白内障手术也能治疗青光眼

□樊 帆

58岁的张阿姨由于情绪激动，突然出现眼睛和头部剧痛、视物模糊，以及恶心、呕吐等症状。急诊检查后发现，张阿姨的眼压高达55毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕，正常眼压为10毫米汞柱~21毫米汞柱）。经医生诊断，张阿姨患了急性闭角型青光眼发作合并中度白内障。医生建议张阿姨做白内障手术，张阿姨十分困惑："我明明患的是青光眼，为什么要做白内障手术呢？"

其实，白内障手术与青光眼治疗的关系密切。《中国青光眼指南（2020年）》明确指出：闭角型青光眼患者若同时存在白内障，可以考虑直接进行晶状体摘除术。

青光眼与白内障的关系

要想理解白内障手术对青光眼的作用，需要先了解闭角型青光眼的发病机制。眼睛中的房水需要通过前房角的"小梁网"排出，以维持正常的眼压。若房角关闭，房水排出受阻，眼压就会升高，压迫视神经，导致视力丧失。

闭角型青光眼患者的房角变窄，大多与晶状体异常相关。随着年龄增长，晶状体增厚、前移，推挤虹膜，使房角变窄甚至关闭。这在亚洲人群中尤为常见。

白内障手术，主要是利用超声乳化技术吸除混浊的晶状体并植入更薄的人工晶体。它不仅可以解决视力问题，还为眼内"腾出空间"，解除对房角的挤压，促进房水排出。2024年，研究结果证实，患者较早进行白内障手术，比单纯激光或药物治疗更能有效控制闭角型青光眼。

选择个体化治疗方案

近年来，国内外对闭角型青光眼的治疗策略不断更新。国外专家建议，50岁以上患者可以考虑晶状体摘除。2021年，我国专家也提出了分层治疗的建议。

在疾病早期，患者若房角尚未粘连，可以进行单纯白内障手术联合人工晶体植入手术，以扩宽房角。术后，大多数患者房角明显开放，眼压稳定。患者若房角已发生粘连，但是视神经未受损，可能需要联合手术，如白内障手术联合房角分离手术。

在急性发作期，患者若角膜水肿，需要先降低眼压，控制炎症后再进行手术治疗。

晚期患者，若房角广泛粘连、视神经受损，需要进行白内障联合小梁切除等手术。

并非所有患者均适合白内障手术。患者若晶状体仍透明，需要慎重权衡手术利弊。

手术益处与风险并存

白内障手术治疗闭角型青光眼具有多重优势。相比激光虹膜切开术，白内障手术不仅解除瞳孔阻滞，还可以改善眼部结构，降低房角再关闭的风险，一台手术同时解决白内障与青光眼两个问题。

术后，患者眼压平均下降8毫米汞柱~15毫米汞柱，效果持久，延缓视神经病变进展。术后，许多患者无须用药，生活质量显著提高。

手术亦有风险。青光眼患者进行白内障手术的难度较高，可能出现术后眼压波动、角膜水肿、炎症等。尤其长期高眼压患者的角膜内皮细胞数量较少，手术风险显著增加。

术后，患者需要定期到医院复查。患者应定期监测眼压、房角及视神经，必要时辅以药物或其他治疗。术后1周、1个月、3个月，患者需要按时到医院复查，之后每3个月~6个月复查一次。

治疗需要"量体裁衣"

医生会根据患者的实际情况，制定个体化治疗方案。双眼的病情不同时，治疗方法也可能不同。病情较轻者，可以进行单纯白内障手术；病情严重者，则需要联合手术。

手术时机，需要医生进行综合评估。患者若白内障已明显影响视力，手术决策较容易；若以青光眼为主而白内障较轻，则需要仔细评估手术对房角的改善作用。目前，白内障手术还可以联合微创青光眼手术，进一步提升眼压。

