

几种主要眼病临床指南总结(二)

青光眼

原发性开角型青光眼(初诊检查)

初诊病史(主要内容)

- ┆ 眼部病史。^[A: III]
- ┆ 全身病史。^[A: III]
- ┆ 家族史。^[A: II]
- ┆ 复习患者相关的病历。^[A: III]

初诊体格检查

- ┆ 视力。^[A: III]
- ┆ 瞳孔。^[B: II]
- ┆ 裂隙灯活体显微镜眼前节检查。^[A: III]
- ┆ 眼压测量。^[A: III]
- ┆ 影响到眼压测量准确性时,最好测量中央角膜厚度。^[G: II]

- ┆ 双眼前房角镜检查。^[A: III]
- ┆ 视神经乳头和视网膜神经纤维层检查。^[A: III]
- ┆ 记录视神经乳头的形态,最好使用彩色立体照相。^[A: II]

- ┆ 眼底检查(可能时在散瞳后进行检查)。^[A: III]
- ┆ 视野检查,最好使用自动静态阈值视野计。^[A: III]

为需要治疗的患者制定处理计划

┆ 治疗选择的最重要目标应当是在考虑到治疗的危险程度、价格和每个患者能接受的生活质量改变等情况下,使患者获得最大的潜在益处。^[A: III] 需要考虑患者的生理、视觉、医学、心理和社会环境等因素。^[A: III]

┆ 假设以前的眼压水平造成了视神经损伤,所制定的初始目标眼压应为基线眼压值降低 20% ~ 30%。^[A: III] 视神经损伤越严重,所确定的初始目标眼压应该越低。^[A: III]

┆ 对于大多数病例,应该以眼部滴用药物作为初始治疗。^[A: III]

┆ 激光小梁成形术可以作为恰当的初始治疗。^[A: I]

┆ 对于一些中度或重度的青光眼患者,以眼外滤过手术作为初始治疗可能是恰当的。^[A: I]

┆ 选择能以最少量的药物获得满意效果的治疗方案。^[A: III]

激光小梁成形术患者手术前、后的处理

┆ 确保患者能获得恰当的术后处理。^[A: III] 术前和术后的计划应包括

- 知情同意书。^[A: III]
- 术者至少进行 1 次术前评估。^[A: III]
- 术后 30 ~ 120 min 内至少测量 1 次眼压。^[A: I]

- 术后 2 周内复查。^[A: III]

- 术后 4 ~ 8 周再次检查。^[A: II]

滤过手术患者手术前、后的处理

┆ 确保患者能获得恰当的术后处理。^[A: III] 术前和术后的计划应包括

- 知情同意书。^[A: II]
- 术者至少进行 1 次术前评估。^[A: III]
- 术后第 1 天随诊(术后 12 ~ 36 h), 术后 2 ~ 10 d 至少随诊 1 次。^[A: II]
- 如果无并发症发生,在术后 6 周内再进行 2 ~ 5 次常规随诊。^[A: III]
- 如无禁忌证,术后应当滴用糖皮质激素。^[A: II]
- 如有需要,例如患者出现无前房或浅前房,或发生其他并发症,应当增加随诊次数。^[A: III]

对于药物治疗患者的教育

┆ 与患者讨论有关疾病的诊断和严重性、预后和治疗计划以及可能需要终生治疗等问题。^[A: III]

┆ 教会患者滴药后要闭眼和压迫鼻泪道,以便减少药物的全身吸收。^[B: II]

┆ 鼓励患者提醒眼科医师注意应用青光眼药物过程中所发生的生理或情绪的变化。^[A: III]

┆ 告知疾病的进程、治疗的理由和治疗的目标、病程病情和不同治疗方法的利弊,这样可以使患者能积极参与制订恰当的治疗方案。^[A: III]

原发性开角型青光眼(随诊检查)

