

传统遮盖对儿童弱视的疗效观察

李 琳 潘秀华

传统遮盖法又称常规遮盖法, De Buffon (1743)首先提出用矫正屈光不正和遮盖健眼来治疗弱视, 并认为是治疗弱视的首选方法。Callahan (1968)报道用本方法的同时, 可用弱视眼做些精细用眼工作, 以刺激视觉促进视力提高。其后, Malik (1970)、Gregerson (1974)、刘家琦等^[1, 2]对各种治疗方法做了对比, 均认为遮盖健眼加用精细用眼工作, 是治疗弱视的有效方法。

我科近几年来采用传统遮盖加精细用眼工作治疗儿童弱视, 现将记录比较完整的 60 例 (106 眼)疗效分析如下。

方 法

治疗前常规检查远、近视力、外眼、眼底、注视性质(视镜), 用 1%阿托品眼膏 1 日 3 次, 连续 3 天后验光, 待瞳孔恢复后复验配镜。戴镜 1~2 月后复查视力, 根据两眼视力情况, 确定不同遮盖方式。单眼弱视者, 嘱遮盖健眼 6 天开放 1 天(6:1)。双眼弱视而视力相差 2 行以上者, 则根据两眼视力差别, 进行 5:2 或 4:3 的交替遮盖。在整个治疗过程中嘱多做精细用眼工作。定期复查, 对学龄前儿童要求半月~1 月 1 次, 7 岁以上者 1~2 月 1 次。

疗效分析

60 例弱视儿童, 男性 37 人 (64 眼), 女性 23 人 (42 眼)。年龄 3 岁~10 岁, 平均 5 岁。治疗时间 8 个月~4.5 年, 平均为 2 年 5 个月。

弱视的定义、分类、疗效评价, 均采用 1987 年 10 月全国儿童弱视、斜视防治学组所定标准^[3]。统计学处理采用 χ^2 检验。

1. 年龄与疗效 见表 1。

经治疗 3~6 岁组视力 ≥ 0.9 者占 66.67%, 高于 7~10 岁组的 40.00% ($P < 0.05$); 而 7~10 岁组的无效率为 32%, 高于 3~6 岁组的 8.64%, ($P < 0.01$)。

表 1 年龄与疗效的关系 眼(%)

年龄(岁)	眼	基本治愈	进 步	无 效
3~6	81	54(66.67)	20(24.69)	7(8.64)
7~10	25	10(40.00)	7(28.00)	8(32.00)
合 计	106	64(60.38)	27(25.47)	15(14.15)

弱视的治疗与年龄有密切关系, 年龄越小, 疗效越高。

2. 弱视程度与疗效 见表 2。

经治疗轻度弱视视力达 ≥ 0.9 者为 91.18%; 中度占 50%; 而重度仅 35%。3 组间差异有极显著性 ($P < 0.01$), 弱视程度越重疗效越差。

表 2 弱视程度与疗效 眼(%)

弱视程度	眼	基本治愈	进 步	无 效
轻 度	34	31(91.18)	2(5.88)	1(2.94)
中 度	52	26(50.00)	18(34.62)	8(15.38)
重 度	20	7(35.00)	7(35.00)	6(30.00)
合 计	106	64(60.38)	27(25.47)	15(14.15)

3. 注视性质与疗效 见表 3。

经治疗视力 ≥ 0.9 者, 中心注视组 85.45%, 旁中心注视组 33.33%。前者疗效明显高于后者, 二组间差异有极显著性 ($P < 0.001$)。

4. 旁中心注视的转变与疗效 见表 4。

作者单位: 250021 济南山东省立医院眼科

在初诊时 51 眼旁中心注视, 经治疗基本治愈 17 眼, 均转变为为中心注视, 进步 22 眼中 5 眼转变成为中心注视。

表 3 注视性质与疗效 眼(%)

注视性质	眼	基本治愈	进 步	无 效
中心注视	55	47(85.45)	5(9.09)	3(5.45)
旁中心注视	51	17(33.33)	22(43.14)	12(23.53)
合 计	106	64(60.38)	27(25.47)	15(14.15)

表 4 注视性质的转变与疗效 眼

疗 效	眼	变为中心注视	维持原状
基本治愈	17	17	0
进 步	22	5	17
无 效	12	0	12
合 计	51	22	29

5. 弱视类型与疗效 见表 5。

经治疗屈光不正性弱视视力达 ≥ 0.9 者 61.91%, 屈光参差性弱视 33.33%, 斜视性弱视中视力 ≥ 0.9 者, 调节性内斜视者 76.32%, 部分调节性及非调节性内斜视者 35.71%。经统计学处理 3 种弱视类型疗效差异无显著性 ($P > 0.05$)。

表 5 弱视类型与疗效 眼(%)

弱视类型	眼	基本治愈	进 步	无 效
屈光不正性	42	26(61.91)	12(28.57)	4(9.52)
屈光参差性	12	4(33.33)	4(33.33)	4(33.33)
调 节 性 内 斜 视	38	29(76.32)	5(13.65)	4(10.53)
部分及非调 节性内斜视	14	5(35.71)	6(42.86)	3(21.43)
合 计	106	64(60.38)	27(25.47)	15(14.15)

讨 论

本文对 60 例 106 只弱视眼用传统遮盖法

结合精细用眼工作治疗结果进行分析, 基本治愈者 64 眼(60.38%), 进步者 27 眼(25.47%), 其有效率达 85.85%, 无效者 15 眼为 14.15%。

本法疗效与弱视儿童年龄、弱视程度、弱视眼注视性质有明显关系, 与其它治疗方法相符。屈光不正性弱视及调节性内斜视者疗效最好, 有效率达 90%。

常规遮盖健眼能否使旁中心注视更加顽固? 本组初诊时 51 眼旁中心注视, 常规遮盖后 22 眼转变为为中心注视, 故对此疑问应进一步探讨。

遮盖性弱视问题。临床观察中, 对婴幼儿即使短暂遮盖一眼, 亦可引起形觉剥夺性弱视。但本文弱视儿童皆在 3 岁以上, 并在传统遮盖治疗中, 对单眼弱视者遮盖健眼 6 天开放 1 天(6:1), 两眼视力相差 2 行以上的双眼弱视, 采用交替遮盖, 并定期复查。治疗中无一例遮盖性弱视发生。一旦发生健眼视力下降, 可暂停遮盖几天, 健眼视力均能恢复。

对伴有调节性内斜视者的传统遮盖过程中须经常注意眼位情况, 半年到 1 年散瞳验光 1 次, 酌情减低正球镜屈光度。

治疗儿童弱视应当选择疗效高、简单易行, 家长负担少的方法。本疗法基本符合上述要求, 只要取得家长密切配合, 传统遮盖确实是治疗弱视的有效方法。

本文承蒙龚鹏基教授指导, 特此致谢。

参 考 文 献

1. 刘家琦, 郭静秋. 儿童弱视的治疗前景. 中华眼科杂志, 1980, 16: 120.
2. 郭静秋, 刘家琦. 弱视的视觉生理刺激疗法. 中华眼科杂志, 1982, 18: 129.
3. 弱视的定义、分类及疗效评价标准. 中华眼科杂志, 1990, 26: 127.

(本文编辑: 任华明)