

表1 两组患儿临床资料比较

组别	年龄(岁)		性别		脱水			发热(°C)		腹泻次数			病程(d)
	<1	1~3	男	女	轻	中	重	≤38.5	>38.5	≤5	6~10	>10	
治疗组	26	22	28	20	19	26	3	13	4	14	17	17	2.61±1.21
对照组	20	16	22	14	12	20	4	10	3	15	11	10	2.74±1.14

2 结果

两组的治疗结果见表2, 治疗组的疗效明显优于对照组。

表2 治疗组与对照组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
治疗组	48	31	14	3	97.3%
对照组	36	8	19	9	75.0%

* 2组相比 $P < 0.05$

3 讨论

思密达具有层纹状结构及非均匀性电荷分布, 是一种肠道粘膜保护剂。它除了对消化道内的病毒、细菌及产生的毒素有较强的粘附作用, 从而固定并抑制病原微生物的增殖, 减少毒素的吸收, 还对消化道粘膜有很强的覆盖能力, 并能与粘蛋白相互结合。潘生丁既可抑制二氧嘧啶甙通过细胞膜进入

FL 细胞及病毒合成, 从而抑制病毒的增殖, 又可影响前列腺素的代谢, 从而使肠蠕动减慢, 分泌减少, 增加对水、电解质的吸收。丽珠肠乐含有大量双歧杆菌, 有利于恢复肠道的微生态平衡, 与其他厌氧菌在肠道粘膜表面形成一个生物屏障, 阻止病原菌的侵入和定植, 同时产生乳酸、醋酸和 B 族维生素, 改善肠道的生态环境^[3]。以上 3 种药物从不同的病理生理环节, 阻断了秋季腹泻的发病, 既经济方便, 又有明显治疗效果。

参 考 文 献

- 1 方鹤松, 段恕诚, 于卫力, 等. 中国腹泻病诊治方案(试行). 实用儿科杂志, 1992, 5(7): 273
- 2 王俊侠, 郭东文. 维护肠道粘膜屏障功能对小儿腹泻病的治疗作用. 中国实用儿科杂志, 1993, 4(8): 197
- 3 蒋定青, 康白. 小儿腹泻病的微生态疗法. 中国实用儿科杂志, 1993, 4(8): 198

(收稿: 1998-01-12 修回: 1998-04-28)

(本文编辑: 程春开)

板层角膜移植联合层间填垫术治疗角膜穿孔或后弹力层膨出

邱培瑾 朱志忠

(上海医科大学中山医院眼科 200032)

摘要 目的 探讨改良的角膜层间填垫术手术操作要点、理论依据和该术式的优缺点。方法 采用板层角膜移植联合改良的角膜层间填垫术治疗 6 例角膜穿孔或后弹力层膨出患者, 通过回顾性分析, 综合评价该术式的疗效。结果 6 例角膜穿孔或后弹力层膨出患者术后均获得较满意的视力, 并且无层间积液、旧病复发和继发感染等并发症。结论 板层角膜移植联合层间填垫术能控制角膜感染, 恢复眼球的解剖结构并且保存部分有用视力。

关键词 角膜移植 角膜穿孔 层间填垫术 角膜后弹力层膨出

分类号 R779.65 R779.1

各种原因所致的角膜穿孔或后弹力层膨出为眼科急症, 若不能迅速妥善处理, 常导致失明, 甚至眼球丧失的严重后果。目前采用的保守治疗如结膜瓣覆盖、胶粘剂封闭、治疗性软性角膜接触镜和治疗性

角膜移植等均有种种并发症^[1]。我们于 1996 年 1 月至 1996 年 10 月采用板层角膜移植联合层间填垫术治疗角膜穿孔或渗漏性后弹力层膨出患者 6 例, 获得满意的疗效, 报道如下。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料 男4例,女2例;年龄26~52岁;角膜穿孔2例,其中角膜异物剔除术后并发1例,单疱病毒性角膜溃疡1例;渗漏性后弹力层膨出4例,其中单疱病毒性角膜溃疡2例(在外院手术)。

1.2 手术方法

1.2.1 2%利多卡因+0.75%布比卡因1:1混合后3.0 ml作球后麻醉,开睑器开睑,上、下直肌缝线牵引固定眼球,用适当大小的环钻在角膜上划界,包括全部病变角膜和部分正常角膜,用尖刀在植床上作浅层角膜切除,厚度以超过前弹力层为宜,再将破孔周围病变组织连带新生血管彻底剖切干净。