病史

- ┆ 随诊期间眼部病史。^[A: III]
- ┆ 随诊期间全身病史。^[A: III]
- ┆ 药物引起的局部或全身问题。^[A: III]
- ┆ 视功能对日常生活影响的总体评价。^[B: III]
- ┆ 最近使用的青光眼药物、用药频率和时间,评价患者是否正确使用药物。^[B: III]

体格检查

- ┆ 视力。^[A: III]
- ┆ 裂隙灯活体显微镜检查。^[B: III]
- ┆ 测量眼压。^[A: III]
- ┆ 视神经和视野检查(表 5)。^[A: III]
- ┆ 如果发生影响以往诊断正确性的事件,检查中央角膜厚度。^[A: III]

┆ 如果怀疑前房角关闭、前房浅或前房角异常,可在开始或增加缩瞳药物治疗时进行前房角镜检查。^[A: III] 有晶状体

‡ 鼓励患者提醒他们的眼科医师注意他们在应用青光眼药物过程中所出现的生理或情绪的变化。^[A: III]

原发性前房角关闭 (初诊检查和治疗)

初诊检查时病史 (主要内容)

- ‡ 人口资料。^[B: III]
- ‡ 复习患者的病历。^[A: III]
- ‡ 全身病史。^[A: III]
- ‡ 眼部病史。^[A: III]
- ‡ 家族史。^[A: III]

初诊体格检查 (主要内容)

- ‡ 视力。^[A: III]
- ‡ 屈光状态。^[A: III]
- ‡ 裂隙灯活体显微镜检查。^[A: III]
 - 角膜。
 - 中央和周边前房深度。
 - 前房角关闭急性发作后的后遗症。

- ‡ 眼压测量。^[A: III]
- ‡ 双眼前房角镜检查。^[A: III]
- ‡ 视神经乳头和视网膜神经纤维层检查。^[A: III]
- ‡ 记录视神经乳头的形态。^[A: III]
- ‡ 必要时行视野检查。^[A: III]
- ‡ 必要时行眼轴测量。^[A: III]

诊断

- ‡ 建立原发性前房角关闭的诊断, 排除其他继发因素。^[A: III]

需要进行虹膜周边切除患者的治疗方案

‡ 急性原发性前房角关闭、间歇性 (亚急性) 原发性前房角关闭和慢性原发性前房角关闭应采用激光虹膜切除术治疗; 如果激光虹膜切除术不能成功施行, 可进行切开性虹膜切除术。^[A: III]

‡ 急性前房角关闭发作时, 通常先用药物降低眼压, 以便消除角膜水肿, 准备行虹膜周边切除术。^[A: III]

‡ 如果对侧眼前房结构与发作眼类似, 应对该眼行预防性虹膜周边切除术。^[A: II]

‡ 需要行双眼虹膜周边切除术的患者, 如果许可, 最好每次只做一只眼, 避免双眼同时出现并发症。^[A: III]

虹膜周边切除患者的手术和术后处理

‡ 确保患者能接受恰当的术后处理。^[A: III] 术前和术后的计划应包括

- 知情同意书。^[A: III]
- 术者至少进行 1 次术前评估。^[A: III]
- 激光虹膜周边切除术后 60~120 min 内至少测量 1 次眼压。^[A: II]
- 术后 1 周内随诊复查。^[A: III]
- 激光术后 4~8 周复查。^[A: III]
- 如无禁忌证, 术后眼局部滴用抗炎药物。^[A: III]
- 必要时, 8 周内散瞳, 并检查散瞳后的眼压和前

房角。^[B: III]

‡ 围手术期应当使用药物来防止眼压突然升高, 尤其是病情严重的患者。^[A: II]

‡ 推荐或鼓励有明显视功能损伤或盲目的患者使用适当的视力康复和社会服务。^[A: III]

虹膜周边切除患者的评估和随访

‡ 对于虹膜周边切除术后患者, 需要按原发性开角型青光眼诊疗指南来观察青光眼性视神经病变。^[A: III]

