·眼科专题

翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的临床疗效研究

张翠丽
（沛县人民医院眼科，江苏 徐州 221600）

摘要：目的 探讨翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术对翼状胬肉患者泪膜稳定性、视力的影响，为临床治疗提供依据。**方法** 按随机数字表法将沛县人民医院 2019 年 1 月至 2021 年 4 月收治的 100 例翼状胬肉患者，分为对照组和观察组，各 50 例。给予对照组患者翼状胬肉切除术治疗，观察组患者在此基础上联合自体角膜缘干细胞移植术治疗，两组患者均于术后随访 8 周。比较两组患者临床指标，术前及术后 4、8 周泪膜破裂时间（BUT）、泪液分泌实验（SⅠT）值、裸眼视力（UCVA）、角膜散光度（CAD），以及随访期间并发症发生情况。**结果** 观察组患者术后拆线、角膜上皮修复及视力改善时间均短于对照组；与术前比，术后 4、8 周两组患者 BUT、SⅠT 值均延长，且观察组长于对照组；UCVA 均升高，且观察组高于对照组；CAD 均降低，且观察组低于对照组；观察组患者并发症总发生率低于对照组（均 $P<0.05$）。**结论** 应用翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术联合治疗翼状胬肉可有效促进患者临床症状的缓解，提高泪膜稳定性和视力，并减少患者术后并发症的发生，疗效确切。

关键词：翼状胬肉；自体角膜缘干细胞移植术；泪膜功能；视力

中图分类号：R777.33 **文献标识码：A** **文章编号：**2096-3718.2022.11.0014.04

翼状胬肉是一种眼表疾病，主要因外界刺激而引起的病变，会影响患者视力、眼球运动等，给患者的日常生活带来不便。在翼状胬肉的治疗中，临床应用较多的是翼状胬肉切除术，其可有效改善患者的病情，但是该治疗方式容易损害眼表结构及其功能，且患者术后存在复发的风险[1]。因此进行翼状胬肉切除术后需实施辅助治疗，以达到促进患者恢复、降低复发率的目的。近年来，眼科医疗水平明显提升，自体角膜缘干细胞移植术逐渐被广泛应用于眼科疾病的治疗中，该手术方式组织兼容性较好，能加快受损眼角膜愈合，可提供分化正常的干细胞，患者的排斥反应与术后刺激症状较轻，而且其对胬肉再生具有抑制作用，可降低疾病的复发率[2-3]。本研究旨在探讨翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术对翼状胬肉患者泪膜稳定性、视力水平的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按随机数字表法将沛县人民医院 2019 年 1 月至 2021 年 4 月收治的 100 例翼状胬肉患者，分为对照组和观察组，各 50 例。对照组患者中男性 27 例，女性 23 例；体质量指数 18~28 kg/m^2，平均（23.18±1.82）kg/m^2；年龄 35~77 岁，平均（55.83±3.81）岁；病程 1~11 个月，平均（6.38±1.63）个月；翼状胬肉侵入角膜缘 2~6 mm，平均（4.11±1.23）mm。观察组患者中男性 29 例，女性 21 例；体质量指数 18~28 kg/m^2，平均（22.94±1.71）kg/m^2；年龄 34~78 岁，平均（55.47±3.92）岁；病程 1~10 个月，平均（6.16±1.20）个月；翼状胬肉侵入角膜缘 2~6 mm，平均（4.25±1.15）mm。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），组间可进行对比分析。纳入标准：符合《临床疾病诊断与疗效判断标准》[4] 中关于翼状胬肉的诊断标准者；翼状胬肉侵入角膜缘 2 mm 以上者；眼部无明显炎症者；符合手术指征者等。排除标准：严重内分泌系统疾病者；手术禁忌证者；存在眼部手术史者；患其他眼部疾病者等。本研究经院内医学伦理委员会批准，所有患者及家属均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 术前 2~3 d 给予所有患者妥布霉素地塞米松滴眼液（齐鲁制药有限公司，国药准字 H20020497，规格：5 mL：妥布霉素 15 mg）治疗，1~2 滴 / 次，4 次 /d。对照组患者行翼状胬肉切除术治疗，对患者眼部进行表面麻醉，并对翼状胬肉体部球结膜下进行浸润麻醉。剪开表层球结膜，主要位置为翼状胬肉颈部平行于角膜缘的位置，固定翼状胬肉头部，分离角膜，从翼状胬肉头颈部开始剖切，并将胬肉及其结膜下增生肥厚组织切除，注意尽量使角膜面保持平整，然后对裸露的巩膜面进行烧灼止血，对结膜至角膜缘外 2~4 mm 浅层巩膜面进行间断式缝合，最后加压包扎。观察组患者在对照组的基础上联合自体角膜缘干细胞移植术治疗，切除术操作同对照组，切除后进行

