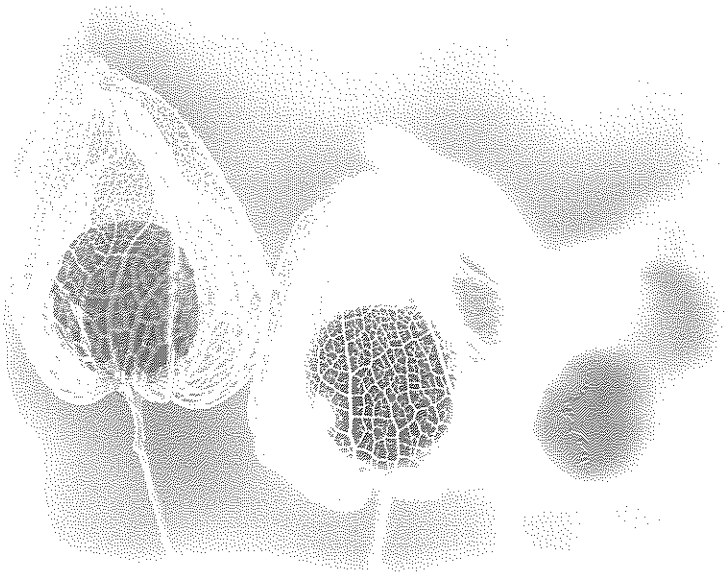


談甲狀腺眼疾

台大醫院眼科部主治醫師 廖述朗

甲狀腺突眼症又稱爲葛列夫氏眼病變，此乃因爲葛列夫氏發現有一群人甲狀腺機能亢進、脖子變粗、眼睛變突、小腿脛骨前皮膚增厚，常有同時出現的現象而稱之。但是突眼與甲狀腺機能亢進二者並非因果關係，而是由某一個共同病因造成的表現，可能跟免疫功能失調導致自體免疫有關，而這些自體免疫抗體攻擊到甲狀腺則造成甲狀腺機能亢進，若這些抗體攻擊到眼部周圍組織則導致甲狀腺突眼症。雖然很多情形是甲狀腺機能亢進和眼疾同時出現，但是只出現甲狀腺眼疾，而甲狀腺功能完全正常的情形，在臨床上並不少見。目前甲狀腺機能亢進症的治療如藥物控制，放射性碘飲用或甲狀腺切除手術皆無法改變突眼的情形，因此期望經由治療甲狀腺功能來改善突眼，是不切實際的。



甲狀腺眼疾其突眼的原因，主要是因爲眼外肌肥大，以及眼窩脂肪增多，產生了推擠眼球向前的效應。這是本病的三種致病機轉的頭一個“體積效應”，而造成突眼。而眼球突出，會導致角膜裸露，乾燥，甚至會有破皮或潰瘍穿孔等嚴重後果，另外，眼肌肥大也會產生視神經壓迫，導致視力減退及失明。

臺灣大學醫學院 期刊資料庫 談甲

本病的第二個致病效應爲眼外肌牽絆，使得眼球的轉動受到限制而不靈活，嚴重的話會造成複視或雙重影像。眼皮的位置則因爲上下眼皮與上下直肌有相連，所以當上下直肌有牽絆現像時，上下眼皮則分別產生向上或向下攣縮，因而會有"怒眼圓睜"的外觀。

甲狀腺性眼疾的第三個致病效應，就是發炎反應。其實體積效與眼外肌牽絆效應，都是發炎反應的長期後果。其主要的原因就是眼外肌發炎，進而導致眼皮、結膜都會充血浮腫，而有眼皮紅腫熱痛的表現。

