

驱逐性脉络膜上腔出血 2 例

马红利, 李世洋

作者单位: (471031) 中国河南省洛阳市, 中国人民解放军第 150 中心医院眼科

作者简介: 马红利, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 眼外伤、玻璃体视网膜病。

通讯作者: 马红利, mahongli30409@163.com

收稿日期: 2012-04-06 修回日期: 2012-08-10

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.79

引用: 马红利, 李世洋. 驱逐性脉络膜上腔出血 2 例. 国际眼科杂志 2012; 12(9): 1817-1818

0 引言

驱逐性脉络膜上腔出血是一种少见而严重的内眼手术并发症, 来势凶猛, 预后不良, 最终导致失明甚至眼球摘除。近年我科遇 2 例行术中发生驱逐性脉络膜上腔出血, 现汇报如下。

1 病例报告

例 1, 患者, 男, 39 岁。患者于 2011-08-22 因“右眼外伤性玻璃体积血、外伤性白内障”在我科行“右眼白内障摘除、玻璃体切割术”手术, 顺利出院。于 2012-02-29 因“右眼玻璃体切除术后 0.5a”来我院, 拟行二期人工晶状体睫状沟固定术。检查: 右眼视力 0.02, +12DS→0.5。右眼睑无肿胀, 结膜轻度充血, 内眦部结膜增生侵入角膜瘢痕处, 鼻侧角膜可见横行角膜伤口瘢痕, 颞侧角膜透明, 前房中深, 瞳孔不规则, 虹膜震颤(+), 晶状体缺如, 后囊膜缺如, 玻璃体腔清, 视盘边界清, 全视网膜平伏, 上方网膜可见激光斑, 黄斑中央凹反光存在。泪道冲洗通畅。入院诊断: (1) 无晶状体眼(右); (2) 玻璃体切除术后(右); (3) 陈旧性眼外伤(右)。入院后经充分术前准备, 在局部麻醉下行右眼二期人工晶状体睫状沟固定术。手术过程如下: 患者取仰卧位, 常规消毒铺无菌单。20g/L 利多卡因 3mL 和 7.5g/L 布比卡因 3mL 混合后行球后、筛前、筛后阻滞麻醉。开睑器开睑, 生理盐水冲洗结膜囊。11:00~1:00 做以穹隆部为基底的结膜瓣。4:00~10:00 角膜缘做结膜切口, 巩膜面烧灼止血, 做三角形板层巩膜瓣。自角膜缘内 1mm, 10:00 角膜缘作 2mm 辅助切口, 前房内注入足量透明质酸钠, 在隧道顶端切透前房。因眼球无玻璃体支撑, 术中间断给予前房及玻璃体内注入足量透明质酸钠、灌注液及过滤气体, 以维持眼球形态。将 10-0 聚丙烯缝线自 4:00 位三角形巩膜瓣下进针, 经睫状沟、虹膜后方再由 10:00 位板层巩膜穿出, 缝线自上方板层巩膜口拉出并剪断。将两根缝线分别结扎固定于 +23.00D 美国 Alcon 人工晶状体襻上的小孔处, 烧灼缝线断端, 以防缝线脱落。将人工晶状体植入前房, 拟将人工晶状体调整至睫状沟时, 患者突然诉眼胀痛, 见前房变浅, 人工晶状体向前移位, 有新鲜血液自玻璃体腔涌入前房, 考虑为驱逐性脉络

