

# 首诊动眼神经麻痹 35 例病因分析

蒲一民,徐智科,刘宗顺,卢薇,杨君,宾莉

作者单位:(614000)中国四川省乐山市人民医院眼科  
作者简介:蒲一民,毕业于重庆医科大学,硕士,副主任医师,研究方向:眼底病、神经眼科。  
通讯作者:蒲一民, puyim@126.com  
收稿日期:2013-05-13 修回日期:2013-07-12

## Aetiology analysis of 35 patients firstly diagnosed with oculomotor palsy

Yi-Min Pu, Zhi-Ke Xu, Zong-Shun Liu, Wei Lu, Jun Yang, Li Bin

Department of Ophthalmology, People's Hospital of Leshan, Leshan 614000, Sichuan Province, China

**Correspondence to:** Yi-Min Pu. Department of Ophthalmology, People's Hospital of Leshan, Leshan 614000, Sichuan Province, China. puyim@126.com

Received:2013-05-13 Accepted:2013-07-12

### Abstract

• **AIM:** To analyze the causes and characteristics of 35 patients suffering from oculomotor palsy

• **METHODS:** The outcomes in a series of 35 patients with oculomotor palsy from January, 2009 to December, 2012 in our hospital were retrospectively evaluated. Blood glucose, computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), magnetic resonance angiography (MRA), and digital subtraction angiography (DSA) were underwent to analyze its causes and characteristics.

• **RESULTS:** In 35 cases, causes were head injury in 10 patients (29%), intracalvarium inflammation in 8 cases (23%), diabetes in 6 cases (17%), intracranial aneurysm in 4 cases (11%), intracranial neoplasm in 4 cases (11%), cerebral infarction, cerebrovascular hemorrhage and unknown in 1 case (3%), respectively.

• **CONCLUSION:** The causes resulting oculomotor palsy were multiplicity, head injury is the most common cause of oculomotor palsy. The other common causes include intracalvarium inflammation and diabetes mellitus. The causes exist some characteristics in different age stages, determine the causes is important extremely for treatment in correct.

• **KEYWORDS:** oculomotor palsy; aetiology; head injury; cerebral angiography

**Citation:** Pu YM, Xu ZK, Liu ZS, et al. Aetiology analysis of 35 patients firstly diagnosed with oculomotor palsy. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(8):1694-1696

### 摘要

**目的:**分析首诊动眼神经麻痹的原因及临床特点。

**方法:**回顾分析2009-01/2012-12在我院首诊为动眼神经麻痹的患者,通过血糖、头颅计算机断层扫描(computed tomography, CT)、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)、磁共振血管造影(magnetic resonance angiography, MRA)、数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)等检查,分析动眼神经麻痹的原因及特点。

**结果:**动眼神经麻痹35例中,头部外伤10例(29%),颅内炎性8例(23%),糖尿病6例(17%),颅内动脉瘤4例(11%),颅内肿瘤4例(11%),脑血管梗塞、脑血管出血、原因不明均为1例(3%)。

**结论:**引起动眼神经麻痹的病因复杂,以头部外伤最常见,其他原因还见于颅内炎性、糖尿病等。各病因在各年龄段分布具有一定特点,有针对性及时准确查明病因极为重要,是正确治疗的基础和关键。

**关键词:**动眼神经麻痹;病因;头部外伤;脑血管造影

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.08.58

**引用:**蒲一民,徐智科,刘宗顺,等.首诊动眼神经麻痹35例病因分析.国际眼科杂志2013;13(8):1694-1696

### 0 引言

动眼神经麻痹是神经眼科常见的体征,引起的原因很多<sup>[1]</sup>,诊断有一定困难,为总结引起动眼神经麻痹的常见原因,我们收集了2009-01/2012-12因动眼神经麻痹首诊于我院神经眼科的病例35例进行分析,并报告如下。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 2009-01/2012-12因动眼神经麻痹首诊于我院神经眼科的病例35例,男19例,女16例,年龄11~84(平均48±7.1)岁。右眼16例,左眼18例,双眼1例。病程1d~3mo。完全性动眼神经麻痹11例,不完全麻痹24例。所有患者均有不同程度的复视或/和上眼睑下垂,8例伴有糖尿病,4例伴有糖尿病视网膜膜病变,6例伴有展神经麻痹,3例伴共济失调,2例伴肢体瘫痪,5例伴眼眶疼痛。所有患者中,伴头痛者20例,其中6例伴有颈项强直,3例出现意识模糊。

