

斜视诊疗指南 (2026 年版)

斜视是导致儿童视觉发育障碍的常见眼病。早期治疗斜视可以有效矫正眼位、恢复外观，促进视力发育和双眼视觉功能的建立，减轻斜视相关心理社会负担，提高患者生活质量。为规范斜视的诊断治疗，制定本指南。

一、斜视的基本检查

(一) 询问病史

应询问斜视起病或被发现的时间、发病形式、发病规律（恒定性/间歇性）、是否伴复视、异常头位、斜视在不同注视距离（远/近）时的变化、斜视频率及控制能力。儿童患者需了解有无相关的发病诱因，包括母亲妊娠史、是否早产、难产、出生窒息或低出生体重等。获得性或非共同性斜视需重点询问发热、外伤、颅脑或眼眶疾病、甲状腺疾病、糖尿病、高度近视、全身用药及相关诱因。还应了解既往屈光矫正、弱视治疗、近距离用眼情况、双眼视觉训练及斜视手术史，并询问家族史。

(二) 视力与屈光检查

应分别检查裸眼及矫正远、近视力。儿童可根据年龄和配合程度选择 E 字视力表、儿童图形视力表或其他标准化视力检查方法。无法配合视力表检查的婴幼儿，可应用瞬目反

射、红球试验和单眼遮盖厌恶试验等进行定性评估。眼球震颤患者检查单眼视力时，可在非检查眼前加高度正球镜进行雾视，以尽量减少隐性眼震影响；伴异常头位者应分别记录偏斜头位和头位正位时的视力。

儿童斜视患者应进行睫状肌麻痹验光。6 岁以上且不伴内斜视的儿童，初次验光可选用 1.0%环喷托酯滴眼液，若检出残余调节较多或屈光度数不稳定，应改用 1.0%阿托品眼膏或凝胶充分麻痹睫状肌后再次验光。对于内斜视患儿，一般采用 1%阿托品眼膏或凝胶充分麻痹睫状肌后验光；12 岁及以上、无调节相关内斜视及调节功能异常者，可酌情使用复方托吡卡胺进行散瞳验光。所有患者均应常规行外眼、眼前节、眼底及眼压检查，排除器质性病变对诊断和治疗决策的影响。

二、斜视的专科检查

（一）眼球运动功能检查

眼位检查应包括遮盖-去遮盖试验、交替遮盖试验、三棱镜交替遮盖试验和角膜映光法。三棱镜交替遮盖试验是临床常用的定量测量斜视度的方法；角膜映光法和 Krimsky 法适用于低龄、不配合、单眼视力差或伴有严重眼球运动障碍患者。测量视近斜视度时应使用调节性注视视标，测量视远斜视度时宜使用 5 m 或 6 m 远距视标。

诊断眼位检查应记录原在位、水平、垂直及斜向注视时的斜视度和眼球运动情况，以明确共同性或非共同性斜视的

诊断，辨识受累肌肉，并为手术设计提供依据。通过观察上、下注视时斜视度变化，以判断是否存在 A-V 型斜视。检查应分别评估双眼共同运动和单眼各方向运动。对怀疑有麻痹性或限制性斜视者，应酌情行主动收缩试验和被动牵拉试验；必要时行眼眶或颅脑影像学检查，以排除器质性病变。

（二）双眼视觉功能检查

双眼视觉功能检查可根据年龄和配合程度，选择 Worth 四点灯试验、Bagolini 线状镜检查、同视机及远/近立体视检查等。Worth 四点灯试验可用于鉴别中心或周边融合、单眼抑制及复视；Bagolini 线状镜检查能在接近自然视觉状态下评估双眼视功能，适用于配合度较好的患者；Titmus、TNO 等图谱可用于近立体视评估，Randot 远立体视检查图、Frisby-Davis 远立体视检查图或同视机可用于远立体视评估。立体视觉功能的量化评估对斜视的诊疗决策及预后判断具有重要指导意义。

三、斜视的诊断与治疗原则

斜视诊断应综合病史、眼位、眼球运动、屈光状态、视力、双眼视觉功能及是否存在眼部或全身疾病。治疗目标包括改善眼位和外观，恢复或保护双眼视觉功能，治疗或预防弱视，消除复视和异常头位，进而改善生活质量。治疗前应优先矫正屈光不正和治疗弱视。手术时机需综合斜视类型、斜视度稳定性、年龄、双眼视觉状态、复视症状及全身情况审慎决定。

