

# 恶性青光眼 20 例临床分析

刘颖

作者单位:(253000)中国山东省德州市立医院眼科  
作者简介:刘颖,女,毕业于山东济宁医学院,主治医师,研究方向:眼科疾病诊疗。  
通讯作者:刘颖. xl-www@163.com  
收稿日期:2010-11-17 修回日期:2010-11-28

关键词:恶性青光眼;发病因素;症状体征;治疗方法  
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.01.058

刘颖. 恶性青光眼 20 例临床分析. 国际眼科杂志 2011;11(1):160-161

## Clinical analysis of 20 cases with malignant glaucoma

Ying Liu

Department of Ophthalmology, Dezhou Municipal Hospital, Dezhou 253000, Shandong Province, China

Correspondence to: Ying Liu. Department of Ophthalmology, Dezhou Municipal Hospital, Dezhou 253000, Shandong Province, China. xl-www@163.com

Received: 2010-11-17 Accepted: 2010-11-28

### Abstract

• AIM: To probe into pathogenesis and factor, clinical symptom and physical sign, therapeutic method of the malignant glaucoma.

• METHODS: The clinical data of 20 cases of malignant glaucoma were analyzed retrospectively.

• RESULTS: Intraocular pressure recovered by drug control in 13 eyes, was effectively controlled by vitrectomy combined with intraoperative medication in 6 eyes, failed in 1 eye by drug treatment, which became blindness for refusing surgery.

• CONCLUSION: Fully understanding the pathogenesis and factor, clinical symptom and physical sign of the malignant glaucoma, making the rational healing solution, surgery combined with medication, can treat various malignant glaucoma effectively.

• KEYWORDS: malignant glaucoma; pathogenic factors; physical sign of symptom; therapeutic method

Liu Y. Clinical analysis of 20 cases with malignant glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi( Int J Ophthalmol)* 2011;11(1):160-161

### 摘要

目的:探讨恶性青光眼的发病机制与发病因素、临床症状与体征、治疗方法。

方法:对 20 例恶性青光眼的临床资料进行回顾性分析。

结果:通过药物控制眼压恢复的 13 眼,玻璃体切除术结合药物治疗使病情得到有效控制的 6 眼,1 眼药物治疗失败,因拒绝手术导致失明。

结论:充分了解恶性青光眼的发病机制与发病因素、临床症状与体征,制定合理的治疗方案,手术与药物治疗相结合,能有效治疗各种恶性青光眼。

### 0 引言

恶性青光眼多发生于闭角型青光眼术后,是眼科少见、严重而且比较难治的并发症。由于恶性青光眼的病情进展变化快,严重破坏眼球结构,对视力影响很大,如不及时采取措施积极治疗,后果非常严重。我们对我院 2005-01/2010-10 收治的 20 例恶性青光眼患者的临床资料进行回顾性分析,现报告如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 本组恶性青光眼患者 20 例 20 眼。男 11 例 11 眼,女 9 例 9 眼,年龄 52 ~ 76(平均 63)岁。右眼 12 例,左眼 8 例,均为单眼,术前眼压 30 ~ 50(平均 36) mmHg。20 例恶性青光眼患者中,急性闭角型青光眼术前缩瞳后发生者 3 例,慢性闭角型青光眼 10 例,7 例为内眼手术后发生的恶性青光眼,患者表现为术后前房极浅或消失,眼压高,术后 3d 内发病 2 例,术后 4d ~ 1wk 发生者 3 例,术后 1wk 后发生者 2 例。眼压 30 ~ 35 mmHg 者 4 例,36 ~ 45 mmHg 者 12 例,46 ~ 50 mmHg 者 4 例。前房按照 Spaeth 分级法为 I 级 5 例,II 级 11 例,III 级 4 例。