张阿姨最终接受了白内障手术。术后第一天，张阿姨的眼压就降至18毫米汞柱，头痛、眼痛症状消失。3月后复查，张阿姨的房角增宽，视力由0.3恢复至0.8，并且不用再服用降眼压的药物。

白内障手术用于治疗闭角型青光眼，体现了"以最小代价获最大收益"的现代眼科理念。符合条件的患者，可以通过一次手术同时改善视力与控制眼压。但是，患者的具体治疗方案，需要由医生根据实际情况确定。

（作者供职于复旦大学附属眼耳鼻喉科医院）

血常规检查指标的意义

□马 磊

血常规检查是常用的医学检查方法之一，通过分析血液中红细胞、白细胞、血小板等成分的数量和形态变化，可以初步判断身体的健康状况。血常规检查，不仅能发现贫血、感染、炎症等问题，还能为某些血液疾病（如白血病等）提供早期线索。此外，血常规检查快速、便捷，是许多疾病筛查和健康体检的重要项目。了解血常规检查的各项指标及其意义，有助于我们更好地关注自身健康状况，及时发现潜在的问题。

检测指标及意义

红细胞检测 红细胞计数（RBC）、血红蛋白（HGB）和红细胞压积（HCT）是评估贫血或红细胞增多症的关键指标。平均红细胞体积（MCV），可以帮助医生区分缺铁性贫血和巨幼细胞性贫血。网织红细胞计数，则反映骨髓的造血功能。

白细胞检测 白细胞总数（WBC）和分类计数（如中性粒细胞、淋巴细胞等），能帮助医生识别感染类型。中性粒细胞升高，常见于细菌感染；淋巴细胞增多，可能与病毒感染相关。

血小板检测 血小板计数（PLT）是评估凝血功能的基础指标。血小板减少，可能提示出血风险；血小板增多，则与血栓形成或骨髓增殖性疾病相关。平均血小板体积（MPV）和血小板分布宽度（PDW），可以帮助医生辅助判断血小板生成或破坏等异常情况。

指标异常对应的疾病

贫血相关疾病 缺铁性贫血，表现为小细胞低色素性贫血；巨幼细胞性贫血，与叶酸或维生素B_{12}缺乏相关。

感染与炎症性疾病 细菌感染，通常引起中性粒细胞升高伴核左移；病毒感染，则以淋巴细胞增多为主；严重感染，可能出现类白血病反应；自身免疫性疾病（如类风湿关节炎等），也可能导致白细胞和血小板异常。

血液系统恶性疾病 急性白血病，常表现为白细胞异常增多或减少，伴原始细胞出现；慢性粒细胞白血病，可见中性粒细胞增多和嗜碱性粒细胞升高；骨髓增生异常综合征，可能表现为全血细胞减少或病态造血现象。

检查建议

定期检查与监测频率 健康成年人，每年至少进行一次血常规检查；慢性病患者，需要根据病情，每3个月~6个月进行一次血常规检查；围手术期、放化疗患者，应增加血常规检查频次；孕妇在孕早期、孕中期和孕晚期，应进行血常规检查；老年人（65岁以上）因造血功能减退和多种慢性病共存，应每6个月进行一次血常规检查；生长发育期的儿童，应每年应进行一两次血常规检查，以评估营养状况。

异常结果的应对策略 血常规检查若发现轻度异常，患者可1周~2周后复查，排除偶然因素。若血常规检查持续异常，患者需要进行进一步检查（如铁代谢、骨髓穿刺等）。

生活方式与指标改善 营养性贫血患者，应补充铁剂、维生素B_{12}或叶酸，并调整膳食结构。感染导致的指标异常患者，需要进行有针对性的抗感染治疗。

（作者供职于山东省东营市利津县利津街道卫生院）

呕吐能导致贲门黏膜撕裂吗

□杨艳丽

王先生在周末时应朋友之邀，到一家酒店就餐，席间微醉的他感到胃部有些难受并且想吐。于是，他赶紧去卫生间处理，在吐出部分酒水和食物后，居然又吐了一口鲜血！王先生的朋友赶紧把他送到医院就诊。王先生被医生诊断为贲门黏膜撕裂综合征。经紧急采取止血、禁食等措施，并且休息一周后，王先生痊愈出院。

