

# 球结膜遮盖联合角膜病灶切除治疗阿米巴性角膜炎的临床分析

王 鑫

作者单位:(054001)中国河北省邢台市,河北省眼病治疗中心  
邢台眼科医院

作者简介:王鑫,硕士,主治医师。

通讯作者:王鑫. xtykywx@163.com

收稿日期:2010-11-15 修回日期:2010-12-01

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.01.057

王鑫.球结膜遮盖联合角膜病灶切除治疗阿米巴性角膜炎的临床分析.国际眼科杂志 2011;11(1):158-159

## Clinical analysis of bulbar conjunctival flap covering combined with corneal lesions resection in treating amoebic keratitis

Xin Wang

Xingtai Eye Hospital, Xingtai 054001, Hebei Province, China

Correspondence to: Xin Wang. Xingtai Eye Hospital, Xingtai 054001, Hebei Province, China. xtykywx@163.com

Received:2010-11-15 Accepted:2010-12-01

### Abstract

• AIM: To discuss the effectiveness of bulbar conjunctival flap covering in treating amoebic keratitis.

• METHODS: The clinical manifestations and treatment of 8 eyes with amoebic keratitis were studied retrospectively.

• RESULTS: Corneal ulcer excision combined with conjunctival flap covering was done on 8 eyes. Corneal infection was controlled in 7 eyes, and 1 case relapsed after operation.

• CONCLUSION: Partial resection of corneal ulcer combined with conjunctival flap covering can effectively control amoebic keratitis, and shorten the course, which can provide the conditions for optical keratoplasty.

• KEYWORDS: keratitis; amoeba; bulbar conjunctival flap covering

Wang X. Clinical analysis of bulbar conjunctival flap covering combined with corneal lesions resection in treating amoebic keratitis.

*Guoji Yanke Zazhi( Int J Ophthalmol) 2011;11(1):158-159*

### 摘要

目的:探讨球结膜遮盖术在阿米巴性角膜炎手术治疗中的有效性。

方法:回顾性研究我院阿米巴性角膜炎患者8例8眼的临床表现和治疗方法。

结果:行角膜溃疡切除+球结膜遮盖术8眼,术后7眼角膜感染控制,1眼感染复发而行穿透性角膜移植术。

结论:局部角膜溃疡切除+球结膜遮盖术能有效控制感染,缩短患者病程,为行光学性角膜移植提供条件。

关键词:角膜炎;阿米巴;球结膜遮盖

### 0 引言

阿米巴性角膜炎是严重的眼部感染性疾病,多继发于角膜损伤,1992年金秀英等<sup>[1]</sup>在我国首次报告了阿米巴性角膜炎病例。目前对阿米巴性角膜炎尚无特效药物治疗,并且单纯药物治疗效果差,成为眼科治疗棘手的感染性角膜病。我们通过对8例8眼阿米巴性角膜炎临床资料分析、总结,为其临床治疗提供参考。

### 1 对象和方法

1.1 对象 选择2001-07/2010-07在我院收治的阿米巴性角膜炎患者8例8眼,其中男6例6眼,女2例2眼。右眼5例,左眼3例,年龄19~67(平均46)岁。农民7例,学生1例。发病诱因:角膜外伤5例(其中3例为植物外伤,2例为异物),配戴角膜接触镜1例,无明确诱因2例。患者8例均为单眼发病,5例呈慢性进行性病程,裂隙灯显微镜下观察角膜病变,4例角膜溃疡表面干燥隆起,溃疡周围见类圆形或树根样浸润灶,形似“真菌”感染,其中2例伴有前房积脓;1例角膜溃疡位于角膜缘,呈半环形浅基质层浸润,进而向中央区进展,呈浅灰色囊样隆起;1例角膜中央区圆形溃疡,浸润致密,周围反应较重同时伴前房积脓;2例角膜呈斑片状淡灰色浸润。角膜溃疡区刮片见阿米巴包囊,3例同时可见真菌菌丝,细菌培养均无菌生长。

### 1.2 方法

1.2.1 药物治疗 阿米巴性角膜炎目前尚无特效治疗药物,我们采用以下药物治疗:(1)1g/L两性霉素B眼药水、5g/L氟康唑眼药水滴眼6次/d;(2)口服酮洛芬胶囊或美洛昔康、维生素C;(3)静点氟康唑液100mL,2次/d。

1.2.2 手术治疗 手术均在手术显微镜下进行,20g/L爱尔卡因表面浸润麻醉,20g/L利多卡因+7.5g/L布比卡因混合液球后神经阻滞麻醉:(1)制备球结膜瓣:置上下睑牵引线暴露眼球,取下方球结膜制备一薄的结膜瓣,通常其面积比角膜创面大20%~25%<sup>[2]</sup>。(2)角膜溃疡清创:根据角膜溃疡病灶大小,采用刀片徒手划界,沿划痕加深环形切口,浅层切除范围应包括病灶部位炎症坏死组织和邻近1mm的健康组织,谨慎剖切至透明健康的基底,40g/L碘酒烧灼创面。(3)球结膜遮盖:遮盖分离好的球结膜瓣于角膜病变处,用10-0尼龙线间断缝合于角膜病灶创缘上,并于角膜缘后2mm做结膜瓣全层减张,术毕于上方球结膜下注射氟康唑0.5mL,包扎双眼。

