

对于这些患者,我们提倡在术前检查阶段应尽可能的散瞳检查眼底,并辅以视网膜潜视力的检查结果,作为评估手术预后的重要依据,并在术前告知患者及家属,使其对手术后的视力以及白内障术后仍需进行眼底病治疗做好充分的思想准备和给予积极的配合,尽可能地提高视力,改善生活质量。对于全身状态比较差、不适合手术的白内障患者,我们建议其先到相关科室就诊治疗后,状态允许后再行白内障手术治疗。心脏疾病可承受白内障手术的患者,我们仍要采取术中给予心电监护以确保手术安全顺利的完成。对于以上各类型患者,我们在术前都给予手术高风险和预后不良的告知,如实地与患者和家属进行病情沟通,得到患者和家属的理解和配合,保证手术安全高效地进行,对于减少医患矛盾也是非常有利的举措。

综上所述,防盲复明患者全身和眼部条件复杂,合并眼底疾病比例高,手术难度相对较大。这些特征决定了在

其围手术期更应规范各项流程和安全措施。我们通过以上在围手术期的各个规范环节的实行,有效地降低了手术风险,减少了手术并发症的发生,保证了手术的安全且高质量完成,真正达到以较小的医疗价格负担得到安全高效的手术治疗、最大程度提升患者的视觉质量、获得最佳的社会效益的目的。希望我们的数据能够为各级开展白内障防盲复明工作的医疗机构提供有意义的参考,有助于提高快速、大量白内障手术的安全性和有效性。有效提高白内障复明手术率,为政府防盲慈善事业做出贡献。

#### 参考文献

- 1 美国眼科学会(著).中华医学会眼科学分会(译).眼科临床指南.北京:人民卫生出版社 2006:274-276
- 2 李明桂,陈烈.中老年白内障合并眼底病临床分析.眼科研究 2000; 18(3):258-260
- 3 孙葆忱.临床低视光学.青岛:青岛出版社 1988:401

### · 短篇报道 ·

## 糖尿病性眼外肌麻痹的临床分析

张美莎

作者单位:(210018)中国江苏省南京市市级机关医院眼科  
作者简介:张美莎,主任医师,毕业于山西医学院医疗系,中华医学会弱视斜视学组成员。  
通讯作者:张美莎. zhang83699627@sina. com  
收稿日期:2011-06-29 修回日期:2011-10-31

张美莎. 糖尿病性眼外肌麻痹的临床分析. 国际眼科杂志 2011; 11(12):2205

### 0 引言

糖尿病所导致的眼外肌麻痹是其常见的并发症之一。随着糖尿病发病率的日趋上升,表现在眼部的眼外肌麻痹也越来越多见。现将我院 1995-03/2005-04 在本院诊治的 16 例糖尿病性眼肌麻痹进行临床分析,报道如下。

### 1 临床资料

患者 16 例中男 6 例,女 10 例,年龄 50~76 岁,既往有糖尿病史的 4 例,均为 2 型糖尿病,病程 2~10a,其余 12 例均无糖尿病病史,也无典型的糖尿病症状。出现眼肌麻痹就诊时间为 3~15d。颅神经病变为:外展神经麻痹 12 例,动眼神经不全麻痹 3 例,交替性外展神经不全麻痹 1 例。16 例患者中右眼 9 例,左眼 6 例,双眼 1 例。全部患者均为首次发病,均以复视就诊,经检查证实为外展神经麻痹 12 例,斜度 10°~15°,不完全性动眼神经麻痹患者表现为上睑不全下垂,眼球内转及上下转动受限,患眼均呈外斜位,双侧瞳孔等大,光反射均正常。仅 1 例患者出现交替式外斜视,右眼注视 33cm,左眼外转受限,左眼注视 33cm,右眼外转不过中线。辅助检查:16 例患者发病时,空腹血糖 6.3~24mmol/L,餐后血糖 6.8~24mmol/L,16 例均行脑部 CT 检查,10 例合并有多发性腔隙性脑梗,余无异常,4 例动眼神经不全麻痹患者行新斯的明试验为

阴性。治疗:诊断明确后嘱患者到内分泌科进行糖尿病治疗,合并脑梗塞的患者同时控制脑梗,再常规应用能量合剂,B 族维生素及血管扩张剂治疗。结论:平均治疗 2wk 左右眼部症状好转,复像距离缩小,4~8wk 眼部症状逐渐消失,体征渐不明显,15 例患者基本治愈,复视消失,眼位正。仅 1 例交替性外展麻痹患者近 3mo 才恢复。所有患者经治疗后,血糖均控制在正常范围。

### 2 讨论

关于糖尿病引发眼肌麻痹的发病机制,多数学者认为是由于神经缺血所致,近年来许多研究认为糖尿病性神经病变的发病与山梨醇旁路代谢异常有关。糖尿病患者过高的血糖,不能进入正常的磷酸化途径,并且醛糖还原酶激活,形成山梨醇果糖旁路,而使山梨醇和果糖生成增加;又因其通透性差,不能渗透到细胞外液而在细胞内蓄积,最终导致细胞内高渗透压,细胞水肿,神经节性脱髓鞘,神经传导降低,严重时可有轴索变性产生,并伴有营养神经之动脉硬化<sup>[1]</sup>。本组有 4 例为不完全性动眼神经麻痹,只表现为上睑下垂和眼球运动受限,瞳孔不受影响,可能是由于支配瞳孔的神经纤维走行在动眼神经上方周边部,对缺血性病变的影响比中心部位轻,故缩瞳纤维受损不显著<sup>[2]</sup>,因此无眼内肌麻痹表现。

糖尿病并发眼肌麻痹多发生在中老年人,且与糖尿病的严重程度与病程无关。常常无糖尿病的典型症状。所有患者均因复视为首发症状,而就诊于眼科,才发现有糖尿病的。故提示临床上对于眼肌麻痹的病因诊断上应注意糖尿病影响的可能性,必须作为常规检查项目。

在对糖尿病引起的眼外肌麻痹,以控制血糖治疗糖尿病为关键,同时给予大量的 B 族维生素及血管扩张剂,营养神经的药物,以改善神经缺血状态,促进神经机能的回复。早期诊断,早期治疗,使眼外肌麻痹得以功能恢复。

#### 参考文献

- 1 Drck PJ. The prevalence by staged severity of various types of diabetic neuropathy, retinopathy, and nephropathy in population-based cohort; The Rochester diabetic neuropathy study. *Neurology* 1993;43:814
- 2 张忠辉. 糖尿病性动眼、滑车神经麻痹 4 例报告. 中国神经精神疾病杂志 1990;16(3):117