（一）隐性斜视

隐性斜视是一种潜在的眼位偏斜，能在融合控制下保持双眼单视。分为外隐斜、内隐斜、上隐斜、旋转隐斜。

1. 诊断

症状：易视疲劳。内隐斜较外隐斜更容易引发症状。

体征：交替遮盖时可见眼球移动。单眼遮盖去遮盖试验，注视眼始终保持不动，偏斜眼遮盖时出现眼位偏斜，去遮盖后即刻回至正位。

2. 治疗

无症状者一般无需干预。儿童患者须行睫状肌麻痹验光。外隐斜的治疗包括矫正屈光不正、集合和融合功能训练，配镜原则：近视者予以足矫，远视低矫，散光足矫，以提升视力及融合性辐辏能力。内隐斜的治疗需经规范的散瞳验光后矫正屈光不正，配镜原则：远视予以足矫；近视在获得最佳矫正远视力的前提下给予最低度数配镜处方；散光或屈光参差，应予全矫。也可辅以分开训练，增加融合范围。

（二）内斜视

1. 先天性内斜视

先天性内斜视是指在出生后 6 个月内发生的内斜视，人群患病率约 0.1%，占共同性内斜视的 5.4%。

诊断：①病史：在出生后 6 个月之内发生的持续性内斜视。②斜视度：一般为大度数的恒定性内斜视，通常大于 40^Δ 。4 月龄前发生的间歇性内斜视、斜视度可变的内斜视、小于

40[△]的内斜视需密切随访，部分可在4月龄后自行缓解。③屈光状态：睫状肌麻痹验光为+1.00 DS ~ +2.00 DS 的生理性远视。④双眼视：功能较差，可交替注视，或单眼恒定内斜，后者常合并斜视性弱视。⑤合并症：可伴垂直斜视、A-V 征、DVD、DHD、眼球震颤。部分患儿可表现为外转困难、内转过度，可伴斜肌功能异常。

治疗：合并弱视者，应先行弱视治疗。睫状肌麻痹验光 < +2.00 DS，可不配镜；≥ +2.00 DS 者，建议戴镜观察 3 ~ 6 个月。单眼恒定性内斜视患者需行屈光矫正联合对侧眼遮盖或应用阿托品压抑治疗，待建立交替注视后再行手术。建议在 24 月龄前进行手术，以恢复双眼周边融合功能；诊断明确且斜视度稳定者可酌情提早手术。主要的术式为双内直肌后退术或联合外直肌缩短术，也可行单眼的一退一缩术；合并斜肌功能异常者应同期解决。

其他治疗方式包括肉毒毒素注射，可使大度数先天性内斜视大幅度减少斜视度，对小度数也有矫正作用。肉毒毒素注射为暂时性的治疗，疗效维持半年左右，部分需重复注射。

2. 调节性内斜视

调节性内斜视分为屈光调节性内斜视和高 AC/A 型内斜视。

（1）屈光调节性内斜视

屈光调节性内斜视十分常见，发病年龄集中在 2 ~ 3 岁。

诊断：①病史：患儿发病年龄多数在 6 个月 ~ 7 岁，平

均 2.5 岁，发病初期多表现为间歇性，后逐渐进展为恒定性。
②伴有远视性屈光不正，多介于+3.00 DS ~ +6.00DS。少数可大于+6.00 DS。③发病初期斜视度不稳定，视近与视远斜视度相等。④AC/A 值正常。⑤戴全矫的远视眼镜后眼位正位。

治疗：1%阿托品睫状肌麻痹验光后配戴足矫的眼镜。单眼弱视患者应行遮盖治疗。5 岁前，每 6 个月复查睫状肌麻痹验光、眼位和矫正视力情况，据此调整配镜处方；5 岁后每年复查。若转为部分调节性内斜视者或合并垂直斜视者，应尽早手术治疗。