作者简介：张翠丽，大学本科，副主任医师，研究方向：眼科相关疾病的诊疗。

角膜缘干细胞移植。于患眼结膜缘与角膜缘交界处取一植片，需保证所取结膜组织面积大于创面，植片的角膜缘长于植床 1 mm，保证创面切缘能够较好地与结膜移植片角膜缘相贴合，将植片对准创面，使用缝合线进行缝合，术后加压包扎。术后给予两组患者盐酸金霉素眼膏（新乡华青药业有限公司，国药准字 H19983006，规格：0.5%）抗感染治疗，涂于眼睑内，1 次 /d；并采用普拉洛芬滴眼液（广东众生药业股份有限公司，国药准字 H20133099，规格：5 mL：5 mg），以及左氧氟沙星滴眼液 [参天制药（中国）有限公司，国药准字 H20205052，规格：5 mL/ 支] 与重组牛碱性成纤维细胞生长因子眼用凝胶（珠海亿胜生物制药有限公司，国药准字 S20050100，规格：5 g/ 支）交替滴眼，均 3 次 /d，均连续使用 3 d。患者角膜上皮愈合后观察整体愈合情况，恢复良好时进行拆线。两组患者均于术后随访 8 周。

1.3 **观察指标** ①临床指标。记录两组患者角膜上皮修复时间、术后拆线时间及视力改善时间，采用裂隙灯荧光素染色确认角膜愈合情况，记录角膜上皮修复时间；通过验光仪检测患者视力，记录视力改善的时间。②泪膜功能。于术前及术后 4、8 周，采用裂隙灯观察患者泪膜破裂时间（BUT），并对患者进行泪液分泌实验（SⅠT），检测患者的泪液分泌情况。③视力。术前及术后 4、8 周通过电脑验光仪或视力表检测患者裸眼视力（UCVA）；使用角膜曲率仪检测角膜散光度（CAD）。④并发症。记录两组患者随访期间结膜充血、创面水肿及存在异物感等并发症发生情况。

1.4 **统计学方法** 采用 SPSS 20.0 统计软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，两组间比较行 χ^2 检验；计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组间比较行 t 检验，多时间点比较采用重复测量方差分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 **临床指标** 观察组患者角膜上皮修复时间、术后拆线时间及视力改善时间均短于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$），见表 1。

表 1 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	角膜上皮修复时间	术后拆线时间	视力改善时间
对照组	50	5.83±1.73	7.23±1.91	8.51±1.27
观察组	50	4.11±1.28	6.52±1.53	7.39±1.52
t 值		5.651	2.051	3.998
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 **泪膜功能** 与术前比，术后 4、8 周两组患者 BUT、SⅠT 值均逐渐延长，且观察组术后各时间点均长于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$），见表 2。

2.3 **视力** 与术前比，术后 4、8 周两组患者 UCVA 均逐渐升高，且观察组术后各时间点均高于对照组；CAD 均逐渐降低，且观察组术后各时间点低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$），见表 3。

2.4 **并发症** 观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 4。

表 4 两组患者并发症发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	结膜充血	创面水肿	存在异物感	总发生
对照组	50	3(6.00)	1(2.00)	5(10.00)	9(18.00)
观察组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2 值					5.005
P 值					<0.05

