



联合筋膜鞘悬吊术治疗提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂临床效果观察

李文清

景谷傣族彝族自治县人民医院 云南普洱 666499

【摘要】目的 探讨联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者中的临床效果。**方法** 选取我院 2016 年 11 月至 2017 年 11 月收治的 30 例提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者临床资料, 随机分为研究组 (17 例, 26 眼) 与对照组 (13 例, 19 眼)。研究组行联合筋膜鞘悬吊术治疗, 对照组再次行提上睑肌缩短术治疗, 比较两组的治疗效果。**结果** 研究组的治疗总有效率为 92.31%, 显著高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者中, 可有效改善患者临床症状。

【关键词】 中重度上睑下垂; 术后复发; 联合筋膜鞘悬吊术; 提上睑肌缩短术

【中图分类号】 R779.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-040-02

目前, 临床上多以手术方式治疗上睑下垂疾病, 但由于手术具有一定局限性, 可能会导致患者病情复发, 严重影响患者身心健康^[1]。为探寻更佳手术治疗效果, 本文着重探讨联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者中的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 11 月至 2017 年 11 月收治的 30 例提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者临床资料, 随机分为研究组与对照组。其中, 研究组 17 例, 男 7 例 (10 眼), 女 10 例 (16 眼); 年龄 8-36 岁, 平均 (20.37 ± 5.42) 岁; 中度下垂 17 眼, 重度下垂 9 眼。对照组 13 例, 男 6 例 (9 眼), 女 7 例 (10 眼); 年龄 8-36 岁, 平均 (20.37 ± 5.42) 岁; 中度下垂 12 眼, 重度下垂 7 眼。两组基线资料 ($P > 0.05$), 具可比性。

1.2 方法

研究组行联合筋膜鞘悬吊术治疗, 方法为: ①麻醉后, 根据事先确认好的设计线逐层切开重睑线皮肤和皮下组织, 直至睑板充分暴露; ②将下间隙分离至眶上缘, 同时在额肌浅层以及皮下进行分离, 直至形成额肌瓣; ③于额肌瓣内向上剪 1-2cm 切口, 外侧不超 0.5cm, 使额肌瓣能顺畅下移 1.5cm 到达瞳孔、眶缘中心点; ④将额肌瓣以丝线固定于睑板上缘, 随后进行缝合, 6d 后拆线。

对照组行提上睑肌缩短术治疗, 其中, 麻醉方式和切开方式与研究组一致, 之后的方法为: ①逐层分离眶隔和提上睑肌连接处, 使提上睑肌充分暴露; ②于睑板上缘靠近内眦处稍微剪断部分提上睑肌, 随后完全分离提上睑肌腱膜, 将

提上睑肌和睑板连接处剪断, 并在睑板上缘 8-10mm 处将米勒氏肌和提上睑肌的连接断开; ③剪断外侧角、开提上睑肌内的韧带, 此时可感受到患者提上睑肌向外松动; ④最后步骤与研究组相同。

1.3 观察指标及评定标准

观察并比较两组临床疗效及治疗前后的心理变化情况。其中, 临床疗效评定标准^[2]: 显效: 睁闭眼正常, 眉毛对称; 平视时, 单侧者上睑缘高度相差 $\leq 1\text{mm}$, 双侧者遮盖角膜 $\leq 2\text{mm}$ 。有效: 睁闭眼正常, 眉毛对称; 平视时, 单侧者上睑缘高度相差 1-3mm, 双侧者遮盖角膜 $\geq 2\text{mm}$ 。无效: 睁闭眼困难, 眉毛不对称; 平视时, 单侧者上睑缘高度相差 $\geq 3\text{mm}$, 双侧者上遮盖瞳孔。心理状态评定标准^[3]: SAS 分界值 50 分, SDS 分界值 53 分, 超过分界值则表示患者处于焦虑抑郁状态, 评分越高则情况越严重。

1.4 统计学处理

所有数据均使用统计学软件包 SPSS21.0 进行分析处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 计数资料以率 (%) 表示, 若 $P < 0.05$, 则两组比较差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

研究组显效 14 眼, 有效 10 眼, 无效 2 眼, 总有效率为 92.31% (24/26), 对照组显效 8 眼, 有效 6 眼, 无效 5 眼, 总有效率为 73.68% (14/19), 研究组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 两组心理变化情况比较

两组治疗后的 SAS、SDS 评分均显著低于治疗前, 且研究组显著低于对照组 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1: 两组 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=17)	54.75 $\pm$ 7.42	28.22 $\pm$ 6.14 ^{a*}	56.23 $\pm$ 6.12	35.91 $\pm$ 5.25 ^{a*}
对照组 (n=13)	53.19 $\pm$ 7.87	39.12 $\pm$ 7.37 ^a	56.12 $\pm$ 6.34	41.02 $\pm$ 5.78 ^a

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

上睑下垂疾病可导致患者上睑部位下垂, 轻者则遮盖部分瞳孔, 重者则将瞳孔全部遮盖, 患者在日常中为摆脱上睑下垂干扰通常习惯性收缩额肌, 造成抬眉、抬头纹加深, 再加上患者眼睛受到遮挡, 容易减轻患者视力, 不仅影响患者

的外貌形象, 还会使患者承受巨大心理负担^[4]。本次研究结果显示, 研究组的治疗总有效率显著高于对照组, 且研究组治疗后的心理状态显著优于对照组, 表明联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂患者中, 可有效改善患者临床症状, 提高患者自信心。原因分析为: 联合



