

突发大批伤病员/重大公共卫生事件 应急救援预案

制定部门：医务处

修订时间：2024年4月

为满足重大、批量伤病员救治治疗需要，使医疗救援工作能够及时、快速、有序，高效的实施，制定本应急预案。

一、应急预案的启动：

（一）伤病员数小于 10 人，由值班医护人员负责救治。如伤病员病情特别危重，上级医师需及时参与救治。

（二）伤病员人数超过 10 人时，除值班医护人员外，上级医师和二线、值班医生、护士及时参与救治。

二、人员分工

（一）急诊室护士接到上级部门或有关方面通知后，需详细了解相关情况，大致了解灾害程度、伤员数量、危重患者数量、大概到达时间等相关重要信息。获取信息后立即电话通知护士长和门诊部主任，门诊部主任呼叫急诊一线医生和二线医生，立即启动科室应急预案。同时做好人员安排，准备救治物资，确认物资充分。

（二）门诊部主任、护士长到位后，门诊部主任和护士长根据突发事件救治具体情况汇报相应领导，护士长汇报护理部主任，并启动护理人力紧急调配预案，对增援护士进行

任务分配；门诊部主任及时增设急诊诊室，并汇报医务处，并启动急诊医生人力紧急调配预案，对医生进行工作安排。

（三）护士长再次确认诊室、人员、物资等是否已经到位。

（四）医务处处长和护理部主任到达现场，医务处向主管院长汇报，启动院级应急预案，由医院应急工作领导小组协调和协助参与救治工作。

（五）急诊室护士根据患者主诉设置分区，并做好引导工作。

（六）医务处协调医生救治工作：急诊一线医生主要处理轻度患者，总住院医师和二线医生主要处理重度患者。医务处根据现场情况调配增援医生。

（七）医务处负责联系附二医医技科室，开辟外院检查通道。

（八）医务处负责联系手术室并调配急诊手术主刀医生。

（九）转运护士：及时按区分流患者，协同医生护送危重患者进行有关检查、急诊手术等。

（十）安保组：保卫处安保人员负责现场秩序的维持和协助患者的转运工作。

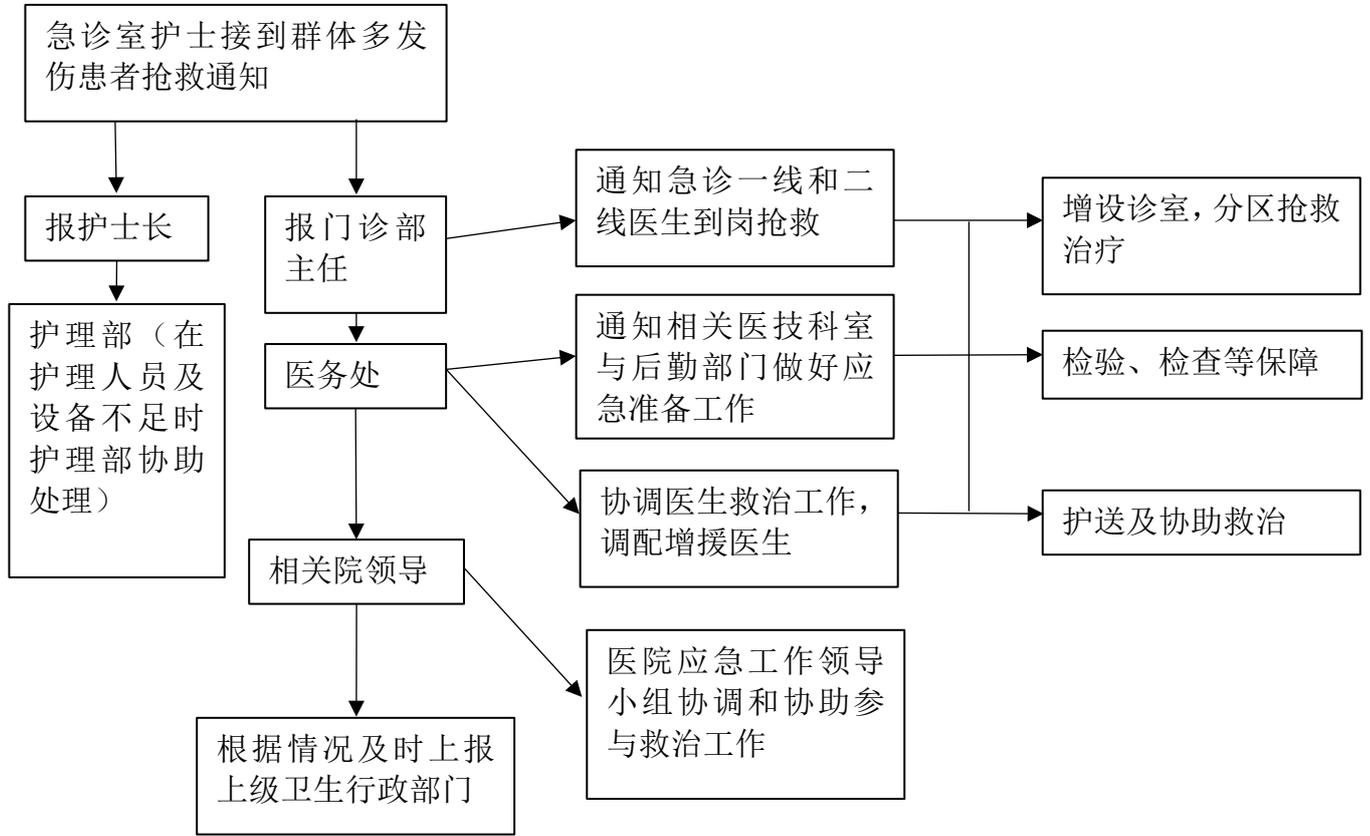
三、检伤分类

（一）轻度病情稳定的伤员（绿色标志牌）对症治疗。

