

# 前房型人工晶体植入术后 20 年继发青光眼 1 例

李达 张诺楠

邯郸爱眼眼科医院青光眼科，河北邯郸 056000

## 临床资料

### 一、一般资料

患者男，53 岁，主因左眼视物不清 1 个月，加重 2 天就诊邯郸爱眼眼科医院。患者 1 月前无明显诱因出现左眼视物遮挡伴视物不清，不伴眼疼、眼胀症状，曾至外院就诊，予普拉洛芬滴眼液点眼，症状未缓解，2 天前上述症状加重。既往史：20 年前因左眼眼球贯通伤继发外伤性白内障于外院行左眼白内障摘除+人工晶体植入（具体不详），否认其他慢性病史。

### 二、检查

右眼视力 1.0，左眼视力 0.1。右眼眼压 16.0mmHg（1mmHg=0.133kPa），左眼眼压 49.3mmHg。裂隙灯检查眼前节：右眼结膜无充血，角膜清亮，前房中深，周边前房约 1/2CT，虹膜纹理清，瞳孔圆，直径约 3mm，对光反射灵敏，晶状体 C1N0P0，玻璃体混浊；左眼结膜轻度充血，角膜轻度水肿，上方可见斜行瘢痕，长约 4mm，前房中深，周边前房约 1/2CT，可见人工晶体在位，虹膜纹理欠清，瞳孔纵椭圆形，约 1×4mm，对光反射消失，玻璃体混浊。（图 1A、1B）房角镜检查：右眼房角开放，色素 II 级；左眼全周房角不规则，色素 IV 级（图 1C、1D、1E）。双眼视盘界清色可，血管走行比例大致正常，黄斑中心凹反光可见，右眼 C/D 约 0.3，左眼 C/D 约 0.6（图 1F）。超声生物显微镜（UBM）检查：右眼前房中央深度约 2.87mm，房角开放；左眼十二点处、六点处虹膜根部可探及人工晶体及祥的强回声。（图 2）。左眼角膜内皮细胞计数：1147mm<sup>2</sup>。

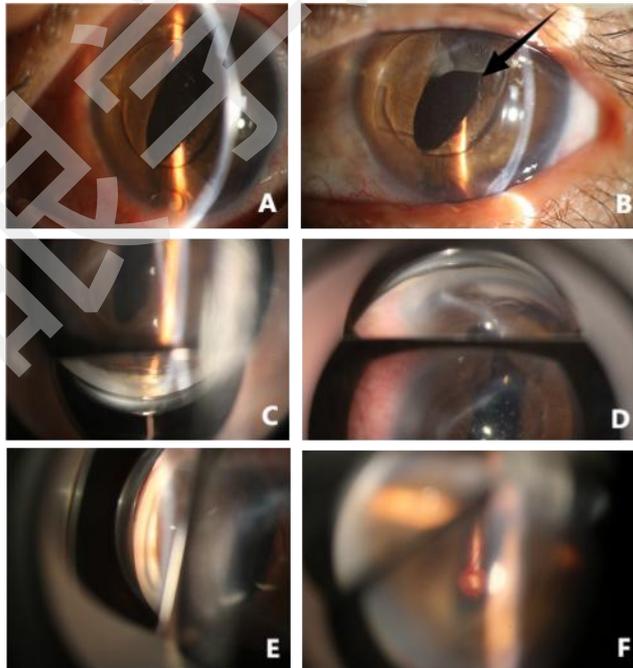


图 1 眼前房型人工晶体植入术后 20 年继发青光眼患者首诊眼部检查像 A、B 示左眼前节照相，左眼结膜轻度充血，角膜轻度水肿，上方可见斜行瘢痕，长约 4mm，前房中深，前房型人工晶体在位，虹膜纹理欠清，瞳孔纵椭圆形，约 1×4mm。图 C、D、E、F 为左眼房角镜及眼底像，全周房角不规则，色素 IV 级，C/D 约 0.6。

