

手术治疗先天性上斜肌麻痹的临床观察

胡翠月, 武海军

作者单位: (274031) 中国山东省菏泽市立医院眼科
作者简介: 胡翠月, 女, 副主任医师, 研究方向: 眼外肌学。
通讯作者: 武海军, 男, 副主任医师, 副主任, 研究方向: 眼前节病学。
收稿日期: 2011-04-12 修回日期: 2011-06-02

胡翠月, 武海军. 手术治疗先天性上斜肌麻痹的临床观察. 国际眼科杂志 2011; 11(8): 1485

0 引言

先天性上斜肌麻痹是先天性垂直斜视中最常见的一种类型, 多发生于幼儿及儿童早期, 常单侧发病占 70.6%, 双眼占 29.4%。患者最常见的症状或主诉是上斜视或代偿头位引起的斜颈、脊柱及面部畸形。本病的手术方法有多种, 如下斜肌断腱术、下斜肌断腱联合肌肉部分切除术、下斜肌后徙术、下斜肌转位术。我们采用下斜肌断腱联合肌肉部分切除术, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 临床资料

患者 265 例中男 156 例, 女 109 例。其中年龄 2 ~ 35 (平均 8.6) 岁, 2 ~ 6 岁 150 例, 7 ~ 12 岁 56 例, 13 ~ 18 岁 31 例, > 19 岁的 28 例。术前常规检查视力及屈光度数, 应用角膜映光法, 三棱镜 + 遮盖试验, 测量 33cm 及 5m 第一眼位斜视度数, 术前垂直偏斜角平均为 $15^{\Delta} \sim 40^{\Delta}$, 中位数为 20^{Δ} 。另外, 检查双眼及单眼的运动及双眼视功能。对于不合作儿童采用 Parks 三步法明确诊断^[1]。有代偿头位者检查头位倾斜试验, 并请外科会诊排除颈部疾患。10 岁以下儿童采用全身麻醉, 合作儿童及 10 岁以上儿童采用局部麻醉。在外直肌与下直肌之间距角巩膜缘 8 ~ 10mm 处, 结膜弧形切开, 分离结膜下的筋膜, 暴露巩膜, 用有齿镊提起切口下方的筋膜, 勾出下斜肌, 剪开肌肉前鞘, 分离出 10 ~ 12mm 下斜肌, 用两个弯血管钳夹住肌肉两端, 切除下斜肌 5 ~ 8mm, 两断端用烧灼器烧灼止血, 以防止下斜肌残端发生出血及水肿。连续缝合球结膜切口。根据日本学者丸尾敏夫对先天性上斜肌麻痹的分类, 采用不同的治疗方法。(1) I 度患者表现眼球轻度内转时有明显的上斜, 给予下斜肌断腱联合部分肌肉切除术治疗。(2) II 度患者表现眼球极度内转时上斜。对部分患者不手术治疗, 另一部分患者慎重实行下斜肌断腱和部分肌肉切除术。(3) III 度患者眼球向内上方转时才表现上转, 原在位无垂直斜视及代偿头位, 对此类患者不施行手术。本文报告的 265 例先天性上斜肌麻痹患者中, I 度患者 256 例, II 度患者 9 例, 其中合并内斜 91 例, 内斜 V 症 15 例 (16.5%), A 症 6 例 (6.6%), 合并外斜 V 症 24 例 (26.4%)。单眼下斜肌亢进者 214 例, 双眼下斜肌亢进者 51 例。265 例患者均采用患眼下斜肌断腱联合部分肌肉切除术治疗。如果双眼上斜肌麻痹, 切断双眼下斜肌肌腱联合肌肉切除, 并依据患者术前垂直斜视度 $> 25^{\Delta}$, 同时

行同侧上直肌或双侧下直肌后徙术, 若同时合并内斜和外斜时, 可行内外直肌后徙术。265 例患者术后观察 1wk 出院。随访观察 2a, 皆取得满意效果。平均矫正斜视度 19.5^{Δ} 。

