

共同性外斜视 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__E5_85_B1_E5_90_8C_E6_80_A7_E5_c22_308563.htm 名称共同性外斜视所属科室眼科病因解剖因素、机械因素及神经支配因素在所有共同性斜视中起一定作用。共同性外斜视很可能神经支配因素起重要的作用。从理论上讲，原发性共同性外斜视，是来自集合和分开间张力不平衡所引起，肌电图研究证实，分开是一主动的生理过程，而不是单纯集合被动抑制的结果。

Duane首先提出外斜是由神经支配不平衡引起，这种不平衡扰乱了集合和分开之间的相互关系。临床表现

- 1.发病年龄 大多数患者发病年龄较早，35%~70%发生在2岁以内，外斜开始为外隐斜，进一步发展为间歇性外斜及恒定性外斜视，这种进展可能是集合张力随年龄增长而减弱有关。
- 2.性别 约2/3外斜患者为女性，其原因不明，可能与遗传因素有关。
- 3.屈光不正 除了集合和分开机制相互作用外，屈光不正可以减弱神经支配而影响眼位。以往认为，外斜多见于近视，根据近等统计资料，正视眼、远视眼亦不少见，仅8%~15%见于近视，Jampolsky强调不等散光和外斜有明显关系，由于视网膜像清楚程度不等，可妨碍融合，很轻易受到抑制，因此发生外斜。

治疗

- 1.分开过强型（divergence excess type）看远斜角大于看近斜角，至少大于15°，AC/A比值高。此型发展较快，基本稳定，手术治疗考虑行双侧外直肌后徙样。
- 2.基本外斜型（basic exdeviation type）看远斜角等于看近斜角，差异不超过10°，AC/A比值正常。此型外斜有发展趋势。手术考虑为外直肌后徙伴内直肌截腱术。
- 3.集合不足型（convergence insufficiency type）看近斜角大于看远斜角，AC/A比值低。内转

时肌肉力量正常。其特点是发展快，间歇性，很快变为恒定性，融合机能消失，应严密观察及时手术，术后获得双眼单视机会还是大的。4.类似分开过强型（simulated divergence type）最初检查看远斜角大于看近斜角，经非凡检查后发现看近斜角远斜角，或看近斜角等于看远斜角，因此不是真正的分开过强型，手术只做外直肌效果不好，应同时做内直肌截腱术。这种按发病机制分类方法的优点可以指导临床，如真正分开过强型，由于支配外直肌的神经功能过强，故应做双眼外直肌后徙术，集合不足型，双眼内直肌截腱术，术后进行集合练习，使中枢集合加强。Burian观察分开过强型基本稳定，可随访观察；集合不足型发展快，要及时治疗，基本外斜型有发展趋势，故不要延误治疗。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