‡ 所有其他患者需要按原发性开角型青光眼疑似者的诊疗指南进行随访。^[A: III]

‡ 所有患者每年进行前房角镜检查。^[A: III]

未行虹膜周边切除术患者的教育

‡ 对于有急性前房角关闭风险的患者, 应当向患者告知急性前房角关闭发作的症状, 并告知一旦出现症状应当及时就医。^[A: III]

‡ 警告患者避免使用非处方治疗充血的药物和其他青光眼患者禁忌的药物。^[A: III]

角膜和外眼疾病

细菌性角膜炎 (初诊检查)

初诊检查时病史

- ‡ 眼部症状。^[A: III]
- ‡ 出现症状时的环境因素。^[A: III]
- ‡ 以往眼部病史。^[A: III]
- ‡ 全身病史。^[A: III]
- ‡ 目前眼部用药史。^[A: III]
- ‡ 药物过敏史。^[A: III]

初诊体格检查

- ‡ 患者一般情况。^[B: III]
- ‡ 面部检查。^[B: III]
- ‡ 视力。^[A: III]
- ‡ 眼睑和睑裂闭合情况。^[A: III]
- ‡ 结膜。^[A: III]
- ‡ 鼻泪道。^[A: III]
- ‡ 角膜知觉。^[A: III]
- ‡ 裂隙灯活体显微镜检查

- 睑缘。^[A: III]
- 结膜。^[A: III]
- 巩膜。^[A: III]
- 角膜。^[A: III]
- 前房。^[A: III]
- 前部玻璃体。^[A: III]

诊断试验

‡ 除了下述的细菌培养适应证之外的情况, 可以按经验治疗, 不需要进行细菌涂片或培养。^[A: III]

‡ 细菌培养适应证

- 危及视力或严重角膜炎在首次治疗前怀疑微生物感染。^[A: III]
- 大面积角膜浸润(向中央和深部基质扩展)。^[A: III]
- 慢性病程。^[A: III]
- 广谱抗生素药物治疗无效。^[A: III]
- 临床表现提示真菌、阿米巴或分枝杆菌性角膜炎。^[A: III]

‡ 如果培养结果阴性,应考虑停用抗生素治疗 12~24 h后再次培养。^[A: III]

‡ 角膜刮片培养或涂片,应该直接接种到适当的培养基和载玻片,以扩大培养量。^[A: III]如果没有条件,可以将标本放置于转移培养基。^[A: III]两种情况都应立即接种培养或直接送实验室。^[A: III]

处理

‡ 大多数患者需要滴用抗生素药物眼药水。^[A: III]

‡ 对于拟诊为细菌性角膜炎病例,开始时按经验应用广谱抗生素眼药水。^[A: III]

‡ 对严重角膜炎(基质深层受累或累及面积 > 2 mm²,周围广泛波及的病例),开始治疗 1 h内加大用量,每 5~15 min用药 1次,^[G: III]以后每 15~60 min用药 1次。^[A: III]对于不太严重的角膜炎,应该适当减少用药频率。^[A: III]

‡ 对淋球菌性角膜炎使用全身治疗。^[A: II]

‡ 如果初始治疗反应差,应当调整治疗方案,可以根据涂片和培养结果进行调整。^[A: III]如果患者病情好转,没有必要单凭培养和药敏结果调整治疗。^[A: III]

‡ 一般来说,如果初始治疗后 48 h没有好转或仅仅稳定,需要调整初始治疗方案。^[A: III]

‡ 对于正在滴用糖皮质激素眼药水的患者,在怀疑有细菌性角膜炎时,应当减少或停用糖皮质激素,直到感染控制。^[A: III]

‡ 当角膜浸润累及视轴时,可以在抗生素治疗后病情好转至少 2或 3 d后加滴糖皮质激素眼药水。^[A: III]继续滴用大剂量抗生素眼药水,并逐渐减量。^[A: III]

‡ 应当在开始糖皮质激素治疗后 1或 2 d内检查患者。^[A: III]

