提上睑肌缩短术联合横韧带悬吊术组,每组 14 例。额肌瓣悬吊组手术方法见文献[1]。上睑肌缩短术联合横韧带悬吊术组患儿在全身麻醉下进行手术,常规表面麻醉后翻转上睑暴露上穹隆,局部注入 2% 利多卡因 1 mL + 生理盐水 1 mL + 0.1% 肾上腺素 0.5 mL,沿画出的上睑重睑皱褶皮肤切口皮下注入麻醉药物 1 mL。翻转上眼睑,在上穹隆距内外眦 3~5 mm 垂直切开穹隆部球结膜 5 mm,在两个结膜切口之间用眼科剪在结膜下锐性分离,尽量保留附着于结膜面的 Müller 肌,结膜下预置黑色标志线 1 条,线端自两个结膜切口引出备用,恢复眼位,沿预设的标记全层切开皮肤至皮下,做下唇切口牵引线将眼睑向下牵引,用巾钳将牵引线固定,在睑板中央分离眼轮匝肌,暴露睑板,向左右两侧延长,至睑板全长并睑板前面的提上睑肌腱膜附着处暴露。用眼睑拉勾向上拉起上唇切口,可见腱膜前间隙(充满脂肪)与腱膜之间出现沟状间隙,用纹式钳沿此沟向上分离,将腱膜前面与眶隔分开,直到眶上壁前缘暴露出水平走向的粉红色横韧带(Whitnall 韧带),在韧带的后面将韧带与腱膜分离至预先估计的缩短量后,翻转上睑用眼科镊将先前留置的穹隆部结膜黑色标志线 2 个线端,自睑板上缘近外眦部、内眦部穿出提上睑肌腱膜表面,提起线段自睑板上缘断掉纤维化提上睑肌,剪断内外角,保留腱膜宽 10~15 mm。按需要缩短 18~22 mm,并与横韧带一起重叠悬吊弧形缝合于睑板内、中、外 1/3 偏下睑板处。调整睑裂的高度,使上睑缘覆盖上方角膜缘下 1 mm 处<sup>[2]</sup>,睑缘无切迹,睫毛无内翻或外翻。测双眼睑裂宽度约为 8 mm,双侧均以下方角膜外缘与下睑缘中央贴合为度。术毕涂抗生素眼膏。术

后如上牵过度可用 0 号丝线于下睑缘做一 Frost 缝合线,向上牵引下睑关闭睑裂,并固定于额部。

## 2 结果

2 组间术眼外观满意度无明显差异。额肌瓣悬吊术组术后 3~6 个月闭眼功能恢复<sup>[3]</sup>,而复合式手术组患儿手术次日眼睑睁闭即有一定张力度,暴露眼球组织少,一般 3 mm 左右,术后 2~3 周无闭合不全。未见暴露性角膜炎及倒睫发生<sup>[4]</sup>。即使术前无 Bell 征也可手术,只是悬吊高度要保守。复合术组仅 1 例术后 1 个月缝线松脱,手术失败。术后追踪随访 6 年以上,有 2 例复发,经二次手术修补治愈。术后 1 个月有弱视者即开始弱视治疗。

## 3 讨论

上睑下垂指上睑的提上睑肌 Müller 平滑肌的功能不全或丧失,导致上睑部分或全部下垂,向前注视时,上睑缘的位置低于正常。轻者不遮盖瞳孔,但影响美观;重者部分或全部遮盖瞳孔,影响视功能导致弱视。上睑下垂分为先天性和获得性 2 种。先天性者主要是由于动眼神核或提上睑肌发育不良,为常染色体显性遗传,对视力影响最重,往往导致重度弱视。患儿为了看清外界物体往往会有仰头视物现象<sup>[5]</sup>,也会影响到颈椎发育,临床治疗应尽早手术。较为符合生理结构和美容要求的手术方式为提上睑肌缩短术,但中重度的上睑下垂却不适合此术式。婴幼儿各方面都处于生长发育的关键时期,以往额肌瓣悬吊术中、术后出血较多,相邻组织结构破坏较重,眼睑肿胀和闭合不全持续时间较长,发生暴露性角膜炎概率高<sup>[4]</sup>和悬吊术缝线容易松脱的特点,采取复合式提上睑肌缩短联合横韧带悬吊术,是一种符合生理功能的动力性矫正,又达到美容治疗的目的。术后闭眼功能恢复较快,发生暴露性角膜炎的概率明显降低。弱视的患儿术后应尽早进行治疗。手术关键是熟悉局部结构和去除纤维化的提上睑肌及剪断外角,手术简单,对周围组织破坏小,适合婴幼儿上睑下垂的矫正,效果良好。

## 参考文献

- 1 王卫峻,张杏梅. 额肌动力上睑 SMAS 提紧治疗上睑下垂方法研究 [J]. 中国实用美容整形外科杂志, 2004, 15(4): 205
- 2 徐乃江,朱惠敏,杨丽. 实用眼科整形美容手术学 [M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 145
- 3 吴大华,颜敏. 额肌瓣悬吊术矫治重度上睑下垂临床观察 [J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2007, 29(5): 366-367
- 4 杨晓波,张秀萍,黄铁馥. 额肌瓣移位悬吊术治疗重度上睑下垂 100 例 [J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2001, 23(1): 84-85
- 5 殷小龙. 全麻下改良额肌瓣悬吊术治疗儿童先天性重度上睑下垂临床观察 [J]. 国际眼科杂志, 2004, 4(5): 953-954

(收稿: 2009-03-01 修回: 2009-04-10)

(本文编辑: 尹卫靖)

作者单位: 454002 焦作市人民医院眼科(沈玲、徐公其); 454000 焦作, 河南省理工大学职工医院眼科(董火林)

通讯作者: 沈玲 (Email: shenling292@yahoo.cn)