维普资讯 http://www.cqvip.com

(13)
211-213

提上睑肌缩短术治疗先天性上睑下垂87眼临床分析

第一医院眼科 陶永贤 杨淑林 周善璧

R 777.150.5

提 要 本文对我院16年来有完整记录的，提上睑肌肌力≤5mm的先天性上睑下垂69例87眼进行了临床分析，从远期随访到的44眼中有24眼达治愈，治愈率为55%，笔者提出术中必须提高上眼睑的位置至角膜上缘或上缘下1mm，才能达到满意的效果并对此手术的可行性进行了详尽的讨论。术者认为术中剪断节制韧带，充分游离提上睑肌是保证手术成功的关键

关键词 上睑下垂；提上睑肌缩短术 眼外科手术，治疗

中图分类号 R777.45

近20年来，国内各地采用提上睑肌缩短术治疗上睑下垂取得了较好的效果。我院从1975年开始采用这种手术。本文通过对肌力差的69例87眼和获得随访的39例44眼的临床分析，提出作者的体会，现报告如下。

临床资料

1 一般资料 69例中男38例，女31例，最小年龄5岁，最大年龄39岁，绝大多数在16～20岁。本组病例提上睑肌肌力均在5mm以下，其中≤3mm的有69眼。当双眼平视前方时，上睑缘的位置大多数者遮住了角膜中央反光点，随访时间2～13年。

2 术前检查 术前均由术者用毫米刻度尺测量提上睑肌的肌力，即在压迫额肌的情况下，先将刻度尺上0的刻度对准病人向下注视时的上睑缘，然后记下病人用力向上注视时上睑缘在刻度尺上所对应的刻度。术前还对上直肌的功能进行仔细检查，无Bells现象者被视为禁忌，有斜视，特别是有下斜视者先进行斜视矫正后方考虑手术。

3 手术方法 手术方式是采用Putterman—Urist提倡的内外路联合法（即皮肤与结膜面均切开暴露提上睑肌）。手术均打开眶隔，剪断节制韧带，充分松动和游离提上睑肌。只是提上睑肌附着在睑板的缝线最后要穿出皮肤，产生永久的皮肤皱褶，一次完成重睑手术，凡是对侧为单眼皮的单侧睑下垂，均对健侧行双重睑手术。手术量没有公式计算，手术时均将上睑缘上提到角膜上缘或上缘下1mm，八岁以下的小孩手术在全麻下进行，全麻下同样可以进行上睑高度的调整。

疗效观察

1 疗效评定标准 参照1979年Andersen和Dixou's提出的标准，以远期随访残余睑下垂≤1mm，即上睑缘遮盖角膜≤3mm为成功[1]。笔者将手术效果分为治愈，矫正不足和过矫三类。其中治愈又分为Ⅰ级治愈和Ⅱ级治愈。凡上睑缘遮盖角膜1～2mm为Ⅰ级治愈，上睑缘遮盖角膜2～3mm为Ⅱ级治愈。如上睑缘遮盖角膜大于3mm，角膜中央反光点仍可露出者为矫正不足；露出上方角膜缘为过矫。

2 结果 肌力≤5mm的87眼中，在术后二周内上睑缘达正常者61眼，占70%。本组病例获得远期随访者仅44眼，随访时间最长达13年，最短2年。44眼中，24眼获得治愈，治愈率为55%。其中Ⅰ级治愈14眼，Ⅱ级治愈10眼，矫正不足20眼，无一例过矫。

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 手术并发症 一例发生暴露性角膜炎，一例术后早期发生成角膜[illegible]，进行了手术矫正。绝大部分病例除留有轻度睑闭合不全外，一般无特殊并发症。

讨 论

提上睑肌缩短术目的是把下垂的上睑提到正常高度。那么在手术时应该把上睑上提到什么位置才能使手术后达到理想的高度呢？Berlin等注意到一般的医生都喜欢欠矫而害怕过矫[2]。还有的医生为了避免暴露性角膜炎在手术时以眼睑闭合情况来决定上眼睑矫正的高度，结果手术成功率极低。Berlin等认为早期应该过矫，早期过矫可使大多数病例获得成功，即使过矫持续存在也容易得到纠正。而早期欠矫将造成永久矫正不足。他们复习了1980—1987年间所作的提上睑肌手术，术中将眼睑高度提到高于术后理想水平1～2mm，即过矫1～2mm，取得了较好的效果[2]。国内尹氏张氏也对上睑高度进行过矫，取得了良好的效果[4,5]。

提上睑肌缩短术与矫正斜视的肌切除手术相类似，即使手术当时矫正满意，随着时间的推移，被切除的肌肉逐渐变长，常可导致斜视复发[3]。同样，提上睑肌缩短术在切除一定长度肌肉后，残留的提上睑肌在病人用力闭眼的作用下慢慢拉长，使手术效果逐渐减弱。本组未成功的20眼，17眼在手术当时没有过矫、另外3眼于术时发现眼睑闭合不好，而手术矫正量保守些，随访时上睑缘只高于角膜中央反光点0.5mm左右。因此笔者认为手术当时必须过矫，尽量切除提上睑肌，把上眼睑提到正常水平以上，才能为术后上睑缘下落留有余地[4]。

