

志[J]. 现代肿瘤医学, 2007, 15(1): 115-118.

[6] Srisomboon J, Tangchaitrong CA, Bhusawng Y, et al. Evaluation of colposcopic accuracy in dianosis of cervical neolasis [J]. J Med Assoc Thai, 1996, 79(3): 423-428.

[7] 钱小虎, 周 览, 王军臣, 等. 高频电波刀治疗宫颈疾病的临床价值[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(2): 86-88.

[8] 毕 蕙, 廉玉茹, 李克敏. CIN II ~ III LEEP 治疗后随访情况分析[J]. 实用妇科杂志, 2006, 22(1): 37-39.

[9] Cecchini S, Visioli CB, Zappa M, et al. Recurrence after treatm-

ent by loop electrosurgical excision procedure (LEEP) of high-grade cervical intraepithelial neoplasia[J]. Tumor, 2002, 88(6): 478-480.

[10] 毕 蕙, 廉玉茹, 李克敏. CIN II ~ III LEEP 治疗后随访情况分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(10): 1304-1306.

(收稿日期: 2009-03-25; 修回日期 2009-05-06)

(本文编辑: 黄攸生; 英文编辑: 王建东)

· 短 篇 ·

62 例青光眼患者前房角组织临床病理分析

宋 林, 曹志平, 孙晓燕, 姚春华, 李 扬, 刘 毅, 石淑英, 黄 玲, 张宝全
(解放军第 15 医院, 新疆乌苏 833000)

[关键词] 青光眼; 前房角组织; 病理

中图分类号: R775.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0322-02

为了解青光眼患者前房角组织的病理改变, 本文收集了我院 2000 年 1 月~2008 年 7 月, 62 例(84 眼)哈萨克族青光眼患者的前房角组织病理资料, 现将病理检查与临床情况总结分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 62 例(84 眼), 年龄 43~76 岁, 平均 59.5 岁, 男 25 例, 女 37 例, 病程最短 5 天, 最长 3 年, 入院检查: 视力光感~0.6, 病历中有视野记录者视野均有不同程度缺损, 甚至管状视野($\leq 10^\circ$)或颞侧视岛, 眼底杯/盘 ≥ 0.6 , 眼压 28.5~57.40 mm Hg, 平均 42.95 mm Hg。

1.2 青光眼的类型 闭角型青光眼 43 例, 其中急性闭角型青光 17 例, 慢性闭角型青光 26 例, 前房角镜检查前房角窄 III~窄 IV。开角型青光眼 11 例。继发性青光 8 例。

1.3 方法 行常规青光眼小梁切除术, 术中切除的深层巩膜(2.5 mm \times 3.5 mm)及宽基底的根部虹膜组织送病理检查。

1.4 病理观察 镜下见到小梁 64 眼(76.19%), 其中小梁网中有色素沉积 58 眼(90.63%), 小梁网眼变窄或消失 23 眼(35.94%), 小梁内皮细胞增生 18 眼(28.13%), 小梁纤维化伴玻璃样变性 12 眼(18.75%), 小梁网完全被色素斑块遮盖看不清小

梁结构 11 眼(17.19%), 小梁虹膜并置 28 眼(43.75%)。见到施莱姆管 56 眼(66.67%), 其中管腔内壁内皮细胞增生 34 眼(60.71%), 部分管腔内可见色素沉积。虹膜不同程度的萎缩, 色素层纹理不清或消失, 基质疏松, 有的虹膜间质血管壁增厚并呈玻璃样变, 部分可见虹膜间质薄壁血管形成。

2 讨论

通过本组病例前房角组织学检查, 我们观察到, 开角型青光眼小梁网致密、增厚, 胶原纤维玻璃样变致网孔狭窄。而闭角型青光眼早期, 大部分小梁可无明显改变, 小梁的损害多局限在与虹膜粘连的区域, 随着病程的延长及高眼压反复发作, 前房角粘连范围不断扩大, 小梁、施莱姆管的病变程度亦随之加重, 范围也更加广泛^[1]。只有在高眼压反复发作或持续时间较长时, 才可见小梁虹膜并置, 小梁内皮增生, 纤维化伴玻璃样变, 虹膜萎缩, 虹膜色素脱失, 虹膜间质薄壁血管形成等病理改变。本组病例镜下见到的这种病理改变的病例大多病程较长, 有反复发作史, 而且术前眼压控制不良, 其前房角组织的病理改变与病程及临床情况基本吻合。这种改变与病程、持续性眼压增高有一定关系, 而与性别无明显差异。

本组病例中闭角型青光眼的发病率明显高于开角型青光眼, 比率为 3.9: 1, 与文献(下转第 355 页)