（2）高 AC/A 型内斜视

诊断：发病年龄多集中在 6 个月 ~ 7 岁，多为轻度远视眼，视近内斜视度大于视远 10^Δ ，AC/A 超过 6:1，可伴单眼弱视。

治疗：配戴双焦点眼镜，充分矫正远视性屈光不正，使视远眼位正位或小于 $+10^\Delta$ ；视近下加 +1.50 DS ~ +3.00 DS。有弱视者行遮盖治疗。

若保守治疗效果不佳者，可手术治疗，根据视近斜视度进行三棱镜适应性训练。常选择双内直肌后退，可联合后固定缝线术。

（3）部分调节性内斜视

诊断：患儿发病年龄多在 1 ~ 3 岁，早于屈光调节性内斜视。屈光状态以中度远视性屈光不正为主。常伴散光及屈光参差。屈光不正矫正后残余内斜视度大于 10^Δ 。可合并弱

视、异常视网膜对应以及垂直性斜视。

治疗：完全矫正屈光不正，手术治疗残余的内斜视以及垂直斜视。若伴弱视，待弱视治愈后再行手术。术式常选择内直肌后退术或内直肌后徙联合外直肌缩短术；伴斜肌功能异常者，可同时行斜肌手术。

3.非调节性内斜视

非调节性内斜视较常见，发病年龄多集中在1~3岁。有家族遗传倾向，与调节因素无关。斜视度在 $+20^{\Delta} \sim +70^{\Delta}$ 。

治疗：先治疗弱视，待建立交替注视后尽早进行手术治疗。

4.非共同性内斜视

以外展神经麻痹多见。伴外伤、高热史或无明确诱因。临床表现为大度数内斜视，受累眼外转受限，严重时外转不能超过中线，常伴有复视及代偿头位。

治疗：首先检查病因并对因治疗，神经麻痹可以使用营养神经的药物。斜视度稳定半年后可行手术治疗，对于斜视度较小者可配戴三棱镜消除复视。

5.其他类型的内斜视

（1）急性共同性内斜视

是一类以急性发生、伴同侧复视为特征的共同性内斜视，多与长期近距离用眼超负荷有关，近年来发病率呈显著上升趋势。

治疗：首先完善神经系统及影像学检查，排除颅内器质

性疾病。治疗方案根据患者病程、斜视度、融合功能情况制定个体化制定。①保守治疗：多用于发病早期、斜视度小、融合功能较好的轻症患者，配戴三棱镜消除复视，部分患者可恢复正常眼位与双眼视功能；②肉毒毒素眼外肌注射：适合轻中度斜视、病程较短者；③手术治疗：适用于斜视度大、保守治疗及肉毒毒素疗效欠佳、病程迁延者。

（2）知觉性内斜视

平均发病年龄2岁。患儿出生后早期单眼盲或视力低下（视力 ≤ 0.1 ），常伴有中重度弱视、先天性白内障、角膜白斑、眼底病等。斜视度较大，可合并垂直斜视或斜肌功能亢进等。

治疗：先治疗弱视。手术仅改善外观，国内多主张推迟手术时间至学龄前或更晚。

（3）继发性内斜视

多继发于外斜视手术后，可伴同侧复视。

治疗：外斜术后继发内斜的治疗应结合发生时间、复视、外转受限程度和既往术式判断。术后早期若出现明显复视、内斜及严重外转受限，应警惕肌肉滑脱并及时探查。轻度过矫可先行交替遮盖或三棱镜处理；持续存在或影响双眼视功能者，根据原术式和当前眼位选择手术方式或肉毒毒素眼外肌注射治疗。

（三）外斜视

1.先天性外斜视

生后 6 个月以内发生，在健康儿童中患病率较低。部分患者同时伴有眼部或全身疾病。外斜角度大且稳定，多表现为交替性、恒定性外斜视。眼球运动正常，可合并 DVD、A-V 综合征、斜肌功能亢进等。常有轻微屈光不正，可伴有弱视。多无正常双眼视觉功能。

治疗：①矫正屈光不正；②治疗弱视，待双眼能够交替注视后可考虑手术治疗；③手术治疗：虽然早期手术很少能获得正常的双眼视功能，但仍然是适应症。推荐 12~18 月龄手术，若斜视度不稳定，手术可推迟至 18~24 月龄。延迟至 2 岁后手术难以建立融合。

