

نواحی خطر صورت در پروسیجرهای زیبایی

- جراحی پلاستیک
- تزریق فیلر
- درمان‌های زیبایی کم‌تهاجمی

ترجمه:

دکتر داوود رمزی

دکتر سید فراز نجاتی

دکتر فرانک ابراهیمیان سعدآباد

فهرست مطالب

بخش اول - اعصاب صورت	۱
فصل ۱	مروری بر آناتومی بافت صورت
۱-۱	ساختار بافت نرم صورت
۱-۲	چکیده
فصل ۲	کمپارتمان‌های چربی پوست
۲-۱	تقسیم بندی کمپارتمان‌های چربی سطحی
۲-۲	آناتومی کاهش حجم
۲-۳	چکیده
فصل ۳	بررسی اجمالی: مناطق خطر اعصاب صورت
۳-۱	ملاحظات ایمنی
۳-۲	آناتومی مربوطه
۳-۳	نکات تکنیکی
فصل ۴	شاخه فرونتال عصب و سیال
۴-۱	ملاحظات ایمنی
۴-۲	مساج خطر و ارتباط بالینی - آناتومیکال
۴-۳	نکات تکنیکی
فصل ۵	شاخه‌های زیگوماتیک و بوکال
۵-۱	ملاحظات ایمنی
۵-۲	مناطق خطر و ارتباطات بالینی - آناتومیکال
۵-۳	نکات تکنیکی

فصل ۶ محافظت از شاخه‌های سرویکال و مارژینال عصب فاسیال ۵۳

- ۶-۱ ملاحظات ایمنی ۵۴
- ۶-۲ آناتومی مربوطه (ویدیو ۱-۶) ۵۴
- ۶-۳ مناطق خطر و ارتباطات بالینی ۵۶
- ۶-۴ خلاصه ۶۱

فصل ۷ عصب گوشی بزرگ ۶۲

- ۷-۱ ملاحظات ایمنی ۶۳
- ۷-۲ مناطق خطر و ارتباط بالینی - آناتومیکال ۶۳
- ۷-۳ نکات تکنیکی ۶۵

فصل ۸ ملاحظات تکنیکی: دایسکشن Extended SMAS و SMAS کتومی جانبی ۶۸

- ۸-۱ ملاحظات ایمنی ۶۹
- ۸-۲ نکات تکنیکی: دایسکشن Extended SMAS ۷۲
- ۸-۳ دایسکشن ۷۳
- ۸-۴ نکات کلیدی برش جانبی SMAS / ۷۴
- ۸-۵ SMAS کتومی جانبی / پنجره پلاتیسم: احتیاطات ایمنی ۷۶
- ۸-۶ تکنیک SMAS کتومی جانبی - ملاحظات تکنیکی ۷۷

بخش دوم - فیلرها و تعدیل کنندگان عصبی ۷۹

فصل ۹ مقدمه ۸۰

- ۹-۱ اصول ایمنی ۸۱

فصل ۱۰ ناحیه گلابلا ۸۲

- ۱۰-۱ ملاحظات ایمنی در منطقه گلابلا ۸۲
- ۱۰-۲ آناتومی مربوط به ناحیه ابرو و گلابلا ۸۴
- ۱۰-۳ مناطق خطر عروق و روابط بالینی ۸۶
- ۱۰-۴ نکات تکنیکی برای تزریق فیلر در ناحیه گلابلا ۸۸

فصل ۱۱ ناحیه تمپورال ۸۹

- ۱۱-۱ ملاحظات ایمنی در ناحیه تمپورال ۸۹

- ۱۱-۲ آناتومی ناحیه تمپورال ۹۱
- ۱۱-۳ مناطق خطر عروقی و روابط بالینی ۹۳
- ۱۱-۴ نکات تکنیکی جهت تزریق فیلر در ناحیه تمپورال ۹۳

