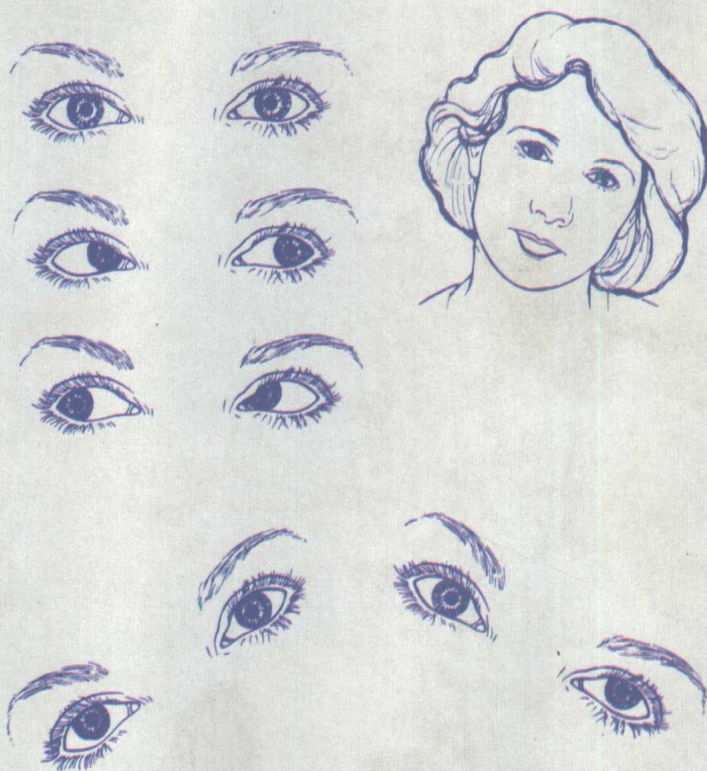


Management of Strabismus and Amblyopia — A Practical Guide

斜视和弱视处理指南

〔加拿大〕 John A. Pratt-Johnson 著
Geraldine Tillson

王林农 主译



海洋出版社

斜视和弱视处理指南

[加拿大] John A. Pratt-Johnson 著
Geraldine Tillson
王林农 主译

海洋出版社

1999年·北京

图书在版编目(CIP)数据

斜视和弱视处理指南/(加拿大)普拉特-约翰逊(Pratt-Johnson, J. A.), (加拿大)提勒逊(Tillson, G)著;王林农译. - 北京:海洋出版社, 1999.8

ISBN 7-5027-4684-6

I. 斜… II. ①普… ②提… ③王… III. ①斜视-诊疗-指南
②弱视-诊疗-指南 IV. R777.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 06811 号

版 权 声 明

本书英文版《Management of Strabismus and Amblyopia - A Practical Guide》由 Georg Thieme 出版公司出版,版权归 Georg Thieme 出版公司所有。本书中文版经 Georg Thieme 出版公司授权出版。未经出版者书面许可,本书的任何部分不得以任何形式或任何手段复制或传播。

图字:01-1999-1023 号

责任印制:刘志恒

海洋出版社 出版发行

(100081 北京市海淀区大慧寺路 8 号)

北京海洋印刷厂印刷 新华书店发行所经销

1999 年 8 月第 1 版 1999 年 8 月北京第 1 次印刷

开本:787×1092 1/16 印张:14.5

字数:371 千字 印数:1~5000 册

定价:30.00 元

海洋版图书印、装错误可随时退换

译 序

斜视的外观已经越来越被人们重视,绝大多数斜视患者和家长苦恼的仅仅是外观上的“畸”形,其实,尤其是儿童斜视者一眼常常有视功能障碍,如弱视。这种视功能障碍如果失去治疗机会,则将会导致终身的视功能缺陷。

