

镰刀菌感染眼角膜 2 例

牛 雷¹, 谷费菲², 张 迪¹, 刘大问¹, 杨瑞宁^{1△} (1. 解放军第八一医院检验科, 南京 210002;
2. 解放军四五四医院检验科, 南京 210002)

【关键词】 真菌; 角膜炎; 镰刀菌

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 19. 084 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2638-02

真菌性角膜炎是一种病情严重、致盲率高且治疗棘手的眼部感染性疾病, 以镰刀菌感染为主^[1]。本院近期收集到 2 例镰刀菌感染的患者, 现报道如下。

1 临床资料

患者 1, 女, 61 岁, 农民。因“右眼红痛伴视力下降 20 余天”入院。专科检查: 视力右眼光感 0. 4, 右眼睑痉挛, 结膜混合性充血(++)+, 角膜中央及颞侧可见近圆形乳白色溃疡灶, 直径 8 mm, 表面不平, 鼻侧周边角膜可透见虹膜组织, 前房深度正常, 房水窥不清, 下方可见白色积脓, 积脓平面高约 1 mm, 瞳孔圆, 直径约 3 mm, 对光反射迟钝, 气候结构窥不清, 指测眼压正常。结膜囊分泌物培养结果: 镰刀菌。予全身及局部抗真菌、促角膜修复等治疗, 恢复良好。

患者 2, 男, 71 岁, 农民。因右眼水泥碎渣溅入后红痛伴事物不见 1 周入院。查: 右眼视力光感, 结膜混合性充血(++)+, 结膜囊可见脓性分泌物, 中央部角膜可见直径约 8 mm 类圆形灰白色溃疡, 溃疡侵及深基质层, 余眼内组织窥不清, 眼压正常。给予右眼结膜囊分泌物细菌和真菌培养、阿托品眼凝胶点眼散瞳、冲洗右眼结膜囊、抗生素眼液及抗病毒眼凝胶点右眼, 抗生素静脉滴注, 结膜囊分泌物培养结果: 镰刀菌。根据培养结果停用抗生素眼液点眼及抗生素静脉滴注。斯皮仁诺胶囊口服, 给予氟康唑点眼及冲洗右眼结膜囊, 后患者右眼眼压升高 3 d 后查右眼前房消失, 角膜穿孔。于次日局麻下行右眼内容物剜除术, 术后给予抗真菌治疗。症状体征转归: 右眼睑轻度肿胀, 结膜囊内义眼片在位, 结膜囊清洁, 无脓性分泌物, 无感染迹象。

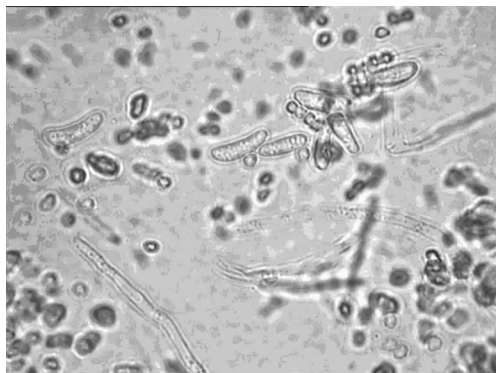


图 1 镰刀状分生孢子(40×高倍)

2 霉菌学鉴定

将眼角及眼睑分泌物用 10% KOH 涂片直接镜检, 可见大量真菌菌丝, 有隔膜, 分枝。培养特性: 取结膜囊分泌物在沙氏

培养基上 28 ℃ 48 h 后有白色絮状气生菌落生长, 生长迅速, 1 周后充满整个培养皿^[2]。小培养后取出直接镜检可见分生孢子呈镰刀状、柱状或弯曲形、纺锤形或卵圆形, 未见有隔膜。见图 1、2。



图 2 镰刀状分生孢子及菌丝(40×高倍)

3 讨论

真菌性角膜炎(Mycotic keratitis)或称角膜真菌病(keratomycosis)为眼科一种较常见疾病, 其常见致病菌菌株为镰刀菌^[3]。近 20 年来, 镰刀菌致真菌性角膜炎在我国有增多趋势, 通常认为与眼部外伤、广谱抗生素及糖皮质激素、免疫抑制剂应用和接触镜使用增多等有关^[4]。本病的诊断应尽早行真菌学检查, KOH 湿片的特异性可达 97. 0%~99. 0%^[5]。