فصل ۱۲ ناحیه اطراف دهان ۹۵

- ۱۲-۱ ملاحظات ایمنی در ناحیه اطراف دهان ۹۵
- ۱۲-۲ آناتومی ناحیه اطراف دهان ۹۶
- ۱۲-۳ مناطق خطر عروقی و روابط بالینی ۹۸
- ۱۲-۴ نکات تکنیکی تزریق فیلر در ناحیه اطراف دهان ۹۹

فصل ۱۳ ناحیه نازولیبیال ۱۰۲

- ۱۳-۱ ملاحظات ایمنی در ناحیه نازولیبیال ۱۰۳
- ۱۳-۲ آناتومی ناحیه نازولیبیال ۱۰۵
- ۱۳-۳ مناطق خطر عروقی و روابط بالینی ۱۰۶

فصل ۱۴ ناحیه بینی ۱۰۸

- ۱۴-۱ ملاحظات ایمنی در ناحیه بینی ۱۰۹
- ۱۴-۲ آناتومی مربوط به بینی ۱۰۹
- ۱۴-۳ مناطق خطر عروقی و روابط بالینی ۱۱۴

فصل ۱۵ ناحیه زیر چشم ۱۱۶

- ۱۵-۱ ملاحظات ایمنی ۱۱۷
- ۱۵-۲ آناتومی ناحیه اینفرا اوربیتال ۱۱۷
- ۱۵-۳ مناطق خطر عروقی و روابط بالینی ۱۲۰

بخش سوم - دستگاه‌های مبتنی بر انرژی ۱۲۳

فصل ۱۶ افزایش ایمنی با لیزرهای تهاجمی ۱۲۴

- ۱۶-۱ احتیاطات ایمنی ۱۲۵
- ۱۶-۲ لیزر Er:YAG (2950nm) ۱۲۵
- ۱۶-۳ آناتومی مرتبط ۱۲۶
- ۱۶-۴ نکات تکنیکی ۱۲۷

فصل ۱۷ افزایش ایمنی با لیزرهای غیر تهاجمی ۱۲۹

۱۷-۱ ملاحظات ایمنی ۱۳۰

۱۷-۲ ارتباط بالینی ۱۳۰

فصل ۱۸ ایمنی پیلینگ شیمیایی با تری کلرواستیک اسید ترکیب شده با لایه بردار جسنر ... ۱۳۱

