

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0097-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.029

改良 Park 重睑术的临床效果及安全性观察

周彦鹏 史 讯

(新乡市中心医院, 河南 新乡 453000)

[摘要] 目的: 探究改良 Park 重睑术的临床效果及安全性。方法: 选择 2021 年 1 月至 2022 年 12 月于新乡市中心医院行重睑术的 84 例患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各 42 例。对照组采用传统切开重睑术治疗, 观察组采用改良 Park 重睑术治疗。比较两组患者临床疗效、手术时间及拆线时间、眼睑形态评分及眼睑肿胀评分、一期愈合率及并发症发生率。结果: 观察组患者临床完全改善率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者临床改善率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者手术时间及拆线时间均较对照组短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者眼睑形态评分及眼睑肿胀评分均较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者一期愈合率高于对照组, 并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 改良 Park 重睑术的重睑修复效果优于传统切开重睑术, 能够促进一期愈合, 手术耗时短且术后恢复快, 患者术后眼睑肿胀轻、眼睑形态良好, 有利于减少并发症的发生, 临床应用安全可靠。

[关键词] 改良 Park 重睑术; 传统切开重睑术; 眼睑形态评分; 一期愈合率; 并发症

[中图分类号] R 622 **[文献标识码]** B

近年来随着人们生活水平的提高, 越来越多的人接受面部美容手术。有研究指出, 亚洲人眼部典型特征包括眼裂窄、上睑无皱襞、臃肿, 我国有 31%~48% 的人出生时即为单睑^[1]。重睑术的应用能够改善患者面部美学, 重睑术已成为整形外科最为流行的手术, 重睑术主要包括小切口法、埋线法及全切开法等, 其中全切开法手术方式最为常见^[2]。传统切开重睑术能够达到重睑效果, 但手术创伤较大, 患者术后恢复时间较长^[3]。2007 年, Park^[4] 提出眼轮匝肌-提上睑肌腱膜固定术, 患者术后恢复快, 重睑形态更为自然, 但术后也会出现重睑不对称及多重睑等问题。近年来随着对重睑术的认识及研究的增加, 改良 Park 重睑术即眼轮匝肌-提上睑肌腱膜复合组织瓣固定术在临床不断应用, 该术式有利于改善眼睑形态, 重建生理性重睑结构, 患者术后重睑对称性增加^[5]。鉴于此, 本研究将观察改良 Park 重睑术的临床效果及安全性, 并与传统切开重睑术进行比较, 以为行重睑术的患者提供指导, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月至 2022 年 12 月于新乡市中心医院行重睑术的 84 例患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各 42 例。对照组男性 2 例, 女性 40 例; 年龄

18~43 岁, 平均 (31.97 ± 3.35) 岁; 其中单睑 35 例, 单一一双 7 例。观察组男性 4 例, 女性 38 例; 年龄 20~45 岁, 平均 (32.19 ± 3.40) 岁; 其中单睑 32 例, 单一一双 10 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经新乡市中心医院伦理委员会批准 (KZ-20201125-4)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 上眼皮弹性良好; (2) 均首次行重睑手术; (3) 均能够耐受重睑术; (4) 依从性较高患者, 能够配合诊治及随访; (5) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 有眼部手术或眼周、额部注射史; (2) 眼睑畸形; (3) 合并其他眼部疾病; (4) 妊娠、哺乳期女性; (5) 合并感染性疾病; (6) 凝血功能异常。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用传统切开重睑术治疗, 术前设计: 测量所需重睑线高度, 并设计弧形切口, 范围为睑缘上方 6~7 mm; 手术过程: 患者取仰卧位, 常规消毒铺巾, 局麻后沿重睑线逐层切开, 将切口下唇眼轮匝肌剪除至睑板, 仅将近睑缘部分眼轮匝肌保留, 采用 7-0 单丝尼龙线在瞳孔上方进行皮肤、睑板、皮肤的缝合, 适当调整重睑弧度。

