

现代眼科疾病 治疗学

顾秀丽 ◎著



天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

现代眼科疾病治疗学

顾秀丽 ◎ 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代眼科疾病治疗学 / 顾秀丽著. -- 天津: 天津
科学技术出版社, 2018.3
ISBN 978-7-5576-4906-7

I. ①现… II. ①顾… III. ①眼病-治疗学 IV.
①R771.05

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第068539号

责任编辑: 王朝闻
责任印制: 兰 毅

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话(022) 23332369(编辑室)
网址: www.tjkjchbs.com.cn
新华书店经销
北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 14.75 字数 380 000
2018年3月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷
定价: 88.00元

前 言

眼科学是我国近 10 年来发展最快的临床专业学科之一,因此,对年轻专科医生的培养和实际临床指导显得尤为迫切。一个合格的临床眼科专业医生的成长,离不开眼科扎实的基础理论、系统全面的专业基本知识的掌握和积累,以及严格规范的基本技能操作的实践和锤炼。

本书共九章,内容以眼科常见病、多发病的实际诊疗步骤为主线进行编写,具有很强的可操作性和实用性,适合眼科初学者和基层眼科医生参考使用。

由于作者水平有限,经验不足,加上时间仓促,本书难免存在错漏和不足之处,恳请同行和广大读者批评指正。

编 者

目 录

第一章 眼睑病	(1)
第一节 眼睑炎症	(1)
第二节 眼睑位置与功能异常	(9)
第三节 眼睑肿瘤.....	(21)
第四节 眼睑先天异常	(26)
第二章 泪器病	(28)
第一节 泪液分泌系统疾病	(28)
第二节 泪液排出系统疾病	(30)
第三章 结膜病与干眼	(40)
第一节 细菌性结膜炎	(40)
第二节 沙眼	(42)
第三节 病毒性结膜炎	(45)
第四节 免疫性结膜炎	(46)
第五节 变应性结膜病	(49)
第六节 结膜色素痣	(54)
第七节 干眼	(54)
第四章 角膜与巩膜病	(59)
第一节 角膜炎	(59)
第二节 角膜变性与营养不良	(67)
第三节 角膜的先天异常	(73)
第四节 接触镜引起的角膜并发症	(75)
第五节 巩膜病	(76)
第六节 角膜移植总论	(79)
第七节 穿透性角膜移植术	(84)
第八节 板层角膜移植术	(92)
第五章 玻璃体疾病	(97)
第一节 玻璃体后脱离	(97)
第二节 闪辉性玻璃体液化	(98)
第三节 星状玻璃体病变	(99)
第四节 原始玻璃体持续增生症	(100)
第五节 玻璃体积血	(101)

第六节 玻璃体炎症	(103)
第六章 青光眼	(106)
第一节 总述	(106)
第二节 原发性闭角型青光眼	(108)
第三节 原发性开角型青光眼	(117)
第四节 特殊类型青光眼	(126)
第五节 继发性青光眼	(130)
第六节 发育性青光眼	(138)
第七节 青光眼手术	(143)
第七章 葡萄膜病	(152)
第一节 葡萄膜炎总论	(152)
第二节 葡萄膜炎各论	(155)
第三节 特殊类型葡萄膜炎	(163)
第四节 葡萄膜的先天异常	(166)
第五节 葡萄膜肿瘤	(167)
第八章 视网膜病	(170)
第一节 视网膜血管病	(170)
第二节 黄斑疾病	(184)
第三节 视网膜脱离	(198)
第四节 原发性视网膜色素变性	(203)
第五节 视网膜肿瘤	(205)
第九章 视神经疾病	(214)
第一节 视乳头水肿	(214)
第二节 视神经炎	(216)
第三节 缺血性视神经病变	(218)
第四节 Leber 视神经病变	(221)
第五节 视乳头血管炎	(222)
第六节 中毒性视神经病变	(224)
第七节 视神经萎缩	(226)
第八节 牵牛花综合征	(227)
参考文献	(229)

第一章 眼睑病

第一节 眼睑炎症

一、睑腺炎

【概述】

睑腺炎(hordeolum)也称麦粒肿,俗称“挑针眼”,是化脓性细菌侵入眼睑腺体而引起的一种急性炎症。眼睑皮脂腺或汗腺被感染者称外睑腺炎;睑板腺被感染者称为内睑腺炎,多由金黄色葡萄球菌感染引起。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1.起病情况

