

· 临床研究 ·

屈光性调节性内斜视的临床观察

孙先桃 陈敏 卢跃兵

【摘要】 目的 探讨屈光性调节性内斜视的临床特点、弱视治疗结果及屈光状态的最后转归。**方法** 追踪观察 287 例屈光性调节性内斜视, 对年龄、弱视程度、屈光度数对疗效的影响进行了统计分析。**结果** 此病的眼位恢复一次正位率 83.62%; 远、近视功能均恢复者占 57.14%; 弱视的总治愈率为 75.18%; 屈光度大于或等于 8.00DS 时, 治愈率为 45.63%; 重度弱视治愈率 27.69%; 年龄小于或等于 3 岁时治愈率 91.57%, 大于或等于 8 岁时治愈率 56.92%; 在屈光性调节性内斜视患者中, 67.61% 的屈光度大于 6.00DS。**结论** 屈光性调节性内斜视患者应尽量早发现、早治疗, 坚持长期配戴眼镜, 可以获得较好的临床效果。

【关键词】 屈光性调节性内斜视; 弱视

屈光性调节性内斜视是后天性调节性内斜视的一种, 是儿童斜视性弱视的重要类型。本文就我院 1993—2006 年随访 (3—13) 年的 287 例屈光性调节性内斜视患儿进行总结分析

资料与方法

1. 一般资料: 屈光性调节性内斜视患儿 287 例, 弱视 556 眼, 弱视发生率 96.86%。男 134 例, 女 152 例, 初诊年龄 (3—10) 岁, 平均 5.2 岁。

2. 屈光分布: 所有病例均为远视及远视散光。屈光程度分类: 轻度 球镜 $< +3.00\text{DS}$, 柱镜 $< +1.50\text{DC}$; 中度 球镜 $< +6.00\text{DS}$, 柱镜 $< +3.00\text{DC}$; 高度 球镜 $> +6.00\text{DS}$, 柱镜 $> +3.00\text{DC}$; 计算屈光度时柱镜按等值球镜的一半折算。

3. 弱视程度: 轻度 矫正视力为 0.8—0.6; 中度 矫正视力为 0.5—0.2; 重度 矫正视力为 < 0.1 。

4. 检查 所有病例初次就诊时均检查内、外眼, 必须检查远近视力、眼位及眼球运动情况, 特别要注意间歇期内斜视的发现。1% 阿托品眼药膏扩瞳, 每日 2 次, 用药 7d, 或每日 3 次用药 3d—4d。然后行视网膜检影镜检影验光。

5. 治疗 施行综合治疗。初次配镜患儿全部采用全足矫正眼镜, 按合适比例遮盖好眼, 是最基本的治疗, 在此基础上, 根据每个患者的具体情况, 可以选取用后象红光闪烁、凸轮刺激疗法、精细作

业、海丁格尔刷训练等仪器帮助治疗, 一般 (1—2) m 复诊一次, 观察眼位、视力, 调整镜度及遮盖比例等治疗方案。

6. 诊断和疗效评价标准 按照全国儿童弱视斜视防治组制定的标准进行诊断分类及疗效评价: 无效: 视力退步、不变或提高仅一行; 进步: 视力提高 2 行或 2 行以上; 基本痊愈: 矫正视力提高至 0.9 或以上; 痊愈: 经过三年随访, 视力仍保持正常^[2]。本文为了统计方便, 将基本痊愈和痊愈合并为一项, 即: 治愈。

结 果

1. 眼位的恢复: 屈光性调节性内斜视又称完全性调节性内斜视^[1], 顾名思义, 眼位的恢复是 100%。其中, 一次性正位 (指初次配带眼镜后, 当时或带镜一月复诊时检查眼位为正位) 者占 83.62%, 最长恢复正位时间为 4 年。

2. 屈光状态的变化: 患儿初次配镜全部采用全足矫正眼镜, 戴足 3m 后, 在保证眼位正位的情况下, 一般减少 (0.75—1.00) DS。根据年龄 3m—6m 重复验光一次, 每年屈光度的下降幅度 0.96—0.17 DS, 平均每年下降 0.50DS。

3. 双眼单视功能的恢复: 弱视治愈后, 恢复远 (采用同时机三级视功能)、近 (颜氏立体图) 双眼单视功能者 164 例, 占 57.14%, 其中, 立体视锐度达到 400" —800" 者 61 例, 占 21.25%; 40" —200" 者 103 例, 占 35.89%。在 123 例无双眼单视功能的患者中, 有 37 例 12.89% 的患儿存在交叉抑制现象。

4. 弱视的恢复: 556 眼弱视中 28 眼无效, 治愈 418 眼, 治愈率为 75.18%。其中, 屈光度大于或等于 8.00DS 时, 治愈率为 45.63%; 重度弱视治愈率为 27.69%; 年龄大于或等于 8 岁时, 治愈率为 56.92%。(详细内容见表 1、2、3)

