

警惕“青光眼”悄悄偷走你的视力

苏丽容

广元市昭化区人民医院 628021

【中图分类号】R775

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2023) 01-094-02

世界卫生组织(WHO)将青光眼列为继白内障后第二位的致盲性眼病。而对大多数老百姓来说,青光眼逐渐变成了让人“闻之色变”,然而却“知之不全,知之不深”的眼病。尤其是对于发病率较高的群体:老年人,由于生活中接触此类信息不专业,且不完整,容易被片面的信息误导,产生对这个疾病的过度忽视或者过度恐惧。今天,让我们来揭开青光眼神秘且复杂的面纱,深入了解这个变化多端的病魔。

什么是青光眼?

青光眼是一种具有病理性高血压或正常眼压,合并视乳头损伤及青光眼性视野改变的一种致盲眼病。简单点说几个重点:(1)眼压高是青光眼最常见的特征,然而单纯的眼压高,不合并视神经损害和视野改变的,不能诊断青光眼。(2)眼压正常,并不代表不可能是青光眼,要结合视神经以及视野检查才能排除此病。(3)视野检查异常,不代表就是青光眼,除青光眼以外的很多其他眼病或者神经系统疾病也可能导致视野改变。总而言之,要结合眼压,视乳头检查,视野检查来诊断或排除青光眼。简单的原理阐述,即当你的眼球内分泌的一种叫“房水”的液体不能及时排出眼外进行循环,持续过量堆积在眼球内,对视神经的压迫超出你原本可以承受的范围,就会引起视神经逐渐的萎缩,表现为对应区域的视野缺损。

青光眼的症状?

很久以来有一个“众所周知”的谣言,得了青光眼得人眼睛是“青”色的。这不能说是绝对的无稽之谈,为什么?还是让我们从青光眼的发病时间线来捋一捋它的症状吧。这里我们首先要搞清楚青光眼的分型,根据病因,青光眼分为原发性、继发性、混合性、发育性及儿童型青光眼。这里我们主要讲原发性青光眼,可以理解为没有与已诊断的其他眼病有联系的青光眼。原发性青光眼又可以大致分为闭角型青光眼和开角型青光眼。这两类青光眼的症状可以说是大不相同又有相似之处。

闭角型青光眼又大致分为急性和慢性。急性闭角型青光眼早期可以无任何症状或者表现为偶然发作的眼胀,持续时间不等,部分患者可自行缓解。这是典型的前驱症状,俗称“小发作”,也是最容易被大部分患者忽视的症状,很多患者由于没有及时的发现从而使病情走向了下一步,即让人闻之色变的“大发作”。在反复且无伤大雅的“小发作”后,患者可能会突然感觉眼胀眼痛,伴同侧头痛,视力显著下降,可伴有恶心呕吐,大部分患者痛到自诉“生不如死”,急诊就诊往往被误以为是头颅急症,而这些症状的元凶就是突然的眼压升高,可达到70-80mmHg(正常值10-21mmHg)。部分大发作患者通过及时的药物治疗可以将眼压控制,进入缓解期,此时少数幸运患者可恢复全部视力,大部分患者存在不同程度的视野缺损。而部分患者则迁徙至慢性期,眼压无法控制在正常范围,视神经逐渐出现不可逆的萎缩,视野的范围慢慢变窄。最终可能需要手术才能有效控制眼压。慢性闭

角型青光眼则像温水煮青蛙,大部分患者早期症状皆不明显,待到发展到眼压增高引起视神经损伤,视野缺损后,大部分患者才感觉视力异常,至医院就诊。

开角型青光眼,患者眼压可高于正常,也可在正常范围。高眼压型患者中大部分眼压增高幅度较闭角型小,比如,大部分患者眼压虽然长期不超过25mmHg,久而久之也会引起视神经损伤和视野缺损。而正常眼压型患者眼压可以仅仅为13mmHg,此型患者仍可因为其视神经对眼压的耐受性低而引起视神经损伤,进而损失视野。故而此类患者较闭角型患者而言,并无明显眼胀眼痛感,大部分患者就诊原因是中晚期典型的症状如视力下降,视物遮挡感,导致就诊时间晚,错过了早期诊断早期治疗的黄金期。