1.2 方法 所有恶性青光眼患者经确诊后先行药物治疗 3 ~ 5d,给予高渗剂 200g/L 甘露醇注射液静脉滴注,口服醋氮酰胺片,睫状肌麻痹剂阿托品眼液点眼,局部点妥布霉素配合皮质类固醇的药物地塞米松眼液及眼膏。

### 2 结果

我院 20 例恶性青光眼患者中,通过药物控制眼压、前房恢复的 13 眼,行玻璃体切除术,结合药物治疗使病情得到有效控制 6 眼,1 眼药物治疗失败,因拒绝手术导致失明。

### 3 讨论

恶性青光眼又称为房水引流错向性青光眼、睫状环阻滞性青光眼或后房水逆流综合征,多是由于急性闭角型青光眼患者施行青光眼手术后出现浅前房和眼压升高引起。可以是自发性的,也可是继发性的,多见于青光眼、白内障等眼前段术后,也可见于缩瞳剂治疗后。好发于短眼轴、小眼球、大晶状体的眼球。晶状体、悬韧带、睫状体、玻璃体前界膜间的异常关系,导致房水逆向流入玻璃体,眼后节的压力推动晶状体虹膜隔前移,房角关闭,发生恶性青光眼<sup>[1]</sup>。恶性青光眼的发病机制尚不明确。目前的说法有:(1)睫状体-晶状体(或睫状体-玻璃体)阻滞学说。(2)玻璃体内“水袋”学说。(3)晶状体悬韧带松弛学说。(4)玻璃体及玻璃体前界膜阻滞学说。根据上述说法分析,是由于手术时房水突然大量流出,高眼压骤然下降,使原来高眼压状态下引起水肿的玻璃体突然膨胀冲击晶状体,悬韧带断裂,有时术中损伤了悬韧带,加上悬韧带本身较脆

易断,使晶状体前移,导致瞳孔阻滞,堵塞了房角或手术滤过通道,引起恶性青光眼。

本病好发于抗青光眼手术,尤其是滤过性治疗闭角型青光眼术后。多数在手术后1~7d出现。患者起病往往与停用睫状肌麻痹剂或开始使用缩瞳剂有关。表现为角膜水肿、眼睛胀痛,前房变窄或消失,房角关闭,测眼压升高,严重者出现恶心、呕吐。运用周边虹膜切除处的虹膜缺损情况来观察前玻璃体、睫状突与晶状体周边部位的关系,患者发生恶性青光眼时,睫状突尖端可接触或遮盖晶状体的赤道部,睫状突被压向前,尖端则被晶状体周边部位压平。Grant观察到了睫状突与晶状体的紧紧相贴,使睫状突之间的空间开放,通过开放的间隙可见其后的玻璃体,前玻璃体面异常向前。对于无晶状体眼患者,玻璃体面向前与睫状突相贴,在裂隙灯下查看玻璃体能见到光学透明区,称为液体袋。

发病因素有内因外因。内因是解剖结构上正常范围内的变异和遗传上的缺陷,使前房浅、房角窄,导致房水排出障碍,如小眼球、小角膜、远视眼、浅前房、高褶红膜未卷等。出现瞳孔阻滞,前房浅、房角窄,瞳孔中度散大等生理性改变。晶状体随年龄而增长,逐步紧贴瞳孔缘,使虹膜与晶状体之间形成瞳孔阻滞,致后房压力高于前房压力,角膜巩膜弹性减弱,周边虹膜推向前,致眼压增高,虹膜膨隆,房角闭塞,致眼压增高。外因是由缩瞳剂诱发。缩瞳剂引起睫状肌收缩、睫状环阻滞、晶状体悬韧带松弛,还可引起睫状体与晶状体赤道部粘连,房水滞留在晶状体后面,晶状体及虹膜均向前移动,虹膜出现高度膨隆,前房普遍变浅,房水排出受阻,此时只能向后方导流,房水聚集在玻璃体后,导致玻璃体脱离迁移,这样使晶状体更向前推,前房更浅,房角重新关闭形成恶性循环,形成睫状环阻滞性闭角青光眼。慢性葡萄膜炎由于睫状体水肿导致睫状环缩小,致使晶状体悬韧带松弛,睫状体与晶状体贴近。也可诱发恶性青光眼。抗青光眼手术,尤其是滤过性手术,术前眼压不能用药物控制的患者最为危险。在抗青光眼手术前,若药物不能使房角完全开放,易诱发恶性青光眼。我院7例恶性青光眼的患者是于抗青光眼手术后起病的,发生恶性青光眼的时间为1~7d。