（二）重度伤员（黄色标志牌）：急诊医师处理后，转住院行急诊手术，护士长通知病房护士长提前做好准备。

（三）群体伤急诊处理流程：详见下一页

群体伤急诊处理流程



附件：温州医科大学附属眼视光医院眼科急症处理规范

一、原发性急性闭角型青光眼急性大发作

（一）诊断及急救标准

1. 视力明显下降，可仅存光感。
2. 剧烈眼痛、同侧偏头痛，甚至伴随恶心、呕吐等症状。
3. 球结膜水肿，睫状充血或混合充血，甚至眼睑肿胀。
4. 角膜水肿呈雾状混浊，角膜后可有色素颗粒沉着（色素性 KP）。
5. 前房变浅，房水闪辉，甚至有前房纤维素性渗出，虹膜水肿。
6. 瞳孔扩大，多呈竖椭圆形或偏向一侧，对光反射消失。

（二）急救处理

应采取紧急综合治疗措施，以期在最短时间内控制高眼压，缓解患者症状，减少对视功能的损害并防止房角形成永久性粘连。

1. 降低眼压

（1）缩瞳剂：如 0.5% 或者 2% 毛果芸香碱滴眼液。可根据眼压高低增减用药次数。最频时可达每 5~10min 滴用 1 次。需要注意的是：在眼压大于 50mmhg 时毛果芸香碱效果欠佳，且可加重患者症状。同时需注意，如用药后前房进一步变浅的患者，提示存在恶性青光眼倾向，需及时停用毛果，必要时甚至需要散瞳治疗。

（2） β 肾上腺能受体阻滞剂，如马来酸噻吗心安滴眼液，每日 2 次；美开朗滴眼液，每日 2 次。心动过缓及哮喘患者

禁用或慎用。

(3) α 肾上腺素受体激动剂，如阿法根滴眼液，每日 2 次。

(4) 碳酸酐酶抑制剂，如派立明滴眼液，每日 2 次；口服尼目克司片，每日 2 次，一次 2 片。磺胺类药物过敏者禁用此类药物。

(5) 高渗脱水剂：静脉滴注 20% 甘露醇，1~2g/kg；或者口服甘油合剂 2ml/kg。全身状态极度虚弱、高龄、严重心脏、肾脏系统性疾病者慎用或禁用。

如果采取上述药物治疗后，眼压仍持续在 40mmHg 以上，需要采用前房穿刺放液术放液角膜透明后进行房角状态评估，可尝试激光周边虹膜切除术 (LPI) 或氩激光激光周边虹膜成形术 (ALPI)。如果采取上述药物治疗后眼压持续不控制，则应考虑及时行手术治疗 (青光眼滤过性手术，晶体摘除联合房角分离或滤过性手术)。

