



治療眼瞼下垂之臨床原則與新契機

高雄醫學大學附設醫院整形外科教授 賴春生醫師
台灣美容外科醫學會理事長

眼皮下垂(Achalasia)與眼瞼下垂(Blepharoptosis)有不同之定義，前者是因眼皮鬆弛過多而下垂，後者是因提眼肌(Levator muscle)功能不彰而使上眼瞼張開不全而蓋住過多的黑眼球(iris；虹膜)。一般上眼皮約蓋住虹膜1-2毫米之內，提眼肌如果先天發育不良，後天年老退化，神經失調或其他因素導致提眼肌病變，眼瞼下垂也就隨之發生。如果比正常多下垂2毫米稱之為輕度下垂(mild ptosis)，多3毫米為中度下垂(moderator ptosis)，多4毫米(含)以上則為嚴重下垂(severe ptosis)。下垂的眼睛為了想張開，同側的前額肌肉會代償性的收縮，企圖拉開下垂的眼皮，然而事與願違，久而久之，眉毛越拉越高，患側前額皺紋越來越深，終究徒勞無功，患側眼仍然無法正常張開。眼瞼下垂除了外觀不對稱外，還會引起視野不佳、弱視、疲勞、長期仰頸導致頸椎痠痛...等生活障礙，甚

至引起憂鬱症而對社交活動退縮。

由於提眼肌扮演舉足輕重的角色，因此治療眼瞼下垂首要之任務在於精準測量提眼肌之功能。在消除前額肌之代償作用之下，眼睛往最下方看，再往最上方看，其間上下收縮之距離就是提眼肌功能。正常(Normal)提眼肌功能為12毫米以上，良好(Good)為10毫米至12毫米，尚可(Fair)為6毫米至9毫米，不佳(Poor)為5毫米以下。提眼肌功能是治療眼瞼下垂最重要之基準與依據，而下垂程度則作為提眼肌縮短矯正手術之參考。

基於多年對眼瞼下垂之臨床驗證與研究，個人標準化了眼瞼下垂之下列治療原則：(一)提眼肌功能正常：採用提眼肌筋膜之對摺縮短縫合術(Levator Aponeurosis Plication)。(二)提眼肌功能良好：採用提眼肌縮短切除手術(Levator Shortening)。(三)提眼肌功能尚可：採用提眼肌及米勒氏肌縮短切除手術(Levator /



Müller's Muscle Shortening)。(四)提眼肌功能不佳：採用傳統之前額肌懸吊式手術(Frontalis Sling)，或高醫整型外科研發創新之復明皮瓣縮短手術(FOOM Flap Shortening)(圖一-圖三)。根據世界文獻及教科書的報告，至少有百分之十到百分之二十之患者需要第二次之手術調整，才能達到理想的境界，個人經手近千例眼瞼下垂的手術治療經驗，整體大約有百之五的病例需要二次微調，遠低於其他文獻報告；此項手術有超過九成以上之病患滿意度，近十年發表多篇眼皮相關論文，也受邀在國內外專科學會與學術機構演講，受到各界高度肯定。高醫整形外科以”揭開眼瞼下垂之新視界-眼輪匝肌-前額肌皮瓣之創新治療術式”獲得2012年國家品質標章(SNQ, Symbol of National Quality)銀獎，也就是臨床治療之品質達到國際水準，亞洲第一。

復明皮瓣(Frontalis Orbicularis Oculi Muscle Flap, FOOM flap)的發明源自於個人從事新鮮屍體(fresh cadaver)解剖學的研究時，在高醫病理科蔡志仁主任的協助下，發現縱向的前額肌與橫向的眼輪匝肌有十指相扣，緊密交合在一起的現象(圖四)，和傳

統解剖學彼此不相交連的看法不一樣，前額肌的收縮有抬眉張眼的功能，而眼輪匝肌收縮則有閉眼的功能，利用這兩塊肌肉緊密相連的特性，把它裁剪成長方型的皮瓣，然後把上眼瞼提高到正常位置後，將皮瓣固定在眼瞼軟骨板上，利用前額肌的收縮就可把下垂的上眼瞼往上拉提，它適用於提眼肌功能不佳的病人，可以取代傳統的”前額懸吊”(Frontalis Sling)手術，最大好處是FOOM皮瓣是自體的、動態的、柔軟的，而且是沒有排斥的問題，個人在2005年正式用”FOOM Flap”的名稱，近年來特別應用於藥物治療無效的眼部重肌無力症(Ocular Myasthenia Gravis)以及對Botox反應不佳的眼瞼痙攣(Benign Essential Blepharospasm)所導致的難治眼瞼下垂(Intractable Blepharoptosis)，也獲得初步良好的成果。

眼瞼下垂術後較常見的併發症包括(一)矯正不足：兩眼差距大於1毫米以上，可能需要二次手術調整；(二)過度矯正：提眼肌過度縮短會導致眼瞼上縮(眼睛過大)，輕度眼瞼上縮可以徒手復健矯正，如果無效則需手術矯正；(三)結膜水腫：術後腫脹有可能導致結膜下積水有如含著眼淚，因此術後需要常