۱۸-۱ احتیاطات ایمنی ۱۳۲

۱۸-۲ نواحی پرخطر و ملاحظات بالینی ۱۳۴

۱۸-۳ نکات تکنیکی ۱۳۴

فصل ۱۹ افزایش ایمنی با دستگاه‌های رادیوفرکوئنسی (RF) ۱۳۵

۱۹-۱ احتیاطات ایمنی ۱۳۶

۱۹-۲ آناتومی مرتبط ۱۳۷

۱۹-۳ نکات تکنیکی ۱۳۸

فصل ۲۰ افزایش ایمنی در کرایولیولیز ۱۴۰

۲۰-۱ احتیاطات ایمنی ۱۴۲

۲۰-۲ ارتباطات بالینی ۱۴۲

فصل ۲۱ افزایش ایمنی با میکرونیدلینگ ۱۴۳

۲۱-۱ احتیاطات ایمنی ۱۴۴

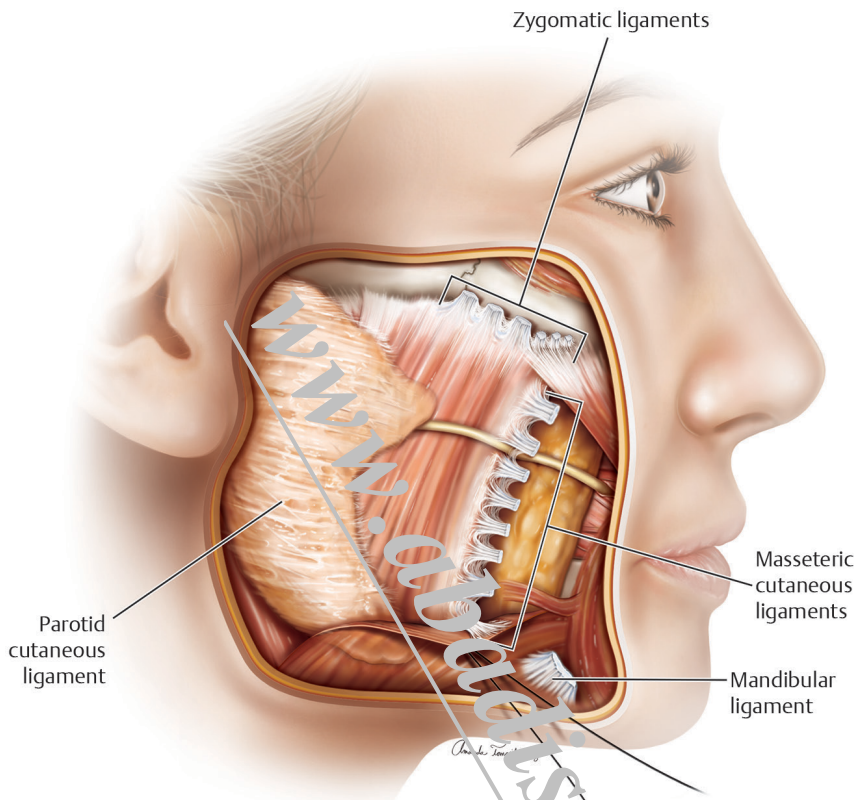
۲۱-۲ مناطق ایمن ۱۴۵

۲۱-۳ مناطق ترنزیس ۱۴۵

۲۱-۴ مناطق خراش ۱۴۵

۲۱-۵ ارتباطات بالینی ۱۴۵

۲۱-۶ نکات تکنیکی ۱۴۵



تصویر ۱-۷ منشاء

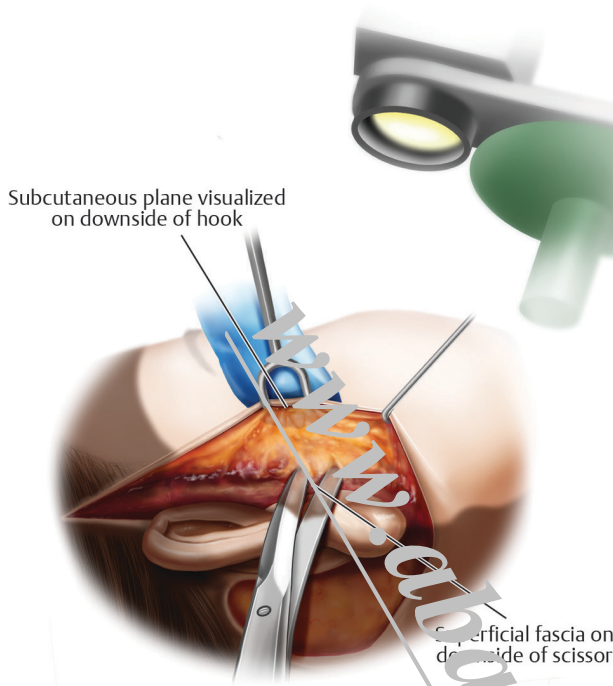
رباط‌های نگه دارنده گونه از ساختارهای عمقی ثابتی است که سپس با عبور از SMAS به سطح می‌آیند و تحت عنوان شبکه جلدی (رتیناکولاکوتیس) به پوست متصل می‌شوند. رباط‌های گونه شامل (۱) رباط‌های جلدی پاروتید (۲) رباط‌های زیگوماتیک (۳) رباط‌های مستریک و (۴) رباط‌های مندیبولار می‌باشند. همه رباط‌ها ضخامت یکسانی ندارند و رباط‌های جلدی پاروتید، زیگوماتیک خارجی و مستریک فوقانی از محکم‌ترین فیبرها در گونه هستند.

