

急性闭角型青光眼术后并发前部缺血性视神经病变的临床分析

熊伟¹ 熊娜²

1 彰武县人民医院眼科 辽宁彰武 123200 2 阜新市中心医院眼科 辽宁阜新 123000

〔摘要〕急性闭角型青光眼是临床常见眼病，是一种眼压急剧升高伴有相应症状和眼前段组织病理改变为特征的眼病。急性发作期患者大多数采用小梁切除术手术治疗。前部缺血性视神经病变是由于供应视神经乳头的睫状后短动脉发生阻塞或低灌注，引起筛板后视神经梗死，以突发性视力减退、视盘水肿和特征性视野缺损为主要表现的急性视神经疾病。在临床工作中，发现 2 例急性闭角型青光眼患者行小梁切除术后并发前部缺血性视神经病变。因及时发现，积极治疗，获得满意效果。提醒医务人员及患者，对行小梁切除术的术后患者，出现视力、视野改变需引起足够重视。及时就诊，及时治疗。争取最佳治疗效果。

〔关键词〕急性闭角型青光眼；小梁切除术；前部缺血性视神经病变；视野缺损；突发性视力减退

〔中图分类号〕R774.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-046-02

1 病例资料

病例 1：患者，男，68 岁，以“左眼突发性疼痛伴同侧偏头痛、视物不清 1 天”为主诉，于 2016 年 07 月 12 日入院。患者 1 天前无明显诱因左眼突然疼痛伴同侧偏头痛、视物不清，恶心、呕吐 1 次，呕吐物为胃内容物，休息后无缓解，症状逐渐加重，来我院就诊。以“左眼急性闭角型青光眼（急性发作期），双眼白内障，右眼屈光不正”收入院。既往史：脑梗塞病史 5 年。入院检查：体温：36.8℃。脉搏：82 次/分，呼吸：18 次/分。血压：140/82mmHg。右眼视力：0.4，左眼：0.02。右眼结膜充血（-），角膜光滑透明，前房浅，瞳孔 3 毫米，对光反应存在，晶状体不均匀混浊，眼底可见视盘，色淡红，C/D=0.3，黄斑反射暗。左眼中度痉挛状态，睫状充血（+++），角膜雾状水肿，KP（++），房闪（+），前房浅，瞳孔纵椭圆形，6.5*6.0 毫米，对光反应消失，晶状体不均匀混浊，眼底不清。眼压：右眼 14mmHg，左眼：>60mmHg。屈光：右眼：+2.0DS。左眼：测不出。入院后给予 1% 毛果芸香碱滴眼液左眼，左眼 10 分钟点眼，瞳孔缩小后改 1 小时 1 次，20% 甘露醇注射液 400 毫升，日 2 次静点，醋甲唑胺片 25 毫克，日 2 次口服，眼压控制正常，术前检查：双眼视野：双眼视敏度下降。无手术禁忌症，于 2016 年 07 月 14 日局麻下行左眼小梁切除术，术后抗炎对症治疗。出院检查：右眼视力：0.4，左眼：0.4。左眼轻微充血（+），角膜透明，上方结膜下弥散滤过，KP（+），房闪（+），前房形成良好，瞳孔圆形，3.0*3.0 毫米，对光反应存在，晶状体不均匀混浊，眼底可见视盘边界清，色淡红，C/D=0.3，黄斑反射暗。眼压：右眼 15mmHg，左眼：11mmHg。屈光：右眼：+2.0DS。左眼：+2.25DS。患者 1 周后复诊，自述左眼 1 天前视物不清，遮挡感。眼部检查：右眼视力右眼：0.4，左眼：0.25。左眼轻微充血（+），角膜透明，上方弥散滤过，KP 数个色素性，房闪（-），前房形成良好，瞳孔圆形，3.0*3.0 毫米，对光反应存在，晶状体不均匀混浊，眼底可见视盘边界下方不清，轻度水肿，未见出血。色淡红，C/D=0.3，黄斑反射暗。眼压：右眼 14mmHg，左眼：10 mmHg。左眼视野：上方视野缺损。诊断：左眼前部缺血性视神经病变。患者去上级医院就诊，诊断：左眼前部缺血性视神经病变。给予高压氧、参芎葡萄糖注射液 200 毫升，日 1 次静点，地塞米松注射液 5 毫克，日 1 次静点，

