

Evaluation by the Pentacam rotating Scheimpflug camera. *J Cataract Refract Surg* 2008;34(1):137-145  
6 Mallen EA, Gammoh Y, Al-Bdour M, et al. Refractive error and ocular biometry in Jordanian adults. *Ophthalmic Physiol Opt* 2005;25:302-309  
7 Dubbelman M, Sicam VA, Van der Heijde GL. The shape of the anterior and posterior surface of the aging human cornea. *Vision Res* 2006;46(6-7):993-1001  
8 Yuen LH, He M, Aung T, et al. Biometry of the cornea and anterior

chamber in Chinese eyes: an anterior segment optical coherence tomography study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2010; 51(7):3433-3440  
9 Llorente L, Barbero S, Cano D, et al. Myopic versus hyperopic eyes: axial length, corneal shape and optical aberrations. *J Vis* 2004;4(4):288-298  
10 Yebra-Pimentel E, Giraldez MJ, Glez-Mejome JM, et al. Changes in axial length/corneal radius ratio (AL/CR) according to refractive state of the eye. Relationship with ocular components. *Arch Soc Esp Optalmol* 2004;79(7):317-324

## · 病例报告 ·

# Helveston 综合征 1 例

陈博,何花,张宪,罗班,王平

作者单位:(430030)中国湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院眼科

作者简介:陈博,男,博士,主治医师,研究方向:眼科医疗、教学和科研。

通讯作者:王平,副主任医师,副教授,研究方向:小儿斜视弱视。18907139312@189.cn

收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-03-26

陈博,何花,张宪,等. Helveston 综合征 1 例. 国际眼科杂志 2012; 12(5):850

## 0 引言

Helveston 综合征是一种比较少见的斜视综合征,包括外斜视、A 征、上斜肌过强、垂直分离性斜视(DVD)。目前治疗方式主要以手术为主,但手术方式不尽相同。我院对 1 例 Helveston 综合征行分次手术治疗,首先行双眼上斜肌肌鞘内断腱和水平肌手术矫正外斜 A 征,择期选择性行上直肌后徙解决 DVD。患者随访过程中 A 征矫正,眼位正位,DVD 明显好转,遂未行二次手术治疗,现报告如下。

## 1 病例报告

患者,男,12 岁 5 个月,因“发现视物眼位向外偏斜 12a”于 2011-08-08 收入我院。入院检查:一般情况可,生命体征平稳。双眼睑无肿胀,睑缘位置正常。裸眼视力:V<sub>OD</sub>:0.25;V<sub>OS</sub>:0.3;矫正视力:V<sub>OD</sub>:-7.50DS/-3.00DC×15°=0.3;V<sub>OS</sub>:-6.00DS/-1.50DC×175°=0.6;斜视专科检查:角膜映光:-35°眼球运动:右眼下斜肌轻度亢进,双眼上斜肌亢进,侧方注视:外侧注视眼为高位眼,双眼交替上飘。主导眼:左眼。三棱镜检查:REF(右眼注视):33cm-90°L/R15°,5m-90°L/R15°;LEF(左眼注视):33cm-80°R/L20°,5m-80°L/R25°。上转 25°注视时为-80°,下转 25°为-95°。眼底检查双眼无明显旋。无代偿头位。同视机检查有同时视,无重合点。常规眼科检查无特殊异常。2011-08-10 在全身麻醉下行双眼上斜肌鞘内断腱,双眼外直肌后徙 5mm,右眼内直肌缩短 5mm。出院:眼位正位,无 A 征,交替遮盖双眼轻度上飘,眼球运动正常。随访 0.5a,眼位正位,DVD 不明显,双眼轻度上飘,REF L/R5°,LEF R/L5°,左眼遂未再次手术治疗。

## 2 讨论

Helveston 综合征于 1969 年首先由 Helveston 报告,表现为外斜 A 征、上斜肌亢进、DVD 同时存在的一种综合征,目前病因仍然不明<sup>[1]</sup>。Helveston 综合征体征比较典型,因此诊断较为容易。其中外斜 A 征和上斜肌亢进之间联系紧密,但由于上斜肌属于下转肌,因此可削弱 DVD 引起上飘,可能导致漏诊<sup>[2]</sup>。针对 Helveston 综合征多个体征均需要手术治疗,最终希望达到双眼视轴平行,促进视力和视功能的良好发育。目前手术方式有很多,有一部分学者认为一次手术解决所有体征<sup>[3]</sup>,而我们认为由于手术可能涉及多条肌肉,有可能出现眼前节缺血,同时我们考虑到外斜 A 征和上斜肌功能亢进之间关系密切,但与 DVD 之间无明显联系,因此我们考虑分次手术进行。

我们首先选择矫正外斜 A 征和上斜肌功能亢进,甘晓玲等<sup>[4]</sup>提倡外斜 A 征和上斜肌功能亢进选用上斜肌减弱术,认为上斜肌断腱可能导致上斜肌麻痹的发生。但我们之所以给予这位患者以上斜肌鞘内断腱,是考虑此种手术方式的疗效更为确切,同时我们随访半年并没有出现上斜肌麻痹情况的发生。

二次手术我们考虑给予患者行上直肌后徙解决 DVD,由于这位患者 0.5a 随访 DVD 明显好转,上飘现象不明显,遂并未按计划行二次手术治疗。由于 DVD 是一种特殊类型的斜视,并不遵循 Hering 法则,斜视角并不稳定,且随着年龄变化或者水平斜视的矫正可自行好转或消失,这也是为什么我们这例患者并未行二次手术的原因。但是对于 DVD 无明显好转的患者,我们认为通过上直肌后徙的方法完全能够解决 15°~25°垂直性斜视。

可见我们先行通过水平肌矫正以及上斜肌鞘内断腱来矫正外斜 A 征和上斜肌功能亢进,然后随诊观察 DVD 的变化情况来决定是否行下次手术治疗,因为这样手术涉及的肌肉比一次手术要少,出现眼前节缺血的风险较低。同时由于第一次手术矫正外斜 A 征后 DVD 可以减弱或者消失,有可能避免行 DVD 矫正术,这样可以减轻患者的负担和痛苦。

## 参考文献

- 1 兰志辉,于钢. Helveston 综合征二例. 中国斜视与小儿眼科杂志 1997;5(2):82
- 2 赵秀琴,张军. 眼综合征. 北京:中国广播电视出版社 1995:126
- 3 朱丽娜,赵堪兴,杜翠琴,等. Helveston 综合征得手术治疗. 中国实用眼科杂志 2003;21(1):60-61
- 4 甘晓玲,郭静秋. Helveston 综合征. 中国斜视与小儿眼科杂志 1997;5(2):53