

# 集中综合法治疗儿童弱视 13 842 例

黄丽萍,李学喜,陈清清,刘丽娜,李玉翠  
(解放军第 180 医院眼科,福建泉州 362000)

[关键词] 儿童;弱视;集中综合法  
中图分类号: R47 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)03-0258-02

弱视是儿童常见的眼病,不仅视力低下,而且没有完善的视功能,影响儿童身心健康。其发病主要原因是屈光不正、斜视,其次是屈光参差和形觉剥夺。国内发病率为 2%~4%<sup>[1]</sup>,且发病率呈逐渐上升的趋势,为探讨有效的治疗方案,对本科采用集中综合法治疗的儿童弱视病例进行回顾性分析。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 13 842 例弱视患儿中,男 7 891 例;女 5 951 例,年龄均在 4~18 岁,平均 7.86 岁,随访 1~3 年,平均 20 个月。

**1.2 检查方法** 每个患儿治疗前常规检查视力、眼位、眼球运动、眼前节、屈光间质、眼底、注视性质。睫状肌麻痹后检影验光。近年来引进弱视视诱发电位及目前国内最先进的同视机进行客观视功能检查。

**1.3 治疗方法** 每天患儿集中在弱视训练室,由专职医务人员指导与督促治疗,上下午各一次,半个月为一疗程。配戴合适矫正眼镜,采用传统遮盖法进行红光闪烁、CAM(光栅视觉刺激)、海丁格氏刷治疗,旁中心或斜视者加后像治疗,配合思利巴等药物治疗。远视性患儿增加多媒体光盘训练,近年来采用图形视诱发电位个性化光盘刺激治疗,视力 $\geq 0.6$ 者行同视机视功能训练。在治疗的间歇时间,患儿还可以使用本科自制的适合不同年龄与性别爱好的有趣图形插板做精细目力训练。近年来加强治疗过程的护理干预、心理疏导,设立弱视儿童乐园、弱视家长俱乐部。

**1.4 评价标准** 弱视的诊断标准、分类、性质、程度及疗效评估按照 1996 年 4 月全国儿童弱视、斜视防治学组制定的标准进行诊断分类和疗效评价<sup>[2]</sup>。

**1.5 统计学处理** 将调查结果录入 SPSS13.0 软件进行统计学处理,采用百分率、 $\chi^2$  检验等。

## 2 结果

**2.1 弱视性质** 本组 13 842 例,27 684 只眼,屈光不正性弱视 15 477 只眼,占 55.91%;屈光参差性弱视 5 259 只眼,占 18.99%;斜视性弱视 5 971 只眼,占 21.57%;其他性质弱视 977 只眼,占 3.53%。轻度弱视 7 147 只眼,占 25.82%;中度弱视 15 499 只眼,占 55.99%;重度弱视 5 038 只眼,占 18.19%;中心注视 22 104 只眼,占 79.84%;旁中注视 5 580 只眼,占 20.16%。

**2.2 弱视年龄与疗效** 从弱视治疗年龄与疗效比较得出(表 1),不同年龄组都弱视治疗总有效率有显著性差异( $P<0.001$ ),年龄越小,治疗效果越好。学龄前儿童弱视治疗效果明显优于 10 岁以上儿童( $P<0.001$ )。

表 1 弱视治疗年龄与疗效比较					
年龄(岁)	例数	疗效[眼数(%)]			总有效率(%)
		治愈	进步	无效	
3~5	6 232	4 438 (71.21)	1 621 (26.01)	173 (2.78)	97.22
6~8	9 207	6 753 (73.35)	2 100 (22.81)	354 (3.85)	96.15
9~11	8 376	5 629 (67.21)	2 372 (28.32)	375 (4.47)	95.53
>12	3 869	1 463 (37.81)	2 203 (56.94)	203 (5.25)	94.75
合计	27 684	18 283 (66.04)	8 432 (30.46)	969 (3.5)	96.50

**2.3 弱视类型与疗效** 见表 2。屈光不正性弱视效果最好,与斜视性弱视及屈光参差性弱视相比较,差异有统计学意义( $P<0.001$ )。而斜视性弱视与屈光参差性弱视治愈率比较,两组间无统计学意义( $P>0.05$ )。

作者简介:黄丽萍(1967-),女,福建泉州人,本科,主管护师,从事眼科护理工作。

表 2 弱视类型与疗效比较

弱视类型	例数	疗效[眼数(%)]			总有效率 (%)
		治愈	进步	无效	
屈光不正性	15 477	12 308 (79.52)	3 169 (20.48)	0 (0)	100
屈光参差性	5 259	3 111 (59.16)	1 800 (34.23)	348 (6.62)	94.02
斜视性	5 971	2 706 (45.32)	2 810 (47.06)	455 (7.62)	93.42
其他	977	158 (16.17)	653 (66.84)	166 (16.99)	83.01
合计	23 684	18 283 (66.04)	8 432 (30.46)	969 (3.5)	96.50

