

“秘境”何以成险境？

——警惕“野景点”藏隐患

新华社“新华视点”记者 胡拿云 田建川 丁乐

近期，多地发生游客到网红“野景点”游玩遇险遇难事件——有的进入未开发开放的荒郊野岭露营遭遇山洪，有的擅闯自然保护区禁区区域遇险。

“新华视点”记者调查发现，不少“野景点”在社交媒体上颇受追捧，有的社交博主甚至诱导游客绕开管制违规进入，由此引发的人身安全、生态环境等问题值得关注。

流量滤镜下的“夺命秘境”

8月16日，内蒙古巴彦淖尔市乌拉特后旗乌盖苏木东乌盖沟上突发山洪，将在此露营的一行13人和4辆车冲走，致12人遇难；8月初，在广东惠东县白马山一处网红“野景点”，6名游客被水冲走，其中5人遇难；今年4月，浙江省仙居县南峰街道一辆越野车在“野景点”落水，造成2人遇难……

记者调查发现，社交媒体上受欢迎的“网红打卡地”，不少是相关法律法规明确禁止的区域。比如，今年8月，6名“驴友”在广东江门古兜山野游探险，此处是省级自然保护区的缓冲区，未经批准不得擅自闯入。

江门古兜山省级自然保护区管理处主任方耀新说，根据自然保护区条例相关规定，自然保护区实行分区管控，分为核心区、缓冲区和实验区，违规穿越核心区和缓冲区将被行政处罚。“每年违规进入古兜山保护区的事件有100余起，都是户外运动爱好者。此类事件发生时间主要集中在每年5月至11月。”

近年来，随着登山、露营、徒步等运动兴起，带火了一批“野景点”。但美景背后，却潜藏危险。中国探险协会发布的《2024年度中国户外探险事故报告》显示，2024年我国境内共发生户外探险事故335起，造成84人死亡、92人受伤。迷路、被困、滑落、落水4种事故类型占事故总数的82%。

惠东县消防救援大队大队长姚俊彬告诉记者，白马山事故发生地是未开发、未开放区域，危险系数高。事发区域地形复杂、水流湍急，而且进山救援途中有很多灌木，局部地区甚至没有道路，救援风险高、难度大。

记者现场看到，白马山多个上山入口已设置相关警示牌，但在一些社交平台上搜索“白马山游玩”发现，仍有博主用“玻璃水”“蓝眼泪”“出片圣地”等标签引流，鲜有提及“禁止进入”标识和山洪风险，有人还详尽分享停车、爬山、溯溪攻略。

游客安全意识缺失 违法成本低

“野景点”的走红，折射出人们对原生态

探险的向往，但背后隐藏的安全、生态和管理困境，已成为亟待破解的难题。

——一些“野景点”被人为包装、推广引流。在社交媒体与短视频平台上，记者发现，一些“野景点”被包装成“秘境”“小众天堂”。为了点击量，一些博主故意寻找危险线路探秘，并冠以“神秘”“罕见”等关键词推广引流，但都不提野生路线的风险隐患。尽管部分图片、视频有白色小字标注“存在风险”，但提示文字常被折叠或弱化。

“一些游客喜欢去有猎奇、冒险性质的未开发领域，有些社交媒体推波助澜，刻意宣传小众探险路线，吸引游客涌入未开放区域。”山东省精品旅游促进会首席专家陈国忠说。

——部分游客安全意识缺失。未开发区域的地形复杂性与气候多变性远超普通景区。部分户外新手在“打卡文化”驱使下，仅凭所谓的“网红攻略”贸然前行，却缺乏专业装备和应急能力。更为严峻的是，有些区域没有通信信号、救援通道，一旦遇险，不仅个人生命安全受威胁，还需耗费大量公共资源实施救援。

“惠东作为旅游大县，全县警情中救援类占比接近五分之二，大多数是山上迷路、有人被困等突发情况；有些因为环境复杂，

救援难度大。”姚俊彬说。

——执法难度大，违法成本低。业内人士表示，游客擅自进入核心区、破坏自然资源等行为，违反了自然保护区条例等行政法规，属于行政违法行为。一些游客为逃避管理，经常夜间绕行或破坏围栏，相关工作人员很难及时发现。

