Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเย็บหัวตาแคบด้วยวิธี Modified Medial Canthoplasty ในผู้ป่วย Chronic Paralytic Lagophthalmos จาก Facial Nerve Palsy

วิชัย เรืองวิไลทรัพย์
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี

บทคัดย่อ ภาวะตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากประสาทใบหน้าพิการ มีความรุนแรงทำให้เจ็บปวดมากและตาบอดได้ การผ่าตัดรักษายังจำเป็นในผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการผ่าตัดใดที่มีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งในแง่ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความง่ายของการผ่าตัด ค่าใช่จ่ายในการผ่าตัดที่ต่ำ และผลการผ่าตัดที่สวยงาม

การศึกษาครั้งนี้ต้องการนำเสนอการผ่าตัดแบบใหม่ด้วยวิธี Modified Medial Canthoplasty ซึ่งมีประสิทธิภาพ, มีผลแทรกซ้อนน้อย, เทคนิคการผ่าตัดทำได้ง่าย และค่าใช่จ่ายในการผ่าตัดที่ต่ำ และผลการผ่าตัดมีความสวยงามเป็นที่พอใจของผู้ป่วย จึงสามารถเป็นอีกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว โดยนำเสนอผลการผ่าตัดผู้ป่วย 7 ราย ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) พบว่าสามารถมองเห็นได้ชัดขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)

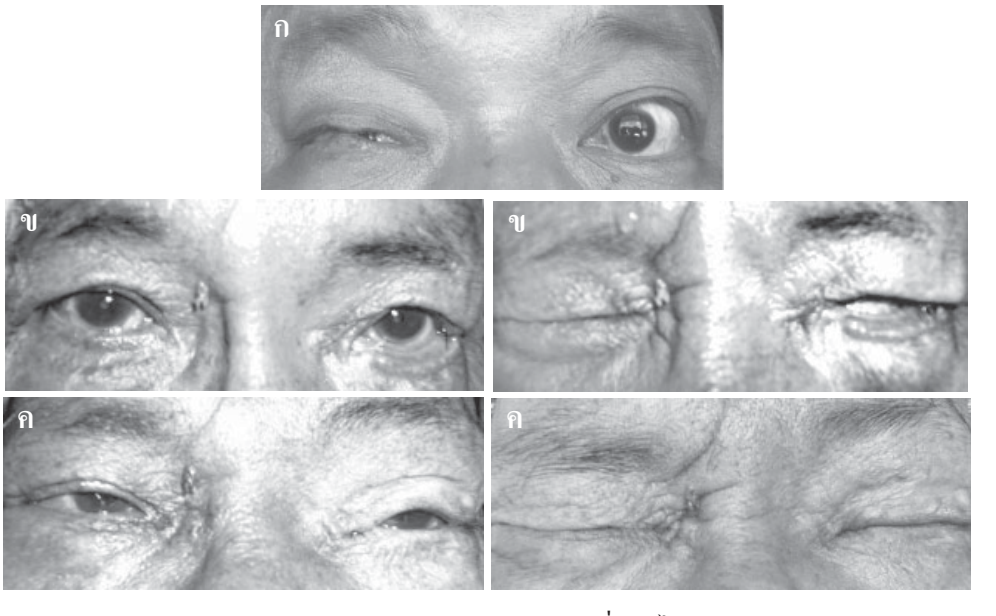
คำสำคัญ: **ภาวะตาหลับไม่สนิท, ประสาทใบหน้าพิการจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง**

