个案与短篇

文章编号:1000-5404(2011)15-1666-01

LASIK术后迟发性角膜瓣层间感染误诊为继发性圆锥角膜1例

胡春明,汪 辉,罗启惠 (400038 重庆,第三军医大学西南医院全军眼科中心)

[关键词] 准分子激光原位角膜磨镶术;角膜瓣层间感染;继发性圆锥角膜

[中图法分类号] R772.21 [文献标志码] B

准分子激光原位角膜磨镶术(laser in situ keratomileusis, LASIK)目前已成为激光矫正近视最成熟的手术方式,但其术后仍有与角膜瓣相关的一些并发症出现,角膜瓣层间感染和继发性圆锥角膜均为LASIK术后严重的并发症[1],但前者发生时间一般较早,以眼疼痛等角膜刺激症状为早期主要临床表现,而后者的发生时间一般较长,早期诊断常常依赖于角膜地形图。一般情况下两者的诊断都比较明确,但在特定条件下仍然可能出现误诊。现将我科1例报告如下。

1 资料与方法

患者,女性,25岁。因"双眼近视戴镜10年,要求手术矫正"于2009年10月26日在我院行LASIK术。术前检查:裸眼视力:右眼0.06、左眼0.08,矫正视力:右眼 -4.00DS -0.75DC ×175° =1.0;左眼 -4.00DS -1.50DC ×5° =1.0。角膜地形图:右眼Sim K:43.3 ×173.2/44.60 ×83.2,DK:1.30D;左眼Sim K:43.00 ×8.3/44.60 ×98.3,DK:1.70D。角膜中央厚度:右眼510 μm,左眼504 μm。眼压:右眼14.5 mmHg,左眼13.6 mmHg。裂隙灯查双眼前后节未见明显异常。手术设计:常规行双眼LASIK治疗,预矫屈光度:右眼 -4.50DS -0.75DC ×175°,Zone:6.0 mm;左眼 -4.25DS -1.50DC ×5°,Zone:6.0 mm;放置负压吸引环和Moria M2 110型自动角膜板层刀,制作角膜瓣,在角膜瓣下激光切削角膜基质层,将角膜瓣恢复到原位。术后常规给予抗生素激素混合液(典必殊)点眼。术后第1天检查,患者自诉无不适,双眼视力0.8,结膜无充血,角膜透明,晶体及眼底未见异常。10 d后复查,患者自诉右眼视力下降,否认近期感冒病史,否认眼痛、眼胀、眼痒等症状。查体:右眼视力0.3,-6.0DS ~ +6.0DS矫正无助,眼压11.2 mmHg,角膜基本透明,边缘可见LASIK手术切迹,前房闪辉(-),KP(-)(图1),查角膜地形图发现呈典型的圆锥角膜改变(图2),为尽早给患者定制硬性角膜接触镜(RGP)以防止圆锥角膜的进一步发展,给予试戴RGP,-3.0DS =1.0;左眼视力1.0,未见明显异常。当即认为右眼LASIK术后出现继发性圆锥角膜病变。20 d后复查,患者自诉右眼视力进一步下降,且出现眼红及轻微眼痛,查体:右眼视力0.1,-6.0DS ~ +6.0DS矫正无助,结膜充血(++),水肿(+),角膜雾状混浊,中央偏鼻下方出现针尖样小脓点,前房闪辉(+),KP(-),下方隐约可见白色渗出物,且外院obscan检查右眼角膜后表面diff值0.035 mm,提示无后圆锥;左眼未见明显异常。当即修正诊断为右眼LASIK术后迟发性角膜瓣层间感染,予以手术掀开角膜瓣,取脓性物送细菌、真菌培养后彻底清洗层间脓性物,抗生素烟膏包眼。次日复查,右眼视力0.2,结膜仍然充血、水肿,角膜雾状混浊减轻,层间针尖样小脓点明显变淡变薄,前房下方白色渗出物明显减少。5 d后细菌培养结果示分枝杆菌感染,证实角膜瓣层间感染的诊断。1个月后复查,右眼视力0.9,结膜无充血、水肿,角膜透明,前房下方白色渗出物完全吸收。患者自诉无不适。

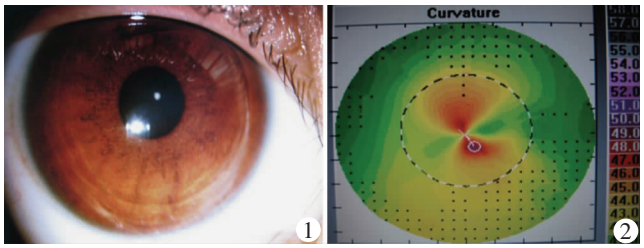


图1 LASIK术后10 d患者右眼角膜裂隙灯观察

图2 LASIK术后10 d患者右眼角膜地形图观察

2 讨论

LASIK术后角膜瓣层间感染和继发性圆锥角膜均为严重的并发症,角膜瓣层间感染主要包括葡萄球菌、真菌、分枝杆菌等感染,大多在术后3~14 d内发生,眼疼痛等角膜刺激症状为早期主要临床表现[2];而继发性圆锥角膜主要表现为:中等量的残留近视、最佳矫正视力下降、角膜地形图的角膜曲率增加、进行性的角膜变薄等[3]。该病例LASIK术后10 d单眼出现最佳矫正视力下降(由0.8降至0.3),中等量的残留近视(给予试戴RGP,-3.0DS =1.0),角膜地形图发现呈非常典型的圆锥角膜改变:屈率最高值接近50D,圆锥角膜评级为KC1~2,且在裂隙灯下观察患眼角膜基本透明,无明显感染迹象,这给临床医师造成诊断上的困难,故误诊为LASIK术后继发性圆锥角膜病变而忽略了角膜瓣层间感染,直至20 d后患眼表现出眼红痛等感染症状才修正了诊断。临床医师没有及时对角膜后表面高度进行检查,对LASIK术后的2种并发症特征认识不足,这是造成误诊的原因。如果能早一步做出明确的诊断,那么就能早一步介入手术:掀开角膜瓣,彻底清洗层间,同时加强抗感染治疗,这必将对缩短病程及提高预后效果大有裨益。

参考文献:

[1] Kaya V, Oncel B, Sivrikaya H. Prospective, paired comparison of laser in situ keratomileusis and laser epithelial keratomileusis for myopia less than -6.00 diopters[J]. J Refract Surg, 2004, 20(3): 223-228.

[2] 孙旭光, 梁庆丰, 等. 非结核分枝杆菌性角膜炎[J]. 中华眼科杂志, 2009, 45(6): 574-576.

[3] Twa M D, Nichols J, Joslin C E, *et al*. Characteristics of corneal ectasia after LASIK for myopia[J]. Cornea, 2004, 23(5): 447-457.

(收稿:2011-04-14;修回:2011-06-07)

(编辑 张 维)

[通信作者] 汪 辉,E-mail: wh197611@vip.sina.com