

近视眼\_眼科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E8\\_BF\\_91\\_E8\\_A7\\_86\\_E7\\_9C\\_BC\\_\\_c22\\_611570.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_BF_91_E8_A7_86_E7_9C_BC__c22_611570.htm) 近视眼(myopia)也称短

视眼，因为这种眼只能看近不能看远。这种眼在休息时，从无限远处来的平行光，经过眼的屈光系折光之后，在视网膜之集合成焦点，在视网膜上则结成不清楚的象。远视力明显

降低，但近视力尚正常。【治疗措施】1.真性近视眼 镜片矫正 在配镜之前，首先要通过检影难光弄清近视的真实度数

。对于青少年配镜验光要在睫状肌麻痹下进行，以控制调节作用，排除假性近视。配镜的原则应采取同样可使近视眼的视力矫正到最佳视力的最低度镜片。一般低于6.00d的近视眼

，要充分矫正并经常配戴；高度近视者，既要完全矫正以获得较好视力，但又往往不能耐受，因此，只好降低镜片度数（一般在1.00d~3.00d之间），争取能够保持舒适和双眼视觉功能。

角膜接触眼镜 配戴接触镜可以增加视野，有较佳的美容效果，又可使两眼屈光参差明显减少，使之维持双眼视觉功能。青少年近视者，不但可用接触镜增加视力，还可以

压迫角膜防止近视继续发展。但一定要注意清洁卫生，按要求消毒保养和经常更换。 望远镜式眼镜 极高度近视患者或有黄斑部病变，借望远镜式眼镜，常能读书或做近工作。这种眼镜的放大程度为1.8倍，因此可以增强2%~3.5%的远视力

，看近最多可增强5倍。由于视野过小，所以在行路时不能使用。 放射形角膜切开术 本法首先由苏联学者kranov(1970年)试用。我国现已有多处报道。其法为在角膜中央3~5mm以外与角巩缘之间，作8~16条放射形切口，切口深度为0.36

~ 0.50mm。角膜表面切开后，使角膜弧度变平，因而减少其近视度。一般认为，可矫正3.00d近视。由于本法远期效果尚难肯定，并且要严格选择确定适应证和禁忌证，且有手术并发症的可能。因此，尚难普遍推行。 巩膜缩短术 本法为最常用的手术疗法，从高度近视眼效果可靠，并已普遍应用。

角膜磨消术 本法为用特殊设计的仪器从角膜中央作板层切除术，取下的角膜片经低温处理后，在极精细的车床上磨削达到所需要的屈光度后再缝回原处，用以矫正高度近视眼，但手术极为复杂，且有一定危险，故难以推广。

## 2.假性近视的治疗

假性近视是由于眼睛在看远时，仍保持着一定程度的调节状态。也就是说，这是眼在由看近转为看远时，眼调节放松迟缓的屈光状态，它随同看近的时间延长和调节度的增加而增加，随着看远和调节放松的程度而减轻或消失。所以假性近视具有治（含休息）则消失，不治又可复发，各种方法可能都有一定效果，但所有效果都不能持久的特点。因此，在治疗时应根据下列原则择优选用。 对眼无害，即使长期应用对视觉发育亦无影响。 因为假性近视可以自行好转，故所用方法要有科学根据，并用客观法证明确有放松调节作用，只凭视力提高评定疗效是不可靠的。 简便易行，可以大面积推广。目前所用方法有： 利用各种方法提高视觉兴奋性降低视觉阈值：如气功、冷水浴、服用兴奋性药物等。这类疗法不但可以提高远视力，按理其视视力亦应随之提高，并非理想的治疗方法。 药物局部治疗：如阿托品类药物，其放松调节的作用快而明显，是用来鉴别真假性近视的统一方法。但这类药物均难免合并看近困难和畏光的副作用。有人试图用较低的浓度使之具有一定的放松调节效果，而