บทนำ

ภาวะตาหลับไม่สนิท (lagophthalmos) มีรากศัพท์จากภาษากรีซว่า lagos และ ofthalmon มีความหมายตามศัพท์ว่าตากระต่าย มีหลายสาเหตุ ที่พบบ่อย เช่น จากโรคธัยรอยด์ที่แสดงอาการทางตา (thyroid ophthalmopathy) จากแผลเป็นฉุดรั้ง จากการผ่าตัดตกแต่งเปลือกตามากเกินไป[1] รวมถึงตาหลับไม่สนิทจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (paralytic lagophthalmos) ซึ่งเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ orbicularis occuli เช่น ผู้ป่วยหมดสติ, ผู้ป่วยโรคเรื้อนขั้นรุนแรง, ผู้ป่วย Bell's palsy ผู้ป่วยที่มี facial nerve injury จากสาเหตุต่าง ๆ หรือ ผู้ป่วย CVA ที่ involve motor nucleus ของ facial nerve เป็นต้น โดยผู้ป่วยที่มีอาการชั่วคราวสามารถรักษาได้ผลดีด้วยวิธีรักษาแบบอนุรักษ์อันประกอบไปด้วย การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ, การปิดตาด้วยเทปกาว, การให้สารทดแทนน้ำตา (tear supplements), การครอบดวงตาด้วยอุปกรณ์รักษาความชุ่มชื้น (moist chamber) หรืออาจให้การผ่าตัดชั่วคราวร่วม

ด้วยก็ได้[2] แต่สำหรับผู้ป่วยตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (chronic paralytic lagophthalmos) การรักษาแบบอนุรักษ์มักได้ผลไม่ดีพอ โดยมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญและทรมานมากที่สุด ก็คือ exposure keratopathy และ corneal ulcer ซึ่งนอกจากจะเจ็บปวดมากแล้ว ยังอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอดถาวรได้ จึงมักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดให้ตาแคบลงถาวรร่วมด้วย

โดยทั่วไปผู้ป่วยมักได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีtarsorrhaphy, gold weight implantation หรือวิธี medial canthoplasty อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทำร่วมกันก็ได้[2,3] วิธี tarsorrhaphy ทำได้ 3 ตำแหน่ง คือหางตา หัวตา และกลางตา (lateral, medial และ central tarsorrhaphies) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อย ผ่าตัดได้ง่าย มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง โดยมักเลือกทำ lateral tarsorrhaphy ก่อนเพราะผลการผ่าตัดมีความสวยงาม (aesthetic result) ดีกว่าตำแหน่งอื่น แต่ก็มักไม่เพียงพอที่จะปกป้องกระจกตาไว้ได้ จึงต้องผ่าตัดเพิ่มเติมในอีก 2 ตำแหน่งที่เหลือ ซึ่งก็มีข้อเสียที่มักทำให้ผู้ป่วยเสียบุคลิกภาพมากหลังผ่าตัด medial และ central tarsorrhaphy (รูปที่ 1ก.) โดยเฉพาะในกรณีที่ทำ central tarsorrhaphy ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถใช้ตาข้างนั้นได้เลย[3] ส่วนการผ่าตัด gold weight implantation สามารถผ่าตัดได้ง่าย มีประสิทธิภาพดี ปลอดภัยเพราะร่างกายมนุษย์มักไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านทองคำบริสุทธิ์ และสภาพตาหลังการผ่าตัดก็มีความสวยงามพอสมควร แต่ก็มีปัญหาเนื่องจากวัสดุที่ใช้ซึ่งเป็นทองคำบริสุทธิ์ มีราคาสูงมากทำให้ผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ฐานะไม่ดีนักเข้าถึงการรักษาได้ยาก และในระยะยาวน้ำหนักและความหนาของทองคำที่ใช้ถ่วงเปลือกตาให้ปิดแคบลงก็สร้างปัญหาสายตาเอียงที่กระจกตาได้[3,4] การทำ medial canthoplasty เป็นอีกทางเลือกการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ[2] ผ่าตัดได้ง่ายและมีสภาพตาหลังการผ่าตัดสวยงามดี มีค่าใช้จ่ายไม่มาก แต่ผู้ป่วยมักมีอาการน้ำตาเอ่อหลังการผ่าตัดได้[5] โดยอาจเกิดการตีบหรือตันของท่อน้ำตา (lacrimal canalicular obstruction) จากการเย็บบริเวณหัวตา นอกจากนี้แผลผ่าตัดก็มีความแข็งแรงน้อยเนื่องจากบริเวณหัวตาไม่มี tarsal plate อันเป็นโครงสร้างของเปลือกตาที่ให้ความแข็ง