2. 共同性外斜视

（1）间歇性外斜视

是亚洲儿童最为常见的外斜视类型，患病率在各类共同性斜视中占首位。平均发病年龄 4~5 岁。

诊断：远眺、疲劳、注意力不集中或患病时常表现出外斜视。部分患者在明亮处有单眼畏光的特点，喜闭上一只眼睛。多数患者有远、近立体视觉的受损。控制能力可通过 PEDIG 控制评分、Newcastle 控制评分、LACTOSE 评分等量化评估，并作为手术决策的重要参考指标。

分型：①基本型：视远、视近斜视度相近，相差 $< 10^\Delta$ 。AC/A 值正常。②分开过强型：视远比视近斜视度大，相差 $\geq 15^\Delta$ ；遮盖一眼 30~60 分钟后，视远斜视度仍然大于视近。③集合不足型：视近斜视度大于视远，相差 $\geq 15^\Delta$ 。AC/A 值

低于正常。④类似分开过强型：初次检查时视远斜视度比视近大，但遮盖一眼 30 ~ 60 分钟后，视近斜视度增大，与视远相近或更大。

治疗：治疗应依据控制力、发作频率、斜视度和双眼视功能综合决定。①非手术治疗：对于控制良好的间歇性外斜视患儿，可随访观察，监测立体视功能变化。②手术治疗：对于发作频繁、量化评估评分升高、每日较长时间外斜、近立体视下降、远立体视丧失或融合范围明显减少者，应考虑手术。常用术式包括双眼外直肌后退术、单眼或双眼外直肌后退联合内直肌缩短术，小角度者可考虑单眼外直肌后退术，需告知复发和再次手术可能。

（2）恒定性外斜视

指融合功能不能控制双眼视轴平行、眼位始终呈外斜视的状态。1 岁后发病或由间歇性外斜视失代偿进展而来。

诊断：幼年或成年发病。斜视度大而稳定。多数视力或矫正视力正常。当双眼视力相近时，患者表现为交替性外斜视；当合并单眼弱视或屈光参差时，表现为单眼恒定性外斜视，双眼视功能受损。可以合并垂直斜视、斜肌功能亢进、A-V 综合征以及 DVD 等。

治疗：①矫正屈光不正；②治疗弱视；③手术治疗：恒定性外斜视以手术治疗为主。幼年发病者，双眼视力正常或可以交替注视者，应及时手术。

3.非共同性外斜视

包括麻痹性外斜视、限制性外斜视以及 Duane 眼球后退综合征、先天性眼外肌纤维化等特殊类型的外斜视。

麻痹性外斜视：常见于动眼神经麻痹。患者有恒定性外斜视，第二斜视角大于第一斜视角，可伴上睑下垂等。先天性动眼神经麻痹，手术治疗是唯一方法。后天性动眼神经麻痹，首先确定病因，重点排除颅内疾病及重症肌无力，治疗原发病，辅以神经肌肉营养药物及针灸治疗。针对病因的保守治疗 6~12 个月无效，可考虑手术。大部分手术目的是改善外观和代偿头位。由于动眼神经累及多条眼外肌，手术效果较差，上转运动严重受限时，应慎行上睑下垂矫正手术。

4.继发性外斜视

见于内斜视矫正手术后、内斜视自发转变为外斜视、知觉性外斜视等。内斜视术后出现的连续性外斜视比较常见，危险因素包括屈光参差、弱视、远视和 DVD。多需手术治疗。

（四）A-V 型斜视

分类：①V 型外斜视：向上注视外斜视度大于向下注视（ $\geq 15^\Delta$ ）。②V 型内斜视：向下注视内斜视度大于向上注视（ $\geq 15^\Delta$ ）。③A 型外斜视：向下注视外斜视度大于向上注视（ $\geq 10^\Delta$ ）。④A 型内斜视：向上注视内斜视度大于向下注视（ $\geq 10^\Delta$ ）。除常规检查外，重点检查向上和向下注视时斜视度的变化和有无上、下斜肌功能亢进或不足，有无下颌上抬或内收的代偿头位。