2. 辅助治疗：前房炎症反应重者应给予糖皮质激素滴眼液和非甾体类滴眼液。如典必殊滴眼液日 4-6 次。全身症状严重者，可给予止吐和镇静的药物。应用神经保护药物，比如口服 VitC, VitB1 等。

(三) 成功救治标准

1. 自觉症状缓解或者消失。
2. 经过药物治疗或者手术治疗眼压控制在正常范围。
3. 视力提高或者基本恢复。
4. 药物治疗未产生眼部及全身副作用或者手术治疗未

发生眼部及全身并发症。

二、电光性眼炎

（一）诊断及急救标准

1. 紫外线接触史，如电焊、高原、雪地及水面反光。
2. 潜伏期 3~8 小时，有强烈的异物感、刺痛、畏光、流泪及眼睑痉挛。
3. 患者刺激症状明显时可以给予表面麻醉剂应用，1%盐酸丙美卡因滴眼液滴眼。
4. 裂隙灯可见球结膜混合充血，角膜上皮弥漫点状脱落。

（二）急救处理

对症处理、预防感染。

1. 冷敷，嘱患者闭眼，用冷水毛巾敷于眼部。
2. 抗生素眼膏及促进角膜上皮修复凝胶涂眼。
3. 必要时口服非甾体类止痛药，如布洛芬缓释胶囊。
4. 充分解释，减轻患者焦虑。

（三）成功救治标准

减轻眼部疼痛，角膜上皮愈合。

三、急性视神经炎

（一）诊断及急救标准

1. 视力急剧下降甚至失明。可伴随眼球转动痛。
2. 瞳孔不同程度散大，对光反应迟钝或消失。
3. 眼底改变：视乳头充血，边界模糊，水肿一般小于 3D；视乳头附近有渗出物、出血或水肿；视网膜动脉变细，静脉

迂曲扩张。如果是球后视神经炎，则眼底无明显异常。

4. 视野改变：中心暗点或旁中心暗点。VEP 检查可有潜伏期延长，振幅降低。FFA 检查视盘轻度染料渗漏，或者无明显异常。

5. 排除外伤、颅脑病变、遗传性疾病、血管性疾病、眼前段缺血性视神经病变、糖尿病视神经病变、药物及其他中毒性神经疾病等。

（二）急救处理

1. 查明病因和治疗原发病。

2. 在排查禁忌证后，大剂量糖皮质激素冲击治疗，注意副作用，保护胃粘膜。

3. 维生素 B 族和营养药物等保护视神经，改善微循环。

4. 中医、中药辨证论治。

（三）成功救治标准

1. 视力明显进步或恢复正常。

2. 视乳头水肿、充血减轻或消退，可有局部萎缩。

3. 视野可部分恢复。

四、视网膜中央动脉阻塞

（一）诊断及急救标准

1. 突发无痛性视力丧失，可降至光感。

2. 瞳孔散大，对光反应迟钝或消失。

3. 眼底改变：后极部视网膜呈乳白色半透明混浊水肿，黄斑中心凹呈“樱桃红斑”；视神经乳头苍白，边界模糊；视

网膜动脉显著变细，呈线状或伴有白线，有的距乳头不远即消失，静脉变细。

4. 排除视神经疾病和黄斑疾病。

（二）急救处理

1. 测血压、眼压。

2. 吸氧：吸入 95%氧气和 5%二氧化碳混合气体，白天每小时吸一次，晚上入睡前与晨醒后各一次，每次 10 分钟。

3. 降眼压：用接触镜或手指间歇性压迫眼球。口服尼目克司片 25mg 亦可相对快地降低眼压。发病早期 24 小时以内可作前房穿刺，使眼压急速降低。

4. 扩血管：舌下含服硝酸甘油片 0.5mg/片。复方樟柳碱 2ml，颞浅皮下注射，QD。银杏达莫注射液 20ml，配 500ml 生理盐水，静脉点滴，每日 2 次，可连续 10 天。

5. 应用纤溶剂：如化验结果纤维蛋白原，D-II 聚体在正常范围内的患者可应用纤溶剂，尿激酶 5 千至 1 万单位，配 500ml 生理盐水，静脉点滴一日一次。每日需复查纤维蛋白原，若已下降至 200mg%以下，即停止应用。

