

The Effect of Cataract Surgery on Intraocular Pressure Change: Extracapsular Cataract Extraction vs. Phacoemulsification

Majid Reza Sheikh Rezaee¹,
Ahmad Ahmadzade Amiri¹,
Kiumars Noroozpoor Deilami¹,
Asadollah Farokhfard¹,
Ali Sanjari Araghi¹,
Seyed Jaber Mousavi²,
Reza Mohammadi Dolat Abadi³

¹ Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Department of Community Medicine Specialist, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ General Practitioner, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 8, 2011 ; Accepted November 26, 2011)

Abstract

Background and purpose: Cataract is one of the most common ophthalmic diseases. This study was conducted to evaluate the effect of cataract surgery on intraocular pressure (IOP) of patients referred to Booali Hospital, Sari.

Materials and methods: Among the patients with cataract disease, 60 were randomly recruited. Then, 32 patients underwent extracapsular cataract surgery and 28 were operated through Phaco method. An ophthalmologist measured the IOP with Goldman tonometer mounted on a slit lamp in five stages, that is, 24 hours and 30 minutes before surgery, and 24 hours, the first week and the first month after surgery.

Results: The mean and standard deviation of IOP in patients undergoing extracapsular cataract surgery in the defined times were: 14.75 ± 2.11 , 14.38 ± 1.91 , 14.53 ± 1.65 , 14.28 ± 2.58 and 14.72 ± 2.82 . Also, mean and standard deviation of IOP in patients operated by Phaco method in the same times, were: 4.14 ± 2.30 , 14.43 ± 2.63 , 14.57 ± 0.77 , 14.04 ± 0.73 and 14.25 ± 0.95 . In terms of changes in IOP, no statistically significant differences were observed between the two surgical methods. Also, there were no significant differences between before and after surgery IOP in any of the methods.

Conclusion: According to the results, these two methods act similarly with regard to the changes in IOP.

Key words: Cataract, intraocular pressure (IOP), Phaco, extracapsular, surgery

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(86): 143-148 (Persian).

بررسی تغییرات فشار چشم در دو روش جراحی اکستراکپسولار و فیکو در بیماران مبتلا به کاتاراکت

مجیدرضا شیخ رضایی^۱
احمد احمدزاده^۱
کیومرث نوروزپور دیلمی^۱
اسد... فرخ فر^۱
علی سنجرى عراقی^۱
سید جابر موسوی^۲
رضا محمدی دولت آبادی^۳

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کاتاراکت از شایع ترین بیماری های چشمی است. این پژوهش به منظور بررسی اثر جراحی کاتاراکت روی فشار چشم بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینای ساری انجام گرفته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه بیماران مبتلا به کاتاراکت از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب و ۶۰ بیمار وارد مطالعه شدند. ۳۲ نفر تحت جراحی کاتاراکت به روش اکستراکپسولار و ۲۸ نفر تحت جراحی کاتاراکت به روش فیکو قرار گرفتند. این مطالعه در پنج مرحله ۲۴ ساعت قبل از عمل، ۳۰ دقیقه قبل از عمل، ۲۴ ساعت بعد از عمل، هفته اول بعد از عمل و ماه اول بعد از عمل انجام شد. در این نوبت ها با استفاده از تونومتر گلدمن متصل به اسلیت لمپ فشار چشمی بیماران توسط جراح چشم پزشکی اندازه گیری شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار فشار چشمی بیماران در روش اکستراکپسولار در زمان های تعیین شده به ترتیب $14/75 \pm 2/11$ ، $14/38 \pm 1/91$ ، $14/53 \pm 1/65$ ، $14/28 \pm 2/58$ و $14/72 \pm 2/82$ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار فشار چشمی بیماران و روش فیکو در همین زمان ها برابر با $4/14 \pm 2/30$ ، $4/63 \pm 2/63$ ، $14/57 \pm 0/77$ ، $14/04 \pm 0/73$ و $14/25 \pm 0/95$ بود. از لحاظ تغییرات در فشار داخل چشمی تفاوت معنی دار آماری بین دو روش جراحی و همچنین بین نتایج قبل و یک ماه پس از جراحی در هیچ یک از روش های مورد بررسی وجود نداشته است.

