

与青光眼“长期共处”，比“彻底治愈”更现实

●陶海

每年3月的第二周，是全球关注青光眼的“窗口期”。这一倡议最早由世界青光眼联合会和世界青光眼患者联合会于2011年共同发起，将原本3月6日的“世界青光眼日”延展为“世界青光眼周”。这一周期性科普活动，已成为目前针对单一疾病设立周期最长的全球性科普宣教活动。之所以如此重视，是因为青光眼并非普通的“眼疲劳”或“老花眼”，而是一类可能悄然致盲却可防可控的慢性眼病。

作为一种严重危害视功能的疾病，青光眼可发生于任何年龄段，中老年人发病率更高。随着人口老龄化加剧，其对公共健康的影响日益凸显。更值得警惕的是，部分慢性青光眼患者在早期几乎没有明显不适，却在不知不觉中丧失视野，甚至失明。青光眼造成的视神经损害不可逆转，因此“早发现、早诊断、早干预”是防止致盲的关键。

认识青光眼：从眼压失衡说起

青光眼的本质是以特征性视神经损害和视野缺损为核心表现的一组疾病，多数与病理性眼压升高有关。眼压，即眼内压，是眼球内容物对眼球壁所产生的压力。正常情况下，眼压维持在10~21mmHg之间，这是维持眼球形态和光学功能的基础。

眼球的前房和后房充满了一种透明的液体，即房水。房水由后房产生，经瞳孔流入前房，再通过小梁网等引流系统排出眼外。在健康状态下，房水的生成与排出处于动态平衡，眼压保持相对稳定。一旦排出通道受阻，而生成仍在继续，房水滞留于眼内，眼压随之升高。持续升高的压力会压迫视神经，导致神经纤维逐渐受损，最终出现视野缺损，严重者可失明。

需要特别说明的是，眼压数值并非诊断青光眼的唯一标准。有些人眼压高于正常值，却长期未见视神经损害，这种情况称为“高眼压症”，并不能简单等同于青光眼。相反，也有患者眼压始终处于正常范围，却出现典型的青光眼性视神经损害和视野缺损，被称为正常眼压性青光眼。因此，“高眼压不等于青光眼”，“眼压正常也不能排除青光眼”，全面检查视神经和视野



图片来源：视觉中国

至关重要。

急性闭角型青光眼： 一场随时可能爆发的“眼部危机”

在各类型青光眼中，急性闭角型青光眼发作最为凶险。根据病程演变，临床上通常将其分为六个阶段。

第一阶段为临床前期。此时患者具备闭角型青光眼的解剖基础，例如浅前房、窄房角等，但尚未发生青光眼。

第二阶段为前驱期。患者可能出现轻度眼痛、视力下降、看灯光出现彩虹样光圈（虹视），伴有轻度同侧头痛、鼻根及眼眶酸胀等症状，但往往症状轻微，容易被忽视。

第三阶段是急性发作期。一旦周边虹膜堵塞房角，房水外流受阻，眼压骤然升高，患者会出现明显眼红、剧烈疼痛、视力急剧下降，同时伴有眼眶和同侧头痛，甚至恶心、呕吐等全身症状。

第四阶段为间歇缓解期。若发作得到及时治疗，或小发作自行缓解，关闭的房角重新开放，眼压下降，病情暂时缓解或稳定。

第五阶段为慢性进展期。若房角长期关闭，周边虹膜与小梁组织发生粘连，形成永久性结构改变，眼压逐渐升高，进入慢性进展阶段。

第六阶段为绝对期。此时患者视力完全丧失，无光感。由于长期高眼压，患者多已耐受，部分患者主观症状反而不明显，但也可能持续存在眼疼痛与眼红等症状。

闭角型青光眼的重要发病原因之一是“瞳孔阻滞”。虹膜与晶体前表面接触，阻碍房水由后房流向前房。当使用散瞳剂或使用具有散瞳作用的药物时，瞳孔散大的状态下，虹膜被挤向晶体并与晶体相接触，房水流出受阻；同时，由于房水流出受阻出现后房压力增高，周边的虹膜被挤压向前突出，出现虹膜膨隆。