治疗：合并斜肌功能亢进的 A-V 型斜视，可酌情行上下

斜肌减弱+水平斜视矫正术。

（五）集合不足

集合不足是与视疲劳、头痛、视力模糊、水平复视有关的双眼障碍，或者在阅读或从事近距离活动时需要闭上一眼以避免复视的现象，与视近时外隐斜或外斜视有关。视近外隐斜比看远大，视近的正融像性集合不足，集合近点 $> 6\text{cm}$ 。

治疗：集合训练通常有效，成人的训练效果不如儿童。其他非手术治疗包括棱镜阅读镜。若存在明显的视远外斜、症状较重，集合训练、使用棱镜阅读眼镜效果不佳，可考虑手术。手术方式多采用外直肌后徙术（若有视远外斜视）和/或内直肌缩短术（若有视近外斜视）。

（六）与衰老和近视相关的获得性斜视

与眼外肌和 **Pulley** 复合物衰老相关的斜视形式，包括分开不足、松眼综合征和近视固定性斜视（“重眼”综合征）。

1.松眼综合征：常见发病年龄是66~69岁。随着年龄增加，外直肌-上直肌之间的结缔组织带发生变性、松弛、断裂，导致上直肌的向内移位和外直肌的向下移位。当外直肌向下移位时，外转力量减弱出现小角度内斜视。

检查：看远时内斜视度较大，可伴有较轻的垂直斜视和旋转斜视，是共同性斜视；眼球运动轻度受限或无受制。眼眶MRI显示外直肌-上直肌**Pulley**带断裂、外直肌下垂或外直肌-上直肌之间形成较大的角度，其间有脂肪脱垂。

治疗：症状轻微可观察。对新发斜视度较小的间歇性或

恒定性斜视可用压贴三棱镜矫正。手术方式包括内直肌后徙、外直肌缩短和折叠术等。

2.近视固定性斜视：也称“重眼”综合征。见于长期高度近视患者，由于眼轴延长（通常超过27 mm），眼球葡萄肿变化导致外直肌-上直肌Pulley带断裂，致外直肌向下移位和上直肌向鼻侧移位，肌圆锥颞上象限出现薄弱间隙，扩张眼球后部自此疝出颞上方肌圆锥外。表现为进行性大角度内下斜视，且伴有眼球转动受限。

检查：大角度内斜视，可伴垂直斜视；眼球运动受限，如外转或上转受限；眼眶MRI显示外直肌向下移位和上直肌向鼻侧移位，SR-LR脱位角明显增大。

治疗：通常需要手术治疗，术前需详查眼底，排查是否存在需要处理的视网膜病变。经典的手术方法是 Yokoyama 手术，目的是将眼球重新放回肌圆锥内正常位置。

（七）麻痹性斜视

由于神经肌肉麻痹引起的斜视。麻痹性斜视病因复杂，临床类型繁多，目前使用的分类方法是按照发病年龄将它分为先天性及后天性麻痹性斜视两大类。

先天性上斜肌麻痹较为常见，受累眼上斜视，双眼视网膜异常对应，眼球运动呈上斜肌功能不足、下斜肌功能亢进或正常。Parks 三步法检查受累肌功能位垂直斜视增加，歪头试验常为阳性。手术治疗为主，术式包括下斜肌减弱术、上斜肌折叠术、对侧眼下直肌减弱术、同侧眼上直肌减弱术，

需依据不同的分型选择，同时根据垂直斜视度和分型可联合两条或多条肌肉手术。

后天性麻痹性斜视应首先明确病因并处理原发病；病情未稳定前可行遮盖、Fresnel 三棱镜或肉毒毒素对症治疗。多数病例待斜视度稳定约 6 个月后再行手术；若影像学证实肌肉断裂、眶壁嵌顿或需急诊处理的神经或眶部损伤，可早期介入。

（八）特殊类型斜视

1. 分离性垂直偏斜（DVD）

又称交替性上隐斜，特点为不遵循眼球运动 Hering 法则，当交替遮盖时遮盖眼呈现上漂，去遮盖后眼位缓慢回到注视位合并内旋。Bielschowsky 现象阳性。

治疗：首先矫正屈光不正和治疗弱视，配镜时可以用光学方法转换注视眼，即将上漂明显眼转为注视眼，以抑制或减少上漂。目前手术只能在一定程度上改善 DVD。合并水平斜视者同时予以矫正，但一眼同次手术不得超过两条直肌。行显微血管分离术时，可行三条肌肉手术。

