

眼瞼下垂 — 見た目だけではない機能的疾患

形成外科 KC 院長・理事長 高原 英作

【要旨】

眼瞼下垂は、上眼瞼を挙上する機能の低下によって生じる疾患であり、単なる外見の変化にとどまらず、上方視野障害、頭痛、肩こり、心理的ストレスなどを介して、患者の生活の質（QOL）に多大な影響を及ぼす機能的疾患である^{1,6)}。近年の高齢化社会やコンタクトレンズの長期装用者の増加に伴い、一般診療科においても遭遇する頻度が非常に高まっている¹⁾。本疾患の診断には、MRD1（角膜反射点から上眼瞼縁までの距離）や挙筋機能評価が有用であり^{1,2)}、皮膚弛緩や眉毛下垂による偽性眼瞼下垂との鑑別が重要である^{4,5)}。眼瞼下垂の治療目標は機能面の改善のみならず整容面の改善も求められるため、形成外科で手術を希望される患者が多い。本稿では眼瞼下垂の診断・治療および専門医紹介のポイントについて概説する。

【はじめに】

眼瞼下垂とは、上眼瞼を挙上する筋肉の機能低下によって上まぶたが下垂する病態を指す。日常診療において患者が呈する訴えは多岐にわたり、「まぶたが重い」「視界が狭い」といった機能的なものから、「眠そうに見える」「不機嫌そうに見える」といった外見上の変化まで多岐にわたる。

一見すると美容的な問題として捉えられがちであるが、実際には上方視野障害を伴う機能的疾患であり、日常生活や社会生活における安全性や活動性を著しく低下させることが少なくない。近年、高齢化の進行や若年層からのコンタクトレンズ長期装用により、眼瞼下垂を呈する患者は増加の一途を辿っている。そのため、専門である形成外科や眼科のみならず、内科などの一般診療科においても本疾患を正しく理解し、適切な初期対応や専門医への紹介を行うことの重要性が増している。

本稿では、専門外の医師にも理解しやすいよ

う、眼瞼下垂の解剖学的背景から治療、そして患者満足度に寄与するコミュニケーションのあり方までを解説する。

【1. 眼瞼下垂の定義と解剖学的背景】

上眼瞼の挙上には、主に眼瞼挙筋（動眼神経支配）とミュラー筋（交感神経支配）の2つの筋肉が関与している。眼瞼挙筋は眼窩の奥から始まり、途中で挙筋腱膜へと移行し、これがまぶたの支持組織である瞼板に付着することで、効率よくまぶたを持ち上げる構造となっている。

臨床的には、顔を正面に向けた状態で、上眼瞼縁が瞳孔の上縁を覆う、あるいは十分に挙上できない状態を眼瞼下垂と診断する。多くの患者は、視界を確保するために無意識のうちに前頭筋（眉毛を上げる筋肉）を過剰に使用して代償しようとするため、一見するとまぶたが上がっているように見えたり、軽症と誤認されたりすることがあるが、これによる額のしわの深化も重要な診断的徴候の一つである。

表 1. 眼瞼下垂の分類と原因

分類	亜分類	主な病態・特徴	主な原因・背景要因
1. 先天性	-	出生直後より発症。眼瞼挙筋の発達不全を背景とする。	発達不全（重症例では視性刺激遮断弱視のリスクあり）
2. 後天性	腱膜性	最も頻度が高い。挙筋腱膜が瞼板から弛緩・逸脱する。	加齢、長期コンタクトレンズ装用、眼科手術後の侵襲
	神経原性	神経伝達の障害。	動眼神経麻痺など
	筋原性	筋力そのものの低下。	重症筋無力症などの全身疾患
	機械的要因	物理的な挙上障害。	眼瞼の腫瘍、外傷、瘢痕
3. 偽性	-	挙筋機能は正常だが、外見上まぶたが下がって見える状態。	皮膚弛緩（眼瞼皮膚弛緩症）、眉毛の下垂

【2. 眼瞼下垂の分類と原因】表 1

眼瞼下垂は、その発症時期および原因により、大きく「先天性」「後天性」「偽性」の3つに分類される。（表 1）

1) 先天性眼瞼下垂

出生直後から認められるもので、その多くは眼瞼挙筋の発達不全を背景としている。重症例では、視覚的な刺激が遮断されることによって弱視（視性刺激遮断弱視）の原因となる恐れがあるため、小児期における早期診断と、適切なタイミングでの治療介入が極めて重要である。