所以我们看到了,在原发性青光眼中,眼胀眼痛并不是一定会出现的,而中晚期的视物遮挡,视力下降是一定会有的。不论是什么类型青光眼,到了无法控制眼压,视力完全丧失不可逆转的地步,由于持续的眼压高,角膜的透明性会变化,即肉眼可见“黑眼珠”发白了,甚至出现前葡萄肿,即肉眼可见的眼珠变“青”了。这就是为什么会有青光眼患者眼球会变“青”的说法。

为什么会得青光眼呢?

这个问题依旧要从青光眼的类型说起。文章的开端说过,眼球自身存在房水循环,即眼球前段的一个叫睫状体的组织会不断分泌房水,通过眼球内不同结构之间固定的引流通道,最终通过“房角”这个结构引流至眼外,以达到一个压力的平衡。闭角型青光眼患者的房角因为各种原因受到了阻塞,阻碍了房水的引流通道,引起眼压升高。在这个过程中,患者自身的眼球解剖异常,比如小眼球,浅前房,厚的晶状体,晶状体位置靠前,周边虹膜解剖异常都是房角变窄甚至关闭的危险因素。

而开角型青光眼的发病原因更为复杂,这类患者房角并没有变窄或者关闭,为什么房水还是引流不畅?这是由于房角内的结构非常精密,这些精密的组织出现了病理的改变,或者房水的成分出现了改变,都会引起房水难以正常流出。

如果用个简单的比喻来说明这两种类型的发病原因,大家首先把眼球想像成一个蓄水池,入水口以恒定的速度向水池内注入一定量的水,而出水口是池底4个方向的下水管道,正常情况下入水量和出水量保持一致,水池的水便不会漫出来。闭角型青光眼的患者,下水道变窄了,甚至部分下水道关闭了。而开角型患者可能是下水道内部部分塌陷了,或有泥沙阻塞,又或者注入的水内杂质增多,引起沉淀导致难以正常引流。

除以上原因导致青光眼的发病以外,基因遗传,人口统计因素,心理因素,都和青光眼的发病有千丝万缕的关系。

青光眼都是老年人得吗?

并不是。年龄增大是青光眼的危险因素之一,因为年龄越大,随着晶状体的厚度改变,以及眼内精密组织的退变,可

(下转第98页)

(4.13±0.39)分、(2.71±0.25)分,干预组疼痛程度改善明显(P<0.05);护理后,干预组空腹及餐后2h血糖指标分别为(5.07±0.21)mmol/L、(7.35±0.26)mmol/L,对照组为(6.14±0.35)mmol/L、(10.26±0.42)mmol/L,干预组血糖指标优于对照组(P<0.05)。研究表明对肝内外胆管结石伴糖尿病患者术前术后开展疼痛管理护理,可降低患者疼痛感,获得良好的控糖效果。

综上所述,在对外胆管结石伴糖尿病患者护理期间,开展术前术后疼痛管理护理,可有效降低患者疼痛程度,提升控糖效果,具有广泛宣传的价值。

参考文献

表 3: 两组护理前后血糖指标对比表

组别	例数	空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2h 血糖 (mmol/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	7.26±0.43	6.14±0.35	13.34±0.51	10.26±0.42
干预组	50	7.28±0.39	5.07±0.21	13.39±0.48	7.35±0.26
		0.243	18.536	0.505	41.656
		0.801	0.000	0.614	0.000

(上接第 94 页)

能诱发房水引流不畅。然而并不是老年人才会得青光眼。任何年龄都有患青光眼可能。青少年甚至婴幼儿也可能患发育性或者先天性青光眼。

明确青光眼家族史,高度近视患者,无论年龄高低都应警惕青光眼的发生。

得了青光眼,就一定会瞎吗?

