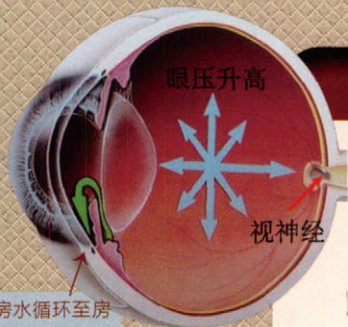


青光眼

——眼病中的“恶疾”

撰文 李梅 供图 李梅 庞琳

提起常见致盲眼病,青光眼当之无愧为其中之一。青光眼的患病率在中老年人群超过3%,由青光眼引起的视功能损害,不管是看东西范围缩小(医学中我们称之为视野缺损),还是最终失明,目前都没有有效手段使病情逆转。更雪上加霜的是,有半数青光眼患者起病隐匿,缺乏自觉症状,常常在视功能严重受损时才来就诊,此时即使技术再高的大夫也回天乏术。因此,早期发现、早期治疗是控制青光眼这个“恶疾”的最有效途径。这不仅需要眼科大夫的努力,还需要大众掌握青光眼的防治知识,以便及时就诊。下面我们从几个方面了解一下青光眼。



正常眼中房水循环至房角排出眼外

当房水排出不畅在眼内蓄积时,眼压升高

青光眼是怎样产生的?

眼球要想维持正常的功能,必须保持一定的眼内压力,我们称之为眼压。眼压的维持主要取决于眼内的一种透明液体——房水。房水可不是“一潭死水”,而是“一泓清泉”,不断在眼内产生并不断从眼内排出,维持着一种动态平衡,营养眼部的一些组织,并产生一定的压力。如果房水排出不畅,眼压就会升高,眼内组织尤其是视神经就会受损,引起视野缺损,甚至导致失明,这就是我们说的青光眼。

青光眼都有哪些表现?哪些人容易得青光眼?

青光眼是个大家族,存在多种类型的原发性及继发性青光眼。其中原发性闭角型青光眼(以下简称闭青)及原发性开角型青光眼(以下简称开青)最常见。两眼先后或同时患病。

闭青可以急性发作,眼压快速升高使患者有很明显的症状,常表现为一侧眼红、胀痛,伴同侧头痛、视力模糊,看灯光时出现彩虹圈、恶心、呕吐等,如不及时处理,几天就可能致失明,真有点儿像来势汹汹的强盗,明目张胆地损害患者的眼睛。急性发作常常发生在夜间,好发于老人,尤其是女性。闭青也可以慢性发病,患者上述表现程度较轻,可伴有鼻根部的酸痛,一般无恶心、呕吐,有约1/3的慢性闭角型青光眼患者没有任何不适。

劳累或情绪波动是闭角型青光眼发作的诱因,经过睡眠休息后可以好转,但会反复出现。最主要的原因是患者眼球存在一些特征,医学上称之为房角窄,使房水不能从眼内通畅地流到出口处,从而引起眼内液体蓄积,眼压升高。

开青患者房水蓄积的原因是其从眼内向眼外流动的出口处发生病变,从而引起眼压升高。由于病变的过程缓慢,所以发病非常隐匿,患者常无不适感,当觉察到眼睛有问题时常常已到病程的晚期。临床中不乏这样的患者,双眼视野均严重受损,甚至一眼已失明时才到医院就诊。看来开青真像个“神偷”,于不知不觉间盗走了患者的视功能。临床上早期诊断的开青病人,绝大部分是在体检或因其他眼疾而进行眼部检查时发现的。患高度近视、糖尿病、高血压、低血压和偏头痛的患者比其他人得开青的风险更大。

这两种青光眼都好发于中老年人群,且有家族遗传倾向。

还有一些其他类型的青光眼应该引起警惕:如果因为免疫系统疾病等需要长期服用激素类药物,或因其他眼病长期局部应用激素类药物时,有可能发生激素性青光眼。曾经眼部受过较大外力撞击的患者(如拳击伤),可能在受伤近期或几个月甚至多年后发生继发性青光眼。所以,受伤后应及时就诊,即使当时眼压正常也应该定期观察。