3 原因和对策

目前,医务人员自身用药问题较多,原因比较复杂。医务人员是一类特殊的用药群体,他们对自己所诊疗疾病的专科用药比较熟知,当自己患病需要服药时,主观参与性与改动性较强;有的医务人员专业知识不熟悉,对非专科的医药知识、用药指征、不良反应等掌握不够全面;有的医务人员缺乏与药剂师的药物信息沟通,不能及时知晓新药动向,知识更新不足^[4]。

为此采取以下对策。“以虚养心”。医务人员虽为医药专业工作者,在自身患病用药时更需以谦虚的心态面对和聆听专科医师意见,提高用药依从性;“以德养身”。医务人员需加强职业道德观建设,以严谨职业态度、精益求精的工作精神完成点滴医疗行为,以高度重视合理用药的指导思想指导自身和患者用药;“以学养脑”。医务人员需不断学习和拓展,多与药学人员沟通,必须在熟知药物的药理作用尤其不良反应的基础上用药,选药要有明确指征,联合用药要有明确目的^[5,6]。

合理用药是每一位医药人员、卫生工作者肩负的重要责任,应高度重视合理用药的意义。希望广大医务人员从中吸取教训、加强学习、提倡合理用药,并且只有从自身做起,才能减少用药的各种毒副反应,确保自身和病人的用药安全。

参考文献

- [1] 徐丽芳. 临床不合理用药处方分析[J]. 海峡药学, 2006, 18(5): 226-228.
- [2] 张旭丽, 孟 昕, 李 丽. 浅谈中药的合理使用[J]. 中医药学报, 2006, 34(4): 62.
- [3] 解 斌, 董震海, 王建忠. 合理用药问答[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 660.
- [4] 赵宁志, 陈邦元. 合理使用抗菌药物的管理措施[J]. 东南国防医药, 2006, 8(6): 456-457.
- [5] 吴笑春, 李 馨, 仲明远, 等. 从 1 例难治性感染看临床药师指导用药的必要性[J]. 华南国防医学杂志, 2000, 14(4): 59-60.
- [6] 余晓兵, 何 威. 高血压两种治疗方案的成本效果分析[J]. 华南国防医学杂志, 2000, 14(3): 37-39.

(收稿日期: 2009-03-08; 修回日期: 2009-04-09)

(本文编辑: 潘雪飞)

(上接第 322) 报道^[2] 接近。闭角型青光眼中, 慢性闭角型青光眼前房角组织病理及视功能损害程度较急性闭角型青光眼严重, 家住边远地区的农牧民患者较城镇及其附近患者的病理及视功能损害程度重。分析原因我们认为, 可能与急性闭角型青光眼发病急, 视力急剧下降, 眼痛、头痛症状明显, 就诊率高, 容易确诊, 而开角型和慢性闭角型青眼, 一般自觉症状较轻, 视力下降呈渐进性, 易忽视, 以及边远农牧区医疗条件差, 且远离城镇, 发病后得不到及时有效的治疗, 就诊时往往已是青光眼晚期。同时慢性闭角型青光眼患者多具有周边虹膜较肥厚, 虹膜根部附着点靠前, 前位的睫状体等特征^[3], 当眼压升高, 瞳孔轻度或中度散大时, 周边虹膜向前房角堆积, 使房角更加狭窄甚至闭塞, 加之反复发作的眼压升高, 可使本来就与小梁网靠的很近的虹膜根部与小梁反复接触造成小梁组织的损害^[4]。

本组病例 58 眼小梁网中有色素沉积, 其中 11 眼小梁网完全被色素斑块遮盖看不清小梁结构, 其原因主要是高眼压可导致虹膜色素上皮损伤, 虹膜

色素脱失, 大量色素颗粒沉积在小梁网, 造成小梁网机械性阻塞, 内皮细胞亦因过量吞噬色素颗粒而活性降低, 导致房水流出阻力增加^[5], 因此, 色素沉积造成小梁网机械性堵塞, 可能是加剧小梁损害的一个重要因素。

参考文献

- [1] 刘少章, 于纯智. 363 例原发性慢性闭角型青光眼的小梁组织学改变及临床病理分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2003, 21(5): 344-346.
- [2] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1706.
- [3] 葛 坚, 孙兴怀, 王宁利. 现代青光眼研究进展[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 134-135.
- [4] 周文炳. 临床青光眼[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 178-179.
- [5] 刘少章, 于纯智, 贺翔鸽. 628 例原发性闭角型青光眼的小梁病理改变及其临床意义[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(2): 67-69.

(收稿日期: 2009-01-28; 修回日期: 2009-04-17)

(本文编辑: 黄攸生)