正常情况下，虹膜膨隆不会造成太

大影响，但对于有闭角型青光眼的病人，周边前房本身较浅，膨隆的虹膜在狭小的空间会与角膜后表面的周边相接触，阻塞前房角，使房水不能正常流出，出现高眼压。

因此有闭角型青光眼的病人应注意避免使用有散瞳作用的药物。

治疗原则： 控制眼压，保留视功能

一旦确诊青光眼，患者首先应在心理上正视疾病。既不能轻视，也无需过度恐慌。青光眼属于终生性慢病，治疗目标并非彻底“治愈”，而是通过控制眼压，延缓视神经损害进展，最大限度保留现有视功能。

对于原发性开角型青光眼，局部滴眼液是首选治疗方式。常用药物包括噻吗心安、布林佐胺等。如果规范用药仍不能达到预期，可在医生指导下加用口服乙酰唑胺或静脉甘露醇等药物。若药物治疗效果不理想，可进一步选择激光或手术治疗。

激光治疗主要包括两类：激光虹膜周边切除术与激光小梁成形术。前者多用于原发性闭角型青光眼早期，可替代部分手术操作，也可用于伴虹膜膨隆者的预防性治疗；后者主要用于原发性开角型青光眼，尤其适用于药物治疗效果不佳或无法耐受药物的患者。

原发性闭角型青光眼往往需要手术为主、药物为辅。需要强调的是，与白内障手术后视力迅速改善不同，青光眼手术的目的在于“维持”，而非“提高”视力。如果就诊时视神经已严重受损，即便眼压控制理想，视功能也难以恢复。因此，尽早干预意义重大。

日常防护：四道“护眼防线”

虽然原发性青光眼的确切病因尚未完全明确，但通过规范管理和生活方式干预，可以有效降低发作风险、延缓病情进展。

第一，要养成良好的生活习惯。保持生活规律、睡眠充足、情绪稳定、饮食有节，科学用眼、不长时间用眼或低头趴睡。劳累过度、睡眠不足、情绪波动、饮食不节或暴饮暴食等，可以影响血管神经调节中枢，使血管舒缩功能失调。一方面，血管功能紊乱导致眼内房水流出

通道受阻；另一方面导致房水分泌过多，后房压力过高，周边虹膜受压向前移而使前房变浅、前房角变窄。这些因素均可引起眼压的急剧升高，最终导致青光眼急性发作。还要避免一次性大量饮水（超过250毫升）、长时间用眼或低头趴睡等可能升高眼压的行为。

第二，控制基础疾病。要严格控制基础疾病的进展。例如，糖尿病患者要严格控制在正常范围内，减少因血压波动对眼部血管的影响。

第三，学会正确用眼。每用眼30~40分钟，休息5~10分钟，可眺望远方或做眼保健操，缓解眼疲劳。避免在光线过强或过暗的环境下长时间用眼。夜晚阅读时，光线应均匀、柔和，避免视疲劳。不要长时间低头趴睡，避免长时间戴墨镜或在暗室停留过久，以免导致眼压升高，诱发疾病。

第四，要重视定期检查。建议一般人群每年进行一次较全面的眼部检查，包括视力、眼压、眼底等，以便早期发现青光眼，尽早治疗。需要注意，有其他高危因素，如高度近视/远视、长期使用激素、有青光眼家族史的人群，必要时可以缩短定期检查的间隔。

在饮食方面，青光眼患者宜规律进食、适量摄入，多吃富含维生素的蔬果，保持大便通畅；避免辛辣刺激性食物；每次饮水不宜超过300毫升，忌烟、忌酒、避免浓茶。尼古丁可导致视网膜血管痉挛，加重视神经缺血；大量饮酒可引起眼部充血，诱发急性发作；浓茶过量则可能影响睡眠，间接导致眼压波动。

青光眼是一种复杂且不可逆的致盲性疾病，但并非不可控制。只要通过规范治疗、长期随访和科学生活管理，大多数患者可以在有生之年维持稳定的视功能。换言之，与青光眼“长期共处”，比“彻底治愈”更现实。规律用药、定期复诊，是每一位患者需要坚持的基本原则。只有真正理解疾病、重视筛查、科学管理，才能将失明风险降至最低。

（作者系解放军总医院眼科医学部副主任）