

# 额肌筋膜直接悬吊治疗上睑下垂

许黎平

[摘要]目的:探讨额肌筋膜直接悬吊治疗上睑下垂的术式效果。方法:术中将额肌筋膜与皮下组织充分游离,在眶上缘下横行切开额肌筋膜约1.5 cm,通过此切口在骨膜面上向上分离额肌筋膜,至眶上1.5 cm左右,然后将分离后的额肌筋膜直接向卜牵拉与睑板上缘上睑提肌腱膜缝合固定3~4针,并调整固定张力适度为止。结果:36例切口均一期愈合。手术效果肯定,重睑外形佳,患者满意,经6~12个月随访,无一例复发。结论:额肌筋膜直接悬吊与传统术式相比,术式简便,上睑不臃肿,组织损伤小,效果肯定,无损伤神经血管之忧,是治疗上睑下垂优选方法。

[关键词] 外科手术; 整形; 眼睑下垂; 额肌筋膜; 悬吊术

[中国图书资料分类法分类号] R 622 R 777.14 [文献标识码] A

## Correction of blepharoptosis by direct suspension of frontalis aponeurosis

XU Liping

(Plastic Hospital of Jiangsu Shiem ei Nanjing 210002 China)

[Abstract] **Objective** To introduce a new method of treating blepharoptosis. **Methods** Thirty-six cases of blepharoptosis were corrected by direct suspension of the frontalis aponeurosis. The frontalis aponeurosis was isolated from the subcutis and a 1.5 cm incision was cut upper the margin of eyebrow. And through the incision the frontalis aponeurosis on the superficies of periosteum was dissected 1.5 cm to the upper margin of orbital and the superficies aponeurosis was pulled down and fixed to the levator muscle aponeurosis by mattress sutures with the tension being adjusted to a moderate degree. **Results** Thirty-six cases of blepharoptosis were cured by primary healing with this method. The patients were followed up for 6 to 12 months with satisfactory results and no recurrences. **Conclusion** Compared with the traditional methods, this one may decrease the damage to the upper lid and frontalis area, leaving no risk of damaging the vessels or nerves. The technique is simple and the curative effect is affirmed. It is the first choice for treatment of blepharoptosis.

[Key words] surgery plastic; blepharoptosis; frontalis aponeurosis; suspension

额肌筋膜瓣悬吊仍是治疗上睑下垂传统而有效的治疗方法,但是分离形成额肌筋膜瓣时,有可能损

伤眶上血管、神经和面神经颞支及悬吊后上睑臃肿,重睑外形欠佳且切口较大等不足。笔者在总结传统术式经验的基础上,自2000年以来采用额肌筋膜直接悬吊方法治疗上睑下垂,取得满意效果,现作报道。

[收稿日期] 2005-04-07

[作者单位] 江苏施尔美整形医院,江苏南京 210002

[作者简介] 许黎平(1959-),女,副主任医师。

停药后有反跳现象。同时 IIP 产妇常合并贫血甚至全血细胞减少,长期大剂量皮质激素应用,使机体免疫功能降低,应注意加强支持治疗和抗生素的应用,以预防感染。

3.5 产科处理 许多研究认为, IIP 不是剖宫产的指征<sup>[5]</sup>,本文分析认为剖宫产不能预防新生儿颅内出血及降低新生儿死亡率,相反,经阴道分娩可减少产后出血量。故建议对于血小板  $\geq 50 \times 10^9/L$  无产科指征时尽量阴道分娩。产程中注意防止产程延长或急产,尽量避免手术助产和软产道损伤,仔细检查,彻底止血。对于血小板  $< 50 \times 10^9/L$  并有出血倾向、脾切除术后孕妇,有产科合并症或早产的患者,剖宫产相对安全,应充分准备血源。无论是阴道分娩或是剖宫产,均宜在胎儿娩出后立即给予缩宫素,减少产后出血的发生。

3.6 新生儿管理 IIP 孕妇血液循环中存在的 IgG 型抗血小板抗体,可通过胎盘进入胎儿血液循环,造成胎儿、新生儿血小板破坏,出现胎儿、新生儿血小板减少。因此可在胎儿娩出时抽取脐血检查血小板计数,并在生后动态检测新生儿血小板。

### [参考文献]

- [1] 姚天一,高企贤.妊娠期特发性疾病[M].天津:天津科学技术出版社,2003:223~254.
- [2] 陈灏珠主编.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:2223~2241.
- [3] 华凯,周春华.妊娠合并特发性血小板减少性紫癜处理的进展[J].国外医学·妇产科学分册,2000,27(1):29~33.
- [4] 史军,梁文华,孙桂芝,等.浓缩血小板治疗妊娠合并血小板减少性疾病30例疗效观察[J].山东医药,2003,43(26):22~23.
- [5] Silver RM. Management of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy[J]. Clin Obstet Gynecol 1998,41(2):436~448.

