维普资讯 http://www.cqvip.com

168-169 青光眼，诊断，治疗

第21卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.2
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTAE MEDICINAE CHONGQING 1996

晶体溶解性青光眼诊断及处理的探讨

张顺昭 李平华

中图分类号 R775.105

晶体溶解性青光眼的命名系Flocks等1955年首先提出，一直沿用至今。经不断研究，证明了白内障过熟期引起眼压升高的直接原因，是吞噬晶体皮质的巨噬细胞或晶体蛋白阻塞小梁网，使房水排出受阻而引起。本病以往少见。但是，随着国人寿命的延长，发病率增加。为提高对此病的认识，及时正确的诊断和处理，特将我院近年来诊治的10例总结讨论如下。

1 临床资料

1.1 **性别和年龄** 本组10例，男2例，女8例，年龄56～76岁，平均66.6岁。

1.2 **白内障发病时间** 3～10年，平均6.7年。

1.3 **出现眼部红痛及眼压升高的时间**：1～4d4例，10～15d4例，3个月2例。

1.4 **眼部情况**

1.4.1 视力无光感1例，1m光感～2m光感，光定位不准3例，5m光感，光定位好4例。

1.4.2 角膜雾样水肿8例，严重混浊水肿1例，轻度水肿1例。

1.4.3 灰白色碎屑样KP(角膜后沉淀物)7例，KP阴性2例，看不清KP1例。

1.4.4 前房深度及房水：深前房7例，深度正常3例；Tyndall氏现象阳性10例，其中6例为灰白色晶体皮质碎屑样物，3例为胆固醇样结晶飘浮，1例为大块状晶体皮质充满前房。

1.4.5 虹膜：8例无后粘，2例有后粘。

1.4.6 瞳孔大小在3～6mm之间，8例对光反应消失，2例对光反应迟钝。

1.4.7 晶体 10例均系老年性过熟期白内障，除1例看不清晶体核外，9例都可见核下沉。

1.4.8 眼压：10kPa以上2例，8.2kPa1例，1.91～6.0kPa 7例。

1.5 **实验室检查** 本组10例中，5例房水涂片找到了巨噬细胞。

1.6 **治疗经过** 术前用甘露醇控制眼压。8例行白内障囊内摘除加前房冲洗术，其中1例术后眼压未得到控制，再次作了滤过性手术；1例因病程较长，行白内障摘除加小梁切除联合手术，另1例发病时间较久光感消失，为解除病人痛苦而作了眼球摘除，前述9例术后均有明显疗效，患者眼压控制在1.94kPa～2.98kPa之间；视力恢复情况：眼前光感～1m数指3例，0.1～0.2 4例，0.4 1例，0.7 1例。

2 讨论

晶体溶解性青光眼多发生于过熟期白内障，由于老年性白内障进度缓慢，故发展到过熟期时，患者年龄多在60岁以上。一般单眼发病，眼压突然升高，剧烈头痛伴恶心呕吐。其发病机制是由于晶体皮质溶解液化和囊膜变性或破损，使液化的晶体皮质经变性囊膜的微孔或破损的囊膜溢入前房，从而激发起组织细胞炎性反应，巨噬细胞进入前房吞噬晶体物质，导致巨噬细胞肿胀，肿胀的巨噬细胞与晶体碎屑阻塞了房角的小梁网而使眼压升高，引起急性青光眼的发作。巨噬细胞还出现在晶体周围玻璃体内、晶体悬韧带周围和睫状体表面，以及虹膜表面和虹膜基质内、Schlemm's管。但是Epstein实验证明，阻塞小梁网的是一种从晶体中漏出的大分子量蛋白。他在6例诊断为晶体溶解性青光眼患者房水中找到了这种蛋白，而在非晶体溶解性白内障和其它类型青光眼患者的房水中均无此蛋白，将这种蛋白注入动物的前房中，可以引起实验性继发开角型青光眼，说明大分子量蛋白可能比巨噬细胞更具有特异性，而由此蛋白引起的细胞反应可能也

