维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2008)04-0503-04

不同术式治疗重度先天性上睑下垂的疗效比较

唐 豪,熊 洁,赵丹妮

(重庆市急救医疗中心眼科,重庆 400010)

【摘 要】目的:探讨额肌瓣悬吊术、异体巩膜额肌悬吊术和阔筋膜额肌悬吊术治疗重度先天性上睑下垂的疗效及优缺点。方法:对重度先天性上睑下垂 76 例 90 眼进行手术治疗,其中额肌瓣悬吊术 24 例 30 眼,异体巩膜额肌悬吊 28 例 32 眼,阔筋膜额肌悬吊 24 例 28 眼,分析术后上睑下垂矫正效果,上睑弧度、双重睑形成及并发症发生情况。结果:额肌瓣悬吊术取材方便,复发率低,上睑弧度匀称,但双重睑形成稍差。异体巩膜与阔筋膜额肌悬吊术,双重睑形成良好,但复发率稍高。结论:额肌瓣悬吊术、异体巩膜额肌悬吊术和阔筋膜额肌悬吊术均能有效治疗重度先天性上睑下垂,可根据患者的条件和意愿加以选择术式。

【关键词】上睑下垂;额肌瓣膜;异体巩膜

【中国图书分类法分类号】R771.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-10-23

Comparison of different operations for congenital blepharoptosis

TANG Hao, et al

(*Department of Ophthalmology, Chongqing Emergency Medical Center*)

【Abstract】*Objective*: To review and investigate the superiority and disadvantage of three operations for severe congenital blepharoptosis. *Methods*: 76 severe congenital blepharoptosis patients (90eyes) undergoing therapy in our hospital were divided in three groups randomly. 24 patients (30eyes) underwent frontalis muscle flap suspension operation, 28 patients (32eyes), frontaliss suspension operation with homologous sclera implanted, and the other 24 patients (28eyes), the same operation with fascia lata implanted. *Results*: The patients who got the frontalis muscle flap suspension operation achieved more persistent effect. The frontaliss suspension operation with homologous sclera or fascia lata implanted offered better fold of upper eyelid. *Conclusion*: All of the there operations can correct severe congenital blepharoptosis efficiently. Oculists should choose the available therapy according to the requirement and condition of patients.

【Key words】 Blepharoptosis; Rontalis muscle flap; Homologous sclera

先天性上睑下垂是一种眼科儿童常见的先天性疾病,不仅影响外观,严重者因上睑部分或全部遮盖瞳孔,导致形觉剥夺性弱视,严重影响视功能。对于轻、中度的上睑下垂临床上常采用提上睑肌缩短术,可以取得满意疗效,但对于重度上睑下垂单靠缩短提上睑肌无法得到有效矫正,常采用直接或间接的方式利用额肌力量来进行矫正,这些手术方法已在临床上得到了广泛应用,但目前比较不同术式疗效的报道仍较少。本文对近几年收治的重度上睑下垂患者采用 3 种不同术式治疗,对疗效进行了观察与比较,现报道如下。

1 资料和方法

作者介绍:唐 豪(1958-),男,副主任医师,
研究方向:眼整形、玻璃体切割、视网膜脱离。

1.1 一般资料

本科自 1997 年到 2006 年以来收治的 76 例 90 眼重度先天性上睑下垂患者,其中单眼患者 62 例,双眼 14 例;男 53 例,女 23 例;年龄 6~29 岁,平均 20.54 岁。根据诊断标准[1],所有病例均为重度上睑下垂,即提上睑肌肌力 <4mm,上睑下垂量>4mm,并且排除重症肌无力、上直肌功能异常和下颌瞬目综合症等其他疾病。根据采取的术式不同将患者随即分为 3 组,1 组患者 24 例 30 眼,采用额肌瓣悬吊术;2 组患者 28 例 32 眼,采用异体巩膜额肌悬吊术;3 组患者 24 例 28 眼,采用自体阔筋膜额肌悬吊术。

