

· 标准与规范探讨 ·

《中国青光眼临床工作指南》(2005)公布

近几年,美国、欧洲及亚太地区眼科学会均相继制定了本地区的青光眼临床工作指南,我国多年来一直沿用 1987 年制定的《原发性青光眼早期诊断的初步建议》,该建议已不能满足指导国内青光眼临床工作的要求,我国迫切需要适合国情的现代青光眼临床工作指南。有鉴于此,中华医学会眼科学分会青光眼学组于 2005 年 7 月 29~30 日在广东省东莞市召开学组全体委员工作会议,经过开放、民主、自由、严谨及认真地讨论,取得共识,一致同意参照美国青光眼建议工作模式(preferred practice pattern, PPP)(2005)制定我国青光眼临床工作指南。现将中华医学会眼科分会青光眼学组一致通过的《中国青光眼临床工作指南》(简称指南)公布如下。

《指南》的制定原则

首先对临床资料的重要性进行分级,表示其对医疗质量的影响度,分级标准:A. 尤为重要;B. 重要;C. 有关。

其次对临床资料的可信程度及是否符合循证医学原则进行分级,标准:I. 有强有力的证据支持(如大样本随机临床对照试验结果),试验设计完善,试验对象合理,试验过程科学并能提供精确可靠的资料,统计方法正确,试验设计的参数具有较高的统计学效力和(或)较窄可信区间(无论该研究产生具有统计学意义的结果或结果无统计学意义);II. 有真实、充足的证据支持,与等级 I 类似但缺少其中一或数项;III. 属于专家意见或临床经验,但缺乏证据支持。

《指南》中的所有条款均标明重要性和可信度等级。

《指南》的重要说明

1. 所有青光眼临床工作必须置于证据之上,遵循循证医学原则。

2. 所有指南条款可修改,可发展。

3. 绝大部分指南条款临床证据的可信度不属于“ I ”级,说明青光眼诊治的复杂性,因此本指南并非适用于所有青光眼患者,治疗中还应进行个体化评估。

一、原发性开角型青光眼(初步评估)

(一)初步病史收集(主要因素)

1. 眼部既往病史^[A:Ⅲ]。

2. 全身既往病史^[A:Ⅲ]。

3. 家族患病史^[A:Ⅱ]。

4. 其他相关病史回顾^[A:Ⅱ]。

(二)初步体格检查(主要因素)

1. 视力^[A:Ⅲ]。

2. 瞳孔大小及形态^[B:Ⅱ]。

3. 裂隙灯显微镜眼前段检查^[A:Ⅲ]。

4. 眼压测量^[A:Ⅲ]。

5. 中央角膜厚度测量^[A:Ⅲ](对拟诊断高眼压症、正常眼压性青光眼、高度近视眼或准分子激光角膜手术后拟诊断原发性开角型青光眼的患者均应作中央角膜厚度测量)。

6. 前房角镜检查^[A:Ⅲ]。

7. 视乳头和视网膜神经纤维层评估^[A:Ⅲ]。

8. 眼底彩照记录视乳头形态^[A:Ⅱ]。

9. 散瞳下眼底检查(允许散瞳情况下)^[A:Ⅲ]。

10. 自动阈值视野检查^[A:Ⅲ]。

(三)制定患者诊疗计划

1. 设定靶眼压^[A:Ⅲ]:视神经损害愈严重,靶眼压应愈低^[A:Ⅲ]。

2. 绝大多数情况下,初始治疗选择药物治疗^[A:Ⅲ]。

3. 激光小梁成形术可作为初始治疗的选择^[A:I]。

4. 进展期及晚期青光眼应选择滤过性手术^[A:I]。

5. 治疗的选择应基于对每一患者眼压、视功能、治疗风险、治疗费用、所能接受的生活质量等因素综合考虑以获得最大的收益^[A:Ⅲ],综合考虑患者全身及眼部情况、医学、心理学及社会环境因素^[A:Ⅲ]。

6. 选择最简单的用药方式,以最少的药物获得最大的疗效,保证良好的依从性^[A:Ⅲ]。

(四)激光小梁成形术及术后管理^[A:Ⅲ]

术前及术后的诊疗计划:

1. 手术同意书^[A:Ⅲ]。

2. 手术者术前应对患者进行至少一次详细的眼科检查^[A:Ⅲ]。

3. 术后 30~120 min 至少进行 1 次眼压测量^[A:I]。

4. 术后 2 周随访^[A:Ⅲ]。

5. 术后 4~8 周随访^[A:Ⅱ]。

(五)滤过手术及术后护理^[A:Ⅲ]

