

间歇性外斜视 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E9_97_B4_E6_AD_87_E6_80_A7_E5_c22_308547.htm 名称间歇性外斜视所属科室眼科临床表现 间歇性外斜视经常发生于儿童的早期，最初仅在看远时发生，随着病情进展，间歇性外斜视的次数与时间，均有所增加，最后看近时亦可发生外斜。间歇性外斜视的显斜期，常于倦怠、疾病、瞌睡或注意力不集中时出现。间歇性外斜视在视觉未成熟儿童可有暂时性复视，很快即发生抑制，并有异常视网膜对应。常见症状是畏光，在户外日光下，经常闭合一眼，其原因不明，估计患者在户外看远处目标，无近处物体刺激以使两眼集合，亮的日光闪烁了视网膜，干扰了融合，患者由外隐斜变为明显，但是也不一定肯定这样患者闭一眼是为了避免复视，有可能的是亮的光线影响了间歇性外斜患者融合性集合幅度，使一眼闭合。间歇性外斜视可以合并有A-V征，亦可伴有其他垂直性斜视，如分离性上斜视等。检查应对所有斜视项目做检查，特点注重对具有诊断意义斜角测定，如看远时偏斜角，最好令患者注视>6m远处目标，以充分检查其外斜度数，确定外斜类型，因为治疗时机和治疗方法不同。测量时要矫正屈光不正，以控制其调节。若间歇性外斜视仅是在看远时出现，并且看远斜角大于看近斜角至少在15△，应做遮盖试验，一眼遮盖30~45分钟，当去掉遮盖时，两眼必须保持分离状态，即一眼去掉遮盖时，另一眼必须用遮眼板挡住，打开时用三棱镜交替遮盖试验迅速测量看近斜度，然后再查看远斜度，不让患者有融合机会，将其结果与遮盖前的斜度相比较。Burian和Franceschetti观察一组237例外科患者，仅有10例为

分开过程型。由此看来，大部分外斜患者看远斜角大于看近斜角，应归于类似分开过强型。测量上转及下转的偏斜度，确定有无A-V征。测量向左侧及向右侧注视时斜角，是否有任何侧位的非同位性（lateral incomitance）问题，从定义上讲，侧位非同位性是指外斜患者，向两侧看时，偏斜度比第一眼位偏斜度小20%，临床实践证实，有侧位非同位性患者，很轻易手术过矫，并造成内斜V征。检查立体视锐：患者在隐斜期，也必须测量其立体视，如立体视不正常，说明间歇期显斜所引起立体视下降，数月内立体视继续下降则有力说明是手术矫正间歇性外斜视的手术指征。

治疗

- 1.睫状肌麻痹屈光检查 有明显屈光不正，非凡是散光和屈光参差的患者，为保证视网膜清楚像，应该全部矫正；外科伴有近视者，应该全矫；外斜伴有远视者，矫正远视将减低调节性集合，使外斜增加，需要全矫还是部分矫正，要完全取决于远视程度、患者年龄和AC/A比值，通常小于2.00D婴幼儿，可不予矫正，较大患者为避免屈光性疲惫，矫正远视通常是必要的。老年人有外斜伴老视眼，调节减弱，如有远视，需要矫正，可以给最小度数以利于看近。
- 2.负球镜 用负镜矫正间歇性外斜视，可做为暂时性措施，或放于双焦点镜上半部，以治疗分开过强；或放于双焦点镜下半部，以治疗集合不足，刺激其调节性集合，控制外斜，这种治疗方法，不应提倡，患儿用这种方法治疗，常引起视力疲惫。
- 3.三棱镜及遮盖疗法 底向内三棱镜可加强双眼中心凹刺激，约有1/2~1/3偏斜可用三棱镜刺激融合得到矫正，最近有人提出在间歇性外斜视初期，遮盖为一良好的非手术治疗方法，用这种方法治疗，大约40%患者其显斜（看远）可以变为隐斜。早期的间歇性外

斜视，因为大部分时间为外隐斜，显斜次数不多，偏斜度不大，不主张手术治疗。4.手术治疗 对竭生外斜视手术最适宜年龄目前还有争论。有人主张手术愈早愈好，否则会变成恒定性外斜。Lyle认为由于多数间歇性外斜视看远融合力良好，有双眼视，2~3岁或10岁以后手术结果几乎相同，可以观察数年。Jampolsky主张对视力未成熟婴幼儿，为避免手术过矫，主张延缓手术，用负球镜加强融合，交替遮盖预防抑制发生，若融合功能迅速恶化，或斜角稳定时要考虑手术。手术指征由融合控制情况，斜角大小和患者年龄决定。生后不久外斜而没有间歇性外斜视，要尽快手术；赫雨时认为遮盖测量斜视度大于 20Δ 以上者；Jampolsky谓 15Δ 以上；Hiles主张大于 20Δ 以上的偏斜，有明显的显斜成分和视觉失代偿者。从手术对视网膜对应的影响来看，间歇性外斜视为了消除复视及混淆的干扰，可以发生异常视网膜对应及抑制，手术最好时机是在尚未发展成抑制及异常视网膜对应之前，手术消除外斜。于钢对77例间歇性外斜视术后随访结果表明，年龄愈小，手术后恢复正常双眼视的机率愈高，而大多数成年人术后即使眼位得到矫正，亦不能恢复正常双眼视功能。临床上把握最佳手术时机并不轻易，假如年龄太小，检查不合作，手术量不易把握，使再手术率增高。认为4.5岁左右，智力正常的间歇性外斜视儿童，经反复练习，可配合一般眼位检查，此为手术合适时机。Jampolsky对竭生外斜视，不同年龄手术。结论：手术愈早，手术次数愈多，再手术率愈高，弱视和融合丢失的危险愈大。我们认为对进行性间歇性外斜儿童，偏斜度大于 20Δ 者，显斜期超过50%时间以上者，可根据其偏斜度大小，以及遮盖试验设计手术方案，若遮盖30~45