2) 後天性眼瞼下垂

成人以降に発症するもので、临床上最も頻度が高いカテゴリーである。その原因は多岐にわたる。

- ・**腱膜性眼瞼下垂**：最も一般的な病態であり、加齢、長期のコンタクトレンズ装用（特にハードレンズ）、眼科手術（白内障手術など）後の侵襲により、挙筋腱膜が瞼板から緩んだり、逸脱したりすることで生じる。
- ・**神経原性**：動眼神経麻痺などが代表的である。
- ・**筋原性**：重症筋無力症などの全身疾患に伴う筋力低下。
- ・**機械的要因**：眼瞼の腫瘍や外傷、瘢痕によるもの。

3) 偽性眼瞼下垂

眼瞼を挙上する筋肉（眼瞼挙筋）の機能自体には問題がないものの、加齢による皮膚弛緩（眼

瞼皮膚弛緩症）や眉毛の下垂によって、余剰な皮膚がまぶたに被さり、外見上まぶたが下がって見える状態を指す。これらは真の眼瞼下垂とは治療方針が全く異なるため、正確な鑑別が必要とされる。

【3. 症状と日常生活への影響】

眼瞼下垂が患者に及ぼす影響は、単に「見えにくい」という自覚症状にとどまらない。

1) 身体的影響と安全性の低下

上方視野が制限されることにより、運転時の信号確認が遅れたり、歩行時の段差認識が困難になったりするなど、日常生活の安全性が低下することが報告されている⁶⁾。また、狭まった視野を代償しようとして前頭筋を過剰に使用し、眉毛を常に吊り上げた状態が続くため、慢性的な頭痛や肩こりを呈する症例が非常に多い¹⁾。これらは「原因不明の体調不良」として他科を受診しているケースもあり、注意が必要である。

2) 心理的・社会的影響

外見上の変化として「目が小さくなる」「眠そう」「不機嫌そう」といった印象を周囲に与えやすく、これが患者自身のコンプレックスとなり、対人関係や就労における心理的ストレスを増大させる。このように眼瞼下垂は、身体的・心理的の両側面から患者の QOL を損なう疾患として理解する必要がある。

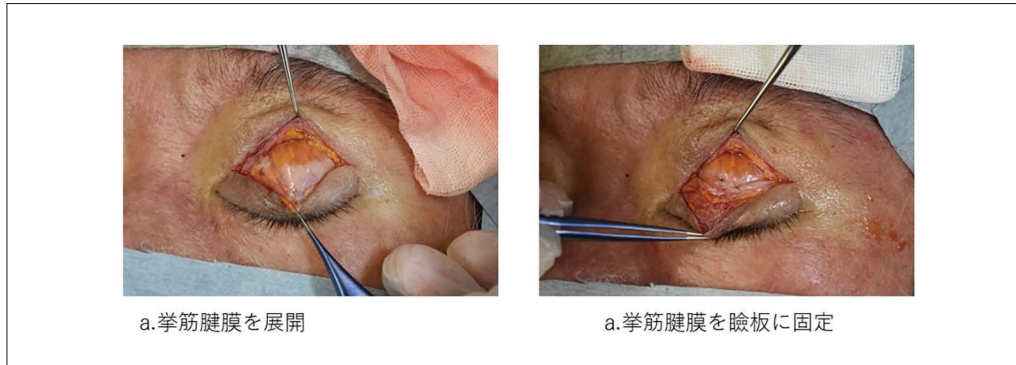


図 1. 挙筋腱膜固定術（術中写真）



図 2. 挙筋腱膜固定術（術前、術後写真）

【4. 診察と診断のポイント】

診察においては、まず正面視における眼瞼縁の位置、左右差、眉毛の高さ、額のしわの有無を視認することが基本である。

1) 問診の重要性

診断のヒントは問診に隠されていることが多い。発症時期（先天性か後天性か）、症状の日内変動（重症筋無力症の疑い）、コンタクトレンズの使用歴、過去の眼科手術歴、全身疾患の有無などを詳細に確認する。