استنتاج: با توجه به عدم وجود تفاوت معنی دار آماری ممکن است بتوان این دو جراحی را در زمینه تغییرات ایجاد شده در فشار داخل چشم مشابه هم در نظر گرفت.

واژه های کلیدی: کاتاراکت، فشار داخل چشم، فیکو، اکستراکپسولار، عمل جراحی

مقدمه

به کدورت عدسی چشم کاتاراکت اطلاق می شود. جراحی کاتاراکت مهم ترین عمل جراحی است که هر چشم پزشکی باید به خوبی از عهده آن برآید. امروزه دیگر هدف جراحی کاتاراکت فقط حذف کدورت لنز

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۰-۸۸ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شده است.

E-mail: farokhfir1340@gmail.com

مؤلف مسئول: اسد... فرخ فر - ساری: مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری

۱. گروه چشم پزشکی بیمارستان بوعلی سینا، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. پزشک عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۵/۲۶ تاریخ تصویب: ۹۰/۹/۵

و تاری دید نیست، بلکه هدف ایجاد دیدی با بهترین کیفیت برای بیمار است. به طوری که در بسیاری از مواقع جراحی کاتاراکت یک جراحی انکساری محسوب می شود. تحقیقات مقطعی سن شیوع کاتاراکت را در سنین ۴۵ تا ۷۴ سالگی، ۵۰ درصد و در بیشتر از ۷۵ سالگی، ۷۱ درصد گزارش کرده اند. پاتوژنز کاتاراکت به صورت کامل مشخص نشده است. اما عدس های مبتلا دچار رسوبات پروتئینی هستند که پرتوهای نور را متفرق می کنند و شفافیت آن را کاهش می دهند (۲،۱).

هیچ درمان طبی وجود ندارد که روند تغییرات شیمیایی در تشکیل کاتاراکت را متوقف کند. برای معالجه و عمل کاتاراکت علاوه بر قضاوت بالینی و تست اسلن، میزان حدت مورد نیاز فرد برای انجام کارهای روزمره تعیین کننده است (۴-۱). فشار طبیعی چشم بین ۱۰ تا ۲۴ است، ولی اغلب چشم پزشکان معتقدند که مرز مشخصی بین فشار طبیعی و غیر طبیعی وجود ندارد (۱،۶،۵).

معمولاً کاتاراکت توسط دو روش جراحی رایج عمل می شود. در نوع اکستراکپسولار به همراه لنز داخل چشمی خلف کپسولی - که نیاز به برش بزرگی دارد - بخش خلفی عدسی حفظ می شود و هسته کاملاً از میان شکاف ایجاد شده برداشته می شود؛ سپس از شکاف ایجاد شده جهت قرار دادن لنز داخلی چشمی استفاده می شود. روش دیگری که در این پژوهش جهت عمل جراحی کاتاراکت استفاده شد، روش فیکو به اضافه لنز داخل چشمی خلف کپسولی بود. در این روش از ویراتور اولتراسوند دستی برای تخریب هسته عدسی به قطعات کوچکتر استفاده می شود. مواد حاصله با برش کوچکتري آسپیره و خارج شد و از شکاف ایجاد شده جهت قرار دادن لنز داخل چشمی استفاده می شود (۹-۷).

انجام جراحی کاتاراکت دارای عوارض احتمالی می باشد که باید همواره مدنظر جراح قرار داشته باشد (۱). از شایع ترین عوارض پس از جراحی کاتاراکت می توان به افزایش فشار داخل چشمی (IOP: Intraocular pressure)

اشاره نمود. در صورت اثبات افزایش فشار داخل چشمی به دنبال عمل جراحی کاتاراکت باید درمان کاهنده فشار چشم شروع شود. در صورت ابتلای قبلی دوز دارو افزایش یابد و یا اگر اثبات شود به دنبال عمل کاتاراکت فشار داخل چشمی کاهش می یابد، باید دوز داروی کاهنده فشار داخل چشمی را در بیماران مبتلا به افزایش فشار داخل چشمی و گلوکومی کاهش داد. در برخی از تحقیقات اثبات شده که عمل جراحی کاتاراکت سبب کاهش فشار داخل چشمی در بیماران گلوکومی و بیماران با فشار چشم طبیعی می شود (۱۰،۱۱). برخی مطالعات نشان دهنده افزایش فشار داخل چشمی در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی کاتاراکت است. در بیشتر مطالعات ارزیابی های IOP در فاز حاد پس از عمل جراحی انجام شده است و برای یک ماه پس از جراحی که بیمار کاملاً وضعیتی تثبیت شده پیدا می کند مطالعات معدودی وجود دارد. قابل توجه است که بیشتر مطالعات انجام شده در ارزیابی IOP با استفاده از تونومتر شیوتر بوده است. ابزارهای جدید اعتبار بالاتری نسبت به آن دارند و در مطالعه ما از آن استفاده شد (۶،۱۲،۱۳).

