

浅谈重睑成形术中上睑筋膜组织在处理

张 宾

湖南省株洲嘉美医疗美容诊所 湖南株洲 412000

【摘要】以上睑筋膜组织的解剖结构为基础,研究上睑筋膜组织在重睑成形术中的意义。部分上睑松垂的筋膜组织是阻碍形成人为的重睑皱襞的关键因素,切除部分上睑筋膜组织尤为必要。以此做法,自 2010 至 2018 年,共行重睑成形术 803 例,取得了良好的效果。

【关键词】重睑成形术;上睑筋膜

【中图分类号】R779.6

【文献标识码】A

【文章编号】1009-3179 (2019) 03-031-02

重睑成形术是美容整形外科临床中最常见的手术。由于一直以来对重睑形成机制认识的不一致^[1],从而先后设计出多种不同的手术方法。我们通过研究上睑筋膜组织的解剖结构,认为应该遵循改变此结构的基本原则,取得符合天生的重睑皱襞生理解剖一致方能形成明显而持久的重睑皱襞。根据这一原理自 2010 至 2018 年,共行重睑成形术 803 例,取得了良好的效果。

1 应用解剖

上睑的筋膜分四层 1 眼轮匝肌浅筋膜位于肌肉深面,称之为 roof 层。供应肌肉的血管神经由此通过,在眉弓水平与帽状腱膜互相融合。一般情况下这层组织偏薄,上睑肿胀的人可见明显增厚,手术时可适当去之。2 眶隔深筋膜位于浅筋膜深面,较为致密没有弹性。眶隔的深面是眶脂肪,因其之间的眶隔脂肪的量而各异,有的人高有的人低。大体上白人以上睑板上缘上方 2-3mm 处,即上睑缘上方 10mm 处。在东方人下垂于上睑板上缘下方 3-4mm 处附着。在有重睑的人上睑眶隔提肌附着水平与重睑皱褶的水平一致。脂肪的深面是上睑提肌腱膜。3 上睑提肌腱膜,它在睑板上缘与深、浅筋膜共三层相互融合,形成一个限制脂肪脱出的“吊带”。在上睑皱襞深面该层为单一联合筋膜层。天然的重睑皱襞即在此筋膜融合层。4 睑板前联合筋膜。此层筋膜将位于其外层的皮肤肌肉与深面的睑板粘连在一起。形成一个“三明治”样结构,起着上提肌与眼轮匝肌到睑板前各层组织的动力传递作用。单睑的人此层偏厚,被认为阻碍真皮与提肌腱膜有效连接而影响重睑皱襞形成。(图 1)

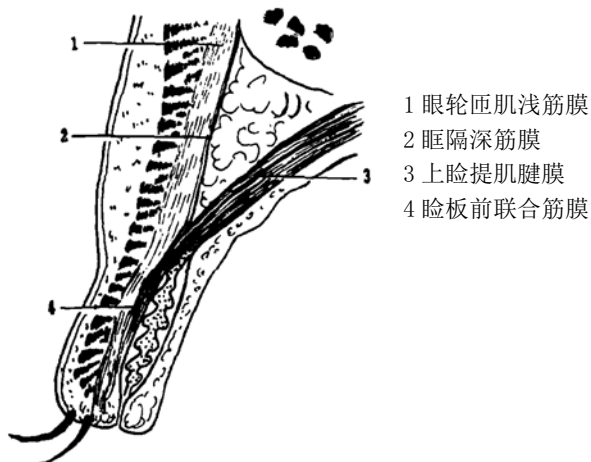


图 1: 上眼睑矢状面解剖

2 手术方法

2.1 设计重睑线

一般设计宽度 6—8mm。长度不超出眶外缘,伴有明显皮肤松垂者可适当延长,并酌情设计出需要去除皮肤的宽度。

2.2 上睑筋膜的处理

麻药注射量平均每侧为 2% 利多卡因和 0.75% 布比卡因的混合液 2ml。切开皮肤后,切口上唇的皮下组织一般不作分离,以免造成高位的畸形粘连,对于肿泡眼可以去除切口上唇肌后的上睑筋膜组织 (roof 层)。切除切口下唇的少许肌肉和浅筋膜、深筋膜 (松垂至重睑线以下的眶隔),切除大部分睑板前联合筋膜,一般情况下只切除疝出的外侧眶脂肪,对于上睑凹陷的则要完全打开眶隔释放出高位的眶脂肪使其重新分布于上睑空虚的部位。

