

外伤性前房积血 60 例临床分析

戚峰,董辉,路航,刘海峰,曹书杰

作者单位:(161005)中国黑龙江省齐齐哈尔市第一医院眼科
作者简介:戚峰,硕士,主治医师,研究方向:白内障、眼外伤。
通讯作者:戚峰. qifeng66@ yahoo. com. cn
收稿日期:2010-12-20 修回日期:2011-01-17

戚峰,董辉,路航,等. 外伤性前房积血 60 例临床分析. 国际眼科杂志 2011;11(3):541-542

Clinical analysis of traumatic hyphema in 60 cases

Feng Qi, Hui Dong, Hang Lu, Hai-Feng Liu, Shu-Jie Cao

Department of Ophthalmology, the First Hospital of Qiqihar, Qiqihar 161005, Heilongjiang Province, China

Correspondence to: Feng Qi. Department of Ophthalmology, the First Hospital of Qiqihar, Qiqihar 161005, Heilongjiang Province, China. qifeng66@ yahoo. com. cn

Received: 2010-12-20 Accepted: 2011-01-17

Abstract

- AIM: To investigate the treatment of hyphema caused by ocular contusion.
- METHODS: The clinical data of 60 cases with traumatic hyphema were retrospectively analyzed.
- RESULTS: Hyphema was absorbed in 52 cases 3-10 days after conservative treatment, in 8 cases after anterior chamber puncture. 2 cases underwent trabeculectomy because of angle recession glaucoma, 2 cases were treated by cataract surgery for traumatic cataract.
- CONCLUSION: Traumatic hyphema have a good clinical effect with the reasonable treatment. After the blood was absorbed, the complications should be treated.
- KEYWORDS: ocular contusion; hyphema; complication

Qi F, Dong H, Lu H, et al. Clinical analysis of traumatic hyphema in 60 cases. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(3):541-542

摘要

目的:探讨眼球钝挫伤引起的前房积血的治疗方法。
方法:对我院 2009-01/2010-08 收治的 60 例眼球钝挫伤前房积血患者的临床资料进行回顾性分析。
结果:其中 52 例患者通过保守治疗,前房积血 3~10d 吸收,8 例行前房穿刺冲洗术后积血吸收,其中 2 例因继发房角后退性青光眼行小梁切除术,2 例因外伤性白内障行白内障手术。
结论:挫伤性前房积血早期合理治疗可获得良好治疗效果,积血吸收后应针对并发症进行治疗。
关键词:眼球挫伤;前房积血;并发症
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.03.059

0 引言

眼球钝挫伤性前房积血是眼球钝挫伤最常见的体征,常合并有继发性青光眼、虹膜睫状体炎、视网膜震荡、外伤性瞳孔散大、虹膜根部脱离、晶状体混浊、晶状体脱位及角膜血染等并发症^[1]。如果处理不当可直接导致视力下降,严重者治疗不及时甚至会致盲。我们对本院眼科 2009-01/2010-08 收治的 60 例眼球钝挫伤前房积血患者的临床资料进行回顾性分析,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 前房积血 60 例患者中,男 42 例,女 18 例,年龄 6~58 岁。右眼 38 例,左眼 22 例,均为单眼。就诊时间在伤后 0.5h~3d。入院时视力:光感~0.5。致病原因:车祸伤 22 例,鞭炮炸伤 10 例,拳击伤及脚踢伤 18 例,球类撞击伤 5 例,玩具枪及弹弓击伤 5 例。所有病例均为原发性前房积血,根据 Oksala 分级法前房积血分为Ⅲ级。Ⅰ级:前房积血量约为前房容积的 1/3,到达瞳孔下缘之下,为 32 眼(53%);Ⅱ级:前房积血量占前房容积的 1/3~1/2,超过瞳孔下缘,为 18 眼(30%);Ⅲ级:前房积血量占前房容积的 1/2 以上,甚至充满整个前房,为 10 眼(17%)。