رباط‌های جلدی پاروتید

- رباط‌های جلدی پاروتید اختراهای فیبری متراکمی هستند که از پوست صورت در ناحیه پره‌اوریکولار و ناحیه خارجی گونه تا زیر کپسول پاروتید حمایت می‌کنند.
- این رباط‌ها به کمپارتمان چربی خارجی در ناحیه اطراف گوش در گونه متصل می‌شوند و عامل احساس کیفیت فیروزه و فاشیای هنگام دایسکشن زیرجلدی پره‌اوریکولار می‌باشند.

رباط‌های زیگوماتیک

- رباط‌های زیگوماتیک از پریوست قسمت خارجی زیگوما منشاء می‌گیرند و در ناحیه‌ای که قوس زیگوماتیک به برجستگی خارجی مالار می‌پیوندد متراکم و کاملاً مشخص هستند. آنها همچنین به سمت ناحیه خارجی مالار گسترش می‌یابند.
- رباط‌های زیگوماتیک ضخیم و با فیبرهای مجزا هستند و هنگام دایسکشن قسمت خارجی زیگوما



تصویر ۲-۳ نکته کلیدی جهت ایمنی و استمرار دستیابی به نتایج مطلوب در جراحی بافت نرم صورت، شناسایی دقیق لایه‌های صورت است. استفاده از ترانس ایلومیناسیون در شناخت سطح بین SMAS و لایه زیر جلدی بسیار کمک کننده است. انجام دایسکشن زیر جلدی تحت دید مستقیم به همراه ترانس لومیناسیون امکان کنترل بیشتر روی ضخامت فلیپ را فراهم می‌کند و به جراح اجازه می‌دهد تا نقاط اتصال بین کمپارتمان‌های چربی صورت، جایی که رباط‌ها وجود دارند را تشخیص دهد. شناسایی نقاطی که شاخه‌های حرکتی تمایل به قرارگیری سطحی دارند، برای جلوگیری از دایسکشن در عمق SMAS ضروری است.



تصویر ۳-۳ این تصویر حین عمل از دایسکشن extended-SMAS، بلند کردن SMAS در لایه صحیح (سطحی تر نسبت به فاشیای عمقی) را نشان می‌دهد. هموستات موجود در تصویر به قسمت مالمار دایسکشن متصل می‌باشد به شکلی که فورسپس به رباط‌های مستریک فوقانی قبل از آزاد شدن اشاره می‌کند. توجه داشته باشید که این قرمز رنگ عضله زایگوماتیک ماژور است. داخل دیده می‌شوند و چربی sub-SMAS در ناحیه لترال روی فاشیای عمقی مشاهده می‌شود. به طور کلی دایسکشن در سطح بین SMAS و چربی sub-SMAS و همین طور دست نخورده رها کردن آن در طول سطح بالایی فاشیای عمقی ایمن است. با این وجود

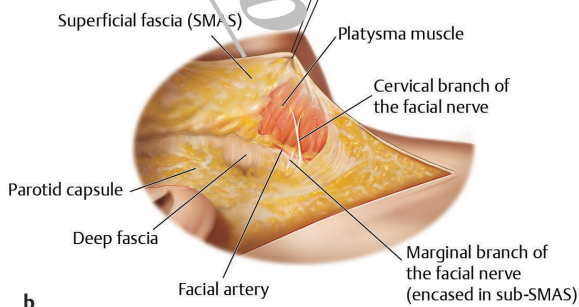
در بعضی از بیماران این چربی کم است و دایسکشن در مجاورت کپسول پاروتید و فاشیا مستریک خواهد بود.

