警惕“视力杀手”——急性闭角型青光眼

□蒋旭鹏 蚌埠市第一人民医院眼科

你是否经历过突如其来的剧烈眼痛、头痛，甚至伴随着恶心呕吐？很多人第一反应可能是偏头痛发作，或者是吃坏了东西得了肠胃炎。然而，在这些看似普通的症状背后，可能潜伏着一位凶险的“视力杀手”——急性闭角型青光眼。

这是一种眼科急症，它起病急骤、破坏力极强。如果未能在黄金时间内得到及时诊治，它可能在数小时甚至数分钟内，对视神经造成不可逆的毁灭性打击，从而导致永久性失明。今天，我们就来揭开这位致盲“视力杀手”的真面目，学会如何识别它、应对它，牢牢守护住我们心灵的窗户。

一、如何理解急性闭角型青光眼？

要理解急性闭角型青光眼，我们可以把眼球想象成一个拥有精密“水循环系统”的房间，这个房间被弹性隔板（虹膜）分割成前房和后房，前后房之间有窗户（瞳孔）相通，后房内有“注水泵”（睫状体，生成房水），前房内有“抽水泵”（房角结构，将房水排出去）。正常前后房间内盛着名为“房水”的透明液体，它们负责为眼球内部输送营养，排出代谢产物，并维持眼球正常的形状和压力（即眼压）。在健康的眼球里，房水生成和排出是动态平衡的。一边是“注水泵”持续生成房水，注入“后房”，通过“窗户”（瞳孔）到“前房”，一边是“抽水泵”负责将等量的房水从前房抽走，从而保持水位（眼压）的稳定。当“注水泵”正常工作，不断供水，而“抽水泵”突然被堵死了，结果房水只进不出，就会导致“水位”（眼压）在短时间内疯狂飙升。由于眼球空间有限，高涨的压力，会直接压迫眼内结构，使其结构改变，功能损坏。持续的高眼压，会压死脆弱的视神经。必须强调的是，视神经一旦受损，就如同坏死的树根，是无法再生的，它所对应的视野将永久丧失。这就是急性闭角型青光眼。

二、如何识别眼部“求救信号”？

急性闭角型青光眼发作时的症状极具迷惑性，常常误导患者到其他科室就诊，从而延误最佳抢救时机。当发生紧急情况时，眼球会发出“求救信号”。

1.剧烈眼痛与头痛，这绝不是普通的眼睛酸胀，而是眼球深部传来的剧烈胀痛或刺痛，感觉眼珠像是要爆裂一样。这种疼痛常常会放射到同侧的头部，尤其是前额和太阳穴，让人难以忍受。

2.“雾里看花”，视力在短时间内急剧下降，看东西变得模糊不清，仿佛隔着一层毛玻璃。

3.“虹视”是一个非常典型的特征，即在注视灯光（如照明灯、路灯、车灯）时，会看到灯光周围有一圈彩虹样的光晕。这是因为眼压升高导致角膜水肿，光线发生折射而产生的现象。

4.神经反射，由于眼压急剧升高，会引发强烈的神经反射，导致恶心、呕吐、头晕、头痛等症状，这些全身症状往往非常突出，以至于掩盖了眼部的不适，极易被误诊为急性胃肠炎或颅内问题，这一点要特别警惕。

记住以上这些特征性的“求救信号”，关键时刻能挽救你的视力。

三、哪些人需提高警惕？

急性闭角型青光眼并非随机发生，它尤其“青睐”以下几类人群。

1.中老年人（40岁以上），尤其是患白内障者，随着年龄增长，眼球内的晶状体会逐渐变厚、变大，它会使“窗户”（瞳孔）关闭，后房水向前推挤虹膜，使得本就狭窄的房角变得更加拥挤，增加了堵塞的风险。