在治療方面，依據我們臨床的經驗，眼疾活性指標小於 4 分以下的眼睛，稱之爲爲輕度眼疾。此類患者基本上是採取追蹤觀察，不需要眞正的藥物治療，只需要在睡覺時將枕頭墊高，睡前少喝水，以避免眼部的充血水腫惡化；另外則可白天局部點人工淚液，夜間睡前則點人工淚膏，以防止角膜裸露乾燥。至於中度(5 分到 8 分眼疾活性指標)眼疾患者，則將來產生體積效應(突眼或視眼經壓迫)，以及牽扯效應(複視或眼瞼閉合不全)，的機會就大了許多，應該給予較爲積極的治療。這些治療包括了類固醇，放射線照射，抗癌性藥物，或免疫抑制藥物如環孢素 A 等。至於強度活性(眼疾活性指標 9 分或以上者)的患眼，治療方法是相同於中度活性者的，但往往需要更緊急的處置，所以通常病人會被收住院以策安全與爭取時效。

甲狀腺眼疾是一個有活性期限的疾病，通常活性只會持續 3(5 年，也就是紅、腫、熱、痛的發炎現象會逐漸好轉與消失的。因此，區分一個患者的眼疾是屬於活性期，或者已進入穩定期是很重要的。因爲對於穩定期的患眼，其治療基本上是外科療法，也就是突眼，複視，或眼瞼攣縮的手術矯正等等，抗發炎治療是較無意義的。反之，若患者仍在活性期，那麼如前段所述的抗發炎治療方法，才是對症下藥，因爲唯有在活性期的治療，才能防止進一步的眼肌纖維化與粘多醣質堆積，並避免將來眼科手術。

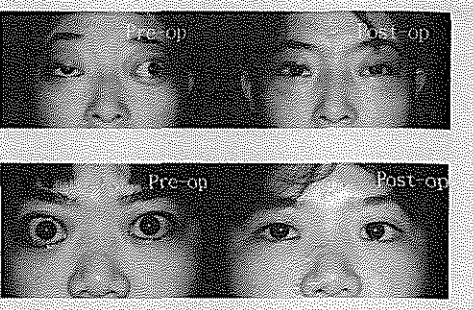
甲狀腺眼疾之手術治療，原則上分爲四期手術，但是首先須要聲明的是，並非每個患者都需要經過全部四期手術，大部份患者只需 1(2 期即可解決問題。爲什麼要有四期手術的概念呢？這與眼窩的構造與功能是息息相關的，若手術的順序安排錯誤，則往往病人會多受不少不必要的痛苦的。以下我們會詳加說明。

第一期手術：眼窩減壓

甲狀腺眼疾之所以會眼球突出，或者造成視力減弱，主要就是因爲眼肌肥大或眼球前推，或者將視神經擠壓所引起的。這猶如原本很舒適的房間中，一下子住了太多的人。解決之道只有兩種，要不是將人趕出一時，要不就是把房子弄大，而眼窩減壓術便是雙管齊下既可考慮將眼窩壁打掉將房間弄大，亦可移除多餘的脂肪達到眼球後縮的效果。眼窩減壓術造成眼球後縮的效果，可由 0(12 mm 不等，而到底要退回多少，則有賴臨床

臺灣大學學術

判斷。就以剛才的小房間爲例子，我們可以考慮打掉半面牆，或者把四面牆都打掉，視需要而定。另外像只有視神經壓迫，但突眼不明顯的病人，也可以做到視神經減壓而眼球不後縮的效果。由於眼球後縮的緣故，原先眼外肌牽動眼球運動的機械效應亦會改變，因此兩眼的運動協調會受到影響，因而有可能會有複視現象發生。一般而言，經過眼窩減壓術之後，約有不到六分之一的病人需要再進一步做複視矯正手術。所以第一期手術之後，最好先觀察半年才考慮。



（圖1）眼窩減壓術手術前後

第二期手術：複視矯正手術

複視的原因，是因爲兩個眼睛的協調運動不良而導致兩眼各看各的方向，而產生複視。突眼表現的人固然較可能有複視，但是沒有突眼的人亦可以有複視：這主要是因爲眼外肌纖維化的牽扯效應之故。