术前及术后的诊疗计划:

1. 手术同意书^[A:Ⅲ]。

2. 手术者术前应对患者进行至少 1 次详细的眼科检查^[A:Ⅲ]。

3. 术后第 1 天(12~36 h)检查以及术后第 2~10 天内至少每天检查 1 次^[A:Ⅱ]。

4. 术后 6 周内如未出现术后并发症,应进行 2~5 次常规检查^[A:Ⅲ]。

5. 局部使用糖皮质激素制剂(排除糖皮质激素使用禁忌)^[A:Ⅲ]。

6. 出现浅前房或其他并发症的患者应适当增加随访

次数^[A:Ⅲ]。

(六)药物治疗患者的用药指导

1. 讨论诊断、疾病严重性、预后、诊疗计划以及终身用药的可能性^[A:Ⅲ]。

2. 教会患者正确的眼部滴药方法 滴眼药后闭睑和压迫鼻泪管以减少全身药物反应^[B:Ⅱ]。

3. 告知患者用药后全身和眼部将出现的变化及可能的药物不良反应^[A:Ⅲ]。

4. 详细告知患者关于病程、治疗原理和目的、现有病情、治疗的益处和风险 增加治疗依从性^[A:Ⅲ]。

二、原发性开角型青光眼(随访观察)

(一)病史收集

1. 随访期内眼部病史^[A:Ⅲ]。

2. 随访期内全身病史^[A:Ⅲ]。

3. 用药后局部或全身反应^[A:Ⅲ]。

4. 日常生活中对视功能变化的大体描述^[B:Ⅲ]。

5. 抗青光眼药物的使用频率和用量 ,确保准确无误^[B:Ⅲ]。

(二)体格检查

1. 视力^[A:Ⅲ]。

2. 裂隙灯显微镜检查^[A:Ⅲ]。

3. 眼压测量^[A:Ⅲ]。

4. 视神经和视野评估^[A:Ⅲ]。

(三)药物治疗患者的诊疗计划

1. 每次随访均测量眼压并评价是否达到靶眼压^[A:Ⅲ]。

2. 每次随访均记录用药频率和用量 ,并决定是否需要调整^[A:Ⅲ]。

3. 当可疑房角关闭、前房变浅、前房角异常、使用缩瞳剂或加量时 ,应行前房角镜检查^[A:Ⅲ] ;对有晶状体眼晶状体发生变化的患者亦应定期检查前房角(如每间隔 1 ~ 5 年)^[A:Ⅲ]。

4. 若达到靶眼压但视功能损害进展 ,或者不能达到靶眼压但视功能损害不再进展 均应对靶眼压进行调整^[A:Ⅲ]。

5. 若已达到靶眼压但不能阻止视功能损害进展 ,应再降低靶眼压^[A:Ⅲ] ;靶眼压降低幅度应是目前平均眼压的 15%^[A:Ⅲ]。

6. 若选用的药物不能降低眼压或降压效果不理想 ,应停药并使用新的药物^[A:Ⅲ]。

7. 随访间隔期取决于视功能损害程度、所处病程、进展速度、眼压超过靶眼压的幅度以及视神经损害危险因素存在与否^[A:Ⅲ]。

8. 减药或加药需调整随访间期作为药物洗脱间期或药物达到最大效能间期^[A:Ⅲ]。

(四)患者教育

1. 鼓励患者适应用药后的全身和情绪变化^[A:Ⅲ]。

2. 委托或鼓励低视力和盲目患者接受视觉功能康复治疗或者相关的社会服务^[A:Ⅲ]。

(五)随访建议模式(表 1)

三、疑似原发性开角型青光眼患者(初始干预及随访)

(一)初步病史收集(主要因素)

1. 眼部既往病史^[A:Ⅲ]。

2. 全身既往病史^[A:Ⅲ]。

3. 家族患病史^[A:Ⅱ]。

4. 其他相关病史回顾^[A:Ⅲ]。

(二)初步体格检查(主要因素)

1. 视力^[A:Ⅲ]。

2. 瞳孔大小及形态^[B:Ⅱ]。

3. 裂隙灯显微镜眼前段检查^[A:Ⅲ]。

4. 眼压测量^[A:Ⅲ]。

5. 中央角膜厚度测量^[A:Ⅱ] (对拟诊断高眼压症、正常眼压性青光眼、高度近视眼或准分子激光角膜手术后拟诊断原发性开角型青光眼的患者均应作中央角膜厚度测量)。