起病急骤。

2.主要临床表现

患眼局部有红、肿、热、痛等典型急性炎症表现,内睑腺炎炎症较局限,有硬结、疼痛和压痛。睑结膜面充血肿胀,2~3日后中心形成一黄色脓点,可自行穿破睑结膜而痊愈。外睑腺炎炎症集中在睫毛根部的睑缘处,初起眼睑红肿范围较弥散,剧烈疼痛,有硬结,压痛明显,同侧耳前淋巴结可肿大。如感染靠近外眦部,可引起反应性球结膜水肿,2~3日后局部皮肤出现黄色脓点,硬结软化,可自行溃破排出脓液,红肿迅速消退,症状缓解,多在一周左右痊愈。也可自行吸收消退。如炎症反应剧烈,可发展成眼睑脓肿,整个眼睑红肿,并波及同侧颜面部,球结膜反应性水肿剧烈,可脱出睑裂外,伴有体温升高、寒战、头痛等全身中毒症状,如不及时处理,有可能引起败血症或海绵窦血栓而危及生命。

(二)体格检查要点

1.一般情况

感染严重时有不同程度发热。

2.眼睑皮肤

红肿、硬结和压痛,外睑腺炎可有脓肿形成。

3.结膜

睑结膜充血肿胀,内睑腺炎可有黄色脓点。严重时球结膜有水肿。

4.淋巴结

同侧耳前淋巴结肿大。

【诊断对策】

(一) 诊断要点

根据以下要点即可诊断：①一个眼睑的部分红肿；②明显压痛；③硬结；④病变不在泪囊和泪腺部位。

(二) 鉴别诊断要点

1. 与眼睑蜂窝织炎鉴别

睑腺炎严重时整个眼睑红肿，皮肤面无脓点显露，易误诊为蜂窝织炎。睑腺炎眼睑红肿并不均匀一致，在肿块处充血及肿胀明显，压痛明显，而在其他部位压痛不明显。蜂窝织炎红肿比较弥漫，上下眼睑均可累及，毒血症状较重。

2. 与睑板腺囊肿鉴别

内睑腺炎与睑板腺囊肿同样是睑板腺的炎症，应注意鉴别。睑板腺炎是急性炎症，红肿、疼痛症状明显，在睑结膜上有脓点出现。睑板腺囊肿在睑结膜上有一个暗红色斑点，穿破后该处有半个米粒大的肉芽组织。化脓性睑板腺囊肿也呈急性炎症表现，但炎症不及睑腺炎剧烈，先有包块，而后继发感染，手术切开可见胶样内容物。

【治疗对策】

(一) 治疗原则

- (1) 热敷：每日 3~4 次，每次 15~20 分钟。
- (2) 局部用抗生素眼水和眼膏。
- (3) 有发热、炎症反应剧烈者口服抗生素。
- (4) 脓肿形成后切开引流。

(二) 治疗方案

1. 手术适应证

睑腺炎局限，化脓并有黄白色脓点时。

2. 手术禁忌证

睑腺炎未化脓局限时。

3. 术前准备

无特殊。

4. 麻醉

外睑腺炎无须麻醉，内睑腺炎可用表面麻醉。

5. 手术要点

- (1) 外睑腺炎切口在皮肤表面，与睑缘平行；内睑腺炎切口在睑结膜面，与睑缘垂直。
- (2) 脓肿较大时应放置引流条。
- (3) 内睑腺炎有肉芽组织形成时应带蒂剪除。
- (4) 术毕涂抗生素眼膏后盖眼垫。

6. 手术注意事项

- (1) 切开排脓后切勿挤压排脓，以免感染扩散。
- (2) 切口应足够大，使排脓通畅，否则可能形成肉芽组织。

(3)放置引流条不宜太紧使切口阻塞。

【术后观察和处理】

(1)术后第一天换药,放置引流条者如引流的脓液较多应更换引流条,如脓液较少可拔除引流条。

(2)局部应用抗生素药物。

(3)有全身症状者或伴有其他部位的感染者,应全身给予抗生素药物。

二、睑板腺囊肿

【概述】

睑板腺囊肿(chalazion)又称霰粒肿,是睑板腺出口阻塞、腺体的分泌物潴留在睑板内对周围组织刺激引起的一种炎性肉芽肿。有一纤维结缔组织包裹,囊内含有睑板腺分泌物及包括巨噬细胞在内的炎症细胞浸润。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1.起病情况