甲钴胺胶囊 500 微克，日 3 次口服。羟苯磺酸钙胶囊 0.5，饭吞服，日 3 次。患者治疗效果良好，视野缺损区基本恢复正常。

病例 2：患者，女，61 岁，以“右眼突发性疼痛伴同侧偏头痛、视物不清 2 天”为主诉，于 2015 年 06 月 8 日入院。患者 2 天前无明显诱因右眼突然疼痛伴同侧偏头痛、视物不清，恶心、呕吐 2 次，呕吐物为胃内容物，自点“氧氟沙星滴眼液”无缓解，症状逐渐加重，来我院就诊。以“右眼急性闭角型青光眼（急性发作期），双眼白内障，左眼屈光不正”收入院。既往史：健康。入院检查：体温：36.4℃。脉搏：78 次/分，呼吸：18 次/分。血压：128/78mmHg。右眼视力：指数/30 厘米，左眼：0.6。右眼中度痉挛状态，睫状充血（+++），角膜雾状水肿，KP（+），房闪（+），前房浅，瞳孔纵椭圆形，7.0*6.0 毫米，对光反应消失，晶状体轻微混浊，眼底不清。左眼结膜充血（-），角膜光滑透明，前房浅，瞳孔 3 毫米，对光反应存在，晶状体轻微混浊，眼底可见视盘，色淡红，C/D=0.3，黄斑反射暗。眼压：右眼：>60mmHg，左眼：13mmHg。屈光：右眼：测不出。左眼：+1.75DS。入院后给予 1% 毛果芸香碱滴眼液，右眼 10 分钟点眼，瞳孔缩小后改 1 小时 1 次，20% 甘露醇注射液 400 毫升，日 2 次静点，醋甲唑胺片 25 毫克，日 2 次口服，眼压控制正常，术前检查：双眼视野：双眼视敏度下降。无手术禁忌症，于 2015 年 06 月 11 日局麻下行右眼小梁切除术，术后抗炎对症治疗。术后第 2 天，患者自觉右眼视力较术后第 1 天减退，内上方视物遮挡。右眼视力：0.2，左眼：0.6。右眼轻微充血（+），角膜透明，上方结膜下弥散滤过，KP 数个色素性，房闪（+），前房形成良好，瞳孔圆形，3.0*3.0 毫米，对光反应存在，晶状体轻微混浊，眼底可见视盘边界外下方不清，轻度水肿，可见少许线状出血。色淡红，C/D=0.3，黄斑反射暗。眼压：右眼 11mmHg，左眼：14mmHg。右眼视野：鼻上方视野缺损。诊断：右眼前部缺血性视神经病变。给予高压氧、参芎注射液 200 毫克，日 1 次静点，地塞米松注射液 5 毫克，日 1 次静点，甲钴胺胶囊 500 微克，日 3 次口服。羟苯磺酸钙胶囊 0.5，随饭吞服，日 3 次。患者 1 周后出院，治疗效果良好，视野缺损区基本恢复正常。出院视力：右眼 0.5，左眼：0.6。

2 讨论

(下转第 48 页)

2.2 两组患者治疗恢复情况

比较连续性血液净化和早期肠内营养支持治疗前后的 APACHE II 评分及住院时间, 评价两组患者的治疗恢复情况, 见于表 2:

表 2: 两组患者的治疗恢复情况对照 ($\bar{x} \pm s$)

组别	APACHE II 评分 (分)		住院时间 (d)
	治疗前	治疗后	
研究组 (n=30)	18.37 ± 9.24	9.85 ± 3.36**	7.56 ± 2.16
对照组 (n=26)	17.89 ± 11.42	13.68 ± 5.85*	12.47 ± 4.69

注: 治疗前后比较, *P < 0.05; 组间比较, **P < 0.05

2.3 两组患者的并发症发生情况

表 3: 两组患者的并发症发生情况比较 [n (%)]

组别	休克	全身感染	出血	其他	并发症
研究组 (n=30)	1 (3.3)	0	0	0	2 (6.7)
对照组 (n=26)	2 (7.7)	1 (3.8)	1 (3.8)	1 (3.8)	5 (19.2)
P 值					< 0.05

3 讨论

重症胰腺炎是一种严重的消化内科疾病, 具有急性发作的特点, 其病情发展快, 引起水肿、出血、坏死、休克、感染等症状, 严重影响着患者的生存质量。重症胰腺炎的发生多受到胆道疾病的影响, 与患者的不良生活习惯有关。该疾病的治疗风险较大, 患者的死亡率较高。在临床上, 关于治疗方法的选择存在着一定的争议。早期肠内营养支持和药物治疗是常规治疗办法, 通过抑制胰腺分泌和改善患者机体微循环进行治疗, 加强营养支持, 以恢复其胃肠道功能, 预防感染、肺水肿、呼吸困难以及休克等并发症的发生。虽然能够有效消除其炎症, 改善患者的临床症状, 但是其作用效果有限, 患者的预后效果不佳, 延缓患者的康复进程。而连续性血液净化治疗能够有效清除患者机体内的细胞因子和炎性介质, 恢复其免疫调节功能, 进而保持水、电解质平衡, 以达到理

