

随着时代的进步,部分现代东方女性追求高加索的眼形,希望有较薄和较宽的上睑皱襞,消除内眦赘皮和上睑臃肿的脂肪,使睑裂增大,睫毛上翘,立体的内眦部,眼睛富有立体感。这就要求重新审视我们的审美,内眦部鼻侧生理性凹陷也很重要,是内眦美学的一部分。“立体定位”内眦赘皮矫正术的优点:在对内眦部解剖结构充分研究的基础上,审慎内眦部审美观,此方法具有简单、理想的切口设计,即符合解剖生理结构,术后切口又隐蔽;内部组织结构及切口皮瓣的处理,使内眦恢复正常组织结构及相互的毗邻关系,深部减张,使切口无张力对合的同时,使内眦角形态美观、立体,内眦部鼻侧生理凹陷得以显现。有效避免了瘢痕增生,内眦角回缩,内眦赘皮复发,形态不自然等并发症,效果稳定、持久。

[参考文献]

- [1]陈月,张华峰,张改苗,等.反Stallard法联合重睑成形术矫治单睑伴内眦赘皮[J].中国医疗美容,2018,8(2):10-14.
- [2]张朋,刘海,孙余飞.Z成形术联合内眦部眼轮匝肌切除矫正内眦赘皮的临床应用研究[J].中国美容医学,2017,26(5):82-84.
- [3]彭旦生,彭海涛,刘晓春.倒L形法内眦赘皮矫正同期行重睑成形

术的临床应用[J].中国美容医学,2016,25(1):15-16.

- [4]陈明,熊猛,王磊,等.Y-V成形术与不等Z成形术矫正内眦赘皮的临床效果比较[J].中华整形外科杂志,2016,32(1):21-25.
- [5]王琨,文辉才.改良横切纵缝法内眦赘皮矫正术的临床疗效分析[J].中国修复重建外科杂志,2018,32(3):354-357.
- [6]于大山,赵荣荣.探讨park法重睑成形术联合V-Y内眦赘皮矫正术的临床疗效[J].医药前沿,2017,27(7):97.
- [7]鲍海萍,朱梦洁,杨明勇.不同成形术矫正内眦赘皮对内眦部各美学参数及术后瘢痕的影响研究[J].现代实用医学,2018,30(3):391-393.
- [8]李冬梅.眼部整形美容手术图谱[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:248-251.
- [9]周素梅,吴玉宇,韩剑鹏.“横切法”内眦赘皮矫治联合小切口重睑术的临床应用[J].中国美容医学,2015,24(5):26-28.
- [10]刘晓峰,巩梦童,赵莉娜,等.改良Park-Z法矫正内眦赘皮联合重睑成形术的临床疗效[J].中国美容整形外科杂志,2017,28(9):534-537.
- [11]王勇,马占菊.内眦赘皮的组织学成因及手术方式初探[J].中国美容整形外科杂志,2015,26(8):485-488.

[收稿日期]2018-11-25 [修回日期]2018-12-27

编辑/朱婉蓉

本文引用格式:李秋月,陈敏亮,张学军,等.“立体定位”内眦赘皮矫正术的临床应用研究[J].中国美容医学,2019,28(1):4-6.

•论著•

上睑联合筋膜鞘(CFS)治疗复发性中重度上睑下垂

陈贵宗¹,田跃平¹,罗延平¹,刘涛¹,李勤²

(1.广州美莱整形美容医院 广东 广州 510000; 2.广州军区总医院 广东 广州 510000)

[摘要]目的:探讨一种矫正中重度上睑下垂术后复发的稳定可靠的手术方法。方法:2016年1月-2017年12月,共治疗复发性中重度上睑下垂16例,其中双眼10例,单眼6例,共26只眼,局麻下首先剥离出睑板组织,仔细分离前次手术瘢痕粘连组织,解剖出变性额肌组织或提上睑肌,于结膜与上睑提肌腱膜下向后上分离至上睑结膜穹窿处,见白色增厚联合腱膜鞘,6-0尼龙线将睑板悬挂缝合于联合腱膜上,再将提肌腱膜向前下方牵拉缝合于睑板上。术中调整缝挂联合腱膜及上睑提肌的位置,将上睑缘调整至合适的高度及睑缘曲率流畅。结果:随访6个月~1年,满意25只眼,1只欠满意,无明显严重并发症,轻度闭合不全在3个月内基本恢复,无角膜暴露。结论:上睑联合腱膜鞘(CFS)及上睑提肌腱膜前徙手术可以稳定有效矫正复发性中重度上睑下垂,术后闭合不全发生率低,美容效果好,复发率低。

