

· 病例报告 ·

异体巩膜移植治疗坏死性巩膜炎一例

王青 刘桂香 王玲 康菊

坏死性巩膜炎(necrotizing scleritis)是一种破坏性较大的巩膜炎症,临床罕见,治疗也较困难。我们通过清除坏死灶联合异体巩膜移植成功治疗一例,现报告如下。

患者男 55 岁 因右眼反复红痛半年余,加重 20 天于 2006 年 8 月 4 日住院。半年来曾在外院间断应用激素及非甾体类眼药治疗,病情时轻时重,并发现巩膜溃烂、坏死。否认风湿病、结核、梅毒等全身病史及手术外伤史。全身查体未见异常。眼部检查:裸眼视力右眼 0.6,左眼 1.0。右眼颞侧结膜和巩膜充血、水肿、呈暗红色。9 点午线角膜缘后可见 3.0 mm × 3.0 mm 的巩膜溃疡穿孔区,透见棕黑色的色素膜,溃疡边缘呈灰白色无血管,附着有少许粘性分泌物,周围巩膜肿胀、血管迂曲扩张、充血,相应 9:00 前房内可见少量黄白色黏稠的渗出(图 1)。角膜透明,前房颞侧稍浅,房水细胞及闪辉(++)。虹膜纹理清,瞳孔光反应正常。晶状体和玻璃体无混浊。眼底检查未见明显异常。实验室检查:血沉 7 mm/h,血、尿常规、血糖、肝肾功、风湿及类风湿因子、免疫球蛋白、ENA 酶谱等项检查均正常。X 线检查双肺未见异常。临床诊断:坏死性巩膜炎。给予糖皮质激素、抗生素及非甾体类药物局部及全身治疗,加压包扎,每日换药两次,保守治疗 5 天,病情未见好转,于 2006 年 8 月 10 日在局麻下行巩膜坏死灶清除联合异体巩膜移植术。术中发现巩膜坏死穿孔面浸润至颞下方球结膜下,创面已达 6.0 mm × 4.0 mm。庆大霉素稀释液冲洗溃疡面,清除表面坏死组织,并送病理。取深低温保存的异体巩膜瓣 8.0 mm × 6.0 mm,用庆大霉素稀释液浸泡 15 分钟后,10-0 尼龙线间断缝合于巩膜缺损区。将病变区周围结膜做广泛分离并使之完全覆盖巩膜植片,8-0 可吸收缝线间断缝合。术后继续全身及局部用糖皮质激素、抗生素及非甾体类药物治疗,患者眼部疼痛消失,视力恢复至 0.8。于 2006 年 8 月 15 日出院,局部继续用上述眼药。术后 1 个月门诊复查时发现颞侧角巩缘异体巩膜覆盖处又出现溃疡并累及角膜,前房相应处局部积脓,房水细胞(++)。颞侧虹膜局部前粘连,瞳孔轻度向颞侧移位,视力下降至 0.6。再次收住入院,于 9 月 12 日在局部麻醉下行巩膜修补加前房冲洗术,术中抽取前房脓液做微生物培养,彻底剪除坏死组织并进行病理检查。术后处理同前。前房脓液微生物培养结果为阴性,坏死组织病理检查见多量中性粒细胞、淋巴细胞及少量巨噬细胞。术后眼部情况恢复良好,于术后 5 天出院。随访期间患者局部滴用抗生素、激素、环孢霉素 A 和非甾体类消炎药

并逐渐减量,随访半年巩膜炎未复发,眼压保持正常范围,植片无排斥反应,矫正视力达 1.0(图 2)。

讨论 坏死性巩膜炎是一种较为少见的特殊类型巩膜



图 1

图 2 术后一个月

炎,可由结节性前巩膜炎发展而来,病情隐蔽,但极具破坏性。病变的特点为发生在角膜缘与赤道部之间的局限性巩膜炎性斑片,呈紫红色急性充血,患者出现严重的疼痛和眼部刺激症状,随后出现苍白状无血管区,严重者无血管区相互融合、坏死脱落和穿孔,暴露出脉络膜。该病是多因素所致的胶原性疾病,主要与全身血管性自身免疫病、胶原和代谢性疾病关系密切。免疫反应的类型以 III、IV 型抗原抗体复合物或迟发性超敏反应为主,其病因一般包括:①感染,②全身结缔组织病的眼部表现,③手术创伤,但多数患者原因不明^[1]。目前对该病治疗缺乏特异疗法,治疗反应迟钝,尚难达到根治的目的。主要应用糖皮质激素治疗,重者联合应用免疫抑制剂全身用药。配合应用消炎痛、散瞳,促使新生血管伸入巩膜,改善局部血液循环。对穿孔巩膜可进行病灶切除及巩膜移植术。本例选择了手术治疗。选用深低温^[2]保存 8 年的巩膜植片,避免新鲜材料抗原性强的不利因素。手术操作中,彻底清除溃疡面边缘巩膜坏死组织,对于底部则采取庆大霉素以及激素稀释液冲洗的办法,避免接触以及破坏色素膜,减少手术刺激。异体巩膜的覆盖面积要超过溃疡面边缘至少 2mm。术后结合糖皮质激素、抗生素以及非甾体类消炎药等抗炎药物治疗,有效抑制了异体巩膜的免疫排斥反应,并避免了感染。对于术后出现的复发和前房炎症的反复,再次进行手术清除及加固缝合,术后局部加用环孢霉素 A,取得了较为满意的效果。随访半年,未复发。

参考文献

- 1 李凤鸣.《眼科全书》人民卫生出版社,2005;2,P1394-1395.
- 2 王传富,鞠明诚,石珍荣,等.深低温长期保存角膜穿透性移植的研究.中华眼科杂志,1990,26(1):17-20.

(收稿时间 2007-06)