

近视的诊断与治疗

□张五岳

近视是屈光不正的一种。在眼调节放松状态下,平行光线进入眼内,其聚焦在视网膜之前,这导致视网膜上不能形成清晰的物像,称为近视眼。此时检查验光会提示近视度数,如近视50度,记录为-0.50D。

在眼调节放松状态下,外界的平行光进入眼内,其焦点正好落在视网膜上,则形成清晰的物像,称为正视眼;若焦点无法落在视网膜上,则称为非正视眼,也就是屈光不正。

病因

遗传因素:近视眼已被公认有一定的遗传倾向,而高度近视眼更是如此,但对一般近视,这一倾向就不太明显。有遗传因素者,患病年龄较早,父母双方近视度数多在600度以上,容易遗传。高度近视眼属常染色体隐性遗传,一般近视眼属多因子遗传。

发育因素:婴儿因出生后眼球较小,故称为生理性远视,生理性远视储备+2.50D左右,但随着年龄的增长,眼轴也逐渐加长,到8岁成为正视眼。如果发育过快,则形成近视,此种近视称为单纯性近视,多在学龄期开始,一般都低于600度,至20岁左右即停止发展。如果20岁以后继续发展,可能是进行性或病理性近视,可能到1500度~2000度,甚至3000度。此种近视发展到晚年可发生退行性病变,视力可逐渐减退,配镜矫正视力不提高,甚至出现并发症。

环境因素:从事文字工作或其他近距离用眼工作的人,近视眼比较多,青少年学生中近视眼也比较多,而且从小学五年级、六年级开始,其患病率明显上升。这种现象说明近视眼的发生与发展与近距离用眼工作的关系非常密切。尤其是青少年的眼球,正处于生长发育阶段,调节能力很强,眼球壁的伸展性也比较大,长时间阅读等近距离学习时的调节和集合作用,使内直肌对眼球施加一定的压力,随着作业的不断增加,调节和集合的频率、时间也逐渐增加,睫状肌和眼外肌经常处于高度紧张状态,调节作用的过度发挥可以造成睫状肌痉挛,从而引起一时性

的视力减退。但休息或使用睫状肌麻痹剂后,视力可能改善或完全恢复。因此,这种近视被称为假性近视。

临床表现

视力:近视眼最突出的症状是远视力降低,近视力正常。近视的度数愈高远视力愈差,没有严格的比例,因个体差异,近视的度数和视力的差不成比例。

视力疲劳:在低度近视者中特别常见,但不如远视眼者明显。系由于调节与集合的不协调所致。高度近视由于注视目标距眼过近,集合作用不能与之配合,故多采用单眼注视,反而不会引起视力疲劳。

眼位:由于近视眼视近时不需要调节,所以集合功能相对减弱,待到眼外肌力平衡不能维持时,双眼视觉功能就被破坏,只靠一只眼视物,另一只眼偏向外侧,成为暂时性交替性斜视。若偏斜眼的视功能极差,且发生偏斜较早,可使偏斜眼丧失固视能力,可能成为单眼外斜视。

眼球:高度近视眼多属于轴性近视,眼球前后轴伸长,其伸长几乎限于后极部。故常表现为眼球较突出,前房较深,瞳孔大而反射较迟钝。由于不存在调节的刺激,睫状肌尤其是环状部分变为萎缩状态,在极高度近视眼时可使晶体完全不能支持虹膜,因而发生轻度虹膜震颤。

眼底:低度近视眼眼底变化不明显,高度近视眼因眼轴的过度伸长,可引起眼底的退行性病变。

1.豹纹状眼底。视网膜的血管离开视盘后即变细变直,同时由于脉络膜毛细血管伸长,可影响视网膜色素上皮的营养,以致浅层色素消失,而使脉络膜血管外露,形成似豹纹状眼底。