2.女性，流行病学数据显示，女性的发病率远高于男性，特别是处于更年期的女性，可能与激素水平变化影响眼部结构有关。

3.远视眼患者，远视眼的人眼球通常偏小（眼轴短），前房较浅，房角也更狭窄，天生就具备了发病的解剖学基础。

4.有家族史者，青光眼具有明显的遗传倾向。如果您的直系亲属（父母、兄弟姐妹）患有此病，您的患病风险将显著增高。

5.脾气大、情绪波动大、长期紧张、焦虑、愤怒的人。

6.不良生活习惯者，长期在黑暗环境中看手机、看电视、过度劳累、熬夜等，都是常见的诱发因素。

保持高度警惕是有效预防的关键。

四、治疗要点是什么？

一旦确诊为急性闭角型青光眼发作，治疗的核心只有一个字：快！目标是分秒必争地将眼压降下来，解除对视神经的压迫。

医生会立即启动药物降压“三件套”：

1.“停水”，减少房水生成，用噻吗洛尔滴眼液。

2.“增流”，增加房水流出，用毛果芸香碱滴眼液。

3.“脱水”，减少眼球容积，快速静脉滴注甘露醇。

当眼压得到初步控制后，医生会根据情况采用激光（如激光周边虹膜切开术）或手术（如小梁切除术）。激光治疗好比在虹膜上打一个微小的“漏水口”，让后房水流到前房，能打开堵塞的房角；而小梁切除术则是重建一条新的“排水渠”，从根本上解决房角堵塞的问题，防止再次发作。

急性闭角型青光眼虽然来势汹汹，但只要我们了解它、警惕它，并养成科学用眼的好习惯，就能有效识别、处理这个无情的“视力杀手”，守护好我们的光明视界。

月经乱、长痘胖？一文读懂多囊卵巢综合征，居家护理全攻略

□席静云 肥东县中医医院妇产科

当各位女性朋友们发现月经两三个月迟迟不来，肚子越来越大，且脸上痘痘此起彼伏。此时千万别怪自己管不住嘴，这些症状可能是由多囊卵巢综合征引起的。作为育龄期女性最为常见的内分泌代谢疾病，我国女性发病率在5.6%左右，其中不孕、月经不调人群当中，此病发生概率更高。此疾病无法根治，但可以通过科学的居家护理，将症状牢牢控制。

一、多囊卵巢综合征大解析

核心特征

多囊卵巢综合征其核心特征包括以下几点：无排卵、稀发排卵或月经周期超过35天，甚至有闭经表现；体毛增多、面部痤疮呈男性化分布的高雄激素表现；超声检查下发现一侧或双侧卵巢有直径在2毫米～9毫米的小卵泡12个以上、卵巢体积大于等于10毫升。以上几个特征符合其中两项，并排除其他高雄激素病因后便可确诊。

关键病因有哪些？

对于多囊卵巢综合征的明确病因并未完全了解，当前认为主要与环境因素及遗传有密切关联。在治疗当中发现，约有一半的多囊卵巢综合征患者都有肾上腺皮质功能异常表现，导致雄激素分泌量过多。而分析深层核心病理机制，则与患者存在的胰岛素抵抗有关。当患者机体对胰岛素敏感性下降时，代偿性高胰岛素血症会对卵巢进行刺激，导致雄激素分泌过多，从而构成恶性闭环。这也导致很多多囊卵巢综合征患者常会伴随腹性肥胖、黑棘皮症等代谢异常症状。

危害别忽视！

多囊卵巢综合征导致的长期不排卵，会使子宫内膜持续受到雌激素刺激，但内膜却不脱落，此时子宫内膜癌发生概率显著增加。与其他健康女性相比，多囊卵巢综合征中年女性高血压、糖尿病的发生概率极高。且孕期也会导致高血压、糖尿病、早产的发生概率提升。

二、饮食调理策略

食用低升糖指数主食

多囊卵巢综合征患者在日常饮食中，食用的精米白面是导致胰岛素抵抗的重要诱因，对此，要将精米白面换为荞麦、燕麦、藜麦、糙米等全谷物，将升糖控制于55以下。在实践当中发现，多囊卵巢综合征患者持续食用低GI食物约12周，能显著提升胰岛素敏感性，并降低睾酮水平。

蛋白质和好脂肪不能忽视

多囊卵巢综合征患者每日蛋白质摄入量要占总热量的20%～30%，首选鸡蛋、鸡胸肉、鱼类、豆腐等食材，以补充优质蛋白。在烹饪时多采用蒸、炖、煮等形式，杜绝油炸食品。

高纤维蔬果要多吃

梨、西蓝花、菠菜、苹果等带皮水果及豆类富含膳食纤维，每天要食用至少25～30克。多食用膳食纤维食材，能够控制糖分吸收，并提升饱腹感，加速雌激素代谢，且每日糖分要严格控制在25克以内，如甜点、含糖饮品要少吃甚至不吃。