维普资讯 http://www.cqvip.com

起一定作用。本组病例在前房中见晶体碎屑和胆固醇样结晶是晶体溶解性青光眼的特征。前房水涂片镜检，见到大量巨噬细胞吞噬晶体溶解性青光眼的重要依据。一般认为本病无KP形成，其原因是巨噬细胞间与角膜间无粘性，不易聚集成KP。但本组7例都有KP呈灰白色碎屑状，因此要结合临床和细胞学、生化检查以及KP的性质来考虑。文献报道因房水中无纤维蛋白原存在，不会发生虹膜粘连。本组有2例虽有虹膜后粘，但手术时很易分开，可能是高眼压持续时间较长引起眼内血液循环障碍，导致纤维蛋白渗出而发生粘连。为此，只要有晶体溶解性青光眼的典型发现，即使有虹膜后粘也不能排除此病的诊断而延误治疗。

综上所述，我们认为晶体溶解性青光眼的诊断要点是：1.过熟期白内障，突发性眼压升高伴患眼红痛、剧烈头痛、恶心呕吐。2.结膜睫状充血，角膜雾样水肿，灰白色碎屑样KP。3.前房深或正常，房水中可见灰白色晶体碎屑或胆固醇样结晶。4.瞳孔中等散大。5.房水涂片镜检可找到巨噬细胞。如检查发现房水中有大量大分子量蛋白更有助于诊断。但必须注意与闭角型青光眼急性发作、慢性葡萄膜炎继发性青光眼、白内障膨胀期继发性青光眼、晶体蛋白过敏性青光眼以及剥脱综合征等相鉴别。

晶体溶解性青光眼的治疗：一般应用缩瞳药和激素效果不好，而只需摘除晶体及冲洗前房就能使眼压下降，恢复一定视力。[illegible]性，本组也能获得较好视力。如本组1例，术后矫正视力仍达0.7。因此，我们认为一旦诊断成立，让晶体溶解控制眼压下降至摘除晶体和冲洗前房是治疗的关键。眼压大多能得到控制，可不作青光眼白内障联合手术。如术后眼压仍高再考虑作小梁滤过性手术。术后视力的恢复与发病时间长短有一定关系，因此，白内障在成熟期及时进行手术摘除以防止晶体溶解性青光眼的发生。

参 考 文 献

1. Flocks M. et al. Arch Ophthalmol 1955;54(1):37
2. Greer CH. Ocular Pathology, ed. william clowes & Sons, london, 1972,139
3. Epstein DL(杨训传译). 国外医学眼科分册 1983;(1):53
4. 庞友登,等.中华眼科杂志 1984(1):26
5. 郑惠君,等.眼科新进展 1987;38.7(1)
6. 智敏平.中国实用眼科杂志 1995;41(7)

(收稿日期 1995－10－19)

(上接172页)能达到正中𬌗的均匀接触及前伸，侧向𬌗平衡的要求，故此时复制出的总义齿才能发挥较大的咀嚼功能，其稳定性亦较好。

3.3 在复制旧义齿时，需加蜡片升高垂直距离，是否会改变定位𬌗平面而影响总义齿的功能？由于𬌗平面本身就是一个假相平面，因而对𬌗平面的定位各异。尽管多数人倾向于用鼻翼耳屏线作𬌗平面的定位指标，但因翘线的部位不同使定出的𬌗平面存在差异，然而以这些𬌗平面为基准制作出的总义齿仍好使用，经加蜡后义齿的𬌗平面虽有一点改变，但实践证明，它不影响总义齿的功能。可见𬌗平面并不是固定不变的，在制作总义齿时，是否必须遵循"定位𬌗平面与鼻翼耳屏线平行"这一原则，值得商榷。

参 考 文 献

1. 杨鹤峰.临床口腔医学杂志 1985;1(2):86
2. 孙 颙.全口义齿学 人民卫生出版社 1984;188.
3. Williams DR. JDentistry 1982;10(4):311

(收稿日期 1995－10－09)