我們在臨床上是以稜鏡度數來評估複視的程度。一般而言，稜鏡度數在十度以內的複視，我們會直接用稜鏡矯正，而稜鏡度數大於十度以上者，才考慮開刀治療。開刀的方式一般是將牽扯最緊的眼外肌放鬆，隔一天早上再做調整。

另外有一點應該要強調的是，手術調整的目標是在使病人看正前方與正下方時沒有複視(亦即走路與看書報)而已不可能達到看四面八方都沒有複視現象。這是因爲甲狀腺眼疾本身就會有使眼外肌纖維化而失去彈性，所以只能考慮到最重要的方向沒有複視困擾就很不容易了。複視手術完後，也需要再觀察至少半年。



（圖2）複視矯正手術前後

第三期手術：眼裂寬度之調整

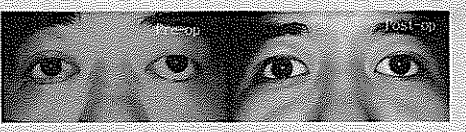
甲狀腺眼疾患者，除了較少數會有上述突眼，視神經壓迫或複視的可能，絕大多數的患者都只表現出眼裂寬度變大的現象，用較爲通俗的形容詞，即是" 杏眼圓睜 "般，很兇的樣子。或者是受到驚嚇般眼睛睜大的樣子。這種表現通常不限於雙側性，單側性的病人亦不少。患者經常都會以爲自己有突眼，但我們實際上只能稱爲假性突眼，因爲其主要原因是因爲上下眼瞼的牽扯，而非眼球突出。眞性突眼的病人固然需先經一、二期手術才能進入本期，假性突眼(只有眼裂變寬)患者在接受本期手術之前，亦需



（圖3）上眼瞼攣縮手術前後

臺灣醫學會 期刊資料庫

仔細的評估與觀察至少半年，以確定的確沒有前二期手術之必要，才能直接進行本期手術。本期手術所採用的方法，大致分爲從眼瞼表皮進入，或者將眼皮翻轉出來從結膜進入二種。主要的目的都是將牽扯眼皮的提瞼肌與苗勒氏肌(Muller's muscle)放鬆，並且當場在手術檯上調整眼裂寬度到理想之位置。



(圖 4) 下眼瞼攣縮手術前後

第四期手術:外觀性或美容性問題之矯正

這一期的手術的手術，往往是病人期待最殷切的一期手術。因爲甲狀腺眼疾活性安定下來之後，往往眼睛週圍之組織會因爲活性期充血水腫之褪除而鬆跨下來；常常可見眉毛下垂，上下眼皮脫垂(眼袋)，或者是眼瞼皮膚鬆弛等等現象。簡單的一句話，就是中臉部(眼眶附近)比實際年齡要老了許多。這些外觀性的問題，其實都有方法矯正的，而且技術上的困難度不如前三期手術高。唯與前三期手術的情形一樣，應要有耐心的讓醫師觀察半年再決定該做何種手術。在本期手術進行之前，患者的角色與期望是非常重要的因素，因爲外觀性的矯正其成功滿意與否是非常主觀的事情，因此手術前與醫師雙向溝通是非常重要的。

在大致介紹了這四期手術之後，我想需要再次強調的是，您千萬不要誤會每個病人都需要經過這四期手術，這是不正確。絕大都是的病人僅只需做其中的一種或二種手術就夠了。

結 語

甲狀腺性眼疾是一個相當不易處理的疾病，不易處理的原因中最重要的便是正確觀念的建立，唯有如此，患者才能有耐心的配合，醫師也才有發揮的空間。容我最後在提醒您幾件重要的觀念，一、眼疾與甲狀腺機能狀態應該分開獨立地處理。二、眼疾可大分爲活性期與穩定期兩類，活性期眼疾主要爲抗發炎之治療，其時間約需 3-5 年；穩定期的治療則主要爲手術矯正。三、手術矯正。要有四期手術的觀念，依序評估，才能避免不必要的手術。



長潭大學學術