[收稿日期] 2024-05-18

[作者简介] 周彦鹏, 男, 主治医师, 主要从事整形美容外科的工作。

1.3.2 观察组 采用改良 Park 重睑术治疗，术前设计：患者取仰卧位，患者轻轻闭合双眼，于患者瞳孔正中水平标记重睑线中间点，按压重睑线中间点后，指导患者反复睁眼闭眼，以患者睁眼重睑褶皱线顺延为切口线并进行标记，评估上睑皮肤弹性及松弛度，评估皮肤去除量，标记上切缘切口线，与下切缘切口线于内外侧相接；手术过程：术中常规消毒铺巾，局部麻醉，沿重睑设计线依次切开，暴露眶隔膜，于下切缘上方 5~7 mm 部位，在外侧打开眶隔，分离提上睑肌腱膜前间隙，对提上睑肌腱膜表面下横韧带进行松解，修剪眶隔膜残端，暴露眶隔-腱膜连接增厚处 (septoaponeurosis junctional thickening, SAJT)，采用 6-0 单丝尼龙线进行水平褥式缝合 SAJT 组织与睑板前筋膜 3~5 针，形成一定厚度和高度的 SAJT 组织瓣，采用 7-0 单丝尼龙线将切口上、下唇眼轮匝肌与 SAJT 组织瓣固定 5~7 针，采用 8-0 单丝尼龙线间断缝合切口下唇皮肤-下唇眼轮匝肌-SAJT 组织瓣-上唇眼轮匝肌-上唇皮肤，关闭切口；针对轻度上睑下垂患者，完成下唇眼轮匝肌与睑板前筋膜间粘连的剥离，沿眶隔瓣根部在睑板前向上剥离，形成提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣，采用 5-0 单丝尼龙线褥式缝合 3~5 针提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣与睑板上 1/3，采用 7-0 单丝尼龙线将切口上、下唇眼轮匝肌与提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣固定 5~7 针，采用 8-0 单丝尼龙线间断缝合下唇皮肤-下唇眼轮匝肌-提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣-上唇眼轮匝肌-上唇皮肤，关闭切口。

两组术后即刻冰袋冷敷 15~30 min，48 h 内间断冷敷，术后第 2 天换药，指导患者避免剧烈活动，并注意用眼卫生及上睑功能锻炼。

1.4 观察指标

观察两组患者临床疗效、手术时间及拆线时间、眼睑形态评分及眼睑肿胀评分、一期愈合率及并发症发生率。

(1) 临床疗效。术后 3 个月进行评估，其中外观达到最佳改善效果为完全改善；外观改善明显，但未达到最佳改善效果为明显改善；外观有所改善，可通过再次进行小型矫正手术达到更为理想的外观为有所改善；外观未改善或更差为无改善^[6]。改善率 = (完全改善 + 明显改善 + 有所改善) / 总例数 × 100%。(2) 统计两组手术时间及拆线时间。(3) 眼睑形态评分。术后 3 个月采用全球美学改善量表 (global aesthetic improvement scale, GAIS)^[7] 评估，评分范围 1~5 分，评分越高则眼睑形态越差。(4) 眼睑肿胀评分。术后 3 个月采用四级评分法^[8] 评估，评分范围 0~3 分，其中上睑软组织无肿胀为 0 分；上睑软组织轻度肿胀，皮肤无瘀斑，皮纹基本

恢复为 1 分；上睑软组织中度肿胀，皮肤有少量瘀斑，皮纹可见为 2 分；上睑软组织重度肿胀，有大量瘀斑，皮纹可见、发亮为 3 分；评分越高则眼睑肿胀程度越严重。(5) 一期愈合。统计两组一期愈合率。一期愈合是指手术区域为线性瘢痕愈合，创伤边缘整齐，无感染发生。(6) 并发症。统计两组并发症 (上睑下垂、重睑过宽、重睑线变浅等) 发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床完全改善率高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组患者临床改善率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 42, n(%)]

组别	完全改善	明显改善	有所改善	无改善	改善
对照组	22(52.38)	10(23.81)	8(19.05)	2(4.76)	40(95.24)
观察组	31(73.81) ^a	8(19.05)	3(7.14)	0(0.00)	42(100.00)

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者手术时间及拆线时间比较

观察组患者手术时间及拆线时间均较对照组短，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者手术时间及拆线时间比较 (n = 42, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	拆线时间/d
对照组	47.61 ± 10.05	6.14 ± 2.02
观察组	35.94 ± 7.69 ^b	4.86 ± 1.53 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者眼睑形态评分及眼睑肿胀评分比较

观察组患者眼睑形态评分及眼睑肿胀评分均较对照组低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者眼睑形态评分及眼睑肿胀评分比较

(n = 42, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	眼睑形态评分	眼睑肿胀评分
对照组	2.05 ± 0.73	1.24 ± 0.41
观察组	1.71 ± 0.65 ^c	0.86 ± 0.30 ^c

注：与对照组比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者一期愈合率及并发症发生率比较

观察组患者一期愈合率高于对照组，并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者一期愈合率及并发症发生率比较 [n = 42, n (%)]

组别	一期愈合	并发症			总发生
		上睑下垂	重睑过宽	重睑线变浅	
对照组	34(80.95)	2(4.76)	3(7.14)	4(9.52)	9(21.43)
观察组	41(97.62) ^d	0(0.00)	0(0.00)	1(2.38)	1(2.38) ^d