با توجه به نتایج متفاوت در خصوص تغییرات فشار داخل چشمی و همچنین اهمیت این تغییرات از نظر احتمال به جایگذاری بسیاری از عوارض (مانند خروج زجاجیه، آسیب به اعصاب بینایی ناشی از افزایش IOP و ...) و نقش تکنیک های مختلف جراحی برای کاتاراکت و همچنین روش جراحی نسبتاً جدید فیکو، این مطالعه برای تعیین تغییرات فشار داخل چشمی بیماران در مراحل قبل و پس از جراحی به روش فیکو و اکستراکپسولار در بیماران مبتلا به کاتاراکت انجام گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران بزرگسال بالای ۴۰ سال بودند که کاربرد جراحی کاتاراکت برایشان تأیید شده بود و از تاریخ اول مرداد تا پایان مهر ماه سال ۱۳۸۸ به

بخش چشم پزشکی بیمارستان بوعلی سینای ساری مراجعه کرده بودند. حجم نمونه مورد نیاز با توجه به شیوع بالای تغییرات فشار داخل چشمی (IOP) در ابتدا و انتهای اعمال جراحی و بر اساس بررسی متون انجام شده با خطای ۵ درصد، ۶۰ بیمار محاسبه شد. بیمارانی که سابقه گلوکوم (به علت اثرات مخدوش کنندگی بر IOP)، دیابت و سایر بیماری‌های چشمی داشتند، وارد مطالعه نشدند. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت نمونه گیری مستمر بوده بیماران در صورت واجد شرایط بودن و اخذ رضایت وارد مطالعه می‌شدند. عمل جراحی کاتاراکت در بیماران به دو روش اکستراکپسولار و فیکو بر حسب تشخیص هر یک از پنج جراح چشم مستقر در بیمارستان انجام شد. مکان اجرای پژوهش در بخش چشم پزشکی بیمارستان بوعلی سینا ساری از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده است.

متغیرهای سن، جنس با استفاده از پرونده و پرسش از بیمار در فرم جمع‌آوری اطلاعات ثبت شد. ابزار اندازه‌گیری فشار چشم تنومتر آچلانسین گلدمن (هاگ اشتریت AT900 سؤیس) متصل به لامپ اسلیت بود که نیروی لازم جهت مسطح نمودن ناحیه ثابتی از قرنیه را اندازه می‌گرفت. فشار چشم بیماران در پنج نوبت اندازه‌گیری و در فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات ثبت گردید. نوبت اول ثبت فشار چشمی ۲۴ ساعت قبل از عمل، نوبت دوم ۳۰ دقیقه قبل از عمل، نوبت سوم ۲۴ ساعت بعد از عمل، نوبت چهارم و پنجم پس از ترخیص بیمار انجام شد (به ترتیب در هفته اول و ماه اول پس از عمل). ساعت بررسی فشار چشم بیماران در تمامی موارد ۸ الی ۱۰ صبح بوده است. در این مطالعه تمامی بیماران حداقل یک سال از داروهای کورتیکواستروئید استفاده کردند و اعمال جراحی توسط متخصصین جراح چشم که حداقل سابقه یک‌سال تجربه جراحی به روش فیکو و اکستراکپسولار در کاتاراکت را دارا بودند و ویژگی‌های تکنیکی آن‌ها مشابه بود، انجام شد.

اطلاعات گردآوری شده در فرم‌های ثبت اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جهت توصیف داده‌ها استفاده شد. جهت مقایسه نتایج بین دو گروه مورد مطالعه از آزمون T مستقل و جهت مقایسه نتایج در برهه‌های دو گانه زمانی در هر گروه از آزمون T زوجی استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه انجام شده شامل ۶۰ چشم مبتلا به کاتاراکت (۳۱ چشم راست و ۲۹ چشم چپ) در ۶۰ بیمار می‌باشد. ۳۲ چشم با روش اکستراکپسولار و ۲۸ چشم با روش فیکو تحت جراحی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه در هر دو گروه ۶۵ سال بوده است. ۴۳/۷ درصد از بیماران مرد و ۵۶/۳ درصد زن بوده‌اند.