目前的治疗方法有:(1)药物治疗。应用睫状肌麻痹剂,消除瞳孔区阻滞,有利于前房的恢复。10~20g/L阿托品眼药水点眼,4~6次/d,或托品酰胺滴眼,4次/d。必要时应用混合散瞳剂球结膜下注射。应用高渗脱水剂快速静脉滴注,如200g/L甘露醇200mL,一般控制在45min滴入完毕,在必要的情况下,可8~12h后再使用1次,或

口服500mL/L甘油80~100mL,2次/d,使玻璃体脱水浓缩,降低眼压。应用减少房水生成的药物,如醋唑磺胺250mg,口服,3次/d,严重者应用镇静止痛剂,如100g/L水合氯醛或半量冬眠疗法等。根据上述药物持续治疗5d后,多数患者可达到良好效果。若通过上述药物治疗5~7d后仍无效,出现了角膜水肿,应立即采用手术治疗,以防止长期浅前房造成虹膜周边前粘连、虹膜后粘连、白内障、角膜内皮损伤。同时也防止长期炎症刺激造成滤过泡瘢痕化,致滤过能力下降<sup>[2]</sup>。

Chandler应用晶状体摘除术来治疗恶性青光眼,发现摘除白内障伴前玻璃体丢失往往对恶性青光眼的治疗有效,其步骤是先做结膜切口,在透明角膜缘做斜面切开,为术毕前房注入空气用,在颞下方角膜缘后3.5mm处做一放射状巩膜切口,在切口周围透热,然后用柳叶刀穿透色素膜进入玻璃体腔,刀的方向直向视盘切开晶状体。用18号针头通过已散大的瞳孔,在检眼镜监视下沿切口伸入12mm。将针头接上注射器,抽出1~1.5mL液体,再向前房内注入少量盐水,使眼球恢复球形,再注入空气,使前房达到高度近视眼前房的深度,局部滴阿托品溶液,术后继续滴用<sup>[3]</sup>。

激光治疗:(1)氩激光睫状突光凝术:Herschler报告用氩激光治疗恶性青光眼,是通过虹膜切除术缺损处直接照射睫状突,使睫状突皱缩、变小。从而让睫状突与晶状体赤道部的距离增大,睫状环阻滞消除。手术较为简单,治疗3~5d后前房恢复,但是需要更多实践。(2)掺钕钇铝石榴石激光是现代治疗恶性青光眼的手段,有晶状体眼它可提高周边虹膜缺损切断前玻璃体膜,无晶状体眼可经瞳孔切开,若无虹膜缺损,亦可先行虹膜打孔。如中间质清晰,也可以深切到玻璃体。其效果还需要更多的实践证明。

总之,恶性青光眼危险而难治,一旦发生,对患者的视力影响极其严重。早发现、早治疗,尤其注意睫状肌麻痹剂阿托品的使用,如果药物治疗得不到有效的缓解,应立即采取手术治疗。

#### 参考文献

- 1 郑建奇,崔伟,卢毅.改良前房穿刺术在急性闭角型青光眼持续高压中的应用.国际眼科杂志2010;10(5):960-961
- 2 张建华,石荣先,连丽红,等.青光眼滤过术后合并睫状体脉络膜脱离的恶性青光眼.临床眼科杂志2010;18(5):16-18
- 3 刘含军,熊新春.小梁切除术后持续性浅前房的发生与解剖因素相关性分析.眼科新进展2010;30(4):381-382