[关键词]上睑下垂;复发性;中重度;上睑联合腱膜鞘(CFS)

[中图分类号]R622 **[文献标志码]**A **[文章编号]**1008-6455(2019)01-0006-03

Clinical Report of Conjoint Fascial Sheath(CFS) Suspension on the Treatment of Recurrent Blepharoptosis

CHEN Gui-zong¹,TIAN Yue-ping¹,LUO Yan-ping¹,LIU Tao¹,LI Qin²

(1.Guangzhou Mylike Cosmetic Surgery Hospital,Guangzhou 510000,Guangdong,China; 2.Guangzhou General Hospital of Guangzhou Military Command of PLA,Guangzhou 510000,Guangdong,China)

Abstract: Objective To discuss a better way for the treatment of moderate or severe recurrent blepharoptosis. **Methods** From January 2016 to December 2017, conjoint fascia sheath suspension was performed in 16 patients(26 eyes, one side was 6 and two side was 10) with recurrent blepharoptosis. The double eyelid line was redesigned, the scar tissue at each layer was released and dissociated, the connection of frontal muscle flap to tarsal plate was amputated and anatomical reduction was

performed. The eyelid board edge was exposed and the lower layer of the levator palpebrae superioris muscle was penetrated at the lateral position. With separation toward the fornix along the conjunctiva, the CFS was located between the former of the muscular rectus superior and the elevator palpebrae superioris muscle. Ptosis was corrected by suturing the superior alar ligament and corresponding elevator palpebral superioris aponeurosis to the upper margin of the tarsal plate with 6-0 nylon thread. Conventional suture was performed to shape the double eyelid. Success was assumed when the height of palpebral fissure measured significantly higher than before. **Results** All 16 cases were followed up from 6 to 24 months. Good correction was achieved in 25 eyes. In one case, satisfactory result was achieved after reoperation because of the large difference between bilateral eye. All patients were able to completely close their eyes in 3 months. **Conclusion** The application of conjoint fascial sheath suspension in the repair of recurrence after severe or moderate conjointal ptosis can achieve satisfactory clinical results. **Key words:** ptosis; recurrent; moderate or severe; conjoint fascial sheath

矫正重度上睑下垂手术方法较常见的有以额肌为动力额肌瓣悬吊及上睑提肌腱膜前徙,及各种材料悬吊术。但术后容易复发及出现眼睑闭合不全的现象,特别以额肌为动力的手术方法创伤大,并发症较多,外形不自然等问题。本次选取2016年1月-2017年12月于笔者医院就诊的中、重度上睑下垂术后复发的患者,应用上睑联合腱膜鞘及上睑提肌腱膜前徙方法进行治疗,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料:2016年1月-2017年12月于笔者医院就诊的中重度上睑下垂术后复发患者共16例,5例为额肌瓣悬吊术后,11例为上睑提肌前徙术后,均出现复发情况。术前测量患者提上睑肌肌力均小于4mm,MRD(瞳孔中心至上睑缘垂直距离)0~+1。无闭眼不全、复视、斜视、心、肺及其他慢性疾病。

1.2 手术方法:标记重睑切口线及切除瘢痕组织切口线,2%罗哌卡因+1:100 000肾上腺素作局部麻醉。①剥离组织:沿设计线切开皮肤及去除部分瘢痕组织,用电离子电刀低能量下仔细分离瘢痕粘连部分,术中从外侧端仔细解剖出残存眶隔脂肪,进一步判断提上睑肌腱膜或额肌组织;②于上睑提肌腱膜下及睑板前追加局麻药,分离打开睑板前组织至睑板组织。注意完全暴露睑板组织,为下一步固定筋膜组织准备;③于睑板上缘下2mm开始向后上方分离,分离层次在米勒氏肌与结膜间,一直向结膜穹窿处分离。术中应用电离子电刀可以边分离边止血,视野及解剖层次清楚(见图1A);④向下方牵拉分离后的结膜,在越过结膜穹窿部位可见白色增厚有弹性组织,即为所要解剖的上睑联合腱膜鞘组织(见图1B);⑤6-0尼龙线将睑板作角膜瞳孔中线,角膜内侧缘,角膜外侧缘3点垂线作为与CFS悬吊固定点,各作一水平褥式缝合,坐位观察上睑悬挂高度及睑缘曲率变化,双眼对称性,睑缘最终悬吊位置位于角膜上缘下1mm。然后将分离出的上睑提肌腱膜向下牵拉缝挂于睑板进一步提升上睑缘高度及改变睑缘曲率大小,辅助提升上睑缘,减小单纯悬挂于CFS缝合张力,剪除多余的腱膜组织。上睑缘最后矫正的位置位于角膜上缘下1mm,注意勿矫枉过正,以防“兔眼”形成;⑥7-0尼龙线将眼轮匝肌和腱膜前组织缝合固定于睑板组织,按Park法形成重睑线,然后8-0尼龙线对合缝合皮肤。



