

论著

· 临床经验 ·

超常量提上睑肌缩短术治疗重度先天性上睑下垂

毛有鸣

我们于 2001 年至 2005 年采用超常量提上睑肌缩短术治疗重度先天性上睑下垂 40 例, 取得了满意效果, 现将结果报告如下:

1. 资料: 用超常量提上睑肌缩短术治疗重度上睑下垂 40 例。其中男性 18 例, 女性 22 例。年龄 5 岁-23 岁, 平均年龄 12 岁。右眼 15 例, 左眼 11 例, 双眼 14 例, 均表现为出生后患眼上睑下垂, 上睑缘遮盖 1/2-2/3 瞳孔, 提上睑肌肌力差, 睑裂开大 < 5mm。

2. 手术适应证: 先天性下垂, Berke 测量法, 提上睑肌功能小于或等于 5mm, 无异常 Bull's 现象的重度上睑下垂。

3. 手术方法: 均选用内切口(经结膜)及外切口(经皮肤)兼取的方法, 手术步骤如下: ①距睑缘 4mm-5mm 作重睑标记线; ②麻醉: 2% 利多卡因加 0.75% 布比卡因及适量 0.1% 肾上腺素作上睑局部浸润麻醉, 并翻转上睑, 在穹隆部结膜下注入 0.5 ml 麻药, 以利于提上睑肌与结膜间的分离; ③分离结膜: 在睑板上缘之上 2mm 切开结膜, 切口近睑缘全长, 分离结膜, 直至上穹隆顶端; ④皮肤切开: 沿重睑标记线切开皮肤, 直达肌肉层; ⑤暴露提上睑肌: 分离切口上唇及肌层, 越过睑板上缘 6mm, 打开眶隔膜, 切除其下脱出的脂肪, 暴露提上睑肌阔筋膜; ⑥分离提上睑肌: 在睑板上缘之上 1mm 切断提上睑肌, 剪开提上睑肌的内、外角及节制韧带, 使提上睑肌完全松动; ⑦结膜伤口用 5-0 丝线作连续缝合, 线端一侧穿过上睑全层引出上睑皮肤外; ⑧提上睑肌缩短: 在提上睑肌缩短处的肌腹上作三组预置缝线, 穿过相对应的内、中、外睑缘部睑板上, 作缝线活结结扎, 让病人平视, 若上睑缘位于角膜上缘, 则视为缩短量适中, 作缝线固定结扎, 剪除多余的提上睑肌, 若对侧眼有明显上睑沟, 则缝线均穿过睑板组织, 以造成术后上睑沟; ⑨皮肤缝合: 皮肤行间断缝, 若对侧眼有明显上睑沟, 则缝线均穿过睑板组织, 以造成术后上睑沟; ⑩术后一周内每日换药并口服抗生素以防感染, 一周后拆除皮肤

及结膜缝线。

4. 结果: 40 例手术, 其中有 37 例获得满意效果, 上睑缘位于角膜上缘下 1mm, 重睑形成好。随防半年至一年, 未见上睑下垂复发, 术后 1-2 月, 睑裂闭合良好, 远期无暴露性角膜炎发生。有一例过矫, 经拆除缝线, 把提上睑肌附着点移高得以矫正。另有 2 例矫正不足, 经再手术加大提上睑肌缩短量取得成功。

5. 术后并发症及处理: (1)矫正不足: 发生 2 例, 经打开切口, 加大提上睑肌缩短量或提上睑肌前徙而取得满意效果。(2)矫正过度: 仅发生一例, 经重新打开切口, 把提上睑肌附着点移高(后徙)而获成功。(3)睑裂闭合不全: 术后早期发生轻度睑裂闭合不全 15 例, 经睡前涂抗生素眼膏保护角膜, 日常经常牵拉上睑皮肤, 增强睑部活动, 以促进睑裂闭合功能的恢复。术后一周至一月, 睑裂闭合不全现象均消失。(4)暴露性角膜炎: 术后 2-4 天, 有 4 例发生轻度暴露性角膜炎, 经迪可罗眼膏及贝复舒眼液交叉点眼治疗一周而痊愈。

6. 讨论: 矫正上睑下垂的手术方法总的归纳为三类, 即提上睑肌缩短术、利用额肌提吊术、利用上直肌提吊术, 但是提上睑肌功能较差(睑裂开大不足 5mm), 则认为手术效果可能不理想, 而选作利用额肌提吊或利用上直肌提吊术。然而额肌提吊术, 术后眼球下转时会出现睑停滞现象, 同时还会因提吊带的紧张而致上睑平坦等缺点, 上直肌提吊术虽然简单易行, 但术后失去瞬目反射、睡眠时睑裂闭合不全, 更重要的是加重了上直肌的负担, 术后可能出现下斜视或复视, 故现很少应用。然而, 我们在 5 年中, 对 40 例重度上睑下垂做了超常量提上睑肌缩短术, 肌肉缩短量在 18-25mm, 取得了满意效果。实践证明, 超常量提上睑肌缩短术是治疗重度先天性上睑下垂的一种好的手术方法。手术的关键在于打开眶隔, 暴露位于眶脂肪团后的提上睑肌腱膜, 提上睑肌的固定缝线应穿过中上 1/3 半层睑板。本手术方法, 使上睑下垂的病理改变得到解剖复位, 维持了眼睑的正常结构, 是矫治先天性重度睑下垂的一种简单易行效果确实好的手术方法。

作者单位: 401349 重庆, 重庆市巴南区人民医院一品医院

通讯作者: 毛有鸣

(收稿时间: 2006-10)