

不明原因角膜炎 20 例临床报告

赵 莺,陈建卓,朱卓颖,赵 莲,奚继马,赖小青

(解放军第101医院眼科,江苏无锡 214044)

[关键词] 角膜炎;诊断;不明原因

中图分类号: R772.21 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0129-02

角膜被致病微生物感染后会出现炎症的典型表现:红、痛、视力下降、畏光、流泪、分泌物增多等。2007年5~7月我院收治的20例角膜炎患者临床表现特殊,不同于以往所见各种类型,现报告如下。

1 临床资料

1.1 对象 2007年5~7月来门诊就诊并收治入院的角膜炎患者20人,男13人,女7人,年龄26~69岁,平均43.6岁。19人为单眼发病,1人为双眼发病。除1例为发病1周后就诊,其余就诊时间为发病2小时~1天,平均12小时。患者为初发,无外伤史,无配戴角膜接触镜史。除1例入院常规检查发现糖尿病外,其余无全身疾病史。

1.2 临床特点 20例患者无诱因出现眼部的严重刺激症状:剧烈疼痛,睁眼不能,流泪不止,分泌物不多。多数为夜间发病,病情发展迅速,开始为轻度异物感,1~2小时内症状加重,出现以上的表现。就诊时均需结膜囊内点表面麻醉药物后方能配合查体,典型体征有:角膜全层水肿增厚,范围较大,表面粗糙,无明显上皮缺损及剥脱,但荧光素染色阳性,后弹力层皱褶,少有角膜后沉着物,分泌物不多,无角膜溃疡及前房积脓。

1.3 治疗方案 急性期用氟喹诺酮类滴眼液联合妥布霉素滴眼液及更昔洛韦凝胶频繁滴眼(每10分钟滴眼1次),然后在24~36小时内维持1次/30分钟的点眼频率,之后逐渐减少点眼频率。细菌培养及药敏结果出来再调整用药。为减轻角膜水肿,头3天内结膜下注射庆大霉素加少量地塞米松1次/每日,3天后根据情况可再重复注射。配合全身抗菌、抗病毒治疗,局部促进角膜上皮复生及营养角膜眼液治疗。疗程为2周,病变范围小的恢复较快,病程为1周左右。

1.4 临床转归 20例患者均不同程度地恢复了视力,有些达到1.0的标准视力,角膜水肿消退,上皮表面光滑,后弹力层皱褶消失,基本无病变痕迹。少部分患者角膜水肿虽消退,但透明度下降,上皮表面粗糙,荧光素染色显示少量细点状着色。1例发病后1周就诊延误治疗的患者出院时基质层浸润、水肿未完全消退。无一例出现角膜溃疡及前房积脓。

1.5 实验室检查 6例患者来院前无用药史,取结膜囊分泌物做细菌培养,结果有2例培养为腐生葡萄球菌,其余均未培养出致病菌。

2 讨论

2.1 常规角膜炎的分类 角膜炎在临床上是常见疾病,根据典型的临床表现如眼部刺激症状及睫状充血、角膜浸润混浊或角膜溃疡的形态特征等,角膜炎的诊断并不困难,但因诊断及早期诊断则非易事。角膜炎分感染性、免疫性、外伤性和全身病性四大类。感染性角膜炎易发生于角膜中央区,免疫性角膜炎多发生在角膜周边部及角膜缘。我们报告的这20例患者均无外伤史,无配戴接触镜史,无全身病史,病变均位于角膜中央区,故可归类到感染性角膜炎中。感染性角膜炎的病原体有细菌、真菌、病毒、棘阿米巴等,其中细菌感染仍为首位因素。细菌性角膜炎是最常见的化脓性角膜炎,起病急,发展迅速,常有角膜创伤或戴接触镜史,体征有角膜浸润、水肿、混浊、脓性分泌物,随着病情加重,出现前房积脓,炎症时间超过1周,角膜往往出现新生血管长入。真菌性角膜炎多有植物性外伤史(例如树枝、甘蔗叶、稻草)或长期使用激素和抗生素史。起病缓慢,刺激症状较轻,伴视力障碍。但临床常见的真菌性角膜炎的浸润、溃疡发展已较快。典型表现为:①菌丝苔被:角膜感染处有灰白色轻度隆起,外观干燥,无光泽,有的为羊脂状,与下方炎症组织粘连紧密;②伪足:像树枝状浸润;③卫星灶:为角膜大感染灶周围,与病灶之间没有联系的小的圆形感染灶;④免疫环:表现为感染灶周围有一混浊环形浸润,此环与感染灶之间有一模糊的透明带,被认为是真菌抗原与宿主之间的免疫反应;⑤内皮斑:角膜内皮面有圆形块状斑,比角膜后沉着物大,常见病灶下方或周围;⑥前房积脓。病毒性角膜炎中以单疱病毒最为常见,临床特点为反复发作,多次发作后角膜混浊逐次加重,最终导致失明。原发病毒感染常见于幼儿,复发病病毒感染多见于发热、疲劳、紫外线照射、外伤和精神压力,以及一些免疫缺陷病。上皮型表现为点状、树枝状和地图状角膜炎,基质型表现为浅中基质层和深基质层,内皮型表现为角膜后沉着物和房水闪光,常伴有轻度虹膜睫状体炎。棘阿米巴角膜炎常因角膜接触棘阿米巴污染的水源,特别是污染的接触镜或清洗镜片的药液而发病,是一种严重威胁视力的角膜炎,表现为

