

急性闭角型青光眼急性发作期首诊内科误诊 28 例分析

路琦, 胡兵, 毕宏生

作者单位: (250002) 中国山东省济南市, 山东中医药大学眼科中心 山东施尔明眼科医院
作者简介: 路琦, 女, 主管护师, 护士长。
通讯作者: 毕宏生, 男, 主任医师, 教授, 博士生导师. b66hong66@ yahoo. com. cn
收稿日期: 2009-10-28 修回日期: 2009-12-11

Analysis of misdiagnosis of acute angle-closure glaucoma in acute episode time in 28 cases

Qi Lu, Bing Hu, Hong-Sheng Bi

Eye Center of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shierming Eye Hospital, Jinan 250002, Shandong Province, China
Correspondence to: Hong-Sheng Bi. Eye Center of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shierming Eye Hospital, Jinan 250002, Shandong Province, China. b66hong66@ yahoo. com. cn

Received: 2009-10-28 Accepted: 2009-12-11

Abstract

- **AIM:** To analyze the reason of misdiagnosis and differential diagnosis of acute angle-closure glaucoma in acute episode time in 28 cases.
- **METHODS:** Three typical misdiagnosis examples were analyzed.
- **RESULTS:** Fifteen cases were misdiagnosed as hyperopia, 9 as intracranial hypertension, 4 as acute gastroenteritis, and counteract glaucoma operation was performed in 22 cases after final diagnosis, drug expectant treatment was performed in 6 cases. Vision exceeded 0.5 in 15 cases, hand movement in 2 cases.
- **CONCLUSION:** Deficient physician's cognition to acute angle-closure glaucoma is the main reason for misdiagnosis. The strengthening of diagnosis consciousness and attaching importance to examination of eyes are the key for avoiding misdiagnosis.
- **KEYWORDS:** glaucoma; misdiagnosis

Lu Q, Hu B, Bi HS. Analysis of misdiagnosis of acute angle-closure glaucoma in acute episode time in 28 cases. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi)* 2010; 10(1): 133-134

摘要

目的: 分析 28 例急性闭角型青光眼首诊内科误诊的原因及鉴别诊断方法。

方法: 对误诊的 3 例典型病例进行分析。

结果: 误诊为高血压 15 例, 颅内压增高 9 例, 急性胃肠炎 4 例, 确诊后 22 例行抗青光眼手术, 6 例行药物保守治疗, 视

力 > 0.5 者 15 例, 手动 2 例。

结论: 内科医生对本病认识水平不足是本组病例误诊的主要原因, 加强对该病的诊断意识, 重视眼部检查是避免误诊的关键。

关键词: 青光眼; 误诊

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 01. 045

路琦, 胡兵, 毕宏生. 急性闭角型青光眼急性发作期首诊内科误诊 28 例分析. *国际眼科杂志* 2010; 10(1): 133-134

0 引言

青光眼是眼科常见致盲眼病之一, 据统计其致盲率占 8.8%, 居我国致盲眼病第四位^[1]。其中原发性急性闭角型青光眼急性发作是重要的眼科急症。急性闭角型青光眼的及时诊断与正确治疗能解除患者的痛苦, 保护视功能, 挽救患者的视力。但由于青光眼发病原因及临床表现的多样性, 致使临床上易出现误诊误治。我院 2008/2009 年间多次接诊被内外科医生误诊的急性闭角型青光眼 28 例患者, 现分析如下, 本院 2008/2009 年共收治青光眼 251 例, 急性原发性闭角型青光眼占 162 例。其中误诊 28 例, 现分析如下。

1 临床资料

本组 28 例 33 眼, 男 12 例, 女 16 例, 年龄 15 ~ 78 (平均 52) 岁。单眼 21 例, 双眼 7 例。病程 3 ~ 18d。本组均有不用程度眼痛和视力下降, 头痛、恶心、呕吐 8 例, 腹泻或便秘、食欲不振 4 例, 头痛、血压升高 4 例, 畏寒、发热 2 例。患者 28 例均首诊于下级医院的内科、外科、急救中心, 误诊为高血压 15 例, 颅内压增高 9 例, 急性胃肠炎 4 例。患者 28 例均经眼科会诊确诊为急性闭角型青光眼。眼部检查情况: 全部患者眼球结膜充血, 瞳孔中等散大且对光反应消失, 角膜均呈现雾状水肿, 前房浅, 房角镜检查及 UBM 检查均显示: 患眼前房浅, 房角狭窄或关闭, 眼压 30 ~ 39mmHg 7 例, 40 ~ 49mmHg 9 例, > 50mmHg 12 例。本组均经眼压检查、裂隙灯检查、房角镜检查、超声生物显微镜 (UBM) 检查、电脑视野检查、眼底检查确诊。确诊后给予缩瞳剂、 β 受体阻滞剂、碳酸酐酶抑制剂、高渗剂等降眼压药物治疗, 其中 22 例药物治疗眼压控制后行抗青光眼手术, 手术后 18 例眼压维持在正常范围, 4 例需要加用降眼压药物能控制眼压, 6 例经药物保守治疗。治疗后眼压均不同程度下降, 结膜充血缓解, 角膜水肿减轻。

