

• 讲 座 •

角 膜 软 化 的 防 治

天津民族医院 鲍正名

角膜软化是小儿严重眼病，在农村偏僻地区时有散发，作者将早年工作积累的经验介绍如下。

一、一般情况：本病一年四季均可发病，秋末春初较多见。发病年龄80%以上在3个月~3岁，男女之比为1.5:1。2/3患儿双眼先后发病且软化程度大致相同；1/3则单眼软化，尤以左眼为常见，原因不明。严重软化占10%，常合并继发感染、后弹力膜膨出和前房积脓，预后不佳。从角膜干燥到软化的演变期临床上长短不一，最短3天，最长一月以上，一般以10天为常见。如能及时获得正确医治，75%患儿可望在15天内达临床治愈，虽均残留程度不同的角膜斑翳而终生影响视力；但完全丧失视功能却很少见。

二、病因：1. 50%由慢性消化不良性腹泻所致，以蛋花汤样水泻为主要特征。由于维生素甲在人体内不能直接合成，长期腹泻必然造成维生素甲排泄增加和吸收减少。特别是婴儿肝脏内维生素贮存较少而需要量又相对较多，故更易造成缺乏。并进一步影响味、嗅觉功能减退和胃肠道粘膜角化，使患儿食欲继续减退，腹泻更加严重，终于形成顽固的恶性循环。

2. 30%是丧失或缺乏母乳哺育造成，由于农村条件所限，人工哺育常难符合科学的要求，特别是缺乏维生素甲。再加上农村流行的患眼病后严格忌口的不良卫生习惯，更加速了本病的形成。

3. 20%主要由儿科急性传染病并发。尤其是麻疹合并肺炎患儿最常见。

三、临床表现：全身情况：患儿高度营养不良，体质衰弱，消瘦贫血，毛发稀松，皮肤干瘪，精神萎靡不振。常低头闭眼，无泪干哭，声音嘶哑，牙齿外露，额部多皱纹，面带痛苦表情，呈特殊的“小老人”外貌。眼部特征：角膜上皮和实质浅层组织呈乳白色胶冻样软化性坏死，常高出表面而无明显的充血和炎症为本病主要特征。软化常从角膜中央开始，迅速向周边进展，最后残留少许角膜边缘组织不受侵犯。严重软化常合并继发感染形成灰黄色角膜溃疡和前房积脓、虹膜前粘连，后弹力膜膨出甚至角膜穿孔。单眼软化患儿，另眼角膜常呈毛玻璃样混浊，系角膜干燥之典型征候。同时在双眼球结合膜睑裂部，常可见到银白色蜡油状三角形干燥斑(毕脱氏斑)，也是本病特有征候。

四、诊断：除根据上述，还可用化验室检查协助确诊。血清维生素甲测定，由于该法测定技术复杂，效

果也不可靠，故临床上很少应用。尿液上皮细胞检查：取患儿尿液10ml，加1%龙胆紫数滴，摇匀后镜检上皮细胞数，超过了3个以上，除泌尿系有炎症外即说明有维生素甲缺乏。

五、治疗：1. 全身治疗：彻底根治慢性消化不良性腹泻。对丧失和缺乏母乳哺育患儿，实行科学的人工哺育。对少数危重病儿，应在小儿科医师指导下共同抢救。用药上须正确使用维生素甲：须每天肌注维生素A、D注射液0.5~1ml(每0.5ml含维生素A 25000单位，含维生素D 2500单位)，连用不宜超过10天。之后每天口服维持量为2000单位(常用浓鱼肝油精每日内服3~6滴)，并服用维生素B₁、B₂和C。恢复期患儿亦可用中药医治：消痞散和理脾丸加减；或归芍八味汤加茯苓、苍术，或猪肝散和羊肝明目丸内服。

2. 局部治疗：保护角膜防止意外损伤；住院后立即将患儿双眼用消毒纱布进行包扎，对合并有后弹力膜膨出者尤为适用。

预防继发感染：常用1%庆大霉素溶液点眼。禁止球结合膜下注射抗生素和直接撒用粉剂，以防剧痛而激发角膜穿孔。为预防虹膜后粘连，每天应常规用1%阿托品眼膏散瞳(溶液易中毒不适用)。

增加局部营养：常用市售精制鱼肝油点眼，为方便患儿治疗，克服因频繁点眼所造成的弊病，作者将上述药物制成“复方鱼肝油眼膏”，每天涂用二次，即可保持结膜囊内有效浓度。

六、预防：大力提倡母乳哺育。认真搞好计划生育、计划免疫和妇幼保健工作。特别要做好麻疹疫苗的预防接种工作。

七、体会：本病是小儿眼科急诊，一旦发现患儿应分秒必争进行抢救。对合并后弹力膜膨出患儿单纯用消毒纱布包扎即可有效地达到保护目的，不需作其它特殊处理。特别要禁止手术医治(包括球结膜瓣遮盖术)，因手术不仅增加患儿创伤和痛苦，更主要是给二期“造瞳”手术带来极大困难，甚至因此失明。本病恢复期常有新生血管从角膜周边部向中央生长。这是一种保护性代偿反应，待角膜病变修复后，此新生血管即可自行消退，亦不需作任何处理。眼科临床常用的球结膜下“血针”注射，对本病不适用。

角膜干燥期患儿是临床上治疗最好时期。要象对待角膜软化那样认真医治，要努力阻断其病情的发展，防止软化的产生，才能获得最佳的效果。