

绿脓杆菌性角膜溃疡 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/309/2021_2022__E7_BB_BF_E8_84_93_E6_9D_86_E8_c22_309179.htm 名称绿脓杆菌性角膜溃疡所属科室眼科病因 本病系绿脓杆菌直接侵入角膜引起感染所致。该菌为革兰氏阴性小杆菌，营养要求不高，它广泛存在于自然界的土壤、污水及空气中，亦可寄生于体表乃至结膜囊内。最适宜的繁殖温度为30~37℃，能产生荧光素和绿脓素。应该引起注重的的问题是绿脓杆菌可存在于很多种眼药水中，如荧光素、的卡因、可的松、疱疹净或阿托品等溶液，都可发生绿脓杆菌浸染情况。绿脓杆菌具有很强的毒力，但侵袭力很弱，它必须通过破损的上皮才能侵犯角膜组织引起感染。因此，各种形式的角膜外伤、角膜炎、角膜软化症、头面部肿瘤放射、化学伤以及暴露性角膜炎等因素所引起的角膜上皮不健康情况，均可成为感染的诱因。绿脓杆菌除毒性强外，还能产生一种蛋白溶酶，溃疡本身又产生胶原酶，蛋白溶酶和胶原酶都对角膜小板具有胶原溶解作用。胶原酶活性有赖于钙离子的浓度，在近似血清钙的浓度下活性较大，而泪水和房水则不断补充钙离子，因而胶原酶更加活跃造成角膜组织大量且迅速的溶解与坏死，以致造成早期的角膜穿孔。临床表现 即刻作细菌涂片检查及结膜囊细菌培养有助本病的诊断，但此病的诊断主要靠病史及临床体征。凡来势迅猛、症状严重、面积较大的角膜溃疡，在结膜囊培养尚未证实之前就应及时用药，否则会造成不可收拾的后果。本病潜伏期很短，一般为半天至一天，半天以下及二天以上者不多。主诉眼部红肿、疼痛、流泪、视力障碍和分泌物增

加。眼部情况：早期可见角膜出现浸润，部位不定，一般发生在外伤或不健康有角膜处，浸润约1毫米直径大小，呈灰白色。裂隙灯下，角膜浸润处表面稍隆起，其四周及深部有弥漫性水肿。部分病例可有角膜内皮及后弹力层皱褶。角膜后出现细小灰白及棕色沉淀物。丁道尔氏现象常为阳性。发病后1~2天，浸润处很快形成圆形、环形或半环形半透明油脂状和轻度隆起的灰白色坏死区。坏死组织富有粘性，依附于溃疡四周或政治家角膜表面。前房可出现少量淡黄色积脓，此时患者常表现剧烈眼痛有视力障碍，眼睑浮肿及睫状充血显著。2~3天后溃疡迅速向中心部扩大，并向深部发展，最后成为直径5~8毫米的坏死区，而仅在角膜的四周边部留有1~2毫米宽的透明边缘区。大量灰白色粘稠的角膜坏死组织，可附着于眼睑睫毛上，形成脓样分泌物。坏死组织一经脱落，角膜表面即变为毛玻璃样，色灰白，并略呈扁平状。前房积有大量黄色脓液，甚至布满整个前房。随着溃疡的继续发展和坏死组织的不断脱落，变薄的角膜部分反抗不住正常的或升高的眼内压，乃略前作弧形膨出。在坏死角膜组织中心，开始显露一小点虹膜（表示穿孔、虹膜脱出），然后逐渐增大，可达到整个角膜的一半，结果形成角膜前粘性白斑或角膜葡萄肿。治疗工作着重于保护正常角膜不受损伤，防止溃疡的蔓延扩散，以及杜绝感染细菌来源。从事体力劳动者，都应采取适当保持措施，预防角膜外伤。一切眼科检查或治疗用药及器械，必须实行严格消毒，注重保藏，定期调换，防止污染，尤其是用于挑除异物的用具。对一切机械性、化学性或物理性角膜外伤，必须常规滴用抗绿脓杆菌药品（常用0.5%链霉素）以预防感染。用于绿脓杆菌病人的棉球敷