2. 间歇性外斜视合并调节性内斜视

多在 2 岁前发病，内外斜视共存。具有间歇性外斜视与调节性内斜视的双重特点。常合并高度远视，AC/A 正常或低于正常，斜视度变化大，戴镜后内斜视消失，双眼单视功能不良，常伴视疲劳等症状。

治疗：首先睫状肌麻痹验光配镜，治疗弱视。对于小度

数外斜视 ($<20^\Delta$)、间歇性、具有一定的双眼单视及立体视者，可暂缓手术；如频发外斜视或严重影响视功能时，考虑手术治疗。

3.先天性眼外肌纤维化

因先天性颅神经异常支配导致的继发性眼外肌纤维化，多累及双眼。临床表现为双侧上睑下垂、双眼下斜视、被动牵拉试验阳性，可合并水平斜视。双眼上转受限伴不同程度的水平注视受限。

治疗：以手术为主，多采用眼外肌减弱术，目的是改善眼位与头位，但无法恢复眼球运动。

4.Duane眼球后退综合征

因先天性展神经发育异常伴动眼神经异常支配所致的眼球运动障碍。临床分三型：Ⅰ型：受累眼外转受限、内转无明显限制，可合并内斜视。Ⅱ型：受累眼内转受限、外转无明显限制，可合并外斜视。Ⅲ型：受累眼内外转均受限，可以无斜视或合并内斜视或外斜视。

诊断：受累眼外展受限，内转时睑裂明显缩小，眼球后退，外转时睑裂开大。有明显代偿头位。被动牵拉试验阳性。

治疗：第一眼位无明显斜视和代偿头位者无需治疗。对第一眼位有斜视和有明显代偿头位者应手术治疗。手术以减弱术为主，慎用加强手术，以免术后加剧眼球后退。手术仅改善眼位和代偿头位，无助于恢复眼球运动。

5.Brown综合征

临床表现为第一眼位无明显斜视或受累眼轻度下斜视，被动牵拉试验患眼内上转有明显阻力，多无上斜肌功能亢进，代偿头位以下颌轻度上抬为主。

治疗：存在明显异常头位、原在位垂直斜视或严重上转受限者，可行上斜肌肌腱延长、断腱或部分切除术等。明显代偿头位者或受累眼有明显垂直旋转斜视者，可以手术减弱上斜肌反转腱，以解除上斜肌机械性粘连。术后可能出现上斜肌功能不足、下斜肌功能亢进，则需行下斜肌减弱术。后天性 Brown 综合征应在查明病因后积极对因治疗，3~6 个月保守治疗无效后再考虑手术。

6. Moebius 综合征

由于脑干第六、第七对脑神经核发育不全，临床表现为双眼内斜视；双眼外转运动受限，完全麻痹时患眼外转不过中线，上下转运动正常；睑裂闭合不全，双侧鼻唇沟消失，面无表情。双眼内斜视可手术治疗。

7. 甲状腺相关眼病相关斜视

是一种器官特异自身免疫性疾病，与全身内分泌系统的功能状态密切相关。为自身免疫性眼眶炎症所致的限制性眼肌病变，以单眼或双眼眼外肌增厚、纤维化、运动受限为病理基础，继发水平、垂直或旋转性斜视，临床以下转、上转受限及水平内斜视多见，炎症活动与静止交替，病情具有波动的特点。眼部临床表现为：眼睑退缩和上睑迟落、眼球突出、复视和眼球运动障碍、结膜充血水肿、暴露性角膜炎、

角膜溃疡以及视神经病变等。眼眶 MRI 表现为一条或多条眼外肌肥大，下直肌最常受累，受累眼外肌表现为肌腹部肥大，而肌腱不受累。在影像学上呈现出典型的“纺锤形”改变。受累眼外肌逐渐发生纤维化，牵拉试验阳性。

欧洲 Graves 眼眶病研究组（European Group on Graves' Orbitopathy, EUGOGO）提出的临床活动度评分（CAS 评分）可用于评估甲状腺相关眼病是否处于活动期。治疗包括全身治疗和眼部治疗，全身治疗主要是在内分泌科医生指导下纠正甲状腺功能；眼部治疗包括药物治疗、放射治疗和手术治疗。