想的治疗效果 [2]。

本组研究结果显示, 采用连续性血液净化治疗的研究组患者, 其治疗有效率 (96.7%) 明显高于采用早期肠内营养支持治疗的对照组患者 (88.5%), 而研究组的并发症发生率 (6.7%) 和明显低于对照组 (19.2%), 住院时间比对照组更短 [(7.56 ± 2.16) d < (12.47 ± 4.69) d, P < 0.05]。治疗后研究组和对照组患者的 APACHE II 评分明显低于治疗前, 分别降低至 (9.85 ± 3.36) 分和 (13.68 ± 5.85) 分, 研究组的降低幅度更大, 对比具有统计学意义 (P < 0.05), 充分说明连续性血液净化治疗的临床疗效优于早期肠内营养支持治疗。

另外, 不良饮食习惯和不规律的生活方式是引发重症胰腺炎的主要因素, 因此在重症胰腺炎的临床治疗当中, 需要从源头入手, 针对其致病原因进行治疗。消除胆道梗阻, 纠正不良饮食习惯, 加强对胆道器官的保护, 以有效预防疾病的再次发作。当出现胆道阻塞并引起胰腺或胰周继发感染或脓肿等情况时, 则需要采用手术进行治疗 [3]。因此, 在重症胰腺炎消化内科临床治疗当中, 需要合理选用治疗方法, 以获得理想的治疗效果。

综上所述, 在重症胰腺炎的临床治疗当中, 需要根据患者的实际病情, 选择可行、有效的治疗方法。一般情况下, 连续性血液净化的临床疗效更为显著, 其治疗有效率更高, 并发症发生率低, 患者的病情得以有效缓解, 加速其康复进程, 建议在临床上推广应用。

[参考文献]

[1] 颜晓峰. 重症胰腺炎消化内科治疗临床体会 [J]. 大家健康 (学术版), 2015, 9 (16): 7-8.
 [2] 刘芳, 刘翼, 廖婧媛, 等. 早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者免疫功能的影响 [J]. 成都医学院学报, 2016, 11 (01): 88-91+95.
 [3] 黄文静. 重症胰腺炎消化内科治疗效果观察 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10 (20): 193-194.

(上接第 46 页)

急性闭角型青光眼是临床常见眼病, 是一种眼压急剧升高伴有相应症状和眼前段组织病理改变为特征的眼病, 急性发作期患者大多数采用小梁切除术手术治疗。前部缺血性视神经病变是由于供应视神经乳头的睫状后短动脉发生阻塞或低灌注, 引起筛板后视神经梗死, 以突发性视力减退、视盘水肿和特征性视野缺损为主要表现的急性视神经疾病。前部缺血性视神经病变确切的病因及发病机制目前仍然不甚清楚, 可能因素为视盘局部血管异常, 如眼部动脉硬化、眼部动脉炎症或血栓形成。血液成分的改变, 如血液黏稠度增加, 如红细胞增多症, 高脂血症等。眼部血流低灌注, 如全身低血压、颈动脉或眼动脉狭窄、眼压骤然升高等。在临床工作中, 2 例患者均为急性闭角型青光眼, 急性发作期, 眼压控制后, 行小梁切除术治疗, 术后前房形成良好, 无低眼压及浅前房发生, 炎症反应不重。术前视野检查无明显暗点及视野缺损。

分别于术后 2 天及术后 12 天出现无痛性视力下降及视物遮挡。视野检查为象限缺损。一例患者既往脑梗塞, 一例既往健康。发生前部缺血性视神经病变可能与滤过性小梁切除术, 术后眼压骤降有关。因此, 对于急性闭角型青光眼行小梁切除术术后患者, 术前视野检查, 术后及时的视力检查, 及视野变化的发现极为重要, 2 例患者急性闭角型青光眼行小梁切除术后并发前部缺血性视神经病变。因及时发现, 积极治疗, 获得满意效果。提醒医务人员, 对小梁切除术的术后患者, 在院及出院需详细告知患者, 出现视力、视野改变需引起足够重视, 及时就诊, 及时治疗, 争取良好的治疗效果。

[参考文献]

[1] 赵堪兴, 杨培增. 全国高等学校教材 [M]. 第 8 版. 《眼科学》, 2013: 167, 234
 [2] 管怀进. 全国高等医学院校规划教材 [M]. 第 2 版. 《眼科学》, 2013: 159, 219