

弱視の分類による診断と治療例

弱視を診断するチェックポイント

弱視の種類には何があるか？ **屈折異常・経線・不同視・斜視・微小・形態覚遮断** 追加(遮閉弱視・器質弱視) 視能学より

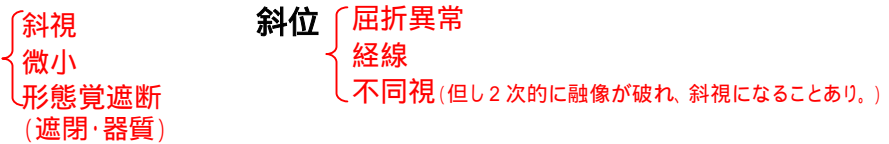
弱視は片眼か両眼か？
(視能学 P410 では)



屈折異常が大きいか？
(乱視)



斜視(固視異常)か斜位か？斜視



その他の特徴的な所見をみる 遮閉の既往、異常対応、機能的か器質的かなど

粟屋先生の文献だと鑑別は逆方向からだが、臨床的に見易いものから

当てはまる弱視全てに をつけてゆき、一番該当するものを考えれば良い。

診断

治療例

例) 7ヶ月 来院時 R - XT

斜視弱視？(恒常性 XT)



ただし斜視弱視は視能学 P416 では先天性斜視で片眼に固視異常を伴っているものに限るとある。しかし視能学 P346 では、生直後の恒常性外斜視なら斜視弱視となり早期手術が良いと書いてあり一般的に予後悪いとのこと。以下、固視異常が判明している症例以外には、斜視弱視には？をつけることとする。

検査項目

- ・眼位検査(カバーテスト、定量 ヒルシュベルグ、クリムスキー、APCT 又は SPCT 不可能なら固視交代の有無)
Hirschberg -25° 固視交代不可 L fix
 - ・眼球運動検査 左眼パッチ遮閉にて右眼内転可能・輻輳不明
 - ・固視検査 不可
 - ・眼底検査 異常なし
 - ・ミドリン P[®]又はサイプレジン[®]下他覚的屈折検査(検影法)
- | | |
|------|------|
| R | L |
| +2.0 | +1.5 |
- ・視力検査(PL、縞視力、P - VEP 不可能なら嫌悪反応・固視状態)
嫌悪反応不明
- 参)湖崎 克先生によれば、屈折検査は 外斜視(位)は麻痺剤なし 正位はミドリン 内斜視はサイプレ又はアトロピンで行なうとのこと。

視力に影響するほどの屈折異常があれば光学的視能矯正 眼鏡装用(同時にプリズム処方をする場合もあり)
健眼時間遮閉して視力増強訓練
基本的に固視交代可能になるまで手術(時期は原則早期手術、術式主に右眼外直筋の後転と内直筋の短縮)
術後両眼視訓練 眼位の安定
経過観察

例) 3歳

診断

治療例

- ・RV = 0, 2(n.c)
- ・LV = 0, 7(n.c)
- ・APCT L - fix (SC)
F 35 base in XPT P (T
N 40 base in XT
- ・立体視 (-) 器質的病変なし
- ・眼球運動検査 眼球運動・輻輳不良・固視交代困難 L fix
- ・固視検査 不可



斜視弱視？(間欠性 XT)
(基礎型 XT)

ただし簡欠性 XT で斜視弱視になることはまずない。練習問題として、~ まで同様。

視力に影響するほどの屈折異常があれば光学的視能矯正 眼鏡装用(同時にプリズム処方をする場合もあり)
健眼時間遮閉して視力増強訓練
RV LV になったら、遮閉中止する(通常両眼視機能は良好だが、不良であるなら訓練 基本的に健眼に眼鏡上膜プリズムと視能訓練(方法は視能訓練マニュアル参照)
手術(時期は色々、術式主に右眼外直筋の後転)
(術後両眼視訓練 眼位の安定)
経過観察

その他の検査項目

- ・ミドリン P[®]での眼底検査を兼ねての屈折検査
- ・眼鏡処方したならばできてすぐの来院(眼鏡のチェック)
- ・再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・立体視検査・眼位検査・(大型弱視鏡による両眼視機能検査)

例) 6 歳

診断

斜視弱視? (間欠性 XT)
(輻湊不全型 XT)

治療例

健眼時間遮閉は可及的に長く(終日でも可) 上記に同じ
(術式は主に両眼内直筋の短縮)

