

泪腺脱垂手术治疗的探讨

于桂琴, 杨德芬, 李 雁

作者单位: (300480) 中国天津市滨海新区汉沽医院眼科
作者简介: 于桂琴, 毕业于天津医科大学, 主治医师, 研究方向:
外眼病、眼部整形。
通讯作者: 于桂琴. wenyu666@eyou. com
收稿日期: 2010-07-26 修回日期: 2010-08-30

Surgery therapy for prolapse of the lacrimal gland

Gui-Qin Yu, De-Fen Yang, Yan Li

Department of Ophthalmology, Hangu Hospital of Binhai New Area, Tianjin 300480, China

Correspondence to: Gui-Qin Yu. Department of Ophthalmology, Hangu Hospital of Binhai New Area, Tianjin 300480, China. wenyu666@eyou. com

Received: 2010-07-26 Accepted: 2010-08-30

Abstract

- **AIM:** To observe the clinical effect of reposition for prolapse of the lacrimal gland.
- **METHODS:** After diagnosing prolapse of the lacrimal gland, we made designs for skin incision before local anesthesia, marked the boundaries of the skin to be removed, then ablated the internal organization, fixed prolapsed lacrimal gland, and sutured double eyelid intactly.
- **RESULTS:** Among all the 33 cases, lacrimal gland was partially removed in 10 cases, and the lacrimal gland secretion in these cases was normal preoperatively, and slightly decreased after operation. Lacrimal gland was excised alone in 6 cases, without other treatment, bags under the eyes in those cases was not corrected satisfactorily. For the remaining patients, we made skin incision, removed the excessive skin and subcutaneous tissue, relocated the lacrimal gland, reduced the orbital septum, and the appearance was satisfying.
- **CONCLUSION:** The surgical anatomy can both restore the anatomical location and neurologic recovery of the lacrimal gland, and also improve the appearance of the bags under the eyes.
- **KEYWORDS:** prolapse of the lacrimal gland; surgical observation; treatment discussions

Yu GQ, Yang DF, Li Y. Surgery therapy for prolapse of the lacrimal gland. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(10):1993-1995

摘要

目的: 复原脱垂的泪腺, 并矫正其带来的“肿眼泡”。
方法: 确定脱垂泪腺后, 局部前设计皮肤切口, 标记出切除的部分皮肤, 术中切除其内部组织, 稳固脱垂泪腺, 完好重

睑缝线。

结果: 泪腺脱垂 33 例 66 眼中, 10 例部分切除泪腺, 而 Schirmer 试验术前正常, 术后稍减少。10 例单纯泪腺切除, 未作其他处理, 术后“肿眼泡”外观矫正不满意; 有 2 例轻症者, 只作结膜、泪腺、骨膜、眼睑“U”形线圈褥式悬吊术; 余下 11 例均做皮肤切口, 切除多余的皮肤、皮下组织, 复位脱垂的泪腺, 眶膈缩短, 外型满意。

结论: 泪腺脱垂手术恢复泪腺解剖位置, 复原功能改善“肿眼泡”的外型效果显著。

关键词: 泪腺脱垂; 手术观察; 治疗探讨

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 10. 051

于桂琴, 杨德芬, 李雁. 泪腺脱垂手术治疗的探讨. 国际眼科杂志 2010;10(10):1993-1995

0 引言

泪腺脱垂在临床上并非罕见, 由于它无甚自觉症状, 常被忽视, 但因其特有的“肿眼泡”使一些患者造成精神负担, 而迫切需要治疗。我科自 1985-06/2008-03 共收治 33 例泪腺脱垂患者, 占同期住院总人数的 1. 6%, 均进行手术治疗, 现总结如下。

1 对象和方法

1.1 对象 泪腺脱垂患者共 33 例 66 眼, 其中男 10 例, 女 23 例, 患者发病年龄见表 1。患者除上睑肿胀, 颞侧上方可触及软性、可滑动的肿物外, 眼无其他阳性发现, 一般查体、身体健康, 除 1 例伴有重唇外, 未见其他腺体及脏器肿大或脱位。