注：与对照组比较，^dP < 0.05。

3 讨论

重睑术作为常见的美容修复方法，是指通过手术方法在眼脸上形成皱襞，以改善患者的面部美观。患者及整形外科医生追求的终极目标是重睑术后恢复快、肿胀轻、重睑线稳定、形态佳。传统切开重睑术临床应用效果确切，动力来源直接作用于睑板，通过皮肤与睑板前组织形成片状瘢痕形成重睑，重睑线较为稳定^[9]。但传统切开重睑术中切除组织较多，会加重术中血管网及淋巴静脉损伤，患者术后肿胀明显，且重睑线处皮肤会与睑板形成粘连带，动态状态时重睑略显呆滞^[10]。

目前重睑术的发展已不断成熟，临床上重睑术式多种多样。Park 重睑术将上睑提肌腱膜与切口下唇眼轮匝肌固定，还原天然重睑生理解剖结构，避免传统切开重睑术的僵硬感^[11]。但 Park 重睑术需将眶隔完全切开，对上睑提肌腱膜进行分离，操作难度较大，同时 Park 重睑术中去除组织少，故针对上睑臃肿患者而言重睑稳定性一般。同时 Park 重睑术在进行内固定时，未明确定义提上睑肌腱膜内固定位点，需要手术医师反复测量及依据多年经验进行综合判断以达到相对对称位置，故难以保证术后双侧重睑对称性，且睑板前组织保留较多，会使提上睑肌负荷增加，针对提上睑肌力量薄弱患者，会增加上睑下垂风险^[12]。改良 Park 重睑术对内固定点位置进行了明确，术中操作严谨性更高。本研究中比较改良 Park 重睑术与传统切开重睑术的临床效果及安全性，结果显示，观察组患者临床完全改善率、一期愈合率高于对照组，手术时间及拆线时间短于对照组，眼睑形态评分及眼睑肿胀评分、并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)；两组患者临床改善率比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)，提示改良 Park 重睑术与传统切开重睑术均能够改善患者外观，但改良 Park 重睑术完全改善率更高、手术耗时短且术后恢复快，手术效果更佳，患者术后眼睑形态良好且肿胀轻，有利于提高一期愈合率，减少并发症的发生，临床应用安全可靠。与传统切开重睑术相比，改良 Park 重睑术中对血管网及淋巴静脉损伤小，能够保障淋巴-静脉回流畅通，患者术后消肿加快，能够缩短患者拆线时间。同时改良 Park 重睑术中解剖层次清晰，能够模拟生理性重睑特点，患者术后重睑形态自然，能够提高重睑修复效果，术后重睑效果更为稳定，有利于减少并发症的发生^[13]。改良

Park 重睑术中提上睑肌腱膜深层作为内固定平面，内固定位点为 SAJT 区或睑板上上 1/3，位置明确，解剖层次清晰，能够减少术中多次测定的繁琐程序，避免由于人为测量误差所致的双侧不对称。改良 Park 重睑术中下唇宽度及睑板前组织量保留较少，未增加提上睑肌负荷，有利于降低上睑下垂风险。针对轻度上睑下垂患者，改良 Park 重睑术中由睑板前筋膜入路向上剥离，使提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣形成，并通过向前延伸优势腱膜，能够增强提上睑肌肌力，能够改善上睑下垂。改良 Park 重睑术中间断缝合下唇皮肤-下唇眼轮匝肌-SAJT 组织瓣 / 提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣-上唇眼轮匝肌-上唇皮肤，将 SAJT 组织瓣 / 提上睑肌腱膜-SAJT 复合组织瓣嵌插至下唇与上唇眼轮匝肌中，能够降低重睑变浅或消失风险^[14]。曹程程等^[15]的研究中指出，改良 Park 重睑术的重睑修复效果优于传统切开重睑术，一期愈合率高、手术耗时及拆线时间短，有利于提高患者满意度，临床应用安全性高，与本研究结果相符。与传统切开重睑术相比，改良 Park 重睑术的安全性及临床效果均较好，但本研究中也存在局限性，包括仅纳入 84 例患者且观察时间短，同时临床上重睑术式较多，受到患者量的限制，本研究中仅设置了传统切开重睑术，故后续还有待进行长期、大样本量的随机对照研究，并设置更多不同术式作为对照，以进一步全面分析改良 Park 重睑术的临床效果及安全性。

综上所述，改良 Park 重睑术的重睑修复效果优于传统切开重睑术，能够促进一期愈合，手术操作简便，耗时短，患者术后眼睑肿胀轻、眼睑形态良好，有利于减少并发症的发生，临床应用安全可靠。

[参考文献]

