

儿童远视的危害与治疗

文\王福利 李得霞

在儿童视力检查中,不少家长听到孩子存在“远视”,会以为是能看清远处而有视力优势。但事实真的如此吗?今天,就让我们打破固有认知,深入了解儿童视力发育的另类危机——远视,揭开这一常见屈光问题背后的真相。

什么是远视

我们可以把眼睛想象成一部神奇的“照相机”,正常情况下,光线能精准聚焦在“底片”(视网膜)上,让我们看清近处和远处的东西。而远视眼的小朋友,“照相机”的焦距有点长,光线会聚焦在“底片”后面,导致看近处的物体模糊不清,看远处的东西也不够清晰,就像隔了一层薄雾看世界。我们要了解远视,就需要分清远视眼与远视储备的区别,远视是一种屈光问题,需要医学干预。而“远视储备”则是每个孩子都有的“视力存款”。每个小朋友出生时都是自带200—300度的生理性远视,随着儿童成长,视近活动不断增加,眼球也在慢慢发育变长,这部分远视就会逐步被消耗,最终在青春前期后实现“收支平衡”,达到正常视力。但如果眼球长得太快,远视储备过早耗尽,就可能走向近视。相反,如果远视储备消耗过慢或远视度数过高,成了真正的远视眼,就需要干预了。

远视的危害

通常0—12岁儿童的眼球结构尚未完全定型,视觉系统可塑性处于峰值水平,一定要保护好眼睛,否则会造成不可逆的影响。

首先会影响儿童视力发育。儿童远视产生的屈光不正会影响视力发育,使眼睛始终处于异常代偿的疲劳状态,长此以往极易诱发弱视、内斜视等视力损伤,这类损伤一旦形成,是不可逆的,无法通过常规治疗手段彻底修复。其次会影响儿童双眼协调。直接影响孩子的精细动作完成、空间距离判断,干扰日常读写学习与户外运动协调,限制航空航天、精密制造、医学影像等对视觉功能有严格要求的职业选择。最后会影响儿童心理健康。儿童时期是自我认知和社交能力发展的关键阶段,内斜视(俗称“斗鸡眼”)带来的外观差异,极易成为同伴关注和议论的焦点,甚至引发自卑、敏感、易怒、注意力不集中等心理障碍,给孩子的健康成长和未来发展埋下隐患。

远视如何治疗

想要及时发现远视、规避后续风险,核心在于践行“早发现、早诊断、早干预”的护眼理念,构建儿童视力健康的绿色通道。

一是“早发现”。家长作为孩子视力健康的第一责任人,应从幼年期开始主动带孩子进行专业视力筛查,学校也应定期组织学生视力检查,建议每6—12个月检查一次,通过专业眼科的屈光检查、眼轴长度测量等项目,精准判断孩子是否存在远视及远视度数。

二是“早诊断”。日常多关注孩子的视力异常信号,比如:孩子是否频繁揉眼、眯眼看东西,看书或看电子屏幕时距离过近,是否经常说眼睛酸胀、头



晕,或是看近物时注意力难以集中、阅读效率低,看书写字串行等情况,都可能是远视的潜在表现。一旦发现需及时带孩子前往正规眼科机构就诊,由专业医生明确诊断,避免自行判断延误干预时机。

三是“早干预”。在确诊远视问题后,家长也不要担心,按照医生要求佩戴合适的矫正眼镜,合适的眼镜可以促进儿童视力发育,也是目前矫正远视安全、有效的方法。同时,合并弱视的儿童可以在医生的指导下进行弱视训练,不但可以快速提高儿童视力,也可以改善视力功能,最大程度地恢复到正常视力。

远视筛查的建议

关于远视,专家为家长提供三点

筛查建议:一是新生儿出生后28—30天完成首次视力筛查,排查是否有高度远视、散光或其他屈光异常。二是若首次筛查无异常,建议3岁时进行首次全面眼科检查(包括屈光度、眼轴等),此后每半年至一年复查一次。三是早产儿(尤其低体重儿或吸氧史),有远视、弱视或斜视家族史及发现眼球震颤、瞳孔异常等症狀嬰兒需在6月龄内完成首次眼科检查,以后每3—6个月复查一次。

最后,一定要记得带孩子定期复查,3—12岁是远视矫正与远视干预的黄金关键期,干预效果与年龄呈现显著相关性,只有科学佩戴矫正眼镜和积极配合视功能训练,才能让自身视力慢慢变好。

(作者单位:兰州市第一人民医院)

干眼症的科学防护

文卢玉



暑期到来,很多人会利用这段假期长时间刷短视频、熬夜玩游戏、久坐空调房追剧……这些透支双眼的行为集中出现,眼干涩、眼红、异物感、流泪、刺痛、视物模糊等不适就会频频找上门。不少人简单将其归为假期视疲劳,殊不知这很可能是干眼症的早期预警。据统计,我国干眼整体患病率为21.0%—52.4%,患病人数超3.6亿,已成为仅次于近视的第二大慢性眼表疾病,且发病年轻化趋势明显。

走出误区: 干眼并非只是缺水

干眼是多因素的慢性眼表疾病,常

伴眼表炎症、角膜上皮损伤及神经功能异常,绝非单纯的“眼睛缺水”。健康的眼球表面依靠三层结构形成泪膜:外层由睑板腺分泌脂质层,锁住水分;中层为泪腺分泌的水液层,负责滋润;内层是杯状细胞分泌的黏蛋白层,让泪膜贴合角膜。任意一层异常均可诱发干眼。

