

DOI:10.3724/SP.J.1008.2015.00335

• 短篇论著 •

额肌瓣悬吊术治疗单侧重度上睑下垂

赵辉, 朱吉, 吕川, 王宇翀, 范勇杰, 孙梦妍, 武铠, 邢新, 薛春雨*

第二军医大学长海医院整形外科, 上海 200433

[摘要] **目的** 探讨额肌瓣悬吊术治疗单侧重度上睑下垂的临床效果。**方法** 对23例单侧重度上睑下垂患者行额肌瓣悬吊术治疗, 包括男性9例、女性14例, 左侧12例、右侧11例。**结果** 23例患者中, 疗效满意19例(82.61%), 效果良好4例(17.39%), 手术失败0例。术后获随访6个月以上, 23例患者上睑功能恢复良好, 活动自如, 双侧睑裂宽度适中、对称, 均未出现并发症。**结论** 额肌瓣悬吊术是治疗单侧重度上睑下垂安全且有效的方法, 具有矫正畸形、恢复眼睑功能、改善外观及并发症少的特点, 值得临床推广。

[关键词] 眼睑下垂; 额肌; 悬吊术

[中图分类号] R 777.11 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2015)03-0335-03

Application of frontal muscular flap suspension surgery in treatment of unilateral severe blepharoptosis

ZHAO Hui, ZHU Ji, LÜ Chuan, WANG Yu-chong, FAN Yong-jie, SUN Meng-yan, WU Kai, XING Xin, XUE Chun-yu*

Department of Plastic Surgery, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effects of frontal muscular flap suspension surgery in the treatment of unilateral severe blepharoptosis. **Methods** Totally 23 patients with unilateral severe blepharoptosis received frontal muscular flap suspension surgery, including 9 males and 14 females, with 12 in the left side and 11 in the right side. **Results** Nineteen patients (82.61%) were corrected satisfactorily and 4 (17.39%) were corrected basically, with no failure cases. During a follow-up of 6 months, the eyelids restored to the normal positions in all the 23 cases, with good facial function, flexible movement, and appropriate, symmetrical palpebral fissure, and with no complications. **Conclusion** Frontal muscular flap suspension surgery is a safe, effective operation for unilateral severe blepharoptosis; it can correct the deformity, restore the eyelid function, improve the cosmetic appearance and has less complications.

[Key words] blepharoptosis; frontalis; suspension surgery

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2015, 36(3): 335-337]

上睑下垂是由于提上睑肌功能减弱或丧失, 患者平时时上睑不能充分提起, 睑缘遮盖部分或全部瞳孔。为了正常视物, 患者会用颈部后仰、皱额提眉等方式进行纠正, 长时间会形成上睑下垂患者特有的面容和体态, 严重时可能伴发弱视。通常重度上睑下垂患者的提上睑肌功能极差, 用传统的提上睑肌缩短术或折叠术来治疗往往会出现矫正不足, 远期回退较大, 手术效果差。因此, 只能应用额肌的力量提升上睑来代替提上睑肌的作用。额肌瓣悬吊术是将带蒂的额肌组织瓣直接下移至眼睑固定提起上睑, 从而达到矫正上睑下垂的目的。此前, 有学者报道使用额肌瓣悬吊术治疗双侧上睑下垂^[1], 但目前尚没有单侧重度上睑下垂治疗的多病例报道分析,

且单侧上睑下垂矫正达到与健侧对称美观的难度较双侧更大。2008年5月至2013年7月, 本课题组采用额肌瓣悬吊术治疗单侧重度上睑下垂23例, 取得良好效果, 现总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我科2008年5月至2013年7月收治的23例拟采用额肌瓣悬吊术治疗单侧重度上睑下垂的患者纳入研究, 其中男性9例、女性14例, 左侧12例、右侧11例; 先天性上睑下垂16例, 后天性上睑下垂7例; 年龄5~38岁, 平均(21.6±3.7)岁。本研究通过第二军医大学长海医院医学伦理委员会审核批准。所有患者均知情同意并签署知

