

揭开青光眼的神秘面纱 预防隐匿的“视力小偷”

作为一名眼科医生，从事临床工作多年的我见过太多因忽视青光眼而遗憾终生的患者。这种被称为“视力小偷”的眼病，常常在悄无声息中夺走人们的视力，且损伤不可逆。最新统计数据表明，我国青光眼患者已超2100万，其致盲率高达20%，是全球首位不可逆致盲性眼病。下面，我们就来揭开青光眼的神秘面纱。

青光眼不止“眼压高”那么简单

很多人认为青光眼就是眼压升高，这是典型的误区。青光眼是一组以视神经进行性损伤、视野特征性缺损为核心的眼病。眼压高是主要危险因素，但绝非唯一标准。眼球就像一个封闭的“水球”，房水不断生成、排出，维持着动态平衡。当房水排出通道受阻，或生成过多，就会导致眼压升高，压迫视神经，久而久之造成视神经萎缩。

临床中约有30%的青光眼患者眼压始终在正常范围内（正常眼压性青光眼），这与视神经对压力的耐受度、眼底血液循环状态密切相关。相反，有些虽然眼压偏高，但视神经未受损，这种就不算青光眼。

青光眼主要分为原发性、继发性和先天性三大类。其中以原发性青光眼最常见，可分为闭角型和开角型，闭角型青光眼发病急，常表现为突然眼痛、头痛、视力骤降，多见于中老年女性；而开角型青光眼则早期无明显症状，等视力下降时，视神经损伤已不可逆，多见于中青年。

警惕这些预警信号

青光眼的可怕之处在于早期症状隐匿，但并非毫无踪迹可寻，一旦出现以下症状，要及时就医：

急性闭角型青光眼发作时，会突然感到眼胀痛，伴头痛，看灯光出现彩虹样光圈（医学上称“虹视”），视力急剧下降，多发生于暗处停留过久（如看电视）、情绪激动后，须2小时内就医，否则可能永久失明。

开角型青光眼则如“慢性杀手”，早期可仅表现为眼睛易疲劳，上下楼梯时看不到台阶，因中心视力长期保持正常，容易被误认为是老花眼或视疲劳。待察觉时，视神经往往已严重受损，视野缺损难以挽回。

青光眼可防可控，关键要早

虽然青光眼的视神经损伤不可逆，但只要早发现、早治疗，就能有效控制病情，保留有用视力。目前，临床治疗青光眼的手段主要有药物、激光和手术，核心目标是降低眼压、保护视神经。

药物治疗是一线治疗，患者应严格遵医嘱，不能擅自停药或改变剂量。激光治疗创伤小、恢复快，如激光虹膜周切术、激光小梁成形术，但非一劳永逸，需定期复查。对于药物或激光治疗效果不佳者，可采取手术治疗，但手术也只能控制症状，不能治愈，仍需长期随访。

此外，青光眼患者的日常护理也至关重要，保持情绪稳



定，避免过度激动或焦虑；避免长时间在暗环境中用眼，阅读、看屏幕时保证光线充足；避免大量饮水，一次不超过300毫升。

走出青光眼认知误区

1. “眼压正常就不是青光眼”——错！约30%的青光眼患者眼压正常，须结合眼底及视野检查。

2. “视力好就不是青光眼”——错！青光眼早期损伤的是周边视野，中心视力可保持1.0。若中心视力下降时，往往已晚期。

3. “手术后就万事大吉”——错！青光眼是终身疾病，30%患者术后5年需再干预，定期复查比手术更重要。

4. “青光眼只影响老年人”——错！先天性青光眼多见于婴幼儿，开角型青光眼在中青年中也不少见。长期熬夜、高度近视的年轻人尤要警惕。

青光眼虽然凶险，但并非不可战胜，防治关键在“早”——早筛查、早诊断、早治疗。建议40岁后每年做一次眼科检查，高危人群可提前至35岁。高度近视、糖尿病、高血压患者，以及有青光眼家族史者，是青光眼的高危人群，建议每1~2年筛查一次。

汉寿县人民医院
眼科 袁媛

肠造口患者居家护理与并发症防控指南

肠造口是治疗肠梗阻、结直肠癌的常用手术方法，需在患者腹部构建人工肛门，辅助粪便排出，保证正常的消化功能。有资料显示，我国每年肠造口大约新增10万人，术后需长期通过造口生活，掌握科学的居家护理方法、预防相关并发症尤为重要。

做好“清洁、更换、观察”三部曲

1. 造口清洁 及时清洁造口和附近皮肤是基础，应保持造口附近皮肤干燥且不残留粪便，防止化学刺激。一般来说，应该在每次更换造口袋阶段开展清洁处理，如果造口袋内存在较多粪便，应随时更换，防止粪便渗漏刺激周围皮肤。清洁过程中应使用温水冲洗造口和附近皮肤，然后用柔软纸巾或毛巾将水分轻轻吸干，确保完全干燥。

