

糖皮质激素联合手术治疗甲状腺相关性眼病上睑退缩

李妍, 宋丽华, 王慧星, 白萍

引用: 李妍, 宋丽华, 王慧星, 等. 糖皮质激素联合手术治疗甲状腺相关性眼病上睑退缩. 国际眼科杂志 2020; 20(4): 718-721

基金项目: 邢台市科技计划项目 (No.2018ZC192)

作者单位: (054000) 中国河北省邢台市, 河北省眼科医院眼整形科

作者简介: 李妍, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 眼整形、泪器病。

通讯作者: 李妍. e00579@126.com

收稿日期: 2019-10-26 修回日期: 2020-03-03

摘要

目的: 探究糖皮质激素联合手术方法治疗甲状腺相关性眼病(TAO)上睑退缩的临床疗效及预后。

方法: 选取 2014-02/2018-07 于我院整形门诊及病房接诊的轻中度 TAO 上睑退缩患者 96 例 146 眼。根据治疗方式不同分为 GI 组: 使用糖皮质激素治疗 48 例 72 眼; GS 组: 使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗 48 例 74 眼。比较两组患者治疗后上睑肌力、治疗效果、睑裂高度、实际上睑重睑宽度。

结果: 治疗后, GI 组患者有显著治疗效果 32 例 47 眼, 无显著治疗效果 16 例 25 眼, GS 组患者有显著治疗效果 46 例 71 眼, 无显著治疗效果 2 例 3 眼, GS 组患者的治疗疗效显著高于 GI 组 ($P < 0.05$)。术后 GS 组与 GI 组眼睑闭合不全无差异 ($P > 0.05$)。治疗前, GI 组和 GS 组患者睑裂高度分别为 11.25 ± 1.85 、 11.31 ± 1.46 mm ($P > 0.05$), 治疗后 3mo, 睑裂高度分别为 10.14 ± 1.23 、 8.52 ± 1.01 mm, GS 组患者睑裂高度恢复情况优于 GI 组 ($P < 0.05$)。治疗前, GI 组和 GS 组患者上睑肌力分别为 15.34 ± 2.13 、 15.26 ± 1.78 mm ($P > 0.05$), 治疗后 3mo, 上睑肌力分别为 15.64 ± 1.34 、 14.36 ± 1.56 mm, 两组患者上睑肌力无差异 ($P > 0.05$)。治疗前, GI 组和 GS 组患者实际上睑重睑宽度分别为 5.12 ± 1.64 、 5.16 ± 1.48 mm ($P > 0.05$), 治疗后 3mo, 实际上睑重睑宽度分别为 7.67 ± 2.95 、 8.49 ± 2.39 mm, GS 组患者实际上睑重睑宽度改变距离优于 GI 组 ($P < 0.05$)。

结论: 糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术对 TAO 上睑退缩患者的治疗效果较佳, 能够显著改善患者睑裂高度、实际上睑重睑宽度等。

关键词: 糖皮质激素; 手术; 甲状腺相关性眼病; 上睑退缩; 临床疗效

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2020.4.32

Clinical effect and prognosis of glucocorticoid combined with surgical method for TAO - related upper eyelid retraction

Yan Li, Li-Hua Song, Hui-Xing Wang, Ping Bai

Foundation item: Xingtai Science and Technology Research and Development Program Project (No.2018ZC192)

Department of Eye Plastic Surgery, Hebei Eye Hospital, Xingtai 054000, Hebei Province, China

Correspondence to: Yan Li. Department of Eye Plastic Surgery, Hebei Eye Hospital, Xingtai 054000, Hebei Province, China. e00579@126.com

Received: 2019-10-26 Accepted: 2020-03-03

Abstract

• **AIM:** To explore the clinical efficacy and prognosis of glucocorticoid combined with surgical method for TAO-related upper eyelid retraction.

• **METHODS:** A total of 96 patients (146 eyes) with upper eyelid retraction who were admitted to the plastic surgery clinic and ward of our hospital from February 2014 to July 2018 were selected. According to different treatment methods, the patients were divided into GI group: 72 patients with TAO-related upper eyelid retraction treated with glucocorticoids; GS group: 48 patients with TAO-related upper eyelid retraction treated with glucocorticoid combined with conjunctival approach. After treatment, the upper eyelid muscle strength, the treatment effect, the height of the eyelid fissure, and the actual double eyelid width were compared between the two groups of patients.