膜上腔出血。嘱患者保持安静, 避免用力, 立即取出人工晶状体, 10/0 Alcon 尼龙线间断缝合巩膜切口。前房内充气维持前房。去除开睑器。5min 后检查眼内已无出血, 眼压 T₊₂。30min 后做标准玻璃体切割三切口, 固定灌注头及角膜环, 清除前房积血、玻璃体腔积血, 见 1:00~6:00 方位脉络膜及视网膜脱离, 2:00 位锯齿缘离断, 向颞侧挤压, 玻璃体腔减小。玻璃体腔内注入重水, 自锯齿缘离断区清除部分脉络膜下出血, 见鼻侧脉络膜仍有小部分隆起。行气液交换, 注入硅油约 4.5mL。检查眼压 T_n, 视力光感。去除角膜环及灌注头, 8/0 可吸收线依次缝合巩膜及结膜切口。球结膜下注射地塞米松 1mg, 去除开睑器, 结膜囊涂典必殊眼膏, 纱布包盖患眼。术后第 1d, 检查患者右眼视力光感, 前房积血, 眼内情况看不进。全身及局部给予抗炎、糖皮质激素等治疗, 术后 11d 患者前房积血仍未吸收。眼 B 超示: 脉络膜上腔出血已液化。复查眼压 T_n。行右眼巩膜外放液、视网膜脱离复位、视网膜激光光凝、硅油填充加巩膜环扎术。术后给予抗感染、糖皮质激素、散瞳等治疗, 术后第 1d 检查: 视力右眼手动/眼前, 角膜后弹力层皱折, 前房中深, 玻璃体腔硅油填充, 眼底模糊不清。于术后 14d 出院, 出院时检查: 右眼视力手动/眼前, +12DS→0.04, 角膜基本透明, 前房中深, 眼底见玻璃体腔硅油填充, 视网膜平伏, 压嵴可见, 眼压 18.75mmHg。

例 2, 患者, 男, 22 岁, 2011-11-22 因“石头击伤右眼后疼痛、出血、视物不见 0.5h”入院。检查: 右眼视力光感, 结膜囊内可见泥沙样组织, 10:00~2:00 位角膜缘全层裂开, 部分虹膜已脱出嵌顿于角膜伤口处, 前房积血, 眼内情况看不进。立即急诊在局部麻醉下行右眼角膜裂伤缝合术, 手术过程如下: 患者取仰卧位, 倍诺喜滴眼液滴右眼连续 3 次行表面麻醉。常规消毒铺无菌单。20g/L 利多卡因 3mL 和 7.5g/L 布比卡因 3mL 混合后行球后阻滞麻醉。开睑器开睑, 生理盐水冲洗结膜囊。清除结膜囊内异物。患者突然烦躁不安, 用力挤眼, 诉右眼剧烈疼痛, 见眼内葡萄膜组织、视网膜及鲜血自角膜伤口涌出, 立即给予角膜缘伤口间断缝合后, 出血停止, 眼压 T₊₁。术后给予抗炎、激素等治疗 1wk 后, 患者右眼视力无光感, 右眼角膜缘伤口愈合好, 前房积血, 眼内情况不详。眼 B 超示: 眼内积血。于术后 1mo 检查患者右眼视力无光感, 眼球已萎缩, 行眼球摘除加眼窝填充术。

2 讨论

2.1 发病原因 脉络膜下爆发性出血是内眼手术中的严重并发症, 是由于睫状后短动脉或后长动脉或这一动脉系统的某一主干破裂出血, 也可因脉络膜静脉受损引起。好发部位是睫状后短动脉进入脉络膜上间隙处, 同时也发现睫状后长动脉和睫状前动脉回返支血管壁坏死或病理性改变。导致血管壁坏死和破裂的因素不十分清楚, 一般认为: 高龄、高血压、全身或局部动脉硬化、糖尿病、动脉周围炎、出血性体质等全身及其他影响血管系统的情况均可增加出血的发生率。眼部与脉络膜下爆发性出血相关的危险因素包括, 先天性脉络膜脆弱、青光眼、高度近视、无晶状体眼、低眼压、眼外伤、葡萄膜炎、术中眼压急剧下降、玻璃体脱出等。另外术中、术后出现咳嗽、紧张屏气、恶心、呕吐、声门紧闭而深呼吸、便秘等无论在术中、术后均可能

为脉络膜下爆发性出血的诱发因素^[1]。结合患者病情,分析例1患者右眼原有外伤史,已行玻璃体切割及晶状体摘除手术,玻璃体腔内无填充物,切开眼球后,眼内液体流出,眼球缺少支撑,眼压骤降等可能为脉络膜下出血的原因。例2与术中交感神经张力增加导致患者紧张,心率加快、静脉淤血加大受损血管管壁的压力等因素有关^[2]。