6. 其他药物：复方丹参滴丸口服。口服烟酸片、地巴唑、肠溶阿司匹林等。肌肉注射维生素 B1、B12。

7. 有关病因检查和治疗，如治疗高血压、高血脂与糖尿病等全身疾病；如有炎性病灶，可用抗炎药物与糖皮质激素或消炎痛。

（三）成功救治标准

1. 视力部分恢复。

2. 动脉阻塞支血流恢复。
3. 眼底血管荧光造影可见受累动脉有荧光素充盈，缺血的动脉再灌注。
4. 视网膜水肿改善。

五、绿脓杆菌性角膜溃疡

（一）诊断及急救标准

1. 有角膜异物伤或其他原因致角膜外伤史。
2. 突然发作剧烈眼红、痛、畏光、流泪、视力下降、分泌物增多或略带黄绿色。
3. 眼睑肿胀，结膜混合充血水肿，角膜溃疡形成，基质混浊浸润和融解坏死，角膜可变薄，溃疡表面有大量黄绿色坏死灶，前房可有积脓。
4. 角膜溃疡灶进行缘刮片培养找到绿脓杆菌。

（二）急救处理

1. 抗生素治疗前，在角膜溃疡灶进行缘作刮片和涂片做细菌和真菌染色、细菌和真菌培养、药物敏感试验。
2. 采用广谱高效抗生素频繁点眼治疗，必要时联合全身使用抗生素治疗。及时根据病情和药物敏感试验结果调整用药。

3. 具体用药方法：

（1）复达欣（头孢他啶）眼水（浓度 50mg/ml）及妥布霉素滴眼液频繁点眼，每 15~30 分钟滴眼一次，严重病例，可在开始 30 分钟内，每 5 分钟滴药一次，使角膜基质很快

达到抗生素治疗浓度，然后在 24~36 小时内，维持 1 次/30min 的点眼频度。联合可乐必妥眼水或加替沙星眼用凝胶频繁点眼，每 15~30 分钟滴眼一次；托百士眼膏，睡前 qn。病情控制后，局部维持用药一段时间，防止复发。

(2) 在某些特定情况下，如角膜溃疡发展迅速将要穿孔或患者使用滴眼液依从性不佳时，可考虑结膜下注射的给药模式（浓度 100mg/0.5ml，首次 24~48 小时内，每隔 12~24 小时在不同部位注射）。

(3) 对于严重病例，如角膜溃疡范围大或短时间内迅速进展、巩膜化脓、溃疡穿孔、有眼内或全身播散可能的严重角膜炎，继发于角膜或巩膜穿通伤或无法给予理想局部用药，应在局部点眼的同时全身应用抗生素，剂量：复达欣针 2g，bid，静脉滴注。

3. 消炎、短效睫状体麻痹剂点眼。普拉洛芬眼水 qid 滴眼，复方托比卡胺眼水 qid 滴眼。

4. 维生素营养支持治疗和针对并发症治疗。局部应用胶原酶抑制剂如光安眼水 q2h 点眼，口服多西环素 1 片 bid；口服大剂量维生素 C，4 片，qid；维生素 B2，2 片，tid，有助于溃疡愈合。

5. 如果感染不能控制，角膜有穿孔危险，进行治疗性角膜移植术，术后继续抗感染治疗。

6. 住院患者必须隔离治疗。

(三) 成功救治标准

1. 炎症控制，炎症反应减轻。

2. 角膜溃疡愈合，荧光素钠染色阴性。

六、角膜溃疡穿孔

(一) 诊断及急救标准

1. 有角膜外伤或角膜溃疡史。

2. 原有的眼部刺激症状如红痛、畏光、流泪、视力下降进一步加重（但神经麻痹性角膜溃疡穿孔者可无明显眼部刺激症状），尤其有“突然有热泪流出”感。

3. 眼睑肿胀、结膜混合充血水肿，角膜溃疡坏死，角膜穿孔灶，前房可有积脓。

4. 可有虹膜嵌顿或其他眼内容物脱出，前房变浅或消失。

5. 荧光素钠染色“溪流现象”可阳性。

(二) 急救处理

1. 抗生素治疗前，对于配合良好且穿孔范围较小，有明显浸润灶的患者，可在角膜溃疡进行缘或浸润灶做刮片和涂片行细菌和真菌染色，细菌和真菌培养、药物敏感试验。

2. 积极治疗原发病和抗感染治疗：采用广谱高效抗生素频繁点眼治疗，并同时联合全身使用抗生素治疗。及时根据病情和药物敏感试验结果调整用药。

3. 具体用药：

(1) 无刮片结果情况下，若既往有反复眼红眼痛病史，或确诊过病毒性角膜炎，在确认肝肾功能良好的情况下，可全身静脉滴注阿昔洛韦针；对于短时间内病情进展的，可乐必妥眼水及托百士眼水交替频繁点眼，每 15~30 分钟滴眼