2.近视弧形斑。视盘周围的脉络膜在巩膜伸张力量的牵引下,从视乳头颞侧脱开,使其后面的巩膜暴露,形成白色的弧形斑。如果眼球后极部继续扩展延伸,

则脉络膜的脱开逐步由乳头颞侧伸展至视盘四周形成环状斑,此斑内可见不规则的色素和硬化的脉络膜血管。

3.萎缩斑。黄斑部可发生形成不规则的、单独或融合的白色萎缩斑,有时可见出血。此外,在黄斑部附近偶见有变性病灶,表现为一个黑色环状区,较视盘略小,边界清楚,边缘可看到小的圆形出血,称为萎缩斑。

4.巩膜后葡萄肿。眼球后部的伸张,若局限于一小部分时,从切片中可以看到一个尖锐的突起,称为巩膜后葡萄肿。这种萎缩性病灶若发生在黄斑处,可合并中心视力的障碍。

5.锯齿缘部囊样变性。视网膜的边缘便是锯齿缘,是由多层的视网膜与单层睫状体非色素上皮交汇而形成。表明在平坦部与视网膜之间连接处有网膜残缺现象及囊性变。

检查诊断

眼部检查包括裸眼视力、矫正视力、眼压测定,电脑验光、散瞳检影,以及采用角膜地形仪、角膜测厚仪、裂隙灯等检查角膜、屈光间质、眼底、角膜厚度和曲率半径等。

治疗方法

常规治疗:1.配戴框架眼镜;2.减少周边远视离焦镜;3.角膜塑形镜;4.硬性角膜接触镜、软性角膜接触镜;5.准分子激光手术。

在近视眼者眼前放置一个适当凹透镜,平行光束通过后被分散入眼,焦点因此后移,正落在视网膜上,可获得清晰的远视力。矫正近视凹透镜片度数的选择原则是,在获得正常视力(1.0~1.2)或最满意的视力(即矫正不到1.0时的最佳视力)的几个凹透镜片中选其中度数最小的作为该眼的矫正度数。

正确适当度数的凹透镜除提高视力外,可恢复调节与集合的平衡,缓解视疲劳,预防或矫正斜视、弱视,降低屈光参差,有利于建立与发展双眼同视功能,近视散光者戴镜矫正可阻止或延缓屈光度加深。

角膜塑形镜的优点是,晚上戴,白天可获得清晰的物像,可以控制和延缓近视的发生。缺点是需要长期佩戴,停戴后逐渐恢复至原度数,长期护理、定期复查费用较高。

手术治疗:近视眼的手术治疗已在国内外普遍应用,手术种类较多,可分为以下几种。

1.角膜屈光手术主要包括全飞秒激光术、半飞秒激光术、准分子激光原位角膜磨削术(LASIK)、准分子激光角膜切削术(PRK)、放射性角膜切开术等,此类手术适用于18岁以上、近视稳定两年不再增加者。

2.晶状体及人工晶状体手术对高度近视眼做透明晶状体摘除术以矫正屈光不正已有较久历史,但需要注意术后可能发生视网膜脱离、黄斑囊样水肿等并发症。近年来,应用超声乳化术合并人工晶状体植入术、ICL(晶状体前人工晶体),效果较好。也有人对透明晶状体的高度近视眼者在晶状体前放置前房型或后房型的人工晶状体,以矫正屈光不正,取得了一定的矫正效果。本法矫正屈光不正的能力较强,对于1200度以上的高度近视、角膜较薄,估计用角膜屈光手术不易矫正者可能更为适用。

3.巩膜后部加固术对进行性的病理性近视眼用阔筋膜、异体巩膜条带、硬脑膜或硅胶海绵等绕过眼球后极做巩膜后部加固,有助于防止近视眼进一步加深。

药物治疗:用于治疗近视眼的药物种类繁多,包括0.01%硫酸阿托品滴眼液、0.05%硫酸阿托品滴眼液、复方托吡卡胺滴眼液等。

(作者供职于郑州市第二人民医院)

学生如何合理膳食

□余亚英

学生更需要合理膳食、均衡营养。学生生长发育迅速,对能量和营养素的需要量相对高于成年人,充足的营养是智力和体格正常发育,乃至一生健康的物质保障。培养学生从小养成健康饮食习惯和生活方式将使他们一生受益。学生的合理膳食不只是学生自己的事情,家长的言传身教和家庭成员的共同维护起到关键作用。那么,学生合理膳食应该怎么做呢?