2. 更换造口袋 口袋属于造口和患者之间的一个“桥梁”，科学更换造口袋可在一定程度上减少对皮肤的损伤及其渗漏的发生。一般来说，一件式造口袋至少1~2天更换一次，两件式造口袋底盘建议3~5天更换一次，袋子需每天更换。如果造口袋异味明显或出现渗漏、皮肤不适，应随时进行更换。

3. 加强日常观察 日常加强对造口分泌物、排便状况的观察，并注意造口是否发生内陷、脱垂。正常情况下，造口黏膜应为红色或粉红色，有光泽且光滑湿润，如颜色发生变化，或造口处出现异常分泌物，应及时就医或询问医生；如造口发生内陷、脱垂，应对造口袋类型进行调整；如排便性状、次数异常，即发生便秘或腹泻，应及时调整饮食结构。

造口周围皮肤并发症防控

造口周围皮肤并发症大部分是因为造口袋选择不合理、护理不当导致，其中以刺激性皮炎最为常见，主要是因渗漏引起，表现为造口周围皮肤瘙痒、发红、灼热感，严重者可能发生渗液、糜烂，这种情况需立即更换造口袋，并彻底清洁造口周围皮肤。其次是过敏性皮炎，主要是因过敏反应导致，表现为造口附近皮肤出现丘疹、红斑，伴明显瘙痒感，严重者会出现渗出、水疱，这种情况应及时更换造口用品。

这些情况须立即就医

1. 造口处黏膜颜色从粉红变为紫色或黑色，表明存在血运障碍，严重者可能发生缺血坏死。

2. 造口少量渗血，观察即可，如发生持续出血，需及时就医处理。

3. 造口发生脱垂且不能回纳，同时伴有肿胀、疼痛，说明存在坏死或嵌顿。

4. 造口狭窄或回缩，会引发排便困难，甚至诱发肠梗阻。

5. 造口附近皮肤出现严重分离或溃疡。

6. 造口超过12小时不排气排便，应警惕肠梗阻可能。

总而言之，肠造口并不是患者生活的终点，而是属于康复的新起点。日常只要能够科学掌握居家护理方法，及时做好观察，合理饮食、规律生活，患者完全可以像正常人一样生活。

湖南省第六工程有限公司建设医院
黄兰萍

为何多数踝关节骨折需要手术修复？

踝关节由胫骨、腓骨和距骨三块骨头嵌合而成，周围由韧带固定，呈精密的榫卯结构。这个不足一掌宽的关节，却承载着行走、奔跑、跳跃时高达数倍体重的冲击力。当踝关节发生骨折时，这个精密系统就可能像错位的齿轮一样，无法正常运转。

踝关节骨折大多数情况下需要手术干预，有的人会问这是为何呢？其实，主要是基于以下三个原因：

1. 恢复关节面的“绝对平整” 踝关节的软骨面光滑如镜，任何超过2毫米的错位，都会改变关节的受力分布。长期如此，软骨会迅速退化，导致创伤性关节炎，引起慢性疼痛、僵硬，甚至最终需要踝关节融合甚

至关节置换。而融合后的关节只能维持90度，严重影响踝关节的功能，不能正常上厕所、上下楼梯等，严重影响生活。

2. 重建稳定性系统 踝关节的稳定性依赖骨骼结构与韧带系统的双重保障。许多骨折（尤其是双踝或三踝骨折）意味着骨骼和韧带同时严重损伤，整个关节处于散架状态。保守治疗（如石膏固定）难以维持这种不稳定骨折的位置，轻微的活动或肿胀变化都可能导致再次移位，而手术通过钢板、螺钉等内固定物，从内部提供刚性支撑，为骨骼愈合创造一个稳定的环境。

3. 避免后遗症连锁反应 未经复位的踝关节骨折可能导致一系列连锁问题——关节持续不稳

定，让人在不平路面行走时容易反复扭伤；畸形愈合可能改变下肢力线，进而影响膝关节、髋关节乃至脊柱；长期疼痛导致活动减少，可能引发肌肉萎缩、骨质疏松等全身性问题。

踝关节骨折手术通常采用切开复位内固定术，医生会做一个小切口，在直视下将骨折块精确对位，然后用专门为踝关节设计的钢板、螺钉进行固定。当然，对于无明显移位、韧带损伤轻微的稳定性骨折，保守治疗（如石膏或支具固定）同样能取得良好效果，医生会通过体格检查、X光片，必要时结合CT三维重建来评估情况，制定个体化方案。

湖南中医药大学第一附属医院
骨伤科 蒋凯