斜视的病种复杂,诊断和治疗也极其专业化。绝大多数的一般眼科医师相对地缺乏相关的基础理论知识和临床诊疗经验,在斜视、弱视的诊疗过程中,或失之于粗,或束手无良策。

近年来,国内外“斜视、弱视”的专著文献,丰富多彩,各有特色,John A. Pratt-Johnson 和 Geraldine Tillson 所著《Management of Strabismus and Amblyopia》一书,其特色在于:(1) 理论知识具有临床实践性;(2) 临床诊断和治疗具有较强的逻辑性;(3) 其个人成熟的诊疗经验具有相对的独创性。

南京市第一医院眼科王林农主任,勤奋好学,刻苦钻研,是江苏省年轻有为的眼科医师,在繁忙的医疗、教学和科研工作之余,译成此书。这将有助于促进我国眼科斜视、弱视专业诊断和治疗水平的进一步提高。本书将是我国眼科临床医师和斜视、弱视工作者的极有价值的临床参考书。

中华医学会江苏眼科学会主任委员
南京医科大学眼科教研室主任、教授

卞春及

于南京医科大学附属南京第一医院

1999年1月28日

序

一个人要同时具有渊博学识、组织能力和实践技能是很难得的,他们毕生治疗斜视的经验是奉献给眼科界的一份特殊礼物。在大多数人还没有能力做的时候, John Pratt – Johnson 和 Geraldine Tillson 就把他们有关斜视的经验介绍给我们。作为一名临床医师,我已多次呼吁成立一支队伍,提供复杂性斜视的处理意见并确保所提供的建议总是经过认真推敲、实用和有效。在内容和编排上,这是一本非常优秀的斜视处理指南,清楚地指导我们怎样确定治疗方案。有趣的是,它阐述了在日复一日的临床实践中理解斜视所必需的知识结构。面对各种各样的问题及其解决方法,人们感到作者就好像坐在病人眼前。对于眼科实习医师、眼科技师或者眼科助教诊治病人毫无疑问是很有用的。作者把焦点对准病人的遭遇,分阶段、条理清楚地设计问题和答案,竭尽全力把所要讨论的内容撰写成文。将斜视的临床检查,科学知识和经验进行逻辑地收集和整理,文体准确,还有许多成功的实例运用。

从参考文献的数量可以看出,此书是理论和实践的完美结合,其中部分就是两位作者职业生涯中一篇又一篇有独创性的论文。他们基于对斜视准确的认识,批判性地分析自己的经验,作为读者我们是受益者,应该感谢他们。不列颠哥伦比亚大学眼科将借鉴和发扬他们的观点和经验。

Jack Rootman

加拿大不列颠哥伦比亚大学 眼科主任
不列颠哥伦比亚省温哥华医院
眼肿瘤学,眼眶疾病,眼病理学教授
加拿大皇家外科学会会员,医学博士

引 言

此书是为繁忙的普通眼科医师、正斜医师、技师和助教，也为准斜视学专家而著。作为眼科医师和眼科正斜医师，我们在一起合作了 17 年，我们把个人实践中产生最佳效果的诊断和治疗方法列成提纲，编写成书，很明了地给出治疗病人的思路和建议。

我们知道，处理一个特殊问题，面对许多不同的手术方法，往往有几条路可走，这里所呈献的仅仅是一些成熟的个人经验。因为许多好的教科书里都有眼和眼眶的宏观及微观解剖内容，所以该书仅列入一些对正确理解诊断和治疗所必需的解剖学知识，如果眼科医师正在训练或已经训练过眼科手术，他们从书里是学不到手术的，然而，我们可以提供一些在训练过程中非常重要和有用的告诫。

设计详细的目录和索引以便繁忙的临床医师或者学生能容易地获取有用信息，决定什么是错误的，怎样矫正是最好的。术语、单词及词组的词汇表最大程度地减少了语义上的混淆。

John A. Pratt - Johnson
Geraldine Tillson

译者的话

John A. Pratt-Johnson 博士是加拿大不列颠哥伦比亚大学荣誉教授、温哥华儿童医院前眼科主任(1982~1992 年), Greraldine Tillson 正斜医师是加拿大不列颠哥伦比亚大学、温哥华医院眼科斜视矫正训练部主任, 他们把毕生治疗斜视和弱视的经验汇编成书, 从临床实际出发, 深入浅出地设计问题和答案, 并把许多专家参加每周一次疑难病例会诊的观点归纳书中, 其价值是无可估量的, 可供国人在医疗、教学、科研等领域参考使用。