1.2 方法 保守对症治疗:所有患者均住院治疗,绝对半卧位休息,减少活动,双眼包扎,给予止血药如安络血、维生素 C 等静脉注射,1 次/d,不用缩瞳剂或散瞳剂。对伴有虹膜睫状体炎者,局部及全身应用皮质类固醇和非甾体抗炎药^[2]。对眼压升高者常规静脉滴注甘露醇降眼压治疗。前房积血吸收后行眼底及视力检查。手术治疗:对于积血多、前房内有凝血块、伴有眼压升高和经药物治疗眼压在 5~7d 内不能控制者,应及时行前房冲洗术。对于继发房角后退性青光眼且药物不能控制者行小梁切除术。对于继发外伤性白内障,待虹膜炎稳定后行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术。

2 结果

2.1 并发症 外伤性瞳孔散大 18 例,房角后退 15 例(其中 2 例继发青光眼),虹膜根部脱离 5 例,角膜损伤 6 例,眼底视网膜震荡黄斑水肿 4 例,玻璃体积血 2 例,外伤性晶状体脱位 6 例,外伤性白内障 2 例,余 2 例无并发症。

2.2 积血吸收时间 前房积血患者 60 例中,52 例(87%)经保守对症治疗,1~7d 内积血完全吸收。8 例(13%)行前房穿刺冲洗术,术后积血完全吸收。

2.3 治疗后视力 Ⅰ级治疗前视力为 0.4~0.6,治疗后为 0.8~1.0;Ⅱ级治疗前视力为 0.2~0.4,治疗后为 0.6~1.0;Ⅲ级治疗前视力为光感~0.2,治疗后为 0.4~0.8。

3 讨论

外伤性前房积血是眼外伤中最常见的眼病,主要由于外力作用于眼球的表面,使前房压力骤升,虹膜或睫状体血管撕裂而出血^[1]。治疗关键是促进积血吸收,防止继发性出血和并发症的发生。其治疗主要包括:(1)制

动^[2,3]: 双眼包扎,半卧位休息,少活动,防止便秘、剧烈咳嗽及避免对眼球施加压力等,以防止继发性出血。(2)止血: 止血药物的应用因人而异。常用的止血剂有止血芳酸、立止血、安络血、云南白药等。对于老年患者慎用,因为有诱发身体其它脏器栓塞的可能。(3)甘露醇及高渗脱水剂的应用: 能降低眼内压,随眼压下降,积血迅速吸收,可减少角膜血染和视神经的损害^[4]。(4)皮质类固醇的应用: 皮质类固醇具有抗炎、消肿作用,及早应用皮质类固醇可减少虹膜炎症渗出及其并发症,减少小梁网的水肿,对房水的循环及前房积血的吸收产生积极的作用,同时对视网膜震荡有治疗作用。(5)一般不散瞳也不缩瞳^[5]: 如果出现了虹膜睫状体炎,发生了虹膜轻度后粘连,则应使用短效散瞳剂。(6)前房冲洗: 手术目的是清除前房积血,预防角膜血染及继发青光眼。因手术本身可能增加伤眼的组织损伤和炎症反应,不利于伤眼的恢复,所以,一定要严格掌握好适应证。

外伤性前房积血经保守治疗及前房冲洗治疗,绝大多数患者前房积血可全部吸收,使视力提高^[6,7],后期主要针对并发症进行治疗。对于房角后退性青光眼,眼压药物

不能控制,可行滤过性手术。对于晶状体脱位,如果眼压不高,无复视,可以定期观察。对于外伤性白内障,视力下降明显,可待虹膜炎症稳定后行白内障手术,术中需特别注意可能存在的晶状体脱位给手术带来的影响。对于虹膜根部离断,存在单眼复视,考虑行虹膜根部缝合术。玻璃体积血不吸收,可以行玻璃体切割术。

参考文献

- 1 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005;3068-3069
- 2 丁汝新. 外伤性前房积血 128 例临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2002;24(5):510
- 3 彭秧生,张娟,任百超. 外伤性前房积血 42 例临床分析. 国际眼科杂志 2007;7(3):840-841
- 4 裴森,杨东海. 儿童外伤性前房出血的治疗. 国际眼科杂志 2006;6(4):825
- 5 王斌. 外伤性前房积血 56 例临床治疗分析. 国际眼科杂志 2009;9(10):2027-2028
- 6 刘子彬,刘海俊,许凤山. 外伤性前房出血 91 例. 国际眼科杂志 2010;10(8):1492
- 7 王巧荣,薛波,戴丽华. 儿童外伤性前房积血 78 例临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2005;27(2):107-108