鼻尖。对鼻根、鼻背填充时,注意注射层次不宜过浅,应选择在鼻背筋膜下,可使鼻部整体效果更加自然。一般对于鼻部注射填充应以塑形为主,需要对皮肤和组织进行明显的支撑,故选择交联多、强度大的交联型透明质酸填充,可以很好地保持鼻部的形态。

对面中部注射填充,若采用多点注射法,会因反复操作而造成局部组织的损伤,给求美者带来不必要的痛苦。为此,我们采用一针注射法,由鼻唇沟进针,在面中部区域行扇形注射,但要注意注射针头的位置,避免误入眶下神经孔而造成血管栓塞和损伤重要的神经。

颏部是构成面部美学的重要部分。Rickett 对审美平面强调,下颌的颏下点应位于鼻尖和唇前缘连线的延长线上,这是常用的衡量面部轮廓的标准线。颏部对脸形的影响十分重要,只有下颏与面部其他器官相互和谐,才具有端正的面部轮廓。颏部的注射层面,应选择在骨膜上,因注射层次够深,效果自然逼真,且注射后的填充剂可以随着颏部而运动。选择颏部正中方向注射,是为了使颏部前突;选择在颏部正中皮下深层注射,是为了使颏部变尖,但剂量不宜过大。颏部注射填充不仅能起到隆颏的效果,还具有修饰美化颏部外形,矫正颏部缺陷畸形的作用。

总之,我们每位整形外科医师只有熟练掌握注射区域的解剖结构及注射技巧,才能避免并发症的发生,达到满意的治疗效果。

参考文献:

[1] Lambros V. A technique for filling the temples with highly diluted hyaluronic acid: the "dilution solution"[J]. Aesthet Surg J, 2011,31(1):89-94.

[2] Moradi A, Shirazi A, Perez V. A guide to temporal fossa augmentation with small gel particle hyaluronic acid dermal filler[J]. J Drugs Dermatol, 2011,10(6):673-676.

[3] Juhász ML, Marmur ES. Temporal fossa defects: techniques for injecting hyaluronic acid filler and complications after hyaluronic acid filler injection[J]. J Cosmet Dermatol, 2015,14(3):254-259.

[4] 吴溯帆. 注射美容整形技术[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2015:270-271.

[5] Han X, Hu J, Cheng L, et al. Multiplane hyaluronic acid (EME) in female Chinese rhinoplasty using blunt and sharp needle technique[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2015,68(11):1504.

[6] Kim EG, Eom TK, Kang SJ. Severe visual loss and cerebral infarction after injection of hyaluronic acid gel[J]. J Craniofac Surg, 2014,25(2):684-686.

[7] Jung DH, Kim HJ, Koh KS, et al. Arterial supply of the nasal tip in Asians[J]. Laryngoscope, 2000,110(2 Pt 1):308-311.

(收稿日期:2015-11-27)

临床总结

Komoto 综合征眼部畸形治疗的改进体会

张绪生,　姜　疆,　刘　毅

作者单位:730050　甘肃　兰州,兰州军区兰州总医院 全军烧伤整形中心

第一作者:张绪生(1954-),男,陕西西安人,主任医师,博士.

通信作者:姜　疆,730050,兰州军区兰州总医院 全军烧伤整形外科中心,电子信箱:jj19751213@163.com

【关键词】 小眼症;　上睑下垂;　外科手术

doi:10.3969/j.issn.1673-7040.2016.01.006

Komoto 综合征眼部畸形是指新生儿睑裂宽度小于正常,多数伴有重度上睑下垂,其发病率为 0.18%。因其影响视觉的弱视,屈光偏差及头部代偿性姿势异常,所以,应早期进行手术治疗,一般 3~5 岁为宜[1]。自 2009 年 1 月至 2013 年 12 月,兰州军区兰州总医院全军烧伤整形中心共收治先天性小睑裂和上睑下垂患者 24 例,均采用额肌瓣悬吊和内外眦开大术治疗,取得了满意的效果。

1　临床资料

本组共 24 例患者。男性 13 例,女性 11 例;年龄 3~25 岁。小眼症综合征 15 例,上睑下垂 9 例。按上睑下垂分类:上睑缘遮盖角膜上缘超过 3 mm 为轻度下垂(0 例);遮盖角膜 1/2 为中度下垂(6 例);超过角膜 1/2(瞳孔)或全部者为重度下垂(18 例)。本组患者均额肌肌力功能良好,上直肌功能正常,眼球各方位运动正常;检查排除患有重症肌无力和下颌瞬目咀嚼综合征患者。

2　手术方法

儿童采用全身麻醉;成人采用局部麻醉。先行常规的内外眦开大设计。内眦采用"莫氏"法或"V-Y"推进术;外眦行"V-Y"推进术即可。内、外眦开大 0.4~0.6 cm 为宜,对个别病例需将内眦韧带切断并重新固定,达到开大睑裂的长度。将内眦韧带重叠后,开始设计重睑切口线,距睑缘宽度为 0.5~0.6 cm;沿设计线切开皮肤,深达眼轮匝肌及睑板层,在皮下组织与眼轮匝肌之间分离隧道至眉弓,在眉下缘切开皮

肤2.0 cm，经此切口钝性分离出上宽下窄的扇形额肌瓣，并向下牵拉穿过皮下隧道至睑缘切口处，用丝线间断缝合固定于睑板上。采用6-0 或 7-0 美容线缝合皮肤切口，外涂红霉素眼膏，额部以敷料绷带加压包扎，术后 8 d 拆线。