RV = 0, 2 (0, 2 x S + 0, 75 D)
LV = 1, 2 (1, 2 x S + 0, 5 D)
APCT L - fix (SC)
F 10 base in XPT P (T
N 30 base in XT

立体視 (-) 器質的病変なし
眼球運動検査 眼球運動・輻輳不良・固視交代困難 L
固視検査 実施せず

その他の検査項目

前記に同じ



視能学 P345 表1や視能矯正学 P210 表 8 - 2 からこの型は低 AC / A 比である。だったら融像性輻輳が正常であるのならば調節を関与させず近方の視標を見る時の輻輳角からのずれ(理論上は基礎眼位ずれ)をみる為、近見 + 3D 付加試験を行って偏位量を検査して近方が減少するなら 2 重焦点眼鏡を考慮するのはどうなのかなー。
ただし、この例の場合は遠方で基礎眼位ずれを補う融像性輻輳すなわち斜位になることが少ないので効果はないとは思うが。

例) 6 歳

診断

斜視弱視? (間欠性 XT)
(真の開散過多型 XT)

治療例

上記に同じ
(術式は主に両眼外直筋の後転)

5 分が融像除去不完全分
(誤差範囲)

RV = 0, 2 (0, 2 x S + 0, 75 D)
LV = 1, 2 (1, 2 x S + 0, 5 D)
APCT L - fix (SC)
F 35 base in XT
N 5 base in XPT P (T

立体視 (-) 器質的病変なし
眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好・固視交代困難 L fiX
固視検査 実施せず

その他の検査項目

前記に同じ

再診で真の開散過多型か基礎型かの鑑別の為、パッチテストや近見 + 3.0D 付加試験を行う



依然 15 以上の遠近の差がある。この差は融像除去の問題でも、高 AC / A 比が問題でもない!!
もっと厳密に行うなら完全矯正にて遠近の差を見なければいけないが。

視能学 P345 表1から開散過多型と見かけ上は、高 AC / A 比であるから近見 + 3.0D 付加試験を行い、それでも遠近の差が 10 ~ 15 以上あるので真の開散過多型外斜視である。

パッチテスト 近見 + 3D 付加試験
35 35
10 20

高 AC / A で調節によって減少していた分 10 が増加

例) 6 歳

診断

斜視弱視? (間欠性 XT)
事例 1 (基礎型 XT)
事例 2 (見かけ上の開散過多型 XT)

治療例

上記に同じ
(術式は主に外直筋後転術と内直筋短縮)

RV = 0, 1 (0, 2 x S + 0, 75 D)
LV = 1, 2 (1, 2 x S + 0, 5 D)

APCT L - fix (SC)
F 30 base in XT
N 10 base in XPT P (T

立体視 (-) 器質的病変なし
眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好・固視交代困難 L fiX
固視検査 実施せず

その他の検査項目*

前記に同じ



事例 1 事例 2
パッチテスト パッチテスト 近見 + 3D 付加試験
30 30 30
30 15 30

近見は 20 融像除去等 高 AC / A で調節によって減少していた分 15 が増加
不完全分

事例 1 のようにパッチテストでほぼ同量になったのなら、AC / A 比は正常であるので + 3.0D 付加試験は不要。視能学 P327 ではこの検査で N F となったら見かけ上という言葉を使用しているがこの検査で判定できるのは正常 AC / A 比だけであり、パッチテストで融像除去等の不完全が原因なのかが判明したので、視能学 P345 表1や視能矯正学 P210 表 8 - 2 から、少なくとも高 AC / A 比である見かけ上と真の開散過多ではないので基礎型とする。

事例 2 のように高 AC / A 比が原因での遠近の差になっているのなら + 3.0D 付加試験を行なうと、調節分で隠れていた XT の分が出てきて近方が増加し、遠近ほぼ同じとなる。この斜視に遠見での定量分で手術すると、遠見はほぼ正位で近見は高 AC / A 比が原因で調節により ET となってしまうので、2 重焦点眼鏡で治療することもある。

診断

治療例

例) 4 歳

不同視弱視 (統廃性外斜視)
(感覚性外斜視)

調節麻痺下

RV = (0,05 × S 9,0D) (0.04 × S 8,0D)
LV = 0,9 (n.c) (0,9 × S + 0,5D)

APCT L - fix (CC)

F 12 base in XT

N 10 base in XT

立体視 (-) 器質的病変?

眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好
固視交代不可 L fix

固視検査 (微小斜視弱視との鑑別) 検査不可

その他の検査項目

サイプレ®にて調節麻痺下屈折検査と眼底検査

眼鏡ができてすぐの来院 (眼鏡のチェック)

再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・立体視検査・眼位検査・(大型弱視鏡による両眼視機能検査)

近視性の不同視には器質的病患が隠れている場合が多い。(近視性網膜変性など) 予後が悪い場合が多い。

感覚性斜視の定義は視能学 P346 では器質的病患があり視力不良の場合と記載されているが、視能矯正学 P406 では視力不良で融像機能が失われ二次的に斜視になったものとなっている。

光学的視能矯正 完全矯正眼鏡 (不可能なら近視なので低矯正で近方に)

例) R; - 5.0D から段階的にアップ、L; plane

CL は軸性なら ×

すぐにアイパッチするので不等像を気にしなくとも良いし、XT などで両眼開放しても右眼では見ない。

健眼時間遮閉は可及的に長くして視力増強訓練

RV LV (視力予後悪いので難しい) になったら、遮閉を中止して可能なら両眼視訓練 (年齢が高く、斜視ならアニセイコニアテスをするが、この場合斜視なので不可)

手術 (時期は色々、整容的な目的が大きい)

矯正視力と眼位の確認をし、再処方方を考慮しながら経過観察

例) 5 歳

診断

治療例

不同視弱視

調節麻痺下

RV = (0,03 × S + 5,0 D) (0.02 × S + 7,0D)
LV = (1,0 × S + 0,75D) (1.0 × S + 1,5D)

APCT L - fix (CC)

F 6 base in XP

N 2 base in XP

立体視 (-) 器質的病変なし

眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好

固視検査 (微小斜視弱視との鑑別) 中心固視

その他の検査項目

サイプレ®にて調節麻痺下屈折検査と眼底検査

眼鏡ができてすぐの来院 (眼鏡のチェック)

再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・立体視検査・眼位検査

上記に同じ

確実に RV = LV になったら遮閉を中止

矯正視力と眼位の確認をし再処方方を考慮しながら経過観察

例) 5 歳

診断

治療例

初診でも屈折検査の検眼鏡を装着して眼位の確認はしておくこと。 ~ まで

斜視弱視? (部分調節性 ET)

調節麻痺下

RV = (0.05 × S + 4.0D) (0.04 × S + 5.0D; C - 1.0DAX180°)
LV = (1.0 × S + 2.5D) (0.9 × S + 3.5D; C - 0.75DAX90°)

SPCT L - fix (SC)

F 30 base out ET 12 base out ET

N 25 base out ET 10 base out ET

立体視 (-) 器質的病変なし

眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好

固視検査 不可

その他の検査項目

自宅にてアトロピン1週間点眼後、再診で調節麻痺下屈折検査

眼鏡ができてすぐの来院 (眼鏡のチェック)

アトロピンが切れてから再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・眼鏡装着での立体視検査・眼位検査・(大型弱視鏡による両眼視機能検査)

10 以上減少している
で調節性の ET であり、
10 以上残余あり

光学的視能矯正 完全矯正眼鏡 (生理的トーンをひいて正視の状態にする場合と ET があるし近視状態になっても良いのでそのまま処方する場合とがある)

薬理的視能矯正 縮瞳剤は効果なしとの説あり

健眼時間遮閉は可及的に長くして視力増強訓練 (両眼開放時は膜プリズム装用の場合もあり)

RV LV になったら遮閉を中止して術前両眼視訓練

健眼に眼鏡上膜プリズムや視能訓練など

残余斜視に対して手術 (内直筋後転術)

術後両眼視訓練 眼位の安定

矯正視力と眼位の確認をし再処方方を考慮しながら経過観察

例) 3歳

診断

斜視弱視? (屈折性調節性 ET)

調節麻痺下

- RV = (0.05 × S + 4, 5D) (0.04 × S + 5.75D)
- LV = (0.8 × S + 3, 0D) (0.7 × S + 5.0D)
- SPCT L - fix (SC)
- F 30 base out } ET (完全矯正眼鏡)
- N 35 base out } ET ortho

調節性 ET は近方で 3D 多く調節するのにどうして F と N の偏位がほぼ同じとなるのか?

