

眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老的手术效果

魏晓明

(吉林铭医整形美容医院 130000)

摘要:目的: 总结眼周衰老患者行眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治的临床效果。方法: 纳入研究对象经随机数字表法分组, 共有 40 例眼周衰老患者, 纳入时间: 2022 年 1 月至 2022 年 12 月, 应用眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术治疗对照组 (n=20), 观察组 (n=20) 在对照组基础上接受外入路下睑袋切除术治疗, 观察指标: 总有效率、睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分、并发症发生率、治疗满意度。结果: 观察组总有效率、治疗满意度、睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分明显更高 ($P < 0.05$)。两组并发症发生率, 差异检验值为 $P > 0.05$ 。结论: 眼周衰老患者行眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治的临床疗效理想, 可提高睑袋控制效果, 改善眼周皮肤光泽度, 降低并发症发生率, 促进治疗满意度的提升。

关键词:眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术; 外入路下睑袋切除术; 眼周衰老; 手术效果

人体面部皮肤会随着年龄增长而松弛, 尤其是眼部皮肤厚度薄, 更易受到外界因素的影响, 再加上眼部皮下基本不存在汗腺、皮脂腺, 导致眼周衰老速度相对迅速^[1]。目前, 眼周衰老的矫正方式相对较多, 其中包括眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术、外入路下睑袋切除术, 前者虽然可保留自然眉毛, 但无法解决下睑臃肿的问题, 而后者与前者联合进行有助于改善眼周衰老症状, 提高眼周美观度^[2]。基于此, 本文就眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老的临床效果分析如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

40 例眼周衰老患者分为两组, 所有患者临床资料见表 1, 比较结果显示 $P > 0.05$, 均于 2022 年 1 月-2022 年 12 月期间纳入, 分组方式: 随机数字表法。

表 1 两组一般资料比较

| 组别 | n | 性别 | | 年龄 (岁) | | 体重 (kg) | |
|-----|-------------|------------|-------|--------|--------------|---------|--------------|
| | | 男 | 女 | 范围 | 均值 | 范围 | 均值 |
| 对照组 | 207 (35.00) | 13 (65.00) | | 30~60 | 49.57 ± 6.30 | 49~80 | 56.72 ± 3.20 |
| 观察组 | 206 (30.00) | 14 (70.00) | | 30~60 | 49.65 ± 6.11 | 49~80 | 56.90 ± 3.07 |
| t 值 | / | 0.114 | 0.114 | / | 0.626 | / | 0.367 |
| P 值 | / | 0.736 | 0.736 | / | 0.494 | / | 0.915 |

纳入标准: (1) 患者经有关检查明确为眼周衰老, 因上睑皮肤松弛、下睑袋明显接受治疗; (2) 患者具备手术治疗指征; (3) 患者与家属同意加入研究。

排除标准: (1) 既往接受眼部整形手术治疗者; (2) 合并恶性肿瘤、自身免疫系统疾病者; (3) 合并严重传染性疾病、眼部感染性疾病者; (4) 合并内分泌系统疾病、血液系统疾病者; (5) 瘢痕体质、过敏体质; (6) 存在睑裂闭合不全、面瘫症状者。

1.2 方法

1.2.1 术前准备

术前了解患者病情与既往病史, 术前完善相关检查, 包括心电图、血常规与凝血常规等, 术前停止应用活血化瘀、抗凝类药物。

1.2.2 手术切口设计

(1) 标记切口线上缘: 在原有眉型下方边缘处, 设计切口内侧起点为眉头稍外侧, 若患者术前眉形满意, 则保留不进行改变; 若患者不满意术前眉形, 则将眉头保留, 将眉腰、眉尾去除, 对眉形进行整体调整。外侧切口重点选择患者眉梢外侧, 以外眦部鱼尾纹、眉毛长短为依据, 沿着眉缘延伸切口 2cm, 一一标识眼轮匝肌悬吊固定点。

(2) 标记切口线下缘: 患者闭眼, 由眉毛下缘通过眼科镊夹起松弛的上睑皮肤, 直至重睑充分显露, 将需切除眉上、下睑皮肤标记, 再将多余皮肤宽度切除, 切除的宽度低于 1.4cm。

