

提上睑肌中央腱膜切断术治疗甲状腺相关眼病上睑退缩

朱华丽, 闫林, 江文, 黄玲, 李莉, 张晓

作者单位: (610051) 中国四川省成都市, 核工业四一六医院眼科
作者简介: 朱华丽, 女, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 眼底病和甲状腺相关眼病。

通讯作者: 朱华丽. zhl_eileen@163.com

收稿日期: 2012-07-09 修回日期: 2012-10-19

Central aponeurosis disinsertion of the levator in correcting upper eyelid retraction in patients with thyroid associated ophthalmopathy

Hua-Li Zhu, Lin Yan, Wen Jiang, Ling Huang, Li Li, Xiao Zhang

Department of Ophthalmology, No. 416 Hospital, Chengdu 610051, Sichuan Province, China

Correspondence to: Hua-Li Zhu. Department of Ophthalmology, No. 416 Hospital, Chengdu 610051, Sichuan Province, China. zhl_eileen@163.com

Received: 2012-07-09 Accepted: 2012-10-19

Abstract

• AIM: To evaluate the clinical effect of central aponeurosis disinsertion of the levator in correcting upper eyelid retraction in patients with thyroid associated ophthalmopathy.

• METHODS: Thirty-five patients 52 eyelids with inactive thyroid associated ophthalmopathy were recruited. All patients had a typical manifestation of upper eyelid retraction.

• RESULTS: All patients had subjective improvement in appearance and symptom. All patients' upper eyelid retraction was obviously corrected.

• CONCLUSION: Central aponeurosis disinsertion of the levator is effective in correcting upper eyelid retraction.

• KEYWORDS: thyroid associated ophthalmopathy; upper eyelid retraction; central aponeurosis disinsertion of the levator

Citation: Zhu HL, Yan L, Jiang W, et al. Central aponeurosis disinsertion of the levator in correcting upper eyelid retraction in patients with thyroid associated ophthalmopathy. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(11):2165-2166

摘要

目的: 评估提上睑肌中央腱膜切断术矫正甲状腺相关眼病上睑退缩的临床疗效。

方法: 对 35 例 52 眼以上睑退缩为主要表现的静止期甲状腺相关眼病患者采用提上睑肌中央腱膜切断术矫正退缩的上睑, 并观察其临床疗效。

结果: 术后所有患者上睑退缩均得以矫正, 自觉症状不同程度减轻或消失。

结论: 提上睑肌中央腱膜切断术能有效矫正甲状腺相关眼病的中度上睑退缩。

关键词: 甲状腺相关眼病; 上睑退缩; 提上睑肌中央腱膜切断术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.11.36

引用: 朱华丽, 闫林, 江文, 等. 提上睑肌中央腱膜切断术治疗甲状腺相关眼病上睑退缩. *国际眼科杂志* 2012;12(11):2165-2166

0 引言

甲状腺相关眼病 (thyroid associated ophthalmopathy, TAO) 是最常见的单双侧眼球突出的原因^[1]。其临床表现包括眼睑退缩、迟滞、眼球突出、结膜水肿、眼睑肿胀、限制性眼疾病和压迫性视神经病变。上睑退缩是最常见的眼睑征, 且多为首发症状。85% 以上的患者有此体征^[2]。上睑退缩不仅影响外观, 而且由于眼睑闭合不全易造成眼部不适和角膜损害, 严重者可发生角膜溃疡甚至失明。对保守治疗无效的上睑退缩, 手术是唯一的治疗方法。我们采用提上睑肌中央腱膜切断术矫正 TAO 引起的上睑退缩, 取得良好效果, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集 2009-04/08 提上睑肌中央腱膜切断术治疗的 TAO 上睑退缩患者 35 例 52 眼, 其中女 21 例 31 眼, 男 14 例 21 眼, 年龄 20~63 (平均 36.9) 岁。术前行甲状腺功能检查及常规眼科检查, 包括视力和色觉, 裂隙灯及眼底镜检查, 眼球突出度, 平视时睑裂宽度, 上睑缘角膜映光距离, 眼睑闭合情况, 上睑迟滞情况, 平视时外观照相。入选标准: (1) 双眼或单眼上睑退缩 2~4mm 者; (2) 眼病症状稳定 6mo 以上者; (3) 甲状腺功能亢进病情稳定, 甲状腺功能正常者; (4) 双眼球突出度 ≤ 20 mm 者。排除标准: (1) 双眼或单眼上睑退缩 > 4 mm 者; (2) 甲状腺功能亢进病情未稳定, 甲状腺功能不正常者; (3) 其他原因引起的上睑退缩。如外伤、先天性等。

