

# 左眼双上转肌麻痹临床症状分析 1 例

李 强, 王红义, 段俊国

作者单位: (610075) 中国四川省成都市, 成都中医药大学眼科实验室

作者简介: 李强, 男, 在读博士研究生, 研究方向: 中医药防治眼底病。

通讯作者: 段俊国, 男, 硕士, 教授, 博士研究生导师, 主任, 研究方向: 中医药防治眼底病. duanjg@vip. sina. com

收稿日期: 2010-12-31 修回日期: 2011-03-07

李强, 王红义, 段俊国. 左眼双上转肌麻痹临床症状分析 1 例. 国际眼科杂志 2011; 11(4): 747

## 0 引言

双上转肌麻痹(double elevator palsy)指一眼的上直肌和下斜肌同时麻痹, 多为先天性, 是临床上较少见的眼垂直运动障碍性疾病<sup>[1]</sup>。现报告 1 例左眼双上转肌麻痹出现眼部症状的患者, 供临床工作中借鉴。

## 1 病例报告

患者, 男, 24 岁, 因发现左眼下斜视 20a 就诊。20a 前患者出现左眼下斜, 伴左眼假性上睑下垂, 无复视, 无外伤史。7a 前于当地医院行左眼上睑下垂矫正术, 于 2010-11-29 来我院就诊, 全身体格检查未见明显异常。眼科检查: VOD 0. 8(-1. 00DS→1. 0), VOS 0. 4(-4. 00DS→1. 0)。双眼前节(-), 眼底未见明显异常, 双眼眶无占位性病变, 双眼眼压 Tn。入院后行远近斜视度检查结果: 右眼注视时, 右眼外斜-45° ~ -50°, 各方向运动可; 左眼注视时, 左眼外斜-25° ~ -35°, 上转受限, 其余方向运动可。临床诊断: (1) 左眼双上转肌麻痹性斜视; (2) 左眼假性上睑下垂。手术方式: 行左眼外直肌后徙 5mm, 左眼下斜肌截腱 2mm。术后 1mo 复查: 左眼假性上睑下垂消失, 双眼运动协调。

## 2 讨论

双上转肌麻痹临床表现较复杂, 由于合并假性上睑下垂, 临床医师易忽视垂直斜视症状, 误诊为上睑下垂而行上睑下垂矫正术, 给患者带来不必要的损伤<sup>[2]</sup>。

单眼双上转肌麻痹有先天性和后天性之分, 真正病因尚不十分清楚<sup>[3]</sup>。有人认为可能为动眼神经麻痹在恢复过程中残留的部分麻痹<sup>[4]</sup>。就先天性而言, 依据动眼神经解剖学, 动眼神经核自上而下分别为提上睑肌神经核、上直肌和下斜肌神经核, 其内下侧有内直肌和下直肌核。在母体孕期可能受到某种因素的干扰, 使上述神经核及动眼神经受到损害而出现动眼神经麻痹。后天性者则可因外伤、脑部炎症、肿瘤等因素导致动眼神经麻痹。无论先天性或后天性, 动眼神经麻痹后的恢复有一定的次序, 一般提上睑肌恢复最早、最快, 以后依次为内直肌、下直肌和瞳孔括约肌, 而上直肌和下斜肌恢复最迟或不恢复<sup>[4]</sup>, 因此表现出单眼双上转肌麻痹的特征。由于上直肌和提上睑肌是由 1 条肌肉分化而来, 虽然提上睑肌功能已恢复, 因功能不足的上直肌牵拉作用而表现出假性下垂状态。混

合性和真性上睑下垂可能与支配提上睑肌的神经功能恢复不完全或未恢复有关。

第一眼位时患眼呈下斜位, 下斜度数大, 常合并外斜视。眼球运动患眼在第一眼位和双眼同向运动时, 上直肌与下斜肌的上转运动均明显受限。同视机检查主要表现为左上和右上方位健眼高于患眼。牵拉试验中患眼的下直肌无机械性限制, 主动收缩试验患眼的上直肌和下斜肌收缩部分无力或完全无力。上睑下垂患眼常伴有真性、假性或混合性上睑下垂<sup>[5]</sup>。遮盖健眼用患眼注视时, 该眼上睑下垂消失, 此时健眼睑裂大于患眼, 即为假性上睑下垂; 若患眼注视时该眼睑下垂好转, 仍未达正常睑裂高度且小于健眼者则为混合性上睑下垂; 若患眼睑下垂仍无改善则为真性上睑下垂。视力由于患眼下斜且合并外斜和上睑下垂, 健眼多为注视眼, 故常发生弱视, 约有 50% 患者伴有患眼弱视。双眼 Bell 现象不对称, 患眼往往较差或消失。下睑变化由于下直肌的牵制, 通过筋膜韧带传至下睑, 患眼常表现为向下注视时下睑缘皮肤出现皱褶或加深, 或下睑退缩。单眼双上转肌麻痹在临床上较少见, 依据其临床特征和必要的检查, 如同视机、牵拉试验等诊断并不困难。诊断中需与先天性上睑下垂、原发性上斜肌麻痹鉴别, 同时注意是否并发。

先天性双上转肌麻痹通过仔细的眼外肌功能检查, 结合详细的临床评估, 设计个性化的手术方案, 可提高手术的成功率<sup>[6]</sup>。不仅眼位偏斜得到改善, 也为提高斜视性弱视眼视力和双眼立体视觉提供了有利基础<sup>[2]</sup>。如果存在下直肌限制因素, 则后徙下直肌; 如果没有限制因素, 可将内外直肌转位到上直肌附着点处<sup>[7]</sup>, 以减弱直接拮抗肌及配偶肌为主。健眼为注视眼时, 减弱患眼的下直肌和上斜肌, 也可考虑减弱健眼的上直肌和下斜肌<sup>[8]</sup>; 患眼为注视眼时, 减弱健眼的上直肌和下斜肌。手术设计应同时参考眼球运动检查结果及手术中所见眼外肌的解剖情况<sup>[9]</sup>。假性上睑下垂在垂直斜视矫正后即消失, 而混合性上睑下垂术后对剩余部分的上睑下垂需再次行提上睑肌加强术矫正之。

## 参考文献

- 1 Metz HS. Double elevator palsy. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1981; 18(2): 31-35
- 2 张丽萍, 葛志红, 左朝辉. 先天性双上转肌麻痹 12 例临床特点及手术治疗分析. *中国误诊学杂志* 2007; 7(28): 6908-6909
- 3 刘家琦, 李凤鸣. *实用眼科学*. 北京: 人民卫生出版社 2005: 675
- 4 杨景存. *眼外肌病学*. 郑州: 郑州大学出版社 2003: 38-119
- 5 周群, 余炜. 双上转肌麻痹伴假性上睑下垂与先天性上睑下垂的鉴别. *中国斜视与小儿眼科杂志* 1995; 3(1): 28-30
- 6 钱学翰, 马惠芝, 李月平, 等. 先天性双上转肌麻痹眼外肌影像学特点与手术处理. *国际眼科杂志* 2010; 10(4): 776-779
- 7 肖满意, 首建义, 李筠萍. 先天性双上转肌麻痹的临床特点和手术治疗. *中华眼科杂志* 2004; 40(10): 652-654
- 8 张繁友, 姜旸. 单眼双上转肌麻痹 3 例. *实用眼科杂志* 1990; 8(7): 445-446
- 9 Burke JP, Ruben JB, Scott WE. Vertical transposition of the horizontal recti (Knapp procedure) for the treatment of double elevator palsy: effectiveness and long-term stability. *Br J Ophthalmol* 1992; 76(12): 734-737