2.2 临床表现 驱逐性脉络膜上腔出血术中、术后均可发生。术中出血时可见伤口裂开,晶状体虹膜向前移位,甚至全眼内容物慢慢移动向前方。如晶状体还未摘出则会自动娩出,且有玻璃体与色素膜脱出,随之大量鲜血外溢。若出血缓慢,在晶状体娩出之后,瞳孔区可见黑色透明如露珠状物膨隆,因眼压很高,切口很难结扎关闭,出现持续性剧烈眼痛。发生在术后的出血表现为突然剧烈眼痛,这是出血牵拉睫状后长神经所致,随后眼垫和绷带被鲜血染红,检查可见伤口裂开,前房消失,眼压升高,眼内容物脱出,活动性出血,视力仅存光感或消失^[3]。

2.3 鉴别诊断 驱逐性脉络膜上腔出血应与脉络膜暴发性渗漏鉴别,二者原因和体征相似,但后者是因眼压突然降低导致脉络膜血管扩张,大量渗液进入脉络膜下腔所致,一般无眼球疼痛。透眼法检查脉络腔,渗漏眼底为红光,出血为黑色不透光。后巩膜切开,渗漏排出为液体,出血排出为鲜血。也有人认为出血与渗漏代表同一病因的两个不同时期,起初由脉络膜渗漏开始,当脉络膜血管扩张破裂时即呈爆发性出血^[3]。

2.4 治疗体会 (1)保守治疗:主要为止血、糖皮质激素及支持治疗,卧床休息。(2)巩膜切开放液引流术:一般认为在出血后1~2wk并经B超检查确定凝血块已完全液化后手术较为合适。术中可向玻璃体腔注入消毒空气或平衡盐等玻璃体替代物。伴有浅前房者同时行前房成形术。(3)玻璃体视网膜手术:当驱逐性脉络膜上腔出血继发视网膜脱离、玻璃体视网膜牵拉、玻璃体出血及晶状体

脱入玻璃体腔等并发症时,在行引流术的同时需行玻璃体视网膜手术。如果存在视网膜裂孔则需行视网膜激光光凝。然后根据术中选择进行巩膜外垫压、惰性气体或硅油填充。本例1术中出血停止后立即行玻璃体切割术,切除大部分脉络膜上腔积血,填充硅油后恢复了部分玻璃体腔,于术后11d,脉络膜下积血已液化,进一步行后巩膜切开术、玻璃体切割、硅油填充加巩膜环扎术,达到了清除脉络膜积血促进脉络膜视网膜复位的目的。经积极手术及综合治疗痊愈,保留了残余视力。

2.5 预防措施 对驱逐性脉络膜上腔出血的预防十分困难,采取以下措施有望减少出血:(1)术前详细询问病史,作全面体格检查,确定患者有无高血压、糖尿病、动脉硬化、血液病史,有无凝血功能障碍,对有可能导致出血的疾病先进行治疗,术前避免服用阿司匹林及其他影响凝血的药物。血液病患者不宜手术,糖尿病患者术前应将血糖控制在正常范围。(2)术前严格控制眼压,术前行高渗剂、碳酸酐酶抑制剂,以保证手术在较低的眼压下进行。(3)术前适当使用镇静药物,避免患者术中紧张。(4)内眼手术尽可能在局部麻醉下进行,避免全身麻醉后的不良反应,术中避免患者咳嗽,如术中血压突然升高及心率过快应及时处理。(5)术中操作轻柔,前房的减压要慢,娩出晶状体也要缓慢,术毕向前房注入平衡盐液或重气,尽快恢复眼压。(6)术后告诫患者避免压迫眼球或碰伤眼球,出现咳嗽、便秘者应及时处理。

参考文献

- 1 王睿,秦莉. 脉络膜上腔出血. 国际眼科杂志 2005;5(2):327-332
- 2 徐艳. 自发性脉络膜上腔出血(附4例分析). 现代实用医学 2009;21(3):272-273
- 3 王成业. 眼手术并发症原因与处理. 第1版. 长沙:湖南科学技术出版社 1997:248-249