1.2 方法 标记重睑线。局部浸润麻醉后, 切开皮肤, 切除多余的皮肤及皮下组织; 分离睑板前轮匝肌, 暴露睑板; 向上分离约 5~6mm, 切开眶隔, 切除部分眶脂肪; 充分分离提上睑肌腱膜, 分离粘连组织, 沿睑板上缘水平, 切断提上睑肌-Müller's 肌复合体的中央部分, 深度达睑结膜面。断腱的程度以观察上睑位置是否矫正为标准。观察效果满意后缝合切口。观察指标: (1) 睑裂高度: 患者取坐位, 第一眼位时通过瞳孔中心上下睑缘之间的距离; (2) 上睑缘角膜映光距离: 平视时上睑缘中点到角膜映光点的距离^[3]; (3) 观察眼睑闭合情况; (4) 上睑迟滞情况; (5) 角膜情况; (6) 术后眼睑水肿情况。

统计学分析: 应用 SPSS 13.0 软件包进行分析, 治疗前后睑裂高度、上睑缘角膜映光距离, 用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用配对 *t* 检验; $P < 0.05$ 认为有统计学差异。

2 结果

术后随访 6mo 以上,术前患者睑裂高度为 10 ~ 14mm,术后为 7 ~ 10mm,平均下降 3.4mm,术后 6mo 睑裂高度与术前比较有统计学差异($P < 0.05$,表 1)。术前患者上睑缘角膜映光距离为 6 ~ 10mm,术后为 3 ~ 6mm,平均下降 3.2mm。手术前后上睑缘角膜映光距离比较有统计学差异($P < 0.05$,表 1)。术前 42 眼存在角膜上皮损伤,术后 39 眼角膜上皮修复。术前 46 眼闭合不全,术后 43 眼闭合完全。术后疗效判断:疗效优者 24 例(68.5%),即术后两眼睑裂大小基本对称,角膜正常;疗效良者 9 例(25.7%),即两眼睑裂高度相差 $< 1\text{mm}$,角膜正常;疗效一般者 1 例(2.9%),即 $1\text{mm} <$ 两眼睑裂高度相差 $< 2\text{mm}$,角膜轻损害;疗效差者 1 例(2.9%),即两眼睑裂高度相差 $> 2\text{mm}$,角膜仍有损害。术后患者眼睑均存在轻度肿胀,术后 1mo 肿胀基本消失。术后患者睑缘弧度良好,外观均有所改善,上睑迟滞体征均好转,见图 1。随访期间,术前存在异物感、畏光、流泪等症状的患者,术后症状均明显缓解或消失。

3 讨论

上睑退缩是甲状腺相关眼病最为常见的体征之一,目前认为其发病机制早期是由于提上睑肌和 Müller's 肌水肿和淋巴细胞等炎症细胞浸润以及交感神经兴奋期等引起,后期则是因肌肉肥厚及纤维化所致^[4]。因此,原则上早期或活动性 TAO 的上睑退缩病例宜采用保守治疗,如全身和局部应用激素等。后期则需要手术矫正。另外,眼球突出与限制性斜视等改变会引起眼睑退缩加重,其中一眼或双眼限制性下斜视常引起一眼或双眼明显的上睑退缩^[4]。还有学者认为提上睑肌与周围组织的异常粘连是引起上睑退缩的重要原因^[5]。

药物治疗和放射治疗可缓解或治愈部分病例的眼睑退缩,但不少病例仅能部分或不能缓解,明显的眼睑退缩会引起眼睑闭合不全而造成角膜损伤,并影响外观。因此,眼睑退缩已成为眼科临床的一大课题。对保守治疗无效的眼睑退缩,只能依靠手术方法减弱提上睑肌和 Müller's 肌的肌力^[6]。手术方式包括 Müller's 肌切除术、提上睑肌中央腱膜切断术、提上睑肌和 Müller's 肌后徙术、提上睑肌和 Müller's 肌延长术等^[7-9]。因临床上存在药物治愈的患者,因此,手术时机应选择于静止期^[6],即甲状腺相关眼病保持稳定 6mo 以上,且甲状腺功能正常。

