

# 视功能异常的症状及预防

□王静

有些人读书、使用手机等近距离活动时，总感觉眼睛酸胀、头痛，甚至出现阅读时跳行、文字模糊等状况，导致不能持续进行近距离的学习、工作，正常的学习生活受到很大影响，有些人不理解，还以为他们是因为“逃避学习”“故意假装”等，其实可能是这些人的视功能出了问题。

那么，什么是视功能呢？我们的眼睛视功能分为3个等级：同时视、融合视和立体视。我们的两个眼睛要能同时看清同一个物体，并且具备正常的融像能力，这样才有形成立体视觉的基础。因此，视功能的检查包括以下内容。

调节功能：眼睛通过改变晶状

体形状，聚焦不同距离的物体。我们可以理解为照相机在照远近不同的物体时需要调焦。眼睛的调节不足、过度或灵敏度异常，会导致视物模糊、眼疲劳。

眼位及聚散功能：双眼协同向内、向外转动，以维持双眼单视。眼位或眼球聚散功能异常时，会出现看东西重影、头晕，常常会导致阅读效率低、注意力不集中等。

当视功能出现异常时，即使双眼的视力正常，也可能出现阅读障碍、视疲劳、头痛、眼胀痛等症状，影响学习与工作效率。

视功能异常主要症状：立体视视觉差，表现为看不出3D电影、会车时容易跟别的车剐蹭等；看东西重

影，也就是一个物体看成两个，上下楼梯时容易跌倒；看近处的东西模糊，阅读时有时出现文字重叠、跳行；无法长时间专注阅读，用眼过度后出现恶心或眩晕感等。

这些症状常被误认为是近视加深或者注意力不集中，实际上需要通过专业的视功能检查明确原因。

检查出视功能异常，也不用过于担心，可以进行视觉训练改善视功能。视觉训练包括以下几项。

工具训练：如使用字母表训练、聚散球训练(改善综合功能)、翻转拍(训练调节灵敏度)等。

多媒体训练：通过计算机软件、VR(虚拟现实)设备等完成双

眼视功能异常的训练。

训练周期：通常需要持续6周~12周，每周5次~7次，每次15分钟~30分钟。训练效果因人而异，患者需要定期复查，以便医生及时调整训练方案。

建议学生群体、电脑工作者、斜视术后患者，以及有提高视功能需要的运动员等进行视觉训练，提升动态视力与手眼协调能力，优化运动表现。

在日常生活中，预防视功能异常的方法包括以下几个方面。

保持正确的用眼姿势：屏幕略低于眼睛水平，避免长时间低头或仰头，增加户外活动。

定期检查视功能：儿童每半年

(成年人每年)进行一次全面的视光学检查，做到早发现、早干预。

在现代生活中，长时间使用电子设备、高强度近距离用眼已成为常态。许多人常感到视疲劳等症状，可能并非简单的用眼过度，而是视功能异常发出的警报。视光学门诊中的视觉训练并非“治愈近视”的捷径，而是针对视功能异常的医学康复手段。

患者如果出现不明原因的视疲劳、头痛或阅读障碍时，应及时到视光学门诊就诊。个性化的训练方案，可以帮助患者显著改善症状，提高生活质量。

(作者供职于广东省广州番禺普瑞眼科医院视光及小儿眼科)

## 大数据帮助麻醉医生预测手术风险

□谢乐华

手术麻醉是保障患者安全的核心环节，但是在麻醉过程中可能伴随低血压、呼吸抑制、术后认知障碍等风险。随着医疗大数据与人工智能技术的融合，麻醉医生可以利用多维度数据整合与智能分析，实现手术风险的精准预测与动态管理。

### 术前风险评估

传统术前风险评估依赖麻醉医生的临床经验。大数据技术通过整合电子健康记录、基因组数据、影像学资料等信息，构建更全面的风险评估体系。例如，术前风险评估系统，可以分析患者的年龄、基础疾病、用药史等特征，预测术后急性肾损伤、呼吸衰竭等并发症的发生概率。