那么，王先生为什么会发生贲门黏膜撕裂呢？想要了解这个疾病，我们首先要知道贲门的位置。贲门是胃部与食管的连接处，通常是闭合的。贲门的主要功能是控制食物从食管进入胃部，通过肌肉收缩防止胃内容物反流到食管，确保食物单向流动，帮助消化过程顺利进行。当剧烈呕吐时，胃内容物进入痉挛的食管，膈肌收缩，使末端食管压力急剧增高，引起贲门黏膜撕裂，导致出血。病情较轻者，仅为食管内血肿或黏膜撕裂；病情严重者，可导致食管全层破裂，引起食管穿孔。

有哪些症状

几乎所有贲门黏膜撕裂综合征患者发病时，都有呕吐或恶心的症状。有的患者虽然呕吐症状并不剧烈，但是同样可以发生贲门黏膜撕裂。患者往往呕吐一次或者几次胃内容物后才呕血，通常呕出鲜红色的血液或者咖啡渣样物质。其中一部分血液进入肠道，血液中的蛋白质和肠道内的硫化物结合会形成黑便，而大量出血时导致患者全身循环血量减少，引起头晕、乏力甚至休克等症状。

高危人群

贲门黏膜撕裂综合征常在剧烈呕吐后发生，大部分见于长期酗酒者及食物中毒时引发的剧烈呕吐，还包括孕妇在分娩时屏气用力，便秘者用力排便时，慢性肺部疾病导致的剧烈咳嗽等，还有晕车、晕船引起的干呕。近年来，随着网络直播的兴起，部分主播为了博流量，吃下大量食物，当超出胃的容量后，就会离开镜头快速催吐，这样容易引发贲门黏膜撕裂。

如何治疗

急性期处理 当发生呕血或黑便时，患者应尽快到医院就诊，通过胃镜检查确诊并评估出血量。胃镜检查能直接观察贲门黏膜纵行撕裂及活动性出血的情况，是确诊的有效手段。治疗时，医生在内镜下用钛夹闭合创面或用止血药物喷洒创面止血。

药物治疗 患者需要输注抑酸药，如质子泵抑制剂、奥美拉唑等，以抑制胃酸分泌，提高和保持胃内较高pH值（氢离子浓度指数），减少胃酸对新形成血凝块的消化，促进黏膜修复；同时，辅助使用氨甲环酸、蛇毒血凝酶等药物进行止血。

手术治疗 适用于部分持续大出血和内镜治疗无效者，如血管结扎术或部分胃切除术。

健康指导

贲门黏膜撕裂综合征属于上消化道出血性疾病，患者恢复正常饮食的时间因人而异。医生会结合撕裂程度、治疗方式，以及患者的恢复情况，对患者进行饮食指导。

禁食 严重的上消化道出血伴恶心、呕吐的患者，应禁食1天~3天，以减轻胃部负担，促进黏膜修复。患者可以通过静脉补充足够的液体和电解质，必要时需要输血。

流质饮食 对于少量出血无呕吐及临床上无明显活动性出血的患者，也需要补充足够的液体及电解质。患者可以选择温凉的流质食物，如牛奶、藕粉、米汤等，减少胃的收缩运动，降低胃酸浓度。每日100毫升~200毫升，每日6餐，每餐控制在正常量的1/3或者1/2。出血停止后，患者可以根据实际情况补充少量液体及电解质，添加软面包、鸡蛋羹、小米粥、软烂面条等，少量多次摄入。

半流质饮食 适用于患者出血完全停止，处于恢复阶段。患者的饮食，应以软而易消化的半流质食物为主，如稀粥、碎菜、土豆泥及肉末等。

普通饮食 经医生评估确认黏膜愈合、处于康复期的患者，可以选择质软、易消化、无刺激、富有营养的食物，每日3餐，每餐不易吃得过饱，防止胃内压升高。愈后3个月内，患者严禁饮酒，避免摄入辛辣食物。

