

## ·病例报告·

## 反复发作的阿米巴性角膜炎一例

畅颖 王森 姜超 张爱雪 王智群 张阳 孙旭光

患者,女,44岁,2011年11月因左眼红痛伴视力下降20天就诊于首都医科大学附属北京同仁医院眼科。患者20d前左眼被玉米叶划伤,无角膜接触镜配戴史,无感冒发烧史。

眼科检查及诊疗过程:视力右眼1.0,左眼0.1。左眼结膜混合充血,角膜上皮散在点状浸润,荧光素钠染色(+),基质无水肿,角膜后沉积物(-),前房闪光(-),前房无积脓,瞳孔圆,对光反射存在(见图1A),右眼眼科检查未见明显异常。诊断为左眼角膜炎,给予抗炎治疗(具体不详)。3d后复查,症状有所缓解,眼科检查:左眼结膜充血减轻,角膜上皮散在浸润大部分吸收。1个月后,患者因症状加重再次前来就诊,眼科检查:左眼结膜混合充血加重,中央区角膜类圆形溃疡,范围约5mm×6mm,前房深度正常,前房积脓约1mm(见图1B),角膜病灶刮片细胞学检查示大量阿米巴包囊,角膜共聚焦显微镜检查示左眼角膜基质内多量阿米巴包囊样结构(见图2A),结合临床体征及病史,诊断为左眼阿米巴性角膜炎。

局部给予0.04%双氯苯双胍己烷(洗必泰)和0.04%聚六亚甲基双胍(PHMB)滴眼液(北京市眼科研究所微生物实验室配制)滴左眼,每小时1次,昼夜滴用,连续3d。第4天始,日间每小时1次,晚间涂抗菌药眼膏;联合应用左氧氟沙星滴眼液(日本参天)、双氯芬酸钠滴眼液(沈阳兴齐),每日4次;1%阿托品眼用凝胶(沈阳兴齐),每晚1次。伊曲康唑胶囊100mg(西安杨森),每日1次口服。2周后随诊复查前房积脓吸收,溃疡局限,加用0.3%妥布霉素地塞米松眼膏(美国爱尔康),每日1次,1%夫西地酸滴眼液(爱尔兰LEO Laboratories公司),每日2次。2012年3月溃疡愈合。抗阿米巴药减量,3d后又见前房积脓约2mm(见图3A),继续加大点药频次治疗,停局部激素药物,3d后前房积脓消失,2周后患者第3次出现前房积脓约2mm,角膜溃疡3mm×3mm,继续抗阿米巴治疗,积脓吸收,溃疡局限,加用氟米龙滴眼液(日本参天),每日2次。2012年5月复诊,眼科检查溃疡迁延不愈,角膜上皮出现小泡(见图3B),角膜共聚焦显微镜检查,发现左眼角膜基质内多量阿米巴包囊,且包囊密度及串珠样结构较前增多(见图2B),建议手术治疗。患者于2012年7月行角膜板层移植手术,术后角膜植片透明,未发生排斥反应(见图4A)。2013年12月复查随诊,角膜植片透明(见图4B)。

讨论:棘阿米巴角膜炎(acanthamoeba keratitis, AK)的致病过程分为2个时期,一期局限于角膜上皮层,具有较好的预后;二期,侵入角膜基质层,造成胶原基质的广泛性损害,

并触发剧烈的炎症反应<sup>[1]</sup>。所以阿米巴角膜炎病程缓慢,早期缺乏特征性表现,主要表现在角膜上皮层,包括点状角膜病变、假树枝状角膜溃疡、上皮及浅基质浸润等,此时误诊率较高,易与单纯疱疹病毒性角膜炎的上皮型相混淆<sup>[2]</sup>。阿米巴性角膜炎早期对局部应用抗病毒药也有积极反应<sup>[3]</sup>,又给诊断带来干扰。本例患者首诊表现为角膜上皮散在点状浸润,且用药3d后有所缓解,临床易误诊为病毒性角膜炎而给予错误治疗或未及时干预治疗。患者有植物外伤史,1个月后迅速出现角膜类圆形溃疡,前房积脓,刮片细胞学检查及角膜共聚焦显微镜检查示大量阿米巴包囊,明确阿米巴角膜炎的诊断。临床上,以角膜上皮散在点状浸润为主要表现的角膜炎常见于上皮性病毒性角膜炎以及免疫相关的浅层点状角膜炎,包括浅层点状角膜炎(superficial punctate keratitis, SPK)和Thygeson浅层点状角膜炎。阿米巴角膜炎早期也可表现为点状角膜浸润,应引起临床医生注意。