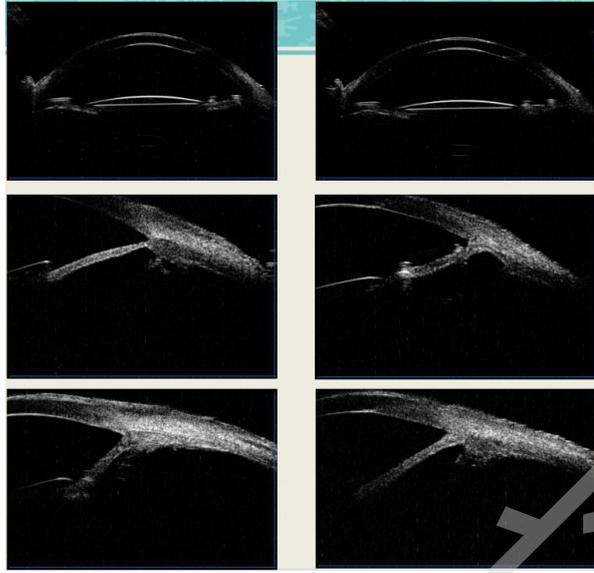


图2 眼前房型人工晶体植入术后20年继发性青光眼患者首诊左眼超声生物显微镜检查像 左眼十二点处、六点处虹膜根部可探及人工晶体及祥的强回声

### 三、诊断与鉴别诊断

初步诊断：1.左眼继发性青光眼 2.左眼人工晶体植入术后 3.右眼老年性白内障 4.左眼角膜斑翳。

### 四、治疗

降眼压治疗：予布林佐胺滴眼液 2次/日 点左眼，盐酸卡替洛尔滴眼液 2次/日 点左眼。浓缩玻璃体降低眼内容积：20%甘露醇注射液 250ml 静脉输液。用药后右眼眼压14.0mmHg，左眼眼压18.0mmHg。考虑前房型人工晶体的刺激导致角膜内皮计数少，故未考虑青光眼引流阀植入术，因刺激房角造成晶体祥周围的房角粘连，鼻侧及颞侧色素。行左眼人工晶体取出+人工晶体悬吊+前部玻璃体切除+小梁切除术。过程为：沿角膜缘剪开3-4点，8-9点球结膜，于3:00、9:00角膜缘作以角膜缘为基底的板层巩膜瓣，沿角膜缘剪开10点-2点球结膜，沿角膜缘做角巩膜隧道，3点位作前房穿刺切口，取出前房内人工晶体，玻璃体切割头，切除溢出玻璃体，角膜缘后3mm $10-0$ 聚丙烯线自9:00及3:00巩膜瓣下穿出，调位勾勾出聚丙烯线，剪断后结扎于人工晶体祥两侧，植入人工晶体，聚丙烯线缝合固定于两侧巩膜瓣下，作一 $1/2$ 巩膜厚度的大小约 $3 \times 3$ mm的正方形巩膜瓣，向前分离至角巩膜缘前界，在巩膜瓣下切除小梁组织及虹膜根部组织。巩膜瓣两角间断缝合，巩膜瓣两侧做可调节缝线，间断缝合球结膜瓣。

### 五、治疗结果、随访及转归

左眼术后第1天眼压32mmHg，滤过泡平坦，角膜水肿，后弹力层褶皱，前房中深，周边前房约 $1/2$ CT，瞳孔纵椭圆形，按摩眼球后，眼压：16mmHg，滤过泡弥散。拆除可调节线后，患者术后第3天眼压18mmHg。

### 讨论

白内障手术方式随着技术的进步，发展到现在主流的超声乳化摘除；早期的佩戴框架眼镜矫正晶状体摘除后的屈光不正，发展到人工晶体植入矫正屈光不正；其中人工晶体的植入方式选择，也对应着不同人工晶体，其中包括早期的第一代人工晶体—瑞德莱早期后房型人工晶体、第二代—早期前房角支撑型人工晶体、第三代—巩膜支撑型人工晶体、第四代—

后房支撑型人工晶体、软性材料折叠式人工晶体和其他类型的人工晶体<sup>[1]</sup>。其中前房角支撑型人工晶体在白内障手术意外的破囊、外伤所致的后囊破裂、后房型人工晶状体脱位、由于种种原因而行白内障囊内摘除术,在这些无法植入后房型人工晶状体的情况下,前房型人工晶状体的植入则成为一种选择<sup>[2]</sup>。但随着时间的进展前房型人工晶体出现了一些相关的并发症,据文献报道<sup>[3]</sup>,早期并发症有葡萄膜反应、眼压升高、角膜轻度水肿、前房积血及瞳孔变形。晚期并发症主要是继发性青光眼及角膜内皮失代偿。吴玲玲等研究<sup>[4]</sup>认为前房型人工晶体继发青光眼,与患者植入晶体后刺激前房角虹膜前粘连和早期瞳孔阻滞相关。

总之,在白内障手术中意外导致破囊或者外伤导致囊袋破裂,前房型人工晶体不失为一种适当的选择,但在长期的随访和观察中,前房型人工晶体,出现了一些不可忽视的并发症,如继发性青光眼、角膜内皮失代偿等,被折叠型后房型人工晶体所替代。并针对于前房型人工晶体继发性青光眼,因其角膜内皮计数检查,理应慎重考虑青光眼引流阀手术的适应症。

### 参考文献

- [1] 顾雪岭.照亮人类心灵的窗户——人工晶体发展概述[J].中国医疗器械信息,2006,12(7):32-35.
- [2] 张琦,陈毅华,何晓平,等.新型弹性开放前房型人工晶体植入术的临床应用[J].实用医学杂志,2000,16(6):461-462.
- [3] 汪迎,李辉,张凯,等.前房型人工晶状体植入术后并发症临床分析[J].眼外伤职业眼病杂志,2010,32(3):205-207.
- [4] 吴玲玲,尹金福,姚克.前房型人工晶体植入术后继发性青光眼[J].中华眼科杂志,1999,35(3):183.