

沙眼 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__E6_B2_99_E7_9C_BC_c22_309217.htm 名称沙眼所属科室眼科病因沙眼的分泌物能传染此病，早为人们所知。1907年Halberstaedter与Von Prowazek用光学显微镜和Giemsa染色，在沙眼结膜上皮细胞内发现包涵体，即上皮细胞内有红蓝色原体及深蓝色始体颗粒聚集，此包涵体具有基质（matrix），颇似外衣包围，被误称为“衣原体”。此后，相继有不少研究，但一直未分离出病原。1954年我国汤飞凡与张晓楼合作，在检查治疗大量病人的同时，采取病人眼部分泌物给猴眼接种，并同时将沙眼患者的分泌物接种小白鼠脑内试行分离培养，但结果完全阴性。1955年改用鸡胚接种，并注重选择活动性、无并发症及未经药物治疗的沙眼病例，使用链霉素杀灭标本中的细菌，终于在1956年首次分离培养成功。从此在世界上掀起沙眼研究的新热潮。由于此病原体能通过细菌滤器，寄生在细胞内，并形成包涵体，故当时认为是一种病毒。又认其大小、形态与一般病毒不同，称之为非典型或大型病毒。后经各国学者进一步研究了它的分子生物学及代谢机能等，证实它具有RNA和DNA及一定的酶，以二分裂的方式繁殖，具有细胞膜及壁并对抗生素敏感等，这些不符合病毒应有的基本性质。而与G细菌有很大程度的相似之处。1971年Storz和Page提出将这类微生物另立一目，称衣原体。1974年出版的《Bergey细菌鉴定手册》接受了这一分类：将其归入原核细胞界，薄壁菌门，立克次体纲，衣原体目、衣原体科、衣原体属、衣原体种，包括沙眼包涵体结膜炎衣原体种及鹦鹉热衣原体种。1989年出版的该手册第10版中，又新加入肺炎衣原体种。

沙眼包涵体性结膜炎衣原体种再分为沙眼、淋巴肉芽肿及鼠肺炎三个生物变种。其中沙眼生物变种从抗株性上又分为A、B、Ba、C、D、E、F、G、H、I、J、K等12个免疫型，淋巴肉芽肿生物变种可分为L1、L2及L3等3个免疫型。一般来说，地方流行性致盲沙眼大多由A、B、Ba及C型所致，有些作用称这几型大多由流行性沙眼衣原体组；而D~K型主要引起生殖泌尿系感染；如尿道炎、宫颈炎、附睾炎等，以及包涵体性结膜炎，故称眼-生殖泌尿组衣原体。1966年我国的王克乾、张晓楼等采用小鼠毒素保护试验，将我国不同地区10年间分离的46种沙眼衣原体分成 、 两种免疫型， 型以TE-55样为代表， 型以TE-106样为代表，两型比例为2 : 1。但 、 两型和上述15种沙眼衣原体免疫型的对应关系一直不能肯定。张力、张晓楼等（1990）用微量免疫荧光试验（Micro immunofluorescence Test）对中国华北沙眼流行区沙眼衣原体免疫型进行检测，结果表明我国华北地区沙眼流行以B型为主，C型次之。沙眼衣原体可感染人的结膜、角膜上皮细胞。在其生活周期中有两个生物相：原体（elementary body）是感染相，大小约0.3 μ m，无感染性。原体侵入宿主细胞后，在胞浆内发育转变为始体，以二分裂方式，形成子代原体。胞浆内布满后则破裂释放出原体，游离的原体再侵入正常的上皮细胞，开始新的周期。每一周期约为48小时。沙眼原发感染，愈后可不留瘢痕。但在流行地区，卫生条件差，常有重复感染。原发感染已使结膜组织对沙眼衣原体致敏，再遇沙眼衣原体时，则引起迟发超敏反应。沙眼在慢性病程中，常有急性发作，可能就是重复感染的表现。多次的反复感染，加重原有的沙眼血管翳及瘢痕形成，甚至睑板肥

