

· 临床研究 ·

间歇性外斜视手术治疗疗效分析

付开岩 王娟霞

【摘要】 目的 探讨间歇性外斜视最佳手术时期, 术后眼位对患者术后复视及舒适度的影响。

方法 对 546 例患者随机行单眼外直肌后徙术, 双眼外直肌等量后徙术、单眼内直肌缩短外直肌后徙术, 双眼外直肌等量后徙术 + 内直肌缩短术, 并对术后眼位及融合功能进行观察。**结果** 546 例患者, 术后正位 (交替遮盖 $0^{\circ} \sim 15^{\Delta}$ 之间) 493 例, 感觉舒适, 术后残留外斜 (交替遮盖 $> -15^{\Delta}$) 45 例, 感觉尚可, 术后微内斜交替遮盖 ($+2^{\Delta} \sim 10^{\Delta}$ 之间) 8 例患者感觉复视。

【关键词】 间歇性外斜, 手术时机, 术后眼位疗效。

间歇性外斜视是一种介于外隐斜和共同性外斜之间的临床类型^[1], 在外斜的发展过程中, 许多病例均经过间歇性外斜视这个过程。因此, 必需及时正确地给予治疗, 以免双眼视功能受到不可逆的影响。自 1982 年以来通过对 546 例间歇性外斜视患者应用同视机, 三棱镜术前检查、术后检查、分析: 总结如下:

资料与方法

1. 一般情况: 546 例间歇性外斜视患者, 男: 258 例, 女: 288 例。年龄在 5 岁 ~ 40 岁之间。平均年龄 12 岁。单眼斜 239 例, 双眼交替斜 370 例。视力: 矫正视力正常 494 例, 有轻度弱视 52 例, 双眼视功能情况 (同视机检查): 正常视网膜对应 509 例, 异常视网膜对应 37 例。

2. 方法: 三棱镜加遮盖法合角膜映光法检查 33 厘米及 5 米, 第一眼位及第二眼位的斜视度, 同视机检查双眼视功能。因术前斜视度多不稳定, 受融合功能, 精神紧张, 辐辏功能, 等影响较大^[1]。需经多次反复测量, 必要时单眼遮盖一段时间后, 再检查: 计算最在斜视度。

3. 手术方法 根据斜视度做单眼常规外斜视后徙术 78 例, 双眼外直肌等量后徙术 189 例, 单眼内直肌缩短 + 外直肌后徙术 261 例, 单眼内直肌缩短 + 双眼等量外直肌后徙术 63 例, 手术量按外直肌后徙 1mm 矫正 2° , 内直肌缩短 1mm 矫正 3 设计手术方案。伴有 A-V 征者同时做肌腹移位术。

结 果

546 例患者, 随访 1-20 年, 平均 3.5 年。眼位矫正 (按最后一次复查眼位 33 厘米和 5 米均 $< -15^{\Delta}$ 为外斜): 正位 493 例患者, 感觉舒适, 外斜 45 例 $> +2^{\Delta}$ 为内斜 8 例, 患者感觉复视, 不适、喜闭一眼致双眼睑裂大小不一致或单眼视力轻度下降。立体视功能检查, 除 8 例过矫患者无立体视功能, 有同时知觉而融合功能差以外, 余 538 例患者均有良好的立体视功能。

手术方法与眼位:

眼位矫正效果 4 组间差异无统计学意义。见表 1

表 1 手术方式与眼位

手术方式	例数	正位	内斜	外斜
单眼外直肌后徙	78	77	1	0
双眼外直肌后徙	189	184	3	2
双眼外直肌后徙 + 非注视眼内直肌缩短	63	22	0	41
非注视眼内直肌缩短 + 外直肌后徙术	216	210	4	2

术前融人事功能与疗效, 术前有良好融合功能者术后眼位正常率高, 且立体视功能恢复快, 术前融合功能无, 术后眼位回退率高, 立体视功能恢复较慢, 见表 2。

表 2 术前融合功能与眼位

融合功能	例数	正位	内斜	外斜
有	495	487	7	1
无	51	6	1	44

讨 论

间歇性外斜视, 手术时机国内外学者看法不一, 赫雨时^[1]认为应在隐斜发展为显斜的早期手术,

杨景存^[2]主张 18 Δ 以上的间歇性外斜视应尽早手术, 苏明山^[3]认为抑制性暗点出现是手术时机 12 Δ 以上有视疲劳症状者就可手术。于纲等^[4]对间歇性外斜视术后观察表明, 年龄越小, 功能治愈率越高, 主张早期手术。范贵云等^[5]报告, 低龄小度数间歇性外斜视, 经同视机训练有效, 可观察数年。张方华^[6]认为 15 Δ 以上, 清醒时一半以上时间出现外斜, 逐渐出现集合近点远移, 双眼视功能开始恶化时, 应尽早施行手术。因此一些斜视学者如 Jampolsky, Burian 及 Von Noorden 等赞成延期手术, 认为对视觉尚未成熟的儿童行手术, 怕术后引起过矫, 发生连续性内斜视, 弱视和丧失立体视^[7]。

