

· 论著 ·

乙醇分离联合曲安奈得标识翼状胬肉切除术的临床观察

郭小东 支育齐 古爱平 夏婷婷

【摘要】 目的 依据组织病理学改变,设计一种有利于眼表健康的翼状胬肉切除术。方法 翼状胬肉病人 50 例 (54 眼),用乙醇分离联合曲安奈得标识方法,去除翼状胬肉组织。结果 术后角膜创面光滑透明,泪膜形成良好,结膜平整,部分病人视力有一定提高。随访 2 年,51 眼未复发,2 眼胬肉区结膜增厚,但未浸入角膜内,有 1 例并发结膜囊肿。结论 本手术方法创伤少、安全、并发症少、复发率低、不破坏眼部正常生理功能,能恢复健康眼表结构的翼状胬肉手术方法。

【关键词】 翼状胬肉; 乙醇分离; 曲安奈得

翼状胬肉是眼科常见病,虽有局部注射、激光治疗、射线照射等保守疗法,可能使胬肉组织萎缩,但疗效不确切。故手术仍为其主要治疗手段。既往因翼状胬肉除影响外观外,患者多无明显痛苦,仅当胬肉组织发展至遮盖瞳孔威胁患眼视力或影响白内障等内眼手术切口时,才考虑手术切除。近年来随着屈光手术的进展与眼表疾病研究的深入,对翼状胬肉疾病又有了新的认识。通过检查发现,本病可因影响泪膜稳定性而带来相应眼表不适症状。当胬肉组织侵入角膜内 2.5~3.0mm 左右,就可引起明显的散光,影响视力^[1]。角膜地形图也检测到胬肉头部压迫可使角膜局部变平,屈光度显著减低,角膜呈典型循规散光,并随胬肉进展而加重,较大胬肉术后角膜也很难恢复正常^[2]。故笔者认为原发性胬肉当其头部侵入角膜内超过 3.0mm,小孔镜视力有提高,即应列入手术适应症。笔者自 2004 年 6 月~2006 年 6 月对翼状胬肉手术方法进行了改进,在减轻术后刺激、降低复发率、确保手术安全性上取得较好效果。

对象和方法

1. 对象:原发性和复发性翼状胬肉患者 46 例,52 眼,其中男 21 例,女 25 例。年龄 27~65 岁,发病时间 2~25 年,胬肉多数位于鼻侧,遮盖瞳孔缘与角膜缘间 38 例,遮盖瞳孔 8 例。

2. 方法:术前给予抗生素联合非甾体类激素

眼水点眼,术前准备同内眼手术。手术过程:0.4% 盐酸奥布卡因表麻,手术显微镜下完成操作。2%利多卡因加 1:1000 肾上腺素 1 滴从胬肉颈部进针至泪阜,将药液推入到结膜上皮,用水分离上皮与其上胬肉组织,上下方分离到胬肉与正常结膜交界处,将胬肉颈部与巩膜分离,平行角膜缘于颈部后将其剪断;曲安奈得与 2%利多卡因混合液注入胬肉体部,准备一个棉片用生理盐水湿润,外加少许迪可罗眼膏贴敷于角膜面,再用 20%酒精棉片敷盖胬肉头部 3~4 分钟。胬肉脱水后与其下组织连结疏松,用有齿镊抓住胬肉颈部组织,用显微角膜剪紧贴巩膜面或用小棉球从颈部逆向分离到角膜缘,再用刀片沿胬肉头部前 0.5mm 处拨开上皮轻划一浅界,由此界起,先找到容易剥离的部位,钝性剥离至角膜缘。此法可轻松剥离胬肉头颈部,因大部分病变止于前弹力层。此时角膜面光滑透明,巩膜面干净,无胬肉组织残留,巩膜表面无需行烧灼等其它处理,而胬肉体部已充分麻醉,并被曲安奈得标识成白色。可用斜视钩或虹膜恢复器将胬肉体部与巩膜及肌肉分离开,从半月皱襞处将胬肉组织剪断,将上皮铺平,距角膜缘前 2mm 与角膜缘平行修剪结膜上皮,用 10-0 缝线平行角膜缘将上皮固定于浅层巩膜上。术毕结膜下注射妥布霉素+地塞米松注射液,涂抗生素眼膏包眼。

