

279 例弱视儿童的综合治疗观察

苏绍磊 王文荣 马荣庆 丁连花

【摘要】 目的 观察综合治疗弱视的效果。**方法** 对 279 例 (405 眼) 弱视患儿进行综合治疗分析。**结果** 5 岁前治愈率 95.17%, 5-7 岁 81.03%, 7-9 岁 64%, 9-11 岁 33.33%, 轻度弱视治愈率 100%, 中度弱视治愈率 76.92%, 重度弱视治愈率 27.27%; 总有效率 95.31%。**结论** 弱视程度越轻疗效越高, 年龄越小治愈率越高, 弱视应早期发现, 早期综合治疗。

【关键词】 弱视 综合治疗

弱视是常见的儿童眼病, 据统计该病的发病率为 2.8%, 全国三亿儿童中约一千万患病^[1], 不仅危害儿童的视力, 更阻碍患儿立体视觉的发育。我们于 2001 年 1 月至 2004 年 3 月对部分弱视儿童进行弱视综合治疗, 取得满意效果, 现总结报告如下:

对象与方法

统计在本院弱视训练室进行综合治疗的中心注视性弱视儿童 279 例 405 眼, 其中男 168 例, 女 111 例, 初诊年龄 3-11 岁, 平均 6.7 岁。屈光不正性弱视 123 例 (246 眼), 斜视性弱视 130 例 (130 眼), 屈光参差性弱视 26 例 (29 眼), 其中 11 例合并斜视。轻度弱视 120 眼 (29.63%) 中度弱视 208 眼 (51.11%) 重度弱视 77 眼 (19.26%)。

有关弱视的定义分类及疗效评价标准均遵照 1996 年 4 月全国儿童弱视斜视防治学组制定的标准^[2], 并充分考虑不同年龄的视力发育。

所有患儿均进行远、近视力检查, 看远、看近的眼位检查, 外眼及屈光间质、眼底检查, 注视性质检查, 同视机检查三级视功能, 常规 1% 阿托品眼膏每日三次, 连续三天后行屈光状态检查 (包括视网膜检影验光及全自动电脑验光)。存在屈光不正者配戴矫正眼镜; 内斜视者按实际的验光度数足矫配戴, 无斜视者矫正全部的散光, 球镜减 +1.0 ~ +1.5D 配戴眼镜, 合并外斜视者按最低度数最佳矫正视力。在配戴矫正眼镜的基础上进行相关的弱视训练。训练方法包括^[3]:

1. 传统遮盖: 对于双眼矫正视力超过两行的病例, 行优势眼的全天遮盖, 根据年龄确定遮盖比例及复诊时间, 既要避免遮盖性弱视的发生, 又要去除优势眼对弱视眼的抑制。

2. 压抑疗法: 对于双眼视力不平衡且不能接受遮盖者行压抑治疗, 健眼涂阿托品眼膏每日 3 次, 连续三天后调整健眼镜片度数, 使健眼远视力均低于弱视眼至少两行, 以后每周两次健眼涂阿托品, 维持远近全压抑状态, 每月复诊检查双眼的远视力, 确保压抑的连续性。

3. 精细目力训练: 包括穿针、描画、插图等。

4. 视觉刺激训练: 应用上海迪康公司生产的 DV-100 弱视诊疗系统, 根据高对比度的不同空间频率棋盘格刺激, 所引起的视觉中枢兴奋性不同, 以 VEP 为参照, 选择适当空间频率的棋盘格或方波条栅作为刺激源, 在电脑程序下进行视觉刺激训练。定期复诊并根据病人的视力及 VEP 变化及时调整视觉刺激源的空间频率, 直至弱视治愈。

