

弱视\_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\\_\\_E5\\_BC\\_B1\\_E8\\_A7\\_86\\_\\_E7\\_9C\\_BC\\_c22\\_611577.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_BC_B1_E8_A7_86__E7_9C_BC_c22_611577.htm)

眼部无明显器质性病变，或者有器质性改变及屈光异常，但与其病变不相适应的视力下降和不断矫正或矫正视力低于0.9者均为弱视，可以发生于一眼或两眼。弱视（amblyopia）中最重要的为斜视性弱视，半数以上的弱视与斜视有关，从症状上来看，斜视为眼位异常，弱视是视力异常。两者关系如马车的两个轮子，屈光不正则象车轴，它粘结着两个车轮。弱视可以形成斜视，斜视可以导致弱视。弱视除与斜视有关的斜视性弱视外，尚有屈光异常、屈光参差等所形成的弱视。有屈光异常者不能得到矫正，就是增加照明或增强注视目标的对比度时，往往也不能使视觉得到改善。【治疗措施】根据弱视程度和注视性质的不同，可选择不同的治疗方法如下：（一）中心注视性弱视一致主张采用主导眼全遮盖法即传统遮盖法（conventional occlusion），强迫弱视眼注视，并嘱在家做些描图、穿针、穿珠子等训练（精细目力的工作），以促进视力提高。（二）旁中心注视弱视各家意见不同，有些学者主张仍用主导眼遮盖法，认为弱视眼经强迫作注视眼后能自动改变旁中心注视为中心注视，并增进视力。亦有学者主张手术前宜先使旁中心注视转变为注视。才能在术后保持正视位，采用的方法有：1.增视疗法：采用有闪光装置的后像镜，以强光束照射黄斑以外的视网膜（假黄斑），闪光刺激前以镜中直径为3度或5度的黑色圆点遮住黄斑区，不使黄斑受强光照射，然后嘱病人看白色屏幕上黑色“ ”的中心点，待产生负后像，即见

一照亮的中心被一暗圈围绕着，借以训练正常黄斑注视功能，经多次治疗后，将旁中心注视转变为中心凹注视，以达到增视的目的。治疗期间弱视眼必须遮盖，直到中心凹注视重新建立，待视力增至0.6~0.7时，可用同视机进行双眼视训练或手术矫正眼位后进行训练。

2.光栅刺激疗法：不同空间频率的黑白条纹或手术矫正眼位后进行训练。刺激治疗机，最容易使视觉神经轴突得到活化。刺激治疗机有一个旋转的光栅，上方置一块透明图案板，让患儿遮闭健眼在描绘趣味图案的过程中接受背景潜在的光栅刺激，使视兴奋，达到治疗效果，治疗后不必遮盖健眼。

(三)红色滤光片疗法由于典斑区锥状细胞对红光较敏感，因此在弱视眼镜上加一红色滤光胶片（波长620~760nm），同时遮盖主导眼，能促使旁中心注视转变为中心凹注视，当注视性质转变后，可取消红胶片，继续用传统遮盖法治疗。游走性和黄斑旁注视眼用红胶片疗法尤为适宜。

(四)压抑疗法（penalization）1958年psandl和pouliquen分别介绍此法。治疗原则是利用光学及药物方法减弱主导眼视力，同时促进弱视眼的功能，因无需遮盖，患儿容易接受，常使用的方法有下列数种：

- 1.抑制主导眼看近：方法是主导眼每日滴1%阿托品，戴矫正镜片，弱视眼戴过矫2.00d镜片，迫使弱视眼单独进行阅读或做近工作，适用于严重弱视，有或无旁中心注视者。
- 2.抑制主导眼看远：方法是主导眼每日滴1%阿托品，戴过矫3.00d镜片，只能看近，弱视眼戴矫正镜片，迫使单独看远，适用于轻度弱视或防止弱视复发及治疗异常视网膜对应。
- 3.选择性压抑：方法是主导眼点阿托品，戴矫正镜片，弱视眼给过度矫正2.00d，采用双光镜片，促使看近并消除调节性内斜视，适应症是弱视已基

