论著

文章编号:1000-5404(2013)02-0172-03

自体真皮移植矫正下眼睑凹陷的临床应用

陈 亮,李晓格,毋巨龙,王珍祥,李世荣 (400038 重庆,第三军医大学西南医院整形美容外科)

[摘要] **目的** 探讨应用自体真皮填充下睑凹陷,并同时对部分伴发的下睑外翻予以纠正的手术体会和临床应用。**方法** 对我科2010年1月至2011年6月收治的12例(13眼)下睑凹陷的患者予以自体真皮填充,并对其中7例(7眼)伴发轻度睑外翻的患者予以矫正。**结果** 对12例(13眼)患者术后6~12个月进行了随访,11例(12眼)术后恢复好,眼睑凹陷填充满意,无外翻,无需再次手术治疗;1例(1眼)凹陷填充满意,但因患者术后没有规律佩戴支具及用瘢痕药,下睑出现轻度外翻,患者认为效果尚可,未再次手术。**结论** 应用自体真皮移植矫正下眼睑凹陷,效果良好,无排异性,取材丰富,成活率高,吸收率低,一次手术即可达到满意效果,并可同时进行轻度下睑外翻的矫正,值得推广。

[关键词] 真皮;皮肤移植;眼睑疾病
[中图法分类号] R622.1;R777.1 [文献标志码] A

Clinical application of autologous dermal transplantation to correct lower eyelid depression: report of 13 eyes

Chen Liang, Li Xiaoge, Wu Julong, Wang Zhenxiang, Li Shirong (Department of Plastic and Cosmetic Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038, China)

[**Abstract**] **Objective** To summarize the operation experience and clinical application of autologous dermal graft to correct lower eyelid depression and repair concomitant lower eyelid ectropion. **Methods** Thirteen lower eyelid depression in 12 patients were treated with autologous dermal transplantation in our department from January 2010 to June 2011. And 7 lower eyelid ectropion from 7 patients were repaired at the same time. **Results** These 13 eyes of 12 patients were followed up for 6 to 12 months. Twelve eyes of 11 patients got the satisfying outcome with eyelid depression filling and no ectropion was seen. Only 1 eye appeared mild ectropion, but the patient thought it was fair effective, so no more operation was carried out. **Conclusion** Application of autologous dermal graft to correct lower eyelid depression is an effective approach with material-rich, no immune response, high survival rate and low absorption rate. Concomitant lower eyelid ectropion can be repaired at the same time. So this approach is worthy of being popularized.

[**Key words**] autologous dermal graft; skin transplantation; eyelid depression

Corresponding author: Li Shirong, E-mail: zhengxing@vip.163.com

下眼睑凹陷常由外伤、眼周手术、肿物切除、引产针及其他药物注射引起,影响美观致心理障碍,常伴发睑外翻等并发症,导致眼睑闭合不全,角膜外露炎症,严重者视力受损甚至失明。对此疾患临床常采用自体脂肪颗粒填充、局部皮瓣转移、脱细胞异体真皮和膨体等医用材料填充治疗[1-3]。各种方法有各自的优缺点,但同时解决凹陷和外翻的情况尤为困难。我们自2010年1月至2011年6月,对12例下睑凹陷患者予以自体真皮填充,并同时利用自体真皮的支撑作用纠正伴发的睑外翻,术后进行6~12个月的随访,手术效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我科2010年1月至2011年6月12例(13眼)下睑凹陷的患者,其中男性7例,女性5例,年龄28.3(15~42)岁。由外伤、肿物切除及药物注射引起,病程长约3个月至18年,需手术治疗。患者在下睑凹陷时可伴发轻度的下睑外翻,其中有7例(7眼)伴发睑外翻,包括男性4例,女性3例。

1.2 适应证的选择

选择由外伤、肿物切除及药物注射引起的下睑凹陷患者,可伴有下睑外翻。下睑皮肤无缺失或少量缺失,矫正睑外翻不需要植皮的患者,如下睑凹陷伴有烧烫伤引起的睑外翻,则尽量不在选择的范围内,如瘢痕扁平柔软类似正常皮肤可选择。常规进行眼底、视力检查,术前照相。