术后处理:术后第二天裂隙灯下观察,角膜上皮化完成即可开放点眼。根据眼压情况选用典必殊或不同浓度的氟美童眼液与迪可罗眼膏。5~6 天后结膜愈合良好后,可拆除缝线。皮质类固醇眼药水,

每日 3~4 次, 可根据结膜情况逐渐减少用药次数。术后检影验光, 如发现有 +1.00D 以上远视, 应配戴矫正眼镜; 嘱病人尽量避免紫外线及粉尘刺激; 要求病人按医嘱用药。

结 果

通过观察, 大部分病人术后反应轻, 第 1~2 天眼部刺激症状即消除, 角膜上皮修复也同期完成, 结膜上皮与巩膜贴敷良好, 泪膜形成好。部分病人术后视力有一定增加。术后有 2 例病人出现结膜增厚 (其中有 1 人为复发性胬肉二次手术), 有复发倾向, 但胬肉未侵入角膜内, 均未行二次手术。有 1 例并发结膜囊肿。

讨 论

翼状胬肉手术后易复发, 而复发所形成瘢痕的牵引及睑球粘连又给再次手术带来困难。多年来国内外学者经过不断改进手术方法, 虽然在某种程度上降低了术后复发率, 但也随之带来了各种治疗并发症, 有些并发症严重影响视功能, 甚至眼球丧失^[3]。本手术根据翼状胬肉的病理改变与眼表重要结构而设计手术方案, 期望能干净去除病变组织, 又能有效保护好眼表重要结构。

1. 我们在手术中体会到乙醇分离优于机械分离, 可使病变组织与健康组织自然分离。在处理头部时应尽量保护 Bowman's 层不受损伤, 虽然通过临床与病理已证实, 在大部分病例中此层局部已被胬肉头部所破坏, 但本层对角膜而言具有重要意义。首先它对感染有相当强的抵抗能力, 其次本层的完整, 可保证创面良好愈合及角膜透明性, 另外它还具有维持角膜形态及曲率, 保护角膜与眼内组织免受紫外线损害的作用^[4]。应用乙醇分离角膜上皮层与前弹力层来制作上皮瓣早已被应用于 LASEK 手术中, 但乙醇对角膜的毒性又不能忽视, 国内外学者通过基础研究及临床验证基本认同 20% 浓度乙醇的安全性^[5] (笔者也曾应用 90% 乙醇及 0.4% 盐酸奥布卡因处理手术区, 结果发现虽然具有无痛与易分离优点, 但手术区域角膜上皮化完成后, 局部基质及内皮水肿仍持续一周不消退)。在行乙醇分离前, 可在胬肉头部周围稍用些迪可罗眼膏, 这样可保证正常角膜上皮免受乙醇侵害。

2. 根据超微病理研究, 翼状胬肉主要病理改变为弹性纤维与胶原纤维增生和变性, 在多血管区周围以增生为主, 在血管少或退变区以变性为主。故

术中应尽量完全切除病变组织, 特别是血管旺盛区域, 对预防胬肉的复发应具有重要意义^[6]。还有人在胬肉组织切片中观察到大量淋巴细胞和浆细胞、肥大细胞浸润。故我们提倡术前先用药物减轻炎症反应, 对提高手术成功率应有一定意义^[7]。