激素在治疗阿米巴性角膜炎过程中的应用仍存在争议,Clarke等<sup>[2]</sup>认为晚期开始应用激素会延长阿米巴包囊存活周期,以致延长治疗时间,所以建议激素的使用应该在早期且谨慎使用。而李志杰和Smith<sup>[4]</sup>认为激素的“双刃剑”效应常因皮质类固醇激素对初始免疫器官的麻痹作用限制角膜炎的进展而使病情复杂化。本例患者在治疗早期应用妥布霉素地塞米松眼膏后,炎症吸收效果明显,但是在之后抗阿米巴原虫用药减量过程中反复2次出现前房积脓,后期氟米龙的使用使得阿米巴包囊密度及串珠样结构增多,提示我们感染期不要使用激素。后期患者出现溃疡迁延不愈,提示我们出现阿米巴耐药现象而需行手术治疗。临床上棘阿米巴对多种抗感染药有很强的耐药性,目前多采用联合用药及冲击治疗,大多对早期病变有效,对病程较长,病灶范围较大较深的病例,仅靠药物治疗多不能控制,难以治愈,此时考虑手术治疗。本例患者患病8个月后行角膜板层移植手术,术后角膜植片透明,术后1年多复查角膜植片保持透明。

尽管国内外报道阿米巴角膜炎首要高危因素是配戴角膜接触镜史<sup>[4-5]</sup>,但是目前外伤成为我国的主要危险因素<sup>[6]</sup>。从本病例的临床特点和治疗分析中,我们可以得知外伤后早期有类似病毒性角膜炎表现,应该排除阿米巴角膜炎的可能性。阿米巴角膜炎早期诊断,及时治疗具有良好的预后,而在阿米巴角膜炎出现角膜基质环形浸润和放射状角膜神经炎等典型体征之前,应特别注意,点状角膜浸润及假树枝状上皮病变等上皮性改变,提高对早期表现的认识,并及时行角膜刮片细胞学和角膜共聚焦显微镜检查<sup>[7]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 李志杰, Smith CW. 棘阿米巴角膜炎的感染免疫及防治[J]. 眼科新进展, 2005, 25: 101-104.

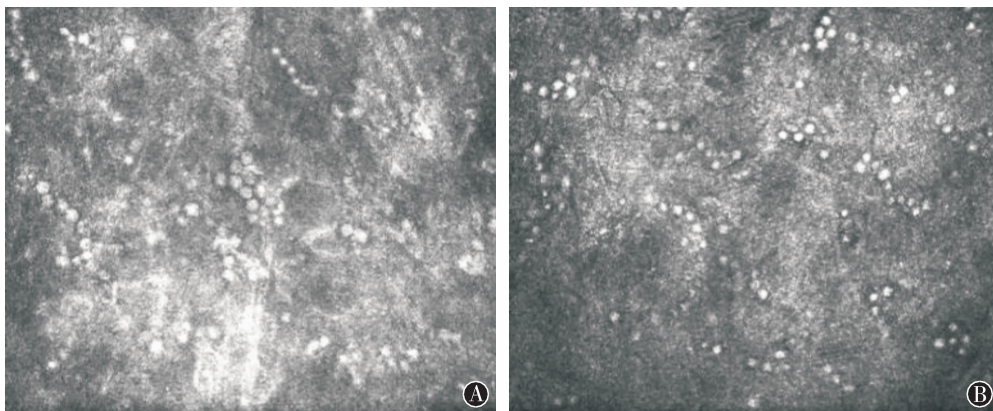
DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-845X.2014.09.012

