



留,但视力未能恢复,最终光感消失。继发性青光眼者,本组有 5 只眼发生继发性高眼压 28~45mmHg,其中 4 只眼由于随访及时,诊断明确,治疗正确迅速,视力稳定,另 1 只眼患者系独眼,术后 3 月之内视力在 0.4,无其它异常表现,18 月以后,视力眼前光感,角膜植片仍透明,眼压 36mmHg,眼底呈青光眼性改变,保守治疗眼压不稳定,拒绝手术减压,最终光感消失而失明。角膜散光,本组有 10 只眼发现明显角膜散光,其中 3 只眼经托普康 8100 型验光仪(日本进口)检查,角膜曲率不能显屏。

讨 论

角膜盲患者唯一的最好治疗方法,是施行角膜移植术,据国内谢立信等报告^[1],我国穿透性角膜移植术的成功率已达到 85% 以上。由于角膜无血管、无淋巴管等特点,受体的循环免疫细胞不易与外来抗原接触而建立反射弧,使角膜植片处于相对的免疫赦免状态而存活,一旦角膜新生血管化,房水屏障功能紊乱,便推动了免疫赦免的功能,从而使排斥反应增加。因此,免疫排斥反应是手术成功与失败的关键。本组角膜移植共有 52 例(53 只眼),经过 6 年多的时间随访观察发现,单纯性角膜斑翳及角膜炎病情稳定在 6 个月以上,疗效最好,术后视力恢复提高也快。因化学伤特别是碱性烧伤或混合热灼伤患者,术后效果多数不理想,原因是角膜上皮破坏而产生

大量的胶原酶,新生血管化,抗原数量增加^[2]。笔者认为,角膜化学伤患者在条件许可的情况下,角膜移植时间越早越好。我科遇到一例系化工厂爆炸而致双眼化学伤伴全身重度烧伤,在生命体征稍稳定,伤后 12 小时内行双眼穿透性角膜移植术,视力由术前眼前手动恢复到右 0.2、左 0.15,随访 2 年现一般情况良好,视力稳定,由于病例积累尚少,有待于进一步的研究和探讨。其次术后继发性青光眼是随访的又一关键。本组 5 只眼其中 1 只眼未能及时跟踪随访,18 个月后视力眼前光感,因患者系独眼,院外会诊,高眼压原因不明,患者又拒绝手术减压,最终光感消失。教训是对出院病人 2 年内应定期复查或随访,避免类似的教训再出现,对于基层医院显微技术要求要过关,术中要求移植伤口密闭,植片与植孔保持圆整,植片应略大于植床。植床的后层与植片后层紧贴,作植床时其内圈宜偏小,而植片之后层宜偏大,伤口后层对合严密。本组病例采用水密状态缝合,术中术后未出现创口漏水及前房变浅现象,均是手术成功之关键。

参 考 文 献

- 1 谢立信. 穿透性角膜移植术后由皮型免疫反应的临床观察. 实用眼科杂志, 1988, 3: 161.
- 2 何守志, 主编. 眼科显微手术. 北京: 人民军医出版社, 1994: 83. (收稿: 2002-06-10)

虹膜角膜内皮综合征误诊 1 例

刘梅莹

ICE 综合征是以角膜内皮异常、进行性虹膜基质萎缩、广泛的周边虹膜前粘连、房角关闭及继发性青光眼为特征的一组疾病,无遗传倾向,罕有家族史,多见于白人,在我国比较少见。

患者,女,55 岁。主诉右眼视物模糊 2 个月,曾先后在 2 家县级及市级医院就诊,诊为虹膜睫状体炎。2002 年 1 月 18 日于佛山市第二人民医院门诊检查:视力右眼 0.2,矫正视力 0.4,左眼 0.8,矫正视力 1.0,右眼球结膜轻度充血,角膜混浊,上皮点状缺损,Fl(+),角膜基质层水肿,后弹力层皱褶,前房清,中轴约 4CT, Tyndall 征(-),裂隙灯下即可见虹膜广泛周边前粘连,瞳孔药物散大,直径约 6mm,晶状体无混浊,眼底因角膜水肿无法窥视。左眼角膜透明,前房清,中轴约 4CT,虹膜蜂窝状萎缩,瞳孔上移,色素膜外翻,晶状体

无混浊,眼底未见明显异常。门诊拟诊 Fuchs 综合征收住院。入院检查:T36.8℃,P80 次/分,Bp18/10kPa,血常规、肝功能、肾功能、胸片未见异常;前房角镜检查:右眼角膜水肿无法窥视,左眼虹膜高位周边前粘连,房角结构不见;角膜内皮计数:右眼无法辨认细胞形态,左眼 1200 个/mm²;眼压,右眼 2.12kPa,左眼 1.94kPa。入院 3 天诊断:ICE 综合征。右眼滴用 50% 葡萄糖液,多种维生素口服,能量合剂静滴,角膜混浊无明显改善,1 周后局麻下行右眼部分穿透性角膜移植术。

讨论:ICE 综合征为慢性进行性疾病,由早期进入晚期需十多年,早期可出现视力模糊,间歇性虹视,开始多为角膜异常及虹膜萎缩,后因角膜水肿,虹膜周边前粘连加重而眼压升高。Mall 根据虹膜的改变将其分为三种类型。ICE 综合征由于病变的程度不一,所以临床表现各不相同。本病例为双眼发病,两眼表现为不同的类型。

作者单位:528200 广东省南海市中医院

(收稿:2002-05-30)