3. 曲安奈得是人工合成去炎松类糖皮质激素的混悬制剂。具有强而持久抗炎、抗过敏作用; 能稳定溶酶体膜, 减轻组织炎症反应; 具有抑制肉芽组织中成纤维细胞合成作用, 使敏感淋巴细胞发生核固缩、坏死。但其同时有升高眼压的副作用。笔者利用其为白色混悬剂特点, 用来标识病变组织, 既可保证胬肉组织切除净尽, 又能防止在分离胬肉的同时损伤直肌及正常组织。因药物随病变组织被大部分去除, 故对眼压影响小, 相对安全, 残留于上皮及泪阜部少许药物又可以起到消炎、减轻术后反应、降低复发的作用。

4. 杯状细胞保护: 杯状细胞构成单细胞粘液腺, 它的主要功能是合成储存分泌粘蛋白。众所周知, 粘蛋白是泪膜的重要组成部分, 它不仅能够稳定泪膜, 还具有抗感染、润滑眼表、维持眼表湿润环境, 形成光滑屈光界面, 使视物清晰等重要生理作用。许多疾病与眼部手术因损伤结膜杯状细胞, 使粘蛋白分泌失衡, 导致许多难治性眼表疾病。基础研究证实结膜杯状细胞全部分布于结膜上皮中, 除睑结膜外, 在穹窿结膜中以鼻侧和半月皱襞处最多, 此处正是翼状胬肉易发部位。杯状细胞的数量随年龄递减, 而翼状胬肉手术病人又以中老年居多。从这一角度来看, 本手术方法能妥善保护含有杯状细胞结膜上皮的特点应具有重大意义。

5. 角膜缘干细胞保护: 病理研究观察到翼状胬肉颈部与正常角膜缘球结膜交界处的基底膜破坏, 干细胞缺乏, 导致胬肉发生与发展^[8]。我们采用胬肉颈部后将其剪断, 用乙醇处理后用显微剪顺应眼球曲率将病变组织与巩膜面钝性剥离, 分离到角巩膜区时可不损伤周围健康部位。

6. 恢复眼部正常屈光: 完全去除病变组织, 可消除胬肉组织体部与头部对眼部压迫及牵引而造成曲率改变。乙醇分离后, 巩膜面可不作烧灼处理, 能获得光滑透明的角巩膜面和健康而稳定的泪膜, 使眼部恢复正常屈光变为可能。根据资料统计, 胬肉病人多患有远视, 长期过度调节可使鼻侧睑裂部球结膜充血、肥厚, 最终导致纤维血管组织长入角膜内而患病。所以术后给予相应屈光矫正, 有预防复发作用^[9]。

参考文献

- 1 洪华山, 洪建国. 翼状胬肉手术前后的屈光变化的观察. 中国实用眼科杂志 2006, 24: 54
- 2 秦当第等. 翼状胬肉引起的角膜地形图改变. 山东大学学报 2002, 4
- 3 王雨生等. 翼状胬肉的治疗及并发症. 国外医学眼科学分册 1994, 2: 116-121
- 4 杜之瑜, 郑晴等. 角膜 Bowman's 层功能的研究. 中国实用眼科杂志, 2002, 20: 754-757
- 5 王耀, 赵庆兴等. 准分子激光角膜上皮瓣下磨镶术后转化生长

- 因子 B1、碱性成纤维细胞生长因子的表达及 20% 乙醇对兔角膜愈合的影响. 中华眼科杂志 2005, 6: 498-504
- 6 成璞, 孔巧等. 翼状胬肉复发与组织病理学的关系. 眼科 2002, 1: 27-29
- 7 刘阳, 孙亮雷等. 组织病理学研究及相关因子的检测. 眼科 2000, 6: 357-361
- 8 刘新, 肖颖等. 翼状胬肉的发生与角膜缘干细胞缺乏的研究. 中国实用眼科杂志 1999, 17: 266
- 9 胡鹏炜等. 翼状胬肉手术方法的改进. 国际眼科杂志 2003, 9: 49-50

(收稿时间: 2006-06)