میانگین $\pm$ انحراف معیار فشار داخل چشمی (IOP) بر اساس میلی‌متر جیوه قبل و پس از عمل جراحی کاتاراکت اکستراکپسولار و فیکو مورد بررسی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: فشار داخل چشمی (IOP) بر اساس میلی‌متر جیوه قبل و پس از عمل جراحی کاتاراکت اکستراکپسولار و فیکو

زمان	میانگین TOP		سطح معنی‌داری
	عمل جراحی اکستراکپسولار	عمل جراحی فیکو	
۲۴ ساعت قبل از عمل	۱۴/۸±۲/۱	۱۴/۱±۲/۳	۰/۶۳
۳۰ دقیقه قبل از عمل	۱۴/۴±۱/۹	۱۴/۴±۲/۶	۰/۰۸۱
۲۴ ساعت بعد از عمل	۴/۳±۲/۶	۱۴±۲/۷	۰/۶۹
هفته اول بعد از عمل	۱۴/۳±۲/۶	۱۴±۲/۷	۰/۷۶
ماه اول بعد از عمل	۱۴/۸±۲/۹	۱۴/۳±۳	۰/۸۰

همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شد است فشار داخل چشمی بیماران در زمان‌های مختلف مورد مطالعه (۲۴ ساعت قبل از عمل، ۳۰ دقیقه قبل از عمل، ۲۴ ساعت بعد از عمل، هفته اول بعد از عمل و ماه

اول بعد از عمل) در دو روش جراحی مورد بحث بر اساس آزمون T مستقل تفاوت معنی دار آماری نداشتند. همچنین در این پژوهش مشخص شد که بر اساس آزمون T مستقل اختلاف بین میانگین های فشار چشمی بیماران در روش جراحی کاتاراکت اکستراکپسولار ۲۴ ساعت قبل از عمل ($14/75 \pm 2/11$) و ماه اول بعد از عمل ($14/72 \pm 8/2$) معنی دار نبوده است. همچنین اختلاف بین میانگین های فشار چشمی بیماران در روش جراحی کاتاراکت فیکو ۲۴ ساعت قبل از عمل ($14/14 \pm 2/30$) و ماه اول بعد از عمل ($14/25 \pm 2/95$) نیز معنی دار نبوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه فشار داخل چشم بیماران ۲۴ ساعت قبل از عمل و ماه اول بعد از عمل به تفکیک نوع جراحی

نوع عمل جراحی	فشار داخل چشمی (IOP)		سطح معنی داری
	۲۴ ساعت قبل از عمل	ماه اول بعد از عمل	
اکستراکپسولار	$14/8 \pm 2/1$	$14/7 \pm 2/8$	۰/۹۶
فیکو	$14/1 \pm 2/3$	$14/3 \pm 3$	۰/۸۳

بحث

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بین دو روش جراحی مورد نظر با وجود تفاوت های موجود در میانگین های فشار داخل چشمی در زمان های مختلف مورد بررسی، از لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود نداشته است. ضمن آن که مقایسه فشار داخل چشمی بین ۲۴ ساعت پیش از جراحی و ماه اول پس از جراحی نیز در هیچ یک از دو نوع جراحی مورد بررسی تفاوت معنی دار آماری نشان نداده است.

نتایج برخی تحقیقات حاکی از آن است که عمل جراحی کاتاراکت سبب کاهش فشار داخل چشمی (IOP) در بیماران گلوکومی و بیماران با فشار چشم طبیعی می شود. چندین مطالعه نیز نشان دهنده افزایش فشار داخل چشمی در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی کاتاراکت است (۱۳، ۱۲). در تعداد دیگری از تحقیقات افزایش فشار داخل چشمی بعد از عمل جراحی

