

原发性共同性内斜视 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_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E5_c22_308643.htm 名称原发性共同性内斜视所属科室眼科病因

1.屈光性调节性内斜视：（refractive accommodative esotropia）是发病机理，是由于有未被矫正的远视合并有融合性散开幅度（fusional divergence amplitude）不正常。假如病人有远视眼，为了使视网膜成像清楚，则需要调节，调节的改变引起集合的变化，称为调节性集合

（accommodative convergence）。换言之，每一屈光度的调节，都伴有若干三棱镜屈光度调节性集合，这种比例称为调节性集合和调节之比〔accommodative convergence

(AC)/accommodation(A)〕，即AC/A比例。患者是否产生内斜，不仅取决于远视的量，也取决于融合性散开的储备力

（fusional divergence reserve）。假若融合储备力超过调节性集合，则两眼保持正位，否则即呈内斜。举例说明：患者有5D远视，AD/A比值为4（正常为3~5），患者融合性散开幅度看远时为14

（ $5 \times 1.5 = 7.5$ ），看远时需调节5D，因为A/C为4，所以集合20

，看时融合性散开能力为12，患者有内隐斜2，完全可以克服而产生融合。看近时情况大不相同

，必须将注视点，从远向近移动，因为必须有一定量的集合，以保持双上眼成像在黄斑中心凹上，称为对称性集合，它

是由瞳距（用cm表示）乘以米角来求出，米角是与注视距离（用米表示）成反比，看远时有内隐斜或内斜，应该从此数值减掉，看远时有外隐斜或外斜，应该从此数值加上。仍以上例说明：患者瞳距6cm，看远内隐斜2，现改为看近1/3m

处（即3m角），尖为（ $3 \text{m} \cdot 2$ 即为16 的集合，才能保持融合。事实上患乾使用集合数大大超过这些，看近（1/3m处）需要调节3.5D（原有远视0.5D），由于AC/A比值高，故有 $3.5 \times 15 = 52.5$ 的调节性集合，但患者仅需要16 ，多余的调节性集合为36.5 （ $52.5 \sim 16$ ），因为患者看近时融合性散开幅度为12 ，所以看近时多集合24.5 。因此，由于AC/A比值高，看远时有融合，看近时有内斜 $25 \sim 25$ ，即所谓高AC/A调节性内斜视。临床表现1.屈光性调节性内斜视：屈光性调节性内斜视，多在2~3岁时发病。开始时内斜为间歇性，可有暂时性复视。小儿可出现烦躁不安，易受激惹，并闭合一眼。2~3日后斜视眼开始有抑制，即不再闭眼。经过一段较长时间，可发生异常视网膜对应，这时患者不再产生感觉症状。当患儿正位时，为正常视网膜对应，间歇性内斜视时，为异常视网膜对应，所以异常视网膜对应及正常视网膜对应交替出现，最后间歇性内斜这视发展为恒定性内斜视，单眼注视，斜视眼发生弱视。屈光性调节内斜视，亦可合并其他眼肌异常，如垂直性偏斜及A-V征等。应该对患儿做全面检查，测量斜视度，睫状肌麻痹后作屈光检查。睫状肌麻痹，使用0.5%~1%阿托品眼膏或溶液，应告诉患儿家长使用阿托品溶液时压迫泪囊部位，以免全身吸收后发生中毒，最好使用眼膏，一日3次，共3日。睫状肌麻痹后作眼底检查，应该记住，患儿有白瞳症，可有继发性内斜视，例如视网膜母细胞瘤早期表现可为内斜视。调节性内斜视屈光可从2~6D，大部分屈光不正度均较大，有一组研究证实平均远视为4.75D。应测量看远及看近融合性散开幅度，正常融合性散开幅度看远时应大于3，看近时应于8。2.高AC/A调节

性内斜视：应对患者作全面检查，用交替遮盖加三棱镜法测量看远及看近的斜视度，睫状肌麻痹屈出检查，确定AC/A比值，检查眼底，除外眼底病。此外，不应把高AC/A调节性内斜与 征内斜时，不论是看远或看近，向下注视时，内斜度数都增加。

