

23.33%,联合治疗组有效率达50.00%,两组之间的差异具有统计学意义($P<0.05$)。研究表明超龄弱视患儿经系统治疗依然有可能提高视力,联合治疗的疗效明显优于传统的物理治疗。分析原因可能是超龄弱视患者视网膜长期缺血,经复方樟柳碱治疗后,视网膜缺血状况明显改善,提高了对物理疗法的敏感性。弱视眼P-VEP检查表现为 P_{100} 波潜伏期延长,波幅降低。本组患者治疗后 P_{100} 波潜伏期恢复正常,波幅增加。联合治疗组治疗后与治疗前的P-VEP对比,潜伏期缩短,振幅增加,差异有统计学意义($P<0.01$);物理治疗组治疗后与治疗前的P-VEP对比,潜伏期缩短,差异有统计学意义($P<0.05$),振幅改变的差异无统计学意义($P>0.05$)。表明弱视治疗对视神经传导功能明显改善。治疗后两组间P-VEP对比,联合治疗组 P_{100} 的潜伏期较短,振幅较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明联合治疗组在改善视神经传导功能方面优于对照组。联合治疗组用药后血压、血常规、尿常规、肝肾功能均无异

常,无不良反应,表明应用复方樟柳碱在治疗剂量内是安全的。本组病例样本量少,不便根据弱视类型及年龄段分组观察比较;观察期较短,故仍需长期随访观察。

参考文献

- 1 周荣芬,杨漪,房勤茂,等.弱视眼血流的彩色多普勒超声研究.中国超声诊断杂志2001;2(10):3
- 2 彭娟,胡秀文,高丹宇,等.复方樟柳碱注射液在眼科的临床应用.国际眼科杂志2007;7(3):1124-1127
- 3 中华眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组.弱视的定义、分类及疗效评价标准.中国斜视与小兒眼科杂志1996;4(3):97
- 4 Dadeya S, Vats P, Malik KP. Levodopa/carbidopa in the treatment of amblyopia. *Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2009;46(2):87-92
- 5 Campos EC, Fresina M. Medical treatment of amblyopia: present state and perspectives. *Strabismus* 2006;14(2):71-73
- 6 宋琛.缺血性眼病治疗新概念.北京:人民军医出版社2005:96-98
- 7 陆孟婷,陶永贤,李平华,等.复方樟柳碱联合物理疗法治疗弱视的观察研究.医学参考2008;1(3):13

· 短篇报道 ·

隐翅虫性眼部损伤误诊9例

张 劲

作者单位:(435000)中国湖北省黄石市第一医院眼科
作者简介:张劲,男,本科,主治医师,研究方向:角膜病、眼外伤。
通讯作者:张劲. zjingde666@yahoo.com.cn
收稿日期:2012-02-10 修回日期:2012-05-02

张劲. 隐翅虫性眼部损伤误诊9例. 国际眼科杂志2012;12(6):1206-1207

0 引言

隐翅虫皮炎临床上较常见,但隐翅虫引起的眼部损伤则报道甚少,其体内的强酸性毒素是引起眼部损伤的直接原因,常致患者出现剧烈、难以忍受的眼部刺痛,甚至影响视力。因起病急,患者较少能准确提供昆虫接触史及保留虫体,眼科医生缺少皮肤病学相关知识和临床经验,首诊时容易误诊而延误治疗。误诊率可达36.57%^[1]。现就我院近年来收治的9例重症隐翅虫性眼部损伤的误诊资料作回顾性分析,探讨误诊原因、鉴别要点、治疗方法及防范措施,以提高诊疗水平。掌握隐翅虫性眼部损伤的临床特点,可避免误诊,及时治疗,本病一般预后良好。

1 临床资料

病例1:男,46岁。因双眼接触紫外线光3d伴左眼灼痛,畏光,流泪2d来我科就诊。门诊首诊为“左眼电光性眼炎”,曾予抗炎,贝复舒眼膏及对症治疗2d,因症状无好转,左眼红肿,剧烈灼痛,视力下降再次就诊,以“左眼睑接触性皮炎,角膜炎”收治。查体:左眼睑见条索状水肿性红斑,其上有密集排列的小丘疹,左眼混合充血(+),表

面麻醉下裂隙灯显微镜检查角膜雾状混浊,有散在斑片状上皮缺损,前弹力层轻度水肿,荧光素染色(+),前房房水清,虹膜及瞳孔可。追问病史,诉发病前曾有小黑飞虫爬过面部,拍死虫子后揉过左眼,带拍死的飞虫请皮肤科会诊,确诊为“隐翅虫性睑皮炎,隐翅虫性结角膜炎”。予50g/L碳酸氢钠液眼睑湿敷,渗液减少后用氧化锌油外涂(禁入眼内),2~3次/d。左眼散瞳,点皮质激素眼药水,贝复舒眼膏,静脉使用激素及抗生素治疗,经治疗7d左眼睑皮损消失,角膜刺激症状消失,结膜无充血,角膜透明,角膜荧光素染色(-),视力恢复至伤前,痊愈出院。

