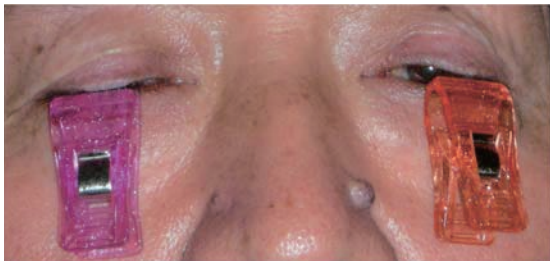
2 眼瞼内反症、睫毛乱生症

下眼瞼内反症は加齢による垂直、水平方向の下眼瞼の弛緩及び隔膜前眼輪筋の瞼縁に向かう異常な上方移動が主たる原因である。現在下眼瞼内反症に対して牽引筋腱膜縫着術、眼輪筋短縮術、余剰皮膚の切除の3つを組み合わせて手術している。瞼板をまず確認後、牽引筋腱膜を同定、瞼板に縫着、眼輪筋短縮、余剰皮膚の切除の順で手術を施行する。図4は、下眼瞼内反症により睫毛が角膜潰瘍の原因になっていた症例で角膜下方の充血も顕著であったが、術後1週間の時点で角膜潰瘍が治癒し、充血も解消している。他に睫毛が瞼縁近くで根本から眼球に向いている睫毛乱生症例にはHotz 変法＋瞼縁切開法を施行して睫毛の外側への方向転換および平行移動によって睫毛乱生症を根治させている。

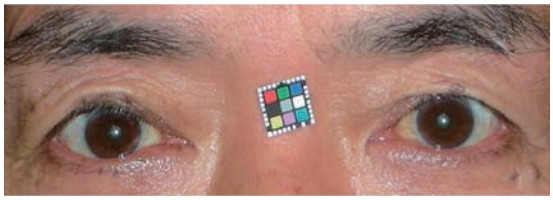
図 4〈症例 2〉75才男性　左下眼瞼内反症



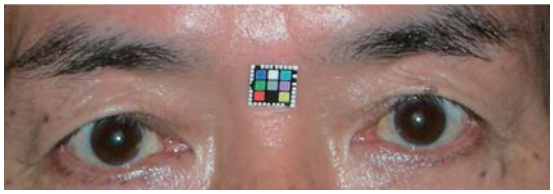
術前　　術後



術前　クリップ負荷テスト



術後1週間、抜糸直後



術後3週間

3 眼瞼下垂症

上眼瞼におもりなど負荷を加えて初めて明らかになる肩こり、首の凝り、眼の違和感、疲れなどを訴える眼瞼下垂症（代償期）の患者への眼瞼下垂症手術は原則的に 10-15mm の小切開で手術を行うためラジオサージェリーが有効である。信州大学形成外科松尾教授のミューラー筋に出来るだけ手術侵襲をかけないようにしておこなう眼窩隔膜を利用した眼瞼下垂症手術をしている。図の5の症例は両眼に違和感が続いており、両skin folding法（瞼縁7mmの位置で3カ所皮下から瞼板に埋没縫合）したが右眼の違和感のみ残り、右眼に眼窩隔膜を利用した眼瞼下垂症を施行した。現在全く眼の違和感含め、初診時の症状は消失しており、複数の眼科受診したにも関わらず原因が分からなかったが、やっと当院の治療で症状が解消したとのことである。前述の松尾教授の提唱するミューラー筋が全身の自律神経を調節する一つのセンサーであるという理論に従い、原則的に現在全例ミューラー筋に出来るだけ手術侵襲を加えない手術に心がけている。

図 5　眼瞼下垂症（代償期）〈症例 3〉63才男性　右眼瞼下垂症



術前

【筆者略歴】

1988年　名古屋大学医学部　卒業
1993年　名古屋大学医学部医学科外科系眼科学専攻大学院終了
1994年　県立多治見病院眼科医長
1997年　国立名古屋大学医学部付属病院眼科助手
1998年　米国国立衛生研究所（NIH）客員研究員
2003年　豊橋市民病院眼科副部長
2010年　常滑眼科クリニック院長

【所属学会】

日本眼科学会
日本眼科手術学会
日本生理学会
北米神経科学学会