1.2 手术方法

1.2.1 额肌瓣悬吊术 成人局部麻醉,小儿全身麻醉。采用上睑皮肤重睑线切口,暴露出睑板;在轮匝肌与眶隔之间向上分离直至上眶缘,在眶上缘稍上方横行切开额肌筋膜约 1.5 ~ 2cm,分离额肌筋膜下方,使之与骨膜分离,两侧纵形剪开额肌,制作出 1 条 1.5cm × 1.5cm 带蒂的额肌筋膜瓣。将额肌瓣通过眼轮匝肌深面的隧道引入上睑达睑板上缘,向下转

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 1 3 组近期治疗效果

组别	眼数 n	近期疗效评价(%)			
		矫正良好	基本矫正	欠矫	过矫
1 组	30	24(80%)	2(6.67%)	1(3.33%)	3(10%)
2 组	32	26(81.25%)	2(6.25%)	2(6.25%)	2(6.25%)
3 组	28	22(78.57%)	3(10.71%)	1(3.57%)	2(7.14%)
合计	90	72(80%)	7(7.78%)	4(4.44%)	7(7.78%)

经 χ^2 检验，各组：$P>0.05$，近期疗效差异无统计学意义。

移的额肌瓣与睑板上缘内、中、外 3 处行褥式缝合。调整睑裂高度：双侧下垂者，上睑缘位置位于瞳孔上缘上方 2~3mm，单侧下垂者，上睑位置高于正常侧 1~1.5mm。按重睑成形方法缝合上睑切口。眉部切口缝合前挤压额部及睑部的积血。为防止角膜暴露，下睑缘缝合 1 针，固定在额部皮肤上。术后加压包扎 3~5d，7d 拆除皮肤缝线。单眼患者，对侧眼作重睑术。

1.2.2 异体巩膜额肌悬吊术 成人采用局麻，儿童全麻，先行上睑皮肤重睑切口，暴露眼轮匝肌，成人去除部分眼轮匝肌，充分暴露睑板。行眉弓上皮肤切口，一般在额肌肌力相对较强处切开，同时应避免位置过高造成术后瘢痕明显，在眉弓上 2mm 处作内、中、外 3 个切口，中间切口应正对瞳孔中心，内外切口在内外眦角与内外角膜缘中 1/2 交界处，深达骨膜。取自备无水酒精保存异体巩膜，修剪成 3mm × 25mm 巩膜条，用庆大霉素、生理盐水浸泡 20min 后，分别用自制隧道器把 3 条巩膜条依次从睑板上缘、眼轮匝肌与眶隔之间送入眉弓上缘的皮肤切口。睑板面巩膜条分别用 3/0 丝线缝合在相应内、中、外 3 处睑板上。收紧眉弓上中间切口处巩膜条使上睑缘达角膜上缘正常生理位置后，将巩膜条固定缝合于额肌上，剪除多余巩膜条，以同样方法调整内外切口处巩膜条，观察上睑内外眼睑位置后缝于相应额肌上。缝合眉弓处皮肤切口，按重睑形成法缝合上睑切口，双眼轻加压包扎。

1.2.3 自体阔筋膜额肌悬吊术 使用商品阔筋膜或取患者大腿外侧长约 40mm，宽 6mm 的阔筋膜 1 条，分成 3 条筋膜条。其余方法步骤同异体巩膜额肌悬吊术。

1.3 *术后疗效观察指标*

近期疗效评价：以手术拆线后 4 周作为近期疗效的观察时间，评价标准[2]：(1)矫正良好：双侧睑裂对称，高度相差≤1mm，上睑缘遮盖角膜＜2mm，睑裂闭合不全 <1 ~ 2mm，睑缘弧度自然，双重睑形成自然美观；(2)基本矫正：双侧睑裂基本对称，高度相差≤2mm，上睑缘遮盖角膜在 2 ~ 3mm，其他条件同上；(3)欠矫：双侧睑裂不对称，单眼与健眼比高度相差≥3mm，上睑缘遮盖角膜上部大于 2mm，双眼重睑不明显；(4)过矫：上睑缘遮盖角膜上部小于 1mm，睑裂闭合不全＞2mm，甚至发生暴露性角膜炎。