1.3 手术方法

手术患者均为青少年和成人,故所有患者选择局部麻醉。

[通信作者] 李世荣,E-mail:zhengxing@vip.163.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20121030.1724.004.html(2012-10-30)

常规消毒铺巾,麻醉成功后,平行于下睑缘做切口,逐步、细致、彻底地将下睑凹陷处皮下粘连松解,彻底止血,初步预计填充凹陷所需的自体真皮量,在左(或右)下腹部取皮。腹部麻醉完成后,按超出预计量小部分,梭形切取下腹部全厚皮,切口直接拉拢缝合,将取下的全厚皮片修整,去除表皮和皮下组织后形成自体真皮,保留真皮下血管网,将真皮移植至下睑凹陷予以填充,皮片可修剪和折叠,将自体真皮展平,用 5-0 丝线固定在下睑凹陷处,与另外一侧对比,尽量达到饱满、对称的填充目的,细致缝合皮肤后加压包扎。对于伴有轻度下睑外翻的患者,真皮填充凹陷后,在真皮的支撑下睑板不再外翻,将下睑皮肤向外上方牵拉,以纠正睑外翻为标准,切除相应的三角形皮肤组织块,固定外眦、顶端和三角形创面的上角后,缝合皮肤,皮肤可与自体真皮组织皮下缝合固定,涂抹眼膏后,加压包扎,术毕。

2 结果

对 12 例(13 眼)术后 6 ~ 12 个月进行了随访,11 例(12 眼)术后恢复好,眼睑凹陷填充满意,无外翻,无需再次手术治疗,1 例(1 眼)凹陷填充满意,但患者术后没有规律佩戴支具及应用瘢痕药,下睑出现轻度外翻,患者觉效果尚可,未再次手术。

自体真皮移植后 3 例(3 眼)有肿胀情况发生,输液后缓解消失,无液化、感染等情况发生;患者术后前期存在填充处局部质地较硬情况,3 个月后软化症状缓解,手术切口瘢痕隐蔽不明显,无表情不自然等情况发生。

典型病例:女性,21 岁,4 岁时因右侧下睑血管瘤,行药物注射治疗后血管瘤治愈,但由于药物注射,右下睑形成凹陷,并伴有右下睑外翻,至今未进行过手术治疗。下睑凹陷及外翻明显,眼睑闭合不全,角膜外露炎症,双眼不对称,影响美观及生活。术中应用自体真皮移植填充矫正下睑凹陷,根据睑外翻轻重程度,将皮肤向外上方牵拉,纠正睑外翻。术后凹陷填充饱满,右下睑外翻恢复原位,双侧基本对称,手术效果满意。见图 1。

3 讨论

自体真皮移植为自体组织无排异性,可用于隆鼻手术及切口疝修补等方面[4]。我科采用自体真皮填充下睑凹陷,也取得了良好的效果。

自体真皮移植与常用填充下睑凹陷方法比较、分析如下:①自体脂肪颗粒填充,其优点是自体组织无排异性,柔软,创伤小,填充效果好。其缺点是吸收率高、存活率较低,为达到满意效果需多次填充,术中需特殊仪器,并且术后存在坏死、液化等情况,对于下睑凹陷内部有严重粘连的情况,单纯注射无法分离粘连,效果不佳[5]。②局部皮瓣转移,局部临位皮瓣多选择应用于下睑凹陷并伴随皮肤缺损的较轻的睑外翻情况。优点是皮肤颜色相近可同时解决外翻情况,操作简单,皮瓣易于存活,创伤较小,可同时解决凹陷和外翻。缺点是要损失周边的正常组织,在面部额外残留瘢痕。如下睑凹陷较严重或皮肤缺损较大,则局部皮瓣转移不能满足填充凹陷及补充皮肤的作用[6]。③颞浅筋膜瓣转移及全厚皮片移植,针对于下睑凹陷显著,尤其是下睑皮肤缺损严重的患者应采用此手术方式。优点是凹陷填充充分,能够满足皮肤缺损严重的病例。缺点是手术操作较复杂,创伤大,损失多处供区,植皮后外观不理想。④脱细胞异体真皮填充的优点是去除了细胞表面抗原,排斥性小,柔软,可满足凹陷填充的目的。缺点是存在部分免疫反应的发生,如毛发生长茂盛、局部色素沉着等情况,如凹陷较大材料需多层折叠,易发生坏死感染等并发症[7]。⑤膨体/Medpor 的优点是材料组织相容性好,支持凹陷效果佳。缺点是填充处较硬,表情略显僵硬,价格较贵,偶有无菌性感染及细菌性感染情况发生[8]。⑥软骨自体组织无排异性,弹性好,适合于小面积填充。缺点是软骨易吸收、变形,额外创伤大,损失其他部位的正常软骨,增加额外损伤[9]。⑦自体真皮填充的优点是自体组织无排异性,取材丰富,对较大凹陷填充效果好,成活率高,一次手术即可达到良好效果,术后皮肤无色素沉着等情况。对于同时进行下睑外翻矫正手术,自体真皮还可起到良好的支撑作用[10]。缺点是自体真皮的供区会增加额外的伤口,术后前期存在肿胀和填充处局部质地较硬情况,真皮填充量及在下睑固定需医生操作细致及一定的丰富经验才能达到满意效果。

