

## 症例報告

# 外眼部の刺鍼で改善した老人性眼瞼下垂

H. 9. 4. 24

加島 郁雄

本症例は右上眼瞼の下垂を訴えて来院した患者である。臨床症状および診察所見から老人性眼瞼下垂と診断し、右外眼部への鍼治療により症状の改善を認めた。

症例：61歳 女性 主婦

初診：平成8年1月24日

主訴：右眼のまぶたが垂れ下がる

現病歴：約1年6カ月前より、夜になると右上眼瞼の下垂を意識するようになった。原因として、特に思いあたることはない。

約1年3カ月前、近所の某眼科医院を受診し、「眼瞼下垂ではありません。結膜炎です」といわれ目薬を指示された。

約1年2カ月前、別の某眼科医院を受診したが、同医院でも近所の某医院と同様のことをいわれ、目薬を指示された。

約1年1カ月前、某病院眼科を受診し、「結膜炎ではありません。お年のせいでしょう」といわれ目薬を指示された。

約8カ月前、別の某病院眼科を受診し、「眼瞼下垂はなんともいえませんが、脳に異常はありません」といわれ、同病院内科を紹介された。内科では検査の結果、「何でもありません」といわれ飲み薬を投与された。

この後、右上眼瞼の下垂は徐々に進行し、約1カ月前より午後9時を過ぎると完全に閉眼するようになったので、友人の紹介で来院した。

現在、右上眼瞼は常に下垂しているが、朝が一番良好で夕方にかけて徐々に下垂が進み、午後9時を過ぎると完全に下垂し、閉眼状態となる。

眼瞼・顔面痙攣、顔面神経麻痺、ヒステリー、眼瞼が時々発作的に赤く腫れるなどの浮腫、眼瞼への直接外傷や手術および白内障の手術の既往はない。視力は左1.5、右1.2でコンタクトレンズの使用はない。乱視、弱視もない。

既往歴：特記すべきことなし

家族歴：特記すべきことなし

診察所見：眼裂幅（正面視）は左11mm、右4mmで（図1）、診察時に下垂の動揺はない。上方視の1分間保持で右上眼瞼下垂の疲労現象を認めない。下眼瞼の挙上による眼裂狭小はない。眼瞼挙筋作用の測定は左10mm<sup>注1)</sup>。両眼球の内転・外転・上転・下転・内よせ運動の制限、それに伴うに斜視、複視はない。眼振（フレンツェル眼鏡使用）は左右ともない。瞳孔の大きさに左右差はない。対光反射は左右ともに正常。眼瞼部の腫脹、腫瘍、眼瞼裂傷、眼瞼や結膜の癒痕、みかけ上の眼球陥凹はない。

注1. 検者の片手で患者の患側の外眼角に鼻と平行に定規を固定し、反対の手の母指で患者の眉毛の中央部を押えながら、患者に下方視、次いで上方視をさせ各々の上眼瞼縁の位置を測る。その差が2mm以下の場合、眼瞼挙筋作用がまったくないことになる（図2）<sup>1)2)</sup>。

治療・経過：本症例は臨床症状および診察所見から老人性眼瞼下垂と診断し、その病態に基づいて横竹、太陽、魚腰、陽白を取穴した（図3）。鍼治療は上眼瞼挙筋および眼輪筋の血行促進を目的に行った。

治療体位は仰臥位で、使用鍼はステンレス製1寸6分-1番（50mm-16号）を用い、横竹は下方に向け斜刺で約7mm、太陽は直刺で約10mm、魚腰と陽白は上方に向け横刺で約10mmそれぞれ刺入し、横竹-太陽、魚腰-陽白に1Hz×2mAで15分間のパルス通電を行った。

なお、患者に外眼部を冷やさないよう指導した。

第2回（1月25日） いつも夜9時頃に落ちるまぶたが、11時（就寝時間）になってもほとんど落ちなかった。今朝は、まぶたがいつもより挙がっている。眼裂幅は正面視で左11mm、右7mm。

治療は前回と同じ。

第3回（1月27日） 1月25日の夜は11時になってもまぶたが落ちなかった。昨夜は前日の半分ほど落ちた。眼裂幅は正面視で左11mm、右6mm。

治療は前回と同じ。

第6回（2月5日） 夜の11時になってもまぶたが少ししか落ちない。眼裂幅は正面視で左11mm、右9mm。

治療は前回と同じ。

第20回（平成9年3月17日） このごろは夜の11時になってもまぶたが落ちないことが多い。眼裂幅は正面視で左11mm、右9mm。

治療は前回と同じ。

考察：本症例は、加齢変化により上眼瞼挙筋腱膜が弛緩し、生じた老人性眼瞼下垂と診断した<sup>1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18)</sup>。以下、その理由を述べる。

