

固定性内斜视的手术治疗

闫希冬, 齐霞

作者单位: (830013) 中国新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市, 解放军第 474 医院眼科

作者简介: 闫希冬, 副主任医师, 眼五科副主任, 研究方向: 眼外伤、眼整形美容、中西医结合眼科。

通讯作者: 闫希冬. yxd-2512007@163. com

收稿日期: 2011-05-25 修回日期: 2011-07-28

闫希冬, 齐霞. 固定性内斜视的手术治疗. 国际眼科杂志 2011; 11(9): 1679

0 引言

固定性内斜视属临床特殊类型的斜视, 手术矫正较困难, 通常选用内直肌后徙, 上下直肌与外直肌联结术。往往也不能达到很好的效果或者说近期效果好远期效果较差。本组采用内直肌肌腱断腱, 外直肌肌止端异体巩膜条缝合牵引固定于外眶缘的手术方法获得较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

固定性内斜视患者 15 例, 男 7 例, 女 8 例, 平均 26 ~ 55 岁, 病程 1 ~ 35a, 均为单眼。有外展神经麻痹患者 9 例, 有外伤患者 5 例, 高度近视 1 例^[1]。其中 5 例行内直肌后徙, 上下直肌于外直肌联结术, 术后眼位改善不理想或术后 3mo 恢复到术前眼位。检查方法: 视力屈光检查及眼底常规检查偏斜角度采用三棱镜遮盖法测量。内斜

角度在 $+100^\Delta$ 以上。眼球不能外转。手术方法: 先做内直肌完全断腱术, 将内直肌的肌腱完全切断^[2]。眶缘固定术: 常规剪开球结膜并充血暴露外直肌附着点。弯血管钳于筋膜下向外眦分离造一隧道, 于外侧缘横形切开皮肤, 深达骨膜, 眶缘电钻打孔。将准备好异体巩膜条一端缝合固定于外直肌肌止端, 另一端沿筋膜下隧道穿过达外肌眶缘, 将眼位调为正位, 用钛钉固定异体巩膜, 原位缝合球结膜及皮肤切口。15 例患者手术随访 3mo ~ 2a。手术效果的判定以术后 6wk 时眼位 $< \pm 10^\Delta$ 为优, $\pm 10^\Delta \sim \pm 15^\Delta$ 之间为良, 超过 15^Δ 为差。术后眼为优 10 例, 良 4 例, 差 1 例。

2 讨论

固定性内斜视属于特殊类型的斜视, 先天性者较少, 常为后天性。如外伤或直肌麻痹, 高度近视等。这种斜视内直肌牵缩并且异常紧张^[3], 而外直肌变性萎缩, 收缩力极弱。因而手术矫正甚为困难, 常先用内直肌后徙上下直肌于外直肌联结术, 手术涉及 4 条眼外肌, 有眼前段缺血的风险, 第一眼位仍欠矫, 不能达到理想效果。患者往往再无其他治疗手段。目前固定性内斜视治疗上尚无太多及太好的方法, 相关文献报导较少, 异体巩膜条牵引固定尚无临床报道。大多报道多为缝线牵引固定, 而异体巩膜其相融性好, 固定时间持久, 病情反复几率小。本组治疗为其提供了一种手术治疗途径, 给此类患者带来希望。

参考文献

- 1 李凤鸣. 眼科全书. 中册. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社 1996: 2852
- 2 王莉. 固定性内斜视的手术治疗观察. 眼外伤职业眼病杂志 2003; 25(11): 771-772
- 3 杨景存. 眼外肌学. 第 1 版. 郑州: 河南科学技术出版社 1994: 175