三、运动策略

有氧运动

多囊卵巢综合征患者在运动时，首选运动项目包括骑自行车、慢跑、快走、游泳等，每周至少进行150分钟运动，每次运动至少要保持30～60分钟。在运动时要以微微出汗，能正常沟通为最佳，可在晚饭后半小时快走约30分钟到1小时。

力量训练

弹力带训练、深蹲、平板支撑都是多囊卵巢综合征患者力量训练的不错选择，每周可练习2次～3次，每次约30分钟。通过提升肌肉量，能够改善胰岛素抵抗及优化基础代谢率。

身心运动

日常生活当中，多囊卵巢综合征患者可借助太极拳、瑜伽、普拉提等项目，充分调节呼吸频率，既能改善核心肌群力量，又能减轻疾病带来的抑郁、焦虑情绪。若患者伴随睡眠质量较差、压力较大时，此类运动效果远超纯有氧训练。

科学减重

对于超重患者，应当在3～6个月内减重约5%～10%，每周减重0.5千克～1千克为最佳，切记绝不能盲目快速减肥。

四、日常管理

睡眠、情绪要稳定

若长期熬夜，会导致皮质醇及褪黑素分泌节律受到影响，使胰岛素抵抗加深，患者要保证每天至少睡眠7～8小时，且在睡前一小时不要玩手机。生活中对于存在的学习或工作压力，可通过培养兴趣爱好、冥想、深呼吸等方式进行缓解，必要时一定要及时咨询心理医师。

定期监测

患者每间隔3～6个月要进行一次糖脂四项、糖耐量试验及性激素六项检测，且生活中要记录体重变化及月经周期，就诊时携带病历资料，便于医生分析病情变化，以调整治疗方案。

结 语

虽然多囊卵巢综合征无法被彻底治愈，但患者在生活当中要及时调整治疗心态、管住嘴、迈开腿，就能牢牢将症状控制于手中，千万别等并发症出现才后悔！

确诊肺癌怎么办？

肿瘤内科医生带你读懂分期检查与“个体化”治疗方案制定

□郑虹 安徽省合肥市第二人民医院肿瘤科

一提到肺癌，很多人第一反应是“绝症”。其实，肺癌虽然是我国发病率最高的恶性肿瘤，对人们的健康安全造成了极大威胁，但随着医疗技术的进步，针对肺癌的治疗手段越发多元化，肺癌早已不是很多人想象中的不治之症。今天，带领大家认识肺癌，读懂分期检查与“个体化”治疗方案制定。

一、什么是肺癌？

肺癌不是一种单独的疾病，而是一群疾病的统称，包含多种类型。基于病理层面，肺癌主要分为小细胞肺癌与非小细胞肺癌，前者占10%—15%左右，后者占80%—85%左右。小细胞肺癌的生长速度较快，发病早期容易转移，对放疗、化疗十分敏感，一般早期通过联合放化疗可有效控制病情。非小细胞肺癌的生长速度较慢，转移相对较晚，一般早期通过手术治疗可遏制病情进展。但非小细胞肺癌的诊断难度较大，许多患者确诊时病情已发展到了中晚期，错失最佳的治疗时间，后续治疗难度较大。基于此，对于肺癌患者而言，早诊断、早治疗尤为关键。

二、肺癌患者的分期检查

简单来说，TNM分期是对肺癌的严重程度实施分级。不同分期的肺癌患者，其治疗方法与生存率有明显差异。精准的临床分期，可为肺癌的治疗提供有力依据。Ⅰ期：肿瘤仅在肺中，通常可手术切除，有着较高的治愈率；Ⅱ期：肿瘤可能侵入至胸膜、肺门，尚未扩散至淋巴结，主要采用手术治疗，术后可能采用放疗、化疗；Ⅲ期：肿瘤已扩散至胸腔、纵隔淋巴结，可能侵入至心包、大血管，大部分无法手术，需通过放疗、化疗、免疫疗法展开综合治疗；Ⅳ期：癌细胞跑到脑、骨、肝等部位，或产生心包积液、恶性胸水，治愈难度较大，可通过药物治疗来延长患者生命。