[收稿日期] 2014-05-01 **[接受日期]** 2014-12-24

[作者简介] 赵辉, 硕士生, 主治医师。E-mail: 2668956659@qq.com

* 通信作者 (Corresponding author). Tel: 021-31161806, E-mail: xcyfun@sina.com

情同意书。

1.2 手术适应证 术前检测、记录上睑缘位置,同时检查提上睑肌肌力、额肌肌力、眼外肌功能、眼位、视力、屈光度。排除额肌肌力 ≤ 8 mm、上直肌无功能、重症肌无力、Horner 综合征、下颌-瞬目综合征以及严重复视的患者。排除以上疾病并且上睑缘位于瞳孔上缘,其下垂量 ≥ 4 mm者,为重度上睑下垂,以上资料选取皆为重度下垂患者。

1.3 手术操作

1.3.1 术区皮肤标记 按重睑成型术原则标记上睑皮肤切口线,单睑者征求患者同意,双侧眼同时行重睑手术,以达到双侧对称的目的。一般于上睑缘上方6~8 mm处,用眼科镊轻轻将上睑皮肤上推,出现自然的重睑皱襞线,观察重睑线流畅、双侧基本对称后用美兰标记重睑线。若健侧为自然重睑,则患侧对照健侧重睑宽度标记重睑线。眉下缘处眉中1/3横行作15~20 mm长的标记(图1A)。

1.3.2 麻醉及暴露睑板 青少年和成人用局部麻醉,用含1/10万盐酸肾上腺素的2%利多卡因与等量0.75%布比卡因的混合液作眼睑术区皮下注射,局部轻压,保持约10 min待麻药充分起到止痛和血管收缩的作用。小儿用全身麻醉。麻醉成功后,按标记线切开皮肤,向下分离达眼轮匝肌,眼科剪去除睑板前方宽度约2 mm的眼轮匝肌,充分暴露睑板。

1.3.3 制作额肌瓣及隧道形成 切开眉下切口,用眼科剪于皮下组织和额肌之间向上分离约3 cm,切口内横行切开额肌达骨膜表面,在额肌与骨膜间向上分离约3 cm,形成1个蒂部在上方宽约2 cm的额肌瓣(图1B)。牵起重睑切口上创缘和眶隔,用眼科剪自眶隔后间隙刺破眶隔进入眉下切口,扩大眶隔切口形成1个宽约2 cm的隧道,使额肌瓣能顺利通过隧道至重睑切口。

1.3.4 固定额肌瓣 额肌瓣通过隧道后用4-0丝

线按内、中、外3点固定于睑板。嘱患者睁眼,观察平视时上睑缘的位置,调整上睑缘高度,以对侧正常上睑缘位置过度矫正1~2 mm为宜。全身麻醉的小儿则根据经验调整上睑缘高度。缝合睑板浅筋膜与皮下组织形成重睑,局麻患者嘱睁闭眼反复对比至对称,间断缝合重睑切口及眉下切口。术毕结膜涂以金霉素眼膏,术侧单眼及额部加压包扎。

1.4 术后处理 术后在术侧单眼及额部加压包扎,以防止出血和血肿。24 h后打开包扎敷料,观察术后肿胀与角膜情况,发现问题及时处理,眼药水清洗并涂抹金霉素眼膏后再次将额部和单眼加压包扎,48 h换药并去除加压包扎。若眼睑不能完全闭合可能造成角膜干燥和暴露性角膜炎,勿让患者用力闭眼,应该白天以滴眼液持续滴眼,夜间涂以金霉素眼膏。术后7 d拆线,第2天即可进行额肌锻炼。

1.5 疗效判定标准 (1)满意:术后上睑缘遮盖角膜上缘2 mm,单眼手术后睑裂高度与健侧等大,双侧重睑自然美观,闭睑不全 < 2 mm;(2)良好:上睑下垂比正常欠矫1~2 mm;(3)失败:矫正不足 ≥ 3 mm或过度矫正 > 2 mm,甚至发生暴露性角膜炎^[2]。

