

視覺「神偷」——青光眼

視力
健康

撰文：
譚智勇教授
陳培文醫生
葉聰博士

青光眼 (Glaucoma) 是全球最重要的致盲性眼疾之一。據統計，每一百個四十歲以上的人士，就有大約三人患有青光眼，即使在先進國家，統計亦有50%的青光眼患者依然被忽略。

隨着人口老化，青光眼患者的比例將會逐漸增加。在香港，有研究顯示超逾23%的永久失明個案是因青光眼而起，是本港的頭號視力殺手。本專欄將於未來數周與讀者深入探討這個號稱視覺「神偷」的眼疾，及最新的檢查和治療青光眼的方法。

什麼是青光眼？青光眼是一種可引致視神經損傷疾病。如將人的眼球和大腦分別比喻為數碼相機和電腦，視神經就等同負責連接兩者的數據線。人們看東西時，視覺信息需經視神經由眼球傳入大腦進行分析和處理，一如數據線把數碼相機內圖片傳送到電腦瀏覽。若視神經纖維因青光眼而造成損傷，視覺亦會受影響，甚至會導致永久性的視野缺損或失明。

患者若及早接受治療，已缺損的視野雖不能復原，病情或還可受到控制。但如果任由病情惡化，置之不理，視野會不斷收窄，最終有機會令患者永久完全失明。

為什麼此病名為「青」光眼？其實青光眼還有一個名稱為綠內障。某些患嚴重青光眼病人，他們的角膜因水腫退化而變得混濁，呈現青綠色，青光眼因而得名。

青光眼大致可分為兩大類：原發性青光眼及繼發性青光眼。前者較為常見，可細分為開角型、閉角型和正常眼壓性青光眼。而繼發性青光眼則相對較少（其種類繁多，可根據病因而分類，包括：糖尿病所引致的新生血管、外傷、葡萄膜炎等；詳見附表）。

青光眼類型

所謂「開角型」的意思是指前房角 (anterior chamber angle) 開放。前房角即角膜與虹膜所形成的角度。原發性開角型青光眼的特點是在前房角正常地開放的情況下而眼壓 (intraocular pressure) 升高，導致視神經逐漸受損。

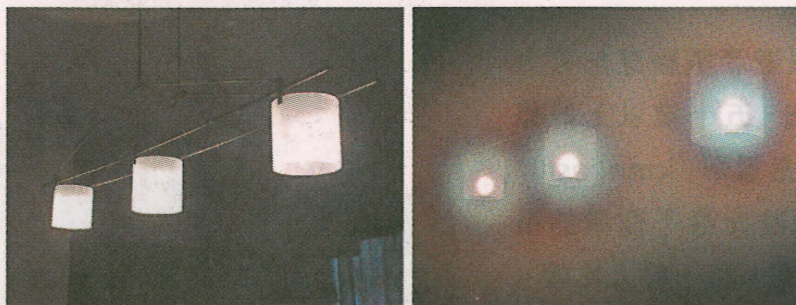
在發病初期，大多數患者或未能察覺任何徵狀和先兆。至於原發性閉角型青

光眼的特點是前房角不正常地閉合，引致眼內的房水流出受阻，使到眼壓上升 (圖一)，而前房角發生閉合的速度和程度決定了發病的快慢。如果前房角閉合較慢，眼壓緩慢升高，患者也不會出現任何徵狀；但如果前房角發生急性甚至突然閉合，導致眼壓急劇上升，患者可以出現眼部疼痛和發紅、視覺模糊、虹視 (即看燈光時在其周圍出現彩色光暈)、頭痛和嘔吐等症狀。

正常眼壓性青光眼所指的是在前房角開放且眼壓維持在正常範圍的情況下 (即10-21mmHg之間)，視神經依然受到與其他青光眼相似的損傷。其發病成因至今並不明確，可能與眼壓和血管性病變有關。比較罕見的先天性青光眼則發生在嬰兒時期，通常由眼球結構發育不正常或不完整引起，並可能具有遺傳性。

風險評估

香港中文大學眼科中心總監譚智勇講座教授表示，雖然每個人都有患上青光眼的機會，但風險不一。某些風險因素或會增加患病的機會，盡早評估個人風險因素及作眼睛檢查，可預防青光眼帶來的視覺損傷。主要風險因素包括：年屆四十歲或以上、青光眼家族遺傳史、眼睛創傷、深度近視或深度遠視、糖尿病、睡眠窒息症、偏頭痛、心血管疾病、高血壓，曾因服用或外敷類固醇而引致眼壓上升等。另外，其它風險因素需要專業的眼科檢查才能獲



