中西医结合治疗真菌性角膜炎 120 例临床分析

付玉琦

（山东省聊城国际和平医院　聊城 252000）

关键词：真菌性角膜炎；中西医结合疗法；氟康唑

中图分类号：R 772.21　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.054

真菌性角膜炎是一种致盲率很高、治疗棘手、严重危害视功能的感染性眼病，到目前为止仍然没有较为理想的治疗方法。我们采用中西医结合的方法治疗真菌性角膜炎 120 例，取得了较好的效果。现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　收集 2001 年 1 月 ~2009 年 12 月聊城国际和平医院门诊及住院治疗的患者 120 例，男 90 例，女 30 例；双眼同时患病 7 例，单眼患病 113 例；年龄在 50 岁以上者 95 例(79.2%)，20~50 岁 19 例(15.8%)，20 岁以下 6 例(5.0%)；农民 77 例，工人 25 例，学生 5 例，其他职业 13 例。发病原因：植物性外伤 80 例(66.7%)，铁、沙、石粒等异物 30 例(25.0%)，长期配戴接触镜 5 例(4.2%)，原因不明 5 例(4.2%)。发病时间 3~30d，平均 7~10d。病变情况：轻度 41 例，中度 70 例，重度 9 例。

1.2　诊断依据　(1) 用无菌圆刀片刮取角膜炎症处和溃疡底部坏死组织，10%KOH 处理后，显微镜下检查，有真菌菌丝或 / 和孢子。(2)刮取物培养：将刮取物直接接种于琼脂培养基中，经培养 1 周后，有真菌生长者，可确诊[1]。

1.3　临床表现　视力 <0.1 者 29 例，0.1~0.5 者 85 例，0.5 以上者 6 例。患眼有不同程度的眼疼、畏光、流泪、异物感等症状。眼部混合性充血，角膜苔垢样溃疡，边界不清，薄厚不匀，表面干而粗糙，部分患者伴有前房积脓。

1.4　临床分型　临床分为轻、中、重三度。(1)轻度：溃疡 <5mm，病变限于角膜表层，病灶外角膜透明，没有或有少量前房积脓。(2) 中度：5mm ≤ 溃疡 <7mm，病变侵及角膜实质中层，周围角膜浸润水肿，有角膜内皮斑，前房积脓。(3)重度：溃疡 ≥ 7mm，病变侵及角膜实质深层，有后弹力层膨出或小穿

气性喉鸣 48 例，声音嘶哑 50 例，吸气性呼吸困难 18 例。对照组 54 例，发热 34 例，吸气性喉鸣 45 例，声音嘶哑 46 例，吸气性呼吸困难 17 例。全部病例均符合Ⅰ°~Ⅱ° 喉梗阻诊断标准[1]。

1.2　方法　两组常规给予抗感染、镇静、吸氧等治疗，治疗组加用普米克令舒 0.5mg，加生理盐水 2mL，以高压泵驱动雾化吸入，每天 2 次，每次 5~10min，疗程 3d。

1.3　疗效判断　显效：治疗 1d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣基本消失，吸气性呼吸困难完全缓解。有效：治疗 2d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣明显好转，吸气性呼吸困难基本缓解。无效：治疗 3d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣无明显改善，吸气性呼吸困难有所减轻。

1.4　结果　治疗组声音嘶哑消失时间、吸气性喉鸣消失时间、吸气性呼吸困难缓解时间均较对照组明显缩短，无 1 例出现毒副作用。治疗组总有效率 85.71%，对照组总有效率 70.37%，经统计学处理，$\chi^2=5.14$，$P<0.05$，差异显著。见表 1。

表 1　两组疗效对比　例

	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	26	22	8	85.71
对照组	54	20	18	16	70.37

2　讨论

糖皮质激素具有减轻充血，降低毛细血管通透性，抑制炎症细胞向炎症部位移动，阻止激肽类、组胺、慢反应物质等炎性介质的产生，抑制吞噬细胞功能，稳定溶酶体膜，阻止补体参与炎症反应及其免疫抑制作用。普米克令舒（布地耐德）是一种强效的激素类药，其抗炎活性是氢化可的松的 600 倍，能迅速减轻气道的炎症反应，使黏膜肿胀消除，渗出减少[2]，且雾化吸入为局部用药，减少了全身用药带来的不良反应。本文应用普米克令舒局部雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎，消除吸气性呼吸困难、声音嘶哑及吸气性喉鸣效果显著，可有效控制病情，防止喉梗阻的加重，且无 1 例出现毒副作用，患儿及家属更容易接受，同时缩短了住院时间，减少了经济费用，操作简单，设备投入不高，值得临床推广。

参考文献

[1]胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第 7 版.北京：人民卫生出版社，2002.1 143,1 162

[2]杨芳.布地奈德、沙丁胺醇、异丙托溴铵三联吸入治疗毛细支气管炎的疗效观察[J].中国小儿急救医学,2006,13(6)：568

（收稿日期：2010-06-24）

孔，前房积脓多。

1.5 治疗方法

1.5.1 一般治疗 剪睫毛，冲洗结膜囊，按照无菌操作，做角膜表面麻醉，结膜下注射 20g/L 利多卡因做浸润麻醉。刮去病灶物，取其镜检。病灶小者，一次刮除干净；较大者，分次刮除。阳性者，切记完全彻底清除病灶，同时用 10g/L 聚维酮碘液涂抹溃疡面。