料均应专门处理或焚烧。 预防及预后【预防】 治疗上近来由于多粘菌素的应用，已能控制感染。在治疗在应尽可能做到：

- 使溃疡不再扩大。
- 防止溃疡发生穿孔。
- 防止虹膜睫状炎后遗症，主要是瞳孔后粘连的发生。

应根据各阶段病变的不同情况给予不同处理。在溃疡阶段，细菌高度生长繁殖，此时压倒一切的任务是杀灭菌或抑制其活动。当临床疑为本病时，在细菌培养结果尚未证实之前，即应进行抢救处理。根据我们的经验，抗生素中以多粘菌素最为有效，庆大霉素或链霉素次之。最近曾有人报导用中药四季青静脉滴注治疗一例；磺苄基青霉素（SB-PC）点眼对此病也有一定疗效。也有人主张用国产庆大霉素为主同时用板层角膜移植术治疗绿脓杆菌性角膜溃疡。多粘菌素每次球结膜下注射17万单位，庆大霉素为2万~4万单位，链霉素为0.3~0.5克，均为天天一次。一般经过3~6次注射后，即可控制感染。最近我们采用滴高浓度抗生素于结膜囊内的给药途径，效果较为满足。首选药物，多粘菌素5万单位/毫升或1%磺苄西林药水，其次庆大霉素8,000单位/毫升及5%链霉素。用药方法：开始四小时内，每5~10分钟给药一次，以后改为每半小时一次。溃疡开始愈合可改为每小时一次。自用药开始，一般可在1~2天内达到控制感染。10~15天溃疡可以愈合，效果可与球结膜下注射相比拟。用5~10%链霉素药水亦有一定疗效。但全身静脉滴注与肌肉注射对该病无明显效果。在此阶段，瞳孔必须用阿托品分扩大。通过治疗，如疼痛及刺激症状减轻，分泌物减少，角膜溃疡局限化，表面坏死组织脱落，溃疡面变为清洁，以及前房积脓减少等，则说明溃疡已经基本得到控制。此时细菌培养可转为阴性。从细菌培养阴性，溃疡局

限化起，至溃疡面上皮完全愈合为止，为炎症的修补恢复阶段。治疗方针防止绿脓杆菌感染复发或其它菌属的继发感染，以及促进溃疡面的愈合过程。除继续滴用上述药物（但次数可以减少）外，还应加用15~30%磺胺醋酰钠药水多次，结膜囊内涂适当的眼药膏，局部进行热敷及扩瞳，口服各种维生素等。自溃疡表面愈合时起，直到完全变为瘢痕为止，为基质复原阶段。此期用药目的为促进基质剩余浸润及水肿的吸收，减少瘢痕形成，局部可加用皮质激素治疗。对于溃疡长期不愈合、前房大积脓或溃疡已成穿孔、眼部剧烈疼痛、视力完全丧失的病例，也应尽可能继续采用姑息疗法，切不可贸然行眼球摘除内容挖出术。因为根据病理报告，炎症有时仅局限在眼球前半部，而互玻璃体和视网膜等组织可仍完整无恙。我们熟悉只有在全眼球炎或角膜溃疡穿孔面积达40%以上，估计最后必然形成葡萄肿情况下，才考虑摘除眼球等毁坏性手术。近几年来我们对于大的溃疡穿孔，为免于摘除眼球或造成角膜葡萄肿，也曾试行角膜穿透移植以拯救眼球，术后有的病人不但保留了眼球，而且还保存光感的视力。【预后】本病是最凶猛的角膜溃疡之一，预后差。但如能早期作出诊断，并及时采取有效治疗，则视力影响亦可不大显著。我院曾系统地观察本病100例以上，其中能早期就诊而明确诊断者，经过采用前述治疗方法，溃疡愈合后留下瘢痕，直径一般不超过1~2毫米，且多局限于浅层基质。位置不在瞳孔区者，一般影响视力不显著。即使瘢痕位于角膜中心的部分病例，其视力亦可在0.5以上。但晚期就诊或治疗不及时的病例，则常形成较大的斑翳或白斑。直径常达3~8毫米左右，瘢痕致密，涉及角膜全层，组织变薄，约为正常

角膜厚度的 $\frac{1}{3} \sim \frac{3}{4}$ 不等，表面扁平，有时尚伴有新生血管，明显影响视力。白斑直径在8毫米以上，或伴有前粘连者，其视力可降至光感或手动，有时尚可发生继发性青光眼，预后更差。如就诊时，溃疡已经穿孔，并伴有虹膜大片脱出，或继发眼内感染，则须行眼球摘除或眼内容挖出术。100Test
下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com