### 术中风险预警

术中风险预警是大数据应用的核心场景。大数据技术通过整合脑电图、动脉压波形、血氧饱和度等实时数据，结合机器学习算法，可以提前预警潜在的风险。

血流动力学管理 动脉压波形分析的机器学习模型，可以通过压力波形的细微变化预测低血压风险，为医生争取干预时间。

麻醉深度监测 传统脑电双频指数(BIS)监测容易受药物浓度干扰，而大数据驱动的深度学习模型可综合脑电图、心率变异性等参数，更精准地反映麻醉深度，减少术中知晓或麻醉程度过深的风险。

呼吸系统风险 通过分析呼吸

频率、潮气量等数据，人工智能可以预测患者术后呼吸衰竭的风险，尤其适用于慢性阻塞性肺疾病或肥胖患者。

### 术后并发症预测

术后并发症是影响患者康复的关键因素。大数据技术通过挖掘历史病例中的风险模式，可以预测特定患者群体的并发症风险。

术后谵妄预测 电子健康记录的机器学习模型，可以分析患者年龄、手术类型、麻醉药物使用等因素，预测术后谵妄的发生概率，指导医生提前采取预防措施。

疼痛管理优化 通过整合患者术前疼痛史、基因数据和术中用药记录，人工智能可以预测患者术后

疼痛敏感度，推荐个性化的镇痛方案，减少阿片类药物用量。

非计划再入院风险 大数据模型，可以识别术后早期预警信号，如生命体征波动、实验室指标异常等，帮助医生及时干预，降低非计划再入院率。

多模态数据融合，突破单一维度限制

传统风险评估往往依赖单一类型的数据，而大数据技术通过融合多模态数据，显著提升了预测的准确性。

影像组学与临床数据结合 在困难气道评估中，人工智能可以分析患者颈部CT(计算机断层成像)或MRI(磁共振成像)图像，结合面部特征数据，预测气管插管难度，

降低紧急气道事件的发生风险。

基因组学与代谢组学整合 通过检测患者的基因变异和代谢标志物，大数据模型可以预测术后认知功能障碍或药物不良反应的风险，为精准麻醉提供依据。

可穿戴设备与实时监测 结合智能手环、无线传感器等设备，大数据平台可以连续采集患者的生命体征数据，实现术后风险的动态监测与预警。

大数据技术正在重塑麻醉医学的风险管理模式。从术前评估到术中监测，再到术后康复，大数据驱动的智能决策正成为保障患者安全的利器。

(作者供职于广东省湛江中心医院麻醉科)

## 蛋白尿：警惕隐匿的慢性肾炎

□陈丽

许多人拿到体检报告，看到“蛋白尿”3个字时，都感到困惑和担忧。蛋白尿是肾脏健康的重要“信号灯”。了解蛋白尿背后的健康密码，有助于我们做到早发现、早干预，守护肾脏健康。

在正常情况下，人体尿液中仅含有少量的蛋白质，尿常规检查难以检出。肾脏作为人体的“过滤器”，肾小球毛细血管壁和肾小管具有精密的屏障功能，能有效阻挡血液中的蛋白质进入尿液。当这层屏障因各种原因受损时，蛋白质就会“漏”进尿液，导致蛋白尿。肾脏屏障功能受损的原因多样，其中慢性肾炎是常见的病因之一。慢性肾炎是一种以蛋白尿、血尿、水肿、血压升高为主要临床表现的肾小球疾病，炎症会破坏肾小球过滤膜的结构和功能，使其通透性增加，从而让更多蛋白质“逃逸”到尿液中。

蛋白尿的出现往往悄无声息，大多数患者早期没有明显的不适。当体检发现蛋白尿时，可能意味着肾脏已经出现了一定程度的损伤。长期持续的蛋白尿，会加速肾脏细胞的损伤和纤维化进程；若

不及时干预，病情可能逐渐进展，最终导致肾功能衰竭，甚至发展为尿毒症，严重威胁患者的生命安全。除了慢性肾炎，蛋白尿还可能由其他因素引起，如糖尿病、高血压病控制效果不佳引发的肾脏并发症，以及自身免疫性疾病(如系统性红斑狼疮等)累及肾脏等。因此，发现蛋白尿后，患者需要进一步检查，明确病因。

