

屈光性调节性内斜视眼位回退的临床观察

陈自新,董 凤,张 婷

作者单位:(435002)中国湖北省黄石市,爱尔眼科集团黄石爱尔眼科医院

作者简介:陈自新,男,主治医师,研究方向:小儿眼科。

通讯作者:董凤,女,医师,医学硕士,研究方向:小儿眼科。
feng1029@gmail.com

收稿日期:2009-12-25 修回日期:2010-01-27

Clinical observation of eye position regression after refractive accommodative esotropia

Zi-Xin Chen, Feng Dong, Ting Zhang

Aier Eye Hospital of Huangshi, Aier Eye Group, Huangshi 435002, Hubei Province, China

Correspondence to: Feng Dong. Aier Eye Hospital of Huangshi, Aier Eye Group, Huangshi 435002, Hubei Province, China.
feng1029@gmail.com

Received:2009-12-25 Accepted:2010-01-27

Abstract

• AIM: To observe and analyze eye position regression after refractive accommodative esotropia correction.

• METHODS: A total of 120 cases of patients, with first diagnosed age of 1.5 to 3 years old, were treated with 10g/L atropine eye ointment every night and dilated retinoscopy a week after showed refraction in the +2.00 ~ +10.00D, astigmatism in the 0 ~ +4.00D, refractive irregular 0 ~ +4.00D. +0.50D was subtracted at most from the dilated retinoscopy degree for the largest amount of optical correction. Minimum age for wearing glasses was 1.5 years old, amblyopia was treated at the same time. Atropine mydriasis optometry was reused every three months of return visit. Diopter was adjusted according to the results of optometry.

• RESULTS: After follow-up of 5 years, eye position regression occurred in 19 cases of 120 cases with slope greater than +15°. Regression occurred at 4 to 12 years old.

• CONCLUSION: Refractive accommodative esotropia has an eye position regression rate of 13%-17%, which is due mainly to age of onset, no wearing glasses correction after onset and non-binocular single vision function. Early detection, early wearing glasses correction is an important means to reduce the refractive accommodative eye position regression.

• KEYWORDS: refractive accommodative esotropia; eye position regression; clinical observation

Chen ZX, Dong F, Zhang T. Clinical observation of eye position

regression after refractive accommodative esotropia. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(3):604-605

摘要

目的:观察分析屈光性调节性内斜视矫正后眼位回退。

方法:选120例患者,初诊年龄1.5~3岁,初诊时用10g/L阿托品眼膏每晚点眼,1wk后散瞳检影,屈光度在+2.00~+10.00D,散光在0~+4.00D,屈光参差0~+4.00D,在散瞳检影的度数上最多减去+0.50D作大量的光学矫正。戴镜最小年龄为1.5岁,有弱视者同时治疗弱视。每3mo复诊重新用阿托品散瞳验光,根据验光结果调整屈光度。

结果:随访5a,在120例中19例发生眼位回退,回退内斜度>+15°,回退发生年龄在4~12岁。

结论:屈光性调节性内斜视眼位回退率13%~17%,发生原因主要与发病年龄、发病后未及时戴镜矫正和无双眼单视功能有关。早期发现,早期戴镜矫正是减少屈光性调节性眼位回退的重要手段。

关键词:屈光性调节性内斜视;眼位回退;临床观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.03.072

陈自新,董凤,张婷. 屈光性调节性内斜视眼位回退的临床观察. 国际眼科杂志 2010;10(3):604-605

0 引言

屈光性调节性内斜视属于后天性共同性内斜视之一,其主要原因是中高度远视和双眼单视功能不完善,外展融合储备力不足造成过度调节,辐辏过强而引起内斜视(本型患者AC/A比值正常),充分散瞳或戴镜后内斜视消失,戴镜治疗多数患者内斜视即能矫正且双眼单视功能慢慢恢复,但眼位得到矫正的部分患者一段时间后又慢慢发生回退。我院观察随访120例患者,19例出现回退。分析讨论如下。

1 对象和方法

1.1 对象 所观察的120例年龄需在1.5~3岁,少数患儿7~8岁,平均2.5岁。初诊时用10g/L阿托品眼膏点眼,每晚1次,散瞳1wk后检影验光,屈光度多为+2.00~+10.00DS,散光多为:0~4.00DC,多数患儿合并弱视。