由于译者水平和学识所限, 谬误及疏漏之处在所难免。恳请各位专家、同仁及读者批评指正。

参加翻译的人员有陈力迅医师(第 13、14、16、19、20 章), 张玮医师(第 6~10 章), 赵太宏医师(第 15、17 章), 肖磊医师(第 11、12 章)。

要特别感谢的是前辈王匀主任、杲景英主任对翻译工作的支持和鼓励, 出版过程中黄晓帆医师的友情支持, 唐弘技师反复打印底稿, 海洋出版社杨青副编审为保证本书的出版付出了艰辛努力。

南京医科大学附属南京第一医院
眼 科 主任, 副教授 王林农
眼科教研室
1999 年 2 月 18 日于南京

目 次

第一章 视觉、融合和立体视觉发育	(1)
一、视觉、融合和立体视觉怎样发育	(1)
二、视觉的成熟	(1)
三、正常单眼视力发育	(1)
四、正常双眼视觉发育	(1)
五、正常双眼融合(双中心凹)	(2)
六、视网膜对应、融合和立体视觉	(3)
1. 正常视网膜对应	(3)
2. 融合	(3)
3. 运动性融合	(3)
4. 感觉性和运动性融合的联系	(3)
5. 视力	(4)
6. 立体视觉	(4)
第二章 视觉、融合和立体视觉发育中断	(6)
一、不对称视动性眼球震颤	(6)
二、弱视	(6)
三、抑制	(6)
四、先天性不能融合	(9)
五、融合和立体视觉发育不全	(9)
六、单眼注视性偏斜	(9)
七、异常视网膜对应	(10)
八、融合不发育或者抑制(难治性复视)	(10)
九、视觉发育成熟后融合丧失	(10)
十、视觉发育成熟后感觉丧失引起融合丧失(中枢融合破坏)	(11)
十一、斜视的社会影响	(11)
第三章 斜视的初诊	(13)
一、询问病史	(13)
二、检查	(14)

1. 知觉评估	(14)
2. 运动评估	(15)
3. 屈光和眼底检查	(15)
三、不合作儿童	(16)
四、初诊结束时要做的事情	(17)
1. 弱视治疗	(17)
2. 有临床意义屈光不正的眼镜处方	(17)
3. 什么是充分的光学矫正	(17)
4. 配正镜处方准则	(17)
5. 随诊	(18)
五、有斜视怎么办	(18)
六、治疗和预后	(19)
七、和家长谈话	(19)
1. 家长经常问的问题	(19)
2. 约定和执行医嘱	(19)
第四章 斜视的感觉性评估	(21)
一、观察病人	(21)
二、遮盖试验	(21)
1. 视靶	(22)
2. 遮盖物	(22)
3. 遮盖 - 不遮盖试验发现显斜	(23)
4. 遮盖 - 不遮盖试验发现隐斜	(23)
5. 交叉遮盖试验(交替遮盖试验)	(23)
6. 遮盖试验的最佳结合	(23)
7. 单眼性斜视和遮盖试验	(23)
三、大型弱视镜:同视机,斜视镜	(25)
1. 大型弱视镜测量偏斜量	(26)
2. 大型弱视镜和 Kappa 角	(26)
3. 大型弱视镜评估融合	(26)
4. 大型弱视镜评估立体视觉	(28)
5. 大型弱视镜评估视网膜对应	(28)
四、Brückner 试验	(28)
五、视力	(28)
六、立体视觉	(30)
1. 立体视觉试验	(30)

