

外展神经麻痹性斜视的手术治疗

许静,尹洁

作者单位:(650021)中国云南省昆明市,云南省第二人民医院眼科

作者简介:许静,本科,副主任医师,研究方向:儿童眼病、斜视、弱视。

通讯作者:许静. liu897@ymail. com

收稿日期:2011-08-19 修回日期:2011-10-24

Surgical treatment of abducent paralytic strabismus

Jing Xu, Jie Yin

Department of Ophthalmology, the Second People's Hospital of Yunnan Province, Kunming 650021, Yunnan Province, China

Correspondence to: Jing Xu. Department of Ophthalmology, the Second People's Hospital of Yunnan Province, Kunming 650021, Yunnan Province, China. liu897@ymail. com

Received:2011-08-19 Accepted:2011-10-24

Abstract

• AIM: To discuss the clinical effectiveness of superior rectus and inferior rectus muscle Hummelsheim displacement in treating abducent paralytic strabismus.

• METHODS: Totally 20 cases (21 eyes) of severe esotropia caused by abducent paralysis were treated by superior rectus and inferior rectus muscle Hummelsheim displacement during January 2004 to June 2010 in our hospital. The effectiveness was analyzed.

• RESULTS: Treated by superior rectus and inferior rectus muscle Hummelsheim displacement, esotropia of 20 cases of abducent paralytic strabismus was corrected significantly. After 6 months to 3 years follow-up, the eye position kept stable and no obvious change occurred.

• CONCLUSION: Superior rectus and inferior rectus muscle Hummelsheim displacement is practical in treating abducent paralytic strabismus and its outcome is stable.

• KEYWORDS: superior rectus muscle; inferior rectus muscle; Hummelsheim displacement; abducent paralysis

Xu J, Yin J. Surgical treatment of abducent paralytic strabismus. *Gujie Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(12):2232-2233

摘要

目的:探讨上、下直肌移位手术治疗外展神经麻痹的临床

效果。

方法:对我院 2004-01/2010-06 采用上、下直肌移位术矫正外展神经麻痹所致重度内斜视 20 例 21 眼,并进行分析。

结果:外展神经麻痹 20 例行内直肌后徙、上、下直肌 1/2 移位术,术后患者内斜明显矫正,疗效显著。随访 6mo ~ 3a,已矫正的眼位无明显变化,疗效稳定。

结论:上、下直肌移位术治疗外展神经麻痹性斜视是可行的,且疗效是稳定的。

关键词:上直肌;下直肌;移位;外展神经麻痹

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2011. 12. 060

许静,尹洁. 外展神经麻痹性斜视的手术治疗. 国际眼科杂志 2011;11(12):2232-2233

0 引言

外展神经麻痹所致的麻痹性内斜视在临床较为常见,因其常由中枢性、末梢性神经疾病以及外伤、先天性血管病变、高血压、糖尿病等内分泌疾病以及耳鼻喉病变引起。经过检查及针对原发病进行治疗 6mo 以上,无功能恢复可能时方进行手术治疗。现将我院 2004-01/2010-06 共手术治疗外展神经麻痹性斜视患者 20 例 21 眼报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组患者 20 例,其中 1 例为双眼,男 11 例,女 9 例,右眼 9 眼,左眼 12 眼;年龄 21 ~ 45(平均 31.5)岁;病史 0.5 ~ 20a;病因为脑部疾病及脑瘤术后 12 例,车祸外伤 6 例 7 眼,糖尿病 2 例。术前常规行视力、眼前节、眼底、眼外肌及屈光状态检查,所有麻痹眼均外转不过中线,角膜映光为 +20° ~ +45°,14 例有复视及代偿头位(面向患侧转,视线向健侧)。术前牵拉试验了解拮抗肌是否存在挛缩等限制,所有病例患侧外直肌被动牵拉无抵抗力,主动收缩无力。

1.2 方法 全部病例均在局部麻醉联合神经安定下手术,因手术涉及到 3 条直肌,为防止发生眼球前节缺血症,先后分 2 次手术完成,共采用了以下 2 种手术方式:(1)7 例先行内直肌超常量后徙 10mm,3mo 后行上、下直肌移位术,将上、下直肌颞侧 1/2 肌幅向后分离约 10mm 后,移至外直肌上、下止端处;(2)13 例先行上、下直肌移位术,3mo 后行内直肌超常量后徙术(10 ~ 12mm)。其中第一种术式第 1 次术后眼位仅只是轻微改善,而第二种术式第 1 次手术后就矫正了大部分内斜;上述两种术式第 2 次手术后均取得满意效果。

2 结果

术后 1d,眼位正位者 10 例,+5°者 4 例,轻微过矫 6

例。代偿头位 8 例全部消失, 6 例明显改善。复视 12 例消失, 2 例明显减轻。随访 6mo ~ 3a, 轻微过矫的 6 例已完全正位, 有 5 例仍有 $< +5^\circ$ 内斜, 其余均正位, 疗效满意。

3 讨论

外直肌麻痹临床上甚为常见, 由其引起的麻痹性内斜视, 表现为眼球外转作用丧失, 出现代偿头位及难以克服的同侧复视^[1]。在头部外伤所致的末梢运动神经麻痹中, 外展神经最多, 约占 50% 左右^[2]。颅内病变常可以导致眼外肌麻痹, 而外展神经是颅内最弱的脑神经, 行走于小脑下前动脉的背侧, 走向颞骨岩部尖端, 跨过岩下窦, 当颅内压升高和颅底骨折时均易发生外展神经麻痹^[3]。从患病年龄分析, 单侧外展神经麻痹发病与年龄有密切相关, 在儿童常见于先天性、外伤性、肿瘤, 一般儿童多见小脑胶质瘤和后颅窝的星形细胞瘤, 老年患者以高血压、动脉硬化和糖尿病最为常见^[4]。对于外展神经麻痹所致内斜视在原发病得以控制后, 遗留的小度数内斜视可配三棱镜消除复视; 度数较大的斜视患者可观察 6mo 以上, 待斜视角稳定后通过手术来使第一眼位外观改善和视功能改善。von Noorden^[5]指出术后过矫往往只是暂时的, 以后逐渐消失。这就提示我们在手术中根据患者的具体情况, 可以适

度过矫, 保证远期效果。由于本组病例全部为成年人, 手术均在局部麻醉联合神经安定下进行, 由此可在术中观察眼位并及时调整手术量, 因此手术效果较满意, 无一例出现明显欠矫或明显过矫。我们认为外展神经麻痹所致的内斜视手术治疗时, 先做上、下直肌移位术, 后做内直肌后徙术, 这样术中可以根据眼位及时调整手术量, 可降低再次手术几率, 保证手术质量, 提高手术成功率。而术中使用局部麻醉联合神经安定可以明显减轻患者的精神紧张和疼痛感, 增加了手术的安全性。

参考文献

- 1 孟祥成, 孟令勇. 斜视弱视与小儿眼科. 哈尔滨: 黑龙江人民出版社 2001: 436
- 2 唐恺, 荣运久, 刘菲, 等. 外直肌麻痹的手术治疗. 中华现代眼科学杂志 2004; 1(4): 344-345
- 3 刘家琦, 李凤鸣. 实用眼科学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社 1999: 718-720
- 4 梁剑虹. 单侧外展神经麻痹病因分析. 中国斜视与小儿眼科杂志 2007; 15(1): 36-37
- 5 von Noorden GK. Binocular vision and ocular motility theory and management of strabismus. 3rd St Louis: Mosby 1985: 469-470