临床研究 文章编号:0253-3626(2009)08-1121-02

降低急性闭角青光眼高眼压方法的研讨

聂 昕,谯雁彬,郑延川
(重庆市第三人民医院眼科,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨有效降低原发急性闭角青光眼急性期高眼压的方法。方法:回顾分析我院 2001 年 6 月至 2006 年 6 月 99 例(105 眼)原发急性闭角青光眼急性期患者的治疗方法及效果。结果:药物治疗降眼压组共 62 眼,治疗有效眼为 32 眼,有效率为 51.6%。前房穿刺降眼压组共 43 眼,治疗有效眼为 31 眼,有效率为 72.1%。两者间差异有统计学意义(χ^2=4.43,P<0.05)。结论:前房穿刺术较降眼压药物治疗能更有效更迅速缓解急性闭角青光眼急性期中的高眼压状态,解除极高眼压对视神经造成的严重损害(可短时内造成不可逆损害),为可能需要的进一步手术治疗积极创造了有利条件,因此此类病人可考虑直接使用前房穿刺术降眼压治疗。

【关键词】急性闭角青光眼;高眼压;前房穿刺术
【中国图书分类法分类号】R775.2 【文献标识码】A 【收稿日期】2008-09-04

Effective way to lower the intraocular pressure in the sudden attack of the angle closure glaucoma

NIE Xin, et al
(*Department of Ophthalmologhy, the Third People's Hospital of Chongqing*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the effective way to lower the intraocular pressure(IOP) in the sudden attack of angle closure glaucoma. *Methods*: The treatment and effects of 105 patients suffering the sudden attack of angle closure glaucoma from June of 2001 to June of 2006 in my hospital were analyzed retrospectively. *Result*: 62 eyes underwent therapy of medcine. There were 32 eyes of effective cure, with rate of 51.6%. 43 eyes underwent therapy of anterior chamber penetration. There were 31 eyes of effective cure, with rate of 72.1%. There were significant differences between the two groups (χ^2=4.43, P<0.05). *Conclusion*: Anterior chamber penetration reduced the high intraocular pressure more quickly and more effectively than medcine. Penetration can lighten the hard damage on optic nerve caused by high IOP and can make the favorable condition for the following operation which the patients may need. Therefore this kind of patients can take direct anterior chanber penetration.

【Key words】Angle closure glaucoma; High intraocular pressure; Chamber penetration

原发急性闭角青光眼急性期时眼压可升至 50 mmHg 以上,有些甚至高达 80 mmHg,若无法及时解除此状态,将给视神经带来严重损害,并可能因不易控制的继发虹膜睫状体炎致使房角永久性关闭,且给进一步的手术治疗带来高风险。常用的降眼压药物甘露醇、醋氮酰胺等对肾脏病及糖尿病人等存在较大的副作用,为寻找一种安全有效的控制急性闭角青光眼急性发作时的高眼压,本文回顾分析了急性闭角青光眼急性期高眼压下药物降眼压与前房穿刺降眼压的效果,并进行了分析讨论。

作者介绍:聂 昕(1974-),女,主治医师,
研究方向:青光眼及眼表疾病。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择在我院 2001 年 6 月至 2006 年 6 月收治原发急性闭角青光眼急性期病人 99 例(105 眼),年龄 49~78 岁,其中女性 76 例男性 48 例。入院时距发病 7 d 到 16 d 不等,均为典型急性闭角青光眼急性发作表现——患眼视力突然急剧下降,伴眼痛,混合充血明显,角膜水肿,前房周边关闭,瞳孔散大,光反射消失,有或无视乳头水肿或血管搏动或眼底无法窥清,眼压 50~70 mmHg。经药物或前房穿刺治疗后患眼眼压连续 3 d(含穿刺术当天)小于 30 mmHg 定为治疗有效[1]。经治后转入间歇期的患眼行虹膜周切术或激光虹膜切开术,转入慢性期的患眼行滤过手术。

1.2 方法

1.2.1 药物组 其中 62 眼入院后立即予以 20%甘露醇 250 ml 静脉滴注，滴注后 1 h 开始 1%匹罗卡品滴眼液滴患眼每 10 min 1 次共 5 次，联合应用 β 类受体阻滞剂滴眼液及激素类滴眼液，口服醋氮酰胺 0.25 g，日 3 次，首剂加倍。

1.2.2 前房穿刺组 43 眼入院后静脉滴注 20%甘露醇 250 ml 后 1 h 直接行前房穿刺放液术，显微镜下，表面麻醉或结膜下浸润麻醉后，在患眼角膜缘内 1 mm，2 点或 10 点处 5 号 1 次性针头斜面向上以 45°角缓慢刺入前房扩大切口约 1.5 mm，缓慢退出针头使房水缓慢流出后，虹膜恢复器轻压切口再次促使房水流出，感眼球硬度明显下降后，予以 1%匹罗卡品眼液及典必殊眼膏点眼后包眼，2 例病人重复放液 1~2 次。