一次；严重病例，可在开始 30 分钟内，每 5 分钟滴药一次，使角膜基质很快达到抗生素治疗浓度，然后在 24~36 小时内，维持 1 次/30min 的点眼频度。加替沙星眼膏，睡前 qn。全身用药先锋 V 针（头孢唑啉）4g，qd，ivgtt，或克林霉素针 3g，qd，ivgtt。病情控制后，局部维持用药一段时间，防止复发。

（2）若刮片结果为革兰氏阴性杆菌，局部及全身用药同绿脓杆菌性角膜溃疡。

（3）若刮片结果为革兰氏阳性球菌，局部用先锋 V（头孢唑啉）眼水，浓度 50mg/ml，结膜下注射剂量为 100mg/0.5ml；联合可乐必妥眼水交替频繁点眼，用法同前，泰利必妥眼膏，睡前 qn。

4. 如为非感染性角膜溃疡穿孔较小，位于中央者可试戴治疗性角膜接触镜或加压包眼，密切观察，如穿孔不能愈合，性结膜瓣遮盖术或角膜移植术。

5. 如穿孔较小，位于周边，虹膜嵌顿，前房存在者，可在积极抗感染情况下密切观察，如溃疡能愈合，前房形成良好稳定期暂不需要手术治疗，否则可行结膜瓣遮盖术或角膜移植术，术后继续抗感染治疗。

6. 如穿孔较大，前房消失，尽早性角膜移植术，术后继续抗感染治疗。

7. 维生素营养并支持治疗和针对并发症治疗。口服多西环素 1 片 bid；大剂量维生素 C，4 片，qid；维生素 B₂，2 片，tid，有助于溃疡愈合。一般不主张使用睫状肌麻痹剂。

8. 住院的感染性溃疡患者必须隔离治疗。

（三）成功救治标准

1. 角膜溃疡穿孔愈合，荧光素钠染色阴性。
2. 前房形成稳定性良好。

七、眼化学伤和热烧伤

（一）诊断和急救标准

1. 有明确的酸碱烧伤史和铁水、铝水等高温烧伤史即可诊断。

2. 根据临床体征可以分成以下 4 度：

I 度：眼睑皮肤充血，结膜充血水肿，角膜上皮损伤，角膜缘无缺血。

II 度：皮肤水泡，结膜贫血水肿，角膜基质浅层水肿，虹膜纹理可见，角膜缘缺血 $<1/3$ 。

III 度：皮肤浅层坏死，真皮完全破坏，结膜可能全层坏死，全层血管不可见，角膜上皮完全损伤，角膜基质深层水肿，混浊明显，虹膜纹理隐约可见， $1/3 < \text{角膜缘缺血} < 1/2$ 。

IV 度：眼睑全层坏死，结膜全层和巩膜浅层缺血坏死，角膜全层受累，瓷白色混浊，坏死，虹膜不可见，角膜缘缺血 $>1/2$ 。

3. I 度和 II 度可以保守治疗，门诊随访，II 度以上及视力下降严重者需收住入院。

（二）急救处理

1. 争分夺秒，彻底冲洗眼部，是处理眼部酸碱烧伤最重

要的一步。如用生理盐水冲，冲洗时间不少于 15 分钟，开睑器开睑冲洗，及时清除异物。

2. 应用抗生素预防感染，如可乐必妥眼水 qid。

3. 应用维生素 C 眼水（自配）q2h。

4. 有缺血时应用肝素眼水（自配）q2h。

5. 早期应用糖皮质类固醇激素，抑制炎症反应和新生血管的形成，根据基质水肿的程度不同可以选用典必殊眼水、百力特眼水、0.1%氟美瞳眼水等 q2h ~ qid 不等，严重者全身应用维生素 C 针 2.0，地塞米松针 5mg 或 10mg ivgtt qd。