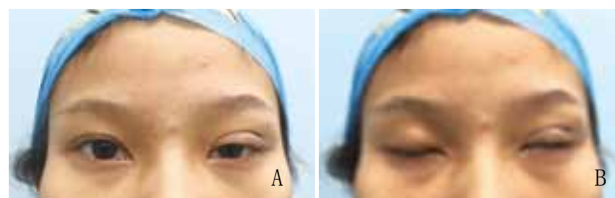
注: A. 睑板前组织及部分提上睑肌腱膜组织(中间镊夹取部位); B. 镊子往下牵拉白色组织为CFS组织

图1 术中操作示意图

1.3 术后护理:术后48h内冰敷术区,嘱每晚睡前患眼涂红霉素眼膏,外盖纱块;白天滴人工泪液,保持角膜湿润,预防暴露性角膜炎。术后7d拆线,继续上述眼部护理操作直至上下睑闭合可遮盖角膜为止。

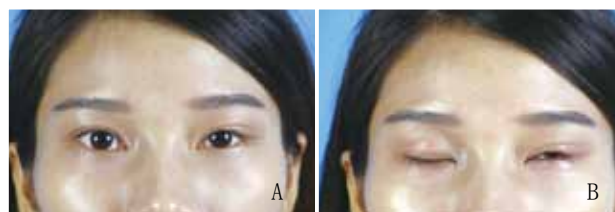
2 结果

本组共16例,术后随访6个月~1年,术后MRD均+3.0以上,无睑缘退缩,无暴露性角膜炎等并发症发生。眼睑闭合不全均在1~3个月内消失。双侧重睑线流畅自然。典型病例见图2~5。



注: A. 睁眼图,左侧重度上睑下垂术后复发; B. 闭眼图,无闭合不全

图2 术前病例图



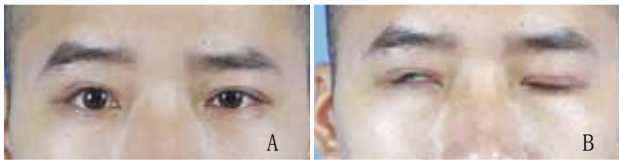
注: A. 睁眼图; B. 闭眼图

图3 术后8个月



注: A. 睁眼图, 右侧单侧重度上睑下垂术后复发; B. 闭眼无明显闭合不全

图4 术前



注: A. 睁眼上睑缘位于角膜上缘正常位置; B. 闭眼图, 闭合情况良好, 无角膜暴露

图5 术后12个月

3 讨论

利用额肌力量矫正重度上睑下垂在上个世纪60年代由我国宋儒耀教授最早提出, 应用于大量病例, 取得了良好效果。随后有大量病例报道并对手术方法作出改良^[1]。该手术方法随着来院复诊的患者的远期效果来看存在部分不足之处: 手术解剖范围大, 需要在眉下做辅助切口, 组织损伤大, 术中操作不熟练会损伤面神经细小分支, 难于达到术后理想效果。术后远期看睑裂变小, 术侧额纹重, 双侧眉形不对称, 外形不自然, 即额肌为动力的上睑提升力量随着时间的推移力量越来越小, 最终导致上睑下垂复发。自从Holmström H, 解剖发现CFS后, 为提升上睑缘提供了结实可靠的, 又符合生理的悬吊组织, 为重度上睑下垂矫正开辟了一条新的路径^[2-3]。