远期随访疗效评价[3]：术后随访时间 6 月 ~10 年，平均 5.78 年，判断有无复发回退，观察上睑缘位置、上睑缘高度对称性、上睑缘弧度、眼睑自然闭合程度、上睑迟落现象、重睑皱襞、额肌活动度等，并注意有无上睑内翻倒睫、上睑外翻、暴露性角膜炎等并发症。

表 2 远期各组复发率

组别	眼数 n	复发	复发率
1 组	30	2	6.67%
2 组	32	5	15.63%
3 组	28	5	17.86%

经 χ^2 检验，1 组与 2、3 组：$P<0.05$，复发率差异有统计学意义

2 结 果

2.1 近期手术效果评价

近期疗效结果比较见表 1，组间疗效的比较采用 χ^2 检验法，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。3 种术式矫正效果的差异无统计学意义（$P>0.05$）。

2.2 远期手术效果评价

各组复发率见表 2，1 组额肌瓣悬吊术远期矫正效果最稳定，其复发率较另两种术式为低（$P<0.05$）差异有显著性意义，而 2 组异体巩膜额肌悬吊术与 3 组阔筋膜悬吊术复发率无显著性差异（$P>0.05$）。3 种术式双重睑形成效果比较见表 3，2、3 组较①组重睑形成较好，差异有统计学意义（$P<0.05$），而 2、3 组之间差异无统计学意义（$P>0.05$）。3 组上睑缘弧度基本满意，仅 2 例睑缘存在轻度成角畸形。6~12 个月后大部分患者在清醒状态眼睑均能自然闭合，无暴露性角膜炎发生。1 组有 8 例，2 组有 2 例，3 组有 3 例出现明显上睑迟落现象。3 术式中仅 2 例出现上睑内翻。

3 讨 论

重度先天性上睑下垂，其上睑提肌肌力几乎丧失，对于额肌功能良好者，主要采取利用额肌的手术。此类手术分为直接利用额肌的额肌筋膜瓣悬吊术和间接利用额肌通过各种悬吊材料将额肌和睑

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 3 远期各组重睑形成效果

组别	眼数 n	良好	变浅	有效率
1 组	30	17	13	56.67%
2 组	32	27	5	84.38%
3 组	28	22	6	78.57%

经 χ^2 检验，1 组与 2、3 组：$P<0.05$，双重睑形成效果有显著性差异。2、3 组：$\chi^2=0.336$，$P>0.05$，差异无统计学意义

板相连接的手术，悬吊的材料也有多种：如丝线、涤纶布、硅胶、自体或异体阔筋膜、自体或异体巩膜、跟腱等[4,5]。目前最常采用的方法为额肌筋膜瓣悬吊术、异体巩膜悬吊术和自体阔筋膜悬吊术。

3.1 额肌瓣悬吊术优缺点

额肌瓣是 1 个有神经支配和血供丰富的自体组织，不仅肌力强、弧度一致，且由于它和周围组织有纤维互相交织相连，因此形态自然、也不至发生肌瓣松弛现象，肌肉的自然收缩可产生直接有效的提睑功能[6]，利用额肌瓣进行悬吊的主要优点为：(1)取材方便，手术制作额肌瓣具有良好的动度，能保持动态悬吊，患者可随额肌与眼轮匝肌的运动而睁闭眼。(2)术后患者额部皱纹自然消失，使额部显得宽阔、平坦。(3)患者术后重睑弧度形成较好，外形自然。(4) 悬吊力量强，疗效持久。从本组病例看，随访 30 例患者中仅 2 例复发，复发率明显低于其它 2 组。但该术式由于制作额肌瓣长度有限，容易出现过矫，本组有 3 例患者在早期由于过矫出现暴露性角膜炎[7]；并且额肌瓣手术后的患者大多出现不同程度的上睑迟落现象，这是由于额肌下牵与睑板固定后张力较大，所控制的上睑不能与眼球向下同步运动所致[8]。此外本文报道 1 组 30 例患者中有 13 例患者远期重睑皱襞变浅，远较其余两组高，这是由于较厚的额肌瓣覆盖在睑板上方缝合时，皮肤难以与睑板或睑板上组织连接，术后皮肤不易与睑板或睑板上组织产生粘连，双重睑形成稍差。