6. 点用自体血清或人工泪液等。

7. 若有角膜巩膜溶解时应用胶原酶抑制剂，如多西环素片 1# po qid。

8. 注意眼压和前房反应，眼压高应用降眼压药，前房反应重可活动瞳孔防止后粘连。

9. 随访注意观察角、结膜修复及有无睑球粘连等。

10. 部分角膜上皮长期愈合不良者可配戴治疗性隐形眼镜，配戴期间应用抗生素预防感染。

11. 对于 24 小时内的 III 度或以上碱烧伤患者，需急诊行前房冲洗并结膜下灌洗术。

（三）抢救成功标准

1. 角膜上皮修复或仅遗留轻度混浊。

2. 无明显睑球粘连、角膜溶解等并发症。

3. 重度收住角膜病组治疗。

八、眼球破裂伤

(一) 诊断及抢救标准

1. 明确外伤史：锐器或钝力击伤。
2. 视力下降。
3. 眼睑皮肤有裂伤口对应巩膜处有创口，角膜或巩膜有明确创口。
4. 前房大量出血。
5. 前房变浅或消失。
6. 眼球变软。
7. 眶部 CT 提示眼环不完整。

(二) 急救处理

1. 询问致伤原因、部位、时间，是否经过处理，以往的视力状况及眼病史，有无全身性疾病等，注意全身情况，尤其在车祸、爆炸伤、战伤等有复合伤及处伤的情况，注意有无重要脏器及其他器官损伤，有无休克及出血，恶心，呕吐及头痛等症状，需先内科及神经外科会诊，必要时行头颅 CT 检查。

2. 仔细进行眼部检查，明确视力。

3. 注意眼睑及眼球壁的创口。先缝合眼球壁再处理眼睑皮肤。

4. 详细告知患者及家属病情。

5. 如角膜创口整齐，前房较好 (seidel 实验外科帮助确定角膜创口闭合情况)，可给予绷带式角膜接触镜佩戴。如为儿童或不合作的成人，需缝合。结膜下出血，玻璃体出血，

前房深度异常及视力下降明显要高度怀疑是否存在隐匿性巩膜裂伤，需探查。

6. 给予 TAT 针肌注（先皮试），静脉预防性应用抗生素。

7. 如需手术，尽快给予清创缝合（接诊后 18 小时内或伤后 24 小时内）。

8. 如患者不配合或年龄较小，需行全麻手术，接诊时就嘱患者禁饮食，同时行胸片及心电图检查。

9. 单纯角膜裂伤，对位等容缝合，注意作侧切口及脱出虹膜的处理。如存在巩膜裂伤，需剪开球结膜，剪除脱出的玻璃体，还纳眼内组织，对位缝合，注意检查直肌附着处是否存在裂伤。如存在后巩膜裂伤，尽量缝合。如怀疑眼内炎，需立即手术。

10. 裂隙灯下仔细检查是否在眼球壁伤道，尤其是细小的巩膜穿通伤口，如眶部 CT 提示眼内异物，需尽早手术，手术方法取决于异物性质、大小、是否包裹及可见度等。

11. 对于存在外伤性白内障，如皮质溢出不明显，可 II 期手术。

12. 术后给予全身抗生素及糖皮质激素静滴（首选头孢一代抗生素），局部给予激素及抗生素眼水，并注意散瞳，如明确植物外伤史并高度怀疑真菌感染，可给予局部抗真菌眼水，并停用局部及全身激素。

（三）抢救成功标准

1. 视力稳定或提高。

2. 皮肤创口已缝合。眼压正常，前房形成。

3. 眼内异物已取出。

九、化脓性眼内炎

(一) 诊断及抢救标准

1. 起病急，多伴有外伤史及手术史。
2. 视力突然下降眼红眼痛，眼肿胀，伴有刺激症状。
3. 眼睑皮肤肿胀，混合充血，角膜水肿，前房可见细胞及积脓或大量纤维性渗出，玻璃体细胞及混浊或积脓。
4. 体温升高，血常规检查白细胞增加。