病程缓慢。

2.主要临床表现

表现为眼睑皮下类圆形的硬块,边界清楚,通常与皮肤无粘连,大小不等口较大的睑板腺囊肿可使局部皮肤隆起,无压痛,自觉无疼痛不适,可引起上睑下垂。睑结膜处呈暗紫色。小的囊肿可自行吸收消退,多数长期不吸收或逐渐变大变软,最后自行破溃,在睑结膜面形成肉芽肿(图 1-1)。继发感染形成化脓性睑板腺囊肿,临床表现与内睑腺炎相同。

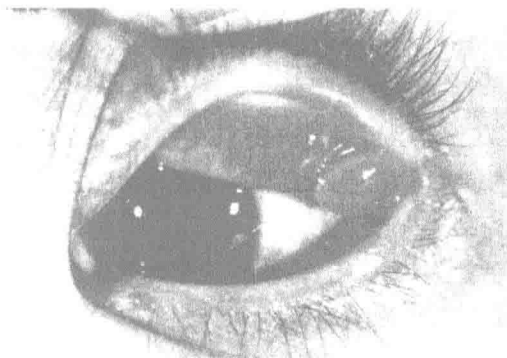


图 1-1 睑板腺囊肿(肉芽肿形成)

(二)体格检查要点

1.眼睑皮肤

皮下类圆形的硬块,边界清楚,通常与皮肤无粘连,无压痛。如继发感染皮肤红肿,有压痛。

2.结膜

睑结膜面呈暗紫色,破溃后在睑结膜面形成肉芽肿。

【诊断对策】

(一) 诊断要点

①多见于青少年或中壮年；②眼睑皮下类圆形硬块，无压痛；③睑结膜面呈暗紫色，破溃后在睑结膜面形成肉芽肿。

(二) 鉴别诊断要点

1. 与睑板腺癌鉴别

睑板腺癌肿块坚实，常见于中老年女性，因此老年人眼睑一个部位反复发生的霰粒肿应怀疑睑板腺癌，病理检查可确诊。

2. 与睑腺炎鉴别

当睑板腺囊肿继发感染时与内睑腺炎临床表现一样，但睑板腺囊肿在发生内睑腺炎前已存在无痛性包块。

【治疗对策】

(一) 治疗原则

- (1) 较小的囊肿早期热敷，局部应用抗生素药物。
- (2) 一般需手术刮除，应将囊肿内容物与囊壁一起清除干净。

(二) 术前准备

- (1) 眼部滴抗生素眼水 1~3 天。
- (2) 检查凝血功能，女性避开月经期。
- (3) 洗脸，清洁面部。

(三) 治疗方案

1. 非手术治疗

抗生素眼液滴眼，热敷，较小的囊肿可以完全吸收。

2. 手术治疗

(1) 手术指征

- 1) 囊肿较大在眼睑皮肤明显隆起者；
- 2) 囊肿溃破在睑结膜面形成肉芽组织时。
- (2) 手术时机：非手术治疗无效，眼睑、结膜和角膜无急性炎症者。
- (3) 麻醉：表面麻醉，囊肿周围皮下及结膜下浸润麻醉。

(4) 睑板腺囊肿摘除手术要点

- 1) 检查囊肿位置、数目、避免遗漏；
- 2) 用睑板腺囊肿夹夹住囊肿后翻转眼睑；
- 3) 从结膜面以尖刀刺入并切开囊肿，切口与睑缘垂直；
- 4) 用小刮匙伸入切口，彻底刮除囊肿内容物；
- 5) 用有齿镊夹住囊壁，用尖头剪剪除囊壁；
- 6) 如囊肿的囊壁靠近皮肤面，皮肤很薄，可从睑皮肤面做平行于睑缘的切口，进入囊腔。去除囊壁后缝合皮肤；
- 7) 如囊肿破溃后形成肉芽肿，应先剪除肉芽组织后再在破口处扩大切口刮除囊肿内容物；