厚变形，引起睑内翻倒睫，加重角膜的混浊，损害视力，甚至失明。除重复感染外，合并其他细菌性感染，也使病情加重。病理沙眼衣原体仅侵入睑结膜及穹隆结膜上皮细胞，但引起的病理变化则达深部组织。首先表层上皮细胞表现变性脱落，而深层者则增生，随着病程发展，上皮细胞增生很快，使上皮层不再平滑，而形成乳头。乳头的实质里有扩张的微血管、淋巴管与淋巴细胞。于此同时结膜上皮组织即发生弥漫性淋巴细胞浸润，同时有限局性聚集，形成滤泡。滤泡中心部有很多淋巴母细胞、巨噬细胞及网织细胞，其四周则为大量的小淋巴细胞。承受病程的进展，滤泡发生变性，继而结缔组织增生形成瘢痕。睑板亦有弥漫性淋巴细胞浸润而致肥厚，严重者结缔组织增生，使之变形。角膜血管翳皆自上方角膜缘开始，角膜微血管扩张并向角膜中心部分发展，伴有细胞浸润，初位于浅层，继则向角膜下方及深层发展。初呈垂帘状，严重者可侵及全部角膜。临床表现潜伏期约为5~12日。通常侵犯双眼。多发生于儿童少年时期。1.症状多为急性发病，病人有异物感、畏光、流泪，很多粘液或粘液性分泌物。数周后急性症状消退，进入慢性期，此时可无任何不适或仅觉眼易疲惫。如于此时治愈或自愈，可不留瘢痕。但在慢性病程中，于流行地区，常有重复感染，病情加重。角膜上有活动性血管翳时，刺激症状变为显著，视力减退。晚期常因后遗症，如睑内翻、倒睫、角膜溃疡及眼球干燥等，症状更为明显，并严重影响视力，甚至失明。2.体征

急性沙眼：呈现急性滤泡结膜炎症状，睑红肿，结膜高度充血，因乳头增生睑结膜粗糙不平，上下穹隆部结膜满面滤泡，合并有弥漫性角膜上皮炎及耳前淋巴结肿大。数周后急

性炎症消退，转为慢性期。 慢性沙眼：可因反复感染，病程迁延数年至十多年。充血程度虽减轻，但与皮下组织有弥漫性细胞浸润，结膜显污秽肥厚，同时有乳头增生及滤泡形成（图1），滤泡大小不等，可显胶样，病变以上穹隆及睑板上缘结膜显著。同样病变亦见于下睑结膜及下穹隆结膜，严重者甚至可侵及半月皱壁。角膜血管翳：它是由角膜缘外正常的毛细血管网，越过角膜缘进入透明角膜，影响视力，并逐渐向瞳孔区发展，伴有细胞浸润及发展为浅的小溃疡，痊愈后可形成角膜小面。细胞浸润严重时可形成肥厚的肉样血管翳（*pannus crassus*）。在慢性病程中，结膜的病变逐渐为结缔组织所取代，形成瘢痕。最早出现在上睑结膜的睑板下沟处，呈水平白色条纹，以后逐渐呈网状，待活动性病变完全消退，病变结膜全部成为白色平滑的瘢痕。沙眼的病程和预后，因感染轻重与是否反复感染有所不同。轻者或无反复感染者，数月可愈，结膜遗留薄瘢或无明显瘢痕。反复感染的重症病人，病程可缠绵数年至十多年，慢性病种中，可由其他细菌感染和重复感染时则常呈急性发作。最后广泛结瘢不再具有传染性，但有严重的并发症和后遗症，常使视力减退，甚至失明。为了防治沙眼和调查研究的需要，对沙眼有很多临床分期的方法。我国1979年全国第二届眼科学术会讨论时，重新制定了沙眼的分期：

期——进行期：即活动期，乳头和滤泡同时并存，上穹隆结膜组织模糊不清，有角膜血管翳。

期——退行期：自瘢痕开始出现至大部变为瘢痕。仅残留少许活动性病变为止。

期——完全结瘢期：活动性病变完全消失，代之以瘢痕，无传染性。同时还制定了分级的标准：根据活动性病变（乳头和滤泡）占上睑结

膜总面积的多少，分为轻（ ）、中（ ）、重（ ）二级。

占1/3面积以下者为（ ），占1/3~2/3者为（ ），占2/3以上者为（ ）。并确定了角膜血管翳的分级法：将角膜分为四等分，血管翳侵入上1/4以内者为（ ），达到1/4~1/2者为（ ），达到1/3~3/4者为（ ），超过3/4者为（ ）。国际上较为通用者为MacCallan分期法：

期mdash.浸润初期：睑结膜与穹隆结膜充血肥厚，上方尤甚，可有初期滤泡与早期角膜血管翳。

期mdash.活动期：有明显的活动性病变，即乳头、滤泡与角膜血管翳。 期mdash.瘢痕前期：同我国第 期。

期mdash.完全结瘢期：同我国第 期。诊断典型的沙眼，临床上根据睑结膜有乳头和滤泡增生，角膜血管翳及结膜瘢痕的出现，较轻易诊断。对早期沙眼的诊断尚有一定困难。有时只能初步诊断为rdquo。