因此我们从临床实践中得出的体会是：(1)作额肌瓣分离时，对局部解剖关系掌握清楚，应分离充分，向上应达 20mm 使其有一定的活动度和长度，两侧略剪开松解延长肌瓣长度，使肌瓣呈舌状扇形展开，同时术中尽量将额肌瓣修剪得薄些，有利于重睑形成；(2)术后应轻度过矫，以上睑缘在角膜缘或角膜缘上 1mm 水平为宜。这是因为额肌在术中受到被动牵拉发生肌肉痉挛，造成术中悬吊较高假象。当术后肌肉痉挛消失后，上睑常有不同程度的回落；(3)术后早期常存在上睑迟滞、眼睑闭合不全、凝视等现象，随时间延长，额肌与眼轮匝肌力量协调后可得到改善。这段时期应每晚睡前涂抗生素眼膏，注意预防暴露性角膜炎的发生。

3.2 异体巩膜、自体阔筋膜悬吊术的优缺点

异体巩膜或自体阔筋膜悬吊术在近期疗效上与额肌瓣手术相差无几，均能达到满意的矫正效果。其优点在于：(1)异体巩膜取材方便，其组织结构结实，且富有轻微弹性，手术操作简便；(2)手术中可随意调整达理想的高度，异体巩膜或阔筋膜足以供应理想矫正范围，术后很少出现过矫或欠矫；(3)本文 2、3 组病例术后全部出现双重睑，达到美容上治愈，且远期维持重睑效果远较额肌瓣悬吊组稳定；(4)手术创伤相对较小，操作简单，一次手术不成功可行第二次或改行其他术式。缺点是：近来商品用阔筋膜来源困难，取自体阔筋膜又增加患者痛苦；并且由于眼睑活动可导致组织撕脱、材料本身应力松弛、材料可能被吸收[9]等原因，导致术后远期疗效不稳定，本文报道 2、3 组复发率均高于额肌瓣悬吊术组。此外由于应力的不均衡，导致眼睑形态不良，甚至成角畸形。因此术中应注意调整悬吊材料的松紧，并适当过矫，避免术后远期的矫正不足或复发，且保持睑板固定点沿睑板弧形在同一水平，防止眼睑形态不良或睑内外翻的发生。

3.3 手术方式的选择

利用额肌力量矫正上睑下垂主要适用于重度上睑下垂，因额肌收缩抬举上睑是呈直线向上提拉，与正常眼睑弧形向后上方提起运动不相符合，不符合生理要求，因此对于提上睑肌还具有部分功能的轻中度上睑下垂，仍以采用利用提上睑肌的术式为主[10]。但对于提上睑肌肌力低于 4mm 的重度先天性上睑下垂患者，如果选取提上睑肌缩短术，术后容易矫正不足，即便矫正足量亦容易出现上睑迟滞，甚至暴露性角膜炎，因此重度先天性上睑下垂需要利用额肌的力量来进行矫正，对于上述 3 种术式各有优缺点：额肌瓣手术无需特殊材料，术后远期效果较稳定，但双重睑形成稍差；异体巩膜与自体阔筋膜悬吊术两者疗效相近，操作简单且双重睑形成良好，美观，尤其前者较后者取材更方便，有逐渐取代阔筋膜的趋势，虽远期复发率稍高，也仍然值得广泛推广。因此在临床工作中可根据患者的条件和意愿加以选择术式，同时作为眼科医生还需要不断探索和总结，减少手术并发症，提高手术在治疗及

维普资讯 http://www.cqvip.com

美容方面的综合疗效。

参 考 文 献

[1] 徐乃江.实用眼整形美容手术学[M].郑州:郑州大学出版社,2003.144.

[2] 尹国树,朱乃娟,陈晓隆. 提上睑肌缩短术 500 只眼评价[J]. 中华整形烧伤外科杂志,1996;12(1):28-30.

[3] 刘双珍,王成业,吴小影,等. 额肌瓣矫治上睑下垂的近期和远期疗效[J]. 湖南医科大学学报,1996;21(2):155-157.

[4] 刘 莉. 异体巩膜悬吊术治疗上睑下垂[J]. 中国实用眼科杂志,2005;23(4):438.