表 1 初次配镜年龄与疗效

组别	初配镜年龄	眼数	无效	进步	治愈	X^2	P
I	< 3y	83	0	7	76	$X_1^2=1.75$	$P > 0.05$
II	~ 4y	92	0	14	78	$X_2^2=7.5$	$0.05 > P > 0.01$
III	~ 5y	158	9	26	123	$X_3^2=20.08$	$P < 0.01$
IV	~ 6y	43	0	35	58	$X_4^2=2.6$	$P > 0.05$
V	~ 7y	37	0	9	28	$X_5^2=1.3$	$P > 0.05$
VI	~ 8y	28	0	10	18	$X_6^2=13.02$	$P < 0.01$
VII	> 8y	65	19	9	37	$X_7^2=32.56$	$P < 0.01$
合计		556	28	110	418		

X_1^2 为 I 与 II 之比, X_2^2 为 II 与 III 之比, X_3^2 为 III 与 IV 之比, ... X_7^2 为 VII 与 I 之比, 表 II、表 III 依此类推

表 2 屈光度与疗效

组别	屈光度	眼数	无效	进步	治愈	X^2	P
I	< + 3.00DS	19	0	0	19	$X_1^2=0$	$P > 0.05$
II	~ < + 6.00DS	161	0	0	161	$X_2^2=26.48$	$P < 0.01$
III	~ < + 8.00DS	170	9	17	144	$X_3^2=63.92$	$P < 0.01$
IV	> + 8.00DS	206	19	93	94	$X_4^2=20.25$	$P < 0.01$
合计		556	28	110	418		

表 3 弱视程度与疗效

弱视程度	眼数	无效	进步	治愈	X^2	P
轻	129	0	0	129	$X_1^2=39.28$	$P < 0.01$
中	362	18	73	271	$X_2^2=42.7$	$P < 0.01$
重	65	10	37	18	$X_3^2=122.22$	$P < 0.01$
合计	556	28	110	418		

讨 论

1. 屈光性调节性内斜视一般在 (2-3) 岁时发病, 早期可为间歇性内斜视。临床上我们发现治疗年龄越小、特别是间歇期开始治疗的患儿效果最好。从表 I 可以看出 < 3 岁与 < 4 岁患儿治愈率相比无显著性, < 4 岁与 < 5 岁相比有显著性, < 5 岁与 < 6

岁相比有高度显著性, 而 6-7 岁年龄段的患儿则无明显差异, < 8 岁与 > 8 岁相比有高度显著意义, 说明视觉发育敏感期在 8 岁以前, 4 岁前为高度敏感期, 是治疗弱视的黄金时段。从表 1 发现, 从 < 3 岁到 > 8 岁的弱视治愈率呈逐渐下降趋势^[4,5]。

2. 屈光性调节性内斜视一般有中度远视^[1], 本文统计结果显示 > 3.00DS- < 6.00DS 的屈光度占 28.96% (161/556), > 6.00DS- < 8.00DS 者占 30.56% (170/556), 而 > 8.00DS 者占 37.05% (206/556), 平均 6.87DS。说明此类内斜视以高度远视占主流, 这一点与多种文献所述中度远视有所出入, 与牛兰俊教授及田振宇的观点相近^[3,4], 甚至略高, 可能与本文抽取资料为单纯屈光性调节性内斜视有关。从表 2 可以看出, < 6.00DS 的弱视治愈率为 100%, 而 > 8.00DS 的弱视则只有 (94/206) 45.63% 的治愈率。屈光度每年都在下降, 降幅最大可达 0.96 DS。特别是一些开始治疗年龄在 4 岁以前的患儿, 高达近 8.00DS 的球镜, 在 (8-10) 年的戴镜后, 可以完全去掉镜子, 成为正视眼。

3. 完全性调节性内斜视患儿的弱视程度越重, 疗效越差。其中重度弱视治愈率只有 27.69% (18/65)。较普通弱视中的重度弱视治愈率要低^[4]。

总之, 对完全性调节性内斜视患者应该早发现、早治疗^[5], 特别应注意对间歇期内斜视的检查; 一定要向患儿家长讲清本病的特征, 争取其配合早戴镜、长期戴镜, 我们的治疗中, 有个别患儿戴镜 4 年内斜才恢复正位, 所以, 切不可时戴时去或自动去镜, 造成内斜视不可调节, 弱视失去最佳治疗时机, 临床上这种例子很多, 应努力避免这种遗憾。

参 考 文 献

- 1 李凤鸣主编. 眼科全书. 北京: 人民卫生出版社, 1999, 2845-2855
- 2 中华医学会斜视弱视防治组. 弱视的定义、分类及疗效评价标准. 中国斜视与小儿眼科杂志 19 94;2(1):4
- 3 牛兰俊主编. 斜视新概念. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995, 118-129
- 4 王世君, 等. 综合疗法治疗儿童弱视 112 例临床观察. 中国实用眼科杂志, 2005, 23 (5): 531
- 5 田振宇, 等. 调节性内斜视的治疗. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2004, 12 (2): 61

(收稿时间: 2006-08)