1.2.3 统计学方法 所有病例入院经药物及穿刺治疗后连续 3 d 测眼压，3 d 均小于等于 30 mmHg 视为治疗有效，分别计算两组治疗有效率，行 χ^2 检验。

表 1 药物组与穿刺组治疗后的平均眼压

连续 3 d 平均眼压(mmHg)	20 以下	20~30	30~50	50 以上
药物治疗组	12 眼	20 眼	25 眼	5 眼
前房穿刺组	19 眼	12 眼	12 眼	0 眼

表 2 药物组与穿刺组的治疗效果

处理	有效	无效
药物组	32	30
穿刺组	31	12

2 结 果

见表 1 及表 2。两组中经治后连续 3 d 眼压小于等于 30 mmHg 的病例均表现为症状消失，角膜透明，房水闪辉阴性，有或无瞳孔缩小，眼球触痛消失。穿刺组无 1 例发生浅前房、恶性青光眼、眼内出血等并发症。药物治疗组 62 眼，治疗有效眼 32 眼，有效率 51.6%。前房穿刺组共 43 眼，治疗有效眼 31 眼，有效率 72.1%，两者差异有统计学意义(χ^2=4.43，P<0.05)。

药物组 8 例治疗后转入间歇期，行激光虹膜切开术或虹膜周切术，47 例转入慢性期行滤过手术，7 例因药物控制眼压不佳，于第 4 d 行前房穿刺术控制眼压后行滤过手术。穿刺组 17 例治疗后转入间歇期，行激光虹膜切开术或虹膜周切术，24 例转入慢性期，症状及眼压均有不同程度控制后行滤过手术，2 例因穿刺术后 12 h 及术后第 2 d 眼压大幅升高，疼痛剧烈再次行穿刺术，其中 1 例因第 2 次穿刺术后眼压仍未良好控制遂再次穿刺放液后滤过手术。

3 讨 论

原发急性闭角青光眼急性期眼压突然急剧升高，造成视神经严重损害，并且致眼内炎症反应重，房角易粘连形成永久关闭，因此需迅速降低眼压。现在常规使用口服醋氮酰胺及静脉滴注甘露醇以达到快速降眼压目的。但药物治疗可能伴有严重的药物副作用，如电解质紊乱、尿路结石、低颅压昏迷，且心肾功能不全等全身情况差者无法使用甘露醇[2]。另外仍有部分病人药物治疗效果差，无法较好控制眼压，给手术带来高风险，易发生术中出血、玻璃体脱出、术后脉络膜脱离、术后浅前房或无前房等严重并发症。

在原发急性闭角青光眼急性期中，高眼压与虹膜睫状体反应相互作用，加重病情。由于眼压急性升高，虹膜睫状体血管渗透性改变，充血、渗出、甚至梗塞，造成组织水肿、变性、坏死，前房出现闪光、浮游物、游离色素甚至积脓。炎症反应超过 24 h 易造成瞳孔后粘连及虹膜周边前粘连，虹膜基质及小梁网纤维化和变性，闭塞房角无法再开放[3]。这将使眼压进一步升高，病情更难以控制。而眼压无法控制，虹膜睫状体反应也将无法控制，二者形成恶性循环。只有迅速有效控制眼压，才能打破该恶性循环[4]。

根据本研究可知对于急性闭角青光眼急性发作后就诊时间较晚的病人直接采用前房穿刺放液术效果优于药物治疗，可迅速缓解高眼压，解除高眼压持续不降造成的视神经损害。并由于迅速打破了高眼压——眼内炎症反应间的恶性循环，使房角更易开放，眼内炎症更易控制，因此使发病时间对病情的影响相对减小，为进一步手术治疗积极创造了有利条件，从而提高手术成功率，及降低严重手术并发症风险。

应用前房穿刺放液术降眼压方法简便，降眼压作用迅速，对病人全身情况要求低，并可多次反复操作至眼压控制。但需注意，穿刺时部分病人因前房过浅及眼压过高，易造成虹膜嵌顿或穿刺针碰伤虹膜及晶体，因此宜缓慢稳定操作，缓慢轻柔放液[5]。并且此方法在完全瞳孔闭锁，前后房无任何交通时慎用，此时前房穿刺将致大量房水流出眼外，而后房房水无法进入前房，后房压力迅速高于前房，使前房突然消失且不易再形成。

参 考 文 献

[1] 李美玉.青光眼学[M].北京:人民卫生出版社,2004.595-596.

[2] 周文炳.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000.364-369.

[3] 邓衍超,裴文萱,郑延川.高眼压下原发性急性闭角型青光眼小梁切除术的临床分析[J].重庆医学,2007,36(11):1084-1085.

[4] Robert L, Marc F.Lieberman. Becker-Shaffer's Diagnosis and Therapy of the Glaucoma[M].北京:科学出版社,2001.223-229.

[5] 李美玉.青光眼学[M].北京:人民卫生出版社,2004.297-304.

(责任编辑:冉明会)