• **RESULTS:** After treatment, the patients in GI group had significant treatment effects in 32 people and 47 eyes, and the patients in the GS group had significant treatment effects in 46 cases and 71 eyes, and there were no significant treatment effects in 2 people and 3 eyes. Compared with the GS group, the treatment effect of the GS group was significantly higher than that of the GI group ($P < 0.05$). There was no significant difference between GS group and GI group ($P > 0.05$). According to the table, before treatment, the height of the eyelid fissures in the GI group and the GS group were 11.25 ± 1.85 and 11.31 ± 1.46 mm, and the data in the two groups were similar ($P > 0.05$). The height of the eyelid fissures was 10.14 ± 1.23 mm, 3mo after treatment was 8.52 ± 1.01 mm. Compared with the GI group, the recovery of blepharoplasty was better in the GS group than in the GI group ($P < 0.05$). According to the table, before treatment, the upper eyelid muscle strength of the patients in the GI group and the GS group were 15.34 ± 2.13 and 15.26 ± 1.78 mm, the data in the two groups were similar ($P > 0.05$). Three months after treatment, the upper eyelid muscle strength was 15.64 ± 1.34 , 14.36 ± 1.56 mm. There was no significant difference in upper eyelid muscle between the GI group and the GS group ($P > 0.05$). The results showed that before treatment, the patients with GI group and GS group actually had a double eyelid width of

5.12±1.64 and 5.16±1.48mm. The data in the two groups were similar ($P>0.05$). Three months after treatment, the double eyelid was actually The widths were 7.67±2.95 and 8.49±2.39mm, respectively. Compared with the GI group, the GI group had a better change in the double eyelid width than the GI group ($P<0.05$).

• **CONCLUSION:** Glucocorticoid combined with conjunctival approach Müller myectomy is better for patients with upper eyelid retraction, which can significantly improve the height of the eyelid fissure and the width of the double eyelid.

• **KEYWORDS:** glucocorticoid; surgery; thyroid - related ophthalmopathy; upper eyelid retraction; clinical efficacy

Citation: Li Y, Song LH, Wang HX, et al. Clinical effect and prognosis of glucocorticoid combined with surgical method for TAO-related upper eyelid retraction. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2020;20(4):718-721

0 引言

甲状腺相关性眼病 (thyroid-related ophthalmopathy, TAO) 是临床中常见的眼部疾病之一^[1]。除眼部明显可见的外部病变外,其患者体内会出现甲状腺功能紊乱^[2-3]。TAO 的临床表现为眼睑退缩、结膜充血等症状,也可能会出现神经病变、角膜病变等病理性改变^[4]。TAO 的发病原因还未明确,可能与甲状腺疾病、炎症因子增多等因素有关^[5]。其中,眼睑退缩是 TAO 的主要临床表现,眼睑退缩按发病原因可分张力性眼睑退缩和限制性眼睑退缩,按退缩程度分为轻度、中度和重度。临床上,可采用药物与手术等方法进行治疗^[6]。糖皮质激素 (glucocorticoid, GC) 能够对机体重要生理过程产生影响。可以有效抑制机体内炎症反应和免疫反应的发生,对 TAO 有治疗作用^[7]。同时,根据眼睑退缩不同的退缩程度还可以采取不同的手术方式进行治疗,中、轻度眼睑退缩可以采用提上睑肌腱膜-Müller 氏肌后徙术或 Müller 肌切除术治疗;重度可以采用提上睑肌腱膜延长术或提上睑肌腱膜切断+自体巩膜充填术治疗^[8-9]。因此,本篇文章通过分析不同方法治疗 TAO 上睑退缩后患者上睑肌力、治疗效果、睑裂高度、实际上睑重睑宽度,探讨糖皮质激素联合手术方法治疗 TAO 上睑退缩的临床疗效及预后。

