

# 急性闭角型青光眼 205 例临床分析

许庆祥, 佟艳秋, 娜仁, 刘玲, 孙忠伟, 孙刚, 赵全良

作者单位: (022150) 中国内蒙古自治区牙克石市, 内蒙古林业总医院眼科

作者简介: 许庆祥, 男, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 神经眼科学、青光眼。

通讯作者: 许庆祥. nanana1983@126. com

收稿日期: 2009-12-19 修回日期: 2010-01-19

## Clinical analysis of acute angle-closure glaucoma in 205 cases

Qing-Xiang Xu, Yan-Qiu Tong, Ren Na, Ling Liu, Zhong-Wei Sun, Gang Sun, Quan-Liang Zhao

Department of Ophthalmology, Forestry General Hospital of the Inner Mongolia Autonomous Region, Yakeshi 022150, Inner Mongolia Autonomous Region, China

Correspondence to: Qing-Xiang Xu, Department of Ophthalmology, Forestry General Hospital of the Inner Mongolia Autonomous Region, Yakeshi 022150, Inner Mongolia Autonomous Region, China. nanana1983@126. com

Received: 2009-12-19 Accepted: 2010-01-19

### Abstract

• AIM: To analyze the natural course of acute angle-closure glaucoma and to explore the effect factors of vision and personalized treatment.

• METHODS: Clinical data of 205 cases of acute angle-closure glaucoma patients, including current medical history, preoperative examination, timing of surgical treatment, surgical options and post-operative complications of treatment, discharge and impact of visual factors, follow-up data were retrospectively analyzed.

• RESULTS: The information collected from 205 cases, with seven cases of drug treatment, 198 cases of surgical treatment (96.6%). Of the 198 cases of surgical eyes, vision decreased at discharge in 108 cases (54.6%), remained the same in 42 cases (21.2%), improved in 48 cases (24.2%); 7 cases of the eyes without surgery remained unchanged in 6 cases, 1 case improved. There were 101 cases of complicated cataract, 89 cases of iris atrophy and fixed mydriasis.

• CONCLUSION: The acute angle-closure glaucoma is a group of relatively independent anterior segment syndrome, in addition to optic nerve damage, interstitial damage of the high intraocular pressure, such as cornea, iris, and lens, is also an important reason for decreased vision. Acute angle-closure glaucoma treatment should be different for different patients, with the phased implementation of personalized treatment.

• KEYWORDS: angle-closure; glaucoma; stages; vision;

clinical analysis; complications

Xu QX, Tong YQ, Na R, et al. Clinical analysis of acute angle-closure glaucoma in 205 cases. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(2):381-382

### 摘要

目的: 分析急性闭角型青光眼自然病程, 探讨视力下降的影响因素和个性化治疗方案。

方法: 回顾 205 例急性闭角型青光眼住院患者的临床资料, 对现病史、术前检查、手术治疗时机、手术方案、手术后并发症及处理、出院时视力及影响因素、随访资料进行分析。

结果: 收集到完整资料 205 例, 药物治疗 7 例, 选择手术治疗 198 例(96.6%)。198 例手术眼中出院时视力下降 108 例(54.6%), 不变 42 例(21.2%), 好转 48 例(24.2%); 7 例未手术眼中 6 例未变, 1 例好转。并发性白内障 101 例, 虹膜萎缩瞳孔散大固定 89 例。

结论: 急性闭角型青光眼是一组相对独立的眼前节症候群。高眼压除对视神经损害外, 对角膜、虹膜、晶状体等屈光间质的损害也是造成视力下降的重要原因。急性闭角型青光眼的治疗应针对不同患者、不同分期实施个性化治疗方案。

关键词: 闭角型; 青光眼; 分期; 视力; 临床分析; 并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2010.02.066