1.2 方法 根据散瞳检影结果,在少减生理调节度数的基础上(最多减去+0.50D),作大量的光学矫正。有弱视者同时行系统的弱视治疗。每3mo复查,散瞳验光,调整度数。多数患者1a左右内斜视均能矫正。本院观察随访120例5a,19例发生眼位回退,结果诊断为屈光性调节性内斜视眼位回退。

2 结果

对120例患者进行随访观察,19例发生眼位回退,回退率15.8%,眼位回退内斜度均 $\geq +15^\circ$ 具体的观察结果如表1,统计学处理用SPSS 13.0软件进行分析,组间比较用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。其中,组1为年龄<1.5岁组,组2为年龄在1.5~3岁组,组3为年龄>3

表 1 眼位回退与内斜视发生年龄

年龄组	观察例数	眼位回退例数	回退率(%)
≤1.5岁	13	1	7.7
1.5~3岁	31	3	9.7
>3岁	76	15	19.7

组间比较均有 $P \leq 0.05$ 。

表 2 眼位回退与戴镜年龄

戴镜年龄	观察例数	眼位回退例数	回退率(%)
≤1.5岁	9	1	11.1
1.5~3岁	22	3	13.6
>3岁	89	15	16.8

组间比较均有 $P \leq 0.05$, 眼位回退与发生内斜视后戴镜的年龄相关, 发生内斜后戴镜年龄较早眼位回退较少。

表 3 眼位回退与视网膜对应情况

视网膜对应性质	观察例数	眼位回退例数	回退率(%)
正常	109	14	12.8
异常	11	5	45.4 ^a

^a $P < 0.05$ vs 正常组。

表 4 眼位回退与屈光度情况

屈光度(D)	观察例数	眼位回退例数	回退率(%)
≤ +3.00	21	2	9.5
+3.00 ~ +6.00	77	14	18.2 ^a
> +6.00	22	3	13.6

^a $P < 0.05$ vs ≤ +3.00D 组。

岁组。眼位回退与内斜视发生年龄相关: 内斜发生年龄较小, 眼位回退较多。三组间比较均有 $P < 0.05$, 均有统计学差异(表 1)。眼位回退与发生内斜视后戴镜的年龄相

关: 发生内斜后戴镜年龄越早眼位回退越少(表 2)。眼位回退与视网膜对应关系: 正常视网膜对应发生回退少, 异常视网膜对应发生回退多(表 3)。眼位回退与屈光度有关: 中度远视发生较多, 低、高度远视发生较少(表 4)。

3 讨论

屈光性调节性内斜视的眼位回退发生率因受多种因素的影响, 统计差异较大, 眼肌专家郭家驹统计分析为 13% ~ 17%。发病年龄的大小影响眼位回退。本组病例观察发现发病年龄越小回退率越高, 分析主要原因是小儿内直肌强直收缩, 弹性较差。眼位回退发生的重要因素为发病后没能及时戴镜矫正, 本组观察 > 3 岁回退率高达 19.7%, 因此强调必须早期戴镜矫正, 且在戴镜矫正过程中, 减度数和摘镜要相当慎重, 尽量少减度数和延长戴镜时间, 以刺激外展融合机制的发育^[1]。双眼单视功能是影响眼位回退的又一重要因素, 本组观察有正常视网膜对应和无正常视网膜对应者眼位回退发生率各为: 12.8%; 45.4%。显然无正常视网膜对应的眼位回退率较高。因此, 治疗恢复双眼单视功能环节也很重要, 尤其有弱视者要强调系统规范的弱视治疗。一般认为, 低、高度远视调节性内斜视发生回退少, 原因是低度远视通过治疗和随年龄增长逐渐变成正视, 内斜容易消失, 高度远视因视力不好而少用调节, 内斜容易改善, 中度远视眼位回退发生较多。屈光性调节性内斜视主要重视早期发现, 要求家属配合, 督促患儿进行早期戴镜矫正治疗, 同时治疗弱视和屈光不正, 保持和恢复双眼单视功能, 这样才能尽量避免屈光性调节性内斜视少发生。

参考文献

1 阎洪禄, 高建鲁. 小儿眼科学. 北京: 人民卫生出版社 2002