根据1979年中华医学会眼科分会的决定，沙眼诊断依据为： 上穹隆部和上睑板结膜血管模糊充血，乳头增生或滤泡形成，或二者兼有。 用放大镜或裂隙灯检查可见角膜血管翳。 上穹隆部或/和上睑结膜出现瘢痕。

结膜刮片有沙眼包涵体。在第1项的基础上，兼有其他3项中之一者可诊断沙眼。疑似沙眼者：上穹隆部及眦部

结膜充血，有少量乳头（乳头为正常组织）增生或滤泡，并已排除其他结膜炎者。鉴别诊断 1.结膜滤泡症（conjunctival folliculosis）

常见于儿童，皆为双侧，无自觉症状。滤泡多见于下穹隆部与下睑结膜。滤泡较小，大小均匀相似，半透明，境界清楚，滤泡之间的结膜正常，不充血，无角膜血管翳，无瘢痕发生。沙眼的滤泡多见于上穹隆部与上睑结膜，混浊不清、大小不等、排列不整洁，并有结膜充血和肥厚等症

状。 2.慢性滤泡性结膜炎（chronic follicular conjunctivitis）常

见于学龄儿童及青少年，皆为例，颗粒杆菌（*B.granulosis*）可能为其病因。晨起常有分泌物，眼部有不适感。滤泡多见于下穹隆与下睑结膜，大小均匀，排列整洁；结膜虽充血，但不肥厚；1~2年后自愈，无瘢痕形成；无角膜血管翳。

3. 春季结膜炎（*vernal conjunctivitis*）此病有季节性，主要症状为刺痒。睑结膜上的乳头大而扁平且硬，上穹隆部无病变，易于鉴别。分泌物涂片中可见嗜酸细胞增多。

4. 包涵体结膜炎（*inclusion conjunctivitis*）成年人与新生儿包涵体性结膜炎在结膜刮片中皆可见包涵体，其形态与沙眼包涵体相同，难以分别。但包涵体性结膜炎皆以急性开始，滤泡皆以下穹隆部与下睑结膜为著，无角膜血管翳，数月甚至1年即可自愈，并不形成瘢痕，可与沙眼鉴别。治疗自磺胺及抗生素应用后，沙眼治疗上有了显著进行。实验研究证实，利福平、四环素、金霉素、土霉素、红霉素、磺胺及氯霉素等对沙眼衣原体有抑制作用。

1. 局部用药 0.1%利福平或0.5%金霉素或四环素眼药水每日滴眼3~6次，效果较好。但此类药物水溶后，数周即逐渐失效，需重新配制。若制成眼药膏或混悬液可保存较久。10%~30%磺胺醋酰钠和0.25%~0.5%氯霉素眼药水易于保存，效果亦佳。前述各药一般需持续用药1~3个月。亦可行间歇疗法即用药3~5日后，停药2~4周，再行用药，效果亦佳，易于坚持，对于大部分结膜而仍有残余乳头增生者，可以硫酸铜笔腐蚀，促进结膜。2. 全身治疗 急性期或严重的沙眼，除局部滴用药物外，成人可口服磺胺制剂等。连续服用7~10天为一疗程，停药1周，可再服用。需2~4个疗程，应注重药物的副作用。3. 手术治疗 乳头增生严重的，可行药物摩擦，以棉签或海螵蛸棒蘸磺胺或四环

素，摩擦睑结膜及穹隆结膜。滤泡多者行压榨术，局麻下以轮状镊子挤破滤泡，排出其内容，同时合并药物治疗，促进痊愈。对消眼的后遗症如少数倒睫可行电解术，睑内翻倒睫者，需作手术矫正。预防及预后 沙眼衣原体常附在病人眼的分泌物中，任何与此分泌物接触的情况，均可造成沙眼传播感染的机会。因此，应加强宣传教育，把防治眼病的知识传给群众，贯彻预防为主方针。培养良好卫生习惯。不用手揉眼，毛巾、手帕要勤洗、晒干；托儿所、学校、工厂等集体单位应分盆分巾或流水洗脸，对沙眼病人应积极治疗，加强理发室、浴室、旅馆等服务行业的卫生治理，严格毛巾、脸盆等消毒制度，并注重水源清洁。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