2 结果

所有病例都顺利完成手术,术后7 d拆线时均有轻微的肿胀,无眼睑闭合不全的病例,23例均随访6个月以上(6~18个月),远期外观形态良好,无臃肿,重睑高度、形态自然对称,眼睑弧度正常,无睑内翻、睑外翻、睑缘成角畸形等并发症发生,眼睑运动自如,运动幅度良好,均未见上睑下垂复发。所有眼睑外形改善明显,符合美学标准,均未出现明显瘢痕增生,且视物眨眼都较术前明显轻松,额部皱纹、眉毛上抬、颈部后仰的情况均得到明显改善。23例患者术后满意19例(82.61%),良好4例(17.39%),失败0例。典型病例见图1。

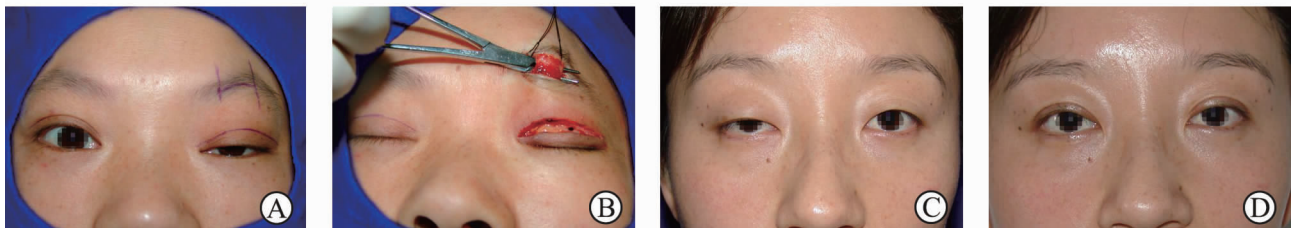


图1 典型患者手术流程及术前后对比

A: 术前标记;B: 显露额肌瓣;C: 术前正面观;D: 术后12个月正面观

3 讨论

额肌瓣较提上睑肌肌力大,弹性好,术中可以根

据需要调节睑板的弧度,术后美观且效果持久,特别适合重度上睑下垂的治疗^[3]。额肌肌力测定需令患者先向下看,再睁眼向上看,测量眉上缘移动的距离

即为额肌的肌力,正常为10~15 mm,患者额肌肌力大于8 mm者方可选用额肌瓣悬吊术治疗^[4]。由于提上睑肌发育不成熟,年龄过小的患者往往远期手术效果不佳,故推荐选择额肌瓣悬吊术^[5]。由于患儿的额肌同样发育不全,较薄,术中易受损,引起纤维化而影响效果,一般主张3岁以后至学龄前完成手术。但对于重度先天性上睑下垂,只要全身状况良好,1岁以上即可手术,这样可以及早纠正患儿的不良习惯与姿势,防止弱视的发生^[6]。

