

视网膜中央动脉阻塞治愈 1 例

张 愉, 张志霞, 秦 萍, 唐 红

作者单位: (710054) 中国陕西省西安市, 武警陕西总队医院耳鼻喉科

作者简介: 张愉, 女, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 视网膜及视神经疾病。

通讯作者: 张愉. zhangyuyu2008@hotmail.com

收稿日期: 2011-03-02 修回日期: 2012-03-26

张愉, 张志霞, 秦萍, 等. 视网膜中央动脉阻塞治愈 1 例. 国际眼科杂志 2012; 12(5): 1007

0 引言

视网膜中央血管属于终末血管, 一旦阻塞后引起视网膜急性缺血, 视网膜功能障碍, 视力严重受损。视网膜中央动脉阻塞(CRAO)是一种严重影响视功能的急性眼疾, 发病急、预后差, 现报告 1 例近期收治的 CRAO 患者的治疗情况。

1 病例报告

患者, 赵××, 男, 57 岁, 以“左眼突然视物不见 1h”为主诉就诊, 既往高血压病史 3a, 一直口服硝苯地平片 1 次/d 控制血压, 基本稳定。眼科检查: V_{OD}: 1.2, V_{OS}: 指数/20cm; 左眼外眼(-), 瞳孔直径 5mm, 直接对光反射(-), 间接对光反射(+), 晶状体皮质轻度混浊。眼底: 视盘色淡, 边界不清, 动脉细, 节段性缺血, 后极部视网膜灰白色水肿, 无出血, 黄斑区呈“樱桃红”, 中心凹光反射消失。眼压: 左眼 20mmHg; 右眼大致正常。辅助检查: 颈部、心脏彩超未见异常, 血压: 180/100mmHg, 初步诊断: 左眼 CRAO。入院后, 立即给予硝酸甘油 0.5mg 舌下含服, 亚硝酸异戊酯鼻吸 1 次, 随后给予 654-2 注射液 5mg+地塞米松针 5mg 左眼球后注射, 复方樟柳碱注射液 2mL 左侧颞浅动脉旁皮下注射; 随后给予持续低流量吸氧 2L/min, 吸氧同时对患者左眼进行眼球按摩, 并指导患者自行按摩。全身静滴生理盐水 250mL+川芎嗪注射液 120mg, 1 次/d; 口服醋唑胺 50mg, 2 次/d; 口服阿司匹林 25mg, 尼莫地平 10mg, 3 次/d; 卡托普利 25mg 1 次/d; 1h 测血压 1 次, 使其稳定在 130/70~80mmHg。6h 后, 查视力 0.6, 眼底: 后极部视网膜颜色转红, 黄斑区樱桃红颜色变淡, 病情缓解。第 2d 晨起检查: 左眼视力 0.7, 左眼瞳孔直径 4mm, 直接对光反射迟钝, 间接对光反射灵敏; 左眼底: 视盘界限清, 颜色转红, 后极部视网膜颜色转红, 水肿减轻, 黄斑区水肿减轻, 樱桃红颜色变淡。给予长期医嘱, 舌下含服硝酸甘油 0.5mg, 3 次/d; 吸氧 2 次/d, 每次 2h; 复方樟柳碱 2mL, 颞浅动脉旁皮下注射, 1 次/d; 川芎嗪注射液 120mg, 静脉输液, 1 次/d; 维生素 B₁ 100mg 及维生素 B₁₂ 500mg, 肌肉注射, 1 次/d; 阿司匹林 25mg, 尼莫地平 10mg, 口服, 3 次/d。1wk 后检查: V_{OS}: 1.0, 瞳孔直径 3mm, 直接对光反射灵敏, 间接对光反射灵敏; 眼底: 视盘色淡红, 边

界清, 后极部视网膜水肿消退, 黄斑“樱桃红”消失, 中心光反射存在。之后患者视力出现 0.7~1.0 的波动, 再给予巩固治疗 1wk, 出院时视力 1.0, 血压 135/80mmHg, 嘱控制血压, 随身常备硝酸甘油片, 随访。

2 讨论

视网膜中央动脉阻塞是眼科中的一种急症、重症。其发病率约为 1/10000~1/5000, 多发生于中老年人群, 常伴有高血压、糖尿病、心脏病、动静脉粥样硬化, 多为单眼疾病, 男性比女性发病率高^[1], 致盲率高, 预后不良。其主要原因为血管栓塞、血管痉挛、血管壁的改变和血栓形成(包括动脉硬化或血管炎症导致管腔狭窄), 以及血管外部受压, 或因风湿性心脏病致心内膜出现赘生物, 眼球后肿物, 如血肿、肿瘤, 甚至还有医源性栓子如球后注射都可压迫神经及视网膜中央动脉引起动脉阻塞^[2]。以往研究表明, 视网膜光感受器组织对缺血缺氧的抵抗力较脑组织稍强, 对暂时性缺血的耐受性约为 90min^[3], 过此时间节点后往往发生不可逆的损害, 故而 CRAO 的预后最重要取决于阻塞持续的时间, 阻塞 1h 内能解除者, 视功能多可恢复; 3~4h 以内者, 周围视力可能恢复, 中心视力多半不能恢复; 持续 4h 以上者, 不易恢复, 且其治疗一般在发病 48h 内尚能显效, 否则收效不大。因此, 发病后早期就诊, 及时准确诊断, 合理的急诊治疗及采取先进的治疗技术是成功抢救视力的关键。CRAO 首先由 Von Graefe 于 1859 年描述其特征为: (1) 视力突然消失; (2) 后极部视网膜呈乳白色混浊; (3) 黄斑区有樱桃红点。一般 CRAO 多在发病 10min~2h 之内即可出现典型的眼底表现, 但临床上常常发现有早期未出现樱桃红斑的患者来就诊, 如忽略则会引起误诊或漏诊, 延误治疗时机, 所以本病治愈的前提是及时准确的诊断。一旦确诊, 治疗上突显“抢救”原则: (1) 血管扩张剂, 包括舌下含服或吸入硝酸酯类药物, 球后注射 654-2 或妥拉苏林等解痉药; (2) 吸氧, 增加脉络膜毛细血管血液的氧含量, 从而缓解视网膜缺氧状态并扩张血管; (3) 降低眼压, 降低动脉灌注阻力, 如按摩眼球、前房穿刺及降眼压药物; (4) 抗血小板聚集剂及纤溶制剂等, 如阿司匹林、尿激酶; (5) 辅助治疗: 降压药物、降脂药物; (6) 国内外临床研究出现的非传统方法: 激光击栓术、超选择眼动脉溶栓介入、星状神经节阻滞、高压氧综合治疗等; (7) 向患者进行健康教育也是至关重要, 眼科疾患可能为全身疾患的信号, 应让患者认识到出现怎样的症状需要及时就诊。总而言之, 患者就诊时一旦确诊为 CRAO, 就应该争分夺秒立即抢救, 及时合理联合有效药物, 尽可能恢复视力, 提高生活质量, 并要做好健康教育, 注意其在数月或数年内再次栓塞的可能性。

参考文献

- 1 刘家琦, 李凤鸣. 实用眼科学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社 2002: 462-464
- 2 崔浩, 王宁利. 眼科学. 第 2 版. 北京: 北京大学医学出版社 2009: 123
- 3 李凤鸣. 中华眼科学. 北京: 人民卫生出版社 2005: 2076-2079