食物多样 合理搭配

食物多样是平衡膳食的基础,每天的餐食应由五大类食物组成,谷薯类(含全谷物、薯类、杂豆)、蔬菜水果类、动物性食物、大豆类和坚果、烹调油和盐。每天摄入不同品种的食物应达到12种以上,每周应达到25种以上。

家长制作餐食时,建议采用小份菜肴,以此增加食物种类,同类食物要经常变换,避免食物品种单调。家长还要掌握以下搭配技巧。

- 1.主食不能缺,搭配粗杂粮,每天要保持1/4~1/2全谷物或杂豆的摄入。
- 2.菜品荤素搭配,少做全荤菜,避免过多摄入肉类,建议每天1个鸡蛋、50克~100克瘦肉,鱼肉、禽肉、畜肉都可以,学生更应该做到每周吃2次鱼虾。
- 3.餐餐有蔬菜,颜色深淡搭配,红色、黄色、绿色、紫色、黑色蔬菜中含有丰富的营养,每天总蔬菜摄入量不少于300克,煮熟后相当于每餐一拳头蔬菜,深色蔬菜应占1/2以上。
- 4.天天吃水果,足量不过量,每天吃1种~2种水果,200克~350克,相当于学

生一个手掌大小。

天天喝奶 足量饮水 禁止饮酒

学生每天应摄入300毫升以上的液体奶,如鲜牛奶、纯牛奶、酸奶,也可以选择3片奶酪,酸奶应选择添加糖少的,奶酪应选择含盐低的,不要选择乳饮料或乳酸菌饮料。任何时间都可以喝奶,如早餐一杯牛奶,午餐一杯酸奶,就可以达到一天至少300毫升的推荐量。对于睡觉比较晚的学生,可以在20时~21时喝一杯牛奶。

学生每天应足量饮水。建议6岁每天饮水800毫升,7岁~10岁每天饮水1000毫升,11岁~13岁每天饮水1100毫升~1300毫升,14岁~17岁每天饮水1200毫升~1400毫升。饮水应少量多次,主动饮水,不要等口渴再喝,建议每个课间饮水100毫升~200毫升。

饮水首选白开水,不能用饮料代替水,也不能用果汁代替水。1听含糖饮料(330毫升)中所含能量需要跑步30分钟才能消耗掉,运动能消耗部分能量,但不能完全消除含糖饮料带来的健康危害,家长和学生都要充分认识到含糖饮料对健康的危害。如果学生不愿意喝没味道的水,可以在水里加新鲜柠檬片或薄荷叶,增加水的色彩和味道,家长也可以自制绿豆汤、酸梅汤等,注意不要添加糖。

学生饮酒易引起酒精中毒及脏器功能损害,并导致学习能力下降。学生要充分认识到饮酒对生长发育和健康的危害,不尝试饮酒。家长不应诱导孩子尝试饮酒,并加强对学生聚会聚餐的引导,

避免饮酒。

饮食规律 减少外出就餐

学生的三餐应定时定量,各占全天的1/3,两餐间隔4小时~6小时,睡前两小时不宜再进食。学生的日常饮食应少油、少盐、少糖,也就是常说的清淡饮食,享受食物天然的味道。家庭成员应尽量在家就餐,减少外出就餐和吃外卖的频率。在外就餐很难实现每天用盐量少于5克,烹调油25克~30克,添加糖不超过25克的推荐标准。如果在外就餐,可以让学生参与点餐,引导学生在点餐时注意食物搭配,选择蔬菜丰富的菜品,少选含盐、油、糖高的菜品,少选油炸、烧烤的烹饪方式。