2 讨论

先天性上斜肌麻痹在垂直眼外肌麻痹中最常见, 发病率为 56.2%^[2], 多单眼发病, 常发生于生后的早期, 临床表现为患眼上斜视和代偿头位, 一般视力较好, 易被忽视, 甚者以斜颈在外科行手术治疗。因此, 术前一定要认真鉴别眼性斜颈与外科斜颈。外科斜颈一般在出生 6mo 内发生, 胸锁乳突肌僵硬, 眼球运动正常, 眼位正常; 眼性斜颈的颈部肌肉柔软, 眼球运动障碍, 眼位异常。如果遮盖患者的 1 眼, 先天性斜颈患者无头位改变, 眼性斜颈患者头位倾斜可变为正位。另外, 先天性上斜肌麻痹也要与对侧眼上直肌麻痹作鉴别, 根据 Parks 三步法及 Bielschowsky 头位倾斜试验, 若头位倾斜试验阴性, 即为对侧眼上直肌麻痹。一旦确诊为先天性上斜肌麻痹就应早期手术治疗。如果治疗不及时可导致颈面及脊柱畸形。

先天性上斜肌麻痹临床上常表现为患眼的下斜肌功能亢进, 随着病程的进展其配偶肌即健眼的下直肌功能也表现亢进, 手术方法很多, 如麻痹肌加强术, 直接拮抗肌减弱术, 配偶肌减弱术等。我们选择了患眼下斜肌断腱联合部分肌肉切除术, 必要时配合减弱健眼下直肌功能的手术。有文献报道, 下斜肌断腱术和肌肉切除术易发生粘连综合征。因此, 手术时要在直视下勾取下斜肌, 尽可能完整勾全, 剪断肌肉后应检查有无残留肌纤维, 操作要轻柔, 两断端要烧灼。在 265 例患者中无 1 例发生粘连综合征、感染及其他手术损伤, 平均矫正垂直度 19.5^{Δ} , 有效率 94.3%。对于 25^{Δ} 以上大斜度患者除患眼下斜肌切断外联合健眼下直肌退后术, 效果满意。将下直肌退后 4 ~ 5mm 并不影响下睑的正常高度, 眼睑闭合良好, 一般情况下不选用上斜肌加强术, 因上斜肌加强术后容易出现手术性布郎征, 远期效果欠稳定^[3]。我们认为下直肌后徙量不宜过大, 一般不超过 5mm, 且手术时注意将下直肌与周围组织分离干净, 这样既可避免出现下睑后退, 又不影响下方视野。根据国内霍明等^[4]的研究, 下斜肌断腱术有效率 81.82%, 袁乃芬等^[5]报告成功率 88.64%, 而我们报告的成功率达 94.3%, 此术式与后徙术相比, 手术步骤简便易行, 不易损伤组织和血管, 不受斜视度数的限制, 即可用于单侧, 又可用于双侧, 而后徙术操作复杂, 风险大, 易损伤黄斑、视神经和后睫状血管。因此, 下斜肌断腱术联合部分肌肉切除术为先天性上斜肌麻痹的手术治疗带来了广阔的应用前景。

参考文献

- 1 杨存景. 眼外肌病学. 郑州: 郑州大学出版社 2003: 130
- 2 甘晓玲, 郭静秋, 李巧娟, 等. 儿童垂直斜视临床分析. 中国斜视与小儿眼科杂志 1995; 3(1): 3-4
- 3 赵堪兴. 斜视矫正术设计的思考. 中华眼科杂志 2002; 38(8): 507-509
- 4 霍明, 李娟, 靳鹏, 等. 先天性上斜肌麻痹的手术方式选择. 眼外伤职业眼病杂志 2005; 27(11): 30-32
- 5 袁乃芬, 赵萍. 下斜肌断腱术治疗上斜肌麻痹. 中国实用眼科杂志 2002; 20(3): 224-225