运动建议 急性出血期的患者，应卧床休息，禁止下床活动。出血停止后1天~3天，患者可以在床上适当活动。出血完全停止后在康复期的患者，可以下床适当活动。

预防措施

控制饮酒 酗酒是主要病因，患者应严格控制酒的摄入量。

谨慎用药 患者应避免过量使用催吐药。

防止剧烈咳嗽 慢性肺部疾病患者，应规范使用镇咳药，积极治疗原发病。

保持健康的生活方式 患者应少食多餐，避免暴饮暴食，细嚼慢咽，降低吞咽过快引发的食道痉挛。

体重管理 肥胖者，应尽快减重，降低腹压。

孕妇应定期产检 孕中期和孕晚期的孕妇，可以参加孕妇培训班，学习分娩技巧，以减少用力过猛导致的腹压增高。

贲门黏膜撕裂综合征虽然可怕，但是可以通过规避诱因、保持良好的生活方式、科学管理基础疾病等进行预防。

（作者供职于南阳油田总医院消化内科）

慢性病患者应警惕肾脏损伤

□吉梅雪

在慢性病管理领域，高血压病与糖尿病被称为"隐形杀手"，而它们对肾脏的危害却常被患者忽视。高血压病与糖尿病通过3条路径，悄然损害肾脏健康。

路径一：血流动力学改变的双重暴击

高血压病患者的血管长期承受高压，肾小球内毛细血管首当其冲。正常肾小球的过滤压约50毫米汞柱，而未控制的高血压病可使该数值飙升至120毫米汞柱以上，导致肾小球基底膜逐渐增厚、硬化。更危险的是，糖尿病引发的糖代谢紊乱，会加剧这一过程——高血糖使血管内皮细胞功能异常，血液黏度增加，形成"高压+高黏"的双重损伤。

路径二：代谢性炎症的恶性循环

糖尿病患者的肾脏损伤具有独特的病理特征。高血糖激活多元醇通路，导致山梨醇在肾小管细胞内蓄积，引发细胞渗透性肿胀；同时，晚期糖基化终末产物与肾小球系膜细胞受体结合，诱发氧化应激和炎症反应。

高血压病则通过激活肾素-血管紧张素系统，促使血管紧张素Ⅱ大量生成，进一步刺激炎症因子释放。这种"代谢-炎症"的恶性循环，使肾脏逐渐纤维化，最终发展为慢性肾病。

路径三：神经内分泌调控紊乱

肾脏不仅是排泄器官，还是重要的内分泌器官。高血压病和糖尿病，会破坏肾脏的神经内分泌平衡。例如，肾交感神经活性增强，可以抑制利钠肽分泌，导致水钠潴留；而糖尿病引发的胰岛素抵抗，会干扰肾脏对葡萄糖的重吸收，形成"高滤过-高代谢"的异常状态。

合并高血压病的糖尿病患者，尿微白蛋白排泄率是单纯糖尿病患者的3倍，提示早期肾损伤风险显著增加。

早诊早筛：抓住肾脏的"求救信号"

肾脏损伤虽然早期无特异性症状，但是可通过3个指标早期发现。尿微量白蛋白/肌酐比值（UACR）是诊断早期肾损伤的"金标准"；肾脏超声检查，可以发现肾皮质厚度变薄、肾锥体回声增强等结构改变。高血压病患者，应每年至少进行两次尿检；糖尿病患者，应每季度监测肾功能。

综合管理：预防肾脏损伤

肾脏保护，需要多维度干预。血压控制目标应个性化：年轻患者＜130毫米汞柱/80毫米汞柱，老年患者可放宽至140毫米汞柱/90毫米汞柱。

血糖管理，强调"精准控糖"。患者将糖化血红蛋白控制在7%以下，可以显著降低蛋白尿的风险。

调整生活方式，对患者来说同样重要。低钠饮食（每日食盐的摄入量＜5克），可以降低尿蛋白排泄率；优质低蛋白饮食，能减轻肾脏代谢的负担；坚持适度运动（如快走、游泳等），可以改善肾脏血流灌注。