轉動眼球、冷敷及點眼藥水來幫助消腫；(四)閉眼不全：所有眼瞼下垂矯正的術式在初期術後都有閉眼不全的後遺症，特別是睡眠放鬆的情況下，需要予以保濕及防護，避免角膜炎及結膜炎發生，術後一個月到三個月會逐漸改善；(五)兩眼不對稱：眼瞼下垂手術無法與一般的雙眼皮美容手術相比較，要完全對稱有一定難度，但功能及外觀的確可以改善很多；(六)乾眼症：由於術後與空氣接觸之眼球表面積(Ocular Surface Area)變大，因此有些患者會有乾澀之症狀，需要點人工淚液來潤滑。

眼瞼下垂除了提眼肌本身之問題外，尚有其他複雜之病因，治療之前務必需要詳細詢問病史及徹底理學檢查。術後兩眼要動靜得宜，對稱美觀是一項重要的挑戰。眼瞼下垂之評估與治療往往需要眼科、神經科及整形外科醫師之跨科合作，基於多年的團隊合作經驗，高醫的眼瞼下垂治療成績已達世界水準，高醫正朝向世界頂尖的「眼瞼下垂治療中心」邁進！

參考文獻：

1.Lai CS, Chang KP*, Lai CH, Huang SH, Tsai CC, Lin SD. A Dynamic Technique for the Treatment of Severe or Recurrent Blepharoptosis:

Frontalis-Orbicularis Oculi Muscle Flap Shortening. *Ophthalmologica*. 2009 Jun;37(4):201-205

2.Lai CS, Lai CH*, Huang SH, Sun IF, Chang KP, Lee SS, Lin SD. A new trend for the treatment of blepharoptosis: frontalis-orbicularis oculi muscle flap shortening technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Feb;63(2):233-239

3.Lai CS, Lu SR, Yang SF, Teh LS, Lee SS*. Surgical treatment of the synkinetic eyelid closure in Marin-Amat Syndrome. *Ann. Plast Surg* 2011 Nov; 67(5):498-501

4.Tsai PY, Wu YC, Lai CH, Huang SH, Lai YA, Lai CS* Ocular Surface Area Changes After Double Eyelidplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012 Jun;65(6):e141-145

5.Lai CS, Lai CH*, Wu YC, Chang KP, Lee SS, Lin SD. Medial Epicanthoplasty Based on Anatomic Variations. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012 Sep;65(9):1182-1187

6.Lai CS*, Chang KP, Lee SS, Hsieh TY, Lai HT, Huang YH, Lai YW. The Role of Frontalis Orbicularis Oculi Muscle Flap for Correction of Blepharoptosis with Poor Levator Function. *Ann Plast Surg*. 2013 Dec;71

Suppl 1:S29-36



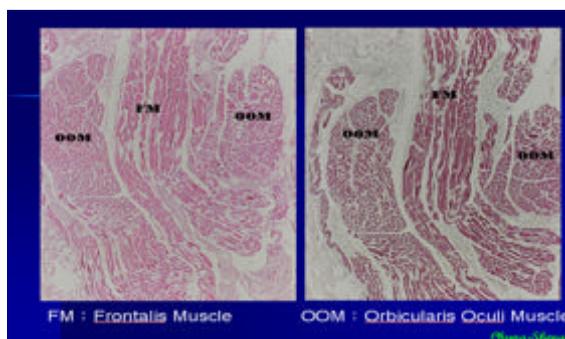
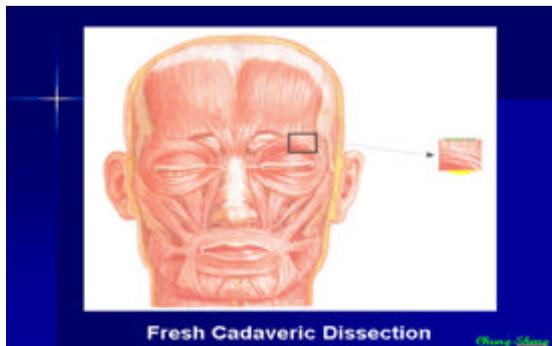
圖一：兩側眼瞼下垂，提眼肌功能正常：採用提眼肌筋膜之對摺縮短縫合術 (Levator Aponeurosis Plication)，術後六個月



圖二：兩側眼瞼下垂，提眼肌功能尚可：採用提眼肌及米勒氏肌縮短切除手術 (Levator / Müller's Muscle Shortening)，術後兩年



圖三：兩側眼瞼下垂，右側提眼肌功能正常，左側提眼肌功能不佳：右側採用提眼肌筋膜之對摺縮短縫合術 (Levator Aponeurosis Plication)，左側採用復明皮瓣縮短手術 (FOOM Flap Shortening)，術後兩年



圖四：復明皮瓣 (FOOM Flap) 的創新：縱向之前額肌 (FM) 與橫向之眼輪匝肌 (OOM) 交錯連結