应用眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术治疗对照组, 方法: 常规消毒铺巾, 应用 1%利多卡因与肾上腺素为患者进行局部浸润麻醉, 沿着毛囊生长方向与切口线上缘将皮肤、皮下组织切除, 直至切除至患者眼轮匝肌浅层; 沿着切口线下缘将患者皮肤切开, 将上睑皮下组织分离, 在切口 1/3 部位依据外眦角下垂程度和鱼尾纹长度对眼轮匝肌进行固定, 位置于眉弓骨膜上方; 提醒患者闭眼, 以睫毛微微上翘为标准, 通过对上睑皮肤提拉的方式明确上睑去皮宽度, 实施止血处理; 应用 6-0 可吸收缝合线将患者皮下组织缝合, 应用 7-0 单丝尼龙线对皮肤进行缝合, 术中保证两侧对称。

观察组在对照组基础上接受外入路下睑袋切除术治疗, 方法: 应用美蓝标记手术切口于下睑缘睫毛下方 2mm 处, 由内眦处延伸至外眦外侧 1cm 部位; 应用 0.5%利多卡因联合 1:20 万肾上腺素在右侧下睑术区做局部浸润麻醉处理, 沿着标记线将皮肤与皮下组织切开, 将组织逐层分离, 将眼轮匝肌切开后对组织进行剥离, 直至眶下缘, 将眶隔打开后将眶隔脂肪取出, 实施止血处理, 患者向上看后切除其下睑多余皮肤, 应用 7-0 单丝将切口间断缝合, 两侧缝合满意后应用纱布对手术切口覆盖, 再取胶布固定。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: ①显效: 下眼睑皮肤下垂、松弛等症状消失, 眼周皮肤光滑、细致, 可正常眼部活动; ②有效: 下眼睑皮肤下垂、松弛等症状显著改善, 眼部活动正常, 眼周皮肤较紧致; ③无效: 未达到前两项标准。显效率与有效率相加之和计算总有效率。

(2) 睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分: 各为 10 分, 得分越高分别表明睑袋控制效果越好、眼周皮肤光泽度越高。

(3) 并发症发生率: 下睑外翻、上下睑松弛复发、球后血肿、切口红肿。

(4) 治疗满意度: 应用自制《治疗满意度调查问卷》进行评估, 包括高度满意(70-79分)、基本满意(60-79分)、不满意(≤59分), 高度满意率+基本满意率=治疗满意度。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件。计量数据($\bar{X} \pm s$)比较行 t 检验, 计数数据(%)比较行 χ^2 检验。比较差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 两组临床疗效比较

表 2 显示, 对照组、观察组的总有效率分别为 70.00%、100.00%, 观察组总有效率相比对照组明显更高 ($P < 0.05$)。

表 1 两组总有效率对比 (n%)

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|------------|----|------------|-----------|-----------|-------------|
| 对照组 | 20 | 9 (45.00) | 5 (25.00) | 6 (30.00) | 14 (70.00) |
| 观察组 | 20 | 14 (70.00) | 6 (30.00) | 0 (0.00) | 20 (100.00) |
| χ^2 值 | / | / | / | / | 7.059 |
| P 值 | / | / | / | / | 0.008 |

2.2 两组睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分比较

表 3 显示, 对照组的睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分分别为 (6.31 ± 1.19) 分、(7.20 ± 1.19) 分; 观察组的睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分分别为 (7.45 ± 1.05) 分、(8.97 ± 1.10) 分。观察组以上两项指标评分明显更高 ($P < 0.05$)。

表 2 比较两组睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分 (分, $\bar{X} \pm S$)

| 组别 | n | 睑袋控制效果 | 眼周皮肤光泽度 |
|-----|----|-------------|-------------|
| 对照组 | 20 | 6.31 ± 1.19 | 7.20 ± 1.19 |
| 观察组 | 20 | 7.45 ± 1.05 | 8.97 ± 1.10 |
| t 值 | / | 3.373 | 4.784 |
| P 值 | / | 0.001 | 0.001 |

2.3 两组并发症发生情况比较

表 4 显示, 对照组、观察组并发症发生率分别为 15.00%、20.00%, 比较两组并发症发生率, 差异检验值为 $P > 0.05$ 。

表 3 对比两组并发症发生率 (n%)

| 组别 | n | 下睑外翻 | 上下睑松弛复发 | 球后血肿 | 切口红肿 | 发生率 |
|------------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 对照组 | 20 | 1 (5.00) | 1 (5.00) | 1 (5.00) | 0 (0.00) | 3 (15.00) |
| 观察组 | 20 | 1 (5.00) | 1 (5.00) | 1 (5.00) | 1 (5.00) | 4 (20.00) |
| χ^2 值 | / | / | / | / | / | 0.173 |
| P 值 | / | / | / | / | / | 0.677 |