2) 評価指標：MRD1

簡便かつ有用な臨床的指標として**MRD1 (Margin Reflex Distance-1)**がある。これは「角膜反射点（瞳孔中央の光の反射）から上眼瞼縁までの垂直距離」を指す。

- ・MRD1 が 2mm 以下：機能的な眼瞼下垂を強く疑う目安となる^{1,2)}。

3) 偽性眼瞼下垂との鑑別

皮膚弛緩が主体の場合は、重瞼線（ふたえの線）での切開や、眉毛の下でラインで皮膚を切り取る手法が適応となる。筋肉の問題なのか、皮膚の余剰の問題なのかを誤って診断すると、術後の満足度が低下する原因となるため、慎重な評価が求められる。

【5. 治療の基本：手術療法】

形成外科領域では、主として腱膜性眼瞼下垂、皮膚弛緩などによる偽性眼瞼下垂、および先天性眼瞼下垂を治療対象としている。治療方針の基本は手術療法である。現在のところ点眼薬などの薬物療法による十分な改善は期待できない。

1) 眼瞼挙筋腱膜前転術

腱膜性眼瞼下垂に対する標準的な術式である^{1,4)}。挙筋機能が一定以上保たれている症例に対し、緩んだ腱膜を瞼板に再固定することで、本来の挙筋機能を回復させる。（図 1、2）

2) 眉毛下皮膚切除術

皮膚弛緩が目立つ偽性眼瞼下垂に適應される。眉毛の直下で余剰な皮膚を切除するため、まぶた本来の厚みを活かした自然な仕上がりが得られやすく、視機能改善と整容性改善を同時に達成できる手法として近年普及している^{4,5)}。

3) 前頭筋吊り上げ術

先天性眼瞼下垂などで挙筋機能が著しく低下している（ほとんど動かない）症例に選択される。大腿筋膜や合成材料を用いて、まぶたと前頭筋を連結し、眉毛を動かす力でまぶたを開閉させる手法である¹⁾。

【6. 形成外科への紹介の目安】

一般診療科において、以下のような所見を認める場合は、形成外科や眼形成専門医への紹介を検討すべきである。

1. 上眼瞼が瞳孔を覆い、明らかな上方視野障害を認める場合。
2. まぶたの重みに伴い、慢性的な頭痛や肩こりなどの随伴症状が顕著な場合。
3. 皮膚のたるみ（皮膚弛緩）か、まぶた自体の下垂（挙筋不全）かの判別が困難な場合。
4. 先天性で弱視のリスクが懸念される場合。

眼瞼下垂治療は美容目的の「整形手術」と誤解されることもあるが、その本質は視機能障害の改善を目的とした医療行為である。適切な専門医連携は、患者の不利益を避け、健康寿命の延伸にも寄与する。

【7. 美容外科との境界と患者満足度】

眼瞼下垂の治療は、機能改善（見えやすさ）と整容性改善（見た目の若返り）の境界領域に位置している。患者はしばしばその両立を求めて受診するため、術前の十分なインフォームドコンセントと、期待値の調整が極めて重要である。

著者らが行った「偽性眼瞼下垂に対する眉毛下皮膚切除術」の術後満足度調査によれば、視野の改善という機能面での満足に加え、「表情

が明るくなった」「若返った」といった心理面での満足度が非常に高い結果となった³⁾。

【8. 沖縄県における現状と展望】

沖縄県においても、全国的な傾向と同様に高齢化が進展しており、加齢性あるいは腱膜性の眼瞼下垂に悩む患者は今後さらに増加すると予測される。

眼瞼下垂を「単なる老化現象」として見過ごすのではなく、放置すれば日常生活に支障を来す「治療可能な機能障害」として適切に評価することが重要である。地域医療において、各診療科が本疾患に対する認識を深め、適切なタイミングで専門医へと繋ぐネットワークを構築することが、県民のQOL向上、ひいては健康な社会生活の維持に繋がると考えられる。

【9. 他科医師のための診療アルゴリズムと初期対応のポイント】

一般診療科において眼瞼下垂を疑った場合、専門的な器具や設備がなくとも、いくつかのポイントを押さえることで適切な初期評価が可能である。

まず重要なのは、「患者がどのような困りごとを感じているか」を丁寧に聴取することである。「夕方になると見えにくい」「運転中に信号が見上げづらい」「写真でいつも眠そうに見える」「額が疲れる」「慢性的な頭痛がある」といった訴えは、眼瞼下垂を疑う重要な手掛かりとなる。

