

额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂

陈则云

作者单位: (523560) 中国广东省东莞市常平人民医院眼科
作者简介: 陈则云, 副主任医师, 学士, 研究方向: 白内障、泪道病、眼外伤。
通讯作者: 陈则云. 298022708@qq. com
收稿日期: 2010-05-11 修回日期: 2010-06-03

Severe congenital ptosis by frontal muscle flap suspension surgery

Ze-Yun Chen

Department of Ophthalmology, People's Hospital of Changping, Dongguan 523560, Guangdong Province, China

Correspondence to: Ze-Yun Chen. Department of Ophthalmology, People's Hospital of Changping, Dongguan 523560, Guangdong Province, China. 298022708@qq. com

Received: 2010-05-11 Accepted: 2010-06-03

Abstract

- AIM: To evaluate the clinical effects of frontal muscle flap suspension surgery for severe congenital ptosis.
- METHODS: Totally 28 patients 35 eyes with severe congenital ptosis underwent the frontal muscle flap suspension surgery. Complications and therapy effect at operation and postoperation were observed.
- RESULTS: All cases were corrected satisfactorily, no severe postoperative complications appeared.
- CONCLUSION: The frontal muscle flap suspension surgery is a reliable and effective method for severe congenital ptosis.
- KEYWORDS: ptosis; congenital; frontal muscle flap; suspension surgery

Chen ZY. Severe congenital ptosis by frontal muscle flap suspension surgery. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(9):1809-1810

摘要

目的: 探讨额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂的临床效果。

方法: 对 28 例 35 眼重度先天性上睑下垂患者, 施行额肌瓣悬吊术, 观察分析术中、术后并发症, 随访观察术后效果。

结果: 本组病例均矫正理想, 无严重术中术后并发症发生。

结论: 额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂的手术可靠, 效果满意, 是治疗重度上睑下垂较可靠的手术方法。

关键词: 上睑下垂; 先天性; 额肌瓣; 悬吊术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 09. 062

陈则云. 额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂. 国际眼科杂志 2010;10(9):1809-1810

0 引言

先天性上睑下垂是眼科常见病, 不仅影响患者的面容, 对上睑下垂患儿若不及时治疗, 将会影响其正常的视觉发育和心理发育, 产生弱视以及自卑自闭等心理障碍。提上睑肌缩短术治疗是目前最常采用和有效的治疗方法。对于提上睑肌肌功能极差或完全无功能的重度上睑下垂患者, 若采取提上睑肌缩短术矫正, 势必大量缩短提上睑肌, 术后将造成严重的睑闭合不全、复视等并发症。近年来, 我们采用额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂患者, 取得良好的治疗效果, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组 28 例 35 眼为我们 1999-06/2007-05 的手术病例, 其中男 16 例, 女 12 例。年龄 8~30 (平均 15) 岁。均为先天性上睑下垂。双眼 7 例, 单眼 21 例, 共 35 眼。所有病例术前检查提上睑肌肌力在 0~4mm。患者的额肌功能正常, 上直肌功能存在, Bell 现象 (+)。全身检查排除凝血机制障碍性疾病、重症肌无力等疾病。

1.2 方法 均在局部麻醉下进行手术。使用 20g/L 利多卡因 (5mL 加 1g/L 肾上腺素 1 滴), 局部麻醉在眉弓上缘中央进针, 在眉弓部皮下、骨膜分两层注射麻药, 然后在上睑皮下和设计切口皮肤周围注入麻药, 共约 3~4mL。根据患者提上睑肌肌力情况, 按手术量设计做标记划线, 提上睑肌肌力弱者, 皮肤切口位置相对低些。双眼者注意对称性。单眼单眼皮上睑下垂者, 征得患者或家长同意后, 另眼做皮肤切口行等高双重睑手术。单眼上睑下垂, 健眼为双眼皮者, 手术眼尽可能参照健眼双重睑位置高低设计手术切口位置。按设计标记线切开皮肤, 在设计上睑切口标记线处切开皮肤, 用剪刀自切口向上作潜行分离, 即沿眼轮匝肌表面和皮下组织间分离, 到达上眶缘后继续向上, 在额部皮下组织间继续剥离至眉弓上约 1.5cm 处, 形成宽约 2.0~2.5cm 的皮下分离区。用弯蚊式血管钳, 在眶缘部额肌附着处夹持额肌, 将血管钳向上翻转。暴露眶部眼轮匝肌与额肌交接处, 用剪刀尖进入肌肉, 平行于眶缘将肌纤维分开宽度约 1.5cm, 深透肌肉全层达骨膜。再用剪刀沿上眶缘骨膜表面向上作分离, 其范围与皮下分离的范围相当。在额肌游离缘内、外侧, 向内上、外上各剪开约 1.0~1.5cm 长的切口, 形成上宽下窄梯形额肌瓣。在上睑中央部用剪刀将眼轮匝肌和睑板分开, 制成桥型眼轮匝肌条带。将额肌瓣从桥型眼轮匝肌条带下拉到睑板上, 在睑板适当位置上作三对褥式缝线缝合, 先结成活结。观察、调整睑裂的高度及睑缘形状。一般单眼患者要与健眼达到同一高度或高 1mm 左右。双眼者上睑缘则要达到角膜上缘。观察睑裂高度适当、睑缘形态自然弧度满意、双侧基本对称后, 将活结换成外科结结扎。修剪多余额肌肌瓣组织。间断缝合皮肤切口, 缝合皮肤时缝线要过睑板浅层。下睑缘作 FROST 缝线, 向上牵引关闭睑裂, 胶布固定于额部, 以保护角膜及支撑上睑。用绷带轻加压包扎术眼。术后处理: 术后 2d 拆除下睑牵引缝线。白天用抗生素眼药水滴眼, 睡前涂抗生素眼药膏。术后嘱患者定