许庆祥, 佟艳秋, 娜仁, 等. 急性闭角型青光眼 205 例临床分析. 国际眼科杂志 2010;10(2):381-382

### 0 引言

目前我国对原发性急性闭角型青光眼定义为: 原发性房角关闭所导致的急性眼压升高, 伴有或不伴有青光眼型视盘改变或视野缺损, 并按传统的分类方法分为临床前期、先兆期、急性期、缓解期、慢性期<sup>[1]</sup>。而按国外首先是 Fester 等<sup>[2]</sup>提出了原发性闭角型青光眼的 ISGEO(国际地域性和眼科流行病学组)分类系统, 似乎将急性闭角型青光眼归类为原发性前房角关闭中由于瞳孔阻滞的急性状态。为了探讨急性闭角型青光眼的自然病程、视力下降的影响因素及个性化治疗方案, 现将我院眼科从 2005-07-01/2008-07-01 住院治疗的急性闭角型青光眼 205 例的临床资料进行回顾性分析并报告如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 本院眼科 2005-07-01/2008-07-01 共收治急性闭角型青光眼 205 例, 均为单眼发作, 其中男 51 例, 女 154 例, 男:女 = 1:3, 年龄 49~83(平均 56.8)岁。入院视力, 发作眼 0.3 以上 46 例, 0.1~0.3 之间 98 例, 0.1 以下 61 例, 对侧眼有发作史 32 例, 21 例曾经行青光眼手术或药物治疗。发病距就诊时间 1d~16mo, 平均 21d。既往患眼有间断发作史 42 例。入选诊断指标: 中华

医学会青光眼学组 1987 年制订的“全国青光眼诊疗初步建议”,急性闭角型青光眼又按临床阶段进行分期,分为临床前期、先兆期、急性发作期、间歇期、慢性期和绝对期。入院后诊断为急性闭角型青光眼先兆期 17 例(8.3%),急性发作期 41 例(20.0%),间歇期 67 例(32.7%),慢性期 61 例(29.7%),绝对期 19 例(9.3%)。测眼压 24.5~63.8(平均 35.9)mmHg。

**1.2 方法** 治疗分别和/或联合应用 200g/L 甘露醇 400mL 快速静脉点滴;乙酰唑胺 500mg 首次口服后,250mg/次,2次/d 口服;10g/L 硝酸毛果芸香碱滴眼液每隔 5min 点一次,共点 12 次。1h 后眼压降至正常,角膜水肿消退,视力提高 37 例(18.2%),6h 后视力提高 48 例(23.4%),1d 后视力提高 78 例(38.0%),3d 后视力提高 109 例(53.2%),1wk 后视力提高 186 例(90.7%)。其中 19 例绝对期青光眼对药物治疗不敏感,眼压平稳。炎症反应消退后 3d 开始选择手术治疗 198 例(96.6%);虹膜根切术 39 例(19.7%);周边虹膜切除或激光周边虹膜切除术:对于急性浅前房、浅前房发作间期、房角粘连闭合范围累计 < 180°,无视乳头和视野缺损者,施行激光周边虹膜切除术。单纯小梁切除术:药物治疗未能控制眼压,以及房角粘连闭合范围 > 180°的急性闭角型青光眼行单纯小梁切除术或睫状体冷冻术。小梁切除加虹膜根切术 140 例(70.7%);睫状体冷冻术 19 例(9.6%)。

## 2 结果

手术后并发症:浅前房 19 例,滤泡不形成 29 例,虹膜睫状体炎 89 例,并发性白内障 101 例;滤过泡瘘 18 例,无眼内炎及交感性眼炎发生。198 例手术眼中出院时视力下降 108 例(54.6%),不变 42 例(21.2%),好转 48 例(24.2%);7 例未手术眼中 6 例未变,1 例好转。影响视力的主要因素:视神经萎缩;晶状体混浊;虹膜萎缩;瞳孔散大固定;角膜翳形成;晶状体虹膜隔前移位。有随访资料 59 例(28.8%),随访时间 3~4a。

