

参 考

白内障等の眼疾患に係るアフターケア
の検討結果について

標記について、別紙のとおり報告いたします。

昭和61年11月5日

労災医療専門家会議

座 長 殿

労災医療専門家会議委員

小 沢 哲 磨

外傷性白内障

水晶体が混濁してくる疾患を白内障と呼ぶ。種々の原因で生じるが、外傷性白内障は眼球への打撲、および、穿孔により生じたものをいう。

水晶体嚢が破れた場合は殆どが進行性であり、急速に水晶体全体に混濁が広がる。水晶体嚢が破れていない時は停止性のことが多い。水晶体の混濁の度合いに応じて視力が低下する。眼鏡による視力の矯正は出来ない。水晶体の摘出とそのために生じる光の屈折力減少を補正するコンタクトレンズ、或は人工水晶体の使用により、視力を回復することが出来る。

白内障では停止性で視力が比較的良好ならば、保存療法、或は経過観察のみでいい。進行した場合は、手術が禁忌な合併症がある場合、或は、本人が希望しないときには手術が行われないが、通常は手術が行われる。

手術がおこなわれない時は、合併症の状態、或は新たな合併症についての経過観察が、手術後は術後の経過観察を行う。このような経過をたどるので、症状固定の判断は比較的容易であり、症状固定後はアフターケアとする事が出来る。

1～6カ月に一回の受診。期間は決められない。視力、前眼部、隅角、眼圧、眼底の検査。停止性の白内障では白内障治療用の点眼剤の使用。

現在3年以上の長期療養者が白内障で75名いるが、合併

症が無ければ、その殆どをアフターケアの対象とすることが可能と思われる。3年未満のものにも対象者は存在すると思われる。

緑内障

外傷後の緑内障は続発性緑内障に分類され、さまざまな原因により眼圧が上昇してくる。

高眼圧が持続すると視神経線維が圧迫され、不可逆的变化がある視野狭窄、視力低下を生じる。また角膜の浮腫による視力低下も生じる。視機能の障害だけではなく、軽度のものでは眼精疲労、ひどくなると眼痛、頭痛、吐き気、おう吐を起こす。

原因がさまざまなため、治療は眼圧にたいしてだけではなく、原疾患、或は合併症の治療が加わり複雑なものとなる。眼圧に対する治療は点眼剤が主体で、眼圧が尚高い場合に手術、内服剤が用いられる。

一定の点眼剤で眼圧が十分に制御され、眼内の状態、視力、視野が定常状態を保つときは症状固定と出来る。

また視力、視野が緑内障、或は他の原因により喪失されている場合は、強い眼痛、頭痛などの症状がない限り症状固定とし得る。

現在、緑内障の患者は3年以上経過しているものが102名あるが、かなりのものは症状固定に入り得ると考えられる。1カ月～6カ月に1回の回数で殆どの場合、

観察が継続される。眼圧、前眼部、眼底、隅角、視野
視力の検査。眼圧降下剤(点眼、内服)の投与。

網膜剥離

網膜剥離は、網膜組織が網膜色素上皮層より剥離し、
硝子体中に浮遊する状態になるもので、網膜に裂孔が出
来、網膜が硝子体側に索引されると、硝子体液が裂孔か
ら網膜下に移動し網膜剥離となる。剥離部分の視野欠損
を生じる。黄斑部に剥離が及ぶと視力の大幅な低下をき
たす。長期間、剥離のまま放置しておく、網膜組織は
損傷され、不可逆的な変化となる。

治療は、手術、レーザー光凝固によるが、術後には殆
どの場合結果の如何によらず、一定の状態に至るので、
その時期を症状固定するのが可能である。

投薬は原則として不用。前眼部、硝子体、眼底、眼圧、
隅角の状態の検査を行っていく。網膜剥離の患者数は

3年以上は8名。