方耀新说，对去“野景点”的游客，相关工作人员多以劝阻和教育为主。现行法律法规对擅自进入自然保护区的处罚力度相对较轻，一般罚款100元至5000元不等；部分游客存在侥幸心理，拒不配合，甚至销毁证据。

此外，“野景点”往往是户外露营、野餐的聚集地，游客走后常常垃圾遍地，对当地生态环境造成不良影响。“有些‘野景点’是自然保护区或野生动植物栖息地，游客活动对自然生态链也会产生影响。”惠东县应急管理局局长涂志坤说。

疏堵结合 守护生命与生态红线

2022年11月，文化和旅游部等14部门印发的《关于推动露营旅游休闲健康有序发展的指导意见》明确提出，避免在没有正式开发开放接待旅游者、缺乏安全保障的“野景点”和违规经营的私设“景点”开展露



在建世界第一高桥 正式启动荷载试验

8月21日拍摄的贵州花江峡谷大桥荷载试验现场（无人机照片）。

8月21日，在建世界第一高桥——贵州花江峡谷大桥正式启动荷载试验。2022年开工建设的花江峡谷大桥，跨越被誉为“地球裂缝”的花江大峡谷，是贵州省六枝至安龙高速公路的控制性工程。大桥为钢桁梁悬索桥，全长2890米，其中主桥跨径1420米，桥面至水面高度625米。

新华社记者 杨文斌 摄

分娩时的剧烈疼痛，是不少准妈妈的噩梦。不过，近些年随着医学技术的发展，无痛分娩得以逐渐普及，但不少人会疑惑：无痛分娩，真的一点都不痛吗？事实上，无痛分娩的“无痛”并非绝对意义上的完全无痛，而是通过科学方法大幅减轻疼痛，让产妇在相对舒适的状态下迎接新生命。了解其原理和特点，能帮助准妈妈们做出更合适的选择。

无痛分娩的原理

无痛分娩通常指椎管内分娩镇痛，是目前公认效果较好的镇痛方式。其原理是通过药物阻断疼痛信号的传递。

1. 操作方式：由麻醉医生在产妇腰椎间隙进行穿刺，将一根细导管放入椎管内，通过导管持续注入低浓度的局部麻醉药，阻断支配子宫和产道的痛觉神经，从而减轻疼痛。

2. 药物作用：所用药物浓度较低，既能有效缓解疼痛，又不会过度抑制产妇产的运动神经，产妇在镇痛过程中仍能活动下肢，配合宫缩用力。

3. 镇痛目标：并非完全消除疼痛，而是将难以忍受的剧烈疼痛降至产妇可接受的程度，同时保留一定的宫缩感觉，帮助产妇判断用力时机。

疼痛能减轻多少？

无痛分娩的镇痛效果因人而异，多数产妇的疼痛明显缓解，但并非所有人都能达到“完全无痛”。

无痛分娩真的一点不痛吗？

- 普遍效果：**大部分产妇在使用无痛分娩后，疼痛可从剧烈的“撕裂痛”“绞痛”减轻为轻微的坠胀感或牵拉感，能够安静休息，甚至可以正常进食、交谈。
- 个体差异：**疼痛感受与产时的疼痛耐受度、产程进展、胎儿位置等因素有关。少数产妇可能对镇痛药物不够敏感，疼痛减轻的幅度较小；而部分产妇则可能感觉不到明显疼痛。
- 产程阶段影响：**无痛分娩通常在产妇产口开至一定程度时开始实施，在镇痛前的宫缩痛仍会存在；宫口接近全开时，为便于产妇用力，可能会适当减少药物剂量，此时可能会有轻微疼痛再次出现。