本文 2 例患者均为镰刀菌所致真菌性角膜炎, 后又发展为溃疡, 患者 2 由于没有得到及时抗真菌治疗而实行右眼剜除术, 给患者带来了极大的痛苦, 并给临床医生敲响了警钟。由镰刀菌致真菌性角膜炎病程发展迅速, 一旦产生溃疡即说明真菌繁殖已达到旺盛期, 发展为角膜穿孔, 最终失明, 因此及早发现和治疗具有很大意义。目前实验室常用的方法是真菌刮片镜检和培养, 刮片镜检虽然阳性率高时间短, 但标本不易留取, 并且对患者产生较大的影响, 而真菌培养则需时较长, 还可能伴有污染。由于真菌感染常潜伏于角膜组织内, 常在溃疡愈合后数月内也可复发, 所以患者出院后应继续抗真菌治疗 2~4 周或更长的时间才能彻底治愈^[6]。

参考文献

- [1] 陈英, 廖敏华. 94 例真菌性角膜炎患者的病原菌临床分析[J]. 海南医学, 2012, 23(5): 92-93.
- [2] 王洁, 胡利发, 李颖, 等. 镰刀菌致急性角膜炎 1 例[J]. 西北国防医学杂志, 2009, 30(5): 356.

[3] 李乃芳,王刚生,邓洁华. 真菌性角膜炎常见致病菌株—镰刀菌的 AFLP 指纹图谱分析[J]. 中外医疗, 2008, 27(25): 171-172.

[4] Chowdhary A, Singh K. Spectrum of fungal keratitis in North India[J]. Cornea, 2005, 24(1): 8-15.

[5] Sharma S, Kunimoto DY, Gopinathan U, et al. Evaluation of corneal scraping smear examination methods in the di-

agnosis of bacterial and fungal keratitis: a survey of eight years of laboratory experience[J]. Cornea, 2002, 21(7): 643-647.

[6] 王美芳,赵俊英,高立新. 镰刀菌致急性真菌性角膜炎[J]. 临床皮肤科杂志, 2008, 37(6): 372-373.

(收稿日期: 2013-02-22 修回日期: 2013-04-12)

牙槽嵴低平患者的修复治疗

李梓镛¹, 余 昕² (1. 重庆市九龙坡区中医院 400080; 2. 重庆渝中区牙科医院 400010)

【关键词】 牙列缺失; 下颌牙槽嵴低平; 固位
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 19. 085 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2639-02

牙列缺失是临床的一种常见病、多发病, 多见于老年人。对于没有条件进行牙槽骨增高术或是种植义齿修复的患者, 如何提高全口义齿的固位及稳定, 从而达到患者满意的修复效果, 始终是修复方面的难题。作者对此类患者进行了修复和随访, 积累了一些经验和体会, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1999~2011 年共接诊 11 例下颌牙槽嵴低平的患者, 其中女 2 例、男 9 例, 年龄 60~75 岁, 均表现为下颌牙槽嵴低平。

1.2 设计与制作方法

1.2.1 术前沟通 术前充分的沟通, 可使患者了解自己的病情, 纠正患者在修复前过高的心理期望, 有效提高病患的配合度, 避免戴入后出现医患间的分歧。沟通时态度须和蔼, 语言须通俗, 重点须明确, 层次须分明。牙槽嵴低平的患者主要问题在于固位, 应在此方面重点沟通, 了解患者的主要诉求, 若患者曾进行过义齿修复, 主要了解他对旧义齿满意和不满意的方面, 以便在重新修复中保留或发挥患者满意的方面。

1.2.2 取模 取印模必须采用二次印模法。常规取初印模, 用自凝树脂制作个别托盘, 使用热水软化印模膏, 并置于托盘边缘, 量不宜多, 在口内分区反复进行肌功能修整。反复嚼唇与舌尖轻舔上唇红, 分别逐段进行肌功能修整, 使印模边缘均为 2 mm。修整的过程中一定要注意固定个别托盘, 不要移动, 以免影响其准确性。然后用修整好的上下个别托盘取终印模, 准确的印模是任何口腔修复体的重要基础。

