

15 例 20 眼准分子激光原位角膜磨镶术后感染及处理

武樱 武超

【摘要】 目的 探讨准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)后感染的诊断与治疗。**方法** 收集非结核分枝杆菌性角膜炎 19 眼, 鲍曼不动杆菌性角膜炎 1 眼, 回顾分析, 早期采用局部清创, 2.5%碘酊烧灼, 联合药物治疗方法。**结果** 18 眼临床治愈, 1 眼板层角膜移植, 1 眼全层角膜移植。**结论** 对于 LASIK 术后感染应迅速采取相应措施, 清创下碘酊烧灼及抗菌药物的联合应用, 可使多数早期感染患者临床治愈。

【关键词】 准分子激光; 原位角膜磨镶术

随着准分子激光屈光手术的日趋成熟, 愈来愈多的眼屈光不正患者选择和接受了这类手术, 尤其是准分子激光原位角膜磨镶术(Laser in situ Keratomienlsis LASIK), 因其安全性高, 预测性好, 视力恢复快等优点, 已被广大近视患者所接受, 然而其同时也存在一定风险, 如术后并发的感染性角膜炎, 逐渐引起临床医师的关注^[1]。本文现将 20 眼准分子激光原位角膜磨镶术后并发的感染及处理报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 笔者共行准分子激光手术治疗 1320 例(2640 眼), 男 786 例, 女 534 例, 年龄 18 岁—47 岁, 平均 32.5 岁。其中激光角膜切削术(PRK)509 例 1018 眼, LASIK 手术 752 例 1504 眼, 上皮瓣下准分子激光角膜切削手术(LASEK)59 例 118 眼, 术后并发感染性角膜炎 15 例 20 眼, 男 10 例 14 眼, 女 5 例 6 眼。本组 20 眼均为 LASIK 手术, 发病潜伏期最短 4d, 最长 57d, 发病期主要集中在术后 7d~10d。

患者就诊时, 患眼自觉干涩不适、异物感、怕光流泪及视物模糊。检查: 视力 0.4~1.0, 眼睑皮肤轻度肿胀, 结膜囊水样分泌物, 局限性球结膜混合性充血, 角膜瓣下可见一个或数个圆形、孤立、致密、瓷白色浸润灶, 小如针尖, 角膜瓣水肿不明显, KP(一), 房闪(一), 指测眼压正常。

2. 处理方法: 患者平卧手术台, 0.4%培诺喜(Oxybuprocaine Hydrochloride Eye Drops)表面麻醉, 置开睑器, 嘱病人向正上方固视, 在眼科手术显微镜下, 将角膜瓣掀起, 用一次性注射器针尖挑去瓷白色硬性病灶, 可见角膜面为一小的凹陷, 中心部白色溶解粘液用吸血海棉尖部反复多次吸取(注意每次更换吸血海棉), 并送病检。用显微弯镊沾取少量 2.5%碘酊直接接触到病灶小凹处, 可见角膜基质层发生轻度黄色改变, 病灶周围的正常角膜出现宽约 1mm 浸润环, 再用 3%硫酸阿米卡星溶液(AmiKacia)冲洗, 角膜瓣内侧相应病灶区处理同前, 将角膜瓣平复原位。结膜下注射 3%硫酸阿米卡星注射液 0.5ml, 并用 1%硫酸阿米卡星眼液、0.3%左氧氟沙星眼液(Levofloxacin)交替频点每小时 1 次共 48h。如角膜瓣水肿明显, 部分已溶解成为病菌培养基者, 应立即做角膜瓣切除术(送病检)。术后用阿托品散瞳, 配戴大孔型角膜接触镜, 口服克拉霉素片(Clarithmycin)100mg, 1 日 3 次, 共 2 周, 消炎痛(Indometacin)25mg 1 日 3 次。

结 果

本组 20 眼, 角膜瓣完整 6 例 6 眼(30%), 角膜瓣切除术 10 例 12 眼(60%), 板层角膜移植术 1 例 1 眼(5%), 全层角膜移植术 1 例 1 眼(5%)。感染前及治疗后视力见表 1、表 2。

表 1 本组病例感染前视力

视力	0.8	1.0	1.2	1.5
眼数	2	8	9	1

表 2 1 年后视力恢复情况

视力	0.4	0.5	0.6	0.8	1.0	1.2
角膜瓣完整			1	1	2	2
角膜瓣切除术	1	2	4	3	2	
全层角膜移植术		1				
板层角膜移植术	1					