三、肺癌分期需做哪些检查？

肺癌的分期主要通过影像学、组织学等手段，根据癌细胞的转移情况与病变程度来明确。目前，肺癌的分期诊断主要采用胸部增强CT、头部增强MRI、增强CT、颈部/锁骨上淋巴结B超、上腹部增强CT、全身骨扫描等方式。其中，头部增强MRI可发现微小的脑转移病灶，全身骨扫描可发现早期的骨转移，而骨是肺癌常见的一大转移部位。一旦发现骨转移，肺癌患者的预后一般较差。

四、肺癌的常用治疗方式

现如今，肺癌的治疗步入“个体化”治疗时代，其常用治疗方式主要有以下五种：

1.手术治疗

手术治疗是早期肺癌的首选治疗方式，其优点在于有望完整切除肿瘤病灶，缺点在于存在手术创伤与术后并发症风险，适用于早期非小细胞肺癌患者、肿瘤局限患者、未发生远处转移患者。

2.放疗

放疗是指放射治疗，将高能量射线集中于肿瘤上消灭癌细胞，其优点在于无创或是微创，安全性高，能够精准定位肿瘤，对肿瘤周围的正常组织损伤较小，缺点在于通常无法单独根治肺癌，需与其他治疗方式联用，可能引发食管炎、放射性肺炎等病症，适用于高龄患者、基础疾病多的患者、局部晚期患者。

3.化疗

化疗是指化学治疗，其优点在于能够通过血液抵达全身，从而消灭全身各部位的癌细胞，缺点在于副作用显著，在一定程度上损伤正常细胞，适用于小细胞肺癌患者、晚期非小细胞肺癌患者。

4.靶向治疗

靶向治疗可让部分晚期肺癌患者获得长期高质量生存，其优点在于仅攻击癌细胞，副作用较小，使用便捷，缺点在于适用范围有限，仅对有对应基因突变者有效，价格较高，容易出现耐药性，适用于对特定基因突变的非小细胞肺癌患者。

5.免疫治疗

免疫治疗主要通过激活人体免疫系统来对抗肿瘤细胞，其优点在于副作用较小，疗效持久，缺点在于疗效有个体差异，价格较高，适用于驱动基因阴性的晚期非小细胞肺癌患者和部分小细胞肺癌患者。

五、如何制定肺癌“个体化”治疗方案？

针对肺癌患者实施“个体化”治疗，需先明确其病理分型与肿瘤分期，了解其病情进展，而后利用基因检测与PD-L1免疫表达来评估其基因状态与免疫表达水平，确认其是否适用靶向治疗、免疫治疗，最后结合其身体状况与心理治疗预期来制定“个体化”治疗方案。

结 语

目前，肿瘤的治疗手段越发多样化，也越发提倡“个体化”治疗。肺癌患者选择治疗方案时，应先了解各种治疗方式的优缺点，结合自身状况制定“个体化”治疗方案。

健康园地

生死时速：脑出血微创手术的“排雷”真相

血肿一定要“开颅”清除吗？

□于志华 蚌埠市第三人民医院神经外科

一提到血肿治疗，很多人想到的是“开颅”手术，揭开患者的头盖骨，直接清除其脑内的血肿。这种治疗手段虽然有效，但太过暴力，会形成较大的手术创伤，患者将面临较大的手术风险和较长的恢复期。随着微创医学的发展，脑出血微创手术应运而生。今天，带领大家认识脑出血微创手术，介绍其“排雷”真相。

一、什么是脑出血？

脑出血是脑卒中的一种，具有起病急、治疗难度较大、致死致残率较高等特点。简而言之，脑出血就是脑部血管突然破裂，使得血液直接流到脑组织，产生血肿。在脑卒中病例中，脑出血占据13%左右。发生脑出血时，血肿聚集于脑部这一“生命中枢”中，对脑组织造成压迫，救治人员需争取生死时速，救治的时间越早一秒，挽救患者生命和功能的机会便越多一些。