病例2:女,48岁。因右眼突剧痛,视力下降3d伴头痛,恶心,呕吐2d就诊。患者曾在外院眼科首诊为急性闭角型青光眼,眼压指诊T+2,予200g/L甘露醇,10g/L匹罗卡品降眼压治疗2d,头眼痛无好转,右眼睑现红斑脓疱我院,以右眼病毒性皮炎及角膜炎收治。查体:右眼视力0.5,右眼睑轻度肿胀,见斑片状水肿性红斑,其上有密集排列的小丘疹及脓疱,混合充血(++),表面麻醉下裂隙灯显微镜检查角膜雾状混浊,基质水肿,角膜点状上皮脱落,荧光素染色(+),前房闪辉,瞳孔无散大,对光反射正常,眼压20mmHg。详问病史,诉发病前曾有小黑飞虫爬过眼部,拍打虫子后揉过右眼,虫子似蚂蚁状,请皮肤科会诊,根据隐翅虫特征性皮损表现,排除其他具有眼痛畏光溢泪症状的疾病,确诊为“隐翅虫性睑皮炎,隐翅虫性结角膜炎”。用生理盐水清洗,给予50g/L碳酸氢钠注射液局部湿敷,氧化锌油外涂(禁入眼内),2~3次/d。左眼散瞳,点皮质激素眼药水,贝复舒眼膏,静脉使用激素及抗生素治疗,经治疗8d左眼睑皮损消失,皮肤局部留有色素沉着,角膜刺激症状消失,结膜无充血,角膜透明,角膜荧光素染色(-),右眼视力1.0,痊愈出院。

病例3:女,43岁。因右眼睑、额部皮肤疱疹伴右眼红痛,羞明4d就诊。患者曾在外院眼科首诊为右眼带状疱疹

疹性睑皮炎并角膜炎,予抗病毒药物治疗 3d,右眼红痛无好转且视物模糊。查体:右眼睑中度红肿,额部及眼睑皮肤见条索状水肿性红斑,其上见密集排列的小水泡及脓疱超过中线,压痛(+),右眼混合充血,表面麻醉下裂隙灯显微镜检查角膜雾状混浊,角膜上皮大片点状脱落,基质水肿,荧光素染色(+),前房闪辉,瞳孔等圆等大,对光反射正常,耳前及颌下淋巴结肿大。患者自诉发病前,拍死揉捏过一小黑飞虫并摸过右眼,请皮肤科会诊,根据隐翅虫特征性皮损表现,确诊为“隐翅虫性睑皮炎并结角膜炎”。用生理盐水清洗,给予 50g/L 碳酸氢钠注射液局部湿敷,氧化锌油外涂(禁入眼内),2~3 次/d。右眼散瞳,点皮质激素眼药水,贝复舒眼膏。抗组胺,静脉使用激素及抗生素治疗。经治疗 10d 左眼睑皮损消失,皮肤局部留有褐色色素沉着,角膜刺激症状消失,角膜留有少数点状云翳,荧光素钠染色(-),视力恢复至伤前,痊愈出院。

2 讨论

隐翅虫目前发现有 250 种以上,其中的毒隐翅虫才有致病性^[2]。它是一种黑色小蚁状飞虫,头黑色,胸部桔黄色,前腹部为黑色鞘翅所覆盖。只有当人体被其叮咬或被拍击、压碎,其体内的强酸性毒素(pH1~2)流出,才引起接触部位损害。当强酸性毒素沾染眼部后可致眼睑、结膜及角膜损伤。其损害程度与强酸性毒素带入眼部的量呈正相关,还与接触面及伤后处理有关。7~9mo 是发病高峰期,患者常因剧烈、难以忍受的眼部刺灼痛,视力下降,甚至伴有头痛、恶心、呕吐而首诊于眼科,由于患者多为晨起发现皮损,起病急,较少能准确提供昆虫接触史,因本病眼部损害的临床报道甚少,眼科医生缺乏皮肤病学相关知识和临床经验,认知度低,重视不够,询问病史不详,检查不仔细,仅根据 1~2 种相似临床表现草率诊断,首诊时易发生误诊而延误治疗,加重病情,误诊率可达 36.57%。