視診では、正面視における眼瞼縁の高さ、左右差、眉毛の位置、額のしわの深さを観察する。特に、眉毛が常に挙上している症例では、前頭筋による代償が働いている可能性が高い。この場合、「眉を軽く押さえた状態で目を開けてもらう」と、まぶたの下垂が顕在化することが多く、患者自身にも症状を自覚させやすい。

また、診察室で簡便に行える評価として、「皮膚を軽く持ち上げると視野が広がるか」「眉を固定すると見えにくくなるか」といった観察も、偽性眼瞼下垂との鑑別に有用である。

日内変動が強い場合、複視を伴う場合、全身

の易疲労感がある場合には、重症筋無力症などの全身疾患の可能性も念頭に置く必要がある。さらに、急性発症の眼瞼下垂や眼球運動障害、瞳孔不同を伴う場合には、動眼神経麻痺や脳血管障害などの緊急疾患を除外する姿勢が求められる。

このように、「よく問診する」「よく観察する」「眉を固定してみる」という三点を意識するだけでも、専門外診療科における眼瞼下垂の見逃しは大きく減少し、適切なタイミングでの専門医紹介が可能となる。

【おわりに】

眼瞼下垂は、視機能、整容、心理という三つの要素が密接に関連し合う疾患である。本疾患に対する正しい知識を持ち、適切な診断と専門医への紹介を行うことで、長年「まぶたの重み」や「体調不良」に悩んできた患者を救い、生活の質を劇的に向上させることが可能である。一般診療を担う諸兄におかれても、本疾患への理解を深めていただければ幸いである。

【参考文献】

- 1) Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27:193-204.
- 2) 日本形成外科学会編：形成外科診療ガイドライン 第4版. 金原出版, 2022.
- 3) 高原英作, 新垣実：当院における眉毛下皮膚切除術の工夫と患者満足度. *日本形成外科学会誌* 2022;42(2):102.
- 4) 森田耕輔ほか：眼瞼皮膚弛緩症：重瞼線切開法. *眼科* 2022;64(3):229-234.
- 5) 村上正洋：眼瞼皮膚弛緩症：眉毛下皮膚切除術. *眼科* 2022;64(3):235-243.
- 6) 三谷重里沙ほか：眼瞼下垂手術が視機能に及ぼす影響. *眼科* 2022;64(3):245-251.

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記 URL 参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：宮良・國吉）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいますようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

URL： <https://www.documents.okinawa.med.or.jp/Dshare/header.do?action=login>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。



問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 眼瞼下垂は主として美容上の問題である。
- 問 2. MRD1 が 2mm 以下の場合、眼瞼下垂を疑う。
- 問 3. 眼瞼下垂の根治治療は手術である。
- 問 4. 皮膚弛緩による偽性眼瞼下垂には皮膚切除が有効である。
- 問 5. 術後満足度には医療スタッフの対応が影響することがある。



5月号 (Vol.62)
の正解

肥大型心筋症に対する心臓 4DCT の役割： 流出路狭窄の要因と形態評価

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 非対称性中隔肥厚 (ASH) は HCM の心筋肥厚パターンの中で最も頻度が高い。
- 問 2. HCM の CT 診断基準として「拡張末期壁厚 13mm 以上」が採用されるのは、家族歴や遺伝子変異のない症例の基準である。
- 問 3. 心尖部型 HCM は、日本人に多い。
- 問 4. Apical-basal bundle は一般集団では 1 ～ 3%、HCM では 10 ～ 20% 以上にみられ、LVOTO と関連する。
- 問 5. Mid-ventricular obstruction (MVO) では中部閉塞が生じるが、心尖部瘤や血栓が形成されることはない。

正解 1. ○ 2. × 3. ○ 4. ○ 5. ×

解説

- 問 2. 家族歴・遺伝子変異例では $\geq 13\text{mm}$ 、一般例では $\geq 15\text{mm}$ が基準。
- 問 5. 心尖部の圧負荷により、瘤形成や血栓形成が生じやすい。