2 典型病例

2.1 典型病例 1 患者, 女, 75 岁。因头痛、恶心、呕吐、发热 2d, 症状进行性加重 3h 到医院就诊, 既往有高血压病史, 血压高达 210/100mmHg, CT 检查未见颅内出血收入内科进行高血压治疗, 血压控制不理想, 头痛、眼痛不能缓解, 急请眼科会诊后以急性闭角型青光眼转入眼科, 眼科检查: 患眼裸眼视力指数, 矫正视力无助, 眼压 > 50mmHg, 眼睑无红肿, 泪道冲洗通畅, 结膜充血, 巩膜无黄染, 角膜水肿, 周边浅前房, 虹膜纹理清, 瞳孔中度散大, 晶状体混

浊,玻璃体轻度混浊。入院后给20g/L匹罗卡品眼药水频繁点眼,全身静点200g/L甘露醇,口服醋甲唑胺,贝他根、派立明点眼降眼压,第2d头痛、眼痛完全缓解,视物清晰,眼压也逐渐下降,血压<140/90mmHg。患者眼压降至正常后行小梁切除术,视力为0.4。7d出院。

2.2 典型病例2 患者,男,43岁。发病前晚曾经情绪过分激动、失眠,第2d突发剧烈头痛眼痛、呕吐、发热、视力下降,到当地县医院就诊,既往有糖尿病史,无青光眼病史及家族史,医生怀疑颅内高压,立即做颅脑CT检查,未见异常。医生以头疼原因待查收入神经内科治疗,2d后医生发现患者右眼充血,视力逐渐减退,眼痛加重,于是转入我院,经检查患者双眼视力指数/20cm,眼压>50mmHg,结膜充血(++),角膜雾状水肿,前房浅,瞳孔中等散大,经药物及手术治疗,患者症状缓解,视力为0.5。

2.3 典型病例3 患者,男,70岁。因头痛恶心呕吐3d伴腹泻、食欲不振到内科门诊就诊,门诊以急性胃肠炎收入消化内科住院。既往有高血压病史、糖尿病史,入院后予以补液、静脉滴注抗生素、肌肉注射阿托品等药物治疗,症状无明显好转,自觉左眼胀痛、视物不清加剧而请眼科会诊,诊断为右眼急性闭角型青光眼,经降压药物治疗后眼压明显降低。随后在局部麻醉下行右眼小梁切除术,左眼预防性激光虹膜周边切除术,术后眼压控制满意出院。

3 讨论

急性闭角型青光眼急性发作期:患者瞳孔散大使瞳孔阻滞力增加,后房压力升高,房角被迫大部或全部关闭,眼压迅速上升。患者自觉症状明显,短时间内出现眼球胀痛、同侧偏头痛,可放射至耳鼻牙齿等。由于角膜水肿和视神经乳头受压缺血,视力急剧下降,可仅剩手动/眼前,24~48h可导致失明,由于极度不适和情绪紧张,可引起恶心、呕吐、进食困难等症状,由此引起的迷走神经反射则引起出汗和心动过缓。有时还出现体温升高、便秘等。所以,发作未能及时控制的急性闭角型青光眼的患者常常表现有全身衰弱、电解质紊乱,并因此被误诊为脑血管疾病、心血管疾病或消化系统疾病^[2]。