### 2 结果

患者8例来我院就诊前,2例患者诊断为病毒性角膜炎,其中1例患者有局部应用糖皮质激素治疗史。8例8

眼术毕结膜下注射妥布霉素 + 氟康唑, 包扎双眼, 术后全身应用氟康唑液, 局部点氟康唑眼药水、1g/L 两性霉素 B 眼药水, 每日换药, 7d 后去除包扎, 除 1 例患者于术后第 6d 感染复发遂行部分穿透性角膜移植术, 其余 7 例患者, 术后观察 10d, 结膜瓣血运良好, 感染控制出院, 继续应用 1g/L 两性霉素 B 眼药水、氟康唑眼药水各点眼 6 次/d, 1mo 后改为 4 次/d 滴眼, 持续治疗 6mo 停药, 随访时间 6mo ~ 2a, 平均 13mo。7 例 7 眼角膜溃疡愈合, 无结膜瓣回退而行板层角膜移植, 术后无植片感染, 裸眼视力 > 0.3。

### 3 讨论

阿米巴性角膜炎以往被认为是一种较为罕见的眼病, 近十年, 国外尤其是美国报道较多, 在发达国家, 角膜接触镜是阿米巴性角膜炎的主要危险因素, 占 80% ~ 86%<sup>[3]</sup>, 而我国角膜外伤占危险因素第一位<sup>[4]</sup>。随着人们认识和检测水平的提高, 阿米巴性角膜炎在国内报道也随之增加。

文献报道, 阿米巴性角膜炎临床特点为持续剧烈眼痛, 放射性角膜神经炎、环状角膜炎、持续性进行性盘状角膜溃疡合并重度前房反应, 早期需与单疱病毒性角膜炎相鉴别<sup>[2]</sup>。化脓性角膜溃疡易与真菌性或细菌性角膜溃疡相混淆。本组患者, 4 例溃疡形态似真菌, 2 例入院前误诊单纯疱疹病毒性角膜炎, 1 例似金黄色葡萄球菌感染的边缘性角膜炎。本组患者无明显眼痛, 仅轻度眼磨、畏光, 也未见特征性放射性角膜神经炎。早期确诊对于控制感染, 挽救视力尤为重要。角膜刮片细胞学检查能够快速简便诊断阿米巴性角膜炎, 阳性率高于其他检查方法。激光共焦显微镜是非侵入性的检查方法, 可反复进行, 因此有利于医生评价疗效, 进行随诊。

目前对阿米巴性角膜炎尚无特效治疗方法, 它对多种药物具有很强的耐药性, 病情迁延不愈, 进行性加重, 多行板层或穿透性角膜移植术<sup>[5,6]</sup>。李绍伟等<sup>[7]</sup>主张如果在感染早期实行穿透性角膜移植, 即使彻底切除病灶术后复发率仍较高, 晚期病例治疗预后较差, 并且新鲜角膜材料来源困难, 无法及时手术。术后炎症反应剧烈, 不能应用激素, 特别是大面积植片术后发生排斥反应或感染复发最

终导致植片混浊<sup>[2]</sup>, 难以达到增视目的。板层角膜移植多因残留的棘阿米巴活化感染、复发和植片免疫排斥而失败。也有文献报道, 角膜溃疡处清创 + 单层或双层羊膜移植术进行综合治疗<sup>[8]</sup>, 但羊膜组织相容性较差, 容易脱落。角膜病灶切除联合结膜瓣遮盖术是一种行之有效的疗法, 术中彻底清除感染病灶, 用 40g/L 碘酒烧灼创面, 使残留的棘阿米巴进一步被杀死, 覆盖上供血充足的结膜瓣, 对溃疡面有机机械性保护作用, 促进角膜创面修复, 同时结膜组织还可以提高药物通透性。来源于结膜瓣血管的巨噬细胞和中性粒细胞能清除残留的阿米巴原虫<sup>[9]</sup>。术后药物治疗 6mo 以上, 待病情稳定后再择期行板层角膜移植术, 既控制了感染又降低了在炎症期行穿透性角膜移植所引起的并发症, 以达到增视目的。故我们认为角膜病灶切除联合结膜瓣遮盖术可作为药物治疗无效的棘阿米巴角膜炎的首选术式, 但应严格掌握手术适应证, 对于溃疡病灶深度超过基质层 2/3 的病例, 应及早选择行穿透性角膜移植。

### 参考文献

- 1 金秀英, 罗时运, 张文华, 等. 棘阿米巴角膜炎的诊断和防治. 眼科 1992;1(2):67-71
- 2 朱志忠. 实用眼表疾病学. 北京: 北京科学技术出版社 2004;207, 212, 406
- 3 Hammersmith KM. Diagnosis and management of Acanthamoeba keratitis. *Curr Opin Ophthalmol* 2006;17(4):327-331
- 4 高敏, 孙旭光. 我国致病性自生生活阿米巴性角膜炎的研究进展. 中华眼科杂志 2006;42(1):64-67
- 5 孙秉基, 徐锦堂. 角膜病的基础理论与临床. 北京: 科学技术文献出版社 1994;274
- 6 葛坚. 眼科学. 北京: 人民卫生出版社 2005;188-189
- 7 李绍伟, 谢立信, 史伟云, 等. 棘阿米巴角膜炎误诊患者的回顾性研究. 中华眼科杂志 2002;38:21-23
- 8 Bourcier T, Patteau F, Borderie V, et al. Amniotic membrane transplantation for the treatment of severe acanthamoeba keratitis. *Can J Ophthalmol* 2004;39(6):621-631
- 9 孟宁, 李志杰, 李辰. 棘阿米巴角膜炎的研究进展. 中国实用眼科杂志 1999;17(9):519