表 2 两组患者泪膜功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BUT(s)			SⅠT 值 (mm)		
		术前	术后 4 周	术后 8 周	术前	术后 4 周	术后 8 周
对照组	50	9.17±1.29	10.23±1.36*	11.62±1.42*#	9.72±1.35	11.28±1.28*	11.94±1.53*#
观察组	50	9.20±4.32	11.83±1.42*	13.28±1.37*#	9.48±1.61	12.95±1.75*	13.85±1.67*#
t 值		0.047	5.754	5.949	0.808	5.446	5.963
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注：与术前比，*$P<0.05$；与术后 4 周比，#$P<0.05$。BUT：泪膜破裂时间；SⅠT：泪液分泌实验。

表 3 两组患者视力相关指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	UCVA			CAD(D)		
		术前	术后 4 周	术后 8 周	术前	术后 4 周	术后 8 周
对照组	50	0.40±0.12	0.53±0.02*	0.65±0.03*#	1.59±0.20	0.96±0.14*	0.75±0.07*#
观察组	50	0.41±0.15	0.61±0.03*	0.72±0.04*#	1.60±0.17	0.80±0.12*	0.48±0.06*#
t 值		0.368	3.922	5.656	0.269	6.136	20.708
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注：与术前比，*$P<0.05$；与术后 4 周比，#$P<0.05$。UCVA：裸眼视力；CAD：角膜散光度。

3 讨论

翼状胬肉是一种增生性、侵入性疾病，主要指在外界刺激下，出现局部球结膜纤维血管组织增生的情况，患者发病后表现为眼睛发红、有异物感、干涩等，最终导致角膜散光，对患者视力影响较大 [5]。眼表角膜与巩膜组织结构会受到紫外线光毒素直接破坏，对角巩膜和结膜造成损伤，进一步破坏角膜、结膜的屏障功能，从而使结膜结蒂组织向角膜过度增生，最终导致疾病的发生。翼状胬肉早期一般采用保守治疗，可给予糖皮质激素、抗代谢药、非甾体类抗炎药等进行治疗，但后期翼状胬肉肥厚，会侵入瞳孔，对患者视力造成影响，则需采取手术治疗。翼状胬肉切除术临床应用较多，该治疗方式主要通过切除翼状胬肉与病变组织减轻临床症状，能取得较好的效果，但是在临床不断的实践中发现，单纯采用该方式进行治疗，会对患者眼表周围组织造成损伤，而且容易导致很多并发症的出现，患者预后较差，因此需联合其他治疗方法，以提高治疗效果 [6-7]。

自体角膜缘干细胞移植术能够对患者角膜上皮再生起到促进作用，而且在很大程度上能抑制新生血管与胬肉组织损伤，最终避免新生血管进入角膜 [8]；另外，角膜缘干细胞分化功能较弱，而且存在较长的细胞周期，运动特点呈向心性，并且角膜缘干细胞位于角膜缘底层，蛋白含量较大，繁殖和增生能力较高，进而有利于角膜上皮细胞稳定性的提升 [9]；同时，治疗期间能实现同步取材与移植，避免各种复杂的中间过程，如转运、存储等，减轻患者不适感，并且可有效减少机体的排斥反应，有利于手术成功率和安全性的提升 [10]。本研究中，观察组患者角膜上皮修复时间、拆线时间及视力改善时间均短于对照组，术后 8 周，观察组患者并发症总发生率低于对照组，提示翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术联合治疗翼状胬肉可有效改善患者临床症状，且安全性较高。