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36例,男 24例,女 12例;年龄 4~45岁。其中,双侧上睑下垂 19例,单侧 17例;先天性 34例,外伤性 2例。

1.2 手术方法 (1)切口设计:按重睑线设计切口线。(2)分离范围:眶上孔外缘及其外侧 1.5~2.0 cm各画一条垂线,在眉上缘 1.5 cm画一水平线,这三条线与重睑切口线所围成区域即为额眉部皮下、额肌下和眼轮匝肌下的分离范围。(3)麻醉:成人及年长儿童用局麻,不合作小儿用全麻。(4)按重睑切口线切开皮肤及皮下组织,于皮下分离切缘下皮肤至睑缘,剪除部分睑板前眼轮匝肌,暴露睑板及上缘上睑提肌腱膜;然后在眶隔前,眼轮匝肌下向上分离至眶上缘下方时沿额肌筋膜与额肌浅层向上潜行分离至眉上 1.5 cm,使设计范围内的眼轮匝肌与深层组织、额肌筋膜额肌与皮下组织彻底分离;然后在眶上缘下方,横行切开与眶隔连续的额肌筋膜长约 1.5 cm,通过此切口,在额肌筋膜及额肌下、骨膜上向上分离额肌筋膜至眉上 1.5 cm,使额肌筋膜有一定移动度,牵拉额肌筋膜时眉毛不移位。(5)用 3-0丝线将分离后的额肌筋膜向下直接与睑板上缘上睑提肌腱膜缝合固定 3~4针,固定时注意上睑缘高度,以做固定点适当调整,尽量使其在局麻患者睁眼平视时或全麻患者睑缘位于角膜上缘,弧度自然,无成角畸形,闭眼时兔眼为 3 mm 左右。(6)按重睑成形术缝合皮肤切口,结膜囊内涂抗生素油膏,眉区及额部加压包扎 24~48 h 48 h后更换敷料,7天拆线,兔眼存在期间睡前应涂眼药膏护眼。

## 2 结果

本组 36例术后切口均一期愈合,上睑下垂完全矫正,无睑缘成角畸形,或睑球分离,重睑弧度自然,双眼对称,经 6~12个月随访,术后 3个月有不同程度眼睑闭合不全,以后渐恢复正常,上睑活动度均满意,平视时无抬眉皱额情况,外形美观(见图 1、2)。

## 3 讨论

到目前为止,利用额肌作动力治疗上睑下垂仍是一种有效的治疗方法。传统的利用额肌筋膜瓣<sup>[1]</sup>悬吊治疗上睑下垂及以后又几经改进的额肌筋膜瓣治疗上睑下垂<sup>[2,3]</sup>和提上睑肌腱膜瓣额肌吻

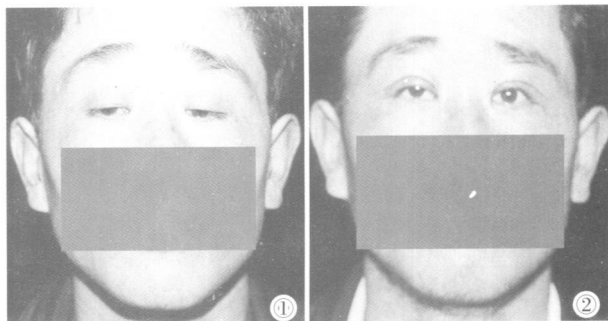


图 1 术前 图 2 术后

合术等<sup>[4]</sup>,均需制做额肌筋膜瓣或提上睑肌腱膜瓣,操作较复杂,创伤大,且有损伤眶上血管神经束的潜在危险。据此,笔者将利用额肌为动力治疗上睑下垂的方法做了如下改进:(1)术中只作额肌筋膜的钝性分离,不做两边的纵行切开,不制作额肌筋膜瓣,无损伤眶上血管、神经及面神经颞支的危险,且对额肌损伤小,可增强其提上睑的能力。(2)额肌筋膜直接固定在睑板上缘提上睑肌腱膜上,一是因为额肌筋膜与皮下组织及骨膜分离后,活动度大<sup>[3]</sup>,可直接向下牵拉,二是将其直接固定在提上睑肌腱膜上,不仅保持了睑板处提上睑肌腱膜原有附着结构的完整性,使固定后上提上睑时,睑缘弧度自然,不会出现睑内翻、睑球分离及睑缘成角畸形等弊端,而且睑板前没有臃肿的额肌瓣,更符合重睑术的要求,使术后重睑外形更理想,增强了上睑下垂的治疗效果。(3)术中只做重睑切口,无其它附加切口,减少了手术瘢痕,且额肌筋膜分离范围较小,组织损伤小,术后恢复快,达到了治疗上睑下垂及美容二者兼顾的理想效果。(4)该方法适用范围广泛,可用于额肌功能正常的各种上睑下垂患者,与以往术式相比,该手术操作更简便,安全可靠。本组 36例采用该方法治疗,切口均一期愈合,外形美观,值得临床上推广应用。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] Song R, Song Y. Treatment of blepharoptosis. Direct transplantation of the frontalis muscle to the upper eyelid [J]. *Clin Plast Surg* 1982, 9(1): 45-48
- [2] 赵天兰,熊世文,李光早,等.改进额肌筋膜瓣悬吊治疗中重度上睑下垂[J].蚌埠医学院学报,1999,24(5):323-324
- [3] 宫昔愿,周兴亮,郭丹凤,等.额肌筋膜瓣悬吊治疗上睑下垂的技术改进[J].中华医学美容杂志,2000,6(5):250-251
- [4] 林茂昌.提上睑肌腱膜瓣-额肌吻合术治疗重度上睑下垂[J].实用美容整形外科杂志,1994,5(2):57-59.