

· 论著 ·

提上睑肌缩短术治疗重度先天性 上睑下垂的临床观察

郭小东

【摘要】 目的 观察提上睑肌缩短术治疗重度先天性上睑下垂的疗效。**方法** 对确诊为重度先天性上睑下垂的患者行提上睑肌缩短术。**结果** 42 只眼, 一次手术成功 37 眼, 有 5 眼欠矫, 行二次手术后成功。所有病人均未发生并发症。**结论** 为疗效满意, 对重度先天性上睑下垂的患者应首选提上睑肌缩短术。

【关键词】 上睑下垂; 提上睑肌缩短术; 节制韧带

先天性上睑下垂多半由于提上睑肌发育不全而使眼睑不能抬起。本病不仅严重影响视力及美观, 同时也严重影响了病人的心理发育。既往对于重度下垂的病人, 多采用以额肌为动力的悬吊手术治疗^[1,2]。但是因该术式不符合眼睑的正常生理, 不但有抬睑运动不自然的缺点, 还易发生暴露性角膜炎、穹隆部结膜脱垂、内翻倒睫、眼睑闭合不全等手术并发症。为探求本病更好的治疗方法, 笔者从 2000 年开始采用提上睑肌缩短术治疗重度先天性上睑下垂患者 42 例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

对象: 2000 年 7 月至 2006 年 7 月共收治 36 人 42 只眼, 其中男性 23 人, 女性 13 人, 单眼 30 人, 双眼 6 人 12 眼, 年龄 7-34 岁, 我们均采用局部麻醉手术, 7-8 岁儿童也很配合。患者均为出生后眼睑抬不起, 提上睑肌功能小于 4mm(berke 法), 长期观察无变化者。

手术方法: 按重睑成形术设计皮肤切口画线, 双侧者距上睑缘为 5-6mm; 单侧者参照对侧重睑高度。②**麻醉:** 用 2% 利多卡因于皮下、眼轮匝肌及穹隆结膜浸润麻醉。注意结膜麻醉时应具有一定隆起度。③**分离提上睑肌:** 首先翻开上睑, 在穹隆部结膜颞侧做 5mm 纵行切口, 用虹膜恢复器或剪刀伸入切口潜行分离结膜和提上睑肌及 Muller 肌。按皮肤画线切开皮肤, 分离眼轮匝肌, 暴露睑板, 在睑板

上缘切断提上睑肌, 用肌肉夹夹起肌肉向上分离至节制韧带, 一般要打开眶膈, 剪断内、外侧角至节制韧带, 将提上睑肌全部分离出来, 此时分离的肌瓣具有良好活动度。④**缩短提上睑肌:** 分别在睑板中央的内、中、外部位, 用双针褥式缝合到提上睑肌节制韧带处, 缩短量约为 22-26mm。嘱患者坐起, 向前平视, 观察睑裂高度、上睑弧度及双眼对称情况, 并调整缝线至满意。然后剪断多余的提上睑肌。还纳眶脂肪, 缝合眶膈。⑤**间断缝合皮肤(带睑板)** 5 针, 观察睫毛要向上自然翘起。⑥**用双针于上穹隆部穿出皮肤悬吊固定穹隆结膜。**⑦**涂抗生素眼膏,** 下睑缝线吊在眉部, 闭合眼睑。术后加压包扎一天。术后 3-5 天拆除结膜固定线及下睑吊线。7 天拆除皮肤缝线。嘱患者每晚睡前涂抗生素眼膏。

结 果

手术效果评定标准: 平时时上睑缘遮盖角膜缘 1mm 为良好; 遮盖角膜缘 3mm 为不足; 未矫正或过度矫正为不良。

37 只眼中, 32 眼矫正良好(如图), 2 个月后睁眼与闭眼自如; 有 5 只眼矫正不足。3 个月后行二次提上睑肌缩短术, 再缩短 5mm 左右, 疗效满意。术后双眼对称, 眼睑弧度自然, 额纹变平, 代偿头位纠正。