手术中有一些体会和需要注意的地方:(1)局麻药使用含1/10万盐酸肾上腺素的2%利多卡因与等量0.75%布比卡因的混合液。肾上腺素能减少术中出血,使术野清晰;布比卡因的麻醉时间更长,约6~8 h,减轻了患者术后疼痛。但局麻药也可能导致术中额肌麻痹或肌力减退,影响术中判断。因此在保证麻醉及止血效果的情况下,应尽量减少局麻药用量。(2)额肌瓣的游离范围应向上分离约3 cm,这样额肌瓣可以有适当的移动度,术中在额肌深、浅面锐性剥离时剥离范围必须充分,但内侧不能超过眶上孔,避免损伤眶上神经血管束;外侧向上剪开时须注意保护面神经额肌支不受损害。因为面神经额肌支由外侧以5、6个分支进入额肌,因此在额肌瓣制备过程中,外侧纵向向上剪开时,外侧上端不能超过眉上缘上方5.0 mm,否则一旦切断多条外侧神经分支,会使额肌收缩功能减退^[7]。(3)额肌瓣内、中、外3点固定于睑板,可以使上提力量均匀分散,也可以使睑板弧度达到理想效果,从而使上睑外观流畅,活动时生动自如,并且可以有效减少睑缘外翻、内翻倒睫和睑球分离的发生率^[8]。(4)眼轮匝肌与眶隔之间制备的隧道要避免过窄,否则会造成额肌瓣血运欠佳;避免了皮下隧道的上睑臃肿或影响重睑形成的可能性^[9]。(5)额部血运较为丰富,在剥离时候易出血,要一边剥离一边压迫已剥离区域,减少出血,额肌皮瓣与睑板前筋膜缝合时尽量多缝几针,减少术后复发几率,且要多点缝合,避免单纯缝合处的睑板受力。(6)术毕术侧单眼及额部加压包扎可减轻淤血和肿胀,加快恢复。嘱患者勿用力闭眼,应该白天以滴眼液持续滴眼,夜间涂以金霉素眼膏,预防角膜干燥和暴露性角膜炎等并发症^[10]。(7)利用额肌手术提起上睑程度应作轻度过矫,故一般术中应将上睑缘矫正到角膜上缘上方1~1.5 mm的过矫位置,待术后水肿消退后即可达到自然美观的状态^[11]。若术中上睑缘位置和健侧完全对称,一段时间后额肌经过牵拉松弛变长,造成矫正不足。

轻度的上眼睑闭合不全可等待3~6个月自动恢复,之前应该告知患者做好沟通,使患者有充分的心理预期,术后恢复时间长,医者应耐心给患者解释,建立其信心。若发生重度眼睑闭合不全,必须再次手术降低上睑位置。

综上所述,额肌瓣悬吊术是治疗单侧重度上睑下垂较为理想、有效、可行的方法,值得临床推广。

4 利益冲突

所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 黎 容,黎作为,冯小志. 单切口额肌瓣悬吊术矫正上睑下垂的临床研究[J]. 现代医学,2010,10:48-49.
- [2] Alniemi S T, Pang N K, Woog J J, Bradley E A. Comparison of automated and manual perimetry in patients with blepharoptosis[J]. Ophthal Plast Reconstr Surg, 2013, 29:361-363.
- [3] Shields M, Putterman A. Blepharoptosis correction [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 11:261-266.
- [4] Park D H, Park S U, Ji S Y, Baik B S. Combined epicanthoplasty and blepharoptosis correction in Asian patients[J]. Plast Reconstr Surg, 2013,132:510-519.
- [5] Soejima K, Sakurai H, Nozaki M, Fujiwara O, Masuda M, Yamada H, et al. Surgical treatment of blepharoptosis caused by chronic progressive external ophthalmoplegia[J]. Ann Plast Surg, 2006,56:439-442.
- [6] 张 莉,王 莉,李雯霖,张越骊,钟 晖,米雪松. 额肌瓣悬吊术治疗儿童先天性上睑下垂的适宜的年龄探讨[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2007,29:122-123.
- [7] Hwang K. Surgical anatomy of the upper eyelid relating to upper blepharoplasty or blepharoptosis surgery [J]. Anat Cell Biol, 2013,46:93-100.
- [8] 高峰丽,吴洪梅,夏仁春,王 燕. 叉形额肌腱膜悬吊术治疗中度及重度上睑下垂[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2009,31:304-305.
- [9] 李桂芹,谢保田. 重症上睑下垂额肌筋膜瓣悬吊术临床观察[J]. 国际眼科杂志,2010,10:1616-1617.
- [10] 毛娅妮,贾洪娟,项道满. 先天性上睑下垂手术后并发症原因分析与处理[J]. 国际眼科杂志,2011,11:1061-1063.
- [11] 张连波,高庆国,姜兴超,张 广. 额肌瓣悬吊修复中重度上睑下垂的治疗体会[J]. 中华整形外科杂志,2013, 29:299-301.