目前，检测蛋白尿的方法主要有尿常规、尿微量白蛋白检测、24小时尿蛋白定量分析等。尿常规是基础的筛查手段，若结果显示

“+”，则提示可能存在蛋白尿，但是它只能作为初步判断，无法精确反映白蛋白丢失量；尿微量白蛋白检测，对早期肾脏损伤更为敏感，尤其适用于糖尿病、高血压病患者的肾脏病变筛查；24小时尿蛋白定量分析是评估蛋白尿程度的“金标准”，它通过收集患者24小时内的全部尿液，准确测定其中蛋白质的总量，有助于医生判断病情严重程度和制定治疗方案。

患者一旦在体检中发现蛋白尿，应及时前往医院进行检查，如肾功能、肾脏超声、免疫学指标等，

## 脑卒中患者的急诊救治护理

□辛宏

称，口角明显歪斜；A(Arms)，一侧的肢体无力，不能平举；S(Speech)，口齿不清或理解困难；T(Time)，立即记录症状的出现时间，并拨打急救电话。

排除非脑卒中急症 快速排除低血糖、癫痫、脑外伤等类似症状的疾病。

### 关键步骤

气道与呼吸支持 保持气道通畅：昏迷患者的头偏向一侧，清除口腔分泌物或呕吐物，必要时用口咽通气管。呼吸异常者应立即吸氧，严重时进行气

管插管和机械通气。

### 循环稳定

血压管理：急性期一般不急降压(除非血压过高或合并心力衰竭、肾功能不全等)，避免脑灌注不足；溶栓患者需要将血压降至 $\leq 180$ 毫米汞柱/100毫米汞柱。

心律异常：房颤、心动过缓等，需要对症处理(如抗心律失常药物)。

### 快速完善检查及预处理

立即开通静脉通路(留置套管针)，抽血查血常规、凝血功能、血糖、电解质等。脑卒中患者发病

后，应尽快完成头部CT平扫或MRI检查，区分缺血性脑卒中和出血性脑卒中。通过血管造影检查，可以明确血栓的位置，从而为取栓术提供相应的依据。

针对性干预(根据脑卒中类型) 缺血性脑卒中：符合条件的患者(发病4.5小时内)，应尽早进行静脉溶栓，护士需要准确测量患者体重、核对药物剂量、快速输注，并观察有无出血等副作用；大血管闭塞患者，做好转运至介入中心的准备(如备皮、知情同意沟通等)，配合血管内治疗。

出血性脑卒中：控制血压(避免血压过高加重出血)，降低颅内压(如遵医嘱服用甘露醇)；观察有无脑疝迹象(如瞳孔不等大、意识变化、呼吸变化等)，做好急诊手术准备。

病情监测与并发症预防

持续心电监护：观察患者的意识、瞳孔、肢体活动等变化，记录NIHSS评分(评估神经功能缺损程度)；预防误吸、压疮、深静脉血栓等；昏迷患者暂时禁食，躁动者适当约束，避免意外伤害。

如果患者出现呼吸、心脏骤停的情况，需要立即对其进行心肺复苏。

总之，对于脑卒中患者，做好快速评估与关键的处理步骤，可以有效降低患者致残及死亡的风险。

(作者供职于山东省新泰市人民医院)

## 癌症的诊断方法

□张宇

有一个“癌症确诊”的消息，往往意味着人生的重大转折。然而，很多人不了解，癌症的诊断并不是通过一项影像学检查或一个肿瘤标志物就能下结论，而是需要通过被称为“病理诊断”的程序来最终确认。本文将带您走进病理科的幕后世界，揭示癌症的诊断方法。

### 诊断癌症的“金标准”

虽然现代医学拥有各种先进的检查技术，例如CT、MRI等影像学手段，血液中的肿瘤标志物也常常被用来辅助判断癌症的可能性，但是这些都只能作为癌症确诊的最终依据。癌症的最终确诊，依赖的是病理检查，也就是在显微镜下对组织或细胞形态的分析。

这项工作需要获取患者体内的可疑组织样本，通常通过手术切除、穿刺活检、胃肠镜或支气管镜下取样等方式获得。这些样本被

送到病理科之后，就进入病理医生的工作流程。

### 病理科发生了什么

首先是标本的接收与登记，每一份组织样本都被详细标记，确保来源清晰、信息准确；其次是组织的取材、固定、脱水、包埋、切片；最后进行染色处理，使细胞结构在显微镜下清晰可辨。

