

角膜内皮炎 21 例临床分析

徐新生 韦玮 陈美霞

【摘要】 目的 探讨角膜内皮炎的病因、诊断及治疗。**方法** 将21例(22眼)确诊为角膜内皮炎的病例进行分类,采用皮质类固醇和/或抗病毒药物治疗,观察疗效并进行随访。**结果** 全部病人都获得治愈,随访6月-1年,有4例复发,复发率为18.2%。**结论** 角膜内皮炎的病因尚不十分明确,可能和自身免疫或病毒感染有关,可使用皮质类固醇及抗病毒药物获得治愈。

【关键词】 角膜内皮炎; 皮质类固醇; 抗病毒药物

角膜内皮炎首先由Khodadoust于1982年报告。我国由孙秉基于1989年首先报告^[1]。本病的临床特点为患眼角膜内皮水肿、混浊、后弹力层粗大皱折,角膜全层水肿、增厚,睫状充血并伴有明显的刺激症状,视力明显下降。该病的病因尚不十分明确,目前认为与免疫反应和病毒感染有关。我们自1999年开始采用皮质类固醇联合抗病毒药物治疗本病21例,效果满意,现报告如下。

资料和方法

1. 一般资料 收集我院1999年8月~2006年3月确诊为角膜内皮炎的病例共21例(22眼)。其中男13例14眼,女8例8眼;年龄24~63岁,平均36.5岁;患病时间最短2天,最长10天,平均5.5天;视力:眼前指数/30cm~0.3;1例为双眼患病其余20例为单眼患病。按照孙秉基分类法^[1]: I型4例(4眼)患眼角膜周边部有扇形或半月形深基质水肿区,病灶后有散在沉着物(KP),结膜充血轻,前房有轻微闪光;有一例病人角膜上皮有小泡;一例为白内障囊外摘除联合人工晶状体植入术后发病,手术顺利未损伤角膜;4例病人均无单疱病毒性角膜炎病史。II型7例(7眼)患眼角膜中央有5mm左右直径境界清晰的圆形深基质水肿,病灶区角膜内皮水肿、粗糙,角膜后壁有细小沉着物;无明显诱因。III型10例(11眼)角膜有弥漫性或局限性深基质层水肿,睫状充血明显,房水闪光阳性,角膜后壁有沉着物(KP);有一例为双眼发病;3例(3眼)既往有单疱病毒性角膜炎反复发作史;有3例

(3眼)伴有明显的虹膜后粘连;有4例眼压升高,最高为45mmHg;有3例(4眼)有角膜上皮小泡。

2. 诊断标准: (1) 视力显著下降伴有轻度的角膜刺激症。(2) 绝大多数患眼角膜有弥漫性深基质水肿及浸润、内皮混浊,后弹力层皱折,有时出现上皮小泡,可伴有深层新生血管生长。少数患者呈现局限性深基质层水肿,位于中央者呈圆形,位于周边者呈扇形或半月形。(3) 角膜后可见羊脂状或色素样沉着物(KP)分布在角膜中央或混浊较重的部位。(4) 大多数患眼前房反应轻微,少数患眼可有严重的虹膜睫状体炎、虹膜后粘连。(5) 部分患眼眼压升高,但一般不会超过40mmHg。(6) 可有病毒感染史或无。

3. 治疗 根据临床分型确定给药方法。I、III型使用皮质类固醇联合抗病毒药物治疗,II型单纯用皮质类固醇治疗。具体给药方法为全身加局部的方法:强的松10mg 3次/日,阿昔洛韦200mg 5次/日,病情严重者给予地塞米松5mg 静脉注射1次/日,阿昔洛韦0.75 静脉注射1次/日,病情好转后逐渐减量。另外辅以消炎痛、维生素等。局部治疗给予典必殊眼药水滴眼4次/日,0.1%阿昔洛韦眼药水滴眼每小时1次,睡前涂典必殊眼膏。病情严重者结膜下注射地塞米松2.5mg 隔日1次。眼压升高者加用乙酰唑胺250mg 4次/日,0.5%噻吗心安眼药水滴眼3次/日。

结 果

1. 治愈标准 角膜基质水肿消退,内皮混浊及水肿消退,角膜后沉着物消退或基本消退。

2. 治疗结果 本组病例共21例(22眼)全部获得治愈。II型病例显效最快,一般于用药24小时

后自觉症状改善,连续用药1周后角膜水肿即大部分消退,疗程8-15天。I型与Ⅲ型显效较慢,一般于用药3天后自觉症状才有改善,连续用药2周后角膜水肿才会大部分消退,疗程20-30天。I型中有2例开始单纯用皮质类固醇治疗,2周后角膜水肿仍然不消退,加用阿昔洛韦后症状才开始改善,继续治疗2周后痊愈。Ⅲ型中有一例双眼患者采用皮质类固醇联合抗病毒药物治疗2周方开始出现效果,1月后症状明显改善,连续治疗2月痊愈。4例合并有高眼压的患者经局部滴0.5%噻吗心安眼药水和/或口服乙酰唑胺后眼压均于1周内降至正常,停用降压药物后眼压一直维持正常。