2. 近距离立体视觉试验	(30)
3. 远距离立体视觉试验	(31)
4. 指示有融合的立体视觉	(32)
七、融合试验	(32)
1. Worth 四点试验(Worth 四灯试验)	(32)
2. 三棱镜测量融合范围	(34)
3. 大型弱视镜:同视机或斜视镜评估融合	(34)
八、视网膜对应试验	(34)
1. 后像法	(34)
2. Bagolini 条纹镜法	(36)
3. 4 [△] 三棱镜试验	(37)
九、集合近点	(38)
十、调节近点	(38)
十一、特殊检查	(38)
1. 对比敏感度	(38)
2. 视觉诱发电位	(38)
3. 视网膜电图	(38)
4. 摄影检查斜视和屈光不正	(38)
第五章 斜视的运动性评估	(40)
一、运动和感觉性评估试验	(40)
二、偏斜度测量	(40)
1. Hirschberg 法(角膜映光法)	(40)
2. Krimsky 法(三棱镜映光法)	(41)
3. 三棱镜加遮盖法	(42)
4. Maddox 杆法	(46)
5. Maddox 翼检查法	(46)
6. 双 Maddox 杆法	(46)
三、评估眼球运动试验	(47)
1. 单眼运动,每眼运动是否正常	(47)
2. 同向运动,双眼运动是否一致	(47)
四、注视范围	(47)
1. 不全麻痹的检查	(48)
2. 睫状肌麻痹近点交叉遮盖试验	(52)

第六章 内隐斜、外隐斜和集合不足	(53)
一、内隐斜	(53)
1. 定义	(53)
2. 一般特点	(53)
3. 诊断性检查	(53)
4. 治疗	(54)
二、外隐斜	(54)
1. 定义	(54)
2. 一般特点	(54)
3. 诊断性检查	(55)
4. 治疗	(55)
三、集合不足	(55)
1. 一般特点	(55)
2. 检查	(56)
3. 治疗	(56)
4. 正位视训练无效的集合不足	(57)
5. 调节和集合近点异常的治疗(集合不全麻痹)	(58)
四、集合麻痹	(58)
第七章 弱视	(59)
一、病因和分类	(59)
1. 斜视	(59)
2. 屈光不正	(60)
3. 形觉剥夺	(60)
4. 器质性弱视	(61)
二、检查	(61)
1. 视力评估	(61)
2. 拥挤现象	(61)
3. 针孔镜	(62)
4. 婴儿和其他主观检查不合作患者的视力检查	(62)
5. 使用注视眼底镜评估旁中心注视	(62)
6. 灰色半透明滤光片	(63)
7. 视野	(63)
8. 对比敏感度	(63)
9. 视觉电生理	(63)
三、预后	(64)

四、治疗	(64)
1. 遮盖类型	(64)
2. 遮盖的年龄界限	(64)
五、遮盖	(64)
1. 方法	(64)
2. 反向弱视(遮盖性弱视)	(65)
3. 遮盖方案	(65)
4. 有关遮盖问题的处理	(67)
5. 保持遮盖让视力持续恢复确保成功	(67)
6. 何时停止遮盖	(68)
7. 眼球震颤	(69)
8. 先天性内斜视	(69)
9. 屈光不正性弱视	(69)
10. 屈光参差性弱视	(69)
11. 单侧无晶体婴儿	(69)
12. 遮盖促使内斜发生	(70)
13. 压抑疗法	(70)
14. 视力会稳定吗	(70)
15. 何时停止遮盖	(71)

第八章 先天性(或婴儿性)内斜视

一、临床特征	(72)
1. 外展不足;第Ⅵ脑神经是否麻痹	(73)
2. 分离性垂直性斜视	(73)
3. 下斜肌功能过强	(73)
4. 单侧上斜肌不全麻痹与先天性内斜视	(75)
5. 是否存在原发性下斜肌功能过强	(75)
6. 眼球震颤	(75)
7. 眼球震颤阻滞性集合	(75)
8. 屈光不正	(76)
二、先天性内斜视自然病程	(76)
三、鉴别诊断	(76)
1. 宽的内眦赘皮	(76)
2. 单侧第Ⅵ脑神经麻痹	(76)
3. 调节性内斜视	(76)
4. AC/A 比率高者	(76)