怎样尽早发现青光眼？

症状比较明显的青光眼患者一般都会到医院就诊。需要提醒大家的是，闭青急性发病时的眼压都很高，持续时间越长，视功能受损就越重，应该尽早就诊。此外，头痛、恶心、呕吐的表现有时会非常严重，以至于掩盖了眼部的不适，使患者到其他科就诊而耽误病情。

没有明显不适的青光眼常常让人防不胜防，因此40岁以上者应至少进行一次眼科常规检查，特别是上述高危人群，有些还需要定期复查。有经验的大夫会对检查中发现的蛛丝马迹做进一步的专科排查和远期追踪观察，如有浅前房（可能患闭青）、视神经可疑受损（可能患开青）等情况。由于青光眼早期体征隐匿，我们的病人中不乏有可疑青光眼体征经过十几年演变才确诊的病例。因此，具有可疑青光眼征象的人一定要有足够的耐心配合复查。

尽管患病率不高，青少年也会患青光眼。故有青光眼家族史、近视不断加深者应到医院进行眼部检查，确认没有其他眼病时再验光配镜。

婴幼儿可能患先天性青光眼，表现黑眼球特别大，怕光，到光线强的地方爱把头埋在母亲怀里，容易流泪。遇到这种情况，家长应及时带孩子就诊。

长期全身或眼部应用激素类药物、眼部有严重钝挫伤者应该定期观察眼压。



先天性青光眼眼球扩大

有关青光眼的两个常见误区

不少人到医院测眼压不高，就觉得自己不是青光眼，这是不正确的。首先，眼压是有波动的，一次眼压正常不能排除青光眼；其次，还有许多因素影响眼压的测量值。另外还有一类青光眼为正常眼压性青光眼。所以，眼压是诊断青光眼的的一个非常重要的指标，却绝不是唯一指标，应该将眼压（必要时做



24小时眼压日曲线检查)与眼底、房角、视野等其他检查结果综合进行判断,确定患者是否患有青光眼。

一些刚被诊断青光眼的病人往往不相信:“不会吧,我的视力好得很,怎么会得青光眼呢?”其实,青光眼损害的首先是视野,表现为看到的范围越来越小,到晚期才损害视力,所以千万不要仅以视力好坏来判断是否是青光眼,这也是无症状青光眼容易误诊的原因之一。

模拟青光眼患者视野损害的过程,左图为视野正常者,右侧几张图显示视野出现缺损并逐渐加重

青光眼诊断随访中常用的检查手段

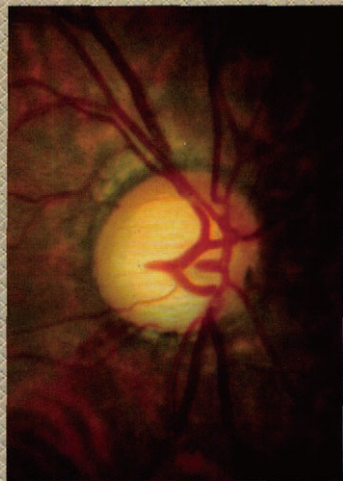
眼压是青光眼诊断的一项重要指标,也是评价各种治疗效果的关键指标。常用的检测办法有气动眼压(非接触眼压)、压陷眼压及压平眼压测量法。其中,Goldmann压平眼压测量法是国际上公认的最准确的测量方法。有的患者还需监测24小时眼压曲线。

房角是眼内房水流出的部位。通过房角镜、超声生物显微镜(UBM)或前节相干光断层扫描(OCT)可以评估房角是否开放,对指导青光眼分型及闭青治疗方案的选择都有重要意义。