哪些情况适合无痛分娩

- 无痛分娩虽好，但并非所有产妇都适合，需由医生评估后决定。
- 适合人群：**大多数健康产妇都可以选择无痛分娩，尤其是对疼痛极度恐惧、精神紧张，或存在妊娠期高血压、心脏病等并发症，需要避免过度疼痛导致病情加重的产妇。
 - 不适合情况：**存在腰椎畸形、穿刺部位感染、凝血功能异常等情况的产妇，可能无法进行椎管内穿刺；胎儿出现宫内窘迫、需要紧急剖宫产时，也不适合实施无痛分娩。
 - 特殊情况：**产妇若有药物过敏史、神经系统疾病等，需提前告知医生，由医生综合评估是否适合无痛分娩。

可能出现哪些不良反应

无痛分娩虽安全，但也可能出现一些轻微的不良反应，产妇需有所了解。

- 穿刺相关不适：**穿刺后，产妇可能出现穿刺部位轻微疼痛、酸胀，一般数天后可自行缓解；少数人可能出现头痛，多因穿刺时脑脊液轻微渗漏所致，平卧休息后多能改善。
- 药物影响：**产妇可能出现轻微的恶心、呕吐、皮肤瘙痒等，多与所用药物有关，程度较轻，停药后可自行消失；极少数情况下可能出现血压轻微下降，医生会及时处理。
- 对产程的影响：**部分产妇可能出现宫缩减弱、产程略延长的情况，医生会根据具体情况调整宫缩药物，确保产程顺利进行。

这些事项要知道

决定采用无痛分娩前，产妇和家属需要了解相关注意事项，做好充分准备。

- 及时沟通：**产妇在产程中感到疼痛难以忍受时，可随时向医护人员提出无痛分娩的需求；医生会评估产程进展和产时状态，决定是否适合实施。
- 配合操作：**实施无痛分娩时，产妇需保持侧卧位，背部弓起，配合麻醉医生的操作，避免随意移动，以确保穿刺顺利进行。
- 产后观察：**分娩后，导管会被拔除，产妇需在产房观察一段时间，留意穿刺部位是否有异常、下肢活动是否正常，如有不适及时告知医护人员。
- 不影响母乳喂养：**无痛分娩所用药物进入乳汁的量极少，不会对新生儿产生不良影响，产妇可以正常进行母乳喂养。

无痛分娩的出现，为产妇提供了减轻分娩痛苦的有效选择，但它并非“完全无痛”的魔法，而是通过科学手段让疼痛可控。其核心价值在于让产妇在相对舒适的状态下经历分娩，减少因剧烈疼痛带来的身心创伤。准妈妈们可以根据自己的身体状况，在医生指导下选择适合自己的镇痛方式，不必因“是否完全无痛”而过度纠结。无论选择何种方式，安全、顺利地迎接新生命，才是分娩的最终目标。

（六安市人民医院产科 陈文琴）

4. 保持良好的睡眠：熬夜不仅伤皮肤，更伤心脏。保持规律的作息，让你的小心脏也能享受“美容觉”。

解决方案：如何应对急性心力衰竭？

在急性心衰面前，我们一定要“机智”应对。医学上有一些解决办法帮助缓解症状：

- 药物治疗：**医生会根据患者的具体情况，开一些药物帮助患者减轻心脏负担。比如利尿剂能帮助清理体内多余水分，避免水肿；扩血管药物则能帮助心脏“呼吸”顺畅。
- 机械支持：**如果心脏真的累得不行，医生会考虑使用人工心脏、呼吸机这样的“高端设备”，让心脏有机会休息。
- 严格监测：**急性心衰患者往往需要住进重症监护室，随时观察心脏的表现，就像对待一台精密的仪器一样，不能有丝毫松懈。
- 心理支持：**急性心衰的患者可能会感到焦虑、压抑，这时候除了医疗干预，心理支持也是治疗的重要一环。
- 急性心力衰竭看起来像个“无声的杀手”，但如果我们能早识别并采取正确措施，它完全可以被驯服。出院不代表痊愈，后续管理和自我保护同样重要。记住，心脏就像一台高效的发动机，它的健康掌握在你自己手中——从现在开始，不给心脏“加班”的机会！保持健康，保卫心脏，你的心脏会感谢你的！**

