

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.00747

腱膜性上睑下垂的手术治疗

Surgical treatment for aponeurotic ptosis: a report of 16 cases

管宇峰*, 盛敏杰

同济大学附属上海市第十人民医院眼科, 上海 200072

[关键词] 腱膜性上睑下垂; 提上睑肌; 美容技术

[中图分类号] R 777.1 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)06-0747-02

腱膜性上睑下垂是最常见的后天性上睑下垂之一。轻者眼部表现为双眼睑裂大小稍不对称; 重者上眼睑遮盖瞳孔, 需抬头仰视、额纹增多等。这不仅有碍美观, 而且影响视功能, 给工作和生活带来不便。临床实践过程中, 随着对本病认识的逐步深入, 已将手术的重点从上睑提肌术式转移到腱膜术式, 为治疗这一类型的上睑下垂开创了新途径, 提高了治疗效果。我院2006~2008年对明确诊断为腱膜性上睑下垂的患者分别行提上睑肌腱膜缩短、折叠或修复术, 取得了满意效果, 现总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2006年9月~2008年12月我院共诊治腱膜性上睑下垂16例25眼, 年龄42~80岁(男性9例15眼, 女性7例10眼)。其中老年性上睑下垂5例10眼, 外伤性上睑下垂2例2眼, 眼内手术后上睑下垂8例12眼, 自发性上睑下垂1例1眼。

1.2 主要临床特点及体征 提上睑肌功能正常或接近正常, 提上睑肌肌力多 ≥ 8 mm。重睑皱褶变宽、不明显或多重皱褶。上眶区凹陷, 眼睑皮肤变薄。单眼或双眼发病。向下注视时上睑下垂量比平视加宽。指触试验阳性: 指尖轻轻放在眼睑上, 眼睑上提时, 有腱膜滑动感, 提示有腱膜缺损。

1.3 上睑下垂分类 按上睑缘位置分类: (1) 轻度下垂3眼, 即上睑缘位于瞳孔上1/3处; (2) 中度下垂15眼, 即上睑缘位于瞳孔1/2处; (3) 重度下垂7眼, 即上睑缘遮盖瞳孔2/3以上。提上睑肌肌力均 ≥ 8 mm。

1.4 手术方法 常规消毒铺巾, 用消毒的甲紫溶液按上睑重睑设计的切口划线。2%利多卡因0.6 ml加1:1 000肾上腺素1滴于上睑划线处皮下注射浸润麻醉。于划线处切开皮肤, 剪除切口下方宽2~3 mm眼轮匝肌, 暴露上2/3睑板。打开上睑提肌复合体^[1]前眶隔, 剪除脱出的眶脂, 充分暴露提上睑肌腱膜^[2]。术中可见腱膜变薄、伸长、裂开、离断, 有裂孔^[3]。依术中所见腱膜损伤情况作不同处理, 若腱膜裂孔或断腱, 可直接间断缝合; 若下方腱膜薄弱、伸长, 可

行前徙、折叠或缩短术, 于睑板上中1/3处, 内、中、外分别做3对褥式缝线, 调整睑缘高度、弧度至满意。一般上睑位于角膜缘为宜, 若Bell现象消失, 则上睑缘高度放低, 以防止术后发生暴露性角膜炎^[4]。间断缝合上睑皮肤形成重睑。术后包眼, 5~7 d拆除皮肤缝线。

1.5 术后效果评价标准 理想的手术效果应达到以下要求: (1) 双眼睑形态、睑裂高度基本对称。 (2) 视轴完全暴露。 (3) 睑缘无切迹。 (4) 无睑内外翻、眼睑开闭功能障碍。 (5) 瞬目反射不因手术而受到影响。 (6) 无复视。

2 结果

术后3 d内眼睑较肿胀, 3 d后肿胀逐渐自行消退。所有患者随访3~24个月。均无眼睑畸形发生, 双重睑高度对称, 眼睑开闭功能正常, 无暴露性角膜炎、倒睫, 视轴完全暴露, 上睑缘遮盖角膜缘1~2 mm。25眼中1例过矫, 上睑缘位于角膜缘处, 于3个月后修复, 上睑缘位于角膜缘下1 mm, 患者表示满意。图1显示2例轻、中度上睑下垂患者术后疗效。