1. 患者が高齢者である。
2. 発症部位が右上眼瞼のみである。
3. 発症原因が不明で後天性である。
4. 右上眼瞼部の挙筋力が保たれている。
5. 診察時に下垂の疲労現象がない。
6. 眼瞼部に腫脹、腫瘍などの変形、変色がない。
7. 手術や外傷などの既往がない。
8. 眼球運動の障害、斜視、複視、眼振がない。
9. 眼瞼痙攣、ヒステリーの既往がない。
10. コンタクトレンズの長期装用がない。

なお、臨床症状および診察所見から、以下の類症疾患を除外した。

1. 筋無力症（重症筋無力症）  
眼球運動障害、それに伴う斜視、複視がない。診察時に下垂の疲労現象を認めない<sup>1) 2) 3) 5) 10) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22)</sup>。
2. 動眼神経麻痺  
眼球運動障害、それに伴う斜視がない。挙筋力の低下がなく、患側に対光反射障害がない<sup>1) 2) 3) 5) 11) 16) 17) 19) 20) 23)</sup>。
3. ホルネル症候群（交感神経麻痺）  
下眼瞼の挙上による瞼裂狭小、みかけ上の眼球陥凹もない<sup>1) 2) 6) 9) 11) 13) 16) 17) 24)</sup>。
4. 眼筋ミオパチー（慢性進行性外眼筋麻痺）  
下垂が両眼性でなく、眼球運動障害がない<sup>1) 3) 5) 11) 16) 19) 20) 21)</sup>。
5. 眼瞼皮膚弛緩症（進行性特発性皮膚弛緩症）  
正常位置の瞼縁の上を覆うほど過剰な上眼瞼の弛緩した皮膚はなく、眼瞼が、時々発作的に赤く腫れるなどの既往もない<sup>1) 10) 11) 17) 18) 25)</sup>。
6. 外傷性下垂  
眼瞼裂傷や眼瞼部の手術の既往がない<sup>1) 3)</sup>。
7. 機械的下垂  
眼瞼腫瘍、眼瞼や結膜の癬痕などが無い<sup>1) 3)</sup>。

以上、臨床症状、発症部位、診察所見および除外診断から本症例を老人性眼瞼下垂と診断した。

さて、坂上は本症を加齢変化による眼瞼挙筋腱膜の菲薄化や断裂、瞼板からの離開などが原因で生じた上眼瞼の腱膜離断性下垂であるとし<sup>3)</sup>、向野・新井田は眼瞼挙筋腱膜がゆるみのびたために下垂したと述べている<sup>1)</sup>。また、田邊は老化につれて眼輪筋が萎縮し、張力が低下する。この弛緩は眼瞼を一層弛緩させると主張している<sup>8)</sup>。

以上の知見から、本症の発症機序を以下のように推測した。

1. 加齢変化により眼輪筋が萎縮し、張力が低下した。
2. この弛緩は眼瞼を一層弛緩させ、眼瞼挙筋腱膜の菲薄化や断裂、瞼板からの離開などが生じた。
3. 結果として、眼瞼挙筋腱膜がゆるみのびたために下垂した。

鍼灸治療は経験的に老化した組織の血液循環を旺盛にする作用があると考えられている。したがって、本症例は鍼治療が有効であろうと推測した。

治療部位は眼輪筋部の4穴とし、初診から12日間、6回の治療で眼裂幅の改善を認め、以後、安定している。

なお、本症例の19回目（10月7日）と20回目の治療には約5カ月間のブランクがあるが、下垂に根本的な変化はない。しかし、本症例が加齢変化による疾患であることから、年に数回の鍼治療を試みるなら、現在の状態で安定するものと推測する。

経穴の位置

魚腰：正面視で瞳孔の直上、眉毛の中央。

参考文献

- 1) 平形恭子：先天性眼瞼下垂の診断，殊に検査法，「眼科 31」，P 813～817，金原出版，1989.
- 2) 向野和雄・新井田孝祐：眼瞼下垂，「図説眼科鑑別診断 2. 症状からみた鑑別診断」，P 12～15，メジカルビュー社，1987.
- 3) 坂上達志：眼瞼下垂，「眼科診療プラクティス 12. やさしい神経眼科」，P 108～111，文光堂，1995.
- 4) 平岡満里：眼瞼の神経眼科，「眼科MOOK 35. 神経眼科最新の進歩」，P 258～266，金原出版，1987.