8)术毕手掌按压 15 分钟,确认无活动性出血后涂抗生素眼膏包眼。

【术后观察和处理】

(一)一般处理

(1)术毕时可有少量出血,加压包扎后嘱患者用手掌压迫眼睑切口部 15 分钟止血。

(2)术后次日换药,涂抗生素眼膏包眼。

(3)有皮肤缝线者,术后 5 天拆除缝线。

(二)手术并发症的观察及处理

1. 出血

如术后数小时发生大出血,除外全身心血管或血液病,主要是术中损伤了睑动脉弓。如有活动性出血,应翻转眼睑,用霰粒肿夹压迫切口周围,以压迫止血。如压迫无效,应清除切口内腔的积血块,仔细寻找活动性出血点,先电凝止血,再在切口直接缝合,亦可在切口一侧或两侧作缝合压迫止血。皮下瘀血斑可自然吸收。术后全身可适当予以止血药。

2. 皮肤穿破

术前应认真检查霰粒肿的特征及其与周围组织的关系,以选择睑结膜或皮肤切口。一旦皮肤穿破较大应缝合修补。

3. 泪小管断裂

靠近内眦部囊肿切除时,可在泪小管内滞留泪道探针再手术,以免术中伤及泪小管。

4. 术后皮下遗留硬结或囊肿复发

多由于深层哑铃状霰粒肿清除不彻底,较小霰粒肿被遗漏,残留肥厚囊壁或内容物所致。术前认真检查避免遗漏,术中尽量剪除干净囊壁。如术中切开霰粒肿发现内容物为实性肿物,或老年人发生睑板腺囊肿,特别是复发性囊肿,应行病理检查排除睑板腺癌。

5. 睑缘变形

近睑缘的霰粒肿在睑结膜面作切口时,常损伤睑缘后唇和前唇,造成睑缘瘢痕或损伤睫毛根部。对于睑缘霰粒肿,如位于睑板下沟附近,或在睑板腺开口处,应作睑缘间灰线切口。如从皮肤面穿破形成肉芽组织,术后睑缘皮肤也可能变形,此时可待半年后瘢痕稳定,再行修整。

三、睑缘炎(blepharitis)

【概述】

睑缘是眼睑皮肤和睑结膜汇合处,其上有睫毛毛囊和睑板腺的开口,容易导致细菌感染而发生炎症,分鳞屑性(squamous blepharitis)、溃疡性(ulcerative blepharitis)和眦部睑缘炎(angular blepharitis)三种类型。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1. 起病情况

缓慢。

2. 主要临床表现

自觉痒、痛、异物感等不适症状,长久不愈者睑缘肥厚变形,有睑外翻、泪溢等。

3.既往史

屈光不正、营养不良、贫血等。

(二)体格检查要点

(1)睑缘充血、肿胀、糜烂、有鳞屑覆盖,睫毛可脱落或倒睫。

(2)睑缘肥厚变形,可有睑外翻、结膜充血。

(3)荧光素染色检查显示角膜点状上皮染色。

【治疗对策】

(1)治疗全身慢性病、矫正屈光不正等。

(2)生活规律,减少刺激性食物及烟酒等刺激。

(3)清洁、热敷、按摩眼睑。

(4)抗生素药物及皮质类固醇药物的应用。

四、接触性皮炎

【概述】

接触性皮炎(contact dermatitis)是眼睑皮肤对某种致敏原或化学物质所产生的过敏反应或刺激反应。过敏引起的接触性皮炎是眼睑皮肤对致敏原的免疫反应,以瘙痒为特点。刺激引起的接触性皮炎是眼睑皮肤对化学物质的非免疫反应,以烧灼感或刺痛等感觉为特征。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

(1)起病情况,一般起病急骤。

(2)主要临床表现 急性期眼睑红肿,皮肤出现丘疹或疱疹,主觉痒及烧灼感,有渗液。急性期后,渗液减少,红肿减轻,但皮肤表面变得粗糙,有痂皮及脱屑,睑结膜肥厚、充血。有时在开始用某种药物时并无不良反应,但当连续使用一个阶段后才出现过敏反应。