(二) 急救处理

1. 如外伤史明确，需行眶部 CT 检查，排除眼内异物。如创口已闭合，需行眼部 B 超检查，明确玻璃体情况。

2. 详细告知患者及家属病情。

3. 局部给予抗生素眼水频繁点眼，同时注意散瞳剂的应用。考虑细菌感染者，玻璃体腔内注射万古霉素 1mg/0.1ml 或者头孢他定 1-2mg/0.1ml；考虑真菌感染者，两性霉素 B 10ug/0.1ml。全身给予头孢一代抗生素静滴（注意儿童及老年人根据说明书减量），内源性真菌感染者，全身使用抗真菌药物。玻璃体注射前，取房水查病原体。如暂不能行手术治疗，可在创口处用棉签擦拭取材送化实验室涂片检查细菌及真菌。

4. 如果玻璃体内注射和全身抗感染疗效不佳或者无应答者，尽早行玻璃体切割手术。术前需准备万古霉素针及头孢他啶针各一只（头孢他啶需作皮试）。术中注意取材，取前

房水 0.1ml 及玻璃体腔液 0.1ml 送化实验室进行细菌及真菌涂片检查，同时进行细菌及真菌加药物敏感性试验。术中等待涂片结果决定玻璃体腔内注药种类。可选择万古霉素+头孢他啶或克林霉素+丁胺卡那。如怀疑真菌感染，可给予玻璃体腔注入二性霉素针。

5. 术后根据涂片结果调整全身及局部用药。

（三）抢救成功标准

1. 眼痛减轻。
2. 视力有所改善。
3. 感染、炎症控制。

十、眼眶蜂窝织炎

（一）诊断及急救标准

1. 先有眼眶邻近的皮肤、粘膜的化脓性病灶，如眼睑皮肤疔疮、龋齿、蚊虫叮咬眼睑皮肤，鼻窦炎、感冒或者有明显眶内异物等外伤病史等。

2. 突发眼球周围及球后疼痛和压痛，眼球转动时疼痛加剧。

3. 眼睑肿胀、红热，上睑下垂，睑裂变小，球结膜高度水肿充血，眼球突出，眼球运动各方向均受限制或完全固定不动。

4. 眼底表现为因压迫面出现乳头水肿，视网膜出血、水肿或渗出物或视乳头炎等；可有瞳孔传入神经障碍、视力下降。

5. 常伴有其他部位症状如鼻塞、流涕和鼻根部压痛等及全身症状如体温升高、头痛、白细胞增高、面部淋巴结肿大等。

6. CT 扫描能很好的显示炎症的范围。

(二) 急救处理

1. 血液细菌培养及药敏试验;

2. 行眼眶 CT 水平及冠状位扫描;

3. 全身及早应用足量、敏感抗生素，在早期不知具体病原菌时，可用广谱杀菌类抗生素如先锋霉素 V 针;

4. 局部抗炎、保护暴露的结膜角膜;

5. 眶压高引起视功能严重损害应做眶减压术; 若眶内脓肿形成，可在超声引导下穿刺及切开排脓及引流;

6. 病因治疗: 治疗及清除原发病灶: 如有异物引起的炎症应尽量取尽，经几天治疗后无好转、应请耳鼻喉科医师会诊、做病变侧鼻窦引流术;

7. 镇痛止痛及全身支持疗法; 有败血症或颅内感染时，尽快与有关科室协同治疗。

(三) 成功救治标准

1. 眼部炎症消失，原发病灶炎症已控制;

2. 眼球恢复正常位置、运动无障碍;

3. 视力、体温及血象恢复正常。

十一、眼眶血肿

（一）诊断与急救标准

1. 多为一侧发病；
2. 眼球迅速突出，眼球突出往往在数分钟或数小时之内达到高峰。伴有眼胀痛、恶心、呕吐、复视、眼球运动障碍；
3. 眼睑肿胀饱满，结膜水肿充血，而后眼睑或结膜下出现青紫色淤斑；
4. 如血肿位于眶尖部或者出血量较大可以导致视神经受压视力减退或丧失。

（二）急诊处理

1. 血液常规检查以排除血液系统出血性疾病的可能。
2. CT 扫描显示眶内高密度占位性软组织影
3. 止血、降低眶压等对症处理，巴曲亭 1u 静注 止血，20%甘露醇 250ml ivgtt qd。
4. 密切观察视力，如果出现视力急剧下降，视条件可以行外眦切开减压或者行内窥镜下眶减压手术。以引流出积血，降低眶压。

（三）成功救治标准

1. 眶压稳定或者下降
2. 视力功能恢复