2.4 弱视程度与疗效 弱视程度越轻,疗效越好,程度越严重,治疗效果越差,不同程度弱视之间的疗效差异有统计学意义( $P<0.001$ ),见表 3。

表 3 弱视程度与疗效比较

弱视程度	例数	疗效[眼数(%)]			总有效率 (%)
		治愈	进步	无效	
轻	7 147	7 108 (99.45)	39 (0.55)	0 (0)	100
中	15 499	10 136 (65.4)	5 043 (32.54)	320 (2.06)	97.94
重	15 499	1 039 (20.62)	3 350 (66.5)	649 (12.88)	87.12
合计	27 684	18 283 (66.04)	8 432 (30.46)	969 (3.5)	96.50

2.5 注视性质与疗效 从注视性质与疗效关系(表 4)可以得到,中心注视者的疗效明显高于旁中心注视,两组间差异有统计学意义( $P<0.001$ )。

表 4 注视性质与疗效比较

注视性质	例数	疗效[眼数(%)]			总有效率 (%)
		治愈	进步	无效	
中心注视	22 104	14 962 (67.69)	6 740 (30.49)	402 (1.82)	98.18
旁中心注视	5 580	2 421 (43.39)	2 592 (46.45)	567 (10.16)	89.84
合计	27 684	18 283 (66.04)	8 432 (30.46)	969 (3.5)	96.50

3 讨 论

3.1 弱视是视功能在发育时期受到抑制所致 目前治疗方法很多,但主要是通过消除对弱视眼的抑制,提高视力,建立双眼单视功能。通过资料分析,

弱视治疗效果与患儿治疗年龄、弱视程度、弱视类型即注视性质等因素密切相关。年龄越小治疗效果越好<sup>[3]</sup>,屈光不正性弱视治疗效果优于斜视性弱视和屈光参差性弱视等,中心注视性弱视的治疗效果优于旁中心注视性弱视。

3.2 矫正屈光不正是治疗弱视基础 首先应准确验光,配戴合适的矫正眼镜,使视网膜获得清晰的物象。矫正镜片度数越准确,视网膜成像越清晰,越能促进空间频率敏感细胞的兴奋性,减少持续通道功能抑制,促进眼球发育<sup>[4]</sup>。遮盖法是治疗单眼弱视最基本手段也是最重要的方法,它可以清除对弱视眼的抑制作用。增视训练包括 CAM、红光闪烁、海丁格刷、后像治疗等。CAM 可以刺激视皮层都细胞产生活动反应。红光闪烁可以对黄斑区锥体细胞不断刺激,同时激发了锥体细胞都兴奋性。海丁格刷、后像治疗可使旁中心注视转为中心注视,并有助于中心视力都提高。精细目力训练可以通过患者手、眼、脑的协调作用,消除对弱视眼的抑制作用<sup>[5]</sup>。

3.3 近年来眼科界公认儿童弱视的集中综合治疗效果较单一疗法好<sup>[5]</sup> 本科自 1984 年后开展集中综合法治疗弱视,尤其近几年添置先进设备、增加专职人员、检查诊断不断完善,治疗效果逐渐提高,弱视治疗总有效率已达 96.50%。在医院患儿可以接受最先进的检查与治疗,在医务人员指导与督促下,患儿能集中时间、精力,专心训练,可以随时调整治疗方案。本组患儿又能在专为儿童建造的动漫式环境中训练,氛围好,克服枯燥感与厌烦心理。弱视家长俱乐部的成立,加强了医院与家庭间的沟通,得到了家长的配合,有利于坚持治疗。理想的集中综合治疗法应采用幼儿园式的管理模式,优点在于家长不用全天陪护,患儿也比较听话,治疗时间及注意力更有保证。

参 考 文 献

[1] 惠延年. 眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:188-189.  
[2] 甘晓玲. 弱视的定义、分类及疗效评价标准[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志,1996,4(3):97.  
[3] 王建平. 弱视治疗的远期疗效观察[J]. 国际眼科杂志,2007,7(5):1485-1486.  
[4] 郭静秋. 弱视的治疗原则及注意事项[J]. 中华眼科杂志,1996,32(4):316-317.  
[5] 韩 兵. 综合疗法治疗儿童弱视 138 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2008,8(7):1650-1651.

(收稿日期:2009-02-16)

(本文编辑:孙军红)