3.部分调节性内斜视：从某种意义上讲，所有内斜视，都是部分调节性内斜视。因为给予正球镜，都可使斜视度减少。但是传统上，部分调节性内斜视是指： 婴幼儿内斜视（infantile esotropia）再加上一个调节成分； 失代偿性调节性内斜视（decompensated accommodative esotropia），即调节性内斜再附加一个非代偿性成分。婴幼儿内斜视，其调节成分，通常是在2~3岁时最为明显，是发生调节性内斜视的高峰。失代偿性调节性内斜视，是由于双侧内直肌肥厚或挛缩而引起。不论其原因如何，部分调节性内斜视，通常是恒定性，经常伴有抑制，异常视网膜对应及弱视。

治疗1. 屈光性调节性内斜视：应该适当矫正屈光不正，以恢复双眼单视功能。至于如何矫正。依照年龄有所不同。年龄在4~5月以内婴儿的内斜视，包括间歇性内斜视，如远视在2.00D以上，就配戴眼镜，包括全部检查影结果，再加上1.50D附加度数。因为婴儿几乎全是看近，要测量瞳距大小，有时需要使用弹力带子。过去有一种错误概念，即多数婴儿是远视，随年龄增大，远视度数逐渐减少，事实上只有10%的1岁以内婴儿为双侧远视在2.00以上，并且远视随年龄增长有增加的趋势，而不是减少，直到7周岁以后，远视度数才逐渐减少。

4月~4岁婴幼儿，如有内斜，屈光度数有大于1.50D，对检影结果全部予以矫正，但不附加度数。4岁以上儿童，如有内斜，应该给以最小度数镜片，以产生双眼单视、内隐斜以及

最佳视力。治疗目的是内隐斜，而不是完全正位。因为患儿处于内隐斜状态，可以保持、练习并增加融合性散开幅度。在4岁儿童，假如将检影度数全部矫正，可能达不到最好视力，假如度数稍微减少，视力可以提高，并有双眼视，但不能为增加视力将远视度数减少过多，这样患儿可呈间歇性内斜视，立体视觉可遭到永久性损害。若患儿调节性内斜视已发展恒定性内斜视，有单眼注视倾向，且有弱视，应该对检影度数予以全部矫正，包扎健眼，治疗弱视，一旦视力恢复，应做脱抑制及融合性散开练习，以恢复双眼单视。如患者合并有垂直性偏斜、A-V征，除矫正屈光不正，治疗调节性内斜视之外，仍需手术治疗。高AC/A调节性内斜视 2.高AC/A调节性内斜视：（hige AC/A accommodative esotropia）4~5月以内婴幼儿，应配戴眼镜。将全部检影度数予以矫正，再加1.50D，但不需要双焦点镜，因为婴幼儿视力主要是近用。5岁儿童，应将检影度数全部矫正，再加3.00D的双焦点镜。所附加的度数，位置一定准确，应位于下睑的上缘处，它与老光镜不同，假如双焦点镜位置太低，则无效果。如戴眼镜后，仍有残余内斜，应再予验光，若度数相差大于1.0D，应重新配镜。大一点婴儿3个月复查一次，2~5岁幼儿6个月复查一次，5岁以后每1年复查一次，复查时应作检影检查，在4~5岁幼儿，假如度数相差大于1.0D，应予换镜。和屈光性调节性内斜视一样，高AC/A调节性内斜视，严重问题是弱视。屈光矫正后，应定期随访，避免产生发育性弱视（development amblyopia）。若患者未随访，可发生发育性弱视，则治疗措施应强有力，遮盖治疗是首选方法，假如患儿不愿做遮盖治疗，也可做压抑疗法。假如患儿年龄已超

过5岁，可以适当减少双焦点镜度数0.75~1.0D，目的是维持融合，并使看近时处于内隐斜状态。这样可以练习融合散开能力，等患儿已达到9~10岁时，可以去掉双焦点镜，但仍应做正位视（orthoptic）练习，解除抑制，练习其融合散开能力。局部用抗胆碱酯酶剂，即协助去掉高AC/A调节性内斜视的双焦点镜，通过逐渐减少制剂的浓度，其融合性散开能力可逐渐增大。

3.部分调节性内斜视：不论是哪种形式，治疗是首先全部矫正其调节部分，如仍有弱视，应做遮盖治疗，如弱视已经治愈，应手术矫正其残余的内斜视。应测量看远及看近的斜度，手术量是根据矫正以后看远的残余斜视度，此测量仅仅作为手术时的一般参考。例如有一高AC/A比值，经验是手术量比所测得的量，再多作一些。例如看远时内斜18°，原设计为双侧内直肌后徙3mm，可以增加为双侧后徙3.5mm，也可以作双侧内直肌后固定手术。

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