

change [ J ]. *J Am Coll Surg*, 1997, 184(1): 84~92.

- [ 3 ] Heald RJ, Karanjia ND. Results of radical surgery rectal cancer [ J ]. *World J Surg*, 1992, 16(5): 848~857.
- [ 4 ] Hemanek P, Wiebelt H, Staimmer D, et al. Prognostic factors of rectum carcinoma: Experience of the German multicentre study [ J ]. *Tumori*, 1995, 81(3 Suppl): 60~64.

- [ 5 ] 郁宝铭. 低位直肠癌外科治疗的回顾、现状与展望 [ J ]. *中华普通外科杂志*, 2002, 17(7): 389~391.
- [ 6 ] Enker WE. Total mesorectal excision—the new golden standard of surgery for rectal cancer [ J ]. *Ann Med*, 1997, 29(2): 127~133.
- [ 7 ] 郁宝铭. 直肠癌根治性切除的新内涵 [ J ]. *外科理论与实践*, 1998, 3(2): 138.

[ 文章编号 ] 1000-2200(2004)06-0558-01

。临床医学。

## 节制韧带悬吊治疗轻中度上睑下垂

丁敏

[ 关键词 ] 眼睑下垂; 节制韧带悬吊术; 整形外科

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 777.14 [ 文献标识码 ] A

上睑下垂是一种多发病、常见病,尤其是先天性上睑下垂更占有非常大的比例,且只有通过有效的手术治疗才能得以矫正。目前常用的治疗方法包括提上睑肌缩短术、阔筋膜悬吊术、额肌瓣悬吊术以及提上睑肌腱膜瓣—额肌吻合术,但此类方法存在手术操作复杂、效果欠佳、并发症较多等问题<sup>[1,2]</sup>。2000~2003年,我科采用节制韧带悬吊术治疗52例轻中度先天性上睑下垂患者,效果十分满意,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组52例(64眼)均为先天性上睑下垂,男33例(41眼),女19例(23眼);年龄7~46岁。双侧12例,单侧40例。

1.2 术前检查 详细询问病史,排除重症肌无力、神经源性上睑下垂及外伤性上睑下垂。查眼位、视力、眼睑皮肤发育情况,有无瘢痕、感染、内眦赘皮及其它皮肤病。上睑提肌功能检查:在去除额肌力量的条件下测量提上睑肌肌力,依睑缘向上提高的距离,将肌力分三级:8mm以上为良好,4~7mm为中等,小于4mm为差。本组患者肌力均在4mm以上,为轻中度上睑下垂,其中中度39例(48眼),轻度13例(16眼),均在局麻下行节制韧带悬吊术。

1.3 手术方法 美蓝画线设计双重睑切口,沿线切开皮肤,剪除切口处一条眼轮匝肌。在轮匝肌与睑板之间沿眶隔膜间隙向上分离,直至暴露眶膈。在眼眶脂肪表面横行打开眶膈,若大量眶脂肪脱出,则必需切除脱出的眶脂肪,并用电灼烧器止血,若仅有少量眶脂肪脱出,则推回眶内即可。推开脂肪可见其深部的提上睑肌腱膜,沿提上睑肌腱膜尽量向上分离,便可见白色横形纤维的节制韧带,充分暴露节制韧带内外角。根据睑板的长度缝3~4针,可获得较理想的睑缘弧度。针的上端缝在节制韧带上,下缘根据上睑下垂的程度缝在睑板上缘或中上1/3处,以调整睑缘的高度。若两针间跨度及张力均不大,可将两针直接对位打结,将两针之间的软组织向眶内填塞;若两针间距拉力过大,可在两针之间再缝一针于提上睑肌腱膜处,以避免缝线断开及过多的组

织脱垂。悬吊时缝线可先打活结,然后根据上睑睑缘的高度调整线结的松紧度,直至睑缘在角膜上缘,走行圆滑且无成角为度。完成悬吊后,缝合切开的眶膈,并按双重睑要求缝合皮肤,完成手术。

1.4 结果 52例术眼术后均存在不同程度的眼睑闭合不全,经涂妥布霉素眼膏后无暴露性角膜炎发生,随诊3~6个月,闭合不全症状消失,睑缘位置满意。其中一例患者术后一周因外伤造成眼睑皮肤裂伤,缝线滑脱,经二期重新缝合后无明显并发症,效果仍十分满意。

### 2 讨论

我科采用节制韧带悬吊术治疗轻中度上睑下垂,效果好,我们认为此手术方法主要存在以下优点<sup>[3]</sup>:(1)简化手术步骤,损伤小,恢复快。虽然与传统的上睑肌缩短术和提上睑肌折叠术有相同的手术适应证及效果,但此方法对眼组织的损伤极小,手术中无需分离提上睑肌,也无需将其剪断,只是通过缝线将其折叠在穹窿部,患者反应轻,术后肿眼不明显且手术时间大大缩短,减轻了患者的痛苦。(2)具有可重复性和可调整性。术中通过两针缝合在睑板、节制韧带的不同部位,具有相当的调整幅度,可治疗不同程度的轻中度上睑下垂,使术中睑缘处于比较理想的位置,使一次手术成功率大大提高,且在术后早期若睑缘位置不理想,可通过缝线调整,使上睑处于较满意的位置。(3)术后上睑位置稳定,双重睑美观、自然。我们通过在睑板、节制韧带上缝合3~4针,使上睑位置稳定,不易出现上睑位置术后再次下降,术中去除部分脂肪、眼轮匝肌后,上睑不显得臃肿,外观比较自然、美观。(4)手术方法简单易学,且应用范围较广。

通过临床应用,我们认为节制韧带悬吊术治疗轻中度上睑下垂方法合理、损伤小、恢复快,术后上睑位置稳定,具有可重复性和可调性,是一种比较可靠的治疗上睑下垂的手术方法。

### [ 参 考 文 献 ]

[ 收稿日期 ] 2004-04-20

[ 作者单位 ] 南京熊猫集团医院眼科,江苏南京210000

[ 作者简介 ] 丁敏(1958—),女,江苏南京人,主治医师。

- [ 1 ] 白萍,王健民,赵玉英,等. 提上睑肌折叠加强术治疗轻度上睑下垂的临床研究 [ J ]. *中国美容医学*, 2000, 9(1): 41~42.
- [ 2 ] 王健民,白萍,王崇山,等. 提上睑肌折叠加强术治疗上睑下垂62例 [ J ]. *中华整形外科杂志*, 2003, 19(1): 65.
- [ 3 ] 李韵倩,王剑锋,郭飞. 节制韧带悬吊术治疗上睑下垂的探讨 [ J ]. *中国实用眼科杂志*, 1997, 15(8): 496.