泪膜能够抵御外界环境的伤害，因此当患者泪膜功能异常时，对角膜缘干细胞的损害会加重，从而促进翼状胬肉病情的进展。BUT 能够反映泪膜的稳定性，对泪膜功能进行评估；SⅠT 能够推测患者泪液的分泌量 [11]。翼状胬肉的病灶区域缺少干细胞，而自体角膜缘干细胞移植术可以为病变的角膜缘提供健康的干细胞，起到修复泪膜功能的作用 [12]。本研究结果显示，与术前比，术后 4、8 周观察组患者 BUT、SⅠT 均长于对照组，提示翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术联合治疗翼状胬肉可有效提高患者的泪膜稳定性，修复泪膜功能，控制病情的进展。自体角膜缘干细胞移植术能在术区受损角膜位置移植角膜缘干细胞，通过其再生和细胞分裂增生潜能对切除后损伤的角膜缘组织进行修复与重建，有利于眼表环境的重建，并且能抑制巩膜上皮组织与新生血管增生，防止结膜上皮与结膜下纤维血管侵入角膜，避免因胬肉入侵使患者角膜形态发生变化；另外，角膜缘干细胞可依据角膜的弹性恢复角膜的正常功能，进而防止散光的发生，最终促进患者视功能的恢复 [13]。本研究结果显示，与术前比，术后 4、8 周观察组患者 UCVA 高于对照组，CAD 低于对照组，提示翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术联合治疗翼状胬肉可有效提高患者视功能。

综上，翼状胬肉切除术与自体角膜缘干细胞移植术联合治疗翼状胬肉可有效改善患者临床症状，提高泪膜稳定性和视力，并可减少并发症的发生，疗效确切，具有推广价值。

参考文献

[1] 高宗宝 , 严静 , 廖杨 . 翼状胬肉切除自体角膜缘干细胞移植联合丝裂霉素 C 治疗翼状胬肉的效果 [J]. 中国医药导报 , 2020, 17(21): 129-132.

[2] 谭瑾 . 翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉临床疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗 , 2014, 25(3): 496-498.

[3] 林海波 , 李雯霖 , 卓晓 , 等 . 软性角膜接触镜在翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术后的应用 [J]. 国际眼科杂志 , 2019, 19(2): 329-331.

[4] 孙明 , 王蔚文 . 临床疾病诊断与疗效判断标准 [M]. 北京 : 科学技术文献出版社 , 2010: 1077.

[5] 黄晓峰 , 俞江 , 张晓洁 , 等 . 翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植对创面上皮修复及复发的影响 [J]. 临床和实验医学杂志 , 2016, 15(3): 262-264.

[6] 雷新建 . 翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植术与单纯翼状胬肉切除术对翼状胬肉患者治愈与复发及术后恢复的影响观察 [J]. 贵州医药 , 2020, 44(4): 613-615.

[7] 骆非 , 王辉 , 戴红蕾 , 等 . 翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术对翼状胬肉患者视觉质量和泪膜功能的影响 [J]. 现代生物医学进展 , 2020, 20(14): 2660-2663.

[8] 崔迎欣 , 张佳男 , 常晓雪 , 等 . 翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的效果观察 [J]. 医学综述 , 2016, 22(10): 2042-2044.

[9] 杨俊臣 , 程婷玉 , 程意农 , 等 . 翼状胬肉切除联合颞上方角膜缘干细胞移植术对翼状胬肉患者术后角膜散光的影响 [J]. 河北医学 , 2021, 27(2): 301-305.

[10] 龚祎 . 翼状胬肉切除联合带自体角膜缘干细胞结膜瓣移植术后应用角膜绷带镜的临床观察 [J]. 中国药物与临床 , 2018, 18(10): 1785-1786.

[11] 王莹 , 马林 , 刘艳霞 . 翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植术对翼状胬肉患者泪膜功能的影响 [J]. 山东医药 , 2015, 55(9): 77-78.