仮に AC/A 比を 6 /D とすると理論上、固視眼での調節は 5D なので遠方は 6 /D × 5D = 30 の偏位となる。近方は輻轉するので 1/3m 視標を見た視線からの偏位となる。これは輻轉角に相当し、a/b × 100 の式に当てはめると PD を 6cm とすると 6/30 × 100 = 20 となる輻轉分を差し引いて 6 /D × (5+3)D - 20 = 28 となり、ほぼ遠近は同じ偏位となる。



- 立体視 (-) 器質的病変なし
- 眼球運動検査 眼球運動・輻轉良好
- 固視検査 不可

その他の検査項目

前記と同じ

例) 5歳

診断

斜視弱視?

事例1 非屈折性調節性 ET

事例2 屈折性調節性 ET と非調節性輻轉過多型 ET の合併

調節麻痺下

- RV = (0.05 × S + 1, 0D) (0.04 × S + 2.0D)
- LV = (1.0 × S + 0, 5D) (0.9 × S + 1.5D)
- SPCT L - fix (SC)
- F 15 base out EPT (完全矯正眼鏡) 5 base out EP
- N 45 base out ET 30 base out ET

減少 10 は調節が除外された分。残った 5 は基礎眼位ずれ。

- 立体視 (-) 器質的病変なし
- 眼球運動検査 眼球運動・輻轉良好
- 固視検査 実施せず

事例1

(完全矯正眼鏡) F 5 base out EP
(+3.0D add) N 5 base out EP

その他の検査

事例2

5 base out EP
30 base out ET

完全矯正にて遠近とも 10 以上減少 調節性 ET
近方を無調節にしても偏位に変化がない 高 AC/A 比ではない。



前記と同じ
近見 + 3.0D 付加試験
(AC/A 比の検査)
near gradient

約 8 /D
(30-5)/3=8.3...

例) 5ヶ月 来院時 R - ET

診断

斜視弱視の疑い(先天内斜視・本態性乳児内斜視)

検査項目

- 眼位検査(カバーテスト、定量、ヒルシュベルグ、クリムスキー、APCT 又は SPCT 不可能なら固視交代の有無)
- Hirschberg R - ET 約 +20° 固視交代不可 L fix 潜伏眼振あり
- 眼球運動検査 パッチテストにて外転制限無し
- 眼底検査 異常なし
- アトロピン下他覚的屈折検査(検影法)
- R +2.5D L +2.0D
- 視力検査(PL、縞視力、P - VEP 不可能なら嫌悪反応・固視状態)
- 左眼遮閉にて嫌悪反応あり・輻轉おおむね良好
- 固視検査 不可
- CT(脳腫瘍 外転神経等の圧迫等の有無) 異常なし

乳児は遠視が普通。これは正常な屈折値。



参考) 調節因子がないなら

- 生後 6ヶ月以内 先天 ET、乳児 ET、本態性乳児 ET、乳児内斜視
- 生後 6ヶ月以降で - 後天(基礎型) ET
- 以前は 6ヶ月以内 - 先天 ET
- 6~12ヶ月で - 乳児 ET
- 12ヶ月以降 - 後天 ET

治療例

上記と同じ
経過観察して右眼の視力の向上が難しければ健眼時間遮閉して視力増強訓練
確実に RV = LV になったら遮閉を中止
手術はしない
矯正視力と眼位の確認をし再処方を考慮しながら経過観察

治療例

光学的視能矯正 完全矯正眼鏡

事例1のケース

しばらく様子を見て近見 + 3.0D 付加試験で近見が減少して EP になるようなら 2 重焦点眼鏡 加入度数は近見で斜位になる最小の度数

視力差があるなら、一時的に健眼時間遮閉して視力増強訓練
原則として手術はしない

(仕方なく行う場合は、両内直筋後転術や Faden 法)

事例2のケース

非調節輻轉過多型の場合、+ 3.0D 検査で減少しないなら、2 重焦点眼鏡を処方しない場合と処方してしばらく様子を見る場合がある(視能学 P342)

視力差があるなら、一時的に健眼時間遮閉して視力増強訓練

手術(主に両眼内直筋後転術)

事例1・2とも矯正視力と眼位の確認をし再処方を考慮しながら経過観察

治療例

遠視があるなら光学的視能矯正 完全矯正眼鏡

屈折に差があり、固視 R < L ならば、時間性交代遮閉して弱視予防、両眼開放時、眼鏡とプリズムを装用して両眼視訓練をする場合もある
不可能ならアトロピン遮閉(遮閉弱視に注意)