5. 采用长春光电仪器厂生产的同视机和弱视矫治协调器进行红光及光刷训练。

结果

病例观察时间 18-40 个月, 平均 23.6 个月, 治疗结果见表 1-3。

表 1 初始治疗年龄与疗效的关系

年龄	眼数	治愈	进步	无效
-5	145	128 (88.27%)	14 (10.97%)	3 (0.76%)
-7	195	158 (81.03%)	30 (15.38%)	7 (3.69%)
-9	50	31 (64%)	14 (28%)	5 (10.00%)
-11	15	5 (33.33%)	6 (40.00%)	4 (26.67%)

$$X^2=214.32 \quad P < 0.005$$

表2 弱视程度与疗效

弱视程度	眼数	治愈	进步	无效
轻度	140	140 (100%)	0	0
中度	208	161 (77.40%)	34 (16.35%)	13 (6.25%)
重度	57	21 (36.84%)	30 (52.63%)	6 (10.53%)

 $X^2=93.24$ $P < 0.005$

表3 弱视类型与疗效

弱视类型	眼数	治愈	进步	无效
屈光不正	246	221 (89.43%)	22 (8.90%)	3 (2.48%)
斜视	130	92 (70.77%)	30 (23.08%)	8 (6.15%)
屈光参差	29	9 (31.03%)	12 (41.39%)	8 (27.58%)

 $X^2=193.74$ $P < 0.005$

以上结果显示: 405眼中治愈322眼(79.51%), 进步64眼15.80%, 总有效率95.31%。在不同年龄段中年龄越小治愈率越高, 大于9岁的弱视儿童治愈率显著降低。轻度弱视治愈率大于中度弱视, 中度弱视治愈率大于重度弱视, 即弱视程度越重治愈率越低。屈光不正性弱视治愈率高于斜视性弱视, 屈光参差性弱视特别是合并斜视者治愈率最低, 各组比较差异均有统计学意义($P < 0.005$)。

讨 论

弱视是一种发育性疾病, 在视觉发育的敏感期如果不具备正常的视觉发育环境, 便可造成视觉的发育障碍导致弱视。常见的发病原因有斜视、屈光不正, 屈光参差, 形觉剥夺(如先天性白内障、上睑下垂)等。弱视的治疗方法很多, 要根据不同的弱视类型和弱视程度及治疗年龄进行相应的选择。包括手术去除形觉剥夺因素, 及时正确地屈光矫正, 遮盖或压抑健眼以解除异常双眼交互作用中优势眼

对劣势眼的抑制。在此基础上对弱视眼适当地刺激训练以增加疗效。常用的方法有波长640 μm 的红光闪烁刺激、海格刷、高空间频率棋盘格或条栅刺激、精细目力训练等。在保证视网膜清晰物像的前提下, 适当的进行增视训练, 更有利于唤醒黄斑部“休眠”的视锥细胞及其视觉通道, 并兴奋视觉中枢。以上结果显示弱视的治疗年龄越小治疗效果越好, 应提倡早期的弱视筛查, 做到早发现, 早治疗; 且综合治疗的效果优于单一治疗。医院内的治疗更能确保疗效优于家庭治疗。为保证治疗效果应注意以下几点: 1. 配镜前仔细检查眼位、准确地睫状肌麻痹验光、正确的处方配镜; 2. 坚持戴镜, 遮盖治疗要彻底并能很好的坚持; 3. 压抑治疗要注意观察是否能长期保持压抑状态, 并同时弱视眼进行精细目力训练, 以增加疗效; 4. 锥细胞对波长640 μm 的红光敏感^[4], 因此红光刺激治疗要保证所用红光波长准确有效。5. 弱视治疗室要保持秩序和相对安静以免弱视训练的儿童相互干扰; 6. 儿童训练要保持注意力集中, 不能吃东西或手中拿玩具等; 7. 弱视治疗周期长, 视力变化缓慢因此要耐心向患儿家长解释, 以取得家长的理解和配合, 防止半途而废; 8. 要了解每个儿童的个性特点以便更好地监督和指导治疗。

参 考 文 献

- 1 李凤鸣主编. 中华眼科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 2811
- 2 甘晓玲. 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. 1996, 4 (3): 97
- 3 李凤鸣主编. 中华眼科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 2826-2829
- 4 刘家琦, 李凤鸣. 实用眼科学(第2版). 北京: 人民卫生出版社, 2003, 699

(收稿时间: 2006-04)