无副作用，但研究结果表明随着副作用的消失，疗效亦随之消失。 利用光学原理使调节放松的仪器。 生理学治疗法：如远眺、雾视法和晶体保健操等。均要有远目标做为放松调节的吸引物，在近环境如晚自习时即无法进行治疗。徐广第于1983年设计了双眼合像法防治假性近视，现改为xu-近视防治仪。它是在一个 $10 \times 9 \times 3\text{cm}^3$ 的暗盒中安装两组闪光灯泡。其中一组为两个灯光位于两眼看远的视线上，用以模拟远目标的作用，当此组灯光闪烁时，观察眼即自行合像，把双眼视线引向无限远，根据调节与集合的联合运动关系，在集合散开的同时调节亦随之放松。另一组为单一灯泡位于两合像灯光的中央，做为双眼同时看近的目标。当两组类光交替闪烁时，观察眼即跟着灯光忽而看近忽而看远，使双眼的内外肌协同锻炼以达到在近环境中治假性近视和预防真性近视的目的。值得一提的是，目前市面上出现了不同类型的小孔眼镜治疗近视。针孔镜可以增视已是众所周知。最近文献报导，如针孔直径为0.5mm，可使各种5.0d的屈光不正的视力保持在0.5左右。但针孔只使像深增加从而增视，对近视无防治作用。再得，尽管这类镜片均开了很多小孔，学生戴了这种眼镜上课时，随着观察距离的变动双眼视线间距也不断变化，即使小孔开得再多也无法保持双眼单视。只有用主眼或优势眼从事单眼视，另一眼处于被抑制状态。由此带来的视觉干扰是次要的，最主要的是，幼少年时期如一眼常期处于被抑制状态会使以眼视觉的发育受影响。故用小孔镜治疗近视无效而有害，不可试用。【病因学】近视眼的原因，过去看法不统一，但归结起来不外乎内因和外因两种，简介如下：

1.内因 遗传素质：近视眼有一定遗传倾向，已被公认，对

高度近视更是如此。但对一般近视，这一倾向就不很明显。有遗传因素者，患病年龄较早，多在6.00d以上。但也有高度近视眼者，无家族史。高度近视眼属常染色体隐性遗传，一般近视眼属多因子遗传病。发育因素：婴儿因眼球较小，故均系远视，但随着年龄的增长，眼轴也逐渐加长，至青春期方发育正常。如发育过度，则形成近视，此种近视称为单纯性近视，多在学龄期开始。一般都低于6.00d。至20岁左右即停止发展。如幼年时进展很快，至15~20岁时进展更速，以后即减慢，这类近视常高于6.00d，可到20d~25d或30d。这种近视称为高度近视或进行性近视或病理性近视。此种近视到晚年可发和退行性变，因此视力可逐渐减退，配镜不能矫正视力。很少在出生时就有近视眼，但有极少数为先天性的。

2.外因即环境因素，从事文字工作或其他近距离工作的人，近视眼比较多，青少年学生中近视眼也比较多，而且从小学五、六年级开始，其患病率明显上升。这种现象，说明近视眼的发生和发展与近距离工作的关系非常密切。尤其是青少年的眼球，正处于生长发育阶段，调节能力很强，球壁的伸展性也比较大，阅读、收发室等近距离工作时的调节和集合作用，使肯外肌（主要是内直肌）对眼球施加一定的压力，眼内压也相应升高，随着作业的不断增加，调节和集合的频度和时间也逐渐增加，睫状肌和眼外肌经常处于高度紧张状态，调节作用的过度发挥可以造成睫状肌痉挛，从而引起一时性的视力减退。但经休息或使用睫状肌糜烂剂后，视力可能改善在完全恢复。因此，有人称这种近视为功能性近视或假性近视。但巩膜组织在眼外肌的长期机械性压迫下，球壁逐渐延伸，眼轴拉长，近视的程度也越来越深，而且不能

再被阿托品等所缓解。特别是青少年时期，不注意视觉卫生，是形成近视眼的直接原因。不注意全身健康更能促使近视眼的发展。最近有人用、“前瞻性研究”的方法，观察“环境与遗传因素在近视患病中所起的作用。”其法为对于原视力正常的学生，在两年后的随访中对影响近视的各种因素进行分析判断。其结果如在遗传因素方面：父母双方均无近视、一方有近视、双方均有近视的子女中，近视新患病率之比为1 2.6 3.8；在环境因素方面：课余阅读时间为1~2h 3h 4~5h的近视新患病率之比为1 2.1 3.2。因此，遗传和环境是影响学生发生近视的两个重要因素。另外，从广义上说，大气中微量元素的污染，营养成分的改变和不符合人体工程学要求的教具等，亦为客观因素，且均有影响学生近视发生的报道。但这些因素与看近引起近视相比较，则是次要的。

【临床表现】一、近视眼的分类 1.按照近视的程度 3.00d以内者，称为轻度近视眼。 3.00d~6.00d者为中度近视眼。 6.00d以上者为高度近视眼，双称病理性近视。 2.按照屈光成分 轴性近视眼，是由于眼球前后轴过度发展所致。 弯曲度性近视眼，是由于角膜或晶体表面弯曲度过强所致。 屈光率性近视眼，是由屈光间质屈光率过高所引起。 3.假性近视眼，又称调节性近视眼。是由看远时调节未放松所致。它与屈光成分改变的真性近视眼有本质上的不同。二、近视眼的临床表现 1.视力 近视眼最突出的症状是远视力降低，但近视力可正常。虽然，近视的度数愈高远视力愈差，但没有严格的比例。一般说，3.00d以上的近视眼，远视力不会超过0.1；2.00d者在0.2~0.3之间；1.00d者可达0.5，有时可能更好些。平均值；50%可信限；95%可信限。 2.视力疲劳 特别在