[5] Friedhofer H,Nigro MV,Filho AC,et al. Correction of blepharophimosis with silicone implant suspensor[J]. Hast Reconstr Surg,2006;117(5):1428-1434.

[6] 马 俊, 徐学东. 额肌瓣悬吊治疗重度上睑下垂 42 例分析[J]. 中国实用眼科杂志,2007;25(4):450.

[7] 黄发明.额肌瓣矫正重度上睑下垂手术的若干临床问题[J]. 中国美容学,2003;12(6):631.

[8] Barry NW,Derek TS,Eugene MH. Comparison of material used in frontaliss suspensiom[J] .Arch Ophtlalmol,2001;119(5):687-691.

[9] 王 标,刘本立,陈明锐,等. 减张法在额肌瓣转移治疗重度上睑下垂中的应用[J]. 中华医学美学美容杂志,2001;1(2):22-29.

[10] 林茂昌.上睑下垂术式选择及评价[J]. 中国美容医学,2006;15(1):46-47.

(责任编辑:谭乐勤)

(上接第 461 页)

响[J]. 中国老年学杂志,2003;23(3):156-158.

[14] Olichney JM,Morris SK,Ochoa-C,et al. Abnormal verbal event related potentials in mild cognitive impairement ant incipient Alzhemier's disease[J]. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychaiatry,2002;73(4):377-386.

[15] 欧红霞,陈 平,张 宁,等.抑郁患者的认知功能初步研究[J]. 中国心理卫生杂志,2001;15(5):340-341.

[16] Geerings MI,Deeg DJ,Schmand B,et al. Increased risk of mortality in Alzheimer's disease patients with more advanced education:a replication study[J]. Neurology,1997;49(3):798-802.

[17] Small G,Erkinjuntti T,Kurz A,et al. Galantamine in the treatment of cognitive decline in patients with vascular dementia or Alzheimer's disease with cerebrovascular disease[J]. CNS Drugs,2003;17(12):905-914.

(责任编辑:关蕴良)

(上接第 464 页)

//www.paper.edu.cn/downloadpaper.phpserial_number=200611-466,2006-11-19.

[8] 林绚晖,阎巩固.大学生上网行为及网络成瘾探讨[J]. 中国心理卫生杂志,2001;15(4):281-283.

[9] 梁宁建,吴明证,杨轶冰,等.大学生网络成瘾与幸福感关系研究[J]. 心理科学,2006;29(2):294-296.

[10] 叶新东.网络成瘾研究概述[J].心理科学,2004;27(6):1446-1448.

[11] Young KS.Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment[J]. In clinical Practice:A Source Book,1997;17(1):19-31.

[12] Scherer K.College life on-line:healthy and unhealthy internet use[J]. Journal of College Life and Development,1997;38(2):655-665.

[13] 江楠楠,郭培芳.国外对因特网成瘾障碍的研究[J].心理科学,2003;26(1):178-179.

(责任编辑:谭乐勤)

(上接第 489 页)

[10] 李少林,陈晓品,吴凯南.乳腺癌的生物学特性和临床对策[M]. 北京:科学出版社,2004.178-193.

[11] Trudeau ME,Pritchard KI,Chapman JA,et al.Prognostic factors affecting the natural history of node-negative breast cancer[J]. Breast Cancer Res Treat,2005;89(1):35-45.

[12] Korkolis DP,Tsoli E,Fouskakis D,et al .Tumor histology and stage but not p53,Her2-neu or cathepsin-D expression are independent prognostic factors in breast cancer patients[J]. Anticancer Res,2004;24(3b):2061-2068.

[13] Hehr T,Classen J,Huth M,et al. Postmastectomy radiotherapy of the chest wall comparison of electron-rotation technique and common tangential photon fields[J]. Strahlenther Onkol,2004;180(10):629-636.

[14] Skasko E,Paszko Z,Mazur S.A new look at the prognostic value of the estrogen,progesterone and epidermal growth factor receptors in breast cancer tissue[J]. Neoplasma,2005;52(1):10-17.

[15] 周 艳,张 毅,梁 燕,等.乳腺癌雌激素受体 β 表达与临床病理及预后标志物的关系 [J]. 第三军医大学学报,2007;29(11):1090-1092.

(责任编辑:冉明会)