■圖二：(左) 正常視像。(右) 如前房角急性閉合導致眼壓急劇上升，患者看燈光會出現「虹視」，即燈光周圍出現彩色光暈。

知，如：高眼壓、中央角膜厚度 (central corneal thickness——厚度低於530微米者風險較高) 和眼部疾病或結構異常等。

青光眼在老年人士之中更為常見。年齡在六十歲以上的人士，患有青光眼的機會會增加六倍。另外，如果你的直系親人 (如父母、兄弟姐妹和子女) 患有青光眼，你患有青光眼的機率會比沒有青光眼的家族史的人高出兩至三倍。

有部分人士使用類固醇後會令眼壓大幅度上升；眼睛創傷，尤其鈍挫傷 (blunt trauma)，也可能令眼球結構發生改變導致眼壓升高。深度近視或者深度遠視通常由於眼球過長或者過短造成。眼球過長會使眼部組織受到牽拉；眼球過短則導致前房角更容易閉合，兩者都會增加患上青光眼的機會。

高眼壓是其中一項重要的青光眼風險因素。現時，降低眼壓是青光眼治療 (包括藥物、激光、或手術) 中最主要的手段，也是目前治療的基本目標，我們會在往後的文章詳談青光眼的治療方法。

青光眼的發病如此隱秘，而且還會造成嚴重的、不可挽回的視覺損失。我們建議讀者在40歲之後每年進行一次由眼科醫生進行之眼科檢查，以防範這個「神偷」偷走你珍貴的視覺。

青光眼誤解

誤解一：「我看得很清楚，又沒有眼痛，所以我沒有青光眼。」譚智勇教授表示，大部分青光眼患者在患病初期可能只會喪失外圍視野。在日常生活之中，我們都依靠中央視力，由於一般人是同時使用兩隻眼睛來獲取信息的，左右眼的互補作用使得周邊視野的早期缺損很容易被患者忽視，而大多數早期患者因此未能察覺任何徵狀。隨着病情發展，視野缺損逐漸地、緩慢地由周邊發展到中央。這個時候，患者可能察覺到視野出現缺失而求醫，但視野的缺損往往已經發展到中期，甚至晚期。因此，單純看得清楚又沒有眼痛是不能排除患有青光眼的。

誤解二：「我的眼壓是正常的，所以我沒有青光眼。」眼壓高曾經被認為是青光眼最重要的診斷指標，但如今，我們已經知道不同的眼球對眼壓具有不同的耐受性。例如，某些高眼壓症的患者可以忍受高於25mmHg的眼壓而視神經完好無缺。相反，一些正常眼壓性青光眼的患者則在眼壓低於15mmHg的情況下視神經依然受損，而對大多數人來說，15mmHg是一個正常的眼壓度數。因此，單單依靠眼壓是不能判斷是否患有青光眼的。要準確判斷是否患有青光眼，必須請眼科醫生作進一步的眼科檢查。包括視野圖測試 (visual field test) 及視網膜神經纖維層光學相干斷層掃描 (retinal nerve fiber layer thickness measurement with optical coherence tomography, 簡稱OCT) 等。

香港中文大學眼科中心

參考資料：

1. Br J Ophthalmol 2006;90:262-267
2. Ophthalmology 2005;112:1487-1493
3. Am J Ophthalmol 2011;152:515-522

青光眼病因分類

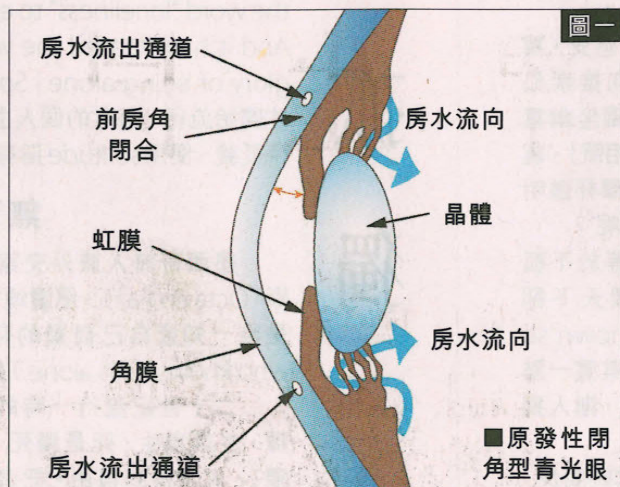
原發性 (常見)

1. 開角型青光眼
2. 閉角型青光眼
3. 正常眼壓性青光眼

繼發性 (少見)

1. 色素性青光眼
2. 假性剝脫性青光眼
3. 外傷性青光眼
4. 新生血管性青光眼
5. 虹膜角膜內皮綜合徵

先天性青光眼 (罕見)



■原發性閉角型青光眼

