

(上接第20版)

爱眼日

预防糖尿病致盲需重视早期干预

2014年6月6日是第19个全国“爱眼日”，今年“爱眼日”的活动主题为“关注眼健康，预防糖尿病致盲”。糖尿病是威胁我国居民健康的主要慢性疾病。其眼部并发症如糖尿病视网膜病变等会严重损害视力健康，是目前致盲的主要原因之一。有研究表明，10%的糖尿病患者，发病5~9年后发生视网膜病变，50%的患者15年后发生病变，80%~90%的患者25年后发生病变。

本次年会上，许多专家对此也纷纷建言献策。台州市眼科医院的麻张伟等通过对685例糖尿病患者进行视网膜病变筛查发现，糖尿病患者对视网膜病变筛查的主动参与率低，对糖尿病与视网膜病变之间的关系认知不足。因此需加大糖尿病患者眼科检查的力度，做到早发现、早治疗。

中国医科大学附属盛京医院陈晓隆等针对重症糖尿病视网膜病变患者的手术治疗中谈到，重症糖网患者，往往糖尿病患病时间长，常合并高血压、卒中症状。术前需调整好血糖、血压。术前血压轻度高者，可行基础麻醉；血压较高者，则需全麻下手术。术式建议前后节联合手术。玻璃体切除手术中，对于后部视网膜表面机化增殖严重的患者应避免后部视网膜出现较大裂孔，以避免重水进入。



斜视诊疗规范

年龄不是决定间歇性外斜视手术的绝对因素

间歇性外斜视的儿童在一段时期内可维持正常眼位及双眼视功能，但是病程多呈进行性，随病程发展可影响双眼视功能。由于术后存在一定的欠矫或复发率，因而医生在决定手术时机以及设计手术目标时多有困惑：手术究竟是早做还是晚做？手术设计是过矫还是保守？临床存在不同见解甚至误解，对此上海交通大学附属新华医院亢晓丽教授进行了探讨。

最佳手术时机取决于单眼抑制和异常视网膜形成

一些研究认为，小角度斜视可通过非手术方式改善，如训练融合、消除抑制等，然而非手术治疗有效性一直存有争议。间歇性斜视最严重的后果是双眼视觉功能破坏，且术后很难恢复。因此是否手术应取决于是否有单眼抑制和异常视网膜

形成。

有学者认为，患儿小于4岁时，视觉系统尚未发育成熟，若术后过矫出现连续性斜视会增加弱视甚至丧失立体视的风险。还有学者认为，4岁前手术，患儿丧失双眼视风险降低，且立体视恢复程度好。对此亢教授认



亢晓丽 教授

为，年龄仅是一个相对因素，而非绝对值。由于间歇性斜视为进展性，随着病程加长，双眼视功能被破坏的风险也越大。因此考虑年龄因素时仍以斜视严重程度和双眼视功能为前提。一经发现患儿存在单眼抑制和异常视网膜

远立体视可作为手术疗效的指标

临床上常采取三种目标设计。一是保守设计，术中以“正位下台”为标准，术后往往因欠矫而增加复发率。第二是设计性过矫，这是考虑到患儿眼位继续向外漂移的可能，而有意给予一定的过矫量。第三种则是以术

后眼正位为基准的足矫设计。术后部分患者会出现反应性过矫，但这与设计性过矫不同，大部分患者能在短时间内眼位恢复正位，部分患者会发展为隐外斜视，但治愈率较大。

大多数学者将眼位在

±8~10 PD之内定为手术成功的标准，但有人认为应将双眼视功能纳入评定手术效果的指标。而亢教授认为，由于大多数间歇性外斜视患者有很好的近立体视。因此，远立体视恢复程度可作为手术疗效的指标。

青光眼诊疗规范

习惯性体位监测更利于青光眼诊疗

眼压升高是青光眼发生发展的危险因素之一。在病程早期阶段，眼压改变并不稳定，多在昼夜的某个时间点表现为眼压升高，因此24h眼压监测对于掌握眼压变化情况十分重要。根据监测结果可指定个性化的降眼压方案，阻止视功能恶化。

目前，临床上关于24h眼压监测尚无统一标准，医院间诊断一致性较差，给医生、患者带来诸多不便。传统眼压监测方法采取昼夜均坐位，昼夜均明光，该方法有悖于人体习惯性的生理体位。已

有研究表明，平卧位眼压高于坐位2~6 mmHg，且坐位—平卧位的眼压变化与眼压损伤进展相关。因此，临床上常有眼压“控制良好”，但病情仍在进展的患者。

要想正确反映患者的真实眼压应采取符合人体生理习惯的监测方法，即坐位，夜间平卧，日间明光，夜间微弱光。此类研究，国外已有但样本量小，为此王宁利、郝

洁等在邯郸地区针对206例30~59岁的正常受检者206例，行习惯性体位24h眼压监测方法。结果显示，昼夜眼压波动幅度的标准差为2.73 mmHg。并且患者依从性好，监测条件能满足习惯性体位检测要求。该研究可有效指导临床治疗，为长期药物治疗提供依据。



表1 传统方法与习惯性体位24h眼压监测方法细则

	传统方法24h眼压监测	习惯性体位24h眼压监测
体位与光照	昼夜均坐位；昼夜均明光（500~1000 lux）	昼坐位，夜间平卧位；日间明光（500~1000 lux），夜间微弱光（<10 lux）
测量时间	2:00、5:00、7:00、10:00、14:00、18:00、22:00或2:00、6:00、8:00、10:00、14:00、18:00、22:00	1:30、3:30、5:30、7:30、9:30、11:30、13:30、15:30、17:30、19:30、21:30、23:30
测量前准备	不强调测量前的准备工作	测量前一周规范同测量日相同的作息。测量前3d禁饮酒、咖啡



第三军医大学第一附属医院王一、山东省立医院王利华等获得第五届中国眼科医师医师奖，黎晓新、赵家良和赵堪兴分别为获奖者颁奖。

弱视诊疗规范

早期筛查是预防和治疗弱视的关键



赵家良 教授



赵堪兴 教授

视可产生高对比度视力的明显和永久下降，通常受累眼视力为0.1或更差。而3岁后，发生弱视的风险就会减少。另外剥夺性弱视的主要病因是白内障，对于单眼白内障新生儿，若在1~2个月时摘除并进行光学矫正，则会有较好的预后。因此早期筛查对早期预防和治疗儿童弱视具有重要意义。新版PPP对于弱视治疗的有效年龄，并没有进行界定，而是指出，“无论患者年龄大小，都应对其提供治疗的尝试”。这反映了近年来关于视觉发育可塑性的新认识。

新版PPP针对弱视治疗策略包括八种：光学矫正、遮盖、药物压抑、光学压抑、滤光镜、手术治疗、针刺、视觉治疗。在药物压抑方面，新版PPP指出，对3~10岁儿童非弱视眼（对侧眼）滴用1%阿托品滴眼液是治疗轻度、中度弱视的有效方法。然而光学压抑、手术、针刺以及视觉疗法还缺乏随机临床试验证据，机制不清且存有争论，因此还需进一步研究。

另外，新版PPP的一大亮点是按照GRADE标准针对其提出的诊治建议强度及证据质量进行了分级。如对弱视儿童进行持续监测，是因为约1/4成功治疗的弱视儿童在停止治疗的第一年内复发（强烈推荐，高质量证据）。