

联合手术治疗退行性下睑内翻伴松弛

蒋 琤¹, 杨 勤²

作者单位:¹(215228)中国江苏省苏州市,江苏盛泽医院眼科;
²(210029)中国江苏省南京市,南京医科大学第一附属医院眼科

作者简介:蒋琤,女,本科,副主任医师,研究方向:眼科临床。

通讯作者:杨勤,女,副主任医师,研究方向:白内障. dr_yangqin@163.com

收稿日期:2014-02-24 修回日期:2014-06-06

Combined operation for the relaxation of degenerative entropion

Cheng Jiang¹, Qin Yang²

¹Department of Ophthalmology, Jiangsu Shengze Hospital, Soochow 215228, Jiangsu Province, China; ²Department of Ophthalmology, the First Affiliated Hospital with Nanjing Medical University, Nanjing 210029, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Qin Yang. Department of Ophthalmology, the First Affiliated Hospital with Nanjing Medical University, Nanjing 210029, Jiangsu Province, China. dr_yangqin@163.com

Received:2014-02-24 Accepted:2014-06-06

Abstract

• AIM: To analyze and explore the clinical efficacy of strengthening lateral tarsal strip and advancing lower eyelid retractor for the treatment of degenerative entropion with eyelid relaxation

• METHODS: Reviewed from January 2011 to January 2013, 21 cases (33 eyes) of degenerative entropion eyelid relaxation were treated with operation of strengthening lateral tarsal strip and advancing lower eyelid retractor (fornix conjunctival incision), the follow-up was 12-24mo, curative effect was observed.

• RESULTS: All the patients were cured completely, have no recurrence or overcorrection phenomenon. The cure rate of operation was 100%, there was no complication.

• CONCLUSION: Operation of strengthening lateral tarsal strip and advancing lower eyelid retractor is a safe, reliable, efficient operation to the treatment of degenerative entropion with mode of eyelid relaxation.

• KEYWORDS: degenerative entropion; eyelid relaxation; operation of strengthening lateral tarsal strip; advancing lower eyelid retractor

Citation: Jiang C, Yang Q. Combined operation for the relaxation of degenerative entropion. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2014;14(7):1352-1353

摘要

目的:分析和探讨外侧睑板条悬吊联合下睑缩肌前徙手术治疗退行性下睑内翻伴眼睑松弛的临床疗效。

方法:回顾本院2011-01/2013-01对21例33眼退行性下睑内翻伴眼睑松弛患者施行外侧睑板条悬吊联合下睑缩肌前徙术(穹隆结膜切口),随访12~24mo,观察其疗效。

结果:所有患者术后均得到完全矫正,未见复发或过矫现象发生,手术治愈率为100%,均未出现并发症。

结论:外侧睑板条悬吊联合下睑缩肌前徙术是治疗退行性下睑内翻伴眼睑松弛的一种安全、可靠、有效的手术方式。

关键词:退行性下睑内翻;眼睑松弛;外侧睑板条悬吊术;下睑缩肌前徙术

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2014.07.54

引用:蒋琤,杨勤.联合手术治疗退行性下睑内翻伴松弛.国际眼科杂志2014;14(7):1352-1353

0 引言

退行性下睑内翻是眼科老年人的常见病、多发病,由于睫毛与眼球的接触和刺激,病变轻者可因角膜上皮损伤而产生异物感、疼痛、溢泪;病变严重者可出现角膜浸润、溃疡、血管翳甚至混浊,对视力产生严重危害甚至最终致盲^[1]。这些病变无论轻重都给患者造成不同程度的痛苦,严重影响日常生活,目前手术治疗是主要的矫正途径。2011-01/2013-01我院采用外侧睑板条悬吊联合下睑缩肌前徙术(穹隆结膜切口)治疗退行性下睑内翻伴眼睑松弛21例33眼,治疗效果满意,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取2011-01/2013-01期间就诊于我院的退行性下睑内翻伴眼睑松弛病例21例33眼。男13例22眼,女8例11眼,年龄52~80(平均65.5)岁,病程6~36mo,7例患者角膜透明,11例患者均存在不同程度的角膜混浊,3例患者有角膜新生血管翳,所有患者均有不同程度的畏光、流泪现象。排除其他形式的睑内翻,如痉挛性、瘢痕性、先天性下睑内翻,同时排除以前眼睑或眶周有外伤或手术史的病例。患者均为睁眼时下睑内翻,睫毛与角膜相接触引起不适而要求手术治疗的,同时下睑皮肤均有不同程度的松弛皱襞形成。

