

doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2020.11.17

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1000-4432.2020.11.17>

· 临床病例讨论 ·

继发性急性闭角型青光眼1例

陈丽娜, 靳琳, 张立军

(大连市第三人民医院眼科, 辽宁 大连 116023)

[摘要] 急性闭角型青光眼是眼科急症之一, 如果治疗不及时会对视神经造成不可逆的损伤, 是常见致盲性眼科疾病。急性闭角型青光眼的发病因素有原发性及继发性, 明确判断病因是治疗的关键。回顾分析1例以眼部急性青光眼发作为首发症状的特殊葡萄膜炎患者, 讨论疾病的诊疗思路、发病原因及鉴别诊断。

[关键词] 急性闭角型青光眼; 伏格特-小柳-原田综合征; 继发性青光眼

Secondary acute angle-closure glaucoma: A case report

CHEN Lina, JIN Lin, ZHANG Lijun

(Department of Ophthalmology, The Third People Hospital of Dalian, Dalian Liaoning 116023, China)

Abstract Acute angle-closure glaucoma is one of the ophthalmic emergencies. If it is not treated in time, it will cause irreversible damage to the optic nerve, which is a common blinding ophthalmic disease. Its pathogenic factors include primary and secondary types. It is the key to determine the cause of the disease. This paper reviews one case of special uveitis with acute glaucoma as the first symptom, discusses the diagnosis and treatment, the causes of the disease and the differential diagnosis.

Keywords acute angle-closure glaucoma; Vogt-Koyanagi-Harada syndrome; secondary glaucoma

伏格特-小柳-原田综合征(Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, VKH)被认为是一种自身免疫性疾病, 本病具有反复发作、治疗困难等特点, 特别是对于早期症状不典型患者, 临床上容易误诊导致延误治疗, 故早期正确的诊断和及时的治疗对视力的恢复起至关重要的作用。

1 临床资料

患者, 男, 55岁, 以“双眼胀痛伴视力下降3天”为主诉入院。3 d前患者无明显诱因出现眼红、眼疼、头疼伴视力下降, 无恶心、呕吐。眼部检查: 右眼0.12, 左眼0.04; 双眼眼压: 右眼

收稿日期 (Date of reception): 2020-05-28

通信作者 (Corresponding author): 张立军, Email: lijunzhangw@gmail.com

45 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 左眼40 mmHg, 双眼结膜睫状充血明显, 角膜上皮哈气样水肿, 角膜后沉着物不明显, 前房浅, 周边小于1/4 CT, 房闪看不清, 瞳孔圆, 5 mm, 光反射迟钝, 晶状体混浊, 眼底看不清。门诊诊断: 双眼急性闭角型青光眼(发作期), 双眼白内障。收入院治疗。否认全身及眼部病史。入院后急诊超声微生物显微镜(ultrasound biomicroscopy, UBM)检查显示: 双眼前房极浅, 房角窄, 裂隙状, 虹膜前表面与角膜内皮相贴 $>180^\circ$, 360° 睫状体上腔可见扇形暗区, 360° 晶状体悬韧带回声不明确。治疗方案: 全身静脉输入甘露醇250 mL, 局部点卡替洛尔滴眼液点双眼, 每天2次; 溴莫尼定滴眼液点双眼, 每天2次; 布林佐胺滴眼液点双眼, 每天2次。2 h后检眼可见双眼角膜水肿消退, KP(-), 前房浅, 房闪(++), 瞳孔散大5 mm, 晶状体混浊, 眼底可见视盘水肿, C/D=0.3, 静脉迂曲, 后极部网膜水肿明显。眼压: 右眼21 mmHg, 左眼19 mmHg。完善相关眼部检查。双眼黄斑光学相干断层扫描(optical coherence tomography, OCT)显示: 视网膜神经上皮层脱离。视神经OCT显示双眼正常。B超:

双眼脉络膜及视网膜脱离。眼轴右眼23.12 mm, 左眼22.73。前房深度(anterior chamber depth, ACD): 右眼1.85 mm, 左眼1.83 mm。角膜内皮: 右眼3 011个/ μm^2 , 左眼3 023个/ μm^2 。因患者造影剂过敏无法行眼底血管造影检查。