本组 9 例重症患者中,仅 2 例首诊时能明确昆虫接触史,均出现剧烈、难以忍受的眼部刺灼痛,眼睑皮损,畏光、流泪,视物模糊不清,1 例伴头痛、恶心呕吐等症状。累及结、角膜者出现球结膜充血水肿,角膜雾状混浊,角膜上皮糜烂,基质水肿,荧光素染色阳性等体征。其临床表现与一些眼科急症相似,首诊分别误诊为电光性眼炎 3 例、急性闭角型青光眼 1 例、病毒性睑皮炎 5 例,还易误诊为眶蜂窝织炎,眼睑湿疹、接触性皮炎、抓(划)伤,角膜炎等,尤以病毒性睑皮炎居多。

诊断及鉴别诊断要点:毒液接触眼睑皮肤后经数小时可出现条索状、斑片状水肿性红色斑丘疹,皮损的数目、长度、方向各不一致,1~2d 后红斑上现密集排列的小丘疹、水疱或脓疱,可继发糜烂及表皮坏死。为其特征性皮损表现^[3]是诊断的重要依据。鉴别诊断:(1)湿疹发病较慢,

以瘙痒为主,皮损界限不清,对称性。接触性皮炎有接触史可寻,为界限清楚的水肿性红斑。脓疱疮多发生于儿童,眶蜂窝织炎多由邻近组织的细菌感染扩展引起,为局部的红肿热痛,均不形成条索、斑片状皮损。(2)电光性眼炎:有紫外线接触史,皮肤呈潮红状水肿,不形成条索状皮损,容易鉴别。(3)急性闭角型青光眼:当皮损不典型,出现剧烈眼痛,伴头痛、恶心、呕吐等症状,因角膜水肿、糜烂及患者不能配合,未能准确测量眼压时,两者易混淆,但后者为刺灼痛,有皮损,无长期视力下降、眼压升高、瞳孔散大及角膜损伤特点,可做鉴别。(4)带状疱疹性睑皮炎:是带状疱疹病毒感染三叉神经半月节或三叉神经第一支所致,累及第二支者较少见。发病前在受累神经的支配区域常先有剧烈的神经痛。数日后在患侧眼睑、额部皮肤及头皮出现成簇的疱疹,内含透明液体,周围有红晕,但皮损绝不超鼻中线。据上述特点可资鉴别。(5)细菌性或病毒性结、角膜炎者均无眼睑皮损,容易鉴别。

治疗措施:对本病的治疗报道不一^[4,5],无特效治疗方法。重症者我们采用如下方法,简单易行,效果良好。首先用大量生理盐水冲洗清除眼表残余毒素,用弱碱性 50g/L 碳酸氢钠注射液湿敷皮损区,能中和强酸性毒素,清除渗出物,有利于皮损区修复^[6],再予氧化锌油外涂,2~3 次/d。起到收敛、干燥皮肤、防止糜烂创面感染、促进上皮愈合的作用^[7]。结、角膜损伤者,按酸性眼灼伤处理,贝复舒眼膏促进角膜上皮愈合,可早期使用激素,抗组胺药及抗感染治疗,减轻毒素对眼部的继发损伤。本病一般疗程 7~10d 痊愈,愈后皮肤多遗留色素沉着,约 2mo 内消退。

总之,隐翅虫毒素可引起眼睑,结膜及角膜损伤。掌握隐翅虫性眼部损伤的临床特点,可避免误诊。了解隐翅虫的特性有助于本病防治,如清除住所附近杂草,夜间关好纱窗和蚊帐,遇虫及时躲避,不要在皮肤上用手握或拍击虫体,及时清洗虫触部位等,可减少此类疾病的发生。

参考文献

- 1 刘克华. 隐翅虫皮炎 134 例临床分析. 中国医学文摘皮肤科学 2008;25(6):341-342
- 2 张学军. 皮肤性病学. 北京:人民卫生出版社 2006:89
- 3 吴士勇,吴伟. 隐翅虫性角结膜炎 22 例临床分析. 眼科新进展 2009;29(12):948-949
- 4 陈积中,宋汝庸. 隐翅虫性眼睑、结膜、角膜炎. 临床眼科杂志 2002;10(3):237-238
- 5 俸世林. 蛇药片外涂治疗隐翅虫皮炎 126 例体会. 中国医疗前沿 2007;1(2):121
- 6 杨国华. 碳酸氢钠配合季德胜蛇药片治疗隐翅虫皮炎疗效观察. 实用中西医结合临床 2003;3(1):24
- 7 莫济川,邹德芳. 氧化锌油治疗隐翅虫皮炎 215 例. 西南军医 2011;13(3):455-456