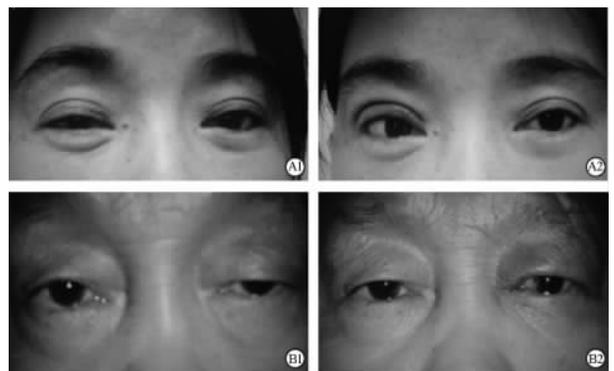


图1 手术前后效果对照

A1: 右眼轻度上睑下垂; A2: 术后1个月, 右眼弧度、高度好, 双重睑对称。B1: 左眼中度上睑下垂; B2: 术后2个月, 左眼弧度、高度好, 双眼睑对称

[收稿日期] 2009-04-30 [接受日期] 2009-05-31

[作者简介] 管宇峰, 硕士, 主治医师。

* 通讯作者 (Corresponding author). Tel: 021-66301715, E-mail: graceyf2008@yahoo.com.cn

3 讨论

3.1 腱膜性上睑下垂产生原因 腱膜性上睑下垂是指除先天因素外,各种原因引起的提上睑肌腱膜与睑板分离,靠近提上睑肌上缘处的腱膜出现裂孔或薄弱而造成的上睑下垂。主要见于:(1)老年性上睑下垂。其发病机制是一种自发性、退行性改变,随年龄增大提上睑肌腱膜变薄、伸长、出现裂孔,部分或全部从睑板表面断裂,提上睑肌变性纤维化改变所致^[5]。(2)眼内手术。如白内障、青光眼手术等,术中牵引上直肌引起提上睑肌腱膜撕裂分离。(3)眼外伤。引起提上睑肌腱膜部分或全部从睑板表面断裂或出现裂孔。本组病例手术中也证实了上述情况。(4)其他。如长期佩戴硬性角膜接触镜、局部注射激素等引起上睑提肌损伤或腱膜离断。

3.2 矫正方法 腱膜性上睑下垂的手术方法有:提上睑肌折叠术、睑板-Müller肌切除术、提上睑肌缩短术、前路腱膜修复术。(1)提上睑肌折叠术:可用于矫正轻中度的腱膜性上睑下垂。因无新鲜创面,手术效果不持久。(2)睑板-Müller肌切除术:适用于提上睑肌肌力 ≥ 10 mm,下垂量在1.5~2.0 mm的腱膜性上睑下垂患者。因手术需要切除一条睑板,创伤较大,睑缘弧度调整麻烦,睑板切除较多时内侧睑缘会偏低。(3)提上睑肌缩短术:临床上常用于提上睑肌肌力 ≥ 4 mm的各类型上睑下垂。该术式创伤大,睑缘弧度调整费时、费事。(4)前路提上睑肌腱膜修复术:适用于提上睑肌肌力 ≥ 8 mm的各种腱膜性上睑下垂。该术式创伤小,最符合生理要求,术中也能评估手术效果。

