维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)06－0828－01

α—干扰素治疗新生血管性青光眼

刘朝晖，游世平

(重庆医科大学临床学院眼科，重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R775.9 【文献标识码】B 【收稿日期】2002－05－13

新生血管性青光眼属于难治性青光眼之一，临床上各种治疗方法疗效均欠佳。我们最近使用 α－干扰素治疗新生血管性青光眼，取得了一定疗效，现报告如下。

1 病例报告

1.1 例 1，陶××，女，67 岁，住院号 352130。3 个月前右眼发生中央静脉阻塞，近 2 周右眼胀痛。检查：右眼视力手动，角膜水肿，虹膜红变、新生血管溶合、瞳孔扩大和色素膜外翻，晶体混浊、眼底窥不清；2001 年 2 月 16 日眼压为 61.53mmHg (Reichert Tonometer 气体眼压计，3 次测量值的平均数)。住院后给予常规降眼压药物治疗，同时给予 α－干扰素(Interferon，INF)Tenon's 囊注射，每周 2 次；随着眼压降低，逐渐减少并停用降眼压药物治疗，症状缓解后出院。门诊随访并继续给予 INF－α 治疗，总共 10 次，2001 年 3 月 9 日眼压为 21.46mmHg。3 个月后随访，眼压为 18.86mmHg。检查：右眼视力手动，角膜透明、虹膜红变明显减轻，新生血管仍存，瞳孔扩大和色素膜外翻、晶体混浊，眼底窥不清。

1.2 例 2，何××，女，24 岁，住院号 352401。左眼胀痛伴头痛 1 周。检查：左眼无光感，角膜水肿、虹膜红变，新生血管溶合，瞳孔扩大和色素外翻，晶体混浊、眼底窥不清；2001 年 2 月 23 日眼压为 66.61mmHg(Reichert Tonometer 气体眼压计，3 次测量值的平均数)。在我院内分泌科住院治疗，诊断为胰岛素受体缺陷、左眼新生血管性青光眼。常规给予降眼压药物治疗的基础上，给予 INF－α Tenon's 囊注射，每周注射 2 次，总共 10 次，2001 年 3 月 22 日眼压为 22.38mmHg。在注射第 6 次时，症状已缓解，停用降眼压药物治疗。末次眼压为 22.38mmHg。3 个月后随访，眼压为 13mmHg。患者病情稳定已完全停用任何降眼压药物。检查：左眼无光感，角膜透明、虹膜红变明显减轻，新生血管仍存、瞳孔扩大和色素膜外翻，晶体混浊，眼底窥不清。

作者介绍：刘朝晖(1967－)，男，主治医师、硕士，主要研究方向：青光眼

2 讨 论

虹膜新生血管并继发青光眼是视网膜中央静脉阻塞、糖尿病性视网膜病变以及视网膜静脉周围炎等眼病常见而严重的并发症。新生血管性青光眼的发生机制是视网膜缺血、缺氧等原因诱发产生血管增生因子，其进入玻璃体后随房水运动向前播散，导致瞳孔缘部、虹膜表面、虹膜根部及前房角的新生血管形成。纤维血管膜收缩使房角变性、粘连，造成房水流出障碍，眼压升高。根据临床特点可分为三期：1.青光眼前期，2.开角青光眼期，3.闭角青光眼期。青光眼前期和开角青光眼期的患者可行全视网膜光凝术。以上两名患者则为闭角青光眼期，伴有白内障，行光凝术受到限制。

药物长期治疗新生血管性青光眼可能会威胁患者生命，如引起粒细胞减少、泌尿系统结石。冷凝、电凝疗效不肯定，且会引起严重的葡萄膜炎，刺激症状重，患者可能较术前疼痛更严重，多次冷凝或电凝会导致眼球萎缩；植入管引流术会因纤维血管膜长入滤过口，新生血管会造成房水屏障破坏和血浆蛋白渗漏，导致眼压再次升高。将光凝或冷凝与滤过性手术结合治疗也会因滤过泡疤痕化而失败。

INF－α 是由淋巴分泌的一种多态蛋白，已证实它具有许多功能，可限制内皮细胞增殖和移行，它的机制是抑制 DNA 的合成，在 S 期抑制细胞生长。INF－α 仅限制性作用在新生血管的内皮细胞，这种选择性的作用可能与新生血管内皮细胞受体表达有关，使内皮细胞对血管增生因子的刺激丧失应答能力，又能阻止成纤维细胞的增殖[1]。目前国内外有少量文献报道经过 INF－α 治疗半年时间后，人眼虹膜新生血管呈白线样改变[2]。动物实验每天行 INF－α 治疗，一周后虹膜新生血管明显减少[3]。