全身体格检查: 耳鸣严重, 头疼明显, 四肢肌力5级, 脑膜刺激症阴性。

脑部磁共振(magnetic resonance imaging, MRI): 脑内少许缺血灶及腔隙性梗死, 脑脱髓鞘改变, 右枕部皮下脂肪瘤。

实验室检查: 血常规、肝功能、肾功能、甲状腺功能、凝血功能、抗核抗体谱、艾滋病、梅毒抗体等均无异常。

修订诊断: 双眼继发性急性闭角型青光眼; 双眼VKH综合征; 双眼白内障。

治疗: 局部卡替洛尔滴眼液点双眼, 每天2次; 溴莫尼定滴眼液点双眼, 每天2次; 布林佐胺滴眼液点双眼, 每天2次; 醋酸泼尼松滴眼液点双眼, 每天6次; 复方托比卡胺滴眼液点双眼, 每天4次; 口服激素醋酸泼尼松龙片首次剂量100 mg开始, 序贯治疗。定期随诊, 视力及眼压恢复良好(图1~2, 表1)。

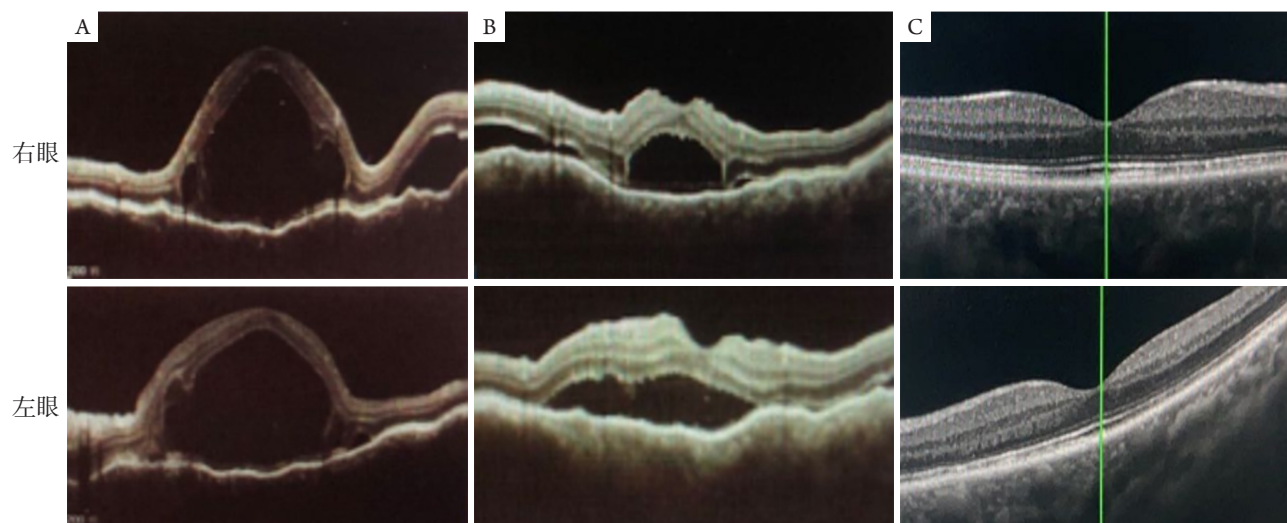


图1 治疗前及治疗后黄斑区OCT

Figure 1 OCT in macular area before and after treatment

(A)治疗前: 神经上皮层脱离; (B)治疗后15天: 脱离范围变小; (C)治疗后5个月: 结构恢复正常。

(A) Before treatment: neuroepithelial detachment; (B) 15 days after treatment: the range of separation became smaller; (C) 5 months after treatment: the macular structure returned to normal.



图2 治疗前及治疗后UBM

Figure 2 UBM before and after treatment

(A)治疗前: 前房浅, 虹膜根部膨隆明显, 睫状体脉络膜脱离; (B)治疗5个月后: 前房变深, 房角开放, 虹膜平坦, 睫状体脉络膜脱离消失。

(A) Before treatment: shallow anterior chamber, iris bombe, ciliary choroid detachment; (B) 5 months after treatment: the anterior chamber became deeper, the angle of anterior chamber was open, the iris was flat, and the ciliary body choroidal detachment disappeared.

表1 治疗前及治疗后各个时间段视力、眼压、前房深度值

Table 1 Comparison of visual acuity, intraocular pressure, the depth of anterior chamber before and after treatment

| 参数 | 眼别 | 治疗前 | 治疗后 3 d | 治疗后 7 d | 治疗后 15 d | 治疗后 5 m |
|----------|----|------|---------|---------|----------|---------|
| 最佳矫正视力 | 左眼 | 0.12 | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 1.0 |
| | 右眼 | 0.04 | 0.12 | 0.3 | 0.5 | 1.0 |
| 眼压 /mmHg | 左眼 | 45 | 21 | 15 | 16 | 15 |
| | 右眼 | 40 | 20 | 16 | 14 | 16 |
| ACD/mm | 左眼 | 1.85 | 2.34 | 2.55 | 2.59 | 2.97 |
| | 右眼 | 1.83 | 2.23 | 2.43 | 2.53 | 2.92 |

