

中西医结合治疗外伤性前房积血

黄娟

(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

关键词: 外伤性前房积血; 中西医结合疗法; 甘露醇; 糖皮质激素; 中药煎剂

中图分类号: R 779.12

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.0057

外伤性前房积血是临床常见病,治疗不当常继发青光眼和角膜血染,严重危害患者的视功能。近几年来,笔者运用中西医结合治疗外伤性前房积血 32 例,无 1 例角膜血染。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例中,男性 26 例,女性 6 例;年龄最小者 2 岁,年龄最大者 75 岁;其中眼球钝挫伤者 21 例,眼球贯通伤者 11 例;病程 3~21d,眼球贯通伤者病程较长。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗 基本方:当归、生地、赤芍、川芎、前胡、防风、藁本、黄芩、甘草。加减法:初期加凉血止血药,如白茅根、生大黄、生蒲黄、丹皮;无新鲜出血时加行气活血化瘀之品,如桃仁、红花、郁金;眼球贯通伤者加疏风清热之黄芩、荆芥、柴胡。水煎服,1 剂/d。

1.2.2 西药治疗 静脉点滴 20%甘露醇,1 次/d,眼压不能控制者 2 次/d,眼内点碳酸酞酶抑制剂眼药水以降眼压,如还不能控制眼压,加前房穿刺甚至前房冲洗;根据病情口服或静脉应用小剂量糖皮质激素。

1.3 结果 32 例中,无 1 例出现角膜血染。6 例眼球贯通伤者因眼球结构破坏严重,虽然角膜透明,但视网膜脱离,眼球萎缩无视力;其余 26 例视力均

恢复良好。

2 讨论

外伤性前房积血为眼外伤中最常见的一种眼病,其发病率约为眼外伤总数的 25%。前房内的少量积血,一般为眼球挫伤后虹膜血管通透性增加而渗出的血液,多易吸收。大量的积血则是由虹膜或睫状体血管断裂所致,较难吸收,易继发青光眼、角膜血染。因起病急,发展快,重者治疗须急用静脉点滴 20%甘露醇等以降眼压,口服或静脉应用小剂量糖皮质激素以减轻虹膜反应,必要时加前房穿刺甚至前房冲洗,防止角膜血染及持续高眼压导致不可逆性视功能损害。

本病相当于中医眼科的“血灌瞳神”,为撞击伤目所致。辨证为气滞血瘀,有创口者则兼有风邪外袭,治疗宜活血化瘀,疏风清热。我们所用中药基本方中当归、生地、赤芍、川芎活血化瘀,黄芩、防风、藁本、前胡疏风清热,甘草调和诸药。临证如根据局部体征及全身症状适当加减化裁,则效果更理想。

本病采用中西医结合治疗,可提高疗效,缩短病程。轻中度者可仅口服中药,或加小剂量糖皮质激素促进前房积血吸收,眼压高者加降眼压药,防止继发性青光眼的发生;重者必要时加手术治疗。从笔者观察的 32 例病例看,如果无眼球结构的严重破坏,中西医结合治疗均能恢复良好的视力。

(收稿日期: 2010-07-26)

愈后检查为正视眼的有 151 眼,占总体的 78.6%,而治疗前正视眼仅 61 眼,占 31.8%,两者有极显著差异,说明中浆患眼很大一部分有远视变动现象。本组治疗前存在近视而治愈后为正视眼有 8 例,其屈光状态在治疗前后亦有变化。见表 3。

表 3 8 例患、健治疗前后平均屈光度比较 ($\bar{X} \pm S$) D				
眼别	治疗前	治疗后	t 值	P 值
患眼	-0.92± 0.45	-0.14± 0.15	4.04	<0.01
健眼	-0.72± 0.39	-0.12± 0.17	1.06	<0.01

3 讨论

从本组结果中可看出,中浆发病前后可使眼的屈光状态产生明显差异,其主要向远视状态飘移,原因为眼底黄斑区浆液性渗漏,导致中心凹周围神经上皮层脱离隆起而形成一种病理性屈光状态;也有少数患者表现为短暂的近视状态,并可使健眼受

影响也呈短暂性的近视推测可能是为了克服暂时性远视而努力调节,造成调节痉挛所致。

正视眼的中浆发病率明显高于其他屈光状态的眼,近视眼的患病率较低,而高度近视则罕有发生中浆,可能与中浆的发病机理有关。目前一般认为中浆病是由于脉络膜循环障碍而导致视网膜色素上皮功能异常,发生渗漏所引起,而高度近视眼眼底脉络膜毛细血管萎缩,色素上皮长期处于慢性缺血状态,对于一过性的缺氧反应不敏感,所以不易导致中浆的发生。

参考文献

[1]李志华,彭晓燕.中心浆液性脉络膜视网膜病变的研究现状[J].国外医学•眼科学分册,2004,28(2): 120-122

(收稿日期: 2010-07-20)