

青光眼睫状体炎综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E9_9D_92_E5_85_89_E7_9C_BC_E7_c22_308347.htm 名称青光眼睫状体炎综合征所属科室眼科病因发病原因尚不十分了解，有人认为可能与过敏因素、病灶感染、下丘脑障碍、植物性神经功能紊乱、睫状血管神经系统反应异常和房角发育异常有关。近年来发现本病发作期房水中前列腺素(prostaglandin, PG)的浓度，非凡是PGE明显增加。临床表现青-睫综合征的临床主要表现为以下几点：1．单眼发病且是同一眼反复发作，偶有双眼受累。李志辉等(1982)报告93例中双眼受累9例占10%。2．发作性眼压升高且反复性发作，间隔时间可数月甚至1~2年。眼压可高达5.33~8.0kPa(40~60mmHg)，每次发作高眼压持续时间一般1~14天，可自行恢复，少数延续一个月，罕有延续两个月者。3．发作时无自觉症状，仅有轻度不适，即使在发作高峰时也没有像急性闭角型青光眼那样头痛、眼痛等明显症状。4．视力一般正常，如角膜水肿则视物模糊。5．发作期间瞳孔略大，对光反应存在。虽然反复发作轻度睫状体炎，但从不发生虹膜后粘连。6．每次发作时呈轻度睫状体炎常在高眼压发作后3日内出现，房水有少数细胞浮游，房水闪光常呈阴性。角膜后壁沉着物常在发作后3日内出现，为灰白色、细小或大而扁平，呈羊脂状，一般不超过25个，集于角膜下方1/3处或隐伏在房角小梁网上。眼压恢复正常后数天至一个月内消失。眼压波动时可重新出现或不出现KP，故应全面具体检查。7．玻璃体内无炎性细胞。8．高眼压状态下前房角开放，无周边虹膜前粘连。9．一般眼底正常

，若与原发性开角青光眼并存时可出现青光眼性视神经及视野的损害。但在本病急性发作时可能出现血管暗影扩大。10 . 高眼压状态下rdquo.值偏低，间歇期rdquo.值及眼压均恢复正常且对各种激发试验均呈阴性。本症可与原发性开角青光眼同时并存。李志辉等(1982)报告其发病率为31%，对此类病例除注重本症的临床特点外，还需注重是否同时存在原发性开角青光眼，避免漏诊延误治疗。

治疗1 . 药物治疗 青-睫综合征是一种自限性眼病，但可再次复发。在发作期间局部应用皮质类固醇，可控制炎症发展。高眼压需要口服碳酸酐酶抑制剂。服用消炎痛可以抑制PG的生物合成，对治疗本症可达到部分降压效果。氟灭酸(flufenamic acid)不仅能抑制PG的生物合成，并可直接对抗PG的生物效应，故较消炎痛更好。局部应用肾上腺素、噻吗心安亦有助于降低眼压。药物治疗不能预防本病的复发，皮质类固醇药物亦不应延长使用，以免引起皮质类固醇性青光眼。

2.手术治疗 本综合征不宜手术，因手术不能阻止其复发。但应严密观察，长期随访，若与原发性或继发性开角青光眼合并存在时，视功能有遭受威胁之可能，应考虑手术治疗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com