经验交流

文章编号:1000-5404(2013)19-2116-02

改良结膜瓣遮盖萎缩眼球角膜后配戴义眼的临床观察

杨 萍[1],陈 静[1],秦 伟[2] (402460 重庆,重庆市荣昌县人民医院眼科[1];400038 重庆,第三军医大学西南医院全军眼科中心[2])

[关键词] 改良;结膜瓣;遮盖;眼球萎缩

[中图法分类号] R779.64 [文献标志码] B

各种原因引起的眼球萎缩、先天性小眼球等,严重影响了面容,为改善外观,临床上采用眼球摘除联合义眼台植入手术,术后配戴义眼[1]。部分患者因各种原因不能接受眼球摘除手术,然而,角膜上皮感觉神经丰富,直接配戴义眼片会导致患者眼部疼痛,需要遮盖角膜[2]。当外伤后眼球萎缩,眼球形态较稳定、无眼内活动病变者,可采用全结膜瓣遮盖术保留眼球及配戴义眼的办法[3]。此方法保留了眼球,但易发生结膜切口裂开、结膜瓣回退及上皮植入性囊肿等并发症[3],而且手术适应证尚无定论。为减少手术并发症和探讨手术适应证,我们改良了结膜瓣遮盖技术,并配戴义眼。2009年2月至2012年12月以来,我院收治眼球萎缩患者41例(41只眼)进行治疗,患者预后良好,达到了满意的美容效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院眼科自2009年2月至2012年12月,收住院治疗的41例(41只眼)眼球萎缩患者,男性25例,女性16例,左眼22例,右眼19例。年龄16~61岁(平均年龄41岁)。术前患者及家属签署知情同意书。本研究经医院伦理委员会批准。术后随访6个月至3年。外伤后眼球萎缩31例,视网膜脱离术后7例,抗青光眼术后3例。

纳入标准:患眼均无视功能、眼球直径15~20 mm、病史5年以上且眼球大小稳定、患眼无炎症表现、无眼红或眼痛等炎症病史。排除标准:眼部恶性肿瘤、有症状的绝对期青光眼、有反复色素膜炎或眼内出血等活动性病变、严重眼球穿通伤、眼球萎缩程度重等。

1.2 方法

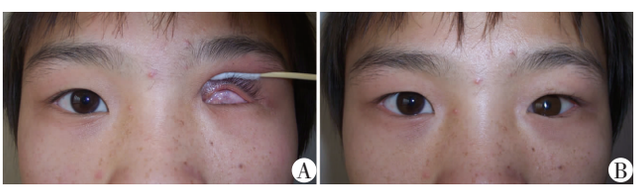
术前行双眼球B超检查,了解眼球直径、眼球内有无肿瘤。手术方法:球后及球结膜下2%利多卡因浸润麻醉。沿角膜缘全周剪开及内、外水平剪开球结膜,沿4条直肌间眼球周分离至赤道部。全角膜板层切除约1/4,并清除角膜缘处的浅层组织。在颞上、颞下、鼻上、鼻下4个方位制作滕氏囊瓣,8-0可吸收线交叉对位缝合。10-0丝线在角膜缘附近固定滕氏囊瓣。最后采用8-0可吸收线缝合结膜。术毕,结膜囊内置入大小合适的透明眼膜,涂抗生素眼膏,包扎术眼。2 d后换药,1个月后配置义眼。

[通信作者] 秦 伟,E-mail:weiqin0707@163.com

[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130903.0845.001.html(2013-09-03)

2 结果

41例患者术中均安全,无明显并发症,术后结膜伤口Ⅰ期愈合,未发生结膜伤口裂开、感染、结膜后退等并发症。术后随访6个月至3年,配戴义眼后眼窝饱满,外观改善,见图1,无眼部不适、分泌物增多等症状。