1.2 方法 术前准备:术前常规全身检查,常规裂隙灯检查、眼压检查。术前3d抗生素眼液点眼4次/d。手术方法(穹隆结膜切口)^[2]:睑缘处皮下及穹隆部结膜下20g/L利多卡因与7.5g/L布比卡因(1:1混合,含1:100000肾上腺素)浸润麻醉。外眦部做皮肤水平切开约5mm,将剪刀放在外眦水平位置,剪开轮匝肌和眶缘下的外眦韧带,做外眦切开。下睑的外眦韧带切开后即可与眶缘分离。剪断外眦韧带下支,由外向内沿睑板下缘剪开下睑缩肌和

结膜,分离下睑缩肌与结膜,切除下睑缩肌5mm左右(视内翻严重程度而定)。将断端以6-0号可吸收线重新缝合于睑板下缘,结膜切口可不必缝合。将眼睑外侧拉向眶缘以估计需要的切除量。在预计的新外眦角处作标记。自标记处向外作灰线切开,将标记之外的皮肤、轮匝肌从睑板上切除,裸露的睑板下方切开结膜制成5mm宽之睑板条,刮除或烧灼除去睑板条睑结膜面和睑缘的上皮,剪除多余的睑板。在外眦切口处以蚊式钳分离暴露出外眶缘骨膜。4-0号涤纶线将睑板条标记处以褥式缝合固定于原切口上2mm至下3mm之外眶缘内面骨膜。间断缝合皮下组织及皮肤。术后处理:术后患眼结膜囊涂抗生素眼膏保护角膜,适度加压包扎,第2d换药,5~7d后拆除皮肤缝线。术后2wk;1,3,6,12,18,24mo复诊。

2 结果

判定下睑内翻伴眼睑松弛是否得到矫正的标准^[3]:

(1)治愈:下睑贴伏眼球,睑缘灰线不离开眼球;睑板松弛程度通过拉动下睑离开眼球 Hill 试验来检查未超过8mm;向上注视时无明显睑球分离;令患者闭眼后睁眼,睑缘复位正常,不向内翻卷;外眦角无畸形;球结膜充血及眼部刺激症状消失。(2)未愈:睑缘角状畸形,全部或部分内翻或内卷,睫毛接触眼球,眼部症状未改善或有所改善。

根据上述判定标准进行疗效评价,所有病例术后均获成功,术后第1d下眼睑皮肤张力较大,3~5d后眼睑皮肤已恢复正常张力,5~7d拆线时皮肤切口一期愈合,皮肤皱折消失,眼睑内翻完全矫正,睫毛外生,无眼睑外翻,无流泪,无明显睑球分离,外眦角无畸形,眼睑开合无受限。随访12~24mo,期间所有患者均无外眦角畸形,无明显睁闭眼受限,下睑板及睑皮肤紧张度适中,下睑皮肤无皱折,未见复发或过矫现象发生,全部达到治愈标准,效果满意。

3 讨论

退行性睑内翻为老年人的常见病、多发病,临床表现为当闭合眼睑时,下睑缘向内翻转,睁开后睑缘无力恢复正常位置,要用手将下眼睑轻轻向下牵拉,下睑缘方能恢复到正常位置,内翻的睫毛刺激角膜,患者有畏光、流泪、异物感等症状,睫毛摩擦角膜致角膜上皮脱落,如继发感染,可以发展为角膜溃疡,愈后遗有角膜白斑,也可新生血管长入,使角膜失去透明,从而导致严重的视力障碍。其原因较复杂,目前随着对眼睑解剖和病理、生理的进一步了解,发现其发生与年龄增长及眼睑的退行性变化相关联,目前认为这种退行性睑内翻的发病原因与眼睑解剖结构和功能异常有关^[4],主要病因有两种情况:一种为眼轮匝肌痉挛,肌纤维向上卷缩而使眼睑内翻;另一种为下睑缩肌无力,眶隔和下睑皮肤松弛,睑板下缘倾向外,睑缘则向内(轮匝肌收缩有两种力量,一时使上下睑紧贴眼球,二是使上下睑互相接近)^[5],后者又称老年性睑内翻、慢性痉挛性睑内翻,发生率较高,大多见于老年人的下睑(由于上睑板发育良好,加上提上睑肌腱及上睑 Müller 肌比下睑缩肌要强得多,所以退行性睑内翻很少发生在上睑)。随着年龄的增长,皮肤、浅筋膜和肌肉变得松弛,特别是下睑缩肌的松弛,减少了对下睑的支持作用;加上眼球的内陷,使下睑不能和眼球保持密切的接触,因此在睑板前轮匝肌收缩时出现下睑缘内卷。同时,退行性下睑内翻的患者还有一共同特征,即下睑膨凸,是由下睑缩肌、眶隔及皮肤松弛造成的^[2]。该类患者

