

在,切口附近内皮细胞损害最为严重,但术中超声针头角度可以更合理的选择,能最大限度的减少超声能量的扩散对角膜内皮的损伤程度。本研究中通过检查也证实切口附近内皮细胞损失量最大,细胞形态变异最为明显,失去正常五边型及六边型结构而出现大小不均和肿胀,但其中央区和下方角膜内皮形态学改变及密度变化不明显。术后内皮愈合是由内皮细胞扩大、移行来覆盖缺损区,后经有丝分裂或经无丝分裂,内皮细胞产生新的基底膜(Descemet 膜)而达到修复目的<sup>[3]</sup>。在术后早期,主要是由中央区内皮细胞向上部角膜切口区滑行延伸,而术后 2~3 月则由下部的内皮细胞向上滑行补偿中央区,这种变化在术后 3 个月趋于稳定<sup>[4]</sup>。

**3.2 切口选择的临床意义** 透明角膜小切口白内障超声乳化吸除术因其术中对结膜及巩膜组织无明显损伤,故术后炎症反应轻、视力恢复快。又因切口小,对角膜无明显牵引作用,不改变角膜圆顶屋式外型结构,术后手术性散光小,且切口位于角膜缘内,避免了巩膜隧道切口需烧灼止血,而引起巩膜胶原纤维收缩,术后产生一定散光的缺点,又避免了巩膜隧道切口靠后给手术操作带来的不便,缩短了手术时间。但手术本身对角膜内皮细胞的影响一直是临床医生关注的焦点,不少医生担心透明角膜切口术后有造成过多内皮细胞损失的可能。

本研究结果显示透明角膜小切口白内障超声乳化折叠人工晶体术后不同时间内皮细胞损失情况与巩膜隧道切口所造成的内皮细胞损失情况经统计学分析差

异无显著( $P > 0.05$ ),这与 Hayashi 及 Kiessling 等报告相同<sup>[5,6]</sup>,说明透明角膜切口白内障超声乳化吸除术是一种安全可行的手术方法,术中超声针头角度的合理应用能更好的减少超声能量的扩散对角膜内皮的损伤,且手术便捷,术后造成的手术性散光也小于常规巩膜隧道切口。这对高龄患者或合并全身器质性疾病不能耐受长时间手术者具有显著的临床意义,也为部分小眼球、青光眼滤过术后等患者提供了一个更为科学可行的手术方法。但透明角膜小切口超声乳化折叠人工晶体手术存在学习周期长、非熟练术者并发症多、无结膜覆盖至潜在感染因素及患者经济负担较重等问题,需慎重开展。

### 参考文献

- [1] Olson LE, Marshall J, Rice NS, et al. Effects of ultrasound on the corneal endothelium. The endothelial repair process BR[J]. J Ophthalmol, 1978, 62(3):145-154.
- [2] Ogino K, Koda F, Migata K, et al. Damage to cultured corneal endothelium caused by ultrasound during phacoemulsification[J]. Nippon Ganka Gakkai Zasshi, 1993, 97(11):1286-1291.
- [3] 李凤鸣主编.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996.527.
- [4] Sugar A, Fetherolf EC, Lin LL, et al. Endothelial cell loss from intraocular lens insertion[M]. Ophthalmology, 1978, 85(4):394-399.
- [5] Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, et al. Corneal endothelial cell loss in phacoemulsification surgery with silicone intraocular lens implantation[J]. J Cataract Refract Surg, 1996, 22(6):743-747.
- [6] Kiessling LA, Ernest PH, Lavery KT. Scleral tunnel incision with internal corneal lip in patients with low preoperative corneal endothelial cell counts[J]. J Cataract Refract Surg, 1993, 19(5):610-612.

### 肺移植病人的免疫抑制治疗可只用阿仑单抗

美国宾夕法尼亚州匹兹堡大学医学中心 McCurry 等,在美国移植医师学会和美国移植学会 2004 年联合会议上报告称,初步研究显示,肺移植病人应用的免疫抑制剂数目和剂量都可以减少,而急性排斥反应发生率极低。

在匹兹堡,大多数移植病人的诱导治疗采用 T 细胞去除药,然后用一种免疫抑制剂(通常为他克莫司),不同类固醇或只用小剂量类固醇。

McCurry 等对肺移植病人进行的研究始于 2002 年 6 月,诱导治疗用即复宁(thymoglobuline,含兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白)。2003 年 6 月以后诱导治疗改用阿仑单抗(alemtuzumab)。大多数肺移植病人仍继续用小剂量泼尼松-5 mg(常规剂量为 20 mg)。移植前用缙更昔洛韦(valganciclovir)预防治疗 6 个月。

McCurry 等着重报告了应用阿仑单抗(42 例)病人的资料。病人年龄为 26~70 岁。其中,单肺移植 17 例,双肺移植 22 例,

心肺移植 2 例。随访期为 1 个月至 1 年,在 42 例移植病人中,41 例仍存活。64% 的病人无排斥反应;14% 的病人发生 1 次 2 级排斥反应,21% 的病人发生 1 次 ≥3 级急性排斥反应。

39 例病人只用他克莫司单药,其中 3 例病人减量至一周只用 4 剂。3 例病人加用了霉酚酸酯。病人的肺功能良好,肺功能降低 < 5%。发生巨细胞病毒感染 1 例,移植后淋巴细胞增殖疾病 1 例。

大会主席洛杉矶南加利福尼亚大学的心胸外科副教授 Barr 说,McCurry 等的上述结果令了鼓舞。但他担心医师大概不能预测哪些病人较易发生排斥反应,他认为这是一个大胆的方案,因为肺移植病人的排异反应发生率较高。

McCurry 回答说,可通过活细胞密切监测病人是否有排异反应的征兆。有慢性排异反应的病人可能应用补救药,如静注免疫球蛋白。

摘自《中国医学论坛报》2004 年 6 月 10 日 4 版