1.2.2 虹膜处理 对于脱出于破孔的虹膜,如虹膜脱出于3 d以内,清洁而无上皮覆盖,可冲洗后回纳,若脱出日久表面污秽,应一律剪除,并用显微虹膜恢复器将虹膜与破孔缘充分游离,并刮除粘连色素至净。

1.2.3 距孔缘或后弹力层膨出区缘1.5 mm以外,在相对正常的角膜组织,根据破裂孔和后弹力层膨出区大小,制作一厚约100 μm带蒂板层垫片,反褶并覆盖裂孔或薄变区,使其边缘超过孔缘至少1.0 mm,并将植床表面剖切平整均一。

1.2.4 用已制备的超过植床大小0.5 mm,相当厚度的供体板层角膜片,置于植床上,用10-0尼龙线间断缝合16针,并用薄型虹膜恢复器进入层间,调正垫片位置,使垫片平伏地覆盖于破孔或后弹力层膨出区。

1.2.5 结膜下注射庆大霉素20 000 U+地塞米松1 mg,加压绷带包扎。

术后均用1%阿托品眼药水点眼,局部和全身应用皮质类固醇,同时根据原发病因兼用抗病毒或抗生素眼药水点眼。

2 结果

2.1 视力结果 6例病人手术前后视力比较见附表。

附表 6例病人手术前后视力比较

病例	术前	术后
1	0.05	0.25
2	光感	0.15
3	CF/20 cm	0.05
4	CF/30 cm	0.2
5	0.02	0.15
6	0.1	0.3

2.2 随访结果 术后第1 d,6只术眼角膜植片和垫片水肿明显,前房深度正常;术后3~4周,其中5例角膜植片和层间垫片水肿完全消退,恢复透明,1例角膜植片透明但层间垫片持续性呈半透明状;6例均无层间积液、旧病复发和继发感染等并发症。

3 讨论

角膜穿孔和渗漏性后弹力层膨出的病因多种多样,由于眼球内外交通,其最终结果是眼内容物脱失、继发感染形成眼内炎而丧失眼球。角膜穿孔和渗漏性后弹力层膨出的治疗原则是:重建眼球的正常解剖结构和恢复部分有用视力。目前,临床上采用的胶粘剂封闭和治疗性软性接触镜对于眼内组织嵌顿的很小的角膜穿孔和渗漏性后弹力层膨出是有效的^[2];结膜瓣覆盖术,其光学和美容效果差,而且妨碍对角膜病变和前房的观察;对角膜穿孔行急诊穿透性角膜移植术,手术难度大,并且手术成功率低。^[3]

对于单疱性角膜溃疡,手术中要尽可能将病灶切削干净。理论上讲,只有将病毒抗原完全清除,才有可能切断抗原抗体反应弧,降低手术后的复发率,术后应用抗病毒药物和皮质类固醇激素可减少因病毒抗原残留而引起的旧病复发和减轻因手术刺激引起的特异性炎症反应,后者“激惹”引起排斥反应的发生为大家所公认。

朱志忠等^[4]曾用角膜层间填垫术修复穿孔角膜,其垫片制作是在供体角膜内侧面上,并且垫片与板层植片连接的“活页”处需要间断缝合,利用垫片在植片和破孔之间的“活瓣”作用,避免了层间积液的发生。其手术操作具有一定难度,故不易推广。板层角膜移植术联合层间填垫术是采用以上原理,应用层间垫片封堵穿孔和后弹力层膨出区,形成物理屏障,避免房水向角膜基质渗漏,通过邻近内皮细胞扩大,阿米巴式运动和再排列,从而构成一个新的完整的单层内皮细胞层,一旦内皮面完全修复并分泌一层新的后弹力层,其屏障功能、泵功能恢复,基质透明度可以恢复正常。如后层创面过大,邻近内皮细胞移行、再排列,不足以覆盖创面,则角膜基质将发生不同程度的水肿,形成局限性不透明体,影响增视效果。本手术不需特殊器械和材料,操作简便易行,也无严重的并发症和后遗症,是一种简便、疗效确切的手术方法,但增视效果不理想,仅适用于破孔较小,其周围存有足够大可供制作垫片的正常有

角膜组织的病例,而对于病变范围广泛,程度严重的病例和真菌性角膜溃疡则不宜采用。^[6,7]

