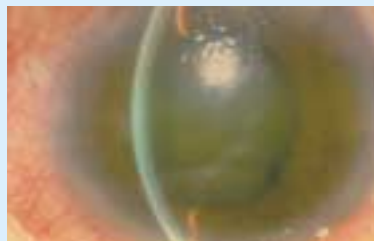


急性緑内障発作

急性緑内障発作は代表的な眼科救急疾患です。急激な眼圧上昇により、頭痛、悪心、嘔吐、視力低下、虹視、眼痛が認められます。視神経の恒久的障害を生じ、最悪のケースでは一晩で失明に至ることもあります。そのため早期発見・早期治療が重要ですが、頭蓋内疾患や消化器疾患と誤診されて加療が遅れることもあるために注意が必要です。通常、症状は治療により劇的に改善します。発作の機序としては線維柱帯に虹彩が接触して房水流出が遮断されるため、急激な眼圧上昇を来し、それに伴う角膜浮腫、眼球壁進展が上記症状を引き起こします。線維柱帯と虹彩で囲まれた領域(隅角)の広さが発作の大きな要因となり、緑内障患者であっても隅角が広ければ発作の危険性は

低く、逆に緑内障患者でなくても隅角が狭ければ発作を引き起こします。ブスコパン®等の緑内障禁忌薬剤の多くは抗コリン作用によって散瞳するため、上記機序で発作を誘発するものであり、疑わしい場合には使用前に眼科医の確認を得る方が理想的です。このような急性緑内障発作時の初期治療としては、ピロカルピンによる縮瞳、炭酸脱水酵素阻害剤内服、高浸透圧利尿剤(マンニトール・グリセオール等)の急速静注が有効です。

(生島 徹・森 和彦)



急性緑内障発作

毛様充血、角膜浮腫、中等度散瞳、対光反応減弱を認め、触診にて明らかな眼球の硬さの増強が認められます。

弱視の薬物治療

弱視とは、器質的疾患がないか、あってもそれでは説明のつかない程度の視機能障害(Bangerter)であり、斜視(目線のズレ)、不同視(両眼の眼鏡の度数がひどく異なっている)などの場合におこる機能的な疾患です。具体的には、片眼もしくは両眼の視力が不良で眼鏡をかけたり、片眼をアイパッチ(目隠し)することで機能が向上することが期待できる病状です。しかし、それらの治療が必ずしもコンプライアンスよく行われているわけではなく、軽い弱視が残ったままで治療を諦めてしまう場合も多いようです。

現在、当科の斜視外来では弱視の治療をもう一度見直す時期にあると考え、アイパッチによる遮蔽のみならず、点眼薬でそれと同じような効果を出すことも一つのオプションにしています。(Atropine vs patching for treatment of amblyopia in children. JAMA. 2002 Apr 24;287(16):2145-6.)

これにより学童であっても弱視治療がより行いやすくなり、弱視をより正常に近づけることができるのではないかと期待しています。弱視の治療が奏効するのは7歳くらいまでと考えられていますので、その大切な時期を逃さないように治療することが重要です。また、弱視には今まで測定不可能であった光学的な異常が潜んでいる可能性があり、波面センサーという不正乱視を定量的に測定できる機器で弱視眼を詳しく検査することも当外来で可能となっています。(稗田 牧)

弱視の薬物治療



アトロピン点眼薬は調節力を麻痺させ、瞳孔を広げることにより一時的に視力を落とす働きがあります。これを利用して良く見えている目を見えにくくして、弱視で使っていないほうの目を、ある程度強制的に使ってもらいます。つまり、良いほうの目にアイパッチをするのと同様の効果を目薬で得ることが出来るわけです。

ぶどう膜炎の治療

ぶどう膜炎と言えば、ベーチェット病、サルコイドーシス、原田病が代表的ですが、他のものを含めて全身疾患に関連したものが多く認められます。そして、ぶどう膜炎の大半は眼所見からだけでは確定診断がつけられず、原因検索のために、血液検査をはじめ、さまざまな全身検査を必要とします。また、ぶどう膜炎の治療は、点眼、結膜下注射といった局所投与や、ステロイド、シクロスポリン等の内服投与を、炎症の起こっている部位や程度によって組み合わせて行う薬物療法が主体でした。しかし最近では、眼内の検体を直接採取して原因を検索をしたり、眼内の病原のwash outや、視力に大きな影響を及ぼす黄斑浮腫の改善

を目的に硝子体手術が施行される機会が増えてきており、当院にても良好な結果を得つつあります。また国内数ヶ所の施設では、臨床治験の段階ではありますが、ステロイドの眼内インプラント手術も始まっており、近年、ぶどう膜炎の治療は大きく変わりつつあります。(中野 由起子)



桐沢型ぶどう膜炎 (急性網膜壊死)

ヘルペスウイルスが原因とされ、急性の激しい汎ぶどう膜炎が生じて、網膜は壊死となり、しばしば、難治性の網膜剥離を生じるため予後不良な疾患です。この例でも、眼内液より原因であるヘルペスウイルスが証明され、続発する網膜剥離に対して、手術療法が選択されました。