3.1 误诊为高血压而收入心血管内科治疗 本组28例急性闭角型青光眼患者中有8例被误诊为高血压并收入内科治疗,这8例患者与高血压危象均有相似的临床表现,如头疼、烦躁、恶心、心悸、视力模糊等,故常被误诊为高血压。急性闭角型青光眼急性发作期是眼科的重要急症,临床表现典型,有明显的眼压升高、视力下降、眼部充血及瞳孔散大,故首诊于眼科的患者均得到及时正确的诊断治疗。许多老年人合并内科疾病如高血压病,患者和医生容易被其他疾病误导。典型病例1显示,首诊内外科时血压偏高的患者更容易漏诊、误诊。我们建议,他科医师应该掌握急性闭角型青光眼的基础知识,接诊头痛、恶心的患者注意询问视力是否下降,观察是否存在眼部充血,对有视力下降或眼部充血患者应及时请眼科会诊,这样将大大降低急性闭角型青光眼急性发作期的漏诊误诊率,故提示内科医生应加强对本病的诊断意识。有专家认为:已确定青光眼诊断的患者中,血压也有着重要作用,如陡然降

低其升高的血压可促使敏感的患者发生视野急性丢失。全身血压骤减,使供应视神经的血管灌注压降低而导致缺血性视神经病变。因此,在青光眼伴有高血压的患者中,应缓慢控制血压。特别是在眼压未能很好控制时^[2]。

3.2 误诊为颅内压增高而收入神经内科治疗 本组有7例急性闭角型青光眼急性发作期患者误诊均因突出的头痛、眼痛、视物模糊及伴有恶心有或无呕吐首诊于内科,怀疑脑炎、脑出血等颅内高压症收入神经内科治疗,经多方检查及治疗不佳后经眼科医生会诊,明确诊断急性闭角型青光眼。急性发作期青光眼由于眼压急剧升高引起虹膜睫状体充血水肿,使三叉神经末梢受压并反射到该神经眼支分布区,引起偏头痛,并且三叉神经与迷走神经的中枢及延髓呕吐中枢之间有神经纤维联系,因而还可能有恶心、呕吐症状,导致全身症状明显^[3],但有一点是明确的,青光眼无论如何严重,患者的意识是清楚的,全身运动系统始终无障碍。颅内病理性改变导致颅内压增高而引起的头痛、呕吐特点为剧烈的头痛,喷射状的呕吐,同时患者有意识障碍,面部及肢体运动功能的改变,这可以作为鉴别。典型病例2是在临床上遇到以头痛为主要症状而误诊为神经科疾病收入神经内科治疗的患者。当青光眼急性发作被疑似颅内高压症,对症而全身应用甘露醇脱水剂降低颅内高压、肾上腺皮质激素减轻脑水肿时,同样也起到降低眼压,消除虹膜睫状体炎的反应,这也可以延误诊断。我们建议如遇到以头痛为主要症状而首诊于内科的患者,应考虑到急性闭角型青光眼急性发作的可能性,仔细检查眼部或及时请眼科会诊,切莫轻率做出诊断,以免造成误诊、漏诊。

3.3 误诊为急性胃肠炎而收入消化内科治疗 由于急性闭角型青光眼急性发作期常伴有剧烈头痛、恶心呕吐、食欲不振,这些症状较重时掩盖了眼痛及视力下降,本组有28例患者被误诊而收入消化内科治疗。这固然与首诊医师经验不足,没有全面了解急性闭角型青光眼的症状有关,亦与急性闭角型青光眼的发病特点有关。典型病例3误诊为急性胃肠炎。再予以阿托品等药物治疗,适得其反,加重眼部病情,使眼压升高更为明显,视力进一步下降^[4]。增加患者痛苦,甚至造成失明。

本组分析表明,28例中均有视野损害,原发性急性闭角型青光眼时如能及时正确地救治,可以最大限度地减轻视功能的损害。而延误诊断时间愈长,将导致高眼压持续时间越长、治疗越显困难、视功能损害越重。对于非眼科医生来说,除了关注相关科室的临床症状外,应更加注意同时伴发的眼红、眼胀痛、视物不清等诊断急性闭角型青光眼的关键体征,并及时请专业眼科医生就诊,以防止误诊、误治。

参考文献

- 1 惠延年. 眼科学. 第5版. 北京:人民卫生出版社 2001:226
- 2 李美玉. 青光眼学. 第1版. 北京:人民卫生出版社 2004:302,504
- 3 熊飞. 原发性急性闭角型青光眼急性发作期误诊分析. 医学临床研究 2007;24(9):1571-1572
- 4 许贺,关秀梅. 原发性青光眼误诊和漏诊原因分析. 国际眼科杂志 2006;6(3):602-603