作者简介:赵 莺(1976-),女,江苏宜兴人,医学硕士,主治医师;研究方向:屈光外科。

《东南国防医药》2008年4月第10卷第2期

一种慢性、进行性的角膜溃疡,病程可持续数月之久,容易和单疱病毒角膜炎、真菌性角膜溃疡相混淆,常有与体征不相符的剧烈刺痛或放射痛,这可能是区别其它感染性角膜炎的一个重要症状^[1]。闵晓洁等^[2]还报道近年来临床上常见的一种眼病“角膜内皮炎”,患者角膜内皮混浊,后弹力层粗大皱褶,角膜全层水肿增厚,角膜后可见羊脂状和色素样沉着物,分布在角膜中央或混浊较重的部位。睫状充血并伴有较重的刺激症状,视力下降。部分患眼眼压升高,但一般不高于40mm Hg。大多数患者发病无诱因,少数发生于白内障与青光眼术后。他们的实验结果提示角膜内皮炎主要由单疱病毒感染所致,而非带状疱疹病毒。

2.2 临床表现特殊性 本文20例患者的眼部刺激症状较重,眼睑肿胀,痉挛,角膜的表现为大范围全层水肿,后弹力层皱褶,有1例患者在病程中曾经一度出现内皮失代偿的表现,但无角膜浸润、混浊及溃疡,无1例出现前房积脓,分泌物也不多,既不同于细菌性角膜炎的上皮溃疡及溃疡下的致密浸润灶,结膜囊的脓性分泌物,前房积脓,也不同于真菌性角膜炎的牙膏样溃疡,溃疡周围的浅沟及前房灰白色积脓,同时也未见到单疱病毒性角膜炎典型的点状、树枝状及地图状溃疡,未见到角膜内皮炎的角膜后沉着物,是一类不明原因的角膜炎,发病前无任何诱因,病原体的毒性强,渗透性强,短期内即引起内皮水肿,但无化脓性表现,不引起角膜溃疡及前房积脓。

2.3 实验室检查及病因探讨 我们了解到这些患者的工作和生活环境各不相同,散布在不同地区,年龄各异,不具备流行病学基础。另外,实验室检查有2例检出腐生葡萄球菌,腐生葡萄球菌(*Staph. saparophytics*)和金黄色葡萄球菌(*Staph. aureus*)、表皮葡萄球菌(*Staph. epidermidis*)同属于葡萄球菌属。其中金黄色葡萄球菌多为致病菌,表皮葡萄球菌偶尔致病,腐生葡萄球菌一般不致病^[3]。腐生葡萄球菌菌落呈柠檬色或白色,不产生溶血素、杀白细胞素。不分解甘露

醇,无A蛋白^[4]。如果滥用抗生素,破坏了原有的“菌群平衡”,反而会出现让某些微生物的数量剧增,引至感染发生。正常人结膜囊中有定植菌群存在,主要有革兰阳性球菌和革兰阴性杆菌,革兰阳性球菌中以表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌为主。刘梦阳等^[5]统计近5年结膜炎、角膜炎患者的结膜囊细菌培养阳性结果与正常菌群有共同之处,这表明结膜囊正常菌群的主要细菌已经成为结膜炎和角膜炎细菌培养的常见细菌。孙旭光等^[6]统计2220份结膜囊细菌培养标本,致细菌性角膜炎和角膜溃疡的细菌中以革兰阳性球菌(51.0%)和革兰阴性杆菌(39.4%)为主,其中革兰阳性球菌逐年增多,革兰阴性杆菌逐年减少。造成这些现象的原因可能是近年来广谱抗生素的应用较多,使病原菌减少,条件致病菌和非致病菌增多,导致病原菌谱的变迁。我们不可否认实验室检查会有误差,且仅仅2例细菌培养结果不能说明此类角膜炎与腐生葡萄球菌之间有必然的联系,但是我们建议临床医生应重视实验室诊断,在用药之前,进行细菌培养,使治疗更有针对性,提高治愈率。

参 考 文 献

- [1] 谢立信,史伟云.角膜病学[M].北京:人民卫生出版社,2007:269-294.
- [2] 闵晓洁,孙洪臣,范松涛,等.角膜内皮炎[J].中国实用眼科杂志,2005,23(2):164-166.
- [3] 陆德源.医学微生物学[M].北京:人民卫生出版社,1994:97.
- [4] 李凤鸣.眼科全书·上册[M].北京:人民卫生出版社,1996:463.
- [5] 刘梦阳,孙士营,曾庆延.结膜囊正常菌群与眼部细菌性感染的关系[J].中国感染与化疗杂志,2007,7(1):48-52.
- [6] 孙旭光,王智群,罗时运,等.细菌性角膜炎眼病原学分析[J].中华眼科杂志,2002,38(5):292-294.

(收稿日期:2007-09-11;修回日期:2007-11-12)

(本文编辑 黄攸生)

高速涡轮机在下颌阻生智齿拔出中的应用

姜 涛

(解放军第359医院口腔科,江苏镇江 212001)

[关键词] 下颌;阻生智齿;高速涡轮机

中图分类号: R782.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0130-02

下颌智齿的拔除手术中操作难度大,并发症也较多^[1],尤其是近中低位阻生或水平阻生,由于有下颌骨骨组织的覆盖及前方第2磨牙的阻挡,采用常规去骨、劈冠、增隙的方式

拔除,用时长,损伤大,术中出血多,术后反应重。近年来高速涡轮机越来越多的被应用于下颌阻生智齿的拔除手术中,作者应用高速涡轮机辅助常规方法拔除下颌阻生智齿,取得满意效果,现报告如下。

作者简介:姜涛(1978-),男,哈尔滨人,本科,医师,从事口腔临床工作。