常用的HE(苏木精-伊红)染色法，可以让细胞核显现出紫蓝色，胞质呈现粉红色，便于病理医生识别细胞结构和形态。在显微镜下，病理医生观察肿瘤细胞是否

有异型性、细胞核分裂活跃度、组织排列是否异常等特征，判断组织样本的良性或恶性。

### 免疫组化和分子病理的加入

有些肿瘤的类型在HE染色法下并不容易确定，此时病理医生会借助“免疫组织化学染色”，通过特异性抗体标记某些细胞蛋白。此方法可以判断肿瘤的来源，或通过辨别蛋白表达异常与否来判断其良性或恶性。例如，肺腺癌细胞常表达TTF-1，下消化道来源的癌细胞常表达SATB2，卵巢和肾脏的上皮源性癌细胞常表达PAX2。这些标

记物可以帮助病理医生判断肿瘤的类型，以及正确分类，同时也可以指导临床制定后续治疗方案。

遇到疑难病例或需要更进一步诊断及制定个体化治疗方案时，病理医生还可能进行基因检测，也就是“分子病理”分析，能够预测患者对某些靶向药物是否敏感，对于精准治疗的实施意义重大。

病理报告不只回答“是不是癌”

许多患者认为，病理报告只需要回答“是不是癌”就够了，其实远不止如此。恶性肿瘤不仅包括

“癌”，还包括“肉瘤”“淋巴瘤”“恶性生殖细胞肿瘤”等类型。一份完整的病理报告，除了明确肿瘤的类型或恶性之外，还包括肿瘤类型、肿瘤分级、肿瘤分期信息、切缘是否干净等内容，这些直接决定后续治疗方案的选择。

每一份病理报告的背后，都是一场与细胞的较量，病理报告是病理医生长期经验积累及持续学习的成果。了解病理诊断流程及病理内涵，有助于我们理性地看待癌症。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院病理科)

对于高血压病患者来说，稳定控制血压可以有效降低疾病对健康带来的影响。但是，部分高血压病患者认为血压恢复正常，就代表着疾病痊愈，从而擅自停药，导致血压出现剧烈波动，最终引起心肌梗死、脑卒中等严重的并发症。本文主要介绍高血压病的用药误区。

### 误区一：血压正常=疾病治愈

这个误区给许多高血压病患者带来了不小的困扰。实际上，高血压病是一种慢性血管病变，药物通过调节肾素-血管紧张素系统及扩张血管等机制，以维持血压稳定，但是其对于已经形成的动脉粥样硬化无法逆转。如果患者突然停药，会导致被药物抑制的交感神经兴奋、水钠潴留等病理机制迅速反弹，致使血压在72小时内回升至治疗前的水平。因此，血压正常并不等于疾病治愈，患者还需要坚持用药治疗。

### 误区二：根据感觉调整药量

有些高血压病患者根据用药后血压的变化而自行调整药量，这样做非常不利于血压的稳定控制。人体对血压升高的耐受性可以达到180毫米汞柱/110毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)而不产生明显的症状，但是实际上此时血管已经承受持续损伤。动态血压监测结果显示，76%的无症状高血压病患者存在夜间血压飙升的现象。因此，高血压病患者不能凭感觉调整药量，应每日记录晨起及睡前血压，如果连续7天平均值低于130毫米汞柱/80毫米汞柱，并且没有低血压的症状，则可以根据医生指导，逐步调整药物剂量。

### 误区三：过度依赖保健品

有些高血压病患者相信网上“降压茶”的疗效，并误认为真的可以在30天内根治高血压病。实际上，如果是合格的保健品，也仅能作为干预生活方式的一种辅助手段，并不能对高血压病起到明显的治疗作用。因此，对于高血压病患者来说，要坚持科学治疗，而药物治疗依旧是高血压病的核心治疗手段。