联合筋膜鞘(CFS)英文全称“Conjoint Fascial Sheath”。也有人称之为“Check ligament”, 解剖上指源自于提上睑肌和上直肌的外层结构及位于结膜上穹窿处富有弹性组织的结缔组织。它具有使上穹窿稳定的作用。在穹窿附近这种组织常覆盖在睑结膜和球结膜融合延伸的上方5mm区域。组织学上该结缔组织由大量的胶原纤维与富含弹性纤维构成, 与提上睑肌腱膜性组织相当类似, 故术中可以将上眼睑的睑板悬吊固定于CFS上, 利用CFS悬吊作用和提上睑肌的部分收缩力量使下垂的上眼睑达到适当的高度并且具有一定的运动度^[4-9]。关于CFS是否存在动力来源, 王振军^[5]认为其来源于提上睑肌, 而非上直肌。2008年, Hwang等^[6]通过尸体解剖和病理组织切片认为上睑联合筋膜组织是提上睑肌和上直肌之间存在的致密的结缔组织, 位于提上睑肌下方, 较厚的纤维组织覆盖于上直肌上, 呈等腰梯形状。在手术过程中发现CFS确实是一块弹性组织比较强的组织, 当用镊子向下牵拉时可发现其向相反方向回缩; 嘱患者睁眼时可感到部分向上动力, 再嘱患向上翻转眼球时, 亦可感到有部分向上动的力量存在。推测CFS组织动力的来源是否是多方面的, 只是各组织所贡献的作用力量有所不同。就CFS组织的解剖学来看, 它是提上睑肌及上直肌

腱膜在结膜上穹窿处的融合, 说明它的动力既有提上睑肌也有上直肌, 是否是这两块肌肉的作用力相同方向上的一种作用力合力的表现。理论认为这是符合眼睑动力学作用的。

另外笔者注意到, 术后患者均可以恢复上下睑闭合功能, 恢复所需要的时间远远短于额肌瓣术后患者, 这是该术式优势之一。术后未见严重睑球分离现象。费孝庆通过对比CFS和额肌矫正重度上睑下垂对于眼球表面的结构和功能也未见有明显的影响和改变^[10]。闭眼功能是眼轮匝肌收缩, 作用力集中于眼轮匝肌中心方向。相反作用力和CFS组织的弹性对构成术后符合眼睑生理活动功能有重要影响。

总之术后结果表明, 对于应用提上睑肌或额肌瓣矫正复发性中重度上睑下垂来说, 因其效果欠稳定, 再次应用其来修复显得尤为困难, 组织结构再次利用率不高。应用CFS恰好可以弥补额肌瓣和提上睑肌前徙术带来的各种不足, 效果稳定显著, 复发率低, 可以达到兼并外形和功能双方面的满意度。对于中重度上睑下垂的患者, CFS联合提上睑肌前徙术是首选手术方法, 对于复发性也同样适应。对于CFS组织的动力来源笔者认为它是提上睑肌和上直肌共同作用的合力产生, 各自所占比例有待进一步研究证实。

【参考文献】

- [1]张涤生. 整复外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 269-326.
- [2]Holmström H, Santanelli F. Suspension of the eyelid to the check ligament of the superior fornix for congenital blepharoptosis[J]. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2002, 36(3): 149-156.
- [3]Holmström H, Bernström-Lundberg C, Oldfors A. Anatomical study of the structures at the roof of the orbit with special reference to the check ligament of the superior fornix[J]. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2002, 36(3): 157-159.
- [4]曹仁昌. 眼整形艺术[M]. 廖文杰, 译. 台北: 力大图书有限公司, 2016: 230-235.
- [5]王振军, 刘柳, 王恒. 联合筋膜鞘(CFS)悬吊术治疗额肌瓣悬吊术后复发重度上睑下垂[J]. 中国美容医学, 2016, 25(8): 30-33.
- [6]Hwang K, Shin YH, Kim DJ. Conjoint fascial sheath of the levator and superior rectus attached to the conjunctival fornix[J]. J Craniofac Surg, 2008, 19(1): 241-245.
- [7]潘斌, 于建刚, 张胜昌. 上睑翼状韧带悬吊修复额肌瓣 矫正重度上睑下垂术后复发[J]. 中国美容整形外科杂志, 2017, 28(10): 589-591.
- [8]李欣, 陆孟婷, 蒋艳, 等. 联合筋膜鞘悬吊术治疗中重度上睑下垂[J]. 局解手术学杂志, 2018, 27(5): 333-336.
- [9]赵英年, 葛洪刚, 沈清俐. 联合筋膜鞘悬吊术和额肌瓣悬吊术治疗中重度上睑下垂的疗效比较[J]. 国际眼科杂志, 2017, 17(9): 1790-1792.
- [10]费孝庆, 廖荣丰. 比较额肌瓣悬吊术和联合筋膜鞘悬吊术治疗先天性重度上睑下垂前后的眼表变化[J]. 临床眼科杂志, 2017, 25(3): 273-275.

[收稿日期] 2018-08-08 [修回日期] 2018-09-12

编辑/朱婉蓉

本文引用格式: 陈贵宗, 田跃平, 罗延平, 等. 上睑联合筋膜鞘(CFS)治疗复发性中重度上睑下垂[J]. 中国美容医学, 2019, 28(1): 6-8.