细菌性角膜炎(治疗建议)

随诊评估

‡ 随诊的频率取决于疾病的范围,对于严重病例,开始时至少每天随诊 1次,直到临床症状改善或病情稳定。^[A: III]

患者教育

‡ 告知患者细菌性角膜炎的危害,需要严格遵医嘱治疗。^[A: III]

‡ 讨论永久性视力丧失的可能,以后可能需要视力康复治疗。^[A: III]

‡ 向配戴角膜接触镜的患者告知配戴角膜接触镜、过夜配戴会增加感染的危险以及严格注意接触镜配戴方法和

接触镜卫生的重要性。^[A: III]

‡ 如果严重视觉受损或失明的患者没有手术指征,建议其寻求视力康复治疗。^[A: III]

处理(表 7)

表 7 细菌性角膜炎抗生素治疗方案^[A: III]

微生物	抗生素	用药浓度 (g/L)	结膜下注射剂量 (mg/0.5 ml)
没有确定或多种微生物	头孢唑林	50	100
	联合妥布霉素或庆大霉素	3~14	20
	或氟喹诺酮类药物	3	
G ⁺ 球菌	头孢唑林	50	100
	万古霉素*	15~50	25
G ⁻ 杆菌	妥布霉素或庆大霉素	3~14	20
	头孢他定	50	100
	氟喹诺酮类药物	3	
G ⁻ 球菌*	头孢曲松	50	100
	头孢他定	50	100
	氟喹诺酮类药物	3	
非结核性分枝杆菌	阿米卡星	20~40	20
	克拉霉素 [†]		
诺卡菌	阿米卡星	20~40	20
	甲氧苄啶	16	
	磺胺甲 唑	80	

注: * 示对耐药肠球菌和葡萄球菌感染及青霉素过敏患者, † 示对可疑淋球菌感染需要全身治疗患者, † 示成人口服剂量 500 mg/12 h,局部用药有一定疗效,但是药物刺激性强,临床经验不足

睑缘炎(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史

‡ 眼部症状和体征。^[A: III]

‡ 症状持续时间。^[A: III]

‡ 单眼或双眼发病。^[A: III]

‡ 加重病情的情况(如吸烟、过敏原、风、接触镜、干燥、类视黄醇、饮食、乙醇)。^[A: III]

‡ 当前或既往全身和局部用药情况。^[A: III]

‡ 近期与感染患者接触史(如虱子感染)。^[C: III]

‡ 眼部病史(如眼科手术史和外伤史,包括放射和化学伤)。^[A: III]

‡ 全身病史(如痤疮、红斑痤疮、过敏、湿疹等皮肤病,使用异维甲酸等药物)。^[A: III]

初诊体格检查

‡ 视力。^[A: III]

‡ 外眼检查

- 皮肤。^[A: III]

- 眼睑。^[A: I]

‡ 裂隙灯活体显微镜检查

- 泪膜。^[A: III]

- 眼睑前缘。^[A: III]
- 睫毛。^[A: III]
- 眼睑后缘。^[A: III]
- 睑结膜。^[A: III]
- 球结膜。^[A: III]
- 角膜。^[A: III]

诊断试验

对于炎症反应严重的复发性前部睑缘炎患者和对治疗无效的患者应进行细菌培养。^[A: III]

对于明显不对称、治疗无效或在同一部位出现复发性睑板腺囊肿者, 应行眼睑活检, 以便除外恶性肿瘤。^[A: III]

如果怀疑皮脂腺癌, 在行活检之前, 要向病理科医师咨询。^[B: III]

处理

治疗睑缘炎首先应注意眼睑卫生。^[A: III]

对于葡萄球菌感染性睑缘炎, 可以在眼睑局部应用表面抗生素, 如杆菌肽或红霉素, 每天 1 次或多次, 坚持 1 周或 1 周以上。^[A: III]

对睑板腺功能不良患者, 如果注意眼睑卫生不能完全控制其长期存在的症状和体征, 可口服四环素。^[A: III]