青光眼,一旦明确诊断,虽然不能完全治愈已存在的视神经损伤,然而可以通过各种手段控制病情进展,维持生活质量。得了青光眼并不意味着即将面临失明,患者需要调整生活方式,乐观面对病情,定期至专科医师处复诊,根据情况来调整治疗方式,以达到稳定眼压,保存视功能的最佳效果。

青光眼患者的结局和生活质量大多取决于是否早期诊断早

[1] 王少霞,张晓霞,柯晓郑.手术室护理干预对肝内胆管结石手术合并糖尿病患者的临床效果及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(12):2191-2192+2195.

[2] 洪森.分段式疼痛护理结合饮食指导对肝内胆管结石术后患者的影响分析[J].中国医药指南,2021,19(28):161-163.

[3] 蔡蓓,杜晓亮.分段式疼痛护理结合饮食指导对改善肝内胆管结石术后患者疼痛程度及功能恢复的效果观察[J].护理实践与研究,2018,15(03):61-63.

[4] 孙乐梅.胆道结石合并糖尿病患者行内镜下逆行胰胆管造影取石术后的护理策略[J].糖尿病新世界,2017,20(03):100-101.

期治疗,早期通过简单的激光治疗,也许就可以做到完美控制眼压,甚至无需使用降眼压药物。而青光眼的降眼压药物近年来也发展迅速,大部分患者都可以通过规律滴降眼压眼液来控制眼压,避免进一步的视神经损伤及视野丢失。以上两种方式治疗效果不佳时,还有各种微创以及经典青光眼手术方式可以帮助降低眼压,保护视功能。

在这里,我们呼吁中老年人体检时常规行眼压,裂隙灯检查,眼底检查。如若怀疑青光眼,建议及时就诊,保证自己在早期就能得到有效的治疗。勿忽视病情,若晚期视力丧失后再就诊,只能悔不当初。

总之,得了青光眼,不一定会瞎,通过及时的诊疗,在有生之年保存良好视功能和生活质量并不是幻想!

(上接第 95 页)

综上所述,针对性护理的应用,可以提高患者的护理依从性,提高满意度,可推广使用。

参考文献

[1] KOHNEN, THOMAS, LOEFFLER, FRANZISKA, HERZOG, MICHAEL, et al. Tomographic analysis of anterior and posterior surgically induced astigmatism after 2.2 mm temporal clear corneal incisions in femtosecond laser-assisted cataract surgery[J]. Journal of cataract and refractive

surgery,2019,45(11):1602-1611.

[2] 陈春妹,宋绪华.眼科专科护士在白内障超声乳化连台手术围手术期的护理管理[J].徐州医科大学学报,2020,40(8):621-624.

[3] 李俊.人性化护理在白内障患者护理中的应用研究[J].黑龙江医学,2021,45(20):2170-2171.

[4] 林慧,黄小芳,胡少惠,等.日间白内障超声乳化吸除加人工晶体植入术患者的延续护理[J].当代护士(上旬刊),2021,28(3):78-80.

(上接第 96 页)

不紊,最大程度缩短患者手术时间,保证患者健康。

综上所述,对于宫外孕腹腔大出血患者,实施急诊护理干预的效果较为理想,能缩短患者的手术以及住院时间,提高患者满意度,保证患者健康,巨野非常重要的临床意义。

参考文献

[1] 刘晶.急诊宫外孕患者流程化护理抢救措施的应用及预后分析[J].实用临床医药杂志,2021,(8):85-88.

[2] 汤瑞蓉.宫外孕破裂大出血的抢救及护理体会[J].饮食科学,2021(06):65.

[3] 汤竹筠.预见性护理在急诊宫外孕手术护理配合中的应用效果探究[J].养生保健指南,2020,(21):103.

[4] 马聊丽.预见性护理在急诊宫外孕手术护理配合中的应用效果[J].中国医药科学,2022,(1):133-135.

[5] 吕琪,睦秋芳.急诊宫外孕破裂大出血的抢救与护理[J].医药前沿,2022,7(2):242-243.