(二)体格检查要点

1.眼睑皮肤

急性期眼睑红肿,皮肤可见丘疹或疱疹,急性期后,红肿减轻,皮肤表面粗糙,有痂皮及脱屑。

2.结膜

睑结膜可显著肥厚及充血。

【诊断对策】

(一)诊断要点

①有局部用药史及接触化学物品病史;②局部搔痒或刺痛;③眼睑皮肤湿疹样皮损,充血水肿明显,但没有疼痛感或压痛。

(二)鉴别诊断要点

主要应与睑腺炎鉴别:睑腺炎疼痛感觉明显,并有局部硬结和压痛,皮肤没有皮损。接触性皮炎以瘙痒感或烧灼感明显,没有硬结,伴有皮损。

【治疗对策】

(1)立即中断与致敏原或刺激原的接触。

- (2)局部用生理盐水或3%硼酸溶液湿敷。
- (3)短期使用地塞米松眼水,皮肤面涂皮质类固醇类眼膏。
- (4)全身应用维生素C和抗组织胺药,严重时口服皮质类固醇类药物。
- (5)戴深色眼镜减少光线刺激。

五、单疱病毒性睑皮炎

【概述】

单疱病毒性睑皮炎(herpes simplex palpebral dermatitis)是常见的病毒性睑皮炎之一,是由人单纯疱疹病毒I型感染所致的急性眼周皮肤疾病。易复发,常在高热、上呼吸道感染、紧张和劳累之后,也可见于孕妇及衰弱的老年人。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1.起病情况

急性起病。

2.主要临床表现

病变可侵犯上、下睑,下睑多见。疱疹呈多个或簇状,半透明,周围充血、水肿、有刺痒、疼痛与烧灼感。初起水泡内含有透明黄色液体,一周左右可吸收结痂,一般不化脓,不留瘢痕。少数可由睑缘向眼球蔓延,累及角膜。

(二)体格检查要点

1.眼睑皮肤

眼睑皮肤疱疹呈多个或簇状,半透明,周围充血、水肿。不化脓,不留瘢痕。

2.眼表

可有结膜充血,角膜可有上皮病变。

3.其他

可有耳前淋巴结肿大

【诊断对策】

(一)诊断要点

①多见于年老体弱者;②眼睑皮肤疱疹,愈合后不留瘢痕;③睑结膜可有充血,角膜可有病变。

(二)鉴别诊断要点

与带状疱疹病毒性睑皮炎鉴别:带状疱疹病毒性睑皮炎疼痛明显,皮疹不超过中线,愈合后有瘢痕,并有色素沉着。

【治疗对策】

1.局部

皮肤面用0.1%无环鸟苷眼膏或疱疹净眼膏,结膜囊滴0.1%无环鸟苷眼水以防角膜受累。

2.全身

严重者全身应用无环鸟苷。

六、带状疱疹睑皮炎

【概述】

带状疱疹睑皮炎(herpes zoster palpebral dermatitis)是常见的病毒性睑皮炎之一,是由于水痘-带状疱疹病毒感染了三叉神经的半月神经节或三叉神经的第一支或第二支引起。正在接受放射治疗或免疫抑制剂治疗的患者易发生。

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1.起病情况

急性起病。

2.主要临床表现

先有三叉神经分布区剧烈疼痛,数日后皮肤上出现簇状疱疹。有畏光、流泪。

(二)体格检查要点

(1)眼睑皮肤:疱疹局限在面部一侧,绝不超过中线为特点。眼神经受累时疱疹分布在患侧头皮、额部及上睑皮肤,如眶下神经受累时疱疹同时分布在下睑、颊部和上唇皮肤(图 1-2)。



图 1-2 带状疱疹性睑皮炎

(2)结膜充血,角膜上皮或基质炎症。

(3)如疱疹出现在鼻翼等处时说明鼻睫状神经受累,发生角膜炎和虹膜炎的可能性更大。

(4)可有耳前淋巴结肿大。

(5)炎症消退后皮肤留有瘢痕,有色素沉着。

【治疗对策】

(1)休息、避光、止痛、镇静。

(2)局部应用抗病毒眼药,应用抗生素药物预防继发感染。

(3)严重患者全身应用抗病毒药物。

(4)合并角膜炎或虹膜炎者需积极治疗。

第二节 眼睑位置与功能异常

一、睑内翻

【概述】

眼睑的正常位置是：①眼睑与眼球表面紧密接触；②上下睑睫毛指向前方，不和角膜接触；③上下泪点紧贴泪阜；④平视时上睑遮盖角膜上缘不超过 2mm，睑裂 7~10mm；⑤闭眼时眼球表面不外露。