肾脏损伤一旦进入中晚期将不可逆转，但是早期干预可使大多数患者避免发展为终末期肾病。同时患有高血压病和糖尿病的患者，应建立"双病共管"理念，定期进行肾脏损伤筛查，在医生指导下制定个体化的治疗方案。

（作者供职于湖北省武汉大学医院内科）

新生儿打喷嚏不一定是感冒

□赵迎春

对于"新手"父母来说，新生儿的一举一动都牵动着心弦。尤其是宝宝出现打喷嚏症状时，很多家长都会立刻紧张起来，担心宝宝感冒了，甚至急着给宝宝喂药。实际上，新生儿打喷嚏并不一定是生病的信号，这是新生儿身体的正常反应，不需要特殊处理。

鼻腔清洁：新生儿的自我保护

新生儿的鼻腔非常狭窄，而且鼻腔黏膜敏感，空气中的微小灰尘、绒毛、花粉等异物很容易进入鼻腔，刺激鼻黏膜，导致新生儿打喷嚏。其实，这是新生儿鼻腔自我清洁和保护的一种方式。通过打喷嚏，新生儿可以将鼻腔内的异物排出体外，保持鼻腔通畅。

给新生儿换衣服、铺床单的时候，空气中会扬起一些细小的纤维；带新生儿到户外，空气中的花粉、灰尘颗粒，也可能进入新生儿的鼻腔。这时新生儿打喷嚏，家长不需要惊慌，也不用急着给新生儿清理鼻腔。如果确实看到新生儿的鼻腔内有明显的异物，可以用干净的棉签蘸取少量清水，轻轻地擦拭，帮助新生儿排出异物，但要注意动作需要轻柔，避免损伤新生儿的鼻黏膜。家长不要用尖锐的工具或强行给新生儿清理鼻腔，以免造成鼻腔损伤或感染。

温度变化：身体适应环境的正常反应

新生儿刚刚从妈妈温暖的子宫里出来，还不适应外界环境的温度变化。当环境温度突然发生改变时，如从温暖的室内走到寒冷的室外，或者打开空调后室内温度下降，新生儿的身体就会通过打喷嚏来调节。这是身体适应温度变化的正常生理反应。

在炎热的夏天，家里开空调，室内温度从30摄氏度降到25摄氏度，新生儿可能就会打喷嚏；在寒冷的冬天，给新生儿换尿布时，新生儿的身体暴露在较冷的空气中，也可能出现打喷嚏的情况。出现这种情况，家长只要给新生儿做好保暖措施，避免新生儿受凉即可，不需要给新生儿喂药。家长可以根据室内温度，及时给新生儿增减衣物。

生理反射：神经系统发育的表现

新生儿的神经系统还在不断生长发育中，打喷嚏是一种常见的生理反射。这种反射，有助于新生儿清除鼻腔内的分泌物，保持呼吸道通畅；同时，也是神经系统正常运转的一种表现。

有些新生儿在睡醒后、吃奶前或受到轻微刺激时，就会出现打喷嚏的情况，而且打喷嚏的次数可能比较多。但是，新生儿的精神状态良好，没有出现发热、咳嗽、流鼻涕等其他症状。这时候家长不要过分担心，也无须特殊处理，随着新生儿神经系统的逐渐发育完全，这种生理性打喷嚏情况会慢慢减少。

需要警惕的异常情况

虽然大部分新生儿打喷嚏是正常的生理现象，但是家长也不能掉以轻心，需要学会区分正常情况和异常情况。如果新生儿在打喷嚏的同时，还伴有以下症状，就可能是生病了，需要及时带新生儿去医院就诊。