รูปที่ 1 ก. สภาพตาหลังการผ่าตัด central tarsorrhaphy ข. สภาพตาซ้ายที่หลับไม่สนิทของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ค. สภาพตาที่หลับได้ดีขึ้นของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

แรงอยู่

จากการที่วิธีการผ่าตัดที่มีอยู่เดิม ต่างก็มีข้อจำกัดสำคัญอยู่ จึงมีผู้พยายามหาทางปรับปรุงการผ่าตัดให้ได้ผลดีขึ้นแข็งแรงขึ้น ด้วยการใช้ซิลิโคน การเลาะแผ่น tarsal plate บางส่วน หรือแม้แต่การเลาะกล้ามเนื้อ temporalis มาเย็บเสริมไว้ แต่ก็ทำให้การผ่าตัดซับซ้อนขึ้นจนอาจต้องทำให้ผู้ป่วยดมยาสลบก่อนผ่าตัด[5-7]

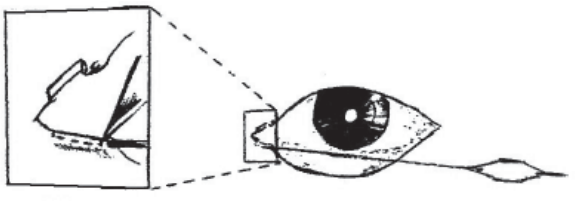
ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องการนำเสนอการผ่าตัดวิธีปรับปรุงขึ้นใหม่ ซึ่งทำได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อย มีประสิทธิภาพดี ผู้ป่วยมีสภาพตาหลังการผ่าตัดที่ดูใกล้เคียงตาปรกติมากกว่าวิธีเดิม โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นอาการน้ำตาเอ่อ (epiphora) มากนัก