在临床诊断时,除了用力闭眼即可出现下睑缘内卷之外,还能查到组织松弛的证据:拉住下睑皮肤,眼球到眼睑的距离超过8mm,此为眼睑水平松弛。

手术是治疗退行性下睑内翻伴眼睑松弛的主要治疗方法,目前流行的手术方式甚多,主要是适当切除睑缘附近的皮肤,加强其紧张性,同时剪除或剪断部分眼轮匝肌纤维,以减弱其作用。还有缝线矫正及皮肤睑板固定等方法,这些手术方式虽简单易行,但效果并不理想,有较高的复发率。所有这些方法都忽视了维持睑板位置的一个重要结构——下睑缩肌,其与眼轮匝肌互相拮抗,当发生明显松弛延长,张力不足时,轮匝肌的作用导致眼肌向内翻转。所以对眼结构明显松弛的下睑内翻,强化下睑缩肌的作用尤为重要^[6]。外侧睑板条悬吊联合下睑缩肌前徙术正是针对退行性下睑内翻伴眼睑松弛的主要致病因素所采取的最有效的改良手术方式,其手术原理是:通过将下睑缩肌缩短后固定于睑板下缘以加强下睑缩肌的力量;通过下睑板的部分切除及将其游离端悬吊于外眦韧带的方式,从而缩短眼睑的水平长度改善水平松弛;另外通过皮肤的楔形切除去掉松弛的皮肤,进一步增加下睑的张力,消除皮肤的皱折,使眼部外观得到明显的改善。

本组21例退行性下睑内翻伴眼睑松弛的患者,施行以上手术后经较长时间的随访(12~24mo),均未复发。术中体会总结为以下几点:(1)局部浸润麻醉时麻醉剂量不宜过多,一般不超过3mL,过多会导致睑结膜水肿,睑球暂时性脱离,局部水肿明显,影响手术效果的观察。(2)术式为内切口,明显缩短了皮肤切口,有助于美观,但术中需注意保护眼球,避免损伤角膜。(3)睑球脱离、下睑外翻是此手术最常见的并发症,易引起流泪、暴露性角膜炎、面部表情僵硬等并发症,因此术中切除下睑缩肌量时宜保守,避免下睑退缩及外翻。(4)术中游离的睑板及皮肤瓣均需明确固定在外眦韧带上,才能维持下睑持久的张力,不致睑内翻复发,同时有效避免外眦角的畸形及皮肤皱折的发生;(5)睑板条睑结膜面和睑缘的上皮面必须烧灼除尽,以促进与外眦韧带的生长愈合;(6)下睑松弛是老年人常见的表现,使其更显苍老和萎靡,对面容美观有一定的影响,术中需正确估计需要切除的皮肤及肌肉组织量,从而达到美容的效果;(7)术中须严格止血,术后加压包扎,减少皮下瘀血的发生。

实践证明该术式吸取多种手术的优点,摒弃其弊端,对矫正退行性下睑内翻伴松弛疗效显著,术后基本无复发且外形自然,在矫正下睑内翻的同时又改善了眼部外观,使患者一次手术获得治疗疾病和美容的双重功效。虽然术式较复杂,对术者的技术要求较高,但在熟悉眼睑解剖,具备熟练手术技巧的前提下,该术式效果可靠,值得推广。

参考文献

- 葛坚. 眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005:128
- 徐乃江. 眼整形美容手术. 上海:上海科技教育出版社 2007:80-87
- 于建康,魏萍. 眼轮匝肌缩短联合皮肤切除矫治老年性下睑内翻. 中国美容医学 2010;19(12):1788
- 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2004:872
- 魏文斌,施玉英. 眼科手术操作与技巧. 北京:人民卫生出版社 2011:22
- 周元升,李泽宜,蔡建毫. 下睑缩肌折叠术矫正老年性下睑内翻. 国际眼科杂志 2012;12(1):190-191