

脉络膜上腔出血，暴发性

1995年第35卷第10期山东医药

R 773.4

## 脉络膜上腔暴发性出血

(附2例报告)

山东省立医院(250021) 李琳 赵志康 岳爱环

脉络膜上腔暴发性出血是内眼手术罕见的并发症。现将我院遇到的2例报告如下。

例1：男，26岁。右眼被弹弓石子打伤8年，伴眼胀、头痛、恶心3~4年，加重5~6天。诊断：右眼外伤性白内障，晶体半脱位，继发性青光眼。视力指数/30cm，眼压 $7.5/4=4.04\text{kPa}$ ，混合充血(+)，前房稍深，瞳孔7mm直径，虹膜震颤，晶体向颞上方玻璃体内脱位，2~6点可见晶体赤道部皮质下不均匀灰白色混浊。口服醋氮酰胺后眼压可控制。术前眼压 $5.5/6=1.94\text{kPa}$ 。在局麻下行右眼白内障冷冻摘除术。手术常规操作，术中预置缝线时，眼压极低，用晶体圈使脱位晶体移至瞳孔区，速用冷冻器头置于晶体前囊处完整顺利娩出晶体。此时见玻璃体大量外溢，瞬间创口处堆满血凝块，覆盖视网膜。考虑为脉络膜上腔暴发性出血。当即给予止血敏、鲁米那钠肌注，20%甘露醇快速静滴。遂于角巩缘后8~10mm处切开巩膜，放出积血2~3ml，剪除脱出之视网膜组织送病理。结扎预置缝线。此时眼压极低，前房注入生理盐水，形成浅前房。术后给止血、抗炎、降眼压等药物治疗。病理结果：视网膜组织及节细胞层变性萎缩，大部分神经节细胞消失，双层细胞层明显变薄，未见色素上皮层。病变符合青光眼。患者术后2个月出院，右眼视力无光感，眼压极低，角膜透明，前房深，房水不混，瞳孔中度大，瞳孔区可见白色机化物及新生血管。随访8年，除眼球稍缩小外，局部情况同出院时。

例2：男，55岁。左眼红痛2年，视物不见半年，诊断为急性闭角型青光眼(绝对期)。左眼视力光感消失，眼压： $10/3.5=6.23\text{kPa}$ 。药物不能控制眼压。在局麻下行左眼巩膜下小梁切除术，术中行巩膜咬切，虹膜周边切除后，病人烦躁不安，剧烈眼胀头痛，眼压极高。考虑为脉络膜上腔暴发性出血。遂从12点角巩缘后8mm穿刺放液，

未抽出液体。烦躁加剧，创口翘起，部分色素膜被推至创口处，眼球坚硬如石，无法关闭切口。改行眼球摘除术。眼球标本病理诊断：青光眼，脉络膜出血，并局限性视网膜脱离。

讨论：本病原因不明，Manschot和Miiller的病理资料报告为病变来自睫状动脉，推论其发生与眼内血管独特的动力学有关。眼内血管承受的压力不仅有大气压的一般组织压，还有在此基础上的眼压。眼内血管变性最易发生的部位是巩膜表面进入脉络膜上腔这一段，即血管外压从一般组织压变为眼内压处。当切开前房眼压突然下降到大气压水平，使血管内外压差增大时，更易发生此病。我院2例均为青光眼，而且都在打开前房，眼压突然下降后发病。考虑为眼内血管床长期处于高眼压状态下，突然降压，血管舒缩系统不能及时调节而致血管扩张、破裂、出血。眼内血压与眼压差的突然变化为本病的主要诱因。

本病可发生在白内障、青光眼、角膜移植、光学虹膜切除、视网膜脱离等手术中。青光眼、高血压及高龄是脉络膜大出血的危险因素。术前应尽量控制血压，术中麻醉药量不宜过大，应缓慢放房水。当患者突感烦躁不安、眼胀、头痛，创口翘起、眼压极高时，应及时关闭创口，或即行后巩膜放液，并同时给予镇静、止血、脱水剂。以往认为，此病一旦发生，预后极差。其处理主要是眼球摘除或眼内容剜出。近年来通过关闭创口，切开巩膜放液，使部分病人保留眼球，有的甚至恢复一定视力。术中立即将血液引流是保存部分视力的最佳选择。近年来有学者对某些病例通过角膜穿刺注入10%透明质酸钠，能长时间保持眼前、后节的容积，力量均匀分布，并且注入玻璃体腔后，很少向外流出，能保持一定压力，迫使脉络膜上腔的血液流出。此法是挽救残存视力，保留眼球外形的唯一方法。

(1995-05-15收稿)