讨 论

上睑下垂是眼科常见病, 特别是重度下垂的患者, 不但因眼睑不能抬起而使睑裂狭小或双眼不对称, 还由于患侧额肌代偿收缩导致额纹加深, 眉毛



术前



术后

上抬，头后仰，并会形成特殊的代偿头位，俗称“望天眼”。严重影响病人的生活、学习及正常社交，给患者带来了极大痛苦。对于本病的治疗，多年来曾延续采用额肌悬吊的方法矫正，但术后并发症的报道也屡见不鲜，有些特殊病例甚至代价惨痛^[3]。从1977年栗屋忍^[4]提出对于提上睑肌肌力几乎消失的病例提上睑肌缩短术也应作为首选方法后，很多学者表示赞同^[5,6]。我们通过临床实践总结了几点经验：

一、重度先天性上睑下垂的患者，通常提上睑肌发育不良，肌肉菲薄，肌力差，采用提上睑肌缩短+额肌瓣悬吊术进行治疗。此方法矫正效果尚可，但术后反应重，消肿慢，长时间睑裂闭合不全，易发生暴露性角膜炎。

二、本手术的难点是要完整地将薄如纸片的提上睑肌分离出来，故术中要明确解剖关系，细心操作，忌粗暴。要力争暴露节制韧带，将缝线固定其上，利用节制韧带的弹性、高度与坚固性来加强固定效果，能有效避免术后欠矫。

三、手术成功的另一个关键点是缩短量的把握，故术前仔细检查与计算，更要注重根据个人的临床经验在手术台上的综合调整。另外，笔者主张尽量避免过矫，宁可欠矫而勿过矫。一旦发生过矫，可

采用异体巩膜缝在提上睑肌上，进行修补，以延长提上睑肌的长度，使上睑缘位置下降。对于一次矫正不足者，可在3个月至半年内进行二次提上睑肌缩短术。此时提上睑肌与眼轮匝肌已融合，肌力加强，故只需缩短5mm左右即可达到理想的矫正效果。因此我们认为二次提上睑肌缩短比悬吊术效果更好。

四、手术时间尽量选择在7岁以后，此时提上睑肌发育已相对稳定，心理发育也相对成熟，完全可以很好地配合局麻手术，因此可提高手术成功率和安全性。

五、其它术后并发症的防止也很重要：①暴露性角膜炎：术中要缝下睑，吊之于眉部，5-7天后拆线，拆线后每晚睡前涂眼膏1个月。可避免暴露性角膜炎发生。②穹窿结膜脱垂：用双针从上穹窿结膜穿出皮肤，悬吊固定，可避免结膜脱垂。③内翻倒睫：在缝皮肤线时，在睑板上方挂线，使睫毛上翘，可避免倒睫发生。④睑闭合不全：手术后2个月内，提上睑肌功能逐渐恢复，一般均能完全闭合。

提上睑肌缩短术后，不但眼睑弧度自然而流畅，眼睑闭合好，而且因手术本身符合眼睑的正常生理状态，患者术前的一些皱眉耸额姿态消失，代偿头位纠正，抬头纹变平，精神面貌大大改观。远期疗效越来越理想。综上所述，我们推荐治疗重度先天性上睑下垂应首选提上睑肌缩短术。

参 考 文 献

- 1 宋琛. 眼成形外科学, 北京: 人民军医出版社, 1989, 97
- 2 仲明, 郑磊, 等. 重度先天性上睑下垂不同术式术后效果的比较. 眼科新进展, 2002, 2: 87
- 3 黄发明, 陈钧, 魏湛云, 等. 额肌筋膜瓣矫正上睑下垂并发症的统计. 中华整形烧伤外科杂志, 1999, 15: 19
- 4 栗屋忍. 眼睑下垂の鉴别诊断と治疗. Putterman-Urist 法の检讨. (日本) 临床眼科, 1977, 30: 1231
- 5 尹树国, 朱乃娟, 陈晓隆, 等. 提上睑缩短术 500 只眼评价. 中华整形烧伤外科杂志, 1996, 12 (1): 28
- 6 范西宁. 提上睑肌缩短术治疗先天性上睑下垂. 国际眼科杂志, 2004, 3 (6): 556

(收稿时间: 2006-10)