短期滴用糖皮质激素对眼睑或眼表炎症反应有一定帮助。使用最小有效剂量, 尽可能避免长期使用糖皮质激素。^[A: III]

随诊评估

- 随诊内容应包括
 - 随诊间隔期病史。^[A: III]
 - 视力。^[A: III]
 - 外眼检查。^[A: III]
 - 裂隙灯活体显微镜检查。^[A: III]

患者教育

- 告知患者疾病过程是慢性的, 而且易复发。^[A: III]
- 告知患者疾病的症状容易改善, 但不易根除。^[A: III]

结膜炎(初诊检查)

初诊病史

眼部体征和症状(如痒、分泌物增多、刺激感、疼痛、畏光、视物模糊)。^[A: III]

- 症状持续时间。^[A: III]
- 单眼或双眼表现。^[A: III]
- 分泌物的特点。^[A: III]
- 近期与感染患者接触史。^[A: III]
- 外伤(机械性、化学性或紫外线)。^[A: III]
- 角膜接触镜使用情况(如接触镜类型、卫生和使用方法)。^[A: III]

可能与全身疾病相关的症状和体征(如泌尿生殖系统分泌物异常、排尿困难、上呼吸道感染、皮肤和黏膜病灶)。^[A: III]

- 过敏、哮喘、湿疹。^[A: III]
- 局部和全身药物的应用。^[A: III]
- 眼部病史(如以往结膜炎发作史^[A: III]和眼部手术史^[B: III])。
- 全身病史(如免疫系统损伤状态、以往全身病史^[B: III])。
- 个人史(如吸烟^[B: III]、职业和爱好^[C: III]、旅行^[C: III]和冶游史^[B: III])。

初诊体格检查

- 视力。^[A: III]
- 外眼检查
 - 局部淋巴结病变(尤其是耳前淋巴结)。^[A: III]
 - 皮肤。^[A: III]
 - 眼睑和附属器异常。^[A: III]
 - 结膜。^[A: III]
- 裂隙灯活体显微镜检查
 - 睑缘。^[A: III]
 - 睫毛。^[A: III]
 - 泪小点和泪小管。^[B: III]
 - 睑结膜和穹隆结膜。^[A: II]
 - 球结膜和角巩膜缘。^[A: II]
 - 角膜。^[A: I]
 - 前房和虹膜。^[A: III]
 - 染色情况(结膜和角膜)^[B: III]。

诊断试验

对可疑感染性新生儿结膜炎应当进行细菌培养, 如有可能, 涂片行细胞学和特殊染色检查。^[A: I]

怀疑为淋球菌性结膜炎病例, 应当涂片行细胞学和特殊染色检查。^[A: III]

如有可能, 对于成人和新生儿衣原体性结膜炎, 应当行免疫诊断试验和(或)培养, 以便明确诊断。^[B: I]

当怀疑为眼部瘢痕性类天疱疮时, 应当进行球结膜活检, 在活动性炎症反应眼的角巩膜缘未累及区域取样。^[A: III]

对怀疑为皮脂腺癌的病例, 应行全厚层眼睑活检。^[A: II]

处理

对于奈瑟氏淋球菌^[A: I]或沙眼衣原体^[A: II]感染的结膜炎, 应用全身抗生素进行治疗。

当结膜炎合并性传播疾病时, 对性伙伴应当进行治疗, 以便减少复发, 并将患者及其性伙伴推荐给专科医师。^[B: III]

将有全身疾病表现的患者推荐给合适的专科医师。^[A: III]

随诊评估

- 随诊检查应该包括
 - 随诊间隔期病史。^[A: III]
 - 视力。^[A: III]

- 裂隙灯活体显微镜检查。^[A: III]

患者教育

‡ 告诫患者疾病的传染途径,以便减少或预防疾病在社区传播。

干眼病(初诊检查)