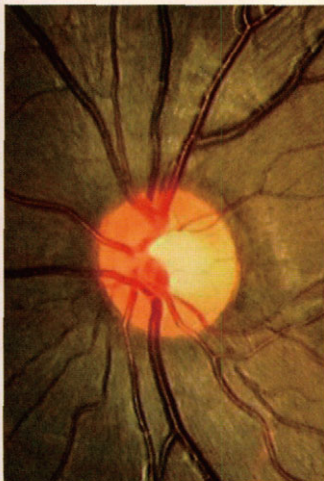
眼底形态学检查包括彩色立体眼底照相、海德堡视网膜断

层扫描(HRT)、相干光断层扫描(OCT)等,以不同方式评估视神经的受损程度,在青光眼的诊断及随访方面有重要意义。

视野检查是青光眼检查中使用最久、至今仍然最为常用的经典手段,可以直接了解视神经的功能,判断视神经受损的程度。



青光眼视神经萎缩



正常视神经乳头

如何治疗青光眼？

青光眼的治疗有药物、激光、手术三种手段。

用于青光眼的降眼压药有很多：毛果芸香碱、受体阻滞剂（噻吗心安、美开朗、贝他根、贝特舒等）、阿法根、派立明、适利达、苏为坦、卢美根等。

在激光治疗方面，YAG周边虹膜击孔术、周边虹膜成形术可用于闭青患者，选择性小梁成形术（SLT）可用于开青，针对晚期青光眼的有睫状体光凝术。

常用手术有小梁切除术、非穿透小梁手术、引流阀植入术、小梁切开术等。

不同类型、不同程度的青光眼应该选择不同的治疗方案。一般来说，闭青患者病情较轻时常选择激光治疗，病情发展到一定程度只能选择手术治疗，药物多用于激光或手术前后的维持或补充治疗。当然，闭青急性发作时需使用药物进行全身及局部的降眼压治疗，之后再根据病情轻重选择治疗方案。开青患者常首选药物或激光治疗，必要时手术降低眼压。用药要在医生指导下合理选择一种或多种不同类型的药物，有些人需终生用药。婴幼儿青光眼应首选小梁切开术。

青光眼患者应该注意些什么？

以平常心对待青光眼，坚持合理治疗并定期复查。这一点对开青患者尤其重要，过度焦虑或不重视治疗，甚至放弃治疗都是不利的。的确，一些患者无明显症状，常常短期内不能觉察到疗效，但是坚持长期合理的治疗是防止或延缓视功能受损的唯一有效途径。养成按时点药的好习惯，使其成为日常生活的一部分。同时要定期复查，以便根据情况随时调整治疗方案。

情绪波动、昏暗的环境、长时间低头、安定类及散瞳类药物等都是闭青发作的诱因，闭青患者或有家族史的人应当尽量避免这些不利因素。

青光眼患者还要避免一些憋气用力的静态运动，如长时间弯腰低头下蹲、举重、仰卧起坐等，这些动作能引起眼压升高，加重青光眼患者的视神经的损害。

在饮食方面没有特殊要求，但要适度控制一次性入水量。可以适当多吃一些对视神经有益的食物，如带皮葡萄（抗氧化剂）、西兰花、生姜（姜黄素）、大蒜（辣素）以及茶叶（儿茶酚）等都是很好的神经细胞保护剂。

看到这儿，您一定对青光眼有了一定的了解。就让我们携起手来共同努力，尽量减少青光眼这个“恶疾”给人类造成的痛苦，让世界上因青光眼而失明的人越来越少！

作者简介

李梅教授，北京大学第一医院眼科副主任医师，医学博士，硕士生导师。1990年至今一直从事眼科临床工作，眼病诊治经验丰富。擅长各种类型青光眼的筛查、诊断和药物、激光及手术治疗，崇尚对患者规范而个体化的治疗；擅长各类白内障尤其是合并青光眼的复杂白内障的手术治疗。撰写多篇有关青光眼基础、临床方面（包括眼底视神经损害特征、手术治疗、激光治疗）的学术论文。西城区残联专家指导组成员。积极参与公益事业，多次参加香港健康快车医疗队，赴湖南、河北、四川、山东、贵州等地进行大规模贫困患者白内障手术复明活动。

（责编 李瑄）