会看食品标签 合理选择零食

学生可以在正餐的基础上,合理选择零食,但零食不能代替正餐,也不能影响正餐。合理选择零食既是对学生的要求,也是对家长的要求。学会阅读食品标签和营养标识,能够在选择预包装食品时进行正确评判。选择零食不能选择无生产日期、无质量合格证、无生产厂家的“三无”产品。从营养方面选择零食要注意饼干、果脯、肉干等食物中的“隐形盐”,注意人造奶油蛋糕、起酥糕点等食物中的反式脂肪酸,注意薯条、辣条等油炸食物中的高脂肪,注意果酱、糖果等食物中的添加糖。可以适量选择原味坚果、新鲜水

果、奶及奶制品等,每日零食提供能量在200千卡左右为宜。零食和正餐最好间隔1小时以上,睡前半小时最好不要再吃零食,看电视、视频时不宜吃零食,玩耍时也不宜吃零食,吃完零食后要及时漱口。

参与食物选择制作 提高营养素养

家长或者家庭成员可以带领学生一起买菜、做饭,让学生做力所能及的家务,掌握洗菜、切菜的原则,学会烹饪简单的食物,了解安全用火、用气、用电等事项。有条件的还可以带领学生体验种菜、采摘,让学生了解从种子到食物的过程,获得乐趣和成就感的同时,掌握相关技能,学习食物、营养与健康的知识。

学生时期是建立健康信念和形成健康饮食行为的关键时期,家庭环境在其中起着至关重要的作用。作为家长,应该以身作则,言传身教,为学生构建健康的食物环境,养成健康的饮食行为。家庭成员也应该共同维护健康的食物环境,摒弃错误的养育理念,从正规权威的信息来源获取健康信息,帮助家长共同提高学生的营养素养。

(作者供职于河南大学第一附属医院)



每个人都是自己健康的第一责任人

科普专家话健康

河南省疾病预防控制中心健教所宣



经验之谈

热性惊厥和癫痫患儿可以接种疫苗吗

□华 爽

热性惊厥是指因婴儿期和儿童期神经系统尚未发育完全,在发热时容易出现抽搐发作性事件。热性惊厥与年龄有密切关系,年龄越大,神经系统发育越完善,惊厥阈值越高,发生的概率就越小,一般5岁后发生率明显降低。除了年龄之外,还有一些其他因素与热性惊厥的发生有关,这些因素包括高热、疫苗接种后、热性惊厥的家族史,也就是说,有这些因素的情况下,发生热性惊厥的概率会增加。接种疫苗是热性惊厥的危险因素之一,与热性惊厥有关的疫苗主要是百白破疫苗和麻腮风疫苗。

据文献报道,百白破疫苗接种后热性

惊厥的风险会增加3倍~6倍,即使概率增加,但是从整体上来讲,在10万儿童的接种中发生热性惊厥的次数仍小于4人,这个概率非常低,相对于不接种疫苗将儿童暴露于感染之下的概率来比较的话,这个概率可以忽略不计,接种疫苗显然是利大于弊的。

而对于已经患有热性惊厥的患儿,能否正常接种未完成的疫苗呢?医生的建议是病情稳定后是完全可以接种的,若实在有顾虑,视具体疫苗而定,可以把接种年龄推迟到4岁~6岁。

什么是癫痫?癫痫与疫苗接种的关系

如何呢?

癫痫是指大脑皮层神经元异常、过度同步放电引起相应肢体骨骼肌抽搐或相应功能区异常的发作性事件,并且符合反复发作、不伴发热、形式刻板、突发突止的特点。

既往有癫痫发作史的儿童接种含百日咳组分的疫苗后发生癫痫发作的风险增加,但从整体人群来看发生概率仍较低。并且,尚无证据证明疫苗相关的癫痫发作可诱发永久性的脑损伤,引起癫痫,加重或影响已经明确的潜在的神经系统疾病的预后。然而,在我国患儿患传染性疾病

(如乙型肝炎、结核)的概率相较疫苗接种后癫痫发作的概率高出不少,权衡利弊,在癫痫发作控制、病因明确的前提下仍建议接种疫苗。

若患儿发作尚未控制、癫痫背后有潜在的进行性加重的神经系统疾病(如结缔组织硬化、婴儿痉挛症、遗传代谢性疾病)、进行性脑病,在明确病因及预后前,为避免因果关系混淆,应避免接种疫苗。