本研究中,我们选择提上睑肌中央腱膜切断术是从皮肤入路,操作简单,易于掌握。该手术利用上睑下垂的反向原理,只切断中央腱膜,不影响其他功能结构。故上睑能有效地下降,还能维持正常的睑缘弧度和提上睑肌的功能。但手术难以量化,手术效果与术前、术中的准确评估及术者的手术经验有关。影响术后欠矫与过矫的一个重要因素是术前上睑退缩量的测量。术前准确测量上睑退缩量对手术方法的选择和手术量的估计极为重要。因此,术前可通过睑裂宽度、上睑缘角膜映光距离、上方巩膜暴露距离量化上睑退缩程度。术中应反复观察,嘱患者睁眼或闭合眼睑,判断上睑睑位,根据睑位情况可不断调整。如上睑需进一步下降,则可将中央切口向内或外侧扩大,依据所需要的眼睑弧度而定。多数患者需要向外侧延长。该手术术中可反复调整,因而不易过矫致上睑下垂。我们发现部分术中欠矫的患者,在充分分离提上睑肌与周围组织的粘连后,上睑均能恢复至满意位置,这也说明提上睑肌与周围组织的异常粘连可能是引起上睑退缩的原因之

表 1 患者术前与术后睑裂高度及上睑缘角膜映光距离比较

指标	术前	术后	P
睑裂高度	11.85±1.15	8.41±0.94	<0.05
上睑缘角膜映光距离	7.61±1.14	4.39±0.81	<0.05

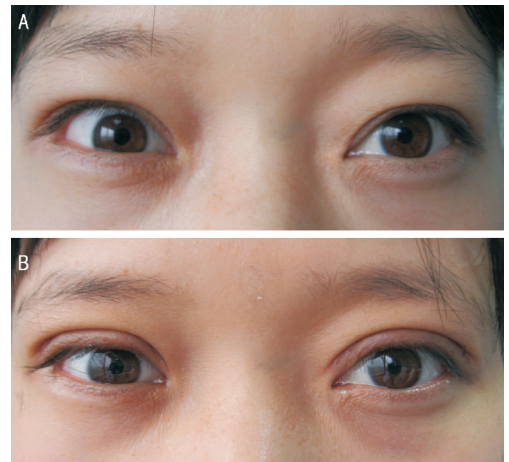


图 1 甲状腺相关眼病上睑退缩患者术前术后对比 A:术前; B:术后。

一,而松解粘连是达到理想效果的重要步骤。但该术式有可能出现颞侧巩膜暴露,且对上方巩膜暴露 4mm 以上的患者容易出现欠矫。因此,根据我们的经验及文献报道重度上睑退缩的患者选择提上睑肌腱膜延长术或提上睑肌腱膜切断+异体巩膜延长术更为适宜^[10]。通过该手术矫正上睑退缩后,患者睑裂明显缩小、角膜暴露面积减少,显著减轻异物感、流泪、畏光等症状,缓解眼干,并能改善患者外观。

综上所述,我们认为提上睑肌中央腱膜切断术手术步骤简单,操作容易,对局部组织损伤少,术后眼睑反应轻,并发症少,术后效果明显、持续,且患者所花费用也较少,是矫正甲状腺相关眼病上睑退缩的一种良好术式,尤其是对上方巩膜暴露 $\leq 4\text{mm}$ 者。

参考文献

- 戴晓秦,叶明霞.两种术式治疗甲状腺相关眼病上睑退缩的比较.中华整形外科杂志 2006;22(5):358-361
- 肖利华.甲状腺相关眼病的诊断和治疗.中国眼耳鼻喉杂志 2006;16(3):140-142
- 吴中耀.现代眼肿瘤眼眶病学.北京:人民军医出版社 2002:464-500
- 颜建华,吴中耀.甲状腺相关眼病上睑退缩的治疗.眼视光学杂志 2005;7(1):50-56
- 朱晓波,庞友鉴,鲍炯琳.甲状腺相关眼病上睑退缩 20 例的手术治疗.国际眼科杂志 2005;5(3):487-489
- 李冬梅,陈涛,秦毅,等.提上睑肌-Müller's 氏肌延长术矫正中、重度上睑退缩.临床眼科杂志 2006;14(2):149-151
- Elner VM, Hassan AS, Frueh BR. Graded full-thickness anterior blepharotomy for upper eyelid retraction. Arch Ophthalmol 2004;22(1):55-60
- Morits M, Sasim IV. A single technique to correct various degrees of upper lid retraction in patients with Graves' orbitopathy. Br J Ophthalmol 1999;83(1):81-84
- Fenton S, Kemp EG. A review of the outcome of upper lid lowering for eyelid retraction and complications of spacers at a single eye over five years. Orbit 2002;21(4):289-294
- 李妍,武群英,肖丽,等.上睑退缩手术治疗与效果观察.国际眼科杂志 2012;12(3):514-516