

眼球钝挫伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E7\\_9C\\_BC\\_E7\\_90\\_83\\_E9\\_92\\_9D\\_E6\\_c22\\_308505.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E7_9C_BC_E7_90_83_E9_92_9D_E6_c22_308505.htm) 名称眼球钝挫伤所属  
科室眼科病因在生产、生活和体育运动中，砖石、土块、拳头、球类、跌撞、交通事故及爆炸（如鞭炮）产生的冲击波，是眼球钝挫伤的常见原因。钝力击中眼球时，可在打击部位产生直接损伤，由于眼球可以看成是一个不可压缩的球体，钝力可在眼球内和眼球壁传递，引起多处间接损伤。临床表现一、角膜挫伤 钝力作用于角膜时，可擦伤角膜表层组织；使角膜急剧内陷，内皮层和后弹力层破裂，引起角膜基层水肿混浊；严重时可致角膜破裂。 临床表现： 角膜上皮擦伤，病人视力减退，出现明显的疼痛、怕光和流泪等症状，上皮缺损区荧光素着色，若发生感染，可出现角膜溃疡。 角膜基质层水肿，增厚及混浊，后弹力层出现皱褶，可呈局限性。 角膜破裂，多发生于角膜四周，虹膜嵌顿，前房变浅或消失，瞳孔呈梨形。 治疗原则：对角膜上皮擦伤，可涂抗生素眼膏后包扎，促进上皮愈合。角膜基质层水肿混浊者，可局部滴用皮质类固醇，必要时用散瞳剂。对角膜裂伤应行手术缝合，按角膜穿孔伤处理。二、虹膜睫状体挫伤 挫伤可引起虹膜睫状体的创伤性炎症反应，首先小动脉痉挛，继而毛细血管扩张，小血管壁渗透性增加，导致组织水肿，房水混浊。挫伤严重时，能造成虹膜和睫状体组织及血管破裂，前房出血等。 1．外伤性虹膜睫状体炎 可出现睫状充血，虹膜水肿，纹理不清，瞳孔缩小，虹膜色素脱失，房水混浊或纤维蛋白性渗出，角膜后沉降物。治疗按一般虹膜睫状体炎的原则处理，局部或全身应用皮质类固醇，可用1%阿托品散

瞳。 2. 虹膜损伤与瞳孔异常 虹膜瞳孔缘及瞳孔括约肌断裂可造成瞳孔的不规则裂口。虹膜基质也可出现纵形裂口。严重挫伤可造成虹膜根部离断，虹膜根部有半月形缺损，瞳孔呈“C”字形），可出现单眼复视（图15-2）。有时整个虹膜从根部完全离断，形成外伤性无虹膜。瞳孔括约肌受损或支配神经麻痹，可造成外伤性瞳孔扩大（外伤性散瞳），一般表现为中度扩大，瞳孔不圆，对光反射迟钝或消失。睫状肌或支配神经受损时，常伴有调节麻痹，患者近视力出现障碍。 治疗： 瞳孔缘或基质裂口无非凡处理。严重的虹膜根部离断伴有复视症状时，可考虑行虹膜根部缝合术，将离断的虹膜缝合于角巩膜缘。 外伤性瞳孔散大时，轻者可能恢复或部分恢复，重者不能恢复。伴有调节麻痹时，可配眼镜矫正近视力。 3. 前房积血为虹膜睫状体血管破裂所致。微量出血仅可见房水中出现红细胞。出血较多时，血液积于前房的下部呈一水平面。根据积血占前房的容量可分为3级。少于前房容量的1/3为 Ⅰ级；介于1/3~2/3级为 Ⅱ级；多于2/3为 Ⅲ级。或记录出血平面的实际高度（mm数）。严重时前房完全布满血液，呈黑色。临床上通常将外伤后立即发生的出血称为原发性前房出血；积血吸收后或在吸收过程中再次出血者，称继发性出血，多在伤后1周内发生。前房积血多能自行吸收，本身并不引起严重后果。但当积血量大或继发出血，可引起继发性青光眼、角膜血染等严重并发症，损害视力。在前房布满血液及高眼压情况下，轻易出现角膜血染，角膜基质呈棕黄色，中心呈盘状混浊，以后渐变为黄白色，长期不消退。 治疗原则： 卧床休息，适当应用镇静剂；取半卧位； 全身应用止血剂，如止血敏、云南白药，可联合应用