วิธีการศึกษา

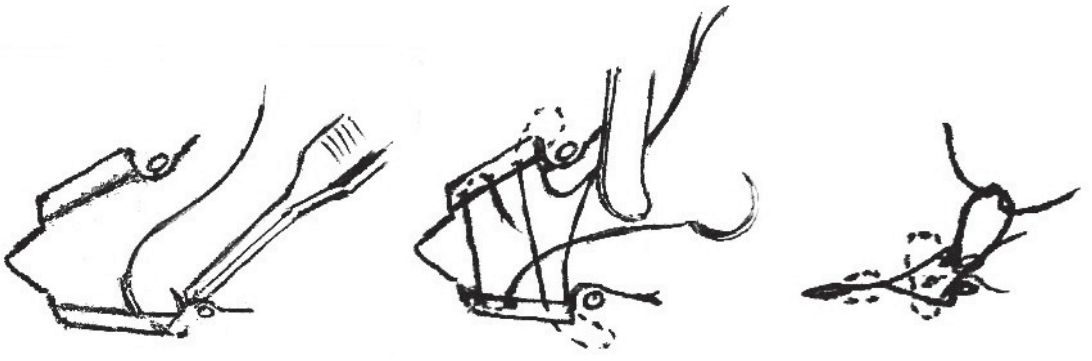
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแล้ว โดยผู้ป่วยตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทุกรายที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 ได้รับการอธิบายการผ่าตัดทั้งสองวิธี ผู้ป่วยที่ได้เลือกวิธี modified medial canthoplasty และได้เซ็นชื่อแสดงความสมัครใจแล้ว จำนวน 7 ราย ได้รับการผ่าตัดหลังจากให้ยาชาเฉพาะที่ โดยการเลาะเปิดผิวหนังและเยื่อบุตาขาว (skin และ conjunctiva) ที่อยู่ superficial ต่อท่อน้ำตา (lacrimal canaliculi) ให้เกิดเป็น raw surface ขนาด กว้างประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ยาวประมาณ 2-3 มิลลิเมตร โดยให้ขอบนอก (lateral end) ของ raw surface อยู่ชิด (just medial) ต่อรูเปิดปากท่อน้ำตา (punctum) แต่ละอัน จำนวน 2 รอย โดยใส่ลวดแยงท่อน้ำตา (Bowman's lacrimal probe) ไว้ในท่อน้ำตาก่อน เพื่อบอกตำแหน่งที่แน่นอนของมันเป็นการป้องกันการเกิดการฉีกขาดของท่อน้ำตาแต่ละท่อโดยไม่ตั้งใจ (รูปที่ 2) จากนั้นเย็บตรึงขอบ tarsal plate โดยล้วงเข็มจาก raw surface เข้าหา tarsal plate บริเวณหัวตาของเปลือกตาบนและล่างผูกเข้าด้วยกัน แล้วจึงเย็บปิด raw surface ด้วยไหม Vicryl ขนาด 7-0 ตามแนวขนานกับขอบเปลือกตาเพื่อไม่ให้รอยเย็บตัดผ่านท่อน้ำตา จำนวน 2 แนว โดยเย็บด้านที่ชิดกับเยื่อบุตาขาวก่อนแล้วจึงเย็บปิดด้านที่ชิดกับผิวหนัง (รูปที่ 3) ผู้ป่วยได้รับการตรวจตาและสัมภาษณ์ถึงอาการตามัว แสบเคืองตา น้ำตาเอ่อ และความพึงพอใจต่อผลการผ่าตัดเมื่อมา follow up การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม ตรวจสอบลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลแล้วใช้วิธี t-test dependent samples ในการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลที่มาจากประชากรกลุ่มเดียวกันที่มีการกระจายตัวแบบปรกติโดยกำหนดค่า $\alpha = 0.05$

ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีปัญหาตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากประสาทใบหน้าพิการจำนวน 7 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 4 คน, เพศหญิง 3 คน อายุระหว่าง 22-50 ปี ผู้ป่วยทุกรายมีอาการมาไม่น้อยกว่า 1 ปี (ต่ำสุด 1.5 ปี/สูงสุดมากกว่า 40 ปี) โดยทั้งหมดให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บ แสบ หรือปวดตา รองลงมาคืออาการตามัว 2 รายและอาการน้ำตาไหล 1 ราย ผู้ป่วย 5 รายมีรอยขุ่นที่กระจกตา (corneal haziness or opacity) โดยในจำนวนนี้ 1 รายมีแผลอักเสบบนกระจกตาและมีหนองในช่องตาส่วนหน้า (corneal ulcer with hypopyon) ร่วมด้วย ผู้ป่วยทุกรายเคยได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์มาก่อน และใน



รูปที่ 2 การลง incision



รูปที่ 3 ขั้นตอนการเย็บแผล

จำนวนนี้มี 4 รายที่เคยได้รับการผ่าตัด lateral tarsorrhaphy มาก่อนด้วย

ผู้ป่วยจำนวน 1 รายจาก 7 รายมีแผลผ่าตัดแยกออกหลังผ่าตัดประมาณ 1 เดือน โดยได้เปิดแผลในครั้งแรกกว้าง 1 มิลลิเมตร ยาว 3 มิลลิเมตร ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยังคงแสดงความจำนงจะขอผ่าตัดวิธีเดิม แพทย์ได้เปิดแผลให้กว้างขึ้นเป็น 2 มิลลิเมตร ยาว 3 มิลลิเมตร ในการผ่าตัดครั้งต่อมาและเย็บ temporary tarsorrhaphy เสริมไว้นาน 2 สัปดาห์ พบว่าแผลผ่าตัดติดดีหลังจากนั้น