四、诊断性检查	(77)
1. 弱视检查	(77)
2. 眼球运动	(77)
3. 屈光和眼底检查	(77)
4. 存在歪头和转脸时使用的检查方法	(77)
五、治疗目的	(78)
六、治疗	(78)
1. 眼镜	(78)
2. 遮盖	(78)
3. 手术	(78)
4. 特殊情况的处理	(79)
5. DVD 手术治疗的替代方法	(80)
6. DVD 的手术治疗	(80)
七、为什么一半以上先天性内斜视患者没有融合	(80)
八、没有融合功能患者会怎样	(80)
九、随访	(81)
1. 随访病例的眼镜处方	(81)
2. 遮盖	(81)
3. 进一步手术	(81)
4. 融合预后不良	(81)
5. 二岁以下眼位矫正后潜在的危险	(81)
6. 四岁后的随访	(82)
十、斜视和脑瘫	(82)
十一、自发性交替注视	(82)
第九章 后天性内斜视	(84)
一、一般特征	(84)
1. 幼儿后天性内斜视是白天急诊	(84)
2. 怎样防止延误治疗	(84)
3. 起病后很快就诊病例的处理	(84)
4. 后天性内斜视, 遮盖消除抑制	(85)
5. 长期未治疗, 没有弱视的后天性内斜视	(85)
6. 知觉治愈	(85)
二、完全调节性内斜视	(85)
1. 病因	(85)
2. 治疗	(85)

3. 患儿的一生是否都要戴镜	(86)
4. 视轴矫正治疗与完全调节性内斜视	(86)
三、部分调节性内斜视	(86)
1. 预后	(86)
2. 获得双眼中心凹融合完全治愈的遮盖和手术治疗	(86)
四、单眼性斜视	(87)
1. 治疗	(87)
2. 单眼斜视性弱视	(87)
五、非调节性内斜视	(87)
六、棱镜的采用	(88)
七、高 AC/A 比值型内斜视(集合过强)	(88)
1. 抑制与高 AC/A 比值	(88)
2. 高 AC/A 比值的处理	(88)
3. 治疗	(89)
4. 有融合潜力的患者	(89)
5. 无融合潜力的患者	(89)
八、双焦点眼镜	(89)
1. 依据	(89)
2. 处方	(90)
3. 不愿配戴双焦点眼镜患儿	(90)
4. 双焦点眼镜应该戴多久	(91)
5. 不能使用双焦点眼镜患儿	(91)
6. 究竟为什么要使用双焦点眼镜	(91)
九、缩瞳剂	(91)
十、视远双眼正位而视近明显内斜的患者(全部光学矫正情况下) ..	(91)
十一、失代偿的高 AC/A 比值(视远内斜加大)	(92)
十二、高 AC/A 比值的手术治疗	(92)
十三、高 AC/A 比值治疗的概要	(92)
十四、没有融合潜力的内斜视	(92)
1. 治疗	(92)
2. 治疗目的	(93)
十五、情感性内斜视	(93)
十六、装病和内斜视	(93)
十七、继发于第Ⅵ脑神经麻痹的内斜视	(93)
十八、急性内斜视(后天性的持发性成人内斜视)	(94)
十九、周期性内斜视	(94)

二十、遮盖性内斜视	(94)
二十一、其他类型内斜视	(95)

第十章 外斜视	(97)
一、先天性外斜视	(97)
1. 一般特征	(97)
2. 神经系统疾病及综合征	(97)
3. 与间歇性外斜视的区别	(97)
4. 治疗	(97)
5. 预后和治疗目的	(98)
二、间歇性外斜视	(98)
1. 病史	(98)
2. 病因	(98)
3. 抑制和间歇性外斜视	(98)
4. 症状	(98)
5. 为什么病人未注意到立体视觉的丧失	(99)
三、间歇性外斜视分类	(99)
1. 分开过强型	(99)
2. 集合不足型	(99)
3. 基本型	(99)
4. 类似分开过强型(戴 + 3.0DS 眼镜视近)	(99)
四、诊断性检查	(99)
1. 检查抑制区分外隐斜和间歇性外斜	(99)
2. 运动性检查	(99)
五、立体视觉和单眼注视性间歇性外斜综合征	(100)
六、间歇性外斜视和单侧上斜肌麻痹	(100)
七、非共同性侧面注视的重要性	(100)
八、间歇性外斜视的处理及治疗目的	(100)
九、治疗选择	(101)
1. 不治	(101)
2. 光学疗法	(101)
3. 正斜疗法	(101)
4. 手术	(102)
5. 术后持续内斜的治疗	(103)
6. 间歇性外斜视复发的治疗	(104)
7. 小于 20^Δ 的小角度间歇性外斜视	(104)