二、什么是脑出血微创手术？

脑出血微创手术借助CT三维重建来准确计算穿刺路径，对患者使用麻醉药物，而后在患者头皮做微小切口，钻出骨孔，经CT实时引导或是立体定向架导航，把引流管准确放置到血肿中心，经引流管注入溶栓药物，促使血肿液化，最终将其引流出来。该术式的操作过程不是“盲探”，而是借助三维影像系统展开精准打击。因具有创伤小、可视化操作、并发症风险轻微、术后恢复快等优点，脑出血微创手术已成为治疗脑出血的常用方法，越发受到医护人员的关注与重视。

三、血肿一定要“开颅”清除吗？

以往，救治脑出血患者多采用开颅手术，直接切开其头皮，打开其颅骨，实施血肿清除操作。此种手段虽然能够挽救患者生命，但容易造成脑组织损伤，患者术后恢复难度较大，所面临的感染风险较高。开颅手术后，很多救治回来的患者出现严重并发症，生活质量大幅下降。近年来，微创医学不断发展，脑出血微创手术的优势越发明显。脑出血微创手术可建立细微通道，直径仅有3—5毫米，借助此通道引流液化的血肿，快速腾开空间，将脑干面临的压迫解除开来，以逆转脑疝趋势。脑出血微创手术能够实现以往需要开颅才能取得的效果，血肿并非一定要“开颅”清除。值得注意的是，并不是所有脑出血患者都适用脑出血微创手术，医师需对患者开展综合评估。

四、脑出血微创手术与开颅手术的优缺点

如果将血肿比作室内地面上的一块顽固污渍，传统的开颅手术像是直接打开大门，进入室内开展大扫除，而脑出血微创手术则像是在墙壁上钻一个小孔，插入细管，对液化的污渍进行引流。前者直接展开清除操作，简单粗暴，但造成的损伤较大；后者造成的损伤极小，安全性高，但依赖血肿“液化”。脑出血微创手术的优点在于手术创伤小，对脑组织基本无牵拉，局限性在于对没有液化的血肿清除率较低，适用于脑深部血肿患者、高龄脑出血患者与血肿进入慢性期的患者。开颅手术的优点在于手术视野最佳、止血彻底、减压充分，局限性在于创伤大、术后恢复期较长，适用于血肿量大的患者、对功能恢复要求高的患者、因动脉瘤等因素出血且需同时处理病灶的患者。

五、脑出血微创手术的常见误区

手术创伤越小越好

很多人认为微创的优势在于手术创伤小，手术创伤越小越好。这种想法是错误的，手术创伤并非越小越好。脑出血微创手术追求在保护患者脑组织的同时，精准处理病变部位。单纯追求小的手术创伤，可能会导致对于深部操作脑神经、脑组织与脑血管显露受限，为患者带来更大的伤害。

手术切口越小术后恢复期越短

一些人认为手术切口越小，患者所面临的术后恢复期便越短。其实，切口越小并不代表患者的恢复速度越快。治疗脑出血患者时，需要凭借医师高水平的医疗操作，辅以先进的仪器设备，才能为患者提供高质量的治疗服务，既精准切除病变，又将对患者脑组织、血管与神经造成的损伤降到最低，使得患者的术后恢复期更短。

结 语

脑出血的发病率呈上升趋势，该疾病严重威胁患者的身心健康，容易发生严重后遗症。脑出血微创手术与开颅手术都是治疗脑出血的有效术式，各有优缺点。对于脑出血患者来说，血肿清除方式没有最好的，只有最适宜的，每种清除方式适宜的情况各不相同。

肥胖患者无痛内镜检查体位安置与呼吸安全护理

□张冀飞 亳州市人民医院内镜室

内镜室每天都会接诊不少体重超标的患者，其中相当一部分选择做无痛内镜。从表面看，无痛内镜和普通内镜的流程差不多——躺下、推药、睡着、检查完了叫醒。但对于肥胖患者来说，这短短十几分钟的“睡着”背后，体位怎么摆、呼吸道怎么管，每一个细节都直接关系到安全。体重大、颈围粗、胸腹部脂肪堆积，这些平时可能只是穿衣尺码的问题，到了无痛内镜的检查床上，就成了必须认真应对的护理风险。

