

眼挫伤继发性前房出血临床治疗分析

王艳红(河北省承德市围场满族蒙古族自治县医院 068450)

【摘要】 目的 探讨中西药结合治疗眼挫伤继发性前房出血的效果。**方法** 70 例眼挫伤继发性前房出血患者根据治疗方法的不同分为治疗组与对照组各 35 例,所有患者都应用西药常规治疗,在此基础上治疗组给予自拟中药治疗。比较两组患者间的治疗效果。**结果** 治疗组有效率为 97.1%,对照组有效率为 82.9%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组的前房出血完全吸收时间明显短于对照组($P < 0.05$),两组继发性青光眼、角膜血染等并发症对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 中西药结合治疗能缩短前房出血完全吸收时间,提高疗效,安全性好。

【关键词】 眼挫伤; 继发性前房出血; 前房出血完全吸收时间

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)07-0967-02

眼挫伤继发性前房出血是眼外伤的一种严重表现,当前在临床上比较多见,尤以眼球钝挫伤最为常见,其发生率占前房出血的 70%左右^[1]。虽然大部分前房出血能够自动吸收,但部分患者仍然还会出血不止,造成继发性青光眼、角膜血染等并发症^[2]。中医称前房出血为“血灌瞳神”或“血灌瞳仁”,在治疗中,中医药的应用能取得比较好的效果^[3]。本文为此探讨了中西药结合治疗眼挫伤继发性前房出血的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 9 月至 2013 年 1 月本院收治的眼挫伤继发性前房出血患者 70 例,入选标准:单眼发病;符合眼挫伤继发性前房出血的诊断标准;排除眼球穿通伤、眼眶骨折、视神经损伤等;患者知情同意。其中男 45 例,女 25 例;年龄 16~65 岁,平均(35.53±3.25)岁;病程最短 2 h,最长 12 d,平均(4.51±0.36)d。致伤因素:斗殴击伤 21 例、运动伤 10 例、车祸跌碰伤 30 例、不明原因 9 例。前房出血量:不到前房容积 1/3 位于瞳孔下缘者为 I 级(38 例),占前房容积的 1/2 超过瞳孔下缘者为 II 级(22 例),超过前房容积的 1/2 以上甚至充满前房为 III 级(10 例)。根据治疗方法的不同分为治疗组与对照组各 35 例,两组的年龄、性别、病程、致伤因素、出血量对比差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 在治疗中,所有患者都常规应用西药治疗,头部垫高、双眼包扎、应用止血药物,给予高渗脱水剂及醋氮酰胺,静脉滴注 20%甘露醇 250 mL,有虹膜炎者加用散瞳剂及少量皮质类固醇类药物。治疗组在此基础上给予自拟中药治疗,组方:牡丹皮 10 g、生地 10 g、茯苓 15 g、车前子 15 g、赤芍 15 g、郁金 15 g、丹参 15 g、归尾 8 g,水煎 300 mL,每日 1 剂。两组都治疗 6 d。

1.3 观察指标 (1)疗效标准:显效,视力恢复到 1.0 以上或达到受伤前视力,前房出血全部吸收;有效,视力提高 2~4 行,前房出血基本吸收;无效,前房出血无吸收,视力无提高或病情加重。同时观察两组的前房出血完全吸收时间与并发症发生情况。

2 结果

2.1 疗效对比 治疗后,治疗组的有效率为 97.1%,对照组有效率为 82.9%,组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见

表 1。

表 1 两组疗效对比(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	30	4	1	97.1
对照组	35	19	10	6	82.9

2.2 前房出血完全吸收时间与并发症发生情况对比 治疗组的前房出血完全吸收时间明显短于对照组($P < 0.05$),两组继发性青光眼、角膜血染等并发症对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组前房出血完全吸收时间与并发症发生情况对比