### 误区四：恐惧药物的副作用

部分高血压病患者担心药物“伤肾伤肝”，拒绝服用药物。然而，如果高血压病得不到及时治疗，患者5年内肾功能恶化的发生率是规范服药患者的2.7倍。因此，患者可以在服药初期，每月检测1次肝肾功能，如果出现干咳、踝部水肿等副作用，则需要及时就医并调整用药方案，而非自行停药。

### 误区五：忽视联合用药价值

部分高血压病患者认为，药物服用得越多，就会对身体造成越大的负担。虽然单一用药有利于减轻负担，但是忽视了联合用药的价值。实际上，联合用药在高血压病的治疗中有着较大的价值。例如，高血压病患者单用氢氯噻嗪，容易导致低钾血症，加用缬沙坦后不仅可以纠正电解质紊乱的情况，还能有效提升血压达标率。通过协同机制，可以让不同类别的降压药通过互补作用而增强疗效，减少副作用。

总之，高血压病管理是一场持久战，患者需要坚持科学用药，远离用药误区。

(作者供职于山东省东营市利津县利津街道卫生院)

## 什么是克罗恩病

□李霖

在我们的日常生活中，拉肚子很常见。如果受凉或者吃了不干净的食物，就会拉肚子。一般这种情况只要吃止泻的药物和好好休息就能好转。因此，很多人对拉肚子不够重视。能够造成拉肚子的疾病有很多，比如胃炎、肠炎等，但是有一种疾病很多人不熟悉，它的名字叫克罗恩病。克罗恩病不仅是拉肚子那么简单，还是一种终身相伴的免疫性疾病，正在悄无声息地侵蚀着人们的身体健康。

什么是克罗恩病

克罗恩病不是由外部细菌或病毒感染引起，而是人体的免疫系统出现问题，将肠道正常的菌群视为敌人而大量杀灭，由此引发慢性肠道炎症。

克罗恩病除了典型的拉肚子症状外，还有其他典型症状，患者一定要注意鉴别。一是身体不明原因发热、消瘦、贫血，体重短期下降过快。二是关节疼痛、口腔溃疡、皮肤红斑。儿童患克罗恩病还可能致发育停滞。三是克罗恩病对肠道带来严重的炎症刺激，导致便血、肛周脓肿。克罗恩病的早期症状与肠炎高度相似，严重时导致肠梗阻、穿孔，这也是很多克罗恩病患者容易被误诊为肠炎的原因。

哪些人容易得克罗恩病

一般情况下，与青年人相比，老年人的身体较弱。因此，很多疾病老年人都高发人群。然而，克罗恩病恰好相反，15岁~35岁的青年人是克罗恩病的“主力军”。克罗恩病也有地域偏好，与农村居民相比，城市居民克罗恩病的发病率更高。从事卫生健康、IT

(信息技术)、金融等高压行业人群的克罗恩病发病风险更高。除此之外，长期抽烟、酗酒，以及高脂肪、高糖饮食的人群也很容易患克罗恩病。

如何治疗克罗恩病

令人遗憾的是，由于克罗恩病是由人体免疫系统异常引起的，因此目前尚未有根治克罗恩病的方法。但是，患者可以通过治疗，有效控制克罗恩病的病情，避免对肠道功能造成严重的破坏。克罗恩病越早发现、越早治疗，取得的治疗效果就越好。

克罗恩病的治疗方法包括药物治疗和手术治疗。患者服用一些激素类药物，可以在短期缓解克罗恩病的症状。患者需要坚持服用一些免疫抑制类药物，削弱免疫系统的能力，减轻对肠道的伤害。除此之外，患者还可以选择服用生物制剂。这种药物越早服用效果越好，可以有效修复损伤的肠道黏膜，改善克罗恩病症状。

如果克罗恩病发现较晚，已经出现了肠梗阻、穿孔等现象，患者只能选择手术治疗，切除严重病变的肠段。但是，术后复发率非常高。

总之，克罗恩病目前没有治愈的方法。患者在治疗的同时，日常生活也需要格外注意。在日常生活中，患者应少吃多餐，限制奶制品、辛辣食品的摄入量，以免刺激肠道；同时，养成良好的生活习惯，戒烟戒酒，早睡早起，可以选择瑜伽等运动方式减轻精神压力。

(作者供职于湖南省邵阳学院附属第一医院消化内科)