3.3 手术成功的关键 (1)术前需选择合适的病例,本方法适用于提上睑肌功能良好的腱膜性上睑下垂。(2)一般采取局部麻醉,术中预置缝线打活结,这样上睑缘的高度、弧度以及眼睑的运动可以在术中观察及调整。麻醉药中加入肾上腺素虽可有效止血,但会刺激 Müller肌而影响眼睑高度的预测,因此术中应过矫1~2 mm,这样术后可达到满意效果。(3)术中仔细观察提上睑肌腱膜的解剖结构及其与睑板的附着关系。腱膜前间隙是上睑手术的重要标志,其范围为上睑眶隔膜与上睑提肌之间的间隙,矢状面呈三角形,间隙中存有眶脂肪(主要是中央脂肪团)和纤维组织。如眶隔不能确定,可在上睑轻轻向前向下加压,使腱膜前脂肪垫膨起,其前面便是眶隔,在眶隔最低处横形全长打开眶隔,充分暴露提上睑肌腱膜,观察其形态,如为腱膜裂孔,则修补裂孔;腱膜变薄、松弛,则行腱膜前徙、折叠或缩短术。若为全部腱膜缺损时,应找到肌腹,缩短或前徙;如腱膜完全从睑板处断裂,用缝线将离断处缝回原附着点。(4)由于腱膜性上睑下垂提上睑肌肌力良好,只是由于腱膜的问题导致提上睑肌功能下降,提上睑肌折叠或缩短量应小于等于10 mm,这点显著区别于先天性上睑下垂。

3.4 美学上的一些体会 尽管腱膜性上睑下垂手术属治疗

性质,并非单纯的美容手术,但随着生活水平的提高和医疗条件的改善,手术成功的标准不仅在于视功能的改善,同时外观上也要符合美学标准。(1)对于原有重睑的单眼腱膜性上睑下垂,按健眼重睑高度设计切口。(2)对于原单眼的单眼腱膜性上睑下垂,可在对侧眼同时行重睑成形术。不想在健眼做手术,不想术后变化太多的患者,尤其是老年患者,在术眼设计切口时,切口可适当放低,皮肤缝合不予形成重睑,以达到双眼术后对称。(3)老年人皮肤松弛,画重睑线时必须将皮肤向上牵引,如在自然状态下距睑缘5~6 mm作重睑标记线,由于皮肤松弛,切口缝合后会得上睑皱襞太高,即使切口缝合后上睑皱襞不高,但在切口下方皮肤必然松弛,也不会使睫毛向上向前翘起,从而影响美观。皮肤过度松弛者可用皮肤夹持法画出皮肤标记线,去除多余松弛皮肤,单眼需同时行健眼松弛皮肤去除及重睑成形术。但不可将多余的皮肤全部去除,应参照下睑皮肤松弛程度决定上睑皮肤去除量,否则会造成上下睑皮肤松弛程度不协调。如要求行下睑去皱术,则上睑多余皮肤可酌情除去。因此在正确诊断基础上的合理设计显得尤为重要。

3.5 术后随访 一般术后3个月效果稳定。术后欠矫或过矫均宜在上睑情况稳定后再行手术。

总之,选择前路行提上睑肌腱膜修复术,具有暴露好、视野清晰、易于调整手术矫正量、恢复快等优点,是一种符合生理要求、损伤小的腱膜性上睑下垂的手术矫正方法。腱膜性上睑下垂提上睑肌的解剖结构和功能存在很多不确定因素,因人而异,要求测定患者术前上睑下垂量及提上睑肌肌力,熟悉眼睑解剖,术中仔细观察提上睑肌腱膜的解剖结构及其与睑板的附着关系,观察上睑缘与角膜缘的相对位置,调整睑缘高度和弧度,手术才能得心应手,确保成功。

[参考文献]

- [1] 林茂昌. 腱膜性上睑下垂[J]. 中华医学美容美容杂志, 2008, 14:143-144.
- [2] McCord C D, Seify H, Codner M A. Transblepharoplasty ptosis repair: three-step technique[J]. Plast Reconstr Surg, 2007, 120: 1037-1044.
- [3] Frueh B R, Musch D C, McDonald H. Efficacy and efficiency of a small-incision, minimal dissection procedure versus a traditional approach for correcting aponeurotic ptosis[J]. Ophthalmology, 2004, 111: 2158-2163.
- [4] 林明, 李瑾, 范先群. 上睑下垂术后发生暴露性角膜炎的相关因素研究[J]. 中华实用眼科杂志, 2007, 25: 1202-1204.
- [5] 吉冬昉, 李冬梅, 高丽萍, 白文爱, 丁慧芬. 加强提上睑肌力量的手术方式治疗老年腱膜性上睑下垂[J]. 国际眼科杂志, 2007, 7: 245-247.

[本文编辑] 商素芳, 邓晓群