睑内翻(entropion)是指眼睑，特别是睑缘朝向眼球方向卷曲的一种位置异常(图 1-3)。当内翻达到一定程度时，睫毛随之倒向眼球，刺激角膜，称为倒睫。所以内翻与倒睫通常同时存在。

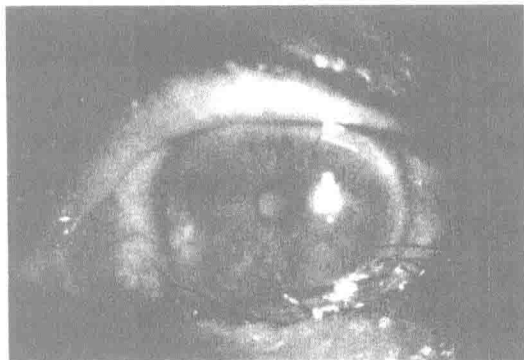


图 1-3 睑内翻

【诊断步骤】

(一)病史采集要点

1.起病情况

瘢痕性睑内翻多由沙眼引起；痉挛性睑内翻多见于老年人或有结膜炎和角膜炎者；机械性睑内翻多见于无眼球、小眼球、眼球萎缩和眼球陷没者。

2.主要临床表现

有畏光、流泪、刺痛、异物感和眼睑痉挛等症状。角膜上皮脱落，如继发感染发展为角膜溃疡，如长期不愈则新生血管长入，使角膜失去透明性，可严重影响视力。

(二)体格检查要点

(1)视力可下降。

(2)睑缘部朝向眼球方向卷曲，睫毛倒向眼球。

(3)结膜充血。

(4)角膜上皮荧光素着色，角膜混浊，新生血管长入。

(5)下睑松弛的评定：拉住下睑皮肤，眼球到眼睑的距离超过 8mm 即为眼睑水平松弛；将食指放在下睑皮肤上，向上推动眼睑，睑缘可到角膜上缘以上，提示垂直松弛(下睑缩肌断裂)。

【治疗对策】

(一) 治疗原则

(1) 积极治疗原发病, 如活动性沙眼、结膜炎和角膜炎等。

(2) 瘢痕性睑内翻需手术矫正或切断瘢痕化的睑板; 痉挛性睑内翻可用肉毒杆菌毒素局部注射, 无效时手术切除多余的皮肤及部分眼轮匝肌; 机械性睑内翻需试配义眼或义眼座植入。

(3) 倒睫较少又无明显睑缘内翻者可电解法破坏毛囊, 或利用冷冻或激光破坏毛囊后将倒睫拔出; 倒睫较多则需手术治疗。

(二) 术前准备

(1) 询问病史, 了解有无瘢痕体质。

(2) 检查凝血功能, 女性患者避开月经期。

(3) 眼部滴抗生素眼水。

(4) 测量血压, 尽可能将血压控制在正常范围。

(三) 治疗方案

1. 非手术治疗

拔除倒睫, 应用抗生素及人工泪液。

2. 手术治疗

(1) 手术指征

1) 睑结膜瘢痕和睑板肥厚所致的睑内翻;

2) 老年性痉挛性睑内翻。

(2) 手术时机: 睑内翻患者无眼前段明显炎症时。

(3) 麻醉: 表面麻醉, 穹窿部及眼睑皮下浸润麻醉。

(4) 手术方法: 瘢痕性睑内翻矫正手术(睑板切断术、睑板楔形切除术)、痉挛性睑内翻矫正术(眼轮匝肌重叠缩短术、缝线术+灰线切开术)。

手术方法之一, 睑板切断术:

1) 将睑缘分成 3 等份, 分别以 3 对缝线从睑缘结膜面穿入, 从距睫毛根部约 3mm 的皮肤面出针将其作为翻转眼睑的牵拉线;