تصویر ۳-۶ این کالبد شکافی جسد مسیر شاخه مارژینال در عمق عضلات پایین کشنده گوشه دهان و پایین کشنده لب تحتانی را نشان می‌دهد. همان طور که نشان داده شده، این عضلات در امتداد سطوح عمقی خود عصب دهی می‌شوند.



تصویر ۴-۶ (a) کالبد شکافی جسد، شاخه سرویکال (واقع بین فاشیای سطحی و عمقی) و ارتباط آن با شاخه مارژینال و شریان و ورید فاسیال که در عمق فاشیای عمقی در امتداد زاویه فک تحتانی قرار دارد (فلش فوقانی) را نشان می‌دهد. فلش پایین به محلی که شاخه سرویکال، عضله پلاتیسم (فورسپس) را عصب دهی می‌کند اشاره دارد. دایسکشن در عمق پلاتیسم در این مکان ممکن است منجر به آسیب شاخه حرکتی شود.

(b) تصویر نشان دهنده موقعیت سطحی شاخه سرویکال، واقع در بین فاشیای سطحی و عمقی در امتداد زاویه فک تحتانی می‌باشد. شاخه مارژینال و شریان و ورید فاسیال در عمق فاشیای عمقی قرار دارد.



فصل ۸

ملاحظات تکنیکی: دایسکشن Extended SMAS و

SMAS کتومی جانبی / پنجره پلاتیسم

خلاصه

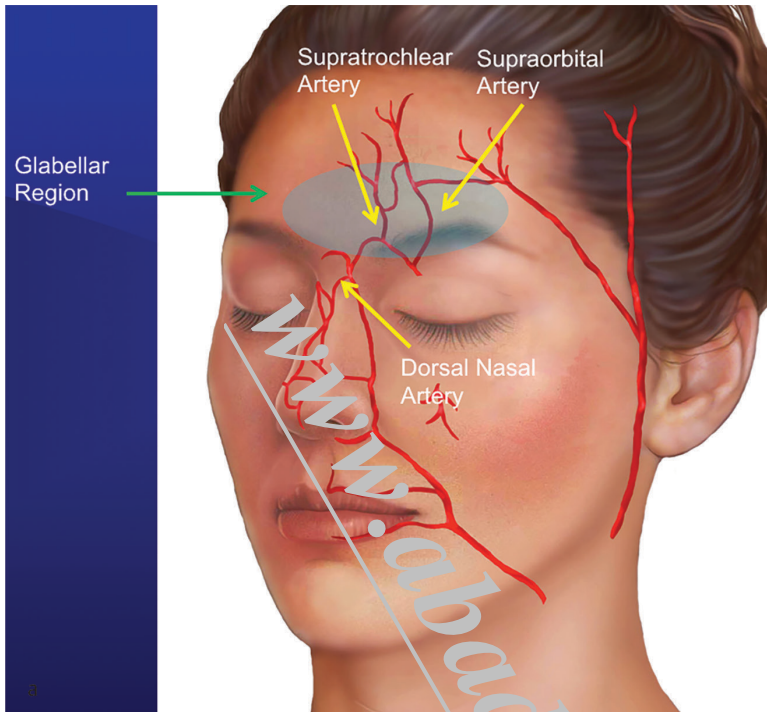
نکات کلیدی

- اگر تصمیم به انجام دایسکشن Extended SMAS داریم (دایسکشن sub-SMAS فاشیای سطحی ناحیه لترال گونه در امتداد چربی مالار) کلید انجام موفق این روش، دایسکشن دقیق زیر جلدی است.
- دست نخورده گذاشتن چربی زیر جلدی قابل توجه در امتداد سطح فوقانی فاشیای سطحی یک فلپ ضخیم ایجاد می‌کند که از نظر تکنیکی دایسکت کردن آن آسان‌تر است.
- ترانس ایلومیناسیون در دایسکشن دقیق فلپ پوست کمک‌کننده است (تصویر ۸-۱).

