

窥眼识疾,择时而治

●李春雨

6月6日是第30个全国“爱眼日”,今年活动的主题为“关注普遍的眼健康”。眼睛不仅是感知世界的窗口,更是反映全身健康状况的重要“晴雨表”。围绕眼健康与全身疾病之间的关联,《医学科学报》邀请了解放军总医院第三医学中心眼科医学部副主任陶海,科普高血压、糖尿病、动脉硬化、甲状腺功能亢进等常见疾病在眼部表现出的“蛛丝马迹”,并介绍在此基础上如何通过眼科检查及早识别潜在疾病风险。同时,针对白内障中较为复杂的一类——并发性白内障,陶海详细解析了其诊疗特点及手术时机的选择,提醒读者如何通过这扇“心灵的窗户”,关注眼健康,更守护全身健康。

窥一眼而知全身

眼睛是人体唯一可以直接观察到血管和神经的部位。正因如此,眼科检查除了用于发现眼部疾病,还在识别多种全身性疾病中扮演着重要角色。“通过对眼底等结构的细致观察,医生往往能够在疾病尚未出现明显症状的早期阶段,捕捉到潜藏的健康隐患,为及时干预和治疗争取宝贵时间,可谓‘窥一眼,可知全身’。”陶海说。

例如,高血压患者在病程早期可能并无明显不适,但此时视网膜血管往往已出现收缩变细的变化。若病情进一步发展,可能出现眼底出血、视盘水肿,甚至视网膜脱离等情况,成为高血压性视网膜病变的重要表现。与之类似,糖尿病也常通过眼底最先“发出警报”。长期血糖控制不佳会损害视网膜血管,出现微血管瘤、视网膜静脉扩张等。早期患者可能出现眼前黑影、闪光感或视物模糊等症状。随着病情加重,视网膜还可能发生出血和脱离,造成不可逆的视力损伤,严重者可导致失明。数据显示,糖尿病病程超过十年的患者中,约有六成会出现不同程度的视网膜病变,因此定期进行眼底检查尤为关键。

在慢性代谢性疾病中,动脉硬化也常通过眼底显现。陶海举例称,如视网膜血管变细、反光增强,动静脉交叉处出现压迫现象,呈现典型的“铜丝状”或“银丝状”。



图片来源:视觉中国

“通过对眼底等结构的细致观察,医生往往能够在疾病尚未出现明显症状的早期阶段,捕捉到潜藏的健康隐患,为及时干预和治疗争取宝贵时间,可谓‘窥一眼,可知全身’。”

此外,50岁以上高血脂人群中常见的“角膜老年环”现象,即角膜边缘出现灰白色环状沉积,宽度约为1~2毫米,也是一种值得关注的体征。研究表明,出现此症状者,其总胆固醇水平高于正常水平的概率增加约60%。

此外,一些看似与眼部无关的全身状况,也可能通过眼部表现早早暴露。健康人的眼结膜呈淡红色,若出现贫血,眼睑结膜苍白便是最明显的信号。重度贫血患者还可能发生视网膜颜色变淡、血管变细、反光增强等病变。陶海解释称,以甲状腺功能亢进为例,甲状腺激素分泌过多,会引发交感神经兴奋,进而促使眼部肌肉和眼周组织的新陈代谢加快,导致眼球后脂肪组织增生、眼外肌增厚、眼睑肿胀,致使眼球突出。严重时,患者可能出现眼睑闭合不全,因眼球过度暴露而产生畏光、疼痛、视力下降等症状。此时,通过眼底检查观察血管形态、视盘颜色等变化,有助于评估眼部情况,及时发现和干预甲亢所致的眼部并发症。

陶海表示,部分遗传代谢病也可通过眼部观察获取重要线索。如肝豆状核变性,这是一种由于体内铜代谢

异常,导致铜在肝脏、脑、肾脏、角膜等多个器官中沉积的先天性疾病,患者常伴有肝硬化及肾功能不全等多系统损害。其眼部特征性表现为角膜边缘出现棕色或灰绿色的环状沉积,这被称为角膜K-F环,是临床诊断的关键标志之一。有时,脑部功能异常也会通过眼部表现出来,如颅内肿瘤或炎症等颅脑病变,常因颅内压升高引起视神经乳头水肿。脑卒中或脑梗死还可能造成眼球运动障碍、眼睑下垂等,这些“微信号”成为医生排查脑部疾病的重要线索。

眼部作为全身健康的“前哨站”,为临床医生提供了宝贵的诊断窗口。高血压、糖尿病、动脉硬化、甲亢、遗传代谢病乃至颅脑疾病,都可能通过眼睛“现出端倪”。因此,陶海建议,定期进行眼科检查不仅有助于维护眼部健康,更能帮助及时发现潜在的全身性疾病。

与此同时,部分眼病本身也与其他基础疾病密切相关,甚至互为因果,进一步加大了诊疗难度。以白内障为例,除了最常见的老年性白内障,临床上还有一类更为复杂的“并发性白内障”,其诊疗思路与手术决策需要更加科学和个体化判断。

守护眼健康,科学做决策

白内障是临床常见的致盲性眼病之一,按照病因主要分为老年性白内障和并发性白内障。老年性白内障主要是晶状体随年龄增长而自然发生混浊,而并发性白内障则往往与其他眼部疾病如葡萄膜炎、青光眼、视网膜脱离、视网膜色素变性、高度近视及眼内

肿瘤等相关联。因其成因复杂,诊疗难度也显著高于老年性白内障,尤其在手术时机的判断上,更需因人而异、因“病”制宜。

“我们不能照搬老年性白内障的手术标准,来决定并发性白内障是否该手术。”陶海强调,并发性白内障患者多数有基础眼病,选择手术时机时,必须首先确保原发性疾病的稳定,尤其是无活动性炎症,通常建议在原发性病变稳定3~6个月后再考虑择机手术。

近年来,随着眼科显微技术的进步及折叠式人工晶状体的广泛使用,白内障手术的适应证条件不断扩大。亚太白内障及屈光手术医师学会的指南建议,老年性白内障的手术时机已由“矫正视力低于0.3”提前至“低于或等于0.5”即可考虑。但陶海提醒,并发性白内障必须根据个体情况具体分析,不能“一刀切”。

在临床实践中,不同基础病引起的并发性白内障,手术考量各不相同。

以青光眼并发白内障为例,需综合判断青光眼的类型、病情控制情况等。部分患者适合进行联合手术(即白内障和青光眼同时手术),而有的患者则应等青光眼病情稳定后再择机手术。

高度近视也是并发性白内障的高发基础病之一。这类患者眼球前后径长、眼球壁较薄,常伴视网膜变性、玻璃体混浊等,致使晶状体纤维出现变性混浊。若患者眼底情况良好,早期白内障手术可通过植入低屈光度人工晶体,达到矫正近视的目的,甚至可能不再依赖眼镜。但这类患者术中并发症风险较高,且若眼底已有严重病变,即使白内障手术顺利完成,术后视力改善也有限。

对于视网膜脱离、色素变性或眼内肿瘤等所致的并发性白内障,其处理更需个性化判断。若原发疾病仍处于活动期或预后不佳,且白内障并不是影响视力的首要因素,贸然手术反而可能加重病情或得不偿失。

因此,陶海建议,在发现视力问题后,尽早就医、系统检查。“唯有在合适的时间做合适的手术,才能真正守护好眼健康。”