组别	n	前房出血完全吸收时间(d, $\bar{x} \pm s$)	继发性青光眼 [n(%)]	角膜血染 [n(%)]
治疗组	35	4.12±0.25	1(2.9)	1(2.9)
对照组	35	5.36±0.24	2(5.7)	1(2.9)
P		<0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

眼挫伤继发性前房出血是临床上常见的一种眼科疾患,以男性多见,女性则以家庭暴力及从事娱乐服务行业常见。眼挫伤继发性前房出血常因治疗不当或时机掌握不好,造成严重的视力障碍,甚至失明,导致严重预后^[4]。从机制上分析,眼挫伤继发性前房出血是由于眼球受外力打击后眼球内压力骤升,虹膜、虹膜动脉大环及其分支血管破裂所致^[5]。而出血的多少与破口大小及冲击力强弱及方向也有很大的关系。很多患者可自我吸收前房出血,主要是血细胞经小梁网及 Schlemm 管进入房水静脉和虹膜血管吸收,但是多数患者需要进行外在治疗。

由钝伤引起的前房出血,血液来自虹膜大环或睫状体血管。早期由于重力关系,血液在前房内形成液平,其平面能随头部位置变动而移动,出血多时可占满整个前房。出血少且新鲜的为红色;量多、时间较久或已形成血凝块者呈暗黑色。积聚于前房的血液能堵塞房角小梁网,加之房角组织本身的损伤,常导致眼内压升高(继发性青光眼)。约有 20% 的患者在外伤后 3~5 d 内会再次发生前房出血,称继发性出血。继发

性出血往往量更大,且更易产生继发性青光眼。前房出血量少的,通常于数天内吸收,其对视力的影响主要取决于眼部其他组织的损伤情况。治疗上,对钝挫伤后的前房出血,主要是防止继发性出血和及时解除高眼压。包扎双眼、卧床休息,可减少再出血的发生。局部及全身使用激素能减轻眼内炎性反应,减少虹膜后粘连及眼内机化膜的形成。前房大量出血伴有高眼压且不能用药物控制者,或有角膜血染倾向时,宜及早进行手术放血,以防发生角膜血染。

眼挫伤继发性前房出血属于中医学“血灌瞳神”的范畴,为眼科急症。眼挫伤继发性前房出血是外伤致脉络破裂而成,早期不可过用活血化瘀之剂,恐因出血不止而致视力难以恢复或变生他症。从中医机制上分析,角膜、睫状体及虹膜均属足厥阴肝经,房水属足少阳胆经,故本病病变部位在肝胆^[6];本病是厥阴风轮的外伤病变,风轮受伤,则肝胆生热,迫血妄行,血络破损而灌入瞳神。眼挫伤继发性前房出血的治疗宜平肝清热,凉血活血,用药内清,则内创自宁^[7-8]。在采用的中药中,牡丹皮、郁金、生地、茯苓、车前子,以凉血止血为主,佐以活血利水,使血止而不留血瘀之弊^[9]。赤芍、丹参归尾疏肝理气,活血化瘀,既可改善血液循环,促进新陈代谢,又可增强机体的康复能力^[10]。本研究中,治疗组的有效率为 97.1%,对照组有效率为 82.9%,组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组的前房出血完全吸收时间明显短于对照组($P < 0.05$),两组继发性青光眼、角膜血染等并发症对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

同时治疗中要加强护理,告诉患者避免活动,避免长时间在低头、弯腰,衣领不宜过紧,勿一次性大量饮水,勿用力排便等。安排安静、合适的环境,避免感官刺激,以利于患者休息。向患者简要介绍本病的治疗方法及预后,使其减轻或消除顾虑,从而积极配合治疗。向患者讲解紧张、情绪不稳定与眼压升高的相关机制,鼓励其保持情绪稳定。忌烟酒、浓茶及辛辣等刺激性食物,忌食坚硬食物,避免咀嚼过度振动传至眼部。