**1.2 方法** 诊断标准按内外科相应疾病的诊断标准,并排除其它疾病所致动眼神经麻痹可能。所有患者除行血常规和眼科检查外,均行空腹血糖检查(空腹血糖高于正常

表1 动眼神经麻痹病因与年龄分布情况

例

病因	年龄(岁)							
	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~
头部外伤	0	2	2	2	2	1	1	0
颅内炎性	1	0	1	1	2	2	1	0
糖尿病	0	0	0	1	1	2	2	0
颅内动脉瘤	0	0	1	2	1	0	0	0
颅内肿瘤	1	1	0	1	1	0	0	0
脑血管梗塞	0	0	0	0	0	0	0	1
脑血管出血	0	0	0	0	0	0	1	0
原因不明	0	0	0	1	0	0	0	0
合计	2	3	4	8	7	5	5	1

范围而又未达到诊断糖尿病标准者行糖耐量试验)、头颅CT检查,部分病例行头颅MRI,MRA和DSA检查。如患者有发热、咳嗽、头痛及脑膜刺激征等酌情行脑脊液检查。

## 2 结果

动眼神经麻痹病因与年龄分布情况见表1。动眼神经麻痹病因、例数及百分比见表2。

## 3 讨论

动眼神经为第三对颅神经,由运动纤维和副交感纤维组成,起自中脑上丘的动眼神经核。运动纤维发出后,经过红核和黑质,由大脑脚间窝穿出,在大脑后动脉和小脑上动脉之间穿过后,与后交通动脉平行,向前经过蝶鞍两侧海绵窦的上部达眶上裂入眼眶。此后分上、下两支,上支较小,支配上直肌和提上睑肌,下支较大,支配下直肌、内直肌和下斜肌;副交感纤维发出后,常伴行在运动纤维的周围,在眶上裂处离开运动支进入睫状神经节,发出节后纤维进入眼球,支配瞳孔括约肌和睫状肌<sup>[2,3]</sup>。

从以上动眼神经的解剖可以看出,动眼神经走行较远,邻近结构比较复杂,动眼神经本身及邻近结构病变均可导致其功能异常。在临床上,经常可以发现部分患者因动眼神经麻痹而首诊于神经眼科,其他部分患者因伴有头昏头痛、肢体瘫痪或意识障碍而可能首诊于神经内科。在本组资料中,除动眼神经麻痹外,伴有其他神经系统症状的有头痛20例,颈项强直6例,出现轻微意识模糊3例,伴共济失调3例,伴肢体瘫痪2例。患者或因对此病缺乏了解、或因复视引起的严重不适而首诊于眼科。引起动眼神经麻痹的原因各异<sup>[1,4-6]</sup>。本组资料显示,在35例患者中,头部外伤10例(29%),颅内炎性8例(23%),糖尿病6例(17%),颅内动脉瘤4例(11%),颅内肿瘤4例(11%),脑血管梗塞、脑血管出血、原因不明均为1例(3%)。总体而言,头部外伤、颅内炎症、糖尿病是动眼神经麻痹常见的三大原因。

该组资料显示,头部外伤是动眼神经麻痹最常见原因,这与动眼神经在颅内走行较长,在头部外伤时常易受损相关。患者多有明确外伤史,诊断不难。主要是头颅和眼眶的挫伤、挤压伤引起。动眼神经上支麻痹时,表现为患眼上睑下垂和下斜视,眼球向外上转受限。因为患眼的视线常被下垂的眼睑所挡,故少有复视的主诉。动眼神经下支麻痹时,表现为患眼向外上方偏斜,提上睑肌功能正常,向内及向下转障碍,多伴眼内肌受损。

表2 动眼神经麻痹病因、例数及百分比

病因	例数	百分比
头部外伤	10	29%
颅内炎性	8	23%
糖尿病	6	17%
颅内动脉瘤	4	11%
颅内肿瘤	4	11%
脑血管梗塞	1	3%
脑血管出血	1	3%
原因不明	1	3%
合计	35	100%

颅内炎性也是本组资料显示引起动眼神经麻痹的一个常见原因之一。因炎症累及面相对广,动眼神经麻痹往往是某局部病变的一种表现。本研究中,颅内炎性动眼神经麻痹8例,部分伴头昏头痛及颈项强直等其它脑神经受损或共济障碍表现。除常规给予患者CT检查外,酌情行头颅MRI,MRA,DSA及脑脊液检查以确诊。对于病因不明,可能为非特异性炎症,或感染后免疫反应者,予以详细询问病情,了解是否有上呼吸道感染、消化道感染等病史,结合腰穿检查及诊断性激素治疗等以助确诊。