1.2.3 灌模 用硬石膏灌模, 边缘全部包绕(此法能精确反映边缘封闭区)。

1.2.4 求殆关系 用常规方法, 特别强调用自凝塑脂制作个别托盘, 与口腔黏膜密合度高, 能增加其在口内的稳定性, 才能取得较为精确的颌位关系。

1.2.5 上颌架 技工单上必须强调将殆平面稍稍下移。

1.2.6 排牙 前牙排成“小开殆”, 正中殆时前牙不接触, 前伸及侧向运动时至少有 1 mm 的范围, 后牙选择牙尖低的半解剖牙或无尖牙, 并减小颊舌径。一般情况下, 殆平面应基本平分颌间距离, 即殆平面至上、下牙槽嵴顶的距离大致相等。因为殆平面距牙槽嵴顶越远, 力臂越长, 则义齿固位越差。但当上颌骨条件较好, 下颌牙槽嵴吸收低平, 固位条件差时, 可有意识地将殆平面定得靠近下颌一些, 降低下半口义齿的高度, 减小

下颌不利的杠杆作用。同时舌唇颊部肌肉组织运送食物至义齿殆面的距离缩短, 受肌运动脱位的影响小, 且可利用舌唇颊肌对义齿殆面、基托磨光面的肌张力增加义齿的稳定性。要避免殆平面出现明显的前高后低、前低后高或左右倾斜, 以免咬抬时产生推动义齿水平移动的力量。舌侧翼缘区尽量伸展, 有利于固位。老年人口周肌肉较松弛, 可将基托边缘向唇颊舌侧适度伸展, 以取得良好的固位。颊侧翼缘区当牙槽嵴吸收严重时, 此区较为平坦, 可承受较大的殆力, 起支持作用, 并有稳定义齿的作用。

1.2.7 基托外形的处理 唇、颊侧基托磨光面做成有利于肌肉扶持固位的凹面外形, 上颌基托颊侧呈向下外的凹面, 下颌基托颊侧呈向上外的凹面。舌侧磨光面外形做成凹弧形, 尽可能恢复基托的解剖形态。下颌后界可延伸到磨牙后垫区末端, 下颌舌侧基托尽量向下颌骨舌侧延伸。

1.2.8 初戴 初戴调改, 定期随访, 并详告初戴注意事项。即使是有过义齿修复史的也有一定的适应期, 习惯新义齿前应停止使用旧义齿。定期复查, 缓冲硬区, 选磨调殆。

2 结 果

11 例患者中, 6 例患者在义齿初戴时即感满意(其中有 3 例为再次修复者); 3 例感觉下颌义齿固位不良, 咀嚼时易脱落, 并有部分压痛, 经 1~5 次修改后得到改善, 3 个月后无明显压痛, 基本可以进食一般食物; 2 例下牙槽嵴极其低平并伴有咬合不稳定的患者经调改, 咀嚼功能得到改善及咬合稳定后, 下颌重新修复, 半年后也较满意。1 年后随访, 11 例患者均感义齿固位良好, 可以进食一般食物, 无明显不适及松脱现象。

3 讨 论

全口义齿修复的患者多为老年人, 这类患者由于年龄和缺牙时间较长的原因, 牙槽嵴变窄或者低平, 尤其是有多次修复史的患者, 牙槽嵴更加低平, 这就更增加了修复难度, 达不到满意的修复效果, 有些患者甚至丧失了信心。临床医生应充分了解老年人的心理特点, 进行耐心的沟通, 告知现有的口腔条件, 对修复达到的效果有充分的心理准备和客观的认识, 避免戴入后出现医患间的分歧。全口义齿的修复, 需要患者的主动配合才能成功。对于下牙槽嵴低平的患者, 作者在制作过程中两次用到自凝树脂, 操作过程虽复杂, 但能充分取得准确的印模及殆关系。正确地排牙, 所恢复咬合力的大小、方向和作用点, 对稳定义齿非常重要。在排牙时应做到, 前牙可排成小开殆, 后