3. 复发情况 21例(22眼)有17例(18眼)追踪观察了6月~1年。其中有4例(4眼)复发,复发率为18.2%,与陈艳虹等^[2]报告的基本一致。复发病情均较初次发病轻,经按原方案治疗后痊愈。

讨 论

角膜内皮炎1982年由Khodadoust和Attarzadeh首次报告,我国首先由孙秉基于1989年报告并进行分类。以后此病逐渐受到人们的重视,文献报告也越来越多;但有关此病的病因目前尚不清楚,一般认为与自体免疫和病毒感染有关^[3]。1989年Hakin等观察到两例散发性弥漫性角膜内皮炎患者,在其角膜内皮照片中发现内皮表面模糊,附有大量炎性物质,内皮细胞缺失,他指出角膜内皮炎可能发生于角膜内皮受到病毒或其他因素的损伤发生结构改变后,受到机体免疫系统的攻击发生的免疫反应。1994年Olsen等报告了线样角膜内皮炎,总结出本病也与免疫反应有关^[4]。目前多数学者认为Ⅱ型角膜内皮炎主要由免疫反应引起^[1,5]。本组病例中Ⅱ型7例(7眼)单纯使用皮质类固醇获得治愈也证实了与免疫反应有关这一论点。近年来采用不同的方法分别发现了角膜内皮炎患者的内皮细胞或房水内存在病毒颗粒、病毒抗原及病毒的DNA片段^[2]。郭健华等^[4]认为HSV-1是引起角膜内皮炎的主要病毒,另外,水痘带状疱疹病毒及水疱样病毒也是角膜内皮炎的病因。本组病例I、Ⅲ型14例(15眼)采用

抗病毒药物联合皮质类固醇治疗均获得治愈,其中I型有2例开始单纯使用皮质类固醇治疗无效,后来加用抗病毒药物后获得治愈。部分病例伴发高眼压是由于单疱病毒引起小梁网炎,使小梁网的功能受到影响而导致眼压升高^[3]。手术后出现的角膜内皮炎其病变区均对应于手术切口部位,提示可能与角膜切口引起炎症反应和角膜的神经损伤有关,也可能是手术切口导致邻近组织内潜伏的病毒的复发^[4]。

角膜内皮炎的诊断缺乏特异性指标,目前主要根据临床表现及体征进行诊断。临床特征为:视力显著下降,角膜深基质水肿及角膜后沉着物;有时角膜上皮有小泡;大多数患者前房反应轻微,少数患者有严重的虹膜睫状体反应;个别患者合并有高眼压。只要掌握此病的这些主要特点诊断并不困难,但应与单疱病毒性角膜炎、虹膜睫状体炎及急性闭角型青光眼进行鉴别。

关于治疗目前公认的方案是皮质类固醇联合抗病毒药物治疗,可全身及局部用药。阿昔洛韦是目前被认为对HSV的复制有明显抑制作用的抗病毒药物^[2]。因此,抗病毒药物应首选阿昔洛韦,重症患者可给予阿昔洛韦注射液注射,必要时应用其换代产品如泛昔洛韦效果良好。皮质类固醇药物可选用强的松口服,严重者给予地塞米松静脉注射。局部用药可使用含有皮质类固醇的眼液如典必殊眼药水及抗病毒眼液如0.1%阿昔洛韦眼药水,必要时用地塞米松结膜下注射。由于此病有复发倾向,建议治愈后继续巩固治疗1~2月。

参 考 文 献

- 1 孙秉基,徐锦堂,主编.角膜病的理论基础与临床.科学技术文献出版社,1994:307-309
- 2 陈艳虹,吴燕,朱群英.阿昔洛韦治疗特发性角膜内皮炎的临床观察.浙江医学,2005;27(9):706-707
- 3 王树真,徐则林.角膜内皮炎18例分析.齐鲁医学杂志,2002;17(3):235
- 4 郭健华,孙洪臣.角膜内皮炎.中国实用眼科杂志.2005;23(6):559-561
- 5 李群.角膜内皮炎的临床诊断与治疗.临床眼科杂志,1996,8(4):199-201

(收稿时间:2006-10)