

脉络膜上腔暴发性出血

(附2例报告)

山东省立医院(250021) 李琳 赵志凜 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=4.04kPa,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。口服醋酐酰胺后眼压可控制。术前眼压5.5/6=1.94kPa。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=6.23kPa。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血压状态下,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,切开巩膜放血,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)