左右差なく交代視が可能となったら、2 歳以降手術(早期 OPe 派はその後すぐに手術、内直筋後転術)
経過観察

例) 6 歳

診断

屈折異常弱視

$$\begin{aligned} \cdot RV &= (0.2 \times S + 6.0D : C - 1.5DAX180^\circ) \\ LV &= (0.3 \times S + 4.5D : C - 1.5DAX150^\circ) \end{aligned}$$

・APCT L - fix (SC)
F 2 base out EP
N 4 base out EP

・立体視 (± ~ +) 器質的病変なし
・眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好
・固視検査 実施せず

その他の検査項目

自宅にてアトロピン1週間点眼又は再診時サイプレジン®で調節麻痺下屈折検査
アトロピン点眼後、屈折検査

$$RV = (0.1 \times S + 7.5D : C - 2.0DAX180^\circ)$$

$$\star (0.1 \times S + 7.0D : C - 2.0DAX180^\circ)$$

$$LV = (0.2 \times S + 6.0D : C - 1.5DAX150^\circ)$$

$$\star (0.2 \times S + 5.5D : C - 1.5DAX150^\circ)$$

APCT L - fix (CC)

F 2 base out EP

N 2 base out EP

まれに調節因子で隠れていたXPが出てくることがある。

生理的トーンスをぬいて処方

眼鏡ができてすぐの来院(眼鏡のチェック)

調節麻痺剤が切れてから再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・眼鏡装用での眼位検査と時々立体視検査

治療例

光学的視能矯正 完全矯正眼鏡
(度数の選択)

視力に左右差がなければそのまま経過観察

視力の向上がみられない場合、眼鏡の度数と装用状態の確認

矯正視力の確認をし再処方を考慮しながら経過観察

例) 4 歳

診断

微小斜視弱視

調節麻痺下

$$\cdot RV = (0.2 \times S + 3.0D) \quad (0.15 \times S + 3.5D)$$

$$LV = (0.9 \times S + 1.0D) \quad (0.8 \times S + 1.25D)$$

・眼位検査 時々2~4 位 ET 様の動きがあるが、眼位異常検出できず

・立体視 (±) 3/9 200 位 器質的病変なし

・眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好

・固視検査 鼻側偏心固視

その他の検査項目

自宅にてアトロピン1週間点眼又は再診でサイプレジン®にて調節麻痺下屈折検査

可能なら固視検査

前記と同じ

調節麻痺剤が切れてから再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・眼鏡装用での眼位検査と立体視検査

可能なら網膜対応検査



斜視角が僅かで検出がむづかしく、遠視性不同視と間違われ易い。
又、遠視性不同視弱視が早期に発症し、発見が遅かったという考え方もある。

治療例

光学的視能矯正 完全矯正眼鏡又は
コンタクトレンズ

(度数の選択)

健眼時間遮閉して視力増強訓練

予後やや不良

ほぼ最高視力(0.7)どまりであることが多い

視力の改善があれば両眼視訓練、異常対応除去訓練

経過観察

ただし は積極的に行わない事が多い。大まかな立体視があるし、通常複視もないし眼位も目立たないしね。

例) 6 歳

診断

経線弱視(屈折異常弱視)

調節麻痺下

$$\cdot RV = 0.1(0.3 \times S + 2.5 : C - 5.0DAX110^\circ) \quad (0.3 \times S + 3.5D : C - 5.0DAX110^\circ)$$

$$LV = 0.2(0.5 \times S + 1.0 : C - 4.0DAX110^\circ) \quad (0.5 \times S + 2.5D : C - 4.5DAX110^\circ)$$

・APCT L - fix (SC)

F ortho

N ortho

・立体視 (+) 5/9 100 器質的病変なし

・眼球運動検査 眼球運動・輻輳良好

・固視検査 実施せず

その他の検査項目

再診でサイプレにて調節麻痺下屈折検査と眼底検査

再診ごとに眼鏡及び矯正視力検査・眼鏡装用での眼位検査と時々立体視検査

治療例

の症例と同じ
(基本的に眼鏡の乱視はそのままの処方可)

例) 4歳

診断

治療例

形態覚遮断弱視(感覚性内斜視)
(続発性内斜視)