1 对象和方法

1.1 对象 选取 2014-02/2018-07 于我院整形门诊及病房接诊的轻度和中度 TAO 上睑退缩患者 96 例 146 眼。根据治疗方式不同分为两组:GI 组:使用糖皮质激素治疗 48 例 72 眼;GS 组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗 48 例 74 眼。纳入标准:(1)所有患者诊断患有 TAO 并伴随上睑退缩^[8];(2)积极配合此次治疗;(3)所有患者对此次试验知情同意,并签署知情同意书。排除标准:(1)其它原因引起的假性上睑退缩;(2)激素药物过敏的患者;(3)相关资料有缺失的患者。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 1。该试验通过本院伦理委员会批准。

1.2 方法 GI 组:该组患者静脉滴注甲基强的松龙 500mg,每周治疗 1 次,连续治疗 6wk 后,减量为 250mg,每

周治疗 1 次,连续治疗 2mo。GS 组:该组患者在 GI 组治疗基础上行结膜入路 Müller 肌切除术治疗。采用 20g/L 利多卡因注射液浸润麻醉,作一牵引缝线,借助眼睑拉钩,翻开上睑,距离睑板上缘 2mm 处用尖刀平行睑缘划开上睑结膜,眼科剪分离、剪除其 Müller 肌,在显微镜下去除残留的 Müller 肌纤维,缝合睑结膜,术后 7d 拆线。治疗后 3mo,观察 GI 组和 GS 组患者的治疗效果、睑裂高度(患者双眼平视前方,将直尺垂直放置于瞳孔中心中轴线位置,测量睑裂高度,分别测量 3 次,取平均值)、上睑肌力(保持患者眉部不动,将直尺零刻度平对上睑中央睑缘,先向下看,再向上看,刻度差为上睑肌力)、测量实际上睑重睑宽度(患者充分暴露重睑处,测量上睑中央重睑处折痕至睑缘的距离)。

临床疗效评价标准:治愈:患者外观正常,上睑缘位于上方角膜缘下 1~2mm;有效:患者外观与治疗前相比较有显著变化,上睑缘位于上方角膜缘下<1mm;无效:睑缘位置无明显变化,外观无明显改善。治疗有效率=(治愈眼数+有效眼数)/总眼数×100%。

统计学分析:采用 SPSS 22.0 进行统计分析,计量资料采用均数±标准差表示,治疗前后采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用独立样本 *t* 检验,计数资料采用百分率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 GI 组和 GS 组患者治疗效果比较 治疗前 GI 组 15 眼眼睑闭合不全,治疗后 12 眼患者症状消失,3 眼改善;治疗前 GS 组 16 眼眼睑闭合不全,治疗后 14 眼患者症状消失,2 眼改善,两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后 3mo,GS 组患者的临床疗效有效率高于 GI 组,差异有统计学意义 ($\chi^2=5.499, P=0.019$),见表 2。

2.2 GI 组和 GS 组患者治疗前后睑裂高度比较 治疗前,GI 组和 GS 组患者睑裂高度比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后 3mo,GS 组睑裂高度恢复情况优于 GI 组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

2.3 GI 组和 GS 组患者治疗前后上睑肌力比较 治疗前,GI 组和 GS 组患者上睑肌力比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后 3mo,两组患者上睑肌力比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 4。

2.4 GI 组和 GS 组患者治疗前后实际上睑重睑宽度比较 治疗前,GI 组和 GS 组患者实际上睑重睑宽度比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后 3mo,GS 组患者实际上睑重睑宽度改变距离优于 GI 组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 5。

3 讨论

TAO 在生活中较常见,多数是免疫系统疾病、甲状腺功能异常等疾病所引发的并发症,临床中糖皮质激素是治疗 TAO 的主要药物之一^[10-11]。常采用 CT、常规检查等方法检测该病,严重者会出现眼睑退缩、斜视等,不仅影响外观,还易发生角膜穿孔、危及眼球等恶性后果,因此,需多注意、观察眼部情况,做到早发现、早治疗,提高治疗效果^[12]。