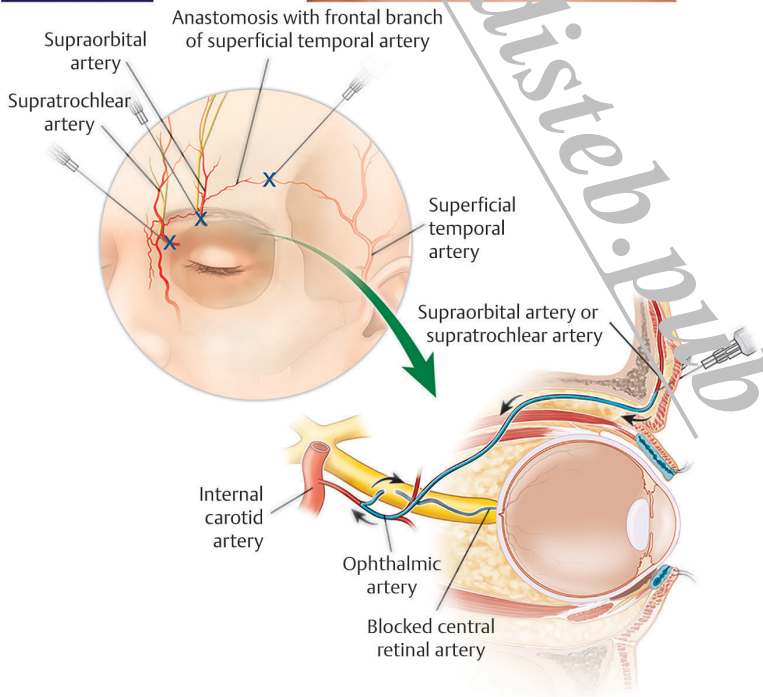
اساس تکنیک‌های مدرن لیفت صورت، استفاده از SMAS برای وضعیت دهی مجدد چربی صورت است از قدام گونه به مناطق خارجی گونه در فرو رسانی مالار، به منظور بازیابی حجمی مشابه دوران جوانی می‌باشد. در این فصل در مورد دو تکنیک رایج برای استفاده بحث می‌نماید:

دایسکشن Extended SMAS و SMAS کتومی جانبی / پنجره پلاتیسم که تأکید هر دو روش بر جلوگیری از آسیب ناخواسته شاخه حرکتی عصب در هنگام انجام لیفت صورت است.

نکات کلیدی: دایسکشن Extended SMAS و SMAS کتومی جانبی / تکنیک پنجره پلاتیسم



تصویر ۱۰-۱ (a) آناستوموز
 غنی بین شریان‌های سوپرا
 تروکلنار، سوپرا اوربیتال
 و دورسال نازال در ناحیه
 گلابلا، راه بالقوه‌ای برای
 آمبولیزاسیون رتروگرید به
 شریان افتالمیک ایجاد می‌کند.
(b) تزریق داخل عروقی
 ناخواسته به شریان سوپرا
 اوربیتال یا سوپرا تروکلنار
 می‌تواند باعث ایجاد انتشار
 رتروگرید مواد خارجی در
 شریان افتالمیک شود. آمبولی
 دیستال بعدی از شریان
 افتالمیک به شریان مرکزی
 شبکه می‌تواند باعث از دست
 دادن بینایی شود.



- آناستوموزهای غنی بین
 شریان‌های سوپرا
 تروکلنار، سوپرا اوربیتال
 و دورسال نازال وجود
 دارد که همگی
 شاخه‌های شریان
 افتالمیک هستند
 (تصویر ۱۰-۱ a).
- تزریق داخل عروقی
 ناخواسته در ناحیه قوس
 نازوگلابلا می‌تواند
 باعث انتشار رتروگرید
 مواد خارجی به داخل
 شریان افتالمیک شود
 (تصویر ۱۰-۱ b).