6. 前房角镜检查^[A:Ⅲ]。

7. 视乳头和视网膜神经纤维层评估^[A:Ⅲ]。

8. 眼底彩照记录视乳头形态^[A:Ⅱ]。

9. 散瞳下眼底检查(允许散瞳情况下)^[A:Ⅲ]。

10. 自动阈值视野检查^[A:Ⅲ]。

(三)对需要治疗的患者制定诊疗计划

1. 设定靶眼压^[A:Ⅲ] 将基线眼压降低 20% ~ 30%^[A:Ⅲ]。

2. 治疗的选择应基于对每一患者眼压、视功能、治疗风险、治疗费用、所能接受的生活质量等综合考虑以获得最大的收益^[A:Ⅲ] 综合考虑患者全身及眼部情况、医学、心理学及社会环境因素^[A:Ⅲ]。

3. 选择最简单的用药方式 ,以最少的药物获得最大的疗效 ,保证良好的依从性^[A:Ⅲ]。

(四)随访期病史收集

1. 随访期内眼部病史^[A:Ⅲ]。

2. 随访期内全身病史^[B:Ⅲ]。

表 1 原发性开角型青光眼患者随访建议模式

是否达到靶眼压	视功能损害是否进展	眼压控制持续时间(月)	随访周期 ^[B:Ⅲ]	视乳头评价 ^[A:Ⅲ]	视野评价 ^[A:Ⅲ]
是	否	<6	1 ~ 6 个月	6 ~ 12 个月	6 ~ 18 个月
是	否	>6	3 ~ 12 个月	6 ~ 18 个月	6 ~ 24 个月
是	否	—	1 周至 3 个月	3 ~ 12 个月	2 ~ 6 个月
否	是	—	2 天至 3 个月	3 ~ 12 个月	2 ~ 6 个月
否	是	—	2 天至 1 个月	3 ~ 12 个月	1 ~ 6 个月

注 表内 “—” 表示不确定

- 3. 用药后局部或全身反应^[A:Ⅱ]。
- 4. 日常生活中对视功能变化的大体描述^[B:Ⅲ]。
- 5. 抗青光眼药物的使用频率和用量 ,确保准确无误^[B:Ⅲ]。

(五)随访期体格检查

- 1. 视力^[A:Ⅲ]。
- 2. 裂隙灯显微镜检查^[A:Ⅲ]。
- 3. 随访间期取决于眼压超过靶眼压的幅度以及视神经损害危险因素存在与否及多少^[A:Ⅲ]。

(六)药物治疗患者的用药指导

- 1. 讨论危险因素及其严重性、诊断、诊疗计划以及终身用药的可能性^[A:Ⅲ]。
- 2. 详细告知患者关于病程、治疗原理和目的、现有病情、治疗的益处和风险 ,增加治疗依从性^[A:Ⅲ]。
- 3. 教会患者正确点眼方法 :点后闭睑和压迫鼻泪管以减少全身药物反应^[B:Ⅱ]。
- 4. 告知患者用药后全身和情绪将出现的变化^[A:Ⅲ]。

(七)随访推荐模式(表 2)

表 2 疑似原发性开角型青光眼患者随访推荐模式

是否治疗	是否达到靶眼压	是否有危险因素	随访周期	视乳头和视野评价的间期
否	-	否	6~18 个月	6~18 个月
否	-	是	3~12 个月	6~12 个月
是	是	-	3~12 个月	6~12 个月
是	否	-	2 天至 4 个月	3~12 个月

注 :表内“ - ”示不确定

四、原发性闭角型青光眼(初始评估和治疗)

(一)初步病史收集(主要因素)

- 1. 眼部现病史^[A:Ⅲ]。
- 2. 全身既往病史^[A:Ⅲ]。
- 3. 家族患病史^[A:Ⅱ]。
- 4. 生活习惯^[A:Ⅱ]。

(二)初始体格检查(主要因素)

- 1. 视力^[A:Ⅲ]。
- 2. 屈光状态^[A:Ⅲ]。
- 3. 裂隙灯显微镜检查 :角膜、中央和周边前房深度、以往房角关闭发作的任何体征^[A:Ⅲ]。
- 4. 眼压测量^[A:Ⅲ]。
- 5. 双眼前房角镜检查 ,有条件者做超声生物显微镜检查^[A:Ⅲ]。
- 6. 眼活体结构超声生物测定^[A:Ⅲ]。
- 7. 视野检查^[A:Ⅲ]。
- 8. 视乳头和视网膜神经纤维层评估^[A:Ⅲ]。