1.2 方法 皮肤切口: 局部麻醉前先设计皮肤切口, 并切除松弛部分的皮肤, 用龙胆紫或美蓝划线标记, 然后局部浸润麻醉, 按标记切除过多的皮肤、皮下组织及眼轮匝肌。暴露眶膈: 在眼轮匝肌下可见眶膈, 在近眶缘内、中、外 1/3 处作三个垂直小切口。脂肪切除: 稍加压迫眶膈, 即见脂肪脱出, 用血管钳夹住脱出的脂肪, 剪除, 并用烧烙断端, 送回切口处。泪腺固定: 在睑板外上缘可见脱垂的泪腺, 用“U”形线圈, 褥式缝合固定于泪腺窝的骨膜上。缩短眶膈: 将松弛的眶膈上下折叠缩短, 间断缝合。皮肤缝合: 7-0 缝线间断缝合伤口, 兼作双重睑之再现。

2 结果

泪腺脱垂患者 33 例中, 除 1 例左右眼先后间隔 5a 外, 其余均为双眼同时手术。其中 10 例切除部分泪腺, Schirmer 试验术前均在正常范围, 术后略有减少, 但均在正常范围内。33 例中有 10 例单纯作泪腺切除, 未作其他处理, 术后“肿眼泡”外观矫正不满意; 有 2 例轻症者, 只作结膜、泪腺、骨膜、眼睑“U”形线圈褥式悬吊术, 将泪腺固定于外上眶骨膜上, 2wk 拆线, 由于缝线瘢痕形成, 使泪腺复位。观察 1~2a, 泪腺复位, 眼睑肿胀未加重。其余 11 例均作皮肤切口, 切除部分皮肤、脂肪, 直视下泪腺悬吊于眶骨泪腺窝内骨膜上, 并作眶膈缩短, “肿眼泡”外观得到矫正, 效果较好, 观察 6mo~3a, 无复发者。10 例泪

	6~10	11~15	16~20	21~25	26~30	31~35	36~40	合计
男	3	3	1	1	0	1	1	10
女	7	5	2	3	1	2	3	23
合计	10	8	3	4	1	3	4	33

腺病理检查,除2眼泪腺分泌旺盛,4眼泪腺组织中有少量炎性细胞浸润外,其余均为正常泪腺组织。切除的皮肤及皮下组织病理检查,根据病情轻重有不同程度的真皮,皮下结缔组织变性,轮匝肌纤维结缔组织增生。

3 讨论

本病多发于青春期,并有从幼年即开始发病,有文献报告最小为3岁^[1],我院最小发病年龄为6岁,女性多于男性,为双眼病变,可同时发病或先后发病,轻重亦可略有不同。

典型病例:病例1,女,21岁,于1985-06-04住院,主诉双眼肿胀5a,有发胀感,时好时坏,逐渐为持续肿胀,外侧尤为明显。检查:除上睑水肿饱满,外侧可触及一软性、可活动、蚕豆大的肿物,牵拉上睑,可有腺样肿物自外眦处脱出于结膜囊,此外双眼未见其他异常。住院后局部麻醉下行M切口,切除皮肤,最宽处为7mm,切除部分脂肪,泪腺悬吊复位,术后泪腺复位,外观满意,观察2a未见复发(图1)。病例2,女,17岁,于1980-02及1985-08,分别两次住院,因双眼红肿2a,由间歇性无疼肿胀,转为持续性肿,左眼较为明显。检查:双眼除上眼睑水肿,皮肤略红,外侧可触及蚕豆大小、质软、可滑动、无压疼的肿物外,未见其他异常。第一次住院后,局部麻醉下行左眼手术,在眶缘皮肤切口,切除部分泪腺,未作皮肤及脂肪切除,观察5a,左眼颞上方肿胀如前,仍可触及小肿物滑动,但未加重。而原较轻的右眼,5a后,肿胀明显,故行右眼泪腺部分切除,外观改善不满意(图2)。