筋膜鞘主要是由于人体上睑提肌和上直肌筋膜连接融合、延续增厚而成，其位于提上睑肌与上直肌之间的肌外鞘处，是一条紧密而又富有弹性的纤维组织。从解剖学的角度来说，联合筋膜鞘的纤维弹性含量与提上睑肌十分接近，因此，联合筋膜鞘悬吊术不仅在最大程度上保留提上睑肌的原有功能，还能有效增加上直肌动力来源，充分满足上睑提吊力量。另外，提上睑肌与上直肌的收缩方向相同，相较于提上睑肌缩短术来说，联合筋膜鞘悬吊术的符合性更佳，主要表现为：①有效避免明显的睑球分离现象出现，减轻患者术后不适感；②消除患者睁眼、挑眉的抬头纹、不对视力造成进一步影响；③避免上眼睑臃肿、增厚，使得重睑更自然。

综上所述，联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后

复发中重度上睑下垂患者中，可有效改善患者负性心理及临床症状，最大程度保留患者上睑肌原有功能，临床疗效确切。

参考文献：

- [1] 魏德伦, 汪鹏. 重度上睑下垂应用额肌筋膜悬吊术治疗的疗效分析 [J]. 泰山医学院学报, 2014, 35(11):1142-1143.
- [2] 张京珂, 姜南, 杨智勇, 等. 注射隆鼻术并发上睑下垂的相关性分析 [J]. 中华整形外科杂志, 2016, 32(6):460-462.
- [3] 王振军, 谢立宁. 联合筋膜鞘悬吊术治疗提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂 [J]. 中国医疗美容, 2016, (3):21-24.
- [4] 林威, 徐杨, 叶飞轮. 联合筋膜鞘悬吊术与提上睑肌缩短术治疗先天性中重度上睑下垂对比 [J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(6):1193-1195.

(上接第 37 页)

分解和细胞骨架破坏，大量自由基的生成，造成细胞不可逆的损伤^[2]。尼莫地平是一种高度脂溶性钙离子通道阻滞剂，极易透过血脑屏障，通过扩张脑血管，缓解脑血管痉挛，增加缺血脑组织的血流量，从而达到对神经和血管的双重保护作用。本研究通过对照组和治疗组观察尼莫地平注射液的疗效，其疗效确切，但在泵入尼莫地平时应密切患者血压、心率，

以防患者出现头晕、头痛、胸闷等不良反应，其引起的不良反应通过调整泵入速度可缓解，并不影响临床使用，值得推广。

参考文献：

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损评分标准 [J]. 中华神经杂志, 1996, 29(6):381-382.
- [2] 吴江. 神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:158-159.

(上接第 38 页)

主要内容应当涵盖抗生素使用原则和管理方面的内容，结合医院常见感染类疾病发生规律，抗生素药物临床效果，价格，不良反应等因素，制定出分级管理办法，将抗生素分为非限制使用、限制使用以及特殊使用三个级别，只有病患符合严格临床指征以及取得确凿证据后，才能使用特殊使用级别抗生素。所开具的处方应当具备高级职称以上医生签名。在紧急情况下，临床医生可越级使用特殊用途抗生素，但用量应限制在 1d^[4]。

医院内药学办公室人员要对院内医生、护士以及相关人员进行抗菌药物证实问卷调查，对院内现阶段抗菌药物使用进行动态化分析，定期在医院公示板中公布和抗菌药物相关的内容，结合细菌耐药性和变迁情况，将药物进行分批、交替使用，使用此法，降低细菌耐药性。

4 小结

综上所述，在院内药事管理工作中，全面落实双重协同管理机制，能推进临床合理在用药，全面提升医院内药事管理工作水平，确保病患就医质量，加强医院综合救治水平，为病患的生命安全提供了有效保障。

参考文献：

- [1] 葛平梅, 莫颖宁. 药事管理手段对促进医院合理用药水平提高的研究 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(7):834-835.
- [2] 江灏, 杨雅, 靳迺诗, 等. 临床药师在药事管理中职能与作用探讨 [J]. 中华医院管理杂志, 2016, 32(7):522-524.
- [3] 沈文超, 丁艳. 我院促进临床合理用药的信息化实践 [J]. 中国药房, 2015(10):1426-1428.
- [4] 陈小佳. 合理用药质询在临床药事管理工作中的应用价值 [J]. 世界中医药, 2015(a02):1200-1200.

(上接第 39 页)

新型超分子水杨酸有助于患者对红蓝光、强脉冲光的吸收，从而使得观察组治疗效果优于对照组^[7]。

综上所述，寻常性痤疮采用红蓝光、强脉冲光联合新型超分子水杨酸治疗，效果显著，能够明显减少痤疮皮损计数，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1] 高雪军. 百癣夏塔热片联合多西环素治疗寻常性痤疮的临床疗效 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(18):25.
- [2] 邹雅, 蒙秉新, 朱敬先, 等. 寻常性痤疮临床治疗方法研究 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 1-2(2016-12-19).
- [3] 黄永寿. 百癣夏塔热片联合多西环素治疗寻常性痤疮

的临床疗效观察 [J]. 北方药学, 2016, 13(09):39-40.

[4] 祝霞, 孙丽玲. 红蓝光、强脉冲光联合新型超分子水杨酸治疗寻常性痤疮疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2016, 25(06):65-67.

[5] 夏毓, 张震, 张春贞, 等. 中医辨证论治配合红蓝光治疗寻常性痤疮 90 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(11):1166-1167.

[6] 张俊, 孙彩虹, 胡飞虎. 中药面膜联合夫西地酸乳膏导入治疗寻常性痤疮 97 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2013, 27(09):966-967.

[7] 杨波, 代晓莉, 王淑秀. 红 / 蓝光光动力联合五味消毒饮治疗中重度寻常性痤疮临床观察及护理 [J]. 中国美容医学, 2011, 20(08):1276-1277.