随着糖尿病患者的增多,糖尿病性动眼神经麻痹也是常见原因之一。其发病机制通常认为是由糖代谢紊乱等多种因素共同作用的结果,其中最主要是营养神经的微血管病变继发缺血、缺氧所致。由于在颅内,瞳孔运动神经纤维集中在动眼神经干表面的内上部,而该部的血液供应主要来自软脑膜的丰富吻合支,对糖尿病引起的微血管缺血具有较好的耐受性,因此出现瞳孔赦免是糖尿病性动眼神经麻痹的特征<sup>[7]</sup>。而在颅内肿瘤、动脉瘤等疾病引起的动眼神经麻痹大部分病例都会出现瞳孔扩大、对光反射消失等症状。故瞳孔是否受累是糖尿病性动眼神经麻痹的鉴别要点之一。在本组研究中,糖尿病性动眼神经麻痹6例,占总数的17%,多为单眼发病,5例均经内分泌科确诊为糖尿病。其中4例伴有糖尿病性视网膜病变,这和患者糖尿病病程较长( $\geq 10a$ ),长期血糖控制不理想相关。临床症状多为突然出现复视,除2例伴头痛外,其余患者眼球运动受限而不伴有其它中枢神经系统症状。可表现为完全性或不完全性麻痹。但此类患者预后良好,如血糖控

制良好,可在3~4mo内自行恢复。

颅内动脉瘤是单侧完全性动眼神经麻痹的主要原因。动眼神经在出中脑时,行走于大脑后动脉与小脑上动脉之间,其后与后交通动脉伴行,当瘤体出血或向外、向后及向下生长时,压迫动眼神经背内侧浅层支配瞳孔括约肌的纤维,表现为动眼神经麻痹。其中伴轻微头痛者2例,严重搏动性头痛1例,通过行全脑DSA及头颅CT检查,显示动脉瘤膨隆压迫动眼神经所致。

此外,动眼神经麻痹也可见于脑血管梗塞、脑血管出血,其他原因还有眶内病变。少见原因有海绵窦疾病、多发性神经炎、动脉炎、Guillain-Barre综合征及Fisher综合征等。

动眼神经麻痹病因在年龄分布上具有一定特点(表1),总体上30~70岁多见。但头部外伤所致的动眼神经麻痹以20~50岁居多,8例,占总数(10例)的80%,推测与这一年龄段为工作阶段,更易受到外伤所致。而炎症性动眼神经麻痹散发在各年龄段,从10~70岁不等。糖尿病性动眼神经麻痹常多发在60~70岁之间,这与患者糖尿病病程较长分布状况大体一致。

综上所述,引起动眼神经麻痹的病因复杂,以头部外

伤最常见,其他原因还见于颅内炎性、糖尿病等。动眼神经麻痹多是病变直接或间接受损所致,必须追究其原因,推测动眼神经何处受累,判断病灶位置并结合患者年龄、眼球运动、有无全身性疾病等情况,有针对性进行检查,才能及时准确查明原因,为正确治疗奠定基础。

#### 参考文献

- 1 Keane JR. Third nerve palsy: analysis of 1400 personally-examined inpatients. *Can J Neurol Sci* 2010;37(5):662-670
- 2 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2004:2745-2747
- 3 藤野贞,童绎,李卓力,等. 实用临床神经眼科. 福建:福建科学技术出版社 1996:100-103
- 4 Park YH, Huh YE, Kim JS. Oculomotor nerve palsy as an initial manifestation of polycythemia vera. *J Clin Neurosci* 2012;19(2):328-330
- 5 Ko JH, Kim YJ. Oculomotor nerve palsy caused by posterior communicating artery aneurysm: evaluation of symptoms after endovascular treatment. *Inter Neuroradiol* 2011;17(4):415-419
- 6 Kuo LT, Huang AP, Yang CC, et al. Clinical outcome of mild head injury with isolated oculomotor nerve palsy. *J Neurotrauma* 2010;27(11):1959-1964
- 7 张承芬,张惠蓉. 糖尿病的眼部并发症及治疗. 北京:人民卫生出版社 2003:170-173

## 科技期刊对论文摘要的要求

根据有关规定,可以把摘要编写要求归纳成如下几点。

省略“我们”“作者”“本文”这样的主语。

简短精练,明确具体。简短,指篇幅短,一般要求50~300字(依摘要类型而定);精炼,指摘录出原文的精华,无多余的话;明确具体,指表意明白,不含糊,无空泛、笼统的词语,应有较多而有用的定性和定量的信息。

一般不要交代背景,更不要阐述一般性知识。

格式要规范,尽可能用规范术语,不用非共知共用的符号和术语。不得简单地重复题名中已有的信息,并切忌罗列段落标题来代替摘要。除了实在无变通办法可用以外,一般不出现插图、表格,以及参考文献序号,一般不用数学公式和化学结构式。不分段。

摘要一般置于作者及其工作单位以后,关键词之前。

摘自《科学技术期刊编辑教程》