1.5.2 眼局部用药 用 0.5%氟康唑眼药水点眼，q 2h，用 10g/L 阿托品常规散瞳。怀疑合并细菌感染者，加用广谱抗生素眼药水点眼；怀疑合并病毒感染者，加用抗病毒眼药水点眼。

1.5.3 口服中药 根据“风热相搏于眼而患眼疾”的中医药理论以及“病在上，发而散之”的中医传统治疗原则，选用清热解毒、祛风散热中药进行治疗。基本方剂：荆芥、防风、羌活、独活、前胡、薄荷、金银花、蒲公英、大青叶、菊花、决明子、黄芩、柴胡、桔梗。每日 1 剂，水煎内服。

1.5.4 口服或静滴氟康唑 氟康唑属于三唑类广谱抗真菌药，口服吸收良好，生物利用度为 90%，服药后 0.5~1.5h 血中药物浓度达高峰，血浆半衰期 3h[2]。根据病情选择口服用药还是静脉给药，根据轻、中、重度决定用药剂量，成年人一般口服量 100~300mg/d，静滴量 100~200mg/d。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈：溃疡愈合，荧光素染色阴性，前房积脓吸收，角膜水肿消失，后弹力层皱褶消失。好转：溃疡大部分愈合，前房积脓减轻或消失。无效：溃疡无变化或扩大，前房积脓增加或角膜穿孔。

2.2 治疗效果 120 例中治愈 90 例(75.0%)，其中包括轻度 41 例，中度 48 例，重度 1 例；好转 23 例(19.2%)，其中包括中度 22 例，重度 1 例；无效 7 例(5.8%)。视力最后检查：提高 5 行以上者，70 例；1~5 行者，41 例；无提高者，9 例。疗程：10~60d，平均 25d。

3 讨论

真菌性角膜炎是一种难治性眼病，即使明确诊断、用药及时，仍有部分患者不能控制病情，所以真菌性角膜炎应以预防为主。早期诊断、早期治疗及采用中西医结合等综合治疗方法，可取得满意的效果。否则，预后非常差，甚至导致摘除眼球[3]。近年来，该病患病率有明显增加，似与抗生素的广泛应用、皮质类固醇的滥用有关。尤其局部大量应用，打破了结膜囊菌群共生平衡状态，加之外伤后角膜组织抵抗力下降，使得真菌在角膜内和结膜囊内大量生长增殖而致病。建议医务人员一定要合理应用抗生素和激素，这是预防该病的重要措施。

刮除病灶，用聚维酮碘涂抹创面，使药物直接作用于菌体，杀死真菌的作用明显。聚维酮碘系表面活性剂聚乙烯吡络烷酮与碘的络合物，其游离碘浓度高，杀菌力强，为广谱杀菌剂。聚维酮碘的作用机制为：作为载体将络合的碘释放到细胞膜上，游离碘与菌体蛋白结合使之变性、氧化，迅速杀死病原体。氟康唑是广谱抗真菌药，具有抗真菌活性高、水透性好、半衰期长、眼内穿透性强、全身应用能透过血 - 脑屏障的特点，适合眼科应用[4]。中药治疗真菌性角膜炎，有其不可忽视的特殊疗效。羌活、独活、荆芥、防风和前胡、薄荷，同方并用能起到温凉发散、祛风升散的作用；金银花、蒲公英、大青叶相辅相成，共起清热解毒功效；真菌性角膜炎以热证、实证多见，故用黄芩清除湿热，根据现代医学研究，黄芩有调整机体免疫的功能，能促进溃疡面愈合，防止复发；菊花、决明子有清热明目之效；桔梗载诸药上行于眼。本研究结果显示，中西医结合治疗真菌性角膜炎的治愈率和有效率分别为 75.0%和 94.2%。提示中西医结合治疗真菌性角膜炎疗效较好，值得临床应用。

参考文献

[1]Gaudio PA,Gopinathan U,Sangwan V,et al.Hughes TE.Polymrase chain reaction based detection of fungi in infected corneas [J].Br J Ophthalmol,2002,86(7):755-760

[2]冯国旗,孙玉信.常用药物暨别名速查手册[M].北京：科学出版社,2001.175

[3]葛坚.眼科学[M].北京：人民卫生出版社,2005.6

[4]冯广忠,白洁.真菌性角膜炎的早期诊断及治疗方法的探讨[J].国际眼科杂志,2008,8(8)：1 688

（收稿日期：2010-08-20）

（上接第 49 页）方中重用川芎能活血行气，祛风止痛，为“血中之气药”，性善走散，能上行头目，可扩张脑血管、改善脑循环，有明显抗血小板聚集、抗血栓形成的作用；赤芍、当归、延胡索、三七粉能活血止痛；蜈蚣、全蝎能够入络搜风；白芷、细辛能疏风散寒止痛。诸药合用，能够降低血黏度，增加脑血流量，降低血管外周阻力，抑制大脑皮层及调节血管舒缩功能，起到稳定情绪、调节失眠等作用，对偏头痛尤为适用，且疗效好，不良反应少，值得临床应用。

（收稿日期：2010-06-24）