分钟后，其偏斜度，看锭大于看近至少 15Δ ，做双侧外直肌后徙，手术量可根据每个医师试验、方法而定。若遮盖试验，看近斜角大于看远斜角至少 15Δ ，并小于 55Δ ，可做双侧外直肌后徙或于非主眼后徙-截腱手术。如外斜大于 55Δ ，可做三条肌肉，主眼做外直肌后徙，非主眼做后徙-截腱手术。若外斜大于 70Δ ，做双侧后徙-截腱手术。对于所谓侧位非共同性问题，应予以非凡考虑，若患者向左侧及右侧注视时，斜视度比第一眼位小至少20%，则有明显过矫危险，非凡是对视力尚未发育成熟的患者，为此，对侧位非共同性患者，应避免做双侧外直肌后徙术，如对非主眼做后徙-截腱术，应每侧少做1mm。对视力尚未成熟的患儿，应主张欠矫，因轻度过矫为内斜状态，比轻度欠矫为外斜状态轻易发生单眼注视综合征，并有可能形成抑制性暗点，导致发育性弱视。相反，假如患者视力已发育成熟，轻度过矫 $10\sim 20\Delta$ 是理想的，它最终将产生稳定的结果。过适在于 25Δ ，即使在视觉成熟患者亦应避免，这样的过矫可形成盲点综合征，妨碍术后融合。假如患者有A征或V征，系由上斜肌或下斜肌功能过强引起，在做水平斜视手术同时，亦可做功能过强肌内减弱术，若上斜肌及下斜都有功能过强，则减弱任何一个斜肌均为禁忌。

5.过矫的处理 有报告外斜术事过矫的患病率介于6%~20%。外斜术后，立即发生大度数过矫，患者应在24小时内再次手术，因为有可能发生肌肉丢失或滑脱，外直肌与内直肌相比，不易丢失。若机械因素内直肌过多量截腱，也可发生明显过矫，但过矫量不如前者大。内斜是共同性的，可等待观察，术后 $10\sim 15\Delta$ 内斜时，可完全消失。外斜术后小量过矫，还要取决患者年龄。视力尚未成熟儿童有小量过矫，

应仔细观察发展成抑制性暗点及发育性弱视。若患者无注视倾向，可行交替遮盖，有中度注视倾向可行遮盖治疗。此外应再行验光，有远视应全矫，看近偏斜度较大，应用缩瞳剂或双焦点镜治疗。经上述治疗4个月，视力未做多少量，要象对待一位新患者一样，不能单纯恢复以前的外斜手术。对视力成熟患过矫 20Δ 是理想的，术后6周仍有 20Δ 内斜，可行2次手术，手术时间应在第一次手术6个月以后施行。术前做牵拉试验很重要，如发现牵制，则肌肉、结膜及筋膜囊都应适当后徙。

6.欠矫的处理 外科术后残留大度数外斜大于 $15\sim 20\Delta$ ，可在第一次术后6~8周内行2次手术，这种情况应做为一个新病例来考虑。若残余斜度看远斜角等于看近斜角，第一次术式为后徙-截腱术，则另一眼可做同样的手术；第一次术式为双侧外直肌后徙，可做一侧外直肌边缘性肌切开合并同侧内直肌截腱。若残余外斜看远角大于看近斜角，第一次术式为双侧外直肌后徙术，则外直肌应再后徙或外直肌边缘性切开术；第一次术式为后徙-截腱术，可做另一眼外直肌后徙术。做外直肌第2次手术时，最好同时后徙颞侧球结膜，以防止瘢痕前移，抵消手术效果。对轻度欠矫患者，残余斜度小于 $15\sim 18\Delta$ ，可用脱抑制及融合集合练习，使之达到隐斜状态。若患者为近视，应全部矫正，若为正视或远视，可用睫状肌麻痹剂以刺激调节性集合，使双眼正位，使用上述方法获得融合后，可减少滴药次数，3日1次，并持续2个月，同时使用基底向内三棱镜，其度数与欠矫度数一致，对视力成熟患者是有效的。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com