A:左眼配戴前;B:左眼配戴后

图1 结膜瓣遮盖萎缩眼球角膜后配戴义眼前后观察

3 讨论

各种原因引起的眼球萎缩,表现为眼窝凹陷、双眼球大小不等、睑裂不对称,严重影响外观。有些患者不能接受眼球摘除手术,但由于角膜上皮感觉神经丰富,直接配戴义眼片会导致患者眼部疼痛,因而需要遮盖角膜[2,4]。结膜瓣遮盖全角膜术只适用于眼球体积轻度缩小者,且需患眼病情稳定。对于先天性小眼球及一些非穿通伤所致的眼球萎缩,往往萎缩的程度稳定,无交感性眼炎的顾虑,可通过结膜等组织遮盖角膜后配戴义眼[2]。对于外伤后眼球萎缩,王乙迪等[3]认为,当眼球形态较稳定、无眼内活动病变者,也有采用全结膜瓣遮盖术保留眼球及配戴义眼的办法。对于一些稳定多年的眼球萎缩也可采用该技术[4]。到底病史为多长时间是纳入标准,尚无定论。本研究建议纳入标准为:患眼无视功能,病史5年以上,眼球直径稳定在15~20 mm。患眼无炎症表现,无眼红、眼痛等炎症病史,并排除眼部恶性肿瘤、有症状的绝对期青光眼、有反复色素膜炎或眼内出血、严重眼球穿通伤、眼球萎缩程度重等。我们认为眼轴小于15 mm或大于20 mm的眼球不适宜本方法,小于15 mm的眼球安置义眼片会有眼窝凹陷的缺点,大于20 mm的眼球安置义眼片易滑脱。罗兴华等[5]认为眼内炎症稳定6个月后才能施行手术,以免手术刺激诱发炎症。为增加安全性,我们严格制定了选择标准,患者的病史5年以上,且未出现眼球萎缩进一步加重及炎症反应,随访病例未出现交感性眼炎等风险。

传统结膜瓣遮盖术最常见并发症为结膜切口裂开、结膜瓣回退及上皮植入性囊肿[3,6]。由于角膜上皮干细胞存在于角膜缘[7],当角膜缘上皮去除不彻底,结膜瓣与角膜无法粘连愈合

则导致手术失败。王乙迪等[3]为了解决这些问题进行了全角膜板层切除术,切除深度为角膜厚度的1/3,并切除角膜缘处的结膜或浅层巩膜组织,避免了干细胞引起的副作用,但在缝合筋膜层时采用内翻褥式法,未制作滕氏囊瓣。由于结膜瓣张力问题,结膜瓣遮盖术后引起结膜瓣回退的因素仍然存在。我们在全角膜板层切除约1/4,并清除角膜缘处的浅层组织,既避免了干细胞引起的副作用又能充分保护角膜。在此基础上进一步术式改良,即在颞上、颞下、鼻上、鼻下4个方位制作滕氏囊瓣,8-0可吸收线交叉对位缝合滕氏囊瓣,10-0丝线在角膜缘附近固定滕氏囊瓣,减少了切口的张力,41例患者结膜伤口Ⅰ期愈合,未发生结膜伤口裂开、感染、结膜后退等并发症。改良的结膜瓣遮盖技术保留了萎缩的病变眼球,术后外观满意,随访无复发炎症改变。本研究的不足之处是术后只随访了6个月至3年,仍需进一步远期随访和增添病例资料。

参考文献:

[1] Kaltreider S A, Newman S A. Prevention and management of complications associated with the hydroxyapatite implant[J]. Ophthal Plast Reconstr Surg, 1996, 12(1): 18-31.
[2] Khan J A. Dermal graft. Alternative to Gunderson flap allows fitting scleral shell over sensitive cornea[J]. Ophthal Plast Reconstr Surg, 1990, 6(4): 260-264.
[3] 王乙迪, 李冬梅. 保留眼球的改良美容性全结膜瓣遮盖术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2008, 30(9): 728-730.
[4] 闵燕, 李冬梅, 赵颖, 等. 改良结膜瓣遮盖全角膜术[J]. 眼科, 2001, 10(2): 87-88.
[5] 罗兴华, 卓阳, 罗春娟. 萎缩眼球的多层球筋膜及结膜全角膜覆盖术[J]. 中国美容医学, 2008, 17(11): 1591-1592.
[6] Ding J, Chen T, Hou Z, *et al*. Cosmetic shell fitting over a sensitive cornea in mild phthisis bulbi using total conjunctival flap[J]. Aesthetic Plast Surg, 2013, 37(2): 398-401.
[7] Schermer A, Galvin S, Sun T T. Differentiation-related expression of a major 64k corneal keratin *in vivo* and in culture suggests limbal location of corneal epithelial stem cells[J]. J Cell Biol, 1986, 103(1): 49-62.

(**收稿**:2013-07-23;**修回**:2013-08-07)
(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2013)19-2117-02

经验交流

自体脂肪颗粒移植在歪鼻微整形中的临床应用

姚翠英,严玲玲,李 芸,钟文慧,陈 芳,勾庆芬,付冰川,田 霞,邵 芳 (430064 武汉,武汉科技大学附属天佑医院整形美容科)

[**关键词**] 自体脂肪颗粒移植;歪鼻;微整形
[**中图法分类号**] R622.9; R765.7 [**文献标志码**] B

歪鼻畸形多是先天性的,亦有后天外伤引起的[1],患有歪鼻畸形者,往往需要鼻综合整形来矫正[2]。临床上矫正歪鼻畸形的方法较多。然而,采用自体脂肪矫治歪鼻的方法目前临床少见报道,我科自2009年2月至2012年12月对26例患者行自体脂肪颗粒移植对歪鼻进行鼻外形微整形取得较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者共26例,男性3例,女性23例,年龄20~55岁,平均37.5岁,均为轻度歪鼻。其中,19例侧斜型,5例"C"型,2例"S"型歪鼻。

1.2 手术方法

1.2.1 术前设计 患者取仰卧位,标记出鼻部偏斜曲度及形态,根据患者的脸型、鼻形、个人要求、职业等综合因素,设计出鼻部的宽度、长度及形态,将鼻根部黄金点与鼻尖连接成一正中直线,鼻歪斜的两侧最宽点分别画一矢状线,且距正中线相等。标记出大腿内侧或外侧供脂区范围。

1.2.2 麻醉 抽脂部位采用常规肿胀麻醉,抽脂切口处、鼻部进针处用2%利多卡因加1:200 000肾上腺素行局部浸润麻醉。

1.2.3 自体脂肪颗粒的抽取、纯化 因需脂肪量较少,只行1条腿抽吸。大腿内侧或外侧常规消毒铺巾。抽脂部位作局部肿胀麻醉。用2 mm细头抽脂针插入皮下脂肪层,采用10 mL一次性注射器真空负压进行扇形反复抽吸,手置于皮肤表面,感觉和掌握抽吸方向及深度,抽取量一般为5~10 mL为宜。将注射器倒立静置于0~4 ℃冰生理盐水中,将脂肪颗粒漂洗数次,收集淡黄色脂肪颗粒备用。

1.2.4 自体脂肪颗粒的移植 面部常规消毒铺巾。于鼻根部黄金点上方及鼻尖作穿刺点。用12#注射针头分别在黄金点上方及鼻尖进针,至鼻背筋膜下方和皮下,用1 mL一次性注射器将备用脂肪注射入鼻背筋膜下层和皮下鼻部缺损处。注射缓慢、均匀,边退边注射,并用手指塑形,至歪鼻外形改善。注射量一般为3~5 mL。

1.2.5 术后处理 鼻部避免挤压、碰撞、按摩。1周后来院

[**通信作者**] 严玲玲,E-mail:yanll197803@163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130321.1057.001.html(2013-03-21)