皮质激素；可不扩瞳、不散瞳。出现虹膜刺激症状时，可及时散瞳；注重观察眼压。眼压升高时，应用降眼压药物；每日观察积血吸收情况。积血多、吸收慢，尤其为暗红色、有血块时，伴眼压升高，经药物治疗眼压仍不能控制，应作前房穿刺术放出积血。有较大凝血块时，可切开取出血块。以避免角膜血染。

#### 4. 房角后退

挫伤使睫状肌的环形纤维与纵行纤维分离。虹膜根部向后移位，前房角加宽、变形、称房角后退，有前房出血的病例，在出血吸收后多能查见房角后退。少数人在伤后数月或数年，因房水排出受阻发生继发性青光眼，称房角后退性青光眼。治疗：按开角型青光眼处理。一般需行球外滤过术。

#### 四、晶体挫伤

挫伤可引起晶体脱位或晶体混浊。

##### 1. 晶体脱位或半脱位

由于悬韧带全部或部分断裂所致。部分断裂时，悬挂晶体的力量不平衡，晶体向悬韧带断裂的相对方向移位，晶体轴偏离视轴。检查时，在瞳孔区可见部分晶体赤道部，有部分虹膜震颤，病人可有散光或单眼复视（图15-6）。全脱位时，晶体可向前脱入前房，有时可嵌顿于瞳孔区（图15-7），这两种情况，都易引起继发性青光眼和角膜内皮损伤。晶体向后可脱入玻璃体，此时前房变深，虹膜震颤，出现高度远视。假如巩膜或角巩膜部破裂，晶体也可脱位于球结膜下。

#### 五、玻璃体积血

挫伤引起睫状体、脉络膜和视网膜血管破裂，可出现玻璃体积血。积血多时，眼底看不进。止血药物和促进血液吸收药物的疗效尚未肯定。伤后3个月以上积血仍不能吸收，可考虑作玻璃体摘除术。若伴有视网膜脱离（B型\*\*\*检查）应提前手术治疗。

#### 六、脉络膜挫伤

主要表现为脉络膜破裂及出血。多见于后极部及视盘四周。裂口呈弧形，凹面对向视盘。伤后

早期破裂处常为暗黑色的深层出血掩盖，出血吸收后，显露出弧形的黄白色裂隙，可伴有色素。若破裂位于黄斑部，中心视力会永久丧失。治疗：脉络膜破裂无非凡治疗。伤后早期可卧床休息，以期减少出血量。

七、视网膜震荡与挫伤 挫伤引起的视网膜震荡，是指后极部在伤后出现的一过性视网膜水肿，呈白色，中心视力下降。部分病人水肿消退后（1~2周）视力恢复；部分出现黄斑部色素紊乱，中心视力明显减退，不能恢复（图15-10）。挫伤造成视网膜外层组织变性坏死时，可称为视网膜挫伤，中心视力永久性丧失，多伴有视网膜出血或脉络膜破裂。视网膜出血较少时，位于视网膜组织之内；出血较多时，可穿破内界膜形成视网膜前出血。挫伤还可造成视网膜从锯齿缘部离断，出现外伤性视网膜脱离。黄斑部的水肿、出血和组织变性，也可形成黄斑裂孔，有的病人也发展成为视网膜脱离。治疗：对视网膜震荡与挫伤，可服用皮质类固醇、血管扩张剂及维生素类，但这些药物的疗效尚未肯定。对视网膜出血可卧床休息，伤后早期使用止血药物。外伤性视网膜脱离应手术治疗，争取视网膜复位。

八、眼球破裂 严重的钝挫伤可致眼球破裂。常见的破裂部位是角巩膜缘。临床表现为眼压降低，前房及玻璃体积血，球结膜下出血及水肿，眼球运动可能在破裂方向上受限，视力多为无光感。治疗：仔细检查裂口，尽可能做初期缝合术。然后根据条件进一步处理，如行玻璃体手术。假如眼球结构已遭到彻底破坏，无法缝合时，可慎行初期眼球摘除术。少数病人出现眼球破裂，但裂口隐蔽在结膜或直肌下、赤道前后甚至视神经四周，不能直观发现，称隐匿性巩膜破裂，应根据临床表现判定，做探查手术确诊和缝合。

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](http://www.100test.com)