2025年11月11日

十、间歇性外斜视治愈标准	(104)
1. 阳光下闭起一眼的治疗	(105)
2. 单眼注视性间歇性外斜视	(105)
3. 间歇性外斜视预后	(105)
十一、集合不足	(105)
十二、集合麻痹	(106)
十三、连续性外斜视(内斜视后)	(106)
1. 大角度连续性外斜视	(106)
2. 连续性外斜视的治疗	(106)
十四、A、X、V 征和外斜视	(107)
十五、成人外斜视	(107)
十六、继发性外斜视	(107)
第十一章 A、V、Y 和 X 型斜视	(108)
一、检查时的特殊注意事项	(108)
二、治疗时机	(109)
1. 改善头位	(109)
2. 达到融合	(109)
3. V 型外斜视的外观改善	(109)
4. 防止无融合功能的 A 型外斜视复发	(109)
三、A、V 征的手术治疗	(109)
1. 伴有双下斜肌功能亢进的 V 征	(109)
2. 伴有双上斜肌功能亢进的 A 征	(109)
四、X 征	(110)
1. 外直肌粘连综合征	(110)
2. A 征和 V 征治疗概括	(111)
第十二章 垂直性斜视	(112)
一、四条黄金法则	(112)
二、单侧上斜肌麻痹	(112)
1. 上斜肌麻痹典型特征	(112)
2. 上斜肌麻痹的异常表现	(112)
3. 诊断	(113)
4. 单侧上斜肌麻痹的治疗	(116)
三、上斜肌麻痹和后天性 Brown 氏综合征	(119)
四、双侧上斜肌麻痹	(119)

1. 旋转性斜视是否一定要矫正	(120)
2. 隐性双侧上斜肌麻痹	(121)
3. 双侧上斜肌麻痹的治疗	(121)
4. 治疗目的	(121)
5. 手术原则	(121)
6. 能遗漏的妨碍下方注视融合的持续性外旋转斜视	(122)
7. 双侧上斜肌麻痹和中枢融合功能破坏	(123)
8. 治疗	(123)
五、非上斜肌麻痹性垂直性斜视	(124)
1. 非共同性垂直性斜视	(124)
2. 歪斜:后天性共同性垂直性斜视	(124)
3. Brown 氏综合征或下斜肌麻痹	(124)
4. 机械性受限	(124)
5. 先天性双上转肌麻痹(单眼不能上转)	(124)
6. 双下转肌麻痹(单眼不能下转)	(126)
7. 分离性垂直性偏斜	(126)
8. Heimann Bielschowsky 现象	(126)
9. 上斜肌纤维颤搐	(126)
六、垂直性斜视的水平肌手术	(127)
七、手术矫正向下注视眼位残留的垂直性偏斜	(127)
第十三章 麻痹性斜视	(129)
一、一般特征	(129)
1. 弱视	(129)
2. 视觉发育成熟患者的起病	(129)
二、Hering 法则的重要性	(129)
三、不全麻痹性斜视检查	(130)
四、眼运动麻痹的神经病学检查	(132)
五、治疗	(133)
1. 三棱镜	(133)
2. 紧急治疗	(133)
3. 手术治疗的选择	(133)
六、后天性第Ⅵ脑神经麻痹(外直肌麻痹)	(134)
七、双侧第Ⅵ脑神经麻痹	(137)
八、第Ⅲ脑神经麻痹	(137)
1. 基本特征	(137)