本研究选择 12 例(13 眼)下睑凹陷患者,进行下睑凹陷填充的同时,对 7 例(7 眼)下睑外翻进行矫正,效果满意,但病例适应证的选择具有局限性。对于由凹陷及皮肤粘连引起的下睑外翻,皮肤无缺失或少量缺失,不需要植皮或局部皮瓣转移来纠正外翻,凹陷处及周围皮肤应为正常皮肤或接近正常皮肤,皮肤弹性好,通过短缩松弛的下睑板及上提下睑外侧皮肤可纠正外翻的病例,可选择此治疗方案。对于下睑外翻皮肤缺损较大必须植皮、局部皮瓣转移矫正患者,凹陷处及周围皮肤为瘢痕组织(尤其是烧烫伤后的皮肤组织)或皮肤弹性差的患者,不宜采取此手术方式。



A:术前正面观;B:术前侧面观;C:术后 1 周正面观;D:术后 1 周侧面观;E:术后半年正面观;F:术后半年侧面观

图 1 血管瘤注射治疗后右侧下睑凹陷伴外翻患者自体真皮移植前后对比观察

手术体会与注意事项:①术中需注意自体真皮组织量需足够,多余的适当修剪,以填充后与对侧相近为标准。②切取全厚皮后,要彻底去除表皮,否则会导致形成表皮囊肿;去除皮下脂肪时要保留真皮下血管网,提高成活率减少并发症。③有文献报道选择真皮脂肪瓣进行填充[11],我们认为脂肪存在吸收问题,在真皮足够的情况下,去除脂肪,应用真皮填充凹陷效果更佳。④对于同时进行下睑外翻的矫正患者,适应证要严格选择,如确需植皮或局部皮瓣转移,则不能采用此手术方案,否则易由于营养及供血不足而导致手术失败。⑤术中认真设计、严格操作、止血彻底是手术成功的关键。⑥术后应佩戴眼部支具半年至1年,外用抗瘢痕药物等辅助治疗,这对手术最终效果至关重要[12]。总之,选择合适的适应证,应用此治疗方案,可以取得良好效果。

参考文献:

[1] 邵英, 张舵, 林泉, 等. 颞肌筋膜瓣与全厚皮片移植修复下睑凹陷性畸形[J]. 中国美容整形外科杂志, 2007, 18(1): 20-22.
[2] Roostaeian J, Kohan E, Tanna N, *et al*. Staged reconstruction of the lower eyelid following tri-lamellar injury: a case series and anatomic study [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2012, 65(1): 48-53.
[3] Yeh C C, Williams E F 3rd. midface restoration in the management of the lower eyelid [J]. Facial Plast Surg Clin North Am, 2010, 18(3): 365-374.
[4] 吴一, 邓颖, 李伟. 自体真皮组织在隆鼻术中的应用[J]. 中国美容医学, 2008, 17(8): 1149-1150.
[5] 张晖, 冯幼平. 纯化自体脂肪颗粒在上睑凹陷矫治中的应用[J]. 中国美容医学, 2011, 20(11): 1680-1682.
[6] Hoorntje L E, Lei B, Stollenwerck G A, *et al*. Resecting orbicularis oculi muscle in upper eyelid blepharoplasty: a review of the literature [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010, 63(5): 787-792.
[7] 田旭, 赵颖. 脱细胞异体真皮基质植入治疗眼睑、眼周凹陷[J]. 眼科, 2005, 14(4): 231.
[8] Kassam K, Kumar S, Lloyd T. Medpor implant experience at University College Hospital, London, UK 2005-2010 [J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2011, 49(1): S72-S73.
[9] Kobayashi K, Ishihara H, Murakami R, *et al*. Total lower eyelid reconstruction with a prefabricated flap using auricular cartilage[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2008, 36(2): 59-65.
[10] Morimoto N, Takemoto S, Kanda N, *et al*. The utilization of animal product-free media and autologous serum in an autologous dermal substitute culture [J]. J Surg Res, 2011, 171(1): 339-346.
[11] 刘采泮, 叶胜, 刘国强. 真皮脂肪瓣移植下睑凹陷畸形矫正术: 附5例报告[J]. 咸宁学院学报: 医学版, 2003, 17(3): 219-220.
[12] 陈亮, 李喆, 毋巨龙, 等. 改良三瓣法额肌瓣悬吊术治疗重度上睑下垂临床观察[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(20): 2195-2197.

(**收稿**:2012-09-02;**修回**:2012-10-08)
(编辑 王小寒)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2013)02-0174-01

桥小脑角区肿瘤显微手术过程中岩静脉保护的临床意义

吴 雷,沈晓黎,王大鹏,郭 华,程祖珏,祝新根 (330006 南昌,南昌大学第二附属医院神经外科)

[**关键词**] 岩静脉; 桥小脑角; 显微手术
[**中图法分类号**] R651.11 [**文献标志码**] B

桥小脑角肿瘤因为位置深在,周围解剖结构复杂,一直被视为神经外科手术的难点。岩静脉常常与该区域肿瘤上极关系密切。尽管在术中牺牲岩静脉对大部分患者无明显影响,但影响一旦出现,往往严重影响患者预后[1]。本研究通过回顾近期临床资料及文献,总结该区域肿瘤术中岩静脉的保护方法及意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择本科2009年7月至2012年2月收治的82例桥小脑角肿瘤患者,其中左侧47例,右侧35例;男性44例,女性38例;脑膜瘤20例,听神经瘤56例,胆脂瘤4例,三叉神经鞘瘤2例;病程2周至8年,平均2.4年;MRI检查结果显示肿瘤最大直径<2 cm 6例,2~4 cm 58例,>4 cm 18例。

1.2 手术方法

术中采取侧俯卧位,乳突置于最高位置,耳后直切口,充分显露横窦及乙状窦边缘。瘤内彻底减压后显露肿瘤上极与岩静脉,锐性分离二者之间粘连,电灼肿瘤包膜使之皱缩,进而加大肿瘤与岩静脉之间操作间隙,向岩静脉引流的肿瘤静脉电灼并于肿瘤侧离断,放置明胶海绵保护。如出现岩静脉小的撕裂出血不要轻易电凝,可采用速即纱压迫止血。

2 结果

5例岩静脉离断患者中3例未见明显影响,其中2例肿瘤直径>5 cm。1例肿瘤直径约3.5 cm的患者,术中离断岩静脉后出现脑肿胀,行脑室外引流后脑组织回落不明显,扩大骨窗,打开枕骨大孔,切除部分小脑半球,敞开硬膜;术后CT显示小脑半球及脑干弥漫性肿胀,术后半个月行脑室腹腔分流手术,2年复查时患者仍存在对侧肢体偏瘫及吞咽困难。1例患者肿瘤直径2.8 cm,术后第2日出现昏睡,CT显示脑干及小脑半球梗死性出血,四脑室消失,再次手术过程中脑组织肿胀加重,予以清除血肿,切除小脑半球,扩大骨窗,二次手术后第3日患者死亡。其余77例术中岩静脉保护良好,尽管部分术后出现面瘫、吞咽困难等症状,但治疗及随访过程中均未见致命性并发症发生。

(下转177页)

[**通信作者**] 祝新根,E-mail:ZXG2008@163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130108.1050.010.html(2013-01-08)