发热：体温超过37.5摄氏度，尤其是早产儿、低体重儿，如果体温超过37.3摄氏度，家长就需要提高警惕。

咳嗽、流鼻涕：新生儿出现频繁咳嗽、鼻涕增多，而且鼻涕颜色异常，如黄色、绿色脓涕。

精神状态差：新生儿精神萎靡、嗜睡、不爱吃奶，以及哭声微弱或异常哭闹。

呼吸异常：新生儿呼吸急促，呼吸时出现胸廓凹陷等。

（作者供职于山东省济南市章丘区人民医院）

PCR检测技术：为何能精准"抓住"病毒

□徐 红

在传染病防控与医学诊断领域，PCR（聚合酶链式反应）检测技术始终占据着举足轻重的地位。无论是隐匿在体内的致病病毒，还是潜伏在环境中的威胁，这项技术都能如同精密的"分子猎手"，在微观世界里精准锁定病毒踪迹。PCR是一种在体外模拟发生于细胞内的DNA（脱氧核糖核酸）快速扩增特定DNA序列的分子生物学技术。DNA是生物细胞内携带遗传信息的一种核酸，由脱氧核苷酸组成双螺旋结构的大分子聚合物，犹如紧密咬合的"生命密码链"。

PCR检测技术通过精确控制温度变化，将这一复制过程拆解为3个关键步骤：首先，样本被加热至90摄氏度~95摄氏度，双链DNA在高温下解旋成单链，这一过程称为"变性"；随后，温度降至50摄氏度~65摄氏度，人工合成的短链核酸序列——引物，会像"定位器"一样，与单链DNA上的特定区域结合，即"退火"；最后，温度回升到70摄氏度~75摄氏度，DNA聚合酶以单链DNA为模板合成新的DNA链，完成"延伸"。这3个步骤构成一个循环，每循环一次，目标DNA片段的数量便呈指数级增长。经过30次~40次循环后，极微量的DNA也能被扩增数百万倍。

对于大多数以RNA（核糖核酸）为遗传物质的病毒，如流感病毒、丙肝病毒等，检测时需要借助反转录PCR检测技术。以流感病毒检测为例，检验人员会针对病毒RNA中高度保守且特异性强的基因片段，设计引物与探针。引物能够精准识别并结合目标基因序列，而标记有荧光物质的探针则充当"信号员"。当引物引导DNA聚合酶合成新的DNA链时，探针会被降解，释放出荧光信号。随着PCR反应的持续进行，病毒核酸片段不断扩增，荧光强度也随之增强。仪器捕捉到这一信号，即可判断样本中是否存在病毒核酸。

PCR检测技术的精准性，源于其精妙的设计与严格的反应控制。引物和探针的特异性是确保检测准确性的关键。

引物，如同"分子钥匙"，仅能匹配病毒核酸的特定"锁孔"，避免与人体自身DNA或其他微生物核酸发生错配；探针，则通过荧光信号的释放，为检测结果提供双重验证，降低假阳性的风险。此外，PCR反应对温度、时间、试剂浓度等条件的严苛要求，也保障了检测的可靠性。每个反应参数都经过大量实验优化，确保反应在体外环境中稳定进行。

PCR检测技术的灵敏度，同样令人惊叹。即使样本中仅有少量病毒核酸，经过多轮扩增后也能被精准检测。例如，在乙肝病毒检测中，哪怕血液样本中病毒含量极低，PCR检测技术也能将其核酸片段放大至可检测水平，帮助检测人员及时发现隐匿的感染。同时，严格的标准化操作流程，进一步提升了PCR检测的可信度。从样本采集时的规范操作，到运输保存过程中的冷链管理，再到实验室检测环节的标准化操作，每个步骤都有严格的质量控制标准，减少外界因素干扰。

总之，PCR检测技术凭借精准、灵敏、快速的特性，已广泛应用于病毒筛查、疾病诊断、生物进化研究等领域。

（作者供职于山东省潍坊市昌邑市人民医院）