瞳孔缘部、虹膜表面、虹膜根部及(下转第 830 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

成[6,7];近年还报导 ECP 能使体内氧自由基清除酶活性增强而具有抗氧自由基、脂质过氧化损伤作用[8]。支架植入后可迅速解除冠脉局部狭窄的作用固然重要,但冠心病本身潜在的慢性血管损伤对支架是不利因素。ECP 可针对病因保护血管,增加支架作用的持久性是大有益处的。由此提示体外反博治疗作为冠心病支架植入术后患者进一步改善症状,提高生活质量并预防冠脉再狭窄是一项安全有效的方法。

参 考 文 献

[1] 孙济川,王世臣,田清海,等.体外反博的血流动力学变化—15 例心导管检测[J].中华心血管杂志,1991;19(6):375-378.

[2] 李永安,罗玉凤,冯 毅,等.体外反博对心脏血流动力学的影响[J].临床荟萃,1999;14(22):1030-1031.

[3] 陈颖珠,主编.实用内科学[M].第 11 版,北京:人民卫生出版,2002;1393.

[4] 王聪霞,孙济川,田清海.体外反博对冠心病内皮源性血管活性物质及载脂蛋白的研究[J].中国体外反博杂志,1996;1(7):6-8.

[5] 张进虎,孙济川,田清海.体外反博对冠心病者白细胞粘附分子表达和血管内皮细胞影响的研究[J].中国体外反博杂志,1996;1(7):1-4.

[6] 韦中余,孙济川,田清海.体外反博对血小板功能影响的研究[J].中国体外反博杂志,1995;1(6):21-23.

[7] 刘淑洁,杨 军,王 丹.体外反博对冠心病者血浆纤维蛋白含量、血小板聚集性及血脂的影响[J].中国体外反博杂志,1995;1(6):29-33.

[8] 孙济川,田清海,杨 旭,等.体外反博对冠心病人氧自由基有关酶及脂肪过氧化影响的动态观察[J].中国体外反博杂志,1995;1(6):1-5.

(上接第 827 页)

总管横纹肌肉瘤 1 例[J].中国超声医学杂志,1999;15(8):584.

[10] 苏雅娟.超声检查胆道横纹肌肉瘤 1 例[J].中华超声影像学杂志,2001;10(4):209.

[11] 彭大为.儿童横纹肌肉瘤(附 26 例分析)[J].中华小儿外科杂志,1991;12:78-79.

[12] 曹小哲,纪小龙.肿瘤病理鉴别诊断手册[M].第 1 版,北京:军事医学科学出版社,2000;93-94.

[13] Ruymann FB, Raney RB, Crist WM. Rhabdomyosarcoma of the biliary tree in childhood[J]. Cancer, 1985;56:575-581.

[14] 李维华,廖松林.诊断病理学[M].第 1 版,北京:人民卫生出版社,1994;734.

[15] Stephen S. Sternberg. Embryonal rhabdomyosarcoma. Diagnostic Surgical Pathology[M]. volume 2;1226-1227.

[16] 张仁元.实用外科病理学[M].南京:江苏科学技术出版社,1987;75.

(上接第 828 页)

前房角的新生血管形成,眼压升高的主要原因是纤维血管膜收缩使房角变性、粘连,造成房水流出障碍。我们采用 INF-α 治疗,3 个月后未发现虹膜新生血管呈白线样改变,可能与观察时间较短有关;但患者眼压已正常,可能与前房角的新生血管减少有关。两名患者无自觉症状,均保留了眼球,且第一例患者视力仍有手动。这是一种保守行治疗新生血管性青光眼的新方法,与手术相比较,费用低廉,并发症少,能够保留眼球,值得进一步研究。

参 考 文 献

[1] 蒋慧蓉,徐 丽,夏德昭.干扰素在眼科的应用[J].中国实用眼科杂志,1997;15(3):130-133.

[2] 孙建西.Tenon's 囊注射 α-干扰素治疗新生血管性青光眼 2 例[J].临床眼科杂志,2000;8(5):381.

[3] Joan W, Miller M D, William G, et al. Regression of experimental iris neovasuclarization with systemic alpha-interferon[J]. Ophthalmology, 1993;100(1):9-14.