ผู้ป่วยจำนวน 1 รายมีอาการน้ำตาเอ่อเล็กน้อยหลังผ่าตัดและยังคงแสบตาอยู่ ได้ทดลองล้างท่อน้ำตา (punctal irrigation) ดูไม่พบว่ามีการอุดตันของท่อน้ำตาแต่อย่างใด แต่พบว่าบริเวณหางตายังกว้างอยู่ราว 5 มิลลิเมตร จึงได้ผ่าตัด lateral tarsorrhaphy เพิ่มเติมต่อมา อาการน้ำตาเอ่อจึงหายไป

การมองเห็นในตาข้างที่เป็นของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีค่าฐานนิยมที่ 20/200 (ดีที่สุด 20/70 และเลวที่สุด hand movement) และหลังผ่าตัดมีค่าฐานนิยมที่ 20/100 (ดีที่สุด 20/40 และเลวที่สุด 20/200) โดยผู้ป่วย 6 รายจาก 7 รายสามารถมองเห็นได้ชัดขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด และเมื่อได้ทดสอบทางสถิติ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0047$, 95%CI = 0.0496, 0.2352)

มีการสอบถามความพอใจต่อสภาพความสวยงามของตาหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย 5 รายจาก 7 ราย (ไม่ได้บันทึกความพอใจ 2 ราย) พบว่าผู้ป่วย 5 รายต่างก็พอใจโดยมีผู้ป่วยที่พอใจมาก 3 ราย

วิจารณ์

ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบผู้ป่วยตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากประสาทใบหน้าพิการปีละ 2-3 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้มีฐานะไม่สู้ดี มีผู้ป่วยไม่น้อยที่ไม่สามารถซื้อ gold weight เอง และไม่เต็มใจรับการผ่าตัด medial tarsorrhaphy หรือ central tarsorrhaphy หลังจากได้รับฟังการอธิบายเกี่ยวกับผลการผ่าตัดที่อาจทำให้รูปตาเปลี่ยนไปจากเดิมแล้ว เป็นเหตุให้ผู้วิจัยหาทางปรับปรุงวิธีการผ่าตัดดังกล่าว ซึ่งก่อนหน้านี้เคยมีผู้พยายามพัฒนาการผ่าตัดมาบ้างแล้ว เช่น Castroviejo-Bolibar M. และคณะได้รายงานการผ่าตัดวิธี medial tarsal suspension of the lower lid ในผู้ป่วย 11 รายว่าได้ผลดี[6] แต่เป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อนเนื่องจากต้องมีการเลาะและตัดแผ่น tarsal plate บางส่วนออกมาใช้เย็บเชื่อมเปลือกตาบนและล่างเข้าด้วยกัน, DK Sen ได้รายงานวิธีผ่าตัด temporalis transplantation โดยเลาะกล้ามเนื้อ temporalis บางส่วนแล้วย้ายมาเย็บติดที่เปลือกตาล่างเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการหลับตาได้[7] แต่กลับเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อนขึ้นไปอีก, Olver JM. ได้ใช้เทคนิค suborbicularis oculi fat raising ในผู้ป่วย 9 รายซึ่งพบว่าได้ผลดีในกลุ่มที่เป็นมาแต่เด็ก แต่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท in-

ตารางที่ 1 รายละเอียดก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้ง 7 ราย