調節麻痺下

RV = 0.01 (n,c) (0.01 × S + 0.5 D)
LV = 0.9 (0.9 × S + 0.75) (0.8 × S + 1.0 D)

APCT L - fix (SC)
F 30 base out ET
N 30 base out ET

立体視 (-) 診察にて片眼に白内障を発見
眼球運動検査 眼球運動ほぼ良好・輻輳良好
固視検査 不明

屈折性不同視となるので

両眼視がないので、眼位異常が再度起こる可能性が大きいのと、感覚性外斜視に移行することがある。

白内障手術
コンタクトレンズ処方
しばらく様子を見て視力に左右差があるなら健眼遮閉して視力増強訓練
片眼の先天白内障の予後難しい整容目的の手術(晚期手術)経過観察

その他の検査項目

自宅にてアトロピン1週間点眼又は再診でサイプレジンにて調節麻痺下屈折検査
再診ごとに矯正視力検査と眼位検査

2,3歳までは調節因子が高く、感覚性斜視を発症するとETになることが多く、それ以降の年齢での発症ではXTになることが多いと言われていたが、視能学P342では5歳以前では、内斜視と外斜視が半数ずつ生じるが、年長時、成人では外斜視になりやすいとのこと。

弱視治療の治療成績の良い大まかな順番

- 屈折異常弱視
- 経線・不同視弱視
- 斜視弱視
- 微小斜視弱視
- 形態覚遮断弱視

F 30 Base in
N 10 Base in

と

F 10 Base out
N 30 Base out

とで

鑑別

開散過多型(間欠性)外斜視
見かけ上の開散過多型(間欠性)外斜視

パッチテスト

一言で言えば、XTだと完全に融像除去できていない場合、融像性輻湊(理論的には両眼開放でない起こり得ない輻湊はこれだけだが、機序の判っていない近接性輻湊も含む)の助けをかりて少なくなっている可能性がある。なので真の融像性輻湊除去眼位を見たいから。
*ただし、外斜視で特に見かけ上の開散過多型は高AC/A比で近方の偏位量が少なくなっている場合があるので、この型の場合+3D付加テストは行うべきでしょう。

非調節性輻湊過多型内斜視
非屈折性調節性内斜視

+3D付加テスト

一言で言えば、ETだと主に近方の固視目標までの調節性輻湊の多い・少ないで遠方と近方に差が出るので主に調節性輻湊除去眼位を見たいから。



輻輳とは4要素の総和なので、輻輳不全型は低AC/A比であり正常な融像性輻輳であっても補えないと輻輳が悪くなるのは当然。基礎型では正常対応の場合AC/A比は正常でも緊張性輻輳からの偏位を融像性輻輳が不良で補えないから輻輳は不良(視能学P345参照)。2重対応なら、眼位が良好な時があるということなので融像性輻輳はほぼ正常であるはずなので輻輳は良好である。特に開散過多型は高AC/Aでありかつ2重対応なので輻輳は良好であるのは当然。真の開散過多型は高AC/Aを除外した、すなわち+3D付加試験で近方は調節性・融像性輻輳を除外した眼位となるので近接性輻輳か遠方に原因があると考えられるが、遠方が原因と考えて開散過多型という名称としているなら、XT > XT'でAC/Aが正常である場合はむしろ近方に問題があると考えて、パンダが思うに今は使用しなくなっている輻輳過多型XTとなるのでは?内斜視の場合では、近方でET偏位が多くなる輻輳過多型ETは+3D付加検査でも変化がなく(AC/A比は正常)原因が過剰な近接性輻輳であるとのこと(視能学P342参照)。遠近のどちらに問題があるかによって呼び名が違ってくるのでは?また、そう考えるとパッチテストでXT = XT'となるのなら正常AC/A比であり原因が強い融像性と近接性輻輳と考えられる説があるので、この症例を見かけ上の開散過多型と言わないならむしろ見かけ上の輻輳過多型XTと言えるのではないかなあ。くだいです!

型	斜視角	AC/A比	網膜対応	輻輳	原因
輻湊不全型XT	XT < XT'	低	正常対応	不良	調節性輻輳不良
基礎型XT	XT = XT'	正常	2重対応	良好	融像性輻輳不良
				良好	上記2輻輳ほぼ正常
開散過多型	見かけ上	高			調節性輻輳が過剰
	真				

視能学P345に加筆