کاتاراکت گزارش نشد (۱۵، ۱۴). در مطالعه Mierzejewski و همکاران در لهستان طی سال ۲۰۰۸ روی ۱۰۰ چشم از ۸۶ بیمار مبتلا به کاتاراکت که داوطلب عمل جراحی بوده اند، جراحی کاتاراکت با روش فیکو انجام شد (۹). فشار چشم قبل از عمل، روز بعد از عمل و ۶ تا ۳۰ ماه بعد از عمل اندازه گیری شد. آن ها به این نتیجه رسیدند که عمل کاتاراکت به روش فیکو در چشم های گلوکومی سبب کاهش فشار داخل چشم می شود و به این ترتیب باید دوز داروهای ضد گلوکوم را در طولانی مدت کاهش داد. البته در این تحقیق روش های دیگر جراحی کاتاراکت از جمله اکستراکپسولار و همچنین نتایج عمل جراحی فیکو در میان مدت (هفته اول بعد از عمل و ماه اول بعد از عمل) روی فشار چشم بیماران بررسی نشده است.

در تحقیق دیگری در سال ۲۰۰۲ که به وسیله Browning و همکاران در انگلستان بر ۱۰۰ چشم بیمار گلوکومی به روش فیکو تحت عمل جراحی کاتاراکت قرار گرفت (۱۶)، فشار چشمی بیماران قبل از عمل و ۲۴ ساعت بعد از عمل بررسی و نشان داد که تشخیص گلوکوم (فشار بالای داخل چشم) قبل از عمل، عامل خطر قابل ملاحظه ای برای افزایش فشار داخل چشمی روز بعد از عمل فیکو است. لذا می توان این افراد را تحت درمان پیشگیرانه کاهش فشار چشم قرار داد. در این تحقیق به تأثیر عمل جراحی کاتاراکت به روش فیکو روی فشار چشمی بیماران در هفته ها و ماه های بعد از عمل توجه نشد و فقط بر فشار چشمی ۲۴ ساعت بعد از عمل تأکید شده است. البته از روش جراحی اکستراکپسولار در این تحقیق استفاده نشد.

در تحقیق Stefan و همکاران در سال ۲۰۰۷ در کشور رومانی، تغییرات فشار چشمی ۳۴ چشم در ۳۴ بیمار بر اساس عمل جراحی کاتاراکت به روش فیکو مورد بررسی قرار گرفت (۸). در این تحقیق از ۸ صبح تا ۶ عصر، هر ۲ ساعت قبل و بعد از جراحی فشار چشم

بیماران اندازه گیری و مشخص شد که عمل جراحی کاتاراکت فشارچشمی بیماران را در تمام زمانها کاهش داده است به صورتی که متوسط فشار داخل چشمی قبل از عمل از میانگین $2/5 \pm 12/3$ به $2/2 \pm 11/2$ بعد از عمل کاهش یافت. در این پژوهش نیز عمل جراحی کاتاراکت به روش اکستراکپسولار و بررسی فشار داخل چشمی در روزها و هفته های بعد از عمل مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین تعداد افراد مورد مطالعه نسبت به دیگر تحقیقات ناچیز بود.

در تحقیق Shingleton و همکاران در سال ۲۰۰۷ در کشور امریکا برای ارزیابی فشار داخل چشمی، بعد از عمل کاتاراکت به روش فیکو روی ۲۱۰ چشم از ۲۱۰ بیمار، فشار داخل چشمی بیماران قبل از عمل، ۳۰ دقیقه بعد از عمل و روز بعد از عمل اندازه گیری شد (۷). کاهش فشار چشم ۳۰ دقیقه بعد از عمل در ۱۹ بیمار دیده شد (۶/۱ درصد) و بخیه زدن اثر قابل ملاحظه ای روی کاهش فشار بعد از عمل نداشت. متوسط فشار داخل چشمی (۳۰ دقیقه بعد از عمل) کمتر از روز بعد از عمل در چشم های با فشار طبیعی، گلوکومی و مشکوک به گلوکوم بود. همچنین ۲۱ چشم طبیعی، ۵ چشم مبتلا

به گلوکوم و یک چشم مشکوک به گلوکوم در ۲۴ ساعت بعد از عمل، فشار داخل چشمی بیش از ۳۰ میلی متر جیوه داشتند. فشار چشمی بیش از ۳۰ میلی متر جیوه در روز بعد از عمل در چشم های بیماران گلوکومی شایع تر بود. در این تحقیق نیز به نقش عمل جراحی کاتاراکت روی فشار چشمی بیماران طی روزها و هفته های بعد از عمل اشاره نشده است.