一、肥胖给无痛内镜带来了哪些特殊挑战

无痛内镜使用的镇静或麻醉药物会引起不同程度的呼吸抑制，即使剂量在正常范围，肥胖患者的耐受窗也比普通人窄很多。原因主要在两个方面：一是颈部和咽部的脂肪堆积让上呼吸道本来就偏窄，药物一上去，咽部肌肉松弛，气道更容易塌陷；二是胸腹部过多的脂肪限制了膈肌的活动幅度，平躺的时候肺底部的通气换气效率会明显下降。

临床上的表现就是血氧饱和度比普通患者掉得快、掉得深，而且升回来也慢。下颌后坠、舌根后坠在肥胖患者身上更常见也更顽固，单纯托下颌有时候效果不理想，需要提前把口咽通气道备在旁边。还有一个容易被忽视的点——无痛内镜经常采用左侧卧位，对于肥胖患者来说，这个体位本身就会对呼吸有一定影响，如果体位摆得不到位，等于在药物抑制的基础上又加了一层机械性因素。

二、体位怎么摆才安全

左侧卧位是无痛胃镜和肠镜检查最常用的姿势，但对肥胖患者来说不能只是“侧过去”就行了。护理上有几个关键点需要把握好。首先是头颈部的位置，枕头的高度要使头部和脊柱保持在一条水平线上，不能过度前屈也不能后仰——颈部屈曲会让气道打折，过伸则会让舌根更容易后坠。一般需要在头下垫一个中等高度的薄枕，让下颌略微抬起，保持呼吸道自然通畅。

其次是肩部和胸廓的摆放。肥胖患者侧卧时身体下方的那一侧肩膀容易受到挤压，限制胸廓的呼吸运动，所以要在腋下适当垫一块软垫，让胸廓有扩张的空间。上方的手臂自然放在身体前侧或者搁手架上，用固定带松松地搭住即可，不要绑得太紧更不能压在胸腹部。腹部的脂肪量大的时候，侧卧会使腹腔内容物向左侧坠积，对下方肺叶形成明显压迫，因此身体不能过度蜷曲，保持一个轻度屈髋屈膝的自然姿势就好，必要时可以在两膝之间夹一个小软枕来稳定骨盆和脊柱的排列。

体位摆好后要养成一个习惯——在推药之前低头看一眼患者的胸廓起伏是否自如，听一下呼吸的声音有没有阻塞感。这几秒钟的确认，有时候能提前化解一次低氧事件。

三、呼吸安全怎么守住

推药之后的前几分钟是呼吸最不稳定的时期，也是护理观察最要紧的窗口。常规的心电监护和脉搏氧饱和度监测是底线，但肥胖患者的血氧掉得很快，光看监护仪上的数字有时候反应不够及时——等报警响了，氧饱和度可能已经从百分之九十几掉到八十多了，这中间留给我们反应的时间非常短。护理人员要尽量站在能看到患者口唇颜色和胸廓起伏的位置，不能只盯着屏幕。

一旦发现下颌后坠导致气道不通畅，第一时间做的不是呼叫医生，而是双手托下颌——站在患者头顶方向，两手拇指按住颧弓，其余四指扣住下颌角向前向上提起。这个动作对于肥胖和颈围粗的患者来说比较费力，一次托不开就换一个角度再试，不要一手托着一手去调别的东西。如果反复托下颌效果不好，要果断放置口咽通气道或鼻咽通气道，不要等到血氧掉得很低了才上。检查全程保持吸引器在备用状态也很重要，肥胖患者胃内压力偏高，反流误吸的风险比普通人更大一些。

四、检查结束不等于风险结束

无痛内镜的恢复期同样是护理不能松懈的阶段。肥胖患者的药物代谢往往偏慢，苏醒时间比普通患者长，在复苏室里体位要继续保持侧卧或者半卧位，避免平躺——一旦在无人看护时发生舌后坠或者反流，平卧位是最危险的姿势。吸氧要持续到血氧饱和度在脱离氧气的情况下仍能稳定在正常范围再停止。离开内镜室之前要确认患者能够自主抬头、按指令做动作，并且没有明显的呼吸费力。如果患者在复苏期间打鼾声比较大或者血氧有波动，宁可多观察半小时再放行，不要因为赶周转而草率送走。

给肥胖患者做无痛内镜，说到底考验的不是多高深的技术，而是每个环节上多想一步、多看一眼。体位摆对了几分、气道守住了几秒，对于躺在检查床上的那个人来说，就是安全和危险之间的距离。