外伤性前房出血 218 例分析

刘春姿 韩红波 (浙江省中医院 杭州 310006)

关键词:外伤性前房出血;止血敏;皮质类固醇;甘露醇;血府逐瘀口服液

中图分类号: R 779.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04-0055-01

外伤性前房出血多见于眼球钝挫伤,是一种常见的并发症。国内统计,其发病率为 26.9%~55.2%。本文收集我院自1999~2004 年门诊和住院治疗的 218 例外伤性前房出血。报告如下:

1 临床资料

- 1.1 一般资料 在 218 例外伤性前房出血病人中,男性 188 例,女性 30 例;年龄为 6~68 岁;发病高峰为 16~35 岁;致伤原因:铁器工具、拳击、脚踢伤 128 例,球类、泥团、弹弓等 81 例,撞伤 5 例,爆炸伤 4 例。其中 186 例伤后 24h 内就诊,其余 2~7d 内就诊。
- 1.2 临床分级 根据 Oksala 的分类法,前房积血量,不到前房容积的 1/3,位于瞳孔缘之下者为一级,有 124例;占据前房容积的 1/2,超过瞳孔下缘者为二级,有 84 例;超过前房容积的 1/2 以上,甚至充满整个前房者为三级,有 10 例。受伤后立即出现出血者为原发性前房出血,为 214 例;继发性出血 4 例。
- 1.3 治疗方法 (1) 卧床休息,取半卧位,双眼包扎;(2)全身应用止血剂,如静脉给予 PAMBA,肌注止血敏针;(3) 联合应用皮质类固醇;(4) 部分患者口服醋氮酰胺片或 20%甘露醇静滴;(5) 局部氟美瞳点眼(没有角膜上皮损伤的前提下);(6) 不散瞳,不缩瞳;(7) 部分患者加用中药血府逐瘀口服液治疗;(8)必要时手术治疗。
- 1.4 治疗结果 前房出血经上述治疗,症状消退:一级前房出血吸收时间 2~6d,二级前方出血吸收时间 5~10d,三级前方出血吸收时间 7~15d。并发症:外伤性瞳孔扩大约 86 例,外伤性虹睫炎 170 例,视网膜振荡伤 43 例。其他并发症还有角膜损伤、虹膜根部离断、继发性青光眼、外伤性白内障、玻璃体出血等。

2 讨论

2.1 前房出血是由于外力作用于眼球,通过房水传递到虹膜、房角、睫状体及视网膜睫状血管破裂所致,其吸收主要通

过小梁网, Schlemm 管和巩膜静脉窦凹。出血增加了眼内容,吞噬细胞及血影细胞阻塞了小梁网, 房水排出受阻, 眼压升高, 发生继发性青光眼。早期治疗绝大多数眼压降至正常。本组 58 例继发性青光眼,经甘露醇及醋氮酰胺片降压治疗后大部分在 1 周内眼压降至正常。我们认为, 对外伤性前房出血, 眼压超过正常, 宜尽早使用降压药物以防止青光眼发生。2.2 关于缩瞳剂与散瞳剂使用, 目前一直看法不同凹。主张不缩瞳也不散瞳者认为: 散瞳剂可使前房变窄, 影响出血吸收,缩瞳剂可使毛细血管扩张, 易引起出血, 尤其对虹膜根部离断的病人更不能使用^[3]。我们主张在疾病早期既不散瞳也不缩瞳, 如有相应症状给于对症处理。

- 2.3 皮质类固醇的应用:本组伴虹睫炎约占 80%,伴视网膜震荡伤 20%,皮质类固醇能抑制炎症反应,减轻血管渗出,减少软组织水肿,减少组织破坏及瘢痕形成,以保证正常的生理功能及促进前房积血的吸收。早期合理使用皮质类固醇可得到较好的疗效。
- 2.4 本组病例在伤后 24h,如积血未完全吸收,则加用血府逐瘀口服液。从现代医学观念认为应用活血化瘀中药能改善血液循环,扩张血管,加快房水对流,促进前房出血吸收^[4]。因此在西药治疗外伤性前房出血基础上加用血府逐瘀口服液,可以减少并发症,取得较好的疗效。

参考文献

- [1]周文炳.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000.269
- [2]陈菊仙.外伤性前房出血 63 例分析[J].临床医学杂志,2003,11 (2):178
- [3]杨静.眼挫伤致前房出血 107 例分析[J].眼外伤职业眼病杂志, 2001,23(4):202
- [4]吴琰瑝.中西医结合治疗外伤性前房出血[J].中国中医眼科杂志, 1993,3(2):150

(收稿日期: 2005-04-08)

(上接第49页)重新做好评定工作,必要时做好记录,以资对比。

- 3.2 责任心要强 在产科,护士不能有依赖心理,完全依靠 亲属及产妇,必须加强责任心,24h 监护,各班次要做好交接 工作,对新生儿的动态变化要保持连续性观察。
- 3.3 观察要细、鉴别力要强 在产科护士对新生儿的观察,

是如何去发现疾患的存在,不同于儿科是对发病后的新生儿怎样观察与护理。而新生儿的发病有1个过程,发病初期症状一般不典型,易与新生儿生理特点相混淆。因此,护士必须做到观察症状是否异常,做到防微杜渐,为新生儿的治疗赢得时间。

(收稿日期: 2004-12-21)