

超声乳化联合房角分离术治疗绝对期闭角型青光眼 1 例

陈新红

邯郸爱眼眼科医院 青光眼科，河北邯郸 056000

关键字：房角分离术；绝对期青光眼；超声乳化

临床资料

一、一般资料

患者男性，76 岁，因左眼眼痛、眼红、眼磨 1 个月于 2023 年 7 月 7 日就诊。患者于 1 个月前无明显诱因出现左眼眼痛、眼红、眼磨，于峰峰爱眼门诊，测眼压：17.3mmHg/测不出，诊断为青光眼，给予布林佐胺噻吗洛尔滴眼点左眼 2 次/日、他氟前列素滴眼液点左眼 1 次/日，自觉眼部症状好转，6 月 28 日早晨再次出现上述症状，峰峰爱眼门诊测眼压，17.3/58mmHg，遂来我院就诊。

既往史：糖尿病 6 年，未服用药物，饮食控制，2006 年出现脑梗死，未留肢体后遗症，现口服阿托伐他汀钙片 20mg，每日 1 次，阿司匹林肠溶片 100mg，每日 1 次，脑心通胶囊 2 粒、每日 1 次，帕金森病 5 年，口服多巴丝肼胶囊 0.25g，每日 2 次。

二、检查

视力：右眼 0.1，矫正 -6.00-2.00×70=0.4；左眼无光感。眼压：右眼 16.5mmHg，左眼 58mmHg。眼位：右眼角膜荧光，交替遮盖由外到正，约 30°，左眼角膜荧光，交替遮盖由外到正，约 30°；裂隙灯检查眼前节：右眼结膜无充血，角膜清亮，前房浅，周边前房约 1/3CT，虹膜膨隆，瞳孔圆，直径约 3mm，对光反射灵敏，晶状体 C2N3P2，玻璃体絮状混浊；左眼结膜混合性充血（++），角膜雾状水肿，前房浅，周边前房约 1/3CT，虹膜膨隆，纹理不清，瞳孔圆，直径约 4mm，对光反射消失，晶状体 C2N3P2，玻璃体絮状混浊。裂隙灯下眼底检查：右眼小瞳下视盘界清，色可，C/D 约 0.5，血管走形比例大致正常、周边可见出血点击出血斑，黄斑中心凹反光可见；左眼小瞳下模糊视盘界清，色淡，C/D 约 1.0，血管走形比例大致正常、周边可见出血点击出血斑，黄斑中心凹反光弥散。房角镜检查：右眼静态 N4，动态 A1，左眼动态 N3，动态 A3。超声生物显微镜(UBM)：右眼前房中央深度约：1.79mm，三点处、六点处房角狭窄，余房角关闭；左眼前房中央深度约：1.67mm，房角关闭。视野：右眼大致正常，左眼黑矇。光相干断层扫描(OCT)示：右眼视盘鼻侧、颞侧及颞下方神经纤维层厚度变薄，鼻上方达临界值。左眼模糊可见视盘周围视网膜前膜，神经纤维层厚度变薄。

三、诊断

1. 左眼绝对期青光眼 2. 闭角型青光眼(双眼) 3. 老年性白内障(双眼) 4. 视神经萎缩(左眼) 5. 交替性外斜视 6. 双眼糖尿病性视网膜病变 7. 2 型糖尿病； 8. 陈旧性脑梗死 9. 帕金森病

四、治疗

入院后给予妥布霉素地塞米松滴眼液，4 次/日，点左眼，减轻高眼压后的色素膜反应；给予左氧氟沙星滴眼液，4 次/日，点右眼，清洁结膜囊；布林佐胺噻吗洛尔滴眼液，2 次/日，点左眼，酒石酸溴莫尼定滴眼液，2 次/日，点左眼，醋甲唑胺片 50mg，口服，降眼压治疗；20%甘露醇注射液 250ml，静脉输液，浓缩玻璃体降低眼内容积；硝酸毛果芸香碱滴眼液，4 次/日，点左眼，缩瞳拉

开房角。

第2天眼压控制到11.5/13mmHg。与患者沟通综合分析手术方式：（1）睫状体光凝术（2）白内障超声乳化摘除+人工晶体植入+房角分离术（3）白内障超声乳化摘除+人工晶体植入+房角分离+小梁切除术（4）白内障超声乳化摘除+人工晶体植入+房角分离+小梁切开术。最终患者家属选择白内障超声乳化摘除+人工晶体+房角分离术。

五、治疗结果、随访及转归

左眼眼压：术后第1天11.5mmHg，术后第7天10mmHg，术后第15天15mmHg，术后25天13.5mmHg，术后30天16.3mmHg。术后第8个月16mmHg。视力术前术后无变化。

讨论

原发性闭角型青光眼(primary angle-closure glaucoma, PACG)是一组由于房角急性或慢性关闭引起眼压升高，继而导致视神经不可逆损伤，并逐渐进展至盲的疾病。

PACG的主要治疗策略集中在对前房角的处理，如激光周边虹膜切开术(laser peripheral iridotomy, LPI)和/或激光周边虹膜成形术、小梁切除术等治疗都证明了它们的有效性^[1]。这些治疗在一定程度上消除瞳孔阻滞，部分开放房角或形成滤过通道，能阻止许多患者PACG的恶化。

房角分离术(goniosynechialysis, GSL)概念的提出已有半个多世纪，技术上从最初前房塌陷难以实施逐步到用黏弹剂维持前房采用带灌注的分离器完成分离并联合虹膜周边切除术消除瞳孔阻滞获得满意效果，发展到现代GSL治疗体系，包括：（1）晶状体摘除联合IOL植入；（2）房角镜辅助下或内窥镜（直视）下完成房角分离，即Phaco-GSL体系，解除了瞳孔阻滞因素（晶状体摘除取代以往的周边虹膜切除或切开）、解除了前节拥挤，显著增加了前房容积，从而使前房加深房角增宽，小梁网完全暴露、开放。（3）可联合其他微创手术(Phaco-GSLplus)，如内路小梁切开术等以增强其降眼压效果。

睫状体光凝术后适合于绝对期青光眼控制眼压，但随着患者年龄增加，白内障加重，或者可能出现白内障继发性青光眼、白内障溶解性青光眼等病症的出现，会加重病情。

本例患者左眼绝对期青光眼，选择了白内障联合房角分离术，术后眼压控制良好，为临床相关患者的术式选择提供参考。

参考文献

- [1] 杨蕾,王继兵.房角分离术治疗原发性闭角型青光眼的研究进展[J].国际眼科纵览,2023,47(3):244-249.
- [2] 韩光杰,黄红波,陈秋菊. 白内障超声乳化摘除术联合小梁切除术治疗伴白内障的持续高眼压状态闭角型青光眼的疗效[J]. 右江医学,2022,50(12):921-925.
- [3] 陈冬军,万修华. 透明晶状体摘除治疗原发性闭角型青光眼的进展[J]. 国际眼科纵览,2022,46(3):207-210.