干眼在临床上分为五类:水液缺乏型、脂质异常型、黏蛋白异常型、泪液动力学异常型、混合型。约70%干眼患者属于脂质异常型,主要因睑板腺功能障碍——这类人缺的是“油”而非水;长期使用手机、电脑的上班族及青少年多为混合型。若盲目使用普通补水型人工泪液,仅能短暂缓解干涩,无法疏通堵

塞的睑板腺或消除炎症,易引起病情迁延加重。

干眼高发 五大诱因

1. 长期使用电子产品。专注屏幕时眨眼频率从正常的15—20次/分钟降至5—8次,且多不完全眨眼,泪膜涂抹不均,蒸发速度可增3倍以上。研究提示,电子产品日均使用每增加1小时,干眼风险可能相应上升。

2. 熬夜、睡眠节律紊乱。夜间是睑板腺分泌油脂、眼表上皮修复的关键时段,长期熬夜直接抑制腺体分泌功能,加重眼表炎症。

3. 长时间佩戴隐形眼镜。镜片阻隔眼睑与眼球贴合,破坏泪液循环,加速蒸发,且易吸附粉尘刺激角膜。建议单日佩戴不超过8小时,严禁戴镜入睡。

4. 干燥环境。空调房、暖气房湿度低,加速泪液蒸发;风扇直吹、空气污染物会破坏眼表微环境。

5. 其他因素:高脂饮食(易使睑板腺分泌黏稠油脂而堵塞)、吸烟及二手

烟、频繁揉眼、自行滥用网红滴眼液等也会引起睑板腺功能障碍。

分清干眼与 视疲劳,识别典型症状

干眼常见症状:眼干涩、异物感、灼热刺痛、阵发性眼痒、眼红、畏光、流泪、视物间歇性模糊(眨眼后短暂清晰又很快发雾)、长期眼疲劳。

需特别注意一种特殊表现:部分干眼患者反而经常流泪——眼表长期干燥会造成局部渗透压升高,身体代偿性大量分泌泪液,但这类泪水缺少脂质层锁水,无法长时间停留,属于干眼早期信号,切勿以为流泪多就不会得干眼。

简易鉴别:单纯视疲劳经充分休息、远眺后1—2天内症状可消退;若眼部不适连续超过3天不缓解,或晨起眼皮发黏、睁眼干涩明显,高度怀疑干眼,应马上就医。若长期拖延可能造成角膜上皮持续损伤,发展为中重度干眼。

轻度干眼居家科学护理

轻症干眼以规避诱因、修复泪膜为核心,落实七项措施:

1. 20—6—20原则:每近距离用眼20分钟,眺望6米外至少20秒。

2. 瞬目训练:缓慢闭眼停留2秒→轻挤压眼睑2秒→睁眼2秒,每组1分钟,每日≥4次。

3. 合理热敷:脂质异常型干眼可用40℃湿毛巾或正规蒸汽眼罩敷眼,每次10—15分钟,早晚各一次。睑缘急性发炎或麦粒肿期间禁止热敷。

4. 调节湿度:室内湿度40%—60%,避开空调风口直吹。

5. 规范佩戴眼镜:隐形眼镜单日<8小时,干眼患者建议停戴或换为框架眼镜。

6. 作息与饮食:保证7—8小时睡眠;适量吃深海鱼、坚果补充脂肪酸;少吃油炸、高糖、辛辣食物;远离烟草。

7. 用药提醒:居家缓解干涩首选无防腐剂独立包装人工泪液。市面上许多“去红血丝”“清凉感”的网红眼药水多含血管收缩剂、防腐剂等,连续使用不宜超过3—5天;抗生素滴眼液仅用于细菌感染;糖皮质激素为处方药,需眼科面诊评估眼压后使用。以上均不建议自行长期使用,否则可能导致药物性干眼。

中重度干眼需专业诊疗

居家护理后症状仍无改善,应及时到医院眼科完善干眼专项检查(泪膜破裂时间、泪液分泌试验、睑板腺成像等),明确分型与炎症程度。治疗遵循“先控炎症、再修泪膜、阶梯化”原则。

物理治疗:包括睑板腺雾化熏蒸联合按摩、强脉冲光、热脉动等,是脂质异常型干眼的一线治疗。切勿在家自行挤压按摩眼睑,以免损伤腺体。

药物治疗:医师根据分型选用无防腐剂人工泪液、抗炎滴眼液或眼表修复药物,严格遵医嘱。

手术干预:重度水液缺乏型可考虑泪点栓塞术;合并眼睑结构异常或睑板腺重度萎缩者需个体化长期治疗。

干眼症属于慢性眼病,无短期根治特效药,养成健康用眼习惯才是根本。减少熬夜、刷手机等行为。短期用眼疲劳所致、睑板腺未萎缩的轻症干眼,经科学干预大多明显改善;若进展为中重度干眼,部分眼表损伤(如睑板腺萎缩)可能难以完全逆转,需长期规范控制。出现持续性眼部不适,切勿盲目自行购药,尽早眼科就诊、分型治疗,才能守护眼表健康。

(作者单位:甘肃省人民医院视光学中心)