

表 2 121 例感染性角膜溃疡角膜移植手术方式

疾病类型	例数	手术方式	
		DLK	PKP
坏死性角膜基质炎	21	21	0
真菌性角膜溃疡	97	74	23
棘阿米巴角膜溃疡	3	3	0

1.5 手术方法

术中根据溃疡面积的大小选择不同直径的环钻,将病变角膜完全切除,植床直径大于病灶直径 1.0 mm,供体角膜植片直径大于植床直径 0.25~0.5 mm。

选择深板层角膜移植者,预先钻取病变角膜深度约为角膜全厚的 4/5,在手术显微镜下分层小心剖切,直至彻底切除病灶,植床完全透明。此时,对真菌性和棘阿米巴性角膜溃疡患者还要用 5% 碘酊烧灼创面,然后更换手术器械继续剖切,直至接近或达到角膜后弹力层(其中 5 例真菌性角膜溃疡因怀疑有菌丝长入前房改为穿透角膜移植术)。将供体角膜植片用 10-0 尼龙线间断缝合 16 针固定于植床上。

行穿透角膜移植的 23 例真菌性角膜溃疡,钻取病变角膜后用 0.02% 的氟康唑注射液冲洗前房积液(特别是前房角处的脓液)。有虹膜前粘连者用角膜剪剪开粘连。有虹膜表面及瞳孔区纤维索性渗出膜者也予以清除。用黏弹剂分离房角以防止虹膜前粘连及继发性青光眼的发生。虹膜新生血管少量出血者表面滴注黏弹剂多可自止,3 例出血明显者用蘸有肾上腺素的棉签轻微加压片刻后出血停止。将供体角膜植片用 10-0 尼龙线间断缝合 16 针固定于植床上,形成水密状态。用平衡盐溶液(BSS 液)冲洗前房,尽量使前房角开放,避免前房角粘连。前房内保留少量黏弹剂以维持前房,防止虹膜前粘连的发生(黏弹剂本组系采用羟丙基甲基纤维素,由于 Healon 易堵塞小梁网使术后眼压升高,故一般不用)。术毕结膜下注射 0.2% 的氟康唑注射液 1 mg,庆大霉素 2 万 U,加压包扎。

1.6 术后处理

1.6.1 坏死性角膜基质炎:术后常规全身应用广谱抗生素、抗病毒药物及糖皮质激素 3~5 天,待上皮基本愈合后用复方无环鸟苷滴眼液及典必殊滴眼液滴眼。
1.6.2 真菌性角膜溃疡:术后常规全身应用广谱抗生素及 0.2% 的氟康唑注射液 200mg 静脉滴注,1 次/d,连续 3~5 d。此后改为口服伊曲康唑胶囊 0.2 g,1 次/d,2~3 周,并监测肾功能。2 周后若无真菌复发加用典必殊滴眼液滴眼以防排斥反应。

对术后反应重者给予复方托比卡胺滴眼液活动瞳

孔,以减轻局部炎症反应,避免虹膜后粘连和继发性青光眼的发生。对术后眼压高者给予对症处理。

1.6.3 棘阿米巴性角膜溃疡:术后常规全身应用广谱抗生素及甲硝唑注射液静脉滴注,局部用 1% 甲硝唑滴眼液及 0.5% 咪康唑眼膏滴眼。2 周后加用典必殊滴眼液滴眼以防排斥反应。

2 结果

114 例(94.22%)经 1 次手术就成功的保存了眼球;复发的 7 例中有 5 例(4 例真菌性角膜溃疡,1 例棘阿米巴性角膜溃疡)经 2 次手术获得成功,2 例(1 例真菌性角膜溃疡,1 例棘阿米巴性角膜溃疡)因并发眼内炎,行眼内容摘出联合羟基磷灰石义眼台植入术。

2.1 视力变化情况(表 3)

表 3 121 例感染性角膜炎角膜移植前后视力变化情况

时间	例数	裸眼视力 ^a			矫正视力 ^a		
		~0.05	0.05~0.3	≥0.3	~0.05	0.05~0.3	≥0.3
术前	121	112	9	0	109	12	0
术后	119 [*]	9	103	7	8	82	29

注: * 121 例中有 2 例行眼内容摘除术 #术后视力为随访时最佳矫正视力

2.2 植片透明情况

随访中有 6 例角膜植片中有大量新生血管长入,植片浑浊,新生血管化,建议其再次手术,但因各种原因失去随访。27 例植片周边部有少量新生血管长入,但瞳孔区透明度良好,随访新生血管无进展或逐渐消退。其余患者角膜植片透明。

2.3 术中术后并发症及处理

2.3.1 术中植床穿孔:11 例术中植床出现小穿孔,因穿孔很小,未作特殊处理。术后出现双前房,加压包扎 5~10 d 双前房消失。

2.3.2 原发病复发:复发的真菌性角膜溃疡 5 例中,4 例经 2 次手术及积极的抗真菌治疗获得成功,1 例因并发眼内炎摘除了眼球;复发的棘阿米巴性角膜溃疡 2 例中,1 例经 2 次手术保存了眼球,但因大量新生血管长入,植片浑浊,另 1 例因并发眼内炎而摘除了眼球。坏死性角膜基质炎 1 例术后 7 月复发,经药物治疗病情控制,植片恢复透明。

2.3.3 植片排斥:随访中有 19 例出现排斥反应(其中真菌性角膜溃疡患者 16 例,坏死性角膜基质炎患者 3 例),角膜植片水肿,上皮不同程度融解,经局部应用糖皮质激素和环孢霉素 A 治疗(上皮缺损严重且治疗