8.慢性进行性眼外肌麻痹

是一种线粒体功能异常相关的神经肌肉疾病，多为双眼发病，病程缓慢进展，可伴家族史。

临床上常以上睑下垂起病，逐渐出现各方向眼球运动受限，眼位在完全麻痹时为正位或外转位，多无明显复视，眼内肌通常不受累；部分患者可伴面肌、四肢肌或咽下肌受累。被动牵拉试验阳性。肌电图检查可见眼球向受累眼外肌作用方向运动时，有强放电现象，且与眼球运动受限成比例。

治疗以对症为主，可配镜改善上睑下垂；如需手术，应避免过矫。

9.眼眶爆裂性骨折

眼眶爆裂性骨折可导致限制性眼球运动障碍，表现为外伤后眼球内陷、复视和眼球转动受限，CT 有助于明确骨折

部位及软组织嵌顿，但也需与外伤性麻痹性斜视与限制性斜视鉴别，牵拉试验有助于鉴别。

一般可待水肿和出血吸收后再评估手术时机；若原在位或下转位复视明显、眼球内陷严重或存在组织嵌顿，可考虑早期探查。长期残余眼球内陷或复视明显者可行手术治疗。

10.重症肌无力

重症肌无力可表现为上睑下垂、复视和眼球运动受限，症状常有晨轻暮重特点，抗胆碱酯酶试验有助于诊断，还可结合疲劳试验或冰敷试验、重复神经电刺激或单纤维肌电图等。

治疗以神经内科病因及规范的药物治疗为主。伴明显斜视者，需在全身情况良好、无危象风险、症状及斜视度稳定6~12个月后，方可慎重考虑斜视矫正术。

（九）中枢性麻痹性斜视：以治疗原发病为主。

（十）眼球震颤

眼球震颤为非自主性、节律性眼球摆动，可分为冲动型、钟摆型以及水平、垂直、旋转或混合型。患者常通过转头、歪头或下颌上抬/内收寻找中间带，以减轻眼震并提高视觉质量。

治疗包括矫正屈光不正、三棱镜改善异常头位和手术治疗。手术目的为改善代偿头位、提高视觉质量并减轻眼震程度，通常需结合年龄、视觉发育和头位稳定性决定时机。

（十一）视网膜注视点易位或双眼视网膜复视

一只眼或双眼的中心凹变形或移位的视网膜疾病，使两眼的中心凹图像不同，无法融合导致复视，伴有视物变形、视物变小或变大等表现。可通过开灯-关灯试验、视标框试验及眼底影像辅助判断。

治疗：最有效的治疗方法是采用单眼雾视法，生成中心凹盲点而成功消除中心凹冲突。如果通过同视机或三棱镜不能满意地消除或减少主观复视，则斜视手术成功率低。

四、斜视的手术操作规范

（一）术前检查

1. 一般检查

（1）视力及验光检查：分别检查裸眼及矫正的远、近视力，明确屈光状态。

（2）眼压：异常者需综合评估，审慎把握手术时机。

（3）外眼、眼前节、眼底检查：排除器质性病变，行眼底照相客观评估眼球旋转状态。

2. 斜视专科检查

（1）眼位：联合应用角膜映光法、遮盖-去遮盖法、交替遮盖法、三棱镜交替遮盖试验或 Krimsky 法，确定斜视性质并测量斜视度。

（2）诊断眼位及眼球运动：通过九个诊断眼位，定量测量斜视度，系统评估双眼同向运动及单眼各方向运动，以判定麻痹性斜视受累肌肉及 A-V 现象，为诊断和手术设计提供依据。

