维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期

(20) 脉络膜，出血，眼外科手术，并发症

152-153

脉络膜上腔暴发性出血

(附1例报告)

第一医院眼科 郑燕林

R 779.6

中图分类号 R733.3

脉络膜上腔暴发性出血是眼内手术罕见的并发症，一旦发生，其情况紧急，预后极差，若未及时发现或处理不当，将以眼球摘除而告终。因此，很好预防及正确处理是至关重要的。本文就笔者在基层医院遇见的一例报道如下。

患者，王某，男、28岁。患者因右眼内异物5h入院治疗。入院检查视力右眼4.5，角膜3点方位可见2mm长已闭合的伤口，4点方位虹膜上可见0.5mm×1mm大小的金属异物。kp(−)，Tyn(+)，晶体透明，眼压Tn。入院后用青霉素640万u静脉滴注。次日检查右眼视力仅10cm数指，但光感5米，1米定位尚好，刺激+，眼睑水肿、充血，角膜雾状混浊，隐约见前房内有大量絮状渗出，异物已无法看清，眼压T_{+1}。急诊行异物取出术。术前鲁米那0.1肌肉注射，1%普鲁卡因球结膜下麻醉，内下方角膜缘切开约3mm，用电磁铁在4点方位顺利吸出前房内金属异物，缝合角巩膜缘2针。术毕1%阿托品扩瞳，庆大霉素2万u+地塞米松0.2mg结膜下注射，术眼加压包扎，并继续大剂量青霉素和激素抗炎治疗。术后次日视力仅眼前光感，换药见眼球突出、固定，眼睑肿胀加剧。球结膜高度充血水肿，角膜呈灰白色混浊，眼内结构无法看清，从已缝合的角巩膜缘切口处有少量鲜红色血液和玻璃体溢出，眼压T_{+2}，立即加用甘露醇静脉注射及醋氮酰胺口服降压，但病情未见缓解。术后第二日，患者疼痛难忍，术眼光感消失，眼垫浸湿鲜血，取开眼垫时见伤口缝线崩开，并有大量鲜红色血液及玻璃体和眼内组织从角巩膜缘切口处涌出，故行眼球摘出术。检查眼球见眼内充满血块，眼内结构已无法辨清。将眼内容物作细菌培养，未见细菌生长。

讨 论

脉络膜上腔暴发性出血多发生于眼内手术，以白内障手术为多，而眼内异物取出术后发生该并发症的，尚未见报道。

本病多发生在术中，也可发生在术后3—9h，甚直长达术后14d。出血的特点不同于一般眼内手术后并发的出血，这种出血来自动脉，故呈鲜红色。如果术中发生，最早的体征可见玻璃体中有棕红色隆起并迅速前移扩大，这棕红色隆起为脉络膜上腔出血所致，继之伤口翘起，虹膜、晶体向切口移位或脱出。如快速关闭切口，结扎缝线，或者同时作后巩膜切开将脉络膜上腔出血引出，有可能使轻症病例止血，限制脉络膜出血，以防止大量出血时对眼内组织的破坏。如果未及时处理或处理不当，大量的出血将视网膜、脉络膜脱出，继而流出大量鲜血、流血不止，以致不得不摘出眼球。本文报道的病例从临床表现特点看来诊断是肯定的，出血发生于术后1d，开始为少量出血和玻璃体溢出，由于切口已缝合，相对限制了大量出血，但未及时采取有效措施，给予后巩膜切开放血，因而导致病情加重，伤口缝线崩断，大量鲜红色血液、玻璃体和眼内组织涌出，被迫行眼球摘出术。

近年来对脉络膜上腔暴发性出血发病机

维普资讯 http://www.cqvip.com

白血病，急性，胰腺，并发症，儿童

(21)

153—154

急性白血病并发腮腺白血病3例

儿童医院 何建峰 张蓉君

R 733.710.6

中图分类号 R733.71

急性白血病并发腮腺白血病报道甚少，为了提高对本病的认识，现将我院1991.9.～12.月收治的3例报告如下：

例1：患儿，男，1 $\frac{11}{12}$ 岁，因进行性面色苍白40余d，双侧耳垂下部肿大半月余，伴发热10d于1991年9月11日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：神萎，重度贫血貌。全身皮肤散在瘀点瘀斑。全身浅表淋巴结黄豆至蚕豆大，无压痛，双侧腮腺肿大，约3×3×2cm，质硬，有结节感，无压痛。心肺无异常。腹软，肝肋下3.5cm，剑下7cm，质中，脾肋下3cm，双侧睾丸对称活动，无肿大压痛。实验室检查：RBC2.16×10^{12}/L，Hb51g/L，WBC21.0×10^9/L，L0.44、幼淋0.56，plt10×10^9/L，BT>5min，Rtc0.002。骨髓有核细胞增生活跃，原淋加幼淋95%，确诊为ALL-L_1型。x线检查示肺部及长骨干骺端为白血病浸润改变。入院后给予COAP方案治疗1个疗程后，腮腺肿大消失，骨髓原淋加幼淋占43%，继续COAP化疗4个疗程后，于12月4日达完全缓解后出院。

例2：患儿，女，6 $\frac{5}{12}$ 岁，因反复发热，进行性面色苍白1月余，双侧腮腺肿大半月余于1991年12月29日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：重病容，重度贫血貌。皮肤可见散在瘀点瘀斑。全身浅表淋巴结肿大0.5×0.5cm至1.5×1.5cm。双侧腮腺肿大约4.0×5.0×3.0cm，质硬，有结节感，不红，无压痛，双侧腮腺导管口无红肿。双侧颌下腺2.5×3.5×2.0cm，无压痛，质硬，结节感。左侧呼吸动度及语颤减弱，叩浊，左肺呼吸音减弱。心脏无异常，腹饱满，肝剑下7cm，肋下6cm，质中，脾肋下6cm。实验室检查：RBC2.66×10^{12}/L，Hb63.5g/L，WBC153.2×10^9/L、L 0.04、原淋加幼淋0.96，plt58×10^9/L，BT>5min，CT>4min。骨髓有核细胞增生极度活跃，原淋加幼淋100%，确诊为ALL-L_1型。颌下腺穿刺液涂片找到大量白血病细胞。x线检查左肺门周围浸润性包块，左侧胸腔积液，左侧第五肋骨及股骨破坏，符合白血病浸润，入院后经CODP一个疗程后，双侧腮腺、颌下腺肿大逐渐消失，继续CODP2个疗程，胸腔积液，

理的研究认为[1]睫状动脉的坏死是引起本病的主要原因。而动脉壁的坏死可由于(1)高血压，引起小动脉硬化。(2)高眼压。当眼压升高，超过小动脉压时，管腔就会被压空，管壁就会发生缺血性坏死。患者入院体检未发现高血压和动脉硬化。分析出血原因可能与术前有眼内感染和继发性青光眼有关。

为预防脉络膜上腔暴发性出血，术前要控制好血压和眼压。一旦发生该并发症术中应迅速关闭切口同时行后巩膜切开放血，巩膜切开的部位应在眼底隆起的相应部位，出血不止时才行眼球摘出术。该病例若及早取出眼内异物，可避免感染加重，发现出血后及早处理，也许尚能保住眼球。最后，我们认为要避免发生脉络膜上腔暴发性出血，除应注意预防外，更应强调及早诊断及正确处理。

参 考 文 献

[1] 胡伟芳. 国外医学 眼科学分册 1980，5:9

（收稿日期 1992—10—21）