2.4 两组治疗满意度比较

表 5 显示, 对照组、观察组的治疗满意度分别为 75.00%、100.00%, 两组比较发现观察组治疗满意度明显更高 ($P < 0.05$)。

表 4 对比两组治疗满意度 (n%)

| 组别 | n | 高度满意 | 基本满意 | 不满意 | 治疗满意度 |
|-----|----|------------|-----------|-----------|------------|
| 对照组 | 20 | 10 (50.00) | 5 (25.00) | 5 (25.00) | 15 (75.00) |

| | | | | | |
|------------|----|------------|-----------|----------|-------------|
| 观察组 | 20 | 11 (55.00) | 9 (45.00) | 0 (0.00) | 20 (100.00) |
| χ^2 值 | / | / | / | / | 5.714 |
| P 值 | / | / | / | / | 0.017 |

3. 讨论

为眼周衰老患者实施常规切眉术时, 仅是将多余皮肤切除, 并不会复位下垂组织以及矫正上睑窝囊肿情况, 故术后鱼尾纹改善效果欠佳, 导致应用效果受限^[3-4]。因此, 部分学者认为可予以患者眉上切口提眉术, 通过该手术将患者自然眉毛保留, 会发挥塑造眉毛形态的作用, 但上睑深部组织下垂引起的上睑囊肿问题无法得到有效解决^[5-6]。

由于眉部解剖位置由皮肤与皮下组织等组成, 具有一定的特殊性, 额肌由颅骨顶部帽状腱膜直至人体鼻根部与眉部, 同时眉部额肌、眼轮匝肌之间相互交织, 附着于眉部皮肤^[7-8]。实施眉下切口治疗可将多余皮肤组织取出, 复位下垂组织, 促进外眦部鱼尾纹的改善, 在眉下缘轮廓线中隐藏切口, 这也说明会移动重睑线切口至眉下, 不仅去除了多余皮肤, 又能够上移已经松弛与下垂的皮肤组织, 并且在眉部固定, 避免眉毛位置发生改变^[9-10]。本研究中, 观察组总有效率、治疗满意度、睑袋控制效果、眼周皮肤光泽度评分明显更高 ($P < 0.05$)。两组并发症发生率, 差异检验值为 $P > 0.05$ 。

综上所述, 应用眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老患者的并发症发生率低, 可提升睑袋控制效果、治疗满意度, 改善改善眼周皮肤光泽度。

参考文献:

- [1] 王娜, 沙怡辰. 眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老的手术效果[J]. 心理医生, 2018, 24(22): 8-9.
- [2] 田建辉. 眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老的手术效果[J]. 医学美学美容, 2023, 32(15): 83-86.
- [3] 辛来. 眉下切口行上睑皮肤松弛矫正术联合外入路下睑袋切除术共同矫治眼周衰老的手术效果[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2018, 18(31): 71.
- [4] 张魏魏, 任晓霞, 唐东润, 等. 眉下皮肤切除术矫正中老年上睑皮肤松弛的疗效分析[J]. 国际眼科杂志, 2020, 20(08): 1304-1309.
- [5] 高航, 闫媛媛, 荆瑶君. 眉下切口眼轮匝肌悬吊术矫治上睑皮肤松弛的临床研究[J]. 中国医疗美容, 2019, 9(04): 15-17.
- [6] 郭鹏, 张娟, 余州, 等. 眉下切口提眉术联合重睑成形术促进上睑年轻化[J]. 中国美容整形外科杂志, 2020, 31(05): 260-263.
- [7] 许娟, 宗艳霞. 眉下切口提眉术联合重睑成形术对上睑皮肤松弛患者的矫正效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(011): 1682-1684.
- [8] 海秀, 胡长娥, 齐绍文, 等. 眉上切口联合重睑切口矫正严重老年性上睑皮肤松弛症的临床观察[J]. 实用医药杂志, 2019, 36(03): 213-216.
- [9] 姜向海, 毛海庆, 代秀珍. 眉下切口提眉术联合重睑成形术在中老年上睑皮肤松弛矫治中的应用[J]. 中国美容医学, 2022, 31(009): 105-108.
- [10] 董淑玉, 程颖慧, 宫玲玲. 眉下缘切口矫正术对上睑皮肤松弛患者的疗效及其满意度评价[J]. 中国美容医学, 2020, 29(03): 42-44.