参 考 文 献

- 1 Portnoy SL, Inslar MS, Kaufman HE. Surgical management of corneal ulceration and perforation. *Surv Ophthalmol*, 1989, 34(1): 47
- 2 Hirst LW, De Juan JR. Sodium hyaluronate tissue adhesive in treating corneal perforations. *Ophthalmology*, 1982, 89: 1250
- 3 Dohman CH, Boruchoff SA, Sulliran GL. A technique for the repair of perforated corneal ulcers. *Arch Ophthalmol*, 1967, 77: 519

- 4 朱志忠,张月琴,王印其,等.角膜层间填垫术治疗角膜穿孔. *中华眼科杂志*, 1990, 26(2): 89
- 5 李凤鸣主编. *眼科全书*. 第4卷. 北京:人民卫生出版社, 1996. 1337
- 6 Singh G, Malik SRK. Therapeutic keratoplasty in fungal corneal ulcers. *Br J Ophthalmol*, 1972, 56: 41
- 7 易先金,朱顺清.角膜真菌病的临床与实验研究. *国外医学·眼科分册*, 1989, 13: 265

(收稿:1997-09-05 修回:1998-06-10)

(本文编辑:程春开)

急性视网膜坏死综合征 11 例临床分析

朱 彤 蔡裕贤

(徐州市眼病防治研究所 221002)

关键词 急性视网膜坏死 病毒 感染

分类号 R774.12

急性视网膜坏死综合征(ARN),是一种与疱疹病毒感染有关的、起病急、进展快、预后不良的眼病,临床较少见。我院自1990年4月至1995年6月共收治11例(12眼)病例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组11例病人,男性8例,女性3例;年龄27岁至35岁7例,36岁至62岁4例;右眼4例,左眼6例,双眼1例;病前感冒发热史6例;4例误诊为急性虹膜睫状体炎。

1.2 眼科情况 视力,光感至指数4眼,0.01至0.153眼,0.2至0.44眼,0.51眼。症状,眼红、羞明、视物模糊。体征,轻度或中度睫状充血,角膜后灰白色或羊脂状KP, Tyndall征阳性,多以虹膜炎就诊。数日后发展至球后节,玻璃体尘埃状或絮状混浊,周边视网膜灰黄色坏死,逐渐向后极部发展,散在点片状出血,血管粗细不均,动脉闭塞,缓解一段时间后突又加重;玻璃体混浊加剧,膜形成,9眼发生严重的视网膜脱离,5眼查见视网膜裂孔,脱离网膜呈碎布状,周边部数目较多的小裂孔。1眼有黄斑裂孔。4例误诊为虹膜睫状体炎,均发生视网膜脱离。

1.3 治疗 开始收治的3例,只用糖皮质激素治疗。另外8例9眼,联合应用无环鸟苷750mg静脉滴注,2次/d,5d为1疗程,2~3疗程。2眼施行巩

膜外环扎加压术。

1.4 结果 只用糖皮质激素治疗的3例,不能阻止病情恶化,治疗过程中虽然色素膜炎一度有所减轻、视力有所好转,但最终发生了严重的视网膜脱离而失明。8例9眼联合应用无环鸟苷,5眼短期内效果好,视网膜坏死灶有吸收、视力提高。本组11例病人12眼,9眼发生视网膜脱离,2眼施行巩膜外环扎和加压术,1眼视网膜复位,视力轻度提高至0.2,另1眼视网膜未复位而手术失败。

2 讨 论

2.1 病因 尚未完全明了。大量事实证明与疱疹病毒感染有关。1971年首先由日本Urayama报告6例单眼患者病毒检查阴性但有病前感冒发热史^[1]。Ludwing等发现病人玻璃体细胞内有单疱抗原。Matsuo用免疫学方法检测病人房水或血清含有单疱抗原的免疫复合物。Culbertson根据病理检查,经电镜证实视网膜各层有疱疹病毒。但Hitche将坏死网膜得到的乳液注入猴和兔的视网膜下未能引起视网膜炎而认为本病由病毒引起还不能最后下结论。

2.2 诊断及鉴别诊断 急性视网膜坏死综合征临床有以下特征:多发于青年;早期眼前节炎症表现;急性坏死性周边部视网膜炎;全视网膜、脉络膜血管炎、血管闭塞;中度到重度玻璃体炎,晚期出现视网