· 病例报告 ·

一氧化碳中毒性视神经视网膜病变一例

刘丽娅 马景学 陈桂芬 李素芬 杨爱琴

我曾见 1 例一氧化碳中毒导致视神经视网膜病变合并视网膜中央动脉阻塞患者, 现报告如下。

患者女 49 岁 主因右眼视物不见 10 天就诊。患者于 10 天前因 CO 中毒昏迷 20 小时, 清醒后发现右眼视物不见。视力: 右眼无光感, 左眼 0.6, 双眼眼压正常, 运动自如。右眼结膜无充血, 角膜清。前房未见浮游物, 瞳孔散大, 直接对光反射消失, 间接对光反射存在, 晶状体及玻璃体清。眼底视盘边界不清, 颜色苍白, 动脉显著狭窄、粗细不均, 静脉迂曲扩张, 后极部视网膜弥漫性灰白色水肿, 黄斑区色素紊乱, 中心凹反射不清 (图 1)。左眼前节未见异常, 眼底视盘边界欠清, 动脉稍狭窄, 静脉广泛迂曲扩张, 黄斑中心



图 1 右眼眼底像: 视盘边界不清, 颜色苍白, 动脉显著狭窄, 粗细不均, 静脉迂曲扩张, 后极部视网膜弥漫性灰白色水肿, 黄斑区色素紊乱, 中心凹反射不清



图 2 左眼眼底像: 视盘边界欠清, 动脉稍狭窄, 静脉迂曲扩张黄斑中心凹反射可见

凹反射可见。左眼视野检查可见中心暗点。眼底荧光血管造影显示: 右眼动脉充盈时间 13 秒, 可见充盈前峰, 动脉呈节段性充盈, 静脉回流时间延长, 晚期毛细血管弥漫性渗漏 (图 2)。左眼静脉期视盘毛细血管扩张, 晚期视盘荧光素渗漏。

诊断: 双眼 CO 中毒性视神经视网膜病变, 合并右眼视网膜中央动脉阻塞。给予吸氧、扩血管、激素、能量合剂静点, 球后注射扩血管药物及口服维生素等治疗。1 个月 after 复查, 视盘及视网膜水肿减轻, 但双眼视力未恢复。

讨论 中枢神经系统对缺氧最为敏感, 故 CO 中毒首先出现中枢神经系统症状, 如头痛、四肢无力、意识障碍等。视神经视网膜作为神经组织, 对缺氧也较敏感, CO 中毒所致的视神经视网膜病变, 其原因可能为: ①急性、重度缺氧使脑血管先发生痉挛, 之后血管持续性扩张, 通透性增加, 脑组织水肿, 颅内压增高造成视乳头水肿 ②视网膜血管痉挛或血管通透性增加, 除可致视网膜水肿和出血, 也使血液浓缩、血栓形成, 导致眼底动脉发生急性阻塞造成视网膜中央动脉阻塞。CO 中毒的眼底表现为视乳头水肿, 视网膜水肿、出血、渗出, 静脉扩张, 球后视神经炎等。其他症状有眼肌麻痹、上睑下垂、眼球震颤, 尚有报道诱发急性闭角型青光眼者^[1]。本例患者不但有上述眼底表现, 且同时伴有视网膜中央动脉急性阻塞, 故视功能严重受损。治疗要点在于及时发现和处理, 在 CO 中毒抢救时不应忽视眼底检查, 一经发现, 需紧急解除视网膜缺血缺氧状态, 如应用吸氧、皮质类固醇激素、血管扩张剂及能量合剂等, 否则视功能难以恢复。本例虽确诊并予以综合治疗, 但治疗效果不理想, 原因在于 CO 中毒后 10 天才到眼科治疗, 已失去最佳治疗时机。

参考文献

- 1 王虹, 王苏平, 史跃武. 一氧化碳中毒诱发双眼急性闭角型青光眼 1 例. 中国误诊学杂志, 2004, 4: 326

(收稿时间: 2006-07)

作者单位: 050000 石家庄, 河北医科大学第二医院眼科 (刘丽娅, 河北医科大学硕士研究生)

通讯作者: 杨爱琴