Duane 眼球后退综合征 1 例病案报道

万敏婕，霍　鸣

（三峡大学第一临床医学院、湖北省宜昌市中心人民医院眼科，宜昌　443003）

【中国图书分类法分类号】R771.1　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2009-12-01

Duane 眼球后退综合征亦称 Duane 征、眼球后退综合征、Stilling-Turk-Duane 征、内直肌神经支配矛盾、后退性斜视等。临床上，在原在眼位时，呈正位视或内斜视者较常见，呈外斜视者很少[1]。2009 年 10 月我院收治以外斜视为首发症状的 Duane 眼球后退综合征 1 例，报告如下。

1　病例摘要

患儿，男，5 岁，1 岁发现眼斜，未行任何特殊治疗，否认外伤史及全身其他疾病史。体检：Vos1.0 Vod　1.0 眼前段组织正常。见表 1。

表 1　患儿视力

眼位		右眼注视	左眼注视
映光法	33 cm	-10°	-10°
	6 m	-20°	-20°
三棱镜法	33 cm	-20△	-20△
	6 m	-45△	-45△

眼球运动：左眼外转运动正常，内转距下泪小点 3 mm，并急速上转，运动受限，左眼内转时睑裂变小，眼球后退，外转时睑裂开大，内转与外转时眼突度约 3 mm。右眼运动正常。被动牵引试验：左眼外直肌有机械性限制。代偿头位：面向右转。眼底正常。同视机检查：无同时视，融合力，立体视，无 A\V 征，异常视网膜对应。诊断：①Duane 眼球后退综合症Ⅱ型；②双眼外斜视。治疗：全麻下行双外直肌后徙 7.5 mm，术中被动牵拉试验阳性，左眼外直肌有纤维化。术后行抗炎，点眼药等对症处理。术后检查：原在位正位（见图 1、2）。

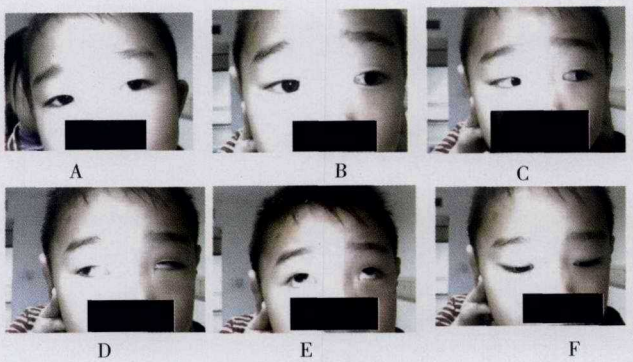


图 1　术前眼位



图 2　术后眼位

2　讨　论

Duane 眼球后退综合征为主要累及眼球水平运动的综合征，多为先天性，单眼发病为主，左眼多于右眼。

2.1　病因[2]

①解剖结构异常：眼外肌及其筋膜的纤维化，纤维化的原因可能是先天发育异常，也可能是生后肌肉鞘内出血后机化所致。②背离神经支配：内、外直肌之间存在异常神经联合，外直肌受到内直肌的异常神经支配，当外转时外直肌无肌电活动，所以外转障碍，由于内直肌同时松弛，所以眼球前移，睑裂开大；内转时内直肌收缩，外直肌也同样得到神经支配而收缩，所以眼球后退睑裂缩小。③中枢神经异常：结合眼电图、眼震电图等检查证实可能为中枢神经系统、运动中枢机制异常所致。④遗传：第 8 号常染色体长臂 1 区 3 带和第 20 号常染色体长臂 1 区 3 带发生断裂或异位。

2.2　分型

临床上可分为 3 型[3]；第 1 型：第 1 眼位患眼内斜视或者正位，外转受限。内转时眼球后退；外转时睑裂开大。第 2 型：第 1 眼位患眼外斜视，内转受限。内转时眼球后退，睑裂缩小；外转时睑裂开大。第 3 型：第 1 眼位基本正位，内、外转均受限。内转时眼球后退，睑裂缩小，外转时睑裂开大。双眼多发。

2.3　诊断要点

①眼位偏斜：观察第 1 眼位有无内斜视、内隐斜视、外斜视、外隐斜视。内转时有无上下偏斜现象。②内转或外转有无运动障碍。③眼球后退：检查内转与外转时的眼突度 >2 mm。④牵拉试验阳性。⑤肌电图检查是否为神经支配异常。临床上第 1 眼位呈外斜者最少，尤其伴有内转时急速上转者容易误诊为下斜肌功能过强，给手术的设计带来很大的困惑，患儿往往年龄偏小，检查不配合，因此对此病应有足够的认识，以免因误诊而造成治疗上的失误。

2.4　治疗原则

①对第 1 眼位无异常者，不需手术，仅对内转时眼球后退、睑裂缩小，眼球上、下偏斜明显者行外直肌后退。②矫正第一眼位的偏斜，以改善代偿头位，尽可能减轻内转时的眼球后退和睑裂缩小及垂直偏斜。③一般选择水平直肌减弱术式，对大角度Ⅰ型和Ⅱ型者，垂直肌肉转位术可增加眼球转动幅度，外直肌止端 Y 字分离术，以及外直肌后固定缝线术，可消除内转时眼球急速上转和下转异常。

参　考　文　献

[1]　李凤鸣.中华眼科学[M].北京：人民卫生出版社，2005.2754-2757.

[2]　盛迅伦.眼科复杂疑难病症诊治精粹[M].北京：人民军医出版社，2004.177-179.

[3]　卢　炜.斜视诊疗图谱[M].北京：北京科学技术出版社，2005. 246-254.

作者介绍：万敏婕（1978-），女，主治医师，研究方向：眼科临床。

（责任编辑：冉明会）