(3) 被动牵拉试验：麻醉诱导后，切口制作前实施，以鉴别麻痹性与限制性因素。

(4) 双眼视觉功能检查：①Worth 四点灯试验；②同视机；③远、近立体视图谱检查。

(5) 眼外肌影像学检查：根据不同病因选择眼眶 CT、MRI 及超声进行检查。

3.全身检查：应根据年龄、麻醉方式和基础疾病，完善血常规、凝血、肝肾功能、血糖、传染病筛查、心电图及胸部影像等检查。儿童全麻手术应进行麻醉科评估及儿科会诊。

(二) 术前准备

术前 3 日预防性应用抗生素滴眼液，每日 3~4 次。术前应清洁睫毛、眼睑及周围皮肤，并按眼科手术标准完成皮肤及结膜囊消毒。

(三) 手术实施

1.麻醉方式：12 岁以下患儿通常选用全身麻醉；12 岁及以上患者可根据配合程度、手术复杂性和患者及家属意愿选择麻醉方式。

2.手术方式：根据斜视类型及斜视度，设计手术方式及手术量，部分复杂病例或术后眼位不确定性高者可采用可调缝线技术。手术应严格遵守无菌操作。术毕，结膜囊涂抗生素眼膏和糖皮质激素滴眼液或眼膏。

(四) 术后处理

1.术后用药：术后常规滴用抗生素滴眼液，预防结膜切口感染。根据眼部炎症反应，必要时联合非甾体抗炎药或糖皮质激素滴眼液，减轻术后结膜充血、水肿及炎性反应。

2.术后随诊：建立规律随访计划，术后 1 天、1 周、1 个月、3 个月、6 个月复查；此后根据眼位及视功能恢复情况，每 6~12 个月随访一次。即使术后早期眼位矫正良好、视功能恢复理想，仍需坚持长期规律随访，直至患者视觉发育完全成熟，旨在有效规避远期眼位漂移、双眼融合功能衰退、隐匿性斜视复发等问题。

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
AC/A	AccommodativeConvergence / Accommodation Ratio	调节性集合与调节的比率
DHD	Dissociated Horizontal Deviation	分离性水平性偏斜
DVD	Dissociated Vertical Deviation	分离性垂直性偏斜
MRI	Magnetic Resonance Imaging	磁共振成像
SR-LR Band	Superior Rectus- Lateral Rectus Band	上直肌-外直肌间束
TED	Thyroid Eye Disease	甲状腺相关眼病

《斜视诊疗指南（2026 年版）》 编写专家委员会

牵头专家及单位：

王宁利 首都医科大学附属北京同仁医院

袁 进 首都医科大学附属北京同仁医院

达成共识专家（按首字母拼音顺序排序）：

柏 凌 西安交通大学第二附属医院

毕宏生 山东中医药大学附属眼科医院

次仁琼达 西藏自治区人民医院

丁 琳 新疆维吾尔自治区人民医院

冯 云 北京大学第一医院

古学军 南昌大学附属眼科医院

谷 浩 贵州医科大学附属医院

郭 健 福建医科大学附属第一医院

何 宏 中山大学中山眼科中心海南眼科医院

洪朝阳 浙江省人民医院

胡竹林 云南大学附属医院

黄敏丽 广西医科大学第一附属医院

李俊红 山西省眼科医院

梁凌毅 中山大学中山眼科中心

林浩添 中山大学中山眼科中心

刘 虎 江苏省人民医院

石磊	安徽省第二人民医院
宋宗明	河南省人民医院
王华	湖南省人民医院
王宁利	首都医科大学附属北京同仁医院
吴宏	吉林大学第二医院
吴娟	西宁市第一人民医院
吴鹏程	兰州大学第二医院
吴峥峥	四川省人民医院
肖璇	武汉大学人民医院
杨波	新疆生产建设兵团医院
杨大勇	内蒙古医科大学附属医院
杨晓慧	首都医科大学附属北京同仁医院
于伟泓	中国医学科学院北京协和医院
袁进	首都医科大学附属北京同仁医院
张弘	哈尔滨医科大学附属第一医院
张黎	重庆医科大学附属第二医院
张伟	天津市眼科医院
张铭连	河北省眼科医院
赵江月	中国医科大学附属第四医院
周行涛	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院
庄文娟	宁夏回族自治区人民医院
邹海东	上海市眼病防治中心 / 上海市眼科医院

执笔组：

付 晶	首都医科大学附属北京同仁医院
杨晓慧	首都医科大学附属北京同仁医院
洪 洁	首都医科大学附属北京同仁医院
俞筱玢	首都医科大学附属北京同仁医院
魏士飞	首都医科大学附属北京同仁医院