提上睑肌缩短术最大的优点是能在术中调整眼睑的位置，即使在全麻下也是如此。而内外路结合法能充分地游离提上睑肌，为最大量地切除提上睑肌提供了方便，保证了手术时过矫量的完成。当然此手术是人为地把上睑提高，由于眼睑闭合不全而有发生暴露性角膜炎的可能，但只要术毕作下睑frost缝线，把下睑向上牵拉，在结膜囊里涂大量眼膏保护角膜并在术后较长一段时间里，坚持睡眠时涂抗生素眼膏，暴露性角膜炎一般可以避免。鉴于术后要精心护理，保护角膜，12岁以下的小孩除非急需要治疗弱视者，一般不提倡此手术。另外，由于手术时提上睑肌游离充分，上直肌可能受损伤。如有此情况发生，术后适当应用激素，维生素及血管扩张剂类药物，眼球的外上转功能将在很短时间内恢复。

Berlin等的研究得出提上睑肌肌力的强弱和麻醉方式不影响手术成功率[2]。国内尹氏用过矫方式切除提上睑肌治疗肌力丧失的睑下垂，85%获得成功[4]。张氏将重度双侧睑下垂病例均矫至角膜上缘86%获得Ⅰ级治愈[5]。术组病例肌力均≤5mm，其中≤3mm的有89眼。以往对肌力差的（0～3mm）病例，都选择作额肌悬吊术，不主张作提上睑肌缩短术。在获得随访的44眼中，27眼是肌力≤3mm的，其中有15眼成功。成功的原因是术时实行了过矫。因此笔者认为该术适合于任何肌力的先天性上睑下垂。手术成功的关键是术时要把上眼睑上提到正常水平以上1～2mm，且彻底剪断节制韧带，充分游离提上睑肌是实行过矫的保证。

参 考 文 献

[1] Anderson KI. Arch ophthalmol 1979; 97:1123

[2] Btrlin, et al. Ephihalmology 1989; 96:1033

[3] Davial, L. Gayton: Strabismus surgery. 4th Ed p85 Rob and Smiths Opthalmil Surgery, 1983;

[4] 尹树国，等.眼外伤职业病杂志 1987;3:129

[5] 张繁友，等.中华眼科杂志 1988;6:381

（收稿日期 1993-04-05）

维普资讯 http://www.cqvip.com

CLINICAL ANALYSIS OF EIGHT-SEVEN EYES OF CONGENITAL PTOSIS TREATED BY LEVATOR APONEUROSIS SHORTENG OPERATION

Tao Yunxian, et al

Dept. of Ophalmology, The First Hospital

We analysed eight-seven eyes of sixty-nine cases seen recend sixteen years who had congenital ptosis with levator function≤5mm. Forty-four eyes were followed up and were cured. The cure-rate was 55%. In order to get satisfactory result, we emphasize that during operation the margin of upper eyelid must be elevated to upper margin of cornea or 1 mm below. We recognized that cutting whitnall's ligament and isolating the levator muscle completely is the key step of success of operation

KEY WORDS Ptosis; Shortening levator aponeurosis operation

可摘义齿打磨耗时的原因探讨

第一医院口腔科　李大淇　邹顺珠

中图分类号 R783.6

打磨是制作义齿的最后工序，在制作过程中若忽视常规操作，义齿可能产生气泡，多余塑料和大量石膏附着，对打磨造成很大困难。本文仅就义齿打磨耗时主要原因作一探讨。

1. 修整模型不准

修整工作模型上的石膏瘤时刮得过深，使模型形成凹陷；模型上的气泡和倒凹未作填补，使义齿组织面和倒凹区产生多余塑料，打磨时难以准确磨除，给戴牙造成困难。

2. 制作蜡托的问题

未按设计要求制作，诸如蜡基托面积过大过厚（超过2mm），或厚薄不均，表面不平，边缘伸展过度；雕刻牙冠显露不充分，使外形不美观，均可使打磨耗时。

3. 装盒问题

装盒时型盒活动底板未放吻合，在填塑加压时石膏模型发生圆型破裂；模型未浸湿，使新旧石膏接合不密，包埋固位体时形成倒凹；蜡型暴露不够，待溶蜡后形成悬空石膏和薄边；调拌石膏时粉与水之比例不当，装盒时振动不好，蜡型表面形成气泡，导致分盒冲蜡或填塑加压时发生石膏破碎脱落，造成多余塑料，磨除费时。

4. 涂刷分离剂的问题

烫盒溶蜡时温度过高，时间过长，蜡液浸入模型很难冲净，分离剂难以附着；涂刷分离剂的方法不妥，模型上未形成分离膜；有的甚至未涂分离剂，又未采用其它措施，使大量石膏附于义齿基托上，需很多时间打磨。

5. 调配塑料粉与充填的问题

调配塑料粉与单体的比例不当，搅拌不匀，或次数过多，杯盖不密合，填塑过早或过晚，塑料在空气中暴露过久，填塑不足，型盒夹夹紧，填塑后未及时煮盒，升温过快过高，都可使塑料产生气泡。填塑前未将悬空石膏和薄边修除，压合时将其压碎，使碎渣嵌入塑料中又未清除；填塑时不慎将分离膜损坏未补涂；封盒时牙冠和基托上再滴吸单体过多，使石膏紧附于义齿基托，出现这些问题不仅难磨耗时，还需修补，甚至返工。

分析以上不同原因，针对制作中各工序可能出现的问题，采取相应的措施，以期提高义齿质量，节约打磨义齿的时间，节省材料。

（本文呈蒙陈天明副主任医师指导修改特致谢）