（皖西卫生职业学院附属医院 孔令桂）

急诊医护带您了解急性心力衰竭

“心脏一停，生命就悬了。”听上去像是电影里才有的情节，但在现实生活中，急性心力衰竭就是这种“生死一瞬”的情况。别以为心脏只是个会跳动的“肌肉团”，它可比你想象的要忙得多——它要为全身提供氧气和营养，确保你能随时跑步、跳舞、做瑜伽，甚至是追剧吃零食。可一旦心脏“偷懒”，后果可就不小。

什么是急性心力衰竭？

急性心力衰竭就是心脏突然失去工作能力，不能有效泵血，导致氧气和养分无法送达全身。想象一下，你的心脏是个跑得飞快的快递员，一旦他摔倒，整个“快递公司”就停摆了。没有及时救治，生命就会受到威胁。所以，如果它决定“罢工”，就需要我们立即行动。

急性心力衰竭的临床表现

急性心衰的症状并不像感冒那样会提前告诉你它来了。它们通常突如其来，比如：

- 呼吸急促：你明明坐在沙发上，突然觉得好像跑了一圈马拉松一样喘不过气。
- 胸痛：就像心脏里藏了个“小火车”，一路轰隆隆地撞来撞去。
- 四肢浮肿：每天晚上感觉“膝盖”变得比“脖子”还粗，这可不是体重增加哦，可能是心脏“懒”了，导致液体积压。

其实，这些症状是可以提早识别的，就像是心脏给你发出的“警告信号”，一定不能掉以轻心！如果出现类似的状况，赶紧找急诊科大夫看看，心脏“大佬”可不是你能随便挑衅的。

急性心力衰竭的急诊救治

当你感觉到呼吸困难时，不要只是懒动弹，打个电话给急救车，千万别等“心脏真”罢工了”。急诊医生会通过药物、氧气治疗，甚至给你接上“高科技”设备来帮你恢复心脏的“电力”。

当然，急救不仅仅是医院里的事。家庭急救也是会掌握的基本技能！如果你家里有人突发症状，可以尝试让患者坐起来，避免平躺，这样能减轻呼吸困难，记得第一时间拨打急救电话。你虽然不是医生，但至少要学会紧急“呼救”，给专业救援人员争取赶到时间。

急性心力衰竭出院不等于痊愈

出院并不意味着“胜利”！急性心衰患者的“后遗症”可不少，复发的风险也挺高。所以，急性心衰不是一场短跑，它是一个马拉松，出院只是“站在起跑线上”。出院后，还需要按照医生的要求，继续管理自己的饮食、药物和生活习惯。否则，心脏有可能会悄悄打个盹，再次“罢工”。

如何保护好心脏，降低发病风险？

- 合理饮食：**少盐少油，多吃蔬果，像你对待手机电池一样对待你的饮食，别让它是“续航不足”。
- 定期锻炼：**运动让心脏更有活力，但运动也要循序渐进，心脏不是超人，不要让它被“突然加班”。
- 管理压力：**工作压力大，家庭压力大，能不能帮忙减压？适当放松自己，给心脏放个假，它才有力量继续“加班”。

青光眼：隐匿的致盲「杀手」

今年55岁的张先生是一位资深程序员，长期熬夜加班后偶尔会出现眼胀、头痛的情况，但他总以为是疲劳所致。直到三个月前，他突然发现发现自己的视野中间出现了一个模糊的阴影。原来张先生因长期熬夜加班，过度用眼，导致青光眼晚期，双视力永久性受损，最后不得不提前退休。

世界卫生组织最新数据显示，青光眼已攀升为全球第二大致盲性眼病，仅次于白内障。我国流行病学调查发现，40岁以上人群中青光眼患病率达2.3%，患者总数超过2100万人。其中超过90%的患者在早期毫无察觉，等到发现时往往已经造成不可逆的视神经损伤。

