

# 三叉神经眼支带状疱疹并发青光眼

范泰昌

作者单位:(116300)中国辽宁省瓦房店市中心医院眼科  
作者简介:范泰昌,男,毕业于锦州医学院,主治医师。  
通讯作者:范泰昌.fantaichang3@163.com  
收稿日期:2010-07-22 修回日期:2010-08-09

范泰昌.三叉神经眼支带状疱疹并发青光眼.国际眼科杂志  
2010;10(9):1838

## 0 引言

三叉神经眼支带状疱疹时有发生,是由水痘病毒感染所致,多为散发病例。受损部位严格按神经支配区分布。受累眼部皮肤、角膜、虹膜等部位病变屡有报告,但并发青光眼者少见。我们对11例眼支带状疱疹并发青光眼临床资料研讨如下。

## 1 临床资料

选择1991/2009年的11例患者,男6例,女5例,年龄30~71(平均64)岁。30岁者1例,71岁者2例。全身状况:发疹前本组11例均有发烧,不适,病变侧皮肤阵发性疼痛。以鼻中线为界,前额,上眼睑内侧及鼻部皮肤簇集样米粒至黄豆粒大小疱疹,左侧5例,右侧6例。眼部表现:皮疹后3d眼部即出现不适,怕光、流泪、疼痛者1例,其余10例均在皮疹消退后出现眼部症状,平均14.6d。最长者1例为皮疹后2mo。本组患者早期均有眼睑皮肤红肿疼痛,皮疹、痂皮。结膜混合性充血,眼球胀痛。视力减退,角膜水肿,增厚,浸润,KP,房水闪辉,瞳孔中等大,约3.5mm,光反应不灵敏。眼底查不清。眼压30~63(平均40.18)mmHg。典型病例:患者,男,71岁。1993-12-30晨练时发觉左侧眼部,面颊、额部、前头顶部表浅疼痛,同时伴左耳及右侧牙齿疼痛。当日下午上述部位皮肤出现水疱。1994-01-04于皮肤科治疗,01-06体温39℃,01-13体温正常,皮肤水疱大多结痂,但左眼疼痛,畏光、流泪,视力降至0.6。结膜充血(+++),角膜雾样水肿,表面点状着色,角膜后色素样KP,房水闪辉(+),暗孔4mm,光反应迟钝,不圆,鼻侧瞳孔后粘连。晶状体前附着色素样渗出物,眼底查不清。诊断:左三叉神经带状疱疹并发角膜炎,虹膜睫状体炎。给抗病毒药物同时10g/L阿托品散瞳等治疗。用药后不见好转,左眼痛加剧伴头痛,恶心呕吐。01-21即发疹后22d,左眼视力0.06,左眼睑红肿,球结膜水肿,混合性充血(+++),角膜雾样水肿,角膜后色素样KP,瞳孔6mm,不圆,眼压69.27mmHg(9.24kPa),即以200g/L甘露醇500mL静脉滴注,醋氮酰胺0.25,2次/d口服,噻吗洛尔点眼,并以1g/L疱疹净及抗生素眼药水点眼,停用散瞳剂。01-22左眼压18.86mmHg,眼部症状及体征均明

显好转。01-27视力恢复至0.1,角膜水肿,内皮水肿,角膜后KP色素样,房水闪辉(+++)局部加用地塞米松点眼。02-06视力0.3眼压20.55mmHg,继用噻吗洛尔2次/d点左眼,1994-11左眼视力0.6,球结膜仍有轻度充血,角膜散在浅层点状染色,角膜知觉(-),瞳孔不圆,少量后粘连,晶状体混浊,眼底像朦胧,眼压17.30mmHg。

## 2 讨论

带状疱疹系神经系统受水痘病毒感染所致。多发生在身体单侧,沿皮肤神经支配区分布,造成该部位损害。三叉神经眼支的带状疱疹,其性质较为严重,可发生在任何年龄,但老弱者居多,获得性免疫缺陷综合征患者带状疱疹性眼病多发生在年轻患者<sup>[1]</sup>。性别无统计学意义,眼部带状疱疹常合并许多眼部并发症。眼睑、结膜、巩膜、眼肌、视神经等均会发生病变,以角膜炎、虹膜睫状体炎最常见,而并发青光眼者少见,且因角膜炎、虹膜睫状体炎的存在而易贻误诊断。眼部带状疱疹并发青光眼,有学者认为是继发性青光眼。亦有人研究指出眼压中枢的传入途径是三叉神经,当该神经受累时自然会使眼压调解失控,造成眼压升高<sup>[2]</sup>。另外由于虹膜睫状体的炎症,导致虹膜根部与小梁粘连,炎性渗出物可阻塞小梁网引起眼压升高。如房角检查并无周边前粘连,但仍有青光眼表现就应该想到眼压升高是由于小梁功能损害。有的病例虹膜炎症并不明显,而角膜雾样水肿,瞳孔散大应及时测眼压想到并发青光眼,而按青光眼处理,禁用阿托品散瞳。一般情况下眼压升高常于皮疹后15~20d发生,个别亦可在1~2mo发生。值得注意的是眼部带状疱疹最常并发角膜炎、虹膜睫状体炎、由于眼疼,畏光、流泪,角膜混浊而忽略青光眼诊断,治疗方面又往往使用阿托品而加剧了青光眼并使治疗更加困难。但只要稍加留心是可以发现的,特征是瞳孔较大。眼部带状疱疹继发青光眼以局部应用抗病毒剂及皮质类固醇和抑制房水生成的眼药水为主,并适当应用脱水剂。瞳孔以不散不缩为宜。另外尚可配合板兰根、清开灵等药物治疗。一般情况下无需手术治疗。经保守治疗多会缓解,如局部炎症消退,青光眼进入慢性期属难治性青光眼范畴,手术最好小梁切除联合巩膜瓣下羊膜植入可收较理想效果。治疗标准应以眼压是否得到控制为主,因为患者眼部症状如:疼痛,刺疼、跳疼、灼疼持续数周,数月甚至1~2a,而角膜知觉减退或消失,恢复更慢,更缠绵,常达数年之久,李美玉<sup>[2]</sup>报告1例,5a后角膜知觉恢复。极少病例合并视神经炎者会构成视力严重损害甚至失明。

我们这11例患者时间跨度较大,近20a,随着时间的推移诊断和治疗手段均有很大变革和进步,以上仅供同道参考。

## 参考文献

- 1 庞辰久.带状疱疹性眼病与获得性免疫缺陷综合征.中国实用眼科杂志1999;17(11):681
- 2 李美玉.青光眼学.第1版.北京:人民卫生出版社2004:509