

的假說(所有房水排出孔道有障礙的眼,对局部滴用激素的反应比正常人的发生率高,效应亦較明显)矛盾。而各型继发性青光眼对局部滴用 β 甲基皮质素的反应与其对侧眼相似;即使房水流暢率已有障碍者,眼压亦不升高。这些实事为遗传决定上述反应提供强有力的証据。

(胡天圣摘 劳远绣校)

65-10-204. 应用 α -糜蛋白酶进行晶状体摘出术后的青光眼 (Kirsch, R. E.), Arch Ophthal, 1964, 72, № 5, 612~620 (英文)

作者于1960年发现数例此种情况,此后便有计划地进行临床研究以便说明糜蛋白酶对产生这种青光眼可能发生的作用。

资料和方法:选择343只眼,均由作者亲自用一定的白内障囊内摘出方法,术前无青光眼,术中术后均无并发症。又选白内障术前有开角型青光眼31只眼。于手术后1, 2, 3, 5, 7及9或10天测量眼压,此后不定期测量除非有持续性眼压升高。凡眼压等于或高于 $5.5/3=24.4$ 毫米汞柱者认为眼压升高。

结果:在343眼中有178眼应用 α 糜蛋白酶进行白内障摘出,其中72.5%术后第1周内发生眼压高;而未用此酶的165眼中只有23.6%发生。两组发生青光眼对比为3:1。

在资料中有180例于术前进行眼压描记和饮水眼压描记。可疑有早期青光眼患者($C<0.2$)并不比术前眼压描记正常者发生青光眼更多或更严重。

用酶组中有28%眼压在40~60毫米汞柱;而对照组均在24~39毫米汞柱。

在17只眼手术中应用酶稀释液作前房冲注,其中只有17.6%发生眼压高。这有力的说明眼压升高不是由于针头或液体流动的物理创伤所致。

39例双眼白内障患者,一眼手术时用糜蛋白酶,另一眼不用。前者发生青光眼占69%,后者只占18%。其青光眼发生率之比亦为3:1。这充分说明可能是这酶自己引起青光眼。用不同厂出品的酶,青光眼的发病率相似。

从统计中说明晶状体摘出用的不同器械,不同方法(翻转娩出或滑出),圆瞳孔或全虹膜切除,缝线的多少和方法及患者的年龄与术后青光眼发生均无关。

31只术前有开角型青光眼者进行白内障手术,应用糜蛋白酶术后第1周发生青光眼者占80%,而不用的发生眼压高者占57.1%。这只能说明糜蛋白酶可能暂时加重原来的青光眼,对青光眼没有好处。

25只术前无青光眼而术后眼压曾升高者在术后一

年检查:酶组和对照组的C值均无明显改变,两组前房角镜检查也相同。说明这种暂时性,有时严重的青光眼,并不是青光眼的早期表现,对房水排出也无永久性损伤。

临床表现:大多数患者无自觉症状,但有些高血压者有痛疼或头痛。角膜水肿混浊。前房深、房水闪光阳性,其他如一般术后。一般最高眼压在术后2~5天,很快眼压下降,一般在第7天眼压正常,病程最长为19天,平均为7天。10例眼压高者,术后第2天检查前房角均系开放的。这是一种自限的疾患不需特殊治疗。

讨论:既往文献未曾报告过这种早期发生的术后青光眼,因为患者常无症状,除非特别注意观察,否则很易被忽略。关于青光眼发病的原因,尚不清楚,虽然常规应用10% Phenylephrine及碳酸抑制酶治疗无效,也不能否定分泌过多的可能性,有待进一步研究。其病因也可能是暂时性滤帘损伤,因为对照组发生轻度眼压升高,可能伤口附近的房角水肿,而酶可能加重了这种伤口附近的水肿或全周房角的水肿。Fanta曾描述应用糜蛋白酶,病理上施氏管有水肿及变性。

由于这种酶诱发的青光眼常自然缓解,因此在临床上鉴别其他原因的急性无晶状体性青光眼是重要的。因为后者需要及时的治疗。

作者认为这种以前未被认识的青光眼可能是应用糜蛋白酶术后很多重要的并发症的直接原因。因为早期眼压高能影响伤口愈合,而伤口愈合不佳可发生前房消失、前房出血、虹膜脱出、伤口裂开,这些并发症也多发生在第1周。

(朱宣和摘 劳远绣校)

65-10-205. 对青光眼使用高渗剂甘露醇降低眼压的效果 (长瀬都等),眼科临床医报,1964,58, № 10, 56~61 (日文)

作者等对10例14眼各型青光眼(充血性4例5眼、继发性4例6眼、前房角先天异常房水排出障碍1例2眼、青光眼睫状体炎综合征1例)观察了甘露醇降低眼压的情况。

使用方法:把20%甘露醇(Mannitol)水溶液,加热至 $40^{\circ}\sim 50^{\circ}\text{C}$,每公斤体重10毫升(2克),静脉点滴,持续时间分别为20~83分钟,凡注射前滴毛果芸香碱和內服醋唑磺胺或diurex眼压已控制者,注射前24小时停药,凡不能控制者,就继续原来的治疗,点滴开始后15分钟起测量眼压,眼压最低时行眼压描记。