医学上，青光眼是指眼内压升高导致视神经纤维慢性进行性受损的病态，其发病机制可以用眼球的“排水系统”故障来解释：我们的眼睛每天持续生成约5至6毫升透明房水，相当于每小时注满一标准滴眼瓶的量。正常情况下，这些“新鲜水”由睫状体产生，经过瞳孔前缘流入前房，最终通过前房角的小梁网结构排出，形成动态平衡。当这个“水循环”出现问题时，就会导致青光眼。

青光眼主要分为开角型青光眼(占90%病例)和闭角型青光眼。开角型青光眼像老化的排水管道，小梁网逐渐出现异常、变得致密，导致排水受阻，但过程缓慢，早期毫无症状，多数患者直到出现“隧道视野”才察觉。闭角型青光眼好比排水口被虹膜“意外堵塞”，常见于老年人晶状体增厚导致前房变浅，急性发作时眼压可在1小时内升至正常值2倍。早期表现为侧位视野模糊，晚期形成典型的“管状视野”——患者只能看见前方狭小范围，就像通过吸管看世界。

青光眼高危人群有哪些？首先年龄大于40岁，患病率随年龄增加，每10岁翻一番；其次直系亲属患病，家族史使风险增加5至10倍；还有高度近视，近视度数大于600度者，风险是常人3倍；最后角膜偏薄，中央厚度小于495μm者更危险。

那么青光眼的日常诱因有哪些呢？首先长期使用含激素眼药水；其次黑暗环境下持续看电子屏幕或短时间大量饮水超过500毫升等易诱发青光眼。因此，普通人群40岁起应像测血压一样监测眼压；高危人群至少包含三项检查：非接触式眼压测量、角膜厚度测定、视网膜神经纤维层OCT。早防早治是关键。

青光眼的治疗包括药物治疗、激光治疗以及手术治疗。常用眼药水包括毛果芸香碱滴眼液、卡普洛尔滴眼液、布林德胺滴眼液等，此外还有甘露醇注射剂，这些药物通过增加房水排出或者减少房水生成来降低眼压，保护视神经。值得注意的是，即便是成功的降压治疗，仍有约30%患者会继续视神经萎缩。这表明青光眼可能是复杂的代谢性疾病，需联合视网膜保护治疗。

青光眼又该如何护理呢？患者术后24小时内要注意保持术眼清洁，避免揉搓，可用消毒棉签轻轻擦拭分泌物；手术当天术眼停用眼药水，但对侧眼还需遵医嘱用药(因为青光眼具有双眼发病的特征，需关注对侧眼的眼压情况)；24小时后揭去敷料，再遵医嘱点眼药水，正确用药可有效预防眼部感染。

术后第一周，仰卧位洗头防水入眼，暂停烹饪以免接触油烟；若患者出现剧烈眼痛、视力骤降，需立即就医(可能是感染或眼压异常的信号)。患者术后饮食宜清淡，控制饮水(少量多次)，不吃坚硬食物(避免牵拉伤口引起晶状体移位)；平时要求患者不能揉眼或者压迫术眼；同时控制慢性疾病，保持血压、血糖在健康水平。

那预防青光眼又有什么需要注意的呢？首先生活习惯调整，避免一次性大量饮水(建议每次饮水≤200毫升)；阅读时保持环境光线充足；睡眠时枕头适当垫高(有助于减少静脉淤积)。饮食上建议多食富含叶黄素的羽衣甘蓝、玉米、Omega-3含量高的三文鱼、亚麻籽；避免摄入过多高嘌呤的动物内脏。

注意！冬季清晨是闭角型青光眼易发时段，建议醒来时勿立即起床，先在床上活动3分钟促进瞳孔适应光线。

记住，青光眼防治的黄金法则在于：像对待高血压一样管理眼压，像关注记忆衰退一样留心视野变化。只有把眼健康纳入全身健康管理，我们才能守住心灵的绚烂世界。

（六安市人民医院 程晓娟）



投稿邮箱:lxwcmz@163.com