2.3 固定重睑高度、切口皮肤缝合

钝性剥开眶脂肪可见白色的上睑提肌腱膜。用 7/0 的尼龙线缝针经切口下唇真皮 (或肌肉)——睑板——上睑提肌腱膜穿出打结,缝合的高度通常在睑板上缘 1mm 不使睫毛过度外翻为度。缝合每 1 针时嘱患者睁眼,观察重睑形成情况,重睑弧度,宽度满意为止。最后用 8/0 尼龙线连续缝合皮肤。术后常规加压包扎一天,口服消炎药三天。五天拆线。

3 临床资料

自 2010 年 1 月至 2018 年 5 月共做手术 803 例,其中男性 34 例,女性 769 例,其中肿泡眼 155 例,上睑凹陷 58 例。随访时间 3 个月至 4 年。除 4 例因重睑不对称二次修复,2 例因重睑宽度不满意二次修复,其余效果良好。

4 讨论

重睑成形术因人种特点在东亚范围内非常流行,并出现了多种不同的手术方式。然而在这一领域中仍存在不少争议。争议的焦点之一是:眼睑皮肤怎样与睑板固定和对上睑筋膜不同处理方式。Barer^[2]认为根本不需要做肌肉与睑板的固定,与传统方法效果并无多少区别。Siegel^[3]他主张成功的重睑术必须永久地改变上睑内部的筋膜结构,使和天生的重睑皱襞生理解剖一致。

上睑筋膜组织因人种的不同厚薄不一。西方人很薄,天生重睑的人占多数,而东方人偏厚因而单睑的比例很高。对于肿泡眼的要去除眶脂肪和增厚的 roof 层;对于上睑凹陷的要释放出高位眶脂肪;对于二次修复的重睑手术,我们要尽可能的找到残留的眶脂肪并覆盖在前次手术异位黏连的部位。睑板前联合筋膜在多数解剖学中并无重点描述,但在重睑成

(下转第 33 页)

用药; III~IV 级腹泻者 2 例, 均需住院治疗, 1 例停药 20d 后继续治疗, 另 1 例因不良反应终止治疗; III~IV 级皮疹者 2 例, 给予对症处理, 均未停药。见表 1。

3 讨论

全球老年人肺癌的发病率和病死率逐渐上升。尽管目前研究显示, 年龄不是肺癌预后的独立影响因素, 但老年患者常因为化疗不良反应而不能顺利完成化疗。随着对肿瘤发病机制的研究和分子生物学的发展, 使得新的靶向治疗成为可能。由于表皮生长因子 (EGF) 介导的信号传导通路在肺癌发生、发展中具有重要作用, 已成为肿瘤治疗的重要靶分子, 也是当前研究的热点之一^[3]。贝伐珠单抗注射液是一种强有力的选择性 EGF 受体 (EGFR) 酪氨酸激酶抑制剂, 两项大规模 II 期临床研究 (IDEAL1、IDEAL2) 显示, 应用贝伐珠单抗注射液治疗非小细胞肺癌患者, 有效率为 12~18%, 疾病控制率为 36~42%。其疗效腺癌优于非腺癌, 女性优于男性, 不吸烟者优于吸烟者, 日本患者疗效优于欧美患者。不良反应主要为皮疹和腹泻。我们通过扩大临床供药项目 (EAP) 治疗晚期 NSCLC 患者的疗效为 33%, 疾病控制率为 70%, 与日本报道相近, 高于欧美报道。

陶虹等^[4]共报道了 39 例晚期 NSCLC 高龄患者应用贝伐珠单抗注射液单药治疗, 疾病控制率为 46.2%。梅雪等^[5]分别报道了 40 例和 61 例晚期老年 NSCLC 患者应用贝伐珠单抗注射液治疗后, 有效率均为 5%, 疾病控制率为 50%。高龄患者应用贝伐珠单抗注射液治疗, 不良反应同样主要为 I~II 级皮疹及腹泻。由于贝伐珠单抗注射液副作用小, 为老年晚期肺癌患者的治疗提供了新思路。本研究中, 38 例 70 岁以上患

者接受贝伐珠单抗注射液单药治疗, 有效率为 18.4%, 疾病控制率为 73.7%, 高于国外报道, 略低于非老年组患者。疗效与性别、病理类型、吸烟状况相关, 女性、腺癌、不吸烟患者疗效优于男性、非腺癌及吸烟患者, 与非高龄患者一致。生存期与病理类型及临床疗效相关, 也与非高龄患者一致^[6]。

综上所述, 对非小细胞肺癌患者, 使用贝伐珠单抗注射液治疗, 不仅治疗效果理想, 而且降低了患者的病痛, 临床上应进一步推广和应用。

参考文献:

- [1] 蒋友国. 贝伐珠单抗联合埃克替尼治疗中晚期非小细胞肺癌的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33(12):3259-3263.
- [2] 邢若, 王鹏, 刘玉豪. 贝伐珠单抗辅助常规化疗治疗非小细胞肺癌的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2019(1):17-19.
- [3] 姜敏, 迟峰, 吴荣. 贝伐单抗联合卡铂治疗非小细胞肺癌恶性胸腔积液的临床研究 [J]. 临床肺科杂志, 2017(5):52-53.
- [4] 陶虹, 郭丽丽, 吴洪波. 贝伐珠单抗联合化疗对复治晚期非鳞非小细胞肺癌患者的疗效及预后分析 [J]. 中国肿瘤临床, 2018, 45(10):503-507.
- [5] 梅雪, 王豪勋, 马军. VEGFR2 基因多态性与贝伐珠单抗联合化疗一线治疗晚期非小细胞肺癌患者疗效的关系 [J]. 肿瘤, 2018, 38(11):61-69.
- [6] 翁克贵, 蒋勇, 王颖. 贝伐珠单抗联合盐酸厄洛替尼治疗晚期非小细胞肺癌 EGFR 不同外显子突变的疗效分析 [J]. 广西医科大学学报, 2017(7):85-86.

(上接第 31 页)

形术中却具有重要的意义。天生重睑的人此层筋膜较为薄弱, 重睑皱襞下的皮肤呈现出很多很细的皱纹, 而单睑的人此层明显偏厚被认为是阻碍重睑形成的主要原因之一。在操作中, 切除设计的重睑线以下大部分睑板前联合筋膜包括松垂的深、浅筋膜是非常重要的步骤, 以便提供一个使睑板前组织与上睑提肌腱膜紧密贴附粘连的创面, 同时也能安全可靠地显露上睑提肌腱膜。

眶脂肪主要起到对眼球缓冲保护和充填上睑的作用。一般情况下只需去除外侧疝出的眶脂肪团, 去除时注意要与泪腺组织分辨, 勿把泪腺组织切除, 伴泪腺脱垂的将其会纳入眶内。对于上睑太厚的人往往需要切除更多的中内侧眶脂肪团, 切除厚如果仍显臃肿, 就应该切除眼轮匝肌深面的上睑筋膜组织 roof 层。切除时要掌握好切除量, 不能使骨膜显露出来。Roof 层在分布上内侧较少而外侧较多, 切除内侧 1/2 部位的 roof 层往往容易形成多重折, 需引起注意。切除 roof 层会引起更多的出血, 必须彻底的电凝止血术后加压包扎避免术后出现血肿影响最终的效果。

关于重睑皱襞的形成虽然有些不同看法但认为上睑提肌腱膜与其它筋膜层的融合形成上睑皱襞这一观点还是达成了共识。在皱襞水平上睑提肌腱膜与眶隔结合形成一个阻挡眶脂肪疝出的壁。在皱襞水平下方, 睑板前联合筋膜将皮肤肌肉与睑板贴连在一起, 因此人工形成重睑时也应基于这一解

剖结构。多数东方人, 重睑皱襞因眶脂肪往往脱垂到睑板前缘而较低垂, 表现为内双或单眼皮。传统的单纯切除皮肤、肌肉和脂肪或包括睑板前部分组织的重睑成形术方法, 并不能充分上提松垂的组织。故须在传统方式基础上, 创造一个平整的、高出睑板能与上睑提肌腱膜粘连的创面, 因此需切除睑板前联合筋膜及松垂至重睑线以下的深、浅筋膜, 以充分上提松垂的组织, 较大幅度地调整皱襞的高度, 并形成良好的皱襞。因粘连的区域广泛, 粘连牢固, 故效果稳定, 能适用于多种形态的眼睑^[4]。

对于睑板前上睑筋膜组织的切除需要注意的是不能在睑板以上提肌腱膜融合部位切除。上睑提肌腱膜在睑板上端由纤维带与睑板形成紧密连接, 切除后会导致腱膜与睑板上端断裂形成医源性上睑下垂。即使因为米勒肌发挥作用不会立刻引起上睑下垂, 但过一段时间以后还是会因为米勒肌的松弛或功能减弱等问题出现上睑下垂的情况。

参考文献:

- [1] 宋儒耀. 美容整形外科学 [M]. 北京出版社, 1992:194-205
- [2] Baker J Gordon H L, Mosienko P. Upper lid blepharoplasty [J]. Plast Reconstr Surg, 1977; 60: 692
- [3] Siegel R J. Advance lid upper lid blepharoplasty [J]. Clin Plast Surg, 1992; 19: 329
- [4] 李东, 夏兆骥, 张宗学. 上睑筋膜组织在重睑成形术的意义 [J]. 中华整形烧伤外科杂志 1994 年第 10 卷第 6 期