(上接第 966 页)
要原因^[7]。

本研究结果显示,32 例患者共检出 6 种病原菌,主要为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、肺炎链球菌、鲍曼不动杆菌、大肠埃希菌以及嗜麦芽窄食单胞菌。且多种细菌对红霉素、青霉素以及环丙沙星等抗生素耐药。本组 32 例患者经 4~8 d 治疗及针对性护理后,治愈 21 例,所占比例为 65.6%,总有效率为 96.9%,取得了良好的临床治疗效果。

综上所述,积极分析气管切开患者 ICU 内肺部感染病原菌的种类和药物敏感情况,针对患者自身情况给予有效护理,能够提高患者的治疗效果。分析患者感染原因,严格管理 ICU 病房环境,加强无菌意识,对患者气管切口进行有效护理能够有效预防气管切开患者 ICU 内肺部感染的发生。

参考文献

[1] 朱以芳,张涛,谷仲平,等. 开胸术后气管切开患者 ICU 肺部感染原因分析及护理对策[J]. 护理学杂志,2005,20(20):79-80.

鼓励多吃水果和富含粗纤维食品,防止大便干结,保持大便畅通,避免因排便用力屏气时使眼压升高,发生血管破裂再度出血。患者出院后要注意眼部卫生,勿用手揉眼,避免剧烈运动,防止碰撞双眼,定期门诊复诊。总之,眼挫伤继发性前房出血是外伤致脉络破裂而成,中西药结合治疗能缩短前房出血完全吸收时间,提高疗效,并且安全性好。

参考文献

[1] 李俊宁,周红星. 前房维持器在儿童眼前段伤的临床应用[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志,2008,16(4):182-183.
 [2] 郝友娟,魏俊,王君婷. 外伤性前房积血 732 例临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志:附眼科手术,2007,29(10):791-793.
 [3] 成静平. 透明质酸钠在前房冲洗术中的应用[J]. 国际眼科杂志,2010,10(7):1431-1432.
 [4] 成静平. 外伤性前房积血 90 例临床分析[J]. 国际眼科杂志,2011,11(3):548-549.
 [5] 许海嘉,陈卓,谢碧华. 外伤性前房积血继发青光眼的手术疗效[J]. 国际眼科杂志,2013,2(2):319-321.
 [6] 朱翠芝. 挫伤性前房出血 428 例临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2009,3(8):126-127.
 [7] 赵玲. 眼挫伤所致前房积血 62 例临床分析[J]. 吉林医学,2009,11(11):993-994.
 [8] 邢杰,刘弘展,张威,等. 挫伤性前房积血 45 例临床观察[J]. 临床军医杂志,2012,24(1):204-206.
 [9] 尹晖,杨学虎. 外伤性前房出血 53 例临床分析[J]. 陕西医学杂志,2012,4(9):85-86.
 [10] 李俊宁. 眼挫伤性前房出血的治疗体会[J]. 右江医学,2009,37(3):313-314.

(收稿日期:2013-08-26 修回日期:2013-10-28)

[2] 吴艾霞,邵小平,沈锡珊,等. ICU 患者气管切开肺部感染相关因素分析与护理对策[J]. 护理实践与研究,2010,7(20):62-63.
 [3] 张凤凤. 气管切开患者 ICU 内肺部感染分析与护理对策[J]. 医学信息:上旬刊,2012,25(8):249.
 [4] 黎伟珍,韦武燕,邓春华. ICU 患者气管切开后下呼吸道感染原因分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(35):71-72.
 [5] 华卓君. ICU 气管切开病人继发肺部感染的临床分析及护理[J]. 护理实践与研究,2006,3(7):6-7.
 [6] 姚磊. 综合 ICU 气管插管病人并发 ICU 内肺部感染原因分析与护理防护措施[J]. 赣南医学院学报,2012,32(1):132-133.
 [7] 刘玉波. ICU 气管切开患者肺部感染的预防与护理[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(11):94-95.

(收稿日期:2013-09-15 修回日期:2013-11-29)