รายที่	อายุ	เพศ	อาชีพ	ระยะเวลาที่เป็น	ประวัติการผ่าตัด Lateral tarsorrhaphy	ก่อนผ่าตัด VA	ก่อนผ่าตัด อาการ	หลังผ่าตัด VA	หลังผ่าตัด อาการ	ความพอใจ	หมายเหตุ
1	48	ช	รับจ้าง	>20 ปี	เคย	2mFC	ตามัว, แสบมีขี้ตา, มี haziness at lower half of cornea	20/100	สบายตา, น้ำตาไม่เอ่อ, มองชัดขึ้น	พอใจมาก	แผลแยกหลังผ่าตัดครั้งแรก 1 เดือน
2	27	ญ	รับจ้าง	5 ปี	เคย	20/400	เจ็บตา, มี mild corneal haziness	20/70	สบาย, ไม่มีน้ำตาเอ่อ	-	ไม่ได้บันทึกความพอใจ
3	33	ญ	รับจ้าง	2 ปี	เคย	20/200	ตาแดง, แสบ	20/100	สบายดี, ไม่มีน้ำตาเอ่อ	-	ไม่ได้บันทึกความพอใจ
4	41	ญ	ทำนา	4 ปี	ไม่เคย	20/200	ตาแดง, แสบ, มี corneal haziness	20/100	ตาไม่แดงไม่แสบ, ไม่มีน้ำตาเอ่อ	พอใจมาก	
5	22	ช	รับจ้าง	1.5 ปี	ไม่เคย	20/100	ตาเจ็บ, น้ำตาไหลบ่อย	20/40	ยังแสบ ๆ, น้ำตาเอ่อเล็กน้อย	พอใจ	Irrigate canaliculi - ลงคอดี
6	35	ช	ราชการ	6 ปี	เคย	20/70	แสบตา, corneal opacity lower at cornea	20/70	สบายตาดี, น้ำตาไม่เอ่อ	พอใจ	
7	50	ช	ทำนา	> 40 ปี	ไม่เคย	Hm	ตาแดง, มัว, ปวดเพราะมี corneal ulcer with hypopyon, มี old corneal opacity	20/200	เห็นชัดขึ้น, ตาไม่แดง, ไม่ปวด, ไม่มีน้ำตาเอ่อ	พอใจมาก	เดิมตาไม่ค่อยเจ็บ/แสบ corneal sensation ลดลงชัดเจน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่า t-test ของระดับความชัดเจนในการมองเห็นของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (n=7)

	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	p
ระดับความชัดเจนในการมองเห็นของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	0.111	0.100	0.0047
ระดับความชัดเจนในการมองเห็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	0.253	0.126	

fraorbital, การเสียเลือด และการติดเชื้อได้[8,9] หรือ Hassan AS และคณะใช้วิธี mullerectomy ก็พบว่าได้ผลดีจำกัดในกลุ่มที่มีปัญหาจากเปลือกตาบนเท่านั้น[10]

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องมาพบแพทย์คือความเจ็บแสบหรือปวดตา แต่การที่มีผู้ป่วยมากถึง 6 รายมาพบแพทย์ช้ากว่า 2 ปี ไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์จากอาการดังกล่าว และการที่ผู้ป่วยให้ประวัติตามัวเพียง 2 รายทั้งที่ทุกรายมีสายตาข้างที่เป็นมัวกว่าสายตาปรกติอยู่มาก ก็ไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อนว่าตาข้างที่เป็นมัวอยู่ แต่เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับตัวร่วมกับการได้รับการรักษาบางส่วนมาก่อนพอสมควร

การผ่าตัดเย็บหัวตาแคบด้วยวิธี modified medial canthoplasty ที่ปรับปรุงขึ้นนี้ ได้เพิ่มการเย็บตรึง tarsal plate โดยล้วงเข็มเข้าไปเย็บ tarsal plate เข้าหากันจากทางด้านเยื่อบุตา และได้กำหนดให้แนวเย็บเป็น 2 แนวขนานไปกับแนวท่อน้ำตา เป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับแผล และหลีกเลี่ยงการเกิดการตีบตันของท่อน้ำตาจากการตักเข็มที่อาจเข้าท่อน้ำตาโดยไม่ตั้งใจ โดยเห็นได้จากการที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดมีอาการน้ำตาเอ่อเนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำตาเลย (ผู้ป่วย 1 รายที่ยังมีอาการน้ำตาเอ่อเล็กน้อย น่าจะเกิดจาก irritative epiphora เนื่องจากไม่พบการตีบตันของท่อน้ำตาจากการล้างท่อน้ำตาและอาการดังกล่าวดีขึ้นได้เองหลังเพิ่มการผ่าตัดที่หางตา) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยทุกรายรู้สึกสบายตาขึ้นและมีสายตาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าวิธีผ่าตัดนี้มีประสิทธิภาพดี