1. 间歇性外斜视是介于外隐斜和共同性外斜之间; 外隐斜可被融合机能控制, 显斜是不能被融合机制控制。如果用遮盖法作检查, 当遮盖移去后, 被遮眼很难恢复双眼注视眼位或竟出现显斜, 必两眼视线重新调整才可恢复双眼注视位, 此类情况实际上已超出隐斜范围, 应诊断为间歇性外斜视^[8,137]。在精神不集中、疲劳或长时间近距离阅读后转变成显性外斜^[8,137]立体视功能消失。而该病的主要病因解剖异常^[8,137]病人往往由于外直肌及筋膜有解剖学的异常, 幼年时由于辐辏功能强, 可以掩盖其外斜倾向, 表现为隐斜, 随年龄增长辐辏功能减弱, 外斜度逐渐增加, 故手术时期必须掌握好, 做早了容易出现外斜复发, 做晚了立体视功能消失。故手术时期何时为最佳是本课题的研究之一。过去一般认为外斜应轻度过矫, 术后出现复视, 是好预兆。只有主觉复视才能发展融合反射, 儿童术后一般表现为 2 Δ 左右的内斜或外斜(远或近距离), 则预示结果良好, 一般在几天之内往往就出现很好的融合力, 复视跟着即完全消失。在成年人则不同, 必须术后在远距离有 5-10 Δ 之内隐斜或显斜; 近距离有 2-4 Δ 外隐斜始能预期良好效果; 所以手术后复视一般都比较显著^[8,140]。而我们对 546 例间歇性外隐斜视手术的研究认为, 手术以正位或轻度欠矫(正前方角膜映光正位, 单眼遮与不遮-15 Δ 以内)为最佳。因为间歇性外斜视患者, 一般有较好的双眼视功能(融合及立体视), 而轻度欠矫可借助少量的融合力, 使残留的轻度外斜控制正位, 因而比较舒适, 易为病人接受^[2]。一旦过矫, 出现复视, 给生活、工作、学习带来不便。为了克服复视干扰, 患者就会出现双侧睑裂大小不一(喜闭一眼)或单眼视力下降。主张过矫的主要原因就是为了术后有良好的双眼视。我们认为幼年时尽量教患儿做辐辏训练, 当有 2/3 时间表

现为显斜视, 仍有良好融合功能时, 手术暑期最佳。第一, 因生理发育异常引起之外斜度, 尽可能表现最大化。第二, 双眼视功能没能被破坏。术后不仅外观美, 有良好的外观, 还有良好的双眼视功能。

斜视度的确定:

间歇性外斜视的病人因受融合力、辐辏功能和精神紧张度等影响, 其外斜度被部分遮盖, 使斜度测量不准确, 往往是偏低, 造成外斜手术复发较高^[8]手术矫正不足。因此术前斜视度测量准确与否, 直接影响手术效果。故必须反复测量, 尤其是强光刺激后遮盖一眼, 令患者注远处, 容易显露真正外斜程度。有时甚至要单眼遮盖一段时间后, 才能确定斜视度。手术以最大斜视为准。

2. 手术方式的选择有 3 种观点: (1) 主张做主导眼手术^[7]。(2) 主张做双眼对称性手术, 认为存在视网膜双重对应者做双内直肌缩短术, 正常对应者做双外直肌后徙术。(3) 按分型不同决定手术方式, 基本型做单眼内直肌缩短+外直肌后徙术或双眼外直肌后徙术。外展过强型做双眼外直肌后徙术。辐辏不足型做双眼内直肌缩短术。孟祥成^[8]认为, 做外直肌后徙术可以改变从生理开散眼位发展到外斜状态的解剖因素恢复融合能力, 达到矫正眼位的目的, 应当首选。术组 546 例间歇性外斜视患者, 行单眼或双眼外直肌后徙术及内直肌缩短+外直肌后徙术结果显示, 眼位矫正效果与其分型无关。我们认为双眼外直肌后徙术与内直肌缩短+外直肌后徙术相比, 唯一优点是双眼外转动功能受限程度一致, 较美观。

我们认为间歇性外斜视手术目的有三: 1. 改善疲劳感等症状。2. 有良好的双眼单视功能。3. 外观美。手术尽可能将眼位矫正至正位, 勿出现内斜、复视、以避免增加患者术后不适感。

参 考 文 献

- 1 赫雨时. 斜视. 天津: 天津科学技术出版社, 1982: 137-140
- 2 杨景存. 眼外肌学. 郑州: 河南科学技术出版社, 1994, 81-82
- 3 苏明山. 黄山. 实用小儿眼病手术治疗学. 济南: 山东科学技术出版社, 1995, 109-115
- 4 于纲, 高美琴, 王文田, 等. 间歇性外斜视手术治疗的探讨. 中华眼科杂志, 1989, 25: 279-281
- 5 范贵云, 蔡志义. 小度数间歇性外斜视同视机矫正训练疗效观察, 眼科研究, 1985, 4: 255-256
- 6 张方华, 综述. 外斜视的原因和治疗. 国外医学. 眼科学分册, 1981, 3: 144-148
- 7 李凤鸣, 主编. 眼科全书. 第九卷. 北京: 人民卫生出版社, 1996, 2854-2869
- 8 孟祥成, 张德馥, 郑玲, 等. 间歇性外斜视的原因、分类及手术. 实用眼科杂志, 1988, 6: 458-461