2 讨论

急性闭角型青光眼一种严重的致盲性疾病, 其发病原因有眼前段结构狭窄、短眼轴、远视、晶状体拱高增加、周边虹膜肥厚、前房宽度小、前房面积小等^[1], 一般是单眼发病, 双眼发病的少见。在临床中遇到双眼急性发病的病例, 要考虑

到可能由继发性因素所致。有可能的原因: 1) 药物, 抗癫痫药物或者某些抗生素的不良反导致脉络膜急性渗出而继发急闭; 2) 眼内炎症, 例如特殊葡萄膜炎、巩膜炎等, 当炎症累及脉络膜, 造成睫状体水肿、渗出、增厚, 晶体虹膜隔前移导致急性房角关闭, 眼压急剧升高^[2]。此病例的特点: 1) 双眼急性发作; 2) 伴有头痛和耳鸣; 3) 眼

压高时UBM显示睫状体脱离, 主要原因是炎症导致睫状体水肿, 晶体虹膜隔前移, 前房角急性关闭所致; 4)B超显示脉络膜脱离合并视网膜脱离; 5)黄斑OCT显示视网膜神经上皮层脱离, 详细询问患者病史, 局部及全身未应用任何药物。高眼压合并脉络膜脱离及视网膜脱离需要鉴别以下疾病: 1)真性小眼球; 2)眼外伤; 3)葡萄膜渗漏综合征; 4)Schwartz综合征; 5)VKH。虽然患者无法做眼底血管造影检查, 但是根据眼底照相、眼轴及OCT结果显示: 患者诊断为VKH。

VKH是一种伴有皮肤及神经系统损害的疾病, 眼部表现为双侧性全葡萄膜炎, 多伴有渗出性视网膜脱离。2017年李冰等^[3]根据OCT将急性期VKH眼底表现分为视盘水肿型、脉络膜炎型、混合型3型, 脉络膜炎型和混合型比较常见, 脉络膜炎导致神经上皮层浆液性渗出性脱离, 当炎症继续向前部延伸会导致睫状体水肿、渗出, 血房水屏障破坏, 悬韧带松弛, 虹膜隔前移, 房角急性关闭, 眼压升高。有研究^[4]表明1/3的VKH患者会继发青光眼, 但是继发双眼闭角型青光眼, 眼压急性升高的则较为罕见。抗炎是治疗此种疾病主要手段, 局部及全身应用激素可以减轻炎症和渗出。禁用缩瞳药, 因缩瞳药会加重睫状体前旋和炎症, 导致前房进一步变浅, 相反可以局部点散瞳药, 减轻睫状体炎症, 晶体虹膜隔后退, 前

房加深, 缓解眼压。急性发作时行激光虹膜切开一般无效^[5]。

该病例提示临床中遇到双眼急性发病患者, 需要警惕, 要详细询问用药史及病史, 完善眼部相关检查, 尤其是眼底检查, 勿贸然使用缩瞳药物, 须待病因确诊后再对症用药。

参考文献

1. Foster PJ, Johnson GJ. Glaucoma in China: how big is the problem?[J]. Br J Ophthalmol, 2001, 85(11): 1277-1282.
2. Heinz C, Bograd N, Koch J, et al. Ocular hypertension and glaucoma incidence in patients with scleritis[J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2013, 251(1): 139-142.
3. 李冰, 叶俊杰, 张美芬, 等. 急性期Vogt-小柳-原田病的眼底表现及SD-OCT所见[J]. 中华眼科杂志, 2017, 53(6): 436-439.
LI Bing, YE Junjie, ZHANG Meifen, et al. The fundus manifestations and SD-OCT findings of patients with acute Vogt-Koyanagi-Harada disease[J]. Chinese Journal of Ophthalmology, 2017, 53(6): 436-439.
4. Moorthy RS, Inomata H, Rao NA. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome[J]. Surv Ophthalmol, 1995, 39(4): 265-292.
5. Eibschitz-Tsimhoni M, Gelfand YA, Mezer E, et al. Bilateral angle closure glaucoma: an unusual presentation of Vogt-Koyanagi-Harada syndrome[J]. Br J Ophthalmol, 1997, 81(8): 705-706.

本文引用: 陈丽娜, 靳琳, 张立军. 继发性急性闭角型青光眼1例[J]. 眼科学报, 2020, 35(5): 373-376. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2020.11.17

Cite this article as: CHEN Lina, JIN Lin, ZHANG Lijun. Secondary acute angle-closure glaucoma: A case report[J]. Yan Ke Xue Bao, 2020, 35(5): 373-376. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2020.11.17