ในการศึกษานี้ยังได้สอบถามความพอใจต่อสภาพตาหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย 5 ราย พบว่าทุกรายพอใจ โดยมีผู้ป่วย 3 รายที่พอใจมาก แสดงว่าการผ่าตัดนี้มีผลการผ่าตัดที่สวยงามน่าพอใจดี

จึงกล่าวได้ว่าในเบื้องต้นนี้ การผ่าตัด modified medial canthoplasty นับเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยตาหลับไม่สนิทเรื้อรังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง วิธีการผ่าตัดไม่ยุ่งยากสามารถผ่าตัดได้ด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงกับผลแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีความสวยงามเป็นที่น่าพอใจ และยังสามารถทำร่วมกับการผ่าตัดอื่น เช่น lateral tarsorrhaphy เมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาอีกได้

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้การรวบรวมข้อมูลยังไม่รอบด้านพอ เช่น ไม่มีการบันทึกการประเมินปริมาณน้ำตาของผู้ป่วยทั้งก่อน และหลังผ่าตัด, ไม่มีการประเมินความพอใจของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นต้น หากมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดวิธีนี้กับการผ่าตัดวิธีมาตรฐานอย่างเป็นระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Leccisotti A, Moore J. Haze after photorefractive keratectomy caused by iatrogenic lagophthalmos. J Cataract Refract Surg 2006; 32(8):1392-4.

2. Kanski JJ. Clinical ophthalmology: a systemic approach. 5th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2003.
3. T. Schrom, A. Goldhahn, A Berghaus. The use of gold weight in facial palsy lagophthalmos. Eur J Plast Sur 2000; 72-7.
4. Tower RN, Dailey RA. Gold weight implantation: a better way?. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2004; 20(3):202-6.
5. G J Crawford, J R Collin, and P A Moriarty. The correction of paralytic medial ectropion. Br J Ophthalmol 1984; 68(9):639-41.
6. Castroviejo-Bolibar M, De Damborenea A, Fernandez-Vega A. Surgical repair of paralytic lagophthalmos by medial tarsal suspension of the lower lid. Br J Ophthalmol 1996; 80:708-12.
7. D K Sen. Temporalis transplantation for paralytic lagophthalmos. Br J Ophthalmol 1970; 54:680-2.
8. Olver JM. Raising the suborbicularis oculi fat (SOOF): its role in chronic facial palsy. Br J Ophthalmol 2000; 84:1401-6.
9. Van Den Bosch WA, Olver JM. Raising the suborbicularis fat (SOOF). Br J Ophthalmol 2001; 85(7):888.
10. Hassan AS, Frueh BR, Elner VM. Mullerectomy for upper eyelid retraction and lagophthalmos due to facial nerve palsy. Arch Ophthalmol 2005; 123(9): 1221-5.

Abstract **Modified Medial Canthoplasty as a New Surgical Technique for Chronic Paralytic Lagophthalmos Cases in Facial Nerve Palsy Patients**

Wichai Reungwilaisup

Paholpolpayuhasena hospital, Kanchanaburi

Journal of Health Science **2008; 17:SIV1041-7.**

Chronic paralytic lagophthalmos could be seriously harmful and sight threatening. Surgery always plays important roles in management of such condition. But, until now, there is no any single surgical method that covers all of the requirements including efficacy, safety, easiness to perform, low cost and good aesthetic result.

The main purpose of this retrospective descriptive study was to introduce a newly modified surgical technique of medial canthoplasty, which was safe, effective, easy to perform, cheap and cosmetically acceptable to the patients. It was found their visual acuities were improved siqnificantly ($p < 0.05$) after the surgeries.

Key words: **modified medeal canthoplasty, paralytic lagophthalmos, facial nerve palsy**