

玻璃体出血 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E7_8E_BB_E7_92_83_E4_BD_93_E5_c22_302981.htm 名称玻璃体出血所属
科室眼科病因 任何原因致使视网膜葡萄膜血管或新生血管组织增生等情况下，玻璃体腔内可出现新生血管。眼外伤和眼底血管性疾病，是临床上引起玻璃体出血的最常见原因。在眼外伤中，眼球穿孔伤或眼球钝挫伤都可造成外伤性玻璃体出血。在角巩膜穿孔伤、巩膜穿孔和眼后节的滞留性异物伤，玻璃体出血的发生率很高。眼球钝挫伤造成的眼球瞬间形变可致视网膜脉络膜破裂而出血；前部玻璃体出血可由睫状体部位损伤所致。据我们的一组病例观察，外伤性玻璃体出血可占主要累及眼后节钝挫伤病例的25%~45%。Juan等对453例眼外伤住院病人的统计结果表明，玻璃体出血达145例，占32%。自发性玻璃体出血的疾病较多，包括视网膜脉络膜的炎性、变性或肿瘤性疾病。据一组病例统计，糖尿病性视网膜病变占34.1%；无脱离的视网膜裂孔占22.4%；裂孔源性视网膜脱离占14.9%；视网膜静脉阻塞占13.0%，以上四种疾患占84%。其他疾病如玻璃体后脱离、视网膜血管炎、视网膜静脉四周炎、老年黄斑变性、眼内肿瘤、早产儿视网膜病变，发生玻璃体出血的病例也占有相当的比例。新田安纪芳等对糖尿病、眼外伤等两种病因除外的151例单眼玻璃体出血病例进行临床分析，引起出血的主要原因是，视网膜裂孔形成占42%；视网膜静脉分支阻塞占37%。一些血液系统疾病如白血病、视网膜劈裂症也可导致玻璃体出血，但较为少见。在糖尿病病人，眼底出现新生血管是玻璃体出血的一个先兆。假如不作任何处理，5年内约有27%发生玻璃体出血。因出

血引起的视力下降，不能靠血液自行吸收而恢复的病人约占60%。手术性玻璃性出血可见于白内障手术、视网膜脱离修复手术、玻璃体手术等。临床表现 玻璃体出血的症状、体征、预后和并发症主要取决于引起出血的原发病和出血量的多少，出血的次数等因素。自发性出血常忽然发作，可以是很少量的出血，多者形成浓密的血块。少量出血时，病人可能不自察觉，或仅有“；较多的出血发生时，病人发觉眼前暗影飘动，或似有红玻璃片遮挡，反复出血的病人可自觉“，视力明显下降。眼科检查，在出血较少，不致影响裂隙灯观察时，可以看到红细胞聚集于玻璃体凝胶的支架中，呈柠檬色尘状。中等量的新鲜出血可呈致密的黑色条状混浊。大量出血致眼底无红光反射，视力下降至光感。随着时间的推移，玻璃体内的血液弥散，颜色变淡，玻璃体逐渐变得透明。较多血液的吸收需要6个月或长达一年以上。在没有明显眼底病变时，视力可能完全或大部分恢复。在眼后段外伤合并大量玻璃体出血时，可能有半数的病人丧失有用视力。诊断 检查对玻璃体出血有较大的诊断价值，尤其在不能直接看到时。少量弥散性的出血用B型检查可能得到阴性结果，这是因为在玻璃体内缺乏足够的回声界面。而A型超声扫描对此可能显示出低基线的回声。玻璃体出血较致密时，无论A型或B型超声检查都可看到低度到中度振幅的散在回声。当用高敏感度扫描时，出血的致密度和分布显示的更清楚；降低敏感性的扫描可以使回声振幅下降，多数回声点被清除掉，因此能确定是否同时存在视网膜脱离。玻璃体出血引起的玻璃体后脱离，在超声图像诊断时应与视网膜脱离相鉴别。脱离的视网膜常呈高振幅的回声，在改变敏感度时，视网