- 5) 植村恭夫編：眼瞼下垂，「ベッドサイドの眼科学」，P 62～72，南山堂，1992.
- 6) 向野和雄：眼瞼下垂と眼瞼痙攣の区別，「眼科検査・診断のコツと落とし方 Part 1」，P 2～3，中山書店，1996.
- 7) 仁田正雄：「眼科学」，P 275～277，文光堂，1993.
- 8) 田邊吉彦：眼瞼の老年変化，「図説臨床眼科講座常用版 4. 老人と眼」，P 180～183，メジカルビュー社，1988.
- 9) 渡邊郁緒・新美勝彦：「イラスト眼科」，P 150～151，文光堂，1995.
- 10) 菅 謙治：「眼疾患 説明の仕方と解説」，P 30～33，金芳堂，1995.
- 11) 谷 道之監：眼瞼，「MINOR TEXTBOOK 眼科学」，P 131～136，金芳堂，1995.
- 12) 水流忠彦：眼瞼下垂，「眼科133 疾患診療マニュアル」，P 26～28，中外医学社，1995.
- 13) 内田幸男監：「眼科症候群辞典」，P 93，メディカル葵出版，1984.
- 14) 山本 節：先天性眼瞼下垂，「眼科MOOK 32. 眼の形成外科」，P 16～26，金原出版，1987.
- 15) 加藤和男：小児の眼瞼疾患，「眼科MOOK 11. 小児眼科」，P 128～136，金原出版，1980.
- 16) 田中尚子：小児の眼瞼・結膜疾患，「あたらしい眼科 6」，P 1779～1784，1989.
- 17) 庄司義治：「眼科診療の実際（上巻）」，P 89～94，金原出版，1976.
- 18) 石原 忍著・鹿野信一訂：「小眼科学」，P 146～150，金原出版，1978.
- 19) 仁田正雄：「眼科学」，P 105～107，文光堂，1993.
- 20) 渡邊郁緒・新美勝彦：「イラスト眼科」，P 348～355，文光堂，1995.
- 21) 菅 謙治：「眼疾患 説明の仕方と解説」，P 202～207，金芳堂，1995.
- 22) 大野新治：筋無力症，「眼科133 疾患診療マニュアル」，P 295～296，中外医学社，1995.
- 23) 渡邊郁緒・新美勝彦：「イラスト眼科」，P 84～99，文光堂，1995.
- 24) 植村恭夫編：眼瞼下垂，「ベッドサイドの眼科学」，P 134～138，南山堂，1992.

25) 仁田正雄：「眼科学」，P 291，文光堂，1993.

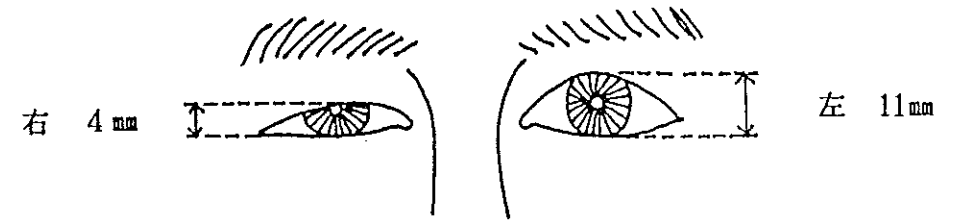


図1. 眼裂幅（正面視）

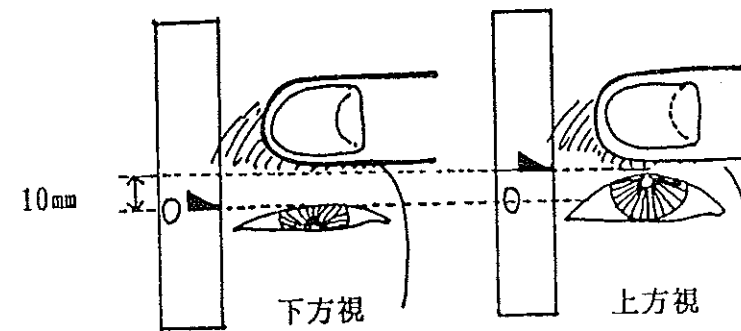


図2. 眼瞼挙筋作用測定 右

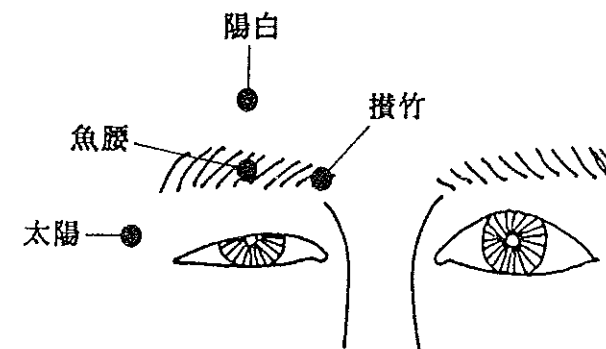


図3. 治療点