## 3 讨论

急性闭角型青光眼发作期高血压对眼前节的破坏要远大于对视神经的损害,以最短时间将眼压降至安全范围,使角膜、角膜内皮、虹膜组织、晶状体免受损害,最大限度保护眼前节屈光系统<sup>[3]</sup>。有研究表明:60%~75%的急性发作期患者至少在短期内不引起视神经和视野的损害<sup>[4]</sup>。对于这一时期的治疗,以降眼压、控制炎症反应保护屈光系统为主要目的。本组病例中有 140 例(70.7%)实施了小梁切除加虹膜根切术,出院时视力较手术前下降有 101 例(72.1%);主要影响因素有术后浅前房 19 例;虹膜睫状体炎 89 例;并发性白内障 101 例,滤泡瘘 18 例,而出现视乳头改变的 5 例,视野改变的 8 例。小梁切除术后第 7wk 患者出现近视,3wk 后缓解,推测与术后早期浅前房,睫状体位置前移、睫状小带松弛,晶状体增厚、屈光力增强有关<sup>[5]</sup>。Byrne 等<sup>[6]</sup>认为部分原因在于术后低眼压

导致脉络膜增厚。绝大多数的急性原发性房角关闭不引起视野缺损,仅有少数发生视野损害而多以上方视野缩窄为主,视盘的表现平坦而苍白的缺血性改变为主。许多研究表明小梁切除术后浅前房对角膜内皮细胞的影响较大,浅前房的发生使术后炎症反应更为严重,虹膜对角膜内皮造成机械性损害,房水代谢也发生相应改变,尤其是虹膜与角膜内皮的接触减少了该区域的房水流动,进而增加了细胞的脆性,造成了细胞的死亡<sup>[7]</sup>。尽管行小梁切除术后,由于周边切口的存在,也达到了解除瞳孔阻滞的效果,但是其后果是人为增加了滤过手术的风险,可能是青光眼医源性盲的重要因素。故认真领会小梁切除术在急性闭角型青光眼治疗中作用机制是非常重要的。急性闭角型青光眼急性期的多数患者可以通过药物治疗而降低眼压,然后根据房角粘连、关闭的范围和程度选择周边虹膜切除术或小梁切除术。手术应尽量安排在疾病缓解期或眼压相对控制后进行,急性发作后或者小发作后缓解期青光眼患者,由于解剖的高危因素存在,房角再次关闭或粘连,关闭范围扩大几乎不可避免。因此,对于停药 48h 后眼压仍不升高的缓解期青光眼患者,也需积极实施激光或周边虹膜切除术,而不应采取药物治疗或者随访观察方案。

另外急性闭角型青光眼眼压升高的机制或模式的特殊性,也使视功能的损害有自身的特点。急性闭角型青光眼是否属于一种眼前节疾病,而视神经损害只是疾病发展过程中的并发症,应进一步探讨。总之,急性闭角型青光眼可以看做是一组相对独立的眼前节症候群,高眼压除对视神经损害外,对角膜、虹膜、晶状体等屈光系统的损害也是造成视力下降的重要原因。急性闭角型青光眼的治疗应针对不同患者不同发展阶段实施个性化治疗方案,将眼前节组织的损害减少到最低程度,从而保护视功能。

## 参考文献

- 1 中华医学会眼科学分会青光眼学组. 我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识. 中华眼科杂志 2008;44:862-863
- 2 Fawcett PJ, Buhmann R, Quigley HA, et al. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. *Br J Ophthalmol* 2002; 86:238-242
- 3 Dhillon B, Chen PT, Lim ASM. Field loss in primary angle closure glaucoma. *Asia-pac J Ophthalmology* 1990;2:85-87
- 4 Ma Q, Zeng SQ. Phacoemulsification and IOL implantation for angle closure glaucoma previously treated by laser iridotomy. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2009;9(1):5-7
- 5 Canliffe IA, Dapling RB, West J, et al. A prospective study examining the changes in factors that affect visual acuity following trabeculectomy. *Eye* 1992;6:618-622
- 6 Byrne SF, Green R. *Ultrasound of the eye and orbit*, ST. Louis: Mosby-Year book 1992:79-80
- 7 Fiore PM, Richter CU, Arzeno G, et al. The effect of anterior chamber depth on endothelial cell count after filtration surgery. *Arch Ophthalmology* 1989;107:1609-1611