而得以控制的癫痫、脑瘫、单纯发育迟缓或其他静止性脑病都是可以接种疫苗的。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

每周一练

(心脏瓣膜病)

一、患者为女性,38岁,活动后心悸,气喘1年余。查体:轻度贫血,心率快,律齐,胸骨右缘第2肋间闻及响亮而粗糙的收缩期杂音(3/6级)。首先应考虑的疾病是

- A.动脉导管未闭
- B.主动脉瓣关闭不全
- C.二尖瓣关闭不全
- D.室间隔缺损
- E.主动脉瓣狭窄

二、下列不属于周围血管征的是

- A.水冲脉
- B.短绌脉
- C.毛细血管搏动征
- D.股动脉枪击音
- E.Duroziez(杜若兹埃)血管杂音

三、主动脉瓣关闭不全,出现周围血管征的原因是

- A.外周动脉硬化
- B.回心血量增加
- C.收缩压增高、舒张压下降
- D.心输出量增大
- E.中小动脉弹性增加

四、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音,向心尖部传导,心尖部舒张期隆隆样杂音,无传导,周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。该患者初步诊断为

- A.二尖瓣狭窄
- B.主动脉瓣狭窄
- C.二尖瓣狭窄并主动脉瓣狭窄
- D.主动脉瓣关闭不全并二尖瓣狭窄
- E.主动脉瓣关闭不全并三尖瓣狭窄

五、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱,平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音,向心尖部传导,心尖部舒张期隆隆样杂

音,无传导,周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。进一步确诊需要行哪项检查

- A.心电图
- B.心音图
- C.X线检查
- D.超声心动图
- E.同位素心肌灌注

六、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱,平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音,向心尖部传导,心尖部舒张期隆隆样杂音,无传导,周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。若经过检查证实二尖瓣无器质性病变,则心尖部舒张期杂音原因为

- A.Austin-Flint杂音(奥-弗氏杂音)
- B.Graham-Steell杂音(肺动脉瓣舒张期杂音)
- C.主动脉瓣杂音传导所致
- D.三尖瓣关闭不全
- E.合并了肺动脉瓣关闭不全

七、心尖区收缩中期附加音并有收缩中晚期杂音者最可能的诊断为

- A.冠心病劳力型心绞痛
- B.风心病二尖瓣关闭不全
- C.二尖瓣脱垂
- D.扩张型心肌病
- E.乳头肌功能不全

八、患者为女性,43岁,诊断风湿性心脏病20余年。查体:心前区未触及震颤,胸骨左缘第3肋间可闻及舒张期叹气样杂音,心尖部可闻及舒张早中期杂音,S₁减弱。该患者最可能的诊断是:

- A.主动脉瓣关闭不全伴二尖瓣器质性狭窄
- B.主动脉瓣关闭不全伴二尖瓣相对性狭窄
- C.主动脉瓣器质性狭窄伴二尖瓣器质性狭窄
- D.主动脉瓣相对性狭窄伴二尖瓣相对性狭窄
- E.主动脉瓣相对性狭窄伴二尖瓣器质性狭窄

(答案见下期本版)

上期(6月2日)答案

一、E	二、D	三、D	四、C
五、C	六、A	七、D	八、A
九、B	十、E	十一、A	

免费咨询交流 中医外治实用技术和方法

伦西全所长生于1964年,毕业于河南中医药大学,研究中医外治近40年,百度搜索“伦西全”名字了解更多情况。
每月10日、20日伦西全所长全天研讨交流,请提前预约。
联系方式:崔鹏13783876966(微信同号)

陈静15226158993(微信同号)

请致电了解详情,来电即寄或微信传详细内容目录。可进入“伦西全中医外治交流微信群”,群内每天交流简单实用的中医外治方法。

安阳市正本中药外治研究所

广告

征 稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《技术分享》《经验之谈》《实用验方》《健康教育》等。欢迎踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。

邮箱:54322357@qq.com

联系人:杨小玉