



穿透性角膜移植术 52 例临床报告

周义军

【摘要】 目的 探讨穿透性角膜移植术疗效和并发症。方法 对 52 例(53 只眼)穿透性角膜移植术进行随访性总结。结果 术后视力 ≥ 0.5 者 15 只眼,占 28.8%; $0.25 \sim 0.4$ 者 18 只眼,占 34.6%; $0.05 \sim 0.2$ 者 11 只眼,占 21.1%;眼前指数 ~ 0.05 者 6 只眼,占 11.5%;光感消失者 3 只眼,占 5.7%。角膜植片透明者 46 只眼,占 86.7%,角膜植片混浊者 7 只眼,占 13.2%。结论 穿透性角膜移植是角膜盲的最佳复明方法,可以在基层二级医院推广,但应严格掌握适应证,防止并发症。

【关键词】 穿透性角膜移植 疗效 并发症

随着眼科显微手术技术的改进和普及提高,基层二级医院开展角膜移植手术越来越普及,手术成功率也在不断的提高。我院眼科自 1995 年以来,共进行穿透性角膜移植术 52 例(53 只眼),取得了较好的治疗效果,现报告如下。

对象和方法

1. 一般资料:自 1995 年 4 月~2001 年 10 月在我院住院的患者中因各种角膜病而进行穿透性角膜移植术 52 例(53 只眼),其中男性 30 例(31 只眼),女性 22 例(22 只眼),年龄 26~69 岁,平均 45 岁。角膜白斑、斑翳者 35 只眼(含单疱性角膜炎后)占 67.3%,角膜化学伤 12 只眼占 23%,角膜内皮失代偿 3 只眼占 5.7%,粘连性角膜白斑 2 只眼占 3.8%。术前检查,视力眼前光感者 8 只眼,手动~眼前指数者 32 只眼, $0.05 \sim 0.15$ 者 12 只眼。供体角膜均为猝死的青壮年,眼球采集时间在 2 小时内,离体 48 小时内完成手术。

2. 手术方法:手术主刀为同一人施行,均在手术显微镜下开展。术前准备,术前半小时内口服乙酰唑胺 0.5,鲁米那 0.09,必要时静滴 20%甘露醇 250ml。1%匹罗卡品眼水连续滴眼 3 次,3 分钟一次,手术显微镜下按穿透性角膜移植术常规操作。选择大小适宜的角膜环钻,一般为 6.3~7.2mm 制作植床。有新生血管者作深层切断电凝止血,植片比植床直径一般大 0.2mm 左右,在取植片时,把供眼全角膜片内皮面向上,在角膜枕上压切出植片。准备好植片后,再将植床钻切,约 2/3~3/4 角膜深度,用剃须刀和角膜剪切开后层制成植床,更换新的角膜植片,将角膜植片在 12、6、3、9、2、4、8、10 点处用 10-

0 尼龙线作间断缝合或连续缝合,缝合后角膜切口应呈水密状态,术毕结膜下注射庆大霉素 2 万 u、地塞米松 2mg,术眼遮盖。

3. 术后处理:术后全身用肾上腺皮质激素与抗生素 5~7 天,球结膜下注射地塞米松 2mg,隔日一次,每日托吡卡胺眼水散瞳。一周后开放点眼,滴用抗生素,激素类眼水。角膜缝线一般在 6~12 月内拆除,如因新生血管侵入者,可适当提早拆除。

结果

1. 角膜植片透明度:术后一周内有少部分角膜植片出现轻度混浊,经过药物治疗大部分混浊吸收而恢复透明,随访 6~24 个月,52 例(53 只眼)有 46 只眼角膜植片透明占 86.7%,7 只眼角膜植片混浊占 13.2%。主要原因为化学伤,其中碱性热灼伤 4 只眼,病毒性角膜炎伴新生血管较多者 2 只眼,粘连性角膜白斑 1 只眼。

2. 视力:术后视力 ≥ 0.5 者 15 只眼占 28.8%; $0.25 \sim 0.4$ 者 18 只眼,占 34.6%; $0.05 \sim 0.2$ 者 11 只眼,占 21.1%;眼前指数 ~ 0.05 者 6 只眼,占 11.5%;光感消失者 3 只眼,占 5.7%。

3. 术后并发症:本组病例在随访观察中有 15 只眼发生角膜混浊,绝大部分的病例为内皮型排斥反应,主要表现为视力下降、睫状充血、植片混浊、水肿增厚、尘状 KP、丁道氏征阳性。及时发现治疗,给予肾上腺皮质激素治疗,地塞米松眼水点眼每小时一次,球结膜下注射地塞米松 2.0mg 一日一次,同时全身地塞米松 10mg 加入 5%GS250ml 静脉滴注一日一次,7~10 日,植片厚度恢复正常,也变透明,排斥反应得以控制。本组病例有 2 例角膜化学伤,均为碱性热灼伤,术后发生重度排斥反应,出现植片自溶,经 2 次重复穿透性角膜移植术,眼球才得以保

作者单位:213200 江苏省金坛市中医院眼科