初诊检查时病史

- ‡ 眼部症状和体征。^[A: III]
- ‡ 疾病加重情况。^[A: III]
- ‡ 症状持续时间。^[A: III]
- ‡ 使用的局部药物及其对症状的效果。^[A: III]
- ‡ 眼部病史包括
 - 角膜接触镜的配戴、配戴时间和护理。^[A: III]
 - 过敏性结膜炎。^[B: III]
 - 角膜病史 [包括角膜成形术、准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)、准分子激光角膜切削术(PRK)手术史]。^[A: III]
 - 眼睑手术史(如上睑下垂矫正术、眼睑成形术、睑内翻或外翻矫正术)。^[A: III]
 - Bell麻痹。^[A: III]
 - 慢性眼表炎性反应(如眼部瘢痕性类天疱疮、Stevens-Johnson综合征)。^[A: III]
- ‡ 全身病史包括
 - 吸烟。^[A: III]
 - 皮肤疾病(如红斑痤疮)。^[A: III]
 - 遗传性过敏症。^[A: III]
 - 更年期。^[A: III]
 - 全身炎性反应疾病(如 Sjögren 综合征、移植排斥宿主疾病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、硬皮病)。^[A: III]
 - 全身药物(如抗组胺药、利尿剂、激素和激素阻滞剂、抗抑郁剂、抗心律失常药物、异维甲酸、苯乙哌啶或阿托品、β受体阻滞剂、化疗药物和其他有抗胆碱作用的药物)。^[A: III]
 - 外伤(如化学伤)。^[A: III]
 - 慢性病毒感染(慢性丙肝、人类免疫缺陷病毒)。^[B: III]
 - 手术(骨髓移植、头和颈部手术)。^[B: III]
 - 眼眶放疗治疗。^[B: III]
 - 神经系统状态(如 Parkinson病、Bell麻痹、Riley-Day综合征)。^[B: III]
 - 口干、牙洞、口腔溃疡。^[B: III]

初诊体格检查

- ‡ 视力。^[A: III]
- ‡ 外部检查
 - 皮肤。^[A: III]
 - 眼睑。^[A: I]
 - 附属器。^[A: III]
 - 上睑下垂。^[B: III]
 - 颅神经功能。^[A: III]
 - 手。^[B: III]
- ‡ 裂隙灯活体显微镜检查
 - 泪膜。^[A: III]
 - 睫毛。^[A: III]
 - 前、后睑缘。^[A: III]
 - 泪小点。^[A: III]
 - 下穹隆和睑结膜。^[A: III]
 - 球结膜。^[A: III]
 - 角膜。^[A: III]

处理

- ‡ 对泪液分泌不足的患者,进行以下处理是恰当的
 - 如果可能,停用加重病情的药物。^[A: III]
 - 干预眼部环境。^[A: III]
 - 湿润周围空气。^[A: III]
 - 干预电脑工作地点。^[A: III]
 - 促进泪液分泌。^[A: III]
- ‡ 对泪液分泌不足的患者,如果药物治疗得不到适当的效果,可以采用以下手术治疗
 - 治疗睑缘炎、矫正倒睫或异常眼睑位置(如兔眼症、睑内翻或外翻)。^[A: III]
 - 封闭泪小点^[A: III]或对严重病例进行眼睑缝合。^[A: III]

患者教育

- ‡ 向患者告知干眼的慢性特性和自然病程。^[A: III]
- ‡ 为治疗方案的选择提供特别的指导。^[A: III]
- ‡ 定期评价患者的依从性和对疾病的了解程度,评价其对相关结构损害危险的了解程度和对治疗有效性的现实期望值,并强化教育。^[A: III]
- ‡ 将有明显全身疾病的患者推荐给适当的专科医师。^[A: III]
- ‡ 提醒患有干眼的患者, LASIK 或 PRK 手术可能会加重干眼病情。^[A: III]

中华医学会眼科学分会

(收稿日期: 2006-08-15)

(本文编辑: 黄翊彬)