3　结果

本组共 24 例患者。9 例上睑下垂患者中，术后 1 例 1 只眼仍有轻度下垂，经再次手术缩短额肌瓣后改善，其余效果均满意（图 1）；15 例小眼症患者中，6 例内眦或外眦开大同时行额肌瓣悬吊术，9 例行内外眦开大 6 个月后，再次行额肌瓣悬吊。两种方法均于术后 3 个月随访，效果满意；双眼睁开、闭合的程度无明显差别。



图 1　小睑裂手术前后对比　a. 术前（例 1）　b. 术后 3 个月（例 1）　c. 术前（例 2）　d. 术后 3 个月（例 2）

4　讨论

目前，对 Komoto 综合征眼部畸形是选择一次性手术矫正，还是分次手术矫正，仍存在不同观点[2]。传统的先天性睑裂狭小综合征是分次进行，一般先行内眦开大或外眦开大术，6 个月后再行Ⅱ期上睑下垂矫正术[3-5]。本组睑裂狭小征15 例，其中 9 例为Ⅱ期完成矫正，6 例为Ⅰ期手术矫正。经临床观察，Ⅰ期手术和分期手术的效果无明显差别，但是缩短了住院次数和时间，为患者节省了治疗经费。

张凯等[6]对额肌瓣矫正上睑下垂的并发症进行了专门的统计学分析，认为多数患者为上睑提肌复合体退化、纤维化和肌纤维萎缩，以及横纹肌消失的改变；术中还发现，重度上睑下垂者的上睑提肌收缩度几乎消失，睑裂睁开基本没有上睑提肌收缩功能，但在小睑裂综合征中，发现提睑上肌多数未发育。本组所采用的额肌瓣悬吊法均为传统的方法，如额肌瓣分离的范围、长度，固定于睑板的位置和牢固程度，以及额肌瓣收缩时的上睑高度等，特别是在术中不能测试额肌上提程度时，一定要掌握重睑上提的高度，即以睑缘位于瞳孔上缘和角膜上缘之间中上 1/3 位置为宜。上述均是直接影响手术效果的因素。所以，笔者认为额肌瓣应尽可能为上宽下窄的扇形，并将其固定于睑缘上约 0.6 cm 处，如果固定点过低或过高都能导致睑球分离或睁眼不到位，若固定点脱落可直接导致手术失败。所以，固定点必须使睑板受力平衡，当睁眼运动时应与额肌的运动方向垂直向上，这样不会导致上睑运动的漂浮外观。

对重度单纯上睑下垂的手术，多数无须行内眦开大术；对个别病例伴有内眦赘皮，也可以同时手术矫正，即先行内眦赘皮“V-Y”推进术，再行额肌瓣悬吊术。虽然额肌瓣悬吊术是一种传统的手术方法[7]，但因其是动态悬吊，上睑可通过额肌及眼轮匝肌的运动来进行睁闭眼的试验，避免儿童在全身麻醉后不能进行睁闭眼试验而导致并发症发生。该方法虽然术后额纹有部分消失，但额部皮肤宽阔平坦，额肌收缩力量合适，所以疗效也较持久。

对先天性小睑裂综合征患者，因多数是在儿童时期进行的手术，其上睑提肌发育不良或根本未发育，以及在全身麻醉下手术，没有办法测试其上睑提肌缩短的尺度，故术中无须解剖上睑提肌及做任何处理；对成人轻、中度上睑下垂者，均需要显露上睑提肌腱膜与睑板折叠，术中需要患者的睁眼配合，以确定折叠量的多少，然后固定于睑板上。有学者[8-10]对上睑提肌腱膜未端通常向外侧偏斜而导致内侧睑板上缘上睑提肌腱膜的缺失或薄弱者，调整了上睑提肌腱膜的方向并重新固定，达到了矫正轻、中度上睑下垂的目的，效果也较稳定。

参考文献：

[1] Skaat A, Fabian D, Spierer A, et al. Congenital ptosis repair-surgical, cosmetic, and functional outcome: a report of 162 cases[J]. Can J Ophthalmol, 2013,48(2):92-98.

[2] 孙　楠，郑淞扬. 不同类型老年性上睑下垂矫正术术式选择临床研究[J]. 北华大学学报（自然科学版），2014,15(6):786-788.

[3] 丁　文，张　进. HOTZ 法联合改良重睑成开治疗老年性上睑内翻倒睫[J]. 长江大学学报（自然版），2014,(36):126-127.

[4] 蒋韵佳，孙　松，朱婷婷. 两种手术方式治疗先天性上睑下垂的疗效[J]. 国际眼科杂志，2014,14(12):2274-2276.

[5] 贺　玮. 手术治疗儿童先天性上睑下垂 63 例[J]. 广西医科大学学报，2014,31(5):848-849.

[6] 张　凯，李新庆，夏　元，等. 改良横一字切口法矫正内眦赘皮同期重睑成形术效果研究[J]. 实用临床医药杂志，2014,18(21):123-124.

[7] 张绪生，姜　疆，肖　斌，等. 头面颈部深度创伤的皮瓣整形修复[J]. 中国美容整形外科杂志，2014,25(3):136-138.

[8] 远　健，于冬梅，郝立君. 中国中年女性下睑皮肤组织学特点的初步研究[J]. 中国美容整形外科杂志，2014,25(4):216-218.

[9] Lee IJ, Park MC, Lim H, et al. Blepharoptosis Correction: repositioning the levator aponeurosis[J]. J Craniofac Surg, 2011,22(6):2284.

[10] Hou D. Li G. Fang L, et al. Frontalis muscle flap suspension for the correction of congenital blepharoptosis in early age children[J]. Plos One, 2013,8(1):e53185.

（收稿日期：2015-08-28）