(三)诊断

排除继发因素 ,做出原发性闭角型青光眼的诊断^[A:Ⅲ]。

(四)适合周边虹膜切除术的患者诊疗计划

- 1. 对急性浅前房 ,浅前房发作间歇期(亚急性)或慢性

浅前房 ,房角粘连闭合范围累计小于 180°、无视乳头和视野损害者 ,施行激光周边虹膜切除术 ,若不能施行激光周边虹膜切除术 ,即行周边虹膜切除术^[A:Ⅲ]。

- 2. 急性房角关闭发作时 ,通常先予药物治疗降低眼压及消除角膜水肿 ,为周边虹膜切除术做准备^[A:Ⅲ]。

- 3. 如果对侧眼存在与发作眼相似的解剖结构 ,行预防性周边虹膜切除术^[A:Ⅲ]。

(五)周边虹膜切除术及术后管理^[A:Ⅲ]

- 1. 术前及术后的诊疗计划包括 (1)手术同意书^[A:Ⅲ] ; (2)手术者术前应对患者进行至少一次详细的眼科检查^[A:Ⅲ] (3)激光手术后 60~120 min 内至少进行一次眼压测量^[A:Ⅱ] (4)周边虹膜切除术后 1 周随访^[A:Ⅲ] (5)激光术后 4~8 周随访^[A:Ⅲ] (6)局部使用糖皮质激素制剂(排除糖皮质激素使用禁忌)^[A:Ⅲ] (7)术后 8 周进行前房角镜检查^[A:Ⅲ]。

- 2. 围手术期使用降眼压药物防止眼压骤升 ,尤其在严重病例中^[A:Ⅱ]。

- 3. 鼓励低视力和盲目患者接受视觉功能康复治疗或者相关的社会服务^[A:Ⅲ]。

(六)周边虹膜切除术患者的评估和随访

- 1. 术后 ,对已有青光眼性视神经病变患者的随访参照原发性开角型青光眼临床工作指南^[A:Ⅲ]。
- 2. 术后 ,其余患者的随访参照疑似原发性开角型青光眼临床工作指南^[A:Ⅲ]。
- 3. 所有患者每年进行至少一次房角镜检查^[A:Ⅱ]。

(七)未行周边虹膜切除术患者的教育和管理

- 1. 告知患者急性房角关闭的风险 ,详细告知急性房角关闭的症状并嘱患者如发生相关症状立即来诊^[A:Ⅲ]。
- 2. 警告患者避免使用任何可诱发青光眼发作的药物以及任何标明青光眼患者慎用的药物^[A:Ⅲ]。

(八)适合行滤过性手术的患者诊疗计划

手术指征 :药物未能控制眼压 ,以及房角粘连闭合范围超过 180°的急性或慢性闭角型青光眼。

术前及术后的诊疗计划 :

- 1. 手术同意书^[A:Ⅲ]。
- 2. 手术者术前应对患者进行至少一次详细的眼科检查^[A:Ⅲ]。
- 3. 术后第一天(12~36 h)检查以及术后第 2~10 天内至少每天进行一次检查^[A:Ⅱ]。
- 4. 术后 6 周内如未出现术后并发症 ,应进行 2~5 次常规检查^[A:Ⅲ]。
- 5. 局部使用糖皮质激素(排除糖皮质激素使用禁忌)^[A:Ⅲ]。
- 6. 出现浅前房或其他并发症的患者应适当增加随访次数^[A:Ⅲ]。

(九)适合行滤过性手术联合白内障手术的患者诊疗计划

手术指征：
符合滤过性手术指征的急性或慢性闭角型青光眼，白内障手术指征参照白内障手术适应证。

术前及术后的诊疗计划：

1. 手术同意书^[A:Ⅲ]。

2. 手术者应于术前对患者进行至少一次详细的眼科检查^[A:Ⅲ]。

3. 术前进行人工晶体测量、角膜内皮细胞计数等检查^[A:Ⅲ]。

4. 术后第 1 天(12 ~ 36 h)检查以及术后第 2 ~ 10 天内

至少每天检查一次^[A:Ⅱ]。

5. 术后 6 周内如未出现术后并发症，应进行 2 ~ 5 次常规检查^[A:Ⅲ]。

6. 局部使用糖皮质激素(排除糖皮质激素使用禁忌)^[A:Ⅱ]。

7. 出现浅前房或其他晶状体手术并发症的患者应适当增加随访次数^[A:Ⅲ]。

中华医学会眼科学分会青光眼学组
(收稿日期 2005-10-15)
(本文编辑 赵红梅)