2) 距睑缘 2~3mm 与睑缘平行的睑板下沟处, 将结膜与睑板切断, 切口达内外眦角;

3) 按三等分部位, 用 3 对双针缝线, 分别从睑板切口后约 2.5mm 处穿入, 从距睑缘 3~4mm 的皮肤面穿出, 缝线结扎在小纱布卷上;

4) 拆除牵引线, 涂抗生素眼膏, 包眼。

手术方法之二, 睑板楔形切除术:

1) 置眼睑保护板;

2) 皮肤及皮下组织切口: 距睑缘 3~5mm 做平行于睑缘的皮肤切口, 切口皮肤及皮下组织, 暴露睑板及睑板前的眼轮匝肌, 剪除切口下唇皮下的眼轮匝肌;

3) 睑板楔形切除: 距睑板约 1mm 处做一条平行于睑缘的睑板切口, 深度为睑板厚度的 2/3, 长度与睑板等长, 在此切口上 2~4mm 处做一相同的睑板切口, 剪除上下切口之间的睑板, 形成楔形切除;

4)缝合切口:用5-0丝线自切口下缘皮肤面穿入,经睑板斜行切口上缘及皮肤出针结扎,均匀缝合3~5针;

5)拆除牵引线,涂抗生素眼膏,包眼。

手术方法之三,眼轮匝肌重叠缩短术(Wheeler法):

1)距睑缘3肋做平行于睑缘的皮肤切口,切口与睑缘等长;

2)在皮下游离出一条宽6~8mm的眼轮匝肌肌束,向两侧分离,使其与睑缘等长;

3)于眼轮匝肌条外1/3处剪断,将内毗2/3部分牵引至外1/3部分并重叠在其上,用5-0丝线缝合,缝线尽量靠近睑板下缘;

4)剪除多余的眼轮匝肌,剪除量为5~6mm;

5)根据皮肤松弛程度适量切除部分皮肤;

6)间断缝合皮肤切口;

7)涂抗生素眼膏,包眼。

手术方法之四,缝线术+灰线切开术:

1)如果倒睫明显,可加灰线切开,在倒睫部位灰线处将睑缘剖开,深2~3mm,外层包括皮肤和肌肉,内层包括睑板和结膜;

2)自眼睑内、中、外缝3对褥式缝线,自穹窿部穿入,从睑缘皮肤穿出;

3)皮肤面结扎缝线处放棉枕后结扎缝线;

4)涂抗生素眼膏,包眼口。

【术后观察和处理】

(一)一般处理

(1)术后1日换药,以后隔日换药。

(2)眼部应用抗生素药物,口服抗生素药物。

(3)术后7日拆除缝线。

(二)手术并发症的观察及处理

1. 睑板切断术

(1)矫正不足或过矫:矫正不足多因睑板切断深度不够或缝线的皮肤出针点距睑缘过远,应放松缝线重新调整。睑板切断不呈垂直状态,向上倾斜于穹窿部或缝线出针点过于靠近睑缘,结扎缝线过紧,可造成睑缘外翻,应重新修整睑板切口和缝线位置,或提前拆除缝线。

(2)重睑皮褶过宽:多因缝线皮肤出针点距睑缘过远,应参照非手术眼的重睑宽度重新缝线。下睑缝线时穿出皮肤点应尽量靠近睑缘,以防发生下睑重睑皮肤皱褶。

(3)结扎缝线过紧:可影响睑血液循环,术后反应较重,严重者造成皮肤坏死或感染。

(4)睑缘成角畸形:多因睑板切断的操作不正确所致。切断睑板时应注意:①切口应在睑板下沟的结膜面;②刀片与睑结膜垂直;③切口尽量一刀完成,使其平整;④切口应沿睑缘弧度,距睑缘应等距;⑤切睑板的深度以全层切穿为宜,但亦可根据睑内翻严重程度略加调整。

(5)肉芽组织增殖:常因睑板切口不整齐或倾斜,切口深浅不一,睑板切口不平整,或术后炎症反应较重造成。可手术或激光切除增生的肉芽组织。

(6)感染:少见,可在术后1~2天出现,表现为伤口疼痛,眼睑红肿,皮肤线口有脓点。应