DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.08.029

[4] 张腾飞,陈诗书.γ-干扰素基因的导入及删除对人肿瘤细胞HLA-Ⅰ、Ⅱ类抗原表达的影响[J].胃肠病学,1999,4(1):6-7.
[5] 司徒镇强、吴军正.细胞培养[M].西安:世界图书出版公司,1996.186-187.
[6] 鄂 征.组织培养和分子细胞学技术[M].北京:北京出版社,1995.157-158.
[7] Meyerson M, Counter C M, Eaton E N, *et al*. hEST2, the putative human telomerase catalytic subunit gene, is upregulated in tumor cells and during immortalization[J]. Cell,1997,90(4):785-794.
[8] Nakamura T M, Morin G B, Chapman K B, *et al*. Telomerase catalytic subunit homologs from fission yeast and human[J]. Science, 1997, 277(5 328):955-959
[9] Ramakrishnan S, Eppenberger U, Mueller H, *et al*. Expression profile of the putative catalytic subunit of the telomerase gene[J]. Cancer Res,1998, 58(4):622-625.
[10] Jong H S, Park Y I, Kim S, *et al*. Up-regulation of human telomerase catalytic subunit during gastric carcinogenesis[J]. Cancer,1999,86(4):559-565.
[11] Sumida T, Hamakawa H, Sogawa K, *et al*. Telomerase components as a diagnostic tool in human oral lesions[J]. Int J Cancer, 1999, 80(1):1-4.
[12] Beattie T L, Zhou W, Robinson M O, *et al*. Reconstitution of human telomerase activity *in vitro*[J]. Curr Biol,1998,8(3):177-180.
[13] Bodnar A G, Ouellette M, Frolkis M, *et al*. Extension of lifespan by introduction of telomerase into normal cells[J]. Science,1998,279(5 349):349-352.
[14] Kondo S, Tanaka Y, Kondo Y, *et al*. Antisense telomerase treatment:induction of two distinct pathways, apoptosis and differentiation[J]. FASEB J,1998,12(7):801-811.

(编辑 汪勤俭)

文章编号:1000-5404(2001)08-0937-01

个案与短篇

重度角结膜热烧伤1例超急性期手术治疗效果

A case report of therapeutic effect of super-acute severe theramal burn of cornea-conjunctiva by operation

戴 超,刘 翔 (第三军医大学附属新桥医院眼科,重庆 400037)

患者,男,33岁,因双眼被铝水烫伤9 h入住我科,入院时视力右眼手动/眼前,左眼0.6。右眼睑红肿,睫毛全部炭化,睑缘苍白,球结膜及穹隆部结膜苍白、挛缩、上下穹窿极浅近消失。全角膜呈乳白色混浊水肿,全角膜缘苍白。诊断:右眼烧伤Ⅲ度。入院后经保守治疗,烧伤面清洁无感染。入院后第3天,在局麻下行右眼新鲜带结膜和角膜缘的全板层角膜移植术。术中角膜缘及结膜植床均较少有出血。术后包眼2 d,术后第3天,结膜植片开始轻度转红,用贝复舒、泰利必妥、素高睫疗滴眼。术后6 d拆结膜缝线。术后10 d出院,出院时右眼视力数指/50 cm,结膜植片轻度发红,角膜缘部约270°仍无明显充血,角膜植片贴伏好,层间无积液、积血,上皮完整,光泽好,虹膜可见,瞳孔5 mm。出院带药加用1% CsA滴眼抗排斥反应(2~3次/d)。出院后1月复查,患者自觉有异物感5 d,右眼视力手动/眼前,上方角膜缘部约180°范围仍苍白无血管。全角膜植片呈乳白色混浊水肿,全角膜上皮缺损,无明显分泌物,刮片未查见霉菌,以术后排斥反应收入院。经抗排斥反应及支持治疗,上皮愈合仍极缓慢,角膜缘部充血差。住院2周出院时仍有角膜中央2/3上皮缺损。带药院外滴眼继续治疗,每2周复查1次。术后3月,当上皮愈合到中央有3 mm×5 mm上皮缺损区时,上皮缺损区不再缩小,呈持续性中央上皮缺损。术后4月可见数根新生血管长入角膜,上下穹窿较浅。术后5月见角膜植片长入较多新生血管及结膜上皮化。

讨论

重症眼表烧伤除保守治疗外,有人在急性期采用手术治疗,谷树严等[1]曾早期行穿孔性角膜移植取得一定效果,但排斥反应高,植片混浊,增视效果不理想。吴彦超等[2]在伤后7~15 d行板层角膜移植取得一定效果,并指出对重症烧伤者用新鲜带角膜缘板层角膜移植为宜。贺焱等[3]认为角结膜化学伤后早期手术在伤后1~3周为宜。本例为热烧伤,伤情重,且角膜缘烧伤极重,手术时机早,为烧伤后仅3 d,应用了新鲜带结膜、角膜缘的板层角膜移植,防止了角膜的融解穿孔,术后早期恢复了一定的视力。由于在超急性期手术,术后炎症反应重,可能是术后1月发生了排斥反应的原因之一。而术后持续性角膜中央上皮缺损是造成植片血管化和结膜上皮化的主要原因,我们认为持续性中央角膜上皮缺损与以下因素有关:①由于角膜缘及结膜烧伤严重,移植后角膜缘血液循环重建困难、缓慢,使移植后角膜缘干细胞成活和发挥功能困难,这可能是影响角膜缘干细胞成活的主要原因;②术后排斥反应的影响,使角膜干细胞功能趋于耗竭;③烧伤后泪液功能低下,使术后角膜上皮易剥脱。因此,重症眼烧伤的急性期,超急性期手术治疗要严格掌握适应症,只有在角膜融解、有穿孔威胁时,才考虑用新鲜带角膜缘板层角膜移植,如有大量结膜损伤,同时行结膜移植。尽量在急性期以后手术治疗,至少可以解除因角膜缘部缺血所致的干细胞失活。而急性期以前要以保守治疗为主。

关键词:角膜烧伤;板层角膜移植
中图法分类号:R779.1 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 谷树严,张瑞雪,徐锦春.早期角膜移植治疗重症眼灼伤[J].眼外伤职业眼病杂志,1993,15(2):86.
[2] 吴彦超,鲁建疆,鲁韶音.板层角膜移植早期重症眼灼伤[J].中国实用眼科杂志,1998,16(1):32-33.
[3] 贺 焱,孙秉基,胡志民,等.重度角结膜化学烧伤早期和晚期手术的探讨[J].中国实用眼科杂志,1998,16(4):230-232.

(编辑 谢义霞)

作者简介:戴 超(1966-),男,四川省泸县人,硕士,医师,主要从事角膜眼表疾病方面的研究。电话:(023)68755385

收稿日期:2000-05-27;修回日期:2000-10-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net