· 时讯 ·

《中华医学美容杂志》2006 年征订启事

《中华医学美容杂志》是中华医学会主办的系列专业杂志之一，原名《中华医学美容杂志》，是国家科技部中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)，中国核心期刊数据库原文收录期刊，中国学术期刊综合评价数据库来源期刊，中国期刊网·中国学术期刊(光盘版)全文收录期刊。大 16 开本、64 页铜版纸彩色印刷。读者对象为医学院校、科研机构，各级从事美容医学的医师、学者以及与医学美容、美容有关的人员，内容涵盖美容外科、整形外科、皮肤美容、口腔美容、医学美容，涉及学科门类广泛。本刊将择优刊登与杂志主题联系密切的问题以飨读者。

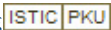
本刊由国内著名医学美容、美容外科及相关学科专家组成编委会，作者队伍实力雄厚，能为广大读者提供新理论、新技术、新方法，是目前国内有重要影响的医学美容美容专刊，欢迎广大读者通过各地邮局订阅，也可直接汇款到编辑部订阅。定价 12 元，全年共计 72 元。邮发代号 82-800，编辑部地址：北京黄寺美容外科医院《中华医学美容杂志》编辑部，邮政编码 100011，联系电话 010-66352462，联系人：王树花，网址：www.cosmagazine.com。

《中华医学美容杂志》编辑部

中华医学会眼科学分会第八届委员会成员名单

- 主任委员 赵家良
- 副主任委员 赵堪兴 葛 坚 黎晓新
- 常 务 委 员 16 名(以姓氏笔划为序)
- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 马景学 | 王宁利 | 孙乃学 | 阴正勤 | 何守志 | 陈晓明 | 姚 克 | 赵家良 |
| 赵堪兴 | 徐 亮 | 郭希让 | 崔 浩 | 葛 坚 | 谢立信 | 褚仁远 | 黎晓新 |
- 委 员 49 名(以姓氏笔划为序)
- | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 马景学 | 王 青 | 王 薇 | 王宁利 | 孙乃学 | 成霄黎 | 邢怡桥 | 阴正勤 | 何 伟 |
| 何守志 | 吴 烈 | 吴雅臻 | 张 哲 | 张劲松 | 李 敏 | 李定章 | 李建阳 | 李晓林 |
| 李镜海 | 杨巧玲 | 杨培增 | 陈家祺 | 陈晓明 | 欧 波 | 范先群 | 郑桂英 | 金凤琴 |
| 姚 克 | 贺翔鸽 | 赵家良 | 赵恩登 | 赵堪兴 | 酆全福 | 唐罗生 | 徐 亮 | 徐国兴 |
| 袁志兰 | 袁援生 | 郭希让 | 崔 浩 | 盛耀华 | 葛 坚 | 谢立信 | 褚仁远 | 廖荣丰 |
| 颜 华 | 黎晓新 | 戴 虹 | 瞿 佳 | | | | | |
- 学术秘书 徐 亮
- 工作秘书 陈有信
- 顾问 李子良 严 密 王景昭 王 竞 徐 杰
- 万方数据

《中国青光眼临床工作指南》(2005)公布

作者: [中华医学会眼科学分会青光眼学组](#)
作者单位:
刊名: [中华眼科杂志](#) 
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY](#)
年, 卷(期): 2005, 41 (12)
被引用次数: 5次

引证文献(5条)

1. 杜宁静, 杨珂 [联合激光手术在急性闭角型青光眼发作期的早期应用](#) [期刊论文] - [中国激光医学杂志](#) 2009 (3)
2. 姜丽丽, 赵敏, 谢正祥, 王志芳, 王皎皎, 黄世峰 [AAA-ICM技术单次提取图形视觉诱发电位的可行性分析](#) [期刊论文] - [眼科研究](#) 2009 (4)
3. 李静, 牛伟, 马雅玲 [52例钝挫伤前房积血的治疗分析](#) [期刊论文] - [宁夏医学杂志](#) 2009 (4)
4. 任泽钦 [青光眼分类和定义之我见](#) [期刊论文] - [中华眼科杂志](#) 2008 (5)
5. 吴玲玲 [青光眼手术时机的选择](#) [期刊论文] - [眼科](#) 2007 (1)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhyk200512023.aspx