- [1] 于燕, 石志远, 张明, 等. 改良三点式重睑成形术的临床应用研究 [J]. 中国美容医学, 2020, 29 (5): 1-3.
- [2] 魏广运, 谢洋春, 张蕾, 等. 动感重睑术与传统重睑术临床效果及美观度评价 [J]. 医学美容, 2020, 29 (21): 21-22.
- [3] 王月, 姜南. 改良三点式重睑术与传统重睑术治疗上睑皮肤松弛的疗效对比 [J]. 临床研究, 2020, 28 (7): 19-21.
- [4] PARK J I, PARK M S. Double-eyelid operation: orbicularis oculi-levator aponeurosis fixation technique [J]. Facial Plast Surg Clin North Am, 2007, 15 (3): 315-326.
- [5] 荣坤杰, 陈刚, 黄金龙, 等. 改良 Park 法重睑成形术的效果 [J]. 中华医学美容杂志, 2022, 28 (2): 108-111.
- [6] 孙晨. 眶隔固定切开法重睑术和经典切开法重睑术的临床疗效比较 [D]. 青岛: 青岛大学, 2021.
- [7] 刘宁华, 何爱娟, 吴丹, 等. 眶隔-提肌腱膜增厚区法重

- 险术的临床疗效[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2020, 20(6): 432-434.
- [8] 程云云. 地奥司明联合七叶皂苷钠在切开重睑术后患者中的应用效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(9): 156-158.
- [9] 高峰, 杭妍, 宋海龙, 等. 小切口去脂联合埋线重睑术与传统切开重睑术在青中年女性中的应用效果对比[J]. 中国美容医学, 2022, 31(5): 68-72.
- [10] 何鸿智. 传统重睑术与改良三点式重睑术治疗上睑皮肤松弛的疗效比较[J]. 中国实用医药, 2020, 15(32): 80-82.
- [11] LIU H P, SHEN Z Z, ZHANG D. A Reverse Orbicularis-Tarsus Fixation Technique in Double-Eyelid Blepharoplasty: A Novel Fixation Technique Different From Park's Technique [J]. J Craniofac Surg, 2021, 32(3): 1157-1161.
- [12] 徐建, 张林林, 郝擎宇. 探讨改良 Park 法重睑术的临床效果[J]. 中外医疗, 2018, 37(36): 89-91.
- [13] 王海, 万忠波, 肖科明. 改良 Park 法重睑术联合三角瓣切除法内眦赘皮成形术疗效观察[J]. 医学美学美容, 2020, 29(9): 23-24.
- [14] 刘萍, 刘毅, 李超, 等. 改良 Park 法重睑成形术[J]. 中国美容整形外科杂志, 2021, 32(1): 18-20.
- [15] 曹程程, 曹治敏, 段惠川. 改良 Park 重睑术与传统切开重睑术疗效比较[J]. 中国美容医学, 2021, 30(3): 8-11.

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0100-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.030

直接旋磨与预扩张旋磨在冠状动脉钙化病变冠心病患者 PCI 术中的应用

赵新培 阴晓婷 陈福坤

(郑州市第七人民医院, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的: 探讨直接旋磨术、预扩张旋磨术在冠状动脉钙化病变冠心病患者经皮冠状动脉介入(PCI)术中的价值。方法: 选取2021年7月至2023年9月郑州市第七人民医院实施PCI手术治疗的110例冠状动脉钙化病变冠心病患者, 根据患者实施旋磨术前是否采用球囊预扩张分为直接组(PCI术中直接实施旋磨术)64例、预扩张组(采用球囊预扩张旋磨术)46例。比较两组患者旋磨术相关指标及手术成功率、手术并发症发生率、术后心肌梗死溶栓(TIMI)血流分级、病变血管内径及血管狭窄率、主要不良心血管事件(MACE)发生率。结果: 直接组患者最大后扩压力大于预扩张组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 其余旋磨术相关指标组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。直接组患者手术并发症发生率、MACE发生率低于预扩张组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者手术成功率、术后TIMI血流分级比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者参考血管内径比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。手术后, 两组患者病变血管内径及血管狭窄率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: PCI术中直接实施旋磨术治疗冠状动脉钙化病变冠心病患者具有减少手术并发症及降低MACE发生率的作用。

[关键词] 冠状动脉钙化病变; 冠心病; 经皮冠状动脉介入; 直接旋磨术; 预扩张旋磨术

[中图分类号] R 541.4 **[文献标识码]** B

经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)是指经心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔, 从而改善心肌血流灌注的一种治疗方法^[1-2]。但是冠状动脉钙化病变增加了PCI介入治疗的难度。冠状动脉斑块旋磨术有助于提高冠状动脉钙化病变介入治疗的成功率^[3]。直接旋磨与预扩张旋磨的差别在于, 旋磨之前是否进行球囊扩张的旋磨治疗。但是目前对于直接旋

磨即刻手术效果是否优于预扩张旋磨, 结果并不明确^[4]。基于此, 本研究探讨直接旋磨术、预扩张旋磨术在冠状动脉钙化病变冠心病患者PCI术中的价值, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年7月至2023年9月郑州市第七人民医

[收稿日期] 2024-05-24

[作者简介] 赵新培, 女, 主治医师, 主要研究方向是介入手术。