膜回声变化不大。脱离的视网膜常可追踪到附着处或视盘，在牵拉性视网膜脱离会呈现出牵拉的形态。在单纯的玻璃体后脱离，玻璃体后界面在眼球转动时有明显的后运动，降低仪器的敏感度时回声振幅减弱。因此，检查能够确定眼球后段外伤与玻璃体出血的程度、是否合并有视网膜脱离等病变、判定视力预后，必要时可以重复检查。对玻璃体出血的诊断应包括原发病（或为外伤性）；对出血量的多少，我们建议按玻璃体混浊的程度分为四级，Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级或Ⅳ级，指眼底无红光反射。治疗在大多数病例，玻璃体出血的自发吸收需要4~6个月时间，虽然视网膜前出血可在数天至数周之间约会散。因此，在开始治疗之前，一般认为应观察3~4个月，假如在这期间玻璃体混浊没有明显减轻，说明自发吸收缓慢或完全吸收的可能性较小。药物疗法试图促进血液的吸收。但尚无一种药物确认有肯定的疗效。由于玻璃体出血的病例各不相同，难以进行随机对照的临床试验来评价某一药物或非手术疗法的效果。文献中报告较多的是尿激酶玻璃体内注射。应用尿激酶的机理是，此酶能激活血块中的纤维蛋白溶解酶原，使血块溶解破碎，还可能增加眼部毛细血管的通透性，促进血液吸收。玻璃体注射可在散瞳、局麻下进行，作2条直肌的牵引缝线固定眼球，术前给0.5g醋氮酰胺口服以降低眼压，在注射前也可行前房穿刺软化眼球，然后通过睫状体平部向玻璃体内注射0.3ml尿激酶25000ploug单位（蒸馏水溶解）。在6~8周后，假如玻璃体仍不透明，可再重复注射一次。玻璃体内注射尿激酶后常引起前房积脓，需要3~6天才能消退。眼压也可能有一过性升高，可在术后1~2周内口服醋氮酰胺0.25g，每日4次

。Campman-Smith治疗27例（34眼），10眼视力进步，10眼无变化，3眼恶化。陈道瑜等采用结膜下注射法，疗效与上述结果近似。在动物实验中，Koziol等给猴眼玻璃体内注射尿激酶22500CTA单位，结果对玻璃体血液的清除无明显作用。在未经过严格病例对照的报告中，对出血吸收缓慢的病人，用尿激酶6000~10000IU作球旁注射，每周1次，共8~10次，取得一定疗效。其它药物，包括具有活血化瘀作用的复方中药制剂，如复方丹参液、复方樟柳碱也在临床中应用，其疗效有待进一步评价。物理疗法曾有报告用***治疗玻璃体出血，但实验表明，完全剂量的***无加速血液吸收的作用。Coleman等认为，***能促进玻璃体膜的吸收。氩激光也曾试用于击射玻璃体内的凝血块，可使血块气化、松解溶解，红细胞破裂，巨噬细胞活力增强，血液的吸收加速。但可能仅适用于有明显的凝血块而且四周介质透明的病例。手术治疗玻璃体切除术最适宜于眼外伤（如挫伤、裂伤、穿孔伤或破裂伤）引起的玻璃体出血病例。

- 1.眼外伤性玻璃体出血的早期玻璃体切除术 实验和临床研究表明，伤后1~2周内手术较为适宜，此期切除眼的血块和炎性产物，能避免血液对创伤修复过程的过度刺激，减少眼内纤维组织增生和牵拉性视网膜脱离发生的机会，视力恢复的可能性较大。
- 2.术中或术后出血的处理 有报告说明在灌注液中加入凝血酶能降低出血的发生率。6-氨基已酸对预防术后出血有一定作用。少量术后玻璃体出血可不作非凡处理，一般能很快吸收；较多时，可采用灌吸法或气液交换将血块吸出。周边部视网膜冷凝术已试用于严重的糖尿病性视网膜病变合并玻璃体出血，而已不适宜作玻璃体手术的病例，能在一定程度上促进玻璃体血

液的吸收，同时凝固了部分视网膜组织，对控制病情有一定效果。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com