实验室检查结果:角膜瓣切除 12 眼,全层角膜瓣切除 1 眼,板层角膜瓣切除 1 眼,以上均取材为角膜片,另 6 眼角膜瓣完整取材为角膜刮片,送微生物室做角膜真菌学检查(YBZJ),角膜阿米巴检查(YBRM),角膜淋球菌检查(YBLQ),角膜细菌学检查(YBXJ),角膜刮片细菌学检查(YBGP)。结果:19 眼为非结核分枝杆菌感染,1 眼为鲍曼不动杆菌感染。

讨 论

准分子激光手术在我国开展已有 12 年,我国又是“近视眼大国”。因此,准分子激光屈光手术在我国得到普及,Florida 的 Miami 大学 Bascompalmer 眼科研究所报道 LASIK 术后感染发生率为 0.2%~1.2%^[3]。由于 LASIK 术后角膜瓣边缘上皮不规则和神经营养性干眼,为角膜溃疡的发生创造了一个环境条件,导致 LASIK 术后易于感染,特别是睑缘炎,睑板腺疾病,单疱病毒感染史或血管胶原病术后感染危险性更大^[3]。非结核分枝杆菌(NTM)是一种环境分枝杆菌,大部分是腐物寄生菌,主要存在于自然环境中,NTM 的增殖周期长,耐药率高。鲍曼不动杆菌是原属于硝酸盐阴性不动杆菌中分离出的一种新种,在专科医院中,鲍曼不动杆菌临床分布逐年增加,耐药率渐上升,耐药谱广^[4]。两种细菌均无特效性药物,因此充分认识,及早诊断、及时治疗极其重要。本组病例有 6 眼角膜瓣保存完整,视力恢复在 0.6~1.2,均为发病当天就诊,并及时进行清创,2.5%碘酊烧灼病灶区,沾取碘酊液时用显微弯镊,镊子并合时碘液不滴点为适宜,当接触病灶区时将镊子倾斜并展开,存留其上的液体从镊子的

一侧自然滴出。优点是烧灼范围适度,不过多损伤正常角膜组织。治疗期间,一旦发现新病灶立即烧灼处理。在急性期严禁用糖皮质激素^[1,2],恢复期严格掌握激素的用药时间及用量。我们的经验是,当球结膜充血消失,无新点状病灶发生,后 1 个月,0.1%氟美瞳眼水逐渐从小剂量应用,1 日 1 次,1 次 1 滴,10d 后逐渐加量。本组病例 3 眼在恢复期突然出现前房积脓,早期呈细线状沉于下方前房角,如不仔细观察不易发现,治疗原则,阿托品散瞳,全身及球周应用抗生素和激素,口服消炎痛,约一周内症状消失。

15 例 20 眼中有 1 眼于发病后 3 个月出现角膜穿孔,我们认为形成原因主要因为患者不能很好配合治疗,不注意用眼卫生,过于劳累,导致病程长,角膜失代偿。因此,要严格把握角膜移植时机,以免发生严重后果。

在整个病程中针对患者全身症状,配合辅以中草药治疗,可提高疗效。治疗原则急性期以清热解毒为主,恢复期以退翳明目为主。

总之,术后一旦怀疑有感染发生,必须马上采取措施,必要时可以掀开角膜瓣获取标本做细菌涂片和培养^[3]。尽管 LASIK 术后感染不常见,但如果发生,那么后果将非常严重。因此,术后要求严密观察及时随访,一旦发现有感染,积极正确治疗,稳定病人情绪,消除烦躁心里,避免劳累同样非常必要。

参考文献

- 1 Lin RT, Maloney RK. Flap complications associated with lamellar refractive surgery. *Am J Ophthalmol*. 1999;127:129-136.
- 2 梁庆丰,李莹.准分子激光原位角膜磨镶术后非结核分枝杆菌性角膜炎一例中华眼科杂志.2005;41(2):186-187.
- 3 对于 LASIK 术后感染应迅速采取措施眼科时讯 2004,29:38-39.
- 4 李红,顾月清.鲍曼不动杆菌的感染及耐药性分析.中华实用医药杂志 2005;17(5).

(收稿时间:2007-01)