低度者常见，但不如远视眼的明显。系由于调节与集合的不协调所致。高度近视由于注视目标距眼过近，集合作用不能与之配合，故多采用单眼注视，反而不会引起视力疲劳。

3.眼位 由于近视眼视近时不需要调节，所以集合功能相对减弱，待到肌力平衡不能维持时，双眼视觉功能就被破坏，只靠一眼视物，另一只眼偏向外侧，成为暂时性交替性斜视。

若偏斜眼的视功能极差，且发生偏斜较早，可使偏斜眼丧失固视能力，成为单眼外斜视。

4.眼球 高度近视眼，多属于轴性近视，眼球前后轴伸长，其伸长几乎限于后极部。故常表现眼球较突出，前房较深，瞳孔大而反射较迟钝。由于不存在调节的刺激，睫状肌尤其是环状部分变为萎缩状态，在极高度近视眼可使晶体完全不能支持虹膜，因而发生轻度虹膜震颤。

5.眼底 低度近视眼眼底变化不明显，高度近视眼，因眼轴的过度伸长，可引起眼底的退行性改变。

豹纹状眼底：视网膜的血管离开视盘后即变细变直，同时由于脉络膜毛细血管伸长，可影响视网膜色素上皮层的营养，以致浅层色素消失，而使脉络膜血管外露，形成似豹纹状的眼底。

近视弧形斑视盘周围的脉络膜在巩膜伸张力量的牵引下，从乳头颞侧脱开，使其后面的巩膜暴露，形成白色的弧形斑。

如眼球后极部继续扩展延伸，则脉络膜的脱开逐步由乳头颞侧伸展至视盘四周，终于形成环状斑。此斑内可见不规则的色素和硬化的脉络膜血管。

黄斑部 可发生形成不规则的、单独或融合的白色萎缩斑，有时可见出血。此外，在黄斑部附近偶见有变性病灶，表现为一个黑色环状区，较视盘略小，边界清楚，边缘可看到小的圆形出血，称为foster-fuchs斑。

巩膜后葡萄肿 眼球后部的伸张，若局限于一小部分时，从

巩膜后葡萄肿 眼球后部的伸张，若局限于一小部分时，从

切片中可以看到一个尖锐的突起，称为巩膜后葡萄肿。这种萎缩性病灶如发生在黄斑处，可合并中心视力的操作。锯齿缘部囊样变性。

### 6.并发症及后发症

玻璃体液化、混浊和后脱离：自觉症状较为多见的是飞蚊症，患者感到眼前有黑点飘动。好像蚊子飞动。它往往伴有眼前光芒，火星闪光等感觉。尤以高度近视眼较为明显。

晶体混浊。视网膜裂孔，视网膜脱离。

青光眼有人用压平眼压计调查证明，高度近视眼发生开角型青光眼的患病率比正常人高6~8倍。

暗适应时间延长由于高度近视眼的色素上皮细胞发生病变后必然影响视细胞的光化学的反应过程所致。

### 【预防】近视眼的病因比较复杂，有遗传和环境两种主要因素。在目前尚不能用遗传工程的办法来改造遗传基因的情况下，近视眼的防治重点，应放在改善视觉环境方面。

#### 1.大力做好宣传教育工作

成立防治近视眼的专门机构。使防治近视工作有组织，有计划地进行。定期检查学生视力，建立学生视力档案，发现视力降低者，应及时进行检查矫治。

#### 2.改善视觉环境

教室的采光及照明力求标准化。窗的透光面积与室内地面积之比不低于1/6。黑板不应有反光，并保持包乌黑或墨绿色。桌面上的照度不低于100lx。光线应从左侧或左前方射来，写字时不使手的阴影遮住光线。

课桌椅要符合人体工程学的要求，适合于儿童身长及年龄的特征，使上课或做作业时，能保持正确的体位与姿势。

阅读。写字时，眼睛离桌面的距离应保持在30cm左右，不能小于23cm。

### 养成良好的读写习惯和姿势：

作业时间不宜过长，学习45分钟后，应休息10~15分钟或向远方眺望，使睫状肌得到适当休息。也可作眼保健操。不要躺在床上看书，不在走路和开动的车厢里看书，也

不要在强烈的阳光下或暗的路灯下阅读、写字，更不能在近距离下长时间看电视节目，以免引起视疲劳和调节紧张。3. 注意锻炼身体和营养，减轻学习负担，增强体质。4.减少遗传因素的影响 近视眼与遗传有密切关系，双方均为高度近视者，结婚后遗传机率极高，应注意优生。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](http://www.100test.com)