本纠正，但有调节性集合过程看近时有内斜者。4.交替压抑：方法是配二付眼镜，一副使右眼过矫 3.00d，另一副使左眼过矫 3.00d，不滴阿托品药水，每日交替换戴眼镜，适应症为双眼视力已基本相等，但异常网膜对应尚未纠正者；或因某种原因暂不能进行手术者，对年幼儿童斜视初期可预防弱视和发生异常网膜对应。弱视治疗疗效评价标准1.无效：包括视力退步、不变或仅提高一行者。2.进步：视力增进二行及二行以上者。3.基本痊愈：视力恢复到 0.9者。4.痊愈：经过三年随访，视力保持正常者。注：若有条件，可同时接受其他视功能训练，以求恢复双眼单视。【病因学】一、斜视性弱视发生在单眼，患儿有斜视或曾有过斜视，常见于四岁以下发病的单眼恒定性斜视患者，其由于大脑皮质主动抑制斜眼的视觉冲动，长期抑制形成弱视，视觉抑制和弱视只是量的差别，一般为斜眼注射时可以解除抑制，而弱视则为持续性视力减退。斜视发生的年龄越早，产生的抑制越快，弱视的程度越深。二、屈光参差性弱视因两眼不同视，两眼视网膜成像大小清晰度不同，屈光度较高的一眼黄斑部成像大而模糊，引起二眼融合反射刺激不足，不能形成双眼单视，从而产生被动性抑制，两眼屈光相并3.00d以上者，屈光度较高常形成弱视和斜视。以至被动性和主动性抑制同时存在。弱视的深度不一定与屈光参差的度数有关，但与注视性质有关，旁中央注视者弱视程度较深，这类弱视的性质和斜视性弱视相似，是功能性的和可逆的。临床上有时也不易区分弱视是原发于屈光参差，还是继发于斜视，此型如能早期发现，及时配戴眼镜，可以预防。三、屈光不正性弱视多为双眼性，发生在高度近视、近视及散光而未戴矫正眼镜的儿童或成

年人，多数近视在6.00d以上，远视在5.00d以上，散光 2.00d或兼有散光者。双眼视力相等或相似，并无双眼物像融合机能障碍，故不引起黄斑功能性抑制，若及时配戴适当眼镜，视力可逐渐提高。四、废用性弱视（形觉剥夺性弱视）在婴儿期，由于上睑下垂，角膜混浊，先天性白内障或因眼睑手术后遮盖时间太长等原因，使光刺激不能进入眼球，妨碍或阻断黄斑接受形觉刺激，因而产生了弱视，故又称遮断视觉刺激性弱视。五、先天性弱视或器质性弱视 由于出生时黄斑出血，导致锥细胞排列不规则，在婴儿出生后双眼形成以前发生，因而预后不好。有些虽然视网膜及中枢神经系统不能查出明显的病变，目前仍认为属器质性病变，因现有检查方法不能发现，此型为恒定性弱视，治疗无效。【临床表现】一、视力和屈光异常弱视眼与正常眼视力界限并不十分明确，有的病人主诉视力下降，但客观检查，视力仍然1.0或1.2。这可能是患者与自己以前视力相比而感到视力下降。此外，可能在中心窝的视细胞或其后的传导系统有某些障碍，有极小的中心暗点，自觉有视力障碍，而在客观上查不出。如果弱视眼无器质性改变，而其视力在0.01以上，0.2以下者，多伴有固视异常。弱视与屈光异常的关系，远视眼占的经重多，2.00d轻度远视占弱视的37.7%，近视出现轻度弱视的多，故弱视与远视程度高者有密切关系。斜视性弱视的重度弱视光斜视比外斜视多见。可能由于内斜视较外斜视发病要早的缘故。二、分读困难或称拥挤现象。用相同的视标、照明度和距离检查视力时，视标的间隔不同所测的值示不同。分读困难是弱视的一个特征。分读困难就是弱视眼识别单独视标比识别集合或密集视标的要好。即对视力表上的单开字体

(如e字)分辨力比对成行的字要强。分读困难的原因有多种说法：认为长期持续的存在着斜视致使锥体细胞群发生局限的轴向变化。看视标呈现向一侧歪扭变形而与其方向的视标相重。三、弱视只发生在幼儿双眼弱视是出生后至9岁期间逐步发展形成的。在此发展时期若出现斜视或形觉丧失等原因可导致缔视。9岁以后即使有上述原因也不会发生弱视。四、弱视只发生在单眼视病人若交替使用两眼者不会发生弱视。五、固视异常弱视较深者由于黄斑固视能力差，而常以黄斑旁的网膜代替黄斑作固视。偏心固视是指中心窝外固视，其形成的学说很多，但其表现有中心凹旁固视、周边固视、黄斑旁固视、游走性固视。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)