治疗后 3mo,GS 组患者的治疗疗效显著比 GI 组高。治疗前,GI 组和 GS 组患者睑裂高度、上睑肌力、实际上睑

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数/眼数	性别(例)		年龄(例)		病程(例)		退缩程度(眼)	
		男	女	18~30岁	31~59岁	1~12mo	13~24mo	轻度	中度
GI组	48/72	25	23	18	30	24	24	34	38
GS组	48/74	28	20	22	26	21	27	36	38
χ^2		0.172		0.411		0.264		0.105	
<i>P</i>		0.681		0.527		0.654		0.745	

注:GI组:使用糖皮质激素治疗;GS组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术。

表2 GI组和GS组患者治疗效果比较 例(眼)

组别	例数(眼数)	痊愈	有效	无效	有效率(%)
GI组	48(72)	12(16)	20(31)	16(25)	65.3
GS组	48(74)	30(49)	16(22)	2(3)	95.9

注:GI组:使用糖皮质激素治疗;GS组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗。

表3 GI组和GS组患者治疗前后睑裂高度比较 ($\bar{x} \pm s, \text{mm}$)

组别	眼数	治疗前	治疗后 3mo	<i>t</i>	<i>P</i>
GI组	72	11.25±1.85	10.14±1.23	3.462	<0.001
GS组	74	11.31±1.46	8.52±1.01	11.941	<0.001
<i>t</i>		0.176	8.227		
<i>P</i>		0.860	<0.001		

注:GI组:使用糖皮质激素治疗;GS组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗。

表4 GI组和GS组患者治疗前后上睑肌力比较 ($\bar{x} \pm s, \text{mm}$)

组别	眼数	治疗前	治疗后 3mo	<i>t</i>	<i>P</i>
GI组	72	15.34±2.13	15.64±1.34	3.826	0.411
GS组	74	15.26±1.78	14.36±1.56	2.634	0.138
<i>t</i>		0.199	4.312		
<i>P</i>		0.842	0.061		

注:GI组:使用糖皮质激素治疗;GS组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗。

表5 GI组和GS组患者治疗前后实际上睑重睑宽度比较

组别	眼数	治疗前后		<i>t</i>	<i>P</i>
		治疗前	治疗后 3mo		
GI组	72	5.12±1.64	7.67±2.95	5.234	<0.001
GS组	74	5.16±1.48	8.49±2.39	8.207	<0.001
<i>t</i>		0.125	1.496		
<i>P</i>		0.900	0.009		

注:GI组:使用糖皮质激素治疗;GS组:使用糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术治疗。

重睑宽度数值比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后3mo,GS组患者睑裂高度和实际上睑重睑宽度改变距离优于GI组,但两组患者上睑肌力无差异。文献显示,糖皮质激素是临床上经典治疗TAO的方法,能够显著抑制患者体内的炎性因子的表达,对轻中度患者治疗效果较好。但该药物会使患者产生药物依赖、不良反应等副作用,在药物减量过程中或停用以后常会出现病情复发或加重。长期口服糖皮质激素会增加其他并发症的风险,所以,不建议服用糖皮质激素超过3mo^[13-14]。随着医学的发展,大量

研究者研究得出,手术治疗对轻、中度TAO上睑退缩患者的治疗效果显著,不会出现病情反复发展的情况^[15-16]。相关研究报道,结膜入路 Müller 肌切除术治疗可以较好改善眼部肌肉问题、降低眼裂高度,使病情稳定,这种改善往往在治疗的一段时间内即可看到,且在治疗过程中很少发生恶化,同时,该治疗方法具有很好的耐受性,与其他治疗相比较,发生副反应的概率较少。由于手术治疗良好的疗效,它可作为上睑退缩的一线治疗方法,同时,对于保守治疗效果不佳的上睑退缩患者,结膜入路 Müller 肌切除术仍能取得较好疗效^[17-18]。有研究显示,手术方法治疗该病能够显著提升患者的视力水平,增大患者实际上睑重睑宽度,降低患者眼裂高度,疗效显著^[19-20]。本篇文章研究结果与上述研究结果一致,但由于试验人数过少,时间过短,可能存在局限与不足,在今后的研究中应加入更多的试验方法,为TAO相关上睑退缩的治疗提供更有利的试验依据。