•眼科专题

抑阳酒连散联合西药治疗急性前部葡萄膜炎的临床疗效观察

黄小云
（台山市中医院五官科，广东 江门 529200）

摘要：目的 探讨抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松对急性前部葡萄膜炎患者临床症状及炎性因子、免疫功能水平的影响。**方法** 回顾性分析 2018 年 1 月至 2020 年 1 月于台山市中医院就诊的 72 例急性前部葡萄膜炎患者的临床资料，根据不同的治疗方法将其分为西药组（36 例，复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗）和联合组（36 例，抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗），两组患者均治疗 1 个月，并定期随访 24 个月。比较两组患者治疗 1 个月后临床疗效，症状消失时间，治疗前与治疗 2 周后炎性因子、免疫功能指标水平，治疗后 6、12、24 个月复发率。**结果** 治疗 1 个月后联合组患者临床总有效率高于西药组；畏光消失时间、流泪消失时间、眼痛消失时间及视力恢复时间均短于西药组；与治疗前比，治疗 2 周后两组患者血清白细胞介素 -5（IL-5）、白细胞介素 -6（IL-6）、肿瘤坏死因子 -α（TNF-α）及外周血 $CD8^+$ 百分比均降低，且联合组低于西药组；而血清白细胞介素 -10（IL-10）及外周血 $CD4^+$、$CD3^+$ 百分比，$CD4^+/CD8^+$ 比值均升高，且联合组高于西药组；联合组患者治疗后 6、12、24 个月的复发率均低于西药组（均 $P<0.05$）。**结论** 抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗急性前部葡萄膜炎患者，其疗效确切，能显著改善患者临床症状与细胞免疫功能，促进其视力恢复，并能够降低炎性因子水平，减少后续疾病复发。

关键词：急性葡萄膜炎；抑阳酒连散；复方托吡卡胺；妥布霉素地塞米松；炎性因子；免疫功能；视力恢复

中图分类号：R773 **文献标识码：A** **文章编号：**2096-3718.2022.11.0017.04

葡萄膜炎属于眼睛内部的常见炎症疾病，结合解剖部位划分为全葡萄膜炎、前部葡萄膜炎、后部葡萄膜炎及中间葡萄膜炎，患者易伴随全身自身免疫病，可因病情反复发作出现一系列严重的并发症，导致患者失明。前部葡萄膜炎多影响虹膜和睫状体的前部，是最常见的一类葡萄膜炎，患者多起病急。西医治疗时常选择糖皮质激素、免疫抑制剂、非甾体抗炎药进行对症治疗，但受个体因素影响，不同患者的疗效不一，且存在一定的不良反应 [1]。因此，需积极探索出更为合理、有效的治疗方案。中医学认为，急性前部葡萄膜炎出现多与肝经风热或者肝胆湿热有关，上攻于目或者风湿热邪在经络流窜，上犯清窍进而致病 [2]。抑阳酒连散具有祛风、除湿、清热的功效，经研究证实，其用于治疗风湿夹热所致急性前葡萄膜炎，有助于改善患者眼痛、流泪等临床症状 [3]。基于此，本研究旨在探讨抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松对急性前部葡萄膜炎患者临床症状及炎性因子、免疫功能水平的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018 年 1 月至 2020 年 1 月于台山市中医院就诊的 72 例急性前部葡萄膜炎患者的临床资料，根据治疗方式的不同将其分成西药组（36 例）和联合组（36 例），西药组患者中男性 20 例，女性 16 例；年龄 30~58 岁，平均（42.35±5.68）岁；病程 1~4 d，平均（3.02±0.68）d。联合组患者中男性 21 例，女性 15 例；年龄 30~60 岁，平均（42.40±5.42）岁；病程 1~5 d，平均（3.05±0.54）d。两组患者一般资料相比，差异无统计学意义（$P>0.05$），组间具有可比性。纳入标准：西医符合《眼科学（第 8 版）》[4] 中有关急性前部葡萄膜炎的诊断标准，中医符合《中医眼科学》[5] 中有关风湿夹热证的诊断标准者；存在眼红、眼痛、流泪、畏光及视力降低等症状者；经眼前节检查确诊者；眼珠疼痛和坠胀感，眉棱骨胀痛感者；瞳神缩小、神水混浊、眼睛后壁存在沉着物者；病情缠绵，处在反复发作状态者；舌红，舌苔黄腻，脉弦数或者濡数者。排除标准：存在角膜溃疡或青光

作者简介：黄小云，大学专科，主治医师，研究方向：五官科相关疾病的诊疗。

[12] 王道斌 , 李永康 , 罗磊 . 两种治疗方案对行大型翼状胬肉切除术患者眼部舒适度及随访复发率的影响 [J]. 中国药物与临床 , 2019, 19(7): 1083-1085.
[13] 鲁江 , 贺经 , 刘云 . 翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术后硬性角膜接触镜的干预效果 [J]. 国际眼科杂志 , 2017, 17(6): 1188-1190.