该病发病机制不清楚,或谓固眶膈及Lockwood韧带松弛、薄弱^[2],泪腺及脂肪自薄弱处向外脱垂,而影响血液及淋巴循环,以致组织水肿,或谓由于交感神经张力减弱,副交感神经张力增强,致使血管神经性水肿,以至眶膈、泪腺韧带松弛,造成泪腺脱垂^[3]。究竟是固眶膈及韧带松弛造成泪腺脱垂^[4],引起眼睑水肿,还是先有眼睑水肿,而后有眶膈的改变,致泪腺及脂肪脱垂,目前实难确定。从临床上看,轻症者,仅上睑外侧肿胀,可能触及一可活动、柔软的泪腺,术中可见眶膈及韧带松弛变薄,眶膈后睑板上腺,可见泪腺组织。晚期,眼睑由间断,反复水肿,转为持续性水肿,皮肤由饱满逐渐变为松弛而无弹性,形成继发性上睑下垂,手术中可见皮下结缔组织增厚,并侵及轮匝肌,间有黄色脂肪颗粒,眶松弛且薄如纱,可透见黄色脂肪球,向前膨隆,颞侧可见脱垂的泪腺组织。目前大多数学者认为泪腺脱垂,眼睑血管神经性水肿,眼睑皮肤弛缓症,为同一病的不同时期,手术治疗是唯一有效的方法,故而切除多余的皮肤和皮下组织,除去膨隆的脂肪,悬吊泪腺,缩短眶膈,为手术成功的几个原则,兹分别讨论如下:(1)皮肤切口:眉弓下皮肤切口,便于固定泪腺,但在眼睑松弛的患者,欲切除部分皮肤及皮下组织,需另行开口,因此选择垂睑切口,可以再完成手术的同时,形成较美观的双重睑,以改善外观。在轻症及年幼患者,可以不必切除皮肤,在眼睑弛缓症的患者,可根据皮肤的饱满部位及睑松弛的程度,切除多余的皮肤。先用镊子夹起皮肤,以眼睑能闭

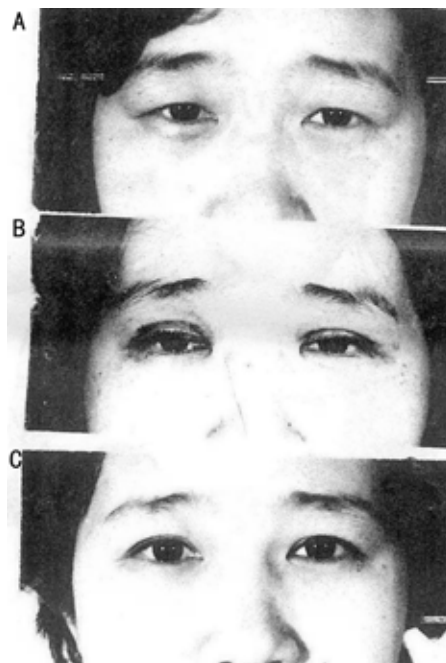


图1 术后矫正满意 A:术前;B:术后6mo;C:术后2a。

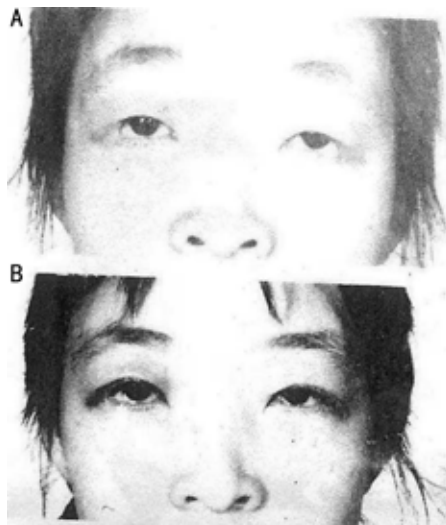


图2 术后外观矫正不满意 A:术前;B:术后。

合、不暴露眼球为原则,标记后在其2/3处划线、剪除皮肤,勿足量切除皮肤,防止眼睑闭合不全。梭形、月牙形切口的两缘长度不等,切除皮肤越宽,则差越大。缝合时,较长的上缘会出现许多皱褶,如饺子背面,在弹性较差的皮肤尤为明显。梭形皮肤切口,最宽处是中央,两端变窄,终点变尖。本病的膨隆部,以颞侧为明显,该处需要切除较宽的皮肤,梭形切口无法完成,故选择“M”形皮肤切口,按眼睑隆起的情况,作单“M”形切口,或双“M”形切口(图3)。“M”形切口,是在条形皮肤切除的一端或两端,作“M”形切口,该条形皮肤切口的上下缘基本等长,缝合后可得平坦对合,两端呈M-Y式缝合创缘。条形皮肤切除的下缘,是双重睑的弧度,应注意距睑缘的距离,及双眼的对称性。(2)皮下组织及脂肪切除:切开皮肤即可见增厚、有