综上所述,糖皮质激素联合结膜入路 Müller 肌切除术与单纯糖皮质激素治疗相比较,前者对轻、中度TAO相关上睑退缩患者的治疗效果较佳,能够显著改善患者睑裂高度、实际上睑重睑宽度等。

参考文献

- 1 牟旆. 甲状腺相关眼病上睑退缩的诊断和治疗. 中华实验眼科杂志 2017;57(3):45-49
- 2 汪东, 王玲, 华夏. 甲状腺相关眼病所致干眼发病机制的研究进展. 天津医药 2019; 47(5):739-747
- 3 屠晓芳, 张洪梅. 甲状腺相关性眼病的评估方法及激素治疗进展. 中国全科医学 2017;36(18):12-16
- 4 李玉珍, 沈亚, 张韵, 等. 甲状腺相关性眼病上睑退缩的治疗. 上海医学 2017;698(40):443
- 5 孙静, 张艺丹, 刘星彤, 等. 改良提上睑肌延长术治疗甲状腺相关眼病引起的上睑退缩. 上海交通大学学报(医学版) 2017;42(6):18-21
- 6 沈玲, 竺慧, 李萧萧, 等. 甲状腺相关眼病患者生存质量的影响因素研究. 中华眼科杂志 2017; 53(8):575-582
- 7 石晶琳, 平键. 消瘦剂联合糖皮质激素治疗活动期Ⅲ级以上甲状腺相关性眼病的临床观察. 上海中医药杂志 2017;34(6):69-72
- 8 孙政, 汤玮, 孙亮亮, 等. 大剂量糖皮质激素治疗甲状腺相关性眼病对糖代谢的影响研究. 中国实用内科学杂志 2017;48(37):907-910
- 9 冯晓娜, 赵岐. 放射治疗联合糖皮质激素冲击用于重度活动期甲状腺相关性眼病的疗效观察. 中国医院用药评价与分析 2018;18(10):42-44
- 10 许玲玉, 罗方, 康志强. 糖皮质激素冲击治疗甲状腺相关性眼病的临床效果分析. 实用中西医结合临床 2018;18(10):118-119
- 11 孙政. 大剂量糖皮质激素治疗甲状腺相关性眼病患者疗效及安全性研究. 第二军医大学 2017
- 12 王朝晖. 糖皮质激素改善活动期甲状腺相关眼病患者 IL-17 和

IL-21的意义及其与效果的相关性. 国际眼科杂志 2017;17(9):11-15
13 曹琳, 郑仁东, 曹雯, 等. 甲状腺相关性眼病治疗新进展. 国际内分泌代谢杂志 2019;39(1):25-28
14 王毅, 杨娜, 李月月, 等. 微创多壁眼眶减压术治疗轻和中度甲状腺相关眼病的眼球突出. 中华眼科杂志 2017; 53(2):128-135
15 葛力铭. 甲状腺相关性眼病大剂量激素冲击治疗前后疗效观察及安全性评估. 大连医科大学学报 2017
16 张晓, 官宇, 朱劲, 等. 改良提上睑肌中央腱膜和 Müller 肌切断术治疗甲状腺相关眼病上睑退缩疗效分析. 湘南学院学报(医学版)

2018;20(4):42-44
17 张静, 林伟. 双通道系统评估甲状腺相关性眼病的视觉质量及相关因素分析. 中华眼视光学与视觉科学杂志 2019;21(3):223-228
18 汪鹏, 魏锐利, 李盼, 等. 经结膜入路 Müller 肌切除术对甲状腺相关眼病上眼皮褶高度的影响. 中华医学美学美容杂志 2018;24(3):210-211
19 汪腊一, 谢玮玮, 郁琪华, 等. 改良式提上睑肌腱膜切断术治疗中重度甲状腺相关眼病上睑退缩的疗效. 眼科学报 2018;33(4):39-42
20 熊海波, 易虹, 易泰松, 等. 结膜下注射医用几丁糖治疗甲状腺相关性眼病上睑退缩疗效研究. 现代医药卫生 2019;425(6):14-17

国际眼科杂志中文版(IES)近5年影响因子趋势图