期来诊检查,用荧光素染色观察角膜上皮情况,防止暴露性角膜炎的发生。术后随访6~36(平均18)mo。

2 结果

本组28例35眼术后上睑矫正位置理想,上睑缘均在角膜上缘附近,双眼对称,睑缘弧度自然。手术早期术眼都伴有程度不同的水肿,1wk后减轻或消失。术后均有程度不同的睑裂闭合不全现象,多在3mm左右,一般持续2~4mo。3mo睑裂闭合困难的,一般通过局部按摩及睁闭眼训练1mo左右可以改善。手术后均有上睑跟随运动停滞现象,6mo后渐改善。术后未见复视、血肿、感染、睑缘畸形、暴露性角膜炎等并发症发生。

3 讨论

先天性上睑下垂是眼科常见病。提上睑肌肌力 $\geq 5\text{mm}$ 时,常采用提上睑肌缩短手术方法治疗。该术式保持提上睑肌肌肉原有走行方向和运动方向不变,比较符合生理状态,术后效果比较满意。对于提上睑肌肌功能极差或完全无功能的重度上睑下垂患者,若采取提上睑肌缩短术矫正,势必大量缩短提上睑肌,术后将造成严重的睑闭合不全、复视等并发症。额肌瓣悬吊术是矫正重度先天性上睑下垂常用手术方式之一^[1]。额肌起源于头颅冠状缝和眶上缘间的帽状腱膜,下行混入眼轮匝肌眶部和皱眉肌之间。额肌收缩时将眉部皮肤及皮下组织牵向上方,使眉上提,同时也有助于提上睑肌作用而增大睑裂,临床上根据这一解剖学特点,利用额肌瓣或通过其他材料将额肌与睑板连接,利用额肌收缩的肌力矫正上睑下垂^[2]。额肌的活动度一般在8~15mm左右。一般额肌活动幅度在8mm以上,即可认为有条件做此手术^[3]。额肌瓣组织有良好的血供,且有神经支配,利用额肌的自然收缩提上睑,加上该手术没有破坏提上睑肌,提上睑肌向后牵引上睑的作用仍然存在,所以手术后比较接近生理状态,眼部外观比较自然。

关于手术时机的选择:先天性上睑下垂是眼科常见病,不仅影响患者的面容,对小儿上睑下垂,若不及时治疗,将会影响其正常的视觉发育和心理发育,产生弱视以及自卑自闭等心理障碍。张莉等^[4]认为,重度先天性上睑

下垂,只要全身状况良好, >1 岁即可手术。早期手术治疗矫正重度先天性上睑下垂,可以预防由于上睑下垂遮蔽瞳孔而导致的形觉剥夺性弱视。对于已经形成弱视的儿童,手术矫正后,有利于儿童的弱视治疗和视觉功能的恢复。但由于患儿家长医学知识的局限性或其他原因,许多先天性上睑下垂患者没有能及时就诊手术,以至于产生弱视甚至自卑自闭等心理障碍。本组病例中,年龄最小者8岁,都是大龄儿童或成年人。其中有2例弱视患者,分别是8岁和21岁。8岁弱视儿童经过大约2a的治疗,没有明显的效果,家长放弃继续治疗,非常可惜。而大龄儿童或成人接受手术的主要目的只是美容了。

关于手术操作的一些体会:(1)为减少出血,避免形成手术区血肿,除在手术注射麻药时加入1g/L肾上腺素1滴外,在手术过程中,分离组织和剪切额肌瓣时动作要准确轻巧。手术结束时适当加压包扎,术后常规用止血剂3d。本组28例35眼无1例发生血肿。(2)手术中作分离暴露额肌时,容易伤及毛囊造成眉秃现象^[5],在作皮下组织分离时,不可过浅,过浅则易伤毛囊,导致秃眉。分离眶上切迹(管)附近时,注意勿要伤及眶上神经和血管。(3)额肌瓣制作要位于睑中央上方,上宽下窄,肌肉要完整无破损,弹性好。额肌瓣缝合固定于上睑板中1/3和上1/3交界处位置较好,避免缝合位置过高导致上睑内翻等情况发生。(4)额肌瓣悬吊术矫正重度先天性上睑下垂,手术操作简便,术后临床效果满意,是矫正提上睑肌肌功能极差的上睑下垂患者的较可靠的手术方式,值得推广应用。

参考文献

- 1 邵庆,朱承华,杭荟.额肌瓣悬吊术治疗重度先天性上睑下垂临床观察.国际眼科杂志2006;6(4):949-950
- 2 李美玉,王宁利.眼解剖与临床.北京:北京大学医学出版社2003:58
- 3 李绍珍.眼科学.第2版.北京:人民卫生出版社1997:181
- 4 张莉,王莉,李雯霖,等.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.眼外伤职业眼病杂志(附眼科学)2007;29(2):122-123
- 5 黄发明.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(1):19-22