

## · 病例报告 ·

绝对期青光眼并发眼球破裂及  
暴发性脉络膜上腔出血一例

周才喜 梁勇 胡美霞 李凯军

患者 女 78 岁 因左眼突发疼痛伴流血 15 小时于 2006 年 6 月 1 日入院。患者于 2006 年 6 月 1 日晨起时左眼突发疼痛伴流血,到当地医院就诊考虑为左眼球破裂、球内肿物,遂转我院治疗。既往双眼青光眼病史 10 余年,未曾治疗,双眼失明半年。否认眼部外伤病史及高血压、糖尿病病史。入院检查:全身一般情况好,血压 130/80 mmHg,空腹血糖:5.1 mmol/l。双眼:视力无光感。眼压:右眼 46 mmHg,左眼无法测量。右眼球结膜睫状充血(+),角膜雾状水肿,角膜裂隙区可见条带状灰白色混浊区,深达角膜前弹力层,前房轴深约 2CT,周边前房<1/4CT,虹膜纹理不清,未见新生血管长入,瞳孔约 7mm×7mm,直间接对光反射消失,晶状体核黄红色混浊,眼内情况窥不清。用药后右眼压降至 26.3 mmHg,角膜水肿消失,检查见房角 360° 关闭,视盘色淡、边界清楚, C/D=1.0, 盘周视神经纤维全部萎缩,视网膜呈豹纹状,血管变细,黄斑中心凹反射消失。左眼球结膜混合性充血(++), 约从 10:00-8:00 方位角巩膜缘处已裂开,角膜皱缩于鼻侧角巩膜缘处,呈黄白色混浊。前房消失,晶状体缺如,色素膜组织呈球形向前突出,呈棕黑色,表面有血凝块附着,其余组织结构窥不清。当地眼眶 CT 示:左眼球内为均匀一致的高密度影,眼球前节正常前房及角膜结构已破坏,晶状体缺如,为一半球形包块样物代替,其内充满相同密度影物质。入院初步诊断为左眼球破裂、左眼暴发性脉络膜上腔出血? 双眼急性闭角型青光眼(绝对期),右眼年龄相关性白内障。急诊行左眼球摘除术,术后检查见球内充满暗红色血凝块,球壁仅巩膜组织一层,脉络膜及视网膜经破裂口向前呈球形突出,呈棕黑色包块状外观。摘除的眼球组织送病理检查,结果为左眼球组织血肿形成、并坏死及化脓性炎症反应,未见有肿瘤性组织增生。

**讨论** 本例是绝对期青光眼病人,发病前有剧烈眼痛、头痛及恶心等高血压症状,检查见右眼角膜水肿混浊,右眼眼压 46 mmHg。分析本病例的发生是由于角巩膜缘在解剖上

有如下特点:①角巩膜实质层纤维束的排列,在角巩膜缘移行处为同心性环状排列,而在其他部分则交错排列;②角膜与巩膜交界处,巩膜表面凹陷为外巩膜沟,与其相应的巩膜内侧面有相符的内巩膜沟;③巩膜缘深处有巩膜静脉窦,而外围有房水静脉。这些特点致使角巩膜缘成为眼球壁的一个薄弱环节<sup>[1]</sup>。此外患者因长期高眼压而致眼球壁缺血,胶原纤维尤其是角膜缘的胶原纤维可发生退行性变,眼压稍有波动就可能导致眼球自发性破裂。

由于眼球破裂,眼压突然下降,眼压与眼动脉压之比发生了大幅度的变化,血管壁内外压力差显著变化,血管壁可突发破裂而出血。再加上长期高眼压,可致脉络膜局部血管壁变性坏死。这些部位尤其是脉络膜中、大血管层及后睫状动脉经巩膜进入脉络膜上腔的血管管壁均可破裂,从而导致脉络膜上腔暴发性出血的发生。脉络膜上腔暴发性出血发生后脉络膜、视网膜与巩膜壁脱离,且眼球内压力突然增加,致使眼内容物经眼球壁破裂处脱出,并且可以使原先眼球壁破裂口进一步扩大,最后形成了患者就诊时色素呈球形脱出于眼球外的外观,而眼球内充满凝固的血液。

该病需与眼内肿瘤继发青光眼发生的眼球破裂相鉴别。眼内肿瘤继发青光眼发生的眼球破裂,其自然病程一般短于 10 年,且肿瘤不但会向球内生长,而且可以向球后浸润,故眼眶 CT 会显示出球内和或球后有占位性病灶的影像改变,而不会表现为球内均匀一致的高密度影,球壁和球后则完全正常的影像。故依据这些不难鉴别。

由于该病一旦发生预后极差,最后均以眼内容物剔除或眼球摘除而告终,所以此病重在预防。一旦确诊为青光眼应该及时治疗,即使确诊时已经是绝对期,如果眼压仍维持较高,为了缓解患者的痛苦或者保留眼球,进行治疗也是有必要的。

## 参 考 文 献

- 1 李凤鸣主编.眼科全书.北京:人民卫生出版社,1996.131-133  
(收稿时间:2006-08)