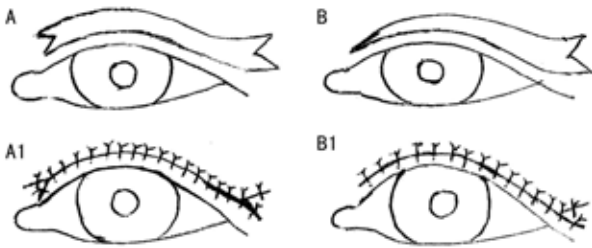


图3 M-Y 皮肤切口术 A,B:切口切除皮肤;A1,B1:缝合后。

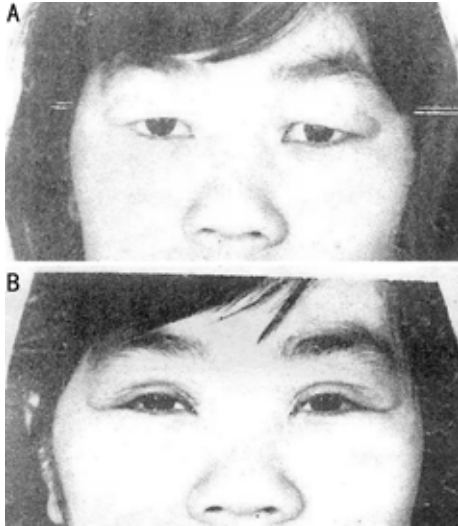


图4 术后矫正满意 A:术前;B:术后。

时带黄色脂肪颗粒的皮下组织,肌肉亦失去原有的鲜红颜色,变为粉红色。应连同皮肤切除变性的皮下组织和部分眼轮匝肌,因为“肿眼泡”不仅是泪腺及脂肪的脱垂所致,同时增生的结缔组织,亦使眼睑肥厚、臃肿,不除去这些病变组织,“肿眼泡”的外观不会完全消除。然后在近上眶缘处,作眶膈垂直小切口,注意勿损伤提上睑肌。切除脂肪时要注意勿过度牵拉,切除的断端,一定要烧烙止血后送回眶内,防止眶内出血压迫视神经。临床上因提上睑肌损伤致上睑下垂者亦不无发生。(3)泪腺的处理:正常泪腺

位于额骨眶上壁的泪腺窝内^[5],被提上睑肌腱分为眶部及睑部泪腺,泪腺管道约为10~20条,开口于睑板外上方的穹窿部结膜,因此从穹窿部结膜面切口寻找泪腺,容易破坏泪腺开口,影响泪液分泌。全部切除泪腺,即无眼泪分泌,临床上形成“欲哭无泪”。我科对10例患者切除1/3~1/2泪腺,通过术前术后Schirmer试验比较,均在正常值内。此试验虽易变条件、操作影响、误差较大、准确性差,但能说明不会因为切除一部分泪腺而无泪液。但必须指出,在切除泪腺时不能伤及泪腺导管,可从泪腺的眶骨面切除,我们曾遇到1例,从穹窿结膜面进行泪腺切除,结果无泪液分泌。泪腺悬吊术,若无皮肤松弛,仅泪腺脱垂,可以不作切口,利用缝线瘢痕将泪腺固定于眶骨膜面,两侧分别观察1~2a,未见复发,尚应继续观察。在皮肤松弛的患者,皮肤切开后,用细丝线,或细尼龙线将泪腺固定于泪腺窝的骨膜上,21例42眼采用直视下固定泪腺,术后观察10mo~3a,疗效满意,无复发者(图4)。(4)术后疗效:通过临床实践,直视下泪腺悬吊复位,较为可靠。适量的皮肤及脂肪切除可以消除“肿眼泡”,得到外观满意的矫正,眶膈缩短可以防止复发。由于长期持续眼睑水肿,所致的皮下组织变性,手术的反应常较正常皮肤为重,术后需数月始能恢复,在术前应有充分的估计,并向患者说明。

我们讨论了泪腺脱垂的手术治疗方法,介绍用M-Y切口切除松弛的皮肤。注意眶膈切口,勿伤提上睑肌,并作眶膈缩短防止复发。脂肪切除后,应注意烧烙止血。强调了直视下泪腺悬吊复位时预防复发的有效措施。我们认为此手术方法简单,疗效可靠。

参考文献

- 1 李秀云,马世英.泪腺脱垂的手术治疗.中华眼科杂志1983;19(3):158-160
- 2 魏志学.泪腺脱垂复位与切除术.眼科研究1985;3(3):134
- 3 Charles K. Plastic and Reconstructive surgery of the eyelids. January 2005;50(2):103-122
- 4 Wang JK, Liao SL, Jou JR, et al. Malignant eyelid tumours in Taiwan. Eye 2003;17:216-220
- 5 徐乃江.眼部整形手术技术.上海:同济大学出版社1990:162-164