作者单位: 100005 首都医科大学附属北京同仁医院 北京同仁眼科中心 北京市眼科研究所 眼科与视觉科学北京市重点实验室

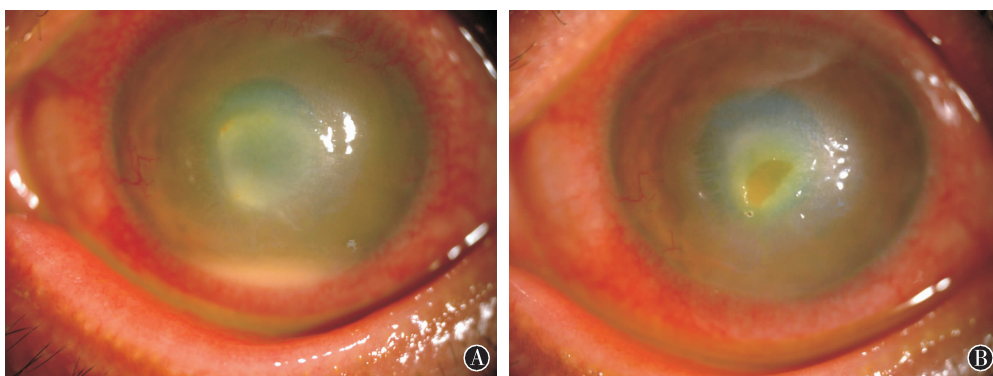
通信作者: 孙旭光, Email: sunxg1955@163.com



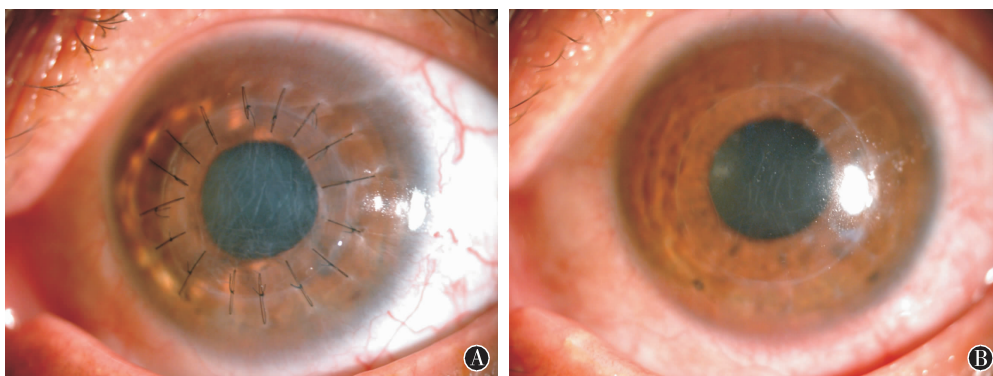
A, 2011年11月左眼结膜混合充血, 角膜上皮散在点状浸润; B, 2011年12月结膜混合充血加重, 中央区角膜类圆形溃疡, 范围约5 mm×6 mm, 前房积脓约1mm  
图1 阿米巴性角膜炎患者首次就诊及1个月后裂隙灯照相



A, 2011年12月; B, 2012年5月, 可见呈串珠样结构的阿米巴包囊, 且较图A包囊密度及串珠样结构增多  
图2 阿米巴性角膜炎患者角膜共聚焦显微镜图片(×800)



A, 2012年3月角膜溃疡愈合, 前房积脓约2 mm; B, 2012年5月溃疡迁延不愈, 角膜上皮小泡  
图3 阿米巴性角膜炎患者迁延不愈裂隙灯照相



A, 2012年7月角膜板层移植手术后, 角膜植片透明, 未发生排斥反应; B, 2013年12月角膜植片透明  
图4 阿米巴性角膜炎患者角膜板层移植手术后

[2] Clarke B, Sinha A, Parmar DN, et al. Advances in the diagnosis and treatment of acanthamoeba keratitis[J]. J Ophthalmol, 2012, 2012:484892.  
[3] Greenwell TH, Loh RS, Chehade M, et al. Misdiagnosis of orthokeratology-related acanthamoeba keratitis as herpes simplex virus keratitis[J]. Clin Experiment Ophthalmol, 2013, 41:418-420.  
[4] Sun X, Zhang Y, Li R, et al. Acanthamoeba keratitis: clinical characteristics and management [J]. Ophthalmology, 2006, 113:

412-416.  
[5] Hammersmith KM. Diagnosis and management of acanthamoeba keratitis[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2006, 17:327-331.  
[6] 张琛, 邓世靖, 王智群, 等. 阿米巴性角膜炎临床综合诊断及治疗[J]. 眼科, 2008, 17:104-108.  
[7] 张琛, 邓世靖, 王智群, 等. 激光共聚焦显微镜在阿米巴性角膜炎诊断中的应用[J]. 眼科研究, 2007, 25:772-774.

(收稿日期:2014-03-24)  
(本文编辑:贾建敏, 季魏红)