با توجه به شیوع بالای بیماری کاتاراکت و مطالعات جامع معدودی که در زمینه عوارض جراحی در این بیماری انجام گرفته است و با عنایت به محدودیت مطالعه ما از لحاظ طراحی، توصیه می شود مطالعه ای تحلیلی و یا مداخله ای جهت تعیین میزان اثرگذاری نوع تکنیک های جراحی بر میزان IOP بعد از تثبیت وضعیت بیمار انجام گیرد. در حالت کلی تمامی بیماران مشارکت کننده در مطالعه فعلی در هر دو تکنیک از نظر وضعیت IOP مشکل خاصی نداشتند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای عمومی آقای دکتر رضا محمدی دولت آبادی می باشد.

References

1. John PW, Riordan-Eva P, Vaughan D, Asbury T. Vaughan & Asbury's general ophthalmology. 16th ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2004.
2. Rafnsson V, Olafsdottir E, Hrafnkelsson J, Sasaki H, Arnarson A, Jonasson F. Cosmic radiation increases the risk of nuclear cataract in airline pilots: "A population-based case-control study." Arch Ophthalmol 2005; 123(8): 1102-1105.
3. Spencer R, Andelman S. "Steroid Cataracts. Posterior Subcapsular Cataract Formation In Rheumatoid Arthritis Patients On Long Term Steroid Therapy". Arch Ophthalmol 1965; 74: 38-41.
4. Greiner J, Chylack L. Posterior sub capsular cataracts: Histopathology study of steroid-associated cataracts. Arch ophtalmol 1979; 97: 135-144.
5. Pardianto G, et al. Intraocular pressure on normal eyes. Mimbar Ilmaiah Ophthalmologi Indonesia 2005; 2: 78-79.
6. Farrokhfar A, Nasiri E. Effect of pre-oxygenation with halothane on intraocular pressure during intubation. J Mazand Univ Med Sci 2002; 12(35): 34-41.
7. Shingleton B, Rosenberg R, Teixeira R, Donoghue MO. Evaluation of intraocular pressure in the immediate postoperative period after phacoemulsification. J Cataract

- Refract Surg 2007; 33(11): 1935-1957.
8. Stefan C, Dumitrica D, Nenciu A. Cataract surgery and diurnal fluctuations of IOP in non glaucoma patients. *Oftalmologia* 2007; 51(2): 60-63.
 9. Mierzejewski A, Eliks I, Kałuzny B, Zygulska M, Harasimowicz B, Kałuzny JJ. Cataract phacoemulsification and intraocular pressure in glaucoma patients. *Klin Oczna* 2008; 110(1-3): 11-17.
 10. Friedman DS, Jampel HD, Lubomski LH, Kempen JH, Quigley H, Congdon N, et al. Surgical strategies for coexisting glaucoma and cataract: an evidence based update. *Ophthalmology* 2002; 109(2): 1902-1913.
 11. Mathalone N, Hyams M, Neiman S, Buckman G, Hod Y, Geyer O. Long term intraocular pressures contra after clear corneal phacoemulsification in glaucoma patients. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31(3): 479-483.
 12. Ahmed II, Kranemann C, Chipman M, Malam F. Revisiting early Postoperative fallow up after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28(1): 100-108.
 13. Dietlen T, Jordan J, Dinslage S. Early post operative spiked of the intra ocular pressure fallowing phacoemulsification in late stage glaucoma. *Klin Monbl Augenheilkd* 2006; 223(3): 225-229.
 14. Levkovitch-Verbin H, Habot-Wilner Z, Burla N, Melamed S, Goldenfeld M, Bar-Sela SM, et al. Intraocular pressure elevation within the first 24 hours after Cataract surgery in patint with glaucoma or exfoliation syndrome. *Ophthalmology* 2008; 115(1): 104-108.
 15. Damji KF, Konstas AG, Liebmann JM, Hodge WG, Ziakas NG, Giannikakis S, et al. Intracular pressure fallowing phaco emulsification in patient with and without exfoliation syndrome: a 2 years prospective study. 2006; 90(8): 1014-1018.
 16. Browning AC, Alwitry A, Hamilton R, Rotchford A, Bhan A, Amoaku WM. Role of intraocular pressure measurement on the day of phacoemulsification cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2002; 28(9): 1601-1606.